



Revue de la littérature sur les comportements liés aux maladies prioritaires du programme de sécurité sanitaire mondiale en Côte d'Ivoire et leurs déterminants

Rapport final - Juin 2018





Revue de la littérature sur les comportements liés aux maladies prioritaires du programme de sécurité sanitaire mondiale en Côte d'Ivoire et leurs déterminants

Rapport final

Avec l'appui financier et technique de
Breakthrough ACTION

Juin 2018



Table des matières

Remerciements	4
Sigles et acronymes	5
Résumé exécutif	6
1. Introduction	8
2. Rappel des objectifs de la revue de la littérature	9
3. Livrables attendus	9
4. Méthodologie de la revue	9
4.1. Définition des critères de sélection des documents à explorer	9
4.2. Recherche documentaire	9
4.3. Analyse des travaux	11
4.4. Rédaction du rapport de la revue	11
5. Résultats	12
5.1. Les maladies dues à Mycobacterium	14
5.1.1. Comportements liés aux épidémies à Mycobacterium et déterminants	15
5.1.2. Groupes à risques des épidémies à Mycobacterium	17
5.2. Les infections bactériennes et parasitaires	18
5.2.1. Comportements liés aux infections bactériennes/parasitaires et déterminants	19
5.2.2. Groupes à risque des épidémies à infections bactériennes et parasitaires	20
5.3. Les fièvres hémorragiques virales et à arbovirus	21
5.3.1. Comportements liés aux épidémies à fièvres hémorragiques/arbovirus et déterminants	21
5.3.2. Groupes à risques des épidémies à fièvres hémorragiques et à arbovirus	25
5.4. Les maladies respiratoires	26
5.4.1. Comportements liés aux épidémies de maladies respiratoires et déterminants	26
5.4.2. Groupes à risques des épidémies de maladies respiratoires	27
5.5. La rage	29
5.5.1. Comportements liés aux épidémies de rage et déterminants	29
5.5.2. Groupes à risques des épidémies de rage	30
6. Gaps et pistes de recherche	30
6.1. Gaps de recherche	30
6.2. Perspectives de recherche.....	32
7. Conclusions et recommandations	33
7.1. Conclusions	33
7.2. Recommandations	34
Bibliographie	35
Annexe 1. Matrice de collecte des données	42
Annexe 2. Grille d'analyse des données	43

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par M. Kouamé Walter KRA sous la supervision de Dr Serge A. DALI, Conseiller GHSA- projet Breakthrough ACTION et M. William BENIE, Chargé de Programme Senior GHSA- Projet Breakthrough ACTION. L'étude a été réalisée pour faire suite aux recommandations de l'évaluation externe conjointe de la mise en œuvre du règlement sanitaire international en Côte d'Ivoire conduite en décembre 2016. Elle a été rendue possible grâce au projet Breakthrough ACTION en Côte d'Ivoire qui est un projet financé par l'Agence des Etats- Unis pour le développement International (USAID) et dirigé par Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP).

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement Américain.

Breakthrough ACTION tient à remercier tous les acteurs et toutes les structures qui ont contribué et participé à cette étude, en particulier :

- *Mme Diarra Kamara RACINE, Directrice Pays - CCP/projet Breakthrough ACTION Côte d'Ivoire*
- *Mme Mieke McKAY, Directrice Pays Adjointe - CCP/projet Breakthrough ACTION Côte d'Ivoire*
- *M. Mohamad SY-AR, Program Officer II, CCP/projet Breakthrough ACTION Baltimore*
- *Danielle NAUGLE, Senior Research Officer, CCP/Projet Breakthrough ACTION Baltimore*
- *Nathalie TIBBELS, Monitoring and Evaluation Advisor, CCP/Projet Breakthrough ACTION Baltimore*
- *Cori FORDHAM, Program Officer, CCP/Projet Breakthrough ACTION Baltimore*
- *Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers le Cabinet du Ministre, l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et l'Institut National de la Santé Publique (INSP)*
- *L'Institut d'Ethnosociologie de l'Université Félix Houphouët-Boigny*
- *Le Département de psychologie de l'Université Félix Houphouët-Boigny*
- *L'UFR des Sciences Médicales de l'Université Félix Houphouët-Boigny*
- *La filière de formation en santé publique à l'UFR d'Odontostomatologie de l'Université Félix Houphouët-Boigny*
- *L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*
- *Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)*
- *Le Centre de Recherche et d'Action pour la Paix/INADES*
- *L'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)*
- *Le Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS)*

Sigles et acronymes

ASC	Agents de Santé Communautaire
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CAT	Centre Anti Tuberculeux
CCP	Center for Communication Programs
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CHR	Centre Hospitalier Régional
CNLGA	Comité National de Lutte contre la Grippe Aviaire
CSC	Changement Social et de Comportement
CTE	Centre de Traitement Ebola
FHV	Fièvres Hémorragiques Virales
EISMV	Ecole Inter-Etats des Sciences et Médecine Vétérinaire
GHSA	Global Health Security Agenda
IAHP	Influenza Aviaire Hautement Pathogène
INADES	Institut Africain pour le Développement Economique et Social
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INSP	Institut National de Santé Publique
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCCGE	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUM	Programme National de lutte contre les Ulcères à Mycobactéries
RSI	Règlement Sanitaire International
UFHB	Université Félix Houphouët-Boigny
UIPES	Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la Santé
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
VAD	Visite à Domicile

Résumé exécutif

Ce travail consiste en une revue des travaux de recherche sur les déterminants comportementaux de 5 groupes de maladies prioritaires du programme de sécurité sanitaire internationale en Côte d'Ivoire que sont : les maladies dues à *Mycobacterium* ; les infections bactériennes et parasitaires ; les Fièvres hémorragiques virales (FHV) et à Arbovirus; les maladies respiratoires ; et la Rage. Il s'est agi de passer en revue des études qualitatives, quantitatives ou d'évaluation d'interventions de communication, relatives aux groupes de maladies identifiés, et menées auprès des populations ouest-africaines à priori depuis 1980. De façon générale, ces comportements et leurs déterminants varient d'un groupe de maladies à un autre, mais présentent tout de même quelques analogies sur certaines maladies.

Les écrits sur les maladies dues à *Mycobacterium* révèlent : i) une adhérence incomplète au traitement par certains patients tuberculeux pour des raisons encore inconnues, accroissant ainsi le nombre des « perdus de vue » ii) l'évitement des patients tuberculeux par certains prestataires de santé de peur d'être contaminés, iii) le recours à la médecine traditionnelle pour le traitement de l'ulcère de Buruli en raison de croyances persistantes.

Pour les infections bactériennes et parasitaires, la littérature rapporte : i) une production informelle des aliments d'origine animale (notamment le lait) due à la vulnérabilité économique des petits producteurs, ii) la réintroduction dans le circuit commercial de produits laitiers refusés par la laiterie industrielle pour les mêmes raisons de vulnérabilité économique, et iii) Les abattages clandestins d'animaux en dehors des procédures officielles de contrôle couplé à une ritualisation desdits abattages.

En ce qui concerne les Fièvres hémorragiques virales (FHV) et à Arbovirus, les pratiques à risques en lien avec Ebola (abattage, commercialisation et consommation du gibier malgré les interdictions ; dissimulation des malades ou des corps/rites funéraires à risque) se sont développées au sein de la population sous l'influence conjuguée de rumeurs diversifiées, des croyances et du déni de la maladie. D'autres comportements ont été observés chez les personnels soignants (réticence voire stigmatisation vis-à-vis des « cas suspects ») sous l'effet de la peur d'être contaminés.

Les comportements liés aux épidémies de maladies respiratoires, telles que la grippe aviaire, s'observent surtout en milieu rural, à travers de petits élevages extensifs où la volaille est laissée en liberté/en divagation et sans véritable attention. Ceci, pour leur permettre de se nourrir en errant entre les habitations du village et dans les champs. De plus, ces petits éleveurs sont, par habitude, enclins à des pratiques non hygiéniques dans la gestion de leur élevage, et ont plutôt recours à l'automédication qu'à un vétérinaire (dont les services sont jugés coûteux) en cas de besoin.

La rage, enfin, s'accompagne de pratiques telles que l'abandon ou l'adhérence incomplète au traitement par certains patients. Ces pratiques dues à la pauvreté et à l'ignorance favorisent l'épidémie de rage. En outre, on note l'attitude de réticence chez certains prestataires de santé dans le suivi des personnes par peur d'être agressés par le patient.

Au terme de ce travail de revue, nous pouvons tirer trois conclusions. Premièrement, nous observons une patrimonialisation des recherches sur les 5 groupes de maladies par les sciences médicales. La plupart des écrits consultés, en effet, sont d'ordre épidémiologique

et médical. Il existe très peu d'études en sciences sociales (sciences du comportement) sur ces groupes de maladies. Deuxièmement, nous assistons à une persistance des études elliptiques sur les comportements en lien avec ces 5 groupes de maladies. En dehors de la mobilisation des anthropologues dans des recherches approfondies sur Ebola, les rares études qui traitent de la dimension sociale des autres maladies restent, à quelques exceptions près, superficielles. Troisièmement enfin, nous constatons une accommodation des ripostes aux études médicales et analyses sociales elliptiques. Les politiques et mesures sanitaires sont décidées et mises en œuvre sur la base des résultats et des recommandations émanant de ces recherches. Conséquences : les réponses ne sont pas toujours adaptées pour contenir les épidémies ou les prévenir.

Au regard des conclusions de la revue, nous recommandons d'intensifier les recherches sociales sur les 5 groupes de maladies prioritaires. Cette intensification passe par le développement de programmes de recherche autour des comportements liés à ces maladies et leurs déterminants suivant les axes ci-après :

N°	Axes de recherche	Description
1	Axe 1 : Le phénomène des perdus de vue	Comment et pourquoi les patients atteints des maladies pour lesquelles un traitement est disponible, se soustraient-ils à ce traitement avant son terme ? Comment ceux-ci se représentent le traitement et les soins anti-infection ? Quelle logique thérapeutique propre à chaque « perdu de vue » découle-t-elle de cette représentation ?
2	Axe 2 : La perception et la gestion du risque	Comment les populations perçoivent-elles le risque ? Qu'est-ce qui, dans leurs activités, est considéré par elles-mêmes comme une prise de risque vis-à-vis de ces maladies et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Comment et sous quelles formes naissent ces pratiques à risque ou non à risque ? Quelles significations leur sont attribuées ? Quels défis ces pratiques posent-elles à la riposte et à la prévention de ces maladies ?
3	Axe 3 : La question de l'hygiène	Quelles sont les considérations socioculturelles qui sous-tendent les pratiques antihygiéniques ? Comment sont-elles ritualisées et quel sens revêtent ces rituels pour leurs auteurs ? A quoi renvoie l'hygiène dans leurs systèmes de valeurs ? En d'autres termes, comment définissent-ils socialement l'hygiène ? Comment, en revanche, l'hygiène, au sens médical et conventionnel, se positionne-t-elle en comparaison avec leur conception de l'hygiène comme construit socioculturel ? Comment se représentent-ils, par ailleurs, l'offre officielle de contrôle qualité ? Quels défis ces considérations socioculturelles posent-elles à la riposte aux différentes épidémies ?
4	Axe 4 : L'attitude de « rejet » des malades par certains agents de santé	Comment se construit la peur du patient et de la contamination chez les prestataires de santé ? Comment les rumeurs, les croyances et les connaissances empiriques sur la maladie naissent et se diffusent y compris au sein du personnel médical ? Quelle relation de confiance ou de méfiance se construit entre le prestataire exposé en première ligne à la maladie et l'institution hospitalière censée assurer sa protection à travers l'organisation des soins et le contrôle du risque infectieux hospitalier ?

1. Introduction

Ce travail consiste en une revue des travaux de recherche sur les déterminants comportementaux de cinq groupes de maladies prioritaires du programme de sécurité sanitaire internationale en Côte d'Ivoire. Ces groupes de maladies sont : les maladies dues à *Mycobacterium*; les infections bactériennes et parasitaires ; les Fièvres hémorragiques virales (FHV) et à Arbovirus; les maladies respiratoires ; et la Rage. Cette revue intervient dans un contexte où la riposte impulsée par les pouvoirs publics face aux épidémies émergentes n'intègre pas la dimension sociale et comportementale. Trop souvent, la riposte se fonde sur l'approche clinique, à l'image de l'expérience de la lutte contre la Maladie à Virus Ebola (MVE) dans le contexte pré-épidémique ivoirien en 2014.

Or cette approche a montré ses limites. En effet, les populations étaient bien informées et avaient bien perçu les risques liés à Ebola, mais elles n'ont pas adopté les comportements attendus en raison des contraintes sociales, culturelles et financières. Il est donc nécessaire de réajuster la stratégie de riposte face aux maladies émergentes à potentiel épidémique en privilégiant, en plus de l'approche clinique classique, l'approche par la prévention liée au Changement Social et de Comportement (CSC). Cette approche implique i) une meilleure compréhension des déterminants des comportements face aux épidémies, ii) une bonne évaluation de la prise de conscience et de la perception des risques liés aux zoonoses prioritaires au sein de la population générale, et iii) de nouvelles stratégies de communication multisectorielles qui établissent un lien entre la santé humaine, la santé animale et l'environnement.

Cette revue s'inscrit, par ailleurs, dans la perspective de doter la Côte d'Ivoire d'une stratégie cohérente de communication du risque. Le pays a, en effet, adhéré au Règlement Sanitaire International (RSI)¹ dont la mise en œuvre passe, entre autres, par l'initiative One Health (« une seule santé »). C'est un concept créé au début des années 2000 qui promeut une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaires. Elle vise notamment à mieux affronter les maladies émergentes à risque pandémique. Conformément à cette approche, une étude a été conduite en décembre 2016 pour évaluer les capacités du pays à répondre aux problèmes de santé publique. Les résultats ont montré la faiblesse du dispositif de riposte aux maladies à potentiel épidémique, et plus spécifiquement l'absence d'un dispositif cohérent de communication du risque.

Cette revue de la littérature vient aider à résoudre ce problème. En mettant en évidence les comportements liés aux maladies prioritaires du programme de sécurité sanitaire internationale en Côte d'Ivoire et leurs déterminants, la revue fournit des éléments préliminaires de base sur lesquels l'on peut construire une stratégie cohérente de communication du risque.

1 - Le Règlement Sanitaire International (RSI) est un instrument juridique qui oblige les États-Membres de l'OMS, « Parties au Règlement sanitaire international » à déclarer les maladies répondant à des critères épidémiologiques ou éco-épidémiologiques d'importance internationale, selon des codes et règles harmonisés au niveau international et destinés à renforcer la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale.

2. Rappel des objectifs de la revue de la littérature

La revue vise à :

- Examiner à la fois la documentation évaluée par les pairs et la littérature grise
- Identifier les gaps en information sur les déterminants comportementaux des 5 groupes de maladies prioritaires
- Esquisser des pistes de recherche additionnelles pour combler ces gaps

3. Livrables attendus

En plus du présent rapport, les livrables ci-après sont remis au commanditaire :

- Une boîte d'archives de dépôt de documents et une clé USB contenant toute la documentation utilisée et/ou consultée dans le cadre de la revue ; des documents de toutes les publications et rapports soumis à l'examen par les pairs inclus dans la revue ;
- Un document avec les citations incluses et les prises de notes clés pertinentes pour l'analyse
- Un fichier Excel avec citations, constatations clés, avec des points (3-5 pages) résumant les thèmes principaux.

4. Méthodologie de la revue

La revue s'est déroulée en 4 étapes conformément aux responsabilités du consultant contenues dans les termes de référence .

4.1. Définition des critères de sélection des documents à explorer

L'équipe de recherche de CCP et le conseiller GHSA, ont défini les critères de sélection des documents à explorer. Techniquement, cette étape a consisté à formuler des critères précis à partir desquels ont été sélectionnés les documents pertinents à passer en revue. Cette activité est intervenue dès la réunion de démarrage pour impulser de la rigueur et de la précision à la recherche documentaire. Trois critères principaux ont été arrêtés. Il s'est agi de s'intéresser aux études qualitatives, quantitatives ou d'évaluation d'interventions de communication :

- relatives aux groupes de maladies identifiés,
- menées auprès des populations ouest-africaines pour circonscrire le champ des recherches,
- publiées à priori depuis 1980, mais avec une flexibilité à regarder des documents plus anciens.

4.2. Recherche documentaire

Une fois les critères de sélection définis, la recherche documentaire a débuté. Cette étape a consisté d'abord en une exploration simple de la bibliographie évaluée par les pairs sur les comportements liés aux maladies prioritaires du programme de sécurité sanitaire internationale en Côte d'Ivoire et leurs déterminants. Il s'est agi, sur la base des critères de sélection et de mots clés, de faire une recherche sur des moteurs de recherche reconnus comme

Google Scholar (le service de Google spécialisé dans les références scientifiques) ou encore FreeFullPDF (moteur des publications scientifiques en format PDF), MyScienceWork (moteur de recherche multidisciplinaire d'articles scientifiques en Open Access), etc. Le travail d'exploration s'est fait, notamment en croisant les mots clés (maladies, comportements, déterminants) deux à deux pour obtenir des résultats plus féconds. Cette précaution scientifique visait à éviter des résultats trop diversifiés (ex : recours à un seul mot clé) ou trop étroits (ex : recours à plus de deux mots clés). Cette technique d'exploration simple a été complétée ensuite par une technique un peu plus sophistiquée. Celle-ci a consisté à recourir systématiquement aux synonymes (exploration synonymique) et aux analogies (exploration analogique) des mots clés pour approfondir davantage notre champ de recherche bibliographique, toujours en gardant à l'esprit les critères de sélection préalablement définis. Elle a consisté également à explorer les sommaires des revues spécialisées ou des numéros thématiques en lien avec les déterminants comportementaux des 5 groupes de maladies prioritaires.

En plus de la recherche numérique, une recherche physique a été effectuée. Elle a consisté à visiter des bibliothèques reconnues localement. Ce sont les bibliothèques :

- Des Universités et instituts de recherche :
 - Institut d'Ethnosociologie de l'UFHB
 - Département de psychologie de l'UFHB
 - Faculté de médecine de l'UFHB
 - Filière de formation en santé publique à l'UFR d'Odontostomatologie de l'UFHB
- Des organismes internationaux :
 - Centre de Recherche et d'Action pour la Paix/INADES
 - Institut de Recherche pour le Développement (IRD)
 - Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'accès à des documents utiles a été facilité par l'UNICEF, l'INHP ou encore l'INSP.

En outre, dans cette phase de recherche documentaire, tous les documents pertinents relevant de la littérature grise² ont été recensés et explorés. Il s'agit, entre autres, des rapports de tous genres, des working papers, des thèses, des mémoires, des dissertations, des pre-prints, des présentations, des communications, des actes de colloques, etc. produits sur la question des déterminants comportementaux des épidémies émergentes et des 5 groupes de maladies prioritaires. La collecte des écrits issus de la littérature grise a été précédée d'un repérage systématique des producteurs, en l'occurrence les différentes structures de recherche, universités et institutions impliquées ou non dans le GHSA, mais susceptibles de conserver des travaux en lien avec l'objet de l'étude.

La recherche documentaire s'est faite à l'aide d'une grille de recherche documentaire conçue et validée en étroite collaboration avec le commanditaire.

2 - Selon la définition la plus courante, dite de Luxembourg, la littérature grise renvoie à « ce qui est produit par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous un format papier ou numérique, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale » (SCHÖPFEL, J., FARACE D. (2010). « Grey literature ». In : M. J Bates et M. N Maack (dir.), *Encyclopedia of Library and Information Sciences*, 3e éd., CRC Press, 2010, p. 2029-2039).

4.3. Analyse des travaux

L'analyse des travaux recensés a débuté par un tri/classement qui a consisté à résumer et à coder les écrits qui ont été recueillis et lus, de sorte à pouvoir les mobiliser plus facilement. Il s'est agi concrètement de les regrouper, les catégoriser, les comparer et organiser les références selon la grille d'analyse (voir annexe 2). Ce travail de tri a également permis de recueillir les impressions, d'esquisser les premières ébauches d'analyse, d'identifier les points saillants et de dégager les limites des écrits recensés dans le but de renseigner la dimension critique de la revue de la littérature.

Une fois le travail de tri terminé, la deuxième phase de l'analyse des travaux a pu être entamée : l'organisation des références entre elles. Elle a consisté, pour chaque thématique, à suivre l'ordre chronologique des publications en identifiant la ou les première(s) référence(s) à avoir traité des comportements liés aux maladies prioritaires du programme de sécurité sanitaire international en Côte d'Ivoire et leurs déterminants. Ensuite, les écrits dérivés ont été relevés selon qu'ils expriment l'appartenance à la même approche que les premières grandes références ou introduisent des différences dans l'approche. Ce double travail de reconstitution chronologique du développement des idées, des approches voire des théories sur les déterminants comportementaux des maladies émergentes et de construction des relations entre elles, a facilité la préparation des mémos.

4.4. Rédaction du rapport de la revue

A partir des mémos issus du travail d'analyse, le rapport de la revue de la littérature été rédigé. Il se structure autour :

- I) Des résultats obtenus par groupe de maladies en termes de comportements liés aux épidémies et leurs déterminants ainsi que de groupes à risque;
- II) De gaps de recherche identifiés et de pistes de recherche additionnelles ;
- III) De recommandations pour une stratégie cohérente de communication du risque.

5. Résultats

GRUPE DE MALADIES	POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS	OBSTACLES
Virus de l'Influenza (Grippe Aviaire)	Éleveurs de volailles (familiale comme commerciale) Collecteurs et commerçants de volailles Prestataires de santé	Mode d'élevage des volailles en liberté Automédication Appel tardivement ou pas du tout au vétérinaire Manque de rapportage des cas de maladie de volaille Lavage des mains non systématique et sans savon Nettoyage des poulaillers par les enfants (manque d'habits de protection) Versement des excréta sortis du poulailler au champ Négligence des mesures de biosécurité	<u>EN CAS D'ÉPIDÉMIE :</u> Réseau de surveillance Campagnes de communication L'abattage systématique des volailles dans les fermes infectées et le retrait de la viande de la consommation L'arrêt des transactions commerciales de volailles en provenance des pays où l'infection avait été déclarée <u>INTERVENTIONS DE ROUTINE :</u> Administration d'un programme de prophylaxie sanitaire	Oiseaux migrateurs Déficit des moyens humains et financiers Coût des produits vétérinaires Marchés d'oiseaux vivants Systèmes de transport Inexistence de jour de fermeture des marchés (et par suite la nettoyage et désinfection) Niveau des connaissances et des compétences des professionnelles de santé
Infections bactériennes et parasitaires Brucellose Salmonelle Charbon bactérien (Anthrax) Cysticercose	Prestataires Éleveurs Bouchers Ceux qui font les activités agro-pastorales Consommateurs de viande et de lait	Consommation de lait non pasteurisé Contact avec un animal ou ses organes contaminés L'inhalation de l'agent infectieux lors du traitement du cuir et de la laine Consommation de la viande ou le sang d'un animal malade Lavage des mains non systématique et sans savon Pratique de tremper les mains dans le lait déjà recueilli Manque d'hygiène des ustensiles de traite Barrières d'enclos des exploitations bovines périurbaines et urbaines	Campagnes de vaccination animale Équipes de surveillance des abattages dans les abattoirs Saisie de viandes contaminées Retirer de toutes les pharmacies et boutiques spécialisées, des lots de lait infantile contaminé	Vulnérabilité des petits producteurs Absence de chaîne de froid Préférence pour le lait cru (normes sociales) Abattage clandestin

GROUPE DE MALADIES	POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS	OBSTACLES
Mycobactérie : L'ulcère de Buruli	Grand public Prestataires de santé	<u>PRESTATAIRES DE SANTE</u> Diagnostique incorrecte Manque de formation et information <u>COMMUNAUTÉ</u> Recours à la médecine traditionnelle PRESSE Traitement de l'information afférente par la presse	Campagnes de dépistage Réseau de prise en charge Traitement précoce des papules, nodules, et des ulcères <u>Polychimiothérapie</u>	
Mycobactérie : Tuberculose bovine	Éleveurs Bouchers Consommateurs de lait et de viande	<u>COMMUNAUTÉ</u> Consommation de lait non pasteurisé ou de viande insuffisamment cuite Contacts avec les carcasses d'animaux Cheptel importé		
La Rage	Communautés défavorisées Enfants Prestataires de santé Les tradipraticiens	Morsures de chien L'abandon ou l'adhérence incomplet au traitement	Campagnes de vaccination canine de masse Campagnes de sensibilisation Schéma vaccinal de 4 ou 5 doses	Méconnaissance des modes de transmission Manque d'information concernant la maladie, son évolution et le traitement Insuffisance de moyen financier (couts directs et indirects) Lésion superficielle Distance au Centre Anti Rabique Chiens errants
Maladie à virus Ebola	Prestataires de santé Acteurs de la filaire « viande de brousse » Agents de surveillance communautaire Employés des pompes funèbres et chargés des rituels funéraires Les tradipraticiens La communauté	<u>PRESTATAIRES DE SANTE</u> Négligence des mesures de sécurité <u>COMMUNAUTÉ</u> Consommation du gibier (« viande de brousse ») Rituels funéraires(dernier bain, exposition du corps)		Absence de traitement curatif Peur Manque logistique Inexpérience des autorités sanitaires face à la MVE Souci de subsistance à travers la consommation des protéines Besoins économiques Dénis de la MVE Propagation des rumeurs Recours aux guérisseurs traditionnelles

GRUPE DE MALADIES	POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS	OBSTACLES
Fièvre de Lassa	Les populations rurales	Manque d'hygiène Consommation des aliments contaminées par les fèces des rongeurs Consommation des rongeurs Mobilité des personnes infectées		La déforestation
Dengue	Populations urbaines vivant dans les alentours des zones boisées	Manque d'hygiène		Lenteur a déterminer les cas de Dengue
Fièvre de Marburg		Rituels funéraires Mobilité des personnes infectés		
Fièvre jaune	Personnes qui effectuent des migrations des zones endémiques vers les zones saines	Vivre dans les zones endémiques sans être vaccine		
Fièvre de la vallée de Rift	Les bouviers et bergers	Les échanges commerciaux La migration La transhumance des troupeaux La contiguïté entre les troupeaux		
Fièvre de Crimée-Congo	Personnes en contact fréquent avec les bêtes domestiques et sauvages			

5.1. Les maladies dues à Mycobacterium

Les maladies dues à Mycobacterium (les Tuberculoses de l'homme et du bovin ainsi que l'Ulcère de Buruli) constituent un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. Le nombre des malades de Tuberculose de l'Homme notamment, s'est accru dans le pays de 2006 à 2010, passant de 21 204 malades à 23 210 malades dont 14 131 cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs, la forme contagieuse de la maladie (PNLT³ Côte d'Ivoire, 2011). Malgré les efforts consentis par l'Etat ivoirien en matière de prise en charge, cette maladie continue de progresser. Quant à la tuberculose bovine, elle représentait 38,7% des motifs concernant les saisies de viande de bovin à l'abattoir de Port-Bouët à Abidjan entre 2002 et 2005 (Cissé et al, 2008). La présence de la tuberculose bovine dans le pays constitue un danger réel pour la santé publique, parce que la maladie est une zoonose transmissible à l'homme par plusieurs voies (ibid). En ce qui concerne l'ulcère de Buruli, il est probablement,

3 - Programme National de Lutte Contre la Tuberculose

en nombre de cas, après la tuberculose et la lèpre, la troisième affection mycobactérienne la plus courante chez le sujet immunocompétent (Asiedu et al, 2000). Depuis quelques années, l'on signale une augmentation importante de son incidence dans plusieurs pays ouest africains parmi lesquels se trouve la Côte d'Ivoire (Asiedu et al., idem ; OMS, 2008). Le pays se positionne comme un bastion de l'ulcère de buruli, selon Gneproust (2006). Plusieurs facteurs sont à la base de la présence constante des maladies dues à Mycobacterium en Côte d'Ivoire. Cependant, l'on en a fait l'économie ici. L'intérêt s'est porté plutôt sur les différents comportements/pratiques sociaux qui se sont développés en lien avec ces maladies.

5.1.1. Comportements liés aux épidémies à Mycobacterium et déterminants

La réaction de l'Etat ivoirien face à l'endémie de la tuberculose a été de mettre en œuvre des stratégies de lutte. Cette réponse mettait l'accent sur l'amélioration de l'accessibilité aux services et le développement de soins de santé essentiels par la mise en œuvre d'un « paquet d'Activités ». L'Etat s'est, par exemple, substitué au comité antituberculeux (une ONG) en créant en 1962, le premier centre antituberculeux (CAT) à Adjamé (Abidjan). La lutte contre la tuberculose s'est par la suite menée simultanément dans les domaines de la médecine préventive et de la médecine curative. La vaccination par le BCG est la mesure prophylactique la plus importante, celle-ci s'appliquant exclusivement aux enfants. En 1969, une section tuberculose est créée au sein de l'OCCGE. A partir de 1973, le BCG est inclus dans le PEV (Programme élargi de vaccination) ; les vaccinations se sont, par la même occasion, généralisées (Poutrain et al, 2005). Mais selon cet auteur, depuis 1996, force est de constater une certaine résistance sociale antituberculeuse et une croissance du taux des « perdus de vue ». Cette attitude de refus de certains patients existait en fait depuis les années 1960 avec les premières actions de lutte.

Face à l'ampleur du problème, il y a eu des réactions individuelles et étatiques en Côte d'Ivoire. Pour y remédier, un médecin de la fin des années 60 (Dr Breton) a instauré un système d'amende pour les patients qui sautaient des rendez-vous ou qui disparaissaient et qu'il fallait remettre en traitement. Un « système policier » qui consistait à aller chercher le patient chez lui. Il revenait, il avait droit à son traitement, mais il payait une amende. Cette approche s'inscrivait dans une vision de santé publique, c'est-à-dire qu'on ne traitait pas le malade en priorité pour lui-même, mais on le traitait pour la communauté (idem).

Plus tard, à son niveau, l'Etat suspend la création de nouveaux CAT afin d'intégrer la lutte antituberculeuse dans l'activité des secteurs de médecine rurales. Il procède ainsi à une décentralisation des structures de prise en charge de la tuberculose au niveau des structures sanitaires. Selon le rapport du PNLT, l'Etat a mis en place des structures de prise en charge et a formé du personnel compétent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Son engagement a été aussi d'assurer une disponibilité régulière et gratuite des médicaments antituberculeux essentiels. L'appui des partenaires nationaux et internationaux a contribué à améliorer les performances du PNLT. Au niveau communautaire, 353 membres d'ONG ont été formés au suivi des malades en dehors des structures sanitaires. 753 Agents de Santé Communautaires (ASC) ont été également recrutés, formés et dotés de vélos pour assurer le suivi communautaire des patients, pour l'identification et pour la référence des cas suspects des communautés vers les formations sanitaires (PNLT, 2011).

Mais cette réponse étatique se heurte à des difficultés. Dans les centres de santé, les normes professionnelles conçues pour circonscrire et canaliser les risques, sont relayées par des dispositifs organisationnels. Toutefois, certains agents de santé adoptent des comportements

contraires. Ces comportements consistent en l'évitement de tout malade jugé contagieux (rejet ; exclusion ; mise à distance; stigmatisation) là où il leur est exigé du professionnalisme, de la communication sociale, des rapports interpersonnels entre soignants et patients. Ces conduites découlent des représentations que ces agents ont de la menace, du danger ou des incertitudes. Ils ont, par exemple, le sentiment que l'intensité du contact avec le tuberculeux expose plus que la multiplicité des contacts (Hane et al., 2005). Les interactions entre les soignants et les malades dans la plupart de ces services sont marquées ainsi par une certaine indifférence. On parle très peu au soigné, on l'écoute vaguement ou presque pas. La relation thérapeutique est en général presque expéditive, peu marquée par une forte empathie du soignant pour le patient et les échanges sont réduits au strict minimum. La rencontre entre soignants et malades ne va jamais « de soi », fondée qu'elle est sur des stratégies d'évitement élaborées de soignants à patients et entre patients eux-mêmes. Le déroulement des rapports entre soignant et soigné est imposé par le praticien, le « meneur de jeu ». Il détient le pouvoir d'administrer les soins et surfe sur ce pouvoir pour orienter, à sa guise, les interactions entre le patient et lui. Les consultations d'un patient peuvent être interrompues à tout moment par celui-ci pour des raisons diverses, au rythme qu'il souhaite. Le soignant impose donc son point de vue au patient qui, même s'il n'est pas d'accord, est contraint d'obtempérer. Ce dernier n'ayant pas droit à la parole, il ne peut contester le point de vue du praticien « détenteur du savoir ». La position d'assisté et de demandeur qui est celle du malade encourage le médecin ou soignant à considérer son activité comme un service rendu plutôt qu'un devoir dans le sens où ce service peut être rendu ou refusé au malade (Konan et al., 2005).

Un autre constat renvoie à une confrontation omniprésente entre le malade et ses proches d'une part, et le professionnel de santé (du médecin au « garçon de salle »), d'autre part. Cette confrontation avec l'institution et la hiérarchie médicale implique un processus de négociation pour accéder au médecin sans attendre, pour obtenir une information sur la nature de sa maladie, la prise des médicaments, les autres démarches de soins dans la structure – maintenant ou dans l'avenir. La présence de telles situations de négociation influe sur les conditions de suivi des conseils reçus et d'observance des prescriptions médicales ; conditions essentielles pour la prise en charge de la tuberculose (Poutrain et al, op.cit.).

Contrairement à la tuberculose de l'homme, la réaction de l'Etat face à la tuberculose bovine paraît limitée. Ce constat se révèle à travers l'étude de Cissé et al. (2008) où l'action étatique semble se résumer à la mise en place d'équipes de surveillance des abattages dans les abattoirs. Ces équipes s'appliquent au contrôle et éventuellement à la saisie des animaux atteints du M. Bovis lors des abattages.

Au sujet de l'ulcère de Buruli, une période « épidémique » de Daloa, au centre-ouest du pays, en 1989, a suscité la réalisation d'une enquête et d'un essai clinique en collaboration avec le Centers of Disease Control d'Atlanta (CDC). Plus tard en 1995, l'Etat ivoirien a créé le Programme national de lutte contre les ulcères à mycobactéries (PNUM), chargé du contrôle national de l'ulcère de Buruli. Sa première action fut la réalisation d'une enquête nationale exhaustive en 1997 qui a permis de mesurer l'ampleur de l'épidémie. Mais l'insuffisance de structures sanitaires à équipements appropriés ou d'équipes soignantes formées limitait l'efficacité de la prise en charge des malades au niveau national. Face à ces difficultés, deux axes stratégiques ont été développés depuis 1998. Le premier porte sur le dépistage à base communautaire et le traitement des cas de nodule. Cette stratégie consiste en des campagnes d'interventions incluant une sensibilisation des communautés visitées, un dépistage des cas d'ulcère de Buruli et le traitement des nodules sur le terrain. La seconde stratégie concerne le développement d'un traitement médical. Plusieurs essais thérapeutiques ont été menés

sur l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire dès 1994, dont les résultats n'ont pas été concluants (Kanga et al., 2004). Depuis quelques années, les activités du PNUM ivoirien axées essentiellement sur la prise en charge des malades et la recherche opérationnelle, ont permis d'obtenir des résultats majeurs : mise en place d'un réseau de prise en charge chirurgicale ; organisation avec succès des campagnes de dépistage à base communautaire et de traitement précoce des papules, nodules et des ulcères de moins de 2 cm de diamètre ; mise en œuvre de la polychimiothérapie de l'ulcère de Buruli qui a permis d'observer des succès nets et rapides sur certaines formes. La combinaison adéquate des trois stratégies développées peut permettre d'aboutir à un contrôle efficace de cette maladie au niveau national (Kanga, op.cit. b).

Mais au niveau des communautés et des prestataires de santé, des attitudes sociales susceptibles de compromettre la prise en charge des malades, ont été observées. Par exemple, au centre Anti-ulcère Demi-Emile d'Angré (Abidjan), l'un des malades a été abandonné par ses parents ; une attitude qui n'est toutefois pas un comportement répandu. Dans les structures sanitaires générales, le personnel de santé rechigne, comme dans le cas de la tuberculose, à toucher les plaies des malades, en plus de ne pas poser le meilleur diagnostic. Ces attitudes sont dues au fait que la maladie demeure peu connue des professionnels de santé en général. Les difficultés dans le traitement sont aussi dues au caractère quelque peu mystérieux de cette maladie (Gneproust, op.cit.). En outre, malgré l'existence des centres de prise en charge offrant des soins gratuits aux malades de l'ulcère de Buruli, l'itinéraire thérapeutique de ceux-ci est dominé par le recours à la médecine traditionnelle (Adjet et al., 2016). Les produits proposés par les thérapeutes sont des désinfectants, des pommades préparées à base de feuilles, écorces, racines, fruits de différentes plantes. Les modes de traitement sont soutenus par des interdits alimentaires et un ensemble d'éléments symboliques. Ces différents interdits pourraient être considérés comme des contre-indications liées au soin de l'ulcère de Buruli. La maladie et le processus thérapeutique sont liés à des croyances qui occupent une place importante dans les comportements des populations et justifient leur itinéraire thérapeutique (ibid).

Une autre forme de pratique en lien avec ce premier groupe de maladies concerne le traitement de l'information afférente par la presse. Elle est souvent mise à contribution pour porter l'information aux populations dans le sens d'une « éducation pour une meilleure santé ». Mais pour certaines questions de santé jugées sensibles, le risque existe de voir la presse ivoirienne diffuser des informations (ou des compte rendus) qui peuvent s'avérer imprécises voire inexactes. Dans la transmission de ces informations, le journaliste ne particularise pas toujours les groupes auxquels les messages s'adressent. De plus, les informations sont souvent dépourvues de nuance ou de critique. Les messages restent donc fortement abstraits et imprécis, donnant à penser que leur contenu englobant ne permet pas une mise en pratique aisée des recommandations destinées à lutter contre les pathologies. A ce sujet, les journalistes mettent en cause le secret qui entoure souvent l'information sanitaire en situation d'épidémie (Konan et al., op.cit.).

5.1.2. Groupes à risques des épidémies à Mycobacterium

Plusieurs groupes sont exposés au risque des maladies dues à Mycobacterium ou sont susceptibles de contribuer aux endémies. Au niveau de la tuberculose, les « perdus de vue » dont parlait Poutrain et al. (op.cit.), constituent l'un des groupes à risque. Leur soustraction au processus de traitement présente un risque de développement de la maladie chez eux mais également une menace de contamination au sein de leur communauté. Etant donné

que la pandémie du VIH/Sida demeure à ce jour le facteur le plus propice au développement de la tuberculose (PNLT, op.cit.), les personnes séropositives constituent un autre groupe à risque de la tuberculose de l'homme.

La grande fréquence des saisies pour cause de lésions tuberculeuses aux abattoirs (Port-Bouët, Boundiali), et le caractère zoonotique de cette maladie fait courir des risques importants de transmission à l'homme. En outre, son incidence sur la tuberculose humaine suite à la consommation du lait non-pasteurisé est avérée. Dans ce cas, les bovins (ainsi que des animaux domestiques), les bouviers, le personnel de l'abattoir et surtout les enfants de 18 mois à 12 ans, constituent des groupes à risque de l'endémie de la tuberculose bovine et de sa transmission à l'homme (Gidel et al, 1969; Cosivi et al., 1995; Cissé et al, 2008). Certains lieux de provenance du cheptel importé, à l'instar des pays voisins du Nord (Mali, Burkina-Faso et Niger) constituent des facteurs de risques en tant que réservoirs potentiels de bovins atteints du *M. Bovis* (Doutre, 1976).

M. ulcerans à la base de l'ulcère de Buruli, a été mis en évidence chez des petits animaux aquatiques filtrants dont des poissons et plus récemment, des punaises d'eau douce du genre *Naucoris* et *Diplonchus* vivant en symbiose avec les racines de certaines plantes aquatiques (Kanga et al, op.cit.). Ce qui expose les populations rurales, surtout les habitants des foyers d'endémie, au risque permanent d'être atteints par l'ulcère de Buruli. Les prestataires de santé (médecins et infirmiers) qui, par méconnaissance, ont du mal à diagnostiquer la maladie sont également des groupes à risque. Ils sont, effet, susceptibles de laisser se développer la maladie chez les patients sans prendre l'initiative de les orienter dans des centres spécialisés, puisque les caractéristiques réelles de la maladie leur sont encore inconnues.

5.2. Les infections bactériennes et parasitaires

Les infections bactériennes et parasitaires constituent, au travers de la littérature existante, une des dominantes pathologiques en Afrique de l'Ouest, notamment en Côte d'Ivoire. Dans ce pays, des foyers de brucellose bovine, en particulier, ont été détectés au Nord, avec des taux d'infection de l'ordre de 11 à 14% (Angba et al., 1987 ; Thys et al., 2005) et aussi au centre avec 8,8% de prévalence (Sanogo et al., 2008) dans les années 1980. Une étude récente sur la maladie situe la Côte d'Ivoire parmi les pays africains à prévalence relativement très forte allant de 18 à 25% (Boukary et al., 2014). Outre son impact sur la santé animale, la brucellose peut aussi causer des problèmes de santé publique. La séroprévalence de la brucellose humaine dans les zones nationales affectées par la brucellose bovine se situait entre 3,5 à 9,4% (Sanogo et al., id.). L'OMS considère cette pathologie comme une cause importante de morbidité humaine, d'incapacité de travail et de réduction d'activité en Afrique subsaharienne (idem).

Par ailleurs, des cas de contamination d'enfants par la salmonelle due à la consommation du lait contenant cette bactérie ont été signalés à quelques endroits du territoire national selon le Ministère de la santé et de l'hygiène publique, dans la foulée du scandale du lait contaminé à la salmonelle en France. Des travaux scientifiques récents montrent que les infections à la salmonelle constituent l'une des causes majeures de mortalité infantile en Afrique Sub-saharienne, même si la pathologie est sous-estimée (Tellier, 2015).

Les infections au Charbon bactérien (*Anthrax*) sont aussi avérées. Dans le parc national de Taï, à l'ouest du pays, des échantillons prélevés sur des carcasses et des os de mammifères ainsi que sur des mouches à viande, de 1989 à 2014, ont révélé que cette infection avait provoqué 38% des morts d'animaux, dont celle de 31 des 55 chimpanzés. Or ces infections

touchant les singes sont souvent des indicateurs de maladies qui peuvent aussi toucher les humains (Boli, 2017). La maladie du charbon se révèle sous trois formes pouvant être transmises à l'homme (Zouaka, 2013). La forme cutanée, la plus fréquente, se transmet par contact avec un animal ou avec ses organes contaminés. La forme respiratoire est provoquée par l'inhalation de l'agent infectieux lors du traitement du cuir et de la laine. Et la forme intestinale se transmet par la consommation de la viande ou du sang d'un animal malade.

La Côte d'Ivoire est aussi frappée par la cysticerose (Mishra et al., 1978). Le pays se trouve parmi les pays ouest africains où la cysticerose a été décrite (Bouteille, 2014). Quant à l'échinococcose, si elle ne semble faire l'objet d'identification au niveau local, des cas ont été tout de même consignés dans des pays de la sous-région ouest-africaine (Vassiliades, 1978 ; Nitcheman, 1983). Des comportements sociaux se sont développés en lien avec les infections bactériennes et parasitaires.

5.2.1. Comportements liés aux infections bactériennes/parasitaires et déterminants

Face aux infections bactériennes et parasitaires, le gouvernement ivoirien a créé des laboratoires de Pathologie animale. Ces laboratoires ont travaillé à déterminer, à travers des enquêtes, la prévalence des infections animales, surtout la Brucellose bovine au niveau national. La prévalence moyenne de Brucellose animale ayant été établie à 11,3% en 1978 au plan national, une seconde action fut l'initiation de campagnes de vaccination animale. A partir de 1978, la campagne de vaccination du cheptel au H 38 et B 19 a démarré dans le Nord du pays. Cette vaccination qui a concerné 34,3% du cheptel cette année-là, s'est poursuivie en 1979 et 1980. En 1982-1983, la campagne de vaccination au H 38 et B 19 a été entreprise dans la région du centre où plus de 5 000 femelles ont été ainsi vaccinées. En 1984, dans le sud de la Côte-d'Ivoire, le H 38 et le B 19 ont été utilisés dans le foyer de l'élevage à Fresco, associés à des mesures de prophylaxie sanitaire (Angba et al., op.cit.). Une évaluation des résultats de ce programme de lutte anti-brucellique par Camus (1980) montre que les vaccinations ont eu des effets positifs, selon Angba et al. (op.cit.). L'autre action, plus générale, est celle que révèlent Cissé et al. (op.cit.), à savoir la mise en place d'équipes de surveillance des abattages dans les abattoirs. Cette action est aussi bien valable pour la tuberculose bovine que pour les infections de salmonellose et de cysticerose. Comme en Côte d'Ivoire, la surveillance et la saisie de viandes contaminées par ces infections constitue une pratique que connaissent les abattoirs au Sénégal (Vassiliades, 1978). Au sujet des salmonelloses, une réaction récente ponctuelle des autorités sanitaires ivoiriennes a été de retirer de toutes les pharmacies et boutiques spécialisées, des lots de lait infantile contaminé.

En ce qui concerne les comportements liés aux épidémies bactériennes et parasitaires, l'on note qu'au Mali, la production des aliments d'origine animale comme le lait reste informelle et l'essor du marché laitier local soulève des craintes quant à la sécurité sanitaire des produits (Fokou et al., 2010). Selon ces auteurs, la vulnérabilité économique des petits producteurs accroît le risque sanitaire à travers des pratiques douteuses. En effet, les produits refusés par la laiterie industrielle du fait de leur qualité douteuse sont repris par les transformatrices artisanales et remis dans le circuit de commercialisation aux mêmes prix. En outre, lors des traites, le lavage des mains n'est pas systématique pour le trayeur qui, pour mieux lubrifier les trayons, trempe de temps en temps ses mains dans le lait déjà recueilli. De même, les ustensiles de traite ne bénéficient pas d'une hygiène particulière. Ils sont, le plus souvent, sommairement lavés sans désinfectant et exposés aux intempéries. Les populations consomment fortement du lait cru.

Par ailleurs, en l'absence de chaîne de froid, le lait est souvent consommé sous sa forme fermentée, caillée ou fraîche. Dans les villages, la préférence pour le lait cru est très marquée au détriment du lait pasteurisé vendu à la laiterie. Au-delà d'une simple préférence, la consommation du lait cru apparaît comme une norme sociétale pour ces populations. Elles sont convaincues que sous cette forme, le lait est de bonne qualité et ne peut rendre malade, à moins d'être consommé en excès. Ces conceptions attribuent au lait cru non seulement une valeur nutritionnelle, mais aussi une valeur symbolique. Le bon lait, dans ce cas, est cru, sans avoir subi de transformation préalable. Et le lait pur est celui qui est simplement débarrassé de ses impuretés visibles (débris de végétaux, insectes, poils, etc.). Pour les populations, les cas de maladies dues à la consommation du lait ne devraient pas être attribués à cette denrée alimentaire elle-même, mais à d'autres pathologies préexistantes chez le consommateur. Ces normes inventées localement s'opposent aux normes conventionnelles de production du lait. Selon les chercheurs, les personnes qui tombent malades après la consommation du lait souffrent généralement de fièvre, qui est un des symptômes du paludisme. Mais dans un contexte social où les signes extérieurs ne sont pas toujours les indicateurs du paludisme, les crises de fièvre chez les consommateurs de lait pourraient à l'évidence être attribuées à des maladies telles que la brucellose. La consommation du lait cru expose ainsi les populations aux principales zoonoses potentielles telles que la tuberculose et la brucellose (*idem*).

Une autre pratique sociale identifiée au Sénégal concerne la sélection des animaux pour les abattoirs. En règle générale, seuls les animaux propres, sains et correctement identifiés devraient être présentés aux abattoirs de Dakar selon Zouaka (*op. cit.*). Ces abattoirs constituent le principal centre de contrôle et d'abattage du pays. L'abattage des ruminants s'y fait selon les rites musulmans. Mais il existe de plus en plus des abattages clandestins pour échapper aux contrôles dans les abattoirs officiels. La viande provenant de ces abattages est estimée à environ 50% de la viande consommée en 2009 (*ibid.*). Pour Zouaka, la tuberculose et la cysticerose sont liées à ces pratiques d'abattages clandestins.

Au sujet du Charbon bactérien (Anthrax) une conduite populaire à risque a été identifiée en Guinée. Dans les villages guinéens, en effet, l'abattage des animaux n'est pas contrôlé, il se fait en fonction des considérations culturelles ou religieuses. Parfois, les animaux malades et mourants sont abattus rapidement et consommés pour atténuer les pertes économiques. Toute chose qui aggrave le risque d'exposition à l'infection (Sow, 2016).

5.2.2. Groupes à risque des épidémies à infections bactériennes et parasitaires

La brucellose animale est susceptible d'atteindre les diverses espèces, mais ce sont les ruminants qui paient le plus lourd tribut. Autrefois maladie de la chèvre et du mouton, elle est devenue un fléau de l'élevage bovin. La brucellose bovine constitue une importante source d'infection humaine (Gidel et al., 1975). Les bactéries de brucellose sont incriminées dans l'infection naturelle de plusieurs espèces animales comme les bovins, les petits ruminants, les porcins, les rongeurs, les carnivores et d'autres mammifères, y compris l'homme (Akakpo, 2009). Dans certains villages près de Korhogo et Odienné, des taux de 15 et 17% de personnes infectées ont été atteints. Parmi elles, il y a en grande partie les familles de bergers et d'agriculteurs. Cela s'explique par le fait que les bergers, en majorité Peuls, sont en contact avec les animaux et sont de grands consommateurs de lait (Angba et al., *op.cit.*). Une forte prévalence de la brucellose humaine a été observée chez les éleveurs nomades (Touaregs, Bellahs, Maures) et semi nomades (Peuls) (Tasei et al., 1982). En outre, les barrières d'enclos

des exploitations bovines périurbaines et urbaines pouvant prolonger la survie des *Brucella* (Boukary et al., op.cit.), les populations dans ces lieux, ainsi que les citoyens en général sont exposés au risque d'infection.

Au sujet de l'échinococcose ou de la cysticerose, les éleveurs, les paysans et leurs familles du milieu rural constituent des groupes à risque. Mais l'infection peut se contracter également dans les abattoirs urbains, notamment chez les abatteurs, du fait de leurs activités professionnelles (Nitcheman, op.cit.).

Au niveau des salmonelloses, les enfants semblent les plus exposés. Curieux de tout, rampant partout et portant tout à la bouche, ils sont en proie aux infections parasitaires trop fréquentes, selon Professeur Docteur Pedro Eurico Borges (*op. cit.*)

La population animale, surtout les chimpanzés dans le parc national de Taï, et les populations humaines à proximité de cette réserve naturelle constituent des groupes à risque de l'infection du Charbon bactérien (Anthrax) (Boli, 2017). Les hommes, les enfants et adolescents sont les plus touchés par la maladie, quoique les femmes soient aussi exposées. La prédominance masculine s'expliquerait par la répartition des rôles entre hommes et femmes. Les hommes qui font l'abattage sont les premiers qui sont exposés. En ce qui concerne la population jeune, il s'agit d'une frange qui pratique essentiellement des activités agro-pastorales les exposant régulièrement à une infection (Sow, op.cit.).

5.3. Les fièvres hémorragiques virales et à arbovirus

Les maladies dues aux fièvres hémorragiques virales (la maladie à virus Ebola, la fièvre de Lassa, la Dengue, la fièvre de Marburg, la fièvre jaune, la fièvre de la vallée du Rift et la fièvre de Crimée-Congo) demeurent un problème de santé publique en Afrique. Malgré les interventions internationales visant à endiguer les épidémies de 1976 à 2013, l'Afrique subsaharienne affiche un fort taux de létalité de 40-90% (Tattevin et al. 2016). En effet, durant la période 2014-2015, en tête des FHV, la MVE présentait plus de 28 000 cas dont plus de 11 000 décès, avec une proportion de létalité de 60% pour le personnel soignant et de 40% pour les populations (ibid). La fièvre de Marburg, malgré sa similitude de transmission avec la MVE, reste moins répandue que celle-ci en Afrique de l'Ouest (Ibid). La Fièvre de Lassa, avec un taux d'infection de 80%, touche directement les hommes et les animaux domestiques. Apparue en 1969, elle compte environ 100 000 à 300 000 cas en Afrique de l'Ouest par année (ibid). Une découverte relativement récente montre que l'Afrique de l'Ouest développe une prédominance des stéréotypes 1 et 2 de la Dengue (Akoua-Koffi et al. 2001), avec une faible apparition du stéréotype 4 (Franco et al. 2010). Spécifiquement en Côte d'Ivoire, en 2010, 23 cas de Dengue ont été enregistrés avec un mort (Kouadio et al. 2017). Quant à la Fièvre hémorragique Crimée-Congo, on note des apparitions momentanées au Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Bénin et au Togo, et une létalité très variable (Tattevin, *Op. Cit.*). La Fièvre de la vallée du Rift fut répertoriée en 1934 au Kenya chez les ruminants et en 1951 en Afrique du Sud chez l'Homme (ibid). Depuis 1983, elle a été répertoriée en Afrique de l'Ouest où elle persiste (Saluzzo et al., 1987).

5.3.1. Comportements liés aux épidémies à fièvres hémorragiques/arbovirus et déterminants

La documentation portant sur les comportements liés aux fièvres hémorragiques n'aborde pas toutes les pathologies répertoriées. La MVE reste la plus documentée sur ce volet avec des écrits tant sur les contextes épidémiques (Guinée, Libéria, Sierra Léone) que sur des

contextes pré-épidémiques (Côte d'Ivoire, Sénégal, etc.). En lien avec les fièvres hémorragiques en général et avec Ebola en particulier, des comportements ou pratiques diversifiés s'observent chez trois catégories d'acteurs : les praticiens de la santé, les agents communautaires bénévoles et les communautés (ORSTOM, 1996). Au niveau des praticiens, l'absence de traitement curatif engendre une peur qui suscite un désengagement dans le suivi des cas avérés, des cas suspects et des cas contacts de la MVE (Diarrassouba 2016 ; Malan, 2016 ; Anoko, *Op. Cit*, Milleliri et al. 2004). Ce comportement est encore plus perceptible à travers la catégorisation manifestée par certains soignants à l'égard de leurs collègues exerçant dans les centres de traitement de la MVE (Malan, 2016).

« Les gens ils te disent ceux-là ils sont là-bas là le jour où il y a cas-là bon on fuit le CHU hein. On va leur laisser le CHU c'est eux qui veulent soigner Ebola on va laisser le CHU comme ça » (Malan, 2016, p. 53).

En Afrique de l'Ouest surtout, cette peur est nourrie par le dysfonctionnement sanitaire dû au manque de logistique (Houssin 2014 ; Anoko et al. *Op. Cit*) accroissant le risque de transmission (Allen et al, 2014) et par l'inexpérience des autorités sanitaires face à la MVE (Epelboin, 2014). Cela s'illustre bien avec l'exemple du Sénégal qui, dans le contexte pré-épidémique, a tenté de mettre en place un comité de surveillance sans avoir auparavant établi des recommandations concernant son application (Desclaux et Sow, 2018). Plus spécifiquement en Côte d'Ivoire, la redéfinition du cas suspect a occasionné des déviations dans le recensement des éventuels cas à travers la réduction des critères de désignations du « cas suspect » (Malan, *Op. Cit* ; Diarrassouba, *Op. Cit.*). Ces déclarations abusives de « cas suspects » respectent la logique justificative du maintien des centres de traitement Ebola, permettant ainsi au personnel y exerçant de toujours percevoir une rémunération. L'engagement de certains bénévoles répondait à une logique financière plutôt qu'à une offre d'assistance aux éventuels malades de MVE (Malan, 2016). Mais à la longue, le manque de « cas avérés » de la MVE a favorisé le relâchement du personnel soignant dans l'observation des mesures de sécurité prescrites visant à éviter la propagation de la maladie (idem).

Au niveau des agents communautaires ou bénévoles chargés de la surveillance communautaire, la peur est également une réalité (Desclaux, *Op. Cit.*). Les visites répétées rendues par ces acteurs aux cas contacts débouchent sur des pratiques à risques. Avec la récurrence des visites, des affinités se tissent en plus du poids de la culture qui définit l'attitude à adopter lorsqu'on entre dans une famille. Les bénévoles finissent ainsi par contourner les mesures de sécurité comme l'illustrent les propos de cet agent bénévole cité par Desclaux (idem):

« Il est un peu décalé d'entrer dans une maison sans s'asseoir ni donner la main. Les premiers jours, nous avons essayé de respecter cette consigne, mais au fil du temps nous l'avons laissée ».

Concernant les communautés, les pratiques à risques sont multiples. L'une des plus répandues dans les pays menacés par l'épidémie de la MVE est la consommation du gibier. En effet, la consommation du gibier ou de la « viande de brousse » est l'une des principales pratiques à risque épidémique (N'goran 2016 ; Diarrassouba, 2016 ; Kra 2016 ; Faye, 2015 ; Bausch et Schwarz 2014 ; Anoko et al. 2014 ; Epelboin 2014 ; Cheikh 2014 ; Nkoghe et al. 2005). La persistance de cette pratique répond à plusieurs logiques. Par souci de subsistance à travers la consommation de protéines, les populations, notamment du milieu rural, tuent et consomment le gibier même lorsque c'est interdit pour prévenir Ebola, comme ce fut le cas en Côte d'Ivoire (Kra, idem). En outre, l'appât du gain financier pousse les acteurs de la

filère (chasseurs, démarcheurs, restauratrices) à maintenir la chaîne d'abattage et de commercialisation du gibier (Ibid). Bien qu'aiguillonné par sa rentabilité financière, le maintien de cette chaîne a pour socle le déni de la MVE (N'goran 2016 ; Kra 2016).

D'autres comportements sont liés à la propagation des rumeurs produites durant les périodes épidémiques ou pré-épidémiques (Diarassouba, idem; Anoko et al. Idem ; World Health Organization 2014). Comme signifié par N'goran (idem), au moment de la menace épidémique en Côte d'Ivoire, chaque rumeur donnait vie ou perpétuait un comportement qui pouvait être un risque de transmission :

- La rumeur de l'eau empoisonnée : les cas de morts attribués à la MVE au Libéria auraient, selon la rumeur, pour véritable cause l'intoxication de l'eau ; ce qui a favorisé chez les communautés de certaines localités frontalières la non consommation des eaux de forages pourtant saines.
- Ebola, une invention pour la protection des animaux : cette rumeur stipule que Ebola résulte d'une pure invention pour établir un système de protection des animaux de la forêt. Dans l'imaginaire de certaines populations exposées à cette rumeur, c'est la preuve que la viande de gibier reste saine et peut être consommée sans risque.
- Ebola, une invention du Blanc (théorie du complot) : cette rumeur présente Ebola comme une manœuvre des Occidentaux visant à nuire à l'économie des pays africains, à les fragiliser politiquement voire à décimer leurs populations. Elle compromet ainsi le respect des mesures de prévention et de sécurité édictées par les gouvernements des pays en situation d'épidémie ou de menace épidémique et favorise, en revanche, les cas de déviance.
- Ebola, une forme de sorcellerie : cette rumeur assimile Ebola à un mauvais sort mystique lancé aux personnes atteintes, et contre lequel les mesures de prévention et de sécurité édictées par les gouvernements restent sans effet. Il est donc inutile de s'y conformer.
- L'oignon, un remède contre Ebola : cette rumeur attribue à l'oignon des vertus thérapeutiques et immunitaires contre Ebola, favorisant ainsi des comportements à risque (ex : consommation de gibier) avec comme remède préventif ou curatif la consommation d'oignon.

Certaines de ces rumeurs, comme la théorie du complot, ont suscité la colère des populations à l'égard du personnel soignant et l'incompréhension des mesures de prévention, par exemple au Sénégal (Desclaux, *Op. Cit.*). Une situation qui les pousse à cacher des malades présentant les symptômes de la MVE. En outre, les cas contacts au Sénégal sont maintenus à leur domicile pour éviter tout contact avec l'extérieur. Mais pour Desclaux (idem), certains de ces cas contacts refusent cette mesure qu'ils perçoivent comme une assignation à résidence trop contraignante. En conséquence, ils s'en retirent ou préfèrent ne pas révéler leurs symptômes de peur d'être déclarés « cas avérés ». Au sein des communautés chrétiennes, certains fidèles assimilent la MVE à une punition divine en réponse au non-respect des lois religieuses (ibid.) ; ce qui conduit à de l'antipathie à l'endroit des « cas suspects » ou des « cas avérés ». La peur développée autour de la MVE par les populations rend donc l'épidémie difficile à contenir (Allen et al., 2014).

Les rituels funéraires dans les contextes épidémiques ou pré-épidémiques constituent une source de tensions entre les communautés et les acteurs de la réponse à Ebola (Anoko, 2014). Leur interdiction pousse des communautés à dissimuler des corps des proches défunts pour sacrifier aux rituels requis par la tradition tels que le dernier bain accordé au

défunt (Milleliri et al. 2004), des soins corporels avant son exposition et des procédés divinatoires en cas de mort suspecte consistant à prélever les phanères permettant au défunt de s'exprimer sur la/les cause(s) de son décès (Epelboin 2014 ; Kouadio, 2016). La solidarité exprimée en termes d'assistance à la famille éplorée par le réseau social existant favorise la participation de la communauté au rituel (Epelboin, 2014). Les communautés accordent une grande importance à ces rituels perçus comme une sorte d'hommage au défunt qui, par conséquent, devient un vecteur de propagation de la maladie. Par ailleurs, l'impossibilité d'avoir accès à la dépouille d'un proche qui meurt dans un tel contexte suscite une certaine peur qui freine l'orientation vers les hôpitaux (World Health Organization, op.cit.). En revanche, l'itinéraire thérapeutique conduisant à avoir recours à un guérisseur traditionnel est revalorisé (Milleliri, *Op. Cit.*).

Concernant la Fièvre de Lassa, le manque de mesures d'hygiène attire les rongeurs qui contaminent les aliments consommés par l'homme. Les fèces des rongeurs trouvées dans les habitations sont des moyens de contractions de la maladie (Leparc-Goffart et Emonet, 2011). La transmission nosocomiale due au manque de certaines mesures hygiéniques en milieu hospitalier et l'utilisation de matériels contaminés sont également relevées par Labie (2008). Ces pratiques sont aussi favorisées par les conflits existant dans la zone ouest-africaine qui dégradent le niveau de vie des populations rendant difficile le respect de certaines mesures hygiéniques (Leparc-Goffart et Emonet, *ibid.*). De même, la consommation des rongeurs par les communautés serait une pratique à risque à la base de la contraction de la fièvre de Lassa (*idem*). Enfin, la mobilité (voyages commerciaux et d'échanges) des personnes infectées est une pratique qui favorise la transmission interhumaine comme dans les hôpitaux (Leparc-Goffart et Emonet, *idem*; Labie, *idem*). L'anthropisation du milieu forestier caractérisé par la déforestation rend plus large la zone de contact avec les rongeurs qui sont les vecteurs de la maladie.

Peu documentée, la Dengue est provoquée dans les zones urbaines abidjanaises par le manque d'hygiène (Ekaza et al. 2011) et la mobilité des personnes infectées (Moi et al. 2010 ; Franco et al. 2010). De plus, le personnel soignant, en raison de sa lenteur à déterminer les cas de Dengue, retarde l'alerte épidémique (Kouadio et al., 2017). Quant à la fièvre de Marburg, sur fond de solidarité édictée par la culture africaine, l'assistance apportée aux malades, les rituels funéraires accordés au défunt et la mobilité des personnes infectées constituent les principales pratiques à risques (Gasquet-Blanchard, 2016). Pour la fièvre jaune, selon Akoua-Koffi et al. (*Op.cit.*), vivre dans les zones endémiques sans être vacciné est une pratique qui peut occasionner la résurgence épidémique. L'auteur fait allusion aux communautés exerçant des activités dans la riveraineté du parc national de la Comoé (Bouna, au nord-est de la Côte d'Ivoire). L'identification de cette pratique comme un risque est d'autant plus vraie qu'au Burkina Faso la communauté Peule s'étant installée à la lisière des galeries forestières, a développé la maladie (Baudon et al., 1986). Les échanges commerciaux, les migrations et la transhumance des troupeaux pour des besoins de subsistance sont des pratiques à risques, favorables à la dissémination de la fièvre de la vallée du Rift (Sidibe 2001 ; Akakpo, 1989; Saluzzo *Op. Cit.*). Formenty et al. (1992) montrent également que la contiguïté entre les troupeaux favorise la propagation de la maladie. Enfin, pour la fièvre de Crimée-Congo faiblement documentée, aucun des travaux recensés n'aborde le volet des comportements ou pratiques sociales en lien avec la maladie.

5.3.2. Groupes à risques des épidémies à fièvres hémorragiques et à arbovirus

Les différents groupes identifiés comme à risque sont présentés ci-après par maladie.

Maladie à Virus Ebola :

- Le personnel soignant des Centres de Traitement Ebola (CTE) qui, par leurs contacts permanents avec les « cas suspects », peuvent être des points d'entrée et des vecteurs de transmission de la maladie (Malan, *Op. Cit.* ; Diarassouba, *Op. Cit.*).
- Les acteurs de la filière « viande de brousse » que sont les chasseurs de gibiers, les commerçants de gibiers (vendeurs de gros, revendeurs sur les marchés urbains ou à la sauvette en bordure de route), les restauratrices, les consommateurs, de même que les cultivateurs ou paysans qui les chassent pour se nourrir ou protéger leur culture (N'goran, *Op. Cit.*; Kra, *Op. Cit.*).
- Les agents de la surveillance communautaire qui, en baissant le niveau de sécurité, deviennent des sujets à risques (Desclaux, *Op. Cit.*).
- Les agents de santé dont le sentiment de vulnérabilité au risque s'atténue au fil du temps devant l'absence de cas avéré (Ibid).
- Les employés des pompes funèbres (Allen et al., *Op. Cit.*), les personnes chargées des rituels funéraires au sein des communautés (Anoko, *Op. Cit.* ; World Health Organization, *Op. Cit.* ; Epelboin, *Op. Cit.* ; Kouadio, *Op. Cit.*).
- Les tradipraticiens qui sont souvent les premiers à consulter les malades en zone rurale (Epelboin, *idem.*).
- Les hommes et les femmes de la chaîne des relations d'entraide familiale et sociale face à un « cas suspect » ou à un « cas contact » (Anoko, *Op. Cit.*).

Fièvre de Lassa :

Les groupes à risques répertoriés pour la fièvre de Lassa sont les populations rurales d'Afrique de l'Ouest, qui vivent dans des logis avec une forte présence de rongeurs, mais également les éventuels travailleurs de passage dans les zones endémiques (Leparc-Goffart et Emonet, *Op. Cit.* ; World Health Organization, *Op. Cit.*).

La Dengue :

Les groupes à risques pour la Dengue sont les populations urbaines ouest africaines vivant dans les alentours des zones boisées (Ekaza, *Op. Cit.*), ainsi que les voyageurs provenant des zones endémiques (Franco, *Op. Cit.* ; OMS/WHO, 2008. ; Durand, 2000).

Fièvre de Marburg :

Pour la fièvre de Marburg, les sites et les groupes à risques sont les hôpitaux qui amplifient l'épidémie à travers les infections nosocomiales, le personnel soignant (Gasquet-Blanchard, *Op. Cit.*) et les voyageurs porteurs de la maladie (Tattevin, *Op. Cit.*).

Fièvre jaune :

Les groupes à risques identifiés pour la fièvre jaune sont les personnes qui effectuent des migrations des zones épidémiques vers les zones saines (Faye, 2007.), les communautés établies aux alentours des forêts (Akoua-Koffi, *Op. Cit.* ; Baudon, *Op. Cit.*) et les agriculteurs (Baudon, *Op. Cit.*).

Fièvre de la vallée du Rift :

Les groupes à risques de la fièvre de la vallée du Rift sont les bouviers et bergers, fixes ou transhumants, en charge des troupeaux (Pin-Diop, 2006 ; Bloch et Diallo, 1991; Saluzzo et al., *Op. Cit.* ; Tattevin, *Op. Cit.*).

Fièvre de Crimée-Congo :

Les groupes à risques répertoriés pour la fièvre de Crimée-Congo sont les personnes en contact fréquent avec les bêtes (Camicas et al, 1994), qu'elles soient domestiques ou sauvages, parmi lesquelles les bovins, les moutons et les chèvres (source, OMS).

5.4. Les maladies respiratoires

La détection du virus de l'influenza (grippe aviaire H5N1) en 2006 en Afrique suscite une grande inquiétude, car il pourrait se propager à l'ensemble du continent, puis être réintroduit en Europe par les oiseaux migrateurs (Naffakh et al., 2006 ; De Visscher et al., 2011). Parmi les pays africains ayant présenté des cas de peste aviaire dus au virus H5N1 depuis 2006, se trouve la Côte d'Ivoire qui avait abrité plusieurs foyers d'Influenza Aviaire Hautement Pathogène (IAHP) dus au virus H5N1 (Koffi et al., 2008 ; De Visscher et al., id.). En effet, dans différents lieux de ce pays, ont été trouvés des animaux infectés par le virus IAHP H5N1 (Koffi et al., id.). Les questions de pandémies grippales (H5N1 et H1N1) font l'objet de multiples études. Cependant, en Afrique, ces maladies respiratoires restent insuffisamment diagnostiquées et déclarées (d'Alessandro et al., op.cit).

5.4.1. Comportements liés aux épidémies de maladies respiratoires et déterminants

L'apparition de la grippe aviaire dans le district d'Abidjan date des 30 et 31 mars 2006. Face aux risques potentiels d'extension rapide de l'épizootie dans le pays, les autorités ont mis en œuvre des mesures de police sanitaire (y compris des campagnes de communication appropriées), pour contrôler et assainir les foyers de grippe aviaire le plus rapidement possible. Ces mesures ont, en grande partie, consisté à i) l'abattage systématique des volailles dans les fermes infectées et le retrait de la viande de la consommation, ii) l'arrêt des transactions commerciales de volailles en provenance des pays où l'infection avait été déclarée. Il y a eu, par ailleurs, une sensibilisation au changement de comportement de production des aviculteurs qui devaient désormais être plus prudents et alertes. Pour prévenir le développement et l'extension des maladies respiratoires aux humains, un réseau sentinelle de surveillance de la grippe a ainsi été mis en place dans plusieurs localités du pays et principalement dans la ville d'Abidjan. Cela est dû au fait que la maladie grippale a connu un regain d'intérêt à partir de l'année 2006 avec la détection de foyers de grippe aviaire dans cette ville ivoirienne et avec la menace de survenue d'une pandémie grippale (N'gattia, 2014).

En termes de comportements, les consommateurs exposés à la sensibilisation à travers les médias, consomment moins les produits avicoles en cas d'épidémie, et se rabattent, en re-

vanche, sur d'autres sources de protéines animales telles que le poisson, le bœuf et le porc (Koné, op.cit.). Au niveau des communautés et des acteurs de la filière volaille, par ailleurs, des attitudes sociales susceptibles de favoriser la grippe aviaire ont été observées à travers des études au Burkina-Faso et au Sénégal. Thieba et al. (2006), dans une étude menée à Gampéla et Ténado, deux villages Burkinabè, ont mis en exergue quatre types d'attitudes et pratiques d'élevage à risque. Dans ces deux localités, les villageois pratiquent un mode d'élevage extensif laissant la volaille en liberté, à la divagation et sans attention. Les oiseaux trouvent leur nourriture en errant entre les habitations du village et dans les restes de récoltes dans les champs. Ce mode d'élevage qui favorise le contact entre les oiseaux des différents élevages du village et l'alimentation non contrôlée de la volaille se révèle comme l'un des potentiels facteurs de l'expansion de la grippe aviaire. Il y a, par ailleurs, l'attitude des petits éleveurs envers la volaille malade, qui entrave le rapportage des cas de maladie de volaille. Dans la pratique de l'élevage, en cas de maladie de la volaille, les éleveurs n'ont pas souvent le réflexe de consulter aussitôt un vétérinaire. Ils donnent d'abord la priorité à l'automédication. Ce n'est qu'après l'échec de celle-ci que certains éleveurs font appel au vétérinaire. Les produits vétérinaires ne sont pas souvent utilisés, car ils ne sont pas considérés par ces petits éleveurs comme rentables. Cette attitude face à la maladie des oiseaux limite le rapportage des cas de maladie de volaille aux services compétents. Ceci en fait un important facteur d'expansion de la grippe aviaire (idem).

Il y a aussi les pratiques non hygiéniques en relation avec le nettoyage des poulaillers et l'utilisation des excréta. Toujours selon Thieba et al. (idem), les éleveurs se lavent souvent simplement les mains après le nettoyage du poulailler, sans savon. Dans certains poulaillers, le nettoyage est réalisé exclusivement par les enfants de 6 à 8 ans. Cela est dû au fait que les poulaillers sont construits avec de petites ouvertures (antivol) par lesquelles seuls des enfants de cet âge peuvent passer. Dans tous les cas, les personnes qui sont chargées du nettoyage ne changent pas d'habits après l'opération. De même, les excréta sortis du poulailler sont déversés dans les champs qui ceignent les habitations, à la portée de la volaille qui peut ainsi être contaminée (ibid.). Ces habitudes et pratiques sont ainsi des sources potentielles de propagation du virus de la grippe aviaire.

Eoulon (2010) a souligné, concernant le Sénégal, la négligence des mesures de biosécurité par les acteurs comme un potentiel facteur des infections aviaires. Selon lui, l'homme, y compris le technicien, peut, inconsciemment et de manière passive, servir de vecteur des germes pathogènes entre les fermes. Cela peut se produire dans ses déplacements, au moyen de ses vêtements, chaussures, mains souillées qui peuvent abriter des germes pathogènes. La tendance des hommes à utiliser les fientes de volailles non traitées comme engrais peut également contribuer à propager les maladies aviaires.

Cette situation préoccupante fait dire à Visscher et al (idem.), que la plupart des pays africains restent confrontés à un déficit récurrent de moyens humains et financiers face aux épidémies de maladies respiratoires. Ils ont donc besoin d'adapter les stratégies de surveillance et de contrôle, afin de les rendre plus efficaces.

5.4.2. Groupes à risques des épidémies de maladies respiratoires

Parmi les groupes à risques des épidémies de grippe aviaire, il y a les oiseaux sauvages. Des virus d'influenza aviaire ont été régulièrement détectés en de nombreux points d'Afrique chez les oiseaux sauvages, en particulier chez les canards d'Eurasie qui migrent en Afrique,

et chez les canards africains qui résident en zone afro-tropicale tout au long de l'année. Ce risque est supérieur lorsque la densité des oiseaux sauvages est plus élevée, notamment lors des années de faible pluviométrie et donc de faible inondation (De Visscher et al., op.cit.).

Les autres groupes apparaissent, pour la plupart, dans l'étude de Koné. Parmi eux, il y a la volaille familiale ou traditionnelle. En aviculture familiale, la volaille ne bénéficie d'aucune couverture sanitaire. On note une absence de prophylaxie sanitaire contre l'ensemble des maladies aussi bien infectieuses que parasitaires. Les oiseaux sont donc très rarement surveillés par le propriétaire. Les quelques rares soins se résument à l'administration de préparations issues de la pharmacopée traditionnelle, notamment des vermifuges comme des extraits de piments ou de feuilles et d'écorce d'*Azadirachta indica* dilués dans de l'eau de boisson. Il y a aussi la volaille en aviculture commerciale. A ce niveau, malgré l'existence de programme de prophylaxie, certaines maladies sont fréquemment rencontrées surtout dans les élevages mal entretenus. Les marchés d'oiseaux vivants et les systèmes de transport utilisés pour acheminer la volaille depuis les exploitations jusqu'aux marchés présentent chacun des risques particuliers de propagation des maladies aviaires. D'ailleurs, l'endémie grippale constitue un risque majeur car en plus d'être très pathogène pour la volaille, elle est une zoonose majeure tant par sa fréquence que par sa gravité chez l'homme.

Les petits éleveurs, les collecteurs et commerçants de volailles traditionnelles constituent également des groupes à risques. Ces acteurs qui vivent souvent en contact étroit avec les volailles sont ainsi exposés aux zoonoses aviaires. L'inexistence de jour de fermeture des marchés (vide sanitaire) rend difficile la mise en œuvre d'un plan de nettoyage et de désinfection dans les marchés de volailles. Les volailles issues des élevages modernes et de l'aviculture familiale se trouvent souvent mélangées sur ces marchés. Les marchands ou d'autres intermédiaires et prestataires de services qui fréquentent ces lieux peuvent facilement emporter des objets contaminés qui seront introduits dans les unités de production des divers secteurs (Koné, op.cit.).

En ce qui concerne les risques liés à l'éventualité d'une pandémie grippale A (H5N1) chez les humains, les soignants seraient les principaux vecteurs d'une situation pandémique. En cas de pandémie grippale, ces soignants seraient en effet en première ligne. Ils constituent la population la plus exposée. L'engagement professionnel des soignants est très largement dépendant de leur niveau de préparation et d'une organisation globale assurant un soutien efficace aux équipes. Il ressort de l'évaluation des connaissances et des compétences des personnels de santé en matière de contrôle du risque infectieux au Niger que hormis les médecins, le niveau de connaissance de ces personnels est relativement faible. Ce qui fait d'eux un groupe à risques (d'Alessandro et al., 2011).

5.5. La rage

La rage chez les animaux et chez l'homme constitue l'un des problèmes majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. De janvier 2001 à juin 2009, 26 cas de rage humaine ont été notifiés. De Janvier 2007 jusqu'à fin juin 2009, il y a eu une augmentation du nombre de personnes décédées des suites de la rage. 84% des patients ont été exposés à la rage en milieu urbain et 15,38% en milieu rural, selon une étude de Tiembre (2010). L'auteur précise que les personnes les plus touchées par la rage proviennent des communautés défavorisées, en particulier les enfants. Généralement, les cas de rage issus du milieu rural passent inaperçus du fait de la méconnaissance de la maladie dans ce milieu.

5.5.1. Comportements liés aux épidémies de rage et déterminants

L'une des pratiques courantes en lien avec la rage est l'abandon ou l'adhérence incomplète au traitement par un nombre significatif de patients. L'étude de Tiembré et al. (idem) menée sur les sujets exposés au risque de transmission de la rage au cours de l'année 2002, recensés au Centre Antirabique de l'Institut National d'Hygiène Publique d'Abidjan en est révélatrice. Sur 533 individus recensés dans l'étude, 46,9% avaient abandonné le traitement vaccinal. Ceux qui avaient fait correctement le traitement comme exigé, étaient au nombre de 283 soit 53,1%. Le taux d'abandon était de 62,6% pour le protocole à 5 doses contre 33,5% pour le protocole à 4 doses. Parmi les 154 sujets qui étaient sous protocole à 5 doses de vaccins et qui avaient abandonné le traitement, 54,4% l'ont fait après avoir reçu au plus 2 doses de vaccins. Concernant les 96 sujets qui étaient sous protocole à 4 doses de vaccins et qui avaient abandonné le traitement, 41,6% l'ont fait après avoir reçu les 2 premières doses de vaccins. Mais en Côte d'Ivoire, depuis des décennies, la rage ne bénéficie pas de campagne de sensibilisation. Selon Tiembré et al., le manque d'information concernant le traitement, la maladie et son évolution est un facteur important d'inobservance du traitement. Des facteurs ont été identifiés comme influant négativement sur l'observance du traitement. Il s'agit du schéma à 5 doses, l'exposition hors de la ville d'Abidjan, l'insuffisance de moyen financier, la lésion superficielle. L'abandon du traitement est plus élevé lorsque le sujet a été exposé hors d'Abidjan (76,7%). En plus, les coûts directs (achat du vaccin) et indirects (frais de déplacement, de restauration et d'hébergement) engendrés par le traitement pourraient expliquer le pourcentage élevé d'abandon observé en cas de protocole à 5 doses, chez les sujets résidant hors d'Abidjan en manque de moyen financier. Il est aussi possible qu'un nombre important de ces sujets exposés ne se soit pas présenté au Centre Anti Rabique pour une prise en charge par ignorance ou méconnaissance des autres modes de transmission du virus rabique (Tiembré et al., id.).

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire a fait face en 2006 à une nouvelle poussée épizootique due au fait que la demande de soins après l'exposition était très faible pour l'ensemble des patients (20%) en raison de la méconnaissance du risque de la rage. La majeure partie des populations ne connaît pas la conduite à tenir en cas de morsure par un chien (Tiembre et al., 2010).

La réticence est, en outre, une attitude fréquente face à la rage. Elle concerne surtout le personnel de santé prenant en charge des cas d'exposition à la rage. En effet, il est de principe que la maladie survient chez des patients ayant reçu une prophylaxie post-exposition non protectrice, car ne respectant pas la totalité du schéma vaccinal de 4 ou 5 doses. Conformément aux recommandations de l'OMS, seule la totalité des doses en cas de vaccination curative permet d'éviter la maladie. Mais la prise en charge thérapeutique, préconisée en

milieu hospitalier afin d'accompagner le patient, se heurte bien souvent à la réticence de certains personnels de soins qui ont peur d'être violemment agressés par les malades agités (Ouattara, 2012).

5.5.2. Groupes à risques des épidémies de rage

L'animal mis en cause dans l'exposition à la rage est principalement le chien (Migan, 2007 ; Tiembre et al., id.). Il s'agit des animaux de gardiennage et des animaux errants. L'exposition à la rage est un phénomène fréquent à Abidjan avec 5 expositions pour 10 000 personnes durant la période de janvier à décembre 2008 (Tiembré et al., 2011). S'agissant des zones d'exposition, Cocody venait en tête en raison de la présence dans ce quartier de nombreuses villas gardées par des chiens qui ne sont souvent pas bien dressés. La fréquence élevée de l'exposition à Yopougon et à Abobo pourrait être liée à la présence de chiens errants occasionnels ou permanents dans ces communes. Les sujets ont été exposés à l'infection par contact avec plusieurs animaux. Sur un total de 35 personnes ayant été exposées, 92,1% d'entre elles l'ont été par le contact avec un chien, 4,4% par le contact avec un chat, 1,6% par le contact avec une souris et 1,3% par le contact avec un singe (ibid). Les personnes atteintes sont majoritairement des élèves et des travailleurs de faible niveau socioéconomique. Aucun d'entre eux n'était vacciné contre la rage avant l'exposition (Ouattara, idem.).

6. Gaps et pistes de recherche

6.1. Gaps de recherche

Les gaps de recherches relatives aux maladies prioritaires concernent :

Le phénomène des perdus de vue

Il existe peu d'écrits sur les causes profondes (sociales et culturelles) du phénomène des « perdus de vue » au niveau de certaines maladies prioritaires (tuberculose, rage, etc.). Pour les maladies dues à Mycobacterium, en effet, la littérature a révélé chez certains patients une attitude de réticence ou de refus au traitement antituberculeux qui se traduit par une augmentation du taux de « perdus de vue ». Le phénomène des « perdus de vue » (qui persiste depuis les années 1960) consiste, pour des patients tuberculeux, à entamer le processus de traitement antituberculeux et à l'interrompre avant son terme, redevenant ainsi des vecteurs de transmission de la maladie. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les malades tuberculeux « disparaissent dans la nature », bien souvent sans laisser de traces. Les écrits restent, cependant, muets sur les causes de cette interruption. Comme dans le cas de la tuberculose, au niveau de la rage, les écrits ne vont pas au-delà des attitudes sociales en lien avec la maladie. La littérature a, en effet, révélé le phénomène d'adhérence incomplète ou de rupture du traitement antirabique chez plusieurs patients. Il est important de questionner les processus sociaux sous-jacents à ce phénomène.

La perception et la gestion du risque

Il existe également peu d'écrits sur les pratiques à risques spécifiques aux maladies prioritaires (notamment Ebola), sur la perception et la gestion de ces pratiques par les communautés. Ainsi, nous convenons avec Desclaux (*Op. Cit.*) sur Ebola, que l'OMS ne s'est pas encore engagée dans la réflexion sur les effets sociaux du confinement, désigné par l'euphémisme de surveillance communautaire. Ce travail serait d'autant plus nécessaire que les normes de biosécurité sont des constructions sociales qu'il faut non seulement questionner mais

produire et réviser. En ce qui concerne les autres fièvres (Lassa, Marburg, Crimée-Congo et vallée du Rift) les pratiques à risques restent également peu documentées. Or, la connaissance de pratiques à risques spécifiques à ces maladies s'avère tout aussi nécessaire dans la gestion des risques liés aux épidémies à fièvres hémorragiques et à arbovirus en général.

La question de l'hygiène

La revue s'est, par ailleurs, soldée par une faible connaissance des fondements socioculturels de l'hygiène comme construit social dans l'exploration des causes de certaines épidémies (bactériennes et parasitaires, respiratoires, etc.). Les recherches sur les épidémies bactériennes et parasitaires révèlent que dans des pays comme le Mali, les produits laitiers interdits dans le circuit industriel en raison de leur qualité douteuse, sont tout de même commercialisés après une transformation artisanale. Ce comportement à risques est attribué, dans la littérature, à la vulnérabilité économique des producteurs artisanaux. La littérature révèle, en outre, que l'abattage des ruminants dans un pays comme le Sénégal se fait, dans certains cas, de manière clandestine et est guidé par des considérations culturelles ou religieuses, en dehors des procédures de contrôle officielles. Si ces comportements à risques ont été documentés ailleurs, ce n'est pas vraiment le cas en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, la littérature sur les maladies respiratoires montre que les pratiques courantes sont caractérisées par de petits élevages extensifs, des pratiques non hygiéniques dans la gestion des élevages et le recours à l'automédication versus les services d'un vétérinaire. Mais à propos du rapport de ces petits éleveurs à l'hygiène, les écrits existants ne nous offrent quasiment pas de connaissances.

L'attitude de « rejet » de certains agents de santé

L'on note, enfin, une faible documentation sur les facteurs socio-environnementaux ou organisationnels des attitudes de « rejet » voire de « stigmatisation » de certains agents de santé vis-à-vis des patients infectés (Ebola, rage, tuberculose, etc.). Dans le cas de la tuberculose, Hane et al. (2005) ont montré que la peur d'être contaminés pousse certains prestataires de santé à adopter des attitudes de « rejet » voire de « stigmatisation » vis-à-vis des patients infectés. En ce qui concerne la rage, la peur d'être agressés par des malades agités rend réticents certains personnels de santé à leur prodiguer des soins. La littérature existante ne va pas au-delà de cette explication des attitudes de rejet ou de réticence. Par exemple, les liens entre les attitudes des prestataires et l'environnement social et organisationnel dans lequel ils se meuvent restent inédits.

6.2. Perspectives de recherche

Sur le phénomène des perdus de vue

La littérature a révélé le phénomène d'adhérence incomplète (ou de perdus de vue) au traitement contre les infections (antituberculeux, antirabique etc.) chez plusieurs patients. Il est donc important de questionner les processus sociaux sous-jacents à ces deux phénomènes pour les comprendre. Autrement dit, comment et pourquoi les patients atteints des maladies pour lesquelles un traitement est disponible, se soustraient-ils à ce traitement avant son terme ? Comment ceux-ci se représentent le traitement et les soins anti-infection ? Quelle logique thérapeutique propre à chaque « perdu de vue » découle-t-elle de cette représentation ? Ce sont autant de questions (se rapportant aux causes des interruptions, aux logiques thérapeutiques, aux représentations des traitements et des soins) qu'il convient d'explorer pour les recherches futures.

Sur la perception et la gestion du risque

En ce qui concerne des maladies prioritaires du GHSA comme les fièvres Lassa, Marburg, Crimée-Congo et vallée du Rift, ou l'Ulcère de Buruli, les pratiques à risques restent peu documentées. Une ethnographie de ces pratiques pourrait être envisagée dans des recherches futures autour d'un questionnement qui scrute la perception et le rapport au risque : Comment les populations perçoivent-elles le risque ? Qu'est-ce qui, dans leurs activités, est considéré par elles-mêmes comme une prise de risque vis-à-vis de ces maladies et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Comment et sous quelles formes naissent ces pratiques à risque ou non à risque ? Quelles significations leur sont attribuées ? Quels défis ces pratiques posent-elles à la riposte et à la prévention de ces maladies ? Ce sont quelques interrogations pour amorcer des recherches qui pourraient reposer sur l'hypothèse que : ce qui est conventionnellement admis comme risque, ne l'est peut-être pas dans le système des valeurs des communautés à la base.

Sur la question de l'hygiène

Les comportements antihygiéniques, à savoir la vente de produits laitiers douteux (Mali), les abattages clandestins des ruminants (Sénégal) ou encore l'élevage extensif (Burkina Faso) en dehors des procédures officielles de contrôle qualité, sont principalement attribués, dans la littérature, à la vulnérabilité économique des producteurs artisanaux. Mais n'y a-t-il que la logique de rentabilité économique pour expliquer ces pratiques antihygiéniques ? Nous pensons qu'en plus de cette logique rentière, il faut questionner le rapport des populations à l'hygiène : Quelles sont les considérations socioculturelles qui sous-tendent ces pratiques ? Comment sont-elles ritualisées et quel sens revêtent ces rituels pour leurs auteurs ? A quoi renvoie l'hygiène dans leurs systèmes de valeurs ? En d'autres termes, comment définissent-ils socialement l'hygiène ? Comment, en revanche, l'hygiène, au sens médical et conventionnel, se positionne-t-elle en comparaison avec leur conception de l'hygiène comme construit socioculturel ? Comment se représentent-ils, par ailleurs, l'offre officielle de contrôle qualité ? Quels défis ces considérations socioculturelles posent-elles à la riposte aux différentes épidémies ?

Sur l'attitude de « rejet » des malades par certains agents de santé

Les écrits ont révélé les attitudes de « rejet » ou de réticence de certains personnels de santé à prodiguer les soins par peur d'être agressés et/ou contaminés par des malades (Tuberculose, Ebola, Ulcère de Buruli, Rage, etc.). Nous faisons l'hypothèse que ces attitudes

(susceptibles de compromettre les soins) ont une origine plus profonde que la peur qui est un construit social. Par conséquent, il faut approfondir les recherches sur le sujet en questionnant ces attitudes en lien avec l'environnement social et organisationnel dans lequel se meuvent ces prestataires : Comment se construit la peur du patient et de la contamination chez les prestataires de santé ? Comment les rumeurs, les croyances et les connaissances empiriques sur la maladie naissent et se diffusent y compris au sein du personnel médical ? Quelle relation de confiance ou de méfiance se construit entre le prestataire exposé en première ligne à la maladie et l'institution hospitalière censée assurer sa protection à travers l'organisation des soins et le contrôle du risque infectieux hospitalier ?

7. Conclusions et recommandations

7.1. Conclusions

Au terme de ce travail de revue, nous pouvons tirer trois conclusions qui transparaissent de l'analyse des écrits.

Premièrement, nous observons une patrimonialisation des recherches sur les 5 groupes de maladies par les sciences médicales. La plupart des écrits consultés, en effet, sont d'ordre épidémiologique et médical. Il existe très peu d'études en sciences sociales (sciences du comportement) sur ces groupes de maladies. A l'exception de la maladie à virus Ebola sur laquelle les socio-anthropologues se sont largement et collectivement positionnés, les autres maladies n'ont fait l'objet que de quelques recherches isolées sur les comportements qui en résultent. Les données abondent donc sur les statistiques, les manifestations et les causes des maladies, mais restent très limitées sur les comportements liés à ces maladies et les logiques sociales dans lesquelles s'inscrivent ces comportements.

Deuxièmement, nous assistons à une persistance des études elliptiques sur les comportements en lien avec ces 5 groupes de maladies. En dehors de la mobilisation des anthropologues dans des recherches approfondies sur Ebola, les rares études qui traitent de la dimension sociale des autres maladies restent, à quelques exceptions près, superficielles. Elles évoquent, en général, les déterminants des comportements liés aux pathologies sans approfondir l'analyse, notamment sur les mécanismes sociaux d'émergence, de construction et de pérennisation de ces comportements. Or, sous le vernis de leur apparence superficielle, se jouent des logiques complexes qui agissent comme des catalyseurs de ces comportements à risques.

Troisièmement enfin, nous constatons une accommodation des ripostes aux études médicales et analyses sociales elliptiques. Les politiques et mesures sanitaires sont décidées et mises en œuvre sur la base des résultats et des recommandations émanant de ces recherches. Or, elles n'abordent que la dimension épidémiologique ou médicale de ces pathologies, ou des aspects sociaux superficiels. Conséquences : les réponses ne sont pas toujours adaptées pour contenir les épidémies ou les prévenir. Cette troisième conclusion confirme la tendance aux réponses médicales face aux 5 groupes de maladies prioritaires la rareté des initiatives de riposte fondée sur une approche mixte médicale et socioculturelle.

7.2. Recommandations

Au regard des conclusions de la revue, nous recommandons d'intensifier les recherches sociales sur les 5 groupes de maladies prioritaires. Cette intensification passe par le développement de programmes de recherche pluridisciplinaires (sociologie, anthropologie, économie politique, géographie) autour des comportements liés à ces maladies et leurs déterminants. L'objectif visé est de produire des connaissances sur les dimensions sociales, culturelles et économiques de ces pathologies en complément des connaissances médicales et épidémiologiques. Ainsi, les décideurs disposeront d'un tableau plus complet sur chaque pathologie ou groupe de pathologies pour orienter les réponses aux épidémies aussi bien lorsqu'elles sont déclarées que pour la prévention. Trois axes pourront servir d'orientation pour ces recherches pluridisciplinaires :

Les perceptions de l'exposition au risque chez les groupes à risques identifiés au travers de la revue de la littérature pour chaque groupe de maladies prioritaires ;

Les leviers socioculturels du risque aussi bien chez les populations que chez les prestataires de santé ; c'est-à-dire les éléments qui, dans le système de croyances culturelles, religieuses, sociales et politiques constituent les principaux catalyseurs du risque ;

Les logiques d'appropriation et de réinterprétation des politiques et mesures d'urgence sanitaire ou de prévention chez les personnels de santé, mais également au sein des communautés.

Bibliographie

1. Adjet, A.A., Kouame, D., Fokou, G. (2016). Phytothérapie et lutte contre l'ulcère de Buruli dans le district sanitaire de Yamoussoukro (Cote d'Ivoire) : identification, description, fonction symbolique des plantes et recettes utilisées. *Médecine et Santé Tropicales* 26, 408-413.
2. Akakpo, A. J., Some, M. J. R., Bornarel, P., Jouan, A., & Gonzalez, J. P. (1989). Epidémiologie de la Fièvre de la vallée du Rift en Afrique de l'Ouest. 1. Enquête sérologique chez les ruminants domestiques au Burkina Faso. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, (82), 321-331.
3. Akakpo, A.J., Assiniboin, Têko-Agbo, A.J., Koné, P. (2009). L'impact de la brucellose sur l'économie et la santé publique en Afrique. Conférence OIE, 71-84. <http://wahis2-devt.oie.int/doc/ged/D9761.PDF>
4. Akom, E.E. (2008). Les maladies transmissibles. CEDEAO-CSAO/OCDE©2008 / Atlas de l'Intégration Régionale, mai. <https://www.oecd.org/fr/csao/publications/40997537.pdf>
5. Akoua-Koffi, C., Diarrassouba, S., Bénéié, V. B., Ngbichi, J. M., Bozoua, T., Bosson, A., & Ehouman, A. (2001). Investigation autour d'un cas mortel de fièvre jaune en Côte d'Ivoire en 1999. *Bull Soc Pathol Exot*, 94(3), 227-230.
6. Allen G.P. Ross a, Remigio M. Olveda b, Li Yuesheng. (November 2014). Are we ready for a global pandemic of Ebola virus? *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 28, Pages 217-218.
7. Angba, A., Traoré, A., Fritz, P. (1987). Situation de la brucellose animale en Côte-d'Ivoire. *Revue. Elev. Méd. vét. Pays trop.*, 40 (4) : 325-329. <file:///C:/Users/hp%2015/Downloads/8619-8620-2-PB.pdf>
8. Anoko, J. (2014). La réparation de la malédiction générale suite à l'enterrement d'une femme enceinte avec le bébé dans le ventre: Une approche anthropologique pendant l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola en Guinée. en ligne], <http://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2225/files/2015/01/La-réparation-de-la-malédiction-générale-Julienne-Anoko-2014-12-22.pdf>.
9. Anoko, J., Epelboin, A., & Formenty, P. (2014). Humanisation de la réponse à la Fièvre Hémorragique Ebola en Guinée : approche anthropologique (Conakry/Guéckédou mars-juillet 2014).
10. Asiedu, K., Scherpbier, R., Raviglione, M. (2000). Ulcère de Buruli, Infection à *Mycobacterium ulcerans*. (Rapport) Organisation mondiale de la Santé. whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_GBU1_2000.1_fre.pdf
11. Baudon, D., Robert, V., Roux, J., Lhuillier, M., Saluzzo, J. F., Sarthou, J. L., ... & Molez, J. F. (1986). L'épidémie de fièvre jaune au Burkina Faso en 1983. *Bulletin of the World Health Organization*, 64(6), 873.
12. Bausch, D. G., Schwarz, L. (2014). Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy. *PLoS Negl Trop Dis*, 8(7): e3056. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003056>
13. Bausch, D. G., & Rollin, P. E. (1997, October). La fièvre de Lassa. In *Annales de l'Institut Pasteur/ Actualites* (Vol. 8, No. 3, pp. 223-231). Elsevier Masson.
14. Bloch, N., & Diallo, I. (1991). Enquête sérologique et allergologique sur les bovins au Niger. *Revue d'élevage et de médecine vétérinaire des pays tropicaux*, 44(2), 117-122.
15. Boli, C. (2017). La maladie du charbon est en Côte d'Ivoire : les populations courent un grand danger. *Imatin.net*, 03 Aout. http://www.imatin.net/article/societe/la-maladie-du-charbon-est-en-cote-d-ivoire-les-populations-courent-un-grand-danger_70388_1501759839.html
16. Boukary, A.R., Saegerman, C., Adehossi, E., MATTHYS F., VIAS G.F., YENIKOYE A., THYS E. (2014). La brucellose en Afrique subsaharienne. *Méd. Vét.*, 158, 39-56. https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/185944/1/BRU_Razac_Boukary_2014_158_1_03.pdf
17. Bouteille, B. (2014). Épidémiologie de la cysticerose et de la neurocysticerose. *Médecine et Santé Tropicale*, 24(4), 367-374. http://www.jle.com/fr/revues/mst/e-docs/epidemiologie_de_la_cysticerose_et_de_la_neurocysticerose_302498/article.phtml?tab=texte

18. Camicas, J. L., Cornet, J. P., Gonzalez, J. P., Wilson, M. L., Adam, F., & Zeller, H. G. (1994). La Fievre hémorragique de Crimée-Congo au Sénégal. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 87, 11-16.
19. Camus, E. (1980). « Vaccination contre la brucellose des bovins femelles du Nord de la Côte-d'Ivoire ». *Rev. E&V. Méd. vét. Pays trop.*, 1980, 33 (4) : 363-369. URL : <http://revues.cirad.fr/index.php/REMVT/article/viewFile/8619/8613>
20. Cheikh, I. (2014). « Ebola : une épidémie postcoloniale », *Politique étrangère*. 2014/4 (Hiver), p. 97-109. DOI 10.3917/pe.144.0097
21. Cissé, B., N'guessan, K., Ekaza, E., Soro, E., Aka, N., Dosso, M. (2008). Isolement de *Mycobacterium bovis* des lésions tuberculeuses chez les bovins à l'abattoir d'Abidjan Port-Bouët (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine de Santé et de Productions Animales RASPA*, 6(3-4). file:///C:/Users/hp%2015/Downloads/Isolement_de_Mycobacterium_bovis_des_lesions_tuber%20(1).pdf
22. Cosivi, O., Meslin, F.X., Daborn, C.J., Grange, J.M. (1995). Epidemiology of *Mycobacterium bovis* infection in animals and humans, with particular reference to Africa. *Rev. sci. tech. Off. int. Epiz.*,14(3), 733-746.
23. d'Alessandro, E., Soula, G., Jaffré, Y., Gourouza, B., Adehossi, E., Delmont, J. (2011). Pandémie grippale A/H5N1 et niveau de préparation du Niger : une étude sur les connaissances des soignants et l'organisation générale des soins / Preparedness for influenza A/H5N1 pandemic in Niger: a study on health care workers' knowledge and global organization of health activities. France, Société de pathologie exotique et Springer-Verlag.
24. De Visscher, M.N., Chevalier, V., Gaidet-Drapier, N., (2011). Gripes aviaires en Afrique. Cibler la vigilance. 13. CIRAD, Montpellier, *Perspective*, 4-8. <https://www.cirad.fr/actualites/toutes.../perspective-n-13-gripes-aviaires-en-afrique>.
25. Desclaux, A. et Sow, K. (2015). « « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 13 avril 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1751> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1751.
26. Diarrassouba, P. (2016). Prise en charge des cas suspects d'Ebola : normes et logiques d'acteurs à Man (Côte D'Ivoire). Université Alassane Ouattara, Département de Sociologie et d'Anthropologie. Mémoire de Master.
27. Doutre, M. P. (1976). Note concernant les récents cas de tuberculose bovine (*Mycobacterium bovis*) observés à l'abattoir de Dakar. *Rcv. Elev. Méd. vét. Pays trop*, 29(4), 309-311. http://remvt.cirad.fr/revue/notice_fr.php?dk=433255
28. Durand, J. P., Vallee, L., De Pina, J. J., & Tolou, H. (2000). Isolation of a dengue type 1 virus from a soldier in West Africa (Cote d'Ivoire). *Emerging Infectious Diseases*, 6(1), 83.
29. Ekaza, E., Ouattara, A., & Dosso, M. (2011). Etats fébriles et dengue 3 dans l'agglomération abidjanaise (côte d'ivoire) en 2008. *Revue Bio-Africa-N*, 52-59.
30. Epelboin, A. (2014). Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry (Doctoral dissertation, OMS).
31. Faye, O., Diallo, M., Dia, I., Ba, Y., Faye, O., Mondo, M., ... & Sall, A. A. (2007). Approche intégrée de la surveillance de la fièvre jaune : étude pilote au Sénégal en 2003–2004. *Bull Soc Pathol Exot*, 100(3), 187-192.
32. Faye, S. L. (2015). L'«exceptionnalité» d'Ebola et les «réticences» populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (11).
33. Fokou, G., Koné, B.V., Bonfoh, B. (2010). « Mon lait est pur et ne peut pas rendre malade » : motivations des acteurs du secteur informel et qualité du lait local au Mali. *Revue Africaine de Santé et de Productions Animales*, 8(S), 75-86. <https://cgspace.cgiar.org/handle/10568/12439>

34. Formenty, P., Domenech, J., & Zeller, H. G. (1992). Enquête sérologique sur la fièvre de la vallée du Rift, chez les ovins, en Côte d'Ivoire. *Revue d'élevage et de médecine vétérinaire des pays tropicaux*, 45(3-4), 221-226.
35. Formenty, P., Hatz, C., Le Guenno, B., Stoll, A., Rogenmoser, P., & Widmer, A. (1999). Human infection due to Ebola virus, subtype Cote d'Ivoire: clinical and biologic presentation. *The Journal of infectious diseases*, 179(Supplement_1), S48-S53.
36. Franco, L., Di Caro, A., Carletti, F., Vapalahti, O., Renaudat, C., Zeller, H., & Tenorio, A. (2010). Recent expansion of dengue virus serotype 3 in West Africa. *Eurosurveillance*, 15(7), 19490.
37. Gasquet-Blanchard C. (2016). « Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : les multiples enjeux d'une approche globale de la santé ». *Journal des anthropologues*. [En ligne], 138-139 | 2014, mis en ligne le 15 octobre 2016, consulté le 01 janvier 2018. URL : <http://journals.openedition.org/jda/4403>
38. Gidel, R., Albert, J.P., Le Mao, G., Retif, M. (1975). Aspect épidémiologique de la brucellose humaine en Afrique occidentale. Résultats de dix enquêtes effectuées en Côte d'Ivoire, Haute-Volta et Niger. *Ann. Soc. Belge Med. trop.*, 55(2), 65-75. <http://lib.itg.be/open/ASBMT/1975/1975asbm0065.pdf>
39. Gidel, R., Albert, J.P., Refit, M. (1969). Enquête sur la tuberculose bovine au moyen de tests tuberculiniques dans diverses régions d'Afrique occidentale (Haute Volta et Côte d'Ivoire). Résultats et considérations générales. *Rev. Elev. Med. V&. Pays trop.* 22(3), 337.355. file:///C:/Users/hp%2015/Downloads/7633-7634-2-PB.pdf
40. Gneproust, M. (2006). Ulcère de Buruli : Un bouton, un nodule... vigilance!. *Santé tropicale (Revue de presse Fraternité matin)*, 14/03. <http://www.santetropicale.com/rci/actus.asp?id=289>
41. Goré Bi, F. (2018). Lait à la salmonelle : Des cas de contamination de nourrissons enregistrés en Côte d'Ivoire. *RTI.Info*. <http://www.rti.ci/info/2/societe/20650/lait-a-la-salmonelle-des-cas-de-contamination-de-nourrissons-enregistres-en-cote-deivoire>
42. Hane, F., Salam, A., Konan, B.C. (2005). L'appréhension des risques face à la tuberculose. Dans Vidal, L. Abou Salam Fall et Dakouri Gadou (dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoir et pratiques : Paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, France, L'Harmattan, 137-151.
43. Houssin, D. (2014). La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ?. *Politique étrangère*, (4), 85-95.
44. Kanga, J.M. et al. (2004). L'ulcère de buruli : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en Côte d'Ivoire. *Med. Trop.*, 64, 238-242. [http://www.jle.com/fr/MedSanteTrop/2004/64.3/238-242%20CONF%20L%E2%80%99ulc%C3%A8re%20de%20Buruli%20aspects%20C3%A9pid%3%A9miologiques,%20cliniques%20et%20th%C3%A9rapeutiques%20en%20C3%B4te%20d'Ivoire%20\(Kanga\).pdf](http://www.jle.com/fr/MedSanteTrop/2004/64.3/238-242%20CONF%20L%E2%80%99ulc%C3%A8re%20de%20Buruli%20aspects%20C3%A9pid%3%A9miologiques,%20cliniques%20et%20th%C3%A9rapeutiques%20en%20C3%B4te%20d'Ivoire%20(Kanga).pdf)
45. Kanga, J.M., Kacou, E.D., Kouamé, K., Kassi, K., Kaloga, M., Yao, J.K., Dion-Lainé, M., Avoaka, L.E., Yoboué-Yao, P., Sangaré, A., Ecra, J.E., Ahogo, C., Djédjé, M.S., Kadiri, A.J., Ayé, C. (2004). La lutte contre l'ulcère de Buruli. Expérience de la Côte-d'Ivoire. (Manuscrit) "Santé publique". n° 2704, 14 septembre 2004. Accepté le 26 avril 2005. <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T99-1-2704-5p.pdf>
46. Kanouté, Y.B., Gragnon, B.G., Schindler, C., Bonfoh, B., Schelling, E. (2017). Reprint of "Epidemiology of brucellosis, Q Fever and Rift Valley Fever at the human and livestock interface in northern Côte d'Ivoire". *Acta Tropica*, 175, 121-129. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28867393>
47. Koffi, N. J-N., Molia, S., Et Nisi, R. (2008). Rapport synthétique de mission en Côte d'Ivoire dans le cadre de l'Etude EPIAAF (Epidémiologie de l'Influenza Aviaire en Afrique) LoA PR 37212. Mission effectuée du 23 février au 14 mars. <http://agritrop.cirad.fr/544417/>
48. Komoin-Oka, C., Zinsstag, J., Pandey, V.S., Fofana, F et N'Depo, A. (1999). Epidémiologie des parasites des ovins de la zone sud forestière de la Côte d'Ivoire. *Revue Elev. Méd. vét. Pays trop.* 52(1), 39-46. file:///C:/Users/hp%2015/Downloads/9699-9700-2-PB.pdf

49. Konan, B.C., Hane, F., Delaunay, K., Kadjo, M., N'Dior M.A. et Vidal, L. (2005). L'inégale prise en compte de l'autre (exemples de la tuberculose et de la prévention). Dans Vidal, L., Fall, A.S. et Gadou, D. (dir.). Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoir et pratiques : Paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire, France, L'Harmattan, 98-135.
50. Koné, Y. (2007). Contribution à l'évaluation de l'incidence socio-économique de la grippe aviaire en Côte d'Ivoire au cours de l'année 2006. (Thèse de doctorat) Université Cheikh Anta Diop De Dakar / École Inter - États des Sciences et Médecine Vétérinaire (E.I.S.M.V.).
51. Kouadio D., Djibril C., Damus P., Kouassi, Y., Konan L., Daouda C., Traore Y., and N'cho D. (2017). Determinants of practices for dengue diagnosis among healthcare professionals working in public hospitals of Abidjan, Cote d'Ivoire, Vol. 9(8), pp. 212-218.
52. Kra, K. F. (2016). Impact des campagnes de sensibilisation contre la maladie à virus Ebola sur les rituels funéraires à Noé et Tabou. Université Alassane Ouattara, Département de Sociologie et d'Anthropologie. Mémoire de Master.
53. Kra, K.W. (2016). Action publique de régulation en situation d'urgence versus logique de déviance : une étude de cas. Revue Échanges. Volume 3 No007. Université de Lomé, Lomé-Cité, Togo.
54. L'intelligent d'Abidjan. (2016). Infections transmises par l'eau et les aliments / Maladie évitable par la prévention vaccinale : Les salmonelloses Maladie à siège et maladie systémique. Abidjan.net (revue de presse), Publié le samedi 26 novembre. <http://news.abidjan.net/h/604866.html>
55. Labie, D. (2008). Conflits et maladies infectieuses émergentes. Médecine/sciences, 24(12), 1089-1091.
56. Leparç-Goffart, I., Emonet, S. F. (2011). Le virus Lassa, état des lieux. Méd. Trop, 71, 541-545.
57. Malan, M. S. L. (2016). Logiques sociales des soignants dans la prise en charge des « cas suspects » de la maladie à virus Ebola à Yopougon. Université Alassane Ouattara, Département de Sociologie et d'Anthropologie. Mémoire de Master.
58. Migan, A.G. (2007). Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la rage au Sénégal au cours de la période de 1996 à 2005. (Thèse de doctorat) Université Cheikh Anta Diop De Dakar / École Inter-États Des Sciences Et Médecine Vétérinaire (E.I.S.M.V.).
59. Milleliri, J.-M. C. Tévi-Benissan, Baize, S., Leroy, E., Georges-Courbot., M.-C. (2004) Les épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola au Gabon (1994 - 2002) : Aspects épidémiologiques et réflexions sur les mesures de contrôle.
60. Ministère de la santé et de lutte contre le sida, UNICEF, Rapport de la session d'orientation des formateurs des formateurs des ONGs et Organismes Gouvernementaux ayant reçu un appui financier de l'Unicef en vue de la mise en œuvre des activités de prévention en faveur de la maladie à virus Ebola. Abidjan, le 13 novembre 2014.
61. Mishra, C.S. et N'depo, A.E. (1978). Les cysticerques des animaux abattus à l'abattoir de Port-Bouët (Abidjan). Rev. Elev. MCd. vét. Pays trop., 31(4), 431-436. file:///C:/Users/hp%2015/Downloads/8114-8115-2-PB.pdf
62. Moi, M. L., Takasaki, T., Kotaki, A., Tajima, S., Lim, C. K., Sakamoto, M., & Kurane, I. (2010). Importation of dengue virus type 3 to Japan from Tanzania and Côte d'Ivoire. Emerging infectious diseases, 16(11), 1770.
63. N'gattia, K. A. et al. (2014). Dynamique de transmission de la grippe saisonnière à Abidjan en Côte d'Ivoire. European Scientific Journal, 10(24) août.
64. N'goran, A. S. R. (2016). Anthropologie du phénomène rumorale autour de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la ville de Tabou. Université Alassane Ouattara, Département de Sociologie et d'Anthropologie. Mémoire de Master.
65. Naffakh, N., Dos Santos Afonso, E., Labadie, K., Rameix-Welti, M.A., Marasescu, M., van derWerf, S. (2006). Les déterminants de virulence et de spécificité d'espèce chez les virus grippaux. Virologie, 10(numéro spécial), avril, S8.

66. Nitcheman, S. (1983). Contribution à l'étude des zoonoses Infectieuses majeures en république de Haute-Volta, (Thèse de doctorat) Université de Dakar/Ecole Inter-Etats Des Sciences Et Médecine Vétérinaire . <http://www.beep.ird.fr/collect/eismv/index/assoc/TD83-9.dir/TD83-9.pdf>
67. Nkoghe Mba, D. Formenty, P. Leroy, E. M. Nnegue, S. Obame Edpu, S. Y., Ba, I. & de Benoist, A. C. (2005). Plusieurs épidémies de fièvre hémorragique dues au virus Ebola au Gabon, d'octobre 2001 à avril 2002. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 98 (3), 224-229.
68. OMS/WHO. (2008). Ulcère de Buruli : rapport de situation, 2004-2008. Avril, Switzerland. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/241134/WER8317_145-154.PDF?sequence=1
69. ORSTOM. 1996. Ebola : les arcanes d'un virus. N049. Bibliothèque INADES.
70. Ouattara, S.I. (2012). Rage humaine à Abidjan (Côte d'Ivoire) : nouvelles observations. *Médecine et Santé Tropicales*, 22(2),157-161. http://www.jle.com/fr/revues/mst/e-docs/rage_humaine_a_abidjan_cote_divoire_nouvelles_observations_293527/article.phtml?tab=texte
71. Oulon, E. (2010). Etat des lieux sur les mesures de biosécurité dans les fermes avicoles au Sénégal : cas des départements de Rufisque et Thiès, (thèse de doctorat) Université Cheikh Anta Diop De Dakar / Ecole Inter - Etats Des Sciences Et Médecine Vétérinaire . <http://www.beep.ird.fr/collect/eismv/index/assoc/TD10-11.dir/TD10-11.pdf>
72. Pin-Diop, R. (2006). Spatialisation du risque de transmission de Fièvre de la Vallée du Rift en milieu agropastoral sahélien du Sénégal septentrional (Doctoral dissertation, Université d'Orléans).
73. Poutrain, V. et al. (2005). Système de santé et programme de lutte contre la tuberculose et le paludisme. Dans Vidal, L., Fall, A. S. et Gadou, D. (dir.). *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoir et pratiques : Paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, L'Harmattan, France, 45-81.
74. PNLT Côte d'Ivoire. (2011). Plan stratégique national 2012-2015 de lutte contre la tuberculose. www.nationalplanningcycles.org/sites/.../Cote%20Ivoire/pns_2012-2015_tb.pdf
75. Saluzzo, J. F. Chartier, C. Bada, R., Martinez, D. & Digoutte, J. P. (1987). La fièvre de la vallée du Rift en Afrique de l'Ouest. *Revue d'élevage et de médecine vétérinaire des pays tropicaux*, 40(3), 215-223.
76. Sanogo, M., Cissé, B., Ouattara, M., Walravens, K., Praet, N., Berkvens, D., Thys, E. (2008). Prévalence réelle de la brucellose bovine dans le centre de la Côte d'Ivoire. *Revue Elev. Méd. vét. Pays trop.*, 61 (3-4), 147-151. <file:///C:/Users/hp%2015/Downloads/10180-10219-2-PB.pdf>
77. Sidibe, S. (2001). Le commerce du bétail dans le sous-espace centre d'Afrique de l'Ouest : contraintes et perspectives. I *Proceedings ILR*, 7.
78. Sow, M.S., Boushab, M.B., Balde, H., Camara, A., Sako, F.B., Traore, F.A., Diallo, M.O.S., Diallo, M.D., Keita, M., Sylla, A.O., Tounkara, T.M., Cissé, M. (2016). Maladie de charbon, épidémie de 2014 dans la préfecture de Koubia, Guinée Conakry /2014 Anthrax epidemic in Koubia prefecture, Guinea-Conakry". *Médecine et Santé Tropicales*, (26), 414-418. https://www.researchgate.net/profile/Boushab_Mohamed_Boushab2/publication/313429825_Maladie_de_charbon_epidemie_de_2014_dans_la_prefecture_de_Koubia_Guinee_Conakry/links/58a44de74585150402bae140/Maladie-de-charbon-epidemie-de-2014-dans-la-prefecture-de-Koubia-Guinee-Conakry.pdf
79. Tase, I.J.P., Ranqu, E.P., Baliq, E.H., Traor, E.A.M. & Quilic, I.M. (1982). La brucellose humaine au Mali. Résultats d'une enquête séro-épidémiologique. *Acta tropica*, (39), 254-264. file:///C:/Users/hp%2015/Downloads/act-001_1982_39__429_d.pdf
80. Tattevin, P., Lagathu G., Revest M., Michelet C. (2016). « Les fièvres hémorragiques virales ». *Revue Francophone des Laboratoires*, Elsevier, (480), pp.71-80.
81. Tellier, S. (2015). En Afrique Sub-saharienne. Salmonelles : une cause de mortalité infantile sous-estimée. *Pourquoi Docteur*, Publié 08.10. <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/12394-Salmonelles-une-cause-de-mortalite-infantile-sous-estimee>

82. Thieba, D., Coulibaly, C., Ouédraogo, P.A., Lankoande, L., Koné, F. (2006). Recherche action participative en communication pour la grippe aviaire : résultats au Burkina Faso. (Rapport) Academy for Educational Development / United Nations Children's Fund. http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/remesa/library/Etude%20Recherche%20Action%20AI%20Burkina%20Faso.pdf
83. Thys, E., Yahaya, M.A., Walravens, K., Baudoux, C., Bagayoko, I., Berkvens, D., Geerts, S. (2005). Etude de la prévalence de la brucellose bovine en zone forestière de la Côte d'Ivoire. *Revue Élev. Méd. vét. Pays trop.*, 58(4), 205-209. http://remvt.cirad.fr/revue/notice_gb.php?dk=534396
84. Tiembré, I. et al. (2009). Observance du traitement vaccinal antirabique chez les sujets exposés à la rage à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Santé Publique*, juin, 21, 595-603. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-6-page-595.htm>
85. Tiembré, I. et al. (2011). Profil épidémiologique des personnes exposées à la rage à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Santé Publique*, avril, 23, 279-286. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-4-page-279.htm>
86. Tiembre, I., Dagnan, S., Douba, A., Adjogoua, E.V., Bourhy, H., Dacheux, L., Kouassi, L., Odehourikoudou, P. (2010). Surveillance épidémiologique de la rage humaine dans un contexte d'endémie de rage canine en Côte d'Ivoire. *Médecines et Maladies Infectieuses*, (40), 398-403. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X10000119>
87. Vassiliades, G. (1978). Les affections parasitaires dues à des helminthes chez les bovins du Sénégal. *Rev. Élev. Méd. vét. Pays trop.*, 31(2), 157•163. <http://agritrop.cirad.fr/455220/>
88. World Health Organization, Medical Anthropology Study of the Ebola Virus Disease (EVD) Outbreak in Liberia/West Africa, 2014.
89. World Health Organization. (2009). Dengue in Africa : emergence of DENV-3, Côte d'Ivoire, 2008. *Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 84(11-12), 85-88.
90. World Health Organization. (2015). Ebola virus disease (EVD) in West Africa : an extraordinary epidemic= Maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest : une épidémie hors du commun. *Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 90(10), 95-96.
91. Zouaka Dane-Dena, E. (2013). Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du personnel de la filière viande sur les zoonoses professionnelles aux abattoirs de Dakar (Sénégal), (Thèse de doctorat) Université Cheikh Anta Diop de Dakar / Ecole Inter-Etats Des Sciences Et Médecine Vétérinaire . www.beep.ird.fr/collect/eismv/index/assoc/TD13-7.dir/TD13-7.pdf

Annexes

Annexe 1. Matrice de collecte des données

Références complètes du document consulté Auteur; Titre; Editeur; Année; Lieu d'existence; Discipline; Type de littérature : grise, article scientifique, etc.	Objet d'étude et méthodologie Maladie (s) couvertes par le document ou rapport ; Pays concerné ; Site de l'étude ; Population cible ; Echantillon ; Méthode (qualitative, quantitative, mixte avec des variantes si possible)	Comportements ou pratiques liés à la maladie (y compris les comportements à risque)	Déterminants clés des comportements ou pratiques Connaissances ; Perceptions ; Normes sociales ; Croyances ; Attitudes ; Rumeurs ; etc.	Groupes à risques identifiés par l'étude Caractéristiques ; Localisation ; etc.	Observations Esquisse d'idées d'analyse ; Mention d'une citation ; Défis à relever ; Etudes complémentaires à réaliser ; etc.
Les maladies dues à Mycobacterium					
Les infections bactériennes et parasitaires					
Les Fièvres hémorragiques virales (FHV) et à Arbovirus					
Les maladies respiratoires					
La Rage					

Annexe 2. Grille d'analyse des données

Maladie	Objet d'étude	Résumé succinct	Observations
Les maladies dues à Mycobacterium			
Les infections bactériennes et parasitaires			
Les Fièvres hémorragiques virales (FHV) et à Arbovirus			
Les maladies respiratoires			
La Rage			