CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

PROGRAMME THEMATIQUE DE RECHERCHE
GOUVERNANCE ET DEVELOPPEMENT DU CAMES

Numéro spécial
Octobre 2025

La Revue Gouvernance et Développement

ISSN-L : 3005-5326
ISSN-P : 3006-4406

Revue semestrielle

Actes du Colloque du PTRC-GD. Université de Lomé 26-28 mars 2025

LA BONNE GOUVERNANCE DANS TOUS SES ETATS ET FORMES

Tome 1

- Gouvernance hospitalière
- Gouvernance socioéconomique
- Gouvernance territoriale et environnementale

Revue du Programme Thématique de Recherche du CAMES (PTRC)
Gouvernance et Développement

PRÉSENTATION DE LA REVUE

La Revue Gouvernance et Développement est une revue du Programme Thématique de Recherche du CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (CAMES) (PTRC) Gouvernance et Développement (GD). Le PTRC-GD a été créé, avec onze (11) autres PTRC, à l'issue de la 30ème session du Conseil des Ministres du CAMES, tenue à Cotonou au Bénin en 2013. Sa principale mission est d'identifier les défis liés à la Gouvernance et de proposer des pistes de solutions en vue du Développement de nos Etats. La revue est pluridisciplinaire et s'ouvre à toutes les disciplines traitant de la thématique de la Gouvernance et du Développement dans toutes ses dimensions.

Éditeur

CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR **(CAMES)**.
01 BP 134 OUAGADOUGOU 01 **(BURKINA FASO)**

Tél. : (226) 50 36 81 46 – (226) 72 80 74 34
Fax : (226) 50 36 85 73
Email : cames@bf.refer.org
Site web: www.lecames.org

Indexation et Référencement dans des Moteurs de recherche

Impact Factor. SJIF 2025: 6.993

SJIF: https://sjifactor.com/passport.php?id=23550
HAL: https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/777120
Mir@bel: https://reseau-mirabel.info/revue/19860/Revue-Gouvernance-et-Developpement-RGD

CONTEXTE ET OBJECTIF

L'idée de création d'une revue scientifique au sein du PTRC-GD remonte à la 4ème édition des Journées scientifiques du CAMES (JSDC), tenue du 02 au 05 décembre 2019 à Ouidah (Benin), sur le thème « ***Valorisation des résultats de la recherche et leur modèle économique*** ».

En mettant l'accent sur l'importance de la recherche scientifique et ses impacts sociétaux, ainsi que sur la valorisation de la formation, de la recherche et de l'innovation, le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur mettait ainsi en mission les Programmes Thématiques de Recherche (PTRC) pour relever ces défis. À l'issue des 5ème journées scientifiques du CAMES, tenue du 06 au 09 décembre 2021 à Dakar (Sénégal), le projet de création de la revue du PTR-GD fut piloté par Dr Sanaliou Kamagate (Maître de Conférences de Géographie, CAMES). C'est dans ce contexte et suite aux travaux du bureau du PTRC-GD, alors restructuré, que la Revue scientifique du PTRC-GD a vu le jour en mars 2024.
L'objectif de cette revue semestrielle et pluridisciplinaire est de valoriser les recherches en lien avec les axes de compétences du PTRC-GD.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

1. **Henri BAH**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie, Ethique, Philosophie Politique et sociale.
2. **Doh Ludovic FIE**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie de l'art et de la culture
3. **José Edgard GNELE**, PT, Université de Parkou – Géographie et aménagement du territoire
4. **Emile Brou KOFFI**, PT, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine
5. **Lazare Marcellin POAME**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie ancienne, Biotique
6. **Gbotta TAYORO**, PT, Université Félix Houphouët Boigny, Philosophie (éthique, morale et politique)
7. **Chabi Imorou AZIZOU**, MC, Université d'Abomey-Calavi, Sociologie politique
8. **Eric Damien BIYOGHE BI ELLA**, MC, IRST/CANAREST, Histoire
9. **Ladji BAMBA**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Criminologie (sociologie criminelle)
10. **Annie BEKA BEKA**, MC, École Normale Supérieure du Gabon, Géographie urbaine
11. **Emmanuelle NGUEMA MINKO**, MC, ENS Libreville, Sociologie
12. **Pamphile BIYOGHÉ**, MC, École Normale Supérieure du Gabon, Philosophie morale et politique
13. **N'guessan Séraphin BOHOUSSOU**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine
14. **Rodrigue Paulin BONANE**, MR, Institut des Sciences des Sociétés du Burkina Faso, Philosophie
15. **Lawali DAMBO**, PT, Université Abdou-Moumouni, Géographie rurale
16. **Koffi Messan Litinmé MOLLEY**, MC, Université de Kara, Lettres Modernes
17. **Abou DIABAGATE**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine
18. **Kouadio Victorien EKPO,** MC, Université Alassane Ouattara, Bioéthique
19. **Yentougle MOUTORE,** MC, Université de Kara, Sociologie
20. **Gbalawoulou Dali DALAGOU,** MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Géographie
21. **Armand Josué DJAH**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine
22. **Kouadio Victorien EKPO**, M.C, Université Alassane Ouattara, Philosophie pratique - Ethique-Technique-Société
23. **Nambou Agnès Benedicta GNAMMON**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie humaine et économique
24. **Florent GOHOUROU**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Géographie de la population
25. **Didier-Charles GOUAMENE**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Géographie urbaine
26. **Emile Nounagnon HOUNGBO**, MC, Université Nationale d'Agriculture, Géographie de l'environnement
27. **Azizou Chabi IMOROU**, MC, Université d'Abomey-Calavi, Sociologie politique
28. **Sanaliou KAMAGATE**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie (Espaces, Sociétés, Aménagements)
29. **Bêbê KAMBIRE**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie de l'environnement
30. **Eric Inespéré KOFFI**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale
31. **Yéboué Stéphane Koissy KOFFI**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie et aménagement.
32. **Mahamoudou KONATÉ**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Philosophie des sciences physiques
33. **Zakariyao KOUMOI,** MC, Université de Kara, Géographie
34. **N'guessan Gilbert KOUASSI**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine
35. **Amenan KOUASSI-KOFFI Micheline**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie de la population
36. **Nakpane LABANTE**, PT, Université de KARA, Histoire contemporaine
37. **Agnélé LASSEY**, MC, Université de Lomé, Histoire contemporaine
38. **Gnazegbo Hilaire MAZOU**, MC, Université Alassane Ouattara, Anthropologie et sociologie de la santé
39. **Gérard-Marie MESSINA**, MC, Université de Buea, Sémiologie politique
40. **Abdourahmane Mbade SENE**, MC, Université Assane-Seck de Ziguinchor, Aménagement du territoire
41. **Jean Jacques SERI**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Histoire Contemporaine
42. **Minimalo Alice SOME /SOMDA**, MR, Institut des Sciences des Sociétés du Burkina Faso, Philosophie morale et politique
43. **Zananhi Florian Joël TCHEHI**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Sociologie économique
44. **Bilakani TONYEME**, MC, Université de Lomé, Philosophie et Éducation

45. **Abdourazakou ALASSANE**, MC, Université de Lomé, Géographie
46. **Mamoutou TOURE**, PT, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine
47. **Pornaldriss TRAORÉ**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine/Urbanisme
48. **Hamanys Brouxdelsmaël KOFFI,** MC, Université Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie
49. **Aka NIAMKEY**, PT, Université Alassane Ouattara, Communication
50. **Pascal Dieudonné ROY-EMMA**, MC, Université Alassane Ouattara, Métaphysique et Histoire de la Philosophie.
51. **Débégnoun Marcelline SORO**, MC, Université Alassane Ouattara, Sociologie.
52. **Effoh Clement EHORA**, PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes, Roman africain.
53. **Assanti Olivier KOUASSI**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie.
54. **Bantchin NAPAKOU**, MC, Université de Lomé, Philosophie
55. **Jean-Jacques SERI,** MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Histoire.
56. **Kain Arsène BLE,** PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes.
57. **Amani Albert NIANGUI**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie
58. **Steeve ELLA,** MC, ENS Libreville, Philosophie
59. **Marie Richard Nicetas ZOUHOULABi**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie des transports et échanges commerciaux

COMITÉ ÉDITORIAL

Directeur de publication
Henri BAH: bahhenri@yahoo.fr

Directeur de publication adjoint
Pamphile BIYOGHE: pamphile3@yahoo.fr

Rédacteur en chef
Sanaliou KAMAGATE: ksanaliou@yahoo.fr

Rédacteur en chef adjoint
Totin VODONNON: kmariuso@yahoo.fr

Secrétariat de la revue
Contact WhatsApp: (00225) 0505015975 / (00225) 0757030378
Email : revue.rgd@gmail.com

Secrétaire principale :
Armand Josué DJAH: aj_djah@outlook.fr

Secrétaire principal adjoint:
Moulo Elysée Landry KOUASSI : landrewkoua91@gmail.com

Secrétaire chargée du pôle gouvernance universitaire :
Elza KOGOU NZAMBA: konzamb@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance politique :
Jean Jacques SERI : jeanjacquesseri@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance socio-économique :
Vivien MANANGOU: ramos2000fr@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance territoriale et environnementale:
Yéboué Stéphane Koissy KOFFI: koyestekoi@gmail.com

Secrétaire chargé du pôle gouvernance hospitalière :
Ekpo Victorien KOUADIO: kouadioekpo@yahoo.fr

Secrétaire chargée du pôle gouvernance et genre :
Agnélé LASSEY: lasseyagnele@yahoo.fr

Chargés du site web pour la mise en ligne des publications (webmaster) :
Sanguen KOUAKOU: kouakousanguen@gmail.com
Anderson Kleh TAH : tahandersonkleh@gmail.com

Trésorière :
Affoué Valery-Aimée TAKI: takiaimee@gmail.com
Wave et Orange Money: (+225) 0706862722

COMITÉ DE LECTURE

1. **ADAYE Akoua Asunta**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie rurale;
2. **Gnangoran Alida Thérèse ADOU, MC**, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie urbaine,
3. **ANY Desiré**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale ;
4. **ASSANTI Kouassi Olivier**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie (éthique, morale et politique);
5. **ASSOUGBA Kabran Beya Brigitte Epse BOUAKI**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Sociologie Politique;
6. **ASSUE Yao Jean-Aimé**, PT, Université Alassane Ouattara, Géographie (Humaine);
7. **BAMBA Abdoulaye**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Histoire contemporaine
8. **BIYOGHE BIELLA Eric Damien**, MR, IRSH-CENAREST Libréville, Histoire Contemporaine,
9. **BLÉ Kain Arsène**, MC, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes (Roman Africain);
10. **BONANE Rodrigue Paulin**, MR, Institut des Sciences des Sociétés (INSS) de Ouagadougou, Philosophie de l'Éducation;
11. **BRENOUM Kouakou**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie urbaine;
12. **DANDONOUGBO Iléri**, MC, Université de Lomé, Géographie des Transports,
13. **DIABATE Alassane**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Histoire contemporaine
14. **DIARRASSOUBA Bazoumana**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie (humaine);
15. **DJAH Armand Josué**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine ;
16. **EHORA Effoh Clément**, PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes;
17. **ELLA Kouassi Honoré**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale ;
18. **FIE Doh Ludovic**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie de l'art et de la culture
19. **GNAMMON Nambou Agnès Benedicta**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie humaine et économique ;
20. **GONDO Diomandé**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie de la population,
21. **KANGA Konan Arsène**, PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes (Romain Africain);
22. **KOBENAN Appoh Charlesbor**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie humaine et économique;
23. **KOFFI Brou Emile**, PT, Université Alassane Ouattara, Géographie (humaine);
24. **KOUAHO Blé Marcel Silvère**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie (métaphysique et morale),
25. **KOUAKOU Antoine**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie,
26. **KOUASSI Amoin Liliane**, MC, Institut National Supérieur des Arts et l'Action Culturelle, Communication,
27. **KOUMOI Zakariyao**, MC, Université de Kara, Géomatique, Télédétection et SIG,
28. **KRA Kouadio Joseph**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie humaine et économique,
29. **MAZOU Gnazeboh Hilaire**, PT, Université Alassane Ouattara, Anthropologie et Sociologie de la Santé;
30. **NAPAKOU Bantchin**, MC, Université de Lomé, Philosophie Politique et sociale ;
31. **N'DA Kouassi Pekaoh Robert**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Sociologie du Développement,
32. **N'DRI Diby Cyrille**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale,
33. **NIAMKEY Aka**, PT, Université Alassane Ouattara, Communication
34. **OULAI Jean Claude**, PT, Université Alassane Ouattara, Communication,
35. **PRAO Yao N'Grouma Séraphin**, MC, Université Alassane Ouattara, Sciences Économie,
36. **SANOGO Amed Karamoko**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale ;
37. **SODORÉ Abdoul Aziz**, MC, Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, Géographie/Aménagement,
38. **KONÉ Tahirou**, PT, Université Alassane Ouattara, Sciences de l'Information et de la Communication;
39. **ZOUHOULA Bi Marie Richard Nicetas.**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie des transports et échanges commerciaux
40. **Pascal Dieudonné ROY-EMMA**, MC, Université Alassane Ouattara, Métaphysique et Histoire de la Philosophie.

NORMES DE RÉDACTION

Les manuscrits soumis pour publication doivent respecter les consignes recommandées par le CAMES (NORCAMES/LSH) adoptées par le CTS/LSH lors de la 38ème session des CCI (Microsoft Word – NORMES ÉDITORIALES.docx (revue-akofena.com). En outre, les manuscrits ne doivent pas dépasser 30.000 caractères (espaces compris). Exceptionnellement, pour certains articles de fond, la rédaction peut admettre des textes au-delà de 30.000 caractères, mais ne dépassant pas 40.000 caractères.

Le texte doit être saisi dans le logiciel Word, police Times New Roman, taille 12, interligne 1,5. La longueur totale du manuscrit ne doit pas dépasser 15 pages.

Les contributeurs sont invités à respecter les règles usuelles d'orthographe, de grammaire et de syntaxe. En cas de non-respect des normes éditoriales, le manuscrit sera rejeté.

Le Corpus des manuscrits

Les manuscrits doivent être présentés en plusieurs sections, titrées et disposées dans un ordre logique qui en facilite la compréhension.
À l'exception de l'introduction, de la conclusion et de la bibliographie, les différentes articulations d'un article doivent être titrées et numérotées par des chiffres arabes (exemple : 1. ; 1.1. ; 1.2. ; 2 ; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. etc.).

À part le titre général (en majuscule et gras), la hiérarchie du texte est limitée à trois niveaux de titres :

- *Les titres de niveau 1 sont en minuscule, gras, taille 12, espacement avant 12 et après 12.*
- *Les titres de niveau 2 sont en minuscule, gras, italique, taille 12, espacement avant 6 et après 6.*
- *Les titres de niveau 3 sont en minuscule, italique, non gras, taille 12, espacement avant 6 et après 6.*

Le texte doit être justifié avec des marges de 2,5cm. Le style « Normal » sans tabulation doit être appliqué.

L'usage d'un seul espace après le point est obligatoire. Dans le texte, les nombres de « 01 à 10 » doivent être écrits en lettres (exemple : un, cinq, dix); tandis que ceux de 11 et plus, en chiffres (exemple : 11, 20, 250.000).

Les notes de bas de page doivent présenter les références d'information orales, les sources historiques et les notes explicatives numérotées en série continue. L'usage des notes au pied des pages doit être limité autant que possible.

Les passages cités doivent être présentés uniquement en romain et entre guillemets. Lorsque la citation dépasse 03 lignes, il la faut la présenter en retrait, en interligne 1, en romain et en réduisant la taille de police d'un point.

En ce qui concerne les références de citations, elles sont intégrées au texte citant de la façon suivante :
Initiale (s) du prénom ou des prénoms de l'auteur ou des auteurs ; Nom de l'auteur ; Année de publication + le numéro de la page à laquelle l'information a été tirée.

Exemple :

« L'innovation renvoie ainsi à la question de dynamiques, de modernisation, d'évolution, de transformation. En cela, le projet FRAR apparaît comme une innovation majeure dans le système de développement ivoirien. » (S. Kamagate, 2013: 66).

La structure des articles

La structure d'un article doit être conforme aux règles de rédaction scientifique. Tout manuscrit soumis à examen, doit comporter les éléments suivants :

- *Un titre, qui indique clairement le sujet de l'article, rédigé en gras et en majuscule, taille 12 et centré.*
- *Nom(s) (en majuscule) et prénoms d'auteur(s) en minuscule, taille 12.*
- *Institution de rattachement de ou des auteur (s) et E-mail, taille 11.*
- *Un résumé (250 mots maximum) en français et en anglais, police Times New Roman, taille 10, interligne 1,5, sur la première page.*
- *Des mots clés, au nombre de 5 en français et en anglais (keywords).*

Selon que l'article soit une contribution théorique ou résulte d'une recherche de terrain, les consignes suivantes sont à observer.

Pour une contribution théorique et fondamentale :
Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approches/méthodes), développement articulé, conclusion, références bibliographiques.

Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain :
Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Références bibliographiques.

N.B : *Toutefois, en raison des spécificités des champs disciplinaires et du caractère pluridisciplinaire I de la revue, les articles proposés doivent respecter les exigences internes aux disciplines, à l'instar de la méthode IMRAD pour les lettres, sciences humaines et sociales concernées.*

Les illustrations : Tableaux, figures, graphiques, photos, cartes, etc.

Les illustrations sont insérées directement dans le texte avec leurs titres et leurs sources. Les titres doivent être placés en haut, c'est-à-dire au-dessus des illustrations et les sources en bas. Les titres et les sources doivent être centrés sous les illustrations. Chaque illustration doit avoir son propre intitulé : tableau, graphique (courbe, diagramme, histogramme …), carte et photo. Les photographies doivent avoir une bonne résolution.

Les illustrations sont indexées dans le texte par rappel de leur numéro (tableau 1, figure 1, photo 1, etc.). Elles doivent être bien numérotées en chiffre arabe, de façon séquentielle, dans l'ordre de leur apparition dans le texte. Les titres des illustrations sont portés en haut (en gras et en taille 12) et centrés ; tandis que les sources/auteurs sont en bas (taille 10).

Les illustrations doivent être de très bonne qualité afin de permettre une bonne reproduction. Elles doivent être lisibles à l'impression avec une bonne résolution (de l'ordre de 200 à 300 dpi). Au moment de la réduction de l'image originelle (photo par exemple), il faut veiller à la conservation des dimensions (hauteur et largeur).

La revue décline toute responsabilité dans la publication des ressources iconographiques. Il appartient à l'auteur d'un article de prendre les dispositions nécessaires à l'obtention du droit de reproduction ou de représentation physique et dématérialisées dans ce sens.

Références bibliographiques

Les références bibliographiques ne concernent que les références des documents cités dans le texte. Elles sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur.

Les éléments de la référence bibliographique sont présentés comme suit: nom et prénom (s) de l'auteur, année de publication, titre, lieu de publication, éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

- *Dans la zone titre, le titre d'un article est généralement présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique.*
- *Dans la zone éditeur, indiquer la maison d'édition (pour un ouvrage), le nom et le numéro/volume de la revue (pour un article).*
- *Dans la zone page, mentionner les numéros de la première et de la dernière page pour les articles ; le nombre de pages pour les livres.*
- *Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre, le nom du traducteur et/ou l'édition (ex: 2nde éd.).*

Pour les chapitres tirés d'un ouvrage collectif *: nom, prénoms de ou des auteurs, année, titre du chapitre, nom (majuscule), prénom (s) minuscule du directeur de l'ouvrage, titre de l'ouvrage, lieu d'édition, éditeur, nombre de pages.*

Pour les sources sur internet : *indiquer le nom du site, [en ligne] adresse URL, date de mise en ligne (facultative) et date de consultation.*

Exemples de références bibliographiques

Livre (un auteur) : HAUHOUOT Asseypo Antoine, 2002, Développement, aménagement régionalisation en Côte d'ivoire, Abidjan, EDUCI, 364p.

Livre (plus d'un auteur) : PETER Hochet, SOURWEMA Salam, YATTA François, SAWAGOGO Antoine, OUEDRAOGO Mahamadou, 2014, le livre blanc de la décentralisation financière dans l'espace UEMOA, Burkina Faso, Laboratoire Citoyennetés, 73 p.

Thèse : GBAYORO Bomisso Gilles, 2016, Politique municipale et développement urbain, le cas des communes de Bondoukou, de Daloa et de Grand-Lahou, thèse unique de doctorat en géographie, Abidjan (Côte d'Ivoire), Université de Cocody, 320 p.

Article de revue : KAMAGATE Sanaliou, 2013, « Analyse de la diffusion du projet FRAR dans l'espace Rural ivoirien : cas du district du Zanzan », Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement, n° 2, EDUCI-Abidjan, pp 65-77.

Article électronique : Fonds Mondial pour le Développement des Villes, 2014, renforcer les recettes locales pour financer le développement urbain en Afrique, [en ligne] (page consultée le 15 /07/2018) www.resolutionsfundcities.fmt.net.

N.B :

Dans le corps du texte, les références doivent être mentionnées de la manière suivante : Initiale du prénom de l'auteur (ou initiales des prénoms des auteurs); Nom de l'auteur (ou Noms des auteurs), année et page (ex.: A. Guézéré, 2013, p. 59 ou A. Kobenan, K. Brénoum et K. Atta, 2017, p. 189).

Pour les articles ou ouvrages collectifs de plus de trois auteurs, noter l'initiale du prénom du premier auteur, suivie de son nom, puis de la mention et "al." (A. Coulibaly et al, 2018, p. 151).

SOMMAIRE

LA BIOBANQUE, UN SUPPORT DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE DANS LA COLLECTE DES DONNÉES D'INFORMATION AUX POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE
BOUAGNON-DROUBLY Rita……1-15

LEADERSHIP ET RESPONSABILITE AU SEIN DU CENTRE DE SANTE URBAIN A BASE COMMUNAUTAIRE (CSUCom) DE GONZAGUEVILLE-PORT-BOUËT (COTE D'IVOIRE) / LEADERSHIP AND RESPONSIBILITY WITHIN THE COMMUNITY-BASED URBAN HEALTH CENTER (CSUCom) OF GONZAGUEVILLE-PORT-BOUËT (COTE D'IVOIRE)
TIE Gouin Bénédicte Edwige Epse KOUAKOU, **N'gnanda Anne-Marie KOUADIO** et N'GORAN Ekian Noël ……..…….……16-29

DROIT À LA SANTÉ ET GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE EN AFRIQUE : QUELLE POLITIQUE POUR UNE REDYNAMISATION DES SOINS DE SANTÉ
OUSSOU Kouadio Jean Richard ……30-44

LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE ET MATERNELLE AU TOGO, EXEMPLE DES ODD SANTÉ (2015-2022)
OUGMA Hombamana et GONON Amevi Agberi ……45-60

LA RELATION « POUVOIR-SERVITUDE » À L'ÉPREUVE DE LA GOUVERNANCE MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE : CAS DU CHU D'OWENDO (GABON)
Steeve Elvis ELLA …….……61-71

LA GOUVERNANCE DE LA COMMUNICATION POST-COVID EN CÔTE D'IVOIRE: SITUATION ET PERPECTIVES
BROU Marie Sylvana …….……72-87

AMELIORATION DE LA SÉCURITÉ ET SANTE AU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS DE SANTE AU TOGO PAR L'OUTIL HEALTHWISE, UNE OPPORTUNITE DE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE DE QUALITE (2016 -2024)
KEVI Kokou Silvère et LASSEY Agnélé ……..…….……88-104

***MA SANTÉ SOUFFRE* DE NFAMARA CAMARA : UNE SCRIPTURALISATION RÉALISTE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ POUR TOUS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE** BLÉ Kain Arsène ……..…….……..105-116

BIOTECHNOLOGIES MÉDICALES ET QUESTION DE LA SUBJECTIVITÉ
AMEZUNYE Kodjo Mensavi et Dr ABALO Miesso (MC) ……..…….……..117-129

NÉGOCIER L'AUTORITÉ AU QUOTIDIEN À L'HÔPITAL PUBLIC : QUAND L'ORDRE DES COMPÉTENCES BAT DE L'AILE
GBAKA Loulou Guy ……..…….……..130-150

POLITIQUE SANITAIRE IVOIRIENNE ET ACCÈS AUX SOINS DANS LES HÔPITAUX DE RÉFÉRENCE : CAS DES POPULATIONS RURALES DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE GUIGLO (OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE) / IVORIAN HEALTH POLICY AND ACCESS TO CARE IN REFERENCE HOSPITALS: THE CASE OF RURAL POPULATIONS IN THE SUB-PREFECTURE OF GUIGLO (WESTERN IVORY COAST)
KOFFI Kouadio Athanase et BRISSY Olga Adeline ……..…….……..151-171

LA GOUVERNANCE SANITAIRE EN AFRIQUE : ENTRE DÉFIS POLITICO-ÉCONOMIQUES ET EXIGENCES ÉTHICO-CULTURELLES
EKPO Kouadio Victorien ……..……...……..172-184

POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU TOGO DE 1994 A 2022
GONON Amèvi Agbéri et OUGMA Hombamana ……..……...……..185-199

LOGIQUE COMMUNAUTAIRE FACE A LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES AYAOU DE LA SOUS-PREFECTURE DE N'DOUFFOUKANKRO (BOUAFLE-COTE D'IVOIRE)
KOUAME Sara Gémima, MANAN Gnamien Elie, TCHETCHE Obou Mathieu .200-218

DÉSÉQUILIBRE DE L'AMÉNAGEMENT DES RUES DANS LE GRAND-LOME (TOGO) : ENJEUX ET DÉFIS POUR UN DÉVELOPPEMENT DURABLE
AWOKPE Kodjo, **DANDONOUGBO Iléri** et **AGBAMARO Mayébinasso** ……...219-235

LE FINANCEMENT PUBLIC DE L'ÉLEVAGE EN CÔTE D'IVOIRE À L'ÉPOQUE DE LA SODEPRA (1970-1993) / THE FINANCING OF THE PUBLIC REARING IN CÔTE D'IVOIRE DURING THE SODEPRA'S PERIOD (1970-1993)
AKA Adou Marcel et KOUAMÉ Kan Raymond ……..……...……...……..236-257

ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE LA MICROFINANCE EN CÔTE D'IVOIRE (1976- 2022)
AHORO Moro Jean Martial et MAH Gli Modeste Franck …..……...…….....……..258-273

L'IMMIGRATION AU PRISME DE L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE DANS *LA MER À L'ENVERS* DE MARIE DARRIEUSSECQ
ADJE Tanoh Linda Danielle épse BAH ……..……...…….....……..274-285

LE MARCHÉ MINI-DEF DE KORHOGO (NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE) : LE PARADOXE D'UN ÉQUIPEMENT MUNICIPAL MODERNE
SILUE Tangologo ……..……...…….....……..286-301

LES PRÉDISPOSITIONS À LA BONNE GOUVERNANCE DES ENTITÉS AFRICAINES : VERS UN MODÈLE DE LÉGITIMITÉ PAR L'APPROCHE DES PARTIES PRENANTES
SOULEYMANOU Kadouamai ……...…….…….....……..302-324

FRAUDE À L'ASSURANCE AUTOMOBILE À ABIDJAN EN CÔTE D'IVOIRE / CAR INSURANCE FRAUD IN ABIDJAN, COTE D'IVOIRE
BAMBA Ladji ……..……..…….…….....……..325-337

AVANTAGES SOCIO-ECONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA VALORISATION DES DECHETS MENAGERS DANS LA VILLE DE BOUAKÉ
GUY Matthieu Ettien Afforo, AYEMOU Anvo Pierre, ZUO Estelle épse DIATÉ,
MOYOU Jeanne Dominique …...…….…….....…..…..338-361

CRISE ÉCONOMIQUE ET GESTION DES FINANCES PUBLIQUES EN CÔTE D'IVOIRE DE 1973 À 1994
DJE Yao Lopez ……..……..…….…….....….....362-376

GOUVERNANCE SOCIOECONOMIQUE : DEFIS ET PERSPECTIVES POUR LE DEVELOPPEMENT INCLUSIF DE LA VILLE DE BONDOUKOU (CÔTE D'IVOIRE)
BAMBA Mansé ……..……..…….…….....….....377-391

LA GOUVERNANCE EN RELIGION : ENTRE RIGORISME RATIONNEL ET PLASTICITÉ MYSTICO-IRRATIONNELLE
ELLA Kouassi Honoré …..……..…….…….....….....392-406

EFFET DE L'ÉDUCATION FINANCIÈRE SUR L'INCLUSION FINANCIÈRE DANS LES PAYS DE L'UEMOA
KINDA Augustin ……..……..…….…….....….....407-421

LA BONNE GOUVERNANCE ET LE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES ÉTATS D'AFRIQUE
KOFFI Kouadio Fabrice ..……..…….…….....….....422-439

CONTRIBUTION DE L'ENSEIGNEMENT MISSIONNAIRE CATHOLIQUE À LA STRUCTURATION DU CERCLE D'ATAKPAMÉ (TOGO) À PARTIR DE 1900
KOSSOU Sovi ……..……..…….…….....….....440-461

CONFLITS DE GOUVERNANCE ET ENJEUX IDENTITAIRES DANS LA GESTION DU MARCHÉ À BÉTAIL DE BOUNA (CÔTE D'IVOIRE)
Ekian Noël N'GORAN ……...…….…….....….....462-477

COMPARATIVA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CATALUÑA Y EN EL PAÍS VASCO
SORO Kassoum ……..……..…….…….....….....478-495

POUR UNE ANALYSE DE LA GOUVERNANCE DES ACTIVITÉS INFORMELLES DE DISTRIBUTION DE PRODUITS MANUFACTURÉS
SOUMAHORO Sainghot ...…….…….....…….....496-512

LES DÉTERMINANTS DE L'ESSOR DE L'ANACARDE DANS LA SOUS-PRÉFECTURE DE GUEZON (OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE)
N'Zué Pauline YAO et Kopeh Jean-Louis ASSI …….....…….....513-530

DÉVELOPPEMENT ET BONNE GOUVERNANCE : COMMENT « ÉQUATIONER » LES ENTITÉS ?
KOUASSI Assanti Olivier …….....…….....531-546

MALENTENDUS ET DYSFONCTIONNEMENTS DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT : CAS DU PROJET SOJA DANS LE NORD-OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE (1988-2002)
YEO Mamadou ……..……...…….....….....547-560

ANALYSE EMPIRIQUE DE L'EFFET DE L'OUVERTURE COMMERCIALE SUR LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE DANS LES PAYS DE L'UEMOA : QUELLE IMPLICATION DE LA GOUVERNANCE ?
AYENAGBO Kossi ……...…….....….....561-578

DYNAMIQUE DES CULTURES PÉRENNES ET CONFLITS FONCIERS DANS LA SOUS-PRÉFECTURE DE MAFÉRÉ (SUD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE)
KOFFI Guy Roger Yoboué et KOMENAN Komenan Gabin .....….....579-602

GOUVERNANCE ET AUTONOMISATION DES FEMMES DE N'ZÉRÉKORÉ PAR LA COMMERCIALISATION DE L'HUILE ROUGE
LAMAH Pépé Julien et AMOATTA Koffi Guy …….....….....603-623

GOUVERNANCE BANCAIRE À TRAVERS LES GUICHETS AUTOMATIQUES DE TRANSACTION MONÉTAIRE À KORHOGO : ENTRE REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES
KONE Kapiéfolo Julien …….....….....624-642

GOUVERNANCE DURABLE DANS LA VILLE DE TAFIRE (EN CÔTE D'IVOIRE) : LE JEU D'ACTEURS ET LES IMPACTS SUR L'ENVIRONNEMENT URBAIN
KONE N'golo Oumar, DIARRASSOUBA Bazoumana et DJAH Armand Josué 643-661

GESTION DES RESSOURCES HYDRIQUES DANS LA VILLE TOURISTIQUE DE SAN PEDRO : DEFIS ET STRATEGIES
KONAN N'Guessan Olivier …….....….....662-677

LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE L'ELEVAGE DANS LA REGION DU NORD DU BURKINA FASO FACE AUX CRISES CLIMATIQUE ET SECURITAIRE
ZOUGOURI Amidou et SODORE Abdoul Azise ….....….....678-693

LA COMMUNE DU PLATEAU (ABIDJAN, COTE D'IVOIRE) SOUS LA LOUPE : UNE ANALYSE SWOT POUR COMPRENDRE SA SITUATION ACTUELLE Abou DIABAGATE et Amadou COULIBALY …….....….....694-711

GOUVERNANCE DE LA TRANSHUMANCE PAR L'ÉDUCATION À LA PAIX SOCIALE
BATAMA Kodjo et Pr ALOSSE Dotsè Charles-Grégoire .....….....712-728

CONSERVATION DU PATRIMOINE AUTOCHTONE ET CONTRIBUTION À LA LUTTE CONTRE LE DÉRÈGLEMENT CLIMATIQUE DANS LA COMMUNE DE

DOUFELGOU I AU NORD TOGO
DJALNA Kouyadéga …….....….....729-748

IMPACTS DE LA PRODUCTION FONCIÈRE SUR L'AMÉNAGEMENT DES ZONES PÉRIPHÉRIQUES DE LA VILLE DE KATIOLA / IMPACT OF LAND PRODUCTION ON THE DEVELOPMENT OF THE OUTSKIRTS OF THE CITY OF KATIOLA
DOHO Bi Tchan-André, ALLA Affoué Sonya et ETTIEN Aka Yves Serge Pacôme ..749-769

GOUVERNANCE DES ESPACES MARCHANDS DANS LA METROPOLE D'ABIDJAN / GOVERNANCE OF MARKET SPACES IN THE ABIDJAN METROPOLIS
GOZE Thomas et KOBENAN Appoh Charlesbor .....….....770-786

ÉTHIQUE DE LA RESPONSABILITÉ ET GOUVERNANCE : UNE RELECTURE DE LEVINAS ET JONAS FACE AUX CRISES ÉCOLOGIQUES
ILAHIRI Mylène Stéphanie …….....…….....787-804

DÉGRADATION DE L'ENVIRONNEMENT SUR LE FRONT LAGUNAIRE ÉBRIÉ À ABIDJAN : CAS D'ABOBO-DOUMÉ
KAMBIRÉ Bêbê et KOUASSI Charles Aimé .....…….....805-824

EXPLOITATION DES RESSOURCES NATURELLES DANS LES ESPACES RÉSERVÉS : L'EXEMPLE DE LA ZONE PASTORALE DE SAMOROGOUAN AU BURKINA FASO
KI Jean Paulin, DABIRÉ Joël et SOMDA Touobawènèkaon Maximin ….....825-846

ENJEUX ET DEFIS DE LA RESTRUCTURATION DES QUARTIERS PRECAIRES D'ABIDJAN FACE AUX EXIGENCES DE RENFORCEMENT DES EQUIPEMENTS URBAINS
Koua Koffi Etienne Trésor KOFFI et Sanaliou KAMAGATE …….....847-864

AMÉNAGEMENT URBAIN ET COORDINATION DES ACTEURS DANS LA VILLE D'ABENGOUROU (CÔTE D'IVOIRE)
KOFFI Akouassi Bénédicte et DJAH Armand Josué …….....865-883

LE NUMERIQUE DANS LA GESTION DES RISQUES D'INONDATION À ABIDJAN
Khan KOUAME, Anouman Yao Thibault OUSSOU et Gnamien Elie MANAN 884-902

LES DÉTERMINANTS DE L'URBANISME SPONTANÉ ET SES CONSÉQUENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT URBAIN DANS LE QUARTIER NGAMAKOSSO À BRAZZAVILLE
Robert NGOMEKA …….....…….....903-917

AUTONOMISATION FINANCIÈRE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : UN ENJEU DE SURVIE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE FRANCOPHONE
Martin NGOUA EYENE et Emmanuelle NGUEMA MINKO …….....918-931

LA GOUVERNANCE DES RESSOURCES LOCALES ET LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ DANS LES ETATS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : LE CAS DU

CAMEROUN
SANAMA AMBASSA …….....…….....932-949

LA GESTION DE L'INCIVISME ROUTIER VIA LES TIC : QUELLES PERCEPTIONS DES POPULATIONS EN CÔTE D'IVOIRE ?
SEY Henri Joël …….....…….....950-967

COLLOQUE INTERNATIONAL DU PROGRAMME THÉMATIQUE DE RECHERCHE-GOUVERNANCE ET DÉVELOPPEMENT DU CAMES (PTRC-GD)
SISSOKO Pierre Soriba ….....…….....968-984

MUTATION DE LA JEUNESSE AFRICAINE ET PROBLÉMATIQUE DE L'ÉCOLOGIE : PERSPECTIVES D'APPROPRIATION DES APPROCHES
TATA Gaston Gabriel ….....…….....985-1000

QUELS IMPACTS DES PLANS DE DÉVELOPPEMENT SUR LA GOUVERNANCE TERRITORIALE DE LA PROVINCE DU LAC (OUEST DU TCHAD) ?
TOB-RO N'Dilbé ….....…….....1001-1020

DYNAMIQUE URBAINE ET ZONES HUMIDES Á BOUAKÉ DE 2002-2024 : ENJEUX ET PERSPECTIVES
KOUASSI Kobenan Christian Venance, SANGARÉ Nouhoun, TRAORE Fanta et SOROGO Bourahima ….....…….....1021-1036

RÉSISTANCES SOCIO-CULTURELLES ET APPROPRIATION DU CERTIFICAT FONCIER EN CÔTE D'IVOIRE (EXEMPLE DE SAKASSOU) : RECOMPOSITIONS DE L'ACTION COLLECTIVE DANS UNE TRANSITION PARTICIPATIVE
Boni Hyacinthe KPANGBA .....…….....1037-1054

DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL DANS LE BASSIN DE L'OTI
ALASSANE Abdourazakou .....…….....1055-1067

Gouvernance hospitalière

POLITIQUE SANITAIRE IVOIRIENNE ET ACCÈS AUX SOINS DANS LES HÔPITAUX DE RÉFÉRENCE : CAS DES POPULATIONS RURALES DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE GUIGLO (OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE)
IVORIAN HEALTH POLICY AND ACCESS TO CARE IN REFERENCE HOSPITALS: THE CASE OF RURAL POPULATIONS IN THE SUB-PREFECTURE OF GUIGLO (WESTERN IVORY COAST)

KOFFI Kouadio Athanase et BRISSY Olga Adeline

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Discipline et spécialité : Géographie humaine

Résumé

La structure pyramidale du système sanitaire ivoirien engendre des disparités entre les populations urbaines et rurales. Les populations rurales de la Sous-préfecture de Guiglo ont difficilement accès aux soins dans l'hôpital de référence de Guiglo. Cette étude vise à analyser l'impact de la politique sanitaire sur l'accès aux soins des populations rurales dans ledit hôpital. Cette recherche basée sur une approche quantitative repose sur l'utilisation de données secondaires et d'enquêtes de terrain. 379 chefs de ménages ont été enquêtés durant la période allant de septembre 2024 à novembre 2024. Il ressort de cette étude que le coût élevé du transport, la longue distance, la précarité des routes, les frais élevés de consultations et d'examens médicaux, le coût du traitement et les dépenses engendrées par le séjour en cas d'hospitalisations influencent significativement l'usage de ce centre. En raison de contraintes géographiques et financières, 66% des enquêtés sont orientés vers les soins traditionnels, tandis que 45% ont contracté des dettes. Aussi, 83% des enquêtés ne profitent pas de la Couverture Maladie Universelle. L'amélioration de l'accessibilité géographique et économique par la construction des hôpitaux généraux dans les sous-préfectures, le bitumage du trajet Guiglo-Taï et la réduction des coûts des prestations sera bénéfique.

Mots-clés : Accès aux soins, hôpitaux de référence, politique sanitaire, populations rurales, sous-préfecture de Guiglo

Abstract

The pyramidal structure of the Ivorian health system creates disparities between urban and rural populations. Rural populations in the Guiglo sub-prefecture have difficulty accessing care at the Guiglo referral hospital. This study aims to analyze the impact of health policy on access to care for rural populations at the hospital. This research, based on a quantitative

approach, relies on the use of secondary data and field surveys. 379 heads of households were surveyed during the period from September 2024 to November 2024. This study shows that the high cost of transportation, long distances, poor roads, high costs of consultations and medical examinations, the cost of treatment, and expenses incurred during hospitalization significantly influence the use of this center. Due to geographical and financial constraints, 66% of respondents are referred to traditional care, while 45% have incurred debts. Furthermore, 83% of respondents do not benefit from Universal Health Coverage. Improving geographic and economic accessibility through the construction of general hospitals in the sub-prefectures, paving the Guiglo-Taï route and reducing service costs will be beneficial.

Keywords: Access to healthcare, Guiglo sub-prefecture, health policy, referral hospitals, rural populations

Introduction

L'accès aux soins de santé des populations constitue l'une des priorités des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La santé occupe une place centrale dans les problématiques de développement au niveau international. De ce fait, la plupart des pays du monde ont mis en place des systèmes de santé efficaces pour répondre aux besoins sanitaires de leurs populations. C'est dans cette optique que, « depuis l'indépendance, les efforts des gouvernants ont été portés sur une meilleure organisation de la médecine moderne qui semblait plus efficace que la médecine traditionnelle » (Y. N'DRI, 2008, p.2). Hérité de la colonisation, « le système de santé ivoirien est de type pyramidal comprenant trois niveaux avec deux versants : le versant gestionnaire et le versant offre de soins » (MSHP, 2016, p.11). Le versant offre de soins comprend trois niveaux également que sont le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire.

« Le pays a connu des crises sociopolitiques successives qui ont occasionné une baisse des activités économiques avec pour conséquence un accroissement du chômage. Du fait de la crise, le taux de chômage est passé de 6,4% en 2002 à 15,7% en 2008. Cette paupérisation croissante, notamment en milieu rural, constitue un frein à l'accessibilité aux soins et autres services sociaux de base » (MSLS 2012, p.17). « Pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins en Côte d'Ivoire, une mesure de gratuité totale en 2011, puis ciblée en 2012, a été prise. Cette dernière concernait l'accouchement, la césarienne, les pathologies les plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme et les 48 premières heures des urgences » (MSHP, 2016 p.20). En outre, « le pays a fait le choix d'instaurer une

assurance maladie obligatoire dénommée « Couverture Maladie Universelle (CMU) ». Cette assurance maladie a pour objectif de garantir à l'ensemble de la population résidant en Côte d'Ivoire l'accès à des soins de qualité dans des conditions financières soutenables » (OMS, 2017, p.36).

Malgré ces efforts, l'on constate une sous-utilisation des structures sanitaires en Côte d'Ivoire, « qui est passée de 49,7% en 2019 à 46,75% en 2020 » (MSHP/CMU et DIIS, 2021, p.107). Force est de constater également que les ménages ont difficilement accès aux centres de santé. « La situation devient plus critique lorsqu'on s'intéresse aux conditions d'accès aux hôpitaux généraux et aux Centres Hospitaliers Régionaux » (A. E. ETIEN, 2020, p.1). Les populations rurales sont plus impactées par ce problème que les populations urbaines. C'est le cas dans la sous-préfecture de Guiglo. Les ménages ruraux ont difficilement accès aux soins dans le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Guiglo, devenu Etablissement Public Hospitalier Régional (EPHR). Quels sont donc les facteurs déterminant l'accès difficile aux soins desdits ménages dans cet établissement ? Comme objectif général, cette étude vise à analyser l'impact de la politique sanitaire sur l'accès aux soins des populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo dans l'EPHR de Guiglo. De façon spécifique, elle vise à faire l'état des lieux de la politique sanitaire ivoirienne et du niveau de recours aux soins des ménages ruraux de la sous-préfecture de Guiglo dans l'EPHR de Guiglo. Aussi, vise-t-elle à montrer les facteurs déterminant l'accès difficile aux soins desdites populations dans l'EPHR de Guiglo.

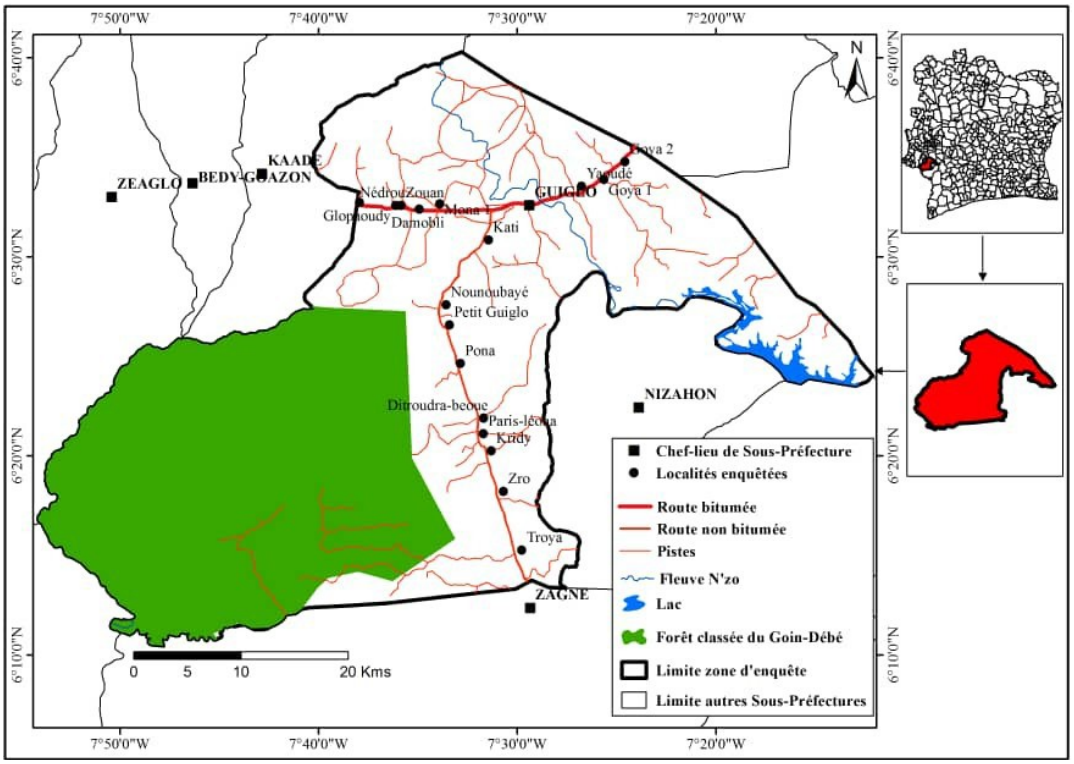
1. Méthodologie

1.1 Présentation du cadre d'étude

Située à l'ouest de la Côte d'Ivoire, la Sous-préfecture de Guiglo fait partie du département de Guiglo dans la région du Cavally. Elle est située entre 6°32'37'' de latitude nord et 7°29'37'' de longitude ouest (sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Guiglo).

Poste administratif en 1912, Guiglo devient chef-lieu de sous-préfecture en 1961 (sur https://www.rezoivoire.net/ivoire/villes-villages/399/la-ville-de-guiglo.html). Avec une population de 171454 habitants (RGPH, 2021), « la sous-préfecture compte 17 villages » (INS, 2015_RGPH 2014, p.15 et 16). Elle est limitée au nord par la Sous-préfecture de Duékoué, au Sud par celle de Zagné, à l'Est par la Sous-préfecture de Nizahon et à l'Ouest par celles de Kadé et Zéaglo. La carte 1 présente la localisation de la zone d'étude.

Carte 1 : Localisation de la zone d'étude



Source : CIGN 2016: Réalisation : KOFFI Athanase, 2024

La sous-préfecture de Guiglo est constituée d'une population autochtone Guéré, d'allochtones composés de Baoulé, de Yacouba, de Sénoufo, de Lobi, de Gouro, etc., d'allogènes composés également de Burkinabés, de Libériens, de Maliens, de Guinéens et de ressortissants des autres pays de la CEDEAO. Son économie repose principalement sur l'agriculture. Zone à forte population, en raison de la présence de populations migrantes (les allochtones et les allogènes), constitue un cadre pertinent pour étudier les défis d'accès aux soins dans les centres de santé, notamment le centre de référence de Guiglo en dehors des grandes agglomérations. En plus, la diversité ethnique, corrélée à des conflits fonciers dans cette zone, crée des dynamiques sociales particulières qui peuvent influencer l'accès équitable aux soins et la perception des services de santé, sans occulter les contraintes géographiques.

1.2 La collecte des données

Cette étude quantitative s'est déroulée sur la période allant de septembre à novembre 2024. Les résultats reposent sur l'analyse des données collectées auprès des ménages. Du fait du nombre important de ménages dans la Sous-préfecture, nous avons choisi la méthode de l'enquête par échantillonnage. La taille de l'échantillon a été définie à partir de la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 (PQ)N}{[e^2(N-1) + Z^2(PQ)]}$$

n = Taille de l'échantillon ; N = Taille des ménages ; Z = Coefficient de marge (déterminé à partir du seuil de confiance) ; e = Marge d'erreur ; P = Proportion de ménages supposés avoir les caractères recherchés. Cette proportion variant entre 0,0 et 1 est une probabilité d'occurrence d'un événement. Dans le cas où l'on ne disposera d'aucune valeur de cette proportion, celle-ci sera fixée à 50% (0,5) ; Q = 1 – P. Pour l'application de la formule, l'on peut présumer que si P = 0,50 donc Q = 0,50 ; à un niveau de confiance de 95%, Z= 1,96 et la marge d'erreur e = 0,05. Application de la formule :

$$n = \frac{1{,}96^2(0{,}50 \times 0{,}50) \times 31791}{[0{,}05^2(31791-1) + 1{,}96^2(0{,}50 \times 0{,}50)]}$$

n= 379,59, soit n= 379. Ainsi, le nombre de ménages représentatifs est de 379.

Les données du RGPH 2021 sur le nombre de ménages par localité au niveau de la sous-préfecture étant indisponibles, nous avons, par la technique du choix raisonné, réparti les 379 ménages en nous basant sur les distances entre les localités et la ville. Ainsi, 22 ménages ont été retenus dans les villages suivants : Yaoudé, Kati, Goya 1, Mona, Domobly, Goya 2, Zouan, Nedrou, Nounoubaye, Petit-Guiglo, Globaoudy, Pona-Guiglo, car ils sont situés à moins de 20 kilomètres (km) de la ville, et au niveau de Ditrodra-Béoué, Paris-Léona, Kridy, Zro et Troya 1 situés à plus de 20 km de la ville, 23 ménages ont été retenus dans chaque village pour l'enquête (tableau 1).

Tableau 1 : Ménages enquêtés par village à l'échelle de la sous-préfecture de Guiglo

N°	Village	Effectif des Ménages	Distance de la ville	N°	Village	Effectif des Ménages	Distance de la ville
1	Domobly	22	7	10	Paris-Léona	23	26
2	Glopaoudy	22	15	11	Ditrodra-Béoué	23	25
3	GOYA 1	22	6	12	Nounoubaye	22	11
4	Goya 2	22	8	13	Pona-Guiglo	22	17
5	Yaoudé	22	3	14	KRIDY	23	26
6	Nedrou	22	10	15	Petit-Guiglo	22	13
7	Kati	22	5	16	ZRO	23	42
8	MONA	22	6	17	Traya 1	23	47
9	ZOUAN	22	9		Total	379	

Source : Sous-préfecture de Guiglo, nos enquêtes de terrain, 2024

Cette étude de terrain a été soutenue en amont par une recherche documentaire et des observations directes dans les villages enquêtés et l'EPHR de Guiglo. Ces observations directes dans ces villages, lors des visites exploratoires, ont permis d'identifier les types de construction et l'environnement social des ménages, sur lesquels nous nous sommes basés pour le choix des ménages enquêtés.

Le questionnaire était administré aux chefs de ménages (homme et femme). Il a porté sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques, l'accessibilité aux soins (le niveau et la fréquence de recours aux soins, les autres types de recours aux soins, la distance parcourue et le temps mis, les moyens de mobilité et les dépenses effectuées), l'accès et l'utilisation de la carte CMU et les facteurs déterminant l'accès aux soins.

1.3 Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été traitées à l'aide d'outils informatiques. Ainsi, les graphiques et les tableaux obtenus ont été réalisés à partir des logiciels Microsoft IBM SPSS-20.0 et Excel. Pour réaliser le traitement des données, des codes ont été affectés à chaque chef de ménage enquêté. Concernant le traitement du texte, nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word. Les cartes ont été élaborées à partir du logiciel ArcGis 10.5. Elles ont été analysées et interprétées.

2. Résultats

Les résultats de cette étude s'articulent autour de deux points. Dans un premier temps, nous faisons l'état des lieux de la politique sanitaire ivoirienne et du niveau de recours aux soins des populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo dans l'hôpital de référence de Guiglo. Dans un second temps, nous analysons les facteurs socio-économiques et environnementaux qui constituent une entrave à l'accès aux soins desdites populations.

2.1 L'état des lieux de la politique sanitaire ivoirienne et du niveau de recours aux soins des ménages ruraux de la sous-préfecture de Guiglo dans l'EPHR de Guiglo

2.1.1 Une politique sanitaire ivoirienne à l'image des politiques sanitaires internationales

La politique sanitaire ivoirienne repose sur l'adhésion à la Déclaration d'Alma-Ata (1978), à l'Initiative de Bamako (1987) et à la Déclaration d'Abuja (2000). En effet, adoptée en réponse aux inégalités qui existaient dans la situation sanitaire des populations, la Déclaration d'Alma-Ata mettait le monde au défi d'adhérer aux principes des systèmes de santé primaire pour remédier aux inégalités sanitaires criardes entre les pays et à l'intérieur du pays. Ce système

était basé sur les soins de santé primaire. Quant à l'Initiative de Bamako, adoptée à la suite d'une réunion de ministres de la santé africains à Bamako (au Mali) en 1987, elle est centrée clairement sur l'appel à la participation communautaire pour le développement sanitaire avec la tarification et le recouvrement des coûts de santé. Concernant la Déclaration d'Abuja signée en 2000 au Nigeria par les pays africains touchés par le paludisme, elle exprime la détermination desdits pays à lutter contre le paludisme, tout en renforçant ou en réformant les systèmes de santé.

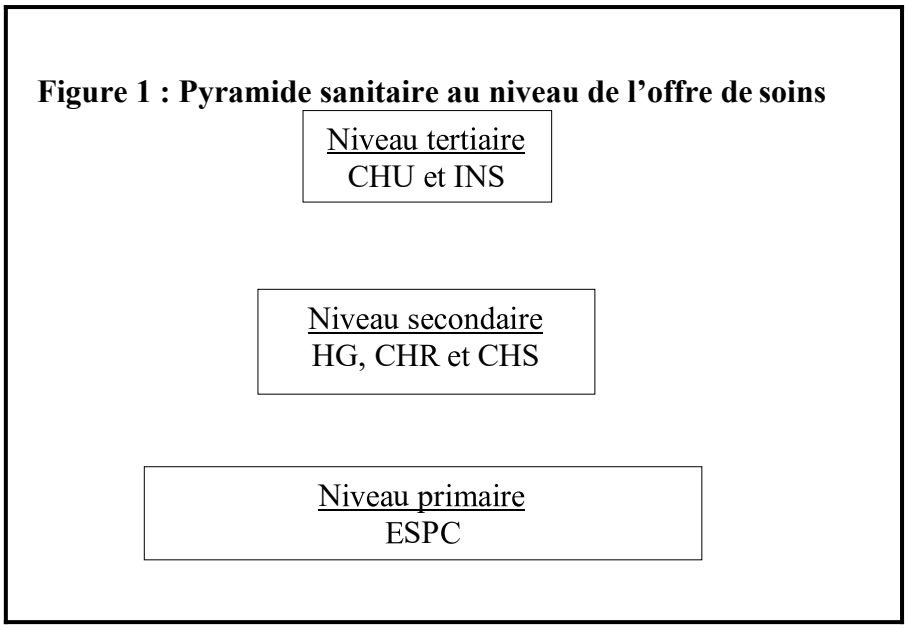
Après son adhésion aux différentes politiques sanitaires internationales, et « pour accomplir sa mission d'assurer une politique de soins équitables et de qualité à l'ensemble de la population avec un accent particulier sur les groupes vulnérables (les mères, les enfants, etc.), le gouvernement ivoirien, à travers le Ministère de la santé, s'est doté en 1996 d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 1996-2005 » (Y. NDRI, 2008, p.4), puis des PNDS successifs, en l'occurrence les PNDS (2008-2012, 2009-2013, 2012-2015, 2016-2020 et 2021-2025). « Ces différents PNDS ont pour objectif général d'optimiser l'état de santé de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population en santé » (Y. NDRI, 2008, p.4).

Par ailleurs, l'État ivoirien, pour améliorer l'accessibilité financière des populations, a adopté une politique de gratuité totale en 2011, puis ciblée en 2012 en prenant en compte l'accouchement, la césarienne, les pathologies les plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme et les 48 premières heures des urgences. Par la suite, une assurance maladie obligatoire dénommée « Couverture Maladie Universelle (CMU) » a été instaurée dans le pays depuis 2019 dans le cadre de la loi n°2014-131 du 24 mars 2014.

2.1.2 L'organisation pyramidale du système sanitaire ivoirien, source d'inégalité d'accès aux soins de qualité

« Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé » (A. E. ETTIEN, 2020, p.2). À l'instar des autres pays, « le système de santé ivoirien est de type pyramidal comprenant trois niveaux avec deux versants : le versant administratif et le versant offre de soins » (MSHP/CMU et DIIS, 2021, p.32). Le versant offre de soins qui attire notre attention dans cette étude comprend trois niveaux : le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire (figure 1).

Figure 1 : Pyramide sanitaire au niveau de l'offre de soins



Source : MSHP/CMU et DIIS, 2021, p.32

Le niveau primaire de la pyramide constitue le point d'entrée dans le système de santé. Il est représenté par tous les Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont les Dispensaires Ruraux (DR), les Centres de Santé Ruraux (CSR), les Centres de Santé Urbains (CSU), les Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) et les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel.

Quant au niveau secondaire, il constitue le point de référence immédiat ou de premier recours du niveau primaire. Il est représenté par les Hôpitaux Généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Centres Hospitaliers spécialisés (CHS) qui n'ont pas de statut d'Établissement Public National (EPN). Il assure une fonction de premier recours pour les usagers et possède une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire. Le niveau tertiaire de la pyramide comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Instituts Nationaux Spécialisés (INS). Il assure une fonction de second recours pour les usagers et possède une capacité technique de formation, de recherche, de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire.

Les Hôpitaux Généraux (HG) et les centres hospitaliers régionaux (CHR) devenus Etablissement Publique Hospitalier Régional (EPHR) sont les Hôpitaux de référence. « En 2020, la Côte d'Ivoire comptait 100 hôpitaux généraux publics et 19 centres hospitaliers régionaux pour une population de 26 453 542 habitants » (MSHP/CMU et DIIS, 2021, p.51).

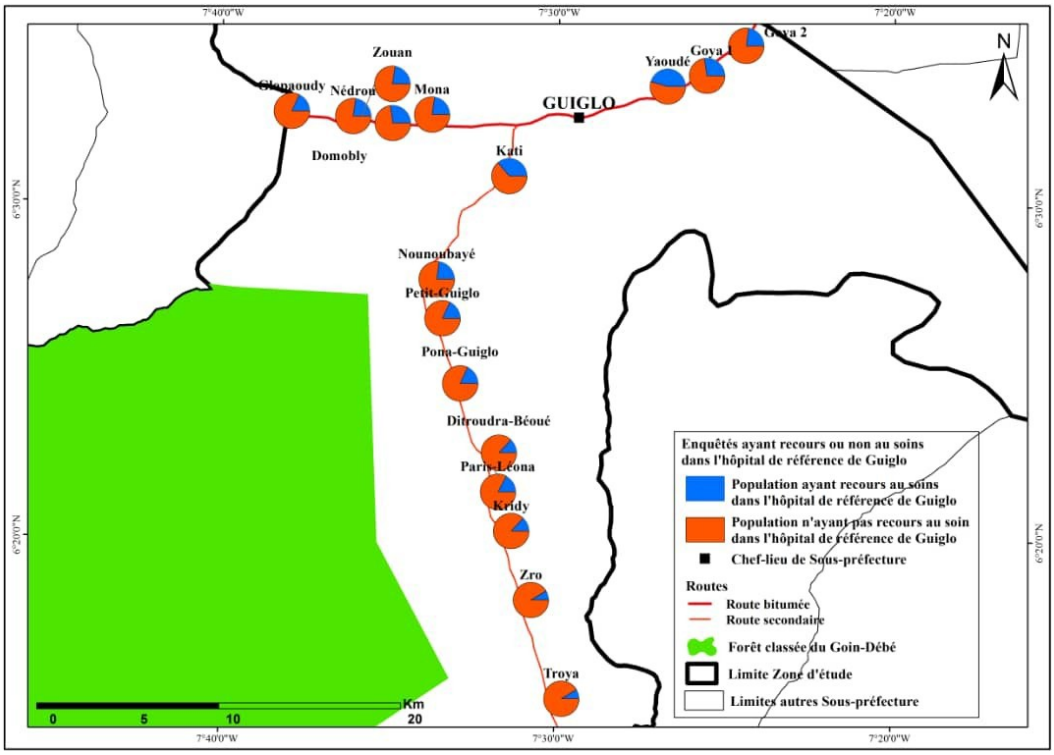
« L'HG est une formation qui comprend au moins 60 lits et assure des activités de consultations et d'hospitalisations en médecine générale, pédiatrie, chirurgie, gynécologie, obstétrique et éventuellement d'autres spécialistes » (MSHP et DIPE, 2010, p.13). Disposant d'un laboratoire et d'une pharmacie, il est généralement implanté dans chaque chef-lieu du district sanitaire.

Quant au CHR devenu EPHR, « c'est une formation comprenant au moins 150 lits, ayant une mission d'appel vis-à-vis des hôpitaux généraux et assurant des activités de consultation et d'hospitalisation en réanimation/soins intensifs en médecine générale, spécialités médicales, chirurgie générale, spécialités chirurgicales, pédiatrie médicale et chirurgicale, gynécologie et obstétrique spécialiste » (MSHP et DIPE, 2010, p.13). Il est implanté dans le chef-lieu de région administrative. Ces hôpitaux de référence constituant le deuxième niveau de soins au niveau de la pyramide sanitaire sont implantés au profit des populations urbaines. De leur position, les ménages ruraux sont généralement écartés ou ont difficilement accès aux soins de qualité et aux prestations des médecins en raison des contraintes géographiques (précarité des routes, longue distance, etc.).

2.1.3 La faible fréquentation de l'hôpital de référence par les populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo

L'Etablissement Public Hospitalier Régional (EPHR) de Guiglo est implanté dans la ville de Guiglo, chef-lieu de région, conformément à la politique relative au critère d'implantation des hôpitaux de référence. Cette politique sanitaire ne permet pas aux populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo de bénéficier avec aisance, du point de vue de l'accessibilité géographique, des soins de qualité au niveau de l'EPHR. En effet, l'enquête réalisée a révélé une faible proportion (21,37%) de l'utilisation de l'hôpital de référence de Guiglo par ceux-ci, dans les différents villages enquêtés. Les résultats sont présentés par la carte 2.

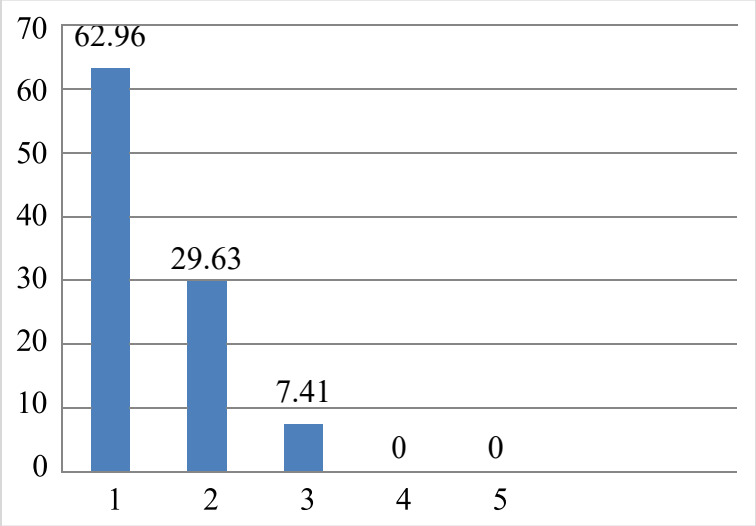
Carte 2 : Utilisation de l'hôpital de référence par les populations rurales de la Sous-préfecture de Guiglo



Source : Traitement des données de l'enquête de terrain, 2024

À la lumière de la carte 2, nous constatons une faible proportion (21,37%) de l'utilisation de l'EPHR par les ménages ruraux de la Sous-préfecture de Guiglo. Cependant, les villages Kati et Yaoudé enregistrent les proportions les plus élevées. La proportion des ménages qui utilisent régulièrement l'EPHR de Guiglo dans ces deux villages est respectivement 36,36% et 45,45%. Cela peut s'expliquer par le fait que ces deux villages sont proches de la ville de Guiglo. La distance parcourue par ces ménages est de 3 à 5 km. Ils mettent moins de 30 minutes pour accéder à l'EPHR. Par la suite, dans 41,18% des villages enquêtés, 22,73% à 27,27% des enquêtés fréquentent l'EPHR. Il s'agit de Domobly, Nedrou, Mona, Zouan, Nounoubaye, Goya 1 et Goya 2. La distance entre ces villages et la ville varie entre 6 et 11 km. Les ménages mettent entre 30 et 60 minutes pour se rendre en ville. Quant aux villages Petit-Guiglo, Pona-Guiglo, Globaoudy, Ditrodra-Béoué, Paris-Léona, Kridy, Zro et Troya 1, ils enregistrent les faibles proportions. Seulement 8,70% à 18,18% des enquêtes fréquentent l'EPHR de Guiglo. Ces villages sont éloignés de la ville de Guiglo. Les ménages parcourent 13 à 47 km et mettent plus de 60 minutes, en raison de la précarité des routes, pour accéder à l'EPHR de Guiglo, ce qui peut justifier ces faibles proportions enregistrées. La figure 2 présente le nombre de consultations effectuées par an et par individu.

Figure 2 : Nombre de consultations annuelles (%) déclaré par enquêté



Source : Traitement des données de l'enquête de terrain, 2024

62, 96% des enquêtés ont déclaré avoir effectué une seule consultation dans l'Etablissement Public Hospitalier Régional de Guiglo, 29, 63% pour deux consultations et seulement 7,41% ont effectué trois consultations par an. Dans l'ensemble, les populations rurales de la sous-préfecture consultent moins dans l'EPHR de Guiglo, du fait de leurs positions géographiques et de leurs conditions économiques précaires.

2.2 Les facteurs associés à l'accès difficile aux soins des populations rurales dans l'EPHR de la sous-préfecture de Guiglo

L'accessibilité aux soins de santé prend en compte deux variables dans l'offre de soins, à savoir l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière. L'accessibilité géographique est fonction de la distance qui sépare la population d'une localité d'un centre de santé. Quant à l'accessibilité financière, elle nous renseigne sur les moyens dont disposent les populations pour recourir à un centre de santé.

2.2.1 L'accessibilité géographique, une contrainte à l'accès aux soins des populations rurales dans l'EPHR de la sous-préfecture de Guiglo

Dans cette étude, l'accessibilité géographique qui évalue la facilité avec laquelle les

populations rurales accèdent à l'EPHR de Guiglo tient compte de la mobilité desdites populations malades en termes de moyen de déplacement, de la durée du trajet et de la distance parcourue (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon leur moyen de mobilité, le temps mis et la distance parcourue

Variables	Effectifs des enquêtés	Pourcentage
Moyen de mobilité		
Moto	48	12,66%
Voiture	5	1,32%
Transport en commun	326	86,02%
Total	379	100%
Distance parcourue		
Moins de 5 km	22	5,81%
5 à 10 km	154	40,63%
11 à 16 km	66	17,41%
Plus de 16 Km	137	36,15%
Total	379	100%
Temps mis		
Moins de 30 min	132	34,83%
30 à 60 min	201	53,03%
Plus de 60 min	46	12,14%
Total	379	100%

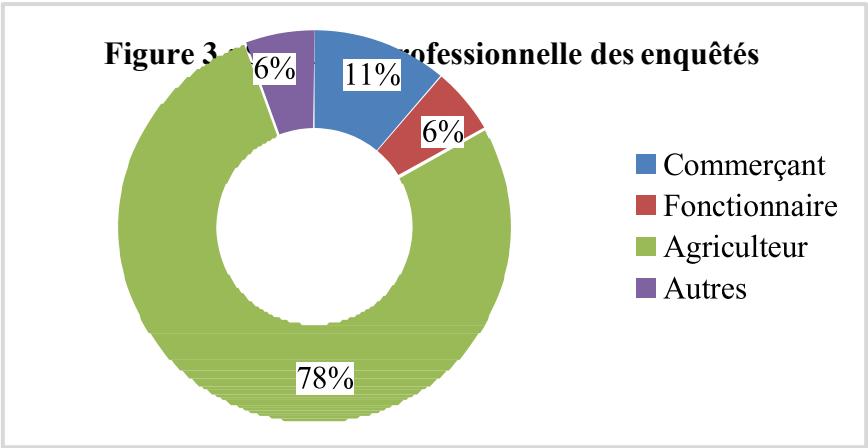
Source : Traitement des données de l'enquête de terrain, 2024

Il ressort du tableau 2 que 86,02% des ménages enquêtés utilisent les transports en commun pour se rendre à l'EPHR de Guiglo, quel que soit leur statut social. 53,56% parcourent plus de 10 km pour recevoir des soins de qualité, et 65,17% mettent plus de 30 minutes, dont 12,14% dépassent 60 minutes du fait de la précarité des routes et de la longue distance. Ainsi, le facteur distance et temps constitue une entrave à l'accès aux soins.

2.2.2 Les facteurs socio-économiques associés à l'accès aux soins des populations rurales dans l'EPHR de la sous-préfecture de Guiglo

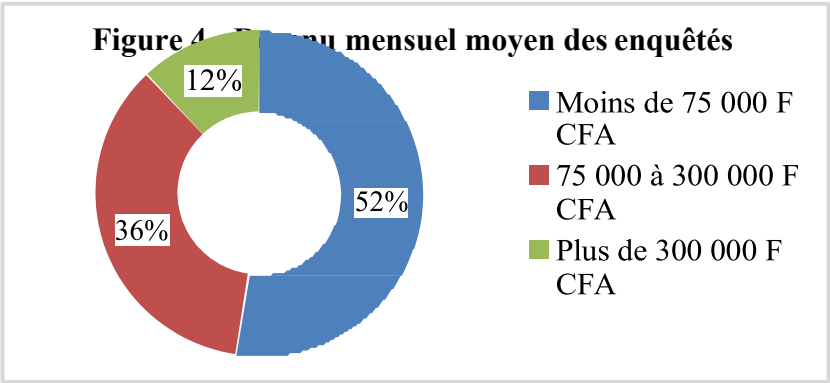
2.2.2.1 Une population rurale dominée par des agriculteurs aux faibles revenus

L'enquête auprès des chefs de ménages a montré que 78% des enquêtés sont des agriculteurs. Les commerçants représentent 11%, et seulement 5% des enquêtés sont des fonctionnaires. On note également que ceux qui exercent les métiers dans le secteur informel (mécanicien, menuisier, couturier, etc.) occupent 6% des enquêtés. Ces résultats sont présentés par la figure 3.



Source : Traitement des données de l'enquête de terrain, 2024

Cette population, majoritairement agricole, tire ses ressources financières de la vente des produits agricoles permettant d'effectuer ses dépenses de santé, en l'occurrence les frais de transport, des soins médicaux (consultation, examens médicaux, médicaments, etc.) et éventuellement les frais de séjour et aussi de nourriture. Il y a également les dépenses liées à la scolarisation des enfants, aux vêtements de la famille et aux funérailles. Compte tenu des effets de la perturbation climatique qui détruisent les champs et réduisent les rendements agricoles, malgré l'augmentation du prix de cacao passant de 1500 à 1800 F CFA, les paysans, chefs de ménages enquêtés, enregistrent majoritairement de faibles revenus mensuels (52%), en dessous du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) fixé à 75 000 F CFA en Côte d'Ivoire. 36% des chefs de ménages ont des revenus compris entre 75000 et 300000 F CFA et seulement 12% enregistrent plus de 300 000 F CFA (figure 4). Inférieurs au SMIG, les revenus de 52% des enquêtés sont considérés faibles. La faiblesse des revenus, associée à l'inflation des marchandises sur le marché ivoirien, maintient les populations rurales dans des conditions économiques précaires.



Source : Traitement des données de l'enquête de terrain, 2024

Avec l'inflation galopante, même un chef de ménage riche éprouve des difficultés dans la mesure où, en Afrique en général, la famille élargie est une tradition. En plus des nombreux enfants (5 à 9), le chef de ménage a à sa charge des parents proches (cousins, neveux, oncles, etc.). N'ayant parfois aucun revenu, les frais des soins médicaux de ces derniers, en cas de maladie, sont assurés par le chef de ménage. La faiblesse des revenus réduit ainsi leur capacité d'épargne et d'accès aux soins de santé. De ce fait, dans les localités comme Ditrodra-Béoué, Paris-Léona, Kridy, Zro et Traya1 situées à plus de 20 km (25 à 47 km) de la ville, sur une voie non bitumée et peu praticable, des malades reçoivent des soins des tradipraticiens. Dans l'ensemble, 66% des enquêtés ont reconnu avoir recours aux soins traditionnels. Ils estiment que les soins dans l'EPHR de Guiglo sont onéreux au regard de leur pouvoir d'achat.

2.2.2.2 La politique de « tarification et recouvrement des coûts de santé », un frein à l'accès aux soins des populations rurales

« Depuis son accession à l'indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire, en tenant compte de la paupérisation croissante de la population, a opté au départ pour la gratuité des soins. L'État prenait en charge tous les soins. Cependant, cette politique sanitaire qui représentait un coût économique très élevé sera confrontée à la crise économique mondiale des années 1980. En effet, à partir de 1980, « la Côte d'Ivoire entre dans un marasme économique dû à la conjugaison de la baisse importante des revenus des matières premières d'exportation et du surendettement, occasionnant ainsi une détérioration des conditions sociales » (L. B. KOFFI, 2022, p.38). Ainsi, la politique de gratuité des soins a-t-elle été progressivement abandonnée au profit de la participation communautaire avec la tarification et le recouvrement des coûts de santé adoptés à la suite d'une réunion de ministres de la santé africains à Bamako en 1987. Les prestations de soins dans le public sont alors payées par les usagers. Ainsi, dans l'EPHR de Guiglo, les frais de consultations varient-ils de 1500 à 2500 F CFA. Quant aux examens médicaux au laboratoire, le tableau 3 présente les différentes tarifications.

Tableau 3 : Tarification des prestations réalisées au laboratoire de l'EPHR de Guiglo

Désignation	Tarifs	Désignation	Tarifs
Acide urique	3000	Vitesse de sédimentation (VS)	1500
Albimine sucre	1000	Fibrinémie	5000
Antigène Australia (AgHBS)	5000	Glycémie	2000
Antigène stréotolysine O (ASLO)	5000	Goute Epaisse (GE)	00
Bilirubine conjugue	4000	Groupe sanguin et rhésus	3000
Bilirubine totale	4000	Liquide céphalorachidien	5000
Calcium (Ca2+)	5000	Magnésium (Mg2+)	5000
Clore	5000	Marqueur d'hépatite (HCV)	5000
Cholesterole HDL	5000	Numération formule sanguine (NFS)	4000
Cholesterole LDL	5000	Potasium (K+)	5000
Cholesterole total	3000	Prélèvement urétal (PU)	6000
Créatine	2000	Prélèvement vaginal (PV)	6000
CRP	4000	Proidémie	5000
Electrophorèse de protéines	10000	PSA (Prostate)	5000
Electrophorèse, d'hémoglobine	10000	Réaction de bordet wasserman (BW)	5000
Examen cytobactériologique des urines (ECBU)	5000	Rubéole	5000
Examen cytobactériologique de fonction	5000	Sérologie de widal et felix (WF)	5000
Examen parasitologique	2000	Sodium (Na+)	4000
Spermogramme et spermocytogramme	10000	Taux de prothombine (TP)	5000
TPHA	2500	Temps de céphaline AVEC	5000
Test de coombs direct	5000	Transaminase (TGO, TGP)	6000
Test de coombs indirect	5000	Triglycemies	3000
Toxoplasmose	5000	Urée	2000

Source : L'EPHR de Guiglo, 2024

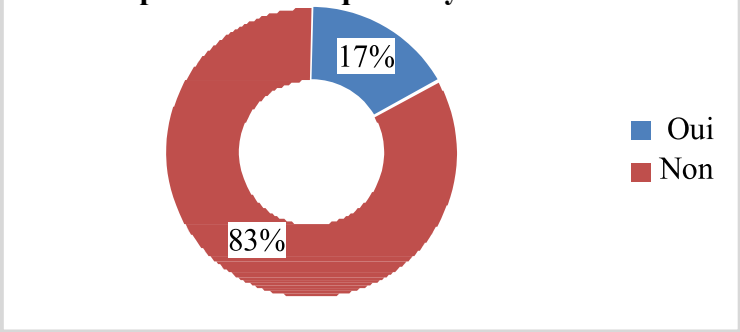
À l'exception de la Goutte Epaisse (GE) qui est gratuite, les frais des examens médicaux au laboratoire de l'EPHR de Guiglo varient entre 1000 et 10000 F CFA. Cependant, 70,83% des examens coûtent de 4000 à 10000 F CFA contre seulement 29,17%, dont les coûts sont de 1000 à 3000 F CFA. Ces coûts sont élevés pour ces ménages, étant donné que chaque individu malade peut effectuer plus de deux examens pour une seule consultation, sans occulter les frais des autres examens, en l'occurrence l'échographie, la radiographie, etc. À ces frais s'ajoutent le coût du transport qui varie entre 600 et 5000 F CFA pour l'aller et le retour selon la localité et le coût du traitement qui, selon 78% des chefs de ménage, oscille entre 15000 et 30000 F CFA, sans compter les dépenses engendrées par le séjour en cas

d'hospitalisations. De ce fait, le coût des prestations de soins et la capacité des ménages ruraux à payer les soins reçus déterminent le degré de fréquentation ou de l'accès aux soins dans l'EPHR de Guiglo, étant donné l'accès difficile à la CMU dans les zones rurales.

2.2.2.3 La faible proportion des bénéficiaires de la carte CMU et le non-respect de la politique de gratuité ciblée : des facteurs limitant l'accès aux soins

La Couverture Maladie Universelle (CMU) est une politique sanitaire ayant pour objectif de garantir à l'ensemble de la population résidant en Côte d'Ivoire l'accès à des soins de qualité dans des conditions financières soutenables. C'est donc une assurance dont toute la population (rurale et urbaine) et toutes les couches sociales (pauvres et riches) doivent bénéficier. Cependant, nous avons constaté que 63% des enquêtés ne possèdent pas la carte CMU contre 37%. Parmi les bénéficiaires de la carte (37%), seulement 17% l'utilise régulièrement (figure 5) contre 83% qui n'en profitent.

Figure 5 : Proportion des enquêtés ayant utilisé la carte CMU



Source : Traitement des données de l'enquête de terrain, 2024

Les raisons évoquées sont, entre autres, le manque d'information concernant son utilisation (étant donné que 51,19% des enquêtés sont analphabètes), son utilisation difficile, voire impossible dans les centres de santé ruraux, et le non-paiement des cotisations de 1000 par mois. Certains ne trouvent pas nécessaire de payer la cotisation mensuelle, étant donné qu'ils peuvent faire 3 à 7 ans sans faire de consultations dans un centre de santé urbain afin de pouvoir en bénéficier.

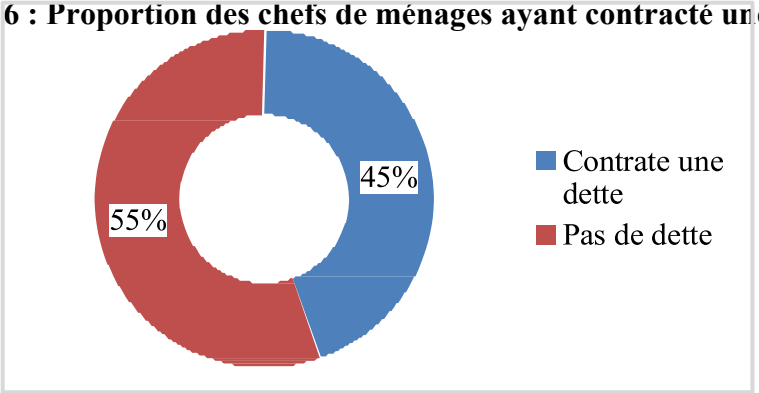
À cela s'ajoute le non-respect total de la politique de gratuité ciblée adoptée en 2012. En effet, 35% des enquêtés affirment qu'elle n'est pas totalement respectée, car selon eux, les médicaments du paludisme sont mis sur ordonnance, surtout les antipaludiques par voie injectable, ensuite les autres examens (NFS, CRP, Widal et Felix, etc.) sont également

payants chez les enfants de moins de 5 ans, sans occulter les dépenses faites pendant l'accouchement et les 48 premières heures des urgences. Le non-respect total des mesures de gratuité et l'absence de la carte CMU fonctionnelle impactent négativement le recours aux soins des populations rurales dans les structures sanitaires en général et dans l'hôpital de référence de Guiglo en particulier.

2.2.3 Des ménages ruraux de la sous-préfecture de Guiglo sous l'effet de l'endettement pour avoir accès à des soins de qualité

Certains chefs de ménages à faibles revenus ou vivant dans des conditions économiques précaires ont contracté une dette pour une quête de soins de qualité dans l'EPHR de Guiglo. Ils représentent 45% selon l'enquête (figure 6). Le montant contracté est compris entre 25000 et 150 000 F CFA. En effet, les ménages ruraux ont recours aux structures sanitaires de référence qu'en cas de complications ou de maladie grave. Dans ce cas de figure, les dépenses de la prise en charge sont énormes. De ce fait, étant donné la précarité des ressources financières et l'épuisement de leur épargne, ils sont souvent incapables de supporter le poids économique généré par les épisodes morbides.

Figure 6 : Proportion des chefs de ménages ayant contracté une dette



Source : Traitement des données de l'enquête de terrain, 2024

Les dépenses engendrées par le séjour en cas d'hospitalisation du malade, en l'occurrence la nourriture, le coût de la chambre, les frais de déplacement et autres, justifient également la dette contractée par les ménages ruraux. En dépit des politiques de gratuité de certains soins au niveau des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans et de la Couverture Maladie Universelle, une frange de la population rurale de la sous-préfecture de Guiglo n'arrive pas à se soigner correctement dans l'EPHR de Guiglo, l'hôpital de référence.

3. Discussion

En Côte d'Ivoire, l'accès aux soins de santé dans les hôpitaux de référence constitue un véritable casse-tête pour les populations rurales. Cette réalité est manifeste à l'échelle de la sous-préfecture de Guiglo. Les populations rurales de ladite sous-préfecture ont difficilement accès aux soins dans l'hôpital de référence de Guiglo. L'enquête auprès des chefs de ménages a révélé que seulement 21,37% ont eu recours aux soins contre 78,63% des enquêtés. Ce résultat est à l'image du taux d'utilisation des hôpitaux de référence au niveau national. Selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, dans les Rapports Annuels sur la Situation Sanitaire de 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020, les taux d'utilisation des hôpitaux de référence de 2016 à 2020 sont respectivement 28,39%, 9,9%, 9,2%, 8,3% et 7,28% (MSHP / CMU et DIIS, 2021, p.110, MSHP et DIIS, 2020, p.103, MSHP et DIIS, 2018, p.78, MSHP, 2017, p.60), des taux très faibles. Pour renchérir, A. E. ETIEN (2020, p.5) affirme dans son étude que, globalement, les services dans les hôpitaux de référence sont sous-utilisés, puisqu'en moyenne, six lits sur dix ne sont pas occupés. Plusieurs raisons expliquent cette faible proportion constatée. En effet, la précarité des routes, surtout le tronçon Guiglo-Taï et la longue distance, constituent une entrave à l'accès aux soins dans l'hôpital de référence de Guiglo. 53,56% des enquêtés parcourent plus de 10 km, et 65,17% mettent plus de 30 minutes. Ces résultats corroborent ceux de A. A KOUADIO (2010, p.449). Il a montré que, compte tenu du mauvais état et de la longueur des routes, les malades vivant dans les localités construites aux bords des routes d'intérêt régional éprouvent quelques difficultés de déplacement pour avoir accès aux soins. Pour l'auteur, le facteur distance/temps est un véritable problème pour la population rurale en ce qui concerne l'accès aux soins dans les structures sanitaires. La distance entre le lieu de résidence et les infrastructures sanitaires de niveau 2 est relativement longue, a-t-il signifié A. E. ETIEN (2020, p.6).

En outre, le coût du transport, les frais élevés des prestations de santé et la cherté des médicaments constituent des facteurs économiques répulsifs de l'accès aux soins des populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo, étant donné que 52% des chefs de ménages ont un revenu en dessous du SMIG. Des résultats similaires ont été obtenus par d'autres auteurs. MARIKO (2003), A. LEGAL (2004), M. AUDIBERT *et al.* (2005) cité par M. FOFANA *et al*. (2014, p. 98) ont montré qu'il y a un lien entre le faible recours aux soins de santé et le coût que cela implique en termes de transport, d'achat de soins et de consultation. D'après M. FOFANA *et al*. (2014, p. 103), pour 28,33% des enquêtés, le recours ou non aux services de santé a été mis en relation avec le coût des soins de santé et leur

pouvoir d'achat. Quant à Z. B. GOBA (2012, p. 150), il a mentionné dans son étude que la cherté des médicaments, même dans les officines des centres de santé constitue le nœud du problème d'accès aux soins. Selon le même auteur, 54% des personnes interrogées ont déclaré ne s'être pas rendues dans un centre de santé depuis dix ans, du fait du coût de la consultation et des médicaments, et 30% se font consulter par un médecin de centre de santé urbain, mais achètent leurs médicaments dans la rue.

La politique « de recouvrement de coût » dans les hôpitaux publics, à travers le paiement direct, constitue un facteur déterminant le non-recours aux soins dans les hôpitaux publics en général et dans l'hôpital de référence de Guiglo en particulier. Les enquêtés ont tous reconnu que les frais des examens médicaux au laboratoire et dans les autres services sont élevés. Pour un seul recours, ils estiment que les dépenses de santé sont élevées. Ces résultats concordent avec ceux du MSHP (2016, p.20) au niveau national. Selon le Ministère, la contribution des ménages au financement de la santé est très élevée. Elle représentait respectivement 72%, 69% et 51, 08% de la dépense totale de santé en 2007, 2008 et 2013. En 2018, elle était estimée également à 39,43% (MSHP-CMU, 2021, p.27). Même si cette dépense a connu une baisse, de 2008 à 2018, les ménages demeurent la principale source de financement à travers les paiements directs selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Cette situation met les ménages dans une position de grande vulnérabilité face à la maladie. Ainsi, dans son rapport, D. DENIZHAN (2019, p.69) a-t-il montré qu'en 2015, 17 % de la population s'est enlisée davantage dans la pauvreté en raison des dépenses directes. C'est pourquoi A. E. ETIEN (2020, p.6) soutient que le paiement direct de soins accroît le renoncement aux soins médicaux.

Ces contraintes économiques ont poussé 45% des chefs de ménages à faibles revenus à contracter des dettes d'environ 25000 à 150 000 F CFA et 66% à s'orienter vers les soins traditionnels, à l'effet de fuir les dépenses de santé jugées onéreuses. Des résultats similaires ont été obtenus par K. A. KOFFI (2024, p.149 et 221) à Zuénoula. Selon l'auteur, du fait de leurs conditions économiques précaires, 17% des mères enquêtées ont contracté une dette de 10 000 à 30 000 F CFA pour la prise en charge de leurs enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme grave, et 31% ont eu recours à la médecine traditionnelle.

Conclusion

L'étude a permis de mettre en exergue les avancées de la politique sanitaire ivoirienne, mais de relever aussi les difficultés rencontrées par les populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo dans la quête de soins dans le centre de référence de Guiglo. En effet, la Côte d'Ivoire

a engagé des efforts notables pour optimiser la couverture sanitaire à travers des politiques telles que la gratuité ciblée des soins, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et le renforcement des infrastructures sanitaires, notamment l'EPHR de Guiglo. Toutefois, dans la sous-préfecture de Guiglo, plusieurs obstacles persistent : les coûts du trajet, de la consultation et des examens médicaux. À cela s'ajoutent la longue distance, le temps mis et la précarité des routes. Du fait de leurs conditions économiques précaires et de leurs positions géographiques, les populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé dans l'EPHR de Guiglo. Les ménages à faibles revenus contractent des dettes pour se soigner ou s'orientent vers les soins traditionnels.

Afin d'assurer un accès réel et équitable aux soins de santé des ménages ruraux de ladite sous-préfecture, il sera important de bitumer le tronçon Guiglo-Taï, de réduire les frais des prestations dans les hôpitaux de référence et d'optimiser l'accès et l'utilisation de la CMU dans les villages.

Références bibliographiques

DENIZHAN Duran, 2019, *Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire,* rapport dans le cadre du programme de financement de la santé en Côte d'Ivoire de la Banque mondiale, Abidjan, 78p.

ETIEN Amany Elysée, 2020, « L'accès aux soins dans les hôpitaux publics ivoiriens : une analyse par le modèle de comptage », Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, 14p.

FOFANA Memon et DAYORO Z. Arnaud Kevin, 2014, « Le recours aux systèmes de santé publique en Côte d'Ivoire : une approche par le noyau dur dans le district sanitaire d'Agboville », *in Rev. ivoir. anthropol. sociol. KASA BYA KASA,* n° 24, p.97-110.

GOBA Boliga Zéphirin, 2012, « L'impact des politiques de santé publique en Côte d'Ivoire 1980-2010 : état des lieux, conséquences et perspectives », Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody, Abidjan, *Rev hist archéol afr* (*GODO GODO),* vol.22, p.142-157.

INS, 2015, *RGPH 2014_Répertoire des localités : région du Cavally, Abidjan*, 36p.

KOFFI, Kouadio Athanase, 2024, *Étude géographique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et recours aux soins dans la ville de Zuénoula (Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire)*, thèse unique de doctorat en géographie, Université Alassane OUATTARA, Bouaké, Côte d'Ivoire, 346p.

KOFFI Loukou Bernard, 2022, « La santé publique en Côte d'Ivoire : un secteur clé de développement en difficulté (1980-1994) », *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. Vol.11, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody, Abidjan, p.38-44.

KOUADIO Akou Aka, 2010, « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », *in Les Cahiers d'Outre-Mer*, Revue de géographie de Bordeaux, p.439-459.

MSHP, 2016, *Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire*, Abidjan, 67p.

MSHP et DPPEIS, 2016, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS)* 2015, Abidjan, 316p.

MSHP, 2017, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2016*, Abidjan, 351p.

MSHP et DIIS, 2018, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2017*, Abidjan, 397p.

MSHP et DIIS, 2020, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2019*, Abidjan, 471p.

MSHP/CMU, 2021, *Plan national de développement sanitaire 2021-2025*, Abidjan, 157p.

MSHP/CMU et DIIS, 2021, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2020*, Abidjan, 593p.

MSHP et DIPE, 2010, *Critères et normes d'implantation et d'ouverture des établissements sanitaires*, Abidjan, 17p.

MSLS, 2012, *Plan National de Développement sanitaire 2012 – 2015,* Abidjan, 94p.

N'DRI Yoman, 2008, « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire », Vendredi du CERAP, 12p.

OMS, 2017, *Stratégie de coopération de l'OMS 2016-2020 : Côte d'Ivoire 2016*, Abidjan, 87p.

OMS, 2010, *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation*, Genève, 73p.

webographie

https://fr.wikipedia.org/wiki/Guiglo, consulté le 02 / 09 / 2025 à 21 h 10 min

https://www.rezoivoire.net/ivoire/villes-villages/399/la-ville-de-guiglo.html, consulté le 02/ 09 / 2025 à 21 h 35 min