

Vol. 2, No. 1, avril 2026



REVUE LE
FROMAGER

Le Fromager

Revue des Sciences humaines
et sociales, Lettres, Langues
et Civilisations

Fréquence :

TRIMESTRIELLE

ISSN-L : 3079-8388

ISSN-P : 3079-837X

Editeur :

**UFR/Lettres et Langues de l'Université Alassane
Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire)**

WWW.REVUEFROMAGER.NET

ADMINISTRATION ET RÉDACTION

Directeur de publication

DANHO Yayo Vincent
Maître de Conférences
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Secrétaire de la rédaction

KOUAMÉ Arsène

Web Master

KOUAKOU Kouadio Sanguen
Assistant, Ingénieur en informatique, Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Comité scientifique

ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BATCHANA Eshohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
GOMA-THETHET Roval, Maître de conférences, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
Klaus van EICKELS, Professeur titulaire, Université Otto-Friedrich de Bamberg (Allemagne)
KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly

SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

Comité de rédaction

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

DJAMALA Kouadio Alexandre Histoire, Assistant, Université Alassane Ouattara

EBA Axel Richard, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara

KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara

KOUAME N’Founoum Parfait Sidoine, Maître-Assistant, Histoire, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d’Ivoire)

KOUAMENAN Djro Bilestone Roméo, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara

KOUASSI Koffi Sylvain, Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara

MAWA-Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

N’SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N’gouabi de Brazzaville

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

OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, philosophie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d’Ivoire

Comité de lecture

ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny

BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

DEDE Jean Charles, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

DJAMALA Kouadio Alexandre, Assistant, Université Alassane Ouattara

EBA Axel Richard, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara

FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

GOMA-THETHET Roval, Maître de conférences, Université Marien N’Gouabi de Brazzaville

GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou

KOUAME N’Founoum Parfait Sidoine, Maître-Assistant, Université Peleforo Gon Coulibaly

KOUASSI Koffi Sylvain, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara

MAWA -Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'Gouabi de Brazzaville

N'GUESSAN Konan Parfait, Maître-Assistant, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny

NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville

NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I

OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara, Bouaké

SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

POLITIQUE ÉDITORIALE

Le Fromager est une revue internationale qui fournit une plateforme aux scientifiques et aux chercheurs du monde entier pour la diffusion des connaissances en sciences humaines et sociales et domaines connexes. Les articles publiés sont en accès libre et, donc, accessibles à toute personne.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Le Fromager n'accepte que des articles inédits et originaux en français ou en anglais. Les articles publiés n'engagent que leurs auteurs.

Le manuscrit est remis à deux rapporteurs au moins, choisis en fonction de leur compétence dans la discipline. Le secrétariat de 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 — d'autant plus long que l'article sera parvenu plus tôt au secrétariat pour remettre la version définitive de son texte.

Les auteurs sont invités à respecter les délais qui leur seront communiqués, sous peine de voir la publication de leurs travaux repoussée au numéro suivant.

1. Structure de l'article

Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots maximum], Mots clés [5 mots maximum] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche méthodologique), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.

Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots au plus], Mots clés [5 mots au plus] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.

2. Longueur de l'article

Quelle que soit la nature de l'article, sa longueur maximale, incluant aussi bien le texte principal que les résumés, les notes et la documentation, doit être comprise **entre 5000 et 8000 mots**.

3. Formats d'enregistrement et d'envoi

Tous les articles doivent nous parvenir obligatoirement en version numérique.

Texte numérique (Word et PDF)

3.1 Traitement de texte

La saisie de l'article doit être effectuée avec traitement de texte Word, obligatoirement en **police Garamond de taille 12, interligne simple (1)**.

La mise en forme (changement de corps, de caractères, normalisation des titres, etc.) est réalisée par l'équipe éditoriale de la revue. Les césures manuelles, le soulignement, le retrait d'alinéa ou de tabulation pour les paragraphes sont proscrits. Une ligne sera sautée pour différencier les paragraphes.

Pour la ponctuation, les normes sont les suivantes : un espace après (.) et (,) ; un espace avant et après (;), (:), (?), et (!). Les signes mathématiques (+, —, etc.) sont précédés et suivis d'un espace.

L'utilisation des guillemets français (« ») doit être privilégiée. Les guillemets anglais (" ") ne doivent apparaître qu'à l'intérieur de citations déjà entre guillemets.

Les chiffres incorporés dans le texte doivent être écrits en toutes lettres jusqu'au nombre cent. Au-delà, ils le seront sous forme de chiffres arabes (101, 102, 103...)

Les siècles doivent être indiqués en chiffres romains (I, II, III, IV, X, XX).

Les appels de note doivent se situer avant la ponctuation.

3.2. Le texte imprimé

Le texte comporte une marge de 2,5 cm sur les quatre bords. L'auteur peut faire apparaître directement les enrichissements typographiques ou avoir recours aux codes suivants : 1 trait : italiques 2 traits : capitales (majuscules) 1 trait ondulé : caractères gras. Le texte sera paginé.

4. Pagination

Le document est paginé de la page de titre aux références bibliographiques. Cette pagination sera continue sans bis, ter, etc.

5. Références bibliographiques

S'assurer que toutes les références bibliographiques indiquées dans le texte, et seulement celles-ci s'y trouvent. Elles doivent être présentées selon les normes suivantes :

5.1. Bibliographie

– **Pour un ouvrage :**

PICLIN Michel, 2017, *La notion de transcendance : son sens, son évolution*, Paris, Armand Colin.

– **Pour un article de périodique :**

IGUE Ogunsola, 2010, « Une nouvelle génération de leaders en Afrique : quels enjeux ? », *Revue internationale de politique de développement*, vol. 1, No. 2, p. 119-138.

– **Pour un article dans un ouvrage :**

ZARADER Marlène, 1981, « Être et Transcendance Chez Heidegger », in Martin KAPPLER (dir.), *Métaphysique et Morale*, Paris, L'Harmattan, p. x-y.

– **Pour une thèse :**

OLEH Kam, 2008, « Logiques paysannes, logiques des développeurs et stratégies participatives dans les projets de développements ; l'exemple du projet Bad-Ouest en Côte d'Ivoire », Thèse unique de doctorat, Institut d'Ethnologie, Université Cocody, Côte D'Ivoire.

5.2. Sources

– Pour les sources écrites :

Nom de la structure conservant le document (Centre d'archives), fonds, carton ou dossier, titre du document, année (exemple : GGAEF — 4 (1) D39 : Rapport annuel d'ensemble de la colonie du Gabon, en 1939).

– Pour les sources orales :

Nom(s) et prénom(s) de l'informateur, numéro d'ordre, date et lieu de l'entretien, sa qualité et sa profession, son âge et/ou sa date de naissance.

6. Références et notes

6.1. Appel de référence

Dans le texte, l'appel à la référence bibliographique se fait suivant la méthode du premier élément et de la date, entre parenthèses. En d'autres termes, les références des ouvrages et des articles doivent être placées à l'intérieur du texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'auteur précédé de l'abréviation de son prénom, l'année et/ou la (les) page(s) consulté(es), suivis de deux points. Exemple : (A. Koffi, 2012 : 54-55).

Si plusieurs références existent dans la même année pour un même auteur, faire suivre la date de a, b, etc., tant dans l'appel que dans la bibliographie : (A. Koffi, 2012a).

À partir de trois auteurs, faire suivre le premier auteur de et *al.* : (K. Arnaud et *al.* 2010). Quand il est fait appel à plusieurs références distinctes, on séparera les différentes références par un point-virgule (;) : (E. Kedar, 1978, 1989 ; E. Zadi, 1990).

6.2. Références aux sources

Les références aux sources (orales ou imprimées) doivent être indiquées en note de bas de page selon une numérotation continue.

6.3. Notes de bas de page

Les explications ou autres développements explicitant le texte doivent être placés en notes de bas de page correspondante (sous la forme : 1, 2, 3, etc.). Ces notes infra-paginales doivent être exceptionnelles et aussi brèves que possible.

6.4. Citations

Le texte peut comporter des citations. Celles-ci doivent être mises en évidence à partir de lignes ; retrait gauche et droite en interligne simple, en italique et entre guillemets.

– Les **citations courtes** (1, 2 ou 3 lignes) doivent être entre guillemets français à l'intérieur des paragraphes en police 12, interligne simple.

– Les **citations longues** (4 lignes et plus) doivent être sans guillemets et hors texte, avec un retrait de 1 cm à gauche et interligne simple.

– Les **Crochets** : Mettre entre crochets [] les lettres ou les mots ajoutés ou changés dans une citation, de même que les points de suspension indiquant la coupure d'un passage [...].

7. Les documents non textuels

7.1 Illustrations

L'ensemble des illustrations, y compris les photographies, doit impérativement accompagner la première expédition de l'article. En plus de chaque original, l'auteur fournira une copie aux dimensions souhaitées pour la publication : pleine page, demi-page, sur une colonne, etc. Au dos seront portés le nom du ou des auteurs, le numéro de la figure, l'indication du haut de l'illustration.

La justification maximale est de 120 mm de largeur sur 200 mm de hauteur pour une illustration pleine page. Les textes portés sur les illustrations seront en Garamond.

7.2 Dessins originaux

Ils seront soit tracés à l'encre de Chine, soit issus de traitement informatique imprimé dans de bonnes conditions. Dans ce dernier cas, on évitera les trames dessinées. Pour les objets lithiques, les croquis dits « schémas diacritiques » gagneront à être accompagnés des dessins traités en hachures valorisantes qui, eux, montrent la morphologie technique.

7.3 Documents photographiques

Les documents doivent être parfaitement nets, contrastés et être fournis sous forme de fichier numérique ; enregistrés pour « PC » (Photoshop ©/niveaux de gris 300 ppi ou bitmap 600 ppi/Tiff/taille de publication dans Illustrator © ou tout autre logiciel de dessin vectoriel/EPS/textes vectorisés).

7.4 Tableaux

La revue n'assure pas la composition des tableaux. Ils devront être remis sous forme de fichiers Acrobat © PDF (print/niveau de gris/taille de publication/300dpi) ou Illustrator © (EPS/niveau de gris/taille de publication/300dpi), respectant la justification et la mise en pages de la revue. Privilégier les fontes Garamond.

7.5 Échelles

Aussi souvent que possible, la représentation grandeur nature sera recherchée. Lorsque la réduction s'impose, l'auteur aura soin de prévoir une échelle de réduction constante pour une même catégorie de vestiges. Pour chaque carte ou plan, l'auteur donnera une échelle graphique, ainsi que la direction du Nord. Pour les objets dessinés ou photographiés, une échelle, si possible constante, accompagnera chaque pièce ou ensemble de pièces.

7.6 Titres des illustrations, photos et tableaux

Toutes les illustrations, toutes les photos et tous les tableaux doivent avoir des titres. Ces titres sont obligatoirement placés en dessous des illustrations, des photos ou des tableaux.

7.7 Légendes

L'auteur accordera un soin particulier à la qualité des légendes. Les illustrations, les photos, les tableaux et leurs légendes constituent souvent le premier contact du lecteur avec l'article. Les légendes doivent être placées en dessous des titres.

7.8 Appels des illustrations, photos et tableaux

Dans le texte, l'auteur doit obligatoirement indiquer l'appel aux illustrations, photos ou tableaux. Cet appel doit être en chiffres arabes : (fig. 1), (tabl. 2), (pl. 3 - fig. 4), etc.

Site internet de LE FROMAGER : <https://revuefromager.net/>
L'équipe éditoriale

SOMMAIRE

N’Zué Koffi Arsène GNA

Analyse comparative des facteurs socio-économiques influençant les parcours thérapeutiques des réfugiées centrafricaines et communautés hôtes congolaises 9-30

Fidèle Wendegouidi OUEDRAOGO

Compétition et représentativité culturelle à la Semaine Nationale de la Culture au Burkina Faso 31-47

Mlan Kouakou Pierre ANZIAN

Entre tradition ancestrale et modernité numérique : l'écartèlement identitaire du chrétien Agni moronou 48-65

Innocent Atehghang AFUHINGHANG

The grievances theory versus transnationalism and the Cameroon anglophone question: from 1961 to 2017 66-84

Sasso Sidonie Calice YAPI, Noël Jean Charles Abel YAPO

Médias Sociaux et Construction Identitaire des Étudiants à l'Université Virtuelle de Côte d'Ivoire : Entre Socialisation Numérique et Stress Académique 85-97

Bodji Georges Duvalier N'DRÉ, Nibé Dramane SILUÉ, Gahoun Brice Aubain GBODJÉ

Construction identitaire et médiatisation de la fête de Pâques par SOLIBRA 98-111

Soumaïla MARE

État, entre collaboration, concurrence et recentralisation : repenser la gouvernance de la culture et du tourisme au Burkina Faso 112-124

Adoté Akué AKPABIE

Précarités socioéconomiques et culturelles, stratégies politiques et déficit de consolidation démocratique au Togo 125-146

Sidiki COULIBALY, Lassana NASSOKO

La réception de la poésie française dans l'enseignement secondaire au Mali 147-158

Bi Naga Landry BOTTY

Nos sociétés contemporaines à l'épreuve des technologies émergentes : la révolution numérique, une nouvelle ère 159-170

Dié Octave MANIGA

Les transports collectifs urbains à Abidjan face aux effets de la crise socio-politique de 2002 171-183

Boubacar Bamba KEITA, Lassana TOURE, Sékou Amadou TRAORE, Brehima KEITA

Modélisation et prévision des tendances des dépenses de santé au Mali (2008–2022) à partir des séries temporelles 184-199

Michel EONE, Nicéphore Assoua ELAT, Jean Marie Obourou EBERE

Revivre de *Maât* : une solution africaine aux crises frontalières et migratoires entre le Cameroun et la Guinée Équatoriale (1968-2020) 200-217

Faustin GUEI, Philbert Kouadio KONAN, Karidia DIOMANDE, Jean-Aimée Assué YAO

Gestion des déchets solides, indicateurs environnementaux et risques sanitaires dans la ville de Bondoukou 218-234

Privat Sylvain BADELO, Guy Éric Anicet Quassy KOUAKOU

Pratiques agricoles des cotonculteurs et durabilité agroécologique dans le département de Korhogo 235-246

- MITAN, NGUEABAYE, NOUMBISSIE, FONKOUA**
Rôle des entrepreneurs tchadiens dans l'offre éducative : acteurs, stratégies et enjeux pour la gouvernance du système éducatif 247-265
- GANAME, KOUDOUGOU, OUEDRAOGO,**
Accès au foncier rural des femmes Mossé dans la province du Zoundwéogo région du Nazinon au Burkina Faso : entre normes sociales et réalités socio-économiques 266-284
- Rebecca Paule Jacqueline DO**
Conditions de détention et ses conséquences sur les détenus au pôle pénitentiaire d'Abidjan (PPA) 285-299
- Alfred Romuald GAMBOU, Yvette BAKINGU BAKIBANGOU**
L'éthique enseignante et les enjeux de la compréhension des ontologies plurielles des cultures 300-313
- Kouakou Daniel KOUAME, Kpassigué Gilbert KONE**
L'Église Confessante dans l'Allemagne Nazie : analyse historique et éthique d'une confrontation entre totalitarisme et conscience chrétienne 314-328
- Narcisse Rostand MIAFO YANOU**
Gouvernance militaire au Mali, au Burkina-Faso et au Niger et sens du présent 329-344
- Ibrahim POUNTOUGNIGNI**
L'hétérogénéité langagière comme facteur de la variation linguistique dans la francophonie négro-africaine : le cas de *Le fils-de-la-femme-mâle* de Maurice Bandaman et *La vie et demie* de Sony Labou Tansi 345-360
- Armel-Valéry TOGBO, Zana Moussa OUATTARA**
La démocratie à l'épreuve de la souveraineté : universalisme, particularisme et légitimation du pouvoir dans le discours politique de Teodoro Obiang Nguema 361-372
- Konan Chekinaël KONAN, Tinindia Kariatou YÉO**
La crise contemporaine des droits humains à l'épreuve de la responsabilité éthique : analyse philosophique d'Emmanuel Levinas 373-385
- Théodore HONBA**
La question de l'être comme urgence dans la philosophie contemporaine 386-397
- Nadine Carole NGON**
Mémoire, héritage et résistance culturelle bantou au Brésil 398-409
- Yao Célestin KOUAKOU**
La citation dans *quand on refuse, on dit non*, d'Ahmadou Kourouma : entre citation d'autorité et citation référentielle, un artifice pour une appropriation discursive 410-426
- Kobéna Fiéni Jean-Jacques KRA, Guikahué Daniel BISSOU**
De l'enclavement à l'attractivité : repenser le développement touristique du district du Zanzan par une approche systémique 427-442
- Yao Dieudonne KOUASSI, N'dri Yann Cedric KOUADIO, Yves Ayereby AYEREBY**
Analyse des impacts environnementaux de la dynamique récente du climat dans le département d'Adiako 443-458
- Abras Rahama HAMIDE**
Alphabétisation fonctionnelle et réinsertion socioprofessionnelle des femmes en situation de prostitution dans la ville de N'Djamena 459-478

Analyse comparative des facteurs socio-économiques influençant les parcours thérapeutiques des réfugiées centrafricaines et communautés hôtes congolaises

N'Zué Koffi Arsène GNA

Socio-économiste, Gouvernance et Développement
Département d'anthropologie et de sociologie
Université Alassane Ouattara, Bouaké
arsenecofi@gmail.com

Résumé

Les femmes issues des communautés hôtes et les réfugiées centrafricaines vivant dans les provinces du Sud-Ubangi et du Nord-Ubangi adoptent des parcours thérapeutiques variés. Cette diversité s'explique par l'influence de multiples facteurs socio-économiques qui orientent leurs choix et leurs pratiques en matière de soins. Cette étude analyse de manière comparative les déterminants socio-économiques influençant les itinéraires thérapeutiques des femmes réfugiées centrafricaines et des femmes issues des communautés hôtes.

La recherche adopte une approche mixte combinant une enquête quantitative auprès de 380 femmes et des entretiens qualitatifs avec 43 acteurs sanitaires et communautaires. S'appuyant sur la théorie de la pratique, elle examine l'influence du capital économique, social et culturel ainsi que du statut matrimonial sur les décisions thérapeutiques.

Les résultats montrent que les femmes hôtes privilégient une trajectoire séquentielle, débutant par l'automédication avant de recourir aux soins modernes. Les réfugiées vivant en camps optent davantage pour les services biomédicaux, grâce à la gratuité et à l'encadrement humanitaire, tandis que celles hors camps adoptent des pratiques similaires aux communautés hôtes. Trois trajectoires émergent : survie, hybride et intégrée.

Mots-clés - comparaison, itinéraire, thérapeutique, réfugiées centrafricaines, congolaises

Comparative analysis of socioeconomic factors influencing therapeutic pathways among central african refugee women and congolese host communities

Abstract

Women from host communities and Central African refugee women living in the South Ubangi and North Ubangi provinces follow diverse therapeutic pathways when facing health problems. This diversity is shaped by multiple socio-economic factors that influence their choices and care-seeking practices. This study provides a comparative analysis of the socio-economic determinants affecting the therapeutic itineraries of Central African refugee women and women from host communities.

Using a mixed-methods approach combining a quantitative survey of 380 women and qualitative interviews with 43 health and community stakeholders, the research draws on practice theory to examine the influence of economic, social, and cultural capital, as well as marital status, on therapeutic decision-making.

Findings indicate that host-community women generally follow a sequential pathway, beginning with self-medication before seeking modern healthcare. Refugee women living in camps tend to prioritize biomedical services due to free access and humanitarian support, whereas those residing outside camps adopt care-seeking behaviors similar to host populations. Three main therapeutic trajectories emerge: survival, hybrid, and integrated pathways.

Keywords - Comparison, Pathway, Therapeutic, Central African refugees, Congolese women

Introduction

Les conflits politico-militaires persistants en République centrafricaine (RCA) ont entraîné depuis plusieurs décennies un afflux massif de réfugiés vers les pays voisins, notamment la République démocratique du Congo (RDC). Les provinces du Nord-Ubangi, du Sud-Ubangi, ainsi que certaines zones du Bas-Uélé, accueillent des dizaines de milliers de réfugiés centrafricains, parmi lesquels une proportion importante de femmes et de jeunes filles. Au 30 novembre 2025, ces provinces abritaient 201 083 réfugiés, dont 53 % de femmes et 54 % d'enfants, la majorité vivant en zone rurale (UNHCR, 2025 : 1).

Ces déplacements prolongés, treize ans en moyenne, transforment profondément les dynamiques sociales, économiques et sanitaires des communautés d'accueil et exposent les réfugiés à des vulnérabilités accrues. Dans ces contextes, les femmes, réfugiées ou issues des populations hôtes, font face à des systèmes de santé souvent sous-financés, dispersés et marqués par des inégalités structurelles. Le recours aux soins n'est jamais linéaire et résulte de facteurs individuels, familiaux, communautaires, économiques et institutionnels. Les « itinéraires thérapeutiques », définis comme l'ensemble des démarches, choix et transitions effectués pour obtenir ou contourner un soin, constituent un prisme pertinent pour analyser les comportements de santé dans ces environnements contraints.

Pour les femmes réfugiées, ces itinéraires sont influencés par la précarité économique liée au déracinement, l'accès limité aux réseaux sociaux, la dépendance à l'aide humanitaire, la méconnaissance du système de santé local, les barrières linguistiques et culturelles, et la prévalence des violences basées sur le genre. Les femmes hôtes, confrontées à des défis socio-économiques similaires, pauvreté, faible couverture sanitaire, coûts des soins, inégalités de genre, bénéficient toutefois d'un accès plus ancien et stable aux réseaux et aux structures de santé.

Des études antérieures montrent que le statut socio-économique, le niveau d'éducation, la taille du ménage et les réseaux sociaux influencent les décisions de recours aux soins et les charges financières pour les ménages (Kalenda et al., 2021 : 6-8 ; Ntamabyaliro et al., 2021 : 8-11). D'autres recherches mettent en évidence les obstacles et facilitateurs à l'accès aux soins pour les femmes réfugiées et les migrants dans différents contextes (Jones et al., 2022 : 8-9 ; Gracia et al., 2024 : 8-11). Ces travaux fournissent un cadre comparatif utile pour étudier les déterminants de l'accès aux soins et les différences entre populations.

Notre étude s'inscrit dans ce contexte, en se concentrant sur les femmes et leurs itinéraires thérapeutiques, un sujet peu exploré dans la littérature, et encore moins en comparaison entre réfugiées centrafricaines et femmes hôtes en RDC. L'objectif est double : identifier les principaux déterminants socio-économiques des itinéraires thérapeutiques et comparer ces déterminants afin d'analyser les écarts, convergences et mécanismes expliquant les différences observées. Cette perspective permettra de mieux comprendre les dynamiques de recours aux soins et de formuler des recommandations pour renforcer l'équité sanitaire.

La question centrale : dans quelle mesure les disparités socio-économiques influencent-elles les trajectoires de soins, entre automédication, médecine traditionnelle et soins conventionnels, des femmes réfugiées centrafricaines par rapport aux femmes autochtones en RDC ? L'hypothèse est que les déterminants socio-économiques (niveau d'éducation, revenus, occupation, statut matrimonial, taille et composition du ménage, capital social et réseaux de soutien, accessibilité géographique) influencent de manière significative les choix thérapeutiques, avec un effet plus marqué chez les réfugiées que chez les femmes des communautés hôtes.

Les sections suivantes présentent la méthodologie adoptée et le cadre théorique mobilisé pour l'analyse sociologique.

1. Méthodologie

Cette recherche, conduite entre septembre 2025 et janvier 2026, a été réalisée dans les provinces du Nord-Ubangi (territoires de Yakoma, Mobayi-Mbongo et Bosobolo) ainsi que du Sud-Ubangi (territoire de Libenge et commune de Zongo), en République démocratique du Congo. Cette zone frontalière, limitrophe de la République centrafricaine et de la République du Congo, constitue un véritable « laboratoire social », caractérisé par une forte porosité des frontières, principalement fluviales à travers les rivières Ubangi et Mbomou, qui façonne des dynamiques constantes de mobilités transnationales.

Le choix de ces sites permet d'analyser la complexité des rapports sociaux entre populations hôtes et réfugiées centrafricaines. Ces territoires ne sont pas de simples entités géographiques, mais des espaces de recomposition où s'articulent :

- Des dynamiques de cohabitation et d'interculturalité : Les interactions quotidiennes, les solidarités familiales et les réseaux d'entraide transcendent les limites étatiques ;

- Un pluralisme thérapeutique complexe : La circulation des personnes s'accompagne d'une circulation des savoirs et des pratiques de soin, mêlant biomédecine, réseaux informels et traitements traditionnels ;

- Des trajectoires de vulnérabilité et de résilience : L'analyse se concentre spécifiquement sur les femmes (réfugiées et locales), actrices centrales des itinéraires thérapeutiques dans un contexte de mobilités forcées et de précarité sanitaire.

En somme, ce terrain offre une configuration privilégiée pour saisir comment les flux migratoires et les interactions frontalières redéfinissent les identités communautaires et les stratégies de santé.

Le choix de ce cadre spatial repose sur une double pertinence, à la fois logistique et démographique. D'une part, l'accessibilité géographique des sites a favorisé l'immersion sur le terrain. D'autre part, cette zone se distingue par une densité migratoire exceptionnelle : selon les données de l'UNHCR (2025), les provinces du Nord et du Sud-Ubangi concentrent 146 535 réfugiés centrafricains. La prédominance des femmes au sein de cette population (53 %) justifie d'autant plus la focalisation de notre analyse sur les dynamiques sociales et les parcours de soins propres à ce public spécifique.

La démarche méthodologique adoptée repose sur une approche mixte. Elle combine des méthodes quantitatives et qualitatives. Les outils de collecte de données utilisés sont le questionnaire et le guide d'entretien.

Sur la base des données fournies par les autorités communautaires et institutionnelles, 380 femmes (190 réfugiées et 190 membres de la communauté hôte) ont constitué l'échantillon quantitatif. L'échantillonnage quantitatif est de type probabiliste. Il repose sur le principe de la randomisation. La sélection des participantes a été réalisée à l'aide du logiciel HAZARD. La liste nominative et numérotée des chefs de ménages a été intégrée dans le logiciel. Celui-ci a permis de générer aléatoirement les noms des 380 personnes à enquêter dans la zone d'étude. Lorsqu'une personne sélectionnée se déclarait indisponible, un nouveau tirage aléatoire était effectué. Ce second tirage produisait uniquement des numéros aléatoires jusqu'à obtention des participantes nécessaires pour compléter l'échantillon.

L'échantillon qualitatif est composé de 43 personnes. Il comprend 6 médecins, 13 guérisseurs traditionnels, 12 chefs religieux et 12 tenanciers de pharmacie. Pour cette composante, l'étude a retenu

la méthode d'échantillonnage par choix raisonné. Cette technique consiste à sélectionner des personnes présentant des caractéristiques jugées pertinentes au regard des objectifs de recherche. Elle repose sur le jugement du chercheur (N'da, 2015 : 107).

Les données qualitatives ont été transcrites, puis regroupées en thèmes et sous-thèmes. L'analyse a tenu compte des convergences et des divergences observées, selon la méthode d'analyse de contenu. Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive. Cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Cette étude mobilise la théorie de la pratique de Pierre Bourdieu (1984-1986 : 241-258) pour analyser les parcours thérapeutiques comme des logiques d'action socialement situées, issues de l'articulation entre dispositions incorporées, ressources différenciées et contraintes structurelles. Cette approche se révèle particulièrement heuristique dans des contextes de précarité socio-économique, où les choix de santé s'inscrivent dans un champ de possibles fortement contraint (Obrist, 2006, : 275-290).

La capacité d'action des femmes dépend du volume et de la structure de leurs capitaux (économique, social, culturel et symbolique), lesquels conditionnent l'accès aux dispositifs sanitaires et orientent les arbitrages entre biomédecine, automédication et recours traditionnels ou religieux. La comparaison entre réfugiées centrafricaines et hôtes congolaises permet d'interroger comment l'inégale distribution de ces ressources se traduit par des normes de recours distinctes. L'analyse met ainsi en exergue le caractère négocié des décisions thérapeutiques face aux barrières systémiques (coûts, distance, normes de genre). Cette approche permet d'articuler les niveaux micro (expériences individuelles), méso (relations et réseaux communautaires) et macro (dispositifs sanitaires, humanitaires et politiques publiques), offrant un cadre analytique pertinent pour comprendre les logiques sociales différenciées qui structurent les parcours de soins des réfugiées centrafricaines et des communautés hôtes congolaises.

2. Résultats

L'itinéraire thérapeutique des populations étudiées étant tributaire de leurs conditions socio-économiques respectives, cette section analyse l'influence croisée du capital économique et des structures domestiques d'une part, et des capitaux social, culturel et symbolique d'autre part. Elle s'achève par une synthèse comparative des trajectoires thérapeutiques, afin de mettre en lumière les spécificités de chaque groupe.

2.1. L'influence du capital économique et des structures domestiques.

Cette section est consacrée à l'analyse des itinéraires thérapeutiques en fonction du revenu, de l'occupation, de la capacité financière, de la taille du ménage et du statut matrimonial. Elle examine également l'accessibilité géographique aux services de santé, ainsi que les coûts indirects liés au recours aux soins.

2.1.1. Revenu, occupation et capacité financière.

Les populations soumises à notre étude vivent en zone rurale, laquelle est fortement dominée par l'agriculture et les petits commerces. Comme observé dans bon nombre de territoires en République démocratique du Congo, les femmes ont difficilement accès au foncier agricole et aux fonds nécessaires aux activités commerciales. Les femmes issues des communautés hôtes n'y accèdent que par l'entremise de leurs conjoints. Quant aux réfugiées congolaises, elles n'accèdent aux terres qu'à travers les négociations conduites par la Commission Nationale pour les Réfugiés (CNR) et le HCR.

Toutefois, les parcelles qu'exploitent les femmes issues de ces deux catégories de populations excèdent rarement le demi-hectare et sont bien souvent orientées vers la subsistance. De même, en raison du faible capital de leurs activités commerciales, très peu en tirent un profit financier significatif. Ce constat permet d'aisément déduire que le revenu financier tiré des activités agricoles et commerciales reste faible.

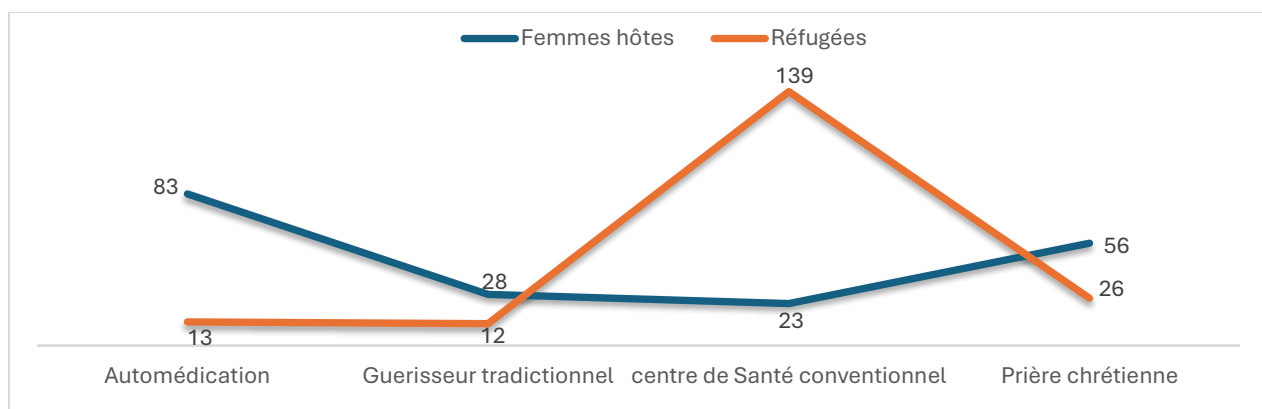
Comme l'illustre le tableau I, 62,89 % de nos enquêtées ont pour activité principale l'agriculture (67,89% des femmes hôtes et 57,89% des réfugiées), 28,42 % le commerce (28,94 % des femmes hôtes et 27,89 % des réfugiées) et 1,84 % sont des aide-ménagères (3,16 % des femmes hôtes et 0,53 % des réfugiées).

Il convient d'ajouter que les femmes vivant essentiellement des aides humanitaires sont toutes des réfugiées, soit 13,68% de notre échantillon de femmes réfugiées. Enfin, à noter que pour bon nombre de ces femmes, les revenus tirés de leurs activités sont utilisés pour couvrir les besoins alimentaires de leurs familles respectives, notamment pour l'achat de poisson, de viande, de bouillons et d'autres produits indisponibles dans leurs champs ou potagers.

L'analyse des strates de revenus révèle que la majorité des femmes enquêtées évolue dans une situation de précarité économique structurelle. Près de 69,21 % d'entre elles, soit 76,31 % des réfugiées contre 62 % des femmes issues des communautés hôtes, disposent d'un revenu mensuel inférieur au seuil critique de 50 000 francs congolais (CF). Cette concentration dans les déciles de

revenus les plus bas témoigne d'un capital économique limité, constituant un déterminant barrière à l'accès aux soins biomédicaux, dont les coûts, tant directs qu'indirects, demeurent souvent prohibitifs. Par ailleurs, 19,21 % des enquêtées perçoivent des revenus intermédiaires (entre 50 001 et 100 000 FC), tandis que seulement 4,73 % mobilisent des ressources situées entre 100 001 et 150 000 FC. Seule une frange marginale de l'échantillon dépasse ce dernier palier : quinze femmes hôtes et onze réfugiées perçoivent entre 150 001 et 400 000 FC.

Ces inégalités de dotation en capital économique façonnent de manière décisive les itinéraires thérapeutiques. Le déficit de ressources monétaires contraint les femmes à privilégier des stratégies de recours alternatives à moindre coût, telles que l'automédication, le recours aux tradipraticiens ou aux réseaux de guérison confessionnels. À l'inverse, l'élévation du revenu corrèle avec une plus grande propension à solliciter les structures de santé conventionnelles. Ainsi, en milieu rural, les comportements de santé sont tributaires du statut migratoire et du niveau de subsistance : comme l'illustre le graphique I, réfugiées et femmes des communautés hôtes déploient des trajectoires de soins distinctes en réponse à leurs besoins sanitaires.



Graph.1 : Itinéraire thérapeutique des groupes de populations

Sources : données d'enquête septembre 2025 - janvier 2026

En dépit de leur situation financière relativement plus favorable, toutes les femmes issues des communautés hôtes ont indiqué privilégier l'automédication comme première option thérapeutique en cas de problème de santé. Cette pratique inclut l'usage de produits à base de plantes ou d'animaux, ainsi que l'achat de médicaments sans ordonnance, souvent en se basant sur l'emballage ou l'expérience antérieure. Lorsque le problème persiste, elles se tournent généralement vers les guérisseurs traditionnels, combinant ainsi interventions matérielles et immatérielles. Ce n'est qu'en cas d'échec de ces deux premières stratégies qu'elles sollicitent les structures de santé modernes. À noter que 29,47 % des enquêtées, considérant certaines maladies comme d'origine spirituelle (troubles

érectiles, diabète, cancer de sein, hépatites A B et C, rhumatismes), ont recours aux jeûnes et prières. Globalement, 58,94 % des femmes hôtes chrétiennes associent pratiques religieuses et soins médicaux, tandis que 21,05 % combinent simultanément les quatre options thérapeutiques (automédication, guérisseurs traditionnels, centres de santé modernes et prières).

À l'inverse, la majorité des réfugiées adoptent un comportement différent : 73,15 % se rendent systématiquement dans les centres médicaux en cas de problème de santé. Ce choix s'explique par la gratuité des soins dans les centres situés dans les camps et villages pôles de développement (VPD), qui accueillent 82,64 % des réfugiées étudiées. Celles vivant en dehors de ces sites (17,36 %), ont des comportements se rapprochant de ceux des femmes hôtes : 29,40 % pratiquent l'automédication, 36,36 % consultent un guérisseur traditionnel, 15,15 % se rendent dans un centre de santé seulement en cas de danger vital, et 19,09 % privilégient uniquement les jeûnes et prières. Certaines réfugiées (25,04 %) combinent également les trois premières options.

Bien que les prestations des guérisseurs traditionnels soient payantes, elles restent plus accessibles que les soins modernes, notamment grâce à la flexibilité des paiements en espèces ou en nature. Comme le montre le tableau II, les personnes disposant d'un meilleur revenu (50 001 à 400 000 FC) se rendent majoritairement dans les centres médicaux (76,92 % ; 62,5 % des femmes hôtes et 100 % des réfugiées).

		0-50000	50001-100000	100001-150000	150001-200000	200001-250000	250001-300000	300001-350000	350001-400000	Total
Femmes hôtes	Automédication	50	29	2	2					83
Réfugiées		10	1							11
Femmes hôtes	Guérisseur traditionnel	14	7	5				1	1	28
Réfugiées		7	3	1	1					12
Femmes hôtes	centre de Santé conventionnel	4	8	1		2	3	3	2	23
Réfugiées		111	17	6	4	2	1	1	2	144
Femmes hôtes	Prière chrétienne	50	5					1		56
Réfugiées		17	3	3						23

Tabl. 2 : Revenus mensuels et options thérapeutiques

Sources : données d'enquête septembre 2025 - janvier 2026

Ces observations confirment l'influence du capital économique sur les choix thérapeutiques, renforcée par l'effet des sensibilisations menées par les acteurs humanitaires et la gratuité des soins dans les camps. Outre la situation financière, la taille du ménage et le statut matrimonial apparaissent également comme des facteurs déterminants des itinéraires thérapeutiques.

2.1.2. Taille du ménage et situation matrimoniale

Les populations étudiées doivent quotidiennement subvenir aux besoins de nombreux dépendants, couvrant les aspects alimentaires, médicaux, éducatifs et vestimentaires. La taille du ménage varie fortement selon la situation matrimoniale, comme l'illustre le tableau III. Les données analysées montrent que les femmes mariées coutumièrement assument la charge de plus de personnes (54,21 %) et que leurs choix thérapeutiques sont souvent influencés par leurs conjoints.

		Nombre de dépendant															
		Zéro	un	deux	trois	quatre	Cinq	Six	Sept	huit	Neuf	dix	Onze	Douze	Quatorze	Quinze	Total
Femmes hôtes	Veuves	2	5		6	5	4	1		8		8					39
Réfugiées		1	8	6	4		4		4				1				28
Femmes hôtes	Mariées coutumièrement	2	7		7	17	20	8	16	4	7	1		6			95
Réfugiées		1	4	14		9	25	24	7	13	6	1	4	2	1		111
Femmes hôtes	Séparées	2	2	2		4		3	2	3	1		1				20
Réfugiées		1	1		5		2			1							10
Femmes hôtes	Célibataires	2	3	1	15	5	2	5	2	1	0	0					36
Réfugiées		7	5	6	3	3	3	2	4	1	3	1	2			1	41
Total		18	35	29	40	43	56	48	36	23	26	3	17	14	1	1	380

Tabl. 3 : Situation matrimoniale et dépendants

Sources : données d'enquête septembre 2025 - janvier 2026

Parmi les femmes hôtes, celles mariées coutumièrement sont responsables du plus grand nombre de dépendants (50 %), suivies des veuves (20,53 %), des célibataires (18,95 %) et des femmes séparées (10,52 %). Pour les réfugiées, les femmes mariées coutumièrement constituent également le groupe avec plus de personne en charge (58,42 %), suivies des célibataires (21,58 %), des veuves (14,74 %) et

des séparées (5,26 %). Bien que des unions entre réfugiées et hommes issus de la communauté hôte soient fréquentes, ce type d'union n'influence pas significativement les itinéraires thérapeutiques.

La taille du ménage apparaît comme un facteur déterminant dans le choix des parcours de soins, les foyers plus nombreux privilégiant souvent des stratégies moins coûteuses ou différées, comme l'on peut l'apercevoir à travers le tableau IV.

		Nombre de dépendant															
		Zéro	un	deux	trois	quatre	Cinq	Six	Sept	huit	Neuf	dix	Onze	Douze	Quatorze	Quinze	Total
Femmes hôtes	Automédication	1	5		6	21	14	8	17		9		8	2			91
Réfugiées		1	3	2	2		4		4				1				17
Femmes hôtes	Guérisseur traditionnel	2	7		12	1	3	1	2	4	7	1		5			45
Réfugiées		2	1	3		2	1		2	2	1	1	1		1		17
Femmes hôtes	centre de Santé conventionnel	2	2	2		4		3	2	3	1		1				20
Réfugiées		7	10	18	8	7	28	24	6	12	3		2	2			127
Femmes hôtes	Prière chrétienne	2	3	1	10	5	3	7	2	1	0	0					34
Réfugiées		1	4	3	1	4	1	1	3	1	5	1	3			1	29
Total		18	35	29	39	44	54	44	38	23	26	3	16	9	1	1	380

Tabl. 4 : Itinéraire thérapeutique et dépendant

Sources : données d'enquête septembre 2025 - janvier 2026

Ainsi, parmi les femmes hôtes, 47,89 % commencent par l'automédication, 23,68 % consultent les guérisseurs traditionnels lorsque le mal persiste, 17,89% se tournent vers le jeûne et la prière, et seulement 10,53 % accèdent aux centres de santé modernes lorsque l'état devient critique. Par ailleurs, 34,02 % des femmes hôtes combinent simultanément les quatre options thérapeutiques.

Chez les réfugiées, 66,84 % se rendent immédiatement au centre de santé dès l'apparition d'un problème, motivées par la gratuité des soins dans les camps et villages pôles de développement où réside 82,64 % des enquêtées. Les 33,16% restantes utilisent simultanément les quatre options thérapeutiques, tandis que 17,36 % des réfugiées vivant hors de ces sites adoptent des itinéraires similaires à ceux des femmes hôtes.

En somme, la taille du ménage contraint les décisions thérapeutiques, amenant les femmes à hiérarchiser les soins du moins coûteux au plus onéreux.

2.1.3. Accessibilité géographique et coûts indirects

Outre les facteurs économiques et la taille du ménage, la distance aux structures de santé constitue un déterminant majeur des itinéraires thérapeutiques des populations étudiées. Cependant, les réfugiées résidant dans les camps ou les villages pôles de développement (VPD), ainsi que celles vivant à proximité des centres de santé, tout comme les femmes hôtes, ne sont pas confrontées à cette contrainte. En revanche, 55,56 % des réfugiées vivant en dehors des camps/VPD et 34,21 % des femmes hôtes doivent parcourir entre 15 et 90 kilomètres pour accéder aux soins modernes les plus proches. Compte tenu de l'état fortement dégradé des routes, les moyens de transport disponibles se limitent aux motos et bicyclettes, et les coûts aller-retour varient entre 88 000 et 352 000 francs congolais, un montant difficilement supportable pour des populations vivant essentiellement de l'agriculture de subsistance et de petits commerces, 41,16 % des réfugiées et 92,30 % des femmes hôtes commencent par l'automédication, utilisant des produits à base de plantes ou d'animaux. Lorsque cette option échoue, elles se tournent vers les guérisseurs traditionnels, tandis que 4,54 % des enquêtées considèrent l'origine de la maladie comme spirituelle et recourent au jeûne et à la prière. Par ailleurs, 23,52 % combinent simultanément ces trois options thérapeutiques, et 5,56 % des réfugiées et 9,23 % des femmes hôtes accèdent aux centres de santé uniquement après l'échec des deux premières étapes.

Ainsi, si le revenu, la taille du ménage et la distance influencent fortement les parcours thérapeutiques, le capital social, culturel et symbolique reste également déterminant dans les choix des enquêtées, modulant l'accès et la perception des différentes options de soins.

2.2. Capital social, culturel et symbolique (Les leviers et freins)

Cette section examine de quelle manière le statut social, les réseaux communautaires et le savoir culturel influencent les choix et trajectoires thérapeutiques des femmes étudiées.

2.2.1. Capital social et réseaux de soutien.

Le capital social constitue un déterminant majeur des itinéraires thérapeutiques des femmes étudiées. Chez les femmes hôtes, les conseils, recommandations et formes d'entraide au sein des réseaux d'amies, de tontines et d'Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC) structurent significativement les choix de recours aux soins. Ainsi, 22,30 % des veuves, 44,58 % des célibataires et 33,12 % des femmes séparées déclarent avoir choisi une option thérapeutique spécifique sur la base

des recommandations de leur réseau, et 85,21 % d'entre elles suivent les itinéraires adoptés par des pairs ayant déjà expérimenté ces parcours.

Pour les réfugiées vivant en dehors des camps et villages pôles de développement (VPD) et intégrées aux communautés locales, l'influence du capital social est similaire. Comme l'illustre une réfugiée célibataire : « Lorsque moi ou un membre de la famille est malade et que j'ignore le remède à base de plante, je consulte les plus âgées de notre groupe d'amies, de la tontine ou de l'AVEC. Si cela échoue, je me tourne vers le guérisseur du village. » Les pratiques antérieures guident les choix futurs, permettant d'éviter les options inefficaces.

Les réseaux religieux constituent un autre levier social influent. Les femmes chrétiennes organisent des moments de prière, utilisent des huiles sacrées et l'aspersion d'eau bénite, souvent en association avec l'automédication ou les remèdes traditionnels. L'automédication reste fréquente, notamment via le partage de produits pharmaceutiques entre pairs ; 12,11 % y ajoutent des remèdes à base de plantes. Après échec de ces options, elles se tournent vers les services de santé modernes. À noter que 7,08 % passent directement de l'automédication aux centres de santé, surtout en cas de détérioration critique.

En revanche, les réfugiées résidant dans les camps et VPD ne dépendent pas de leur réseau social : elles accèdent systématiquement aux centres de santé dès l'apparition de symptômes, en raison de la gratuité des soins et de l'encadrement humanitaire.

2.2.2. Niveau d'éducation et capital culturel

Le niveau d'instruction constitue un facteur déterminant dans le choix des itinéraires thérapeutiques des femmes réfugiées et des femmes hôtes. L'analyse des données montre que les femmes non scolarisées ou ayant un faible niveau d'instruction recourent plus fréquemment à l'automédication que celles ayant atteint un niveau secondaire ou universitaire. Bien que peu de femmes dans la zone d'étude atteignent le niveau secondaire, le tableau V révèle que celles disposant d'un niveau d'éducation plus élevé s'orientent prioritairement vers les centres de santé modernes en cas de problème de santé.

		Niveau scolaire				Total
		Sans niveau scolaire	Primaires	secondaire	Universitaire	
Femmes hôtes	Automédication	112	6	2	1	121
Réfugiées		2	4	1		7
Femmes hôtes	Guérisseur traditionnel	22	2	12	1	37
Réfugiées		12	14	6	2	34
Femmes hôtes	centre de Santé conventionnel	13	2	1	4	20
Réfugiées		106	7	6	7	126
Femmes hôtes	Prière chrétienne	2	3	4	3	12
Réfugiées		13	4	2	4	23
Total		282	42	34	22	380

Tabl. 5 : Niveau scolaire et itinéraire thérapeutique

Sources : données d'enquête septembre 2025 - janvier 2026

En effet, 38,42 % des femmes interrogées (66,31 % des réfugiées et 10,53 % des femmes hôtes) consultent immédiatement un centre de santé conventionnel. La proportion plus élevée chez les réfugiées s'explique notamment par la présence de centres de santé dans les camps et villages pôles de développement (VPD), ainsi que par le fait que certaines réfugiées intégrées aux communautés d'accueil bénéficient d'un niveau scolaire et d'une situation financière relativement favorables.

Le degré d'instruction influence également la perception de la maladie. Les femmes sans scolarité ou à faible niveau, attribuent fréquemment certaines maladies à des causes mystiques, et privilégient donc des pratiques traditionnelles telles que l'usage de remèdes à base de plantes et d'animaux, les consultations chez les guérisseurs traditionnels ou les prières chrétiennes. Ces maladies incluent notamment les formes aiguës de paludisme, le diabète, le VIH/SIDA, les rhumatismes, l'éléphantiasis, les cancers de seins, les tumeurs, les ulcères, l'asthme et l'épilepsie. À l'inverse, les femmes plus instruites adoptent une perception plus rationnelle des maladies et privilégient, pour la majorité, le recours direct aux structures de santé modernes, reflétant l'effet structurant du capital culturel sur les choix thérapeutiques.

2.2.3. Statut matrimonial et pouvoir de décision

La structure sociale de la zone d'étude est régie par un modèle patriarcal privilégiant le pouvoir masculin dans la gestion économique et décisionnelle. Cette prérogative s'étend du choix des activités de subsistance à la répartition budgétaire, impactant de manière significative les choix en matière de santé, comme l'illustre le Tableau VI. Les données quantitatives indiquent que la majorité des femmes (hôtes et réfugiées hors camps/VPD) privilégient l'automédication comme première intention (52,21 %).

L'analyse qualitative souligne qu'au-delà de l'usage de la pharmacopée traditionnelle (plantes

		Célibataires	Mariées coutumièrement	Séparées	Veuves	Total
Femmes hôtes	Automédication	14	79	7	6	106
Réfugiées		2	5	2	3	12
Femmes hôtes	Guérisseur traditionnel	4	10	12	15	41
Réfugiées		4	14	1	7	26
Femmes hôtes	centre de Santé conventionnel	5	3		1	9
Réfugiées		29	85	4	15	133
Femmes hôtes	Prière chrétienne	13	3	1	17	34
Réfugiées		6	7	3	3	19
Total		77	206	30	67	380

Tabl. 6 : Situation matrimoniale et itinéraire thérapeutique

Sources : données d'enquête septembre 2025 - janvier 2026

et substances animales), la quasi-totalité de ces femmes doit obtenir l'aval de leur conjoint avant d'engager une étape thérapeutique supérieure impliquant un coût. La séquence chronologique observée est la suivante : automédication initiale, consultation d'un tradipraticien après accord du conjoint, puis recours aux structures de santé modernes uniquement en phase critique. Ce parcours est souvent doublé d'une dimension spirituelle : 78,57 % des femmes pratiquent le jeûne et la prière, tandis que 68,23 % opèrent un syncrétisme thérapeutique en combinant systématiquement les trois options (traditionnelle, religieuse et moderne).

La perception de l'étiologie des maladies joue également un rôle clé. Pour 26,41 % des répondantes, des pathologies telles que l'éléphantiasis, l'épilepsie ou les troubles érectiles sont d'origine

mystico-religieuse. Pour ces cas spécifiques, le recours au guérisseur est immédiat, et le passage à la médecine conventionnelle est marginal (3,47 %). Au sein des foyers chrétiens (21,38 %), une priorité absolue est accordée aux rituels de guérison (onctions, eau bénite) en concertation avec le conjoint. À l'inverse, l'environnement des camps et VPD introduit une rupture dans ce schéma patriarcal : la gratuité des soins y favorise une autonomisation décisionnelle. Les réfugiées s'y rendent directement sans solliciter d'autorisation préalable, limitant l'interaction avec le conjoint à une simple information.

En conclusion, ces observations démontrent que la dépendance économique des femmes corrobore leur subordination décisionnelle. L'accès financier aux soins apparaît comme le levier principal de l'autonomie thérapeutique féminine.

2.3. Synthèse comparative des trajectoires thérapeutiques

L'analyse comparative met en évidence l'existence de trois configurations typiques d'itinéraires thérapeutiques, structurées par l'articulation différenciée des capitaux économique, social et culturel, ainsi que par le contexte institutionnel dans lequel évoluent les femmes enquêtées. Ces trajectoires ne constituent pas des catégories rigides, mais des idéaux-types permettant de rendre intelligibles les logiques sociales à l'œuvre.

2.3.1. La trajectoire de survie : une rationalité économique sous contrainte

La trajectoire de survie est principalement observée chez les femmes hôtes et chez les réfugiées vivant hors des camps (plus vulnérables), dépourvues d'un accès gratuit aux soins modernes.

Elle se caractérise par :

- le recours prioritaire à l'automédication (plantes médicinales, produits pharmaceutiques sans ordonnance, restes de traitements antérieurs) ;
- une progression graduelle vers le guérisseur traditionnel ;
- un recours tardif, souvent ultime, au centre de santé moderne.

Cette trajectoire traduit une logique de minimisation des coûts, dans un contexte de faibles revenus et de charges domestiques élevées. Les décisions thérapeutiques s'inscrivent dans une économie morale du ménage où les ressources disponibles sont prioritairement affectées à l'alimentation.

Dans cette configuration, la biomédecine n'est pas rejetée sur le plan symbolique ; elle est simplement différée en raison de son coût perçu (consultation, médicaments, transport, hospitalisation). Le seuil de renoncement aux soins modernes est donc élevé, et l'accès à la médecine conventionnelle intervient généralement lorsque le pronostic vital semble engagé.

D'un point de vue théorique, cette trajectoire illustre une faible dotation en capital économique, combinée à un capital culturel limité, conduisant à des arbitrages fortement contraints. L'habitus sanitaire qui en découle privilégie des solutions accessibles, immédiates et socialement validées.

2.3.2. La trajectoire hybride : le pluralisme thérapeutique comme stratégie adaptative

La trajectoire hybride correspond à une configuration où les femmes mobilisent simultanément ou successivement plusieurs registres thérapeutiques :

- biomédecine ;
- guérisseur traditionnel ;
- pratiques religieuses (jeûne, prière, onctions, aspersion).

Cette combinaison ne relève pas d'une incohérence, mais d'une stratégie cumulative visant à maximiser les chances de guérison. Elle s'inscrit dans un univers symbolique où la maladie peut être interprétée à la fois comme biologique, sociale et spirituelle.

Le pluralisme thérapeutique observé est fortement structuré par :

- les réseaux de sociabilité (tontines, AVEC, groupes religieux) ;
- la circulation d'expériences partagées ;
- la confiance interpersonnelle.

Le capital social joue ici un rôle déterminant. Les conseils des proches, les récits de guérison et les recommandations communautaires orientent les décisions. La légitimité d'une option thérapeutique est souvent fondée sur l'expérience vécue par un membre du réseau.

Dans cette trajectoire, le capital culturel peut être intermédiaire : les femmes reconnaissent l'utilité des soins modernes, mais ne les considèrent pas exclusifs. Le recours simultané à plusieurs systèmes traduit une logique d'addition d'autres possibilités, plutôt qu'une hiérarchisation stricte.

Cette trajectoire est particulièrement fréquente chez :

- les femmes hôtes disposant d'un réseau communautaire dense ;
- les réfugiées intégrées dans les communautés d'accueil.

Elle témoigne d'une rationalité élargie, où la guérison est pensée comme multidimensionnelle.

2.3.3. La trajectoire intégrée : la biomédecine comme norme prioritaire

La trajectoire intégrée est principalement observée chez les réfugiées résidant dans les camps et villages pôles de développement.

Elle se caractérise par :

- un recours immédiat et systématique au centre de santé moderne ;
- une faible dépendance aux guérisseurs traditionnels ;

- une influence significative des campagnes de sensibilisation humanitaires.

Contrairement à la trajectoire de survie, cette configuration montre que la faiblesse du capital économique n'entraîne pas nécessairement une marginalisation sanitaire. La gratuité des soins et la proximité des structures médicales réduisent les barrières financières et géographiques. Les dispositifs humanitaires produisent ainsi un effet structurant sur les habitus sanitaires. Les femmes internalisent progressivement la norme biomédicale comme première option thérapeutique. Dans cette trajectoire, l'effet du capital économique est atténué par un capital institutionnel externe, fourni par les organisations humanitaires. On observe une reconfiguration des pratiques : la biomédecine devient la voie ordinaire, et les autres options (prière, guérisseur) occupent une place secondaire ou complémentaire.

Cette configuration met en évidence le rôle déterminant des politiques publiques et humanitaires dans la réduction des inégalités d'accès aux soins.

2.3.4. Comparaison des effets structurels

L'analyse comparative révèle que :

- Chez les femmes hôtes, les trajectoires sont principalement structurées par les contraintes économiques et la distance géographique.
- Chez les réfugiées en camps, les dispositifs humanitaires neutralisent ces contraintes.
- Chez les réfugiées hors camps, les trajectoires convergent vers celles des femmes hôtes.

Ainsi, le statut migratoire en lui-même n'est pas le facteur déterminant ; c'est plutôt l'environnement institutionnel et l'accès différencié aux ressources qui structurent les choix thérapeutiques. L'effet des déterminants socio-économiques est donc contextualisé et modulé. Il est plus fortement visible là où les mécanismes de compensation (gratuité, proximité, sensibilisation) sont absents.

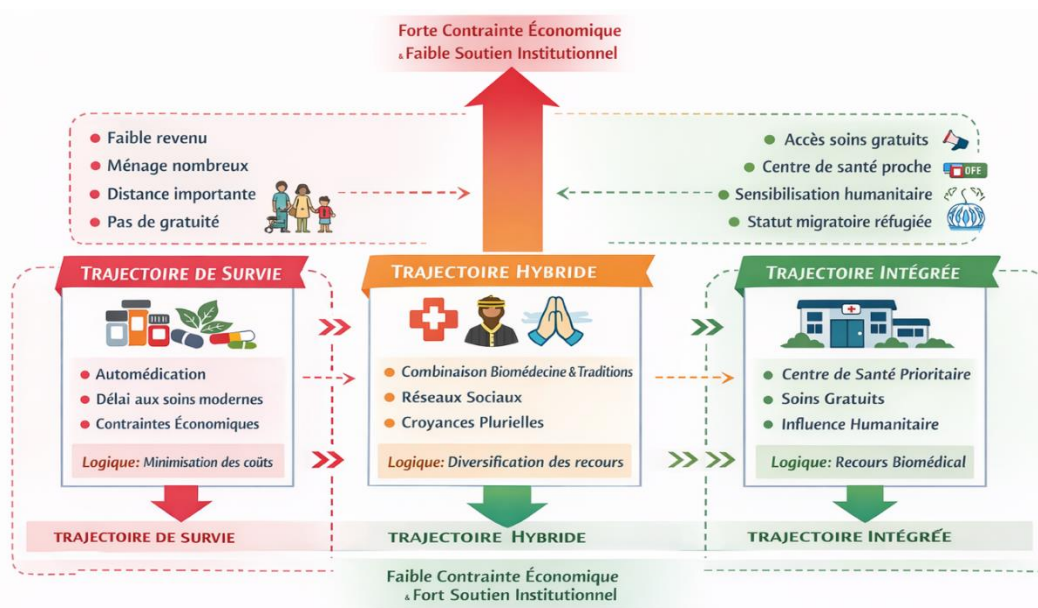


Fig. 1 : Modélisation des trajectoires thérapeutiques
Sources : données d'enquête septembre 2025 - janvier 2026

3. Discussion

L'objectif de cette étude était d'analyser comparativement les déterminants socio-économiques des itinéraires thérapeutiques des femmes réfugiées centrafricaines et des femmes hôtes en RDC. Les résultats confirment que les choix thérapeutiques sont socialement construits et structurés par l'accès différencié aux ressources économiques, sociales et institutionnelles. Cette section met ces résultats en perspective avec les recherches antérieures.

Ces résultats montrent que la faiblesse du revenu constitue un facteur central du recours prioritaire à l'automédication et du retard d'accès aux soins biomédicaux, notamment chez les femmes hôtes et les réfugiées hors camps/VPD.

Ces observations rejoignent les travaux menés en Afrique subsaharienne (Fassin, 1992, p.320-325 ; Ouendo et al., 2005, p.11-12 ; Sondo et al., 2012, p.8-9), qui démontrent que le coût direct et indirect des soins constitue l'un des principaux déterminants du renoncement ou du retard thérapeutique. Plusieurs études menées au Burkina Faso, au Bénin et en RDC montrent que les ménages à faible revenu privilégient d'abord des solutions thérapeutiques peu coûteuses avant de se tourner vers les structures modernes en cas d'aggravation.

De même, les recherches sur la « pauvreté sanitaire » (Whitehead et Dahlgren, 2006, p.24-26) soulignent que les dépenses de santé sont souvent arbitrées en concurrence avec les besoins alimentaires, ce qui correspond à la logique observée dans la trajectoire de survie identifiée dans cette étude.

Cependant, nos résultats apportent une nuance importante : la vulnérabilité économique n'entraîne pas systématiquement un retard aux soins modernes lorsque des mécanismes compensatoires existent, comme la gratuité offerte dans les camps de réfugiés.

L'un des apports majeurs de cette étude réside dans la mise en évidence du rôle structurant des dispositifs humanitaires dans la transformation des trajectoires thérapeutiques.

Contrairement aux études classiques sur les populations pauvres rurales (Janzen, 1978, p.220-224 ; Kleinman, 1980, p.375-380), où la contrainte économique domine l'explication des choix thérapeutiques, notre recherche montre que l'accès gratuit aux soins et les campagnes de sensibilisation modifient les habitus sanitaires des réfugiées vivant en camps/VPD.

Ces résultats convergent avec les travaux récents sur les systèmes de santé en contexte humanitaire (Spiegel et al., 2010, p.136-138 ; Blanchet et al., 2017, p.10-12), qui démontrent que la réduction des barrières financières et géographiques améliore significativement le recours aux services biomédicaux.

Ainsi, l'étude confirme que les inégalités d'accès aux soins ne sont pas uniquement liées aux caractéristiques individuelles, mais aussi à l'environnement institutionnel.

La trajectoire hybride observée confirme la persistance du pluralisme thérapeutique en Afrique centrale. Les travaux fondateurs de Janzen (1978, p.220-224) sur l'itinéraire thérapeutique au Zaïre ont montré que les patients naviguent entre plusieurs systèmes de soins en fonction des interprétations de la maladie et des ressources disponibles. Kleinman (1980, p.375-380) a également souligné l'existence de trois secteurs de soins : populaire, traditionnel et professionnel.

Nos résultats s'inscrivent pleinement dans cette tradition théorique : les femmes combinent biomédecine, guérisseur et prière non par incohérence, mais dans une logique cumulative visant à couvrir à la fois les dimensions biologiques et spirituelles de la maladie.

Cependant, notre étude enrichit cette perspective en montrant que le pluralisme n'est pas uniquement culturel : il est aussi structuré par les réseaux sociaux et les contraintes économiques. Le capital social apparaît comme un vecteur majeur d'orientation thérapeutique, confirmant les analyses de Bourdieu (1986, p.254-258) sur le rôle des réseaux dans la mobilisation des ressources.

Nos résultats indiquent qu'un niveau d'instruction plus élevé est associé à un recours plus rapide aux soins modernes et à une perception plus biomédicale des maladies. Ces observations rejoignent les travaux de Caldwell (1993, p.133-135) et de Glewwe (1999, p.156-159), qui montrent que l'éducation féminine améliore les comportements de santé et favorise l'utilisation des services médicaux formels. Toutefois, notre étude montre que l'éducation n'élimine pas totalement le pluralisme thérapeutique ; elle modifie plutôt la hiérarchisation des recours. Même les femmes instruites peuvent mobiliser des pratiques religieuses complémentaires, illustrant ainsi la coexistence de rationalités multiples.

Les résultats confirment que le pouvoir décisionnel limité des femmes mariées constitue un frein à l'accès rapide aux soins payants, en cohérence avec les études sur les rapports de genre et la santé en Afrique (Obermeyer, 1993, p.505-507 ; Doyal, 2001, p.1063). Le système patriarcal dominant limite l'autonomie financière et décisionnelle des femmes, ce qui retarde le recours aux structures

modernes. Cette dépendance est toutefois atténuée dans les camps où la gratuité réduit la nécessité d'une négociation financière conjugale.

Ainsi, l'étude souligne l'intersection entre genre, pauvreté et environnement institutionnel dans la production des inégalités sanitaires.

Par rapport aux recherches existantes, cette étude apporte trois contributions majeures :

- 1- Une analyse comparative entre femmes réfugiées et femmes hôtes dans un même espace géographique.
- 2- Une démonstration empirique de l'effet modérateur des dispositifs humanitaires sur les déterminants socio-économiques.
- 3- Une modélisation des trajectoires thérapeutiques comme continuum structuré par les capitaux disponibles.

Elle montre que les trajectoires thérapeutiques ne peuvent être expliquées exclusivement par la culture, ni exclusivement par la pauvreté, mais par leur interaction dynamique.

En comparaison avec les études antérieures, nos résultats confirment la centralité des déterminants socio-économiques dans les choix thérapeutiques, tout en mettant en évidence le rôle décisif du contexte institutionnel.

La présence d'acteurs humanitaires modifie profondément les hiérarchies thérapeutiques et peut réduire certaines inégalités d'accès aux soins. Toutefois, hors de ces dispositifs, les logiques classiques de survie économique et de pluralisme thérapeutique persistent.

Cette discussion ouvre des perspectives pour les politiques publiques : renforcer l'accessibilité financière et géographique aux soins pourrait transformer durablement les trajectoires sanitaires des femmes vulnérables.

Conclusion

Cette étude met en évidence que les itinéraires thérapeutiques des femmes réfugiées centrafricaines et des femmes hôtes en RDC sont structurés par l'accès différencié aux ressources économiques et institutionnelles. Si la pauvreté favorise l'automédication et le recours tardif aux soins modernes, son effet est fortement modulé par la présence de dispositifs humanitaires. Dans les camps/VPD, la gratuité des soins et la proximité des structures sanitaires reconfigurent les pratiques et orientent vers un recours prioritaire à la biomédecine.

Par ailleurs, la persistance du pluralisme thérapeutique confirme que les choix de santé relèvent d'une rationalité adaptative combinant contraintes économiques, réseaux sociaux et représentations

culturelles. Les différences observées entre réfugiées et femmes hôtes tiennent moins au statut migratoire qu'à l'environnement institutionnel et à l'accès aux capitaux disponibles.

Ces résultats soulignent l'importance de politiques publiques visant à réduire les barrières financières et géographiques aux soins, tout en intégrant les dynamiques communautaires dans les stratégies de santé.

Références Bibliographiques

Blanchet, Karl, Fouad, Fadi M., & Pherali, Tejendra, 2017, "Syrian refugees in Lebanon: The search for universal health coverage". *Conflict and Health*, vol.11, N°1, p. 12-20. doi.org.

Bourdieu, Pierre, 1986, The forms of capital. Dans Richardson, John G. (Éd.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* Greenwood, p. 241-258.

Caldwell, John Charles, 1993, "Health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health in the Third World". *Social Science & Medicine*, vol.36, N°2, p.125-135. doi.org

Doyal, Lesley, 2001, "Sex, gender, and health: The need for a new approach". *BMJ*, vol.323 N°7320, p.1061-1063. doi.org.

Fassin, Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Presses Universitaires de France. 359 p.

Gracia, Patricia, et al., 2024, "Disparities in healthcare-seeking behaviors and associated costs between Venezuelan migrants and Colombians residing in Colombia". *International Journal for Equity in Health*, vol.23, N°1, 17 p.

Glewwe, Paul, 1999, "Why does mother's schooling raise child health in developing countries? Evidence from Morocco" *Journal of Human Resources*, vol.34, n°1, p. 124-159.

Janzen, John Marc, 1978, *The quest for therapy in Lower Zaire*. University of California Press. 308 p.

Jones, Laura, DeSa, Anteneh T., & Yielding, Sarah, 2022, "Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: A systematic review" *Systematic Reviews*, vol.11, N°1, 12 p.

Kleinman, Arthur Marc, 1980, *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press. 427 p.

Nadine Kalenda et al. 2021, "Care-seeking behaviour and socio-economic burden associated with uncomplicated malaria in the Democratic Republic of Congo". *Malaria Journal*, vol.20, N°1, p.1-15 [Art. 260]. <https://doi.org/10.1186/s12936-021-03789-w>.

N'Da, Paul Pascal, 2015, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article (2e éd.)*. L'Harmattan. 275 p.

Ntamabyaliro, N., Kibungu, J., & Kayembe, L., 2021, "Knowledge of antimalarials and health-seeking behaviour of households in case of suspected malaria in the DRC". *Tropical Medicine and Infectious Disease*, vol.6, N°3, 157. doi.org.

Obermeyer, Carla Makhlouf, 1993, “Culture, maternal health care, and women's status: A comparison of Morocco and Tunisia”. *Studies in Family Planning*, vol.24, N°6, p.354-365.

Obrist van Eeuwijk, Brigit, 2006, *Struggling for health in the city: An anthropological inquiry of health, vulnerability and resilience in Dar es Salaam, Tanzania*. Peter Lang. 360 p.

Ouendo, Edgard-Marius, Makoutodé, Marcel, & Wilmet-Dramaix, Michèle, 2005, « Accès aux soins de santé en Afrique : Analyse des déterminants du recours aux services de santé au Bénin ». *Santé Publique*, vol. 17, N°1, p.23-35.

Sondo, Blaise, Soubeiga, André, & Drabo, Maxime K., 2012, « Facteurs associés au recours aux soins dans un district sanitaire rural du Burkina Faso ». *Médecine d'Afrique Noire*, vol.59, N°9, p.451–458.

Spiegel, Paul B., Checchi, Francesco, Colombo, Sandro, & Paik, Eugene Taeha, 2010, “Health-care needs of people affected by conflict: Future trends and changing frameworks”. *The Lancet*, vol.375, N°9711, p.341–345. doi.org.

UNHCR, 2025, *Statistical report on Central African refugees in the Democratic Republic of Congo*. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://data.unhcr.org/fr/documents/details/119143>

Whitehead, Margaret, & Dahlgren, Göran, 2006, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. WHO Regional Office for Europe. 30 p.