REVUE HYBRIDES (RALSH)

e-ISSN 2959-8079 / ISSN-L 2959-8060

NUMÉRO SPÉCIAL 6, OCTOBRE 2026

L'AFRIQUE CONTEMPORAINE À L'ÉPREUVE DES MUTATIONS CULTURELLES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES (I)

Adéchinan David ADÉKAMBI, Akoye Massa ZOUMANIGUI, Gaoussou DIAKITÉ, Antoine-Beauvard ZANGA, Suzy Victoire OVA BENGONO, Bassirou THIAW, Poliny NDONG BEKA II, Paul KABRE, Serigne SYLLA, Ibrahima BAO, Hugues EDIK, Stanislas FRENKIEL, Williams NUYTENS, Willibroad DZE-NGWA, Zié Adama OUATTARA, Affoua Toutouwa Marie ADOU, Guianmin Rita Grâce GOUANOU, Aristide OWONO ESSONO, MAWUSSE KOSSI DAH, N'GBANSONHFI SADJI GBANDEY, ADZEODA YAWO HOLU, AMATH FALL, FRANCIS YAO KOUAMÉ, Yacoubou ALOU, Ibrahim IDDRISU, Kouamé Narcisse YAO, Laurent N'Dri KOUAKOU, Kouadio Félix ATTOUNGBRE, Rahim MOKTAR & Albert DJAKBA

© REVUE HYBRIDES (RALSH), OCTOBRE 2026

COUVERTURE : © Revue Hybrides (RALSH)
MISE EN PAGE ET MAQUETTAGE : Revue Hybrides (RALSH)
NUMERO SPECIAL 6, OCTOBRE 2026
L'Afrique contemporaine à l'épreuve des mutations culturelles, sociales et éducatives
PUBLIE LE : 31/10/2026
URL site web: https://revuehybrides.org/num-special-06-octobre-2026/
DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.23716434

TRADUCTIONS : Joël ÉCHITCHI TEKA (Université de Maroua, Cameroun) & Christian TIAKO YOUADJEU (MINESEC, Cameroun)

INDEXATION

Licence d'utilisation : Creative Commons Attribution CC-BY

Les publications peuvent être copiées, diffusées, transmises et affichées sur n'importe quel support ou format, à condition de citer l'auteur (BY) et les références de la revue. Cette licence autorise aussi l'utilisation commerciale.

e-ISSN 2959-8079 / ISSN-L 2959-8060
https://revuehybrides.org/
infos@revuehybrides.org / revuehybrides@gmail.com
impact factor : 4.002

Version imprimée en France & Cameroun
Printed in France & Cameroon
Impreso en Francia & Camerún

REVUE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES DE L'HOMME (RALSH)
Arts, Letters and Human Sciences Journal
Publication semestrielle (Décembre/Mai) & des Hors-série (numéaux spéciaux)
Éditée par l'Association PEA2 Cameroun (Dépôt légal : N°002/RDA/F.32/SASC)

ÉQUIPE ÉDITORIALE

Directeur de publication : **Gislain ESSOME**, Diplômé de l'Université Jean-Monnet Saint-Étienne, UR ECLLA, France
Rédacteur en chef : Joël ÉCHITCHI TEKA, Université de Maroua, Cameroun

SECRÉTARIAT TECHNIQUE ET DE RÉDACTION

Dr. Alain DJARSOUMNA, M. ARAFAT ABAKAR, M. Bachir Tamsir NIANE, M. Cédric TEGUEDONG NGUEKEU, M. Christian TIAKO YOUADJEU, M. Eugène SAKAME, Dr. Paul BINI KOFFI MOUROUFIE & Dr Simpson Dorothy MBADINGA MBADINGA

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Frédéric SPAGNOLI (Professeur des université, HDR, Université Marie & Louis Pasteur, France), **Georges MOUKOUTI ONGUEDOU** (Professeur Titulaire, Université de Bertoua, Cameroun), **Zacharie HATOLONG BOHO** (Professeur Titulaire, Université de Maroua, Cameroun), **Stéphane KALUDI NDONDJI** (Professeur Associé, Université de Lubumbashi, RD Congo), **Abdelouahid TIOUIDIOUINE** (Maître de conférences, Université de Relizane, Algérie), **Ahlem ROUABHIA** (Maître de conférences, Université de Tebessa, Algérie), **Aimé BANZA ILUNGA** (Maître de conférences, Université de Lubumbashi, RD Congo), **Amos KAMSU SOUOPTETCHA** (Maître de conférences, Université de Maroua, Cameroun), **Arsène ELONGO** (Maître de conférences, Université Marien Ngouabi, Congo), **Assia MARFOUQ** (Maître de conférences Habileté, Université Hassan Premier de Settat, Maroc), **Brice Arsène MANKOU** (Maître de Conférences, Reims DYSOLAB, Université de Rouen, Normandie, France), **Djedou Martin AMALAMAN** (Maître de conférences CAMES , UPGC de Korhogo, Côte d'Ivoire), **Drissa KONE** (Maître de conférences, Université Félix Houphouet-Boigny, Côte d'Ivoire), **Gilbert ATINDOGBE** (Maître de conférences, Université d'Abomey-Calavi, Benin), **Ibrahim MALAM MAMANE SANI** (Maître de conférences CAMES, Université Abdou Moumouni, Niger), **Landry Yves FALLE** (Maître de conférences, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire), **Kouakou Laurent ASSOUANGA** (Maître de conférences, Félix Houphouët-Boigny de Cocody, Côte d'Ivoire), **Patrick TOUMBA HAMAN** (Maître de conférences, Université de Maroua, Cameroun), **Raymond-Bernard AHOUANDJINOU** (Maître de conférences, Université d'Abomey-Calavi, Benin), **Robert MAMADI** (Maître de conférences CAMES, Université Adam Barka d'Abéché, Tchad), **Abraham DAOKA** (Université de Maroua, Cameroun), **Adjé Séverin ANGOUA** (Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan, Côte d'Ivoire), **André Bienvenu MFO** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **Amel FTITA** (Université virtuelle de Tunis, Tunisie), **Anicet DONFACK SOUNNA** (Université d'Alcalá, Espagne), **Appolinaire LOUMGUE** (Université de Maroua, Cameroun), **Arnaud Romaric TENKIEU TENKIEU** (Université de Douala, Cameroun), **Bassirima KONÉ** (Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire), **Bertin NGUEFACK (**Université de Yaoundé, Cameroun), **BIRWE GODWE** (ENS, Université de Maroua, Cameroun), **Bougadari DOUMBIA** (Institut Universitaire de Développement Territorial / Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali), **Destin FEUTSEU DASSI** (Université de Dschang, Cameroun), **Fabrice ONANA NTSA** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **Floribert NOMO FOUDA** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **Franck AMOUSSOU** (Université André Salifou (UAS) de Zinder, Niger), **Franck Rostov TSAMO DONGMO** (Université de Dschang, Cameroun), **Fridolin OMGBA OWONO** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **Gabin KENKO DJOMENI** (Institut Universitaire de la Côte, Cameroun), **Harold Gael NJOUONANG DJOMO** (Laboratoire GREVA, Cameroun), **HASSANA** (DGSN, Cameroun), **Issa AHAMADOU HAMAGE** (Université Abdou Moumouni, Niger), **Joseph Yannick MBATCHOU** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **José Alejandro MORALES SOTO** (Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México),

Karima ZEROUALI (Université de Biskra, Algérie), **Liliane KOUASSI AMOIN** (Institut National Supérieur des Arts et de l'action Culturelle, Côte d'Ivoire), **Magloire NISSIMAISOU** (Université de Maroua, Cameroun), **Malek KHALDI** (Chercheuse indépendante, Tunisie), **MFOUAPON ALASSA** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **Oscar KEM-MEKAH KADZUE** (Escuela Normal Superior de Yaundé 1, Camerún), **Pierre Ledoux NDII** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **Régine Mireille ESSAMA** (Université de Bertoua, Cameroun), **Rodrigue WOUASSI LADJINOU** (Université de Yaoundé 1, Cameroun), **Saidi HICHAM** (Université Moulay Ismail, Maroc), **Samira BERDJI BESSEGHIR MUSTAPHA** (Université de Relizane, Algérie), **Sidbéné-Wendé Brigitte SAWADOGO/ZONGO** (Université Norbert ZONGO, Burkina Faso), **Tamboura AMADOU** (ENS Burkina Faso), **Thierry Martin FOUTEM** (Université de Dschang, Cameroun), **Thierry Benoît BIDIAS** (Chercheur indépendant, Cameroun), **Thomas FONE** (Université de Douala, Cameroun), **Wendnonga Gilbert KAFANDO** (Université Joseph Kizerbo (UJKZ), Burkina Faso), **Winnie NYANGON** (Université de Ngaoundéré, Cameroun), **Yacouba TENGUERI** (Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Burkina Faso), **Yao Saturnin Davy AKAFFOU** (Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire) & **Zoulkoufoulou OURO-GBELE** (Université de Lomé, Togo).

SOMMAIRE

{SECTION 1} **1**

SCIENCES DU LANGAGE & LITTERATURE **1**

Le ãblawo : analyse pragmatique et ethnolinguistique d'un chant-plaidoyer en seuil de circoncision maninka *2*

The ãblawo: A Pragmatic and Ethnolinguistic Analysis of a Plea-Song on the Threshold of Maninka Circumcision *2*

Adéchinan David ADÉKAMBI **2**

Akoye Massa ZOUMANIGUI **2**

Gaoussou DIAKITÉ **2**

Le label « Lions Indomptables » comme référentiel de légitimation dans le discours présidentiel camerounais *19*

The "Indomitable Lions" Label as a Legitimation Referent in Cameroonian Presidential Discourse *19*

Antoine-Beauvard ZANGA **19**

Étude comparative de la traduction humaine (2015) et des traductions générées par l'IA (2026) des socioculturèmes dans Americanah (2013) de Chimamanda Ngozi Adichie *34*

A Comparative Study of the Human Translation (2015) and AI-Generated Translations (2026) of Sociocultural References in Americanah (2013) by Chimamanda Ngozi Adichie *34*

Suzy Victoire OVA BENGONO **34**

La dualidad de los roles femeninos en Cien años de soledad (1982) y Crónica de una muerte anunciada (1981) de Gabriel García Márquez *51*

The duality of female roles in One Hundred Years of Solitude (1982) and Chronicle of a Death Foretold (1981) by Gabriel García Márquez *51*

Bassirou THIAW **51**

An Ecocritical Study of Thomas Mofolo's Chaka (1925) as a Romantic Novel *64*

Étude écocritique du roman romantique Chaka (1925) de Thomas Mofolo *64*

Yacoubou ALOU **64**

Ibrahim IDDRISU **64**

{SECTION 2} **78**

SCIENCES HUMAINES **78**

L'insécurité frontalière en Afrique de l'Ouest à l'épreuve des trafics illicites : acteurs, territoires et rapports de pouvoir *79*

Border insecurity in West Africa in the face of illicit trafficking : actors, territories and power dynamics *79*

Poliny NDONG BEKA II **79**

Place de la femme dans la justice coutumière chez les Moose dans la commune de Koudougou *93*

The role of women in customary justice among the moose in the municipality of Koudougou 93

Paul KABRE.....93

num. spécial 06 (octobre 2026).....111

Usages et adoption du paiement électronique dans les pratiques commerciales informelles au Sénégal 111

Uses and adoption of electronic payment in informal commercial practices in Senegal 111

Serigne SYLLA 111

Ibrahima BAO 111

De l'héritage colonial à l'imaginaire migratoire : les ressorts culturels des défections sportives camerounaises lors des compétitions en Occident (1991-2022).....122

From colonial legacy to the migration narrative: the cultural drivers behind Cameroonian athletes' defections during competitions in the West (1991-2022) 122

Hugues EDIK.....122

Stanislas FRENKIEL 122

Williams NUYTENS.....122

Willibroad DZE-NGWA.....122

Contraintes dans la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique à Bouaké 141

Constraints in the treatment of Chronic Kidney Disease in Bouaké.....141

Zié Adama OUATTARA 141

Affoua Toutouwa Marie ADOU 141

Guianmin Rita Grâce GOUANOU.....141

Validation psychométrique de l'échelle de conflit travail-famille de Carlson, Kacmar et Williams (2000) chez le personnel soignant togolais : analyses exploratoire et confirmatoire d'une structure à quatre facteurs 153

Psychometric validation of Carlson, Kacmar and Williams's (2000) work-family conflict scale among Togolese healthcare workers: exploratory and confirmatory analyses of a four-factor structure 153

Mathêvi Déo-Francisco ATTIGLAH.....153

Pazambadi KAZIMNA 153

Emmanuel Kant et la mystification d'une moralisation excessive : Réflexions autour de la nature illusoire des actions moralement désintéressées 174

Immanuel Kant and the mystification of excessive moralization. Reflections on the illusory nature of morally disinterested actions.....174

Aristide OWONO ESSONO.....174

Analyse des correspondances intergénérationnelles de métiers chez des travailleurs togolais 187

Analysis of Intergenerational Occupational Patterns Among Togolese Workers.....187

Mawussé Kossi DAH.....187

N'Gbansonhfi Sadji GBANDEY **187**

Adzéoda Yawo HOLU **187**

L'aide extérieure, un instrument de la politique industrielle ivoirienne (1960-1990) *201*

Foreign Aid: An Instrument of Ivorian Industrial Policy (1960–1990) *201*

Kouamé Narcisse YAO **201**

Laurent N'Dri KOUAKOU **201**

{SECTION 3} **217**

SCIENCES DE L'ÉDUCATION **217**

Fracture numérique structurelle en contexte scolaire sénégalais : stratification des trois niveaux et conditions du franchissement pédagogique dans deux établissements pilotes de l'Académie de Tambacounda *218*

Structural digital divide in Senegalese school contexts: stratification of three levels and conditions for pedagogical progression in two pilot schools of the Tambacounda Academy *218*

Amath FALL **218**

Parcours post-carcéral et réinsertion sociale des adolescents ex-détenus de l'Extrême-Nord Cameroun : une lecture par la théorie de la stigmatisation de Goffman *240*

Post-carceral pathway and social reintegration of adolescent former detainees in Cameroon's Far North: a reading through Goffman's stigma theory *240*

Rahim MOKTAR **240**

Albert DJAKBA **240**

{SECTION 4} **253**

ARTS **253**

La musicalisation de l'exploitation des ressources naturelles à travers le reggae d'Alpha Blondy et Tiken Jah Fakoly *254*

The Musicalization of Natural Resource Exploitation Through the Reggae of Alpha Blondy and Tiken Jah FakolyTitre anglais *254*

Francis Yao KOUAMÉ **254**

Réseaux sociaux numériques et promotion des œuvres musicales : étude de l'impact sur la carrière professionnelle des artistes ivoiriens *266*

Digital social networks and the promotion of musical works: a study of the impact on the professional careers of ivorian artists *266*

Kouadio Félix ATTOUNGBRE **266**

REVUE HYBRIDES (RALSH)
e-ISSN 2959-8079 / ISSN-L 2959-8060

NUM. SPÉCIAL 06 (OCTOBRE 2026)

Contraintes dans la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique à Bouaké

Constraints in the treatment of Chronic Kidney Disease in Bouaké

Zié Adama OUATTARA
Université Alassane Ouattara (UAO), Côte d'Ivoire
Email : adamouattara@uao.edu.ci
Orcid id: https://orcid.org/0000-0002-3965-0508

Affoua Toutouwa Marie ADOU
Université Alassane Ouattara (UAO), Côte d'Ivoire
Email : adamouattara@uao.edu.ci

Guianmin Rita Grâce GOUANOU
Université Alassane Ouattara (UAO), Côte d'Ivoire
Email : ritagouanou@gmail.com

Résumé : En Côte d'Ivoire, dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC), les malades et le personnel soignant sont confrontés à des contraintes multiples. Cet article a pour objectif d'identifier les contraintes liées à la prise en charge des malades de l'insuffisance rénale chronique à Bouaké. L'étude, de nature qualitative, s'est déroulée en 2025 au Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale de Bouaké. Les données collectées résultent principalement d'entretiens semi-directifs, appuyés par l'observation directe et la recherche documentaire. Un échantillon de 33 dont 23 malades, 5 agents de santé et 5 proches de malades, a été enquêté. L'analyse des données traitées de manière éthique et soumises à une analyse thématique, révèle que plusieurs contraintes d'ordre sociaux, structurels et économiques structurent le vécu du traitement chez les malades de l'IRC à Bouaké et sont évocateurs de leur souffrance. Celles-ci sont l'insuffisance des équipements et de personnel qualifié, l'abandon familial, les contraintes liées au travail et la précarité des conditions de vie.
Mots-clé: Contraintes, Prise en charge, Insuffisance Rénale Chronique, Bouaké.

Abstract: In Côte d'Ivoire, patients and healthcare providers face multiple constraints in the management of Chronic Kidney Disease (CKD). The purpose of this article is to identify the constraints associated with the care of patients with chronic kidney disease in Bouaké. This qualitative study was conducted in 2025 at the National Center for the Prevention and Management of Chronic Kidney Disease in Bouaké. The data collected were primarily derived from semi-structured interviews, supplemented by direct observation and literature review. A sample of 33 participants, including 23 patients, 5 healthcare workers, and 5 family members of patients, was surveyed. The data, processed ethically and subjected to thematic analysis, reveals that several social, structural, and economic constraints shape the treatment experience of patients with chronic kidney disease in Bouaké and reflect their suffering. These include a lack of equipment and qualified personnel, family abandonment, work-related constraints, housing conditions, and precarity of living conditions.
Keywords: Constraints, Treatment, Chronic Kidney Disease, Bouake.
Reçu le : 29/07/2026 ● **Publié le :** 31/10/2026

Introduction

L'Insuffisance Rénale Chronique (IRC), appelée également Maladie Rénale Chronique (MRC), est considérée comme un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale. Son évolution silencieuse, l'absence de symptômes précoces et les limites d'accès aux soins spécialisés, expliquent son diagnostic tardif. Selon Silvano et Di Taranto (2024, p.2), « la MRC touche entre 8 et 16 % de la population mondiale, soit plus de 800 millions de personnes dans le monde. Parmi elles, environ 2 millions sont dialysées, représentant uniquement 10 % des besoins en dialyse couverts ». Cette estimation est corroborée par le Conseil exécutif de l'OMS qui indique que :

> Environ 674 millions de personnes vivent avec une maladie rénale chronique, soit 9 % de la population mondiale. Les maladies rénales sont l'une des causes de décès qui connaît la croissance la plus rapide dans le monde et qu'elles devraient devenir la cinquième cause de décès d'ici à 2050. Si aucune mesure n'est prise, le taux de mortalité standardisé selon l'âge devrait augmenter de 33 % et le nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité standardisée selon l'âge de 28 %. (Conseil exécutif de l'OMS, 2025, p.1-2)

En Afrique, la situation est particulièrement préoccupante, selon Nzanzu et al., (2025, p.3). Cette situation est caractérisée, selon ces auteurs, par une absence de registres fiables dans les pays, ce qui limite la disponibilité des données sur l'ampleur de la maladie. Toutefois, plusieurs sources indiquent que les maladies rénales dont l'IRC sont en hausse en Afrique (Fatumo, 2026, p.1). Selon cet auteur, la maladie rénale se développe de manière silencieuse, avec peu de symptômes. Ceux-ci n'apparaissent qu'au stade grave. En outre, il indique que les africains sont beaucoup vulnérables à la maladie rénale que les européens. Dans ses travaux sur la santé rénale pour tous en Afrique, Sumaili (2022, p.2-3) donnent des indicateurs de cette vulnérabilité. Il note qu'en Afrique, la maladie rénale chronique ou l'IRC résulte de l'interaction entre plusieurs facteurs génétiques et environnementaux. Ceux-ci combinés aux défaillances des systèmes de santé, l'adoption des modes de vie occidentaux (sédentarité, consommation de sel, d'alcool et de tabac), au vieillissement, manque d'hygiène et d'eau potable, et le faible taux de vaccination, favorisent l'émergence des maladies. Il s'agit notamment des maladies non transmissibles telles que le diabète, l'hypertension, l'obésité et la persistance ou réémergence des maladies parasitaires, bactériennes et virales. Autant de maladies qui caractérisent la maladie rénale chronique en Afrique. Cela est attesté par d'autres auteurs comme Tia et al, (2022, p.5), Chronic Kidney Disease Collaboration (2020, p.4), Chukwuonye & al., 2018, p.5) selon qui, l'IRC est principalement causée ou favorisée par ces pathologies, notamment l'hypertension artérielle, le diabète. Outre, ces facteurs, il y a également le manque de personnel qualifié ou spécialisé et d'infrastructures dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Le ratio médecin-population est inquiétant. En effet :

> L'Afrique subsaharienne compte moins de néphrologues, d'établissements de dialyse et de services de transplantation par habitant que le reste du monde. L'Afrique dans son ensemble compte moins d'un néphrologue par million d'habitants. Dans certains pays africains, il n'y a aucun néphrologue. La moyenne mondiale est d'environ 10 pour un million. Dans les pays à revenu élevé, ce chiffre atteint 23 pour un million. Pour la plupart des Africains atteints d'insuffisance rénale, il n'existe tout simplement aucun traitement disponible. (Fatumo, 2026, p.1).

En Côte d'Ivoire, les données épidémiologiques restent encore rares. Toutefois, une étude transversale menée à Yopougon, dans la ville d'Abidjan montre une prévalence de 13 % selon la formule Modification Diet Renal Disease (MDRD) et de 11,2 % selon la formule CKD-EPI (Yao et al, 2017, p.1-2). Ces auteurs mettent en évidence des inégalités importantes

dans l'accès aux soins ainsi qu'un diagnostic souvent tardif, facteur aggravant du pronostic. En outre, le Directeur Général du Centre National de Prévention et Traitement de l'Insuffisance Rénale (CNPTIR), a déclaré le 23 octobre 2021, qu'environ 800 malades d'insuffisance rénale sont en attente de dialyse contre 700 qui sont sous dialyse dans les huit centres que compte tout le pays. Selon lui, en Côte d'Ivoire, à défaut de chiffres globaux sur la pathologie, la prévalence hospitalière de l'insuffisance rénale varie entre 39 et 52 % avec un taux de mortalité de 39 % dans le service néphrologie du CHU de Yopougon.

À Bouaké, plus précisément au Centre Hospitalier Universitaire (CHU), une étude rétrospective conduite entre 2016 et 2020, indique une prévalence hospitalière de l'IRC de 3,6% parmi les admissions en médecine interne (Tia et al, 2022, p.4). La majorité des patients est admise à un stade avancé (stade 5), limitant ainsi les opinions thérapeutiques. L'accès à la dialyse est extrêmement restreint, avec seulement environ 3 % des patients bénéficiant d'un traitement de suppléance, ce qui contribue à une mortalité hospitalière élevée, estimée à près de 25 % (Tia et al, 2022, p.4-5). Cette situation n'est pas sans conséquences sur la santé des malades, car l'inaccessibilité aux soins dès la détection de la maladie aggrave leurs cas. Ces auteurs démontrent qu'à Bouaké, la prévalence hospitalière de l'insuffisance rénale chronique est de 3,6 %. Dans cette étude, l'estimation par les chercheurs du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG), selon l'équation Modification Diet Renal Disease (MDRD), indique que l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) terminale présentait 91,33 % des cas ; avec un taux de mortalité de 25,33 %. Cette forte mortalité élevée est probablement en rapport avec un enchevêtrement de contraintes, telles que celles décrites par Fatumo (2026, p.1) et Sumaili (2022, p.2-3). Mais selon Tia et al, (2022, p.1,6), le taux élevé de la mortalité de cette maladie s'explique par la faute d'accès au traitement de suppléance. Ainsi, selon eux, il faut mettre un accent sur la prévention de l'IRC au cours des pathologies à risque. Le présent article, s'inscrivant dans les suites des travaux de ces chercheurs au CHU de Bouaké, se propose d'identifier les contraintes liées à l'accès au traitement chez les malades de l'IRC, à Bouaké. Il répond à la question de recherche suivante : Quelles sont les contraintes vécues par les malades de l'Insuffisance Rénale Chronique dans la prise charge à Bouaké ? Pour répondre à cette interrogation, ce travail repose sur l'hypothèse selon laquelle la prise en charge des malades de l'IRC à Bouaké fait face à plusieurs contraintes d'ordres social, structurel, hygiénique et économique. Il s'agit de l'insuffisance des équipements et de personnel qualifié, l'abandon familial, les contraintes liées au travail et la précarité des conditions de de vie, notamment le manque d'hygiène.

1. Méthodes

La méthodologie met en exergue la nature et le site de l'étude, les techniques de collecte des données, l'échantillonnage, le traitement et l'analyse des données, et les considérations éthiques. Il s'agit d'une recherche qualitative qui s'est déroulée au CNPTIR, au quartier commerce de la ville de Bouaké, au centre de la Côte d'Ivoire (voir figure 1).

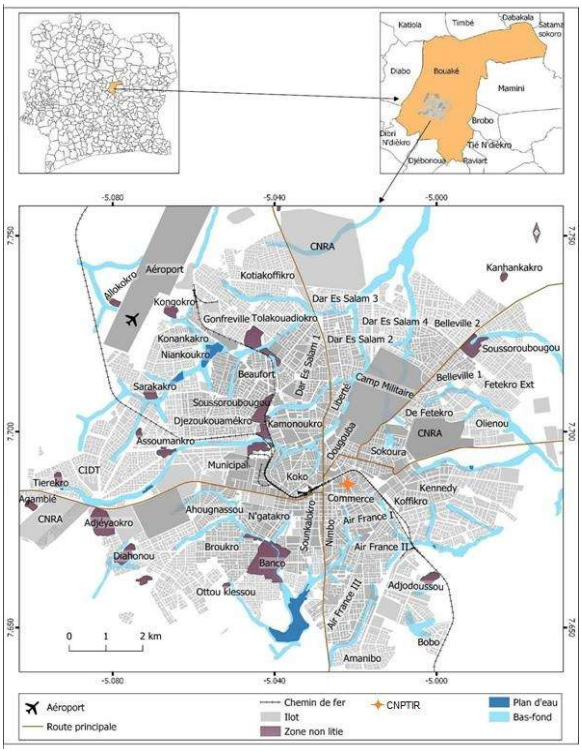

Figure 1 : Localisation de la zone d'étude (**Source :** Cohésion, 2017).

La carte ci-dessus indique la localisation géographique du CNTTIR récemment renommé Centre National d'Excellence de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale (CNEPTIR), dans le quartier commerce de la ville de Bouaké. Les données ont été collectées durant un mois (mars 2025), à travers des entretiens individuels semi-structurés, l'observation directe pendant et la recherche documentaire. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les malades de l'IRC, leurs proches et les agents de santé sur les différentes problématiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale, au Centre de dialyse à Bouaké. Ceux-ci portaient sur les dimensions du vécu de la maladie chez ces acteurs : histoire de la maladie, perceptions de la maladie, pratiques de soins des malades et contraintes dans la prise en charge médicale. Toutefois, cet article s'appuie exclusivement sur les contraintes de la prise en charge médicale.

La technique d'échantillonnage mobilisée est celle du choix raisonné. Les participants ont été sélectionnés sur la base des critères définis. Pour ce qui est des malades, nous avons comme critères : (i) être un habitant de Bouaké, (ii) avoir la maladie, (iii) être âgé de 18 ans et plus ; et (iv) être d'accord pour participer à l'étude. En ce qui concerne les proches des malades : (i) être un parent, compagne ou compagnon, un-e ami-e proche du malade depuis la survenue de la maladie et engagé dans sa prise en charge ; et (iii) être d'accord pour participer à l'étude. Quant aux agents de santé, il fallait être : (i) un soignant spécialiste en exercice au CNPTIR de Bouaké et (ii) d'accord pour participer à l'étude. Toutefois, les malades répondant à ces critères étaient sélectionnés et interrogés de manière accidentelle au Centre de dialyse. Lorsqu'en présence des chercheurs, un malade arrivait, après les soins, celui-ci était mis en contact avec eux par les agents de santé pour l'entretien. Cette démarche systémique mise en place au sein du Centre de dialyse a permis d'enquêter 33 personnes (voir tableau 1) :

Cibles	**Nombres d'enquêtés**
Les malades de l'Insuffisance Rénale Chronique	23
Les agents de santé	5
Les parents/proches de malade	5
Total	33

Tableau 1 : Récapitulatif des personnes enquêtes (**Source :** Données d'enquêtes, Bouaké, Mars 2025).

De manière détaillée, l'échantillon enquêté est composé de 23 malades de l'Insuffisance Rénale Chronique, 05 agents de santé et 05 parents de malades. Le traitement et l'analyse des données ont suivi une démarche rigoureuse. D'abord, les enregistrements audios ont été transcrits. Ensuite, les entretiens transcrits ont par la suite été anonymisés puis, à partir d'un guide de tri thématique conçu sur la base des outils, ont été triées ou encodées, enfin. Ces opérations techniques ont permis, in fine, de disposer d'un corpus de données permettant de répondre aux questions posées et de vérifier l'hypothèse de recherche formulée. Cette recherche obéit aux exigences de l'éthique en sciences sociales. Toutes les activités de collecte et de traitement des données ont été réalisées dans une démarche éthique. Pendant l'enquête, les chercheurs ont d'abord pris du temps (10 à 15 minutes environs) pour présenter l'objet d'étude à travers un bref exposé du contexte, des objectifs et de la méthodologie de collecte. Ensuite, les répondants ont été informés sur leur droit ou liberté de participer à l'étude ou non. Un formulaire de consentement libre et éclairé a été dûment signé par les répondants ayant donné leur accord puis contre signé par le chercheur. Un exemplaire du consentement a été remis à chaque répondant et un autre sauvegardé par le chercheur. Enfin, après obtention du consentement, les entretiens d'une durée maximum de 1h30 minutes ont été réalisés, à l'aide de dictaphones et enregistrés. Par ailleurs, les identités réelles des répondants ont été préservées et remplacer par des prénoms fictifs.

3. Résultats

Plusieurs contraintes ont été mises en exergue par cette recherche, dans la prise en charge des malades de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) à Bouaké.

3.1. Coût élevé du traitement et les dépenses liées aux séances de dialyses

L'un des problèmes majeurs de la prise en charge médicale de l'IRC, c'est le coût des soins. D'après les informations recueillies auprès des infirmiers interviewés au centre de dialyse, avec la subvention, les grandes personnes payent 1750 Francs CFA au niveau du public. Cependant, dans le secteur privé, une dialyse s'élève à 65000 Francs CFA par séance. Chez les enfants, la séance s'élève à 60000 Francs CFA. En outre, le coût des examens qui se font chaque fin du mois est facturé à 60000 Francs CFA, en plus des médicaments que ces derniers doivent acheter et dont le plus petit prix serait de 5000 Francs CFA. Le fardeau économique de l'IRC est reconnu par les soignants enquêtés, notamment Leonce (2025), un infirmier qui affirme que : « Le traitement coûte cher, car les malades doivent faire la dialyse, payer les médicaments et faire des examens chaque fin du mois. Toutes ces choses sont vraiment couteuses pour eux ». Ce propos ci-avant prête donc à l'IRC, l'image d'une maladie ayant un fardeau économique énorme. Du côté des malades, ce caractère budgétivore de l'IRC est attesté. Par exemple, Varan, l'un des malades enquêtés, déclare :

> C'est une maladie dépensière. Donc ça fait que les parents pensent que vous faites exprès pour dépenser leur argent, parce que chaque fois on va t'envoyer de l'argent. Tu as vu que je suis en train de dialyser là peut-être ici demain, il peut avoir un cas où tu es obligé de demander de l'argent ; parce que quand c'est comme ça, ils ne comprennent pas. On t'a envoyé l'argent par exemple pour le mois, pourquoi tu demandes encore tout ça là. Ça fait que vraiment c'est compliqué. Généralement, les parents te fuient hein quand tu les appelles, ils ne décrochent pas. Ils décrochent difficilement le téléphone parce qu'ils se disent que c'est de l'argent que tu vas leur demander. Surtout les amis là, ce n'est même pas la peine, parce qu'eux même là, ils te fuient totalement. Tu es dans la solitude hein pratiquement. (Varan, 2025).

Le coût jugé « cher » du traitement de l'insuffisance rénale empêche plusieurs malades d'être observants sur une longue durée. Selon les propos ci-dessus du malade enquêté, il s'agit d'une malade dépensière et qui génère un ensemble de problèmes. En plus du poids de la maladie, les malades font face aux hostilités des parents et à la stigmatisation des proches, notamment les amis. Ils sont perçus comme des fardeaux financiers et par conséquent sont finalement abandonnés explicitement ou implicitement par leurs proches et livrés à eux-mêmes. La précarité financière va entrainer une précarité sociale marquée par la solitude chez les malades.

3.2. Insuffisance d'équipements / Faible capacité d'accueil du centre de dialyse de Bouaké

Au centre de dialyse de Bouaké, deux faits majeurs ont été observés, l'un entrainant l'autre. Il s'agit de l'insuffisance des équipements et de la faible capacité d'accueil. Les observations effectuées, au passage des chercheurs, ont montré qu'il y existait moins de vingt (20) machines d'hémodialyse pour ce centre à caractère régional. En effet, pendant l'enquête en mars 2025, nous avons dénombrés quinze (15) machines disponibles dont onze (11) fonctionnels et une (01) machine dédiée aux urgences et trois (03) machines réservées aux militaires. Chaque machine prend trois (03) malades par jour pour plus de cent cinquante (150) malades. Cette insuffisance d'équipements limite la capacité d'accueil du centre et la qualité des prestations au niveau de la dialyse. En outre, les machines disponibles ont droit à deux branchements par jour, de manière réglementaire. Mais, vu le nombre important de malades, ces machines sont surexploitées, avec plus de deux branchements par jour, car il faut soigner ces malades qui ont besoins de soins. Certains infirmiers confirment la faible capacité d'accueil du centre de dialyse, notamment Damian, en ces termes suivants :

> Bon comme je viens de le dire, c'est la limitation du matériel que nous avons qui va limiter un peu notre dose d'action hein. Voilà, on dit que la plus belle femme ne peut donner ce qu'elle a. Si nos matériels, disons nos infrastructures ne nous permettent pas de prendre plus de patients qu'il faut, bon on ne peut pas nous en vouloir. Mais bon, c'est lié vraiment à la capacité et puis bon, la capacité de notre prise en charge tout ça la … il faut vraiment essayer de renforcer les infrastructures, le matériel parce que quand le matériel tombe en panne, il faut pouvoir le remplacer ; une fois que le matériel tombe en panne, ça devient une machine en moins. En ce moment, ça va réduire notre capacité de prise en charge, aussi des infrastructures qui nous permettrons la prise en charge complète. (Damian, 2025)

Ces propos traduisent le déficit en centres de dialyse à Bouaké face à la demande en matière de suivi des malades. Le manque de matériel durable et de qualité est présenté par ce soignant comme un facteur inhibiteur de leur volonté de travailler, d'œuvrer au bien-être des malades. Ainsi, plaide-t-il pour le renforcement du système en mettant l'accent sur les infrastructures et l'équipement. Des leviers qui, selon lui, pourront permettre de répondre à la

demande sociale et favoriser l'expression de leur plein potentiel, si l'on se réfère à la rhétorique utilisée : « la plus belle femme ne peut donner ce qu'elle a ».

3.3. Insuffisance du personnel soignant

Le centre de dialyse de Bouaké fait face à une insuffisance de médecins spécialistes de la prise en charge de l'IRC. Cela entraîne un engorgement et génère des inégalités d'accès aux soins. En outre, en raison du manque d'équipements pour faciliter le travail, on assiste à la fuite du personnel vers les centres d'Abidjan qui seraient mieux équipées. La surcharge de travail due à l'engorgement du centre par les malades est un facteur d'épuisement du personnel et combiné au déficit de matériel, cela entraine de la démotivation. Cela est attesté par Amir (2025), infirmier selon qui : « Il faut aussi du personnel si on a le matériel qu'il faut, on a aussi besoin du personnel qualifié formé, sinon cette situation nous fatigue vraiment ». Le manque matériel et de personnel qualifié limite les infirmiers à s'investir totalement.

3.4. Abandon des malades par leurs proches

Les résultats révèlent que tous les malades n'ont pas toujours le soutien de leur entourage social. Certains proches ne comprennent pas que cette maladie ne se guérit pas, et qu'il faut être toujours près du malade. Ceux-ci se laissent gagner par le découragement et finissent par abandonner leurs malades du fait des dépenses financières énormes effectuées, sans signe encourageant d'une amélioration de l'état de santé. D'autres vont plus loin en se résignant à l'idée que ce n'est pas nécessaire de dépenser de l'argent pour quelqu'un qui finira par mourir. Cette analyse découle de l'entretien réalisé avec Leonce (2025), un infirmier qui déclare : « Il y a beaucoup ! Tu sais qu'une maladie chronique au départ, les parents sont avec toi. Ils te prennent en charge et ils font toutes les dépenses. Mais quelque chose qui ne finit pas, les gens vont se dire merde ! Ils vont commencer à te lâcher même les petits jetons les gens te donnent, ils vont arrêter ». En outre, des femmes malades perdent leur foyer car devenues inutiles, ne pouvant pas enfanter ni faire les travaux ou remplir leur devoir conjugal. C'est d'ailleurs le cas de Mme Talia (2025) qui en témoigne comme suit : « À cause de la maladie, aujourd'hui, moi j'étais marié avec un enfant. Après 3 ans chez mon mari, un jour, il a dit qu'il est fatigué, qu'il ne peut plus. Donc je suis revenue en famille. En famille aussi aujourd'hui, tout le monde aussi m'a abandonné en famille ». La chronicité de l'insuffisance rénale et les dépenses à vie qu'elle suscite sont des facteurs qui concourent à l'abandon des malades par leurs proches.

3.5. Le travail, facteur de vulnérabilité des travailleurs malades

Souffrant de l'IRC, il est difficile de garder toujours son travail. Car cette maladie rend vulnérable et diminue la capacité de travail du travailleur malade. La personne étant toujours fatiguée pour tout effort physique effectué, ne peut plus s'assoir sur une longue durée. Cette situation entraine la perte de l'emploi car les malades deviennent inutiles dans leur service. Pour éviter de perdre leur emploi, certains sont obligés de cacher leur maladie au service par peur de se retrouver licenciés et sans argent pour leurs soins. C'est ainsi qu'ils mettent des stratégies en place pour pouvoir gérer la maladie et le travail, ce qui n'est pas facile pour eux. D'autres usent d'excuses pour parvenir à suivre le traitement. Toutefois, ils n'arrivent pas toujours à répondre à toutes les séances de traitement, ne pouvant trouver éternellement des excuses. Cela est confirmé par le propos suivant de Bibiche (2025), infirmière : « Il y a un malade qui est fonctionnaire. Dans son service, personne ne sait qu'il a cette maladie. Il se cache pour venir faire la dialyse en donnant des excuses ou créant des situations d'urgence. Des fois aussi, il rate les séances de traitement quand il n'arrive pas à se libérer. Ce n'est pas tous les jours qu'il va donner des excuses pour ne pas réveiller des soupçons ».

Cette affirmation relate la triste réalité des malades de l'IRC dans le milieu du travail. Ceux-ci, pour suivre leur traitement sans risque d'exposer leurs statuts et perdre leurs emplois, sont obligés de mettre en scène des stratégies propres. Cette hostilité du milieu du travail contribue à la renforcer la vulnérabilité des malades et des inégalités d'accès au travail.

3.6. Contraintes financières

Les insuffisants rénaux de Bouaké sont confrontés à un problème financier. La plupart d'entre eux ne sont pas salariés, d'où la difficulté à assurer financièrement le traitement. Face à ce problème, certains malades n'arrivent pas à suivre totalement le traitement et d'autres abandonnent faute de soutien. Malgré leur volonté de se faire soigner, nombreux d'entre eux sont endettés (crédit au centre de dialyse pour les séances de dialyses), ayant été abandonnés par tous et sont livrés à eux-mêmes. Arnauld, nous dit à cet effet ceci :

> Bon au niveau de l'affection comme ça parce que la maladie fait dépenser franchement. Donc les parents n'aiment pas ça sincèrement… Souvent même là, ça fait que les parents mêmes t'abandonnent parce que les médicaments coutent tellement chers. Financièrement, c'est compliqué parce que si tu as des parents qui sont fonctionnaires. En Côte d'Ivoire là c'est ça un fonctionnaire s'il enlève déjà 20000 F dans son salaire, c'est compliqué. Donc pour t'envoyer l'argent chaque fois c'est compliqué. (Arnauld, 2025).

Cette affirmation illustre les dépenses médicales lourdes et difficiles à supporter, même pour des familles salariées, rendant la prise en charge encore plus difficile pour les malades. Par ailleurs, la contrainte financière limite la mobilité des malades, qui pour la plupart, réside loin du centre, soit dans des quartiers ou des localités éloignés du centre de dialyse. C'est bien le cas de Ted (2025), un malade résidant à Tiebissou qui déclare : « Bon je ne suis pas ici je suis à Tiébissou, c'est là-bas je quitte pour venir. Et de fois quand il pleut on ne peut pas venir car ça nous fatigue, c'est transport tu payes imagine dans le mois et l'année… ».

3.7. Le respect de l'hygiène de vie

L'insuffisance rénale n'implique pas seulement le changement d'alimentation, la dialyse, les examens. L'hygiène du cadre de vie est une exigence sur laquelle les malades doivent être très regardants. Ils doivent vivre dans un cadre salubre car ils sont plus exposés au risque de contracter des infections, du fait de leur vulnérabilité. Cependant, vivre dans un environnement salubre n'est pas le cas pour tous. Certains d'entre eux vivent dans des environnements précaires. Mais en raison de la précarité financière, des malades peinent ainsi à satisfaire à cette exigence. « Tu ne dois pas faire ça et puis faut être toujours propre. Il faut que le local soit propre, douche tout ça la hein. Ce n'est pas facile hein, c'est comme tu as toujours un bagage sur la tête, tu veux décharger, tu n'arrives pas à décharger », nous confiait à cet effet Kabana (2025), un malade. Ces propos sont soutenus par Quetsia (2025), une infirmière en ces termes : « Ils doivent vivre dans les lieux propres, ils doivent être propres sur eux même. Mais y'a d'autres qui n'ont pas les moyens qui vivent dans les cours communes ils vont faire comment ».

4. Discussion

Cette recherche menée auprès des malades de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC), à Bouaké révèle des inégalités dans l'accès aux soins. Celles-ci sont en lien avec les contraintes vécues par les malades dans l'accès aux soins, à savoir : l'insuffisance des équipements et de personnel qualifié, l'abandon familial, les contraintes liées au travail et la précarité des conditions de de vie.

D'abord, en ce qui concerne le prix du traitement, les résultats montrent que le coût du traitement constitue un obstacle majeur à la prise en charge durable et efficace des malades de l'IRC enquêtés, à Bouaké. Le fardeau économique insoutenable de l'IRC pousse plusieurs d'entre eux à interrompre ou à espacer les séances de dialyse, mettant ainsi leur vie en danger. Ces résultats rejoignent ceux de Tia et al. (2022, p. 4-5) dont les recherches ont montré que seuls 3 % des malades hospitalisés au CHU de Bouaké bénéficient effectivement d'un traitement de suppléance. Dans la majorité des pays à revenu faible et intermédiaire, le coût des soins est entièrement supporté par le patient, ce qui restreint considérablement l'accès à la dialyse, ce qui rend les patients de ces pays moins susceptibles de commencer le traitement d'hémodialyse (Global Kidney Health Atlas, 2019, p. 84-85). En Algérie, cette difficulté vécue par les patients a bien été adressée, à travers la contribution de l'Etat et du secteur privé, ce qui a permis d'augmenter le nombre de ressources humaines qualifiées et des infrastructures de prise en charge (Ait Gougam et Chekdhidh, 2020, p.62-64). Or, dans la majorité des pays africains, les contraintes financières énormes font de la lutte contre l'IRC, un défi majeur (Kaze, 2018, p.9-10). En Côte d'Ivoire, précisément à Abidjan, Yao et al. (2017, p. 1-2) ont observé des inégalités d'accès importantes, dues non seulement au coût élevé des médicaments, mais aussi à la faiblesse du système de couverture sanitaire. Également, une étude menée en Tanzanie par Mallange & al. (2026, p. 5-8) confirment ces inégalités à deux niveaux. D'abord, au niveau du système de santé, la prise en charge de l'IRC est plus coûteuse dans le secteur public que le privé. Ce paradoxe peut se comprendre lorsqu'on sait que le secteur public est moins équipé que celui du privé. Ensuite, ces inégalités s'expriment entre patients assurés et patients non assurés. Les patients non assurés supportent seuls la charge financière du traitement tandis que les assurés bénéficient de subventions. En effet, selon Mallange et *al*. :

> La charge économique était quatre fois plus élevée chez les patients qui payaient l'intégralité des frais de leur poche que chez ceux qui bénéficiaient d'une couverture d'assurance complète (7 930 dollars contre 1 958 dollars), bien qu'ils ne représentaient que 40 % des cas (…) Le poids économique de l'hémodialyse est particulièrement élevé chez les patients qui paient de leur poche par rapport à ceux bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie, ce qui contribue à une incidence nettement plus élevée de dépenses de santé catastrophiques chez les patients non assurés (91 % contre 77 %). Par conséquent, le gouvernement doit mettre en œuvre des mesures visant à protéger les patients non assurés, car ceux-ci restent exposés à un risque important de se retrouver en situation de précarité et de pauvreté. (Mallange & al. (2026, p.1-2)

Outre, l'incidence élevée des dépenses, cette situation de précarité des patients non assurés pourrait induire l'arrêt voire le non recours aux soins dans les structures spécialisées. Cette convergence de résultats démontre que la contrainte économique et financière constitue un déterminant majeur des inégalités d'accès aux soins dans le processus de prise en charge des malades de l'insuffisance rénale chronique en Afrique en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Ensuite, l'insuffisance d'équipements, du personnel spécialisé et le faible capacité d'accueil du centre de dialyse de Bouaké est une autre contrainte majeure mise en évidence par notre étude. Le centre de dialyse de Bouaké dispose d'un nombre limité de machines, qui sont très souvent en panne. Cela qui réduit ainsi la capacité d'accueil du centre, en entrainant une surcharge de travail pour le personnel soignant. Ce résultat rejoint ceux de l'International Society of Nephrology (2019, p. 60), relevant que les dépenses publiques des pays à faible revenu dans la santé sont beaucoup moins voire insuffisantes. Ce faible investissement des pouvoirs publics se traduit effectivement sur le terrain par le manque d'équipements de dialyse, l'obsolescence des équipements disponibles, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, la répartition inégale des ressources humaines qualifiées disponibles ; et comme

conséquence directe, par l'accès limité aux soins et l'accroissement de la charge de travail des spécialistes, les néphrologues. L'insuffisance du personnel qualifié est un facteur de contre-performance pour les spécialistes qui sont disponibles, car leur charge de travail est élevée et cela conduit à leur épuisement professionnel, et par conséquent à un taux de mortalité hospitalière élevé (Tia et al, 2022, p.4-5). Ces résultats montrent que l'insuffisance d'équipement et du personnel qualifié demeure une barrière structurelle majeure à la prise en charge durable et efficace des malades de l'IRC à Bouaké.

Enfin, les résultats mettent en évidence les dimensions sociale, psychologique et hygiénique de la prise en charge de l'IRC. Au plan social et psychologique, de nombreux patients sont abandonnés par leurs proches, stigmatisés ou rejetés à cause du caractère chronique de la maladie et couteux du traitement. Certaines femmes perdent leur foyer, d'autres se retrouvent isolées de leur entourage. Pour les travailleurs, la survenue de l'IRC entraine souvent la perte de l'emploi, ceux-ci étant jugés moins productifs et comme une charge pour l'entreprise. Ainsi, certains malades travailleurs souffrent dans le silence et le secret, puis développent des stratégies leur permettant de suivre le traitement, à l'insu de l'employeur. Cette capacité de résilience est attestée par Anaut (2015, p.3), qui nous permet de comprendre que les personnes confrontées à des évènements traumatisants tels que la maladie chronique, développent des stratégies d'adaptation pour continuer à vivre malgré les épreuves. En outre, cette recherche souligne l'influence des conditions de vie sur la qualité de la prise en charge des malades. Elle montre que la précarité des conditions de logement et de vie est facteur aggravant de la maladie. Car, la précarité à travers ces indicateurs comme l'insalubrité de l'environnement domestique favorise expose les malades, déjà vulnérables, à des infections. En d'autres termes, pour paraphraser Yao et al. (2017, p. 2), un cadre de vie et des conditions d'hygiène adéquats constituent l'un des remèdes de l'IRC dans la mesure où cela préserve les malades des infections susceptibles de favoriser des complications graves et d'altérer profondément leur état de santé.

Conclusion

Le présent article offre une photographie des différentes contraintes liées à la prise en charge des malades de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC), à Bouaké. Les résultats ont montré que le coût élevé du traitement est un obstacle majeur à la continuité du traitement. Les dépenses liées aux séances de dialyse, aux examens médicaux et aux médicaments sont insupportables pour la majorité des patients. À cela s'ajoutent le déficit d'infrastructures adéquates, l'insuffisance d'équipements et du personnel spécialisé, qui limitent considérablement la capacité du centre de Bouaké à offrir une prise en charge optimale et de qualité. Sur le plan social, les malades sont souvent stigmatisés, incompris ou abandonnés par leurs proches, ce qui accroît leur isolement et participe de la détérioration de leur santé. En outre, les malades doivent user de stratégies pour éviter de perte leur travail et observer les mesures d'hygiène pour éviter d'être exposés au risque d'infections. Toutes choses qui restent contraignantes en raison de la précarité et de la vulnérabilité physique des malades. Ces résultats confirment ainsi l'hypothèse de recherche selon laquelle l'insuffisance des équipements et de personnel qualifié, l'abandon familial, les contraintes liées au travail et la précarité des conditions de de vie, constituent les contraintes vécues par les malades de l'IRC à Bouaké, dans leur prise en charge. Par ailleurs, ils font appel à des politiques publiques pour améliorer la prise en charge de l'IRC en Côte d'Ivoire. Ils offrent ainsi des leviers d'action à savoir : la subvention des coûts de dialyse, la décentralisation des centres spécialisés, la formation continue du personnel soignant et la mise en place de programmes de soutien psychosocial destinés aux malades et à leurs familles. Car, toutes les contraintes identifiées soulignent l'évidence que, si médicalement la prise en charge est à renforcer, la lutte contre

l'IRC requiert davantage une approche intégrant les dimensions économiques, sociales et psychologiques pour plus d'efficacité et de résilience.

Références bibliographiques

Ait Gougam, Z. et Chekdhidh, D. (2020). Le coût de la prise en charge de la maladie chronique rénale terminale au sein d'un établissement hospitalier public, Cas : CHU Tizi-Ouzou. Mémoire de Master En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences Economiques Option : Economie de la Santé. https://dspace.ummto.dz/server/api/core/bitstreams/e29b7987-6c0c-4cad-9467-9d026dd54c2d/content (Consulté le 18/10/2026 à 11:40).

Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. Recherche en soins infirmiers, 121(2), 28-39. https://doi.org/10.3917/s.rsi.121.0028 (Consulté le 16/10/2026 à 25:50).

Chukwuonye, I.I., Ogah, O.S., Anyabolu, E.N., Ohagwu, K.A., Nwabuko, O.C., Onwuchekwa, U., Chukwuonye, M.E., Obi, E.C., & Oviasu, E. (2018). Prevalence of chronic kidney disease in Nigeria: systematic review of population-based studies. International journal of nephrology and renovascular disease, 11, 165–172. https://doi.org/10.2147/IJNRD.S162230 (Consulté le 18/10/2026 à 14:18).

Conseil Exécutif de l'OMS. (2025). Alléger la charge des maladies non transmissibles en favorisant la santé rénale et en renforçant les moyens de prévenir et de combattre les maladies rénales, Cinquante-sixième session, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_(20)-fr.pdf (Consulté le 15/10/2026 à 9 :10).

Fatumo, S. (2026). Les maladies rénales sont en hausse en Afrique : le rôle des facteurs de risque génétiques, https://theconversation.com/les-maladies-renales-sont-en-hausse-en-afrique-le-role-des-facteurs-de-risque-genetiques-280600 (Consulté le 15/10/2026 à 21:38).

Global Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, 395(10225), 709–733. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3 (Consulté le 18/08/2026 à 10 :23).

International Society of Nephrology (2023). Global Kidney Health Atlas, p. 172. https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2023/10/GKHAtlas_2019_WebFIle_rev.pdf (Consulté le 18/10/2026 à 13:29).

Kaze, AD, Ilori, T., Jaar, BG., Echouffo-Tcheugui, JB. (2018). Fardeau de la maladie rénale chronique sur le continent africain : revue systématique et méta-analyse. BMC Nephrol 19 , 125 (2018). https://doi.org/10.1186/s12882-018-0930-5 (Consulté le 18/10/2026 à 12 :17).

Mallange, G., Kaarbøe, OM., Kagaigai, A., Tesha N., Mngumi, J., Didi, J., Mori, AT. (2026). Economic burden of hemodialysis among patients with chronic kidney disease in Dar es-Salaam region in Tanzania - a cross-sectional Study. Cost Effectiveness and Resource Allocation (2026) 24:76 https://doi.org/10.1186/s12962-026-00749-6 (Consulté le 15/10/2026 à 22:10).

Nzanzu, F. A., Muyisa, R.M., Wahangire, J.K., Ngesera, D.K., Sahika, S.M., Ngavo, W.A., & Mwalitsa, J.P.P. (2025). Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la maladie rénale chronique chez l'adulte hospitalisé aux Cliniques Universitaires du Graben, Butembo, RDC. Parcours et Initiatives: Revue interdisciplinaire du Graben (PIRIG), 16(30), 89-104. https://www.crigpug-ucg.org/index.php/pirig/article/view/353 (Consulté le 17/10/2026 à 20:16).

Silvano, A. et Di Taranto, P. (2024). MALADIE RÉNALE CHRONIQUE, HUG, https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2024-09/strategie_maladie_renale_chronique_1.pdf (Consulté le 18/10/2026 à 11:45).

Sumaili, EK. (2022). Kidney Health for all in subSaharan Africa: challenges and perspectives. Ann Afr Med; 16 (2): e5024-e5029. https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.1 (Consulté le 18/10/2026 à 15:20).

Tia, W.M., N'da, J.K, Kouamé, G.R, Kobenan, R., Daingui, D., Ouattara, B. (2022). Insuffisance rénale chronique : Aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif au CHU de Bouaké de 2016 à 2020. Revue Africaine de Médecine Interne-RAFMI; 9 (2-2) : 66-66 66 https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Insuffisance%20r%C3%A9nale%20chronique%20%20Aspects%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20diagnostique%20th%C3%A9rapeutique%20et%20%C3%A9volutif%20Bouak%C3%A9.pdf, (consulté le 10/10/2026, à 22 :37).

Yao, K.H., Diopoh, S., Konan, S. (2017). Prévalence et facteurs de risque de maladie rénale chronique dans la population générale de Yopougon (Côte d'Ivoire) : étude transversale. Néphrologie et Thérapeutique, Vol 13 - N° 5, P. 393 - septembre 2017, https://www.em-consulte.com/article/1141662/prevalence-et-facteurs-de-risque-de-maladie-renale (consulté le 10/10/2026, à 22 :54).