RECOURS AUX SOINS FACE AUX ZOONOSES EN MILIEU RURAL DANS LA SOUS-PREFECTURE DE KORHOGO (NORD IVOIRIEN)

TAPE BI SEHI ANTOINE, *Département de Géographie***,** *Université Peleforo Gon Coulibaly (Korhogo - Côte d'Ivoire)* **;** *tapepergo2006@yahoo.fr*

Résumé

La présente étude porte sur le recours des éleveurs aux soins de santé face aux zoonoses en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo, au nord de la Côte d'Ivoire. En effet, malgré les bonnes performances économiques du pays (1/3 du PIB de l'UEMOA), le déficit d'infrastructures sanitaires reste manifeste, en général dans le milieu rural et, en particulier, dans la Sous-préfecture de Korhogo. L'objectif de cette étude est d'analyser les déterminants du choix du type de recours aux soins de santé des populations (éleveurs) atteintes de pathologies zoonotiques en milieu rural dans un contexte de pluralisme thérapeutique. La méthodologie de collecte de données s'est basée sur la recherche documentaire et l'administration d'un questionnaire adressé à 51 individus retenus comme unité statistique issus de 9 villages sur la base d'un sondage à choix raisonné. La combinaison d'analyse de données statistiques issues de la recherche documentaire et d'enquête de terrain affinées aux tests statistiques du khi-2 et du V de Cramer ont permis d'identifier trois types de recours thérapeutiques en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo : recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts (47%), aux soins modernes (35%) et à l'automédication (moderne et traditionnelle) (18%). L'étude révèle en outre comme déterminants du recours aux soins modernes, la profession (khi2 C (12,5) > khi2 tab (11,07) ; V de Cramer = 0,5), le niveau de revenu (khi2 C (13,61) > khi2 tab (9,48) ; V de Cramer = 0,5) et la disponibilité de centre de santé rural dans le village (khi2 C (13,23) > khi2 tab (3,84) ; V de Cramer = 0,5). S'agissant du recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts, il est plus lié à l'âge des éleveurs (khi2 C (12,14) > khi2 tab (7,81) ; V de Cramer = 0,5) et de l'absence de centre de santé rural dans le village (khi2 C (7,08) > khi2 tab (3,84)). Quant à l'automédication comme choix thérapeutique dans cet espace, la distance qui sépare le domicile des populations des centres de santé ruraux constitue le principal déterminant (khi2 C (7,01) > khi2 tab (5,99)).

Mots clés : *Zoonoses, recours aux soins, milieu rural, Korhogo, Côte d'Ivoire*

Abstract

This study examines livestock keepers' use of health care in the face of zoonoses in rural areas in the Korhogo sub-prefecture in northern Côte d'Ivoire. Indeed, despite the country's good economic performance (1/3 of WAEMU GDP), the lack of health infrastructure is still evident in general in rural areas and in particular in the Korhogo sub-prefecture. The objective of this study is to analyse the determinants of the choice of the type of healthcare for populations (breeders) suffering from zoonotic pathologies in rural areas in a context of therapeutic pluralism. The data collection methodology was based on documentary research and the administration of a questionnaire sent to 51 individuals selected as a statistical unit from 9 villages on the basis of a reasoned choice survey. The combination of analysis of statistical data from documentary research and field surveys refined with statistical tests of Chi-2 and V of Cramer enabled three types of therapeutic recourse in rural areas in the Korhogo sub-prefecture to be identified: recourse to traditional healers and/or marabouts

(47%), to modern care (35%) and self-medication (modern and traditionnlly) (18%). The study also reveals that the profession (khi2 C (12.5) > khi2 tab (11.07)) is a determining factor in the use of modern health care in rural health centers; V de Cramer = 0.5), income level (chi2 C (13.61) > chi2 tab (9.48);V de Cramer = 0.5) and the availability of rural health centers in the village (chi2 C (13.23) > chi2 tab (3.84); V de Cramer = 0.5). With regard to the use of traditional healers and/or marabouts, it is more related to the age of the herders (chi-square C (12.14) > chi-square tab (7.81); V de Cramer = 0.5) and the absence of a rural health centre in the village (chi-square C (7.08) > chi-square tab (3.84)). As for self-medication as a therapeutic choice in this space, the distance between people's homes and rural health centers is the main determinant (chi-square C (7.01) > chi-square tab (5.99)).

Keywords : *Zoonoses, recourse to care, rural environment, Korhogo, Ivory Coast*

Introduction

En Afrique, le contact avec l'extérieur a permis la cohabitation des paradigmes cognitifs et culturels opposés. Le secteur de la santé n'a pas été en marge de ce choc de civilisation qui a contribué non seulement à l'émergence de nouveaux modèles thérapeutiques, mais aussi et surtout à la diversification des itinéraires thérapeutiques. Du guérisseur à l'infirmier, en passant par les mouvances religieuses de toutes les obédiences, le pluralisme thérapeutique s'est construit dans une société en perte de repères culturels et à la recherche de bonnes conditions sanitaires, nécessaires pour la productivité des activités industrielles et collectives (Nkoma, 2005, p.2). Selon A. Kleinman (1980 *in* C. Braxerres, 2007, p.269), divers types de recours sont pratiqués consécutivement, mais aussi simultanément au sein d'un système médical complexe composés de secteurs de soins biomédical et traditionnel aux frontières perméables et aux domaines superposables. A côté de ces possibilités de recours, s'ajoutent les pratiques populaires de soins dont les principaux acteurs sont les mères, les pères, les grands-mères et grands-pères, mais aussi tous les colporteurs de médicaments (modernes et traditionnels) vendus au détail à travers les villes et villages africains (B. M. Yoro, 2012, p.47). Malgré cette diversité de recours thérapeutiques, l'accès aux ressources sanitaires reste faible, en général, et, en particulier, en zone rural où dans de nombreux pays, les taux d'utilisation des services de santé n'ont jamais dépassé 0,5 contact par personne et par an (M. Kadar *et al.*, 2000 p. 905).

En Côte d'Ivoire, pôle économique majeur de l'Afrique de l'Ouest francophone, l'égalité et le droit de tous à l'égard de l'accès aux services médico-sociaux constituent l'un des principes fondamentaux de la République[1]. C'est pourquoi le financement du fonctionnement du secteur de la santé a été pendant longtemps sa responsabilité dans le but d'atteindre l'objectif de la Santé pour tous fixé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978. Cependant, les

[1] Article 9 de la constitution ivoirienne de 2016

différentes crises économiques et politiques qu'a connues le pays, ainsi que l'inégale répartition des infrastructures sanitaires entre villes et campagnes ont anéanti les efforts consentis et fortement contribué à la dégradation de la situation sanitaire des populations en affectant profondément les plus pauvres. Ces différents facteurs ont eu de fortes conséquences sur le niveau des dépenses de santé et sur toutes les formes d'accès aux soins en milieu urbain et rural (B. S. A. Tape, 2017, pp.17-51). Concernant la zone rurale, l'accès aux soins demeure très restrictif pour les populations à faibles revenus (M. L. Doumbouya, 2008, p.1). Selon le rapport de l'Association Internationale de Développement, le taux d'utilisation des structures de santé n'a jamais dépassé 50% en Côte d'Ivoire (B. S. A. Tape, 2017, p.51).

En effet, en Côte d'Ivoire, on constate que les zones rurales sont moins équipées que les zones urbaines. Pourtant, ce sont elles qui produisent l'essentiel de la richesse nationale. Ce déficit d'infrastructures, surtout sanitaires, en milieu rural, participe à la diversification de choix thérapeutique des populations. La zone rurale de la Sous-préfecture de Korhogo qui constitue la principale zone d'élevage des ruminants domestiques et concentrant les 2/3 de l'effectif du cheptel national (B. M. Yeo *et al*., 2017, p.238) n'est pas en reste. Une zone où les centres de santé ruraux sont rares et où les us, coutumes et les pratiques ancestrales culturelles, notamment le Poro[2] sont ancrées dans la vie des communautés. Une zone zoonotiquement, endémique (brucellose, tuberculose bovine, tuberculose humaine, fièvre aphteuse, gale, rage, trypanosomose, trypanosomiase) où le taux de prévalence de la brucellose est élevé (24% au niveau des bovins et 16% au niveau des porcs). C'est en outre une zone rurale où 42% d'éleveurs et 14% des membres de leurs familles sont atteints d'anthropozoonoses (B. S. A. Tape, 2019, pp.15-28). Selon N. Ruvoën (2015 *in* H. Chardon *et al*., 2017, p.2), les zoonoses sont des maladies ou des infections qui se transmettent des animaux vertébrés à l'homme et vice versa.

Cet article pose la problématique du choix thérapeutique des populations rurales dans la Sous-préfecture de Korhogo dans leur quête de guérison. L'objectif de cette étude est d'analyser les déterminants du choix du type de recours aux soins de santé des populations (éleveurs) atteintes de pathologies zoonotiques en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo dans un contexte de pluralisme thérapeutique. De façon spécifique, il s'agit, d'une part, d'identifier les différents types de recours, et, d'autre part, d'analyser les facteurs déterminants ces choix de recours aux soins de santé des éleveurs atteints d'anthropozoonoses.

[2] Rituel initiatique Sénoufo au nord de la Côte d'Ivoire

1. Présentation de la zone de recherche et méthodologie

1.1. Présentation de la zone de recherche

Créée en 1961 par le décret n°61-16 du 03 janvier 1961, la Sous-préfecture de Korhogo est située au nord de la Côte d'Ivoire dans la Région du Poro. Le relief est constitué d'un vaste ensemble de plateaux, surmontés par endroits de quelques élévations isolées, constituées de dômes granitiques et de collines. Le climat tropical est de type soudano-guinéen avec une saison pluvieuse et une saison sèche. En plus des étendues de savanes herbeuses et arborées, on note la présence de forêts galeries tout le long des cours d'eau. Plusieurs forêts sacrées réservées contribuent à protection de celles-ci. Le réseau hydrographique est relativement dense. L'agriculture, l'élevage, le commerce et le transport constituent les principales activités de la majorité de la population (B. S. A. Tape, 2019, p.16). Cette population est estimée à environ 286071 habitants dont 43023 en milieu rural (soit 15% de la population). C'est une population cosmopolite composée de 91,55% d'Ivoiriens et de 8,45% d'étrangers (INS-RGPH, 2014).

La figure 1 ci-dessous représente la localisation du cadre de recherche.

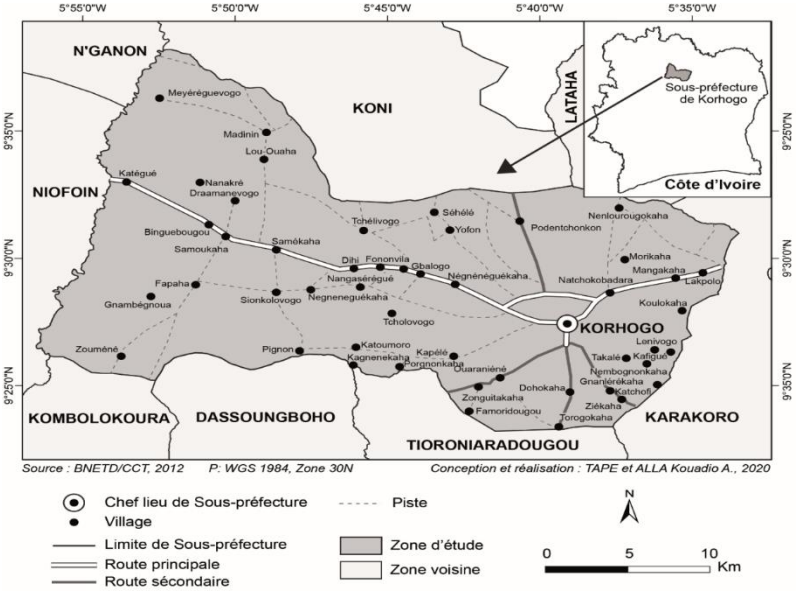


Figure 1 : Localisation du cadre de recherche

1.2. Méthodologie

Cette recherche est la suite d'une étude intitulée ''Les zoonoses : un risque sanitaire en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo (Côte d'Ivoire)'' menée par TAPE Bi Sehi Antoine en 2019. Dans la première phase de l'étude ; les pathologies zoonotiques dont sont victimes les éleveurs et le cheptel ainsi que les facteurs de risques de contamination ont été identifiés

(B. S. A. Tape, 2019, pp.3-37). Dans cette seconde phase il s'agit d'identifier et d'analyser les déterminants du type de recours aux soins des éleveurs atteints de pathologies zoonotiques dans un contexte de pluralisme thérapeutique en milieu rural.

La recherche documentaire et l'enquête de terrain ont permis la réalisation de cette étude. Les données démographiques proviennent du dernier recensement général de la population de 2014 de l'Institut National de la Statistique (INS) de Côte d'Ivoire. La position géographique (Longitude et Latitude) des villages a été obtenue à l'aide du GPS de marque OSMTracker pour Android™. Les données sur la situation sanitaire humaine et animale ainsi que sur la production animale de la région ont été obtenues auprès des Districts Sanitaires 1 et 2 de Korhogo, de la Direction Régionale du Ministère des Ressources Animales et Halieutiques (MIRAH), du Laboratoire National d'Appui au Développement Agricole (LANADA-Régional), de l'Agence Nationale d'Appuis au Développement Rural (ANADER-Régional), du Centre National de Recherche Agricole (CNRA-Régional) et de la Fédération Nationale des Coopératives de la Filière Bétail et Viande de Côte d'Ivoire (FENACOFBVI-CI).

Sur la base d'un sondage à choix raisonné ; 51 éleveurs ont été retenus comme unité statistique et répartis dans 9 villages. Ce sont des villages reconnus par l'ANADER et LANADA comme étant de fortes zones de production de ruminants domestiques avec une recrudescence de maladies zoonotiques. Compte tenu de leur faible nombre par village ; tous les éleveurs ont été soumis à l'enquête. Ce sont les villages de Gbalogo (6 enquêtés), Torgokaha (5 enquêtés), Dohokar (7 enquêtés), Waraniéné (3 enquêtés),), Gbonkaha (7 enquêtés), Fodonition (5 enquêtés), Kapelé (7 enquêtés), Fapaha (6 enquêtés) et de Lakpolo (5 enquêtés). Les enquêtés ont par la suite été interrogés (selon leur disponibilité) avec l'aide d'un traducteur Senoufo[3], car, comme le dit Hubert (1990, p. 259), la connaissance de la langue est d'une grande importance ; et pouvoir communiquer directement avec les gens, dans leur propre langue, constitue la base de l'ethnologie.

Toutes les données recueillies ont été traitées à l'aide des logiciels Microsoft office 2007, ArcGis 10.0 et STATA / SE12. Les tests statistiques du Khi-2 de Pearson et celui du V de Cramer ont permis d'analyser les différentes données issues de l'enquête. Le premier test a porté sur la liaison ou non entre les différents types de recours et les variables explicatives (sexe, âge, coûts des soins, etc.) découlant de l'enquête. Ces résultats ont été affinés à la suite par le V de Cramer afin de savoir si cette liaison est forte par sa valeur au point de justifier le

[3] Dialecte de la région

choix du type de recours des populations. Plus le V de Cramer est proche de 1, plus la dépendance est forte (J- J. Droesbeke, 1997 *in* B. S. A. Tape, 2017, p.220).

$$\text{V de Cramer} = \sqrt{\frac{\text{khi2}}{\text{n} \times \min\{(\text{k}-1), (\text{r}-1)\}}}$$

Avec khi-2 (calculé pour chaque variable), n (taille de l'échantillon), k (nombre de colonnes), r (nombre de lignes), min (constitue la valeur minimale de l'une des deux termes obtenus à l'issue de calcul). Le choix de ces différents tests statistiques se justifie par la nature des données recueillies au cours de l'enquête. La marge d'erreur retenue est de 5%.

2. Résultats

2.1. Une diversité d'offres de soins en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo

L'offre de soins est appréhendée à travers une double classification : médecine biomédicale et médecine traditionnelle.

2.1.1. L'offre de soins biomédicale : une faible disponibilité et inégale répartition des structures sanitaires

En zone rurale, dans la Sous-préfecture de Korhogo, l'offre de soins biomédicale est matérialisée par les Centres de Santé Ruraux (CRS). Ceux-ci administrent les soins curatifs et promotionnels par l'intermédiaire d'un infirmier et d'une sage-femme. Ils sont aidés dans leurs tâches par des aides-soignants et matrones recrutées dans le village.

Sur les 70 villages que compte la Sous-préfecture de Korhogo, seulement 21% disposent d'un Centre de Santé Rural (CSR), soit 15 villages (Direction Régionale de Santé, 2020). La figure 2 ci-dessous représente la carte sanitaire de la Sous-préfecture de Korhogo relative aux centres de santé ruraux.

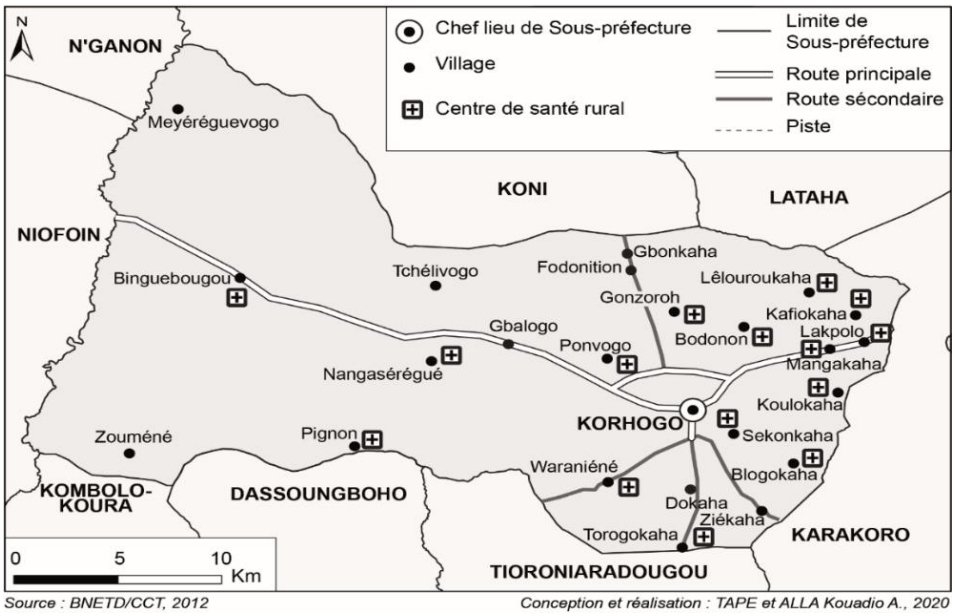


Figure 2 : Localisation des Centre de Santé Ruraux (CSR) de la Sous-préfecture de Korhogo.

Sur la figure 2, on constate presqu'un vide sanitaire dans la partie Ouest de la Sous-préfecture et une forte concentration d'infrastructures sanitaires autour du chef-lieu de Sous-préfecture et de Région. Cette répartition différenciée est liée à la forte présence humaine dans cette zone. Quant aux villages soumis à l'étude, seulement 4 d'entre eux disposent d'un centre de santé rural. Ce sont Torgokaha, Lakpolo, Waraniéné et Glogokaha (voir figure 3 ci-dessous).

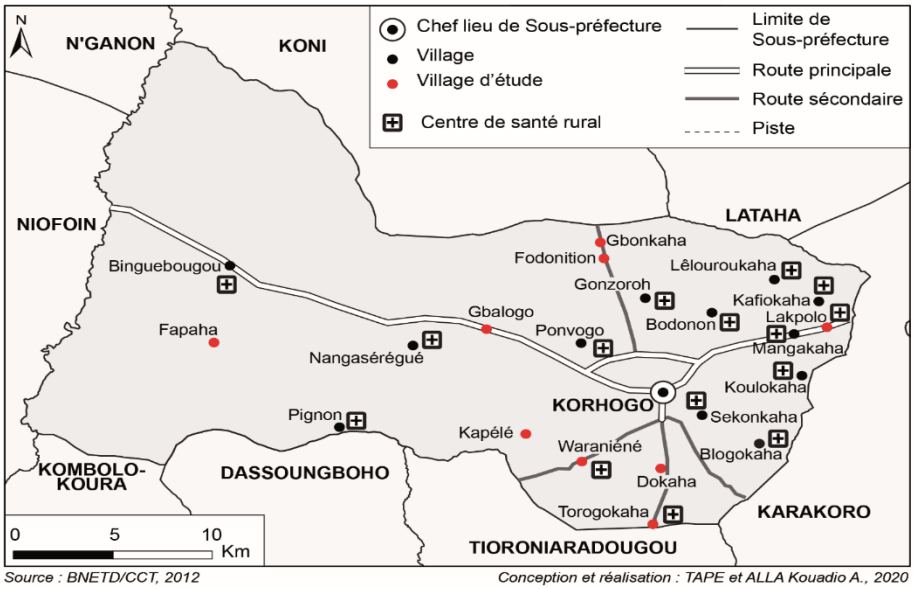


Figure 3 : Localisation des villages d'étude

A côté de ces centres de santé ruraux, opèrent les vendeuses de médicaments (modernes) de rue. Une sorte d'officine de pharmacie par terre qui alimente l'automédication. On rencontre ces vendeuses dans la plupart des villages. Quant aux produits pharmaceutiques, ils sont de tout genre et d'origines diverses (photos 1). Ce sont, pour la plupart, des médicaments essentiels importés d'Europe et d'Asie, particulièrement de l'Inde, du Pakistan et de la Chine.



Photo1 : Produits pharmaceutiques vendus à Dohokar

2.1.2. L'offre de soins traditionnels : un secteur informel

Ce secteur de soins traditionnel est animé par des guérisseur(e)s traditionnel(le)s et des marabouts. Ce sont des individus reconnus compétents par la communauté, pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des substances appartenant au règne végétal, animal ou minéral (U. Maclean, 1982 *in* B. S. A. Tape, 2017, p. 135). Dans la Sous-préfecture de Korhogo, on rencontre ces prestataires de soins dans presque tous les villages.

2.2. De nombreuses pathologies zoonotiques recensées chez les éleveurs et dans le cheptel

Les pathologies pour lesquelles les populations rurales de la Sous-préfecture de Korhogo sollicitent des soins sont nombreuses. Selon les registres des centres de santé ruraux (2015-2020) des villages visités, plus de 50% des consultations sont liées au paludisme, ensuite viennent les maladies diarrhéiques, la fièvre typhoïde puis les pathologies telles que la tuberculose, la grippe, la rage, la trypanosomiase et les morsures de serpents.

Quant aux éleveurs soumis à cette étude, le tableau 1 ci-dessous décline leur situation sanitaire ainsi que celle de leur cheptel. Il ressort de ce tableau que 42% des éleveurs (soit 21 sur 51 éleveurs) sont atteints ou ont été victimes des pathologies telles que la tuberculose, les maladies diarrhéiques, la grippe, la rage, la trypanosomiase et la gale. Pour ce qui est du cheptel, plusieurs affections ont été recensées chez les animaux. Ce sont entre autres des cas de Tuberculose bovine (106), Trypanosomose (44), Fièvre aphteuse (59), Gale (5), Parvovirose (14), Brucellose et de Strongylose (26) qui ont été recensés.

Selon les spécialistes en santé humaine et animale, la résurgence de ces pathologies, dans cette zone, s'explique par l'élevage semi-extensif et l'élevage de case pratiqués par ces populations. Cette cohabitation hommes/animaux engendre l'insalubrité autour des habitats.

Ce qui favorise le développement des vecteurs de maladies. Ainsi, les porcs, les petits ruminants domestiques et mêmes les bovins trouvent parfois leur nourriture dans les repas, les réserves d'eau de ménage et le reste des repas. Pour des animaux infectés, l'utilisation des objets des humains constitue une source de contamination humaine. Ainsi, toutes ces pathologies dont souffrent les populations ont leur équivalent chez les animaux. En effet, la trypanosomose a le même agent pathogène que la trypanosomiase (mouche tsé-tsé Trypanosoma congolense, *T. vivax*) et la bactérie de la tuberculose bovine est étroitement apparentée à celle des humains (B. S. A. Tape, 2019, p.28). Les dermatoses relevées sont de types dermatophyties paravacine et ecthyma contagieux. Or, selon Milon (2010, p.105), ces types de gale (bovine, caprine et ovine) sont les plus transmises aux humains.

Tableau 1 : Pathologies zoonotiques recensées au niveau des éleveurs et du cheptel

Pathologies rencontrées au niveau des éleveurs et du cheptel			
Eleveurs	**Effectifs**	**Cheptel**	**Effectifs**
Tuberculose humaine *Mycobacterium* *Inhalation, ingestion*	1	***Tuberculose* bovine** ***Bovin* : *Mycobacterium bovis* (*M.bovis*);**	106
Trypanosomiase *Trypanosoma congolense, T. vivax* *Piqûre d'insecte*	5	**Trypanosomose** **Bovin :** *genre Trypanosoma* *Trypanosoma congolense, T. vivax et de façon moindre à T. brucei p*iqueurs (tabanidés, stomoxes.)	44
Rage *Morsure d'animal infecté*	2	***Brucellose*** **Bovin :** *genre Brucella abortus (bovin)* **Ovins et Caprins** : *Brucella melitensis* **Porc :** *genre Brucella suis*	85 11 8
Gale *Contact avec animal infecté*	1	***Fièvre aphteuse*** **Bovin :** *genre aphthovirus* L'air expiré, la salive, le lait non pasteurisé, les vêtements et peau par contact avec les animaux **Ovins et Caprins** : *genre aphthovirus*	51 8
		Pasteurellose **Ovins et Caprins** : *Mannheimia haemolytica et Pasteurella trehasi* **Porc :** Pasteurella multocida	13 17
		Gale **Ovins et Caprins** : *genre acarien*	5
		Strongylose **Porc :** *strongyloïdes*	26
		Parvovirose **Porc :** *Virus Parvovirus Porcin (PVP)*	14

Source : TAPE Bi Sehi Antoine, 2019, Les zoonoses : un risque sanitaire en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo (Côte d'Ivoire), Maroc, Revue Espace Géographique et Société Marocaine, n°30, ISSN : 1113-8270, pp. *24-28*

2.3.Une diversité de recours thérapeutiques en milieu rural

Il s'agit ici de l'ensemble des voies de recours des éleveurs dans le cadre de recherche de soins (ou de guérison). Selon l'enquête, 3 types de recours thérapeutiques sont pratiqués par ceux-ci. La figure 4 indique ces différents choix de recours thérapeutique des enquêtés.

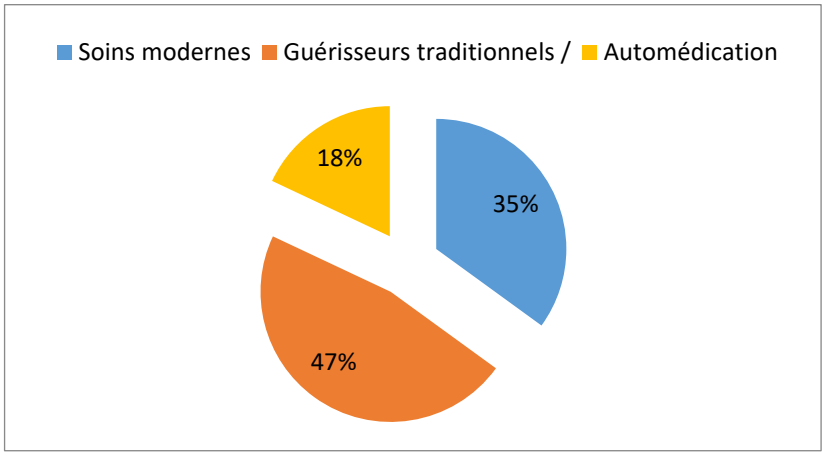


Figure 4: Type du choix de recours thérapeutique en milieu rural dans S/P de Korhogo
Source: *Enquête de terrain, 2020; Conception et réalisation: TAPE, 2020.*

La figure 4 indique que 47% des individus enquêtés ont recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts pour recouvrer la santé. Sur ces 47% enquêtés qui ont recours à ce type de soins, les villages de 43% d'entre eux ne disposent pas d'un centre de santé rural. Les soins de santé modernes à travers les Centres de Santé Ruraux (CSR) constituent le type de recours, en première intention, pour 35% des enquêtés, contrairement aux 18% autres qui préfèrent se soumettre à l'automédication (moderne ou traditionnelle). Le tableau 1 retrace l'itinéraire thérapeutique des enquêtés.

Tableau 1 : Itinéraire thérapeutique des enquêtés selon le type de village

Villages disposant de centre de santé rural	**Enquêtés**	**Villages ne disposant pas de centre de santé rural**	**Enquêtés**
Torgokaha, Waraniéné, Lakpolo, Glogokaha	13(25%)	Gbalogo, Dokaha, Gbonkaha, Fodonition, Fapaha	38(75%)
Itineraire thérapeutique			
1er recours Soins modernes	8(15%)	**1er recours** Guérisseurs traditionnels et/ou marabouts	22(43%)
2eme recours Automédication	3(6%)	**2eme recours** Soins modernes	10(20%)
3eme recours Guérisseurs traditionnels, tradipraticiens, marabouts	2(4%)	**3eme recours** Auto medication (*moderne et traditionnelle)*	6(12%)

Source : *Enquête terrain, TAPE, 2020*

Ce tableau 1 révèle que 5 villages d'où viennent 75% des enquêtés n'abritent pas de Centre de Santé Rural (CSR). 43% de ces enquêtés ont recours en première intention aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts et ce, quelle que soit la maladie et son niveau de gravité. Leurs itinéraires thérapeutiques les dirigent vers les centres de santé ruraux en deuxième recours, en cas d'échec du premier recours puis, suit l'automédication en troisième intention, lorsqu'ils estiment que la maladie est bénigne.

En revanche, les 25% d'individus interrogés dans les villages où il existe un centre de santé rural ont pour premier recours les soins de santé modernes. Ils ont recours respectivement à l'automédication en deuxième intention, lorsque la maladie n'est pas grave et/ou bénigne et troisième recours aux guérisseurs et/ou tradipraticiens en cas d'échec des 2 premiers recours.

2.4. Les déterminants du recours thérapeutique en milieu rural

Avant de procéder à l'identification de ces différents déterminants, il est important de présenter les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés afin de mieux comprendre leur choix de recours thérapeutique.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques socio-démographiques et le type de recours thérapeutique.

Type de Recours / Caractéristiques Socio-démographiques	Soins Modernes N=18	Guérisseurs traditionnels et tradipraticiens (N=24)	Automédication N=9
Sexe			
Masculin	13 (72%)	22 (82%)	9 (100%)
Féminin	5 (28%)	2 (8%)	0 (0%)
Age			
[30-40[	1 (6%)	2 (8%)	0 (0%)
[40-50[	2 (11%)	4 (17%)	1 (11%)
[50-60[	4 (22%)	7 (29%)	2 (22%)
[60 et plus	11 (61%)	11 (46%)	6 (67%)
Niveau d'étude			
Primaire	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)
Secondaire	2 (11%)	1 (4%)	0 (0%)
Supérieur	7 (39%)	2 (9%)	3 (33%)
Coranique	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)
Aucun	9 (50%)	19 (79%)	6 (67%)
Taille de ménage			
[1-5]	4 (22%)	1 (4%)	1 (11%)
[6-10]	2 (11%)	6 (25%)	2 (22%)
[11-15]	12 (67%)	17 (71%)	6 (67%)
Profession			
Agriculteur-éleveur	6 (33%)	18 (75%)	7 (78%)
Commerçant-éleveur	2 (11%)	4 (17%)	1 (11%)
Fonctionnaire-éleveur	4 (22%)	0 (0%)	0 (0%)
Salarié-éleveur	2 (11%)	0 (0%)	0 (0%)
Ménagère-éleveur	1 (6%)	1 (4%)	0 (0%)
Retraité-éleveur	3 (17%)	1 (4%)	1(11%)
Assurance			
Oui	6 (33%)	3 (13%)	2 (22%)
Non	12 (67%)	21 (87%)	7 (78%)
Revenu mensuel (en franc CFA)			
[5 - 50 000]	2 (11%)	12 (50%)	5 (56%)
[51 000 - 100 000]	3 (17%)	5 (21%)	3 (33%)
[101 000 - 150 000]	4 (22%)	3 (13%)	1 (11%)
[151 000 - 200 000]	5 (28%)	2 (8%)	0 (0%)
[201 000 – et plus	4(22%)	2 (8%)	0 (0%)
Coût des soins			
Bas	10 (56%)	2 (8%)	3 (33%)
Elevé	8 (44%)	22 (92%)	6 (67%)
Education sanitaire et relais communautaire			
Oui	7 (39%)	15 (62%)	6 (67%)
Non	11 (61%)	9 (38%)	3 (33%)
Distance le domicile et le CSR[4] le plus proche			
< 5km	15 (83%)	12 (50%)	2 (22%)
5-10 km	2 (11%)	8 (33%)	3 (33%)
> 15 km	1 (6%)	4 (17%)	4(45%)
Disponibilité d'un centre de santé rural			
Oui	10 (56%)	2 (8%)	1 (11%)
Non	8 (44%)	22 (92%)	8 (89%)

Source : *Enquête terrain, TAPE, 2020*

[4] Centre de Santé Rural

Les données contenues dans le tableau 3 indiquent que 82% des enquêtés ayant recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts sont de sexe masculin. Les villages de 92% d'entre eux ne disposent pas d'un centre de santé rural, éloignant ainsi 50% des enquêtés d'un établissement de santé à plus de 5km. Pour ceux qui optent pour les soins modernes, ils sont à 83% situés à moins de 5 km d'un établissement sanitaire.

2.5. Influence des caractéristiques socio-démographiques des éleveurs sur le choix du type de recours thérapeutique

Cette influence est mesurée à partir des tests de Khi-2 et du V de Cramer pour vérifier, d'une part, le lien entre les variables socio-démographiques retenues et le choix des différents types de recours thérapeutique et, d'autre part, l'intensité de ce lien.

2.5.1. Influence des caractéristiques socio-démographiques des éleveurs sur le recours aux soins modernes ou aux centres de santé ruraux

Les données relatives à l'impact des variables socio-démographiques sur le recours aux soins modernes ou aux centres de santé ruraux sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Influence des variables socio-démographiques sur le recours aux soins modernes

Variables socio-démographiques	Khi2 Calculé	Degré de liberté (ddl) (K-1) (r-1)	Marge d'erreur	Khi2 Tabulaire	Effectif	Min {(k-1), (r-1)}	V de Cramer
Sexe	**4,63**	1	5%	3,84	51	1	0,3
Age	0,46	3	5%	7,81	51	1	Néant
Niveau d'étude	6,31	4	5%	9,48	51	1	Néant
Taille du ménage	3,62	2	5%	5,99	51	1	Néant
Profession	**12,85**	5	5%	11,07	51	1	**0,5**
Police d'assurance	2,71	1	5%	3,84	51	1	Néant
Revenu mensuel	**13,61**	4	5%	9,48	51	1	**0,5**
Coût des soins	**9,17**	1	5%	3,84	51	1	0,4
Relais communautaire et éducation sanitaire	2,88	1	5%	3,84	51	1	Néant
Présence de CSR dans le village	**13,23**	1	5%	3,84	51	1	**0,5**
Distance entre le domicile et le CSR le plus proche	**7,99**	2	5%	5,99	51	1	0,4

Source : *Enquête terrain ; Données obtenues après calcul, TAPE, 2020*

A travers le tableau 3, on constate que le recours des populations aux centres de santé ruraux dans la Sous-préfecture de Korhogo, est statiquement lié au sexe (khi2 C (4,63) > khi2 tab (3,84)), à la profession des individus (khi2 C (12,5) > khi2 tab (11,07)) ainsi qu'au niveau de leur revenu mensuel (khi2 C (13,61) > khi2 tab (9,48)). A ces facteurs, il faut ajouter le coût des soins (khi2 C (9,17) > khi2 tab (3,84)), la disponibilité d'un établissement sanitaire dans

le village (khi2 C (13,23) > khi2 tab (3,84)) et la distance entre le domicile et le CSR le plus proche (khi2 C (7,99) > khi2 tab (5,99)). Cependant, les variables les plus fortement liées aux soins de santé modernes comme choix de recours thérapeutique concernent la profession, le revenu mensuel et la disponibilité d'un centre de santé rural dans la localité des individus. La valeur du V de Cramer de ces différents indicateurs est respectivement de 0,5. Les photos 2 et 3 ci-dessous montrent un aperçu des centres de santé de Waraniéné et de Torgokaha.



Photo 2 : Centre de santé rural de Waraniéné



Photo 3 : Bâtiment du centre de santé de Torgokaha

2.5.2. Influence des caractéristiques socio-démographiques des éleveurs sur le recours aux guérisseurs Traditionnels, tradipraticiens et marabouts

Le tableau 4 met en évidence les données relatives à l'impact des variables socio-démographiques sur le recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts.

Tableau 4 : Influence des variables socio-démographiques sur le recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts

Variables socio-démographiques	Khi2 Calculé	Degré de liberté (ddl) (k-1) (r-1)	Marge d'erreur	Khi2 Tabulaire	Effectifs	Min {(k-1), (r-1)}	V de Cramer
Sexe	1,11	1	5%	3,84	51	1	Néant
Age	**12,14**	3	5%	7,81	51	1	**0,5**
Niveau d'étude	8,01	4	5%	9,48	51	1	Néant
Taille du ménage	2,91	2	5%	5,99	51	1	Néant
Profession	10,37	5	5%	11,07	51	1	Néant
Police d'assurance	2,21	1	5%	3,84	51	1	Néant
Revenu mensuel	3,70	4	5%	9,49	51	1	Néant
Coût des soins	**9,70**	1	5%	3,84	51	1	0,4
Relais communautaire et éducation sanitaire	1,05	1	5%	3,84	51	1	Néant
Présence de CSR dans le village	**7,08**	1	5%	3,84	51	1	**0,5**
Distance entre le domicile et le CSR le plus proche	1,49	2	5%	5,99	51	1	Néant

Source : *Enquête terrain ; Données obtenues après calcul, TAPE, 2020*

Il ressort du tableau 4 que le recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts en milieu rural est lié à l'âge des individus (khi2 C (12,14) > khi2 tab (7,81)), au coût des soins pratiqués (khi2 C (9,70) > khi2 tab (3,84)) ainsi qu'à la présence d'un centre de santé rural

dans le village (khi2 C (7,08) > khi2 tab (3,84)). Cependant, les variables qui déterminent le plus le recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts comme choix thérapeutique sont l'âge (V de Cramer (0,5)) et la disponibilité d'un CSR dans le village (V de Cramer (0,5)).

2.5.3. Influence des caractéristiques socio-démographiques des éleveurs sur le recours à l'automédication

Les données relatives à l'impact des variables socio-démographiques sur le recours à l'automédication sont consignées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Influence des variables socio-démographiques sur le recours à l'automédication

Variables socio-démographiques des éleveurs	Khi2 Calculé	Degré de liberté (ddl) (k-1)(r-1)	Marge d'erreur	Khi2 Tabulaire	Effect.	Min {(k-1), (r-1)}	V de Cramer
Sexe	1,75	1	5%	3,84	51	1	Néant
Age	1	3	5%	7,81	51	1	Néant
Niveau d'étude	1,53	4	5%	9,48	51	1	Néant
Taille du ménage	0,30	2	5%	5,99	51	1	Néant
Profession	2,38	5	5%	11,07	51	1	Néant
Police d'assurance	0,34	1	5%	3,84	51	1	Néant
Revenu mensuel	4,63	4	5%	9,49	51	1	Néant
Coût des soins	0,80	1	5%	3,84	51	1	Néant
Relais communautaire et éducation sanitaire	1,46	1	5%	3,84	51	1	Néant
Présence de CSR dans le village	1,19	1	5%	3,84	51	1	Néant
Distance entre le domicile et le CSR le plus proche	**7,01**	2	5%	5,99	51	1	**0,4**

Source : *Enquête terrain ; Données obtenues après calcul, TAPE, 2020*

On observe à travers le tableau 5 que le recours à l'automédication, comme choix thérapeutique en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo, dépend de la distance qui sépare le domicile des ruraux des centres de santé (khi2 C (7,01) > khi2 tab (5,99)). Cependant, le V de Cramer relatif à cette variable indique que ce lien est de faible intensité (0,4).

3. Discussion

3.1. Types de recours et itinéraires thérapeutiques

Tout comme dans le Sud du Bénin (M. B. Senou, 2002, p. 33), différents types de recours aux soins (soins modernes, guérisseurs traditionnels et/ou marabouts, automédication) guident le parcours thérapeutique des populations en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo. Au Cameroun, en revanche, en plus de ces trois types de recours thérapeutiques indiqués, un quatrième un peu insolite existe. C'est l'abstinence thérapeutique, c'est-à- dire des individus qui n'optent pas pour ces trois précédents types de recours, en cas de maladies (P. P. Nkoma,

2015, p.20). Cependant, J. J. Dozon *et al*. (1986 *in* B. M. Yoro, 2012, p.48) estime que le succès de ce pluralisme thérapeutique en Afrique est à la mesure de la crise des systèmes de santé et, plus globalement, de la crise des États africains. Toutefois, une différence est observée quant aux raisons du choix du type de recours et de l'itinéraire thérapeutique en zone rurale à Korhogo. En effet, si les principales raisons du choix des soins modernes (ou centres de santé ruraux) sont la confiance au personnel médical et la disponibilité d'un centre de santé rural, en revanche, le choix des guérisseurs traditionnels et/ou marabouts est justifié par la majorité des ruraux par le fait qu'ils pensent que les maladies dont ils souffrent sont liées aux esprits et envoûtements ainsi qu'à l'efficacité des soins prodigués. Quant à l'automédication (moderne et traditionnelle), son choix est justifié par l'éloignement des populations des centres de santé ruraux. 50% d'entre eux sont situés à plus de 5 km d'un centre de santé. Cependant, d'autres raisons sont souvent aussi évoquées. Ainsi, dans une étude effectuée auprès des Ghanéens vivant au Canada, les enquêtés ont justifié leur attachement aux soins traditionnels par l'efficacité supposée, par habitude, mais aussi du fait du caractère holistique de la médecine traditionnelle. Ceux qui préféraient les soins modernes, dénonçaient le manque d'humilité des tradipraticiens et le manque d'hygiène dans leurs pratiques (A. D. Sangaré et *al*., 2013, pp.9-10).

S'agissant de l'itinéraire thérapeutique des populations rurales de Korhogo, il est lié par la présence ou non d'un centre de santé rural dans le village. Ainsi, dans 33% des villages où il existe un centre de santé rural, les soins modernes sont sollicités en première intention, ensuite viennent respectivement en deuxième et troisième recours l'automédication et la médecine traditionnels pratiquée par les guérisseurs et/ou les marabouts et ce, quelle que soit la maladie et son niveau de gravité. A l'inverse, dans les villages où il n'existe pas de centre de santé, le recours en première intention est dirigé vers les guérisseurs traditionnels et/ou les marabouts et ce, quelle que soit la maladie et son niveau de gravité. En cas d'échec du premier recours, les soins modernes sont préconisés en deuxième intention. Quant à l'automédication dans ce cas précis, elle est envisagée en troisième position selon les enquêtés lorsque les pathologies sont dites bénignes. Contrairement à Korhogo, en milieu rural où l'automédication est la troisième intention de recours avec 18%, au Cameroun, en revanche, elle constitue la première intention de recours médical, en cas de maladie, soit 51,9% des intentions de recours contre 42,1 %, pour le recours aux soins (biomédecine et médecine traditionnelle). Ces différents cheminements, dans la quête de guérison, indiquent clairement qu'il existe une complémentarité entre les différents types de recours thérapeutiques. Cette position est soutenue par M. B. Senou (2002, p.33), car selon lui, la majorité de ceux qui ont

recours aux guérisseurs traditionnels et tradipraticiens recourent à la médecine moderne, surtout pour un diagnostic. Ceci est la preuve que, même si les individus apprécient beaucoup plus l'efficacité de la médecine traditionnelle, ils ont recours à la médecine moderne dans le but de savoir de quels maux ils souffrent avant de se tourner vers les traitements traditionnels. A l'inverse, selon B. M. Yoro (2012, p.48), loin d'être une complémentarité, le pluralisme thérapeutique vise plutôt à combler le dysfonctionnement du système sanitaire moderne.

3.2. Association entre type de recours thérapeutique et les variables socio-démographiques

Les données issues des tableaux des tests d'indépendance du khi-2 et du V de Cramer permettent d'analyser les coefficients associés aux différentes variables explicatives en lien avec les types de recours aux soins en milieu rural. Ainsi, les résultats révèlent que la profession (khi2 C (12,5) > khi2 tab (11,07)), le niveau élevé du revenu (khi2 C (13,61) > khi2 tab (9,48)) et la disponibilité d'un centre de santé dans le village (khi2 C (13,23) > khi2 tab (3,84)) constituent les déterminants les plus fortement liés au recours aux soins de santé modernes en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo (V de Cramer = 0,5). En effet, 77 % des individus ayant recours aux soins modernes sont autant éleveurs, agriculteurs, commerçants, fonctionnaires ou salariés. Ils ont donc un pouvoir d'achat conséquent pouvant leur permettre de payer les prestations sanitaires et les médicaments. Mais ces différentes variables ne sont pas de loin les seuls déterminants de la fréquentation des structures modernes de santé, en milieu rural. Le coût élevé des soins dans les localités rurales de la Sous-préfecture de Grégbeu a également été identifié comme facteur de non recours aux soins modernes en milieu rural (K. TANO *et al.*, 2018, p.45).

S'agissant du recours aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts, les principaux déterminants sont l'âge (khi2 C (12,14) > khi2 tab (7,81)) et l'absence de centre de santé rural dans le village (khi2 C (7,08) > khi2 tab (3,84)) avec respectivement l'indice de Cramer égal à 0,5. Ce qui signifie que l'intensité du lien entre les variables identifiées et le recours des populations aux guérisseurs traditionnels et/ou marabouts est très forte. En effet, 75% des enquêtés ayant recours à ce type de soins ont plus de 50 ans et les villages de 92% d'entre-deux ne disposent pas d'un centre de santé rural. S'il est admis que les guérisseurs traditionnels et/ou marabouts sont plus accessibles et plus proches des populations, surtout en zone rurale, en revanche, aucune donnée officielle n'est disponible sur leur nombre exact en Côte d'Ivoire. Toutefois, selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, malgré un effort considérable de développement du système sanitaire et social ivoirien, 70 % de la

population ont encore recours en première intention à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2003 *in* B. S. A. Tape, 2017, p.136). A l'inverse, en Tanzanie, 75 000 guérisseurs traditionnels et tradipraticiens ont été recensés et 80 % de la population en milieu rural ont recours à ce type de soins, en première intention (A. D. Sangaré *et al.*, 2013, p.10). Cet intérêt qu'ont les individus pour la médecine traditionnelle pourrait s'expliquer par la non satisfaction du type de traitement qu'ils ont choisi dès le départ. Sauf qu'en milieu rural, à Korhogo, 43 % de la population ont recours à ce type de soins en première intention. De plus, selon Y. Homiengnon *et al.* (2016, p.16), le poids des traditions est une tendance lourde dans cette région, et certains ruraux refusent d'être évacués à moto ou en voiture vers les centres de santé. Les croyances traditionnelles, en matière de médecine africaine, c'est-à-dire le recours aux fétiches, tradipraticiens et marabouts pour des questions de santé, limitent la fréquentation des centres de santé, même si ces équipements sont proches des malades. Aussi, les forêts de cet espace constituent de véritables ''laboratoires pharmaceutiques'' où, après des incantations mystico-fétichistes, se font des prélèvements de feuilles ou racines pour la médecine traditionnelle.

Pour ce qui est du recours à l'automédication, comme choix thérapeutique, en milieu rural, dans la Sous-préfecture de Korhogo, la distance qui sépare les populations des centres de santé ruraux en constitue le principal déterminant (khi2 C (7,01) > khi2 tab (5,99)). Ce qui veut dire que plus l'accessibilité physique aux centres de santé est difficile, plus les populations recourent à l'automédication. En effet, sur 100 % des enquêtés ayant recours à l'automédication, 78 % sont situés à plus de 5 km d'un établissement sanitaire. Cet éloignement des centres de santé oblige les populations rurales de Korhogo à recourir à l'automédication (18 %) pour éviter la marche à pied, parfois le centre de santé le plus proche se trouvant à de longues distances. Selon Y. Homiengnon *et al.* (2016, p.10), l'accessibilité géographique difficile des ruraux de cette partie de la Côte d'Ivoire aux centres de santé est liée à la dégradation des routes, à l'absence d'ambulances, au manque de confort des taxis-motos ainsi qu'au coût très élevé (20 000f à 30 000f CFA, soit 30,48€ à 45,43€) des ambulances des centres de santé urbains chargées d'évacuer les ruraux malades. Contrairement à la Sous-préfecture de Korhogo, dans celle de Grégbeu, les déterminants de recours aux soins traditionnels sont en plus de l'éloignement des services modernes de santé, le coût élevé des médicaments et le faible revenu saisonnier des paysans (K. Tano *et al.*, 2018, p. 48). Au Cameroun également, dans les Régions de l'ouest, du sud-ouest et du Littoral où l'automédication est la plus fréquente avec 51,9 % des intentions de recours aux soins, l'âge du malade et le niveau de perception de la maladie constituent les principaux déterminants à

ce type de soins (S.B Nkoma, 2015, p.22). Pour B. D. Diakité *et al*. (1993, p.167) les pauvres ont davantage recours à l'automédication que les riches. Cette affirmation semble être en adéquation avec les conditions de vie des populations rurales de la Sous-préfecture de Korhogo, car 56 % d'entre elles vivent avec moins de 51 000f CFA/mois (77, 74€) et personne ne gagne plus de 151 000f CFA (230,19€) /mois (*Cf.* tableau 3).

Conclusion

En milieu rural, dans la Sous-préfecture de Korhogo, l'offre de soins de santé comprend les soins traditionnels et les soins biomédicaux caractérisés par une faible disponibilité et inégale répartition des centres de santé ruraux. Dans cet espace rural, différents types de recours aux soins structurent le parcours thérapeutique des populations.

Il est vrai que cette étude s'est intéressée aux pathologies zoonotiques, mais le parcours thérapeutique des populations relativement aux autres pathologies pourrait être similaire au cas étudié étant donné qu'il s'agit de la même communauté avec les cultures et les us communs.

Comme il est illusoire de demander à la population d'opter pour un tel type de recours plutôt que pour un autre, il serait donc souhaitable que les autorités ivoiriennes se penchent sur la réduction des barrières d'accès aux soins, en milieu rural ivoirien, surtout dans cette période où la pandémie à coronavirus (Covid-19) sévit dans toutes les régions.

Référence bibliographie

AUDIBERT Martine, 2004, Lutte contre le paludisme : approche économique des obstacles à son contrôle (Commentaire), France, *Revue Sciences sociales et santé*, n°4, Volume 22, p. 25-33, Consulté le 08 juin 2020, doi : https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1635,

https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_num_22_4_1635

BRAXERRES Carine, 2005, « Accès aux médicaments en Afrique de l'ouest : le marché parallèle du médicament : prévention et discussion à partir d'une étude réalisée en milieu rural sénégalais : approche anthropologique sociale », Paris, CREDIMI, LexisNexis Litec, ISBN : 2711008460, p. 269-277

CHARDON Hélène et BRUGERE Hubert, 2017, « Zoonoses au plan mondiale : enjeux et perspectives », France, Viandes et Produits Carnés, VPC-2017-33-4-4, ISSN 2555-8560, p. 1-9.

DESCHIEN M. R., 1968, *Généralités sur les zoonoses, Bull. Soc. Path. Evo.* 62(2) *in ABIOLA Adebayo François, 1979, Contribution à l'étude des anthropozoonoses infectieuses majeures en Afrique*, Dakar, Ecole Inter-états des Sciences et Médecines Vétérinaires, Thèse de Doctorat, 205 p.

DIAKITE Birama Djan, DIARRA Tiénan et TRAORE Sidy, 1991, Recours *aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni*, Mali, Bamako, INRS, p. 5-175.

DOUMBOUYA Mohamed Lamine, 2008, Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée, France, Université Lumière Lyon 2, Institut des Sciences de l'Homme, Laboratoire d'Economie de la Firme de l'Institut, 20 p.

DROESBEKE Jean-Jacques, 1997, *Elément de statistiques*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, Editions Ellipses, 550 p.

FRANCKEL Aurélien, 2004, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar*, France, Paris, Université Paris-Nanterre, Thèse de Doctorat en Démographie, 465 p.

HOMIENGNON Yeo, KOUADIO Joseph Kra, LATH Franck Eric Koffi, 2016, *Infrastructures de transport et accessibilité géographique des populations rurales aux équipements sanitaires urbains dans la zone dense de Korhogo (nord de la Côte d'Ivoire)*, *Espace populations sociétés*, Consulté le 19 juillet 2020. URL : http://journals.openedition.org/eps/6331 ; DOI : 10.4000/eps.6331

HUBERT Annie, 1990, « Ethnologie et nutrition. L'alimentation comme pratique culturelle chez Yao de Thaïlande » *in* Fassin Didier et Jaffré Yannick (Eds), *Société, développement et santé*, France, Paris : les Editions Ellipses, pp. 259-272

KADAR Miloud, STIERLE Friedeger., SCHMIDT-EHRY Bergis, TCHICAYA Anastase, 2000, « L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, tome 41, nº 164, t.XLI, pp. 903-925, consulté le 12 avril 2020, DOI : http//doi.org/10.3406/tiers.2000.1444

KLEINMAN Arthur, 1980, « Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medecine, and psychiatry », Berkeley, University California Press, *in* BRAXERRES Carine, 2005, *Accès aux médicaments en Afrique de l'ouest : le marché parallèle du médicament : prévention et discussion à partir d'une étude réalisée en milieu rural sénégalais : approche anthropologique sociale*, Paris, CREDIMI, LexisNexis Litec, ISBN : 2711008460, p. 269-277.

MILON charlotte, 2010, *Principales dermatoses des animaux domestiques transmissibles à l'homme*, Lyon, Université Claude-Bernard-Lyon 1, Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon, Thèse de Doctorat Vétérinaire, 149 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP), 2010, *Critères et normes d'implantation et d'ouverture des établissements sanitaires*, Abidjan, DIPE, 17 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP), 2016, *Rapport de la Situation Sanitaire (RASS) 2015*, Direction de la Prospective, de Planification et de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS), Côte d'Ivoire, 316 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP), 2017, *Rapport de la Situation Sanitaire (RASS) 2016*, Direction de la Prospective, de Planification et de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS), Côte d'Ivoire, Abidjan, 351 p.

NKOMA Pouhe Paul, 2015, « Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication », Johannesburg, *7ème Conférence sur la Population Africaine : Dividende Démographique en Afrique : perspectives, opportunités et défis*, 35 p. Consulté le 5 juillet 2020. URL : http:// uaps2015.princeton.edu />. <Hal-01339418>.

SANGARE Abou Dramane, BAKAYOKO-LY Ramata, SAMABA M. et *al*., 2013, « Regards croisés sur le recours aux soins de santé bucco-dentaires modernes et traditionels en Côte d'Ivoire », France, Revue Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac, n°3, volume 20, p. 5-11.

SENOU Mahugnon Barthelemy, 2002, *Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin*, Abidjan, Université de Cocody, Mémoire de DEA, 44 p.

TANO Kouamé, SEIDOU Coulibaly, KRA Koffi Siméon, 2018, « L'accès aux services de santé dans les localités rurales de la Côte d'Ivoire : cas de la Sous-préfecture de Grégbeu », Abidjan, REGARDSUDS (Revue de Géographie, d'Aménagement Régional et de Développement des Suds), Premier numéro, ISSN-2414-4150, p. 36-50.

TAPE Bi Sehi Antoine, 2019, « Les zoonoses : un risque sanitaire en milieu rural dans la Sous-préfecture de Korhogo (Côte d'Ivoire) », Maroc, Revue Espace Géographique et Société Marocaine, n°30, ISSN : 1113-8270, p.13-37.

TAPE Bi Sehi Antoine, 2017, *Accès et recours aux soins de santé dans les structures de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire),* Abidjan, Thèse de Doctorat Unique de Géographie, Université Félix Houphouët-Boigny, 383 p.

YORO Blé Marcel, 2012, « Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique », *Recherche qualitative en contexte africain*, Canada, Recherches qualitatives, n°1, Volume 31, ISSN : 1715-8702, p. 47-61.