



**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)**



**Laboratoire de Géographie Rurale et d'Expertise Agricole
(LaGREA)**

**Journal de Géographie Rurale Appliquée et
Développement
(J_GRAD)**



ISSN : 1840-9962

N °01, juin 2021

Volume 2

COMITE DE PUBLICATION

Directeur de Publication : Professeur Moussa GIBIGAYE

Rédacteur en Chef : Dr (MC) Bernard FANGNON

Conseiller Scientifique : Professeur Brice SINSIN

COMITE SCIENTIFIQUE

BOKO Michel (UAC, Bénin)
SINSIN Brice (UAC, Bénin)
ZOUNGRANA T. Pierre, Université de
Ouagadougou, (Burkina Faso)
AFOUDA Fulgence (UAC, Bénin)
AGBOSSOU Euloge (UAC, Bénin)
TENTE A. H. Brice (UAC, Bénin)
TOHOZIN Antoine Yves (UAC, Bénin)
KOFFIE-BIKPO Cécile Yolande (UFHB,
Côte d'Ivoire)
GUEDEGBE DOSSOU Odile (UAC,
Bénin)
OFOUEME-BERTON Yolande (UMN,
Congo)
CHOPLIN Armelle (Université Paris 1
Panthéon-Sorbonne, France)
SOKEMAWU Koudzo (UL, Togo)
VISSIN Expédit Wilfrid (UAC, Bénin)
TCHAMIE Thiou Komlan, Université de
Lomé (Togo)

SAGNA Pascal, Université Cheikh Anta
Diop (Sénégal)
OGOUWALE Euloge (UAC, Bénin)
HOUNDENOU Constant (UAC, Bénin)
KOLA Edinam (UL, Bénin)
CLEDJO Placide (UAC, Bénin)
CAMBERLIN Pierre, Université de Dijon
(France)
OREKAN Vincent O. A. (UAC, Bénin)
ODOULAMI Léocadie (UAC, Bénin)
GONZALLO Germain (UAC, Bénin)
KAMAGATE Bamory, Université Abobo-
Adjamé, UFR-SGE (Côte d'Ivoire)
KAUDJHIS ASSI-Joseph Université
Alassane OUATARA (Côte d'Ivoire)
YOUSSAOU ABDOU KARIM Issiaka
(UAC, Bénin)
HOUINATO Marcel, (UAC, Bénin)
BABATOUNDE Séverin (UAC, Bénin)

COMITE DE LECTURE

TENTE A. H. Brice (UAC, Bénin), DOSSOU GUEDEGBE Odile (UAC, Bénin), TOHOZIN Antoine (UAC, Bénin), VISSIN Expédit Wilfrid (UAC, Bénin), VIGNINOUS Toussaint (UAC, Bénin), GIBIGAYE Moussa (UAC, Bénin), YABI Ibouaïma (UAC, Bénin), ABOUDOU, YACOUBOU MAMA Aboudou Ramanou (UP, Bénin), AROUNA Ousséni (UNSTIM, Bénin), FANGNON Bernard (UAC, Bénin), GNELE José (UP, Bénin), OREKAN Vincent (UAC, Bénin), TOKO IMOROU Ismaïla (UAC, Bénin), VISSOH Sylvain (UAC, Bénin), AKINDELE A. Akibou (UAC, Bénin), BALOUBI David (UAC, Bénin), KOMBIENI Hervé (UAC, Bénin), OLOUKOÏ Joseph (AFRIGIS, Nigéria), TAKPE Auguste (UAC, Bénin), ABDOULAYE Djafarou (UAC, Bénin), DJAUGA Mama (UAC, Bénin), NOBIME George (UAC, Bénin), OUASSA KOUARO Monique (UAC, Bénin), GBENOU Pascal (UAC, Bénin), GUEDENON D. Janvier (UAC, Bénin), SABI YO BONI Azizou (UAC, Bénin), ANAGONOU Désiré (UAC, Bénin), TONDRO MAMAN Abdou Madjidou (UAC, Bénin)

ISSN : 1840-9962

Dépôt légal : N^o 12388 du 25-08-2020, 3ème trimestre Bibliothèque Nationale Bénin

SOMMAIRE

N°	TITRES	Pages
1	TCHÉKOTÉ¹ Hervé et MENDO NGUEMA Priscele-Daniela¹ : <i>Les implications de projet du barrage de Memve'Ele sur le developpement de Nyabizan au Sud Cameroun</i>	4-16
2	OUASSA¹ Pierre¹ et ^{2*}, SEIDOU Sophiatou¹, DAKOU Bio Sylvestre³, ATCHADE A.A. Gervais¹, VISSIN Expédit W. ¹ : <i>Strategies d'adaptation des populations paysannes aux risques hydroclimatiques dans le bassin beninois de la Pendjari</i>	17-28
3	BIAOU CHABI Luc Ogousinya*, ALI Guy Pépin Pathos, AGOSSA Toussaint, VIGNINOU Toussaint : <i>Dynamique periurbaine dans la Commune d'Abomey-Calavi : fondements et manifestations</i>	29-43
4	AWO Sourou Malikiyou¹, OGOUWALE Romaric¹, ALE Agbachi Georges², ABDOULAYE Awali³, SALIFOU Arsène³ et YABI Ibouaïma¹ : <i>Tendances climatiques dans le 4^{eme} PDA : Cas des communes de Glazoué et de Pèrèrè au centre du Bénin</i>	44-54
5	AHOKPOSSI Médessy R. Ghislain, AKPACA Innocent*, AHODO OUNSOU Richard et YABI Ibouaïma : <i>Typologie et fonctions de l'agriculture urbaine et periurbaine dans l'agglomeration urbaine de Ouidah au Sud du Bénin</i>	55-67
6	TRAORE Porna Idriss, KOUADIO Adou François, BENIE Kouaménan Gérard : <i>Urbanisation et cadre de vie à bongouanou (Centre-Est de la Côte d'Ivoire)</i>	68-81
7	MALOMON A. Bola ¹, VISSOH A. Sylvain ², FOLLY D. Komi ¹ : <i>Gouvernance du foncier peripherique de la ville d'abomey-calavi (sud benin) : enjeux, pratiques et defis</i>	82-93
8	COULIBALY Yaya, SEKONGO Sientienwin : <i>La mise en valeur des lotissements et accessibilite aux logements dans la commune de yamousoukro (côte d'ivoire)</i>	94-108
9	BATI KOUTOUMPO Barka Louis Philippe¹, SAMBIENI N'koué Emmanuel², GOMEZ COAMIANsèque² : <i>Implications socioeconomiques des recours therapeutiques de la fièvre typhoïde dans les communes de Tanguieta-Matéri-Cobly</i>	109-121
10	ADJE Barougbeye, AKAM Laounta et LARE Lalle Yendoukoa : <i>Recomposition des collectivites territoriales : cas des communes de la préfecture de Sotouboua au Centre-Togo</i>	122-136

IMPLICATIONS SOCIOECONOMIQUES DES RECOURS THERAPEUTIQUES DE LA FIEVRE TYPHOÏDE DANS LES COMMUNES DE TANGUIETA-MATERI-COBLY

SOCIOECONOMIC IMPLICATIONS OF THERAPEUTIC REMEDIES FOR TYPHOID FEVER IN THE MUNICIPALITIES OF TANGUIÉTA- MATERI-COBLY

**Barka Louis Philippe BATI KOUTOUMPO¹, N'koué Emmanuel SAMBIEN², Ansèque
GOMEZ COAMP²**

1. Doctorant associé au laboratoire de recherches en Sciences de la Population et du Développement (LaReSPD),

2. Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines (FLASH) Université de Parakou

RESUME

La présente étude s'est proposée d'identifier les recours thérapeutiques et leurs implications socioéconomiques, ainsi que les déterminants des recours thérapeutiques de la fièvre typhoïde.

L'approche méthodologique est fondée sur la recherche documentaire et les enquêtes socio anthropologiques auprès de 253 personnes dont les cibles sont les ménages, les agents de santé, les tradithérapeutes, les patients et les autorités locales. Un questionnaire et un guide d'entretien ont été utilisés pour la collecte des données. Le traitement et l'analyse des données sont basées sur les statistiques descriptives.

L'automédication qui est le principal recours est pratiquée majoritairement par les personnes âgées de 30 – 39 ans (41,96%) suivie des personnes âgées de 20 – 29 ans (27,97%) et moins pratiquée par les personnes âgées de 50 ans et plus. La phytothérapie apparaît comme le second recours pour les personnes de cette tranche d'âge (30 – 39 ans), alors que le recours au centre de santé est le dernier recours qu'utilisent les personnes âgées de 30 – 39 ans. Selon le genre, les hommes ont un penchant vers la phytothérapie après l'automédication et les femmes pratiquent la médecine moderne après l'automédication, ce résultat est significatif en considérant une marge d'erreur de 10% (Pearson $\chi^2(4) = 8.0916$, $Pr = 0.088$). Le choix du recours thérapeutique dépend des moyens financiers, des perceptions et croyances et de l'accessibilité du centre de santé. Les principales incidences des recours thérapeutiques sur le plan économique sont l'endettement des populations (65,79%) et la vente de produits agricoles (28,95%). L'incidence sociale révèle le stress, soucis, et l'anxiété.

Mots clés : Tanguiéta-Materi-Cobly, recours thérapeutiques, Implication socioéconomique, fièvre typhoïde, Accès aux soins de santé.

ABSTRACT

The present study set out to identify therapeutic remedies and their socioeconomic implications, as well as the determinants of therapeutic remedies for typhoid fever.

The methodological approach is based on documentary research and socio-anthropological surveys of 253 people whose targets are households, health workers, traditional therapists, patients and local authorities. A questionnaire and an interview guide were used for data collection. The processing and analysis of the data are based on descriptive statistics. Self-medication which is the main remedy is practiced mainly by people aged 30 - 39 years (41.96%) followed by people aged 20 - 29 years (27.97%) and less practiced by people aged 50 and over. Herbal medicine appears to be the second resort for people in this age group (30 - 39 years), while resorting to the health center is the last resort used by people aged 30 - 39 years. Depending on gender, men have a penchant for herbal medicine after self-medication and women practice modern medicine after self-medication, this result is significant considering a margin of error of 10% (Pearson $\chi^2(4) = 8.0916$, $Pr = 0.088$). The choice of treatment depends on the financial means, perceptions and beliefs and the accessibility of the health center. The main economic consequences of therapeutic remedies are the indebtedness of the populations (65.79%) and the sale of agricultural products (28.95%). The social impact reveals stress, worry, and anxiety.

Keywords: Tanguiéta-Materi-Cobly, therapeutic remedies, Socioeconomic implication, typhoid fever, Access to health care.

INTRODUCTION

En Afrique, le contact avec l'extérieur a permis la cohabitation des paradigmes cognitifs et culturels opposés. D'une manière générale, on note l'utilisation massive des services de santé modernes par les populations urbaines, et à l'inverse, une plus grande propension des populations rurales à recourir à la médecine traditionnelle ou à l'automédication (Mboko, 2010 p. 12). S'agissant des recours thérapeutiques des malades, l'automédication est la première intention de recours médical en cas de maladie Elle représente 51,9% des intentions de recours contre 42,1% pour le recours aux soins (biomédecine et médecine traditionnelle). Selon (L.Nendaz C. Sordet, 2015, p. 30), Les personnes atteintes de maladie observent les symptômes et attendent qu'ils évoluent. Elles laissent la maladie progresser jusqu'à ce qu'elles jugent les symptômes assez graves pour recourir aux soins. La gravité est basée sur plusieurs critères physiques et/ou psychologiques. Seulement 5,9 % des malades optent pour l'abstinence thérapeutique (P.P. Nkoma, 2015, p. 21). Le recours thérapeutique est déterminé par les facteurs socio-environnementaux, en amont. Ils influencent également les caractéristiques sociodémographiques, socioculturelles et socioéconomiques des parents (I. Sougoudou, 2010 p. 65). Pour M. Eva (2011, p.116) le niveau de vie constitue aussi un facteur explicatif du non recours aux soins de santé par les femmes enceintes au Cameroun, les riches paient plus aisément les frais de consultation, d'hospitalisation, de médicament et de transport. Ils pourront ainsi s'offrir les soins modernes. Les personnes pauvres en revanche, ne peuvent pas recourir à ces services, elles préféreront la médecine traditionnelle qui permet aussi des paiements en nature. Selon A. Adjet, 2016 p.8) le recours des malades de l'ulcère de Buruli à la médecine africaine avant la fréquentation des centres spécialisés est lié à la mobilisation communautaire. En effet, dès les premiers signes de la maladie, l'information reste dans le cadre familial, la gestion de la maladie basée sur le réseau social. Dans la zone sanitaire Tanguiéta-Materi-Cobly.

La fièvre typhoïde est un problème de santé important autant par le nombre de personnes qu'elle touche que par le taux de morbidité et de mortalité qu'elle entraîne. Les facteurs associés à la prévalence de cette infection contagieuse sont liés à un manque d'accès à l'eau potable et une hygiène domestique et alimentaire inadéquate. Ces dernières années, les épisodes de fièvre typhoïde s'enchaînent créant ainsi des dommages économiques et parfois des pertes en vies humaines. Le nombre de cas augmente face à l'impuissance des dispositions prises par les autorités locales, agents de santé et les communautés. Elle est fréquente dans la zone sanitaire de Tanguiéta-Materi-Cobly avec une prévalence non négligeable au cours des années dont 1287 cas positifs en 2017, 1451 en 2018, et 1322 en 2019. Ces Communes sont marquées par des conditions insuffisantes d'accès à l'eau potable, d'hygiène et d'assainissement. Quelles sont les implications socioéconomiques des recours thérapeutiques de la fièvre typhoïde ? Cette étude a pour objectif de montrer les implications socioéconomiques des recours thérapeutiques de la fièvre typhoïde dans la zone sanitaire Tanguiéta-Materi-Cobly.

1. MATÉRIELS ET MÉTHODE

Cette rubrique rassemble la présentation de l'espace d'étude et la méthodologie utilisée. La présentation de l'espace et le type d'étude constituent essentiellement la substance des données. Le secteur d'étude est constitué de trois communes à savoir : Tanguiéta-Materi-Cobly dont la population est estimée à 256236 habitants (INSAE, 2016). La zone d'étude est située au nord-ouest du Bénin, entre 10°15' et 11°30' de Latitude nord et entre 0°45' et 1°57' de Longitude est. La figure ci-dessous présente la localisation géographique du secteur d'étude (Carte n°1).

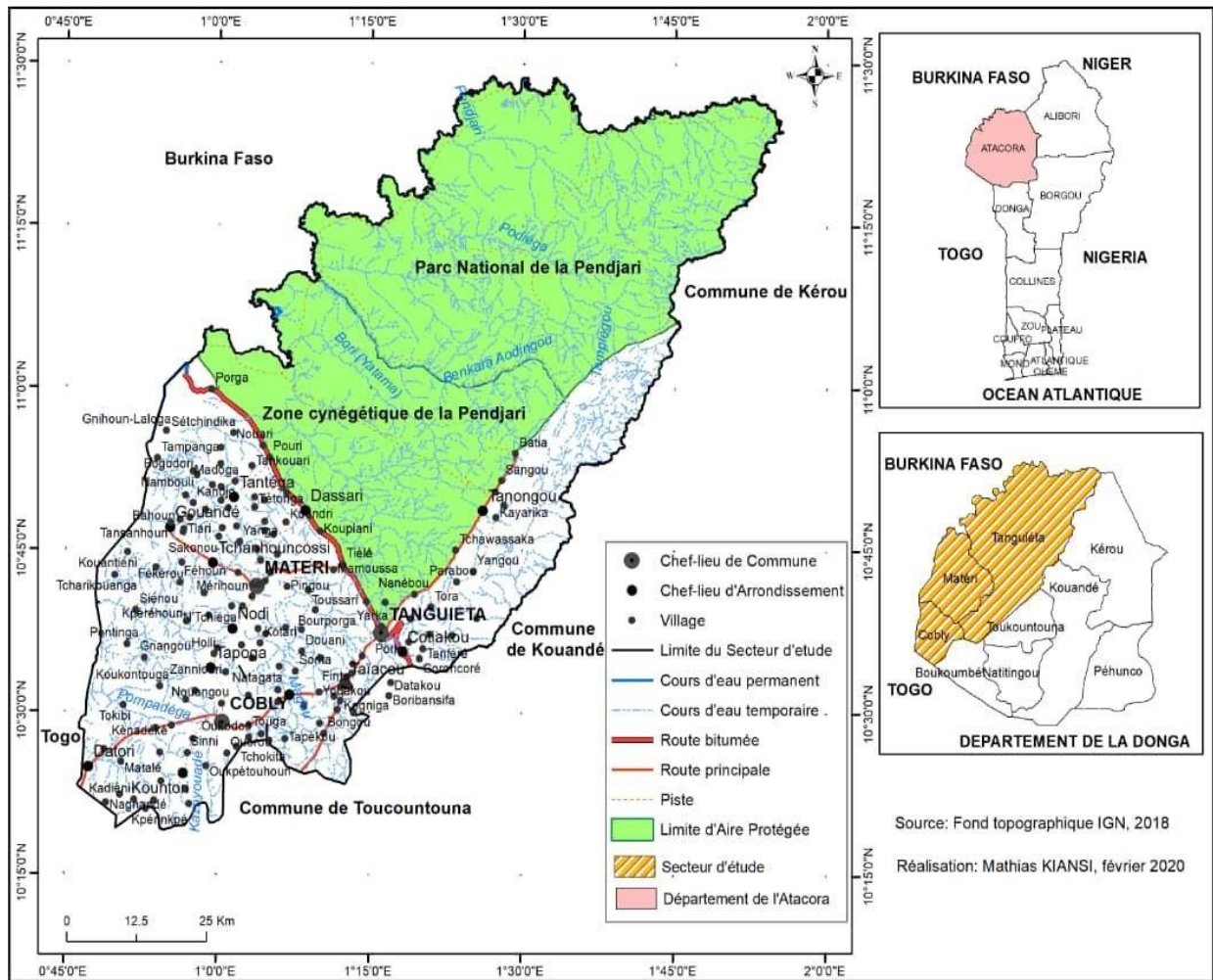


Figure 1 : situation géographique des Communes de Tanguiéta-Materi-Cobly

Les outils et matériels utilisés pour la collecte des données dans le cadre de la présente recherche sont : l'appareil photographique numérique pour la prise de vues instantanées sur les recours thérapeutiques ; un appareil GPS pour la géolocalisation des villages parcourus ; un questionnaire permettant de recueillir les informations liées aux différents itinéraires thérapeutiques, les types de produits par recours et leurs implications socioéconomiques ; un guide d'entretien à l'endroit des agents de santé pour recueillir les informations relatives à la fréquentation en cas de maladie et le coût de traitement.

L'échantillon est déterminé par la formule de Dagnelie (1998) :

Avec :x

$$X = (Z\alpha)^2 \times p(1-p) / i^2$$

- X la taille de l'échantillon ;
- $Z\alpha$ = écart fixé à 1,96 correspondant à un degré de confiance de 95 % ;
- Le paramètre de précision (i) est fixé à 5%
- la proportion estimée (p) des ménages ; soit p=50%
- $1-p=50\%$
- Ainsi, X= 253 ménages. Cet effectif est réparti proportionnellement à la taille des communes

La présente étude a nécessité plusieurs types de données aussi bien quantitatives que qualitatives.

Les données démographiques, constituées des effectifs des populations des communes et disponibles à l'INSAE ;

Les données socio-anthropologiques pour appréhender les couts perceptions relatifs à chaque type de recours thérapeutiques, et leurs implications socioéconomiques ;

Les statistiques sanitaires concernant le nombre des cas de fièvre typhoïde sur une période de 2015 à 2019 dans la zone sanitaire, obtenues dans les laboratoires et les centres de santé des communes concernées et complétées par les enquêtes de terrain.

La collecte a été menée sur six sites dont deux arrondissements par commune, un arrondissement urbain et un arrondissement rural. Ces arrondissements sont Tanguiéta, Cotiacou, Materi, Tchanhoun-cossi, Cobly et Tapoga.

L'analyse a consisté à identifier les types de recours thérapeutiques face à la fièvre typhoïde. Le logiciel STATA a été utilisé pour le traitement et l'analyse des données. L'analyse univariée a permis de voir la répartition des enquêtés selon le type de recours par rapport à la fièvre typhoïde. Ensuite l'analyse bivariée suivie du test d'indépendance de khi-deux pour apprécier le type de recours en fonction des variables sociodémographiques telles que : profession, sexe, âge et lieu de provenance (commune). A travers des statistiques descriptives, Il a été procédé à l'identification des déterminants recours thérapeutiques et des implications socioéconomiques de la fièvre typhoïde.

2. RESULTATS

Identification des différents types de recours thérapeutiques

Les résultats des analyses montrent quatre types de recours thérapeutiques tels que : l'automédication, la phytothérapie ou médecine traditionnelle, la médecine moderne et des solutions spirituelles. La figure 1, présente ces différents types de recours.

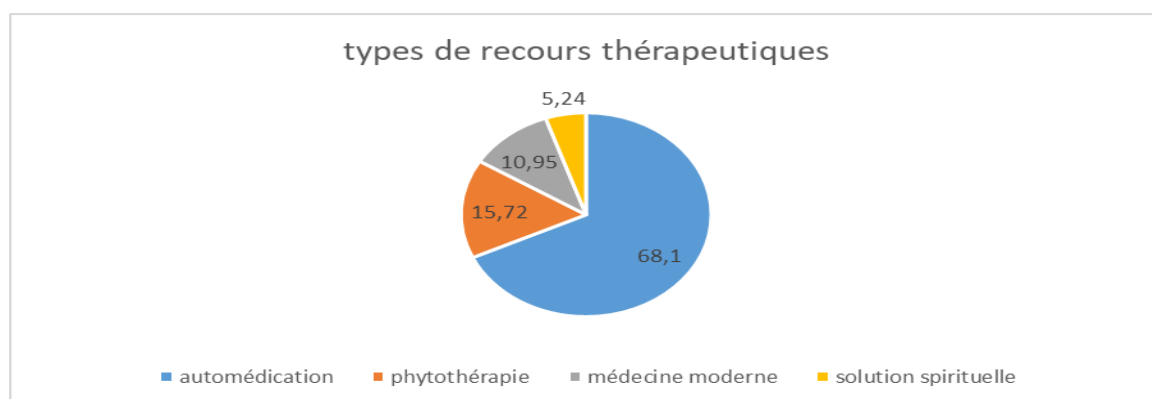


Figure 2 : Différents types de recours à la fièvre typhoïde au sein de la population

Source : Résultats d'enquête

L'examen des différents types de recours indique que l'automédication est le recours le plus fréquent au sein de la population. Environ sept (07) personnes sur dix (10) font recours à l'automédication en cas de fièvre typhoïde. Notons que ce type de recours est caractérisé par l'achat de comprimés formel ou informel sans ordonnance et sans aucune indication d'un médecin. La planche 1 ci-dessous montre quelques comprimés utilisés pour lutter contre la fièvre typhoïde.



Planche 1 : divers comprimés utilisés lors de l'automédication
Prise de vues : Bati, 2020

De la gauche vers la droite, nous avons ciprofloxacin, sulfobactin et thiobactin qui sont des comprimés achetés en pharmacie sans prescription pour lutter contre la fièvre typhoïde. Ce comportement met les populations en danger car les produits sont pris sans prescription ni suivi de la part d'un agent de santé avec une confusion entre les produits de lutte contre le paludisme et ceux de la fièvre typhoïde. On assiste ainsi à une redondance de la maladie par la répétition des fièvres dont la persistance finit par conduire le malade à l'hôpital parfois dans un état critique. L'automédication est suivie de la phytothérapie ou encore appelé la médecine traditionnelle (14,29%) et du recours à la médecine moderne (10,95%). Ces deux recours sont également non négligeables au sein de la population d'étude. Peu de personne font recours à une solution spirituelle en cas de survenance d'une fièvre typhoïde puisqu'on ne dénombre qu'environ cinq personnes sur cent (5,24%) qui utilisent ce recours, et très peu utilise d'autre recours en cas de survenance de cette maladie (environ 1,43%). Les produits utilisés lors de l'automédication sont nombreux et varient selon les conditions de vie. La planche 2 illustre des produits de la phytothérapie contre la fièvre typhoïde et mis en bouteille pour la vente.



Planche 2 : Produits phytothérapeutiques contre la fièvre typhoïde
Prise de vue : Bati, 2020

Les produits illustrés par la planche 2 sont destinés à guérir la fièvre typhoïde et sont disponible dans les kiosques. Ils sont fabriqués à base de plantes médicinales naturelles. La difficulté avec ce genre de traitement réside au niveau de la posologie qui varie en fonction des individus et le degré de la maladie, ce qui pose un problème de manque de contrôle de la dose de produits consommés sur le fonctionnement du foie.

Analyse bivariée des recours thérapeutiques selon certaines caractéristiques socio-démographiques des populations

Analyse du recours thérapeutique selon l'âge

L'âge est une variable capable d'influencer le choix du recours thérapeutique à cause de l'expérience vécue par les plus âgés contrairement aux adolescent et jeunes. Le tableau suivant indique les différents types de recours selon la catégorie d'âge des enquêtées.

Tableau I : Types de recours selon la catégorie d'âge des enquêtées.

Types de recours	Catégorie d'âge				Total
	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50 ans et plus	
Automédication	40	60	32	11	143
Phytothérapie	2	3	2	4	11
Médecine moderne	7	5	8	3	23
Solution spirituelle	5	10	6	9	30
Autre	0	0	1	2	3
Total	54	78	49	29	210

Source : Résultats d'enquête

L'automédication (qui est le principal recours) est pratiquée majoritairement par les personnes âgées de 30 – 39 ans (41,96%) suivi des personnes âgées de 20 – 29 ans (27,97%). Ce type de recours est moins pratiqué par les personnes âgées de 50 ans et plus. Le second recours thérapeutique (phytothérapie) est également plus pratiqué par les personnes de 30 – 39 ans (33,33%), suivi des personnes de 50 ans et plus (30%). On peut constater que la phytothérapie est majoritairement pratiquée par les personnes âgées. Cela pourrait s'expliquer par l'expérience dans le traitement de certaines maladies par les personnes âgées, expérience qui est plus ou moins corrélée avec l'âge.

Le recours à la médecine moderne quant à lui est principalement pratiqué par les personnes âgées de 40 – 49 ans (34,78%) suivi de la tranche d'âge de 20 – 29 ans (30,43%).

Ces différentes analyses montrent clairement la prépondérance du recours à l'automédication et de la phytothérapie (médecine traditionnelle) au sein de population d'étude. Ces différentes pratiques de recours pourraient s'expliquer principalement par le manque de moyens financiers et l'accessibilité des infrastructures sanitaires. Cependant, les différents arguments tangibles de recours seront confirmés ou infirmés à travers d'autres analyses dans la suite.

Analyse du recours thérapeutique selon le sexe des populations

Le choix du recours thérapeutique peut également varier selon le sexe au sein de la population étudiée. La figure 2 présente le type de recours selon le sexe.

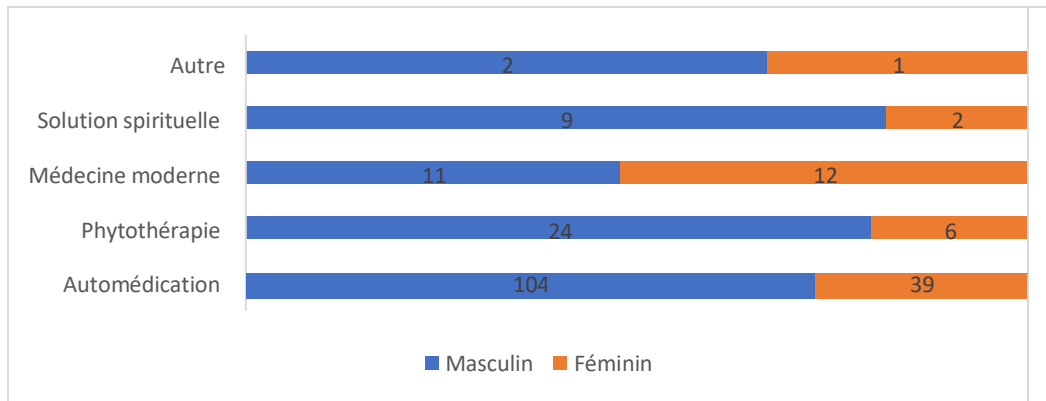


Figure 3 : Type de recours thérapeutique selon le sexe

Source : Résultats d'enquête

D'après la figure ci-dessus, 104, 24, 11 et 9 personnes ayant recours respectivement aux pratiques d'automédication, à la phytothérapie, à la médecine moderne et à une solution spirituelle sur l'ensemble des 160 personnes de sexe masculin (soit respectivement un taux de 69,33%, 16%, 7,33%, et 6%). Quant aux femmes, on note les taux suivants : 65%, 10%, 20%, 3,33% respectivement pour le recours à l'automédication, à la phytothérapie, à la médecine moderne et à une solution spirituelle face à la fièvre typhoïde. Ces différentes pratiques de recours thérapeutiques selon le sexe des enquêtés permettent de ressortir ainsi un penchant des hommes vers la phytothérapie après l'automédication et un penchant des femmes à la médecine moderne après l'automédication (soit environ 16% pour les hommes contre 20% pour les femmes). Ce résultat paraît concluant ou significatif suite à la réalisation d'un test d'indépendance en considérant une marge d'erreur de 10% (Pearson $\chi^2(4) = 8.0916$, $Pr = 0.088$). Il existe donc une relation de dépendance entre le sexe et les pratiques de recours thérapeutiques dans la zone d'étude. Au vu de ce résultat, on pourrait dire que les hommes font plus recours à la phytothérapie et à la solution spirituelle par contre les femmes font plus recours à la médecine moderne en dehors de l'automédication.

2.1.2.2. Analyse du recours thérapeutique selon la localité d'origine des enquêtés

Les recours thérapeutiques peuvent varier en fonction des localités d'origine.

Tableau III : Recours thérapeutiques selon la Commune d'origine

Types de recours	Communes d'origine				
	Tanguiéta	Matéri	Cobly	Total	Taux %
Automédication	40	41	62	143	68,09
Phytothérapie	6	23	1	33	15,71
Médecine moderne	7	11	5	23	10,95
Solution spirituelle	3	3	5	11	05,23
Total	57	80	73	210	100

Source : Résultats d'enquête

L'examen des pratiques de recours par localité d'origine (commune de provenance) indique qu'environ 85% (84,93%) des populations de Cobly pratique l'automédication comme principal recours face à la fièvre typhoïde suivi de la médecine moderne et des solutions spirituelles (6,85% chacun). Dans la commune de Tanguiéta, l'automédication est pratiquée par 70% des

populations suivi de la médecine moderne (12,28%) et de la phytothérapie (10,53%). Par ailleurs, dans la commune de Matéri, outre l'automédication qui occupe la première place (51,25%), c'est la phytothérapie qui est pratiquée par environ 28,75%) des populations.

En matière de recours à l'automédication dans la l'ensemble de la population d'étude (143 enquêtés), 62 personnes sont de la commune de Cobly, soit 43,36% des enquêtés qui font recours à l'automédication. Le recours à la phytothérapie et à la médecine moderne est plus observé par les populations de Matéri (respectivement 76,67% et 47,83%). Le type de recours pour le traitement de la fièvre typhoïde semble être corrélé à la localité d'origine puisque le test de chie 2 est significatif ($Pr = 0.000 < 5\%$) en admettant un risque de 5% de se tromper relativement à cette conclusion. Ce résultat permet de dire que les types de recours thérapeutique changent d'une localité à une autre. Le constat se fait aisément à travers la répartition suivant le tableau ci-dessous. Ainsi, nous constatons que dans la localité de Cobly, outre le recours à l'automédication, c'est aux solutions spirituelles et à la médecine moderne que les populations de cette localité font plus recours. Dans la localité de Matéri, la phytothérapie constitue le second recours thérapeutique en dehors de l'automédication. Quant à la localité de Tanguiéta, c'est la médecine moderne qui est utilisé comme second recours par les populations en dehors de l'automédication.

2.1.2.4. Analyse du recours thérapeutique selon la profession des enquêtés

On s'aperçoit à travers l'examen des pratiques de recours suivant la profession des enquêtés qu'environ 58% des agriculteurs font recours principalement à l'automédication, suivi de la phytothérapie (18,29%), tableau.

Tableau IV : Recours thérapeutiques selon la profession des enquêtés

Types de recours	Profession					
	Agriculteur	Enseignant	Agent de santé	Commerçant	Autre	Total
Automédication	48	17	9	11	58	143
Phytothérapie	15	3	0	2	2	30
Médecine moderne	10	1	0	0	12	23
Solution spirituelle	8	1	0	0	10	11
Autre	1	0	0	1	1	3
Total	82	22	9	14	83	210

Source : Résultats d'enquête

En matière de recours à l'automédication, tous les agents de santé de l'échantillon font recours à cette pratique. Ce comportement pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers s'appuient sur leurs savoirs en la matière lorsqu'un membre de leur ménage est atteint d'une maladie parmi lesquelles la fièvre typhoïde. Au sein des commerçants, environ 8 personnes sur 10 pratiquent l'automédication, environ une personne sur dix, pratiquent la phytothérapie dès la survenance de la fièvre typhoïde dans leur ménage. Dans le rang des enseignants, environ 77% pratiquent comme premier recours l'automédication ; ensuite la phytothérapie (13,64%). Le résultat du test de dépendance de chi-deux montre que la pratique d'un type de recours ou un autre n'est nullement liée à la profession de l'individu considéré dans la zone d'étude. Ainsi, il n'y a donc pas une différence significative dans l'adoption des types de recours thérapeutiques entre les agriculteurs, enseignants, agents de santé ou commerçants.

Déterminants du choix de recours thérapeutique face à la fièvre typhoïde

Cette partie ressort les principaux motifs avancés par les populations de la zone d'étude pour le choix d'un type de recours plutôt que d'un autre.

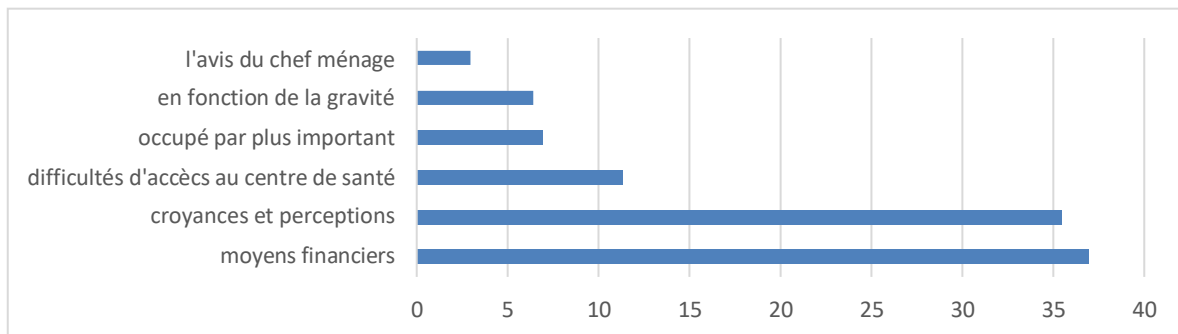


Figure 3 : Déterminants de recours thérapeutiques face à la fièvre typhoïde

Source : Résultats d'enquête

Ainsi, 6 motifs sont identifiables ; il s'agit des moyens financiers, des difficultés d'accès au centre de santé, l'occupation à des choses plus importantes, de la qualification pas si grave de la maladie et de l'absence du mari ou de la femme dans le ménage. D'autres motifs non repérés ont été également avancés par la population enquêtée. Le principal motif identifié qui détermine le choix des recours thérapeutiques est celui du *manque de moyens financiers* avec environ 35% des populations concernées. Ce déterminant est suivi des *difficultés d'accès au centre de santé*, avec environ 11% des populations concernées.

Par ailleurs, l'examen des différents motifs suivant les types de recours indique que les personnes qui pratiquent l'automédication avancent d'autres raisons suivies du manque des moyens financiers (23,24%) pour faire recours à la médecine moderne. Une proportion non négligeable (9,15%) pratique l'automédication pour des difficultés d'accès au centre de santé. Aussi le recours à la phytothérapie est déterminé par le manque de moyens financiers des populations. Le même constat est fait pour le recours aux solutions spirituelles. Il s'ensuit que les pratiques de recours (notamment l'automédication et à la phytothérapie) en cas de survenance de la fièvre typhoïde s'expliquent par les déterminants qui sont principalement le manque de moyens financiers et les difficultés pour accéder aux centres de santé dans la zone d'étude concernée.

Implications socioéconomiques des pratiques de recours

L'objet de cette partie est de ressortir les principales incidences sociales et économiques suite à l'avènement de la fièvre typhoïde dans les ménages de la zone d'étude.

Implications sociales de la Fièvre Typhoïde

La fièvre typhoïde a des implications sur le plan social. La figure 5 renseigne sur le niveau d'importance de chacune des incidences sociales vécues dans les ménages.

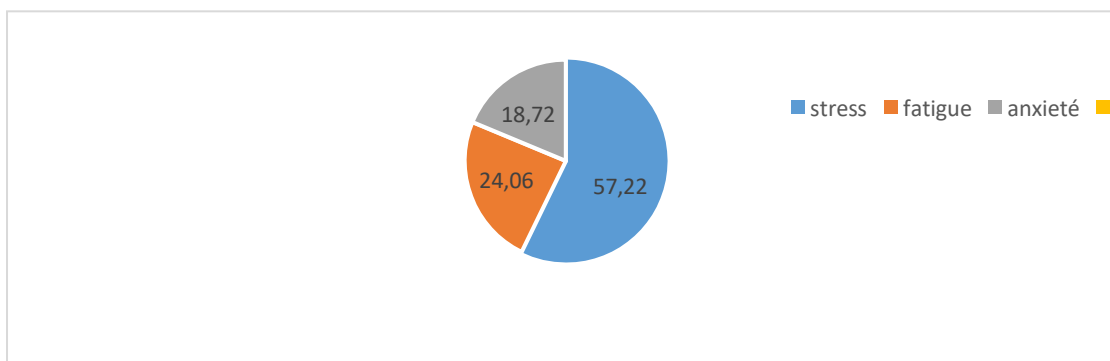


Figure 5 : Incidences sociales des recours thérapeutiques de la FT

Source : Résultats d'enquête

D'après la figure 57,22% des enquêtés sont souvent stressés, 24% sentent la fatigue et 18% sont anxieux. Ceci démontre la complexité de compréhension de la maladie qui a les mêmes symptômes que le paludisme. Cette confusion entre le paludisme et la fièvre typhoïde est à l'origine parfois de cas de décès car le fait de traiter le paludisme qui se répète conduit souvent à la perforation des intestins. Ce stade de perforation des intestins prédispose le malade à des risques surtout la mort si des dispositions sanitaires appropriés ne sont pas prises.

Implications économiques de la fièvre typhoïde

Les recours thérapeutiques en cas de Fièvre Typhoïde impliquent des dépenses qui varient en fonction de l'itinéraire thérapeutique choisi. Les principales incidences sur le plan économique qui ressortent de l'examen des données recueillies sont l'endettement (65,79%) et la vente de produits agricoles (28,95%) comme le mentionne la figure 6 suivante.

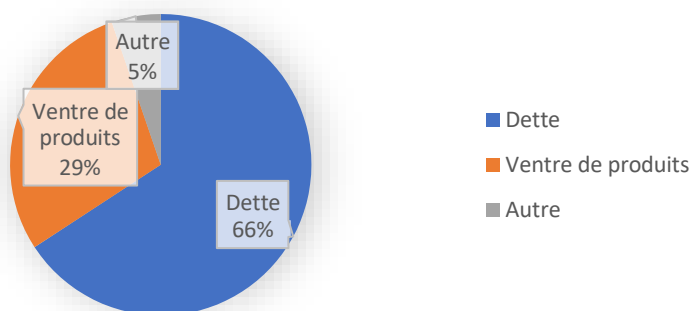


Figure 6 : Incidences économiques des recours thérapeutiques de la FT

Source : Résultats d'enquête

Niveaux de dépenses selon le type de recours

L'analyse du niveau de dépense relatif à la survenance de la maladie de la fièvre typhoïde permet de dire que les dépenses moyennes sont environ de 9 106 FCFA, avec un minimum de 0 FCFA, les dépenses maximums pour le traitement de la fièvre typhoïde s'élève à 20 000 FCFA. De même 50% des ménages ou des personnes enquêtées dépensent environ 2 000 FCFA pour le traitement (automédication) de la fièvre typhoïde (montant médiane).

Niveau de dépense suivant l'automédication

Presque la moitié des personnes qui font recours à l'automédication dépense environ 2 000 FCFA dans cette pratique (dépense médiane liée à l'automédication). Par ailleurs la plus grande dépense enregistrée dans le recours à l'automédication est de 9000 FCFA.

Niveau de dépense suivant la phytothérapie ou médecine traditionnelle

Le recours à la phytothérapie est relativement le moins coûteux aux populations dans la zone d'étude. Cela se démontre à travers les indicateurs tels que la dépense moyenne, minimale et maximale liée à ce type, de recours thérapeutique. En effet, les dépenses moyennes relatives à ce type de recours sont estimées à 3000 FCFA, une dépense maximale d'environ 7 000 FCFA.

Niveau de dépense suivant la médecine moderne

Les dépenses moyennes relatives au recours de la médecine moderne (14 245 FCFA) semblent être légèrement supérieures à celles (dépenses moyennes) relatives à l'automédication car celle-ci prend en compte parfois les analyses au laboratoire. De même la dépense maximale (20 000 FCFA) relative à cette pratique de recours (médecine moderne) est également supérieur aux autres types de recours thérapeutiques. En analysant ces différents constats, il ressort que ce type de recours est plus coûteux aux populations relativement aux autres types de recours (automédication, solution spirituelle, phytothérapie ...).

Niveau de dépense suivant la solution spirituelle

Les personnes faisant recours aux solutions spirituelles dépensent en moyenne 1 680 FCFA avec une dépense maximale estimée à 15 000 FCFA. Cependant, certains ne dépensent aucune somme (0 FCFA) dans le recours à la solution spirituelle.

3. DISCUSSION

Les résultats montrent que l'automédication est le principal recours pratiqué majoritairement par les personnes âgées de 30 – 39 ans (41,96%) suivi des personnes âgées de 20 – 29 ans (27,97%) et moins pratiqué par les personnes âgées de 50 ans et plus. La phytothérapie apparaît comme le second recours pour les personnes de cette tranche d'âge (30 – 39 ans), alors que le recours au centre de santé (médecine moderne) est le dernier recours qu'utilisent les personnes âgées de 30 – 39 ans. Selon le sexe des enquêtés les hommes ont un penchant vers la phytothérapie après l'automédication et les femmes pratiquent la médecine moderne après l'automédication, ce résultat est significatif en considérant une marge d'erreur de 10% (Pearson $\chi^2(4) = 8.0916$, $Pr = 0.088$). Le type de recours pour le traitement de la fièvre typhoïde semble être corrélé à la localité d'origine puisque le test de χ^2 est significatif ($Pr = 0.000 < 5$). Les recours thérapeutiques ne dépendent pas de la profession. Les principales incidences sur le plan économique sont l'endettement (65,79%) et la vente de produits agricoles (28,95%). Sur le plan social l'incidence sociale révèle (stress, soucis, anxiété).

Les principaux résultats qui ressortent de la présente étude confirment partiellement la littérature suscitée pour expliquer le recours à l'automédication. Dans le même sens que nos résultats, (J.Y.Le Hesran, I. Boko, L. Brutus, 2015), affirme que dans 92 % des cas, les malades ont pratiqué une automédication, 65 % avec des médicaments et 27 % avec des tisanes. Dans 2 % des cas, ils ont pris conseil auprès de la famille ou d'amis. Dans 6 % des cas, ils ont été consulter un professionnel de la santé dans un centre de santé public ou privé.

Les tisanes ont été les traitements les plus utilisés en première intention (27 %). S'agissant des molécules, le paracétamol a été la plus utilisée (24 %) suivie par l'ibuprofène (10 %). Les centres de santé sont situés à de très grandes distances des communautés rurales, ce qui peut

démotiver les personnes atteintes à faire appel aux soins biomédicaux (Ackumey et *al.*, 2012, pp.7 et 9.). Ces distances représentent de longues marches, d'autant plus que les communautés sont très peu ou pas desservies par les transports publics. Cela a un impact sur le quotidien des patients et leur qualité de vie, à cause de la fatigue importante qui en découle (Ackumey et *al.*, 2012, p.9.) Par ailleurs, selon les résultats de (B. Apouey et G. Picone 2014, p.14) l'environnement social des individus affecte leurs comportements en matière de santé. La superposition des calendriers épidémiologiques et socioéconomiques influence également les pratiques thérapeutiques en cas de maladie. En effet, la prévalence palustre dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne est forte pendant la saison des pluies, lorsque les charges de travail agricole sont maximales et la disponibilité des moyens financiers minimale.

CONCLUSION

Dans la régulation des systèmes de santé des Pays en Afrique Subsaharienne des années 1970 au milieu des années 1990, et en particulier au Bénin étaient entre autres basées sur les politiques de santé fondées sur la Déclaration d'Alma Ata (1979) qui mettaient en avant des impératifs d'équité, et de financement monopoliste des services de santé par les gouvernements. Ces politiques de santé n'ont pas été en mesure de réduire les disparités d'accès aux soins, ni de permettre un financement pérenne des systèmes de santé. En effet, la décision de se soigner ne repose pas uniquement sur les conditions de vie des malades et la qualité des soins hospitaliers ; mais elle obéit également à un ensemble de pratiques culturelles acquises à la naissance et dans les groupes de socialisation. La qualité des soignants ainsi que des établissements de santé, jouent un rôle incontestable dans les recours aux soins notamment, le recours à l'automédication. En termes de recommandation, il est nécessaire d'agir sur les pratiques socioculturelles afin de lever les doutes des patients sur leur système de santé. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisation en direction des populations doivent être effectuées afin de réduire l'automédication en pédiatrie et même chez les adultes. Sans toutefois l'omettre, l'autodiagnostic des malades ne doit pas se normaliser au risque de reléguer les soins hospitaliers en second rang. A cet égard, le système de santé doit pouvoir lutter contre les préjugés et les représentations que se font les malades de son image.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ACKUMEY Mercy, GYAPONG Margaret., PAPPOE Mathilda, KWAKYE-MACLEAN Cynthia. & WEISS Mitchell (2012). Illness meanings and experiences for pre-ulcer and ulcer conditions of Buruli ulcer in the Ga-West and Ga-South Municipalities of Ghana. *BMC Public Health*, Published: 25 October 2012 12(1), 264.(consulté le 08 juin 2021) <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-264>
- 2-ADJET Abel ; ADOU Lucien ; KONAN Danièle (2016) itinéraires thérapeutiques pluriels et recours tardif des malades de l'ulcère de buruli dans les centres de prise en charge dans le district sanitaire de Yamoussoukro (côte d'ivoire) *European Scientific Journal* October 2016 edition vol.12, No.30 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431 doi: 10.19044/esj.2016.v12n30p263, [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n30p263](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n30p263)
- 3- APOUEY Bénédicte, PICONE Gabriel (2014), *social interactions and malaria preventive behaviors in sub-saharan africa* *HEALTH ECONOMICS Health Econ.* **23** : 994–1012 (2014) Published online 23 April 2014 in Wiley Online Library (consulté le 08 juin 2021) (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/hec.3055
- 4- MEYO Eva, (2011), facteurs explicatifs du non recours au traitement préventif intermittent du paludisme par les femmes enceintes au Cameroun, mémoire de master professionnel en démographie, IFORD, 154 p

- 5- SOUGOUDOU Issouffa, (2010), Recours thérapeutique des mères en cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans selon le milieu de résidence au Cameroun ; mémoire de master professionnel en démographie, IFORD, 173p
- 6-LE HESRAN Jean-Yves, BOKO, Inès, BRUTUS Laurent (2015), *Besoins et pratiques de soins: mesure de « l'iceberg » à Cotonou*, Actes du colloque international francophone tenu les 4, 5 et 6 mars 2015 à Cotonou (Bénin) mise en ligne : décembre 2015,(consulté le 08 juin 2021) sur <http://automed.hypotheses.org/Cotonou2015>, 13p
- 7-MBOKO IBARA (2010), *Diagnostic post conflictuel des recours thérapeutiques au Congo Brazzaville : analyse et proposition*, document (consulté sur internet le 08 juin2021).
- 8- NENDAZ Laura ; SORDET Caroline (2015) ulcère de buruli : éléments déterminant l'itinéraire thérapeutique des personnes atteintes en Afrique, mémoire de bachelor of science en physiothérapie 80p, haute école de santé Genève.
- 9- NKOMA Paul Pouhè, (2015) Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication, MINEPAT-Division des Analyses Démographiques et des Migrations. 90 p.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

1- Contexte, Justification et Objectifs du journal

Le développement des territoires ruraux est une préoccupation prise en compte par de nombreux organismes internationaux que nationaux à travers les projets et programmes de développement.

En Afrique, le défi du développement est indissociable du devenir des espaces ruraux. Les territoires ruraux sont caractérisés par d'importantes activités rurales qui influencent sur la dynamique du monde rural et la restructuration des espaces ruraux.

En effet, de profondes mutations s'observent de plus en plus au sein du monde rural à travers les activités agricoles et extra agricoles. Des innovations s'insèrent dans les habitudes traditionnelles des ruraux. Cela affecte sans doute le système de production des biens et services et les relations entre les villes et campagnes.

Ainsi, dans ce contexte de mutation sociétale, de nouvelles formes d'organisation spatiale s'opèrent. Ces nouvelles formes dénotent en partie par les différents modes de faire-valoir. Aussi, plusieurs composantes environnementales sont-elles impactées et nécessitent donc une attention particulière qui interpelle aussi bien les dirigeants politiques, les organismes non étatiques et les populations locales pour une gestion durables des espaces ruraux.

Par ailleurs, le contexte de la décentralisation, le développement à la base implique toutes les couches sociales afin d'amorcer réellement le développement. Ainsi, la femme rurale, à travers le rôle qu'elle joue dans le système de production de biens et services, mérite une attention particulière sur le plan formation, information et place dans la société en pleine mutation.

Enfin, en analysant le contexte socioculturel et l'évolution de la croissance démographique que connaissent les campagnes, les questions d'assainissement en milieu rural doivent de plus en plus faire l'objet des préoccupations majeures à tous les niveaux de prises de décision afin de garantir à tous un cadre de vie sain et réduire l'extrême pauvreté en milieu rural.

Le premier numéro du Journal de Géographie Rurale Appliquée et Développement (*J_GRAD*) du Laboratoire de Géographie Rurale et d'Expertise Agricole (LaGREA) s'inscrit dans la logique de parcourir de façon profonde tous les aspects liés au monde rural. A ce titre, les axes thématiques prioritaires ci-après seront explorés.

Axe 1 : Dynamique des espaces ruraux et Aménagement de l'espace rural

- ✓ Mutations spatiales et dynamique des espaces ruraux ;
- ✓ Gestion du foncier rural et environnementale ;
- ✓ Climat, aménagements hydroagricoles ;
- ✓ SIG et gestion des territoires ruraux ;
- ✓ Gouvernance et planification des espaces ruraux.

Axe 2 : Economie rurale

- ✓ Activités agricoles et sécurité alimentaire ;
- ✓ Ecotourisme ;
- ✓ Artisanat rural ;
- ✓ Territoires, mobilité et cultures.

Axe 3 : Genre et développement rural

- ✓ Femmes et activités rurales ;
- ✓ Développement local ;
- ✓ Echanges transfrontaliers dans les espaces ruraux ;
- ✓ Hygiène et assainissement en milieu rural.

2. Instructions aux auteurs

Politique éditoriale

Le Journal de Géographie Rurale Appliquée et Développement (*J_GRAD*) publie des contributions originales en français ou en anglais dans tous les domaines de la science sociale.

Les contributions publiées par le journal représentent l'opinion des auteurs et non celle du comité de rédaction. Tous les auteurs sont considérés comme responsables de la totalité du contenu de leurs contributions.

Le Journal de Géographie Rurale Appliquée et Développement (*J_GRAD*) est semestrielle. Il apparaît deux fois par an, tous les six mois (juin et décembre).

Soumission et forme des manuscrits

Le manuscrit à soumettre au journal doit être original et n'ayant jamais été fait objet de publication au paravent. Le manuscrit doit comporter les adresses postales et électroniques et le numéro de téléphone de l'auteur à qui doivent être adressées les correspondances. Ce manuscrit soumis au journal doit impérativement respecter les exigences du journal.

La période de soumission des manuscrits est de : 01 au 31 août 2020.

Retour d'évaluation : 30 septembre 2020.

Date de publication : 15 décembre 2020.

Les manuscrits sont envoyés sur le mail du journal de Géographie Rurale Appliquée et Développement (*J_GRAD*) à l'adresse: journalgrad35@gmail.com avec copie à Monsieur Moussa GIBIGAYE <moussa_gibigaye@yahoo.fr>.

Langue de publication

J_GRAD publie des articles en français ou en anglais. Toutefois, le titre, le résumé et les mots clés doivent être donnés dans deux langues (anglais et français).

Page de titre

La première page doit comporter le titre de l'article, les noms des auteurs, leur institution d'affiliation et leur adresse complète. Elle devra comporter également un titre courant ne dépassant pas une soixantaine de caractères ainsi que l'adresse postale de l'auteur, à qui les correspondances doivent être adressées.

- Le titre de l'article est en corps 14, majuscule et centré avec un espace de 12 pts après le titre (format > paragraphe > espace après : 12 pts).
- Les noms et prénoms des auteurs doivent apparaître en corps 12, majuscule et centré et en italique.
- Les coordonnées des auteurs (appartenance, adresse professionnelle et électronique) sont en corps 10 italique et alignés à gauche.

Résumé

Le résumé comporte de 250 à 300 mots et est présenté en Français et en Anglais. Il ne contient ni référence, ni tableau, ni figure et doit être lisible. Il doit obligatoirement être structuré en cinq parties ayant respectivement pour titres : « Description du sujet », « Objectifs », « Méthode », « Résultats » et « Conclusions ». Le résumé est accompagné d'au plus 05 mots-clés. Le résumé et les mots-clés sont composés en corps 9, en italique, en minuscule et justifiés.

Introduction

L'introduction doit fournir suffisamment d'informations de base, situant le contexte dans lequel l'étude a été réalisée. Elle doit permettre au lecteur de juger de l'étude et d'évaluer les résultats acquis.

Corps du sujet

Le corps du texte est structuré suivant le modèle IMReD. Chacune des parties joue un rôle précis. Elles représentent les étapes de la présentation.

Introduction

L'introduction doit indiquer le sujet et se référer à la littérature publiée. Elle doit présenter une question de recherche.

L'objectif de cette partie est de mettre en avant l'intérêt du travail qui est décrit dans l'article et de justifier le choix de la question de recherche et de la démarche scientifique.

Matériel et méthodes

Cette partie doit comprendre deux volets : présentation succincte du cadre de recherche et l'approche méthodologique adoptée.

2.3.5.3 Résultats

Les résultats sont présentés sous forme de figures, de tableaux et/ou de descriptions. Il n'y a pas d'interprétation des résultats dans cette partie. Il faut particulièrement veiller à ce qu'il n'y ait pas de redondance inutile entre le texte et les illustrations (tableaux ou figures) ou entre les illustrations elles-mêmes.

2.2.5.4 Discussion

La discussion met en rapport les résultats obtenus à ceux d'autres travaux de recherche. Dans cette partie, on peut rappeler l'originalité et l'intérêt de la recherche. A cet effet, il faut mettre en avant les conséquences pratiques qu'implique cette recherche. Il ne faut pas reprendre des éléments qui auraient leur place dans l'introduction.

Conclusion

Cette partie résume les principaux résultats et précise les questions qui attendent encore des réponses. Les différentes parties du corps du sujet doivent apparaître dans un ordre logique.

L'ensemble du texte est en corps 12, minuscule, interligne simple, sans césure dans le texte, avec un alinéa de première ligne de 5 mm et justifié (Format > paragraphe > retrait > 1ère ligne > positif > 0,5 cm). Un espace de 6 pts est défini après chaque paragraphe (format > paragraphe > espace après : 6 pts). Les marges (haut, bas, gauche et droite) sont de 2,5 cm.

- Les titres (des parties) sont alignés à gauche, sans alinéa et en numérotation décimale
- La hiérarchie et le format des titres seront les suivants :

Titre de premier ordre : (1) MAJUSCULE GRAS justifié à gauche

Titre de 2ème ordre : (1-1) Minuscule gras justifié à gauche

Titre de 3ème ordre : (1-1-1) Minuscule gras italique justifié à gauche

Titre de 4ème ordre : (1-1-1-1) Minuscule maigre ou puces.

Rédaction du texte

La rédaction doit être faite dans un style simple et concis, avec des phrases courtes, en évitant les répétitions.

Remerciements

Les remerciements au personnel d'assistance ou à des supports financiers devront être adressés en terme concis.

Références

Les passages cités sont présentés en romain et entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépassent trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en romain, en diminuant la taille de police d'un point. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, des façons suivantes :

- (Initiale(s) du Prénom ou des Prénoms de l'Auteur, année de publication, pages citées);

Exemples :

1-Selon C. Mathieu (1987, p. 139) aucune amélioration agricole ne peut être réalisée sans le plein accord des communautés locales et sans une base scientifique bien éprouvée ;

2-L'autre importance des activités non agricoles, c'est qu'elles permettent de sortir les paysans du cycle de dépendance dans laquelle enferment les aléas de la pluviométrie (M. Gueye, 2010, p. 21) ;

3-K. F. Yao *et al.*, (2018, p.127), estime que le conflit foncier intervient également dans les cas d'imprécision ou de violation des limites de la parcelle à mettre en valeur. Cette violation des limites de parcelles concédées engendre des empiètements et des installations d'autres migrants parfois à l'issue du donateur.

Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit :

- Nom et Prénom (s) de l’auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Éditeur, les pages (pp.) des articles pour une revue.

Dans la zone titre, le titre d’un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d’un ouvrage, d’un mémoire ou d’une thèse, d’un rapport, d’une revue ou d’un journal est présenté en italique. Dans la zone Éditeur, on indique la Maison d’édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l’édition (ex : 2ndeéd.). Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d’auteur.

Références bibliographiques Article

dans revue

GIBIGAYE Moussa, HOUINSOU Auguste, SABI YO BONI Azizou, HOUNSOUNOU Julio, ISSIFOU Abdoulaye et DOSSOU GUEDEGBE Odile, 2017, Lotissement et mutations de l’espace dans la commune de Kouandé. *Revue Scientifiques Les Cahiers du CBRST*, **12**, 237-253

Ouvrages, rapport

IGUE Ogunsola John, 2019, *les activités du secteur informel au Bénin : des rentes d’opportunité à la compétitivité nationale*, Paris, France, Karthala, 252 p.

Articles en ligne

BOUQUET Christian et KASSI-DJODJO Irène, 2014, « Déguerpir » pour reconquérir l’espace public à Abidjan. In : *L’Espace Politique*, mis en ligne 17 mars 2014, consultée le 04 août 2017. URL : <http://espacepolitique.revues.org/2963>

Chapitre d’ouvrage

OFOUEME-BERTON Yolande, 1993, Identification des comportements alimentaires des ménages congolais de Brazzaville : stratégies autour des plats, in Muchnik, José. (coord.). *Alimentation, techniques et innovations dans les régions tropicales*, 1993, Paris, L’harmattan, 167-174.

Thèse ou mémoire :

FANGNON Bernard, 2012, *Qualité des sols, systèmes de production agricole et impacts environnementaux et socioéconomiques dans le Département du Couffo au sud-ouest du Bénin*. Thèse de Doctorat en Géographie, EDP/FLASH/UAC, p.308

Frais d’inscription

Les frais de soumission sont fixés à 40.000 FCFA (quarante mille Francs CFA).

Conformément à la recommandation du comité scientifique du Journal de Géographie Rurale Appliquée et Développement (*J_GRAD*), les soumissionnaires sont priés de bien vouloir s’acquitter de leur frais de publication dès la première soumission sur la plateforme de gestion des publications du Journal. Les articles ne seront envoyés aux évaluateurs qu’après paiement par les auteurs des frais d’instruction et de publication qui s’élèvent à quarante mille francs (40.000 F CFA) par envoi Western Union, RIA, MONEYGRAM ou par mobile money (**Préciser les noms et prénoms**) à **Monsieur SABI YO BONI Azizou** au numéro +229 97 53 40 77 (WhatsApp). Le reçu doit être scanné et envoyé à l’adresse suivante <journalgrad35@gmail.com> avec copie à Monsieur **Moussa GIBIGAYE** <moussa_gibigaye@yahoo.fr>.

Contacts

Pour tous autres renseignements, contacter l’une des personnes ci-après,

- Monsieur Moussa GIBIGAYE +229 95 32 19 53
- Monsieur FANGNON Bernard +229 97 09 93 59
- Monsieur SABI YO BONI Azizou +229 97 53 40 77