

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR L'EAU  
CONTAMINÉE CHEZ LES HABITANTS D'ABIDJAN : STRATÉGIE D'INTERVENTION

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN COMMUNICATION

PAR

ALEXIA PILON DIABATÉ

OCTOBRE 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

À l'homme que j'aime et avec qui j'ai le plaisir de construire ma vie, Abraham. Merci pour ton écoute et l'intérêt que tu portes aux projets que j'entreprends. Merci d'avoir quitté ton emploi pour m'accompagner, chez toi en Côte d'Ivoire pour ma recherche. Merci de t'y être impliqué plus que je ne l'aurais espéré. Merci, merci et merci de me pousser à rêver toujours plus grand pour ensuite tout mettre en place pour que je vive ces rêves. Je t'aime.

À mes parents Myriam et Éric et mon beau père Joël qui m'ont toujours encouragée à foncer et à me dépasser dans tous les projets que j'entreprends. Je chéris chaque moment où votre curiosité et votre écoute me donnent l'espace pour vous partager mes ambitions parfois démesurées. Je ne serais rien sans vous, je vous aime.

À mes beaux-parents, papa Daoud et maman Cécile, merci de votre accueil plus que chaleureux à la maison, mais surtout dans la famille. C'est un honneur de pouvoir dire que j'appartiens à votre famille. Merci également à ma belle-sœur Myria, tu as été une guide hors pair à Abidjan!

À mon directeur, Oumar Kane, votre encadrement m'a permis de me dépasser académiquement et d'entamer des réflexions sur lesquelles je compte encore me pencher dans la poursuite de mes études. Merci de votre rigueur, de votre excellence, de vos conseils, de votre temps et de vos encouragements.

À Isabelle Mahy, j'ai beaucoup apprécié votre cours et votre approche, je tiens à vous remercier d'avoir accepté d'évaluer ce mémoire en tant que membre du jury. Merci aussi à Lise Renaud d'avoir contribué à l'amélioration de ce mémoire à titre de membre du jury. Les commentaires et recommandations que vous m'avez toutes deux formulés m'ont été très utiles dans l'élaboration d'une recherche qui soit pertinente socialement et scientifiquement.

À professeure Tchéré, je vous remercie d'avoir accepté de m'encadrer lors de mon séjour à Abidjan. Vos conseils et le temps que vous m'avez consacré m'ont orientée sur le terrain et m'ont permis de faire d'enrichissantes rencontres.

Au village qui a accepté de participer avec moi à cette recherche. Merci de votre temps et de votre ouverture, j'espère pouvoir vous redonner autant par les recommandations de ce mémoire, que ce que j'ai reçu chez vous.

À Stacey Caceus que j'ai le plaisir d'appeler mon amie. C'est en me partageant ta passion pour ton domaine d'étude que tu as accidentellement éveillé en moi la curiosité d'aller voir comment cette discipline pouvait me permettre de réfléchir tant d'intuitions que je ne savais comment aborder. Pour cela je veux te dire un grand merci.

À Émilie Tremblay, merci pour ton écoute active à travers pratiquement toutes les étapes de ce mémoire, mais surtout merci pour tous les fous rires qui ont favorisé la libération d'endorphine qui m'a servi d'analgésique dans les temps difficiles et de stimulant dans les temps de doute.

À Caroline Bouchard, merci pour ton soutien, tes conseils et... le thé! Je te remercie de ton immense disponibilité. Comme promis, je m'assurerai moi aussi de donner au suivant.

*Quand on ne demande  
jamais conseil, les projets  
échouent. Mais avec  
beaucoup de conseillers,  
ils réussissent.*

*Proverbes 15.22*

## AVANT-PROPOS

Ce mémoire de maîtrise s'inscrit dans une quête de sens personnelle, professionnelle et académique que je ne crois pas avoir totalement achevée. Je suis diplômée d'un baccalauréat en sciences infirmières. Durant mon parcours au premier cycle et pendant ma courte pratique professionnelle, j'étais face à des réflexions et questionnements que je ne savais pas toujours comment approcher. Mettant l'emphase sur le fait que les sciences infirmières s'intéressent à l'expérience de santé vécue par une Personne en interaction avec son environnement, je me suis intéressée à la discipline de la communication pour enrichir mes réflexions.

Parallèlement, je m'étais toujours intéressée au pays d'origine de mon mari, que je désirais grandement découvrir. C'est donc par curiosité, par intérêt personnel, par désir de croiser différents éléments constitutifs de qui je suis que je me suis intéressée à la Côte d'Ivoire dans mon choix de terrain de recherche. Outre ces liens familiaux et les nombreuses relations d'amitié que j'ai pu tisser à travers ce réseau, je ne connais pas grand-chose de l'Afrique. Plus souvent qu'autrement pendant ce mémoire je ne me suis pas sentie légitime de m'intéresser à mon sujet, je dirais simplement que maintenant j'en connais un petit peu plus sur la Côte d'Ivoire.

En tant qu'occidentale, je ne fais pas partie du milieu que j'ai étudié. Je considère de surcroît que mon implication comme chercheuse a grandement influencé la conduite de mon mémoire, c'est pour cela qu'il est rédigé à la première personne du singulier.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS .....	v
TABLE DES MATIÈRES .....	vi
ACRONYMES .....	x
LISTE DES TABLEAUX .....	xii
RÉSUMÉ .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I Portrait de la situation .....	4
1.1 Transmission de maladies hydriques en Côte d'Ivoire .....	4
1.2 Promotion de la santé.....	8
1.3 La communication pour la santé .....	10
1.3.1 Les perceptions et représentations sociales et la santé.....	11
1.4 La structure organisationnelle.....	12
1.4.1 Ministère de la santé et de l'hygiène publique.....	13
1.4.2 Ministère de la salubrité, de l'environnement et du développement durable ..	14
1.4.3 Personnel de santé.....	15
1.4.4 Population en contact avec l'eau contaminée .....	16
1.5 Question, sous questions et hypothèse de recherche .....	17
CHAPITRE II Cadre Conceptuel .....	19
2.1 Les perceptions et les représentations sociales .....	19
2.2 Les déterminants .....	22
2.3 La santé populaire et le système de santé invisible.....	23
2.3.1 La conscience de la santé.....	25
2.3.2 Les théories subjectives de la santé .....	26
2.4 La sensibilisation .....	28

CHAPITRE III Cadre Méthodologique.....	33
3.1 La recherche-action.....	33
3.2 Groupe focus.....	36
3.2.1 Groupe focus comme technique de collecte des données.....	36
3.2.2 Groupe focus comme technique d'intervention.....	38
3.3 Échantillon.....	39
3.4 Journal de bord et pratique réflexive.....	43
3.5 Traitement des données.....	43
3.6 Description du milieu d'intervention.....	44
3.7 Posture de la chercheure.....	44
CHAPITRE IV. Analyse.....	46
4.1 Croyances.....	46
4.1.1 Santé.....	46
4.1.2 Maladies hydriques.....	47
4.1.3 Diagnostic.....	48
4.1.4 Traitement.....	49
4.1.5 Médecine moderne.....	49
4.1.6 Médecine traditionnelle.....	50
4.1.7 Responsabilité de la santé.....	51
4.2 Pratiques.....	52
4.2.1 Pratiques à risques.....	52
4.2.2 Prévention de la maladie.....	53
4.2.3 Traitement de la maladie.....	54
4.3 Normes.....	55
4.3.1 Norme d'opinion : Guérisseurs.....	55
4.3.2 Norme de comportement : Consensus.....	56

4.3.3 Norme de responsabilité : Gestion de la santé .....	57
4.4 Problèmes perçus .....	58
4.4.1 Déversement et pollution de la lagune.....	58
4.4.2 Pouvoir d'action et autonomie.....	61
4.4.3 Historique des interventions .....	63
4.4.4 Solutions proposées .....	65
4.5 Dynamique de groupe.....	67
4.6 Retombées de l'intervention .....	68
CHAPITRE V Interprétation .....	70
5.1 Les représentations sociales des maladies liées à l'eau .....	70
5.1.1 La santé et la maladie.....	71
5.1.2 La responsabilité de la santé .....	72
5.1.3 La médecine moderne .....	75
5.1.4 La médecine traditionnelle.....	77
5.3 Solutions proposées .....	83
5.4 Intervention de sensibilisation .....	85
5.5 Limites .....	87
CONCLUSION.....	89
ANNEXE A carte administrative de la côte d'ivoire .....	93
ANNEXE B relation entre les différents catégories d'acteurs .....	94
ANNEXE C tableau comparatif : recherche intervention et recherche action .....	95
ANNEXE D schématisation de la problématique.....	96
ANNEXE E schématisation de la technique de collecte de données .....	97
ANNEXE F grille d'entrevue <i>Focus Group</i> 1 .....	98
ANNEXE G grille d'entrevue <i>Focus Group</i> 2 .....	100
ANNEXE H certification éthique .....	102
ANNEXE I œuvre musicale produite par les participants.....	104
APPENDICE A photos de la pollution dans le village.....	105

Bibliographie ..... 110

## ACRONYMES

ACSP	Association canadienne de santé publique
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CH	Centre hospitalier
DAA	District autonome d'Abidjan
ESPC	Établissement sanitaire de premier contact
GCI	Gouvernement de la Côte d'Ivoire
MEDD	Ministère de l'environnement et du développement durable (Côte d'Ivoire)
MESUDD	Ministère de l'environnement, de la salubrité urbaine et du développement durable (Côte d'Ivoire)
MILDA	Moustiquaire imprégné à longue durée d'action
MSEDD	Ministère de l'environnement, de la salubrité et du développement durable (Côte d'Ivoire)
MSHP	Ministère de la santé et de l'hygiène publique (Côte d'Ivoire)
MTN	Maladies tropicales négligées
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUCI	Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire
PADEHA	Programme d'appui à l'accélération de l'accès durable à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (Côte d'Ivoire)
PNAE	Plan national d'action pour l'environnement (Côte d'Ivoire)
PND	Plan national de développement (Côte d'Ivoire)

PND	Plan national de développement sanitaire (Côte d'Ivoire)
RASS	Rapport annuel de la situation sanitaire (Côte d'Ivoire)
SDMO	Syndrome de défaillance multiorganique
SNIS	Système national d'information sanitaire (Côte d'Ivoire)

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Interrelation des concepts mobilisés dans le cadre conceptuel. ....	28
Tableau 2: Schématisation de la sensibilisation. Inspiré de Kane (2016) et de Rogers (2003). ....	31

## RÉSUMÉ

Les maladies transmises par l'eau contaminée constituent un enjeu de santé pour les populations de la Côte d'Ivoire. Ce type de maladie est causé par la contamination des eaux par des agents chimiques, bactériens et radiologiques et résulte de facteurs environnementaux et humains. Le Ministère ivoirien de la Santé et de l'Hygiène Publique démontre une volonté de s'attaquer à ce problème. Toutefois, les interventions de santé ne visent pas toujours directement les besoins dénotés dans ses rapports et il y a peu d'intervention de promotion de la santé permettant l'autonomisation de la population.

Le but de cette recherche intervention est d'abord de comprendre les représentations sociales des habitants d'un village lagunaire de la commune de Yopougon à Abidjan, en Côte d'Ivoire concernant les maladies hydriques et ensuite de mener une activité de sensibilisation pour le partage des préoccupations liées à ce problème.

Par la tenue de deux groupes focus, j'ai recueilli les perceptions et représentations sociales relatives aux maladies hydriques d'un total de 21 participants. Subséquemment, une œuvre musicale a été produite par les participants afin de dénoncer la pollution de leur environnement de vie, responsable de la propagation de maladies.

Cette recherche fait ressortir l'importance de s'attarder aux représentations sociales des populations face à un problème de santé publique en amont d'une intervention. Enfin, il est recommandé d'allier les perceptions et priorités des populations à celles des intervenants experts dans une logique de négociation et de construction d'une problématique de santé faisant sens pour les deux catégories d'acteurs.

Mots clefs : recherche-action, représentations sociales, communication interculturelle, maladies liées à l'eau, environnement, santé publique

## INTRODUCTION

La République de la Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, elle est bordée par l'Océan Atlantique et partage ses frontières terrestres avec le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée, le Libéria et le Mali. Le pays est divisé en 30 régions administratives comprenant 2 districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro) et 12 autres districts (Gouvernement de la Côte d'Ivoire [GCI] 2011; 2019). La Capitale économique du pays, Abidjan, est divisée en 13 communes dont fait partie Yopougon situé à l'ouest de la ville. En date du quatrième et dernier recensement général de la population mené en 2014, la Côte d'Ivoire compte une population de 22 671 331 habitants (Ba, 2014). Le français est la langue officielle du pays, mais la Côte d'Ivoire recense une soixantaine de langues vernaculaires parlées sur son territoire (GCI, 2019). La carte de la Côte d'Ivoire est disponible à la première annexe de ce mémoire.

La Côte d'Ivoire a obtenu son indépendance en 1960. Dans les dernières décennies, elle a vécu plusieurs situations d'instabilité politique dont la plus récente remonte à 2010/2011 où les résultats de l'élection présidentielle furent contestés. Cette crise, caractérisée par des conflits armés, entraîna la mort d'environ 3000 individus et du déplacement de 600 000 autres ivoiriens (Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire [ONUCI], 2019). Depuis cette crise, la situation sécuritaire en Côte d'Ivoire s'est grandement améliorée selon l'ONUCI (2019) qui déclare avoir observé l'atteinte d'un niveau de cohésion sociale acceptable sur le territoire.

La République de Côte d'Ivoire fait partie des pays ouest-africains dits en voie de développement (Berthélémy et Bourguignon, 1996; Tsassa, 2015). Elle bénéficie d'une relative croissance économique depuis ces dernières années et le secteur de la santé y est maintenant davantage financé, bien que ce financement demeure insuffisant

selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2016b). Par ailleurs, la Côte d'Ivoire compose toujours avec la présence d'un grand taux de pauvreté perceptible dans l'inaccessibilité aux soins de santé primaires et la forte prévalence d'inégalités sociales (OMS, 2016b). Actuellement, la Côte d'Ivoire met beaucoup d'efforts pour viser l'émergence pour l'année 2020 (Kaba, s.d.). Ceci revêt d'un grand intérêt puisque plusieurs politiques de développement sont présentement mises en place pour atteindre cet objectif. Conséquemment, le Gouvernement ivoirien déclare vouloir intervenir dans le domaine de la santé publique de manière à améliorer les conditions de vie de sa population. Toutefois, les dirigeants et experts de la santé font ressortir les difficultés de collaboration avec la population pour mettre en place les changements désirés (GCI, 2013; Ministère de la santé et de l'hygiène publique [MSHP], 2016a, 2016b). À cet effet, les rapports du gouvernement n'explicitent que très rarement les actions menées sur le terrain avec ou sur la population.

D'autre part, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est reconnu comme un droit de l'homme depuis 2010 par l'Assemblée générale des Nations Unies (OMS, 2018a). En effet, l'eau de boisson constitue un vecteur important d'organismes infectieux ayant un impact sur la santé humaine (OMS, 2018b). Sans oublier que l'eau de boisson peut contenir de hautes concentrations de produits chimiques et des agents radiologiques (radionucléides artificiels ou naturels) qui sont néfastes pour les organismes biologiques (OMS, 2018b). La qualité de l'eau qui est autant consommée qu'utilisée pour les tâches domestiques, les activités de loisir et la préparation de la nourriture, représente donc un élément important qui affecte la santé des populations, et ce dans tous les pays (OMS, 2018b). À cet effet, «d'ici 2025, plus de la moitié de la population mondiale vivra dans des régions soumises au stress hydrique.» (OMS, 2018a, p. 1). Cette prévision est attribuée aux changements climatiques et à l'épuisement des ressources hydriques ainsi qu'aux explosions démographiques et à l'urbanisation (OMS, 2018a). L'accès à l'eau de boisson de qualité et l'assainissement du cadre de vie représentent donc des enjeux qui intéressent la santé publique.

C'est pourquoi la situation en Côte d'Ivoire et l'importance de la problématique entourant la qualité de l'eau me motivent à me pencher sur un problème de santé publique: la transmission de maladies hydriques et les interventions en matière de promotion de la santé qui l'entoure en Côte d'Ivoire.

## CHAPITRE I

### PORTRAIT DE LA SITUATION

Ce portrait de la situation décrit les facteurs importants qui influencent la propagation de maladies hydriques en Côte d'Ivoire. La description de ces maladies, ainsi que les enjeux associés, seront décrits pour ensuite offrir des repères théoriques en communication justifiant la pertinence de cette recherche. Une cartographie des différents acteurs touchés par cette problématique est ensuite effectuée.

#### 1.1 Transmission de maladies hydriques en Côte d'Ivoire

Il existe plusieurs types de maladies transmissibles par l'eau contaminée qui cause des problèmes de santé en Côte d'Ivoire : le paludisme, le choléra, les maladies tropicales négligées (MTN) qui comprennent entre autres la schistosomiase et l'onchocercose et finalement les maladies diarrhéiques telles que la gastroentérite (Système National d'Information Sanitaire [SNIS], 2014).

Le paludisme est une maladie infectieuse parasitaire qui se transmet par piqûre de moustique se reproduisant en eau douce et saumâtre (OMS, 2018b). Elle correspond à la première cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans (SNIS, 2014) et à 50 % des motifs de consultation des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) en Côte d'Ivoire (MSHP, 2016a). C'est pour ces raisons que le paludisme fait partie des maladies qui sont prises en charge gratuitement par l'État (SNIS, 2014). D'ailleurs, le paludisme fut l'objet d'un programme national de lutte énoncé dans le Rapport annuel sur la Situation sanitaire (RASS) de 2013 par le SNIS (2014). Ce programme de lutte contre le paludisme

misait sur les interventions en ESPC, soins de premières lignes<sup>1</sup>, selon les trois axes suivants : la prévention par la distribution de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) (MSHP, 2016a), le financement de la prise en charge des cas diagnostiqués et l'emploi d'un plan de communication stratégique, non explicité (SNIS, 2014).

De son côté, le choléra est une infection intestinale bactérienne transmise par les eaux, les fruits et légumes ou par des fruits de mer provenant de sources contaminées ou lavées par des eaux non assainies (OMS, 2018b). Le choléra est aussi une maladie à potentiel épidémique. C'est pourquoi la déclaration de cas de contraction de cette maladie est constamment sous surveillance en Côte d'Ivoire (SNIS, 2014). Dans le cadre d'activités de promotion de la santé en Côte d'Ivoire, le choléra fut ciblé par des interventions de sensibilisation et d'enseignement auprès des leaders communautaires et des « vendeuses » (SNIS, 2014). Les caractéristiques de ces deux groupes d'individus ciblés ainsi que les activités de sensibilisation ne sont pas explicitées dans le RASS.

Ensuite, l'onchocercose et la schistosomiase sont toutes deux des maladies parasitaires qui sont transmises par le vecteur de larves se reproduisant dans les sources d'eau contaminées (OMS, 2018b). Elles sont principalement liées à l'insalubrité de l'eau et au manque d'assainissement (GCI, 2018a). L'onchocercose est la deuxième cause de cécité dans le monde (OMS, 2018b) et est ciblée par le programme national de santé oculaire et de lutte contre l'onchocercose en Côte d'Ivoire (SNIS, 2014). Les interventions de ce programme national visent l'offre de services de première ligne via les ESPC qui comprennent la sensibilisation des leaders communautaires et de préfets (SNIS, 2014). Aussi, le Gouvernement de la Côte d'Ivoire (2018a) annonçait le 4 avril 2018 la distribution de traitement de chimiothérapie préventif, afin de lutter contre les MTN, ciblant un total de 14 millions de personnes.

---

<sup>1</sup> Les services de santé de première ligne font référence aux soins de santé généraux reçus en clinique, habituellement en dehors des centres hospitaliers (CH). Les services de 2<sup>e</sup> ligne font référence aux soins de santé plus spécialisés reçus en CH. Les soins de santé de 3<sup>e</sup> ligne désignent les soins de santé surspécialisés tels que les centres de cancérologie ou de spécialisation diverses MSHP, «Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire», (2016b)

Pour finir, les maladies diarrhéiques sont la deuxième cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde, après le paludisme (SNIS, 2014). La diarrhée est, dans la plupart des cas, causée par une infection gastro-intestinale transmissible par l'eau contaminée (OMS, 2018b). Elle peut être causée par une exposition à un agent infectieux d'origine bactérienne, parasitaire ou virale (OMS, 2018b). À ce sujet, l'ancienne ministre de la santé et de l'hygiène publique de la Côte d'Ivoire, Mme Coffie, affirmait qu'en région rurale, 88 % des maladies diarrhéiques sont contractées par la consommation d'eau contaminée, non traitée (GCI, 2018b). La diarrhée entraîne un état de déshydratation et de dénutrition entraînant potentiellement la défaillance des systèmes organiques (syndrome de défaillance multiorganique [SDMO]) et ainsi la mort si aucun traitement adéquat n'est administré (Urden *et al.*, 2014). De plus, la transmission infectieuse de la diarrhée peut se faire par le contact avec des selles contaminées. Ainsi, elle peut être transmise de l'eau contaminée à une personne, puis d'une personne à une autre si les conditions sanitaires et d'hygiène le favorisent (OMS, 2018b). La diarrhée est aussi un effet résultant de la contraction du paludisme ou du choléra (OMS, 2018b). Il n'existe pas de programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques dans le RASS (SNIS, 2014). L'OMS (2018b) propose des interventions de préventions telles que « l'accès à une eau de boisson saine ; un assainissement amélioré ; une bonne hygiène personnelle et alimentaire ; une éducation sanitaire sur la manière dont l'infection se propage. » (p.1).

Les maladies transmissibles par l'eau contaminée semblent représenter un problème de santé publique, mais aussi un enjeu pour l'atteinte du développement du pays. Elles constituent un enjeu de santé publique selon le MSHP (2016a) de la Côte d'Ivoire, puisque le pays reste vulnérable à leur potentiel épidémique surtout en ce qui a trait au choléra. De plus, la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) connaît des difficultés selon le MSHP (2016a) de par le sous-financement des interventions de lutte et la faible compétence du personnel de santé pour la prise en charge de ces affections. Le MSHP (2016b) mentionnait aussi un état de sécurité alimentaire déplorable associé, entre autres, au phénomène de restauration collective ne respectant pas les normes d'hygiène. Sans oublier le piètre entretien du service de collecte des eaux pluviales et usées en milieu urbain qui engendre des conditions d'insalubrité, de manque d'hygiène et d'inadéquation en approvisionnement en eau potable pour la population (MSHP, 2016b). D'ailleurs,

l'ancienne ministre de la santé, Mme Coffie, déplore le fait qu'aujourd'hui encore 31,5 % de la population ivoirienne collecte son eau de boisson de source non traitée et que 91,1 % de ce groupe consomme cette eau contaminée telle quelle (GCI, 2018c). L'OMS (2018b) et son programme « eau, assainissement et santé » conçoivent aussi les maladies hydriques comme des enjeux de santé publique qui devraient être ciblés par des interventions de prévention de la maladie et de promotion de la santé. En ce sens, le MSHP (2016a) propose de sensibiliser les populations à cet enjeu de santé sans expliciter cette proposition.

Les maladies transmissibles par l'eau contaminée constituent également un enjeu de développement selon le MSHP qui énonçait son désir d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) par la mise en place d'objectifs de santé (MSHP, 2016a). Ce désir d'atteindre les ODD est basé sur le présupposé que la santé influence le développement et qu'elle en résulte inévitablement (Commission Économique pour l'Afrique [CEA], 2015; MSHP, 2016a; SNIS, 2014). Suivant cette prémisse, les interventions qui promeuvent le développement devraient aussi s'orienter vers la prévention des maladies hydriques et sur la promotion des conditions environnementales et sociales les prévenant. À ce sujet, la Côte d'Ivoire émettait en 2013 un Programme d'appui à l'accélération de l'Accès Durable à l'Eau, à l'Hygiène et à l'Assainissement (PADEHA) dans le but de réaliser les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à l'eau et à l'assainissement ainsi que de s'inscrire dans la vision africaine de l'eau 2025 : « Le Pacte de durabilité vise à maintenir la fonctionnalité des infrastructures et le changement durable de comportement dans un horizon temporel d'au moins 10 ans » (GCI, 2013, p. 5). Le GCI souligne que les freins à l'approvisionnement à l'eau potable étaient entre autres : « le manque de volonté de certaines communautés à s'approvisionner à une source d'eau potable » ainsi que « la défaillance de l'entretien des ouvrages due, notamment à la faible implication des populations dans l'entretien et la gestion des points d'eau » (2013, p. 2). Conséquemment, les populations sont insuffisamment approvisionnées en eau potable. Le GCI (2013) ajoute que le manque d'hygiène favorise l'émergence du paludisme et de la diarrhée. Un « manque d'hygiène du cadre de vie, l'insuffisance de conseils et d'informations aux mères et la persistance de problèmes culturels » sont les facteurs prédisposant identifiés par le GCI (2013, p. 3). Le rapport ne s'attarde pas davantage sur ces facteurs prédisposants : ils ne sont pas explicités

et leur incidence sur la santé pas démontrée. Les engagements gouvernementaux pour 2023 du pacte de durabilité du PADEHA visent à renforcer les capacités des usagers à l'entretien, la gestion et l'utilisation des sources d'eau et leur assainissement ainsi que de promouvoir l'hygiène auprès de la population par des moyens tels que l'adoption d'un code d'hygiène (GCI, 2013).

## 1.2 Promotion de la santé

Le domaine de la santé publique définit l'ensemble des pratiques qui se centrent sur le maintien et l'amélioration de la santé des populations (Association canadienne de santé publique, ACSP, 2017). Elle est fondée sur le principe de justice sociale, d'équité en matière de santé et sur les déterminants sociaux et écologiques<sup>2</sup> de la santé (ACSP, 2017). Les initiatives en santé publique sont centrées sur la promotion et la protection de la santé, la prévention de la maladie, de la mort, de blessures et des invalidités ainsi que sur la surveillance de l'état de santé des populations (ACSP, 2017). L'OMS (s.d.) définit la santé publique comme : « the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society » (p.1).

La Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé est le document fondateur en ce qui a trait à la mise en place d'interventions de santé publique (OMS, 1986). La promotion de la santé est le processus par lequel les populations obtiennent un plus grand contrôle sur leur propre santé et sur les moyens de l'améliorer (OMS, 1986). Par conséquent, les interventions de promotion de la santé doivent obligatoirement permettre l'*empowerment* ou le développement des capacités des individus qui sont ciblés (Renaud et Lafontaine, 2011). Les actions de promotion de la santé sont réparties en cinq stratégies, soient: l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, le renforcement des aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (OMS, 1986). C'est pourquoi les interventions telles que la distribution massive de produits pharmaceutiques (chimiothérapie préventive) ou de produits tels que le MILDA ne peuvent pas être considérées comme des interventions de promotion de la

---

<sup>2</sup> Parfois appelés « déterminants environnementaux »

santé. En effet, ces interventions ne permettent pas l'autonomisation des populations en matière de gestion de leur propre santé; elles ne représentent qu'une offre de matériel.

La Charte d'Ottawa pose la présence de déterminants de la santé sur lesquels devraient intervenir toutes interventions de santé (OMS, 1986). Ces déterminants de la santé font référence aux conditions dans lesquelles les individus naissent, vivent, grandissent et travaillent (Metzler *et al.*, 2007). Conséquemment, le contexte socioéconomique, l'environnement social et physique, le groupe d'appartenance (notion de vulnérabilité), les expériences de santé et les conséquences de santé sont tous des déterminants ayant une influence sur la santé d'un individu (OMS, 2011). Ce sont les déterminants de la santé qui permettent de mettre en lumière les situations d'inégalités de santé et représentent donc les axes d'interventions de la santé publique (Metzler *et al.*, 2007).

L'approche en santé publique est une approche écosystémique où la santé optimale est conçue comme résultant d'un équilibre individu-collectivité-environnement (Renaud et Lafontaine, 2011). L'être humain y est considéré comme au centre des préoccupations de santé et en interaction constante avec son environnement physique et social (Renaud et Lafontaine, 2011). Conséquemment, les conditions de vie influencent la santé des individus. Par exemple, la pollution est comprise comme ayant des effets potentiellement néfastes sur la santé. Dans le même sens, intervenir localement ou globalement sur des facteurs environnementaux peut permettre de restaurer un état positif de santé pour les individus concernés. Dans le cas des maladies à transmission hydrique, cette approche souligne l'importance de s'attarder aux conditions de salubrité, à l'aménagement du territoire et aux infrastructures qui correspondent à des facteurs de l'environnement physique qui touchent la santé (Renaud et Lafontaine, 2011). En ce qui a trait à l'environnement social, le soutien et l'accès aux services et ressources de santé est un exemple de facteur qui a une influence sur la problématique ici présentée.

Dans la Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé, cette dernière est considérée comme un facteur des plus importants pour le développement et l'atteinte des ODD (OMS, 2016a). En effet, on y propose que la promotion de la santé permet de tenir compte de l'interdépendance entre santé et bien-être durable ainsi qu'entre santé et environnement (OMS, 2016a). Elle agit aussi dans tous les domaines d'une société puisque les

déterminants de la santé peuvent être influencés par des interventions sociales, politiques, culturelles, économiques et environnementales (OMS, 2016a). Finalement, la Déclaration de Shanghai pose que la promotion de la santé permet l'atteinte de tous les autres ODD et qu'elle bénéficie de leur atteinte (OMS, 2016a).

Conséquemment, les États sont encouragés à intervenir sur les enjeux de santé publique dans une logique de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin de suivre les recommandations de l'OMS et de promouvoir leur propre développement.

### 1.3 La communication pour la santé

Dans cette section il sera question de la pertinence communicationnelle de ce mémoire ainsi que de l'importance de s'attarder à l'étude des perceptions et des représentations sociales en matière de santé.

La communication pour la santé postule que la communication est pertinente à tous les aspects de la santé et du bien-être tels que la prévention de la maladie, la promotion de la santé ainsi que l'amélioration de la qualité de vie (Rimal et Lapinsky, 2009). Ainsi, la communication pour la santé s'intéresse aux différents facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques qui influencent les comportements en matière de santé (Rimal et Lapinsky, 2009). La compréhension de ces comportements qui affectent la santé des individus est abordée par des théories sociales telles que l'étude de la norme, des perceptions et des émotions (Rimal et Lapinsky, 2009).

La communication pour la santé est un domaine qui joint la théorie et la pratique dans le but de générer un changement au niveau des comportements ayant une incidence sur la santé (Rimal et Lapinsky, 2009). La communication comme discipline permet d'enrichir la recherche en santé publique en s'attardant au contexte social et aux interactions sociales qui influencent les comportements et décisions de santé. De plus, l'emploi de l'approche culturellement-centrée (*Culture-centered*) au domaine de la communication pour la santé permet de considérer les pratiques de santé en dehors du modèle biomédical (Dutta et Busa, 2011). Ainsi, les changements de santé sont entrevus comme possibles par les conversations où ces communautés sont invitées à partager leurs points de vue (Dutta et

Busa, 2011). En ce sens, c'est la culture qui devient le cadre communicationnel permettant de faire ressortir le sens accordé à la santé (Dutta et Busa, 2011). Sachant que ce sens est formé par les valeurs, croyances et pratiques d'une communauté, celui-ci est souvent propre à une localité qui génère ce sens à partir de son contexte bio-psycho-politico-social (Dutta et Busa, 2011). D'où la pertinence de réfléchir à la problématique dans un angle de communication interculturelle, où les interactions sociales influencent le sens accordé à la santé et à la maladie.

La pertinence communicationnelle de cette recherche se trouve donc dans l'emploi d'une approche communicationnelle afin d'analyser les perceptions et représentations sociales des Abidjanais qui ont un impact sur la transmission des maladies hydriques et afin d'intervenir pour sensibiliser les participants à cet enjeu.

### 1.3.1 Les perceptions et représentations sociales et la santé

Dans cette ligne d'idée, les théories subjectives de la santé et de la maladie s'attardent à l'étude des perceptions, attentes, évaluations, attributions et constructions relatives à la santé (Flick, 1992). Émises par les individus, elles présupposent l'importance de considérer les facteurs sociaux dans l'étude de la santé et de la maladie (Flick, 1992). Elles présupposent aussi l'importance de considérer les représentations que se font les patients et les acteurs touchés de la santé et de la maladie (Flick, 1992). L'opinion des patients dont il est question dans la recherche est donc valorisée et la collaboration avec ces derniers, primordiale (Flick, 1992; Jodelet, 2006).

Les concepts de conscience de la santé et de système de santé invisible sont mobilisés dans l'étude des théories subjectives de la santé et de la maladie (Flick, 1992). La conscience de la santé est un phénomène individuel, social et collectif où la conception commune de la santé et la construction commune de celle-ci sont transmises aux individus et dans l'histoire d'une communauté (Flick, 1992). L'aspect culturel de la santé ressort ainsi dans l'existence de pratiques de santé « populaire<sup>3</sup> » propre à une société (Flick, 1992; Jodelet, 2006). La conscience de la santé émerge du système qui comprend toutes les représentations

---

<sup>3</sup> Elles s'opposent aux pratiques de santé professionnelles.

subjectives de la santé : représentation de la santé par description biographique, dans un contexte culturel et social, comme rapport entre l'individu et son environnement, comme lieu d'enracinement de différents modes de vie et projets de vie et comme rapport individuel à son propre corps (Flick, 1992).

Le concept de conscience de la santé fait ressortir l'importance de considérer le système non professionnel de santé présent dans la société : le système de santé invisible (Flick, 1992). Ce système de santé invisible comprend tous les actes de santé qui sont pratiqués par des individus, non professionnels, afin de maintenir leur état de santé (Flick, 1992). Ces pratiques sont le plus souvent ancrées dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) et peuvent être difficiles à identifier, d'où l'appellation invisible (Flick, 1992). L'étude du système de santé invisible permet de s'attarder aux habitudes d'autogestion et de maintien de la santé des individus au sein d'une collectivité (Flick, 1992).

Conséquemment, l'emploi de ces théories subjectives de la santé et de la maladie permet de valoriser et de considérer les perceptions et représentations de la santé que se font les membres d'une population comme ayant une incidence sur celle-ci. Ceci permet aussi de s'attarder à des phénomènes qui influencent la santé en amont d'un diagnostic de maladie. Ainsi, la pertinence sociale de cette recherche se trouve dans la mise de l'avant des perceptions et représentations sociales des Abidjanais en ce qui a trait aux maladies hydriques. Les données relatives aux perceptions et représentations sociales des Abidjanais sur cette problématique permettront d'orienter des interventions de santé publique de manière plus efficace selon les besoins/problèmes émis par la population et moins selon le modèle biomédical habituellement employé par les professionnels de la santé. Ce mémoire de recherche se fera donc avec et pour les Abidjanais.

#### 1.4 La structure organisationnelle

Dans la section suivante, j'identifierai les différents acteurs touchés par l'enjeu de santé de la transmission de maladies par l'eau contaminée à Abidjan. Les liens entre ces différents acteurs sont illustrés et disponibles à l'annexe B de ce présent mémoire.

#### 1.4.1 Ministère de la santé et de l'hygiène publique

Le MSHP de la Côte d'Ivoire, appelé ministère de la santé et de la lutte contre le sida (MSLS) dans la documentation plus ancienne, comprend une structure à deux versants. Le versant administratif comprend le cabinet du ministre et celui de la Direction qui émet et coordonne les politiques de santé (MSHP, 2016b). Puis, les vingt Directions régionales qui appuient les Districts sanitaires lors de la mise en place des politiques de santé (MSHP, 2016b). Finalement, les Districts sanitaires ayant pour mission de desservir à la population l'accès aux services de soins (MSHP, 2016b).

Le MSHP est à l'origine de l'émission des politiques de santé telles que la stratégie nationale de promotion de la santé (SNIS, 2014) et le plan national de développement sanitaire (PNDS) (MSHP, 2016a). Ainsi, une des missions du MSHP est d'atteindre les objectifs qui promeuvent le développement du pays (MSHP, 2016a). C'est pourquoi le PNDS vise la même orientation que le plan national de développement (PND) de la Côte d'Ivoire, selon le 2<sup>e</sup> axe stratégique : « l'accélération du développement du capital humain et du bien-être social » (MSHP, 2016a, p. 47). Il serait réalisable par l'amélioration de l'état de santé des populations selon le MSHP (2016a). Le PNDS vise donc à atteindre les objectifs du développement durable pour 2015-2030 (MSHP, 2016a). Il vise aussi à atteindre les recommandations de l'OMS sur les différents enjeux de santé considérés comme prioritaires (SNIS, 2014). Pour finir, le PNDS tente de prendre en compte les différents engagements du pays en matière de santé tels que : la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, le règlement sanitaire international, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires ainsi que ceux de Systèmes de santé en Afrique (MSHP, 2016a).

Le PNDS a aussi émis différents objectifs de santé, dont le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé et de l'hygiène publique (MSHP, 2016a). Cet objectif vise une plus grande offre de services d'hygiène au niveau communautaire, une diminution de l'incidence de maladies liées à des facteurs environnementaux et l'adoption, par les populations, de comportements et de modes de vie qui sont favorables à la santé (MSHP, 2016a).

Le versant de l'offre de service de soins comprend trois niveaux soit le niveau primaire, secondaire et tertiaire (SNIS, 2014). Le niveau de soins primaire est celui intervenant au niveau communautaire et offrant les services de première ligne par l'entremise des ESPC. Le niveau de soins secondaire est composé des centres hospitaliers généraux et régionaux, ce niveau répond aux demandes de service nécessitant une expertise que le niveau primaire ne peut offrir (SNIS, 2014). Le niveau de soins tertiaire offre des soins de santé plus spécialisés que le niveau secondaire, il comprend entre autres les Centres Hospitaliers Universitaire (SNIS, 2014). Les activités des ESPC sont d'ordre curatif, préventif et de promotion de la santé (SNIS, 2014). Ainsi, la plupart des interventions de santé publique sont mises en place à ce niveau d'offre de service. Ce sont principalement dans les ESPC qu'interviennent d'ailleurs les organismes non gouvernementaux (ONG), organismes communautaires ainsi que le personnel pratiquant la médecine traditionnelle (SNIS, 2014).

#### 1.4.2 Ministère de la salubrité, de l'environnement et du développement durable

Le ministère de la salubrité, de l'environnement et du développement durable (MSEDD), parfois appelé ministère de l'environnement, de la salubrité urbaine et du développement durable (MESUDD) est aussi connu sous le nom de ministère de l'environnement et du développement durable (MEDD) dans la documentation de plus vieille date. Ce ministère se divise en trois branches soit : la direction générale de l'environnement, la direction générale de la salubrité urbaine et la direction générale du développement durable (MESUDD, 2014).

En ce qui a trait à la transmission de maladies hydriques, la direction générale de l'environnement a pour mission, entre autres, de participer à la gestion des réseaux d'assainissement de drainage de l'eau (MSEDD, 2011). De son côté, la direction générale de la salubrité urbaine a pour mission de sensibiliser et d'éduquer les populations à l'amélioration de leur cadre de vie (MSEDD, 2011). Elle lutte aussi contre les nuisances et la pollution dans les grandes villes, particulièrement à Abidjan (MSEDD, 2011). Pour finir, la direction générale du développement durable participe à l'émission et la mise en place de politiques qui visent l'amélioration de la qualité de vie (MSEDD, 2011).

Le MESUDD (2013) a émis des objectifs concernant l'amélioration de la qualité de l'eau et de l'accès à l'assainissement de l'eau, dans lesquelles plusieurs secteurs d'intervention sont concernés. Ainsi, il est de la responsabilité du secteur de l'environnement d'éliminer les végétaux aquatiques envahissants (MESUDD, 2013). La collecte des eaux usées et son traitement sont de la responsabilité des secteurs suivant : de l'hydraulique, de l'assainissement, de l'environnement, de la salubrité, de la collectivité, des industries et de la santé (MESUDD, 2013). Ces cibles d'action s'inscrivent dans la lignée de l'émission du PND, du Plan national d'Actions pour l'Environnement (PNAE) ainsi que d'autres stratégies nationales visant l'atteinte du développement et la préservation de l'environnement (MESUDD, 2013).

#### 1.4.3 Personnel de santé

Le personnel de santé se divise en deux grandes catégories d'intervenants, les individus pratiquant la médecine traditionnelle (les guérisseurs et les devins-guérisseurs) et le personnel de santé moderne (les professionnels de la santé comprenant les médecins, infirmiers et sages-femmes) (Memel-Fotê, 1998).

Les individus pratiquant la médecine traditionnelle constituent un groupe d'environ 8500 praticiens recensés, faisant partie de diverses associations nationales de médecine traditionnelle (MSHP, 2016a). Leur pratique est encouragée par le programme national de promotion de la médecine traditionnelle qui vise à renforcer leurs capacités dans divers domaines de la santé (SNIS, 2014). Les guérisseurs et devins-guérisseurs pratiquent habituellement en soins de première ligne tel que dans les ESPC (SNIS, 2014). Leur pratique n'est souvent pas spécialisée pour l'offre de services de soins en deuxième et troisième ligne. Bien qu'ils ne partageant pas tous une définition unanime de la santé, celle-ci est généralement définie comme suit : « [...] Comme une qualité supérieure de la vie, une plénitude heureuse d'être, de relation et d'activité » (Memel-Fotê, 1998, p. 26). La santé est perçue comme un état de bien-être physique et de l'esprit (Memel-Fotê, 1998). Elle est définie comme individuelle, mais aussi sociale (Memel-Fotê, 1998). Les conditions de prospérité, de paix et de fête dans la communauté et entre les communautés sont

considérées comme nécessaires à l'atteindre d'une bonne santé sociale (Memel-Fotê, 1998).

De leur côté, les professionnels de la santé orientent davantage leur définition de la santé selon celle de l'OMS (Memel-Fotê, 1998). Elle est comprise comme influençable par l'environnement naturel et social de l'individu (Memel-Fotê, 1998).

Il arrive que le personnel de médecine traditionnelle et le personnel de santé moderne collaborent (Memel-Fotê, 1998). Cette collaboration est habituellement pour un échange de patient selon la reconnaissance de l'expertise de l'un et de l'autre et/ou pour offrir une complémentarité thérapeutique au patient (Memel-Fotê, 1998). Il arrive ainsi qu'un professionnel de la santé recherche l'expertise d'un guérisseur afin d'améliorer sa pratique en milieu rural et inversement (Memel-Fotê, 1998).

#### 1.4.4 Population en contact avec l'eau contaminée

Les maladies infectieuses telles que le paludisme et les maladies diarrhéiques sont les causes dominantes de morbidité et mortalité de la population ivoirienne (MSHP, 2016a). Les populations particulièrement vulnérables à ces affections sont les enfants et les femmes enceintes (MSHP, 2016a). Abidjan étant la capitale économique de la Côte d'Ivoire, elle représente un milieu urbain où la population est sujette à diverses sources de contamination hydrique : restauration collective et des conditions d'insalubrité causée par un manque de service de collecte des eaux pluviales et usées (MEDD, s.d.; MSHP, 2016b). La population abidjanaise, se trouvant dans les régions sanitaires d'Abidjan 1-Grands Ponts (GP) ou Abidjan 2, semble donc vivre dans des conditions qui sont favorables à la transmission de maladies hydriques.

Plus précisément, les faibles conditions d'assainissement environnemental et la forte densité de la population dans la commune de Yopougon, en fait un endroit où la prévalence des maladies hydriques est plus fortement marquée (Dongo *et al.*, 2008; Kassoum, 2007). Quartier à la fois industriel et résidentiel, la santé de la population de la commune de Yopougon est affectée par le manque d'assainissement des eaux usées provenant à la fois des usines et des ménages (Dongo *et al.*, 2008). D'ailleurs ces eaux usées sont directement

déversées via les canaux de drainage, sans traitement, dans la lagune Ébrié la polluant et favorisant les conditions de reproduction des moustiques (vecteur du paludisme) et la transmission de maladies hydriques telles que la diarrhée et le choléra (Dongo *et al.*, 2008). Les habitants de la commune de Yopougon semblent donc particulièrement vulnérables aux maladies hydriques. C'est la principale raison pour laquelle la commune de Yopougon a été ciblée comme terrain dans le cadre de cette recherche.

### 1.5 Question, sous questions et hypothèse de recherche

Pour résumer, la transmission de maladies infectieuses, bactériennes et parasitaires via l'eau contaminée représente un enjeu de santé et de développement pour l'OMS (2018b) et le MSHP (2016a) de la Côte d'Ivoire. Des interventions de santé sont mises en place (GCI, 2018a, 2018c), mais elles ne représentent pas des interventions de promotion de la santé ayant le potentiel d'augmenter le pouvoir qu'ont les populations sur leur propre santé (Renaud et Lafontaine, 2011). Le plan d'action et les avenues nécessaires afin de pouvoir s'attaquer à cet enjeu efficacement ne semblent pas clairement définis. D'où la pertinence de cette recherche afin de pouvoir cerner les pistes d'action possible afin de promouvoir la santé et prévenir les maladies hydriques auprès de cette population.

Vu la difficulté des interventions de santé publique en Côte d'Ivoire de mettre de l'avant les recommandations d'autonomisation et de renforcement du pouvoir d'agir des populations abidjanaises, l'objectif de cette recherche est plus modeste : il vise à intervenir de manière à sensibiliser la population sur la question des maladies hydriques. Cet objectif s'inscrit donc dans une logique de promotion de la santé et prévention de la maladie en ciblant les perceptions et représentations sociales ayant un impact sur les comportements de santé tel que démontré plus haut. De cet objectif principal découlent trois sous objectifs : soit de comprendre les perceptions et représentations sociales des Yopougonnais concernant les maladies hydriques; comprendre les perceptions et représentations sociales des Yopougonnais concernant la gestion de leur propre santé; identifier les comportements de santé communément admis comme pouvant réduire ou augmenter le risque de contracter des maladies hydriques.

D'après l'exposition de cette problématique, je formule ma question de recherche comme suit : **Quelles sont les perceptions et représentations sociales des Yopougonnais relativement aux enjeux de propagation de maladies via les eaux contaminées?** Mon objectif de recherche est de sensibiliser les participants relativement à la propagation de maladies hydriques via les eaux contaminées à Abidjan. Je formulerai mes sous-questions de recherche comme suit : 1. Quels sont les déterminants de la perception et des représentations sociales des populations yopougonnaises relativement aux enjeux de propagation de maladies via les eaux contaminées? ;

2. Quels comportements la population yopougonnaise dit-elle adopter avec l'eau contaminée? ;

3. Quelles sont les solutions proposées par la population yopougonnaise concernant la prévention des maladies hydriques? ;

4. L'interaction entre les membres de la communauté yopougonnaise permet-elle la sensibilisation concernant les maladies hydriques?

Les trois premières sous-questions permettront d'atteindre le premier sous-objectif de recherche qui est de comprendre quels sont précisément les déterminants qui influencent les perceptions et représentations sociales des Yopougonnais au sujet des maladies transmises par l'eau contaminée. La dernière sous question de recherche permettra d'atteindre le second sous-objectif de recherche qui est de vérifier si l'intervention mise en place permet de sensibiliser les Yopougonnais concernant les maladies hydriques.

Mon hypothèse de recherche est la suivante : les perceptions et représentations sociales des Yopougonnais influencent leur rapport à l'eau et ont une incidence sur la propagation des maladies hydriques. Ainsi, l'organisation d'une rencontre permettant la discussion et la sensibilisation avec des Yopougonnais concernant les maladies hydriques permettra de cibler les perceptions et représentations « à risques » et d'encourager celles qui ont une influence positive sur la santé .

## CHAPITRE II

### CADRE CONCEPTUEL

En regard à la problématique préalablement exposée, cette section établira les concepts qui serviront de repère dans l'analyse des données qui seront recueillies sur le terrain auprès de la population abidjanaise. Ces concepts seront définis dans une logique de comparaison d'éléments individuels versus collectifs. Ce faisant, il sera possible lors de l'analyse de prioriser l'un ou l'autre de ces éléments en fonction des données recueillies.

#### 2.1 Les perceptions et les représentations sociales

Premièrement, les perceptions sont les représentations que se fait un individu concernant un domaine donné (Flick, 1992). Dans ce mémoire, le terme perception n'est pas employé au sens de connaissances sensorielles, mais dans sa dimension de processus individuel de fabrication de sens et de symbolisation. Le concept de perception repose sur le présupposé que les individus faisant partie d'une société émettent des constructions subjectives de leur réalité de manière à formaliser, idéaliser et généraliser les éléments complexes qui les entourent (Flick, 1992). Les perceptions sont dynamiques et peuvent donc être influencées par des idées, rencontres, évènements... (Durkheim, 1968; Flick, 1992; Moscovici, 1997). Conséquemment, il est possible d'anticiper un changement de perceptions des individus en agissant sur certains déterminants de celles-ci (Durkheim, 1968). D'ailleurs, les perceptions sont influencées par la conscience de soi-même ainsi que par les représentations sociales d'un groupe (Moscovici, 1997). Les perceptions renvoient au savoir subjectif<sup>4</sup> que se construit un individu par rapport à divers domaines (Flick, 1992). Ainsi, divers savoirs participent à la construction de ce savoir subjectif individuel. Ces savoirs peuvent provenir de l'expérience individuelle, d'intuitions, d'émotions... considérées comme valides pour l'individu (Joffe, 2003). Dans le cas qui nous intéresse, la

---

<sup>4</sup> Aussi appelés savoirs quotidiens, profanes, naïfs ou populaires

santé et la maladie représentent des objets pour l'étude des perceptions et des représentations sociales qui seront décrites ci-dessous (Herzlich, 1992; Jodelet, 1997).

Deuxièmement, les représentations sociales se définissent comme des guides permettant de nommer, définir et d'interpréter collectivement les différents aspects et domaines de notre réalité quotidienne (Jodelet, 1997). Elles permettent de défendre cette réalité quotidienne et de se positionner par rapport à elle en collectivité (Jodelet, 2006). Les représentations sociales sont donc des constructions sociales de la réalité comme vision commune du monde. Elles guident et engendrent des comportements qui permettent aussi de créer cette réalité sociale (Flick, 1992). Il est donc possible de dire que les représentations sociales rendent compte de la réalité, mais participent aussi à sa création et son évolution (Flick, 1992). Les représentations sociales correspondent aussi à une forme de connaissance spécifique, des modalités de pensées propres à une société (Flick, 1992; Pétard, 1999). Elles rendent compte de la manière de comprendre et de communiquer ce qu'une société sait déjà (Flick, 1992).

Les représentations sociales permettent ainsi d'orienter les actions collectives et de gérer le rapport au monde de cette collectivité (Jodelet, 1997). Conséquemment, elles permettent de préserver le lien social existant entre les membres d'un groupe et d'assurer que leurs pensées et actions seront uniformes, homogènes (Moscovici, 1997). Les représentations sociales sont dynamiques, mais plus stables que les perceptions individuelles (Durkheim, 1968). En effet, Durkheim (1968) explique que la société aura besoin de grands événements pour modifier sa manière de penser collective et de concevoir les objets. Toutefois, les représentations sociales sont tout de même générées et acquises en collectivité et peuvent ainsi être modifiées par les interactions sociales (Moscovici, 1997).

En ce sens, le langage, la communication et les rapports sociaux influencent les représentations de la réalité matérielle, sociale ou idéologique d'une société (Jodelet, 1997). Aussi, les fonctions cognitives et le fonctionnement du système social des groupes ainsi que les interactions, influencent tous la création, la structure et l'évolution dans le temps des représentations (Jodelet, 2006). C'est pourquoi les représentations sociales permettent de comprendre comment une société pense à propos d'un domaine; de comprendre quels savoirs font partie de leur sens commun (Flick, 1992; Jodelet, 1997). De

plus, la compréhension de ce sens commun permet de rendre compte des types de comportements adoptés en société manifestés dans les interactions sociales (Flick, 1992; Jodelet, 1997).

Les représentations sociales sont transmises et produites par la culture de groupe via les valeurs et les modèles puis par la société via le partage de lien social, le contexte idéologique et historique, en fonction des appartenances sociales et de l'organisation sociale de la vie de groupe (Jodelet, 1997). Elles sont aussi transmises et produites par le langage et la communication, par les interactions entre individus ainsi que par les discours intentionnels et médiatiques (Jodelet, 1997). Les représentations sociales deviennent donc observables par les comportements, les discours sans oublier les images et messages médiatiques (Jodelet, 1997). En ce sens, la communication influence le processus de formation et d'émergence des représentations sociales puisqu'elle permet la mise en place d'un imaginaire collectif (Jodelet, 1997).

Finalement, en ce qui concerne les représentations sociales de la santé et de la maladie, ces objets fournissent un mode d'interprétation de la société par les individus qui la composent (Flick, 1992). La santé et la maladie fournissent un moyen pour l'individu de se rapporter à la société (Flick, 1992). Ceci présuppose que les représentations de la santé et de la maladie sont des expressions culturelles qui tentent de rendre compte de cette expérience (Jodelet, 1997, 2006). Ce qui suggère l'existence d'un processus de consensus social sur la représentation de la santé et de la maladie (Faltermajer, 1992). Acceptant ce présupposé, il est possible d'avancer qu'il existe des échanges sociaux concernant les expériences de malaises corporels ainsi que sur les actions à poser pour maintenir sa santé (Faltermajer, 1992). Ce qui engendre des interprétations collectives complexes et continuelles qui génèrent du sens face à la santé, la maladie et le corps ainsi qu'à notre rapport avec ces trois objets (Herzlich, 1992).

Pour finir, il est pertinent à l'orientation de cette recherche de traiter de la notion de perception du risque souvent abordée dans le domaine de la psychologie sociale. La perception du risque fait référence à la perception d'un potentiel danger, le risque ayant une connotation exclusivement négative (Joffe, 2003). Elle correspond donc à la compréhension du potentiel danger que pourrait avoir une action (Joffe, 2003) pour leur

santé par exemple. Ainsi, les connaissances mobilisées par un individu lui permettront de former un jugement concernant les potentiels risques et bénéfiques de poser une action ou d'adopter un comportement (Joffe, 2003).

L'auteure précise que la représentation sociale du risque met l'emphase sur les éléments influençant la perception du risque, allant au-delà du processus de traitement de l'information humain et mettant l'emphase sur la construction de connaissance (Joffe, 2003). Incidemment, certains éléments socioculturels et historiques, admis comme expérience commune et partagée par un groupe, influencent la compréhension et la description de l'expérience individuelle et passent de connaissances propres au « nous » à une appropriation de celle-ci au « je » (Joffe, 2003). Ainsi, la manière dont une société se construit et se représente oriente la perception du risque autant sur le plan individuel que collectif (Joffe, 2003). Conséquemment, les actions et comportements de santé sont associés à la perception du risque qui leur est associé; tel que boire de l'eau contaminée.

## 2.2 Les déterminants

Le concept de déterminant sera employé dans ce mémoire au sens d'éléments ayant une influence sur les perceptions et/ou les représentations sociales. En ce sens, certains déterminants peuvent être propres à un individu ou partagés collectivement par un groupe. Les déterminants permettent de former le savoir qui rend compte de la réalité (Jodelet, 1997). Ils sont donc à la base des perceptions et des représentations sociales; ils sont leur support. Ces déterminants sont en relation entre eux et ont différents rôles en fonction de leur importance dans la formation de la représentation sociale (Pétard, 1999). L'emploi du concept de déterminant permet de faire ressortir l'état de la réalité perçue et/ou représentée par un individu ou un groupe d'individu (Jodelet, 1997). Les déterminants identifiés dans cette section sont décrits comme étant des « éléments divers » qui sont « parfois étudiés de manière isolée » dans l'étude des représentations sociales selon Jodelet (1997, p. 52). Ces éléments, nommés déterminants dans ce mémoire, semblent pouvoir s'appliquer autant dans l'étude des perceptions que celle des représentations sociales. Ainsi, les déterminants ayant une influence sur les perceptions et les représentations sociales sont les suivants : croyances, pensées, règles, habitudes, pratiques, idées, normes, valeurs, opinions et stéréotypes (Jodelet, 1997). Dans le cadre de cette recherche, les perceptions seront

étudiées selon les déterminants suivant : les croyances et les pratiques qui peuvent être individuelles ou partagées par un groupe ainsi que les normes qui renvoient à ce qui est admis comme normal à l'intérieur d'un groupe. Les croyances correspondent à l'adhésion à certaines valeurs, idées ou opinions indépendamment de leur véracité empirique (Pudal, s.d.). Les pratiques sociales correspondent aux actions qui structurent la vie sociale (Bourdieu, 1976). À la base de ces actions se trouvent des connaissances organisées par des schèmes d'expérience qui sont transmises à l'intérieur de la société. Conséquemment, il existe un sens commun partagé et communiqué en société qui structure les pratiques des individus qui y vivent (Bourdieu, 1976). En d'autres mots, l'agir des individus en société et le sens formé à partir de cet agir forment ce que l'on appelle dans ce mémoire les pratiques sociales (Bourdieu, 1976). Les normes sociales se définissent comme des opinions communes, valorisées et stabilisées, socialement utiles qui prennent la forme d'une prescription (Pétard, 1999). Les normes sociales représentent donc un ensemble de règles de conduite, de comportements, qui sont valorisés selon le contexte et la position sociale d'un individu (Pétard, 1999).

Ces déterminants permettent de faire le pont entre les pratiques sociales observables et les perceptions et les représentations sociales. De plus, tous ces déterminants sont influençables par des expériences individuelles et/ou des événements sociétaux, ce qui explique leur aspect dynamique. Ces déterminants seront donc ciblés pour approfondir la compréhension des perceptions et des représentations sociales et seront aussi la cible des interventions de sensibilisation.

### 2.3 La santé populaire et le système de santé invisible

Pour commencer, les pratiques de santé populaires correspondent à l'ensemble des comportements, croyances, attitudes, pensées... qui sont orientés vers le maintien et l'amélioration de la santé employée par des individus (Akrich et Rabeharisoa, 2012; Flick, 1992; Proulx *et al.*, 2008). Les pratiques de santé populaire sont donc souvent en tension avec les perspectives des professionnels de la santé (Proulx *et al.*, 2008). La santé populaire est fondée une expertise profane, elle-même fondée sur des informations reçues ou trouvées et des expériences (Akrich et Rabeharisoa, 2012). Ces informations et expériences sont considérées comme des connaissances, autres que scientifiques, qui sont modifiées,

validées ou infirmées par leur action sur le monde (Akrich et Rabeharisoa, 2012; Jodelet, 1997). Les différentes sources et modes de production de ces connaissances populaires sont souvent valorisés de manière différente chez les individus (Proulx *et al.*, 2008). Par exemple, une expérience personnelle pourrait davantage guider les actions de santé d'un individu que les conseils reçus de son voisin, tandis que ce dernier pourra accorder plus d'importance au conseil qu'il donne qu'à l'expérience de son interlocuteur. L'expertise profane rend compte des dynamiques et des prises d'action qui ont une influence sur l'état de santé des populations (Proulx *et al.*, 2008). Ces pratiques fondées sur une expertise populaire peuvent être individuelles ou partagées dans un groupe (Proulx *et al.*, 2008). Lorsqu'elles sont partagées, elles renvoient au concept de système de santé invisible.

Pour poursuivre, le concept de système de santé invisible renvoie aux actes de santé pratiqués par des individus non professionnels de la santé dans le but de maintenir leur propre santé ou celles d'autres individus (Faltermajer, 1992). Ces actions font habituellement partie des AVQ ou des AVD des individus et sont donc plus difficiles à identifier : d'où l'appellation invisible (Faltermajer, 1992). Concrètement, lorsqu'un individu s'administre un autotraitement, ou offre un traitement à un ami, membre de la famille, voisin, etc. en posant des actions ou en donnant des conseils, il agit à l'intérieur de ce système de santé invisible (Helman, 1987). Le système de santé invisible est basé sur des croyances de santé populaire<sup>5</sup> et des expériences de vie (Helman, 1987) qui forment les théories subjectives de la santé et de la maladie (dont il sera question plus loin dans cette section) où l'individu agit en tant que « guérisseur » (Faltermajer, 1992). Le concept de système de santé invisible conçoit que les individus ont un rapport quotidien avec leur corps et tentent de préserver leur santé (Faltermajer, 1992). Ce qui suggère que le recours aux professionnels de la santé ne se fait que lorsque l'aide au niveau individuel et social ne permet plus de régler le problème de santé (Faltermajer, 1992). Cela permet de proposer qu'il existe une sous-utilisation des services de soins offerts en première ligne. Ce concept permet d'abord l'étude du domaine d'entraide médicale populaire au niveau social avant que les professionnels de la santé n'interviennent (Faltermajer, 1992). Il permet aussi de se

---

<sup>5</sup> Aussi appelées croyances profanes, naïves ou subjectives

pencher sur le phénomène de l'autogestion de la santé; sur les pratiques de santé populaire (Flick, 1992).

### 2.3.1 La conscience de la santé

La conscience de la santé sera ici décrite comme un sous-concept de la santé populaire et du système de santé invisible, considérant que la conscience de la santé permet de poser les assises de ces deux concepts décrits dans la section précédente. Elle permet aussi de lier les concepts de perceptions et de représentations sociales aux concepts de santé populaire et de système de santé invisible.

La conscience de la santé correspond « au vaste système de représentations subjectives que ceux-ci [les individus non professionnels] ont de leur propre santé. » (Faltermajer, 1992, p. 68). Cette conscience de la condition de santé est un phénomène individuel, social et collectif (Faltermajer, 1992). Ainsi, elle permet aux individus de qualifier leur propre état de santé, ou son absence, sur la base de leur propre représentation de celle-ci. La conscience de la santé est aussi un phénomène collectif, car elle renvoie à une conception commune de la santé (Faltermajer, 1992). Elle est aussi sociale puisqu'elle conçoit la santé comme une construction sociale qui se transmet aux individus et à travers l'histoire (Faltermajer, 1992). La conscience de la santé permet de rendre compte des expériences sensorielles et rationnelles qui sont liées à la santé et qui orientent les comportements des individus (Faltermajer, 1992). Conséquemment, ce sous-concept fait ressortir le système de représentations subjectives de la santé des individus (Faltermajer, 1992). Cette représentation subjective de la santé peut se faire à différents niveaux : dans la description biographique, dans un contexte social et culturel, dans un rapport à son propre corps, dans un rapport individus-environnement, comme lieu où s'enracinent les différents modes de vie et projets d'un individu (Faltermajer, 1992). Ces différents niveaux de représentation individuelle font ressortir la présence d'un système de représentation de la santé au niveau social qui rend compte de la dimension collective de la conscience de la santé.

La conscience de la santé, qui met en lumière les différentes représentations subjectives et sociales de la santé, permet d'expliquer l'adoption de comportements de santé au niveau individuel et aussi social; les pratiques de santé populaire et le système de santé invisible

(Faltermaier, 1992). C'est pourquoi la mise en place d'interventions visant à sensibiliser face à certaines pratiques de santé populaire faisant partie d'un système de santé invisible doit considérer l'importance du vécu des individus ainsi que les perceptions et représentations sociales dans lesquelles ils vivent (Faltermaier, 1992).

Pour finir, la conscience de la santé permet de faire ressortir différents aspects culturels liés à la conception et la compréhension des états de santé et de maladie (Faltermaier, 1992). Ainsi, la conscience de la santé est fondée sur le postulat de l'existence d'une culture enracinée dans les traditions de la médecine populaire (pratiques de santé populaire) présentes dans toutes les sociétés (Faltermaier, 1992). En d'autres mots, les pratiques de santé populaire constituant le système de santé invisible d'une société sont fondées sur des éléments culturels propres à celle-ci. Ces éléments culturels influençant et influencés par les perceptions et les représentations sociales de la santé ont pour effet d'orienter les comportements de maintien et de rétablissement de la santé.

### 2.3.2 Les théories subjectives de la santé

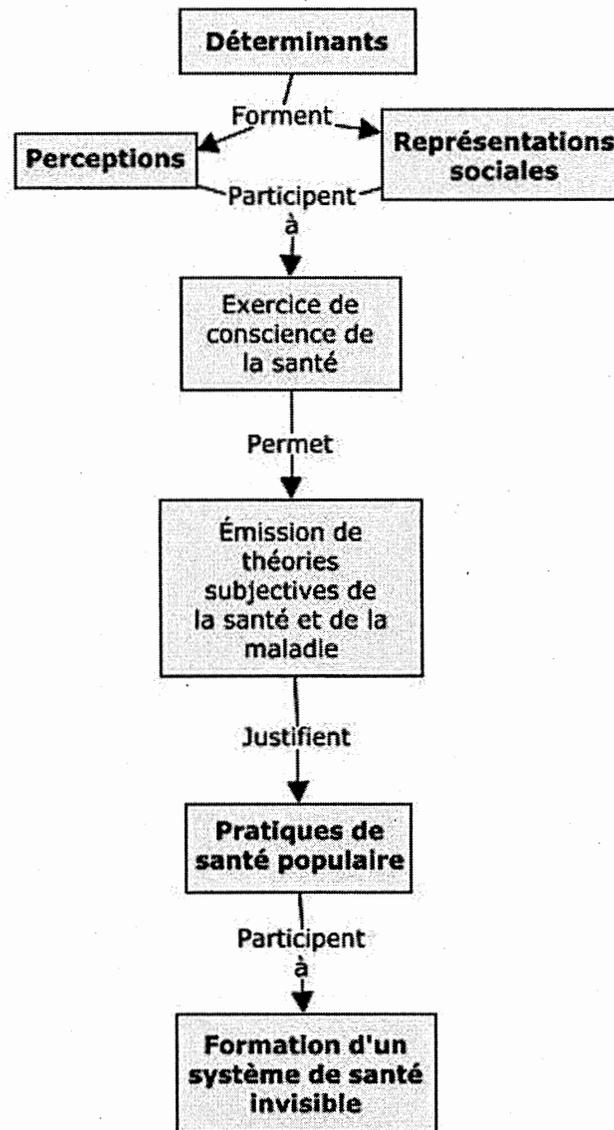
Le sous-concept de conscience de la santé dresse la table pour la présentation d'un dernier sous-concept, les théories subjectives de la santé et de la maladie. Les théories subjectives de la santé et de la maladie sont des théories émises par les individus afin de rendre compte de différentes situations et permettre la signification de l'état des choses. Elles permettent aux individus de s'expliquer des événements de santé/maladie, de les prévenir et de diriger leurs actions selon leurs explications subjectives (Flick, 1992). Ces théories subjectives de la santé et de la maladie servent donc à orienter, à justifier et à stabiliser les croyances et les valeurs d'un individu (Flick, 1992). Ces théories sont fondées sur des savoirs ou des idées concernant la cause ou l'origine de la maladie, son évolution, les traitements admissibles, efficaces et utiles, l'efficacité supposée de la prise de certains médicaments...(Flick, 1992). Les théories subjectives d'un individu à l'égard de la santé et/ou de la maladie sont habituellement fondées sur des savoirs qui prennent en compte l'aspect émotionnel et expérientiel de cet individu (Flick, 1992). Les théories subjectives de la santé et de la maladie sont donc considérées comme des théories basées sur des connaissances qui ne seraient pas toutes admises comme des savoirs scientifiques valides.

À l'instar des théories scientifiques, les théories subjectives sont formées par la confirmation d'hypothèses émises par l'individu concernant sa santé, relativement à ce qu'il conçoit comme des savoirs légitimes et valides (Flick, 1992). Elles représentent donc : « [...] l'expression de la maîtrise cognitive de la maladie » (Faller *et al.*, 1992, p. 36). Elles rendent ainsi compte des attitudes et/ou conceptions subjectives de la santé et de la maladie d'un individu (Faltermaier, 1992). En ce sens, les théories subjectives sont fondées sur un présupposé fondamental, soit que : « dans sa vie quotidienne, le sujet émet comme le scientifique certaines hypothèses sur lui-même et sur le monde. Ces hypothèses, reliées entre elles par leur thématique forment un tout cohérent et donc une théorie » (Flick, 1992, p. 17). Ainsi, les savoirs, thèmes et schèmes explicatifs que se forme un individu sur la santé et la maladie lui permettent de devenir expert de ce domaine dans sa vie (Flick, 1992). Ensuite, l'individu peut justifier ses actions et comportements sur son expertise formée sur les grandes thématiques de la santé et de la maladie (Flick, 1992).

Les théories subjectives de la santé et de la maladie mettent en lumière l'importance de trois éléments. Premièrement, l'importance de considérer les opinions et les idées des participants dont il est question dans les recherches portant sur la santé et la maladie (Faltermaier, 1992). Il en va de la reconnaissance d'une certaine expertise non pas scientifique ni professionnelle, mais expérientielle et individuelle des individus touchés par une situation de santé. Deuxièmement, l'importance de considérer les perceptions et représentations que se font les patients et acteurs touchés de la santé et de la maladie (Faltermaier, 1992). Finalement, l'importance de considérer les facteurs sociaux pouvant influencer ces perceptions et représentations lors de l'étude de la santé et de la maladie (Faltermaier, 1992). En somme, la collaboration avec le participant et la considération des divers savoirs constitutifs de la compréhension de la santé et de la maladie est primordiale pour pouvoir mener une recherche qui se centre sur les perceptions, représentations et comportements ayant une influence sur la santé d'une population (Faltermaier, 1992).

En résumé, les perceptions individuelles et les représentations sociales de la santé et de la maladie sont fondées sur des déterminants. Ces déterminants permettent la constitution d'un système de représentation individuel, dont certains éléments sont partagés à l'intérieur d'un système de représentation social, qui forment la conscience de la santé. Cette conscience de la santé permet la formation de théories subjectives concernant le propre état de santé d'un individu qui constitue l'assemblage des savoirs orientant les pratiques de santé populaire. Étant en partie fondée sur des représentations sociales et donc sur un sens commun de ce qui représente l'état de santé, la conscience de la santé peut aussi être collectivement partagée et donner lieu à des pratiques de santé populaire communes, formant ainsi un système de santé invisible.

Tableau 1 : Interrelation des concepts mobilisés dans le cadre conceptuel.



#### 2.4 La sensibilisation

Je propose ici une conceptualisation de la notion de sensibilisation. Cette notion n'est que très rarement définie autant dans la littérature scientifique que dans les plans d'intervention. Selon le Larousse en ligne (s.d.), la sensibilisation renvoie à l'action de sensibiliser comprise au sens de « rendre quelqu'un, un groupe sensible, réceptif à quelque chose pour

lequel il ne manifestait pas d'intérêt ». Cette définition suggère un changement suscité par l'action de sensibilisation.

Dans la littérature scientifique anglophone, deux termes sont majoritairement employés pour décrire la sensibilisation telle que je tente de la conceptualiser: *sensitization* et *awareness raising* [conscientisation]. *Sensitive* est défini par le Merriam-Webster (s.d.-a) comme « Having or showing concern on a specific matter » et *awareness* comme « the quality or state of being aware: knowledge and understanding that something is happening or exists ». En ce sens, *sensitization* est défini comme le processus de rendre « *sensitive* » (Merriam-Webster, s.d.-b). Tout comme la définition française, les termes *sensitization* et *awareness raising* rendent compte du processus par lequel une sensibilité, pour un sujet ou un phénomène, est acquise. Le terme *awareness raising* souligne davantage l'intention d'un parti à enclencher ce processus de sensibilisation. Toujours dans le but de trouver des balises conceptuelles à la notion de sensibilisation, l'ouvrage *Diffusion of Innovation* de Rogers (2003) m'amène sur une piste intéressante. En effet, Rogers (2003) définit la diffusion de l'innovation comme :

« The process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system. It is a special type of communication, in that the messages are concerned with new ideas. » (p. 5)

Ainsi, le processus de diffusion renvoie à l'échange d'informations où un individu communique l'innovation à d'autres (Rogers, 2003). L'innovation est comprise comme une nouvelle idée, pratique ou objet (Rogers, 2003). Ce processus comprend donc un individu connaissant ou ayant expérimenté l'innovation, un individu ignorant ou n'ayant pas expérimenté l'innovation, le canal de communication et le message (l'innovation) (Rogers, 2003). Il est donc question ici de décrire et de comprendre la manière dont l'innovation est propagée dans un réseau. Puisque le but de la diffusion de l'innovation est son adoption par un groupe (Rogers, 2003), il est possible de rapprocher le concept de la diffusion de l'innovation avec les intentions de la sensibilisation à une nouvelle pratique (considérée comme une innovation par Rogers).

D'après les éléments exposés dans cette section, je proposerais une conceptualisation de la notion de sensibilisation selon la présence des éléments suivants : la nouvelle idée/pratique, l'activité de transfert, le canal, le sensibilisateur et le public cible. Inspiré de la définition

de l'innovation de Rogers (2003), la nouvelle idée/pratique est la partie de la sensibilisation qui correspond au message qui contient le fait nouveau, ou perçu comme nouveau, face auquel il faut être sensibilisé. L'aspect activité de transfert de la sensibilisation réfère à la formation et au transfert des connaissances, soit des nouvelles idées ou pratiques. Elle renferme les actions qui sont mises en place afin de sensibiliser. Tel que mentionné plus haut, il y a plusieurs partis impliqués dans l'action de sensibilisation : les sensibilisateurs et les individus ciblés. Le sensibilisateur pourrait autant être un expert du sujet qu'un groupe de la population concerné et touché par ce sujet. Finalement, le canal réfère à la manière par laquelle la connaissance est enseignée/transférée. Il est choisi par le parti qui a l'intention de sensibiliser. Il pourrait y avoir transfert d'un individu à un autre ou par l'entremise d'un flux médiatique par exemple. Ceci permet de proposer la définition suivante du concept de sensibilisation : la sensibilisation est un processus de transfert de nouvelles idées ou pratiques passant par un canal de communication où le but des sensibilisateurs est de susciter un changement chez les individus ciblés. Toutefois, ce modèle unidirectionnel ne permet pas de rendre compte du potentiel transformateur des interactions entre le sensibilisateur et le public cible.

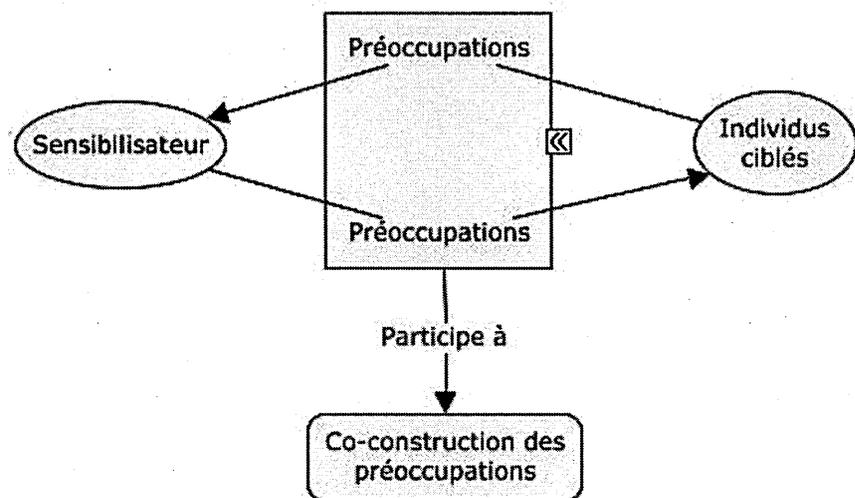
En ce sens, il est possible de rapprocher cette conceptualisation de la sensibilisation avec la communication de risque telle que décrite par Kane (2016). En effet, sachant que la communication permet de diffuser et de valoriser des modèles comportementaux afin de susciter leur adoption par la majorité de la population, la communication de risque encourage le changement de pratique par la reconnaissance de l'expertise de l'initiateur de la communication (Kane, 2016); ici du sensibilisateur. En santé publique, la communication de risque réfère à l'éducation de la population quant à un risque encouru (Plough et Krimsky, 1987). Dans ce domaine, l'objectif de la communication de risque est de changer, au niveau individuel, les comportements qui ne promeuvent pas la santé, et donc, qui représentent un risque de maladie (Plough et Krimsky, 1987). Plus fort encore, le (CCNMI) Centre de Collaboration Nationale des Maladies Infectieuses (2011) définit l'objectif de la communication de risque comme étant d'influencer l'auditoire par l'émission d'un message sur le risque afin de susciter un changement de comportement qui prendra en compte le risque présenté et tentera de l'en protéger. La communication de

risque serait donc de la promotion de précautions (CCNMI, 2011). En ce sens, il est possible de concevoir la sensibilisation comme une forme de communication de risque.

Cet ajout permet d'aborder l'angle mort de la définition de la sensibilisation proposée plus tôt : son unidirectionnalité. En effet, le but est d'assurer un modèle de sensibilisation qui soit bidirectionnel et donc qui permet une diffusion de nouvelle idée/pratique qui soit coconstruite avec les experts et la population concernée. Kane (2016) traite de cette question en proposant le dialogue entre ces deux types d'acteurs d'où peut émerger une perception partagée de la situation problématique discutée. La sensibilisation telle que conceptualisée dans ce mémoire met donc l'emphase sur la valorisation de l'expertise scientifique et de l'expertise profane dans la création d'une perception commune du problème de santé publique discuté. Ceci dans le but de réduire le fossé qui très souvent sépare les priorités rationnelles et les priorités du public (CCNMI, 2011; Kane, 2016; Plough et Krimsky, 1987).

Pour finir, la sensibilisation dans cette recherche est comprise au sens de processus par lequel il y a intention de dialogue entre les sensibilisateurs et les sensibilisés afin de permettre la construction de perceptions communes et significatives pour ces deux acteurs. En ce sens, le changement visé par la

Tableau 2: Schématisation de la sensibilisation. Inspiré de Kane (2016) et de Rogers (2003).



sensibilisation atteindra autant les potentiels sensibilisés que les sensibilisateurs. Ainsi, le processus de sensibilisation devient bidirectionnel et permet donc d'arrimer les préoccupations des experts scientifiques aux préoccupations des experts profanes locaux. Cette définition permet d'assurer que le processus de sensibilisation sera adapté au contexte local où il est mis en place. Il permet aussi de suggérer qu'un individu sensibilisé pourra

par la suite agir à titre de sensibilisateur. En d'autres mots, dans ce mémoire, la sensibilisation sera un processus d'échange de nouvelles idées ou pratiques passant par le dialogue où le but des sensibilisateurs est de coconstruire des perceptions significatives autour des maladies hydriques avec les potentiels sensibilisés. La co-construction de perception suggère un changement de perception autant du côté des experts que des profanes.

## CHAPITRE III

### CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Le cadre méthodologique présenté dans ce mémoire est fondé sur les principes de la recherche-action qui seront décrits dans cette section. Il sera argumenté que l'emploi de certaines techniques de collecte de données peut aussi servir d'intervention auprès des participants en présence. Tel que défini dans la problématique, nombre d'acteurs sont touchés par l'enjeu de la propagation des maladies liées à l'eau. Toutefois, cette recherche cible essentiellement les habitants dans la commune de Yopougon, où la population est connue comme plus à risque de contracter ces maladies. Ainsi, il est entendu que dans cette section les participants sont des membres de la population de la commune de Yopougon à Abidjan.

#### 3.1 La recherche-action

La recherche-action et la recherche intervention sont des courants de recherche qui ont pour but de générer un changement (Johanisson, 2007; Krief et Zardet, 2013; LISRA, s.d.). Plusieurs caractéristiques sont partagées par la recherche-action et la recherche intervention. Les deux traitent d'une situation ou un enjeu pratique qui nécessite une intervention afin d'engendrer un changement (Johanisson, 2007; Krief et Zardet, 2013; LISRA, s.d.). Le but de ce type de recherche est différent de celui de la recherche traditionnelle (Goyette et Lessard-Hébert, 1987). En effet, le but de la recherche-action et de la recherche-intervention est de produire de la connaissance dans l'action et la transformation de l'objet étudié en observant ce changement (Krief et Zardet, 2013). Par conséquent, la recherche-action et la recherche-intervention doivent avoir une forte pertinence sociale et scientifique (Krief et Zardet, 2013; Merini et Ponté, 2008). C'est pourquoi le terrain de recherche aura toujours lieu dans le milieu concerné par la situation problématique (Krief et Zardet, 2013). Ainsi, les variables en jeu sur le terrain de recherche

ne sont pas toutes contrôlables par le chercheur (Goyette et Lessard-Hébert, 1987). Ceci oblige le chercheur à employer des méthodes de recherche traditionnelle de manière plus flexible (Goyette et Lessard-Hébert, 1987) et éventuellement à innover méthodologiquement. La recherche-action et la recherche-intervention s'inscrivent dans une logique où le chercheur n'étudie pas un objet, mais étudie avec et pour cet objet de recherche (Krief et Zardet, 2013; Merini et Ponté, 2008).

La distinction entre la recherche-action et la recherche intervention ne semble pas s'opérer partout. En effet, dans la littérature anglaise, il sera presque exclusivement question d'*action research*. De plus, le terme recherche intervention n'est que très peu utilisé dans la recherche française et lorsqu'il est employé, c'est souvent comme synonyme de recherche-action. Par conséquent, il semble que ce ne soit qu'au Québec que cette distinction soit opérée. Il semblerait que cette ambiguïté de définition soit due aux différentes interprétations relatives à ce qui relie la recherche à l'action qualifiable aussi d'intervention (Goyette et Lessard-Hébert, 1987). Je tenterai toutefois de distinguer ces deux courants de recherche dans la section suivante.

Le processus de la recherche-action et de recherche-intervention est sensiblement le même, très peu d'auteurs font donc la distinction. Ainsi, en recherche-action : c'est l'action dans le milieu arrimé à la pratique réflexive sur cette action qui générera du savoir. C'est le chercheur qui pose cette action. Pour ce qui est de la recherche intervention, le chercheur accompagne souvent les acteurs du milieu dans une intervention, puis émet une réflexion sur ce processus d'accompagnement et d'implantation d'une intervention. Ces deux moments produiront de la connaissance qui sera pertinente pour le milieu en question (Krief et Zardet, 2013; Merini et Ponté, 2008). Dans la recherche-action et dans la recherche-intervention, le processus de recherche se veut pertinent pour le milieu et ne cherche donc pas à générer de la connaissance applicable ou généralisable ailleurs (Krief et Zardet, 2013). Il n'est donc pas question de transférer ces connaissances à des milieux de pratique similaires et encore moins à des milieux différents.

En recherche-action et en recherche-intervention, la posture du chercheur est primordiale puisqu'il est présupposé que le chercheur vient influencer par sa présence et ses actions le milieu ciblé; le changement étant le but de la recherche (Goyette et Lessard-Hébert, 1987).

Dans les deux types de recherche, action et intervention, le chercheur peut faire partie ou non du milieu qu'il étudie et influence. Le chercheur en recherche-action est celui qui initiera l'action dans le milieu et en évaluera les effets (Johanisson, 2007). Le chercheur de la recherche intervention endossera un rôle d'accompagnateur dans le milieu où l'intervention sera mise en place (Merini et Ponté, 2008). Dans les deux types de recherche, le chercheur peut être praticien et appartenir au milieu où a lieu l'intervention; être un *insider*, mais il pourrait aussi venir de l'extérieur et ne pas être praticien; il serait alors un *outsider*.

La recherche-action centre habituellement ses questionnements de recherche sur le processus et les retombées de la mise en place d'une action dans un milieu (Johanisson, 2007). Tandis que la recherche intervention se penche souvent plus sur les avantages et les désavantages d'une intervention pour le milieu (Merini et Ponté, 2008).

D'après l'exposition de ces distinctions entre les deux types de recherche (disponible à l'annexe C), il serait plus pertinent de référer à mes intentions de recherche comme étant de la recherche-action. Il sera donc admis dans ce mémoire que la recherche-action fait référence à un processus de recherche cyclique, en participation avec la population, qui permet de générer de la connaissance d'un système social tout en tentant de le changer (Drummond et Themessl-Huber, 2007; Hart et Bond, 1995).

Le rapport entre la recherche et l'action varie selon les intentions du chercheur (Goyette et Lessard-Hébert, 1987). Pour cette recherche, il est anticipé que l'action permettra de générer les données pertinentes tout en permettant aux acteurs concernés de s'exprimer et se mobiliser sur l'enjeu de la propagation de maladies propagées par l'eau contaminée. Les interactions et la production d'un outil d'intervention et/ou la mise en place d'une activité deviennent les actions que cette recherche encouragera et analysera. De plus, l'intervention vise à s'attaquer au problème identifié et à offrir des pistes de solutions pour y répondre, tout en exposant les acteurs qui pourront assumer la responsabilité de ces solutions. Dans le cadre de ce travail, l'action a une double fonction, celle de répondre à un besoin souligné dans la problématique et de créer une situation de changement qui sera analysée dans la suite de ce mémoire. La pertinence sociale, pour la population, et scientifique, pour l'étude des perceptions et représentations sociales, de l'action justifie sa mise en place. Puisqu'il

n'est pas possible en amont de la rencontre avec les participants de connaître leurs préoccupations spécifiques, l'activité d'intervention sera proposée au groupe de participants après qu'ils se soient exprimés sur l'enjeu des maladies transmises par l'eau contaminée.

### 3.2 Groupe focus

Afin de pouvoir répondre à ma question de recherche et réaliser mes objectifs de recherche, je devais être en mesure de collecter des données sur les perceptions et représentations sociales des Yopougonnais sur le thème de la propagation de maladies hydriques via l'eau contaminée.

L'emploi du groupe focus afin de pouvoir discuter de ce thème fut une méthode bien adaptée pour collecter ces données. En effet, lors d'un premier groupe focus, les participants ont été en mesure d'échanger sur la manière dont ils perçoivent les maladies hydriques, les comportements à risques y étant associés et l'efficacité des traitements et interventions de prévention mis à leur disposition dans la communauté. Un deuxième groupe focus ayant pour but de permettre aux participants de s'exprimer sur les interventions de sensibilisation à mettre en place a ensuite eu lieu. Cette rencontre a permis de collecter des données sur les perceptions, mais aussi de permettre aux participants de réfléchir aux possibilités d'intervention pour traiter de la situation qui les préoccupait

#### 3.2.1 Groupe focus comme technique de collecte des données

Le groupe focus est une technique d'entretien de groupe où des données sont recueillies sur un thème préétabli (Moreau *et al.*, 2004). Il s'agit d'un groupe formel et structuré, formé pour discuter de thèmes précis dans un espace et un temps bien définis (TÉLUQ, s.d.). Le groupe focus est donc une entrevue de groupe, non directive, où l'effort est orienté sur la création d'un environnement qui facilite le partage d'idées et d'opinions entre les participants (Hennink, 2014). La chercheuse a donc pour rôle de modérer les discussions afin de trouver l'équilibre entre l'accent de la recherche et la discussion du groupe (Hennink, 2014).

Durant un groupe focus, chaque participant est encouragé à émettre son point de vue sur le sujet de la rencontre et à participer à la discussion en défendant ses valeurs, préférences, expériences, opinions... (Moreau *et al.*, 2004). Ainsi, le consensus au sein du groupe n'est pas la visée du groupe focus; c'est plutôt le partage de diverses façons de comprendre, d'expliquer et de percevoir une situation donnée (Hennink, 2014; Moreau *et al.*, 2004). Lors d'un groupe focus, les participants peuvent organiser et défendre leur pensée au cours des discussions de groupe (Moreau *et al.*, 2004). De plus, les interactions de groupe permettent de potentiellement faire émerger un sens commun, propre au groupe, au sujet de la situation discutée (Moreau *et al.*, 2004).

Le groupe focus permet d'atteindre différents buts selon l'orientation de la recherche. Ainsi, le groupe focus peut être employé pour comprendre le contexte de vie et l'expérience d'individus face à un thème précis (Hennink, 2014). Il peut aussi permettre d'identifier un spectre de perspectives sur un sujet donné et enrichir la compréhension concernant les enjeux liés à ces perspectives partagées par les participants. La technique du groupe focus permet premièrement, la compréhension des croyances, pratiques, comportements et idées d'une population/communauté (Hennink, 2014; TÉLUQ, s.d.). Plus précisément, le groupe focus est considéré comme idéal pour l'étude des croyances et du sens qu'un groupe attribue à la santé et la maladie (Wilkinson, 1998). Il permet la compréhension de la nature des connaissances populaires (profanes) d'une société et donc est idéal pour l'étude des théories subjectives, des représentations populaires et des croyances partagées (Wilkinson, 1998). Le groupe focus permet de collecter des données qui mettent en lumière les perceptions d'une population et les pratiques populaires et les savoirs utilisés par un groupe concernant un objet donné (TÉLUQ, s.d.). Ainsi, il est possible d'avancer que le groupe focus permet d'explorer la présence de multiples déterminants des perceptions et représentations à l'intérieur d'une communauté. Deuxièmement, le groupe focus permet de faire émerger les normes sociétales en présence (TÉLUQ, s.d.) tout en faisant ressortir la diversité des perceptions des individus présents ainsi que les éléments qui sont partagés (Hennink, 2014). D'ailleurs, au cours des discussions ayant lieu dans le groupe focus, les perspectives énoncées sont souvent modérées par le groupe, ce qui permet de nuancer ces perspectives (Hennink, 2014). Hennink (2014) considère que cette modération permet la vérification des données (*quality-check*) en offrant une moyenne des perspectives qui

seraient socialement considérées comme fausses ou extrêmes par le groupe. Sans oublier que le groupe focus offre le potentiel de l'émergence d'un récit collectif, construit au courant de la rencontre, où les participants se forment une perspective de groupe autour du thème discuté (Hennink, 2014). Ceci étant fondé sur la prémisse que les individus construisent leurs idées, croyances et vision du monde en interaction avec les autres à l'intérieur d'un contexte social précis (Wilkinson, 1998). En ce sens, le groupe focus permet l'observation du phénomène social de co-construction de sens autour du sujet de santé discuté :

« [...] Focus group offer an opportunity for researchers to observe how people interactively construct the meanings attributed to health and illness: how opinions are formed, expressed, defended and (sometimes) modified within the context of discussion and debate with others. » (Wilkinson, 1998, p. 338).

Finalement, le groupe focus permet de mettre en lumière les besoins/problèmes perçus par la population concernée à propos d'une situation donnée et de faire émerger des thèmes et idées non répertoriées par la littérature scientifique (Moreau *et al.*, 2004).

### 3.2.2 Groupe focus comme technique d'intervention

Dans un autre ordre d'idée, Chiu (2003) explique que le groupe focus peut, au-delà de l'exploration des perceptions, permettre de construire des stratégies d'intervention de santé et d'évaluer les apprentissages d'un groupe. En ce sens, le groupe focus permet de produire de la connaissance émergeant des discussions et interactions entre les participants (Hennink, 2014; Wilkinson, 1998). Or, cette technique a aussi le potentiel de produire de la connaissance par la rencontre entre les individus, pour ces individus, ce qui suggère que les participants peuvent apprendre lors de leur participation au groupe focus (Chiu, 2003). Cette connaissance expérientielle, que retireront les participants, leur permettra de prendre conscience des besoins/problèmes discutés, d'avoir une réflexion critique sur leurs propres croyances et potentiellement critiquer et changer les comportements qui en découlent (Chiu, 2003). Le groupe focus a donc le potentiel de créer le cadre par lequel il y aura sensibilisation entre la chercheuse et les participants. Dans la visée d'une intervention sociologique, Duchesne et Haegel (2008) expliquent que le groupe focus peut être employé pour collecter des données, mais surtout pour engendrer un changement auprès du groupe

de participants. Le groupe devient donc le moyen d'action pour atteindre le changement poursuivi (Baribeau et Germain, 2010). Dans le cadre de cette recherche, le partage des préoccupations, l'identification de pistes d'action et la production d'un dispositif de sensibilisation opérant pendant les interactions constitue le point de départ qui pourrait, à la suite de cette recherche, entraîner un changement.

C'est pourquoi l'emploi de cette technique de collecte de données est aussi considéré comme une intervention dans le cadre de la recherche. En effet, le groupe focus permet un échange et aussi l'écoute des points de vue et ainsi un changement de ses propres opinions face aux idées échangées (Hennink, 2014). Wilkinson (1998) ajoute que l'emploi du groupe focus en recherche-action permet l'*empowerment* des participants et a le potentiel de susciter un changement social. Ce changement serait alimenté par une prise de conscience et une sensibilisation chez les participants, entourant le thème de santé discuté, et leur *empowerment*, dans la prise de parole lorsque le groupe focus est dirigé de manière à favoriser les discussions et le dialogue critique (Chiu, 2003). Duchesne et Haegel (2008) ajoutent que le changement visé par l'intervention du groupe focus a pour mission de permettre aux participants de prendre en main leur situation. Conséquemment, le groupe focus devient un outil afin de : collecter des données sur les perceptions personnelles et de groupe, permettre la réflexion sur ses propres perceptions, pour les participants, par la discussion, ainsi que sensibiliser et autonomiser les participants dans une visée d'éducation à la santé (Chiu, 2003). Dans cette recherche-action, le groupe focus est employé afin d'explorer les perceptions et représentations sociales des participants concernant les maladies hydriques par la mise en lumière de ces déterminants; les croyances, les pratiques et les normes. C'est également un outil d'intervention orienté vers la sensibilisation des individus sur leur situation où une activité est menée en fonction des éléments abordés pendant la discussion, pour atteindre les objectifs de la recherche.

### 3.3 Échantillon

Dans le but d'étudier les perceptions et représentations sociales de la population de Yopougon, j'ai choisi de constituer mon échantillon de manière non aléatoire. Le but étant de comprendre un phénomène et non de produire des connaissances qui rendent compte de

l'ensemble de la population. Donc, puisque cette recherche s'intéresse à la compréhension de croyances, pratiques et normes individuelles et partagées et aux représentations sociales qui en découlent, il semble pertinent de faire le choix d'une technique d'échantillonnage non probabiliste (Beaud, 2009). Plus précisément, désirant étudier ces déterminants à l'intérieur de la structure sociale dans laquelle ils opèrent, je choisis de constituer mon échantillon par la technique d'échantillonnage par réseau (boule de neige) (Beaud, 2009). De ce fait, j'ai mobilisé le réseau du groupe ciblé afin de constituer mon échantillon de participants. Pour être admissibles, les participants devaient répondre aux critères de sélections suivants :

- Être résident de Yopougon
- Avoir l'âge de la majorité en Côte d'Ivoire (21 ans)
- Avoir la capacité de s'exprimer de manière fonctionnelle en français

Suivant l'émission de ces critères de sélection, la professeure collaborant avec moi sur le terrain à Abidjan, a joué le rôle d'informatrice clef et a facilité l'identification des acteurs qui pourraient aisément ciblés des membres de la population yopougonnaise pouvant participer à ce projet. J'ai donc rencontré un professionnel de la santé publique travaillant à Yopougon, qui identifia un village de la commune concernée par la problématique des maladies hydriques<sup>6</sup>. Ensuite, j'ai rencontré les responsables du village (chef et notables) afin de leur proposer de participer à cette recherche. Ce sont ces derniers qui, avec les critères de sélection fournis, ont aidé à sélectionner les participants (uniquement des hommes), tous habitants du village lagunaire. De ce fait, le groupe était composé de participants qui se connaissaient déjà et qui faisaient partie du même groupe social.<sup>7</sup> Étant moi-même extérieure au village, cette recherche n'a pu avoir lieu que grâce à l'autorisation du chef et de ses notables auxquels j'ai été introduite dans le processus de recrutement décrit ici. La chefferie est donc la porte d'entrée par laquelle j'ai pu avoir accès aux

---

<sup>6</sup> Ce professionnel ne disposait pas de littérature scientifique ni de données statistiques pour justifier la pertinence du choix de ce village pour cette recherche. Toutefois, j'ai décidé de compter sur son expertise, sa connaissance de la commune (où il pratique en tant que médecin), ainsi que sur la validation par d'autres médecins pour valider mon choix de cibler ce village.

<sup>7</sup> Le choix de former des groupes non-mixtes a résulté d'une négociation avec la chefferie. Initialement, des groupes mixtes étaient prévus.

participants de la recherche. Ceci explique pourquoi leur influence a été si grande dans la composition de l'échantillon.

Cette recherche vise à mettre en place une activité de sensibilisation avec les participants des groupes focuss. Le transfert de ces nouvelles idées/pratiques est évidemment influencé par le canal de communication par lequel cette nouveauté est véhiculée. Rogers (2003) explique que les individus évaluent davantage une innovation en fonction d'éléments subjectifs qu'en fonction d'éléments objectifs (études scientifiques par exemple). Ainsi, le transfert d'information passant par des individus mobilisant une rationalité qui valorise le savoir populaire permet de traiter les préoccupations concrètes des individus concernés (Kane, 2016). Ceci souligne l'importance accordée à la source émettrice de l'information (Plough et Krinsky, 1987). En ce sens, la communication interpersonnelle s'avère plus efficace pour la persuasion d'adoption d'une idée ou pratique innovante (Rogers, 2003), et donc pour la sensibilisation. Sans oublier que la communication entre individus partageant des attributs et croyances similaires permet un transfert d'idée plus pertinent et significatif pour les interlocuteurs (Rogers, 2003). En ce sens, le choix de former un échantillon avec un groupe d'interconnaissance et de susciter des discussions sur les préoccupations entourant la problématique des maladies hydriques semble pertinent pour l'atteinte de l'objectif principal de cette recherche.

Afin d'avoir un groupe assez petit pour que tous les participants puissent interagir, mais assez grand pour permettre une diversité de perspectives (Hennink, 2014), le premier groupes focus devait comprendre entre 8 et 12 participants. Afin de pallier au potentiel effet d'attrition anticipé, les participants du premier groupe focus furent encouragés à inviter d'autres participants à se joindre au second groupe focus.

Cette recherche a permis de conduire deux groupes focus différents à deux moments  $t$  différents et de participer à la création d'une œuvre par les participants en réponse à leurs préoccupations. Ainsi, un premier *Focus Group* <sub>$t_1$</sub>  ( $FG_{t_1}$ ) a eu lieu afin d'explorer et de comprendre les perceptions des différents participants au sujet des maladies transmises par l'eau contaminée. Au cours de ce groupe focus, il a aussi été question des problèmes perçus par la population face aux maladies hydriques. Ce groupe comprenait plusieurs participants en position de pouvoir dans le village. En effet, beaucoup des participants faisaient partie

des notables du village (aussi appelé la chefferie) ou étaient avancés en âge et étaient donc considérés comme des doyens. Sans oublier que le chef était présent et qu'un des notables avait une formation en santé publique. Ainsi, sur 12 participants au moins six étaient membre de la chefferie, et deux considérés comme ayant un âge avancé. Notons aussi que les membres de la chefferie étaient pratiquement tous âgés de 65 ans et plus. La plupart des participants étaient retraités. Mis à part les notables, aucun participant n'a divulgué son occupation. Durant cette rencontre, les participants plus jeunes ont très peu participé aux échanges. Tous les participants n'ayant pas indiqué leur âge sur le formulaire de participation, il est difficile de déterminer la moyenne d'âge du groupe.

Dans le but de pouvoir donner la parole aux participants moins âgés, la composition de l'échantillon participant au deuxième *Focus Group*<sub>t2</sub> (*FG*<sub>t2</sub>) a été changée. Ainsi, un nouveau critère de sélection a été ajouté pour le recrutement du second groupe focus : être considéré comme un « jeune » dans le village. Le deuxième groupe focus a davantage abordé les besoins et problèmes perçus par ces participants au sujet des maladies hydriques et a fait place à une activité d'autosensibilisation où les participants ont contribué à la création d'un dispositif de sensibilisation à diffuser dans leur communauté. Ce groupe était composé de onze participants dont deux d'entre eux avaient préalablement participé au premier groupe focus. Deux participants avaient entre 21 et 24 ans. Six participants étaient âgés entre 25 et 34 ans. Deux participants avaient entre 35 et 49 ans. Et finalement, un participant a préféré ne pas mentionner sa tranche d'âge. Parmi les participants, cinq ont noté être sans emploi, un était étudiant, un était informaticien, un était maçon, un était artiste, un était chauffeur et un a préféré ne pas donner cette information. Tous les participants de tous les groupes focus étaient de sexe masculin.

Pour finir, trois autres individus étaient présents aux groupes focus. Un doctorant en communication avait été interpellé par la professeure m'encadrant sur place pour m'accompagner durant les rencontres et me partager son expérience du terrain. Ce doctorant était présent au premier groupe focus et intervint au courant des rencontres principalement pour reformuler des questions que je formulais de manière moins compréhensible pour le groupe. Ensuite, deux stagiaires en santé et assainissement à l'antenne de l'institut national d'hygiène publique de Yopougon ont aussi assisté aux

rencontres à des fins académiques. Une de ces stagiaires était de la même ethnie que les participants, elle intervint à quelques moments pour soulever des points permettant d'enrichir et de nuancer la conversation. L'autre stagiaire n'intervint pas du tout. Les deux stagiaires étaient présentes aux deux groupes focus.

### 3.4 Journal de bord et pratique réflexive

Pour finir, j'ai recueilli des données sur le journal de bord que j'ai tenu en tant que chercheure. Ces données sous forme de questionnements, idées, traces écrites de réflexion, narration, description, contextualisation... me servent de mémoire des différents moments de la recherche que j'ai vécus (Baribeau, 2005). Dans mon journal de bord sont répertoriées les rencontres prévues avec des professeurs et des intervenants du milieu qui m'ont permis ou facilité l'accès au terrain de recherche. Mon journal de bord contient aussi les résumés de ces rencontres ainsi que les réflexions méthodologiques et éthiques qui en ont découlé. On y retrouve aussi mes questionnements, mes idées, mes incompréhensions et mes sentiments qui ont surgi à différents moments pendant mon terrain de recherche. Ces traces seront considérées comme la pratique réflexive de la chercheure face aux découvertes que j'ai faites (Baribeau, 2005). Organisées par ordre chronologique, elles servent aussi de compléments et de mise en contexte afin de mieux comprendre les caractéristiques de mon terrain de recherche.

### 3.5 Traitement des données

Une fois les données des groupes focus recueillies par enregistrement vidéo, j'ai procédé à la transcription de ces entretiens dans le logiciel de traitement de texte Word. Aussitôt les entretiens de groupe transcrits, les verbatim furent codés avec le logiciel NVivo en fonction des thèmes préétablis dans les grilles d'entrevues. Certains thèmes ayant émergé pendant la codification, ils furent ajoutés aux thèmes prédéfinis. Une fois la codification terminée, il fut possible de générer un arbre thématique présentant les thèmes et sous-thèmes qui ont guidé l'analyse. À cet effet, les données présentes dans le journal de bord ont été utilisées pour enrichir et nuancer les propos des participants et pour permettre une mise en contexte.

### 3.6 Description du milieu d'intervention

Dans le but de circonscrire mon terrain de recherche, mon échantillonnage s'est fait exclusivement avec des membres de la population habitant la commune de Yopougon, une des treize communes du district d'Abidjan. C'est dans ce quartier que se sont déroulés les deux groupes focus et l'activité de production de l'œuvre.

Yopougon est constitué de quatorze sous-quartiers et comprend onze villages principalement Akyé et Athcan (Yopougon-Info, 2014). Environ deux millions d'Abidjanais habitent sur le territoire de Yopougon où le secteur du commerce et des services représente le plus grand secteur d'emploi de la localité (District autonome d'Abidjan [DAA], 2014; Yopougon-Info, 2014). La commune comprend deux plans d'eau importants soit la lagune Ébrié et le lac Brakré (Yopougon-Info, 2014).

Les centres de santé présents sur le territoire de la commune sont principalement gérés par la communauté via l'implication de la population dans un Conseil d'administration (Yopougon-Info, 2014). Ceci suggère que la population est grandement impliquée dans la gestion des ressources de santé et consultée concernant les enjeux de santé présents sur son territoire.

### 3.7 Posture de la chercheuse

En tant qu'étudiante et chercheuse, menant une recherche action, je désire mentionner que je ne m'étais jamais rendu sur le terrain avant de mener mon projet. Ayant habité au Canada la plus grande partie de ma vie et ne m'étant jamais rendue en Côte d'Ivoire, je suis donc peu informée sur la réalité des Abidjanais et du milieu d'intervention où j'ai mené mon projet malgré l'existence de liens personnels et familiaux avec des Ivoiriens. De plus, mon baccalauréat en sciences infirmières a motivé mon intérêt à aborder une thématique de santé avec un regard communicationnel. C'est d'ailleurs dans l'idée de répondre aux enjeux de sens, de représentation et de pouvoir que j'ai décidé de mener une recherche de type action, de manière à faire intervenir des participants concernés et que ceux-ci génèrent la connaissance qui sera présentée dans ce mémoire. Ainsi, cette recherche se veut pertinente pour le milieu et propose d'intervenir avec et pour lui. À cet

effet, le modèle méthodologique a été construit dans le but de répondre à ces enjeux en offrant une prise de parole aux membres de la population abidjanaise concernés et intéressés.

## CHAPITRE IV.

### ANALYSE

Dans cette section, les résultats de la recherche seront présentés de manière à rendre compte des trois déterminants de la santé qui serviront à l'analyse des perceptions et des représentations sociales du groupe concernant les maladies hydriques. Ensuite, les problèmes perçus par les participants en regard à la problématique des maladies transmissibles par l'eau contaminée seront exposés. Finalement, les retombées de l'intervention auprès des participants seront présentées en fin de chapitre. Précisons que les éléments présentés ont été abordés dans les deux différents groupes focus et donc qu'ils seront présentés sans mentionner dans quelle rencontre quel élément a été mentionné, les résultats étaient plutôt homogènes lors de ces deux groupes focus. Cependant, à la différence du premier groupe focus, le second groupe a accepté de mettre en place une intervention. Les différences entre les groupes menant à cette mobilisation seront abordées.

#### 4.1 Croyances

Dans cette section les résultats pertinents au thème des croyances seront présentés selon les sous-catégories suivantes : la santé, les maladies hydriques, l'émission de diagnostic, les traitements, la médecine moderne, la médecine traditionnelle et la responsabilité de la santé.

##### 4.1.1 Santé

Pour commencer, la santé était comprise comme un élément très important pour le bien-être de la personne et de la collectivité : « *Voilà donc c'est le nerf de la vie d'une personne* » explique le participant G lors de la première rencontre. Aussi, la définition de la santé selon l'OMS fut donnée par un des participants. Rajoutant ainsi que la santé comprend les dimensions physiques, mentales et sociales d'un individu. En ce sens, le participant faisait ressortir que la santé n'est pas automatiquement la résultante de l'absence de maladies.

La nécessité d'avoir un centre de santé qui dessert la population a aussi été mentionnée comme important pour l'atteinte de la santé. En ce sens, l'atteinte de la santé est associée à l'accès à des services de soins de santé.

Toujours sur le thème de la santé, les participants expliquent que l'environnement correspond au cadre qui permet d'atteindre la santé. Inversement, un environnement de vie inadéquat, malsain, empêche l'atteinte de la santé, expliquent les participants. Plusieurs participants faisaient ressortir que la pollution de leur environnement de vie, dans leur village, avait sans contredire des répercussions sur leur santé. Les participants liaient la pollution de l'eau à la pollution de l'air qui entraîne des odeurs et des problèmes de santé.

#### 4.1.2 Maladies hydriques

La maladie était définie par un participant comme un état qui ne peut pas être accepté par l'individu. De sorte que les maladies hydriques sont perçues par les participants comme un problème qui les affectent à court et à long termes. À cet effet, les participants expliquaient que les maladies liées à l'eau dans leur village sont directement causées par la pollution de la lagune. Ainsi, un des participants explique qu'avant que l'eau ne soit si polluée, le village ne connaissait pas de maladies causées par l'eau. Notamment, il est ressorti que Dieu est celui qui a créé l'eau pour l'être humain et donc qu'il ne peut y avoir de maladie dans l'eau si celle-ci est saine. En ce sens, la maladie est une conséquence d'un contact avec de l'eau contaminée, que ce soit par la consommation de cette eau, l'immersion ou encore par exposition ou inhalation du vent qui souffle sur la lagune polluée en direction du village et de ses habitants. Parmi les maladies hydriques causées par le déversement des eaux usées de la commune dans leur village, les participants mentionnent la diarrhée, diverses formes de dermatose aussi référée comme « *des boutons sur le corps* », le paludisme et la fièvre. Aussi attribuées à la pollution de la lagune, des difficultés respiratoires, des fausses couches et la présence d'insectes « *bizarroïdes* » soupçonnés d'être porteurs de maladies et la contamination du poisson et des fruits de mer pêchés et consommés.

Un des participants a aussi pris le temps d'énumérer plusieurs autres maladies hydriques en expliquant toutefois que ce ne sont pas des maladies qui affectent la population du village. Parmi ces maladies, le ver de Guinée, la schistosomiase et l'onchocercose. Toutes

des maladies causées par la contamination d'un plan d'eau douce par la présence de parasites vecteurs de la maladie. Puisque l'eau de la lagune est salée, ces maladies ne sont pas observées dans le village en question, explique l'un des participants.

Ajoutons que les participants définissent les maladies hydriques autrement que le fait la littérature. Dans la littérature sur les maladies tropicales, les maladies liées à l'eau sont celles qui sont provoquées par la présence d'organismes tels que des parasites ou des larves ainsi que d'agents chimiques dans l'eau (OMS, 2018b; Pilly, 2016). Les maladies hydriques correspondent aussi aux maladies à transmission vectorielle qui sont transmises par des moustiques dont la reproduction est favorisée par la présence d'un plan d'eau et de conditions environnementales propices telle qu'une grande quantité de pluie (OMS, 2018b; Pilly, 2016). De leur côté, les participants emploient le terme maladie transmise par l'eau pour faire référence aux maladies qui résultent de la pollution des eaux. En ce sens, autant le paludisme, la fièvre typhoïde que les troubles respiratoires et les dermatoses sont compris comme étant des maladies liées à l'eau contaminée.

Pour ce qui est du choléra, les participants ne semblent pas associer l'occurrence de cette maladie directement avec l'eau. Selon eux, le choléra est davantage lié à la « *nourriture mal faite* » et à un mauvais lavage des mains. Enfin, un participant a évoqué un lien entre la maladie et la sorcellerie. Le participant n'explicita pas sa pensée sur le sujet, qui ne revint pas dans les discussions.

#### 4.1.3 Diagnostic

Tous les participants s'accordaient pour dire qu'il n'est pas possible d'associer les symptômes d'une maladie hydrique à l'eau sans avoir passé par les tests diagnostiques prescrits par un professionnel de santé en centre hospitalier :

*« y'a l'hôpital qui est là. Donc on peut pas détecter comme ça de visu [visuellement] que cette maladie-là c'est l'eau qui est consommée. Tu vas à l'hôpital, le médecin te voit ou bien l'infirmière ou bien la personne de la santé te voit, et ils vont demander un examen. »* (Participant C).

Un participant nuance en expliquant qu'il était possible d'associer l'adoption de certains comportements à la contraction de maladies liées à l'eau. En ce sens, il est possible

d'attribuer la cause de certains symptômes à des pratiques jugées à risques de provoquer des maladies hydriques selon les participants.

#### 4.1.4 Traitement

La plupart des participants s'entendaient pour dire que le traitement des maladies hydriques dépendait des « *mesures d'hygiène* », des conseils de santé et du traitement pharmacologique prescrit par les professionnels de la santé du centre hospitalier. Ainsi, les participants expliquaient que la bonne observance du traitement proposé à l'hôpital était garante d'un rétablissement, d'un retour à la santé.

Dans cette ligne d'idée, un participant mettait en contraste les interventions de santé données à l'hôpital et celles données par un tradi-praticien, un praticien de la médecine traditionnelle. Selon lui, le fait de suivre un traitement prescrit par un tradi-praticien entraînait un grand risque d'aggravation de la maladie. Plusieurs participants reconnaissaient que les traitements des tradi-praticiens pouvaient parfois fonctionner, mentionnant le succès de ces interventions comme fortuites : « *ça dépend, ça peut réussir comme ça peut ne pas réussir* » (participant G), « *ça peut marcher comme ça peut ne pas marcher* » (participant A). L'efficacité du tradi-praticien fut aussi associée à un don reçu de ses parents. En ce sens, la majorité des participants s'entendait pour dire qu'en cas de soupçon de contraction de maladie hydrique, ils conseilleraient à l'individu de se présenter à l'hôpital. Or, un des participants, lui-même tradi-praticien, expliquait ne pas se rendre d'emblée à l'hôpital en cas de symptômes de maladie. Il expliqua qu'il y avait certaines maladies qui justifiaient de se rendre à l'hôpital, mais pas toutes.

#### 4.1.5 Médecine moderne

La médecine moderne référée comme « *l'hôpital* » par les participants était considérée par la majorité du groupe (tous sauf le tradi-praticien) comme le point de référence en matière de santé. Ainsi, c'est à l'hôpital que les participants mentionnent avoir accès aux traitements et aux conseils médicaux et cliniques qui leur permettraient d'atteindre un état de santé positif :

« Vous voyez une personne qui fait une diarrhée qu'est-ce qui est à la maison qui peut arrêter la diarrhée? C'est à l'hôpital. [...] vous allez à l'hôpital, c'est eux qui savent quel traitement il faut vous faire pour arrêter la diarrhée. » (Participant C).

De surcroît, l'hôpital était associé à l'efficacité, à la garantie d'un rétablissement : « [...] L'efficacité vient de l'hôpital. Hein, viens de l'hôpital. Là on vous donne les médicaments nécessaires et puis vous faites [...] », explique le participant C.

#### 4.1.6 Médecine traditionnelle

Inversement, la médecine traditionnelle pratiquée par les tradi-praticiens, aussi appelés les guérisseurs, était considérée comme moins efficace, comme « *efficace à l'époque* », mais maintenant sans trop d'effet dans le traitement des maladies. Aussi, les propos du tradi-praticien furent souvent sujets à moqueries au courant de la rencontre par les autres participants. Toutefois, la médecine traditionnelle fut évoquée comme une option pour le traitement des maladies dans le cas où un individu n'aurait pas les moyens de payer les soins offerts en centre hospitalier. Cela fut critiqué par un participant désignant les tradi-praticiens de « *charlatan* », tirant avantage de la situation de vulnérabilité d'individu atteint de maladie. Tel que mentionné dans la section portant sur les traitements, la médecine traditionnelle fut aussi associée à la transmission de connaissances, des secrets, transmis par les parents, eux-mêmes guérisseurs, et par l'acquisition d'un don de guérison et de détection de certaines maladies.

Au courant des échanges, la médecine traditionnelle fut mise en contraste avec la médecine moderne comme la première provenant des pratiques des Africains et la dernière des Blancs. Un participant ajoutait que les guérisseurs sont formés dans ce domaine et que les non-guérisseurs, eux, sont formés à l'école des Blancs. Dans la même ligne d'idée, le tradi-praticien mentionnait qu'il existe les traitements des Blancs et ceux des Africains mettant en contraste les méthodes de soins de la médecine moderne et celles de la médecine traditionnelle. En d'autres mots, les termes médecine traditionnelle et médecine moderne étaient presque toujours employés en opposition l'un à l'autre. Ceci étant dit, le participant tradi-praticien décrivait une relation de partage d'expertise médicale entre les guérisseurs et les médecins travaillant en centre hospitalier.

#### 4.1.7 Responsabilité de la santé

En ce qui a trait à la responsabilité relative au maintien d'un état positif de santé, les AVD et AVQ qui promeuvent la santé furent décrites comme étant de la responsabilité individuelle de tout un chacun. Ainsi, pour ce qui est de ce qui se passe « *à la maison* », les participants expliquaient que la responsabilité de la santé revenait à la famille. Ne désirant pas commenter sur ce qu'ils considéraient comme relevant de la « *vie privée* », les participants ne décrivent pas les AVQ et AVD qu'ils considèrent comme bénéfique ou néfaste pour la santé.

En matière de prévention de la maladie, de précautions, le rôle des dirigeants du village fut évoqué comme celui de réglementer certains comportements jugés à risques de provoquer des maladies hydriques :

*« Donc la chefferie prend des décisions, par exemple passer par les griots qui parlent au micro « à partir de maintenant nous ne voulons plus voir un enfant du côté de la lagune » ou bien côté d'un puits ou bien... on prend des dispositions. Là y a une amende, si y'a une famille, le père, la maman ne respectent pas y a une amende. »* (Participant A)

Les dirigeants du village expliquaient aussi s'occuper des demandes de services relativement à la préservation ou la promotion de la santé :

*« Nous notre rôle c'est d'informer qu'il y a tel problème ici venez résoudre si vous le faites pas voilà ce qui peut arriver [...] voilà les conséquences que nous risquons de vivre »* (Participant C).

Finalement, les participants considéraient le maire et le député de la commune comme responsables « *d'assurer la protection de la population* » et de « *résoudre le problème de la population* » relativement à la gestion des déchets et l'assainissement de l'environnement. Pour ce qui est du rôle du gouvernement, les participants expliquaient qu'il était de sa responsabilité de fournir les fonds nécessaires à l'assainissement de la lagune et à l'épuration des eaux usées.

## 4.2 Pratiques

Cette section présentera les résultats relatifs aux pratiques et aux comportements de santé adoptés par les membres du groupe. Cette section sera divisée en trois parties: les pratiques mettant à risques de contracter des maladies hydriques, la prévention de ces maladies et le traitement des maladies liées à l'eau.

### 4.2.1 Pratiques à risques

Pour ce qui est des comportements mettant un individu à risque de contracter une maladie liée à l'eau, un participant faisait ressortir que peu importe le statut social d'un individu dans le village, s'il adopte des comportements dangereux il risque de subir des répercussions néfastes pour sa santé. Une pratique à risque qui fut mentionnée est de consommer de l'eau en aval de la source ne sachant pas si cette eau a été précédemment contaminée en amont en passant par d'autres villages. De plus, le fait de ne pas utiliser les latrines pour la miction ou pour l'évacuation des selles contribue à la création d'un environnement malsain qui favorise l'apparition de maladies, expliquèrent les participants. Il fut mentionné que les enfants qui jouent dans la rue ou qui « *sont allés toucher ce qu'ils ne doivent pas toucher* » sont plus à risque de contracter des maladies diarrhéiques, par exemple. Nuançons toutefois qu'au courant des groupes focus, il est arrivé à plusieurs reprises que les participants se lèvent pour aller uriner sur la rive de la lagune ou dans les environs. Certains participants ont aussi été vus jetant leurs déchets (gobelet de plastique ou papier essuie-tout) dans la lagune pendant les pauses ou après les rencontres (Journal de bord). Ne pas nettoyer les latrines, ou ne pas le faire correctement, constitue aussi un comportement à risque qui fut évoqué par les participants. La consommation de l'eau de puits ou de l'eau de la lagune ainsi que le bain dans la lagune sont des comportements qui mettent à risque l'individu de contracter une maladie diarrhéique et/ou une forme de dermatose autant pour l'adulte que pour l'enfant, expliquèrent-ils. Un participant a aussi fait ressortir que le déversement de produits toxiques dans la lagune, comme technique de pêche, est une pratique qui augmente les risques de contracter des maladies pour les communautés lagunaires.

Une autre pratique à risque, ressortie par le groupe de participants, est de ne pas intervenir dès l'apparition des premiers symptômes pour traiter la maladie. Le fait de « *cachez la maladie* » représente aussi un comportement qui augmente les chances de morbidité et de mortalité résultant du déni de traitement, selon les participants. Tel que mentionné plus haut, la majorité des participants s'entendent sur le fait qu'utiliser les médicaments traditionnels représente une pratique pouvant aggraver la maladie. Cette dégradation de l'état de santé serait la résultante d'une intervention inefficace qui entraîne un délai d'administration de traitement adéquat. En résumé, ne pas intervenir ou intervenir de manière inadéquate représente une pratique qui peut aggraver l'état de maladie de l'individu manifestant des symptômes de maladie hydrique selon la majorité des participants. Toutefois, cet avis ne fait pas l'unanimité et il est ressorti au courant de la rencontre que plusieurs membres du village allaient tout de même consulter le guérisseur pour traiter leur maladie.

#### 4.2.2 Prévention de la maladie

La prévention de la maladie renvoie aux actions posées dans le but de réduire l'occurrence de maladies en intervenant sur des facteurs de risques (Bisaillon *et al.*, 2010). Les activités de promotion de la santé désignent toutes interventions qui s'intéressent aux conditions de vie, aux déterminants de la santé, en amont d'un problème de santé (Bisaillon *et al.*, 2010). Selon ces définitions, aucune pratique de promotion de la santé n'a été mentionnée par le groupe au courant des rencontres. En ce qui a trait aux actions de prévention de la maladie, il a été mentionné que quiconque suit les règles d'hygiène évitera de contacter une maladie liée à l'eau. Parmi ces règles d'hygiène ont été mentionnées : laver les latrines à l'eau de Javel, consommer l'eau saine provenant de l'adduction d'eau, faire bouillir l'eau pour y tuer les agents pathogènes et remuer cette eau pour l'oxygéner avant consommation. De plus, suivre les recommandations des professionnels de la santé suivant un diagnostic de maladie hydrique représente un comportement de prévention de la maladie selon les participants. Réprimander les comportements à risques correspond aussi à une action de prévention de la maladie évoquée par le groupe. Ainsi, corriger un enfant parce qu'il est allé se baigner dans l'eau de la lagune ou sanctionner une famille qui autorise un tel

comportement représente des actions de prévention de la maladie adoptées par les participants et la chefferie.

Se rendre directement à l'hôpital lors de l'apparition de signes et symptômes de maladie ne représente pas une action de prévention de la maladie qui fait consensus au sein du groupe de participants. Un participant, lui-même guérisseur, mentionne que le fait de venir bénéficier de son expertise en cas d'apparition de symptômes est une forme de prévention de la maladie. Ainsi, l'action de se rendre chez un individu reconnu comme détenant des connaissances pertinentes en santé représente une action de prévention de la maladie reconnue par tout le groupe. Par contre, la reconnaissance de l'expertise médicale ne faisait pas consensus au sein du groupe.

#### 4.2.3 Traitement de la maladie

En ce qui a trait au traitement des maladies liées à l'eau, la majorité des participants soulignait l'importance de suivre les recommandations reçues par les professionnels de la santé lors de leur séjour en centre hospitalier :

*« Vous allez à l'hôpital, c'est eux qui savent quel traitement il faut vous faire pour arrêter la diarrhée. [...] maintenant à la sortie de l'hôpital on vous prescrit [...] une ordonnance et vous allez acheter les médicaments pour que vous soyez complètement guéri. [...] Mais avant de sortir de l'hôpital on vous donne les conseils nécessaires et puis faire les mêmes choses, voilà. »*  
(Participant C)

Les traitements et recommandations de santé à suivre ne furent pas clairement explicités par les participants. Ceux-ci expliquèrent que ce sont les professionnels de la santé qui connaissent ces traitements et qu'il suffit de suivre leurs recommandations en fonction du diagnostic de maladie hydrique émis. Tel que mentionné plus haut, le recours aux traitements de la médecine traditionnelle fut aussi mentionné comme une alternative en cas d'impossibilité de payer les frais de traitement offert en centre hospitalier.

Ainsi, le tradi-praticien décrivit un type de traitement contre les maux de ventre avec des feuilles lavées puis broyées à la main, dont on avale le jus pour être guéri. Il refusa de divulguer le nom de la plante utilisée pour ce traitement. Lors de l'explication du traitement

à base de feuille, beaucoup de participants se moquèrent des propos du tradi-praticien laissant sous-entendre qu'ils ne reconnaissaient pas l'efficacité de cette méthode.

### 4.3 Normes

Cette section qui rassemble les résultats portant sur les normes sociales sera divisée en deux sections. Premièrement, il sera question de la norme de jugement concernant les guérisseurs. Ensuite, les résultats concernant la norme sur le consensus seront présentés. Pour finir, les résultats mettant en lumière la présence de la norme de responsabilité en fonction des rôles sociaux seront présentés.

#### 4.3.1 Norme d'opinion : Guérisseurs

Au cours des rencontres, tout le groupe sauf un participant, mentionnait ne pas reconnaître d'efficacité à la médecine traditionnelle et donc ne pas recommander l'utilisation de ces services. D'ailleurs, lorsque le sujet des guérisseurs fut abordé pour la première fois, plusieurs participants mentionnèrent ne pas avoir de guérisseurs dans le village alors qu'un des participants était un tradi-praticien connu du groupe : « *nous ne connaissons pas les guérisseurs* » (Participant A), « *Y a pas de guérisseurs* » (Participant non visible<sup>8</sup>). Tel que mentionné plus haut, la majorité des participants expliquèrent ne pas reconnaître l'efficacité de la médecine traditionnelle et conséquemment ils ne conseillent pas à un individu atteint de symptômes de maladie d'aller chez un guérisseur. Toutefois, des participants expliquaient que les individus sont libres d'aller consulter un guérisseur s'ils le veulent : « *C'est ça. T'es pas obligé... s'il va là-bas directement [med. Trad.] tu vas lui donner l'argent pour aller à l'hôpital? S'il préfère aller de l'autre côté, ça va!* » (Participant A). Aussi, la décision d'utiliser les services d'un guérisseur fut attribuée à des préférences familiales :

« *Ça c'est entre familles, eux ils sont guérisseurs, là le village n'a rien à voir. Comment on fait pour sauver le petit ou bien l'homme qui est malade? Ça, ça dépend de tout un chacun, c'est ta famille.* » (Participant A).

---

<sup>8</sup> Sur l'enregistrement vidéo nous entendons la voix du participant, mais il n'est pas possible de l'identifier.

Ou à un second recours en cas d'incapacité de payer les frais de traitement en centre hospitalier. Ajoutons, qu'un des participants décrit un individu consultant un guérisseur et qui conséquemment retarde la réception de soins efficaces, comme responsable des conséquences négatives résultant de la non-administration de traitement adéquat :

*« [...] C'est vrai ce que vous dites. Actuellement bon, on n'interdit pas, il y a des gens qui le font [médecine traditionnelle], mais est-ce que c'est efficace? L'efficacité vient de l'hôpital. Hein, vient de l'hôpital. Là on vous donne les médicaments nécessaires et puis vous faites, mais on dit que la nature, «le chien ne change pas sa façon de s'asseoir», mais il a toujours des gens qui le font. Mais en le faisant, comme j'ai dit, on aggrave la maladie et c'est au dernier moment qu'on envoie la personne à l'hôpital. Et des fois y'a pas, pas de chambre, vous allez on vous dit qu'il y a pas de place. Vous allez au CHU de Cocody on vous dit y a pas de place. Le temps de faire tous les 3 CHU votre personne meurt dans vos bras. [...] »*  
(Participant C).

Finalement, au courant du premier groupe focus, un des membres de la chefferie demanda explicitement au tradi-praticien qui prenait la parole de ne pas mentionner les noms des individus ou familles qui venaient le consulter. Cette intervention survint pendant que le guérisseur expliquait que beaucoup d'individus venaient le consulter.

#### 4.3.2 Norme de comportement : Consensus

Préalablement à la conduite des groupes focus, le doctorant m'accompagnant sur le terrain me fit explicitement part d'une norme importante à respecter lors des rencontres à venir : ne jamais contredire le chef du village (Journal de Bord). Au courant des groupes focus, il fut possible d'observer à certains moments les effets de cette recherche de consensus avec le chef : *« oui je crois que le chef à tout dit », « je pense qu'il [le chef] vient de dire l'essentiel »*. Cette norme fut aussi presque explicitée lorsqu'une stagiaire en environnement et assainissement présente aux rencontres tenta de rectifier les propos du chef qui expliquait un phénomène de manière étiologiquement plus ou moins exacte:

*« Stagiaire : Alexia, sur ce point je voudrais intervenir pour éclaircir. Chef, ce que vous avez dit c'est pas totalement faux. Mais le choléra il tire sa source de l'eau. Parce que l'eau de boisson ou l'eau... »*

Participant C : ... je vais expliquer...

Stagiaire : ... qui a été utilisé pour préparer l'aliment, qui contamine l'aliment et puis ça donne le choléra. Donc pour simplifier un peu pour expliquer sans rentrer plus dans les...

Participant C : ...moi je vais sur ce qu'il a dit hein. Ce qu'il a dit, il a très bien dit [pointe le chef] [...] »

Ainsi pendant la rencontre où le chef était présent, lorsque celui-ci prenait la parole le premier, il était rare que les autres participants ajoutent sur ce qui venait d'être dit. De plus, ajoutons que pour toutes les rencontres, il n'y eut aucune confrontation d'idées et qu'à très peu de moments des participants énoncèrent des opinions divergentes. Bien que le thème de la médecine traditionnelle ne fit pas consensus au sens où il fut énoncé que l'entièreté du groupe ne s'entendait pas sur son efficacité, il n'y eut pas d'échanges d'arguments quant au pourquoi les uns et les autres avaient telle ou telle opinion. Il semble donc que cette recherche de consensus avait aussi lieu entre tous les participants :

« Alexia : donc tout le monde ici vous pensez de la même manière?

Participant R [fait signe de oui]

Alexia : bon je suis étonnée, plus de 10 personnes qui pensent la même chose 100%

Participants N, M et R [rient] »

#### 4.3.3 Norme de responsabilité : Gestion de la santé

Au cours des groupes focus, il a été question de l'explication de la responsabilité perçue de différents individus en fonction de leur position ou fonction sociale. Ceci a été présenté dans la section portant sur les croyances relatives à la responsabilité de la santé. Cette description des différentes attentes en fonction de la position sociale des individus laisse croire à la présence d'une norme sociale de responsabilité liée à un rôle social, présent dans le groupe :

«Ils sont chargés de... de... d'assurer la protection de la population leur... leur... le monsieur nous a parlé d'environnement tout à l'heure... quand l'environnement est... est... est sale, l'environnement n'est pas ce qu'il faut c'est le rôle du maire hein? Et du député qui s'asseyent ensemble pour voir essayer de résoudre le problème de la population. Et ils le font pas alors qu'ils sont informés, ils sont tous informés hein.» (Participant C).

Tel que présenté plus en détail dans la section croyances sur la responsabilité de la santé, il est attendu des individus, selon les participants, de gérer leur propre santé et celle de leur

famille. De plus, il est de la responsabilité de la chefferie de faire des demandes de services à la mairie et au district afin que ceux-ci interviennent, expliquent les participants. Finalement les participants expliquent que l'État de la Côte d'Ivoire a le devoir de financer les projets qui permettront l'offre de services demandés.

#### 4.4 Problèmes perçus

Dans cette section les résultats concernant les problèmes perçus par la population seront présentés. Cette présentation sera divisée en deux grandes sections, le problème du déversement des eaux usées et la pollution de la lagune ainsi que le problème du manque de pouvoir d'action.

##### 4.4.1 Déversement et pollution de la lagune

Pour commencer, le problème prioritaire identifié par le groupe est celui du déversement des eaux usées et des déchets provenant de la zone industrielle et des ménages de la commune dans leur village jusque dans la lagune. La pollution qui résulte de ce déversement étant donc problématique pour le groupe rencontré. Ainsi, les participants déplorent les torrents d'eaux usées et de détritiques qui se déversent à côté de leur village, dont l'ampleur est exacerbée en saison de pluies, soulignant la présence de corps en provenance de la morgue parmi les ordures entraînées par l'eau. Sans oublier que les participants accusent les usines en zone industrielle de déverser des produits toxiques avec les eaux usées. En ce sens, le problème du déversement des eaux usées résulte du fait que cette eau n'est ni épurée ni redirigée par un système de canalisation. Il n'était pas toujours clair depuis combien de temps ce problème persiste dans le village, mais un des participants mentionna que cela faisait plus de 10 ans que ce déversement pollue leur territoire.

De plus, les participants faisaient ressortir que l'odeur incommodante émanant de ces amas de déchets était exacerbée par le temps chaud et les bourrasques de vent. Durant ces moments, les participants mentionnaient ne pas pouvoir profiter du bord de la lagune et parfois devoir quitter momentanément le village :

*« Même des fois quand l'eau là c'était à un moment là on ne pouvait pas rester seul ici, l'odeur là ça nous chassait tous avec les grosses mouches, quand tu invites ton ami là vous êtes assis là toi-même tu as honte. Ton ami vient il prend mouchoir là il met sur sa bouche comme ça [imite avec sa main sur sa bouche]. Toi-même c'est ton village tu as honte. Tu donnes à manger à ton ami là ici chez le chef là, tu vas pas vouloir manger. Il y a des périodes c'est comme ça. » (Participant B).*

Il est d'ailleurs ressorti que cette situation entache la réputation du village devenant un sujet de moqueries ou de critiques au niveau de la salubrité. Ceci fut énoncé comme un problème vécu, par les participants. Finalement, tel qu'expliqué par les participants, le déversement de déchets sur les rives de la lagune et une partie des terres du village entraîne un grave problème de pollution mesuré, entre autres, par le niveau de toxicité de l'eau:

*« Quand CIAPOL [Centre ivoirien antipollution] est venu contrôler, ils sont venus avec un appareil. Ils ont mi l'eau dessus, ça a bloqué. Le gars il m'a regardé, il a remué la tête. Il m'a dit «chef on s'en va, on va faire nos rapports» [...] Donc ça veut dire que tous les gens du village de [nom du village] sont mourants. Tel le degré de pollution était trop, était trop. » (Participant A).*

#### 4.4.1.1 Maladies

Dans la même ligne d'idée, les participants faisaient ressortir que la pollution de l'eau était responsable de l'apparition de plusieurs maladies ou états de dégradation de l'état de santé. Les maladies hydriques étant donc un problème causé par le déversement des eaux usées et la pollution. Ainsi, les participants expliquèrent que suivant la résolution du problème de déversement et de pollution, les maladies hydriques devraient cesser.

Un des problèmes de santé associés à la pollution de la lagune et des terres, mentionné par les participants, est l'apparition de problèmes respiratoires affectant tous les habitants, mais davantage les personnes âgées, les enfants, les femmes enceintes et leur enfant à naître :

1. *« Mais surtout comme j'ai dit la pollution. Les produits que les usines de la zone mettent dedans là vous savez l'air quand sa souffle comme ça tombe sur toits, tous les toits sont pourris. Les toits là sont pourris. Les toits là sont pourris. Et l'homme qui respire, lui il est comment? » (Participant A).*

2. *« Même quand vous regardez les toitures [des maisons] y'a le vent qui vient là. Ça donne la rouille. Et tout ça là c'est ce qui donne les maladies aux gens. » (Participant P).*

Ensuite, la pollution de l'eau fut associée à l'apparition de dermatose, de « boutons », résultant principalement d'un contact avec cette eau, d'une exposition à des polluants dans l'air ou de la transmission par des insectes « bizarroïdes ». L'apparition de ces insectes inconnus fut associée à la pollution de leur milieu de vie. Toujours en ce qui a trait aux problèmes dermatologiques, un participant soulignait ne pas recevoir de diagnostic approprié de la part des professionnels de la santé en centre hospitalier. En effet, son enfant fut diagnostiqué avec la rougeole à plusieurs reprises et traité en conséquence alors que les symptômes réapparaissent en quelques mois. Ainsi, le participant faisait ressortir que la pollution était probablement responsable de l'apparition de symptômes dermatologiques manifestés par son enfant, mais qu'il n'arrivait pas à recevoir un diagnostic exact, empêchant ainsi un traitement efficace.

D'autres maladies résultant de la pollution de l'eau ont été nommées telles que le paludisme et la fièvre typhoïde. Pour finir, les participants ont soulevé comme problème résultant de la pollution de la lagune, l'impossibilité de s'immerger dans l'eau et de « profiter » de la lagune puisque cela représente maintenant un risque pour leur santé. La consommation de poisson ou de mollusques provenant de la lagune fut aussi associée à la contraction de maladies. Ce qui représente un problème pour les participants surtout parce qu'étant un peuple lagunaire, ceux-ci consomment beaucoup de ces produits. Les participants n'ont pas explicité quels types de maladies résultent de la consommation de ces produits de la lagune. Malgré la reconnaissance du risque de maladie associé à la consommation de poissons et de coquillages provenant de la lagune, les participants consomment toujours ces produits. D'ailleurs, c'est le seul élément qui fut énoncé comme un problème non seulement pour le village, mais pour tous les habitants des villages riverains, sachant qu'eux aussi consomment abondamment ces produits.

#### 4.4.1.2 Héritage et terres

Un second sous-problème résultant de la pollution de la lagune est celui que les participants appellent la perte de leur héritage ou de leurs terres. Ce problème résulte de deux conséquences de la pollution. Premièrement, la pollution de l'eau affecte les produits de la

pêche selon les participants. Ainsi, l'activité économique qui rapporterait le plus aux habitants du village est affectée par la pollution de l'eau :

*« Avant là-bas, devant là-bas nous on pêchait. Actuellement personne ne travaille, si tu ne travailles pas en ville, je suis à la maison, j'ai plus de travail. Hein. Plus tard nos jeunes ils vont se marier comment? Avant les gens se mariaient avec la lagune, les gens produisaient de la lagune, mais maintenant on peut plus pêcher. »* (Participant L).

D'autant plus que ceux qui vont à la pêche sont constamment inquiets de chavirer dans cette eau contaminée, explique un participant. Ainsi, un participant raconte que les jeunes du village ont dû apprendre d'autres métiers que celui de pêcheur, ne pouvant plus aller sur l'eau pour exercer cette activité. Toujours dans la même ligne d'idée, la pollution de l'eau fut associée par les participants à la destruction ou l'altération de la flore. Un participant donna l'exemple de bananiers qui poussaient anormalement lentement sur le terrain. La pollution fut aussi associée à l'altération des constructions dans le village, plus précisément par la dégradation des toits des maisons telle que mentionnée plus haut.

Deuxièmement, la perte de l'héritage et des terres est le résultat de l'inondation des terrains causé par le déversement des eaux usées, dénoncent les participants. Maintes fois expliquée par les participants, en saison de pluie les eaux usées se déversent dans le village jusque dans la lagune tel un torrent : *« Mais quand il pleut on a l'impression que c'est la mer qui coule ici. »* (Participant C). Les conséquences de ce déversement sont principalement les glissements de terrain qui brisent les maisons et l'inondation des terres du village. Ainsi, les terres inondées empêchent les jeunes de pouvoir construire et de s'installer sur les terrains du village. De plus, la deuxième activité économique du village, explique un participant, est la culture de manioc. Or, en l'absence de terrains, cette activité ne peut plus se développer. Ceci diminue donc les activités auxquels peuvent s'adonner les jeunes et représente un problème selon les participants.

#### 4.4.2 Pouvoir d'action et autonomie

Toujours en lien avec le problème principal soulevé par les participants, le manque de ressources et leur incapacité à intervenir efficacement ont été relevés comme des problèmes importants. Ce problème perçu se divise en deux causes principales : le manque de

ressources financières du village et l'inaction des responsables gouvernementaux. Pour commencer, tous les participants, sans exception, ont verbalisé leur incapacité à agir sur la situation problématique à cause de leur manque de ressources financières et matérielles :

1. « Participant A : *Oui les déchets sont là, [nom du village] peut pas prendre des Pirogues pour aller ramasser, ça c'est l'État qui peut venir avec...*

Participant G : *C'est beaucoup hein ça n'a pas les moyens...*

Participant A : *... Avec des dragues pour venir enlever tout.*

Participant G : *y a pas les moyens sinon c'est beaucoup hein »*

2. « *Le problème c'est que on ne peut pas, avec nos moyens qu'on a, les moyens humains on peut pas affronter ça.* » (Participant T).

Ainsi, le problème perçu fut davantage l'inaction des dirigeants face au problème principal, la pollution de la lagune. Encore une fois, ce thème fit consensus au sein du groupe, la responsabilité du problème de pollution incombe aux dirigeants et leur inaction est un problème :

1. « *Oui de moyens financiers surtout, mais aussi il appartient à l'État de faire ces choses-là. Et nous dans le village on ne peut pas le faire. Parce que les moyens demandés sont, les moyens demandés trop. Faut que l'État le fasse. C'est le rôle de l'État de le faire.* » (Participant M).

2. « *Bon moi je trouve que dans 10 ans si l'État de la Côte d'Ivoire se met vraiment au travail, je pense que cela va changer. Voilà, parce que bon dans le temps de nos parents ils avaient pas tout ça. Maintenant pourquoi c'est maintenant que cela arrive? Maintenant vraiment je lance vraiment un appel à l'État de la Côte d'Ivoire afin de pouvoir réagir, de pouvoir réagir.* » (Participant Q).

Les participants étaient catégoriques sur le fait que les dirigeants étaient informés de la situation et donc décidaient de ne pas intervenir en connaissance de cause. Toutefois, cette attente de l'État et/ou des dirigeants fut nuancée par certains participants qui eux mentionnaient que l'aide pourrait aussi venir des organisations non gouvernementales (ONG) et/ou des différentes ambassades. À cet effet, les participants me demandèrent à quelques reprises d'aider le village financièrement, de dénoncer la situation du village auprès de l'ambassade canadienne et du président canadien, d'aller porter le problème du village aux ONG et d'aller manifester dans les rues au Canada.

Finalement, les participants ont explicitement fait savoir qu'ils n'avaient pas ou peu de pouvoir sur la situation problématique dont il était question dans les rencontres : « *On est*

*impuissants... On est impuissants... on est impuissants* » (Participant A). En ce sens, le pouvoir que les participants décrivaient avoir était celui de dénoncer la situation du village. Toutefois, les participants expliquaient avoir perdu espoir après avoir porté le problème de la pollution du village aux dirigeants, aux médias et à d'autres chercheurs, sans résultat.

#### 4.4.3 Historique des interventions

Les participants ont énoncé les interventions qu'ils ont faites dans le passé afin d'agir sur le problème du déversement des déchets et de la pollution de la lagune. Ces interventions se divisent en deux catégories, soient les actions physiques posées sur le terrain et les actions de dénonciation de la situation. Pour commencer, les participants ont expliqué avoir érigé un mur de sable, une digue, afin de rediriger les eaux usées pour qu'elles ne passent plus par le village. Ce mur de sable était, selon un participant, d'une hauteur de 15 étages et avait été construit avec de la machinerie que le village avait louée. Or, les participants expliquent qu'une fois la première pluie venue, leur barrière de sable a été totalement détruite. De plus, les participants ont expliqué avoir organisé des journées de nettoyage du village, opérées par les jeunes, tous les samedis. Toutefois, cette intervention n'a pas perduré dans le temps. Un participant explique cela par le découragement des jeunes qui travaillaient sans recevoir un quelconque salaire.

Deuxièmement, les participants expliquent avoir posé plusieurs actions afin de faire connaître leur situation problématique et ainsi alerter les personnes en pouvoir d'agir pour qu'ils puissent intervenir. Ainsi, ils expliquent s'être rendus au conseil municipal de Yopougon et avoir coopéré avec la mairie pour qu'un photographe vienne prendre des clichés de la pollution au village. Les participants n'explicitent pas clairement les dates des interventions, mais ils mentionnent avoir déposé des dossiers en 2007 au gouverneur et puis encore une fois lors de la nomination du gouverneur actuel. Aussi ils expliquent avoir présenté leur dossier à la Présidence de la République. Le village aurait aussi écrit des lettres à la Première Dame au temps de l'ancien président et de l'actuel. Les participants décrivent aussi s'être rendus au bureau du gouverneur avec le doyen du village pour encore une fois expliquer le problème du déversement et de la pollution. Les participants racontent aussi que le maire de la commune s'est déplacé dans leur village l'année dernière suite à

son élection pour venir observer la situation. Toutes ses interventions furent sans succès selon les participants. La plupart n'ayant pas occasionné de retour concret de la part des dirigeants contactés.

Ensuite, les participants racontent avoir accueilli deux chaînes de télévision ivoiriennes pour qu'il y ait diffusion de reportages sur la situation du village. Cette intervention aurait eu lieu il y a des années, mais les participants ne pouvaient spécifiquement identifier l'année. L'inefficacité de cette intervention fut attribuée à l'heure de diffusion du reportage :

*« Le film passe matin bonheur, matin bonheur les gens se sont levés ils sont allés... ils sont allés au travail c'est ça matin bonheur tu vas faire passer, j'appelle euh comment il s'appelle? [...] le directeur [...] Voilà je l'appelle il me dit : «Non A faut attendre ça va passer». Je dis mais tu passes matin bonheur les gens s'en vont au travail qui est là? Faut caler ça après le journal là les gens vont voir. » (Participant A).*

Toutefois, un participant mentionnait que le district était venu avec de la machinerie pour creuser et canaliser l'eau en provenance de la commune suite au reportage d'une des chaînes de télévision. Or, cette intervention n'aurait pas fonctionné puisque la canalisation était faite de sable et n'a donc pas tenu. Le participant ajoutait que lors de l'échec de l'intervention, le village a contacté le district, mais ce dernier a expliqué ne plus pouvoir intervenir.

Toujours dans le même ordre d'idée, les participants identifient aussi les moments de collaboration avec des chercheurs comme des interventions de dénonciation de leur situation problématique. Or, les participants déplorent le fait que ces collaborations aient souvent bénéficié seulement aux chercheurs sans pour autant leur apporter l'aide espérer :

1. *« Parce que y a des étudiants qui viennent comme on fait avec eux-là, quand ils sont partis. Ça à marcher [leur projet], ils reviennent plus encore. » (Participant B)*

2. *« Participant B : Même y a un jeune même. Lui sa maman habite tout près ici, sa maman était institutrice ici. Ils sont tous près à quelques mètres du village là. On l'a aidé, il a fait la sociologie. Il est parti. Il habite tout près, mais pour revenir dans le village pour dire merci là.*

Participant C : *même pour nous donner un exemplaire de son rapport<sup>9</sup>.*

Participant B : *Comme ça, ça nous décourage aussi. Des fois quand les gens viennent on veut pas les aider on se dit «bon» parce que on sait même pas qui va arranger. »*

#### 4.4.4 Solutions proposées

Les solutions proposées par les participants sont divisées en deux sections, soit les solutions qu'un parti extérieur au village pourrait amener et les solutions que les membres du village pourraient proposer. En premier lieu, les participants ont identifié à plusieurs reprises la nécessité d'avoir un centre d'épuration d'eau qui serait installé et financé par une tierce partie (mairie, district, État, ONG ou ambassades). Dans la même ligne d'idée, les participants proposaient aussi la construction de caniveau et/ou de barrage. Ceci permettrait d'arrêter l'accumulation de détritiques et il suffirait ensuite de remblayer les déchets qui se trouvent déjà sur la terre et dans la lagune, expliquent les participants. À cet effet, un participant proposa « *qu'une bonne volonté* » fasse don d'une drague au village afin qu'ils puissent nettoyer la rive. Il fut aussi proposé à la blague qu'avec une drague il serait possible de dévier le passage des eaux usées ailleurs pour déplacer le problème dans une autre localité. Les participants soulignèrent aussi l'importance de rendre redevables « *les pollueurs qui sont cachés* ». Ces pollueurs furent identifiés comme étant les usines en zone industrielle qui participent à la contamination des eaux. Une autre solution proposée à quelques reprises par le groupe était de partager les résultats de la présente recherche aux ONG ou au gouvernement afin de les informer de la situation problématique dans ce village et conséquemment les encourager à envoyer de l'aide :

« Participant F : *c'est que vous écriviez dans votre thèse [mémoire] là quand les ONG là de votre pays faut les voir pour leur dire que il y a un village là en Côte d'Ivoire il y a telle situation vous pouvez. Puisque vous quand vous réussissez dans votre thèse, faut venir nous aider aussi.*

Participant A : *Faut leur dire : « les gens sont en train de mourir ».*

---

<sup>9</sup> À cet effet, il a été convenu entre les participants et la chercheuse qu'elle leur enverrait un compte-rendu du présent mémoire par courriel. Ceci avait été préalablement approuvé dans la certification éthique de cette recherche où on peut lire: «Si les participants en font la demande, un contre-rendu des résultats de recherche leur seront envoyés par courriel une fois le mémoire de recherche terminé. Ce compte-rendu des résultats de la recherche prendra la forme d'un résumé des faits saillants.»

Il fut aussi proposé que les dirigeants offrent un autre territoire, dans les environs, au village et que les habitants y migrent de façon permanente. Des participants racontèrent que ce genre d'intervention avait déjà été mené auprès d'autres villages dans la ville d'Abidjan et que les populations déplacées étaient maintenant plus à l'aise qu'auparavant.

En ce qui a trait aux solutions proposées qui engagent la population, un participant proposa de mobiliser la population du village et de manifester devant le palais de justice de la commune afin de forcer les dirigeants à se pencher sur leur problème. Les médias seraient invités par les manifestants à venir couvrir l'évènement selon le participant qui proposa cette solution. D'autres participants mentionnèrent leur accord avec le choix de cette solution, en expliquant qu'un autre village avait fait de même et que l'aide nécessaire avait été dépêché sur leur territoire. Ainsi, ne voyant pas de prise d'action de la part des dirigeants les participants manifestèrent leur accord d'aller «[...] *laver les linges sales dans la rue*» (Participant A). Or, un participant souligna que cette solution comportait tout de même un risque pour leur sécurité : «*Ils vont jeter les gaz lacrymogènes*» (Participant F). Dans la même ligne d'idée, un autre participant proposa de se rendre au district avec moi afin de faciliter la passation de leur dossier en raison de ma nationalité.

Il fut proposé aux participants d'approcher les responsables des deux usines avoisinantes pour leur demander de l'aide matérielle ou financière, eux-mêmes étant partiellement responsables des produits toxiques déversés dans la lagune selon les participants. Toutefois, les participants rejetèrent cette suggestion expliquant qu'ils connaissaient «*leur mentalité et leurs comportements*» et donc qu'ils ne prévoyaient pas que cette requête soit fructueuse.

Toujours dans les solutions mobilisant la population du village, des participants proposèrent d'essayer d'interdire aux enfants d'aller nager dans l'eau. Cette solution fut présentée comme une précaution à prendre en attendant qu'il y ait une intervention sur le problème du déversement des eaux usées. Or, il est ressorti à plusieurs reprises que les enfants n'étaient déjà pas autorisés à s'immerger dans l'eau. Cette solution semble donc être une réitération de comportements déjà adoptés dans le village et un souhait que ceci soit davantage respecté par les habitants. Ensuite, les participants proposèrent aussi de reprendre la rédaction de courrier adressé à l'État pour leur demander de l'aide financière

et matérielle. Pour finir, le groupe de participants constitué des personnes plus âgées et des membres de la chefferie conclut que localement il n'y avait aucune intervention possible et qu'il fallait espérer que l'État ou une tierce partie intervienne. Du côté du groupe des jeunes, il leur fut proposé de dénoncer leur situation par la musique ou une forme d'art quelconque. Après avoir suscité l'espoir et avoir encouragé les participants quant à leur potentiel d'action, les jeunes participants ont décidé de rédiger les paroles et la mélodie d'une chanson qui dénonce la situation problématique vécue dans le village. Plusieurs des participants avaient partagé avoir un talent dans le domaine de la musique, que ce soit en tant que choriste, ingénieur de son ou pianiste. Les paroles de cette chanson, intitulée «Le village de [Nom du village]», offre un résumé des résultats de recherche présentés jusqu'ici (voir annexe I).

#### 4.5 Dynamique de groupe

La dynamique de groupe est ici comprise au sens de l'identification des forces en jeu et des modalités des interactions dans le système formé par le groupe (Pétard, 1999).

Au courant de la première rencontre de groupe qui était censée être l'une de deux avec sensiblement les mêmes participants, six participants sur douze faisaient partie des dirigeants du village qu'ils appelaient la chefferie. Le chef était d'ailleurs présent à ce premier groupe focus. Lors de cette première rencontre, les participants moins âgés ont très peu participé. De plus, un des membres de la chefferie avait une formation en santé publique, il détenait donc beaucoup de connaissances théoriques sur le sujet des maladies hydriques :

*«Maintenant concernant la définition de l'OMS, l'OMS dit que la santé ce n'est pas seulement une absence de maladie, mais un état de complet bien-être physique, mental et social. Voilà ce que dit l'OMS. Mais pour le commun des mortels, la santé c'est l'absence de maladie et quand nous étions à l'école les professeurs nous ont dit «non, la santé ce n'est pas seulement une absence de maladie, mais c'est un état de complet bien-être physique, mental et social.» Voilà je peux m'arrêter là.» (Participant ayant étudié en santé publique)*

Au courant des échanges, la parole était souvent prise par le chef et ses notables, dont le participant reconnu comme détenant le plus de connaissances en santé publique :

1. « [...] *bon le chef va répondre* »
2. « Question : *la jeunesse ne parle pas?* »

Notable : *les prochaines questions ils vont parler* »

Au courant du second groupe focus qui ne comprenait que deux individus ayant participé au premier entretien, la prise de parole était plus diversifiée. Le chef et ses notables ne participèrent pas au second groupe focus. La majorité des participants du second groupe s'est exprimée à plusieurs reprises et tous se sont impliqués dans la mise en place de l'intervention de sensibilisation.

#### 4.6 Retombées de l'intervention

L'intervention mise en place avec le second groupe focus, celui des jeunes du village, fut l'activité de rédaction de la chanson dénonçant la situation de pollution existante dans le village. La chanson interpelle aussi certains dirigeants qui furent critiqués au cours des rencontres pour leur inaction. Au cours de la rédaction de la chanson, les jeunes sont allés chercher un piano électrique et des batteries afin de pouvoir trouver la mélodie et enregistrer une version brouillon de la chanson. Un des participants étant ingénieur de son, il proposa au groupe d'enregistrer la chanson en studio une fois celle-ci terminée. Tous les jeunes du groupe ont participé à la tempête d'idée pour l'orientation de la chanson et le choix des paroles. D'ailleurs, un des membres de la chefferie assis à proximité du groupe<sup>10</sup> est venu partager ses idées pour le choix des paroles. Une fois le style de musique choisi, le participant pianiste a proposé quelques mélodies aux autres participants qui ont ensuite choisi celle qui leur convenait le mieux. Suite à la rédaction des paroles et la composition de la mélodie, deux des participants se sont partagé les couplets à chanter. Le participant avec le téléphone cellulaire le plus récent a ensuite enregistré la performance. Je ne me suis pas impliquée dans la rédaction des paroles, dans le choix de la mélodie ni dans l'organisation technique afin de permettre aux participants d'être autonomes tout au long de l'intervention. Mes coordonnées téléphoniques figurant sur le formulaire de consentement dont les participants avaient une copie, les jeunes ont accepté de m'envoyer

---

<sup>10</sup> Quelques membres des notables étaient assis non loin du groupe lors de la tenue du deuxième groupe focus. Ils n'ont pas participé aux échanges hormis au moment précisé ici lors de la production de l'œuvre.

la version enregistrée en studio de la chanson. L'enregistrement en studio fut prévu pour une autre journée sans m'inclure dans l'organisation.

Trois semaines suivant l'intervention, je suis retournée au village et ait rencontré un des jeunes présents au groupe focus intervention. Celui-ci m'a expliqué que le groupe avait eu quelques difficultés techniques lors de l'enregistrement. Toutefois, il m'a assuré que le produit final serait bientôt prêt et que je recevrais une copie par l'application Whatsapp. Trois semaines suivant cette rencontre, une fois au Canada, le même participant me contacta via cette application pour m'envoyer une copie de leur production musicale. Le participant me recontacta encore quelques jours plus tard et m'expliqua que le groupe avait rencontré des soucis lors de l'enregistrement de la chanson. La qualité de l'enregistrement ne leur convenait pas. C'est pourquoi le participant m'expliqua que le groupe avait décidé de produire un documentaire avec des images de la lagune et des terres polluées et un descriptif audio. Le participant m'a mentionné que le groupe avait tout de même l'intention de diffuser cette production. Je suis présentement en attente de la réception de cette production.

## CHAPITRE V

### INTERPRÉTATION

Ce chapitre tentera d'établir des liens entre les résultats recueillis lors des groupes focus avec la population et les balises conceptuelles énoncées dans le deuxième chapitre afin de pouvoir ultimement répondre à la question de recherche de ce mémoire. Ainsi, les différents éléments qui forment et organisent les représentations sociales des maladies liées à l'eau seront présentés afin de rendre compte de la manière dont ces éléments s'ancrent dans les théories subjectives de la santé et comment ils participent à l'exercice de la conscience de la santé afin de justifier et d'orienter les pratiques de santé populaire. Il sera ensuite possible de proposer une description du système de santé invisible du village. Puis, un retour sur l'intervention mise en place serait effectué pour vérifier si l'objectif principal de recherche a été atteint. Finalement il sera question des limites de cette recherche.

Avant de commencer, notons que tel qu'exposé dans la problématique, le déversement des eaux usées et de pollution de la lagune représente un problème déjà répertorié par le MSHP (2016b) qui reconnaît son incidence négative sur les conditions de vie des populations urbaines de la Côte d'Ivoire. D'ailleurs, Dongo *et al.* (2008) faisaient eux aussi état du déversement des eaux usées sans traitement dans la lagune Ébrié à Yopougon, ce qui augmente les risques de propagation de maladies transmises par l'eau. Ceci renforce la pertinence du problème soulevé par les membres du village ayant participé à cette recherche.

#### 5.1 Les représentations sociales des maladies liées à l'eau

Puisque les résultats présentés semblent indiquer davantage une représentation de groupe concernant les maladies hydriques qu'un nombre de perceptions individuelles, les résultats de cette recherche seront analysés en fonction des représentations sociales. Cette analyse

délaissera donc volontairement le thème des perceptions individuelles et s'attardera aux représentations socialement partagées par le groupe. Cette section répondra par le fait même aux deux premières sous-questions de cette recherche : Quels sont les déterminants de la perception et des représentations sociales des populations abidjanaises relativement aux enjeux de propagation de maladies via les eaux contaminées? ; Quels comportements la population abidjanaise dit-elle adopter avec l'eau contaminée?

Ont été répertoriés quatre thèmes centraux des représentations sociales des maladies hydriques : la santé et la maladie, la responsabilité de la santé, la médecine moderne et la médecine traditionnelle. C'est donc selon cette catégorisation que seront abordés les trois déterminants des représentations sociales; croyances, pratiques et normes, présentés dans les résultats.

#### 5.1.1 La santé et la maladie

Tel que présenté, la santé renvoie à un état de bien-être complet physique, social et mental et constitue un élément central de la vie. Elle occupe donc une place importante de manière individuelle, mais aussi pour la collectivité et représente l'état vers lequel il faut tendre. Inversement, la maladie représente un état qui doit changer, une situation inacceptable, à laquelle il ne faut pas se résigner. Il n'est donc pas étonnant que les participants décrivent les maladies transmises par l'eau comme étant un problème pour le village. De plus, la maladie représente un état qui peut potentiellement toucher tous les individus indépendamment de leur statut social explique un participant. Ainsi, la maladie ne provient pas du statut d'un individu, mais est plutôt associée à l'adoption de certains comportements à risques. L'individu ayant un pouvoir décisionnel sur ses comportements, il détient donc un pouvoir sur sa situation de santé.

Or, les maladies hydriques sont perçues comme résultant de la pollution, de la contamination, de ce qui était originellement bon. En effet, l'eau est considérée comme une bonne chose, une création de Dieu et donc, comme intrinsèquement bonne. Sa contamination est associée à la pollution faite par l'humain. Dans le même sens, la santé est associée à l'absence de pollution du milieu de vie et donc à la préservation de ce qui est originellement bon pour l'humain. Dans ce cas-ci, cette pollution n'est pas causée par les

membres du village, expliquent les participants, mais par le déversement d'ordures et de déchets de toutes sortes sur leur territoire. Ainsi, la cause des maladies hydriques est associée à ce qui est extérieur au village, à la pollution « des autres ». En ce sens, le pouvoir individuel perçu sur cette situation est faible. Cette représentation de la santé et de la maladie rend compte de la manière dont le village interprète collectivement son rapport à ces deux thèmes et comment il perçoit sa responsabilité individuelle et collective face aux expériences de maladies hydriques (Herzlich, 1992). Ceci met en évidence l'exercice de conscience de la santé comme phénomène social où il y a présence d'une conception commune de la santé (Faltermajer, 1992). Cette conception commune est transmise par les discours sur le rapport entre les individus et leur environnement et fait ressortir le système de représentation subjective de la santé de ce groupe (Faltermajer, 1992). Ce système de représentation subjective de la santé et de la maladie permet l'explication de certains comportements de santé adoptés de manière individuelle ou collective (Faltermajer, 1992). Conséquemment, une représentation faible du pouvoir d'action sur la gestion de l'environnement de vie expliquerait le faible taux de mobilisation observé par la chercheuse et décrit par les participants. Cette représentation expliquerait aussi pourquoi aucune pratique de promotion de la santé n'est ressortie durant les rencontres. Ne considérant pas détenir un pouvoir suffisant pour agir sur leur cadre de vie, il est congruent de ne pas proposer d'y intervenir.

### 5.1.2 La responsabilité de la santé

Dans le même ordre d'idée, la responsabilité du maintien d'un état favorable de santé est divisée en ce qui appartient aux individus, à ce qui appartient au collectif et à ce qui regarde les dirigeants. Ainsi, les activités de la vie quotidienne et celles de la vie domestique ne regardent que l'individu et sa famille. Ceci rejoint la croyance précédemment énoncée que ce sont les comportements qui causent la maladie et non le statut social d'un individu. Elle relève du privé et n'a donc pas été discutée en profondeur en groupe. Les décisions en matière de choix d'intervention en cas de maladie relèvent de la sphère privée. Il appartient à tout un chacun de choisir comment il interviendra sur sa santé. De son côté, la collectivité et la chefferie entrevoient leur rôle sur la santé comme étant celui d'un régulateur des

comportements qui pourraient participer à la propagation des maladies liées à l'eau et à la protection des enfants face à ces maladies. Ainsi, la collectivité se voit en droit d'intervenir si des enfants adoptent des comportements pouvant favoriser l'apparition de maladie et la chefferie de punir une famille qui n'empêcherait pas ses enfants d'adopter ces comportements. La chefferie se considère aussi responsable de la demande de service auprès des instances plus hautes. Les membres de la mairie et du gouvernement, eux, sont considérés comme responsables d'assurer la protection de la santé de la population et donc d'intervenir en cas de propagation de maladies. En ce sens, les membres du village, autant les individus que les membres de la chefferie, ne décrivent aucune responsabilité en regard à la pollution de la lagune et de leurs terres. Cette représentation de la responsabilité de santé rend compte des types de comportements adoptés en société (Flick, 1992). Ceci, ajouté à la croyance que la pollution vient de l'extérieur du village, pourrait expliquer la non-attribution de l'adoption de comportements qui polluent, tel que jeter des papiers dans la lagune et uriner à proximité qui fut observé pendant les rencontres, à la conséquence des maladies liées à l'eau dans le village. De plus, les participants expliquèrent se considérer comme des victimes de la pollution et des problèmes qui en découlent (maladies et perte de terrain). La responsabilité de remédier à la situation n'est donc pas décrite comme étant la leur, mais bien celle des individus et instances en ayant la mission. Les participants désapprouvent donc les interventions (ou l'absence d'interventions) des personnes et instances qu'ils considèrent comme responsables. Par conséquent, la mairie, ses députés ainsi que les membres du gouvernement sont représentés comme les responsables des déversements, de la pollution et du maintien de cette situation. Les habitants du village, eux, sont perçus comme ceux vivant les conséquences. Les premiers ayant donc le plus de pouvoir, mais ne partageant pas l'expérience de la réalité des derniers. Les participants mobilisèrent des exemples où les autorités délocalisèrent des villages ou bien financèrent des projets locaux pour démontrer que ces acteurs détiennent le pouvoir sur ce type de situation problématique. Dans ces exemples, la population secourue par l'État ou le district était maintenant beaucoup plus à l'aise qu'auparavant et leur problème totalement résolu. Ce discours participe à la formation de la représentation socialement partagée (Jodelet, 1997) dans le village que les individus ne sont pas responsable de la pollution dont ils subissent les conséquences. Cette responsabilité du problème est attribuée à des agents

externes au village et véhiculée dans le discours des participants, ce qui participe à la formation de la représentation de la solution au problème comme étant, elle aussi, extérieure. Cette représentation de la cause et de la solution comme externe aux acteurs vivant les conséquences fait ressortir une hypothèse partagée par les habitants du village selon laquelle la maladie est causée par des éléments externes sur lequel ils n'ont pas de contrôle. Cette hypothèse subjective fut d'ailleurs vérifiée par le récit d'expérience des autres villages abidjanais qui furent aidés par l'État et par la propre expérience des participants de ne pas disposer des ressources pour agir sur leur situation. Flick (1992) explique que les individus construisent des schèmes explicatifs sur la santé et la maladie, ce qui leur permet de devenir experts de leur propre situation de santé. Dans le cas qui nous intéresse, il semblerait que la norme de responsabilité soit employée par les participants dans l'élaboration de ce schème explicatif afin d'attribuer la responsabilité du problème et des solutions à des agents externes. La norme de responsabilité permet l'interprétation du schème d'attribution où la responsabilité est attribuée à un acteur à qui on reconnaît avoir un choix dans une situation et où la norme et la position sociale modifient les attentes envers cet acteur (Pétard, 1999). Conséquemment, la norme de responsabilité est mise en évidence dans le discours des participants par la définition de la responsabilité de la santé selon les différentes positions sociales des individus. La norme de responsabilité associée à la position sociale est arrimée au contexte de pollution du village qui engendre des maladies. L'arrimage de cette norme de responsabilité au contexte situationnel de la population participante engendre un style attributionnel où la cause du problème est attribuée aux agents externes et le pouvoir d'action aussi attribué à des acteurs extérieurs. Ce style attributionnel engendre une non-attribution de la responsabilité du problème et du devoir d'y remédier aux membres du village.

Pour clore cette sous-section, il est intéressant de mettre en tension cette représentation de la responsabilité de la santé entretenue par les membres du village avec la responsabilité perçue par le Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Dans la problématique il avait été présenté que le GCI attribuait le faible approvisionnement en eau potable à : « la défaillance de l'entretien des ouvrages due, notamment à la faible implication des populations dans l'entretien et la gestion des points d'eau » (GCI, 2013, p. 2). Conséquemment, il est possible de suggérer que la population du village et les responsables du gouvernement ne

se représentent pas la responsabilité de la santé de la même manière, ce qui entraîne la formation d'attentes qui ne sont pas satisfaites des deux côtés.

### 5.1.3 La médecine moderne

Pour ce qui est du thème de la médecine moderne, celle-ci est associée à l'efficacité et à la réussite de traitement. Elle est donc associée, en cas de maladie, au retour vers un état de santé positif. La médecine moderne réfère au centre hospitalier et aux professionnels de la santé s'y trouvant. Elle est aussi référée à la médecine des Blancs. En ce sens, bien qu'au moins un des participants ait étudié dans ce domaine, la médecine moderne est associée à la connaissance médicale qui vient d'ailleurs. Dans ce cas, cette provenance de l'extérieur est positive puisque la médecine moderne est reconnue par la majorité comme étant le centre d'expertise en matière de santé. De plus, cette expertise reconnue a fait ses preuves selon les participants puisqu'elle est toujours référée comme garante de détenir les ressources pour un traitement efficace. À cet effet, les représentations sociales permettent de mettre en lumière les savoirs de sens commun d'un groupe (Jodelet, 1997). Il est donc normal que les participants conseillent l'emploi des services en centre hospitalier lors de l'apparition de problème de santé. D'ailleurs, le traitement des maladies hydriques le plus efficace selon les participants est celui qui sera proposé par le professionnel de la santé en centre hospitalier. Or, les participants reconnaissaient certaines interventions comme permettant de promouvoir leur santé en amont d'un diagnostic de maladie. Il y a donc, selon eux, des actions préventives pouvant être entreprises de manière individuelle ou collective afin de pouvoir maintenir sa santé et d'éviter la maladie. Par exemple, les participants reconnaissent l'adoption de certaines pratiques comme pouvant diminuer l'occurrence de maladies hydriques telles que désinfecter les toilettes à l'eau de Javel. Ceci n'empêcha pas les participants d'identifier les professionnels de la santé comme ceux possédant les connaissances et l'expertise en matière d'intervention de santé. Dans le même ordre d'idée, la prévention des maladies hydriques était liée à l'observance des recommandations des professionnels de la santé suivant un diagnostic de maladie et à l'observance des règles d'hygiène. Il y a donc une confiance et une forte reconnaissance de l'expertise de ces professionnels étant donné que le type de traitement ne fut pas

considéré comme important dans la discussion des traitements des maladies hydriques. L'importance était accordée à l'émetteur des conseils de santé et au pourvoyeur de soins de santé. Ici, c'est la connaissance et l'expertise qui sont représentées comme appartenant à des agents extérieurs au groupe. Encore une fois, cette représentation participe à l'émission d'une hypothèse sur la santé, plus précisément sur la manière de la maintenir et de la retrouver. Cette représentation de la médecine moderne comme détenant le savoir pour le maintien de la santé et le traitement de la maladie est transmise dans les échanges sur les actions à prendre en cas de symptômes de maladie : se rendre à l'hôpital.

Il est donc possible de suggérer que l'hypothèse subjective de l'extériorité de la cause et de la solution concernant les maladies hydriques et l'hypothèse subjective de l'expertise de santé elle aussi détenue à l'extérieur du groupe sont toutes deux reliées entre elles par une même thématique. Ces hypothèses forment un tout cohérent que l'on peut appeler théorie subjective de la santé et de la maladie du village participant. Ce type de théories sont émises par les individus afin de rendre compte de leur réalité et de faire sens de l'état des choses qui les entourent (Flick, 1992). Conséquemment, cette théorie subjective communément partagée par les participants leur permet de s'expliquer la cause de l'apparition plus fréquente de maladies liées à l'eau et de justifier l'absence de prise d'action locale en réponse à cette augmentation.

De plus, cette théorie subjective engendre des angles morts dans la représentation collective de l'expertise détenue par les professionnels. En effet, un des participants mentionna ne pas pouvoir recevoir un diagnostic précis pour son enfant, sans remettre en question la compétence des professionnels de la santé. Or, le MSHP (2016a) mentionnait que les professionnels de la santé de la Côte d'Ivoire étaient parfois non habilités à offrir des traitements efficaces contre les maladies hydriques. Toutefois, cet aspect de la médecine moderne ne ressortit pas dans le discours des participants, ce qui permet d'avancer qu'il est évacué des représentations sociales entourant la médecine moderne et les maladies hydriques.

Ensuite, la représentation de la médecine moderne comme positive et efficace permet l'explication de l'adoption de pratiques de prévention de la maladie telle que suivre les conseils des professionnels de la santé, éviter les guérisseurs, suivre les règles d'hygiène

et la posologie du traitement pharmacologique donné en centre hospitalier. Ces pratiques, arrimées aux croyances qui les justifient, font partie de ce qu'on appelle la santé populaire qui est fondée sur l'expertise profane (Akrich et Rabeharisoa, 2012). La santé populaire regroupe l'ensemble des déterminants de la représentation sociale qui sont mobilisés par un groupe pour le maintien et l'amélioration de la santé (Akrich et Rabeharisoa, 2012; Flick, 1992; Proulx *et al.*, 2008). La santé populaire est en tension avec les représentations des professionnels de la santé puisqu'elle est basée sur une expertise profane qui considère comme valides les sources de production de la connaissance telle que l'expérience vécue et les ouïes dire (Akrich et Rabeharisoa, 2012; Proulx *et al.*, 2008). Dans le cas des participants, ceux-ci mobilisent des connaissances expérientielles et leur représentation de la médecine moderne afin de justifier leurs actions de santé. Ainsi, bien qu'il semblerait que les perspectives des professionnels de la santé et celles des habitants du village se rapprochent, celles-ci se basent sur des savoirs complètement différents et pourraient potentiellement entraîner une relation de dépendance des derniers face aux premiers. Cette relation de dépendance serait mise en évidence par le fait qu'aucun des participants ne pouvait nommer un traitement de quelconque maladie hydrique alors qu'ils expliquent en observer l'augmentation de l'occurrence sur leur territoire.

#### 5.1.4 La médecine traditionnelle

Inversement, la médecine traditionnelle est associée à ce qui était efficace à l'époque des arrière-grands-parents. La médecine traditionnelle est aussi appelée la médecine des Africains et est décrite comme la maîtrise de techniques et de savoirs enseignés par les parents possédant la connaissance et comme la réception d'un don de guérison. Le tradi-praticien confirma qu'il y avait collaboration entre les professionnels de la santé moderne et les praticiens de la médecine traditionnelle tel que répertorié par Memel-Foté (1998). La médecine traditionnelle est associée à un taux d'efficacité moindre que la médecine moderne. Elle est perçue par les participants comme ayant des résultats fortuits, son succès étant probablement une affaire de chance. Toutefois, la médecine traditionnelle est encore pratiquée dans le village et le tradi-praticien participant expliqua recevoir beaucoup de visites de patients du village et de l'extérieur. Le groupe ne reconnaît pas ou seulement

partiellement l'expertise de la médecine des guérisseurs et se moqua des traitements traditionnels proposés. En effet, la majorité du groupe tourna au ridicule et coupa la parole au tradi-praticien pendant qu'il tentait de décrire un traitement naturopathique. Ce qui laisse à penser que le groupe n'attribuait pas de valeur aux propos tenus par le tradi-praticien. Les moqueries et le fait de couper la parole semblent indiquer que le discours du tradi-praticien ne faisait pas consensus au sein du groupe et était donc considéré comme non valide par celui-ci. D'ailleurs, les membres du village ne recourent pas à ce type de services traditionnels selon les dires des participants, alors que le tradi-praticien présent déclare le contraire. Tout le groupe, sauf un participant, déconseille à un individu ayant un problème de santé d'aller quérir les conseils d'un guérisseur. Or, lors d'une rencontre informelle avec certains participants, un mois après les groupes focus, le chef parlait des plantes et de leur pouvoir de traitement d'un grand nombre de maladies. Il expliqua croire que toutes les plantes avaient un pouvoir médicinal et que c'était à l'humain de le découvrir. Sachant que la médecine traditionnelle emploie majoritairement des plantes pour le traitement de maladies, cette discussion informelle dévoile des éléments qui sont contraires à ce qui a été dit pendant les groupes focus.

Il est possible de proposer une hypothèse pouvant rendre compte de la coprésence de croyances en apparence contradictoires, qui n'occasionne pas de dissonance chez l'émetteur du discours (ici le chef). Pour commencer, le premier discours émis par le chef rejetait l'apport positif que pourraient avoir les traitements traditionnels. Ce discours fut émis dans le contexte formel de la tenue du groupe focus. Pour ce qui est du deuxième discours émis par le chef, celui-ci reconnaissant le potentiel de guérison qu'ont toutes les plantes de la nature. Le devoir de trouver ces bienfaits revenant à l'humain. Ce discours fut émis dans le contexte informel d'un repas pour souligner la fin du projet. Ainsi, deux discours furent émis dans deux contextes différents par le même sujet parlant. Il est possible de proposer que le chef ait produit le premier discours dans le but de produire une image de lui-même qui réponde aux attentes de son interlocutrice, la chercheuse. C'est ce qu'on appelle un biais de désirabilité sociale et il est lié aux enjeux identitaires qui sont négociés pendant la communication :

« Toute communication, si elle participe à la coconstruction de la réalité sociale selon le système de croyances le plus vraisemblable, implique de fait

une redéfinition et une coélaboration des identités sociales et personnelles des interactants représentés dans les discours ou présupposés par eux» (Chabrol, 1994, p. 35)

C'est-à-dire que l'individu mobilise un modèle d'après lequel il guidera son discours en recherchant cette désirabilité sociale (Pétard, 1999). Ce modèle réfère à la représentation de la situation à atteindre. Le sujet parlant suppose donc de ce qui serait désirable et donc attendu par son interlocuteur (Pétard, 1999). Il cherche ainsi à renforcer, masquer ou changer les caractéristiques identitaires qui lui sont inférées pour se conformer à ce modèle (Chabrol, 1994; Pétard, 1999). En d'autres mots, le sujet, le chef dans cette situation, aurait produit son discours dans le but d'atteindre sa représentation de la situation désirée (Pétard, 1999). Pour l'atteindre, il a mobilisé des stratégies langagières à visée identitaire qualifiée d'ego centré. Ce qui signifie que l'individu se met à la place de l'autre et émet des prédictions sur les inférences que ce dernier se fera à son sujet (Pétard, 1999). Ces prédictions permettent au sujet de produire un discours de manière à contrôler son image sociale en fournissant une expression du moi qui entraînera une impression construite par l'autre conforme aux inférences prédites (Pétard, 1999). Cette explication permet de proposer que le chef a émis un discours, dans le contexte formel du groupe focus, de manière à répondre à ce qu'il prédisait comme désirable pour la chercheuse. De ce fait, dans un contexte informel, où le but et les enjeux de la communication étaient différents, le chef a partagé une croyance contraire à ce qu'il avait formulé auparavant.

Néanmoins, la représentation partagée de la médecine traditionnelle comme incertaine ressort dans le discours de la majorité des participants. Cette représentation serait basée sur l'échange social entre les membres du village concernant leurs expériences de santé et sur les manières de la maintenir (Faltermaier, 1992). L'expérience de la majorité étant transmise par la communication interindividuelle (Jodelet, 1997) pour ensuite former cette représentation sociale plutôt négative de la médecine traditionnelle.

En d'autres mots, il y a une très faible reconnaissance, voir une absence, de l'expertise de la médecine traditionnelle pour les participants et il est généralement admis que celle-ci est inefficace et risquerait d'aggraver la maladie. La norme au sein du village semble être de rechercher l'expertise de la médecine moderne et inversement d'éviter les conseils de la médecine traditionnelle. Bien que cette norme semble émerger des discussions, il semble

être admis que des individus en divergent. Par exemple, dans le cas où ce serait une préférence familiale ou bien que les coûts de traitement en centre hospitalier soient trop élevés. De plus, un membre de la chefferie demanda au tradi-praticien de ne pas mentionner qui dans le village emploie ses services. Il semble que la raison de la divergence à cette norme soit acceptée par le groupe sachant que la responsabilité de la santé individuelle est attribuée à l'individu et à sa famille. Ainsi, la norme dans le village serait de ne pas conseiller ni rechercher les conseils d'un guérisseur. Toutefois, il en va de la responsabilité privée des individus et de leur famille d'aller rechercher l'aide qu'ils reconnaissent comme la plus efficace. Or, dans le cas d'un manque de fonds pour aller en centre hospitalier, la croyance originale de l'efficacité de l'hôpital tiendrait toujours. Ajoutons qu'un des participants raconta une histoire publiée sur un site internet de nouvelles où un Abidjanais avait eu recours aux services d'un tradi-praticien et avait conséquemment aggravé l'état de son enfant. Cet individu aurait ensuite tenté de se rendre dans plusieurs centres hospitaliers où on lui aurait répondu ne plus avoir de lit pour accueillir le patient. En conséquence, le participant raconte que l'individu aurait vu son enfant mourir dans ses bras. Cette histoire a servi d'argument pour expliquer en quoi il était dangereux d'avoir recours aux guérisseurs. Dans ce récit, la responsabilité de la dégradation de l'état de santé et éventuellement de la mort de l'enfant fut attribuée au choix du parent et à l'inefficacité de la médecine traditionnelle. L'emploi de cette histoire tirée de l'actualité par un participant rend compte de l'imaginaire collectif autour de la tension entre médecine traditionnelle et médecine moderne. Elle participe donc à la formation et la stabilisation de la représentation sociale de la médecine traditionnelle dans le village (Jodelet, 1997). Bien que cette nouvelle aurait pu amener à une discussion sur l'incapacité des centres hospitaliers à prendre en charge le patient, cet élément ne fut pas abordé par le groupe. Il semble donc y avoir eu distorsion d'un attribut de la médecine moderne dans la présentation de la nouvelle afin de prendre position sur l'objet de la médecine traditionnelle (Jodelet, 1997). Cette histoire a donc permis de renforcer la représentation négative de la médecine traditionnelle comme inefficace, partagée par le groupe.

Ceci étant dit, rappelons qu'il semblait y avoir présence d'une norme de consensus avec le chef lors des rencontres et que celui-ci énonça clairement ne pas reconnaître l'efficacité de la médecine traditionnelle tôt dans les discussions. Donc, il se pourrait que le groupe n'ait

pas davantage nuancé ce thème. Aussi, il semble y avoir apparence d'une norme de consensus au sein du groupe de participant qui était mis en évidence au courant de toutes les rencontres par une absence de confrontation d'idée et la faible verbalisation d'opinions divergentes. Ceci est mis en évidence par la situation répertoriée plus haut où un des participants mentionna, une fois en dehors des groupes focus, avoir une croyance qui diverge de celle énoncée dans le groupe en ce qui a trait aux traitements traditionnels. Cette norme de consensus permet d'assurer le bon fonctionnement du système social en place et ainsi de réguler les interactions qui y ont lieu (Jodelet, 1997) tel qu'observé. En ce sens, la présence de cette norme semble avoir participé à la création d'un discours plutôt homogène et consensuel lors des rencontres.

Pour terminer cette section, il est possible de décrire les représentations sociales des participants abidjanais en regard aux maladies hydriques. Ce faisant, cette section aura répondu à la question principale de cette recherche : Quelles sont les perceptions et représentations sociales des populations abidjanaises relativement aux enjeux de propagation de maladies via les eaux contaminées? Les participants se représentent socialement les maladies liées à l'eau comme inacceptables, issues de causes extérieures, problématiques et devant changer, traitables que par des professionnels de la santé, de la responsabilité d'acteurs extérieurs et impossibles à résoudre localement.

## 5.2 Système de santé invisible

D'après l'exposition des quatre thèmes centraux des représentations sociales des maladies liées à l'eau des habitants du village, il est possible de proposer un modèle de système de santé invisible de cette population. En effet, il a été question de la formation d'une théorie subjective de la santé suite à la description des représentations sociales entourant les maladies hydriques. De plus, certaines pratiques issues de la santé populaire ont été décrites suivant leur fondement sur les représentations sociales des maladies liées à l'eau. Ces théories subjectives de la santé et les pratiques de santé populaire rendent compte du système de santé invisible partagée par le groupe (Faltermajer, 1992; Helman, 1987).

Le concept de système de santé invisible conçoit que les individus ont un rapport quotidien à leur corps et qu'ils tentent de préserver leur état de santé positif (Faltermajer, 1992). Incidemment, le recours aux professionnels de la santé se ferait lorsque l'aide au niveau

social ne serait plus suffisante pour traiter le problème de santé expérimenté (Faltermaier, 1992). Toutefois, dans le cas des participants du village, il semblerait que les pratiques de santé populaire se divisent en deux catégories soit : 1. Suivre les recommandations des professionnels de santé, ce qui suppose une visite chez un professionnel. 2. Suivre certaines règles d'hygiène telle que nettoyer les latrines au Javel, consommer de l'eau de l'adduction, bouillir et oxygéner l'eau avant consommation. L'adoption de pratiques non conformes sont catégorisées comme des pratiques pouvant propager des maladies liées à l'eau. Ainsi, les conseils de santé énoncés par les participants sont davantage en lien avec la consultation d'un professionnel de la santé. Ce qui laisse croire qu'il y a peu d'actions prises par les individus du village afin de préserver et rétablir leur santé en amont d'une visite en centre hospitalier. Dans cet ordre d'idée, le système de santé invisible de la population participante repose davantage sur les savoirs professionnels que ne le suggère Flick (1992), les savoirs expérientiels sur le maintien de sa propre santé n'ayant pas été abordés en profondeur par les participants. En ce sens, l'autogestion de la santé du groupe serait assurée par une rapidité de consultation en centre hospitalier. Ainsi, en cas d'impossibilité de pouvoir assumer les frais de consultation, les individus se dirigeraient vers la seconde source d'expertise en matière de santé, les tradi-praticiens. Ceci permettrait de suggérer que les ressources de premières lignes ne soient pas sous-utilisées comme le suggérait la littérature à ce sujet (Faltermaier, 1992).

Ceci étant dit, il se pourrait qu'il existe d'autres actes de santé pratiqués par des individus non professionnels qui ne soient pas ressortis lors des groupes focus. En effet, le tradi-praticien présent mentionnait recevoir beaucoup de visites de la part des membres du village et offrir lui-même des traitements à base de plantes pour rétablir la santé de ses patients. De plus, les participants ne désirant pas décrire les actions prises à la maison pour préserver leur santé, ce domaine étant privé, il n'est pas possible de mettre en lumière les AVQ et AVD adoptés par les individus pour réguler leur propre santé ou celle de leur famille. En ce sens, les résultats de la recherche ne permettent pas de mettre en évidence un nombre d'actions de promotion et de préservation de la santé ancré dans les activités de la vie quotidienne ni les actions d'autotraitement de la maladie qui sont constitutives du système de santé invisible de la population.

Pour finir, l'analyse des représentations sociales des maladies hydriques et la description du système de santé invisible du village permettent d'atteindre le premier sous-objectif de recherche qui est de comprendre quels sont précisément les déterminants qui influencent les perceptions et représentations sociales des Abidjanais au sujet des maladies transmises par l'eau contaminée.

### 5.3 Solutions proposées

L'interprétation proposée dans cette section permettra de réponse à la troisième sous-question de recherche : Quelles sont les solutions proposées par la population abidjanaise concernant la prévention des maladies hydriques?

Tel que catégorisé dans la section analyse, les solutions proposées étaient dirigées soit vers la mobilisation d'acteurs extérieurs au village, soit vers les membres de ce village. Le groupe de participants plus âgés a conclu lors du premier groupe focus qu'il n'y avait pas d'action locale qui pouvait être mise en place afin de régler le problème du déversement des eaux usées ainsi que la pollution de la lagune et du village qui entraîne des maladies et la perte de terrains. Les participants du groupe plus âgé conclurent qu'il fallait attendre que des acteurs extérieurs interviennent sans quoi le village allait disparaître, ses habitants mourir. D'après les représentations sociales des maladies liées à l'eau préalablement décrites, il est possible de suggérer que l'impossibilité d'envisager une mobilisation collective soit liée à la représentation de la responsabilité de la santé comme étant extérieure à la collectivité dans le cas de la gestion des déversements et de la pollution. En effet, n'attribuant pas la cause du problème ni la responsabilité d'y remédier à la collectivité locale, il est logique que le groupe ne propose pas d'intervenir localement. De plus, ne percevant pas la collectivité comme détentrice de ressources matérielles et financières et comme ayant peu de pouvoir, il semble que le groupe ne considère pas le village comme pouvant intervenir efficacement sur la situation problématique. Cette représentation de la responsabilité d'action sur le problème de pollution comme étant extérieure au village n'a pas permis aux participants de considérer des stratégies d'intervention locale. En effet, une telle réflexion se serait justifiée en dehors de cette représentation. Le fait qu'aucun participant n'apporte d'idée en dehors de la représentation sociale dont il est question

atteste du consensus l'entourant et de sa stabilité (Pétard, 1999). Même lorsque j'ai tenté d'ébranler cette représentation en demandant aux participants ce qu'ils feraient si le gouvernement n'intervenait pas, cette représentation est demeurée fixe. Les participants ne concevaient pas comme plausible de devoir intervenir à eux seuls sur le problème dont il était question. La dénonciation étant la seule intervention possible selon le deuxième groupe rencontré.

Il est toutefois intéressant de rappeler que dans l'historique des interventions, il fut mentionné que les jeunes contribuaient à retirer les détritrus de la lagune tous les samedis. Il n'est pas clair à quand remonte cette mobilisation ni combien de temps elle a duré. Or, la raison de l'arrêt de cette intervention fut le manque de motivation des jeunes qui ne recevaient pas de salaire pour cette activité. Donc, les jeunes se seraient mobilisés dans le passé afin d'agir sur un problème dont ils vivaient les conséquences. Mais ils auraient cessé non pas parce que ces conséquences auraient été éradiquées, mais parce qu'ils ne recevaient pas de salaire. Ainsi, le gain du retrait des détritrus aurait été perçu comme moins grand que la possibilité de pratiquer une activité rémunérée. Il est possible d'offrir quelques hypothèses quant à cette perception de la plus-value de la mobilisation collective. Premièrement, il se pourrait que devant l'ampleur de la tâche, les jeunes se soient démotivés. Deuxièmement, il se pourrait que par manque de revenu, les jeunes aient été obligés de travailler le samedi et donc de délaisser cette activité non rémunérée. Troisièmement, il se pourrait que sur la base de la représentation de la responsabilité de la santé, les jeunes ne se soient pas perçus comme responsables du ramassage des déchets et n'aient donc pas poursuivi cet effort. Il n'est pas possible avec les données de cette recherche de confirmer ces hypothèses.

Au cours du groupe focus composé des participants plus jeunes, ceux-ci n'affichaient pas beaucoup plus d'entrain que le premier groupe focus plus âgé quant à une mobilisation locale. Toutefois, ce groupe n'entrevoit pas comme intéressante l'idée d'attendre de l'aide sans rien faire entre-temps. Par la discussion, le groupe fut amené à réaliser que presque aucune intervention concrète n'avait été faite depuis des années. Le but était d'entraîner de la dissonance cognitive auprès des participants. La dissonance cognitive correspond à un état où un individu ressent un inconfort face à l'incompatibilité de deux

cognitions (Pétard, 1999). Ici, les cognitions incompatibles étaient celles de ne pas être intervenu sur la situation et la dénonciation que celle-ci devait changer. En soulevant cette incompatibilité, je tentais de créer un inconfort assez grand chez les participants afin de les motiver à agir pour réduire cette dissonance (Pétard, 1999). Entrevoyant maintenant la nécessité d'agir, il fallut susciter l'espoir au sein du groupe pour les encourager à mobiliser leurs talents afin de dénoncer leur situation problématique à qui voudrait l'entendre. Cette solution de dénonciation fut préconisée puisque les participants des deux groupes ne reconnaissaient pas d'autre pouvoir d'action à leur localité. Toujours selon la représentation de la responsabilité de la santé et celle du pouvoir d'action détenu par la collectivité, il est cohérent que le groupe ait choisi de dénoncer leur situation. Cette dénonciation a pour but de rappeler aux acteurs représentés comme responsables leur devoir d'agir pour secourir le village.

Pour finir, à plusieurs reprises dans chacun des groupes focus, les participants ont mentionné qu'en tant que chercheuse je pourrais porter leur problème aux gens qui liraient mon mémoire. Ainsi, il semble que les participants considèrent la participation à cette recherche comme une intervention de leur part pour dénoncer la situation. Sachant que les participants se représentent leur pouvoir d'action comme étant davantage un de dénonciation et de demande de service, il est intéressant de penser que ceux-ci entrevoient la participation à une recherche comme pouvant amener un changement à leur situation. Conséquemment, il est possible que les participants aient dès le départ considéré leur implication dans la recherche comme une mobilisation de leur part et donc n'entrevoient pas d'autres formes d'intervention comme nécessaire au moment des rencontres.

#### 5.4 Intervention de sensibilisation

L'objectif principal de cette recherche était d'intervenir de manière à sensibiliser la population yopougonnaise face aux maladies hydriques. Cet objectif a été atteint bien que l'intervention n'ait pas été menée au sens initialement prescrit. En effet, l'intervention mise en place a davantage servi à susciter l'espoir chez le groupe de participants. Au cours des groupes focus, la priorité des participants n'était pas orientée sur le besoin d'information ou de conseil de santé. Les participants verbalisaient le besoin de changer la situation des

déversements et de la pollution et leur incapacité à agir sur ce problème. Ainsi, l'intervention menée à travers le dernier groupe focus avait davantage pour but de sensibiliser les participants à l'importance de la prise d'action, à la prise de conscience de leur potentiel à le faire et au potentiel bénéfique pouvant découler d'une telle mobilisation. Il est donc possible de dire que l'objectif principal de la recherche est atteint, mais pas au sens originalement proposé. En effet, il y a eu sensibilisation, mais elle n'a pas explicitement touché les déterminants de la perception directement en lien avec la propagation des maladies hydriques. Elle a plutôt abordé les déterminants de la perception en lien avec la gestion de la santé et de l'environnement. Toutefois, dans une logique de recherche action, il est possible de dire que cette recherche s'est attardée aux préoccupations des participants en s'adaptant aux réalités du terrain. De surcroît, ceci est congruent avec la conceptualisation que je propose de la sensibilisation, où les priorités du chercheur et celles de la population rencontrée sont modifiées par leur rencontre et leurs interactions.

Pour l'instant, il n'est pas possible de répondre entièrement à la quatrième sous-question de cette recherche : l'interaction entre les membres de la communauté yopougonnaise permet-elle la sensibilisation concernant les maladies hydriques? En effet, la priorité des participants étant davantage de réduire la pollution qui elle engendre des maladies hydriques, l'intervention a plutôt ciblé la sensibilisation face au pouvoir d'action des participants. J'ai donc adapté mon intervention de sensibilisation à la réalité du terrain. À cet effet, je suggère que les retombées de la diffusion de la production écrite et réalisée par les jeunes auront une grande influence sur leur propre représentation de leur pouvoir d'action. La production n'ayant pas encore été partagée, il n'est pas possible de répondre à cette dernière sous-question. Conséquemment, il n'est pas possible non plus de vérifier si l'intervention mise en place permet de sensibiliser les Yopougonnais concernant leur pouvoir d'action. Il n'est donc pas possible présentement de statuer sur l'accomplissement du second sous-objectif de recherche : vérifier si l'intervention mise en place permet de sensibiliser les Yopougonnais concernant les maladies hydriques.

Il est possible de confirmer mon hypothèse initiale de recherche selon laquelle: les perceptions et représentations sociales des Yopougonnais influencent leur rapport à l'eau

et ont une incidence sur la propagation des maladies hydriques. En effet, d'après mon interprétation des représentations sociales entourant la gestion de la santé et de l'environnement, il est possible de justifier l'adoption de certains comportements par les participants et de réfléchir leur incidence sur la propagation des maladies hydriques. De ce fait, l'orientation de l'intervention vers les priorités des participants, soit la pollution, a été rendue possible par l'exposition des représentations sociales qu'ont les participants de l'importance du cadre de vie sur la santé. Encore une fois, les retombées à venir de l'intervention ont le potentiel de pouvoir influencer les représentations que se font les participants de l'enjeu entourant les maladies hydriques.

### 5.5 Limites

Tel qu'énoncé dans ce chapitre, la présence du chef et de ses notables lors du premier groupe focus a négativement influencé la liberté de parole des participants. Les rapports de pouvoir en présence au sein du groupe rencontré semblent avoir eu un impact sur la propension de certains à prendre la parole. D'ailleurs la norme de consensus avec le chef, relevée dans l'interprétation, appuie cette proposition. Ainsi, il est possible de faire l'hypothèse qu'en l'absence de la chefferie au premier groupe focus, les autres participants auraient davantage participé. C'est d'ailleurs ce qui a été observé lors de la deuxième rencontre de groupe. Or, quelques notables étaient assis à proximité de ce groupe lors de la deuxième rencontre. Ce qui ne m'a pas donné la liberté de faire un retour sur la dynamique de groupe perçue par les participants. Toutefois, il n'est pas certain que les points de vue auraient été plus diversifiés si les membres de la chefferie avaient été absents au premier groupe focus, considérant qu'une norme de consensus au sein des deux groupes rencontrés a aussi été relevée. Notons tout de même que la présence de ces membres influents du village au groupe focus a certainement influencé les interactions de manière à obtenir un discours plutôt homogène sur les sujets abordés et une faible participation chez certains. La présence de la norme de consensus avec le chef lors de la première rencontre et la présence de la norme de consensus de groupe identifiée aux deux rencontres représentent une limite de la recherche dans la mesure où le consensus n'était pas le but

recherché lors des entretiens de groupe. Conséquemment, les données qui ont émergé des discussions n'ont pas permis d'identifier les perceptions individuelles des participants.

Ensuite, la formation de groupes de discussion non mixtes suite à la recommandation de la chefferie a entraîné une perte de contrôle sur la constitution de l'échantillon. En effet, cela a contraint la chercheuse à conduire des groupes focus uniquement avec des participants de sexe masculin. Cette restriction a eu pour effet d'ajouter un critère de sélection dans le choix des participants, empêchant une grande partie des habitants du village de pouvoir participer aux rencontres. Conséquemment, cette contrainte a une influence sur la représentativité de la population dont il est question dans ce mémoire.

Dans un autre ordre d'idée, il semble y avoir eu confusion dans l'objectif des groupes focus pour la chercheuse et pour les participants. En effet, à la fin de la première rencontre, un des participants me demanda si le groupe avait bien répondu aux questions et si cela se rapprochait de ce qui était attendu. Il fallut expliquer au participant que ce type de recherche ne prédit pas de réponse et met davantage l'accent sur les priorités émanant des discussions. Il est clair toutefois que le participant était préoccupé par le fait d'avoir bien répondu ou non aux questions posées pendant la rencontre. De plus, rappelons que les habitants du village sont habitués à participer à des recherches scientifiques. Certains participants évoquèrent avoir rempli des questionnaires et participé à des entretiens individuels dans le passé. Bien que le devis des recherches passées ne soit pas connu, il est probable que les participants aient pensé que je cherchais à collecter de « bonnes » réponses de leur part et qu'ils étaient évalués. Il s'agit donc d'un biais de désirabilité, où les participants ont répondu en fonction de prédiction des inférences qu'ils ont anticipé que je construis en tant que chercheuse. Cette situation représente une limite de cette recherche. En tant que chercheuse, j'aurais pu davantage insister, dès le début des rencontres, sur la visée des échanges en soulignant qu'il n'y avait pas de « bonnes » réponses attendues de ma part. Ainsi, j'aurais éclairci mes attentes auprès des participants et implicitement souligné que je n'avais pas l'intention d'inférer sur leur image sociale en fonction de la validité scientifique des réponses données. Ceci aurait permis aux participants de modifier leurs prédictions qui allaient guider la construction de leur discours.

## CONCLUSION

Dans la dernière section de ce mémoire, un résumé de l'analyse sera exposé. Ensuite j'émettrai des recommandations pour la pratique et des réflexions conceptuelles et méthodologiques émanant de mon expérience de recherche en terrain ivoirien. Pour finir, je proposerais des pistes de recherche pour le futur.

En guise de résumé, la population participant à cette recherche se représente les maladies liées à l'eau comme provenant du déversement des eaux usées et de la pollution de la lagune et des terres. Ainsi, les maladies hydriques sont perçues comme étant la conséquence des eaux usées et des déchets provenant de la commune et non du village. Les participants se représentent aussi la responsabilité de la gestion des eaux usées et des déchets comme étant celle de la mairie, du district et du gouvernement. Le manque de ressources et l'impuissance face à la situation représentent pour les participants le plus grand problème du village au regard des maladies hydriques et de la pollution. Conséquemment, les participants perçoivent le problème de la pollution comme n'étant pas de leur faute, mais se perçoivent comme ceux qui en subissent les conséquences. Les participants conçoivent leur possibilité d'action sur le problème comme étant de le dénoncer et ainsi, l'espèrent-ils, d'obtenir de l'aide d'acteurs externes (responsables, ONG, ambassades étrangères, etc.). Les participants ont ainsi dénoncé leur situation difficile à maintes reprises aux médias, à plusieurs chercheurs et aux dirigeants par le biais de lettres et de rencontres à la mairie. Toutes ces actions de dénonciation n'ont pas abouti à l'obtention de l'aide souhaitée. Les participants disent avoir perdu espoir, être frustrés, se sentir abandonnés et laissés pour compte. Les participants expriment aussi du ressentiment face à ceux perçus comme responsables de la pollution et des problèmes de santé. Autant les pollueurs (usines) que les acteurs censés intervenir selon eux.

L'intervention menée auprès du groupe moins âgé à tenter de susciter l'espoir des participants et de les sensibiliser au pouvoir d'action qu'ils détiennent. Les participants ont décidé de produire une œuvre musicale collective permettant de dénoncer leur situation

problématique. L'accompagnement à la production de cette œuvre avec et par les participants constitue la modalité d'intervention de cette recherche

Basé sur les résultats analysés dans cette recherche, il est possible de proposer deux recommandations pour la pratique. Premièrement, il a été énoncé que les représentations de la responsabilité de la santé, du gouvernement et celles de la population participante étaient différentes et que conséquemment les attentes des deux parties différaient. Ce décalage engendre une situation d'inaction sur le problème de pollution et de propagation des maladies hydriques. Il est fort à parier que cette mésentente est vécue dans d'autres villages d'Abidjan et même en dehors de la métropole. En ce sens, il est possible de proposer que le ministère de la santé et de l'hygiène publique de la Côte d'Ivoire s'attarde davantage à la compréhension de la responsabilité de la gestion de la santé et celle de leur cadre de vie des diverses populations habitant sur son territoire. Ceci permettrait un partage des préoccupations, croyances, attentes et priorités entre les experts et la population pour la construction d'une problématique de santé commune (Kane, 2016). Ce partage permettrait aussi de se pencher sur ce que le PADEHA a appelé les «problèmes culturels» et le «manque de volonté des populations» (GCI, 2013) avec une démarche critique et compréhensive. Ce faisant il serait possible de réfléchir aux conditions sociales, politiques et économiques qui influencent le sens qu'accordent les populations à la gestion de l'environnement et de la santé.

Ensuite, le MSHP de la Côte d'Ivoire tente d'encourager et de renforcer les capacités dans le domaine de l'anatomie, de l'hygiène ainsi que la collecte et la conservation des plantes médicinales dans son programme national de promotion de la médecine traditionnelle (MSHP, 2016a; SNIS, 2014). Or, cette recherche démontre que la médecine traditionnelle n'est que très peu valorisée par la population participante. Dans son programme de promotion de la médecine traditionnelle, le MSHP aurait donc avantage à promouvoir le transfert et la valorisation des connaissances dans ce domaine. D'ailleurs, ceci permettrait probablement une réappropriation de notions traditionnelles qui semblent, dans le cas de cette recherche, ne pas être considérées comme pertinentes par les membres de la population.

Certaines pistes de réflexion conceptuelles et méthodologiques découlant du processus de recherche de ce mémoire peuvent être proposées. La mise en œuvre de cette recherche m'a permis, en tant que chercheuse, de réfléchir sur différents concepts qui ont été mobilisés ou qui aurait dû l'être. En effet, j'ai basé mon cadre conceptuel sur des éléments théoriques provenant majoritairement d'auteurs non africains. J'ai ainsi naïvement assumé que des notions telles que l'implication sociale et l'*empowerment* seraient facilement transférables dans des interventions auprès de la population abidjanaise. Bien qu'il faille noter que mon manque d'expérience ait pu grandement influencer la conduite de mon intervention, il reste pertinent de noter que ces notions mériteraient d'être davantage réfléchies pour être apportées de manière plus pertinente sur mon terrain. Ceci m'aurait probablement permis d'avoir une attitude culturellement plus pertinente pour le groupe et ainsi proposer d'intervenir de manière plus significative.

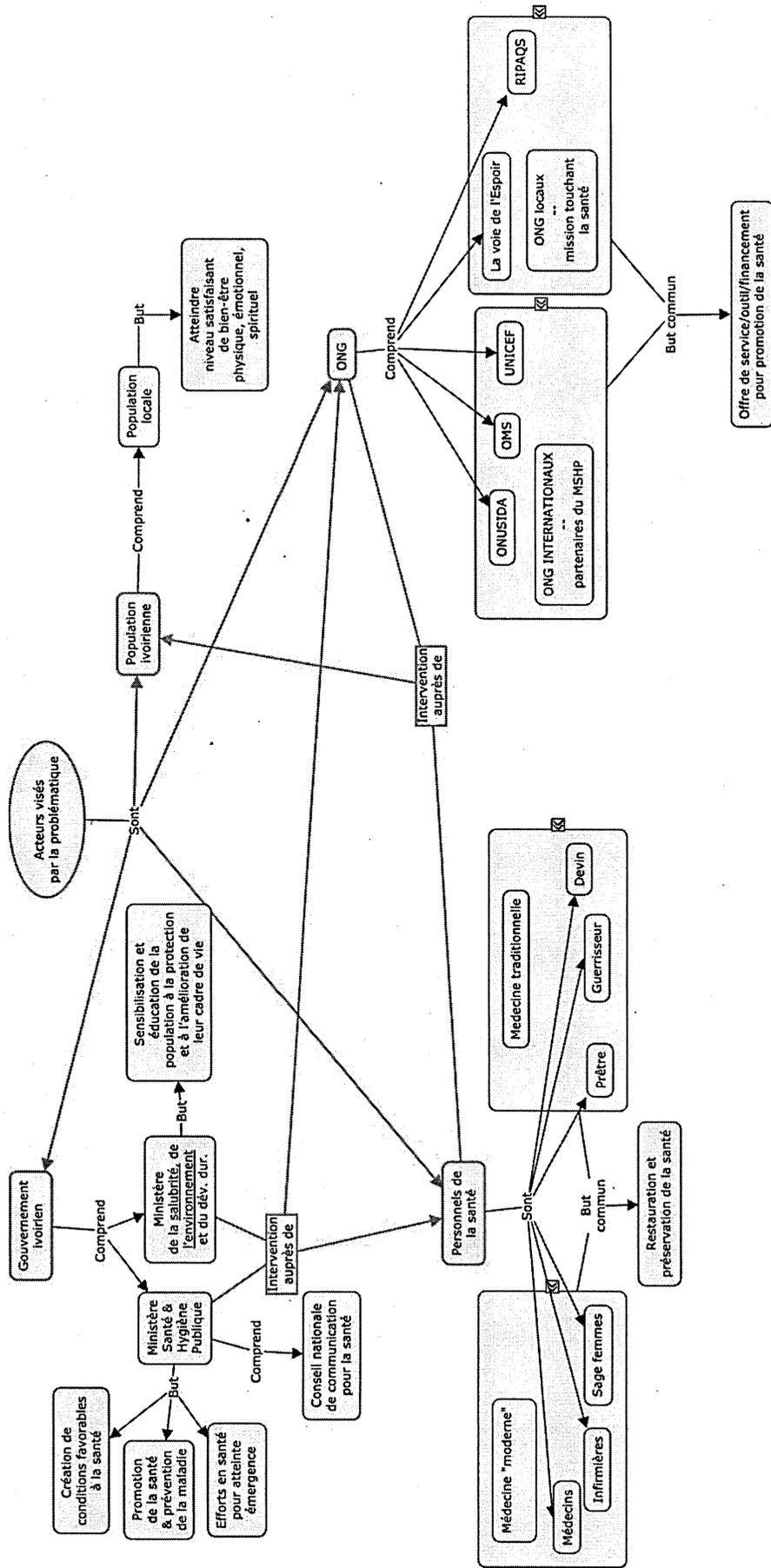
Dans un autre ordre d'idée, cette recherche m'oblige aussi à entamer une réflexion méthodologique concernant l'utilisation de mon principal outil de collecte de données. Bien que le choix de mener des groupes focus soit théoriquement très intéressant, il me semble qu'il n'ait pas permis aux participants d'atteindre les visées émancipatrices suggérées par les auteurs défendant cet outil. Ainsi, bien que je défende toujours la pertinence de mener ce type d'entretien, je pense que la manière de composer l'échantillon et de modérer les interactions mériterait davantage de réflexion. Il n'est pas question ici de suggérer de mener des groupes focus exempts de « biais », mais plutôt de trouver une manière culturellement pertinente de susciter des échanges qui soient divers et où le consensus ne soit pas la visée du groupe. C'est d'ailleurs ce qui m'a motivée à constituer un groupe plus homogène au niveau de l'âge des participants. Ainsi, dans la même perspective, composer des groupes avec des participants partageant des positions sociales similaires aurait aussi pu permettre des échanges plus riches. Je fais cette proposition à partir de la prémisse que le rapport à la parole est socialement déterminé comme l'avancent Duchesne et Haegel (2008). En ce sens, la légitimité de la prise de parole est renforcée au sein d'un groupe relativement homogène. Composer un groupe en fonction de propriétés sociales partagées permettrait donc de créer un espace où les participants se sentent à l'aise de partager, défendre et argumenter leurs idées.

En définitive, les résultats de ce mémoire permettent de formuler quelques pistes de recherche pour le futur. Premièrement, considérant que les groupes focus de cette recherche ont été menés exclusivement avec des participants de sexe masculin, il serait intéressant dans le futur de former des groupes mixtes. Ceci permettrait d'avoir un échantillon plus représentatif de la population étudiée. Ensuite, à l'échelle du pays, il serait intéressant de mener des entrevues de groupes avec des membres d'autres villages afin de pouvoir conduire une étude comparative des représentations sociales entourant les maladies hydriques. De plus, il serait intéressant de se pencher plus précisément sur les représentations sociales entourant la pollution et les enjeux environnementaux qui sont tous deux liés à l'apparition de nombre de maladies qui intéressent le domaine de la santé publique. D'ailleurs, afin d'enrichir la production de connaissance à ce sujet, il serait pertinent d'interroger d'autres acteurs interpellés par ces problématiques autant environnementales que de santé : professionnels de la santé, tradi-praticiens, membres du gouvernement et dirigeants, ONG, etc.



ANNEXE B

RELATION ENTRE LES DIFFÉRENTS CATÉGORIES D'ACTEURS



ANNEXE C

TABLEAU COMPARATIF : RECHERCHE INTERVENTION ET RECHERCHE ACTION

	RECHERCHE ACTION	RECHERCHE INTERVENTION
<b>BUT DE LA RECHERCHE CE QUE L'ON ÉTUDIE</b>	Générer un changement Situation ou enjeu nécessitant une intervention (action).	Générer un changement Situation ou enjeu nécessitant une intervention (action).
<b>TERRAIN</b>	Recherche se fait dans le milieu concerné.	Recherche se fait dans le milieu concerné.
<b>PROCESSUS DE RECHERCHE</b>	Action sur le milieu + pratique réflexive sur l'action = production de savoirs. Le chercheur initie l'action.	Accompagnement dans l'intervention + pratique réflexive sur l'intervention = production de savoirs. Le chercheur accompagne dans l'intervention.
<b>POSTURE DU CHERCHEUR</b>	Chercheur peut faire partie ou non du milieu étudié : il est l'initiateur de l'action étudiée. <i>Insider</i> ou <i>outsider</i> ,	Chercheur fait partie du système où la situation étudiée à lieu : chercheur praticien, <i>insider</i> , mais parfois <i>outsider</i> , accompagnateur
<b>RELATION AVEC LES ACTEURS</b>	Recherche avec et pour les acteurs	Recherche avec et pour les acteurs
<b>TYPE DE QUESTIONNEMENT</b>	Sur le processus et les retombées de la mise en place d'une action.	Les avantages/désavantages pour la pratique d'une intervention.

Inspiré de Johansson (2007) et de Mahy (2018)





ANNEXE F

GRILLE D'ENTREVUE Focus Group<sub>t1</sub>

Thèmes/objectifs	Questions	Relances/précisions
<b>Accueil</b>		
15 minutes : lecture et signature du formulaire de consentement		
<b>Présentations de moi-même et tour de table.</b>		
Sujet : Les perceptions des maladies transmissibles par l'eau contaminée		
<b>Ouverture</b>		
Question d'amorce	Comment voyez-vous la santé à Abidjan ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans l'environnement ? L'air, le sol, l'eau...</li> </ul>
<b>Corps de l'entretien</b>		
<b>THÈME 1</b> Étiologie de la maladie	Pour vous, c'est quoi les maladies qu'on attrape dans l'eau ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les différences entre celles-ci ? (bactérienne, virale, parasitaire)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements/environnements à risques</li> </ul>	Pourquoi/Comment on attrape ces maladies ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choléra, paludisme, maladies diarrhéiques, onchocercose et schistosomiase (MTN)</li> <li>• Pourquoi les appelle-t-on « hydriques » ? Quel est leur rapport avec l'eau ?</li> <li>• Y a-t-il des comportements qui peuvent augmenter les risques de les contracter ?</li> <li>• Y a-t-il des lieux où il y a plus de risques de les contracter ?</li> <li>• Êtes-vous en contact avec de l'eau contaminée dans vos AVQ ou AVD ?</li> </ul>
<b>THÈME 2</b> Physiopathologie de la maladie	Comment savoir si quelqu'un a contracté une de ces maladies ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les signes et symptômes ?</li> <li>• Faites-vous des tests ? si oui lesquelles ?</li> <li>• Qui/quoi peut vous aider à savoir si quelqu'un a contracté une de ces maladies ?</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel conseil donneriez-vous à quelqu'un qui pense avoir contracté une de ces maladies ?</li> </ul>
<b>THÈME 3</b> Traitement de la maladie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions</li> </ul>	Comment on traite les maladies attrapées dans par l'eau ? Qu'est-ce que vous faites quand vous pensez avoir attrapé ces maladies ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il des traitements qui fonctionnent et/ou qui ne fonctionnent pas ? Si oui, lesquels ?</li> <li>• Qui/quoi peut aider a traité ces maladies ?</li> <li>• Quel conseil donneriez-vous à quelqu'un qui a obtenu un diagnostic d'une de ces maladies ?</li> </ul>
<b>THÈME 4</b> Prévention de la maladie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions de prévention</li> </ul>	Comment pouvons-nous empêcher d'attraper les maladies attrapées dans l'eau ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les actions que vous posez dans vos AVQ ou AVD qui aidaient à prévenir ces maladies ?</li> <li>• Qui/quoi pourrait intervenir pour aider à réduire l'occurrence de ces maladies ?</li> <li>• Connaissez-vous les programmes de prévention mis en place par le gouvernement ? si oui, en quoi consistent-ils ?</li> </ul>
<b>Clôture</b>			
<b>Retour/ouverture/</b> <b>débriefing</b>		Sur le thème de cette rencontre, y a-t-il des éléments que vous voudriez aborder outre ceux-ci ? Y a-t-il des éléments qui vous ont choqué ou surpris durant cette rencontre ? Voulez-vous ajouter quelque chose sur ce sujet ? <b>À la prochaine rencontre on va produire quelque chose pour sensibiliser la population, avez-vous des idées ?</b> Autoproduction qu'on peut trouver pour la sensibilisation	
<b>Remerciements et clôture</b>		Remerciement, rappel de la prochaine rencontre [Groupe focus <sub>2</sub> ] et invitation à inviter autres participants	

ANNEXE G

GRILLE D'ENTREVUE Focus Group<sup>t2</sup>

Thèmes/objectifs	Questions	Relances/Retour
<p><b>Accueil</b></p> <p>15 minutes : lecture et signature du formulaire de consentement Présentations, tour de table. Sujet : Les interventions concernant les maladies transmissibles par l'eau contaminée <b>aujourd'hui nous allons produire quelque chose pour sensibiliser la population.</b> <b>Identification du dispositif à créer</b></p>		
<p><b>Ouverture</b></p>		
Question d'amorce	Qu'avez-vous retenu de la dernière rencontre ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étiologie de la maladie, physiopathologie, Tx et Prévention</li> <li>• Résumé pour nouveaux arrivés</li> </ul>
<p><b>Corps de l'entretien</b></p>		
<p><b>THÈME 1</b> Besoin/problème</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception du besoin/problème</li> </ul>	<p>Selon vous, quel est le problème avec les maladies qu'on attrape dans l'eau ? En tant que jeune, quelles sont vos préoccupations avec les maladies hydriques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification du problème</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les besoins de la population face aux maladies hydriques ?</li> <li>• Comment est-ce que ça vous affecte dans votre quotidien ?</li> <li>• En quoi est-ce que ça vous dérange ?</li> </ul>
<p><b>Activité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affiches, dessins, tableaux...</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'en pensez-vous ?</li> <li>• Qu'est-ce que la population devrait savoir à ce sujet ?</li> <li>• Sachant que l'aide ne viendra pas nécessairement du gouvernement, que vous pouvez vous faire localement en tant qu'habitant du village ?</li> </ul>

<p><b>THÈME 2</b> Interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions de prévention</li> </ul>	<p>De quelle manière pensez-vous qu'il faudrait d'intervenir pour arrêter d'attraper ce type de maladies ?</p> <p>Quel changement serait souhaitable ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui/quoi faudrait-il cibler ? Pourquoi ?</li> <li>• Quels sont les éléments primordiaux à considérer ? Pourquoi ?</li> <li>• Que faudrait-il que les gens sachent concernant les maladies hydriques ?</li> <li>• Quelles sont les actions que vous pouvez poser dans vos AVQ ou AVD qui aideraient à prévenir ces maladies ?</li> <li>• Qui/quoi pourrait intervenir pour aider à réduire l'occurrence de ces maladies ?</li> </ul>
<p><b>Activité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affiches, dessins, tableaux...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification de solutions/intervention de promotion et prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qu'il faudrait faire auprès de la population ?</li> <li>• Quels conseils donneriez-vous à la population pour prévenir ces maladies ?</li> <li>• Pratiques liées à la prévention des maladies hydriques</li> <li>• Quels sont talents, vos forces ?</li> <li>• Qu'aimez-vous faire qui servirait dans cette situation ?</li> </ul>
<p><b>THÈME 3</b> Perception des programmes de prévention déjà en place</p>	<p>Que pensez-vous des interventions qui ont déjà été mises en place dans le village dans le passé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont leurs bons coups ? Pourquoi ?</li> <li>• Que faudrait-il améliorer ? Pourquoi ?</li> </ul>
<p><b>Activité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoproduction d'un outil de sensibilisation</li> </ul>		
<b>Clôture</b>		
<p><b>Retour/ouverture/débriefing</b></p>	<p>Sur le thème de cette rencontre, y a-t-il des éléments que vous voudriez aborder outre ceux-ci ?</p> <p>Avez-vous des questions concernant la prévention des maladies hydriques et les interventions associées ?</p> <p>Voulez-vous ajouter quelque chose sur ce sujet ?</p>	
<p><b>Remerciements et clôture</b></p>	<p>Remerciement</p>	

ANNEXE H

CERTIFICATION ÉTHIQUE

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE plurifacultaire) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Perceptions des maladies transmissibles par l'eau contaminée chez les habitants d'Abidjan : stratégie d'intervention
Nom de l'étudiant:	Alexia PILON
Programme d'études:	Maîtrise en communication (communication internationale et interculturelle)
Direction de recherche:	Oumar KANE

**Modalités d'application**

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Raoul Graf  
Président du CERPE plurifacultaire  
Professeur, Département de marketing

## ANNEXE I

### ŒUVRE MUSICALE PRODUITE PAR LES PARTICIPANTS

Paroles de la chanson :

Situé dans la ville d'Abidjan précisément dans la commune de Yopougon à  
[nom du village] nous avons des problèmes.

Oh! Venez-nous en aide! Au secours!

Problème d'environnement, les eaux usées qui charrient toutes les ordures  
ménagères, les cadavres en décomposition et aussi qui donnent de  
mauvaises odeurs.

Des nids de moustiques qui provoquent l'apparition de paludisme, fièvre  
typhoïde, etc.

Pollution de l'air, de nos terres, on n'a plus d'héritage.

Oh! Oh! L'État ivoirien, venez oh! Au secours oh!

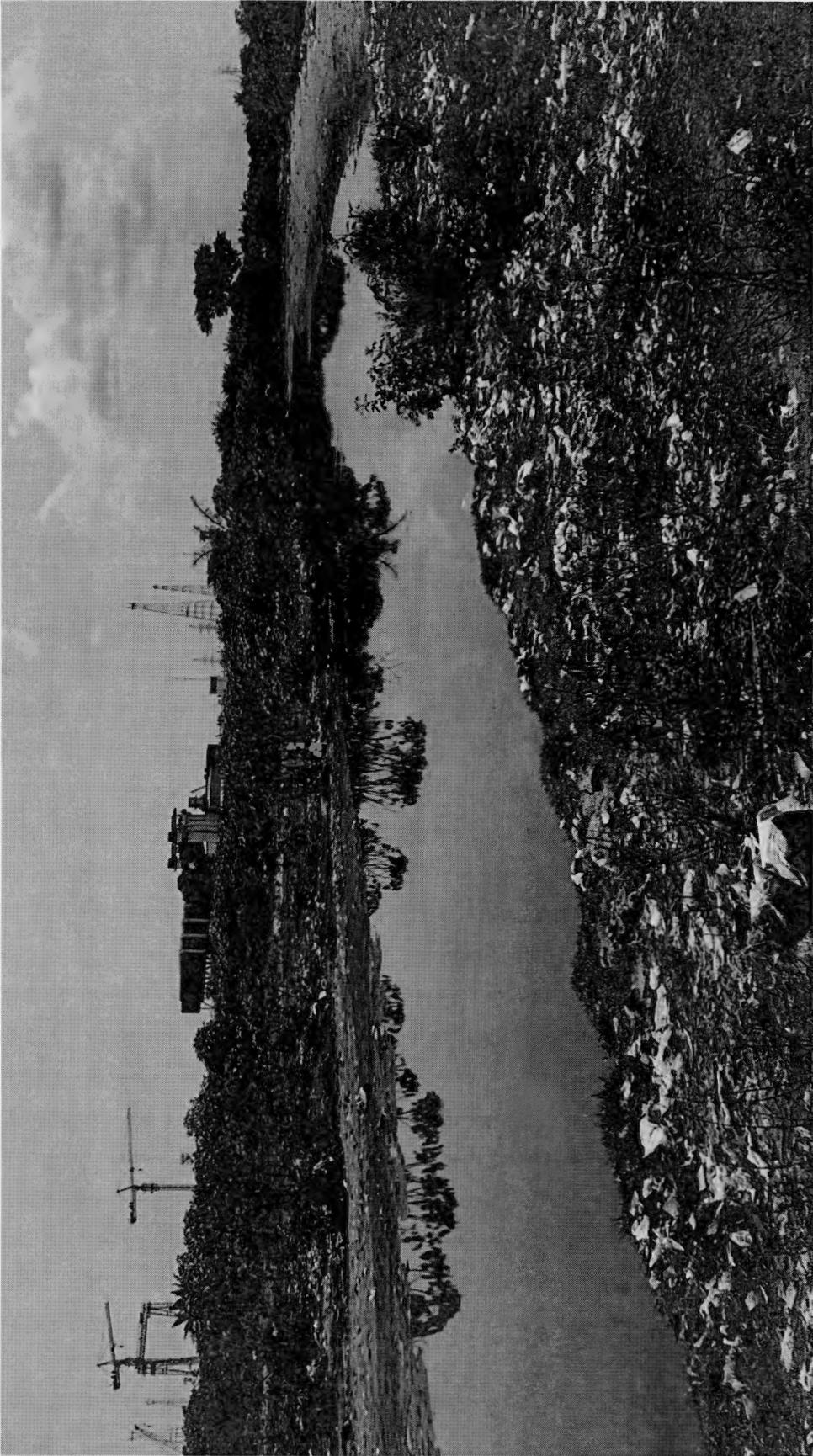
Le gouvernement venez oh! Oh!

Le Maire ABC au secours oh!

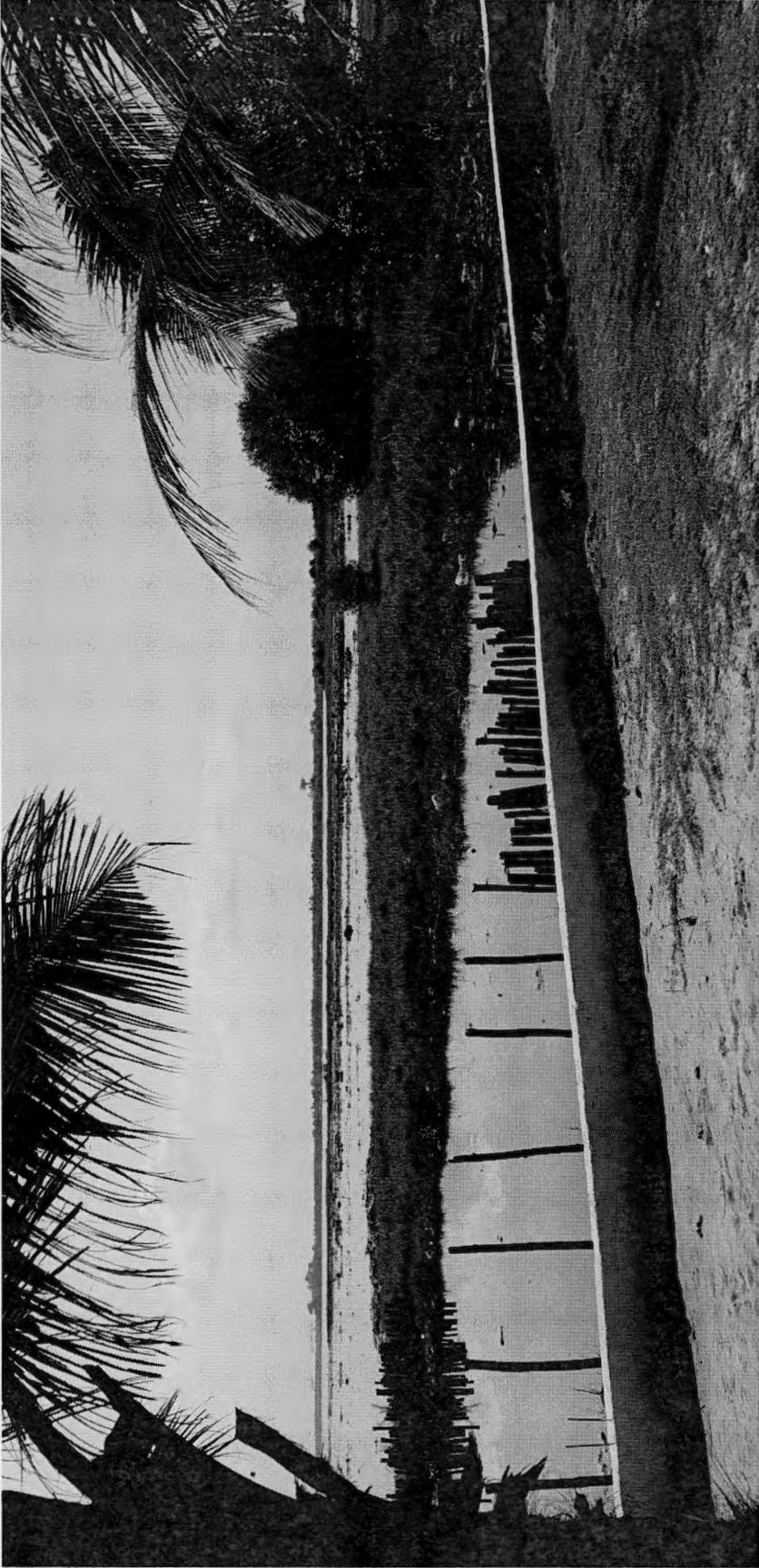
[Nom du village] se meurt, venez nous aide

APPENDICE A

PHOTOS DE LA POLLUTION DANS LE VILLAGE









## BIBLIOGRAPHIE

- ACSP. (2017). *Public Health: A conceptual framework*. Ottawa : Canadian Public Health Association. Récupéré de [https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/ph-framework/phcf\\_e.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/ph-framework/phcf_e.pdf)
- Akrich, M. et Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. [Lay Expertise in Patient Organizations: A Tool for Healthcare Democracy]. *Santé Publique*, 24(1), 69-74. doi: 10.3917/spub.121.0069
- Awareness. (s.d.). Dans *Merriam-Webster*. Récupéré de <https://www.merriam-webster.com/dictionary/awareness>
- Ba, I. (2014). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014: rapport d'exécution et présentation des principaux résultats* Récupéré de [http://www.ins.ci/n/documents/RGPH2014\\_expo\\_dg.pdf](http://www.ins.ci/n/documents/RGPH2014_expo_dg.pdf)
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherche Qualitatives, Hors série*(2), 12.
- Baribeau, C. et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe: considération théoriques et méthodologiques. *Recherche Qualitatives*, 29(1), 21.
- Beaud, J.-P. (2009). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Berthélémy, J.-C. et Bourguignon, F. (1996). *Growth and Crisis in Côte d'Ivoire. World Bank comparative macroeconomic studies*. Washington, D.C. : The World Bank.
- Bisaillon, A., Beaudet, N., Sauvé, M. S., Boisvert, N., Richard, L. et Gendron, S. (2010). L'approche populationnelle au quotidien. *Perspective infirmière*, 7(1), 4.
- Bourdieu, P. (1976). Le sens pratique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(1), 43.

- CEA. (2015). *Rapport régional de l'Afrique sur les objectifs de développement durable*. Addis-Abeba, Éthiopie : Commission économique pour l'Afrique. Récupéré de [https://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/SDG/africa\\_regional\\_report\\_on\\_the\\_sustainable\\_development\\_goals\\_summary\\_fr.pdf](https://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/SDG/africa_regional_report_on_the_sustainable_development_goals_summary_fr.pdf)
- Centre de Collaboration Nationale des Maladies Infectieuses, C. (2011). Atelier de l'AOPPS sur la communication des risques. *La note mauve*, 26, 7.
- Chabrol, C. (1994). *Discours du travail social et pragmatique*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.chabr.1994.01
- Chiu, L. F. (2003). Transformational Potential of Focus Group Practice in Participatory Action Research. *Action Research*, 1(2), 165-183. doi: 10.1177/14767503030012006
- DAA. (2014). Commune Yopougon. Dans *District Autonome d'Abidjan*. : District Autonome d'Abidjan. Récupéré de <http://www.abidjan.district.ci/index2.php?page=com&num=15>
- Dongo, K., Koffi Kouamé, F., Koné, B., Biém, J., Tanner, M. et Cissé, G. (2008). Analyse de la situation de l'environnement sanitaire des quartiers défavorisés dans le tissu urbain de Yopougon a Abidjan, Côte d'Ivoire. *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, 8(3).
- Drummond, J. S. et Themessl-Huber, M. (2007). The cyclical process of action research: The contribution of Gilles Deleuze. *Action Research*, 5(4), 430-448. doi: 10.1177/1476750307077317
- Duchesne, S. et Haegel, F. (2008). *L'entretien collectif*. Barcelone : Armand Colin.
- Durkheim, É. (1968). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : PUF.
- Dutta, J., Mohan et Busa, A. (2011). Culture, communication and health. Dans L. Thompson, Teresa, R. Parrott et F. Nussbaum, Jon (dir.), *The Routledge Handbook Of Health Communication* (2 éd.). New York : Routledge.
- Faller, H., Schilling, S. et Lang, H. (1992). L'importance des théories subjectives pour la maîtrise de la maladie à la lumière des méthodes d'approches. Dans U. Flick (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. Paris : L'Harmattan.

- Faltermaier, T. (1992). Théorie subjective de la santé: état de la recherche et importance pour la pratique. Dans U. Flick (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. Paris : L'Harmattan.
- Flick, U. (1992). *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie théories subjectives et représentations sociales*. Paris : L'Harmattan.
- GCI. (2011). Carte Administrative. [Dans *République de Côte d'Ivoire*] Récupéré de [http://www.gouv.ci/doc/1333118154nouveau\\_decoupage\\_administrative\\_ci.pdf](http://www.gouv.ci/doc/1333118154nouveau_decoupage_administrative_ci.pdf)
- GCI. (2013). *Programme d'appui à l'accélération de l'Accès Durable à l'Eau, Hygiène et Assainissement (PADEHA), Pacte de durabilité*. Abidjan : Gouvernement de la Côte d'Ivoire et UNICEF. Récupéré de [https://wash-alliance.org/wp-content/uploads/sites/30/2015/12/Cote-dIvoire\\_PADEHA\\_Pacte-de-Durabilite.pdf](https://wash-alliance.org/wp-content/uploads/sites/30/2015/12/Cote-dIvoire_PADEHA_Pacte-de-Durabilite.pdf)
- GCI. (2018a). Lutte contre les maladies tropicales négligées : le gouvernement ivoirien lance la distribution de médicaments pour 14 millions de personnes. Dans *Portail officiel du gouvernement de Côte d'Ivoire*. : Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Récupéré de <http://www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=8738&d=2#>
- GCI. (2018b). Santé en milieu rural : 88 % des maladies diarrhéiques dues au non traitement de l'eau consommée. Dans *Portail officiel du gouvernement de Côte d'Ivoire*. : Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Récupéré de <http://www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=8657&d=2#p>
- GCI. (2018c). Traitement de l'eau à domicile : 240 000 flacons de sur'eau distribués à 52 257 ménages. Dans *Portail officiel du gouvernement de Côte d'Ivoire*. : Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Récupéré de <http://www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=8683&d=2#p>
- GCI. (2019). La fiche signalétique de la Côte d'Ivoire. Dans *Portail Officiel Du Gouvernement De Côte D'ivoire*. : Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Récupéré de <http://www.gouv.ci/fiche-signalétique.php>
- Goyette, G. et Lessard-Hébert, M. (1987). *La recherche action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hart, E. et Bond, M. (1995). *Action Research For Health And Social Care: A Guide to Practice*. Buckingham : Open University Press.

- Helman, C. G. (1987). General practice and the hidden health care system. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 80(12), 738-740.
- Hennink, M. M. (2014). *Focus Group Discussions*. New York : Oxford University Press.
- Herzlich, C. (1992). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. Dans U. Flick (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. Paris : L'Harmattan.
- Jodelet, D. (1997). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle Revue de Psychologie*, 1, 20.
- Joffe, H. (2003). Risk: From perception to social representation. *British journal of social psychology*, 42(1), 55-73.
- Johanisson, B. (2007). Enactive research, using auto-ethnography to study creative change processes. *23e Colloque EGOS*: Vienne.
- Kaba, N. (s.d.). *Plan national de développement 2016-2020 Côte d'Ivoire* Récupéré de [http://www.gouv.ci/doc/presentation\\_niale\\_PND2016-2020.pdf](http://www.gouv.ci/doc/presentation_niale_PND2016-2020.pdf)
- Kane, O. (2016). *La communication environnementale: enjeux, acteurs et stratégies*. France : L'Harmattan.
- Kassoum, T. (2007). De la Sensibilisation des Populations à la Gestion de l'Environnement Urbain dans les Quartiers Précaires De la Ville d'Abidjan. *African Population Studies*, 22(2).
- Krief, N. et Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237. doi: 10.3917/resg.095.0211
- Larousse. (s.d.). *Dictionnaire Larousse en ligne*. Récupéré de <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensibiliser/72106?q=sensibiliser#71303>
- LISRA. (s.d.). *Questions fréquentes sur la recherche-action*. Récupéré de <http://recherche-action.fr/labo-social/download/M%C3%A9thodologie/Questions-en-recherche-action.pdf>

- Mahy, I. (2018). [Stratégies de recherche intervention notes de cours, FCM7111].
- MEDD. (s.d.). *Rapport Pays: National du développement durable en Côte d'Ivoire dans la perspective de Rio +20*. Récupéré de <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/801cotediovre.pdf>
- Memel-Fotê, H. (1998). *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*. France : L'Harmattan.
- Merini, C. et Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 1(16), 18. doi: 10.3917/savo.016.0077
- Merriam-Webster. (s.d.-a). Sensitive. Dans *Merriam-Webster en ligne*. Récupéré de <https://www.merriam-webster.com/dictionary/sensitive>
- Merriam-Webster. (s.d.-b). *Merriam-Webster en ligne*. Récupéré de <https://www.merriam-webster.com/dictionary/sensitization>
- MESUDD. (2013). *Indicateurs sectoriels relatifs au Développement Durable en Côte d'Ivoire*. Récupéré de <http://www.rse-et-ped.info/wp-content/uploads/2013/10/Document--indicateurs-corrige%C3%A9s-en-mode-Piliers-DD-MINESUDD-Cote-Ivoire.pdf>
- MESUDD. (2014). *Organigramme du ministère de l'environnement, de la salubrité urbaine et du développement durable*. Récupéré de <http://www.environnement.gouv.ci/fichier/1432667898organigrammesudd.pdf>
- Metzler, M., Amuyunzu-Nyamongo, M., Mukhopadhyay, A. et De Salazar, L. (2007). Community interventions on social determinants of health. Dans V. McQueen, David et M. Jones, Catherine (dir.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer.
- Moreau, A., Dedienne, M.-C., Letrilliart, L., Le Goaziou, M.-F., Labarère, J. et Terra, J. L. (2004). S'approprier la méthode du focus group. *Médecine Générale*, 18(645).
- Moscovici, S. (1997). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.

- MSEDD. (2011). Missions et attributions. Dans *Ministère de l'environnement et du développement durable*. : Ministère de la salubrité, de l'environnement et du développement durable. Récupéré de <http://www.environnement.gouv.ci/missions.php>
- MSHP. (2016a). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020* Côte d'Ivoire : Ministère de la santé et de l'hygiène publique République de Côte d'Ivoire. Récupéré de [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cote\\_divoire/pnds\\_2016-2020.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf)
- MSHP. (2016b). *Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire*. Récupéré de [https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/qi\\_national\\_policy\\_document\\_in\\_cote\\_divoire\\_french\\_june2016.pdf](https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/qi_national_policy_document_in_cote_divoire_french_june2016.pdf)
- OMS. (1986). *Promotion de la santé, Charte d'Ottawa*. Récupéré de [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.p](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.p)
- OMS. (2011). *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. Dans E. Blas, J. Sommerfeld et A. Sivasankara Kurup (dir.). Geneva : Récupéré de [http://www.who.int/social\\_determinants/tools/SD\\_Publichealth\\_eng.pdf](http://www.who.int/social_determinants/tools/SD_Publichealth_eng.pdf)
- OMS. (2016a). *Projet de déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 : assurer une santé et un bien-être durables pour tous*. Shanghai : Organisation Mondiale de la Santé. Récupéré de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration-zero-draft-fr.pdf?ua=1&ua=1>
- OMS. (2016b). *Stratégie de coopération de l'Organisation mondiale de la santé avec la république de Côte d'Ivoire 2016-2020*. Côte d'Ivoire : Organisation mondiale de la santé. Récupéré de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255020/1/ccs\\_civ\\_2016\\_2020\\_fr.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255020/1/ccs_civ_2016_2020_fr.pdf)
- OMS. (2018a). Eau. : Organisation Mondiale de la Santé. Récupéré de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>
- OMS. (2018b). Eau, assainissement et santé. Les maladies liées à l'eau. Dans *Organisation mondiale de la santé*. : Organisation mondiale de la santé. Récupéré de [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/schisto/fr/](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/schisto/fr/)

- OMS. (s.d.). Public health services. : Organisation Mondiale de la Santé. Récupéré de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>
- ONU CI. (2019). Contexte. Dans *Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire*. : ONU CI. Récupéré de <https://onuci.unmissions.org/contexte-1>
- Pétard, J.-P. (1999). *Psychologie sociale*. Rome : Bréal.
- Pilly, E. (2016). *ePilly trop: Maladies infectieuses tropicales* : Alinéa Plus. Récupéré de <http://www.infectiologie.com/fr/livres.html>
- Plough, A. et Krimsky, S. (1987). The emergence of risk communication studies: social and political context. *Science, Technology, & Human Values*, 12(3/4), 4-10.
- Proulx, M., Gravel, S., Monnais, L. et Leduc, N. (2008). Comment l'analyse profane du risque peut-elle contribuer à l'avancement des savoirs en santé ? *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 99(2), 142-144.
- Pudal, R. (s.d.). *Encyclopædia Universalis [En ligne]*. Récupéré de <http://www.universalis.fr/encyclopedie/croyances/>
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. : Collection Partage.
- Rimal, N., Rajiv et Lapinsky, K., Maria. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 1. doi: 10.2471/BLT.08.056713
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5 éd.). New York : The Free Press.
- SNIS. (2014). *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013*. Système national d'information sanitaire.
- TÉLUQ. (s.d.). *Le focus group*. Récupéré de [http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/soc1014/IMG/pdf/GuideCollecteMSF\\_3\\_FocusGroup.pdf](http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/soc1014/IMG/pdf/GuideCollecteMSF_3_FocusGroup.pdf)

- Tsassa, C. (2015). Planification de l'émergence en Côte d'Ivoire : éléments de réflexion. *Conférence internationale sur l'émergence de l'Afrique* (Récupéré de [http://africa-emergence.com/assets/fichier/doc/Planification\\_emergence\\_Cote\\_Ivoire.pdf](http://africa-emergence.com/assets/fichier/doc/Planification_emergence_Cote_Ivoire.pdf))
- Urden, L., Stacy, K. et Lough, M. (2014). *Soins critiques*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Wilkinson, S. (1998). Focus Groups in Health Research. *Journal of Health psychology*, 3(3), 19.
- Yopougon-Info. (2014, 22 septembre 2014). Présentation de la commune. Récupéré de *Yopougon-Info* <http://yopougon-info.blogspot.com/2014/09/presentation-de-la-commune.html>