

Journal International des Sachants

REVUE SCIENTIFIQUE
PLURIDISCIPLINAIRE



Journal International
des Sachants



Fréquence
TRIMESTRIELLE

ISSN-P : 3079-3009

ISSN-L : 3079-3017

www.revuejds.net

info@revuejds.net

**Volume 2,
Numéro 1,
Février 2026**



**LES ÉDITIONS
CROCO**



**Journal International
des Sachants**



Revue scientifique pluridisciplinaire

ISSN-P: 3079-3009

ISSN-L: 3079-3017

Site web: <https://revuejds.net/>

Email : revuejds@gmail.com

Publié en Open Access



Abidjan, République de Côte d'Ivoire

ISSN-P: 3079-3009

ISSN-L: 3079-3017

INDEXATIONS ET REFERENCEMENTS INTERNATIONAUX

Pour toutes informations sur les indexations et référencements internationaux du **Journal International des Sachants (JDS)**, consultez les bases de données ci-dessous :



<https://sjifactor.com/passport.php?id=24370>



<https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/3079-3009>



<https://ascidatabase.com/masterjournalist.php?v=3079-3009>



<https://ipindexing.com/journal-details/Journal-International-des-Sachants-/2526>



<https://www.entrevues.org/revues/journal-international-des-sachants/>

Impact factor : SJIF 2026 : 5.329

ISSN-P: 3079-3009

ISSN-L: 3079-3017

REVUE ELECTRONIQUE

Journal International des Sachants (JDS)

Revue Scientifique pluridisciplinaire

ISSN-P: 3079-3009 (Print ou imprimé)

ISSN-L: 3079-3017 (Online ou en Ligne)

Equipe Editoriale

Directeur de publication : Les Éditions Croco

Rédacteur en chef : SANOGO Tiantio Epouse BAMBA, INSAAC, Côte d'Ivoire

Chargé de diffusion et de marketing : ETTIEN N'Doua Etienne, UFHB, Côte d'Ivoire

Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen, UAO, Côte d'Ivoire

Comité Scientifique

ADOUBI Thierry Hugues, Maître conférences, Université Alassane Ouattara ;

ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;

ASSEKA Tchoman François, Maître de conférences, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara ;

BA Idrissa, Professeur Titulaire, Université Cheikh Anta Diop ;

BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférence, Université Alassane Ouattara ;

BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara ;

DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;

FAYE Valy, Maître de Conférences, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;

KAMARA Adama, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;

KAZON Diescieu Aubin Sylvere, Maître de Conférence, Université Félix Houphouët-Boigny ;

KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro ;

N'DAH Didier, professeur titulaire, Université d'Abomey-Calavi ;

OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara ;

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de Conférences, Université Cheikh Anta Diop ;

SILUE Oumar, Maître conférences, Université Alassane Ouattara ;

TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;

ISSN-P: 3079-3009

ISSN-L: 3079-3017

Comité de lecture

AYENON Séka Fernand, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;
 KANGA Kouakou Hermann Michel, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;
 KAZON Diescieu Aubin Sylvere, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;
 KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;
 MAMADOU Bamba, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;
 MEITÉ Ben Soualiouo, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;
 OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;
 SIDIBÉ Moussa, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;
 SILUE N'tchabétien Oumar, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;
 TRAORE Amadou, Maître de Conférences, Université de Ségou

Comité de rédaction

AHOUE Jean-Jacques, Assistant, Université de San-Pedro ;
 ASSEKA Tchoman François Maître de conférences, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
 BALDÉ Yoro Mamadou, Maître-Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;
 BAMBA Fatoumata, Maître Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;
 BROU N'Goran Alphonse, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;
 COULIBALY Wayarga, Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny ;
 COULIBALY Yallamoussa, Assistant, Université Alassane Ouattara ;
 DAO Salifou, Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
 DJE Yao Lopez, Assistant, Université Alassane Ouattara ;
 DJIGUE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara ;
 DJOKOURI Innocent, Maître-Assistante, Université Péléforo Gon Coulibaly ;
 GBOLA serge Arnaud, Maître Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
 EHILE Kadja Olivier Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;
 GUEYE Yoro Emmanuel, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

KAZIO Djidjé Jean-Jacques, Assistant, Université de Bondoukou ;

KONE Kiyali, Maître Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;

KONE Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;

KONE Tchima Rolland, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;

KONE Tiégbè Gaston, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

KOUAME Affoua Eugénie, Assistante, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny ;

LOBA Léon Fabrice, Attaché de Recherche, Institut d'Histoire d'Art et d'Archéologie Africain (IHAAA) ;

MOULARET Renaud-Guy Ahioua, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

N'DAYE El Hadj Amadou Ba, Maître-Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;

SANOGO Tiantio épouse BAMBA, Maître-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

SYLLA Makémisa, Assistante, Université Alassane Ouattara ;

TIE BI Galla Guy Rolland Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny ;

TOURE Gninin Aicha, Maître-Assistante, Université Félix Houphouët-Boigny ;

TOURE Kignigouoni Dieudonné Espérance, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

TRAORE Fanta, Assistante, Université Alassane Ouattara ;

TRAORE Sogotienin Ramata, Maître-Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;

YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara ;

YOKORE Zibé Nestor, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

ZABSONRE Moussa, Maître-Assistant, Université Yembila Abdoulaye Toguyeni.

COORDINATEUR GENERAL DU NUMERO :

AYENON Séka Fernand
Maître de conférences CAMES,
Université Félix Houphouët-Boigny

.....

Contacts JDS

Site web: <https://revuejds.net/>
Email : revuejds@gmail.com
Tél. : + 225 0779360611 / 07480453267

.....

Indexations et référencements internationaux :

Sjifactor: <https://sjifactor.com/passport.php?id=24370>

ARI : <https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/3079-3009>

ASCI: <https://ascidatabase.com/masterjournalist.php?v=3079-3009>

IPIndexing: <https://ipindexing.com/journal-details/Journal-International-des-Sachants-2526>

Ent'revues: <https://www.entrevues.org/revues/journal-international-des-sachants>

Impact factor : SJIF 2026 : 5.329

ISSN-P: 3079-3009
ISSN-L: 3079-3017

PRESENTATION DE JDS

Le Journal International des Sachants (JDS) est une revue scientifique pluridisciplinaire dédiée à la valorisation et à la vulgarisation des résultats de recherches innovantes, de découvertes de pointe et de productions scientifiques originales et pertinentes dans divers domaines scientifiques. Disposant de comité scientifique et de lecture, la revue **JDS** offre ainsi aux chercheurs du monde entier, une plateforme de publication de haute qualité en favorisant le partage des connaissances et de la collaboration au sein de la communauté scientifique.

JDS est une revue évaluée par des pairs (*blind peer review*) et en libre accès "*Open access*" relevant des Editions Croco. Il publie les articles dans le domaine des Sciences Humaines et Sociales ; Langues et littérature ; Art, patrimoine et culture ; Sciences du Langage et de la Communication ; Sciences Economiques et de Gestion ; Sciences politiques et Juridiques. Dans sa vision d'ouverture, **JDS** encourage la collaboration interdisciplinaire entre les chercheurs de tous les pays africains et du monde.

Les articles proposés doivent respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent être originaux et n'avoir jamais fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture. Ils sont soumis à une sélection initiale par l'éditeur, puis à un processus rigoureux d'évaluation par les pairs en double aveugle avant publication.

PROTOCOLE DE REDACTION DE JDS

Le Journal International des Sachants (JDS) n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

Structure générale de l'article :

Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

Présentation de l'article :

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. - 2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparaît en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («.... »), mais sans italique.

N.B. : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de ...

ISSN-P: 3079-3009

ISSN-L: 3079-3017

Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2^{nde} éd.).

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

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :

Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.

- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.

Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzokru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX^e siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.

- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.

Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

NB : Le non-respect de ces recommandations ci-dessus conduit au rejet systématique du manuscrit.

SOMMAIRE

SECTION 1 : LANGUES & LITTERATURE

Etudes germaniques

1. **Umwandlung von Sprichwörtern in Slogans im Werbediskurs:
eine Untersuchung einiger deutscher Slogans**
Égni Stéphane Dieudonné ÉNIGNI & Epié Augustine Michaela BONGBA 1-17

Etudes hispaniques

2. **La Contrarreforma y la devoción popular en la España del Siglo de Oro**
GONKALIE Gbana Francis 18-31
3. **Políticas públicas y atención a las mujeres víctimas
de violencia machista en España**
Kassoum SORO..... 32-48
4. **Estética de lo abyecto en la familia de pascual Duarte de Camilo José Cela**
Oumar MANGANE..... 49-64
5. **El dilema cubano, entre “revolución” y apertura al mundo**
Dogba Léonce BAWA..... 65-78
6. **La trahison comme acte de libération dans reivindicación
del conde don Julián de Juan Goytisolo**
Christine Abenan SIGNO..... 79-86
7. **La crisis económica de 2008 y su repercusión sociopolítica en España**
Kouadio Stéphane-Yannick KONAN..... 87-98

Lettres Modernes

8. **« Miss lolos » de Frédéric Éhui Meiway :
un discours hétérogène au service de l’expressivité**
Bini Kouamé PRAO, Yao Gatién KONAN & Tchékpoho SORO 99-111

SECTION 2 : COMMUNICATION, ARTS, CULTURE ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

9. **Industrialisation de la visibilité et reconfiguration du débat public
dans l’émission Jakaarlo Bi**
Alioune Badara GUEYE..... 112-127
10. **Appropriation des termes footballistiques en fulfulde
au Nord-Cameroun : enjeux culturels**
NGAOURI Landri & OLOWA Jean de Dieu..... 128-139
11. **Peuples Chamites versus Peuples Hébraïques :
les Peuples de la Côte d’Ivoire**
Ayé Clarisse HAGER-M’BOUA..... 140-163

- 12. Communication et Prospective pour une gestion durable des infrastructures d'utilité publique à l'Université Alassane Ouattara**
DAGNOGO Gnéré Laetitia Blama &
KOUAME-KONATE Aya Carelle Prisca..... 164-176
- 13. Précarité socio-économique et accès aux soins au CHU de Bouaké : apport de la communication sociale**
Akissi Germaine KOUASSI & Nibé Dramane SILUÉ 177-192
- 14. Typologies de phrases en tupuri : analyse syntaxique et usages sociolinguistiques**
Jacqueline MAÏKAKE..... 193-205
- 15. Discursive Issues in Emmanuel Macron's Speeches on Leadership (2017-2022)**
Ifedolapo Akinrinlola & Amos Iyiola..... 206-224

Patrimoine, art, culture, cinéma & tourisme

- 16. La femme face à la tradition dans le film “ La jumelle” de Lanciné Diaby : entre combat et réalité de la femme**
Olivier Kadja EHILE..... 225-236

SECTION 3 : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Archéologie

- 17. Stratégie coloniale et adaptations locales dans le royaume sanwi (sud-Côte d'Ivoire)**
Ange Marius AKPO, TOURE Gninin Aïcha &
ETTIEN N'Doua Etienne..... 237-250
- 18. Le littoral ivoirien : Berceau historique de l'Église catholique, inventaire patrimonial et perception contemporaine d'un héritage remarquable**
ASSAKA Tatiana Larissa Sandrine &
KIENON-KABORE Timpoko Hélène..... 251-267

Histoire

- 19. Le dynamisme social du sexe féminin en Grèce classique Ve- IVe J.-C.**
DIANKA Balla..... 268-277
- 20. La politique étatique de la protection de l'environnement minier en Côte d'Ivoire (2000-2024)**
Yhattey Hervé Thierry AGUIE..... 278-294
- 21. La Trajectoire de la filière industrielle du cycle au Burkina Faso, de 1963 à 2009**
Eloge MIEHI & Richard Gouedan MEIGNAN 295-311
- 22. L'espace rural à l'épreuve de l'exploitation forestière au Cameroun sous administration française (1921-1956)**
Yannick ZO'OBO..... 312-321

- 23. Être de son temps ou s'affirmer comme monde.**
Les étudiants africains à Dakar (années 1950-1970)
 Mamadou Yéro BALDE..... 322-339
- 24. La gestion coloniale de l'assainissement de la ville d'Aboisso, 1913-1926**
 N'GUESSAN ROKIA BOUBACARD ÉPOUSE ANOH,
 ESSEY Bonzou Ella épouse OHOUO & BAKAYOKO Nonama Rockya..... 400-414

Géographie

- 25. Impacts de l'orpillage légal sur les écosystèmes préforestiers dans le département de Katiola (Centre-Nord ivoirien)**
 N'Gromma Florent KOUADIO..... 415-430
- 26.« Effets structurants » du Train Express Régional (TER) à Dakar (Sénégal)**
 Awa FALL..... 431- 452
- 27. Gestion intégrée des ressources en eau de la commune de Medina (Sénégal)**
 René Ndimag DIOUF..... 453- 464
- 28. Dynamique urbaine et développement économique à Korhogo (nord de la Côte d'Ivoire)**
 Konan Norbert KOFFI, Mariam DIOMANDE &
 Songuimadenin Siaka YEO..... 465-482
- 29. Mutation foncière et reconversion paysanne dans la sous-préfecture de Yamoussoukro**
 Achille Roger TAPE..... 483-496
- 30. Exposition au travail des enfants d'immigrants en milieu rural dans la sous-préfecture de Duékoué**
 Kouadio Arnaud Yao & GOHOUROU Florent..... 497-511
- 31. La morbidité infantile des infections respiratoires aiguës dans les districts sanitaires du V Baoulé de 2017 à 2022**
 SEDEHI Akissi Epiphane, TRA BI Zamblé Armand &
 KANGA Kouakou Hermann Michel..... 512-520

Philosophie

- 32. Heidegger et la cybernétique : critique de la réduction de l'existence à la fonctionnalité**
 Mlan Kouakou Pierre ANZIAN..... 521-540
- 33. Essence de la pensée hobbesienne et rawlsienne dans la problématique du développement de l'Afrique**
 Kouadio Louis N'GUESSAN & Abraham Saint-Omer Koffi KOUAKOU..... 541-554
- 34. La palabre africaine : une expression de la démocratie**
 N'Guessan Jonas Kouassi..... 555-567

- 35. Cynisme politique et déshumanisation de l'homme
dans le monde vécu aujourd'hui**
Christophe ONGUENE ONGUENE..... 568-581
- 36. L'impérialisme extractiviste en Afrique**
Kouadio YAO..... 582-597
- 37. L'oubli constitutif de la technique :
déconstruire le paradigme technoscientifique**
Gabriel VANNA..... 598-608
- 38. Quine et l'effondrement de l'épistémologie classique**
Koffi Zahouo Alain & Koffi KOUASSI..... 609-622

Anthropologie et sociologie

- 39. Le Togo dans le nouvel ordre géostratégique :
diversification et enjeux de sécurité**
Laré Batouth PENN..... 623-640
- 40. Entre racines ethniques et conscience nationale :
dynamiques identitaires au Gabon contemporain**
Steeve-Thierry BALONDJI..... 641-659
- 41. Les collectivités territoriales décentralisées et la gouvernance
éducative à l'ère de la décentralisation au Cameroun**
Simon Patou Simon..... 660-677
- 42. Motivation extrinsèque et performance scolaire en contexte ivoirien :
une analyse du rendement des élèves de Troisième et de Terminale
dans le département d'Alépé**
AGUI Lobah Azouan Barthelemy & BLA Ypodé Guéaybomin Emmanuel..... 678-692
- 43. Représentations, croyances et pratiques sociales autour de la route
et des accidents de la circulation en Côte d'Ivoire**
KACOU Fato Patrice & GBOKO Kouadio Roger..... 693-706
- 44. Félix Houphouët Boigny et l'intégration des immigrés à Hiré,
sud-ouest de la Côte d'Ivoire**
Dabé Laurent OUREGA..... 707-725

Criminologie

- 45. Délits Economiques à Lubumbashi : Enquête Proactive**
MULUNDA TSHIEYA Lucien..... 726-737

Psychologie

- 46. Le rôle médiateur de la régulation émotionnelle entre stress et comportements à risque des mototaximens**
Djiessi Makouam & Placide Mengoua..... 738-756
- 47. Modèles explicatifs du passage à l'acte des auteurs d'agression sexuelle : convergences, divergences, enjeux cliniques**
Kaama Sandrine GOUNDJOA & Kaka KALINA..... 757-770
- 48. Vulnérabilité et résilience chez les enfants de mères dépressives : une étude qualitative en contexte hospitalier ivoirien**
KOFFI Ekissi Jean Armel, Amalaman Franck Severin ANDO & KOFFI N'Guessan Williams..... 771-789

Science de l'éducation

- 49. Le système LMD au Mali : d'une adoption formelle à la quête d'une adaptation institutionnelle**
Chiaka SAMAKÉ, Idrissa Soïba TRAORE & Mamadou KOUMARE 790-804

SECTION 4 : SCIENCES POLITIQUES ET JURIDIQUES

Sciences politiques et administratives

- 50. La continuité des services publics administratifs à l'épreuve des théories et des faits : cas de la ville de Bukavu pendant l'occupation de l'AFC/M23**
David CIZA, Pacifique Makuta MWAMBUSA,
Joseph Munyabeni NYEMBO & Augustin Kahindo MUHESI 805-813

SECTION 5 : SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

- 51. Contribution du management participatif dans l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics hospitaliers de Bamako**
Zoubeirou HAROUNA, BERTHÉ Soungalo & DICKO Albadia Abdoulaye.... 814-831
- 52. Audit interne et prévention de la fraude sur les recettes du service recouvrement de la mairie de Bouaké**
Gningninri Augustin KONE..... 832-848

SECTION 6 : GEOSCIENCES

- 53. Caractérisation géochimique des roches du socle panafricain de Dan Issa (Sud-Maradi, Niger) par fluorescence X**
Ousmane Loumoumba MOUSSA MAHAMAN, Karimou DIA HANTCHI,
Rachid BOUBACAR OUMAROU & Yaou BAKOYE..... 849-868

Précarité socio-économique et accès aux soins au CHU de Bouaké : apport de la communication sociale

Akissi Germaine KOUASSI

Université Alassane Ouattara,

Bouaké-Côte d'Ivoire,

Email : safirakouassi@gmail.com

&

Nibé Dramane SILUÉ

Université Alassane Ouattara,

Bouaké-Côte d'Ivoire,

Email : nibedramane@yahoo.fr

Date de soumission : 12-01-2026

Date de publication : 28-02-2026

Résumé

Ce présent travail analyse l'influence de la précarité socio-économique sur la qualité de la prise en charge des patients au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, en Côte d'Ivoire. Elle explore diverses stratégies de communication sociale visant à améliorer cette situation. Pour ce faire, la méthodologie de l'étude s'est appuyée sur un échantillon non probabiliste par choix raisonné de 60 participants (50 patients et leurs proches, ainsi que 10 membres du personnel médical) rencontrés au CHU de Bouaké. Les données ont été recueillies via une approche méthodologique mixte, combinant des méthodes qualitatives et quantitatives. Le cadre théorique mobilise des concepts des théories de la communication sociale : le modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model) de Rosenstock (1950), la théorie de la stigmatisation sociale de Erving Goffman (1963) et les modèles transactionnels de Barnlund (1970) et Watzlawick (1967). Les résultats de l'étude démontrent un impact de la précarité socio-économique sur l'accès au soin au CHU de Bouaké, où les patients défavorisés rencontrent des obstacles substantiels. De ce fait, cette étude met en évidence l'importance de combiner les stratégies de communication sociale avec des mécanismes de financement adaptés pour optimiser la prise en charge des patients vulnérables.

Mots clés : précarité, socio-économique, soins de santé, communication sociale, hôpitaux publics.

Socioeconomic precariousness experienced in care at the Bouake hospital: contribution of social communication

Abstract

This present work analyzes the influence of socio-economic precariousness on the quality of patient care at the University Hospital Center (CHU) of Bouake, in Ivory Coast. She explores various social communication strategies aimed at improving this situation. To do this, the methodology of the study relied on a non-probabilistic sample by reasoned choice of 60 participants (50 patients and their relatives, as well as 10 members of the medical staff) met at the CHU of Bouake. The data was collected via a mixed methodological approach, combining qualitative and quantitative methods. The theoretical framework mobilizes concepts from social communication theories:

Rosenstock's Health Belief Model (1950), Erving Goffman's theory of social stigma (1963) and Barnlund's transactional models (1970) and Watzlawick (1967). The results of the study demonstrate an impact of socio-economic precariousness on access to care at the Bouake CHU, where disadvantaged patients encounter substantial obstacles. Therefore, this study highlights the importance of combining social communication strategies with appropriate funding mechanisms to optimize the care of vulnerable patients.

Keywords: precariousness, socio-economic, health care, social communication, public hospitals.

Introduction

La santé est universellement reconnue comme un droit fondamental de la personne humaine et un pilier essentiel du développement socio-économique durable. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'affirme clairement dans sa constitution de 1948 (page 1 alinéa 3) : « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient [...] sa condition économique ou sociale »¹. Cet idéal d'équité en santé est cependant, souvent mis à l'épreuve par les réalités socio-économiques, notamment dans les contextes de pays à revenus faibles ou intermédiaires comme la Côte-d'Ivoire. Dans ces régions, la précarité socio-économique demeure un déterminant majeur de l'état de santé des populations et de leur capacité à accéder à des soins de qualité. Comme l'ont démontré P. Farmer et al. (2006 :3), la pauvreté structure non seulement la survenue de la maladie, mais aussi la capacité à en guérir, enfermant les individus dans un cercle vicieux où la maladie exacerbe la paupérisation.

Face à ces défis, la Côte d'Ivoire a mis en place la Couverture Maladie Universelle (CMU), une avancée politique notable visant à améliorer l'accès équitable aux soins pour la majorité des ivoiriens. Cependant, malgré cette initiative louable, sa mise en œuvre rencontre des difficultés substantielles. Au plan national, son implémentation se heurte à diverses difficultés telles que l'insuffisance de structures sanitaires, les lenteurs administratives, etc. Sur le terrain, notamment au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, le système de santé publique peine toujours à garantir une prise en charge équitable, les populations se heurtant fréquemment à des barrières persistantes, qu'elles soient financières (liées aux coûts annexes ou aux difficultés d'activation de la CMU), géographiques ou informationnelles. Dès lors, quel est réellement l'impact de la précarité socio-économique sur l'accès et la qualité des soins au CHU de Bouaké ? Quels obstacles majeurs les patients défavorisés rencontrent-ils dans leur parcours de soins ? Par ailleurs, comment les

¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1948. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Genève, Suisse: OMS, p. 1.

stratégies de communication sociale peuvent-elles améliorer la prise en charge de ces patients vulnérables ?

Au-delà de la simple diffusion d'informations, la communication pour le changement social vise à transformer les normes, les comportements et les politiques, en favorisant la participation communautaire et l'autonomisation des individus face à leurs défis de santé². Outil stratégique, elle donne voix aux sans voix et adapte les services de santé à leurs besoins. L'étude ana

1. Approche théorique et méthodologique

1.1. Fondements théoriques de l'étude

L'analyse de l'accès aux soins en contexte de précarité socio-économique au CHU de Bouaké exige une compréhension profonde des représentations individuelles et des dynamiques interactionnelles. Pour ce faire, notre recherche s'est appuyée sur une triangulation théorique qui a servi de prisme analytique pour l'interprétation des données.

Le modèle des Croyances Relatives à la Santé (HBM) a été développé par I. Rosenstock et al. dans les années 1950. Ce modèle socio-psychologique individuel postule qu'une personne est prête à agir (suivre un traitement ou consulter un médecin) si elle perçoit la menace de santé comme réelle et si elle croit que l'action entreprise sera efficace pour réduire cette menace, à un coût acceptable. Le modèle se base sur six éléments clés : la susceptibilité perçue (le risque personnel d'attraper la maladie), la sévérité perçue (la gravité des conséquences), les bénéfices perçus (l'efficacité de l'intervention), les barrières perçues (les obstacles physiques, psychologiques et financiers), les indices à l'action (les déclencheurs), l'auto-efficacité (la capacité à agir)

Dans notre étude, le HBM a servi de grille de lecture pour l'interprétation des données quantitatives et qualitatives issues des questionnaires et des entretiens afin de comprendre les raisons pour lesquelles les patients précaires ont des soins différents ou n'y accèdent pas. Il permet d'identifier les croyances qui agissent comme des freins ou des leviers à l'accès aux soins. Par exemple, la barrière financière perçue (le coût du transport, des médicaments non couverts par la CMU) l'emporte sur le bénéfice perçu des soins au CHU de Bouaké.

Dans son œuvre fondatrice *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*, E. Goffman (1975 :13) écrit : « Le terme de stigmatisme servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit

² SERVAES Jan, 2008, Communication for development and social change: An integrated approach, Los Angeles, Sage Publications, 448 p.

profond (sur l'individu) ; il fait moins partie d'un inventaire de signes que d'un langage de relations ». Pour lui, c'est un processus social où l'identité d'un individu est dévalorisée par les interactions sociales. La personne stigmatisée est perçue comme ne respectant pas les normes sociales dominantes. Ainsi, cette théorie décrit comment certains attributs tel que la précarité ou la pauvreté, discréditent un individu aux yeux de la société, altérant son identité sociale et menant à la discrimination ou à la honte. Cette théorie a été essentielle pour analyser les dynamiques de pouvoir et d'interaction au sein du CHU de Bouaké. Elle a permis de décrypter si les patients précaires s'auto-excluent des soins ou s'ils subissent un traitement différencié (discrimination) de la part du personnel médical, affectant ainsi directement la qualité de leur prise en charge.

Les modèles transactionnels (Barnlund 1970 et Watzlawick et al. 1967) rompent avec la vision linéaire de la communication (émetteur-message-récepteur). Il la conceptualise comme un processus simultané et interactif où chaque participant est à la fois émetteur et récepteur, créant du sens ensemble dans un contexte partagé. Appliqué à la Communication pour le Changement Social et Comportemental, ce modèle met l'accent sur le dialogue participatif, à l'écoute des communautés et l'autonomisation pour résoudre les problèmes sociaux (santé, pauvreté). Ce cadre a servi à la fois d'outil d'analyse et de guide pour les recommandations. Il permet d'évaluer l'efficacité des pratiques actuelles de communication au CHU de Bouaké tout en proposant des stratégies d'intervention basées non pas sur l'information descendante, mais sur un dialogue inclusif impliquant patients, communauté et personnel soignant pour surmonter les obstacles structurels de la précarité.

1.2. La méthodologie de l'étude

L'étude a été menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, situé dans la région du Gbêkê, au centre de la Côte d'Ivoire. Bouaké est la deuxième ville du pays et un carrefour économique et sanitaire majeur. Le CHU de Bouaké est un établissement de santé, servant de référence pour toute la région du centre, offrant des soins spécialisés et assumant des missions de formation et de recherche. Le choix de cette zone est stratégique car elle concentre une population urbaine diversifiée, incluant une proportion significative de ménages précaires dépendants des services de santé publique, ce qui en fait un lieu pertinent pour étudier les inégalités d'accès aux soins. L'échantillon de l'étude est composé de 60 personnes. Il a été constitué selon une approche non probabiliste, privilégiant la profondeur de l'information à la représentativité statistique. Pour ce faire, la technique d'échantillonnage utilisée est le choix raisonné. Cette méthode consiste à

sélectionner intentionnellement les participants en fonction de critères spécifiques liés à leur connaissance ou leur expérience du phénomène étudié, plutôt que par hasard. Dans une étude mixte (qualitative et quantitative) portant sur des expériences vécues (précarité, accès aux soins, stigmatisation), il est crucial de s'adresser aux personnes les mieux placées pour fournir des données riches et pertinentes. Cette approche permet de cibler directement les patients qui subissent la précarité et le personnel médical qui est confronté quotidiennement à cette réalité au CHU de Bouaké. La taille de l'échantillon se répartit comme suit :

- 50 patients et parents de patients : choisis parce qu'ils vivent ou accompagnent les personnes touchées par la précarité socio-économique et rencontrent des difficultés dans la prise en charge. Leur expérience vécue est au cœur de l'analyse des obstacles et de la stigmatisation.
- 10 personnels médicaux (médecins, infirmiers, assistants sociaux) : ces professionnels de santé ont été sélectionnés en raison de leur position clé dans le système de santé. Leurs perspectives permettent de comprendre les défis institutionnels, les dynamiques relationnelles avec les patients précaires et l'efficacité perçue des stratégies de communication actuelles.

Pour ce qui est de la collecte des données, une approche méthodologique mixte (qualitative et quantitative) a été adoptée pour enrichir l'analyse. Les méthodes qualitatives utilisées sont : les entretiens semi-directifs (pour ce qui est des perceptions, attitudes et expériences vécues), les groupes de discussion (normes sociales), et l'observation directe ou non participante (comportements réels, stigmatisation en action). Pour ce qui est de la méthode quantitative, une enquête par questionnaire administrée à l'ensemble des 50 patients/parents pour recueillir des données ajustées sur les aspects financiers, matériels et informationnels, permettant une analyse statistique descriptive des barrières.

2. Résultats et analyse

2.1. Profil sociodémographique des enquêtés

L'étude a porté sur 50 participants (patients et parents de patient) au CHU de Bouaké, dont le profil sociodémographique révèle des marqueurs de précarité (faible revenu, chômage, faible niveau d'instruction) qui entravent l'accès aux soins, selon le Modèle de Croyances Relatives à la Santé. Ces caractéristiques créent un contexte de vulnérabilité qui affecte la prise en charge médicale.

- Distribution selon l'âge et le sexe

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

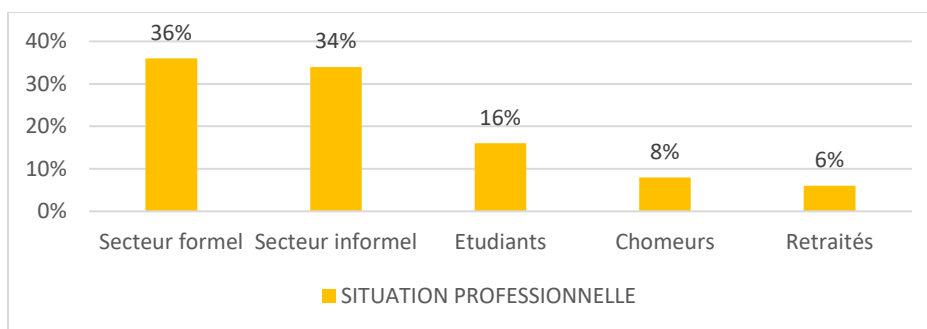
Age \ Sexe	Homme	Femme
18 à 25	03	05
26 à 35	04	06
36 à 45	09	11
Plus de 45	05	07
Total	21	29

Source : Enquête de terrain

La prédominance féminine (58%) souligne le rôle central des femmes dans le parcours de soins au CHU de Bouaké. Elles sont les premières confrontées aux difficultés de financement et à la nécessité de négocier l'accès aux soins, ce qui les rend particulièrement sensibles à la communication sociale. Aussi, le pic dans la tranche 36-45 ans (40% de l'échantillon) est stratégique. Ce sont les individus qui portent généralement la charge financière du ménage. C'est la catégorie la plus exposée au stress économique : ils doivent gérer leur propre santé, celle de leurs enfants et souvent celles de leurs parents âgés, dans un contexte où les dépenses de santé restent majoritairement à la charge des familles (Ministère de la santé/PNDS 2021-2025)

- Situation professionnelle

Figure 1 : Situation professionnelle des enquêtés



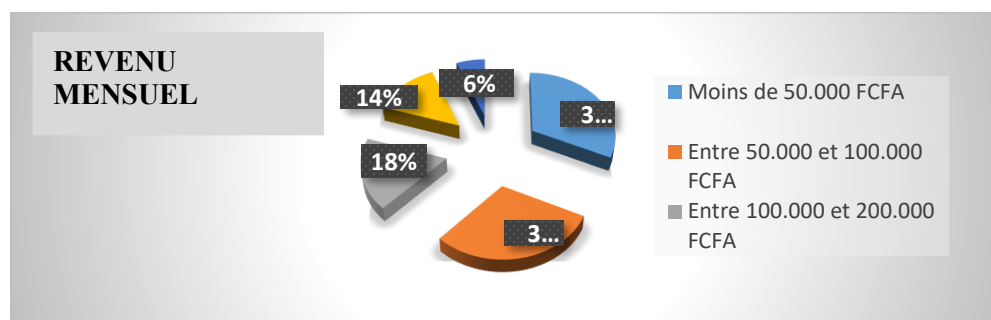
Source : Enquête de terrain

La répartition professionnelle des participants montre un équilibre entre secteurs formel (36%) et informel (34%), avec 8% de chômeurs. Le secteur informel expose à une grande vulnérabilité (absence de protection sociale, salaire irrégulier) rendant difficile l'anticipation des dépenses de santé, selon le HBM.

- Revenu mensuel

Les données sur le revenu confirment une concentration dans les tranches de revenus les plus basses, bien que la part sans revenu soit faible. Les données se présentent comme suit :

Figure 2 : Revenu mensuel des enquêtés



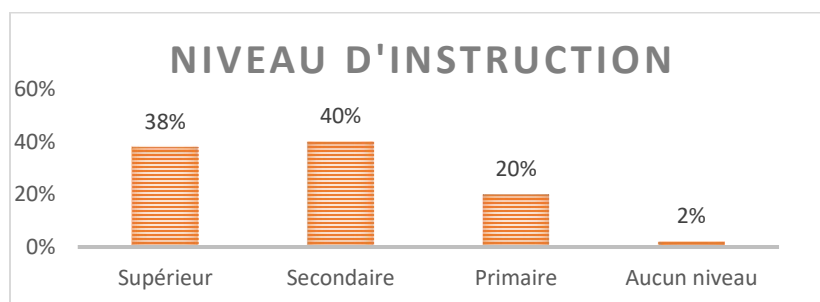
Source : Enquête de terrain

Une proportion significative de l'échantillon (62%) vit avec moins de 100.000 FCFA par mois, un revenu souvent insuffisant pour couvrir les besoins essentiels et les dépenses de santé prévues au CHU. Même avec un revenu d'activité, ces ménages sont à la limite du seuil de pauvreté ivoirien. Pour ces individus, la barrière financière est un obstacle majeur qui prime souvent sur la sévérité perçue de la maladie, entraînant des retards de soins.

- Niveau d'instruction

La répartition par niveau d'éducation montre une population majoritairement éduquée :

Figure 3 : Niveau d'instruction des enquêtés



Source : Enquête de terrain

Une très large majorité (38% et 40%) a atteint le niveau secondaire ou supérieur. Ce niveau d'éducation élevé représente un atout potentiel pour la communication sociale, car ces participants sont plus susceptibles de comprendre des messages de santé complexes ou des procédures administratives (comme l'adhésion à la CMU). Cependant, cela souligne que la précarité n'est pas uniquement liée à la l'éducation, mais aussi au contexte économique global. La minorité peu instruite (20% et 2%) demeure la plus vulnérable aux barrières informationnelles du Modèle de Croyances Relatives à la Santé.

En somme, le profil des 50 patients et parents au CHU de Bouaké révèle une population majoritairement féminine, jeune et précaire : secteur informel et revenus faibles, malgré un niveau

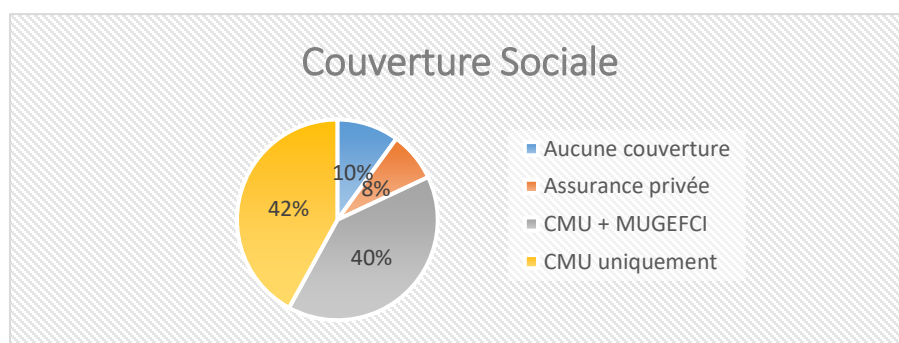
d'instruction majoritairement élevé. Le contexte économique actuel (inflation) aggrave l'accès aux soins : les dépenses de santé sont sacrifiées pour les besoins alimentaires. La précarité socio-économique bloque l'accès aux soins, nécessitant une communication sociale solidaire et inclusive.

2.2. Obstacles liés à la prise en charge des patients

La précarité socio-économique ne se manifeste pas seulement par une absence de revenus, mais aussi par une difficulté à surmonter les obstacles financiers du système de santé, malgré l'accès à des mécanismes de solidarité comme la CMU, souvent limité dans leurs efficacités.

- Adhésion à une couverture sociale

Figure 4 : Répartition des enquêtés selon leur adhésion à une couverture sociale



Source : Enquête de terrain

L'analyse de l'adhésion met en évidence un système de santé à deux vitesses au CHU de Bouaké, où le statut professionnel joue un rôle déterminant. En effet, 40% des participants jouissent d'une double couverture du fait de la sécurité du régime universel (CMU) couplée à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire. Par ailleurs, 42% ne comptent que sur la Couverture Maladie Universelle. Ce groupe, issu majoritairement du secteur informel ou étudiant, représente la cible principale des réformes actuelles, mais reste vulnérable. D'autre part, seulement 8% des enquêtés disposent d'une couverture privée, soulignant le faible recours au marché assurantiel classique par les populations précaires. Enfin, 18% d'entre eux déclarent n'avoir aucune couverture. Pour ces patients, l'accès au CHU de Bouaké représente une barrière financière absolue. Cette situation engendre une inégalité des chances dès le guichet d'accueil, alimentant les perceptions de stigmatisation pour les non assurés.

La prédominance de la CMU (42%) témoigne de la montée en puissance du régime obligatoire. Toutefois, les 40% affiliés à la MUGEFCI rappellent le rôle central de cette institution préexistante. Contrairement à la CMU dont le déploiement est récent, la MUGEFCI bénéficie d'un ancrage

historique profond chez les agents de l'Etat. La loi impose une complémentarité³ : la CMU agit comme le socle de base obligatoire, tandis que la MUGEFCI intervient pour couvrir le ticket modérateur⁴ restant. Cette superposition administrative, bien que protectrice, peut générer une confusion chez les patients précaires, renforçant l'importance d'une communication sociale claire sur les circuits de prise en charge.

- **Les failles de la couverture : éligibilité restrictive et panier de soins limité**

Tableau 2 : Distribution des failles de la couverture sociale

Obstacles à l'effectivité	Nombre de citations	Fréquence (%)
Défaut de cotisation	21	42%
Examens non couverts	11	22%
Ruptures de stock (Pharmacie prenant les bons)	10	20%
Médicaments hors liste	8	16%
Total des citations	50	100%

Source : Enquête de terrain

Les données concernant l'adéquation entre la couverture sociale et les besoins réels des patients révèlent que la possession d'une carte d'assuré ne garantit pas la gratuité ni même l'accessibilité des soins. Deux types de ruptures dans le parcours de soin ont été identifiés par les participants.

La précarité financière entraîne une perte d'éligibilité à la CMU (42% : défaut de cotisation) et les limites du système de santé créent des ruptures de service (58% : examens non couverts, rupture de stock, médicaments hors liste). Cela oblige les patients à payer des frais imprévus, aggravant leur précarité.

Ces obstacles alimentent la méfiance envers le système de santé. Si la communication sociale ne clarifie pas pourquoi certains médicaments sont "hors liste" ou comment régulariser ses cotisations, le patient précaire finit par percevoir la couverture sociale comme une promesse non tenue, ce qui le pousserait à l'automédication.

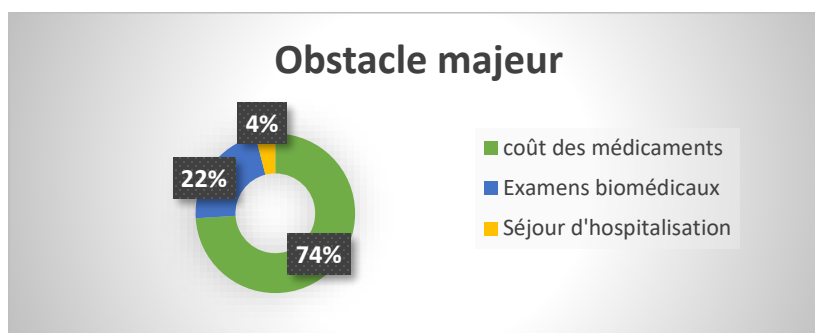
- **Obstacle majeur à la prise en charge**

Les participants ont identifié l'obstacle financier le plus "criard". Les données se présentent comme suit :

³ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU

⁴ La partie que le patient doit payer de sa poche. Selon l'IPS-CNAM, l'enjeu majeur en 2026 est de réduire ce ticket pour les plus vulnérables.

Figure 5 : Identification de l'obstacle majeur selon les enquêtés



Source : Enquête de terrain

Le coût des médicaments est, de loin, l'obstacle financier le plus significatif, cité par près des trois quarts des enquêtés. Ce résultat est crucial : l'hospitalisation (souvent mieux couverte ou négociable) n'est pas le frein principal, mais c'est l'achat immédiat et répété de médicaments qui pèse le plus lourd sur les ménages précaires. La "barrière financière" est donc très concrète et quotidienne, impactant directement la capacité à suivre un traitement jusqu'au bout.

Le principal obstacle à la prise en charge au CHU de Bouaké est l'inefficacité opérationnelle de la CMU (Y. N'Goran 2023 :12) avec 42% d'enquêtés couverts, mais contraintes d'éligibilité et paniers de soins limité. Le coût des médicaments (74%) est l'obstacle majeur, aggravé par l'inflation, créant une dissonance entre le "bénéfice perçu" et la "barrière financière" réelle, annulant l'effet protecteur de la couverture sociale et nécessitant des stratégies de communication sociale ciblées.

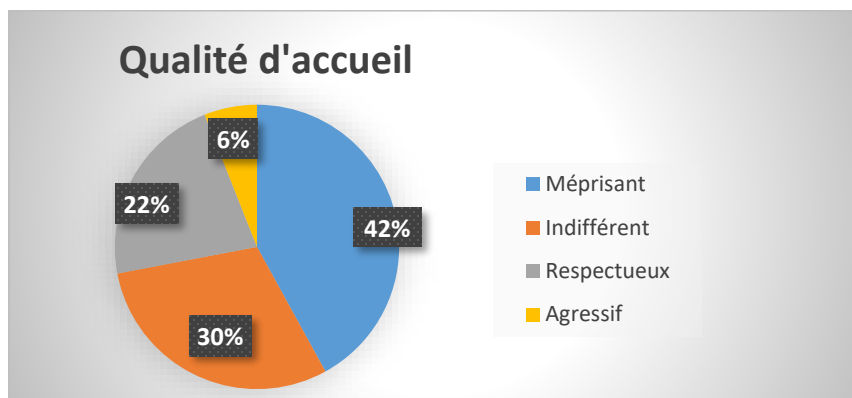
2.3. La stigmatisation au cœur de l'expérience hospitalière au CHU de Bouaké

Les résultats de l'enquête montrent que la précarité socio-économique détériore la relation soignant-soigné. L'apparence physique et l'incapacité à payer déclenchent un "discrédit" dès l'entrée à l'hôpital, se traduisant par : une dégradation de l'accueil liée à la perception visuelle de la pauvreté et une négligence dans la prise en charge.

- Perception de l'accueil : le stigmate de l'apparence

L'analyse des interactions initiales montre que l'accueil est fortement corrélé au statut social perçu.

Figure 6 : Perception de la qualité de l'accueil en fonction de l'apparence sociale du patient



Source : Enquête de terrain

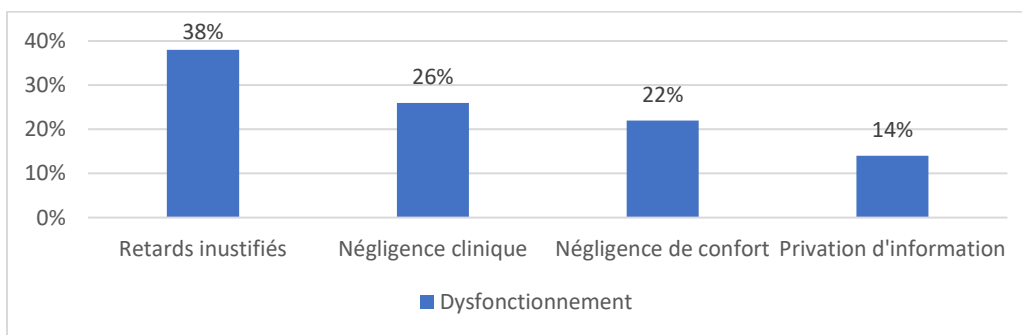
L'accueil majoritairement méprisant ou infantilisant (42%) confirme la théorie de Goffman sur le "discrédit". Le patient précaire subit une stigmatisation dès l'entrée : il n'est plus un sujet à soigner, mais un objet de gêne. Un patient décrit cette situation : « Eeh... Tu arrives à l'accueil même pour te regarder c'est problème. Tu essaies de parler à peine si on te prête attention ». Cette indifférence est une forme de violence symbolique : le personnel refuse l'interaction pour montrer au patient qu'il n'est pas considéré comme un citoyen "valable".

Au-delà de l'accueil initial, le stigmate de la précarité s'inscrit dans la durée du séjour à travers des pratiques de soins différenciées.

- Mauvais traitements et barrières financières

La stigmatisation se matérialise par des actes de négligence qui transforment la précarité en danger vital.

Figure 7 : Fréquence des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients



Source : Enquête de terrain

Le retard injustifié (38%) qui fait référence à l'attente liée à la vérification de la solvabilité, est le premier levier de stigmatisation. Le temps médical est suspendu au temps financier. Le témoignage d'un parent de patient est sans équivoque : « Si tu ne payes pas, on ne touche pas ton malade hein... tant que tu n'envoies pas l'argent au médecin tu es là ». Ici, le médecin n'est plus dans une logique de serment d'Hippocrate, mais dans une logique de transaction. Le mépris est parfois verbalisé brutalement, comme le rapporte un autre parent : « La vieille, si tu n'as pas d'argent, il faut aller chercher sinon je ne peux rien faire pour toi ». Cette phrase illustre la rupture de la communication sociale : l'absence d'argent annule le droit à l'écoute et à l'assistance.

La stigmatisation est aussi nourrie par le personnel qui perçoit le patient précaire comme un agent perturbateur. Une aide-soignante confie : « Ceux-là ils n'ont pas d'argent, c'est eux qui viennent fatiguer les gens ici ». Cette citation révèle que pour le personnel le patient indigent est un "fardeau" qui sature inutilement le service. Le mépris devient alors une stratégie de défense pour décourager les patients en difficulté financière de solliciter le service.

L'analyse révèle que la prise en charge au CHU de Bouaké dépend d'une hiérarchisation sociale des patients (D. Fassin, 2000 : 112). La stigmatisation débute par un "procès en indigence" basé sur l'apparence, dépouillant le patient de sa dignité. Le mépris verbal et l'invisibilité transforment le patient en "indésirable". Le stigmate de la pauvreté devient une "identité gâchée" selon Goffman, autorisant le personnel à s'affranchir de l'éthique médicale. Tandis que la solvabilité détermine la rapidité des soins, l'absence de moyens entraîne un désengagement clinique : « si tu ne payes pas, on ne touche pas ton malade ». Cette stigmatisation est la manifestation d'un système de communication défaillant, nécessitant une refonte urgente des stratégies de communication hospitalière pour restaurer le droit à la santé pour tous.

3. Discussion

L'analyse des circuits de communication actuels révèle un déficit de médiation remédiable par des stratégies institutionnelles basées sur la dignité humaine. D'abord le diagnostic des failles et ensuite les solutions opérationnelles.

3.1. Diagnostic des barrières communicationnelles et institutionnelles

L'analyse de la communication au CHU de Bouaké révèle un système inadapté aux réalités socio-économiques et culturelles de la population. Les observations de terrain ont permis d'identifier trois faiblesses majeures qui exacerbent la précarité et la stigmatisation des patients. Le système de

communication actuel est dominé par une logique marchande. L'échange entre soignant-soigné s'articule fréquemment autour de prérequis administratif « Avez-vous payé ? » ou purement technique « Prenez ce médicament », reléguant ainsi au second plan la dimension humaine et sociale du patient. Cette approche réduit le parcours de soin à une série de transactions, où l'absence de solvabilité annule le droit à la considération. Par ailleurs, le service social, perçu comme un simple bureau administratif, reste invisible et n'est pas intégré au parcours de soin dès l'accueil, renforçant cette dynamique d'exclusion.

La communication est rendue inefficace par des obstacles structurels tels que la barrière linguistique et technique. L'usage exclusif d'un français technique et médical crée une fracture communicationnelle majeure. Pour les patients précaires, souvent peu scolarisés et parlant principalement les langues locales (Baoulé et Dioula), le jargon médical est une forme d'exclusion. En outre, il existe aussi un silence institutionnel. En effet, l'absence de signalétique claire sur les aides sociales plonge le patient dans l'ignorance totale de ses droits et des dispositifs de gratuité ciblée. Ce manque d'information renforce une asymétrie de pouvoir flagrante où le personnel détient l'information sans la partager.

L'asymétrie de pouvoir engendre une communication essentiellement descendante. Le patient précaire, par peur d'être humilié ou par honte (stigmaté), n'ose plus poser de questions ni exprimer ses symptômes réels. Cette rupture du lien de confiance fausse le diagnostic, conduit à une mauvaise observance du traitement et peut aller jusqu'à mettre en péril la santé du patient. L'échec de la communication sociale est ainsi un facteur aggravant de la santé publique.

Le diagnostic de la communication au CHU de Bouaké met en lumière une rupture du Modèle transactionnel de Barnlund. En effet, les filtres perceptuels des soignants, marqués par le stigmaté de la pauvreté, biaisent la création de sens partagé. Selon les axiomes de Watzlawick, cette relation est marquée par une symétrie de pouvoir où le soignant domine le patient, transformant l'acte de soin en une simple injonction technique dépourvue de dimension relationnelle.

3.2. Stratégies et recommandations pour une meilleure prise en charge des patients en difficulté financière

A la lumière du diagnostic établi, il est impératif de repenser le modèle de communication hospitalière pour une approche plus inclusive et circulaire telle que théorisée par D. Barnlund, 2008 et P. Watzlawick, 1972. Les stratégies suivantes visent à lever les barrières identifiées afin de

garantir au patient précaire une prise en charge digne, équitable et débarrassée de tout stigmate social. Pour ce faire, il faut une institutionnalisation de la médiation sociale à l'accueil. La mise en place de médiateurs sociaux dès le premier point de contact (les urgences et le bureau des entrées) est impérative. Elle est importante pour améliorer la confiance entre personnel soignant et usagers du CHU de Bouaké. Ces agents, formés à l'écoute empathique et maîtrisant les langues locales, agissent comme des interfaces de confiance. En expliquant les procédures sans jugement, ils neutralisent le regard stigmatisant du personnel et désamorcent les tensions liées à l'indigence. Le médiateur revalorise l'identité sociale du patient en le réintégrant dans son statut de sujet de droit et humanise sa prise en charge.

Aussi, pour pallier à l'illettrisme et le jargon médical, le CHU doit concevoir des supports visuels (boîtes à images, infographies) pour expliquer la prise en charge et les aides (CMU, fonds d'indigence), brisant ainsi le silence institutionnel et aidant les vulnérables à accéder aux mécanismes d'aide directement.

Par ailleurs, la Mise en vigueur d'une charte de la relation soignant-soigné, est essentielle. L'affichage systématique d'une charte de bientraitance dans chaque service du CHU de Bouaké stipulant le respect de la dignité humaine comme obligation professionnelle accompagner de sessions de sensibilisation à l'éthique de la communication pour une approche centrée sur la personne. Le service social ne doit plus être un bureau de derniers recours, mais le pivot du parcours patient avec un guichet unique clairement identifié, réduisant les délais et l'auto-stigmatisation en intégrant le travailleur social dès l'admission.

Cette étude présente des limites liées à la taille de l'échantillon (60 participants), ce qui restreint la généralisation des résultats à l'échelle nationale. S'y ajoutent un possible biais de désirabilité sociale, où la peur de sanctions ou de représailles a pu influencer la sincérité des réponses, ainsi que la subjectivité inhérente au ressenti émotionnel des participants. Enfin, le cadre géographique restreint au CHU de Bouaké ne rend pas compte des disparités potentielles avec les autres centres hospitaliers de Côte d'Ivoire.

Conclusion

Cette étude visait à analyser l'impact de la précarité sur la prise en charge au CHU de Bouaké et à évaluer l'apport de la communication sociale. S'appuyant sur une approche mixte (qualitative et quantitative) auprès de 60 participants, nos travaux confirment le postulat selon lequel l'indigence

génère une stigmatisation structurelle qui entrave l'accès aux soins. Les résultats confirment que la précarité ne se limite pas à un manque de ressources financières, elle se manifeste par des barrières psychologiques et une rupture de la communication entre soignants et soignés. L'analyse met en évidence que l'accueil méprisant et les retards de soins déshumanisent le patient précaire. Dès lors, la communication sociale s'impose comme un levier stratégique car elle permettra de clarifier l'accès aux aides, de restaurer la dignité par la médiation humaine et d'optimiser l'observance thérapeutique. Pour que le CHU de Bouaké remplisse sa mission de service public, il est impératif d'intégrer la médiation sociale au cœur du parcours de soins, faisant de la dignité le socle d'une communication hospitalière éthique et inclusive.

Références Bibliographiques

BARNLUND Dean Clifford., 2008, « A Transactional Model of Communication », *Communication Theory*, 2nd ed., p. 47-57.

FARMER Paul Edward., NIZEYE Bruce, STULAC Sara et KESHAVJEE Salmaan, 2006, « Structural violence and clinical medicine », *PLOS Medicine*, Vol. 3, N°10, p.1686-1691.

FASSIN Didier, 2000, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 24, N°1, p.95-116.

GOFFMAN Erving, 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 175 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE, 2021, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025*, Abidjan, Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation, 184 p.

N'GORAN Yao, 2023, « Analyse critique de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, N°1, p.172-175.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 1948, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Genève, OMS, 24 p.

ROSENSTOCK Irwin Max, 1974, « Historical Origins of the Health Belief Model », *Health Education Monographs*, Vol. 2, N°4, p.328-335.



SERVAES Jan, 2008, *Communication for development and social change: An integrated approach*, Los Angeles, Sage Publications, 448 p.

WATZLAWICK Paul, BEAVIN Helmick Janet et JACKSON Don D., 1972, *Une logique de la communication*, Paris, Éditions du Seuil, 280 p.