

Acceptabilité des usages sociaux du test de dépistage de la Covid-19 chez les femmes du secteur non formel au Bénin

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a qualifié le SARS-CoV-2 ou Covid-19 d'urgence de santé publique de portée internationale et l'a considéré comme une pandémie en janvier 2020. Elle a mis en place un ensemble complet d'orientations techniques en ligne ainsi que des conseils à l'intention de tous les pays sur la manière de détecter, de dépister et de prendre en charge les cas potentiels, sur la base de ce que l'on sait du virus à ce moment-là. Le dépistage à grande échelle par le test RT-PCR a été proposé aux populations parmi les mesures de riposte. Ces tests de dépistage permettent de détecter les cas de personnes infectées qui sont asymptomatiques ou pré symptomatiques qui pourraient passer inaperçus. Ils permettent aussi une prise en charge précoce et de réduire l'exposition à la Covid-19 et d'assurer la sécurité des populations. L'un des défis du dépistage en Afrique est de développer des mécanismes efficaces pour amener les populations à accepter ce test au moment où les représentations sociales de cette maladie suscitent bien des polémiques allant du numineux à la thèse complotiste sous-tendue par la "colonialité" euro-occidentale des savoirs et des pratiques (A. Mbembe & F Sarr, 2017 ; M. A. Büyüm *et al.* 2020). Sortir de la "colonialité" c'est s'éloigner de l'universalisme trompeur ou des "universaux occidentaux" pour se positionner dans le champ de savoirs qui reflète la nature plurielle du monde (N. Y. Kisukidi, 2017 ; C. Affun-Adegbulu Clara et O. Adegbulu, 2020).

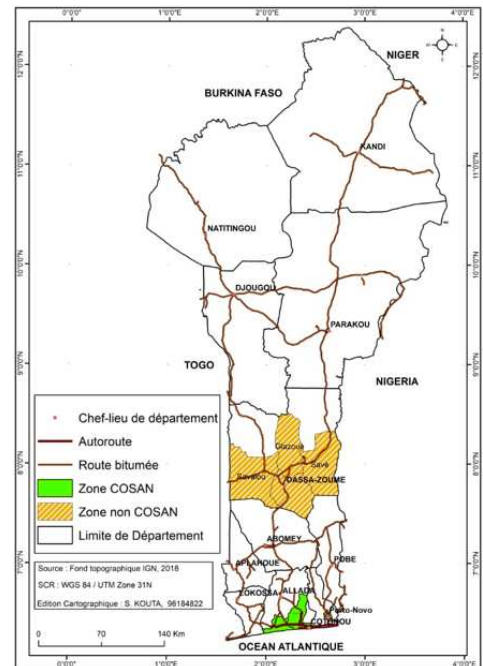
Des travaux se sont intéressés à l'engagement social dans la lutte contre la pandémie de la Covid-19 à travers l'analyse de l'acceptabilité du test de dépistage comme ce fut le cas pour les programmes de vaccination. Sur ces aspects, des études de cas ont investigué les contextes à faible ressource, notamment en Afrique subsaharienne. Les travaux de Y. Voumbo Matoumona Mavoungou *et al.* (2022) au Congo ont mis l'accent sur des observations réalisées à Brazzaville dans la période de pic de la maladie en Août 2020. L'opinion générale des populations locales traduirait une méfiance ou plutôt de l'aversion pour les mécanismes de lutte contre la Covid-19. Il ressort que les facteurs associés au refus du dépistage volontaire étaient la peur des résultats du test, principalement et l'insuffisance de perception de la gravité ou le déni de la maladie. Ce constat corrobore celui fait par I. Diagne *et al* (2020), qui ont noté dans leur étude au Sénégal entre autres des difficultés liées à la stigmatisation et à la discrimination des personnes infectées, le manque d'empathie des équipes de suivi.

Au Bénin, La riposte du Bénin à la Covid-19 se décline en une série de stratégies. Un numéro d'appel gratuit a d'abord été créé en avril 2020 afin d'informer et d'orienter les populations vers les centres de tri et de dépistage qui ont peu à peu été ouverts sur l'ensemble des 77 communes du pays. Des sites de dépistage ont été installés à l'aéroport et aux frontières, et des équipes de dépistage mobiles se rendaient désormais dans les institutions administratives et les entreprises. Malgré tous ces efforts fournis dans la riposte de Covid-19 à travers les tests de dépistage dès le début de la pandémie de Covi-19, le Bénin, comme les autres pays de la sous-région reste toujours confronté au non-recours ou à la réticence au test du dépistage de la Covi-19. Une étude récente réalisée dans 5014 ménages auprès de 2500 femmes de 15-64 ans du secteur non formel au Sud et au Centre du pays indiquait que 15,8% ont fait le test de dépistage de la Covid-19. Les présentes analyses visent à étudier les facteurs explicatifs du non-recours au dépistage de la Covid-19 au sein des femmes du secteur non formel au Sud et Centre du Bénin.

Données et méthodes

Les données proviennent d'une étude mixte (quantitative et qualitative) sur les effets de la Covid-19 chez les femmes du secteur non formel au Sud et Centre Bénin dont la collecte des données a eu lieu en août et septembre 2023. La base de sondage est constituée du fichier des villages ou quartiers de villes établis par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) du Bénin de 2013. Pour la constitution de l'échantillon, il a été opté pour l'adoption d'un plan d'échantillonnage aléatoire à deux degrés à l'image de l'enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-V) réalisée en 2017-2018 (INSAE & ICF International, 2019). Au premier degré les unités primaires de sondage (UPS) ou grappes ou villages ou quartiers ont été tirées et au second degré, 40 ménages ont été sélectionnés.

L'étude a ciblé deux zones (zone d'intervention COSAN et zone tampon ou non COSAN) avec 5014 ménages (2494 dans



la zone du cordon sanitaire ou COSAN et 2520 dans la zone témoin). La zone d'investigation comprend le Sud (Cotonou, Porto-Novo, Ouidah et Abomey-Calavi) et le Centre (Dassa-Zoumé, Savalou, Glazoué et Savè) du Bénin. Parmi ces ménages, 4931 femmes de 15-64 ans (2429 dans la zone COSAN et 2502 dans la zone non COSAN) et 2199 hommes de 15-64 ans (1103 dans la zone COSAN et 1096 dans la zone non COSAN) ont été interrogés. Le volet qualitatif a permis de réaliser 90 entretiens individuels et 14 Focus Group Discussion (FGD) auprès de personnes ayant déclaré avoir subi de violence et de quelques personnes ressources (femmes et hommes du secteur non formel, leaders communautaires, autorités locales, etc.). Trois types d'outils ont été utilisés pour la collecte des données. Il s'agit du bordereau de dénombrement des ménages et des questionnaires (ménage, femme) et du guide d'entretien. Les données quantitatives ont été collectées à l'aide de tablettes ou Smartphones. À cet effet, un masque de saisie sous Survey-CTO a été élaboré pour les outils de collecte validés. Les données qualitatives ont été enregistrées sur support magnétique et transcrites par la suite en français avec MS Word. La variable dépendante est le « non-recours au test de dépistage de la Covid-19 ». Elle prend le code "1" lorsque la répondante refuse de faire le test de dépistage de la Covid-19 et "0" dans le cas contraire. Sur la base de la revue de littérature et les données disponibles dans la base de données de l'étude, les variables indépendantes retenues concernent : l'âge, la religion, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le milieu de résidence, la zone d'étude, l'activité principale, le domaine d'activité et la catégorie socioprofessionnelle. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide des techniques d'analyse descriptive (uni-variée et bi-variée) suivies de la régression logistique, avec le logiciel SPSS. Des proportions ont été calculées pour déterminer les valeurs des indicateurs. L'analyse s'est appuyée sur l'examen des tableaux statistiques reflétant les différents objectifs de l'étude. Les données qualitatives ont fait objet d'analyse de contenu. Le seuil de signification des écarts retenu est de 5% ($p < 0,05$). Le protocole a obtenu l'avis N°172 du 20 juillet 2023 délivré par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Institut des Sciences Biomédicales (CER-ISBA) au Bénin, de même que le visa statistique n°26/2023/MEF/INStAD/DCSFM du 03 juillet 2023 délivré par le Conseil National de la Statistique (CNS) du Bénin.

Résultats

Profil des répondants

Les répondants sont relativement jeunes : 56 % de femmes ont moins de 35 ans. Les adolescents de 15-19 ans représentent 12% des femmes. Quatre femmes sur dix (39,3%) n'étaient pas instruites. Le quart avait un niveau primaire (25,7%) et environ quatre sur dix (35,0%) avaient un niveau secondaire ou plus. La majorité des répondantes vivaient en milieu rural au moment de l'enquête (58,3% contre 41,7% en milieu urbain). La moitié vivait dans la zone du cordon sanitaire (COSAN). L'autre moitié, dans la zone témoin ou tampon. Plus de sept répondants sur dix (73,4 % pour les femmes) étaient en union. 14,8% des femmes étaient célibataires. Le secteur informel est prépondérant et occupe 96,0% des femmes en emploi et huit femmes sur dix (78,0%) travaillaient au moment de l'enquête. Globalement, le commerce occupe plus de la moitié des femmes (53% : 71,5% dans la zone COSAN et 37,2% dans la zone non COSAN).

Analyse descriptive du non-recours au dépistage de la Covid-19 chez les femmes

Dans l'ensemble, une forte majorité (84,2%) des répondantes a déclaré ne pas avoir fait le test de dépistage de la Covid-19 (cf. figure 1). La répartition selon les caractéristiques sociodémographiques indique une aversion significativement influencée par : la religion, l'âge la zone d'intervention, le niveau d'instruction le département, l'activité des femmes. Selon la religion, on note que les fidèles Vodoun (91,5%) sont les plus nombreuses à avoir de l'aversion pour le test de dépistage de la Covid-19. Elles sont suivies des "sans religion" (86,5%), des chrétiennes (83,8%) et des musulmanes (81,3%). Selon l'âge, les jeunes (85,6%) et les 50 ans et plus (85,2%) y sont plus résistantes que les 30 à 49 ans (82,5%).

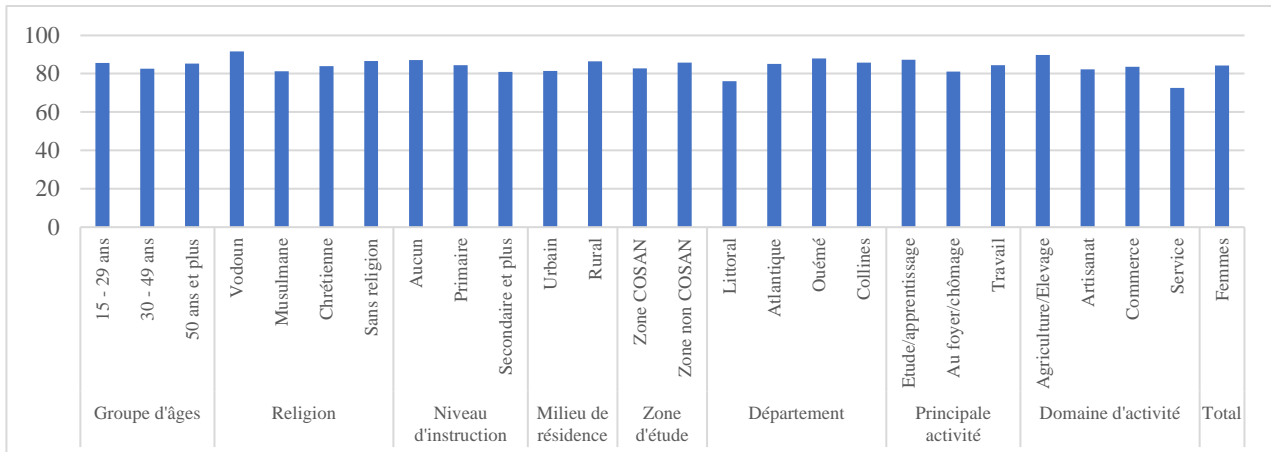


Figure 1: Répartition (en %) de la population selon la pratique du test de dépistage de la Covid-19 chez les femmes

Le non-recours au test de dépistage est inversement proportionnel au niveau d'instruction (non instruites : 87,1% ; primaire : 84,4% ; secondaire et plus : 80,9%) et plus prépondérant en milieu rural (86,3% contre 81,3% en milieu urbain). Il est également plus dominant dans les départements de l'Ouémé (87,9%), des Collines (85,6%) et de l'Atlantique (85,1%) comparés au Littoral (76,0%). Selon le domaine d'activité, les femmes travaillant dans les secteurs agricole (89,7%) et commercial (83,6%) sont plus résistantes au test de dépistage comparées à celles opérant dans l'artisanat (82,1%) et les autres services (72,6%).

Analyse explicative du non-recours au test de dépistage de la Covid-19

Il ressort des analyses que les facteurs explicatifs du non-recours au test de dépistage de la Covid-19 sont : l'âge, la religion, le niveau d'instruction, l'activité principale, le domaine d'activité et la catégorie socioprofessionnelle.

Age : Comparativement aux femmes de 15 – 29 ans, celles de 30 – 49 ans courent 0,7 fois moins de risque de ne pas recourir au test de dépistage de la Covid-19. Cependant, il n'existe aucune différence significative entre les répondantes de 15 – 19 ans et celles âgées de 50 – 64 ans en matière de dépistage de la Covid-19.

Religion : Comparativement aux adeptes des religions traditionnelles, les musulmanes et chrétiennes courent respectivement 0,5 et 0,6 fois moins de risque de ne pas recourir au test de dépistage de la Covid-19.

Niveau d'instruction : Les femmes du niveau secondaire ou plus courent 0,7 fois moins de risque de ne pas recourir au test de dépistage de la Covid-19.

Activité principale : Comparativement aux élèves, étudiantes et apprenties, les femmes au foyer et celles qui sont au chômage courent 0,6 fois moins de risque de ne pas recourir au test de dépistage de la Covid-19.

Domaine d'activité : Comparativement aux agricultrices, les artisanes et les femmes exerçant dans le domaine des services courent 0,6 fois moins de risque de ne pas recourir au test de dépistage de la Covid-19. Ce risque est de 0,7 pour les commerçantes.

Catégorie socioprofessionnelle : Les femmes indépendantes et aides familiales courent respectivement 2,3 et 3,2 fois plus de risque de ne pas recourir au test de dépistage de la Covid-19 comparativement à leurs homologues cadres et ouvrières.

Conclusion

Les présentes analyses visaient à étudier les facteurs explicatifs de l'aversion au dépistage de la Covid-19 au sein des femmes du secteur non formel au Bénin. Les résultats indiquent que les répondantes avaient majoritairement de l'aversion audit test. Le jeune-âge, le niveau d'instruction, les zones reculées et les religions endogènes étaient les facteurs significativement associés au non recours au dépistage de la Covid-19. La peur d'être dépistées positives et de devoir affronter les conséquences comme la stigmatisation, la discrimination et l'ostracisme qui conduiraient inéluctablement à une mort certaine constituaient un réel frein pour la promotion du test de dépistage de la Covid-19 au sein des répondantes.

Références bibliographiques

1. Affun-Adegbulu Clara, Adegbulu Opemiposi, 2020, « Decolonising global (public) health: from western universalism to global pluriversalities », *BMJ Global Health* 5 (8) : e002947. URL : [dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002947](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002947)
2. Büyüm Ali Murad, Kenney Cordelia, KORIS Andrea, MKUMBA Laura, RAVEENDRAN Yadurshini, (2020). « Decolonising global health: if not now, when? », *BMJ Global Health* 5 : e003394.
3. Diagne Ibra, Dieng Allé Baba, Sougou Ahmed, Ndione Albert Gauthier, 2020, La prise en charge psychosociale des contacts de cas confirmés de COVID-19 à Touba, Sénégal. *Pan Afr Med J.* 8 sept 2020;37(Suppl 1): 5.
4. Kisukidi Nadia Yala, 2017, « Laetitia Africana. Philosophie, décolonisation et mélancolie », in Achille Mbembé, Felwine Sarr (éd.), *Écrire l'Afrique-Monde*, Dakar, Philippe Rey / Jimsaan : 51- 69.
5. Mbembe Achille, Sarr Felwine, 2017, *Écrire l'Afrique-Monde*, Dakar, Philippe Rey / Jimsaan
6. Voumbo Matoumona Mavoungou Yolande et al., (2022). Acceptabilité du test de dépistage de la COVID-19 chez la population de Brazzaville, *Pan African Medical Journal.* 2022;41(297). 12 p. 10.11604/pamj.2022.41.297.32641, Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/297/full>, 12 p.