

Itinéraires thérapeutiques et recours aux soins des ménages à Grand-Lahou (Côte d'Ivoire)

Therapeutic pathways and healthcare-seeking practices among households in Grand-Lahou (Côte d'Ivoire)

YOH Epouse TIA Oulai Munné-Prisca

Enseignant chercheur

Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan

Laboratoire de Cartographie, Population et Développement des territoires et sociétés

CÔTE D'IVOIRE

Date de soumission : 21/07/2026

Date d'acceptation : 23/08/2026

Pour citer cet article :

YOH. E. T. O. M. (2026) «Itinéraires thérapeutiques et recours aux soins des ménages à Grand-Lahou (Côte d'Ivoire) », Revue Internationale du chercheur «Volume 7 : Numéro 3» pp : 811-836

Résumé

Cet article vise à analyser les stratégies de suivi et d'encadrement médical des familles à Grand Lahou qui repose sur une approche mixte à dominante qualitative combinant des entretiens semi-directives centrée sur les femmes responsables de la santé des ménages. La collecte des données s'est déroulée du 30 mars au 04 Avril 2026 et l'échantillon construit par choix raisonné et effet boule de neige comportant des femmes issues de divers milieux socioprofessionnels. Il a porté sur 80 femmes réparties dans quatre quartiers (N'Zida 2e Extension, N'Zida Sud, N'Zida CEG et N'Zida 1 ère Extension), et 8 prestataires de soins, dont 5 professionnels de santé et 3 tradipraticiens. Les résultats mettent en évidence le fait que les pratiques médicales sont dominée par le centre de santé public comme premier recours (26 femmes sur 80 y ont recours), devant le recours privé (24 femmes), aux tradipraticiens (17 femmes) et à l'automédication (13 femmes). Ces parcours sont influencés par des contraintes économiques, d'accessibilité spatiale, et de logiques sociales. À cela s'ajoute, une territorialisation des pratiques sanitaires et le rôle central des femmes dans les prises en charges sanitaires de leurs familles.

Mots clés : Initiative, suivi médical familial, recours aux soins, itinéraires thérapeutiques, Grand-Lahou

Abstract

This article aims to understand the strategies used for family medical monitoring and support in Grand-Lahou, based on a mixed-methods approach with a qualitative focus. The study combines semi-structured interviews conducted with women responsible for the health of their households. Data were collected from 30 March to 4 April 2026. The qualitative sample was established through purposive sampling and snowball sampling and included women from diverse socio-professional backgrounds. The study involved 80 women distributed across four neighbourhoods (N'Zida 2nd Extension, N'Zida Sud, N'Zida CEG and N'Zida 1st Extension), as well as 8 healthcare providers, including 5 health professionals and 3 traditional practitioners. The results show that public health centres constitute the main source of first-line care, with 26 out of the 80 women reporting this type of healthcare use, followed by private healthcare providers (24 women), traditional practitioners (17 women), and self-medication (13 women).

Keywords : Initiative, family medical follow-up, healthcare access, treatment pathways, Grand-Lahou

Introduction

En Côte d'Ivoire, malgré les efforts engagés en matière de couverture sanitaire, l'accès aux soins demeure marqué par des inégalités territoriales et socio-économiques. Ces disparités sont particulièrement perceptibles dans les villes secondaires, où la densité de l'offre sanitaire, les conditions de mobilité et les ressources économiques des ménages peuvent limiter le recours aux soins formels (OMS, 2020). Il s'inscrit dans une diversité de recours où coexistent médecine biomédicale, pharmacie, automédication et médecine traditionnelle (Moshabela et al., 2012). L'épisode de maladie donne lieu à une succession de décisions qui dépendent de la gravité perçue, des ressources disponibles, des expériences antérieures et des possibilités offertes par le territoire.

La notion d'itinéraire thérapeutique permet d'appréhender ces parcours comme des processus dynamiques, susceptibles de comporter plusieurs recours successifs (Janzen, 1995 ; Pinsonnault, 2003). En Côte d'Ivoire, Yoro (2003) montre que les pratiques thérapeutiques s'inscrivent dans des logiques économiques, sociales et culturelles qui influencent les décisions prises face à la maladie. Le ménage constitue ainsi une unité importante de décision sanitaire, puisqu'il participe à l'identification des symptômes, au choix du premier recours, à la mobilisation des ressources financières et au suivi du traitement (Diarrassouba et al., 2025). Cette dimension familiale prend une importance particulière lorsqu'elle est analysée à partir du rôle des femmes. Dans de nombreux ménages, elles participent activement à la reconnaissance des symptômes, à la recherche d'informations sanitaires, à l'orientation vers un recours thérapeutique, à la mobilisation des ressources nécessaires et au suivi des traitements. L'analyse du suivi médical à partir de leur expérience permet de dépasser une lecture centrée uniquement sur la disponibilité des équipements sanitaires pour s'intéresser aux pratiques concrètes de gestion de la santé au sein des ménages. Elle permet également de comprendre comment les contraintes d'accessibilité interviennent dans les décisions thérapeutiques (Kouadio, 2010). Les choix thérapeutiques résultent dès lors de l'articulation entre ces contraintes et les représentations que les ménages se font de l'efficacité, du coût et de la proximité des différents recours (Lovell, 2000). A Grand Lahou, ces pratiques présentent un intérêt particulier en raison de la configuration territoriale de la ville et des difficultés d'accessibilité rapportées dans certains quartiers de cette ville. L'étude accorde une attention aux femmes qui occupent une place non négligeable dans la gestion quotidienne de toute la famille qui identifient les symptômes, recherchent des conseils, organisent le déplacement, mobilisent les ressources

financières et assurent le suivi des traitements. Dès lors, l'on se pose la question de savoir comment les femmes responsables de la santé familiale à Grand-Lahou construisent-elles les itinéraires thérapeutiques des membres de leur ménage et quels facteurs économiques, sociaux et territoriaux influencent leurs choix de recours aux soins ? De façon spécifique, quels sont les principaux recours thérapeutiques ? Comment les contraintes économiques et spatiales influencent-elles ces recours ? Et quel rôle jouent les femmes et les réseaux sociaux dans les décisions thérapeutiques ? l'objectif de cette étude est d'analyser les stratégies de suivi médical des ménages et les itinéraires thérapeutiques des ménages par les femmes à Grand Lahou.

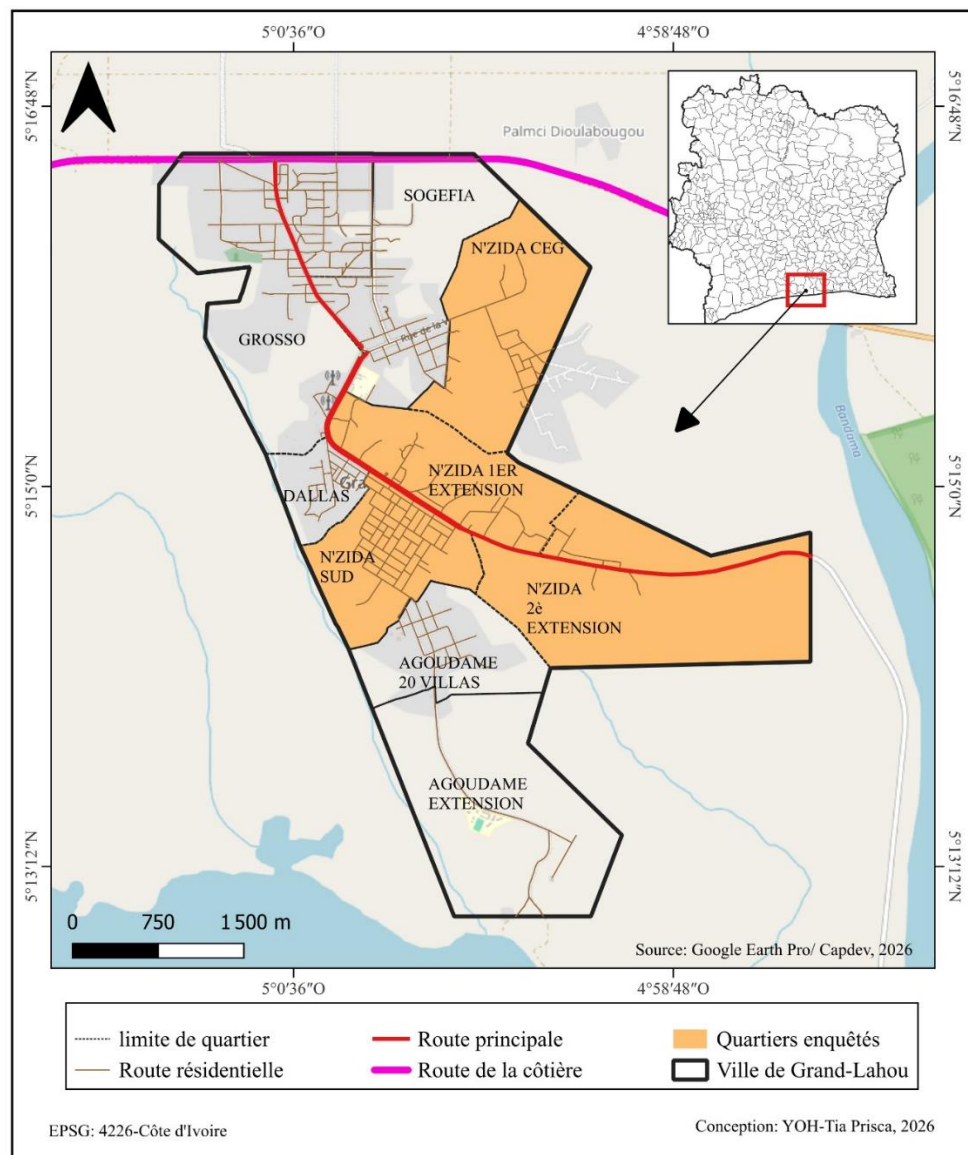
Cet article s'articule autour de deux points. Le premier point, est relatif aux précisions sur la démarche méthodologique adoptée en vue de la collecte et du traitement des données. Dans le contenu du second point, l'on analyse tout en interprétant les résultats collectés auprès des enquêtés.

1. Méthodologie

1.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans la ville de Grand-Lahou dans la région des Grands ponts. Cette ville côtière se trouve à environ 100 km à l'ouest d'Abidjan et constitue un centre urbain intermédiaire. Elle se caractérise par une configuration géographique particulière, marquée par la présence simultanée de l'océan Atlantique, de la lagune Tagba et du fleuve Bandama. Cette situation d'interface entre plusieurs milieux naturels influence les conditions de déplacement et d'accès aux services, notamment de santé. Le choix de Grand-Lahou se justifie également par l'existence d'une offre sanitaire formelle composée notamment de structures publiques, parallèlement au maintien de pratiques thérapeutiques diversifiées. L'analyse porte plus particulièrement sur quatre quartiers de la ville : N'ZIDA 1 ère Extension, N'ZIDA Sud, N'ZIDA CEG et N'ZIDA 2e Extension. Ces quartiers ont été retenus afin de prendre en compte des situations territoriales différenciées et de comparer les pratiques de recours aux soins dans différents espaces de la ville. La dimension spatiale constitue en effet un élément important de l'analyse, dans la mesure où l'accessibilité ne dépend pas uniquement de la distance, mais également des conditions de déplacement, des moyens de transport disponibles et des contraintes économiques des ménages.

Figure N°1 : Localisation de la zone d'étude



1.2. Approche de l'étude

La recherche repose sur une approche raisonnée et effet boule de neige. La composante qualitative constitue le principal dispositif d'investigation et vise à comprendre les logiques, les représentations, les expériences et les arbitrages qui structurent les itinéraires thérapeutiques des ménages. Elle s'appuie principalement sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès des femmes responsables de la gestion quotidienne de la santé familiale ainsi que sur des entretiens auprès de prestataires de soins. La composante quantitative quant à elle permet de caractériser les enquêtées et de présenter, sous forme d'effectifs et de pourcentages, la fréquence relative de certaines caractéristiques et pratiques déclarées. Ces traitements descriptifs ne visent pas une généralisation statistique à l'ensemble de la population de Grand-Lahou, ils permettent

d'objectiver les tendances observées et de faciliter les comparaisons entre les quatre quartiers. Cette combinaison des deux approches permet de mettre en relation les régularités observées dans les données descriptives avec les discours et les expériences relatés par les enquêtées.

1.3. Population de l'étude

La population principale de l'étude est constituée de femmes impliquées dans la gestion de la santé des membres de leur ménage. Ce choix repose sur le rôle qu'elles jouent dans la reconnaissance des symptômes, l'identification du premier recours, la recherche de conseils, la mobilisation des ressources financières, l'achat des médicaments et le suivi des traitements.

L'étude a retenu un échantillon raisonné non probabiliste de 80 femmes réparties dans quatre quartiers de Grand-Lahou : N'ZIDA 1 ère Extension, N'ZIDA Sud, N'ZIDA CEG et N'ZIDA 2e Extension, à raison de 20 femmes par quartier. Le recrutement des premières enquêtées a été effectué à partir de femmes connues et résidant dans les quartiers retenus. Ces premières participantes ont ensuite permis d'identifier, par effet boule de neige, d'autres femmes répondant aux critères de sélection. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être une femme résidant dans l'un des quatre quartiers retenus ; être impliquée dans la gestion de la santé des membres de son ménage ; avoir une expérience du recours aux soins pour elle-même ou pour un membre de son ménage ; accepter volontairement de participer à l'étude ; être professionnellement active ou non ; fonctionnaires ou travailleuses du privé.

La sélection raisonnée visait à diversifier les profils des enquêtées en tenant compte notamment de leur âge, de leur situation matrimoniale, de leur niveau d'instruction et de leur activité professionnelle. Cette démarche ne recherchait donc pas une représentativité statistique de la population féminine de Grand-Lahou, mais une diversité des situations permettant de comprendre les différentes logiques de recours aux soins. En complément, huit prestataires de soins ont été interrogés dans les différents espaces sanitaires fréquentés par les populations des quartiers étudiés. Ce groupe comprend cinq professionnels de santé à savoir des médecins, infirmiers et infirmières et aides-soignantes, ainsi que trois tradipraticiens. Le recours à l'effet boule de neige a été particulièrement utile pour identifier les tradipraticiens, dont la localisation n'est pas formalisée dans l'offre sanitaire institutionnelle. Les femmes interrogées ont ainsi permis d'identifier certains lieux de pratique et de faciliter la prise de contact avec les thérapeutes concernés. Le tableau N°1 présente la répartition du corpus selon les quartiers.

Tableau N°1 : Répartition des enquêté(e)s par quartier

Quartier	Effectif Populations cibles	Médecins	Tradi-thérapeutes
N'ZIDA 2e Extension	20	1	1
N'ZIDA Sud	20	2	1
N'ZIDA CEG 2	20	1	0
N'ZIDA 1ère Extension	20	0	1
Total	80	5	3

Source : Nos enquêtes terrain, 2026

Le choix de 80 femmes, soit 20 enquêtées dans chacun des quatre quartiers, répond à une double exigence de comparaison spatiale et de saturation thématique. La répartition égale a permis de disposer d'un nombre comparable d'entretiens dans chaque quartier et d'identifier les éventuelles similitudes ou différences dans les pratiques de recours aux soins. Aussi, le choix de 20 femmes par quartier tient également compte de la relative proximité des réalités vécues par les enquêtées au sein du même espace urbain. Au cours des entretiens, les mêmes thèmes revenaient de manière récurrente : contraintes financières, accessibilité des structures sanitaires, perception de la gravité de la maladie, choix du premier recours, automédication, recours aux structures publiques ou privées et recours à la médecine traditionnelle. La saturation thématique a été considérée comme atteinte lorsque les entretiens supplémentaires n'apportaient plus de thèmes ou de pratiques nouveaux, mais confirmaient ou précisaient les catégories déjà identifiées. La collecte a donc été arrêtée à 20 femmes par quartier, soit un total de 80 enquêtées.

1.4. Techniques de collecte et traitement des données

La collecte des données s'est déroulée du 30 mars au 04 avril 2026 à Grand-Lahou. Les données ont été recueillies principalement au moyen d'entretiens semi-directifs, complétés par des observations directes des conditions d'accès aux services de santé et des pratiques observées sur le terrain. Le guide d'entretien a été structuré autour de deux grandes dimensions. La première porte sur le suivi médical des enfants et aborde les comportements adoptés en cas de maladie, les personnes ressources consultées, le recours aux structures sanitaires, à la pharmacie ou à la médecine traditionnelle, les difficultés d'achat des médicaments et la capacité à respecter les prescriptions. La seconde concerne le suivi médical des femmes elles-mêmes et porte notamment sur l'existence d'un médecin de famille, les antécédents de maladie, la prise

régulière de médicaments et les difficultés éventuelles liées à l'achat ou au suivi des traitements. Ces dimensions correspondent à celles déjà prévues dans le dispositif d'enquête initial. Le guide d'entretien comportait vingt (20) questions structurées autour de deux grandes dimensions implémentées dans un KoboCollect. La première porte sur le suivi médical des enfants comprenait 13 questions et aborde notamment le nombre d'enfants, les comportements adoptés en cas de maladie, les personnes ressources consultées, le recours aux structures sanitaires, à la pharmacie ou à la médecine traditionnelle, les difficultés d'achat des médicaments et la capacité à respecter les prescriptions. La seconde concerne le suivi médical des femmes elles-mêmes comprenait 7 questions et porte notamment sur l'existence d'un médecin de famille, les antécédents de maladie, la prise régulière de médicaments et les difficultés éventuelles liées à l'achat ou au suivi des traitements. La durée des entretiens était en moyenne de 15 à 20 minutes par personne enquêtée. Les entretiens ont été conduits en français pour l'ensemble des échanges avec les enquêtées et les prestataires avec parfois une traductrice pour les enquêtées qui ne comprenaient pas la langue. Ils ont été enregistrés avec le consentement préalable des personnes interrogées, afin de préserver la fidélité des informations et des propos recueillis. Les enregistrements ont ensuite fait l'objet d'une transcription automatique dans Microsoft 365 Word-Transcrire, puis d'une relecture et d'une vérification manuelles afin de corriger les erreurs de transcription et de restituer fidèlement le contenu des propos recueillis. Cette procédure a permis de disposer d'un corpus textuel exploitable pour l'analyse qualitative. Les informations ont été soumis à un codage thématique manuel autour de quatre catégories analytiques : contraintes économiques, accessibilité territoriale, perception de la maladie et choix du recours thérapeutique. Les entretiens auprès des huit (08) prestataires de soins ont également été conduits selon une démarche semi-directive, en adaptant les questions à leur fonction et à leur expérience professionnelle. Nous participions en tant qu'observatrice aux soins avec les thérapeutes surtout les tradipraticiens lors des consultations avec les patients qui les sollicitaient. Cela se faisait avec le consentement de toutes les parties présentes. Ils ont permis de compléter les informations recueillies auprès des femmes et de mieux comprendre les modalités de recours aux différentes formes de soins. Les observations directes ont également permis de documenter les conditions matérielles de déplacement et d'accès aux services sanitaires, notamment les difficultés liées à certaines voies, aux pentes et aux dispositifs de franchissement précaires observés dans certains secteurs de la ville. Les données statistiques ont été traitées sous Excel et classées dans des tableaux. L'analyse et le traitement des données également ont nécessité le recours à des techniques de SIG (ARC GIS

10.0) à partir d'une couche de l'INS et a permis d'affiner la géolocalisation des enquêtées et des structures sanitaires dans la ville de Grand Lahou. La cartographie de synthèse a nécessité la superposition des entités ménages enquêtés plus structures de santé plus voies d'accès et les zones difficiles d'accès.

2. Résultats

2.1. La vulnérabilité sociale des ménages comme cadre de lecture des pratiques de soin

2.1.1. Caractéristique des ménages des enquêtées

Le tableau N°2 met en évidence une prédominance des femmes âgées de 25 à 35 ans, soit 39 femmes sur 80 qui représentent 48,75 %, suivies de celles de 35 à 45 ans (soit 29 femmes sur 80 qui représentent 36,25 %). Les femmes âgées de 45 ans et plus ne représentent que 15 % de l'effectif total. Ainsi, 85 % des femmes interrogées ont moins de 45 ans. La classe des 25–35 ans est particulièrement représentée à N'Zida Sud (13 femmes sur 20 soit 16,25 %) et à N'Zida 2e Extension (12 femmes sur 20 soit 15 %), tandis que celle des 35–45 ans est davantage présente à N'Zida CEG (9 femmes sur 20 soit 11,25 %) et à N'Zida 1 ère Extension (8 femmes sur 20 soit 10 %). Les femmes de 45 ans et plus sont représentées à N'Zida 2e Extension (6 femmes sur 20 soit 7,5 %).

Tableau N°2 : Répartition des enquêtées selon l'âge par quartier

Quartier	25–35 ans	%	35–45 ans	%	45 ans et plus	%	Total
N'Zida 2e Extension	6	7,5	8	10	6	7,5	20
N'Zida Sud	13	16,25	5	6,25	2	2,5	20
N'Zida CEG	8	10	9	11,25	3	3,75	20
N'Zida 1 ère Extension	12	15	7	8,75	1	1,25	20
Total	39	48,75	29	36,25	12	15	80

Source : Nos enquêtes terrain, 2026

Cette structure témoigne d'une forte présence de femmes relativement jeunes parmi les personnes interrogées au regard de leur implication dans la gestion quotidienne de la santé familiale. Elles sont fortement représentées dans les activités informelles, les petits métiers, le travail indépendant ou l'agriculture et des fonctionnaires (éducatrices d'école, enseignantes etc.). En effet, le niveau d'instruction est généralement limité au secondaire ou au primaire avec

une part minoritaire du primaire, tandis qu'une part importante n'a aucun niveau scolaire déclaré. Les femmes sans niveau d'instruction représentent 36,25 % de l'échantillon, suivies de celles ayant le niveau secondaire (35 %) et primaire (23,75 %). Le niveau supérieur reste marginal (5 %). Les femmes mariées monogames sont majoritaires (46,25 %) et sont sans niveau d'instruction (18,75 %) ou secondaire (16,25 %).

Tableau N°3 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction par statut matrimonial

Niveau d'instruction	Célibataire	En concubinage	Mariée monogame	Mariée polygame	Veuve	Total
Aucun niveau	6 (7,5 %)	5 (6,25 %)	15 (18,75 %)	0	3 (3,75 %)	29 (36,25 %)
Primaire	3 (3,75 %)	8 (10 %)	7 (8,75 %)	1 (1,25 %)	0	19 (23,75 %)
Secondaire	6 (7,5 %)	5 (6,25 %)	13 (16,25 %)	0	4 (5 %)	28 (35 %)
Supérieur	2 (2,5 %)	0	2 (2,5 %)	0	0	4 (5 %)
Total	17 (21,25 %)	18 (22,5 %)	37 (46,25 %)	1 (1,25 %)	7 (8,75 %)	80 (100 %)

Source : Nos enquêtes terrain, 2026

Cette situation affecte l'accès aux soins, comme témoigne une commerçante à N'Zida 2e Extension, affirmait que « *comme je ne suis pas allée à l'école, j'ai du mal à bien m'exprimer c'est pourquoi je ne vais pas tous les jours à l'hôpital quand ma famille est malade. Et même si je vais à l'hôpital souvent je mélange la posologie des médicaments, ça fait que souvent le mal dur sur nous* ». Au vu de ce témoignage, on déduit que le fait de savoir lire et écrire est un facteur déterminant dans l'accès aux soins.

2.1.2. Contraintes économiques et recours aux soins

Dans les contextes de revenus modestes, le suivi médical ne peut être pensé comme une simple obligation sanitaire; il entre en concurrence avec d'autres priorités du ménage, notamment l'alimentation, le logement et les dépenses quotidiennes. En nous appuyant sur le revenu des enquêtés, la forte prédominance des ménages enquêtés disposant de moins de 100000fcfa par mois présente une diversité de recours soit 20 femmes (35,7 %) privilégient le centre public, 14 (25 %) le tradipraticien, 12 (21,4 %) le secteur privé et 10 (17,9 %) l'automédication. Ainsi, la faiblesse du revenu ne conduit pas à un recours unique aux solutions les moins coûteuses.

Parmi les ménages disposant 100000 fcfa , le centre public domine (35,7%) tandis que la médecine traditionnelle (25%) et la clinique (21,4%) occupent également une place non négligeable. A partir de 100000fcfa, le recours au privé devient nettement plus fréquent et représente 66,7% des recours dans la tranche de 100000-300000fcfa.

Tableau N°4 : Le niveau de revenu par recours aux soins

Revenu du ménage	Centre public	Clinique privée	Médecine traditionnelle	Automédication	Total
Moins de 100 000 FCFA	20 (35,7 %)	12 (21,4 %)	14 (25,0 %)	10 (17,9 %)	56 (100 %)
100 000 à 300 000 FCFA	2 (16,7 %)	8 (66,7 %)	0	2 (16,7 %)	12 (100 %)
300 000 à 500 000 FCFA	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0	0	2 (100 %)
Non renseigné	3	3	3	1	10
Total	23 (32,9 %)	21 (30,0 %)	14 (20,0 %)	12 (17,1 %)	80 (100 %)

Source : Nos enquêtes terrain, 2026

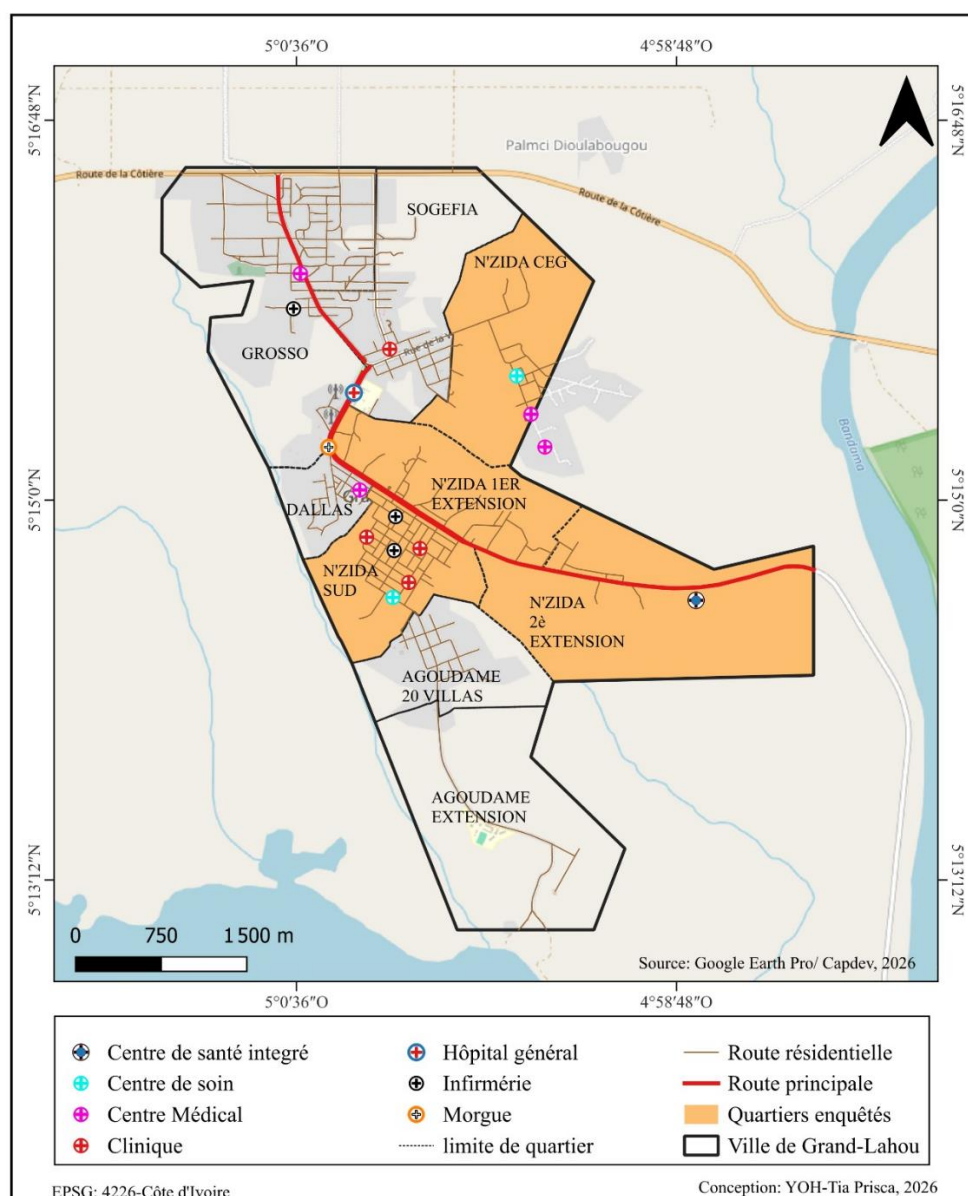
C'est en cela qu'une ménagère résidente à N'Zida 1ère Extension affirme que « *quand l'enfant tombe malade, on veut aller vite à l'hôpital, mais s'il n'y a pas l'argent du transport et de l'ordonnance, on commence souvent par ce qu'on peut faire à la maison* ». Dans cette perspective, la fragilité économique n'exclut pas le recours au centre public, mais elle modifie la manière d'y accéder. Le passage au soin moderne peut être différé, précédé d'autres tentatives, ou accompagné de solutions moins coûteuses dans l'immédiat, comme l'achat partiel de médicaments en pharmacie ou l'usage de remèdes déjà connus.

2.2. Contraintes territoriales : l'accessibilité comme déterminant concret des choix de soin

2.2.1. Localisation des structures sanitaires

La carte montre une répartition inégale des structures sanitaires dans la ville de Grand-Lahou. Celles-ci sont principalement concentrées dans les secteurs centraux, notamment autour de N'ZIDA CEG, et N'ZIDA Sud, tandis que les extensions périphériques, particulièrement N'ZIDA 1ère Extension et N'ZIDA 2e Extension, sont moins desservies. Cette organisation spatiale crée des différences d'accessibilité entre les quartiers, susceptibles d'influencer les distances parcourues, les temps d'accès et les choix thérapeutiques des ménages.

Figure N°2 : Localisation des structures sanitaires à Grand Lahou



2.2.2. Distance des ménages aux structures sanitaires

La distance séparant le ménage de la structure sanitaire constitue une dimension importante de l'accessibilité géographique aux soins. Les résultats issus des 80 enquêtées montrent une différenciation relativement nette selon les quartiers.

Tableau N°5 : Distance des ménages aux structures sanitaires selon le quartier

Quartier	Très proche (< 500 m)	Proche (500 m–1 km)	Éloigné (1–3 km)	Très éloigné (> 3 km)	Total
N'ZIDA 2e Extension	2 (10 %)	3 (15%)	12 (60%)	3 (15%)	20
N'ZIDA Sud	3 (15 %)	7 (35%)	7 (35%)	3 (15%)	20
N'ZIDA CEG	6 (30%)	10 (50%)	3 (15%)	1 (5%)	20
N'ZIDA 1ère Extension	2 (10%)	9 (45%)	9 (45%)	0	20
Total	13 (16,25 %)	29 (36,25 %)	31 (38,75 %)	7 (8,75 %)	80

Source : Nos enquêtes de terrain, 2026

Le tableau N°5 montre que la catégorie dominante est celle des ménages situés entre 1 et 3 km d'une structure sanitaire, avec 31 enquêtées, soit 38,75 % de l'échantillon. Elle est suivie par les ménages situés entre 500 m et 1 km, qui représentent 36,25 %. Au total, 47,5 % des enquêtées résident à au moins 1 km d'une structure sanitaire, dont 8,75 % à plus de 3 km.

La situation est particulièrement marquée à N'ZIDA 2e Extension, où 60,0 % des enquêtées déclarent une distance comprise entre 1 et 3 km et 15,0 % une distance supérieure à 3 km. Ainsi, 75,0 % des enquêtées de ce quartier se situent à plus d'un kilomètre d'une structure sanitaire. À l'inverse, N'ZIDA CEG présente une accessibilité spatiale plus favorable : 30,0 % des enquêtées résident à moins de 500 m et 50,0 % entre 500 m et 1 km. Seulement 20,0 % se situent à plus d'un kilomètre. N'ZIDA 1ère Extension présente une situation intermédiaire, avec 45 % des enquêtées entre 500 m et 1 km et 45 % entre 1 et 3 km. Aucune enquêtée n'y déclare une distance supérieure à 3 km.

2.2.3. Temps d'accès aux structures sanitaires

La distance doit être complétée par le temps nécessaire pour atteindre la structure sanitaire. Le temps d'accès permet notamment de prendre en compte les conditions de déplacement et les contraintes liées à la mobilité. Le temps d'accès est principalement compris entre 15 et 30 minutes, modalité qui concerne 34 enquêtées sur les 80, soit 42,5 %. Les déplacements de moins de 15 minutes concernent 22 enquêtées soit 27,5 % des femmes, tandis que 21 enquêtées soit 26,25 % mettent entre 30 et 60 minutes. Seules 3 enquêtées, soit 3,75 %, déclarent un temps supérieur à une heure.

Au total, 42,5 % des enquêtées mettent au moins 30 minutes pour atteindre une structure sanitaire. N'ZIDA CEG présente la situation temporelle la plus favorable : 80% des enquêtées y atteignent une structure de santé en moins de 30 minutes. N'ZIDA Sud présente également une situation relativement favorable, avec 75 % des enquêtées dans cette situation.

Tableau N°6 : Temps d'accès aux structures sanitaires selon le quartier

Quartier	< 15 min	15–30 min	30–60 min	> 1 heure	Total
N'ZIDA 2e Extension	5 (25%)	7 (35 %)	6 (30%)	2 (10%)	20
N'ZIDA Sud	6 (30%)	9 (45%)	5 (25%)	0	20
N'ZIDA CEG	8 (40%)	8 (40%)	3 (15%)	1 (5%)	20
N'ZIDA 1ère Extension	3 (15%)	10 (50%)	7 (35%)	0	20
Total	22 (27,5 %)	34 (42,5 %)	21 (26,25 %)	3 (3,75 %)	80

Source : Nos enquêtes de terrain, 2026

À l'inverse, N'ZIDA 1ère Extension compte 35% de femmes dont le temps d'accès est compris entre 30 et 60 minutes. N'ZIDA 2e Extension présente la situation la plus contraignante concernant les temps longs, avec 40 % des enquêtées mettant entre 30 minutes et 1 heure.

2.2.4. La perception de la maladie

La perception de la maladie constitue un déterminant important des choix thérapeutiques des enquêtés à Grand Lahou. Le recours aux soins apparaît largement influencé par la gravité perçue des symptômes et des expériences antérieures de maladies similaires. Lorsque les manifestations sont jugées bénignes ou familières, les enquêtés privilégient une prise en charge de proximité notamment l'automédication ou les conseils de personnes ayant déjà vécu une situation comparable. Le quartier constitue ainsi un véritable espace de socialisation thérapeutique, au sein duquel circulent des conseils sur les médicaments, les structures sanitaires et les pratiques de soins. C'est en cela qu'une enquêtée à N'Zida 2e Extension explique que : *« pour mes soins et ceux de mes enfants, j'ai souvent recours à ma voisine de quartier qui est infirmière diplômé d'Etat. Elle assiste ma famille en nous orientant dans la prise de médicaments directement en pharmacie où en conseils nutritionnels. Elle assiste la plupart des familles dans le quartier pour des cas de maladies pas souvent grave comme les enfants qui chauffent pendant la nuit, une diarrhée qui persiste, un paludisme mal traité, des*

injections à faire etc. ». A l'inverse, lorsque les symptômes sont considérés comme graves, inhabituels ou persistants, le recours aux structures sanitaires devient privilégié. L'expérience antérieure joue également un rôle dans l'orientation des décisions : « une maladie qu'on a à l'habitude dans le quartier soit le paludisme, la diarrhée ou le corps chaud, on a pas trop besoin d'aller à l'hôpital on commence nous même à faire le traitement à la maison avec les médicaments qu'on connaît et quand la situation ne change pas là on se rend à l'hôpital. » déclare une enquêtée à N'Zida Sud.

2.3. L'arbitrage thérapeutique des femmes enquêtées à Grand Lahou

2.3.1. Le centre de santé public comme référence dominante

L'un des enseignements centraux du corpus est la place du centre public comme instance thérapeutique de référence. Il apparaît souvent comme le premier recours le plus fréquent, très loin devant les autres options. « De façon générale, quand l'un de mes enfants ou moi-même tombons malades, nous nous rendons à l'hôpital général de Grand-Lahou » affirme une éducatrice du lycée de Grand Lahou. Ces témoignages sont appuyées par les informations dans le tableau N°7 suivant.

Tableau N°7 : Type de premier recours aux soins

Quartier	Centre public	Privé	Tradipraticien	Automédication	Total
N'ZIDA 2e Extension	9 (45 %)	5 (25 %)	4 (20 %)	2 (10 %)	20
N'ZIDA Sud	6 (30 %)	8 (40 %)	5 (25 %)	1 (5 %)	20
N'ZIDA CEG	7 (35 %)	5 (25 %)	4 (20 %)	4 (20 %)	20
N'ZIDA 1 ère Extension	6 (30 %)	4 (20 %)	4 (20 %)	6 (30 %)	20
Total	28 (35 %)	22 (27,5 %)	17 (21,25 %)	13 (16,25 %)	80

Source : Nos enquêtes de terrain, 2026

En effet, le centre de santé public constitue le premier recours le plus fréquent 3 quartier sur les 4 de l'étude, avec 28 femmes sur 80 enquêtées (soit 35%). Il est suivi du privé, avec 22 femmes sur 80 (27,5 %). Le recours au tradipraticien concerne 17 femmes (21,25 %), tandis que 13 femmes (16,25 %) déclarent avoir recours en premier lieu à l'automédication.

Ainsi, 62,5 % des enquêtées (50 femmes sur 80) se tournent en premier recours vers une structure de soins formelle, publique ou privée, contre 37,5 % qui privilégient initialement le

tradipraticien ou l'automédication. Cependant, le recours au centre public varie selon les quartiers. Il est fréquent à N'Zida 2e Extension, où il concerne 9 femmes sur 20 soit 45 % des femmes enquêtées, contre 7 femmes sur 20 enquêtées soit 45 % ; à N'Zida CEG 35 % ; et 30 % à N'Zida 1 ère Extension. A N'Zida Sud, le premier recours reste le privé avec 8 enquêtées sur 20 (soit 40%).

Le choix thérapeutique apparaît donc fortement différencié selon l'espace de résidence.

D'autre part, lorsque la commerçante d'attiéké à N'Zida Sud affirme que « *Quand la fièvre dure ou que l'enfant n'arrive pas à manger correctement, là on dit que ce n'est plus une maladie qu'on peut garder à la maison, il faut aller à la clinique à côté* », le centre de santé fonctionne comme un recours normatif : même lorsque les ménages essaient d'autres solutions, le centre public reste souvent la référence finale ou l'option jugée nécessaire en cas d'échec des premières tentatives. L'existence de recours à la clinique privée, à la médecine traditionnelle, à la pharmacie et à l'automédication montre que le centre public n'épuise pas l'univers thérapeutique des ménages. L'itinéraire thérapeutique apparaît plutôt comme une circulation entre plusieurs instances, où le centre public conserve un statut dominant sans annuler la pluralité des pratiques.

Planche 1 : L'hôpital général de Grand Lahou et le centre de santé intégré de N'Zida Sud



Prise de vue : Prisca YOH Epouse TIA, 2026

Cette coexistence des recours ne doit pas être lue comme une incohérence, mais comme une stratégie d'ajustement aux contraintes du moment. Cette typologie montre que l'itinéraire thérapeutique ne se résume pas à un choix unique, mais à une séquence de décisions révisables.

Elle éclaire la manière dont les ménages articulent normes médicales, contraintes matérielles et savoirs pratiques.

2.3.2. Le recours thérapeutique et la distance aux centres de santé

La relation entre distance et recours aux soins permet de préciser le rôle de l'éloignement dans les stratégies thérapeutiques. Le tableau 8 met en évidence une différenciation du recours au tradipraticien selon la distance.

Tableau N°8: Recours thérapeutique selon la distance à la structure sanitaire

Distance du centre de santé	Centre public	Clinique privée	Tradipraticien	Automédication	Total
Très proche (< 500 m)	1 (12,5 %)	3 (37,5 %)	1 (12,5 %)	3 (37,5 %)	8
Proche (500 m–1 km)	10 (35,7 %)	12 (42,9 %)	5 (17,9 %)	1 (3,6 %)	28
Éloignée (1–3 km)	12 (41,4 %)	9 (31%)	6 (20,7 %)	2 (6,9 %)	29
Très éloignée (> 3 km)	3 (37,5 %)	0	2 (25 %)	3 (37,5 %)	8
Total	26 (35,6 %)	24 (32,9 %)	14 (19,2 %)	9 (12,3 %)	80 (100 %)

Source : Nos enquêtes de terrain, 2026

Lorsque la structure sanitaire est située à moins de 500 m, le recours aux tradipraticiens ne représente que 7,7 %. Il passe à 17,2 % lorsque la distance se situe entre 500 m et 1 km, puis atteint 57,14 % entre 1 et 3 km et plus. La relation n'est donc pas strictement linéaire. Elle suggère néanmoins que la médecine traditionnelle occupe une place importante lorsque les structures biomédicales sont situées à une distance intermédiaire.

2.3.3. Accessibilité différenciée et quartiers comme espaces de recours thérapeutique

L'accessibilité aux soins à Grand-Lahou ne dépend pas uniquement de la présence physique des structures sanitaires. Elle est également déterminée par la distance, l'état des voies, la configuration du relief, les moyens de déplacement et les ressources économiques des ménages. Dans certains secteurs, notamment à N'Zida 2^e Extension, les difficultés d'accès sont accentuées par les pentes, les bas-fonds et l'insuffisance des voies aménagées. Une riveraine témoigne : *« l'accès aux soins n'est pas facile vu la voie à vrai dire. Ce sont les habitants du quartier qui ont créé des chemins avec des arbres qui servent de ponts, des pistes pour atteindre leurs maisons. Vu que nous habitons sur des pentes et d'autre dans les bas-fond, les taxis*

n'arrivent pas jusqu'à nous. Lorsque nous allons en ville et que nous empruntons les taxis, ils nous laissent au bord et nous nous débrouillons pour descendre ou monter la pente. Du coup même quand on se rend au marché et qu'on revient avec des bagages lourds c'est très difficile de rejoindre nos maisons». Ces propos illustrent les contraintes matérielles qui peuvent transformer une distance relativement courte en un véritable obstacle à la fréquentation des structures sanitaires.

Planche 2 : Dispositif mis en place par les habitants qui relie les habitations situées en contre-haut au reste du quartier



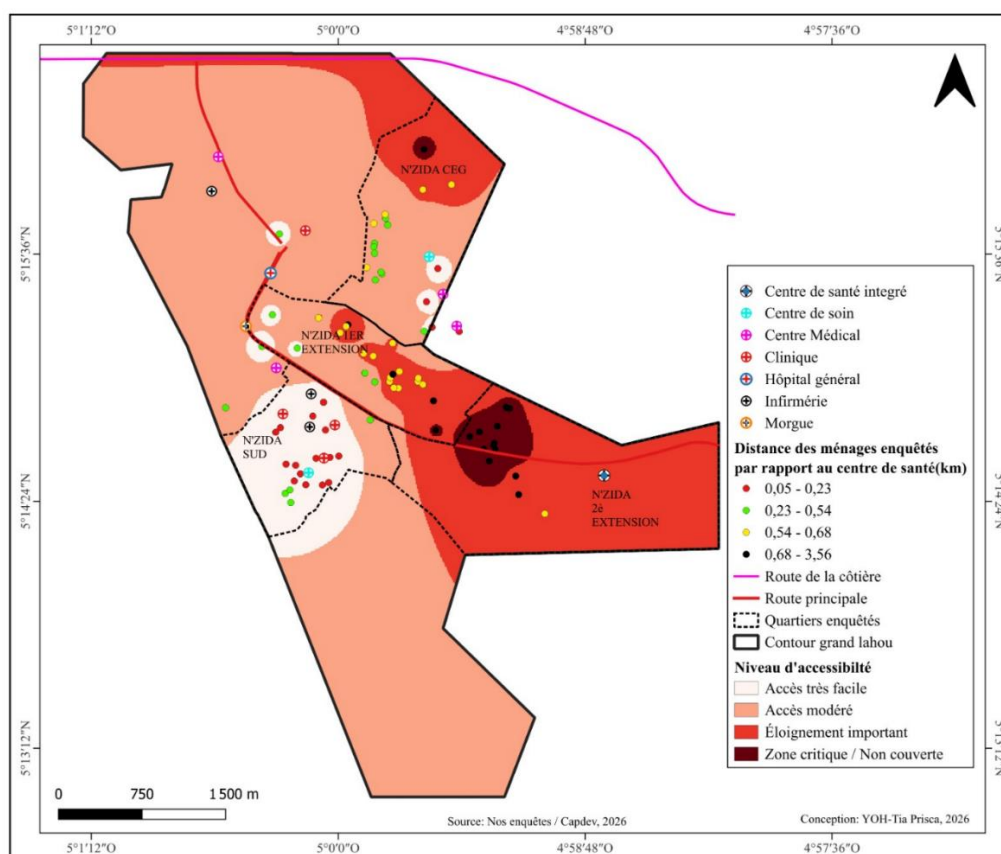
Prise de vue : YOH Epouse TIA Prisca, 2026

Dans ces conditions, la distance devient pour les ménages modestes un coût financier, une perte de temps et une contrainte physique, particulièrement lorsqu'il faut accompagner un enfant, une femme enceinte ou une personne malade. Le coût du transport peut alors limiter le recours aux structures sanitaires. Une enquêtée rapporte ainsi qu'en cas d'accouchement qui survient pendant la nuit, « *nous n'avons d'autres choix que de la faire accoucher ici et le matin nous l'évacuons elle et son bébé dans un centre de santé pour plus de soins. Il arrive que lorsque l'accouchement à la maison se passe bien, certains ne vont même pas à l'hôpital* ».

L'existence d'une structure sanitaire ne garantit donc pas son accessibilité effective : celle-ci dépend de la possibilité matérielle et financière de s'y rendre au moment où les soins sont nécessaires. Cette accessibilité différenciée contribue à expliquer les variations des recours thérapeutiques entre les quartiers. Ainsi, la figure 3 (page 19) révèle une accessibilité sanitaire inégale entre les quartiers enquêtés. N'Zida Sud bénéficie de la meilleure accessibilité, avec des ménages majoritairement situés à moins de 0,54 km des structures sanitaires. À l'inverse, N'Zida 2e Extension concentre les distances les plus élevées, pouvant atteindre 3,56 km, correspondant aux zones d'éloignement important ou critiques. N'Zida 1ère Extension et

N'Zida CEG présentent une situation intermédiaire. Ainsi, l'éloignement des ménages par rapport aux équipements constitue un facteur de différenciation spatiale de l'accès aux soins à Grand-Lahou. Ainsi, les itinéraires thérapeutiques des femmes enquêtées résultent d'une combinaison entre accessibilité géographique, capacités économiques et ressources sociales de proximité. Le quartier apparaît comme un espace différencié de recours, dans lequel les ménages sélectionnent les solutions de soins effectivement accessibles selon leurs conditions de déplacement, leurs moyens financiers et les ressources relationnelles disponibles.

Figure N°3 : Accessibilité spatiale des ménages enquêtés aux structures sanitaires dans les quartiers étudiés de Grand-Lahou



2.4. Des itinéraires thérapeutiques guidés par le pragmatisme

L'on peut observer des pratiques de soin fondées sur une logique de pragmatisme ordinaire. Face à la maladie, les ménages semblent d'abord chercher ce qui est accessible, disponible, financièrement supportable et jugé efficace au regard de leur expérience. Elle suggère qu'une personne pratique la médecine traditionnelle ou autres, non à cause de difficultés financières, mais parce qu'elle croit en leur capacité à guérir plus rapidement. Le premier recours n'est donc pas toujours lié à l'adhésion de principe à telle ou telle pratique médicale mais à la combinaison

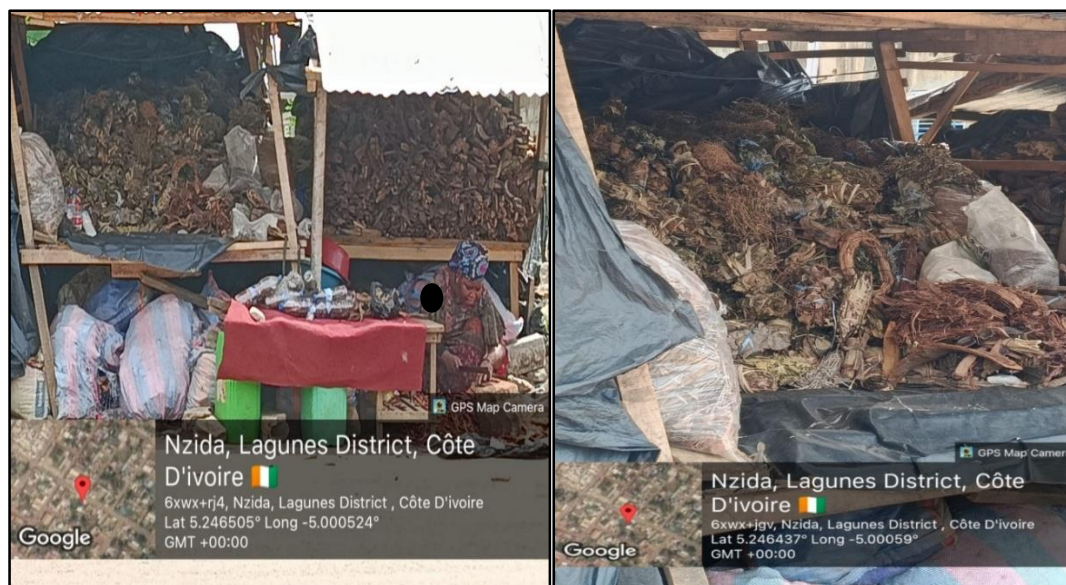
de certains déterminants à savoir la gravité des symptômes, la proximité à l'établissement sanitaire et à l'expérience vécu lors d'une précédente consultation. Dans cette optique, la pharmacie et l'automédication occupent une place de recours rapide. Surtout lorsque, les symptômes sont familiers ou perçus comme bénins et gérables. La médecine traditionnelle, quant à elle, peut intervenir lorsque la maladie résiste aux traitements ordinaires, lorsqu'elle est interprétée selon d'autres registres explicatifs, ou lorsqu'elle s'inscrit dans des habitudes thérapeutiques déjà éprouvées. La clinique privée peut apparaître comme une solution recherchant davantage de rapidité, de disponibilité ou de qualité perçue, mais son usage dépend plus étroitement des ressources économiques du ménage et de la situation d'urgence qui les orientent vers des cliniques privées. C'est dans cette optique qu'un médecin gynécologue dans une clinique privé à N'Zida CEG témoigne que : *« des femmes enceintes viennent en clinique privée à leur troisième trimestre de grossesse. La plupart effectuent les CPN soit au dispensaire ou à l'hôpital général et viennent accoucher en clinique. Leur raison est qu'elles souhaitent être dans un cadre où la prise en charge en cas de danger est garantie. Ces femmes sont généralement des fonctionnaires ou épouses de fonctionnaires. D'autre part, certaines sont évacuées en urgence en provenance d'établissements publics et même privés en situation où le pronostic vital de la mère et de l'enfant est fortement engagé. »*.

2.5. Le place du paludisme dans les discours et les pratiques thérapeutiques rapportées

La présence élevée du paludisme lors des entretiens avec les femmes concernées par l'enquête, est un élément majeur d'interprétation. En effet, la maladie qui survient le plus est aussi l'une des plus familières pour les ménages. Elle tend à générer des routines de reconnaissance et de prise en charge. Dans le cas d'espèce, le paludisme n'est pas seulement une pathologie ; il apparaît aussi comme une expérience répétée, connue, autour de laquelle se construisent des savoirs faibles pratiques et des réponses rapides en vue de l'éliminer. Cette habitude peut produire un effet. D'une part, elle peut renforcer la capacité des femmes à identifier plus rapidement les symptômes et faciliter leur orientation vers un établissement sanitaire lorsqu'elles jugent que la situation est critique. Et d'autre part, l'habitude peut encourager certaines formes de prise en charge, particulièrement quand les symptômes sont les mêmes ou quand un traitement par le passé a été d'une efficacité. Ainsi, le paludisme se comporte comme une matrice des itinéraires ou parcours thérapeutiques. Il contribue à expliquer pourquoi les ménages développent moins une opposition entre médecine moderne et recours alternatifs en

occurrence médecine traditionnelle. Une ménagère au quartier N'Zida Sud affirme que : « *pour les cas de paluds surtout chez moi et les enfants, j'ai recours à une dame malienne installée à quelques encablures du grand marché. Chez elle, on y trouve toutes sortes plantes efficaces dans le traitement du paludisme, diarrhée, anémie, fièvre typhoïde etc.* ».

Planche 3 : Etale de pharmacopée traditionnelle à N'Zida Sud (Grand-Lahou)



Prise de vue : YOH Epouse TIA Prisca, 2026

les photographies ci-dessus, prise dans le quartier de N'Zida Sud, représentent une vendeuse de plantes médicinales installée sous un abri de fortune en bois et bâches en bordures de voie. Derrière elle, se trouve des amas de racines, d'écorces et de plantes séchées sont soigneusement empilés, qui constituent un stock important de produits qui entrent la médecine traditionnelle. Cette commerçante affirme que : « *je me suis installée à Grand -Lahou depuis plus de 15 ans, C'est même suite au traitement d'une dame qui n'a trouvé gain de cause à l'hôpital que celle-ci m'a octroyé cette place où je suis installée en guise de reconnaissance. Je soigne presque toutes les maladies comme le paludisme, la fièvre typhoïde, l'itère, les hémorroïdes etc. Certains clients surtout les jeunes hommes viennent me voir pour d'autres raisons. Ils viennent acheter des plantes aphrodisiaques qui n'ont aucun effet secondaire sur la santé mais sont très efficaces* ».

2.6. Contribution et originalité de l'étude

L'originalité de cette étude réside dans l'analyse des itinéraires thérapeutiques des ménages de Grand-Lahou à partir d'une approche territoriale, sociale et dynamique du recours aux soins.

Elle montre d'abord que l'accessibilité sanitaire ne peut être appréhendée par la seule présence ou la distance aux structures de santé. Les résultats mettent en évidence qu'une structure géographiquement proche peut demeurer difficilement accessible pour certains ménages. Le quartier apparaît dès lors comme un espace différencié d'accès et de recours aux soins. L'étude apporte également une contribution en plaçant les femmes au centre de l'analyse du fonctionnement sanitaire des ménages. Loin d'être de simples bénéficiaires des soins, elles participent aussi à l'identification des problèmes de santé, à la recherche d'informations, à la mobilisation des ressources financières et à l'orientation des membres de la famille vers les différents recours. Cette position permet de comprendre comment les contraintes territoriales et économiques sont concrètement intégrées dans les décisions quotidiennes de santé.

Une autre contribution tient à la conception de l'itinéraire thérapeutique comme un processus dynamique. Les résultats montrent que le recours aux soins ne correspond pas à un choix unique et définitif. Les ménages enquêtés peuvent passer de l'automédication au recours de proximité, puis à la médecine traditionnelle ou aux structures sanitaires publiques et privées en fonction de l'évolution de la maladie, de l'efficacité perçue des traitements des ressources disponibles et des possibilités et des possibilités d'accès. Cette lecture permet de dépasser les conceptions linéaires du parcours de soins et de considérer le pluralisme thérapeutique comme une stratégie d'adaptation aux contraintes de l'environnement sanitaire.

3. Discussion

3.1. Le pluralisme thérapeutique

Les résultats montrent d'abord que les ménages de Grand-Lahou ne recourent pas à un système de soins unique. Les recours déclarés se répartissent entre les structures publiques (32,5 %), les structures privées (30 %), les tradipraticiens (21,25 %) et l'automédication (16,25 %). Le pluralisme thérapeutique est donc bien présent, mais il s'organise autour d'une prééminence relative de l'offre biomédicale. Cette configuration mérite d'être nuancée par rapport à certains travaux ivoiriens. Dans leur étude sur le pluralisme thérapeutique en milieu rural ivoirien, Blé (2012) montrent que les populations combinent médecine moderne, médecine traditionnelle et soins domestiques, avec une forte importance des représentations sociales et des savoirs locaux dans l'orientation thérapeutique. De même, une étude menée dans l'espace Adja-fon par Akpi et al. (2020) montre que 95 % des personnes interrogées placent l'espace socio-familial au premier niveau de prise en charge, notamment pour les affections courantes, avec recours à l'automédication et à la pharmacopée traditionnelle.

3.2. Le rôle central des femmes

Les résultats obtenus à Grand-Lahou placent les femmes au cœur de l'organisation du suivi médical familial. Les enquêtées déclarent assurer l'observation des symptômes, rechercher les traitements, orienter les membres du ménage vers les différents recours et, lorsque cela est possible, mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge. La femme apparaît ainsi comme l'actrice quotidienne du parcours de soins. L'idée d'une autonomie féminine dans les décisions sanitaires est nuancée par les données disponibles sur la Côte d'Ivoire. L'EDS-CI (2021) indique que seules 43 % des femmes en union participent aux décisions concernant leurs propres soins de santé, tandis que 39 % ne participent à aucune des trois catégories de décisions étudiées. Plus directement encore, l'analyse de l'OCDE (2025) montre que, dans la moitié des ménages ayant des enfants de moins de 16 ans, les décisions relatives à leur santé et à leur éducation sont prises par le père sans consultation de la mère ; les mères ne prennent seules ces décisions que dans 10 % des ménages. Cette distinction est également éclairée par l'étude de Kouamé et al. (2021) réalisée à Anonkoi-3, à Abidjan. Les auteurs montrent que les femmes peuvent renoncer à certains soins, notamment pour des raisons financières, et que ce renoncement s'accompagne parfois d'un recours aux médicaments de rue ou aux traitements traditionnels. Ce résultat montre que contrairement aux enquêtes de Grand Lahou, être au centre de la gestion sanitaire ne garantit pas nécessairement l'accès effectif aux soins souhaités. La responsabilité de la femme peut donc être importante alors même que sa capacité à concrétiser la décision demeure limitée. À Grand-Lahou, la centralité des femmes semble davantage relever d'une responsabilité pratique que d'un pouvoir décisionnel absolu.

3.3. Le caractère non linéaire des itinéraires

Les résultats obtenus lors de l'enquête à Grand-Lahou montrent que les itinéraires thérapeutiques des ménages ne suivent pas une trajectoire unique. Un même épisode morbide peut donner lieu à plusieurs recours successifs ou combinés, allant de l'automédication au tradipraticien, puis vers une structure privée ou publique. Le parcours thérapeutique apparaît ainsi comme une succession de décisions révisables, dépendant de l'évolution de la maladie et de l'efficacité attribuée au recours précédent. Contrairement à Adjet et al., (2016) qui montre dans leurs travaux sur l'ulcère de Buruli à Yamoussoukro que les itinéraires thérapeutiques sont pluriels et que cette pluralité peut contribuer à un recours tardif aux centres spécialisés. Les travaux de Koné et al., (2018) sur l'automédication à Bouaké apportent également une lecture

différente. Les auteurs présentent l'automédication comme un itinéraire particulièrement prisé par les populations urbaines, en lien notamment avec les difficultés de prise en charge sanitaire. Alors que selon l'enquête de Grand Lahou la succession des recours ne peut pas être systématiquement assimilée à un retard de prise en charge. La non-linéarité constitue donc à la fois une conséquence des contraintes rencontrées et une capacité d'adaptation du ménage. Cette différence est particulièrement importante au regard des travaux de Ouattara (2026) sur les trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo. L'auteure montre également l'existence de parcours complexes, mais ceux-ci sont fortement structurés par la chronicité de la maladie, les représentations sociales, les contraintes économiques et le capital thérapeutique des patients. Ainsi, les trois résultats se complètent. Le pluralisme fournit plusieurs possibilités de recours ; les femmes assurent leur mobilisation au niveau familial ; et la non-linéarité traduit les réajustements successifs opérés au cours de la maladie. L'originalité de l'étude Grand Lahou réside précisément dans cette articulation. Elle montre que le suivi médical familial n'est pas seulement déterminé par l'existence de plusieurs soins ; il résulte aussi d'un processus de décision familial porté par les femmes, dans lequel les recours sont sélectionnés, combinés et révisés selon les circonstances.

Conclusion

L'étude montre que le suivi médical des ménages enquêtés à Grand-Lahou repose sur un pluralisme thérapeutique dominé par les structures publiques, mais associant également recours privé, automédication et médecine traditionnelle. Les itinéraires thérapeutiques y sont pragmatiques et non linéaires, et dépendent de l'évolution de la maladie, des ressources économiques, de l'accessibilité des structures et des réseaux sociaux de proximité. Les femmes y occupent une place dans la gestion quotidienne de la santé de leur famille.

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du caractère non probabiliste de l'échantillon, limité à quatre quartiers, du recrutement par boule de neige et de la dépendance aux déclarations des enquêtées. Le nombre limité de professionnels interrogés constituent également des limites.

BIBLIOGRAPHIE

AKA K. A. (2010). L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire), *Les Cahiers d'Outre-Mer Revue de géographie de Bordeaux*, 251, 439-459.

AKPI E. A., SINSIN C. G., GNAHOU L. E. & KPATCHAVI C. A. (2020). Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin, *RETSSA*, 6 (3), 43-64.

BLÉ M. Y. (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique, *Recherches qualitatives*, 1(31), 47-61.

DIARRASSOUBA I., KONÉ H. & LIBITE P. R. (2025). Pauvreté des ménages et recours thérapeutiques en cas d'Infections Respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire », In *ESJ, European Scientific Journal*, 9(21).
<https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n9p143>

EDS-CI (2021). Côte d'Ivoire, Enquête Démographique et de Santé, Rapport de synthèse, 28 p.

KACOU M. A. A. C., KAHONOU E. H. & ANOH K. P. (2023). Structure spatiale des cabinets de soins traditionnels à Abidjan : conséquence sur l'accessibilité aux soins, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 4(7), 193-208.
<https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=199>

KONE T. B., SANOGO P. A., & BOHOUSSOU N. S. (2018). L'automédication : un itinéraire de soins prisé par les Populations des quartiers Belleville, Broukro et Kennedy (Bouaké), *Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes*, n°5, 304-320.

LEMOUOGUE J. 2(020). Panorama de quelques déterminants géographiques de la santé et de l'accès aux soins dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré, *Les Papiers de la Fondation Croix-Rouge*.

MOSHABELA M., SCHNEIDER H., SILAL S. & CLEARY S. (2012). Factors associated with patterns of plural healthcare utilization among patients taking antiretroviral therapy in rural and urban South Africa: a cross-sectional study, In *BMC Health Services Research*, 182(12).
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/182>

N'GUESSAN H. J. K. (2018). Mobilité des malades en milieu rural, cas de la fréquentation du centre de santé de Krindjabo, Sud-Est de la Côte d'Ivoire, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 2(1), 76-89. <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=33>

OCDE (2022), Institutions sociales et égalité femmes-hommes en Côte d'Ivoire : Rapport pays SIGI, Éditions OCDE, Paris, 170 p, <https://doi.org/10.1787/c798990a-fr>

OUATTARA A. (2026). Trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo : entre action raisonnée, capital thérapeutique et pluralisme médical, *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 1(8), 266-285.

PINSONNAULT N. (2003). L'éclatement géographique des itinéraires thérapeutiques : perspective écologique et paludisme en Guinée, In *VertigO-La revue en sciences de l'environnement* , 1(4), 1-7.

TAPE B. S. A. (2017). *Accès et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-SICOGI (Abidjan-Côte d'Ivoire)*, thèse de doctorat en géographie de la santé, Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan-Cocody, IGT, 384 p.

LOVELL A. (2000). Les troubles mentaux, In *Fassin D, editor. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte*, 251-266. <https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2000.01.0251>

YMBA M., EBA K. A. & GOUATAINE S. R. (2023). Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'Agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire), In *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* , 11(6), 115-132. <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=149>