

✉ ISSN: 3105-8485 (L) / 3105-8493 (P)

🌐 <https://perspectivesplurielles.net/>



# Perspectives PLURIELLES

— Revue scientifique —

ARTS, LETTRES ET LANGUES | SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



— N°2 - Avril 2026 —

**TOME II**

*Sciences Humaines et Sociales*

Éditeur :

UFR Communication et Société  
Université Alassane Ouattara  
(Côte d'Ivoire)

# PERSPECTIVES PLURIELLES

Tome II  
(Sciences Humaines et Sociales)

---

N°2 — Avril 2026

ISSN : 3105-8485 (L) | 3105-8493 (P)

Adresse postale : BP v 18 Bouaké 01

Contact : +225 0757504341

<https://perspectivesplurielles.net/>  
[revueperspectivesplurielles@gmail.com](mailto:revueperspectivesplurielles@gmail.com)

# RÉFÉRENCIEMENT ET INDEXATION



TOGETHER WE REACH THE GOAL

<https://sjifactor.com/passport.php?id=24999>



Scientific Journal Impact Factor

## CERTIFICATE OF INDEXING (SJIF 2026)

This certificate is awarded to

**Perspectives Plurielles**  
(ISSN: 3105-8485 (E) / 3105-8493 (P))

The Journal has been positively evaluated in the SJIF Journals Master List evaluation process  
SJIF 2026 = 5.147

SJIF (A division of InnoSpace)



SJIFactor Project



<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/1529502>



INTERNATIONAL  
STANDARD  
SERIAL  
NUMBER  
INTERNATIONAL CENTRE

<https://portal.issn.org/resource/ISSN-L/3105-8485>

# ÉDITORIAL

Ce deuxième numéro de Perspectives Plurielles consacre la dynamique éditoriale amorcée en décembre 2025 et témoigne de la vitalité d'un projet scientifique pluridisciplinaire en pleine expansion. Riche d'un large ensemble de contributions originales, ce numéro réunit des travaux relevant aussi bien du champ des Arts, Lettres et Langues que de celui des Sciences Humaines et Sociales. L'ampleur du volume reçu, la diversité des laboratoires et institutions représentés, ainsi que la qualité soutenue des manuscrits retenus à l'issue d'une évaluation rigoureuse par les pairs, ont conduit le comité de rédaction à structurer la livraison en deux tomes — un choix qui reflète l'identité propre à chaque grand champ tout en préservant l'unité d'un projet résolument intégratif.

Le Tome I rassemble études littéraires et travaux en sciences du langage, mobilisant aussi bien des œuvres canoniques que les langues africaines dans une perspective comparative. Le Tome II déploie un large éventail de problématiques en géographie et aménagement du territoire, sociologie, anthropologie et criminologie, sciences de l'éducation, psychologie et communication, sciences politiques, droit, philosophie, histoire et fait religieux. La diversité des terrains étudiés — Côte d'Ivoire, Bénin, Burkina Faso, Sénégal, Mali, Niger, Tchad, Cameroun, Gabon, Togo, République démocratique du Congo et République du Congo — illustre la portée continentale de cette livraison. Plusieurs lignes de force s'y dégagent : résilience environnementale et sociale, inscription du numérique dans les pratiques quotidiennes, transformations urbaines, gouvernance des ressources naturelles, mémoire historique et recompositions identitaires.

Le comité de rédaction adresse sa profonde reconnaissance aux auteurs, aux évaluateurs et au comité scientifique, ainsi qu'à l'UFR Communication et Société de l'Université Alassane Ouattara, partenaire fidèle de cette aventure. Que ce numéro confirme Perspectives Plurielles comme un espace de référence où s'élaborent, en dialogue, des savoirs ouverts sur les sociétés contemporaines et leurs mutations.

Bonne lecture.

Le Comité de rédaction

# COMITÉ DE RÉDACTION

## *Directeur de Publication :*

M. Konan Thiery St Urbain YEBOUE, Maître de Conférences

## *Secrétariat de rédaction*

Dr (MC) KANGA Kouakou Hermann  
Michel, Université Alassane Ouattara

Dr (MC) YOMAN N'goh Koffi Michael,  
Université Alassane Ouattara

Dr KOUAMÉ Koaténin, Université  
Alassane Ouattara

Dr KONAN Aya Suzanne, Université  
Alassane Ouattara

Dr AKABLAH Tchoumou Léopold,  
Université Alassane Ouattara

Dr Kouamé Alain SARAKA, Université  
Alassane Ouattara

Dr Kanhoun Baudelaire KOUAME,  
Université Alassane Ouattara

Dr Kouakou Camille GOLI, Université  
Alassane Ouattara

## *Comité Scientifique et de Lecture :*

Prof. Lazare Marcelin POAME,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Prof. Doh Ludovic FIÉ, Université  
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;

Prof. Pierre KAMDEM, Université de  
Poitiers, France ;

Prof. Joseph P. ASSI-KAUDJHIS,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Prof. (Dir. Rech.) Kouadio Raphaël  
OURA, Université Alassane Ouattara-  
CRD, Côte d'Ivoire ;

Prof. Atta Jacob BRINDOUMI,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Prof. SOW Ndioro, Université Gaston  
Berger, Sénégal ;

Prof. Fabio VITI, Université Aix-  
Marseille, France ;

Prof. François LAMBOTTE, Université  
Catholique de Louvain, Belgique

Prof. Konan Arsène KANGA, Université  
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;

Prof. Kacou GOA, Université Félix  
Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire ;

Prof. Yao Jean-Aimé ASSUE, Université  
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

Prof. Eveno Emmanuel, Université  
Toulouse Jean-Jaurès, France ;

Prof. Kouakou Désiré M'BRAH,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire.

Prof. Göbel Christof, Universidad  
Autónoma Metropolitana de Mexico,  
Mexique ;

Dr (MC) Kouassi Ernest YAO, Université  
Jean Lorougnon Guédé de Daloa, Côte  
d'Ivoire ;

Dr (MC) Jean Joël BAH, Université  
Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;

Dr (MC) Dhédé Paul Éric KOUAMÉ,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Dr (MC) Yao Jean Julius KOFFI,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Dr (MC) Adjoua Pamela N'GUESSAN,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Dr (MC) Abiba DIARRASSOUBA,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Dr (MC) Koffi Syntor KONAN,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Dr (MC) Ehua Manzan Monique BEIRA,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire ;

Dr (MC) Konan Hubert KOUADIO,  
Université Alassane Ouattara, Côte  
d'Ivoire.

# Sommaire

## Géographie, environnement et aménagement du territoire

### **AKABLAH Tchoumou Léopold**

1. Extraction du kaolin à Bingerville (Côte d'Ivoire) : entre résilience et enjeux de durabilité .....1-14

### **AHOSSIN Rodrigue, OUSSOU Cossi Brice, WOKOU Guy et YABI Ibouaïma**

2. Contraintes du développement de l'agrumiculture (orange) : alternatives de résilience du système agricole dans la commune de Za-Kpota au Sud-Bénin .....15-34

### **Yao Dieudonné KOUASSI, Saï Pou SOUMAHORO et Soungari FOFANA**

3. Influence du redressement pluviométrique récent sur le rendement de l'igname (*Dioscorea* spp.) dans la sous-préfecture de Dabakala (Nord de la Côte d'Ivoire).....35-50

### **KOUAMÉ Kouassi Christophe et BAZOUMANA Diarrassouba**

4. Gestion des déchets dans le paysage urbain de Vavoua (Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire) : défis actuels et perspectives d'avenir .....51-65

### **TUO Yessonguigna Léa épse KONAN et SILUÉ Pébanagnan David**

5. Rôle du barrage hydro-agricole de Nouplé dans la durabilité des ressources aquatiques : cas du département de Korhogo .....66-79

### **Mory SIBY, Hamadoun TRAORE et Charles SAMAKE**

6. Les taxis-tricycles : un nouveau mode de transport aux effets mitigés dans la commune urbaine de Kati (Mali) .....80-97

### **Ibra FAYE, El Hadji Balla DIEYE, Henri Marcel SECK, François Ngor SENE, Djiby YADE et Insa DIATTA**

7. Influence des fluctuations climatiques et hydrologiques sur les transformations environnementales dans les Niayes (Sénégal).....98-116

### **Boni Romulus BIAOU et Hervé A. KOMBIENI**

8. Déterminants démographiques de l'accessibilité physique des établissements scolaires aux élèves handicapés à Parakou (Bénin) .....117-133

### **Alla Kouadio Jean Parfait, Bassa Koffi Jean-Claude et Alla Della André**

9. Production de bois-énergie à Dimbokro (Côte d'Ivoire) : vulnérabilités écologiques, impacts sanitaires et perspectives de durabilité.....134-148

### **Insa DIATTA, Tidiane SANÉ, Ibra FAYE et François Ngor SÈNE**

10. Dynamique de l'occupation des sols en pays balant (Moyenne-Casamance, Sénégal) dans un contexte de variabilité pluviométrique.....149-168

### **Achille Roger TAPÉ, N'zué Pauline YAO épse SOMA et Marc Koffi KOFFI**

11. Disponibilité foncière et viabilité du maraîchage dans l'espace périurbain à Bouaké (Centre de la Côte d'Ivoire).....169-178

### **Konan Norbert KOFFI, Anicet Renaud GNANKOUEN, Affoué Sonya ALLA et Couado Amanda GOH**

12. Les déterminants de l'étalement de la ville de Boundiali dans un contexte de planification urbaine .....179-194

**Fatogoma YÉO**

13. Dynamique démographique et accès aux établissements primaires publics à Abobo (Nord d'Abidjan).....195-210

**Kafilatou T. SOUBEROU, Irène S. Samson KOSSOU, Dodzi ADAHA, Tranquillin YADOLETON, E. Orens HOUDEGBE, A. Quinette TCHINTCHIN, B. Baudelaire DASSOU, Isabelle DAGA et Euloge OGOUWALÉ**

14. Analyse de la résilience sociale des communautés aux inondations dans les communes de Bonou, Cotonou et Malanville au Bénin .....211-228

**Marina Lyonel MALOUONO-LIVANGOU et Joseph Edmé SOUAMY-LEGRAND**

15. Urbanisation et îlot de chaleur urbain à Djambala (République du Congo) : analyse de l'occupation du sol par télédétection sur la période 2000-2024 .....229-243

**Charles Aimé KOUASSI et Bébé KAMBIRÉ**

16. Analyse physico-chimique et biologique de la pollution des eaux de la lagune Ébrié à Abobo-Doumé (Abidjan, Côte d'Ivoire) .....244-259

**Irène Sèmédéton Samson KOSSOU, Kafilatou T. SOUBEROU, Adéréwa Aronian Maximenne AMONTCHA, Pocoun Damè KOMBIENOU et Euloge OGOUWALE**

17. Typologie des espaces verts et perceptions sur leur contribution dans l'atténuation des inondations à Cotonou (Bénin, Afrique de l'Ouest).....260-278

**Théophile 2e Jumeau KABRÉ, Songanaba ROUAMBA et Amadou OUEDRAOGO**

18. Disparités spatiales des conséquences sanitaires de la consommation alimentaire des ménages à Ouagadougou .....279-296

**Agnès VISSOH et Akibou AKINDELE**

19. Relation entre les paramètres climatiques (température, humidité et pluviométrie) et l'incidence de la méningite dans la zone sanitaire Tanguiéta-Matéri-Cobly (Bénin, Afrique de l'Ouest) .....298-319

**Sylvain Roger BONKOUNGOU**

20. Approvisionnement en eau potable à Koudougou (Région de Nando – Burkina Faso) : état des lieux et stratégies pour une gestion efficiente.....320-337

**Enoch Attougré KOFFI et André Della ALLA**

21. Analyse et cartographie du risque paludisme en milieu urbain : cas d'Abobo (Abidjan).....338-356

**Kouamé Frédéric N'DRI**

22. Fiscalité sur les intrants zootecniques et insertion socio-économique des jeunes ruraux : analyse de l'impact de la TVA dans la sous-préfecture de Bouaké (Côte d'Ivoire) .....357-374

**SORO Souleymane, ZOGBO Zady Edouard et KONE Basoma**

23. Analyse de l'implication des femmes dans la production et transformation du manioc dans les sous-préfectures de Yamoussoukro et Lolobo (Côte d'Ivoire).....375-391

**Fasséry KONATÉ et Kouadio Joseph KRA**

24. Analyse de la répartition spatiale des structures de police publique dans la lutte contre l'insécurité urbaine à Korhogo au Nord de la Côte d'Ivoire.....392-406

## Sociologie, agro-sociologie, anthropologie, criminologie et ethnologie

- TAGRO Marcelle-Josée épouse NASSA, N'GUESSAN N'Dah Konan Prince Romaric et DROH De Bloganqueaux Soho Rusticot**  
25. L'inclusion sociale à l'épreuve du renouvellement urbain : production de l'espace et justice spatiale à Abidjan.....407-424
- Kouassi Angenor YAO et Kouamé Franck YAO**  
26. Impact culturel et perceptions des populations d'Attinguié au programme « PEJEDEC 3 » : cas du sous-projet « THIMO » dans la sous-préfecture d'Anyama .....425-435
- KOUAKOU Bah Jean-Pierre, FANNY Navouon, ASSI Aka Bah Laurice et OLATAYO Olatundé Ludovic**  
27. Perceptions populaires liées aux méthodes contraceptives chez les communautés baoulé et malinké dans la commune de Bouaké (Côte d'Ivoire) .....436-451
- Mandjin Adama SOULAMA et Félicité BIHOUN**  
28. Le baptême chez les Ciranba : rituel de nomination, identité et inscription sociale .....452-472
- Ibrahim HAROUNA OUSMANE et Amadou OUMAROU**  
29. Du terrorisme à la géocriminalité : stratégie du groupe « Lakurawa » dans la région de Dosso (Niger) .....473-483
- M'Bra N'Goran Marie-Joseph YAO, Dimi Théodore DOUDOU et Brou Ghislain KOUADIO**  
30. Analyse des déterminants du refus de l'installation du centre de prélèvement de la COVID-19 à Yopougon-Toits-Rouges (Abidjan, Côte d'Ivoire).....484-500
- Assamoi Omer YAPI**  
31. Insertion socio-économique des jeunes citadins gwa ruralisés et conflits fonciers à Alépé.....501-521
- Robert Lorimer ZOUKPÉ**  
32. Facteurs sociaux de la fragilisation des règles de succession à l'autorité royale : le cas du royaume de Sakassou (Côte d'Ivoire).....522-537
- Brou Gbalou David KOUASSI**  
33. Intégration interrelationnelle et configurations urbaines de l'expérience migratoire au Canada : comparaison Montréal–Sudbury.....538-550
- Aristophane A. SOUKOSSI, Ingrid Sonya ADJOVI et Guy Sourou NOUATIN**  
34. Caractérisation des acteurs de la chaîne de la mobilisation des ressources financières pour le développement rural au Nord Bénin.....551-570
- ## Sciences de l'éducation et psychologie / Communication
- Moulin Aymar MBINA YEMBI**  
35. Rôle de la sécurité psychologique dans la relation entre inclusion organisationnelle et bien-être lié à la déconnexion psychologique des salariés.....571-583
- Abakar Mahamat HASSABALLAH et Saibou Christine VALDA**  
36. Éducation environnementale et comportements écologiques des élèves à N'Djamena.....584-597

<b>Mamadou SALL, Mame Diarra CAMARA, Mamadou DIENG et Séga GUEYE</b>	
37. Les technologies de l'information et de la communication comme alternative au déficit expérimental dans l'enseignement des sciences physiques au Sénégal .....	598-611
<b>Aboubekr THIAM, Alhoudourou A. MAIGA, Abibou DIOP, Alassane DIOP et Richard HOTTE</b>	
38. Jeux sérieux éducatifs et ancrage socioculturel africain : le projet AMI à Kalani au Nord du Mali.....	612-627
<b>Placide MENGOUA</b>	
39. Work centrality, self-efficacy and social loafing among university support staff in Cameroon: a mediation analysis .....	628-641
<b>Djirekar Thierry MEDA</b>	
40. Épreuves psychologiques dans le processus de gestion du changement organisationnel chez le personnel d'une société d'État : cas de la Société des Aéroports du Faso (SAF) .....	642-658
<b>Ulrich Ariel YEKE PENDI</b>	
41. L'influence de la drépanocytose sur les capacités de mémorisation chez l'enfant âgé de 4 à 5 ans.....	659-677
<b>AHMAT Abdoulaye Bichara</b>	
42. Gestion de la discipline et lutte contre la violence estudiantine au campus universitaire d'Ardep Djournal de N'Djamena .....	678-700
<b>Sékou SAVADOGO, Léonce RAMDE, Harouna DERRA et François SAWADOGO</b>	
43. Évaluation du niveau d'entretien des manuels scolaires du cycle primaire au Burkina Faso.....	701-716
<b>Roger KABATA MULUNDU</b>	
44. Éducation environnementale dans les médias audiovisuels de Kinshasa .....	717-732
<b>Assagaye AGAISSA et Fassouma YAHOUSA AMADOU</b>	
45. L'utilité de la carte dans l'enseignement-apprentissage de la géographie au Niger : cas du lycée Amadou Kouran Daga de Zinder.....	733-750
<b>Inagnibomoua Kader KANE et Rosamour Gassien Aymar TSAMBA-NDZEDY-MOUGHOUA</b>	
46. La vie du couple à l'ère du numérique au Gabon : qu'en est-il du lien conjugal ? .....	751-765
<b>Sciences politiques, droit et philosophie / Histoire et religion</b>	
<b>BOTTY Bi Naga Landry</b>	
47. Les démocraties contemporaines à l'épreuve des réseaux sociaux .....	766-779
<b>Cédric Gouama Sidbeniwend COMPAORÉ</b>	
48. La société contre la peur : relecture rousseauiste de la résilience politique en contexte de crise sociale .....	780-793
<b>Pauline Vanessa NTSAME MINTSA ép. ZUE ESSANGUI</b>	
49. Transformations numériques en Afrique : réflexion juridique sur les mutations contemporaines du droit pénal à partir du cas gabonais .....	794-810
<b>Amani Stéphane N'GUESSAN</b>	
50. Droits civils et politiques en période électorale : enjeux et défis pour l'Afrique .....	811-829

<b>Cyrille Aymard BEKONO</b>	
51. L'Afrique subsaharienne et la Chine : des trajectoires de développement différenciées vers une relation idyllique .....	830-848
<b>ANZIAN Mlan Kouakou Pierre</b>	
52. La médiation numérique de la foi chrétienne : entre opportunités d'évangélisation et défis éthiques .....	849-864
<b>Seybou DJIBO</b>	
53. La guerre des courants islamiques au Niger .....	865-887
<b>Kouadio Jean DIBY et Zroh Grâce Fetana DEMAIN</b>	
54. De la résistance à l'administration de Biankouma de 1895 à 1920 .....	888-903
<b>Sié François KOUAKAN</b>	
55. Transformation socio-culturelle au Sudan à l'épreuve des migrations (XIe-XVIe siècle).....	904-914
<b>Mathieu SITIONON</b>	
56. L'Institut biblique de Yamoussoukro, matrice du leadership évangélique (1965-1995) : analyse des parcours pastoraux et de la pluralité des formes de ministère en Côte d'Ivoire .....	915-931
<b>Mamadou Mariame DIALLO</b>	
57. Difficultés d'abolition et conséquences socioculturelles de l'esclavage et de la traite négrière en Ségambie (1905-2025) .....	932-946
<b>BAKAYOKO Djakaridja</b>	
58. La bataille politique en Côte d'Ivoire après la mort de Félix Houphouët-Boigny : 1993-1995.....	947-962
<b>KOUADIO Yao Clément et ANGU Bléou Sylvain</b>	
59. Querelles entre le PDCI-RDA et les forces para politiques en Côte d'Ivoire (1958-1970) : une analyse historique .....	963-978

---

## DISPARITÉS SPATIALES DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE DES MÉNAGES À OUAGADOUGOU

SPATIAL DISPARITIES IN THE HEALTH CONSEQUENCES OF HOUSEHOLD FOOD CONSUMPTION IN OUAGADOUGOU

**Théophile 2e Jumeau KABRÉ<sup>1</sup>, Songanaba ROUAMBA<sup>2</sup> et Amadou OUEDRAOGO<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> AFRIGIST, Département de Cartographie, Sciences de l'Information Géospatiale, OAU Campus, Ile-Ife, Nigeria ; <sup>2</sup> Université Norbert Zongo, Département de Géographie, Laboratoire LABOSHS, Burkina Faso ; <sup>3</sup> Université Joseph Ki-Zerbo, Département de Géographie, Burkina Faso

E-mail : [theophilekabr@gmail.com](mailto:theophilekabr@gmail.com) ; [songanaba@gmail.com](mailto:songanaba@gmail.com) ; [amoadouo98@yahoo.fr](mailto:amoadouo98@yahoo.fr)

---

**Résumé :** *Les changements opérés dans le domaine alimentaire ont entraîné une modification des comportements et des habitudes alimentaires des ménages dans tous les pays du monde et particulièrement en Afrique. Le corollaire est une multiplication des pathologies liées à l'alimentation dont le nombre et les caractéristiques ne cessent de croître. Cet article vise à montrer les liens entre la consommation alimentaire et les maladies alimentaires vécues par les ménages à la périphérie Est de Ouagadougou où se côtoient deux zones (zone lotie et zone non lotie) aux situations sociodémographiques différentes. Pour y parvenir, des données qualitatives et quantitatives ont été collectées auprès de 50 agents de santé et de 352 ménages. La collecte des données a été effectuée grâce à un questionnaire, des guides d'entretien et d'observation. Les déclarations des ménages sur leur état de santé ont servi de base pour calculer leur indice de santé, à l'aide de l'analyse en composantes principales. Les résultats de l'enquête révèlent que la zone non lotie a des proportions plus importantes de maladies infectieuses, tandis que dans la zone lotie la part des maladies chroniques est plus élevée. Il apparaît clairement que même si les ménages de la zone non lotie ne mangent pas à leur faim, ils vivent relativement en bonne santé par rapport à ceux de la zone lotie. Par ailleurs, des corrélations statistiques significatives existent entre les maladies alimentaires et la consommation de certains aliments.*

**Mots-clés :** *Ouagadougou ; disparités spatiales ; maladies alimentaires ; corrélation ; zones lotie / non lotie.*

**Abstract:** *Changes in the food sector have led to modifications in household eating habits and behaviors worldwide, particularly in Africa. This has resulted in a proliferation of diet-related illnesses, the number and characteristics of which are constantly increasing. This article aims to demonstrate the links between food consumption and foodborne illnesses experienced by households on the eastern outskirts of Ouagadougou, where two distinct sociodemographic areas (planned and unplanned) coexist. To this end, qualitative and quantitative data were collected from 50 health workers and 352 households. Data collection was carried out using a questionnaire, interview guides, and observational guides. Household self-reported health status served as the basis for calculating their health index. The survey results reveal that the unplanned area has higher rates of infectious diseases, while in the planned area the proportion of chronic diseases is higher. It is clear that even though households in the unplanned area do not have enough to eat, they are relatively healthy compared to those in the planned area. Furthermore, significant statistical correlations exist between diet-related diseases and the consumption of certain foods. <sup>2</sup>*

**Keywords:** *Ouagadougou; spatial disparities; foodborne illnesses; correlation; planned / unplanned areas.*

---

## **Introduction**

Les mutations opérées dans le domaine alimentaire et le développement technologique ont contribué à un recul considérable des maladies transmissibles à l'échelle mondiale. Cependant, depuis quelques décennies, la prévalence des maladies chroniques liées à l'alimentation connaît une augmentation considérable. Les maladies d'origine alimentaire constituent l'une des premières causes de mortalité et de morbidité dans le monde. Les aliments impropres à la consommation peuvent provoquer plus de 200 maladies qui, dans certains cas, peuvent entraîner une invalidité permanente ou la mort (OMS, 2023, p. 3). Les maladies liées à l'alimentation affectent environ 600 millions de personnes avec 420 000 décès prématurés dans le monde (OMS, 2015). Selon la même source, la prévalence de ces maladies est inégalement répartie. Ainsi, les pays à faible revenu, dont fait partie l'Afrique subsaharienne, supportent 53 % des maladies d'origine alimentaire et 75 % des décès associés alors qu'ils regroupent 41 % de la population mondiale. Les enfants de moins de 5 ans représentent 40 % du fardeau des maladies d'origine alimentaire, avec 125 000 décès par an (OMS, 2023).

Le Burkina Faso n'est pas épargné, car sa capitale, Ouagadougou, est caractérisée par une prévalence de plus de 20 % de carences nutritionnelles globales chez les moins de cinq ans et de plus de 50 % d'anémie chez les femmes en âge de procréer. Quant à la prévalence de l'hypertension artérielle et de l'obésité, elle correspond respectivement à 40,2 % et à 14,7 % (A. N. Zéba, 2012, p. 5).

En outre, des données récentes sur la santé des populations burkinabè montrent une recrudescence des maladies d'origine alimentaire. En effet, les statistiques du Ministère de la Santé du Burkina Faso indiquent une forte prédominance des parasitoses intestinales, des diarrhées, des ulcères d'estomac et de l'hypertension artérielle parmi les 10 principaux motifs de consultation en 2021 (Ministère de la Santé / Burkina Faso, 2022, p. 172). La fièvre typhoïde, qui n'existait presque pas dans les statistiques, apparaît en 2013 avec une croissance en dents de scie jusqu'en 2024 où elle représente la cinquième cause d'hospitalisation dans les centres médicaux et les hôpitaux (Ministère de la Santé / Burkina Faso, 2025, p. 214). Ainsi, les choix de consommation alimentaire des ménages ont des conséquences sur leur état de santé.

L'objectif général de cette étude est de montrer le lien entre la consommation alimentaire des ménages et leur état de santé à Ouagadougou. De cet objectif général émergent deux hypothèses. La première hypothèse stipule que les ménages en zone non lotie présentent une prévalence plus élevée de maladies infectieuses d'origine alimentaire. Selon la seconde hypothèse, les ménages en zone lotie présentent une prévalence plus élevée de maladies chroniques liées à l'alimentation.

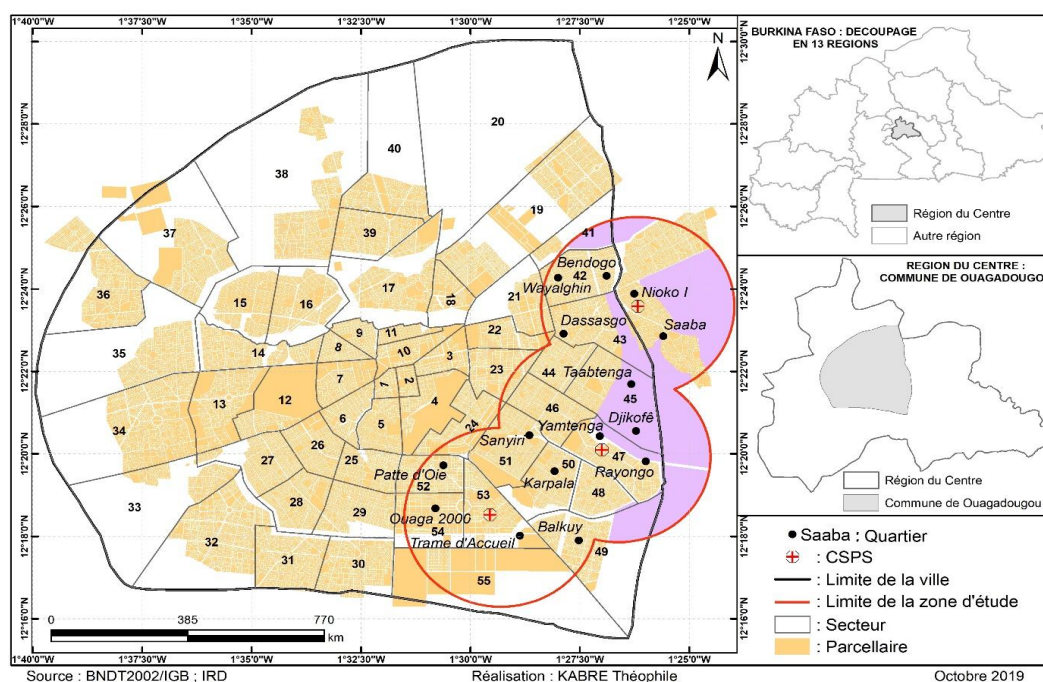
Cet article est structuré en trois parties. La première est consacrée à la méthodologie de l'étude, la deuxième présente les principaux résultats et la troisième partie concerne la discussion.

## 1. Méthodologie

### 1.1. Le cadre géographique de l'étude

L'étude porte sur la ville d'Ouagadougou qui, à l'image des autres capitales africaines, connaît une forte croissance démographique. De 59 000 habitants en 1960, Ouagadougou est passée à 1,5 million d'habitants en 2006 puis à 2,4 millions au dernier recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2019 (INSD, 2022, p. 1). Face à ce rythme de croissance et à l'insuffisance de logements, des zones non loties se sont développées (I. Sory et A. Soura, 2014), contribuant à l'extension spatiale de la ville. Sa superficie est passée de 30 000 ha en 2000 à 54 400 ha en 2010 (F. Fournet et al., 2009, p. 137). Cette extension spatiale de la ville entraîne un déplacement de la limite entre espace loti et espace non loti (D. Delaunay et F. Boyer, 2017, p. 217), si bien que la zone non lotie se retrouve à la périphérie. Ces deux zones se distinguent par des niveaux sociodémographiques et socioéconomiques différents (A. Soura et C. Rossier, 2019, p. 14). Le cadre géographique de la présente étude est situé dans la partie Est et Sud-Est de la ville de Ouagadougou. La zone d'étude est constituée d'une aire d'un rayon de 4 km autour des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de Nioko I, de Yamtenga et de Ouaga 2000 ; cela, afin de prendre en compte les deux espaces (loti et non loti). La carte 1 présente la situation géographique de la zone d'étude.

Carte 1 : Situation géographique de la zone d'étude



Source : BNDT 2002 / IGB ; IRD. Réalisation : KABRÉ Théophile, octobre 2019.

## 1.2. L'échantillon démographique

Notre étude porte sur le ménage, considéré comme « *l'unité socioéconomique de base au sein de laquelle les différents membres, apparentés ou non, vivent dans la même maison ou concession, mettent en commun leurs ressources et satisfont en commun à l'essentiel de leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux, sous l'autorité d'une seule et même personne appelée chef de ménage* » (INSD, 2011, p. 4). C'est dans le ménage que naissent les habitudes alimentaires et que s'opèrent les changements aussi bien favorables à une meilleure santé que nuisibles. Des entrevues directes ont été réalisées auprès des conjointes ou des femmes responsables de la préparation des repas des ménages. Notre échantillon est obtenu à partir de la formule statistique non probabiliste de C. Durand (2002), une formule simplifiée par l'ONG Action Contre la Faim en 2012, pour les besoins du terrain.

$$n = N / (1 + N \times e^2)$$

Dans cette formule,  $n$  représente la taille de l'échantillon,  $N$  la population totale et  $e$  le niveau de précision ou le degré de variabilité de l'échantillon. Ce dernier détermine le degré d'homogénéité des individus de la population étudiée et est égal à 95 %, ce qui correspond à une valeur de  $e$  égale à 5 %. Ainsi, avec une marge en plus de 10 %, un échantillon de 352 ménages est sélectionné en tenant compte de l'espace géographique de la zone d'étude. Le choix des ménages à enquêter se fait selon la représentativité spatiale de l'échantillon.

Le changement des régimes alimentaires est qualifié de phénomène de transition alimentaire (Y. Martin-Prével et al., 2015, p. 6). Ce phénomène est lié aux facteurs culturels et à la modernité (F. Etilé, 2013, p. 24). Les maladies nutritionnelles qui en résultent sont dues aux interactions complexes entre l'environnement social, les politiques alimentaires, le marketing des aliments, l'accès aux soins et la pauvreté, et non uniquement aux comportements alimentaires individuels (B. I. Aladou, 2025, p. 2-3). Si ces changements se sont installés pendant plus d'un siècle en Europe, en Afrique, ils se produisent durant quelques décennies. Il s'agit donc de problèmes sanitaires, économiques, socio-culturels et environnementaux qui s'inscrivent dans la durée.

Les données du Ministère de la Santé du Burkina Faso de 2017 à 2025 montrent une prédominance des diarrhées, des parasitoses intestinales et des ulcères d'estomac parmi les 10 principaux motifs de consultation dans les structures de santé de base. Si les données indiquent une tendance à la baisse pour les diarrhées, les tendances des parasitoses intestinales et des ulcères d'estomac sont à la hausse durant cette période. Durant cette même période, les motifs d'hospitalisation dans les centres médicaux et les hôpitaux sont dominés par les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, la malnutrition, les ulcères d'estomac et l'hypertension artérielle (HTA). Les tendances de ces données montrent une augmentation pour l'HTA et les ulcères d'estomac, tandis que la malnutrition et les fièvres typhoïdes ont une

tendance à la baisse. Les proportions de ces maladies restent relativement faibles (moins de 10 %) aussi bien pour les cas de consultation que pour les cas d'hospitalisation (Ministère de la Santé / Burkina Faso, 2019, p. 211-212 ; 2021, p. 206 ; 2022, p. 172 ; 2023, p. 180 ; 2024, p. 194 ; 2025, p. 214 ; 2026, p. 250). Les données de l'enquête de terrain de 2019 que nous avons réalisée révèlent pratiquement les mêmes maladies. Ainsi, ces données sont toujours d'actualité en 2026 et les comparer avec des statistiques plus récentes permet une meilleure connaissance de l'évolution de ces maladies.

### **1.3. Les variables d'analyse**

La méthodologie adoptée a consisté en une recherche documentaire suivie d'une enquête de terrain au cours de laquelle un questionnaire a été administré aux ménages. Le questionnaire, structuré en fonction des variables d'études, a permis de collecter les données quantitatives. Des données qualitatives ont également été collectées grâce à des entretiens complémentaires et des observations directes sur le terrain. Les outils utilisés sur le terrain se composent principalement de téléphones androides contenant l'application « *Kobo Collect* » ayant servi à l'administration du questionnaire.

Pour l'identification des principales maladies alimentaires, des variables telles que le rappel des maladies vécues par les ménages durant les six derniers mois précédant l'enquête de terrain et la fréquentation des structures de santé par les ménages ont été utilisées. Les principales maladies déclarées par les ménages ont permis de calculer l'Indice de Santé (IS) à travers l'analyse en composantes principales (ACP). Dans le but d'analyser les liens entre la consommation alimentaire et les maladies alimentaires, des tests de corrélation de Pearson ont été effectués. Sur un total de dix-neuf (19) indicateurs soumis aux tests de l'ACP, finalement treize (13) sont retenus. Il s'agit des maladies dont les ménages ont souffert ou non durant les six derniers mois précédant l'enquête. Ce sont : les ulcères d'estomac, la dysenterie, la diarrhée, le choléra, l'anémie, l'hypertension, l'hypotension, la colopathie, la malnutrition, le diabète, l'asthme, la goutte et les autres affections de l'appareil digestif. La corrélation entre les variables est l'une des trois conditions de validité de l'indicateur, à savoir la matrice de corrélation, l'indice KMO et le test de Bartlett. Les indicateurs retenus sont recodés suivant le fait que le ménage a vécu ou non la maladie. Ainsi, le code binaire attribue la valeur 1 lorsque c'est Oui et 0 quand c'est Non. L'indice de santé est un indicateur négatif car il exprime le nombre de maladies vécues par le ménage ; plus sa valeur est élevée, plus le ménage est en mauvais état de santé. Quelle que soit la situation dans laquelle on se trouve, un indicateur à lui seul n'est pas en mesure d'expliquer un phénomène complexe, d'où la combinaison de plusieurs indicateurs. La construction des indicateurs se fait à l'aide du menu « Transformer » puis de l'outil « Calculer la variable » sous SPSS, avec la formule suivante :

$$I = \sum (F_i \times u_i) / P$$

avec  $I$  : l'indicateur ;  $F$  : un facteur principal ;  $i$  : une observation parmi  $k$  observations ;  $u$  : la valeur propre initiale de chaque facteur ;  $P$  : la somme des valeurs propres pour  $i$  observations.

Dans cette formule, l'indice correspond à la moyenne arithmétique pondérée des coordonnées des individus ; les pondérations étant ici la valeur propre de l'axe considéré, divisée par la somme des valeurs propres de l'ensemble des axes considérés. Les valeurs de l'indice obtenues ont fait l'objet d'une analyse typologique (Cluster Analysis), encore appelée segmentation ou classification, sous SPSS. Nous avons choisi de grouper les valeurs en trois classes en utilisant une classification non supervisée basée sur la mesure du logarithme de vraisemblance. Le critère de classification choisi est le critère bayésien de Schwartz. Une variable d'appartenance à une classe a été créée à l'issue de l'analyse. Ainsi, l'état de santé des ménages a été défini comme suit :

— mauvais (IS compris entre 0,63 et 1,84) : l'état de santé d'un ménage est mauvais lorsque ce ménage a fait l'expérience de toutes les maladies alimentaires durant les six derniers mois précédant l'enquête. Ces maladies sont principalement des ulcères, de la dysenterie, de l'hypotension, de l'hypertension et le diabète, la colopathie, le choléra ainsi que les autres affections de l'appareil digestif ;

— moyen (IS compris entre 0,05 et 0,60) : on dit d'un ménage que son état de santé est moyen quand il a fait l'expérience de certaines maladies alimentaires qui n'affectent pas considérablement sa santé durant les six derniers mois avant l'enquête. Il peut s'agir des autres affections de l'appareil digestif, de la colopathie, ou du choléra ;

— bon (IS compris entre -0,37 et 0,04) : l'état de santé est bon si ce ménage n'a fait l'expérience d'aucune maladie ou de très peu de maladies alimentaires durant les six derniers mois précédant l'enquête.

## 2. Résultats

### 2.1. Les maladies alimentaires vécues par les ménages

Une des questions qui étaient posées aux ménages lors de la collecte des données portait sur les maladies dont au moins un membre a souffert durant les six derniers mois précédant l'enquête. À partir des données de l'enquête ménage, il ressort des résultats que les maladies alimentaires concernent environ 90 % de l'ensemble des ménages. Les principales maladies vécues par les ménages sont les ulcères d'estomac, les autres affections de l'appareil digestif, la diarrhée et l'hypertension.

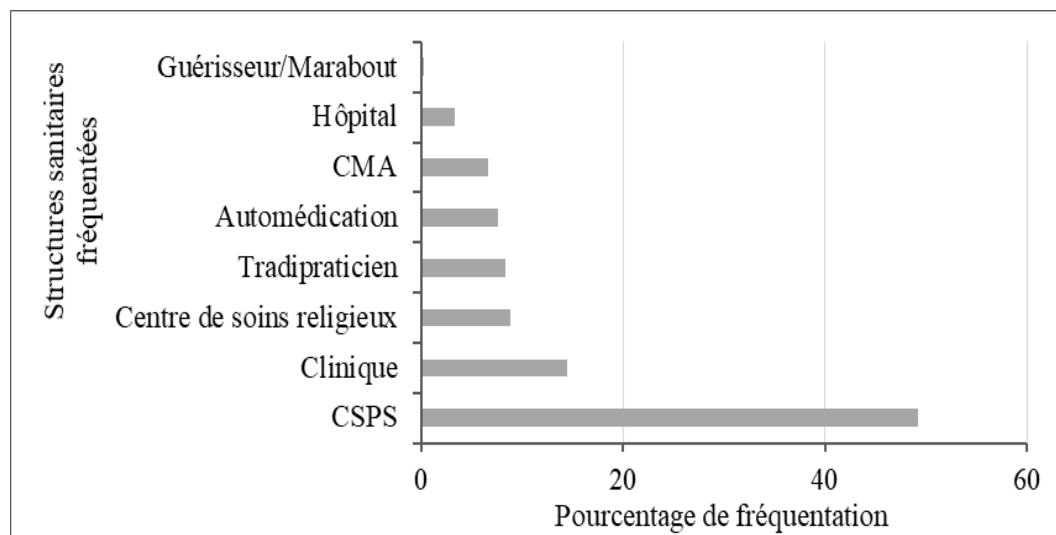
Les résultats de l'enquête révèlent que la proportion des ulcères d'estomac est plus élevée en zone non lotie (33 %) par rapport à la zone lotie (25 %). Il en est de même pour les diarrhées qui représentent 15 % des cas contre 10 %. Concernant la zone lotie, les données indiquent une prédominance des autres affections de l'appareil

digestif et de l'hypertension artérielle, soit respectivement 27 % et 11 % contre 25,9 % et 7 % en zone non lotie. Quant aux autres maladies alimentaires, elles sont faiblement représentées dans les deux zones d'habitation. Malgré leur faible représentativité, certaines maladies n'existent qu'en zone lotie. Il s'agit des maladies neurologiques, de la goutte, de l'anémie et du choléra. Par contre, la malnutrition n'est déclarée que par les ménages de la zone non lotie.

### 2.1.1. Modes de soins des ménages

Après avoir posé la question sur les maladies alimentaires vécues par les ménages, l'étude s'est intéressée à la fréquentation des structures de santé par les ménages ayant vécu au moins une maladie alimentaire. Au total, 279 ménages, soit 79,3 %, affirment s'être soignés. Le graphique 1 présente les modes de soins adoptés par ces derniers. Selon le graphique, près de la moitié des ménages (49,2 %) fréquente les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et moins d'un quart (14,5 %) se soigne dans des cliniques.

**Graphique 1 : Modes de soins adoptés par les ménages**



Source : enquête de terrain, 2019.

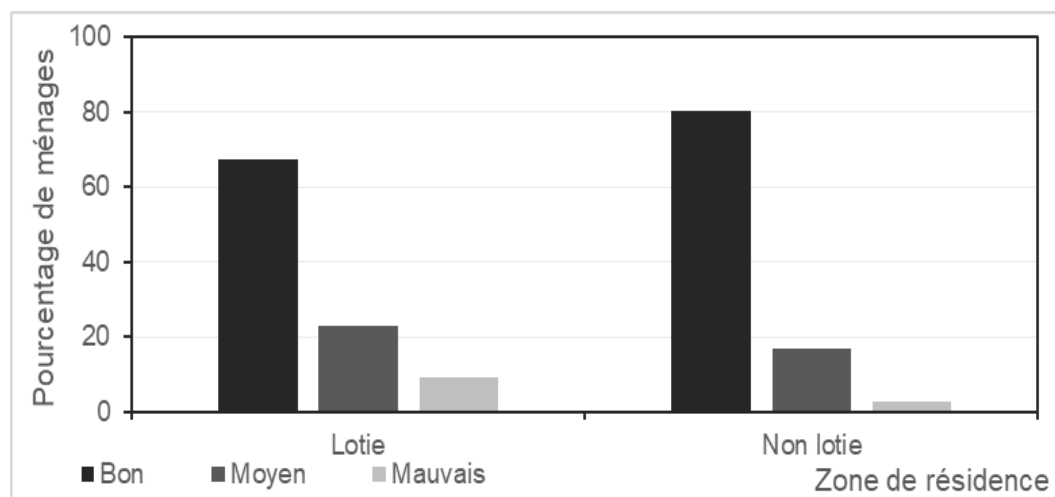
De plus, une part non négligeable des ménages se soigne dans les centres de soins religieux (8,8 %), de même que chez les tradipraticiens (8,3 %), selon l'article 142 de la loi n° 23/94/ADP portant Code de Santé Publique au Burkina Faso. Cette loi considère le tradipraticien comme « *le tradipraticien de santé est une personne reconnue, par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales, minérales et des métaux ainsi que d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel de cette société* ».

Il ressort également de l'enquête de terrain que 7,6 % des ménages optent pour l'automédication. La fréquentation du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) et de l'hôpital reste faible, de même que celle du guérisseur / marabout.

### 2.1.2. L'indice de santé des ménages

L'indice de santé est un indicateur permettant de catégoriser les ménages suivant leur état de santé. Il est calculé à l'aide de l'analyse en composantes principales (ACP) d'une douzaine de maladies alimentaires vécues ou non par les ménages. Le résultat de l'ACP est regroupé en trois niveaux de santé : bon, moyen et mauvais (graphique 2 ci-après).

**Graphique 2 : Répartition des ménages selon l'indice de santé**



Source : enquête de terrain, 2019.

D'une manière générale, le graphique indique une inégale répartition spatiale du niveau de santé des ménages. En effet, la part des ménages ayant un bon niveau de santé est plus importante en zone non lotie qu'en zone lotie (80 % contre 68 %). Les ménages ayant un état de santé moyen et ceux ayant un mauvais état de santé ont de faibles proportions et sont majoritaires dans la zone lotie.

### 2.2. Les disparités spatiales des conséquences sanitaires de la consommation

Pour mettre en évidence le lien entre la consommation alimentaire et la santé, nous avons effectué plusieurs tests de corrélation de Pearson. Les résultats sont regroupés en trois parties représentées dans le tableau 1 ci-après. La première partie des données traite les corrélations statistiques entre la consommation des sauces d'accompagnement et la survenue de certaines maladies alimentaires. La deuxième partie établit les liens statistiques entre la consommation des boissons et quelques maladies alimentaires. Quant à la troisième partie, elle analyse les corrélations entre la consommation des autres aliments et la survenue des maladies alimentaires. *A fortiori*, les données indiquent que les corrélations sont statistiquement significatives mais de faibles magnitudes ( $r < 0,25$  au seuil de 5 % avec une valeur de  $p$  inférieure à 0,05).

**Tableau 1 : Les corrélations statistiques entre les maladies et la consommation**

<i>Aliments</i>	<i>Maladies</i>	<i>Coeff. Pearson</i>	<i>P-value</i>
<b>Sauces d'accompagnement et maladies alimentaires</b>			
Sauce tomate	Ulcères d'estomac	-0,149	0,005
Sauce feuilles	Dysenterie	0,134	0,012
Sauce légumes / aubergine	Asthme	0,117	0,028
<b>Boissons et maladies alimentaires</b>			
Alcool fort	Diarrhée	0,163	0,003
Bière industrielle	Fièvre typhoïde	0,112	0,039
Bière locale	Hypotension	0,122	0,025
Eau minérale	Diarrhée	0,146	0,007
Sucrierie	Diarrhée	0,126	0,021
Sucrierie	Diabète	-0,145	0,008
Jus (zoom koom, bissap, etc.)	Diabète	-0,111	0,042
<b>Autres aliments et maladies alimentaires</b>			
Reste de repas de la veille	Diarrhée	-0,145	0,003
Tô	Diarrhée	-0,152	0,004
Riz	Diarrhée	-0,145	0,007
Cola	Hypotension	0,220	0,000

Source : enquête de terrain, 2019.

### 3. Discussion

#### 3.1. Principales maladies alimentaires

##### 3.1.1. Quelles maladies alimentaires sont vécues par les ménages ?

L'ulcère d'estomac est, selon K. Jean-Luc et al. (2018, p. 82), une maladie chronique caractérisée par une perte de substance de la paroi de l'estomac ou du duodénum, encore appelée ulcères gastroduodénaux. Ces auteurs estiment que l'apparition de cette maladie est avant tout liée à un déséquilibre entre les facteurs de défense et les facteurs agresseurs. Pour eux, il peut en outre être la conséquence d'une infection de la muqueuse par une bactérie, en l'occurrence *Helicobacter pylori*. Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent l'importance des ulcères d'estomac au sein des ménages aussi bien en zone lotie qu'en zone non lotie. Cette importance est confirmée par des statistiques récentes du Ministère de la Santé du Burkina Faso qui montrent que cette maladie figure parmi les 10 principales causes de consultation dans les formations sanitaires de base et d'hospitalisation dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2021 et en 2024 (Ministère de la Santé / Burkina Faso, 2025, p. 250 ; 2022, p. 180).

Pour ce qui concerne la diarrhée, elle est l'émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale. Elle est un symptôme de diverses infections causées par des bactéries, des virus ou des parasites. Une étude réalisée à l'hôpital du district de Bogodogo à Ouagadougou montre que la diarrhée à rotavirus est parmi les premières causes d'hospitalisation. Selon cette étude, les enfants de 0 à 12 mois sont les plus touchés avec une prévalence de 26,7 % et la maladie est

observée entre décembre et février (L. Tamini et al., 2017, p. 289-291). C'est une période pendant laquelle souffle l'harmattan, un vent froid et sec, capable de transporter le rotavirus et de contaminer ainsi les aliments. Les corrélations positives entre les cas de diarrhée et les saisons climatiques sont démontrées par plusieurs auteurs au Burkina Faso (Y. R. Karambiri et al., 2026, p. 53) et dans la sous-région (D. K. S. Doudou et B. N. Yongsi, 2021, p. 48). Les statistiques du Ministère de la Santé montrent également que la diarrhée fait partie des 10 principales causes de consultation et d'hospitalisation au Burkina Faso en 2024 (Ministère de la Santé / Burkina Faso, 2025).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'hypertension artérielle (HTA) est une élévation de la tension artérielle. Elle apparaît chez l'adulte lorsque les valeurs de la pression artérielle sont supérieures ou égales à 140/90 millimètres de mercure (mm Hg). Des données récentes indiquent que l'HTA apparaît parmi les 10 principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires, mais elle demeure parmi les 10 principales causes d'hospitalisation au Burkina Faso en 2021 (Ministère de la Santé / Burkina Faso, 2022, p. 180).

Quant au diabète, il est défini par S. Jaffeux (2020, p. 4) comme « *une affection métabolique chronique caractérisée par une hyperglycémie chronique liée à une déficience soit de l'action de l'insuline (insulinorésistance), soit de l'insuline (insulinopénie), soit des deux à la fois* ». L'insuline est une hormone produite par le pancréas, indispensable à la pénétration du glucose sanguin dans les cellules. Une étude réalisée par K. K. A. Koevi et al. (2014) dans la ville de Bobo-Dioulasso a montré que l'âge, le sexe, la profession, le revenu et l'antécédent familial sont des facteurs associés aux risques d'apparition du diabète de type 1. Selon les auteurs, pour le diabète de type 2, en plus de l'antécédent familial, il est provoqué par le surpoids et l'obésité, et une insuffisance de l'activité physique (p. 271). En 2013, les données du Ministère de la Santé burkinabè indiquent une prévalence du diabète de 4,4 % pour la tranche d'âge 25 à 34 ans. Cette prévalence augmente progressivement avec l'âge pour atteindre 8,3 % pour les plus âgés (55 à 64 ans).

### **3.1.2. Les modes de soins des ménages**

Les résultats obtenus montrent les modes de soins adoptés par les ménages, caractérisés par les soins modernes qui occupent une place importante (80 % des ménages), les soins traditionnels (10 %) et l'automédication (10 %). La pratique de la médecine moderne est principalement due à la disponibilité des structures de soins, en l'occurrence les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), fréquentés par la moitié des ménages de l'étude. Les travaux de A. Meunier (2000) sur « *Le système de soins et l'organisation du territoire au Burkina Faso* » révèlent que pour améliorer la desserte, l'État burkinabè a opté pour la multiplication des CSPS (p. 13). L'accroissement du nombre de CSPS augmente non seulement la desserte, mais accroît également l'accessibilité et le recours aux soins du ménage. Ainsi, la fréquentation des structures de soins dépend non seulement de la proximité

au centre de santé, mais également d'autres facteurs comme la qualité non technique des soins et les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des ménages (K. Songhai, 2022, p. 534-535).

### **3.1.3. Indice de santé des ménages**

La santé a été définie par l'OMS comme un état de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence d'infirmité ou de maladie (OMS, 2014). L'indice de santé est une donnée qui reflète l'état de santé d'une population à un moment donné. Ainsi, des scores basés sur la sécurité alimentaire sont utilisés par de nombreux auteurs pour évaluer l'état de santé des populations étudiées (M. Savy, 2006 ; PAM, 2014 ; D. Kassié, 2015). En effet, l'autoévaluation de la santé reflète ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement. C'est pour cette raison que les variables sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour calculer l'indice de santé sont issues de la déclaration faite par les ménages sur leur état de santé. L'inégale répartition spatiale de l'indice de santé au sein des ménages serait due à la sédentarité de plus en plus croissante dans les quartiers lotis, caractérisés par une proportion importante des professions intermédiaires et des salariés du secteur privé, combinée à la motorisation des moyens de transport urbain. À l'opposé, la plupart des ménages de la zone non lotie sont soit des ouvriers, soit de petits commerçants (T. Kabré et al., 2022, p. 167). La situation professionnelle précaire des ménages de la zone non lotie les amène à fournir quotidiennement plus d'effort physique (à travers la marche ou le vélo) que ceux de la zone lotie qui utilisent en majorité des moyens motorisés pour parcourir des distances moins grandes. À cela s'ajoute leur alimentation peu diversifiée qui les préserve de l'obésité et des maladies cardiovasculaires. E. Tasca (2016, p. 12-13), dans son étude sur l'éducation à l'alimentation en France, a obtenu des résultats similaires en montrant que la baisse globale de l'activité physique entraîne une augmentation de l'obésité.

## **3.2. Les corrélations statistiques entre la consommation et les maladies**

### **3.2.1. Liens entre les sauces d'accompagnement et les maladies alimentaires**

Les résultats des tests de corrélation entre la consommation des sauces d'accompagnement et les maladies alimentaires montrent que la sauce tomate est négativement corrélée avec les ulcères d'estomac. Cela signifie que le nombre de ménages consommant de la sauce tomate augmente inversement avec le nombre de cas d'ulcères d'estomac. Ainsi, plus les ménages consommant la sauce tomate augmentent, moins les cas d'ulcères d'estomac sont observés. En outre, la dysenterie est positivement corrélée avec la consommation de la sauce feuilles. Ces résultats s'expliqueraient par la contamination des feuilles utilisées pour la préparation des repas par des pesticides. En effet, la recherche réalisée par M. Y. P. Kolia (2015) sur le barrage de Loumbila au Burkina Faso a montré la présence de résidus de pesticides dans le gombo et les feuilles d'oseille. De plus, l'étude de S. Rouamba (2021) sur les périmètres maraîchers de Rimkéta et de Boulmiougou

montre que les résidus de l'indoxacarbe, la deltaméthrine, la cyperméthrine et l'alachlore sont les plus rencontrés dans la tomate avec des concentrations supérieures aux limites maximales de résidus (LMR) définies par les normes Codex Alimentarius au Burkina Faso.

La corrélation entre l'asthme et la consommation de la sauce légume s'expliquerait également par les résidus de pesticides. Ainsi, les causes de l'asthme sont complexes et intègrent les facteurs liés à l'exposition de l'environnement contaminé par des pesticides (I. Baldi et al., 2021, p. 73).

La plupart de ces maladies se transmettent par de l'eau ou les aliments contaminés. La nourriture, lorsqu'elle n'est pas préparée dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, peut être une cause majeure des diarrhées. C'est ce qui expliquerait la corrélation entre les restes de repas de la veille, la consommation du riz et du tô le soir, d'eau minérale et de sucrerie avec la survenue des maladies diarrhéiques mentionnée dans le tableau des corrélations.

### **3.2.2. Liens entre les boissons et les maladies alimentaires**

Au regard des résultats des tests de corrélation entre la consommation des boissons et les maladies alimentaires, il ressort que la consommation de l'alcool fort, de la bière industrielle (SOBBRA, BRAKINA, etc.) et de la bière traditionnelle (*dolo*) est respectivement corrélée avec la diarrhée, la fièvre typhoïde et l'hypotension. Le facteur associé à la survenue de ces maladies est le mode de consommation qui renvoie aux habitudes alimentaires des ménages. Les liens entre les boissons et les maladies alimentaires que montrent les résultats ont également été soulignés par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Selon le CCDUS, la consommation d'alcool augmente le risque de développer des cancers, la cirrhose du foie, l'hypertension artérielle et le diabète (CCDUS, 2022, p. 44). Cette organisation montre que l'alcool irrite le tube digestif et affecte le fonctionnement normal du foie, du cœur, des vaisseaux sanguins, du cerveau et du système nerveux. Les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool, notamment la destruction du foie, ont été également soulignés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2007).

Les données du tableau indiquent également une corrélation positive entre la consommation d'eau minérale et la survenue de la diarrhée. La diarrhée peut être liée à la consommation d'eau minérale contaminée. La recherche des revenus a conduit à une prolifération des sociétés de production d'eau minérale dans la plupart des villes au Burkina Faso. Cependant, selon une étude menée par le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) en 2012, puis en 2016, la majorité des eaux produites et commercialisées à Ouagadougou sont soit polluées pendant la production, soit pendant l'entreposage par des germes pathogènes (A. Dabiré, 2016). Cette pollution concerne essentiellement les eaux minérales préemballées dans des sachets plastiques et dans une moindre mesure, les eaux en bidons

plastiques. L. Odoulami (2009), dans sa thèse sur « *La problématique de l'eau potable et la santé humaine dans la ville de Cotonou (République du Bénin)* », a montré la persistance des maladies hydriques dans la ville de Cotonou. Son étude a indiqué que les gastro-entérites, les diarrhées et le choléra sévissent de manière récurrente à Cotonou. L'auteure a estimé que ces maladies sont liées à l'hygiène précaire, au manque d'hygiène alimentaire et de l'hygiène du cadre de vie.

En outre, les données du tableau montrent que la diarrhée est négativement corrélée avec la consommation de sucreries. Cela signifie que le nombre de ménages consommant les sucreries augmente inversement avec le nombre de cas de diarrhée. Ainsi, la plupart des ménages dans lesquels au moins un membre a souffert de diarrhée consomment rarement de sucreries. Les travaux de T. Kabré (2023, p. 289) identifient deux types de sucreries : les sucreries industrielles (Fanta, Coca, etc.) et les sucreries locales ou traditionnelles (zoom koom, bissap, etc.). Pour ce qui concerne les sucreries traditionnelles, les conditions de conservation, la qualité de la matière première et l'hygiène lors de la manipulation des intrants peuvent entraîner une contamination. En outre, la consommation excessive ou le mélange inapproprié de la sucrerie avec d'autres aliments peut provoquer d'autres problèmes de santé comme la diarrhée ou les maux de ventre.

### **3.2.3. Corrélation entre autres aliments et maladies alimentaires**

Les résultats des tests de corrélation entre la consommation des autres aliments et les maladies alimentaires montrent que la consommation des restes des repas de la veille, le tô et le riz sont négativement corrélés avec la diarrhée. La corrélation négative entre la consommation des restes des repas de la veille, le tô, le riz et les maladies alimentaires signifie que le nombre de ménages consommant ces repas augmente inversement avec les cas de diarrhée vécus par au moins un membre du ménage. Ainsi, la plupart des ménages qui consomment les restes des repas de la veille, le tô et le riz sont sous-représentés parmi ceux ayant souffert de diarrhée. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des ménages, aussi bien en zone non lotie qu'en zone lotie, utilisent le plat thermos et le « *Bitatoré* », ainsi que les marmites couvertes pour conserver les restes des repas de la veille, le tô et le riz (T. Kabré, 2023, p. 77). Les travaux de F. Dubois-Brissonnet et L. Guillier (2022) ont montré que les intoxications alimentaires bactériennes sont dues à l'activité infectieuse d'un microorganisme ingéré vivant ou à l'activité d'une toxine microbienne préformée dans l'aliment (p. 4). Ainsi, une toxine peut envahir les cellules et provoquer des symptômes digestifs dans un délai relativement court après l'ingestion de l'aliment. Les infections alimentaires quant à elles sont caractérisées par une invasion de l'hôte, une dissémination bactérienne dans la circulation sanguine avec des symptômes apparaissant dans un délai plus long et pouvant être autres que digestifs (F. Dubois-Brissonnet et L. Guillier, 2022, p. 4).

Les données montrent également une corrélation assez significative entre la consommation des noix de cola et l'hypotension artérielle qui s'expliquerait par les

propriétés nutritionnelles de la noix de cola. En effet, elle est réputée pour sa richesse en caféine qui lui permet de lutter contre la fatigue physique et mentale. La noix de cola se compose de caféine et de théobromine qui ont un effet stimulant du système nerveux (M. Saint-Jean, 2020, p. 22). Les tanins ralentissent l'absorption de la caféine et permettent ainsi une action plus longue de celle-ci. Certains ménages enquêtés ont cité le bouillon cube (encore appelé cube maggi) comme la principale cause des maladies alimentaires. En effet, une étude réalisée par O. Talata et al. (2021, p. 1) a montré que le cube maggi est constitué essentiellement d'exhausteurs de goût, notamment le glutamate de sodium ou glutamate monosodique (E621). Pour ces auteurs, le cube maggi est un additif alimentaire qui contient environ 10 à 15 grammes de sel représentant 40 à 50 % de sa composition. Pourtant, l'OMS recommande de consommer moins de 5 grammes de sel par jour et par adulte, car une consommation excessive favorise l'apparition des maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux. Le cube maggi contient également du guanylate et de l'inosinate disodique qui sont interdits chez les enfants ainsi que des colorants (jaune orangé E110, rouge cochenille E124, jaune de quinoléine E104). Ces substances provoquent des effets néfastes sur l'activité et l'attention des enfants. En outre, le grignotage qui consiste à manger entre les repas concerne très souvent des aliments trop salés, trop sucrés ou trop gras. L'organisme qui est habitué à être stimulé finit par perdre sa pression normale ; on comprend aisément qu'il apparaît dans le tableau des corrélations comme deuxième facteur lié à la survenue de l'hypotension.

Au terme des analyses ci-dessus, il est clair qu'il existe une corrélation statistiquement significative mais de faibles magnitudes entre la consommation et les maladies alimentaires. Cette relation qui lie l'alimentation à la santé est également perçue à travers les données de l'enquête de terrain. En effet, à la question « Pensez-vous que les maladies alimentaires sont liées à notre alimentation », près de 9 ménages enquêtés sur 10 ont répondu par l'affirmative. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par P. Combris et al. (2006, p. 2) qui se sont appuyés sur une étude de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Ces auteurs ont montré que 8 personnes sur 10 considèrent que certaines pathologies, notamment l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le diabète, sont liées à l'alimentation. Cependant, la santé est définie par l'OMS comme tout état de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence d'infirmité. L'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs qui reposent sur des déterminants environnementaux, biologiques, des déterminants liés aux habitudes de vie et des déterminants liés à l'organisation des soins. Dans ce contexte, L. Lebredonchel (2021) estime que « *les liens entre l'alimentation et la santé ne peuvent se réduire aux rapports individuels entre le mangeur et son alimentation, car ce qui définit aussi bien la santé que la qualité de l'alimentation est complexe et multifactoriel* » (p. 87).

## Conclusion

La présente étude a pour objectif d'étudier les disparités spatiales des risques sanitaires liés à la consommation alimentaire des ménages à Ouagadougou. Plusieurs outils et méthodes ont été mis à contribution pour collecter les données. Des outils classiques de la recherche que sont les questionnaires et les guides d'entretien ont été utilisés, mais aussi de nouvelles méthodes de collecte de données mobiles. Ces outils et méthodes ont permis de collecter des données primaires qui ont été associées aux données secondaires, de natures et de sources diverses. En se focalisant sur les objectifs de l'étude, des traitements statistiques, géographiques et spatiaux leur ont été appliqués pour aboutir à des résultats.

Les résultats indiquent une proportion des ulcères d'estomac plus élevée en zone non lotie (33 %) qu'en zone lotie (25 %). Il en est de même pour les diarrhées qui représentent 15 % des cas contre 10 %. Ces maladies sont dites infectieuses, car elles peuvent être transmises à l'homme. Ainsi, notre première hypothèse, qui stipule que les ménages en zone non lotie présentent une prévalence plus élevée de maladies infectieuses d'origine alimentaire, est confirmée.

Concernant la zone lotie, la prévalence des autres affections de l'appareil digestif et de l'hypertension artérielle est plus importante, soit respectivement 27 % et 11 % contre 25,9 % et 7 % en zone non lotie. Il s'agit de maladies chroniques qui résultent du changement des régimes alimentaires et de la modernisation. Notre seconde hypothèse, selon laquelle les ménages en zone lotie présentent une prévalence plus élevée de maladies chroniques liées à l'alimentation, est confirmée. Parallèlement, l'indice de santé obtenu à partir de l'analyse en composantes principales montre que la proportion des ménages en bonne santé est plus importante en zone non lotie par rapport à la zone lotie. Cette zone lotie présente également des proportions plus importantes de ménages ayant un état de santé moyen et un mauvais état de santé. Concernant les corrélations, les maladies suscitées sont significativement corrélées avec la consommation alimentaire des ménages, mais à de faibles magnitudes.

## Références bibliographiques

- ALADOU Balkissa Ibrahim, 2025, « Les facteurs socio-économiques et leur influence sur les maladies nutritionnelles », *Journal de Recherche Multidisciplinaire (JOREP)*, vol. 1, n° 3, p. 6.
- BALDI Isabelle, BOTTON Jérémie, CHEVRIER Cécile, COUMOUL Xavier, ELBAZ Alexis, GOUJON Stéphanie, JOUZEL Jean-Noël, MONNEREAU Alain, MULTIGNER Luc, SALLES Bernard, SIROUX Valérie et SPINOSI Johan, 2021, *Pesticides et effets sur la santé : nouvelles données*, INSERM, EDP Sciences, en ligne.
- Centre Canadien sur les Dépendances et l'Usage de Substances (CCDUS), 2022, *Comprendre l'usage des substances : un guide pour les éducateurs*, en ligne, consulté le 30 mars 2026.

- CHEYNS Emmanuelle, 1999, « Les pratiques d’approvisionnement alimentaire des consommateurs de Ouagadougou (Burkina Faso) », en ligne, consulté le 30 mars 2026.
- COMBRIS Pierre, ETILÉ Fabrice et SOLER Louis-Georges, 2006, « Alimentation et santé : changer les comportements de consommation ou mieux réguler l’offre alimentaire ? », en ligne, consulté le 15 janvier 2026.
- DABIRÉ Angelin, 2016, « Unités de production des eaux de boisson préemballées : il faut maintenant secouer le baobab », en ligne, consulté le 31 mars 2026.
- DANEL Peggy, 2005, *Étude de la consommation alimentaire à Ouagadougou, Burkina Faso : typologie des régimes*, IRD, 46 p.
- DELAUNAY Daniel et BOYER Florence, 2017, « Habiter Ouagadougou », *Monographies Sud-Nord*, n° 5, 84 p.
- DOUDOU Daniel Kuassi Sylla et YONGSI Blaise Nguendo, 2021, « Environnement et santé : cas des diarrhées à Boundiali, Côte d’Ivoire », *Revue Espace Géographique et Société Marocaine*, n° 47/48, p. 43-60.
- DUBOIS-BRISSONNET Florence et GUILLIER Laurent, 2022, « Les maladies microbiennes d’origine alimentaire », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, p. 30-38.
- DURAND Claire, 2002, *Notes de cours, deuxième partie : l’échantillonnage et la gestion du terrain*, Université de Montréal, p. 7-11.
- FOURNET Florence, BOYER Florence et DELAUNAY Daniel, 2009, *Ouaga 2009 : peuplement de Ouagadougou et développement urbain*, IRD, Burkina Faso, 249 p.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), 2011, *Enquête nationale sur l’accès des ménages aux ouvrages d’assainissement familial 2010*, Rapport, Burkina Faso, 22 p.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), 2022, *5e Recensement Général de la Population et de l’Habitation : résultats, volume 1*, Burkina Faso, 473 p.
- JAFFEUX Sandrine, 2020, *Le diabète : processus dégénératifs et défaillances organiques*, 46 p.
- JEAN-LUC K., MAURICE Z., SOULEYMANE O., SANON O. et GUSTAVE S. B., 2018, « Les perforations gastroduodénales : à propos de 25 cas au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya au Burkina Faso », *Revue Internationale Sciences Médicales (RISM)*, p. 81-84.
- KABRÉ Théophile, 2023, *Disparités spatiales des pratiques alimentaires et risques sanitaires à Ouagadougou*, Thèse de doctorat unique de Géographie, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso, 347 p.
- KABRÉ Théophile, ROUAMBA Songanaba, OUEDRAOGO Amadou, KAFANDO Brahim et OUÉDRAOGO François de Charles, 2022, « Déterminants de la consommation alimentaire des ménages dans la ville de Ouagadougou », *Revue de Géographie de l’Université de Ouagadougou*, vol. 3, n° 11, p. 155-178.
- KARAMBIRI Yempabou Romaine, ROBERT Élisabeth et NIKIEMA Désiré E., 2026, « Profils et indice de vulnérabilité sanitaires liés aux maladies

- diarrhéiques en zone rurale par l'approche des livelihoods (commune de Boussouma, Burkina Faso) », *Cybergeo*, en ligne, consulté le 30 mars 2026.
- KASSIÉ Daouda, 2015, *Segmentations urbaines et disparités de santé dans une ville moyenne africaine : du paludisme aux états nutritionnels à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat unique de Géographie, Université Paris Ouest, France, 459 p.
- KOEVI Kossi-Kuma Agbalebon, MILLOGO Vinsoun, OUÉDRAOGO Macaire et OUÉDRAOGO Georges Anicet, 2014, « Diagnostic des causes de complication du diabète et des méthodes de prévention à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso », *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, vol. 8, n° 6, p. 2709-2720.
- KOLIA Marius Yao Pokou, 2015, *Analyse des résidus de pesticides dans les produits maraîchers sur le site du barrage de Loumbila au Burkina Faso : évaluation des risques pour la santé*, Mémoire de fin de cycle, Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement, 51 p.
- LEBREDONCHEL Louis, 2021, *Sociologie des représentations alimentaires et de l'éducation à l'alimentation, pour une alimentation durable dans le contexte de la transition épidémiologique : une étude de cas au sein de quatre écoles élémentaires*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Caen Normandie, France, 336 p.
- MEUNIER Aude, 2000, « Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso », *Mappemonde*, n° 60, p. 12-17.
- Ministère de la Santé, 2019, *Annuaire statistique 2018*, Rapport, Burkina Faso, 84 p.
- Ministère de la Santé, 2022, *Annuaire statistique 2021*, Rapport, Burkina Faso, 389 p.
- Ministère de la Santé, 2023, *Annuaire statistique 2022*, Rapport, Burkina Faso, 390 p.
- Ministère de la Santé, 2024, *Annuaire statistique 2023*, Rapport, Burkina Faso, 411 p.
- Ministère de la Santé, 2025, *Annuaire statistique 2024*, Rapport, Burkina Faso, 449 p.
- Ministère de la Santé, 2026, *Annuaire statistique 2025*, Rapport, Burkina Faso, 551 p.
- ODOULAMI Léocadie, 2009, *La problématique de l'eau potable et la santé humaine dans la ville de Cotonou (République du Bénin)*, Thèse de doctorat en Géographie et Gestion de l'Environnement, Université d'Abomey-Calavi, 230 p.
- Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), 2018, *Le développement durable de l'élevage africain : approche « Une seule santé »*, Rapport, Rome, FAO, 104 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2007, *Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool : deuxième rapport*, Série des rapports techniques, 64 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013, *Journée mondiale de la santé 2013 : maîtriser votre tension artérielle, maîtriser votre vie*, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 6 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2023, *Stratégie mondiale pour la sécurité sanitaire des aliments 2022-2030 : renforcer les systèmes de sécurité sanitaire des aliments et la coopération mondiale*, Rapport, 38 p.

- Programme Alimentaire Mondial (PAM) / Afrique de l'Ouest, 2014, *Indicateurs de la sécurité alimentaire : intégrer les programmes de nutrition et de sécurité alimentaire en situation d'urgence et pour le renforcement de la résilience*, Atelier, 27 p.
- ROUAMBA Dagnangnewendé Silvestre, 2021, *Évaluation des résidus de pesticides dans la tomate (Solanum lycopersicum L.) : cas des périmètres maraîchers de Rimkèta et de Boulmiougou dans la zone périurbaine de Ouagadougou*, Mémoire de Master en Sciences Biologiques Appliquées, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, 51 p.
- SAINT-JEAN Malvina, 2020, *Le café et la santé*, Thèse de Doctorat d'État en pharmacie, Université Clermont Auvergne, 113 p.
- SAVY Mathilde, 2006, *Indices de diversité alimentaire : mesure et utilisation chez des femmes en âge de procréer au Burkina Faso*, Thèse de doctorat unique, Université Paris 6, 80 p.
- SONGHAI Kpatchaa, 2022, « Itinéraires thérapeutiques des patients dans un contexte de défaillances du marché de soins au Togo », *Santé Publique*, vol. 34, n° 4, p. 527-536.
- SORY Issa et SOURA Abdramane, 2014, « Recourir à l'entre-deux : une proposition pour mieux nommer et décrire la production des espaces informels de Ouagadougou », *Carnets de Géographes*, n° 7, 16 p.
- SOURA Abdramane et ROSSIER Clémentine, 2019, « Chapitre I : L'Observatoire de population de Ouagadougou — généralités, dynamique et profil sociodémographique », dans *Inégalités de santé à Ouagadougou*, Ined Éditions, p. 37-69.
- TALATA Ozairou, ZAKOU Farida et MADY Fanta, 2021, « Les bouillons cubes (souvent appelés cubes maggi), des condiments qui peuvent être remplacés », Épisode 1, 8 p.
- TAMINI Laure, KORGOS Rosalie, BONKOUNGOU Isidore, KY Absatou, DOUAMBA Sonia, NAGALO Kisito, DAO Lassina, OUÉDRAOGO Aïssata, SAVADOGO Hamidou, OUÉDRAOGO Sylvie et K. M. Madibélé, 2017, « La diarrhée à rotavirus à l'hôpital du district de Bogodogo de Ouagadougou (Burkina Faso) », *Annales de l'Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo*, 19 p.
- TASCA Elisa, 2016, « Dans quelle mesure l'éducation à l'alimentation permet-elle de développer une conscience éclairée chez les élèves leur permettant par la suite de faire des choix éclairés sur le long terme ? », *Mémoire de Master*, École Supérieure de Professorat et de l'Éducation, Université de Toulouse, 42 p.
- ZÉBA Augustin Nawidimbasba, 2012, *Transition nutritionnelle et double fardeau de la malnutrition chez des adultes de Ouagadougou au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest)*, Thèse de doctorat en Nutrition, Université de Montréal, 232 p.