

Perceptions et obstacles à l'accès aux services de santé infantile chez les populations réfugiées d'Ouangolodougou, Côte d'Ivoire.

KAMAGATE Syndou Kader,

*Master en Sociologie de la santé Université Pelefero GON COULIBALY,
Korhogo-Côte d'Ivoire, kamakamagateyaho@gmail.com.*

ABOUTOU Akpassou Isabelle,

*Enseignante-Chercheuse, akpassouisabelle@yahoo.fr, et
akpassouisabelle01@gmail.com, Université Pelefero GON COULIBALY,
Korhogo-Côte d'Ivoire.*

FOFANA Memon,

*Enseignant-Chercheur, Université Pelefero GON COULIBALY, Korhogo-
Côte d'Ivoire, fofanamemon20@yahoo.fr.*

Résumé

L'instabilité sociopolitique du Burkina Faso et du Mali favorise des déplacements significatifs vers la Côte d'Ivoire. Cet article s'intéresse aux perceptions et obstacles à l'accès aux soins de santé chez les enfants réfugiés. Il s'appuie sur une méthodologie mixte exploitée auprès de 160 réfugiés et des entretiens réalisés avec les communautés de Nioronigué et Koumbala (Ouangolodougou). L'issue de cette étude révèle que l'inaccessibilité aux structures sanitaires par les familles réfugiées est la résultante des contraintes économiques (absence d'activités génératrices de revenus), administratives, culturelles (croyances et pratiques traditionnelles persistantes) et linguistiques. De plus, une méfiance importante envers le système de santé est alimentée par un manque d'informations ; un déficit en qualité de soins est constaté. Cette réflexion souligne également le rôle crucial joué par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les médiateurs communautaires dans l'orientation et la sensibilisation au recours aux soins des réfugiés.

Mots clés : Services de santé infantile, Populations réfugiées, Perceptions.

Abstract

The socio-political instability in Burkina Faso and Mali is driving significant displacement to Côte d'Ivoire. This article examines perceptions and barriers to accessing healthcare among refugee children. It is based on a mixed methodology applied to 160 refugees and interviews conducted with the communities of Nioronigué and Koumbala (Ouangolodougou). The results of this study reveal that refugee families' lack of access to healthcare facilities is the result of economic (lack of income-generating activities), administrative, cultural (persistent traditional beliefs and practices), and linguistic constraints. In

addition, a significant mistrust of the healthcare system is fueled by a lack of information; a deficit in the quality of care has been observed. This reflection also highlights the crucial role played by non-governmental organizations (NGOs) and community mediators in guiding and raising awareness among refugees about accessing healthcare.

Keywords: Child health services, Refugee populations, Perceptions.

Introduction

L'accès aux services de santé infantile constitue également un droit fondamental reconnu par la convention relative aux droits de l'enfant (Nations Unies, 1989). Ce droit stipule que chaque enfant doit bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé. Cependant, l'effectivité de ce droit reste problématique pour certaines populations, notamment les communautés réfugiées. Dans les contextes marqués par la précarité, les déplacements forcés et l'instabilité sécuritaire, les enfants réfugiés apparaissent comme une catégorie particulièrement vulnérable. Ils sont confrontés à une multitude de risques sanitaires en raison de leur statut juridique incertain, de leurs conditions de vie précaires, et des barrières structurelles et culturelles qui freinent leur accès effectif aux soins (D.Spiegel et al., 2007 ; E.Langlois et al., 2016 ; UNICEF, 2016). Ce nombre de réfugiés peut s'expliquer en partie par l'instabilité politique, les persécutions, les conflits armés, les problèmes sociaux et environnementaux. Cette situation pourrait susciter des questions sur la santé des enfants réfugiés et la prise en charge médicale dans les pays où ils cherchent du refuge.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017), environ 84% des réfugiés dans le monde vivent dans des pays en développement, souvent à proximité de leur pays d'origine (M. Brouillet, 2022).

En outre, les facteurs sociaux de la santé peuvent également avoir des conséquences sur l'état de santé des réfugiés. Ces déterminants comprennent la sécurité alimentaire, la maltraitance, le revenu des parents, l'attitude des professionnels de la santé et les obstacles à l'accès aux soins. En effet, dans ces conditions précaires, les enfants sont particulièrement les plus vulnérables. Ils sont sujets à des infections respiratoires, digestives, et des irrupsions cutanées. A cet effet, l'OMS affirme que malgré les améliorations apportées aux services de santé, l'accès aux centres

de santé infantile reste limité pour une grande partie de la population mondiale (M. Backett et al., 1984).

L'Afrique est le continent où l'on observe une accélération du phénomène des réfugiés, l'immigration et l'émigration. Les personnes quittent leur pays d'origine pour s'installer dans des pays voisins qui disposent déjà de ressources économiques limitées, de problèmes d'urbanisations non résolus et de système de santé infantile et maternelle faible. Ainsi, l'accès aux soins de santé des enfants et l'amélioration du suivi des enfants représentent un défi majeur dans les pays en développement. Les systèmes de santé des pays africains souffrent de nombreux problèmes (E. Kuamba et al., 2020) et le taux de la mortalité infantile est relativement élevée (Nations Unies, 2015).

Ce phénomène de réfugiés touche particulièrement des départements du nord qui sont frontaliers avec le Burkina Faso et le Mali, notamment Ouangolodougou, Doropo, Tehini, Ferkessédougou (UNHCR, 2021). Ce flux important de réfugiés suscite une grande inquiétude au sein des institutions sanitaires et administratives du pays. Selon une étude de l'AFD (Agence Française de développement), le taux de mortalité infantile est élevé, avec 1081 décès pour 1000 naissances vivantes (AFD, 2020). En effet, cette situation préoccupante est principalement due à la mauvaise qualité des soins. Face à cet afflux, les autorités ivoiriennes, en collaboration avec des organisations humanitaires, ont mis en place des centres de santé et des centres de transit ou de camps pour accueillir les réfugiés. A cet effet, des centres de santé ont été construits dans certains départements du pays, particulièrement dans les départements du nord qui font frontière entre le Burkina et le Mali afin de sauver des vies. Malgré les efforts consentis par l'Etat pour le bien-être de cette communauté réfugiée, nous constatons encore des murmures autour du phénomène et des défis liés aux problèmes d'accès aux services de santé pour les enfants chez les réfugiés dans certaines localités du nord du pays.

Le département d'Ouangolodougou, ne reste pas à l'écart de ce tableau alarmant. Depuis le début de la crise sécuritaire au Burkina Faso, la ville d'Ouangolodougou, située dans le nord de la Côte d'Ivoire, est devenue un point d'accueil majeur pour les

populations réfugiées fuyant les violences. Selon les données du HCR, à la date du 26 août 2024, plus de 6 378 demandeurs d'asile y étaient officiellement enregistrés. À cela s'ajoute un camp d'accueil semi-permanent à Niornigué, en périphérie de la ville, hébergeant à lui seul environ 6 000 réfugiés burkinabès. Par ailleurs, plusieurs milliers d'autres réfugiés vivent en communauté, accueillis par des familles locales ou dans des abris informels. Ainsi, les estimations situent la population réfugiée totale entre 12 000 et 15 000 personnes, exerçant ainsi une pression considérable sur les structures sanitaires locales déjà limitées en personnel, équipements et financements (L. Gilson, et al., 2007) et (WHO, 2010). A cette surcharge s'ajoutent d'importantes contraintes logistiques, les manques d'équipement médicaux de base et la pénurie récurrente de médicaments qui entravent le fonctionnement des structures de santé. En conséquence, les retards dans les soins et le suivi des vaccinations entraînent des risques sanitaires pour les enfants. En effet, les mères réfugiées ne fréquentent les centres de santé parce qu'elles ont peur d'être mal traitées par le personnel de la santé (Pré-enquête, 2025). Pour remédier à cette réalité, le gouvernement a engagé la construction de sites de transit dans plusieurs villages voisins, notamment à Nioronigué et Koumbala. Ces initiatives visent à accueillir les demandeurs d'asile, alléger la pression sur les infrastructures de santé existantes, assurer un accès aux soins de santé de base et faciliter l'adaptation des réfugiés. Cependant, les initiatives mises en place répondent particulièrement aux besoins urgents, mais des défis persistent. La qualité des soins reste affectée par l'insuffisance des ressources.

Ainsi, selon les interviewé dans le département de Ouangolo, l'arrivée massive de réfugiés a engendré des défis majeurs, notamment en matière de l'insalubrité et d'accès aux services de santé publique. Ils constatent également, depuis un certain temps, une saturation des infrastructures médicales locales, des difficultés logistiques pour fournir des soins appropriés aux enfants réfugiés, ainsi qu'une forte pression sur les ressources médicales limitées. Ces facteurs contribuent, par conséquent, à des retards dans la prestation des soins essentiels aux enfants.

Au regard de ce qui précède, nous nous interrogeons sur l'accès aux services de santé infantile des enfants réfugiés dans le département de Ouangolo.

Qu'est-ce qui limite l'accès aux services de santé des populations réfugiées d'Ouangolodougou ? Les questions subsidiaires qui en découlent sont :

Quelles sont les caractéristiques sociales et démographiques des réfugiés dans le département d'Ouangolodougou ?

Quelles sont les perceptions sociales que les réfugiés ont de l'accès aux soins de santé ?

Quels sont les obstacles structurels qui entravent l'accès aux services de santé infantile dans le département d'Ouangolodougou ? Autant les questions subsidiaires dessinent la démarche employée autant les objectifs spécifiques orientent rigoureusement cette démarche.

Décrire les caractéristiques sociales et démographiques des réfugiés dans le département d'Ouangolodougou.

Connaître les perceptions que les réfugiés se font de l'accès aux soins de santé.

Enumérer les obstacles structurels qui entravent l'accès aux services de santé infantile dans le département d'Ouangolodougou.

1. Méthodologie

1.1. Population et échantillonnage

La méthode par choix raisonné consiste à sélectionner certaines personnes en fonction des caractéristiques typiques de la population à l'étude. Nous avons choisi cette technique parce qu'elle présente des caractéristiques précises qui sont : D'abord, pour recruter des sujets répondant à des critères d'inclusion définis, il est courant d'insérer des annonces dans des publications internes ou locales. Ensuite, à partir des connaissances qu'il a de la population, Concrètement, dans notre étude, il s'agissait de sélectionner des personnes ressources qui pouvaient nous donner des informations de qualité. Un groupe des femmes et des hommes réfugiés, un groupe des agents de santé et les chefs du bureau de camp qui pouvaient expliquer le phénomène étudié dans sa profondeur.

1.2. Cadre de l'étude

Le département d'Ouangolodougou est situé au nord de la Côte d'Ivoire, dans la région du Tchologo, frontière avec le Burkina Faso. Il est à 625km d'Abidjan, capitale économique du pays, à 30km de la frontière Ivoir-burkinabé et à 84 km de celle du Mali avec la Côte d'Ivoire. D'une superficie d'environ 3 000 km², il regroupe les sous-préfectures d'Ouangolodougou (chef-lieu), Kasséré et Toumoukoro. Ce territoire se caractérise par une position stratégique sur le corridor Abidjan-Ouagadougou, en faisant un point de transit majeur pour les échanges commerciaux et migratoires.

1.3. Les techniques de collecte de données

Concevoir une technique de collecte, c'est établir un mode d'interaction entre le chercheur et les acteurs sociaux. Dans cette étude auprès des réfugiés, les techniques permettent d'appréhender à la fois les discours, les pratiques et les représentations sociales des services de santé. Trois techniques de collectes de données ont conduit notre démarche : La recherche documentaire, l'entretien semi-directif et l'observation directe.

1.3.1. La recherche documentaire

La recherche documentaire a consisté à collecter les documents qui traitent l'accès des réfugiés ou des demandeurs d'asile dans les services de santé infantile. Ainsi, nous avons collecté les documents qui traitent de l'accessibilité aux services de santé infantile dans nos différents contextes socioculturels.

1.3.2. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif intervient pour approfondir nos réponses et obtenir des points de vue plus riches et divers. C'est donc à l'aide d'un guide d'entretien et d'un questionnaire que nous avons collecté les informations. Ces deux instruments reposaient sur des thématiques bien définies, telles que : les caractéristiques sociodémographiques ; les perceptions sociales des services de sante infantile ; les obstacles structurels à l'accès aux services de sante infantile.

1.3.3. L'observation directe

L'observation directe se fonde sur des connaissances générales de l'accès aux services de santé, sur des façons de voir et de poser

les problèmes des réfugiés. Elle a permis d'observer l'état des lieux de notre champ d'étude ; de comprendre également les attitudes adoptées par les individus et le personnel soignant local d'Ouangolodougou à l'endroit des demandeurs d'asile.

1.4. Outils de collectes des données

Les outils de collecte ont été conçus en cohérence avec les objectifs de recherche et le cadre théorique. Ils tiennent compte du niveau de compréhension des enquêtés, de leur langue, de leur culture et de leurs conditions de vie puisque notre population cible est majoritairement des réfugiées. Ils vivent donc dans un contexte socioculturel, environnemental, politique et économique différent de leur lieu d'origine.

En effet, cette partie est articulée autour des instruments de collecte des données : La grille de lecture, la grille d'observation, le questionnaire et le guide d'entretien.

1.4.2. La grille d'observation

Cet outil nous a permis de mieux comprendre l'interaction entre les populations réfugiées et les différents acteurs de santé dans le département d'Ouangolodougou, en particulier en ce qui concerne l'accès des enfants réfugiés aux services de santé infantile. La grille d'observation a permis de repérer les comportements, attitudes et pratiques des parents réfugiés face aux offres de soins infantiles, ainsi que les réactions des agents de santé. Elle a aussi été le cadre pour observer les conditions d'accueil dans les structures sanitaires, les éventuels obstacles rencontrés : attente prolongée, barrière linguistique, absence de carnet de santé, refus de certains soins préventifs (vaccination), discussion tendue sur les coûts, automédication, recours aux plantes, consultation de guérisseurs, affluence importante, distribution rapide de soins, absence de suivi personnalisé.

1.4.3. Le questionnaire

L'enquête par questionnaire nécessite des réponses écrites. Ainsi le questionnaire a été administré de façon directe auprès des enquêtés, et il nous a permis de recueillir des informations auprès de nos différents enquêtés. Ce questionnaire se présentera autour de nos différents axes : Axe 1 : Caractéristiques sociodémographiques. Axe 2 : Perceptions sociales des services de

santé infantile. Axe 3 : Obstacles structurels à l'accès aux services de sante infantile

1.4.4. Les guides d'entretiens

Dans le cadre de cette étude, nous avons présenté nos guides d'entretiens de la manière suivante : Les perceptions sociales des services de santé infantile et les obstacles structurels à l'accès aux services de sante infantile

1.5. La collecte des données

L'enquête principale a été conduite du 10 Janvier au 17 Janvier 2025, auprès de 160 personnes issues de la population réfugiée dans le département d'Ouangolo. Les données ont été recueillies à l'aide de l'application mobile KoboCollect, qui a permis une saisie directe et une centralisation efficace des réponses sur le terrain. L'échantillonnage combinait une méthode aléatoire stratifiée pour garantir la représentativité des différentes sous-populations réfugiées, ainsi qu'un choix raisonné pour cibler certaines zones ou profils spécifiques jugés pertinents au regard des objectifs de l'étude.

1.5.1. Le traitement des données

Notre étude étant de type mixte, les données ou informations que nous avons collectées après les entretiens, les observations et les questionnaires, sont dépouillés. Puis nous avons fait une retranscription de ces données recueillies.

Pour les données qualitatives, nous avons mené une analyse de contenu qui cherche à dégager la signification cachée des discours et des opinions. « D'explicitier le ou les sens qui sont contenus et/ou les manières dont ils parviennent à faire effet de sens» décrit par (L.Mucchielli, 2002, p.36) cité par P.N'da, (2015). Cette étape a permis de reconnaître les unités de significations qui émergent de la description. Ensuite, nous avons fait une analyse thématique qui a consisté à découper les verbatim en plusieurs unités avec chacune des thématiques appropriées. Nous avons construit une analyse des données à partir d'un tableau effectué avec le logiciel Word puis nous avons renseigné selon la structuration thématique du guide d'entretien et les verbatim. Nous avons utilisé certains verbatim pour enrichir notre rédaction.

Quant à l'analyse des données quantitatives, elle s'est effectuée avec les logiciels KoboCollect et Excel, qui a permis d'obtenir des tableaux et graphiques en effectuant des croisements de nos variables. Cette tâche achevée nous a dévoilé les résultats suivants.

2. Résultats

2.1. Les caractéristiques sociales et démographiques des populations réfugiées

2.1.1. La répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe

Tableau 1: Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe

	Age					
	20-30 ans		30-40 ans		Plus de 40 ans	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Homme	25	15,63%	24	15%	18	11,25%
Femme	30	18,75%	28	17,50%	35	21,88%
Total	55	34,38%	52	32,50%	53	32,50%

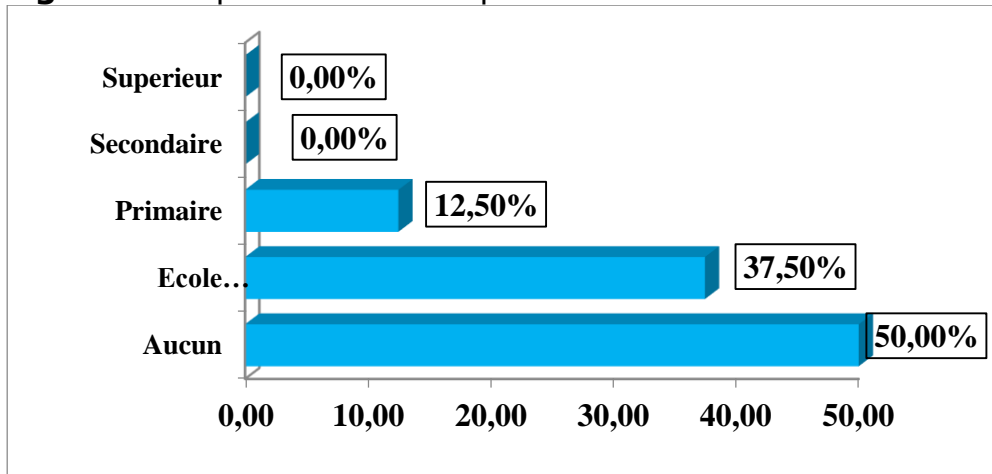
Source : Aboutou, Kader et Fofana, 2025

Cette répartition ci-dessus présente la distribution croisée des enquêtés selon le sexe (Homme/Femme) et les tranches d'âge (20-30 ans, 30-40 ans, plus de 40 ans), sur un échantillon total de 160 personnes. Parmi les personnes interrogées, les hommes représentent (58,13 %) et les femmes (41,88 %). En croisant les variables sexe et âge, nous constatons que la majorité des hommes enquêtés se situe dans la tranche d'âge de 30-40 ans, représentant (15 %), suivis par ceux de 20-30 ans à (15,63 %) et ceux de plus de 40 ans à (11,25%). Pour le sexe féminin, la majorité se trouve dans la tranche d'âge de plus de 40 ans à (21,88 %), suivie par les 20-30 ans à (18,75 %) et les 30-40 ans à (17,50 %). Ces données suggèrent que la population enquêtée est

principalement constituée d'adultes actifs, particulièrement le genre féminin impliqué dans l'exercice des soins aux enfants.

2.1.2. La répartition des niveaux d'éducation des personnes enquêtées.

Figure 1: Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

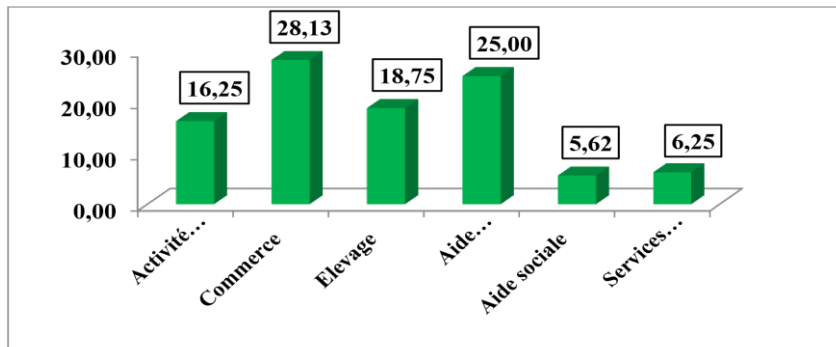


Source : Aboutou et Kader, 2025

La majorité des répondants, soit (50 %), n'ont aucun niveau d'éducation formelle. De plus, (37,50 %) ont fréquenté une école coranique, et 12,50 % possèdent un niveau primaire. Aucun des répondants n'a atteint le niveau secondaire ou supérieur. Cette absence d'éducation formelle limite la sensibilisation aux questions sanitaires. Les parents qui manquent d'informations sur les soins de santé infantile, la nutrition et les vaccinations peuvent ne pas être en mesure de prendre des décisions éclairées concernant la santé de leurs enfants. Cela peut entraîner des taux élevés de maladies infantiles et de mortalité.

2.1.3. Répartition des sources de revenus des enquêtés

Figure 2: Répartition des enquêtés selon leurs sources de revenus



Source : Notre enquête de terrain, 2025

La majorité des réfugiés tirent leurs revenus dans le commerce, représentant (28,13 %) de leurs sources de revenu. D'autres sources incluent l'élevage (18,75 %), les activités agricoles (16,25 %), le service domestique (6,25 %) ; l'aide humanitaire (25,00%) et les aides sociales (5,63 %). Cela montre que les réfugiés dépendent largement de l'aide humanitaire et des activités informelles précaires pour survivre. Cette instabilité économique pourrait limiter leur capacité à accéder de manière autonome et continue aux services de santé infantile.

2.1.5. Raisons principales du déplacement

Tableau 3: Répartition selon des causes du déplacement des réfugiés

Raisons principales du départ des réfugiés	Effectif	Fréquence (%)
Attaques terroriste/Insécurité	100	62,75%
Crises militaro-politiques	60	37,50%

Source : Aboutou et Fofana, 2025

Les raisons pour lesquelles les réfugiés migrent vers la Côte d'Ivoire, révèle des enjeux sociopolitiques complexes. En effet, (62,75%) sont des réfugiés du fait de l'insécurité organisée par

des attaques terroristes. (37,50%) de réfugiés sont victimes des crises militaro-politiques comme des facteurs déterminants. Ces événements ont des répercussions significatives sur l'accès aux services de santé infantile.

2.2. Les perceptions sociales des services de santé par les populations réfugiées

2.2.1. La connaissance des réfugiés sur l'existence des services de santé infantile

Tableau 3: Répartition selon la connaissance des services de santé infantile

Connaissance de l'existence d'un service de santé infantile	Effectif	Fréquence
Oui	54	33,75%
Non	106	66,25%

Source : Notre enquête de terrain, 2025

Ces données présentent (66,25%) des réfugiés qui n'ont aucune connaissance de l'existence d'un service de santé infantile mais, seul (33,75%) en ont une. La connaissance de l'existence des centres de santé infantile provient des organisations humanitaires, tandis que d'autres l'ont apprise par d'autres demandeurs d'asile. Ce fort pourcentage indique que les réseaux de soutien entre réfugiés ne sont pas pleinement exploités, limitant ainsi la circulation d'informations essentielles. Cela se justifie en ces termes :

B.O : « Je ne sais pas s'il y a des services de santé pour les enfants. J'emmène mon fils au centre général, mais je me demande si c'est suffisant. À chaque fois que je vais là-bas, je ressens une certaine inquiétude. Donc je préfère utiliser des remèdes que je connais plutôt que de risquer d'aller dans un endroit que je ne comprends pas. Les remèdes traditionnels sont ce qui a toujours fonctionné pour ma famille. » (**Discours de B.O**).

Les perceptions sociales façonnées par l'expérience et la culture, conduisent les réfugiés à privilégier des solutions qu'ils perçoivent comme plus sûres. Ces verbatim révèlent un profond mécontentement et une insatisfaction quant à la qualité des services reçus. Bien que certains répondants aient une vision positive des soins de santé infantile, d'autres expriment un sentiment de désillusion comment les présentations sociales sont façonnées par des interactions sociales et des influences culturelles. Dans ce cas, les perceptions des réfugiés concernant les soins de santé sont façonnées par leurs expériences vécues et par la diffusion d'informations à travers des canaux formels et informels.

2.2.2. La répartition des enquêtés selon leur niveau de fréquentation des services de santé infantile

Tableau 4: Répartition des enquêtés selon leur niveau de fréquentation des services de santé

Consultation des services de santé		
	Effectif	Fréquence(%)
Oui	82	51,25%
Non	78	48,75%

Source : Aboutou, 2025

La lecture de ce tableau montre que (51,25 %) des réfugiés que nous avons interrogés, consultent des services de santé pour leurs enfants, tandis que (48,75 %) des réfugiés enquêtés n'ont pas eu recours à ces services. Cette analyse montre que la moitié de la population réfugiée ne consultent pas, soulevant ainsi des préoccupations quant à la santé infantile dans cette population vulnérable. Bien que certains parents réfugiés fréquentent régulièrement les centres de santé, mais, une proportion significative n'accède pas aux soins nécessaires. Pour les (48,75%) des réfugiés qui ne fréquentent pas les services de santé, ont évoqué le manque d'argent comme la principale raison qui constitue une barrière fondamentale à l'accès aux soins de santé infantile. Nous illustrons cette analyse par des verbatim suivant :

S. R : « *Je ne peux pas me permettre de payer les frais médicaux pour mon enfant. J'ai peur des coûts cachés, donc je préfère ne pas prendre de risques.* »

Cette déclaration souligne les difficultés financières auxquelles ces familles font face, souvent en raison de l'instabilité économique liée à leur statut de réfugié et souligne également une attitude de méfiance des réfugiés face au système de santé, où la crainte des dépenses imprévues dissuade les parents de chercher des soins pour leurs enfants, même en cas de besoin. En somme, ce propos dévoile non seulement les obstacles économiques, mais aussi un sentiment d'impuissance face à un système qui semble inaccessible.

2.2.3. L'influence du statut des demandeurs d'asile sur l'accès aux services de santé pour les enfants

Tableau 5: L'influence du statut de réfugié sur l'accès aux soins

Le Statut influence l'accès aux soins	Effectif	Fréquence (%)
Oui	85	53,13%
Non	75	43,88%

Source : Kader et Fofana, 2025

Le montre que (53,13%) de nos enquêtés exprime que leur statut de réfugié influence leur accès aux soins et (43,88%) n'ont pas cette perception. Cette majorité indique que le statut administratif joue un rôle significatif dans la façon dont les réfugiés interagissent avec le système de santé. Ces données révèlent des inégalités dans l'accès aux soins de santé pour les réfugiés, où le statut administratif devient un facteur discriminant. Le fait que (53,13%) des répondants perçoivent leur statut comme un obstacle est révélateur d'une réalité où les conditions d'accès aux soins sont inégales. Les difficultés d'accès aux rendez-vous, mettent en évidence un système qui ne soutient pas équitablement les besoins des réfugiés, créant ainsi des délais et des frustrations. La discrimination et le mauvais accueil, évoqués par des répondants, soulignent des attitudes négatives envers les réfugiés au sein des établissements de santé. Cela s'illustre par ce propos : «*Quand j'arrive, je sens que le personnel n'est pas content de me voir. Ça*

rend tout encore plus difficile. » L'accès limité et la mauvaise prise en charge, signalés par des répondants, montrent que même lorsque les réfugiés parviennent à obtenir des soins, ils peuvent ne pas être traités avec l'attention ou les compétences nécessaires, engendrant un sentiment de méfiance envers les services de santé.

2.3. Les obstacles liés aux services de santé chez les réfugiés

2.3.1. Les obstacles liés à l'accès aux soins.

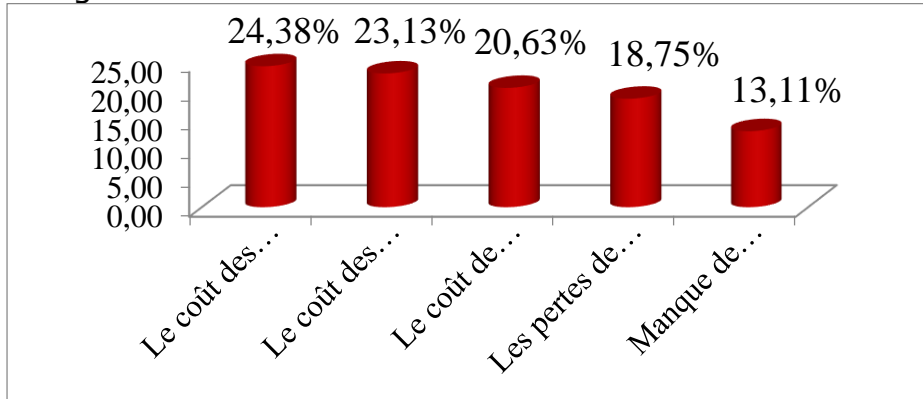
Les difficultés identifiées par nos enquêtés: l'attitude du personnel de santé, la barrière linguistique, l'absence des documents administratifs, la distance géographique et le coût élevé des soins. En effet, ces difficultés sont perçues par les réfugiés comme des obstacles limitant leur accès aux services de santé infantile à Ouangolo.

G.A « *Je ne parle pas bien la langue locale ni le français, ce qui rend les explications du médecin difficiles à comprendre. Les frais médicaux sont souvent trop élevés pour nous, et les centres de santé sont loin. Parfois, le personnel semble indifférent. Cela rend la situation encore plus difficile.* » (**Discours de G.A**)

Ces résultats mettent en lumière des inégalités structurelles dans l'accès aux soins. Les difficultés rencontrées par les réfugiés ne sont pas seulement individuelles, mais reflètent un système de santé qui ne répond pas adéquatement aux besoins spécifiques de cette population vulnérable. **L'absence de documents** et la barrière linguistique illustrent la marginalisation des réfugiés dans le système de santé, tandis que le coût élevé des soins souligne l'impact des facteurs économiques et organisationnels sur leur accès aux soins.

2.3.2. Les obstacles liés aux défis financiers

Figure 4: Répartition des difficultés financières rencontrées par les réfugiés



Source : Kader et Aboutou, 2025

Les résultats révèlent les obstacles significatifs à l'accès aux services de santé infantile pour les réfugiés. (24,38%) des personnes enquêtées identifient le coût des consultations et traitements comme un frein majeur. De plus, (23,13%) évoquent le coût du transport comme un obstacle. Les pertes de revenus ou l'absence d'activités sont citées par (18,75%) des répondants et (13,11%) mentionnent le manque de soutien financier comme un problème. Cette analyse est illustrée par des propos suivants :

F.O: « Je veux que mes enfants aient les meilleurs soins, mais chaque visite chez le médecin coûte trop cher. Je dois choisir entre les soins de santé et la nourriture. Il n'y a pas de clinique proche de chez nous. Prendre un taxi coûte cher, et parfois nous sommes trop fatigués pour faire le trajet. » (**Discours de F.O**).

B.H« Je travaille à temps partiel, mais cela ne suffit pas à couvrir les frais de santé de mes enfants. Chaque jour est un combat. » (**Discours de B.H**).

L'analyse des résultats met en lumière des inégalités dans l'accès aux services de santé infantile chez les réfugiés, où des facteurs socio-économiques jouent un rôle central. Le coût élevé des consultations et des traitements, associé aux frais de transport, crée une situation où des familles se trouvent contraintes de sacrifier la santé de leurs enfants pour des raisons économiques. Cela illustre une réalité où la survie quotidienne prend le pas sur les besoins de santé, exacerbant ainsi les vulnérabilités. Les

propos des réfugiés révèlent une détresse émotionnelle profonde. Les parents se retrouvent dans une position où ils doivent faire des choix inexplicables entre des soins de santé et d'autres besoins essentiels, résultant d'une attitude troublante constante. Cette réalité souligne non seulement les difficultés matérielles, mais aussi l'impact sur la santé mentale des familles, qui peuvent se sentir impuissantes face à leur situation.

2.3.4. Les obstacles liés aux normes sociales

L'analyse des perceptions concernant l'accès aux services de santé infantile chez les réfugiés souligne l'importance des normes sociales dans ce contexte (la méfiance envers le système de santé, la croyance culturelle, religieuse et traditionnelle, le pouvoir et le droit de décider accordés exclusivement aux hommes). En effet, (53,75 %) de nos enquêtés estiment qu'il existe des normes sociales influençant leur rapport aux soins et pour les (46,25 %), disent que les normes sociales n'affectent pas leur accès aux soins. En outre, parmi ceux qui croient aux normes sociales, (21,25%) ont cité la méfiance envers les systèmes de santé, (31,25%) préfèrent la médecine traditionnelle et (16,25%) ont des croyances culturelles et religieuses très développées qui conditionnent leur accès aux soins modernes. Par ailleurs, la méfiance peut être due à des expériences négatives passées et à un manque de transparence des institutions sanitaires, ce qui empêche certains individus de rechercher l'aide nécessaire. La préférence pour la médecine traditionnelle indique une valorisation des pratiques locales, souvent perçues comme plus accessibles. Les croyances culturelles et religieuses montrent à quel point les valeurs traditionnelles influencent les choix de santé des réfugiés. De plus, la croyance que seuls les hommes doivent décider (13,13%) révèle des dynamiques de pouvoir qui limitent l'accès aux soins pour les femmes et les enfants. Enfin, la peur des vaccins (9,38 %) soulignent une préoccupation croissante face à la santé publique. Nous illustrons ces informations avec les termes de nos enquêtés :

H.A« *Dans ma communauté, nous avons toujours utilisé des remèdes traditionnels. Ma grand-mère me disait que les plantes pouvaient guérir presque tout. Même si j'entends parler des soins modernes, je me sens plus en sécurité avec ce que je connais et*

ce qui a été transmis de génération en génération. Nos croyances religieuses influencent beaucoup notre façon de voir la santé. Pour nous, il est important de prier avant de prendre des décisions médicales. Je pense que la foi joue un rôle essentiel dans notre rétablissement, et je préfère toujours me tourner vers des solutions qui respectent nos traditions ». **(Discours de H.A).**

Ces verbatim illustrent les perceptions et les expériences des répondants, renforçant ainsi l'analyse des normes sociales qui influencent l'accès aux soins de santé.

3. Discussion

Cette discussion adopte une perspective double : d'une part, elle confronte nos résultats empiriques aux grandes tendances identifiées dans les recherches précédentes, et d'autre part, elle cherche à dépasser les limites de ces travaux en proposant une lecture contextualisée, enrichie par les verbatim recueillis auprès des réfugiés. Il s'agit donc de produire une réflexion critique qui tienne compte des dynamiques sociales, culturelles et institutionnelles propres au département d'Ouango. L'objectif de cette démarche est d'offrir une compréhension approfondie des facteurs structurels, symboliques et pratiques qui conditionnent l'accès aux services de santé infantile pour les réfugiés. Cette section s'organise autour de deux axes principaux : les perceptions de l'accès aux services sanitaires et les facteurs sociaux qui limitent leur accès.

3.1. Les perceptions de l'accès aux services de santé : un obstacle au droit fondamental à la santé

L'accès aux soins de santé constitue un droit fondamental pour tout individu. En effet, toute personne morale devrait pouvoir jouir et bénéficier équitablement des soins de santé primordiaux indispensables. L'offre et la demande de soins sont inexorablement indépendantes de la nationalité ; des convictions politiques ; du groupe ethnique ; de l'appartenance religieuse ; de la couleur de peau ; de l'identité culturelle et des critères économiques. Les perceptions ne sont pas seulement d'ordre sociales, culturelles, administratives mais elles s'infiltrant également dans l'univers des donneurs de soins. Comme le souligne I. Aboutou (2021), les soins de santé jouent un rôle déterminant dans l'inclusion ou l'exclusion sociale d'un individu ou d'un groupe social spécifique. Ils

permettent aux individus de participer pleinement aux activités économiques, sociales et culturelles de leur environnement. Tout comme les soins de santé, l'adoption des vaccins tels que la Covid-19 chez certains groupes sociaux peut constituer une entrave à la vulgarisation des soins. C'est que démontrent (D.N'Guessan et D. Dagou, 2024) dans leur réflexion sur les croyances du personnel de santé concernant la vaccination contre la Covid-19. Ces derniers sont censés relayer et renforcer la communication scientifique en vue de rassurer les populations usagères. Mais ces derniers constituent un blocage à la pratique vaccinale du à leurs croyances sur l'efficacité et la sécurité du vaccin. C'est bel et bien, une telle attitude du personnel de santé qui est démontrée dans notre argumentation. Cette étude rejoint la nôtre en ce sens que le personnel de santé se positionne comme un agent facilitateur indispensable dans le système de santé et surtout dans la réduction de la mortalité infantile. Il doit en aucun cas être une ressource humaine insuffisante tant qualitativement que quantitativement. C'est dans cette perspective que s'inscrivent (L.Olu et al.,2025) qui révèlent le rôle déterminant des réseaux de soins périnataux dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à l'échelle mondiale. La perception de ces acteurs étant donc capitales dans la transmission des soins, il faut donc évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de ces professionnels de santé. En effet, les perceptions étant donc au centre des changements de comportements, (A.Kouamé,2025) analyse les perceptions des mutualistes des fonctionnaires en Côte d'Ivoire face aux réformes liées à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ce nouveau procédé qui devrait accélérer la prise en compte des besoins sanitaires se heurte à des difficultés complexes. Son étude suit la même démarche que la nôtre en ce sens que les populations réfugiées qui devraient bénéficier des soins complémentaires vu leurs conditions précaires sont confrontées à des facteurs sociaux de plusieurs ordres d'où la formulation du second axe.

3.2. Les facteurs sociaux de la limitation à l'accès aux services de soins

Près de 48,75 % des réfugiés déclarent ne pas avoir accès aux soins pour leurs enfants. Plusieurs obstacles ont été identifiés par les enquêtés : le coût des soins (24,38 %), le coût du transport (23,13 %), le coût des médicaments (26,67 %), la distance

géographique (36,67 %), la langue (30 %) et l'absence de papiers administratifs (25 %). Ce cumul de contraintes met en évidence l'existence d'une forme de ségrégation structurelle dans l'accès aux soins. Ces résultats sont en adéquation avec les travaux de T. Ensor et S. Cooper (2004) et E. Langlois et al.(2016), qui soulignent que les facteurs économiques et administratifs constituent des barrières majeures dans les contextes de vulnérabilité. De même, les recherches de L. Freedman (2001) et B. Youssef (2017)mettent également en évidence le rôle central des rapports de genre et des normes sociales dans l'inégalité d'accès aux services de santé, particulièrement pour les femmes, souvent principales garantes de la santé des enfants.

Dans le contexte particulier d'Ouangolodougou, ces obstacles sont aggravés par l'organisation dispersée des réfugiés (hors camp), par la faiblesse du maillage sanitaire en zone rurale, et par la faible présence de dispositifs institutionnels d'enregistrement des réfugiés. Cela crée une double marginalisation : à la fois géographique et administrative. L.Gilson (2007) parle à ce sujet de « fracture de confiance » entre populations vulnérables et institutions sanitaires.

De plus, les résultats de notre étude montrent que le non adaptation des coûts des consultations et des médicaments aux freinent leur accès aux soins. En effet, ce résultat met en évidence des inégalités dans les soins de santé. En plus de non adaptation des coûts des médicaments, l'étude mentionne également la qualité de l'accueil dans l'établissement. Cette dissociation entre accueil et soins est significative et reflète un problème de qualité perçue et de confiance dans le système. P. Farmer (2003) parle de "violence structurelle" pour désigner les mécanismes institutionnels qui excluent silencieusement certaines populations de l'accès aux droits fondamentaux, comme la santé. De même que A. Levesque et al (2015) qui ont mentionné dans leur étude les barrières structurelles comme un obstacle qui limite la communication entre les réfugiés et les services de santé.

Le résultat de notre étude montre que (53,13%) des réfugiés n'ont pas un accès total aux services de santé infantile à cause de leur statut de réfugié. Cette majorité indique que le statut administratif

joue un rôle significatif dans la façon dont les réfugiés interagissent avec le système de santé.

Parmi ces demandeurs d'asile, certains signalent des difficultés d'accès aux rendez-vous et aux soins, et d'autres ont mentionné des expériences de discrimination ou de mauvais accueil ou une mauvaise prise en charge. Ce résultat rejoint celui de A. Michel (2018), lorsqu'il explique que les migrants sans-papiers se présentent souvent comme des incapables à l'accès aux soins en raison de leur situation. Leur statut est associé à la peur constante d'être dénoncés ou expulsés, ce qui les pousse à éviter tout contact avec les services de santé, y compris les professionnels de santé.

Conclusion

Au terme de notre recherche, il convient de dégager trois axes fondamentaux pour accéder aux services de santé. Il s'agit des représentations sociales des réfugiés à l'égard des services de santé, des obstacles structurels freinant l'accès aux soins, et les mécanismes sociaux et institutionnels tels les organisations non gouvernementales qui en facilitent l'accès. Les attitudes et comportements des populations réfugiées d'une part et des populations résidentes d'autre part pourraient à long terme être un moyen d'exclusion et freiner le programme inclusif du droit à la santé pour tous. L'apport social et scientifique de cette étude réside dans sa capacité à croiser une analyse structurelle avec une approche socio anthropologique des déterminants de la santé, tout en intégrant les acteurs(les populations réfugiées) maillons essentiels et bénéficiaires dans la chaîne de la demande et de l'offre de soins. Pour une société qui s'inscrit résolument dans les principes et exigences du développement durable, quels sont les mécanismes institutionnels à repenser et les systèmes de santé à adapter pour cette catégorie vulnérable(les enfants de 0 à 5ans) qui constitue une part importante dans la dynamique sociodémographique inter-régionale ?

Références bibliographiques

- 1- Agence Française de développement(AFD), 2020, Réduire la mortalité maternelle et infantile en Côte d'Ivoire, Paris : AFD**

- 2- **ABOUTOU Akpassou Isabelle**, 2021, « Accès aux soins de santé chez les personnes en situation de handicap en Côte d'Ivoire : analyse de la situation et perspectives » in les Cahiers de l'Interdisciplinaire Groupe de Recherche sur l'Afrique Contemporaine IGRAC, n°19, pp.
- 3- **BACKETT Maurice, DAVIES Michaël, et PETROS-BARVAZIAN Angèle**, 1984, « L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé, Notamment la santé maternelle et infantile y compris la planification familiale », Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1984-12-31 in biblioteca virtual em Saude
- 4- **BROUILLET Mariane**, 2022, « L'accès aux soins de santé pour les enfants au Québec : quand le statut migratoire pénalise certains d'entre eux en dépit du droit international », Maîtrise de droit et politiques de la santé, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, Canada, 70p.
<https://doi.org/10.7202/1094196ar>
- 5- **ENSOR Time et COOPER Stéphanie**, 2004, « Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side » in Health Policy and Planning, volume 19, n°2, pp.69-79.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>
- 6- **FARMER Paul**, 2003, Santé, droits humains et nouvelle guerre contre les pauvres in North American Dialogue, University of California Press, volume 6, N°1, p.1-4
- 7- **FREEDMAN L P**, 2001, « Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy », International Journal of Gynecology and Obstetrics, volume 75, n°1, pp.51-60. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00548-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00548-6)
- 8- **GILSON Lucy, et McIntyre Di**, 2007, « Post-apartheid challenges: household access and use of health care in South Africa » in International Journal of social determinants of Health and Health Services, vol 37n°4, p.673-691.
<https://doi.org/10.2190/HS.37.4.f>
- 9- **KAUFMANN Jean-Claude**, 1996, *L'entretien compréhensif*, Ouvrage Paris, Nathan Université, p.177-179.
- 10- **KOUAME Mien-olai Camille Adam**, Perceptions des mutualistes de la MUGEF-CI face aux réformes institutionnelles liées à l'implémentation de la CMU à Bouaké (Côte d'Ivoire), 2025, in *Revue Africaine des Sciences*

Sociales et de la Santé Publique,7(1), 298-312.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.22>

- 11- **KUAMBA Eugène, MOLIMA Christian, KAREMERE Johanna, BALEGAMIRE Safari Joseph, & Karemere Hermès**,2020, « Déterminants prioritaires de l'accès aux services des soins de la Zone de santé de Bagira pour les enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme : Un protocole d'étude» in *International Journal of Innovation and Applied Studies* ISSN 2028-9324 Vol. 30 No. 4 Oct. 2020, pp. 808-820, innovative Space of Scientific Research Journals <http://www.ijias.issr-journals.org>
- 12- **LANGLOIS Etienne, HAINES Andy, GORAN Tomson, and GHAFAR Abdul**, 2016, Refugees: towards better access to health-care services, in Europe PMC Funders Group Author Manuscript, *Lancet*, volume387,édition(10016),319-321,4p.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00101-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00101-X)
- 13-**LEVESQUE Jean-Frederick, HARRIS Marc, and GRANT Russell**, 2013,« Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations», in *International Journal for Equity in Health*, volume12, N°1, n°18,9 p. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- 14-**LEANING Jennifer, SPIEGEL Paul, CRISP Jeff**,2011,*Public health equity in refugee situations*, in *Conflict and Health*, Volume 5-6, N° 1,7p.
- 15-**MICHEL Aude**,2018, *Représentations et comportements des migrants sans papiers en matière d'accès et de recours aux services de santé*, Mémoire de Master en Science de la Santé globale, Institut Global de la Santé, sous la supervision de Claudine BURTON-Jeangros, 20p.
- 16-**MUCCHIELLI Laurent**,2002,*Violences et insécurité, Fantômes et réalités dans le débat français*, Paris, La Découverte,p.142.
- 17-**N'GUESSAN Gnagoran Kouakou Daniel et DAGOU Denis Komenan**, 2024, « Croyances du personnel de santé liées à la vaccination contre la Covid-19 », In *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, Volume 7 (1), pp.223-236.

- 18-**N'DA Paul**, 2015, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Paris, France, L'harmattan, n° 978-2-343-05303-5, pp.99-124.
- 19-**Nations Unies**, 1989, *Convention relative aux droits de l'enfant*, Résolution 44/25 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies. New York : Nations Unies
- 20-**OLOU N'guessan Luc, Koffi Koffi Abdoul, BROU Assane Landry, ADAKANOU Abia , HORO Apollinaire**, 2025, *Connaissance, attitude et pratique des professionnels de la santé sur les réseaux de soins périnatal dans le district sanitaire d'Anyama, Côte d'Ivoire in Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), p.288-297.
- 21-**Organisation Mondiale de la Santé**, 2017, *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants*, Document institutionnel, 70e Assemblée mondiale de la santé n° WHA70. 15
21. **SPIEGEL David, BUTLER Lisa, GIESE-DAVIS Janine, KOOPMAN Cheryl, MILLER Elaine, CLASSEN Catherine ,CARLSON Robert, KRAEMER Helena** , 2007, « Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people » in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *The Lancet*, 369(9580), p.2187-2195. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61015-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61015-0)
22. **United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)**, 2021, *Global Trends: Forced displacement in 2020*, Rapport institutionnel, Genève, UNHCR.
<https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends>
23. **World Health Organization (WHO), 2010, World Health Report 2010: Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage**, rapport institutionnel, pp.1-106 Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
24. **YOUSSEF Boughanmi**, 2017, *Les humanités dans la formation et la professionnalisation des scientifiques*, in Tréma, éditeur Faculté d'Éducation de l'université de Montpellier, 128p.
Mis en ligne le 02 décembre 2017, consulté le 26 mars 2020. URL : <http://journals.openedition.org/trema/3622> ;