N° 3
juin
2025

GÉOPORO

ISSN : 3005-2165

Revue de Géographie du PORO

Département de Géographie
Université Péléforo Gon Coulibaly

www.geoporo.net

Revue de Géographie du Poro
Université Peleforo Gon Coulibaly
Korhogo – Côte d'Ivoire

Indexations

https://sjifactor.com/passport.php?id=23980

https://reseau-mirabel.info/revue/21571/Geoporo

https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/947477

https://portal.issn.org/resource/ISSN/3005-2165

Éditorial

L'histoire de la production du savoir géographique, a été conçue et l'est toujours à partir de la dynamique d'une pensée et d'un discours scientifique**.**

Cette production du savoir géographique touche aux méthodes, aux concepts, aux théories, aux emprunts de la discipline et à sa place dans la sphère des sciences. Elle concerne l'objet de la géographie comme un corps de savoir spécifique dans le corpus scientifique. D'une pensée de la géographie qui privilégie la description des faits pour atteindre l'explication par une démarche inductive, vision utilisée par les principaux fondateurs de la géographie, elle parvient à l'explication des phénomènes étudiés.

Trouver des réponses aux questions d'aujourd'hui, c'est dépasser l'étude des apparences visibles pour se pencher aussi sur les rôles invisibles de l'espace dans la vie de chacun et dans le fonctionnement de la société. La géographie cherche dans ce contexte à devenir une science nomothétique avec des chercheurs qui suivent simultanément deux voies. La première qui est une quête de similarité présente dans la diversité des espaces et, à partir d'elle des règles (voir des lois) qui caractérisent l'organisation de l'espace par l'homme. Et la deuxième, celle d'un recours à la démarche déductive comme méthode scientifique.

Quant au discours scientifique, il privilégie d'une part l'analyse spatiale, la recherche de règles, voire de lois dans la répartition des objets dans l'espace. A ce titre, il s'efforce d'analyser les formes spatiales en mettant en évidence les processus à l'œuvre. Et d'autre part, il recherche le sens de ces formes spatiales, sens qu'elles ont pour les divers groupes utilisateurs de l'espace à titre permanent ou temporaire. Tout en ne perdant pas de vue que la pensée et le discours doivent nourrir la science géographique, le rôle du géographe n'est-il pas alors de produire des connaissances utiles pour expliquer les comportements humains dans l'espace et d'en analyser les conséquences ? Pour ce faire, la Géographie s'est appropriée des outils et des techniques tels que le Système d'Information Géographique qui ont fait d'elle une des sciences avec lesquelles il faut compter face aux nombreux enjeux d'un monde dynamique.

En clair, la Géographie se positionne comme la science de prise de décision, voire la science de l'avenir. **GEOPORO** se présente alors comme la plateforme de publication et de publicisation des recherches des géographes d'ici et d'ailleurs soucieux par la qualité de leur contribution à participer aux prises de décisions dans leur environnement socio politique, économique et culturel. Cette revue est dotée d'un conseil scientifique et de lecture international.

Par **KONAN Kouamé Hyacinthe**

« GEOPORO » LA REVUE DU DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE DE L'UNIVERSITE PELEFORO GON COULIBALY

COMITÉ ÉDITORIAL

Directeur de Publication
KOFFI Brou Emile, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

Rédacteur en Chef
TAPE Sophie Pulchérie, Maître de Conférences, Université Peleforo GON COULIBALY

Membres du Secrétariat
- Dr KONAN Hyacinthe, Maître de Conférences, Université Peleforo GON COULIBALY
- Dr DIOBO KPAKA Sabine, Maître de Conférences, Université Peleforo GON COULIBALY
- Dr SIYALI Wanlo Innocents, Maître-assistant, Université Peleforo GON COULIBALY
- Dr COULIBALY Moussa, Maître-assistant, Université Peleforo GON COULIBALY
- Dr DOSSO Ismaïla, Assistant, Université Peleforo GON COULIBALY

COMITE SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL

1. KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire de Géographie, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
2. YAPI-DIAHOU Alphonse, Professeur Titulaire de Géographie, Université Paris 8 (France)
3. ALOKO-N'GUESSAN Jérôme, Directeur de Recherches en Géographie, Université Felix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)
4. VISSIN Expédit Wilfrid, Professeur Titulaire de Géographie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
5. ANOH Kouassi Paul, Professeur Titulaire de Géographie, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
6. EDINAM Kola, Professeur Titulaire de Géographie, Université de Lomé (Togo)
7. BIKPO-KOFFIE Céline Yolande, Professeur Titulaire de Géographie, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
8. GIBIGAYE Moussa, Professeur Titulaire de Géographie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
9. VIGNINOU Toussaint, Professeur Titulaire de Géographie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
10. ASSI-KAUDJHIS Joseph, Professeur Titulaire de Géographie, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
11. SOKEMAWU Koudzo, Professeur Titulaire de Géographie, Université de Lomé (Togo)
12. MENGHO Maurice Boniface, Professeur Titulaire, Université de Brazzaville (République du Congo)
13. NASSA Dadié Désiré Axel, Professeur Titulaire de Géographie, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
14. KISSIRA Aboubakar, Professeur Titulaire de Géographie, Université de Parakou (Benin)

15. KABLAN Hassy N'guessan Joseph, Professeur Titulaire de Géographie, Université Felix Houphouët- Boigny, (Côte d'Ivoire)
16. VISSOH Sylvain, Professeur Titulaire de Géographie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
17. DIBI-ANOH Pauline, Professeur Titulaire de Géographie, Université Felix Houphouët-Boigny, (Côte d'Ivoire)
18. LOBA Akou Franck Valérie, Professeur Titulaire de Géographie, Université Felix Houphouët- Boigny, (Côte d'Ivoire)
19. MOUNDZA Patrice, Professeur Titulaire de Géographie, Université Marien N'Gouabi (Congo)
20. Jürgen RUNGE, Professeur titulaire de Géographie physique et Géoecologie, Goethe-University Frankfurt Am Main (Allemagne)
21. YANOGO Pawendkisgou Isidore, Professeur Titulaire de Géographie, Université Norbert ZONGO (Burkina Faso)

<u>COMITE DE LECTURE INTERNATIONAL</u>

1. KOFFI Simplice Yao, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
2. KOFFI Yeboué Stephane Koissy, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
3. KOUADIO Nanan Kouamé Félix, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire),
4. KRA Kouadio Joseph, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire),
5. TAPE Sophie Pulchérie, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
6. ZOUHOULA Bi Marie Richard Nicetas, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
7. ALLA kouadio Augustin, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
8. DINDJI Médé Roger, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
9. DIOBO Kpaka Sabine Epse Doudou, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
10. KOFFI Lath Franck Eric, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
11. KONAN Hyacinthe, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
12. KOUDOU Dogbo, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
13. SILUE Pebanangnanan David, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
14. FOFANA Lancina, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
15. GOGOUA Gbamain Franck, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

16. KAMBIRE Sambi, Maitre de Conférences en Géographie, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
17. ASSUE Yao Jean Aimé, Maitre de Conférences en Géographie, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
18. GNELE José Edgard, Maitre de conférences en Géographie, université de Parakou (Benin)
19. KOFFI Yao Jean Julius, Maitre de Conférences, Université Alassane Ouattara, (Côte d'Ivoire)
20. MAFOU Kouassi Combo, Maitre de Conférences en Géographie, Université Jean Lorougnon Guédé (Côte d'Ivoire)
21. SODORE Abdoul Azise, Maître de Conférences en Géographie, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso)
22. ADJAKPA Tchékpo Théodore, Maître de Conférences en Géographie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
23. BOKO Nouvewa Patrice Maximilien, Maitre de Conférences en Géographie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
24. YAO Kouassi Ernest, Maitre de Conférences en Géographie, Université Jean Lorougnon Guédé (Côte d'Ivoire)

1. Note aux contributeurs

«GEOPORO», la revue du département de géographie de l'université Peleforo Gon Coulibaly fondé *en 2023* est un espace de diffusion de travaux originaux des Sciences géographiques. Elle publie des articles originaux, rédigés en français, non publiés auparavant et non soumis pour publication dans une autre revue. Les normes qui suivent sont conformes à celles adoptées par le Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et Sciences Humaines/CAMES. Les contributeurs doivent s'y conformer.

1.1. Les manuscrits

Un projet de texte soumis à évaluation, doit comporter un titre en français et en anglais (Book Antiqua, taille 12, Lettres capitales, Gras), la signature (Prénom(s) et NOM (s) de l'auteur ou des auteurs, l'institution d'attache), l'adresse électronique de (des) auteur(s), le résumé en français (250 mots), les mots-clés (cinq), le résumé en anglais (du même volume), les keywords (même nombre que les mots-clés). Le résumé doit synthétiser le contexte d'étude, l'objectif général, la méthodologie et les principaux résultats. Le manuscrit doit respecter la structuration habituelle du texte scientifique : Introduction (Problématique ; Hypothèse et Intérêt de l'étude compris) ; Outils et Méthode ; Résultats ; Discussion ; Conclusion ; Références bibliographiques. Les notes infrapaginales sont à proscrire. Ecrire les noms scientifiques et les mots empruntés à d'autres langues que celle de l'article en italique. Le nombre de pages du projet d'article (texte à rédiger dans le logiciel word, Book antiqua, taille 12, interligne 1.5) ne doit pas excéder 15. Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante : 1. Premier niveau, premier titre (Book antiqua 12 gras), 1.1. Deuxième niveau (Book antiqua 12 gras italique), 1.2.1. Troisième niveau (Book antiqua 12 italique).

1.2. Les illustrations

Les tableaux, les figures (carte et graphique), les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis (centré), placé en-dessous de l'élément d'illustration (Taille 11). La source (centrée) est indiquée en-dessous du titre de l'élément d'illustration (Taille 10). Ces éléments d'illustration doivent être : i. Annoncés, ii. Insérés, iii. Commentés dans le corps du texte.

La présentation des illustrations (figures, tableau, photos et schéma) doit respecter le miroir de la revue. Ces documents doivent porter la mention de la source, de l'année et de l'échelle (pour les cartes).

2. Notes et références

2.1. La citation des passages

Les passages cités sont présentés entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépasse trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.

2.2. Les références de citation

Elles sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit : - Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées (B. A. SY. 2008, p. 18) ; - Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées). Exemples: - En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p. 223), est «d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (…)» - Pour dire plus amplement ce qu'est cette capacité de la société civile, qui dans son déploiement effectif, atteste qu'elle peut porter le développement et l'histoire, S. B. Diagne (1991, p. 2) écrit : Qu'on ne s'y trompe pas : de toute manière, les populations ont toujours su opposer à la philosophie de l'encadrement et à son volontarisme leurs propres stratégies de contournements. Celles-là, par exemple, sont lisibles dans le dynamisme, ou à tout le moins, dans la créativité dont sait preuve ce que l'on désigne sous le nom de secteur informel et à qui il faudra donner l'appellation positive d'économie populaire. - Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit : Le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socioculturelle et de civilisation traduisant une impréparation socio-historique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères. (S. Diakité, 1985, p. 105).

2.3. Les divers éléments d'une référence bibliographique

Ils sont présentés comme suit : Nom et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Titre, Lieu de publication, Editeur, pages (p.) pour les articles et les chapitres d'ouvrage. Le titre d'un article est présenté 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 Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2nde éd.).

2.4. Les références bibliographiques

Elles sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Par exemple :

AMIN Samir, 1996, Les défis de la mondialisation, Paris, L'Harmattan.
AUDARD Cathérine, 2009, Qu'est-ce que le libéralisme ? Ethique, politique, société, Paris, Gallimard.
BERGER Gaston, 1967, L'homme moderne et son éducation, Paris, PUF. DIAGNE TAPE Sophie Pulchérie, 2019, « *Festivals culturels et développement du tourisme à Adiaké en Côte d'Ivoire* », Revue de Géographie BenGéO, Bénin, 26, pp.165-196.

Pour les travaux en ligne ajouter l'adresse électronique (URL), la date et l'heure de consultation.

3. Nota bene

3.1. Le non-respect des normes éditoriales entraîne le rejet d'un projet d'article.

3.2. Tous les prénoms des auteurs doivent être entièrement écrits dans la bibliographie.

3.3. Pagination des articles et chapitres d'ouvrage, écrire p. 2-45 par exemple et non pp. 2-45.

3.4. En cas de co-publication, citer tous les co-auteurs.

3.5. Eviter de faire des retraits au moment de débuter les paragraphes.

3.6. Plan : Introduction, Outils et méthode, Résultats, Discussion, Conclusion, Références Bibliographiques.

3.7. L'année et le numéro de page doivent accompagner un auteur cité dans le texte (Introduction – Méthodologie – Résultats – Discussion). Exemple : KOFFI S. Y. *et al.* (2023, p35) ou (ZOUHOULA B. M. R. N., 2021, p7).

Résumé : dans le résumé, l'auteur fera apparaître le contexte, l'objectif, faire une esquisse de la méthode et des résultats obtenus. Traduire le résumé en Anglais (y compris le titre de l'article).

Introduction : elle doit comporter un bon croquis de localisation du secteur de l'étude.

Outils et méthode : l'auteur expose uniquement ce qui est des outils utilisés lors des enquêtes entre autres et l'approche méthodologique.

Résultats : l'auteur expose ses résultats qui sont issus de la méthodologie annoncée dans Outils et méthode (pas les résultats d'autres chercheurs). Il doit également faire l'analyse des résultats en traduisant l'explication de la relation entre les différentes variables, objet de l'article.

Discussion : la discussion est placée avant la conclusion ; Dans cette discussion, confronter les résultats de votre étude avec ceux des travaux antérieurs pour dégager les différences et similitudes, dans le sens d'une validation scientifique de vos résultats. La discussion est le lieu où le contributeur dit ce qu'il pense des résultats obtenus, il discute les résultats ; c'est une partie importante qui peut occuper jusqu'à plus de deux pages.

Conclusion : elle devra être concise et précise.

Enfin, les auteurs sont entièrement responsables du contenu de leurs contributions. La Revue ***GEOPORO*** reçoit en continu les contributions et paraît deux fois dans l'année : juin et décembre. Le nombre d'instructions pour accepter une contribution est de 1 (une) au moins. Un article accepté pour publication dans ***GEOPORO*** exige de ses auteurs une contribution financière de 50 000 FCFA, représentant les frais d'instruction et de publication.

ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRE DANS LES CENTRES DE SANTÉ DES 3 CAPITALES RÉGIONALES DU DISTRICT DES SAVANES AU NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE

Sindou Amadou KAMAGATE

Département de Géographie, Université Peleforo GON COULIBALY, Korhogo, Côte d'Ivoire

***Email** : sindou1985@yahoo.fr*

Brahima CISSE

Département de Géographie, Université Peleforo GON COULIBALY, Korhogo, Côte d'Ivoire

***Email** : cbrahima152@gmail.com*

Résumé :

Cette étude est une contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable 3 (ODD 3) qui promeut l'accès à la santé pour tous. Son objectif est de comparer l'accessibilité des populations aux soins primaires dans les centres de santé des 3 capitales régionales du district des savanes que sont Korhogo, Boundiali et Ferkessédougou en Côte d'Ivoire. La méthodologie de recherche s'est reposée sur la recherche documentaire et les enquêtes de terrain. La recherche documentaire a consisté à faire une revue des écrits scientifiques portant sur l'accès aux soins de santé des populations. Les enquêtes de terrain ont permis de localiser toutes les infrastructures sanitaires de ces trois villes. Une enquête par questionnaire a été menée auprès de 910 chefs de ménages repartis dans ces trois villes pour recueillir les informations liées à la santé. Un entretien a été fait auprès des responsables des districts sanitaires de ces villes pour avoir des données sanitaires. Les résultats obtenus ont montré que la répartition des infrastructures sanitaires, le ratio du personnel de santé par rapport à la population, les facteurs socio-économiques et culturels, la perception qu'ont les populations des prestations sanitaires et l'ineffectivité de la couverture maladie universelle (CMU) sont les principales contraintes qui limitent l'accès des populations aux soins dans les centres de santé de ces 3 villes. L'étude a aussi montré que Boundiali a la meilleure accessibilité des populations aux soins dans les centres de santé par rapport à Ferkessédougou qui est deuxième et Korhogo vient en dernière position.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, Capitales régionales, District savanes, Accès, Soins primaires

Abstract:

This study is a contribution to the achievement of Sustainable Development Goals 3 (SDG 3), which promotes access to health for all. Its objective is to compare the population's accessibility to primary care in the health centers of the three regional capitals of the Savanes district, namely Korhogo, Boundiali and Ferkessedougou in Ivory Coast. The research methodology was based on documentary research and field surveys. The documentary research consisted of a review of scientific literature on access to health care for populations. The field surveys made it possible to locate all the health infrastructures in these three cities. A questionnaire survey was conducted among 910 heads of households in these three cities to collect health-related information. An interview was conducted with the heads of the health districts of these cities to obtain health data. The results obtained showed that the distribution of health infrastructure, the ratio of health personnel to the population, socio-economic and cultural factors, the perception that the population has of health services and the ineffectiveness of universal health coverage (CMU) are the main constraints which limit the population's access to care in the health centers of these 3 cities. The study also showed that Boundiali has the best accessibility of populations to care in health centers compared to Ferkessedougou which is second and Korhogo comes last.
Keywords: Ivory Coast, Regional capitals, Savanes district, Access, Primary care

Introduction

Dans les pays en développement, la bonne santé et le bien-être pour tous sont loin d'être atteints étant donné que leurs systèmes de santé souffrent de plusieurs problèmes, notamment la sous-utilisation des services de santé, la faible qualité des soins, le sous-financement et l'insuffisance des ressources humaines compétentes (E. Kuamba et *al.*, 2020, p. 809). C'est dans ce cadre que s'inscrit l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD 3), qui fait partie des préoccupations internationales visant à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être pour tous à tout âge (Nations Unies, 2015, p. 8). Ainsi, pour atteindre ces objectifs et assurer une meilleure santé à tous, le gouvernement ivoirien s'est engagé dans une dynamique de réformes du secteur de la santé qui a principalement concernée la mise en œuvre du recouvrement des coûts au niveau des services de santé publique tel que

recommandé dans le cadre de l'Initiative de Bamako (V. Ridde, 2004, p. 14), la fixation d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la mise en œuvre du modèle d'organisation des services extérieurs de santé basés sur les districts sanitaires tel que promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Parallèlement à ces réformes, plusieurs programmes verticaux ont été mis en place à travers le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) afin de faciliter le recours de la population aux systèmes de santé publique (K. Traoré et *al.*, 2016, p. 2039). Malgré toutes ces initiatives, le système sanitaire ivoirien fait face à de nombreux défis surtout dans les régions Nord du pays où les indicateurs de santé se sont fortement dégradés en raison de la crise qu'a connu le pays entre 2002 et 2011. C'est dans ce contexte que s'inscrit cette étude qui porte sur l'accès aux soins de santé primaire des populations dans les 3 capitales régionales du district des savanes au Nord de la Côte d'Ivoire. La question centrale qu'elle pose est : quelle est la capitale régionale du district des savanes qui a la meilleure accessibilité aux soins primaire dans les centres de santé ? Son objectif général est donc de comparer l'accessibilité aux soins de santé primaire des populations de Korhogo, Boundiali et Ferkessédougou dans l'atteinte des ODD 3. Spécifiquement, il s'agit d'analyser les offres de soins de santé de ces 3 villes et d'identifier les contraintes liées à l'accès aux soins de santé des populations.

1. Outils et méthodes de travail

1.1. Présentation de la zone d'étude

Situé au Nord de la Côte d'Ivoire, le district des savanes est composé de trois régions que sont les régions du Poro, du Tchologo et de la Bagoué. Cette étude s'est intéressée aux capitales de ces 3 régions. Il s'agit de la ville de Korhogo pour la région du Poro, Boundiali pour la région de la Bagoué et Ferkessédougou pour la région du Tchologo (Figure 1).

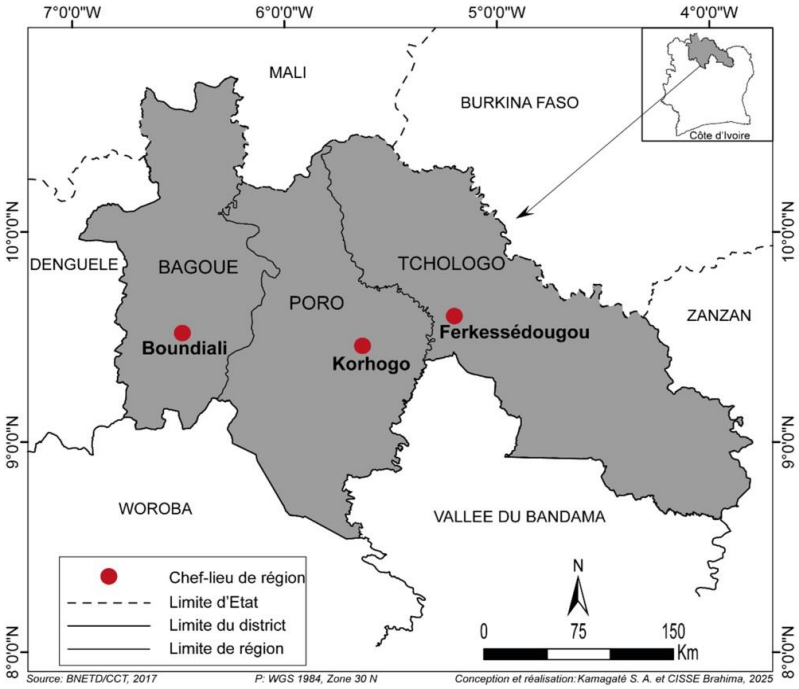

Figure **1 : Localisation du district des savanes au nord de la Côte d'Ivoire**

La crise qu'a connue la Côte d'Ivoire entre 2002 et 2011 a eu des effets considérables sur son système sanitaire surtout dans le nord du pays qui était le fief de la rébellion. Cette situation a participé à la dégradation des infrastructures sanitaires entrainant ainsi la baisse du taux d'accessibilité des populations aux soins de santé.

1.2. Techniques de collecte et de traitement des données

La recherche documentaire et les enquêtes de terrain sont les deux techniques qui ont servi à la réalisation de cette étude. La recherche documentaire a permis de faire une lecture des écrits scientifiques qui ont abordé la problématique de l'accès aux soins de santé des populations. Les enquêtes de terrain ont consisté à faire d'abord une observation directe pour géolocaliser toutes les infrastructures sanitaires des 3 villes grâce à l'application Kobocollect. Ensuite, un entretien a été fait avec les responsables des différents districts sanitaires pour recueillir des informations sanitaires. Et enfin, un questionnaire a été adressé à 910 chefs de ménages de ces 3 villes choisis de façon aléatoire dont 366 à Korhogo et 272 à Ferkessédougou et Boundiali pour savoir les contraintes qui limitent leur accès aux soins dans les centres de santé. Cet échantillon est obtenu à partir de la formule de Fisher ($n = t^2 \times p (1 - p) / e^2$) avec un taux de confiance de 90% ($t = 1,65$), une proportion de la population mère de 50% ($p = 0,5$) et

une marge d'erreur de 5% (e = 0,05). Afin de comparer l'accessibilité aux soins dans les centres de santé de ces 3 villes, il a été élaborée une matrice qui permet de faire la synthèse et de calculer le niveau d'accessibilité des populations des dites villes aux centres de santé. Ainsi, chaque ville a été notée sur les 8 critères de cette étude. Le pourcentage positif obtenu pendant l'enquête de terrain est la note attribuée au critère pour la ville. Aussi, le respect des normes de l'OMS équivaut à 100%, le non-respect à 0%. La somme obtenue par chaque ville a été divisée par 8 afin d'avoir le taux d'accessibilité de chaque ville selon cette étude. A l'issu des enquêtes, les données recueillies ont subi un traitement statistique avec le logiciel Excel pour réaliser des graphiques et un traitement cartographique avec Arc-Gis et Adobe Illustrator pour la conception des cartes.

2. Résultats

Les offres de soins primaires et les contraintes de l'accès aux centres de santé des populations des 3 capitales régionales du district des savanes en Côte d'Ivoire sont les principaux résultats de cette étude.

2.1. Offres de soins dans les capitales régionales du district des savanes

L'offre de soins primaires dans les centres de santé est l'ensemble des moyens matériels et humains utilisés pour répondre aux premiers besoins sanitaires d'une population.

2.1.1. Inégale répartition des infrastructures sanitaires dans les trois capitales régionales du district des savanes

La répartition spatiale des infrastructures sanitaires permet de mesurer la distance que parcourent les populations afin d'accéder aux centres de santé de base que sont les dispensaires et les maternités. Les infrastructures sanitaires sont inégalement réparties dans les villes du district des savanes (Figure 2).

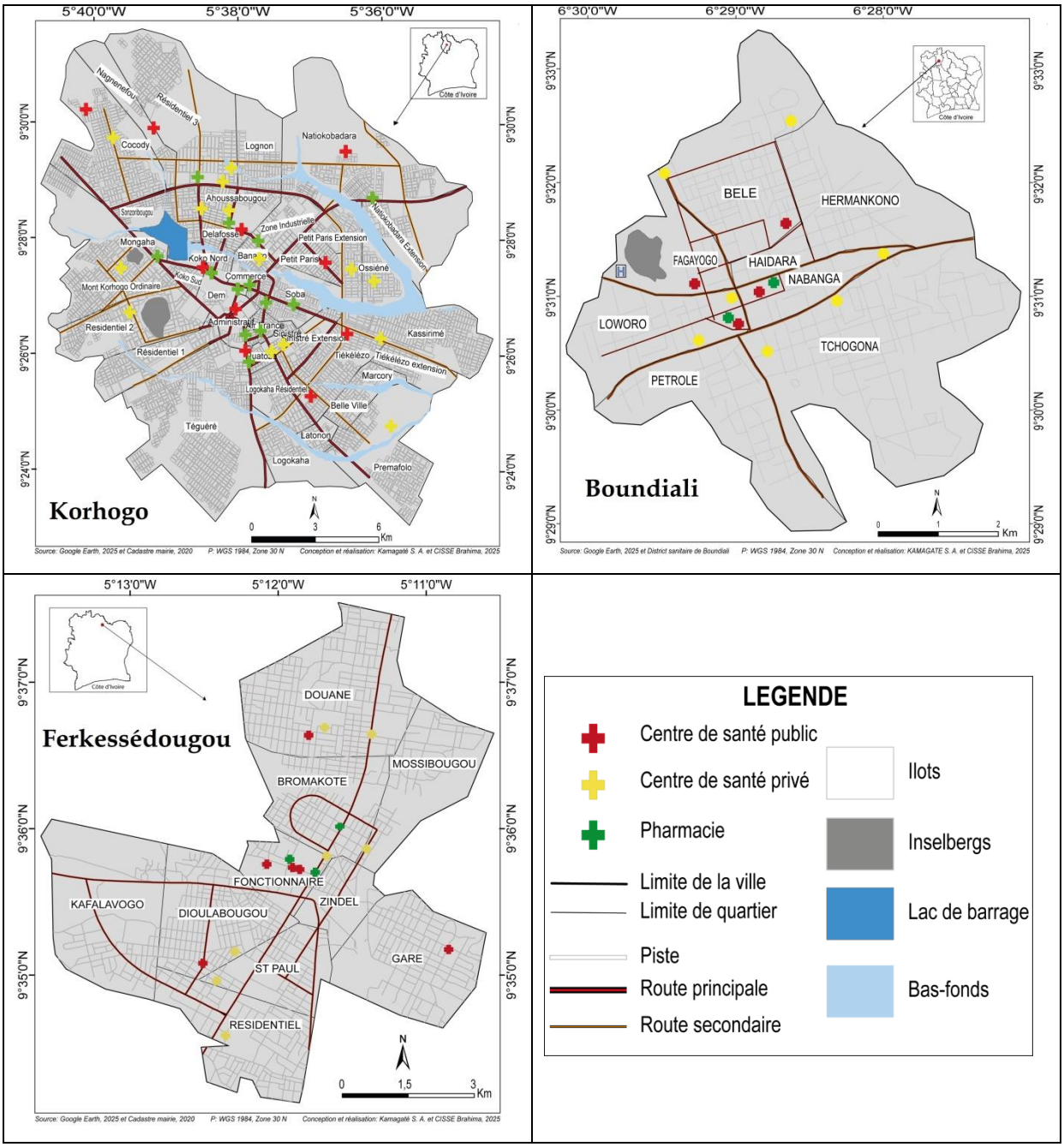

Figure 2 : Inégale répartition des infrastructures sanitaires de la ville de Ferkessédougou, Boundiali et Korhogo

Il existe une disparité géographique des infrastructures sanitaires dans les 3 capitales régionales du district des savanes. Dans les villes de Boundiali et Ferkessédougou, ce sont les quartiers centraux qui concentrent plus les centres de santé que les quartiers périphériques. Même si à Ferkessédougou, les quartiers situés au Nord et au Sud bénéficient de quelques centres de santé. Contrairement à Boundiali, où les zones Sud et Nord sont pratiquement désertes de centres de santé. À Korhogo, il faut

également noter que les infrastructures sanitaires sont inégalement réparties. Le Sud-Ouest de la ville est dépourvu de centres de santé. L'inégale dispersion géographique des établissements sanitaires dans ces 3 villes constitue un frein à l'accès aux soins primaires seulement à Korhogo car 27,87% des populations de cette ville vivent à plus de 5 Km d'un centre de santé (Figure 3).

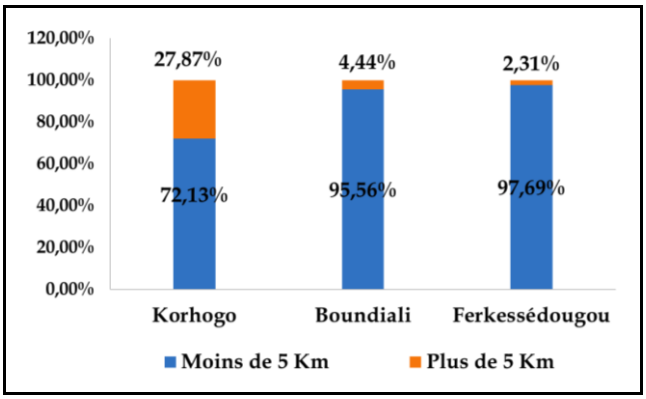

Figure 3 : Distance des ménages par rapport aux centres de santé

Source *: Enquête de terrain, 2024-2025*

Dans les villes de Boundiali et Ferkessédougou, la situation est plutôt acceptable où respectivement 95,56% et 97,69% des ménages enquêtés se retrouvent à moins de 5 Km d'un centre de santé. Malgré cette proximité des populations des centres de santé, Ferkessédougou a le meilleur taux de fréquentation qui s'élève à 81%. À Boundiali, ce taux est de 55% et à Korhogo de 61%. Ainsi, la distance n'est pas le seul facteur qui limite la fréquentation des centres de santé par les populations parce que le taux de fréquentation est en dessous du taux de proximité dans toutes ces 3 villes.

2.1.2. Ressource humaine dans les centres de santé du district sanitaire des savanes

La ressource humaine dans le domaine de la santé est un indicateur qui renseigne sur le ratio des professionnels de santé par rapport à la population, car la gestion du personnel de santé est un élément clé pour la performance d'un système sanitaire. Cet indicateur qui permet de connaître la représentativité des personnels soignants montre que Boundiali est en adéquation avec les normes de l'OMS qui stipule qu'il faut un Médecin pour 10 000 habitants, un Infirmier pour 5000 et une sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer. Cette ville présente un ratio indiquant un

médecin pour 4 281 habitants, un Infirmier pour 1 903 habitants et seulement 715 femmes en âge de procréer sont sous la charge d'une sage-femme (Figure 4).

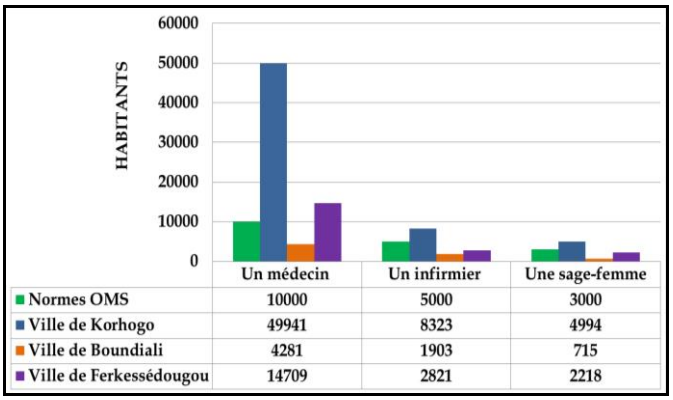

Figure 4 : Ratio personnel de santé par population dans les 3 capitales du district des savanes

Source : *Norme OMS (2022) et les districts sanitaires des villes*

À Korhogo, les normes de l'OMS ne sont pas respectées, car il faut noter que dans cette ville, il y'a un médecin pour 49 941 habitants, un infirmier pour 8 323 personnes et une sage-femme pour 4 994 femmes en âge de procréer. À Ferkessédougou, seul le ratio de médecin est en désaccord avec les normes de l'OMS. Globalement, Korhogo est la ville qui souffre le plus de la pénurie du personnel médical surtout en ce qui concerne les médecins, il y manque environ 4 médecins sur 5. Ce qui peut entraîner une surcharge de travail, une réduction du temps consacré à chaque patient et donc un obstacle à une prise en charge adéquate des patients dans cette ville.

2.2. Facteurs contraignant l'accès aux soins de santé des populations

Bien que la disponibilité des infrastructures et le ratio du personnel soignant par rapport à la population puissent déterminer l'accès au centre de santé, d'autres facteurs peuvent les limiter. Dans les 3 capitales régionales du district des savanes au nord de la Côte d'Ivoire, ce sont les déterminants socio-professionnels, le niveau d'instruction, la perception qu'ont les populations des prestations sanitaires dans les centres de santé et l'ineffectivité de la couverture maladie universelle (CMU) qui constituent les obstacles de l'accessibilité des populations aux centres de santé.

2.2.1. Activités socio-professionnelles et niveau d'instruction, des déterminants de l'accès aux soins dans les centres de santé

Dans les 3 capitales régionales du district des savanes en Côte d'Ivoire, le commerce est le principal secteur d'activités socio-professionnelles des chefs de ménages (Figure 5).

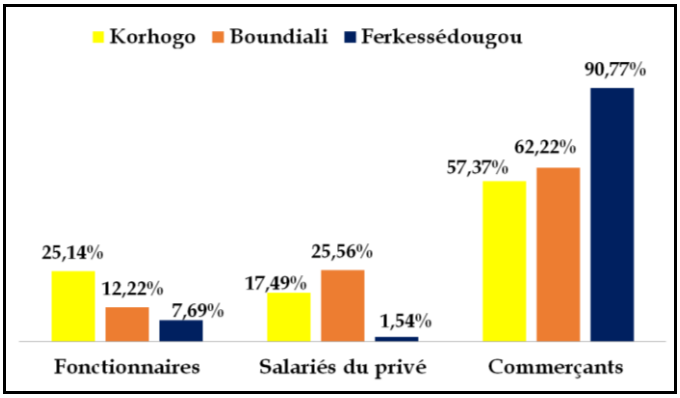

Figure 5 : Activités socio-professionnelles des chefs de ménages

Source *: Enquête de terrain, 2024-2025*

Dans la ville de Korhogo, 57,37% des chefs de ménages sont des commerçants contre 62,22% à Boundiali et 90,77% à Ferkessédougou. Les salariés du privé représentent à Korhogo et Boundiali respectivement 17,49% et 25,56%. Par contre à Ferkessédougou, ils représentent uniquement 1,54%. Quant aux fonctionnaires, ils correspondent à 25,14% à Korhogo. Ce taux chute de 12,22% à Boundiali et régresse même jusqu'à 7,69% dans la ville de Ferkessédougou. Il faut noter que la plupart des commençants de ces 3 villes exerce leur activité dans le secteur informel où le revenu est relatif. Ces derniers affirment qu'en cas de maladie, ils vont dans les centres de santé qu'en cas de gravité et/ou de complication. En plus du secteur de son activité socioprofessionnelle, le niveau d'instruction du chef de ménages (Figure 6) influence l'accès aux soins dans les centres de santé.

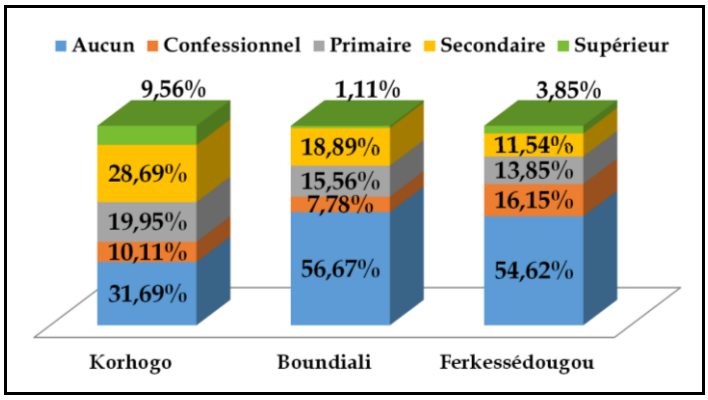

Figure 6 : Niveau d'instruction des chefs de ménages

Source *: Enquête de terrain, 2024-2025*

Le niveau d'étude est relativement faible dans les villes du district des savanes. La ville de Korhogo, malgré sa dotation en infrastructure scolaire et universitaire, le niveau d'instruction reste mitigé. En effet, sur les 366 ménages enquêtés, 31,69% de la population n'ont aucun niveau d'étude. Ce taux d'analphabète atteint 54,62% et 56,67% respectivement dans les villes de Ferkessédougou et Boundiali. Les chefs de ménages qui ont un niveau primaire et confessionnel ne sont pas aussi négligeables. Ils oscillent entre 7,78% et 19,95% dans ces 3 villes. Les chefs de ménages qui ont un faible niveau d'instruction ont d'autres recours thérapeutiques que les centres de santé. En effet, 90% des chefs de ménages n'ayant pas d'instruction et ceux qui ont un niveau confessionnel à Boundiali disent ne pas fréquenter systématiquement les centres de santé. Cette proportion est de 60% à Ferkessédougou et de 40% à Korhogo. Ces derniers se font consulter dans les structures de santé modernes sauf en cas d'une complication de leur état de santé. Par ailleurs, il convient de retenir que les individus ayant bénéficié d'une instruction formelle accorderaient une plus grande attention aux centres de santé. Ainsi, à Boundiali, 75% des chefs de ménages avec un minimum d'instruction fréquentent les centres de santé. Ce taux est de 80% pour ceux de Ferkessédougou. Ainsi, le facteur instruction est donc un déterminant de la fréquentation des centres de santé par les ménages.

2.2.2. Itinéraires thérapeutiques des populations en cas de maladie

En cas de problèmes de santé, la population de ces différentes villes fait généralement recours à la médecine moderne, aux soins traditionnels et aux médicaments prohibés (Figure 7).

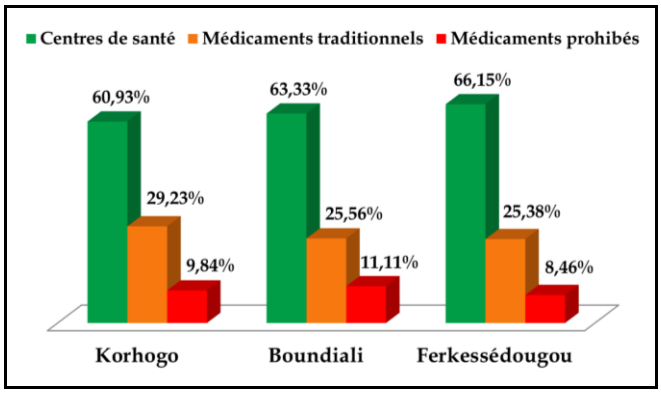

Figure 7 : Recours thérapeutiques des ménages en cas de maladies

Source *: Enquête de terrain, 2024-2025*

Dans toutes les 3 capitales du district des savanes au nord du pays, le premier recours aux soins des populations reste les centres de santé. En effet, plus de la moitié de la population de Korhogo (60,93%) fréquente un centre de santé en cas de maladie. À Boundiali et à Ferkessédougou, ce taux connait une légère hausse passant respectivement à 63,33% et 66,15%. Même si les centres santé restent le premier recours thérapeutique des populations, les médicaments traditionnels occupent une place non négligeable pour se soigner en raison des croyances culturelles des populations. C'est pourquoi dans ces 3 villes, plus du quart des populations (Korhogo - 29,23%, Boundiali - 25,56% et Ferkessédougou - 25,38%) préfèrent se soigner avec les médicaments traditionnels. L'ancrage culturel des populations est donc ici un facteur du choix de l'itinéraire thérapeutique. Aussi, environ 10% des populations de ces 3 ville utilisent les médicaments prohibés. Cette utilisation de médicaments prohibés même minime n'est pas acceptable car elle peut entrainer des implications sanitaires désastreuses. Il est donc judicieux que les pouvoirs publics renforcent tous les mécanismes mis en place pour éradiquer ce fléau.

2.2.3. Perception moyenne des prestations sanitaires dans les centres de santé

La perception qu'ont les populations de la qualité des soins dans les centres de santé joue un rôle essentiel dans leur fréquentation (Figure 8).

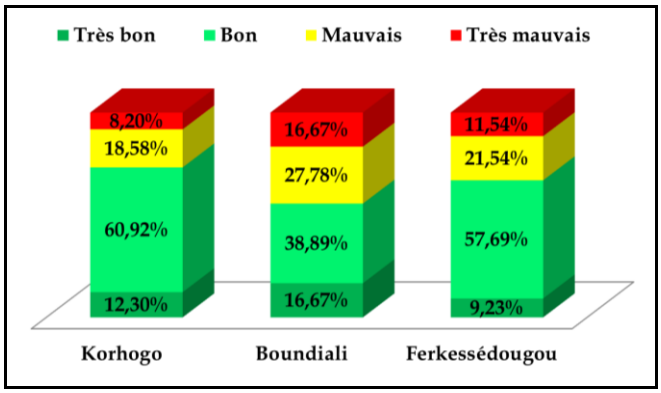

Figure 8 : Perceptions de la population sur les prestations sanitaires

Source *: Enquête de terrain, 2024-2025*

La perception des prestations sanitaires reste acceptable à Korhogo et à Ferkessédougou avec respectivement 73,22% et 66,92% de satisfaction des populations. Par contre, cette perception est moyenne pour les populations de Boundiali avec 55,56%. Les populations qui ont une mauvaise perception des prestations sanitaires dans les centres de santé de ces villes justifient cette situation par le mauvais accueil de certains agents de santé, l'inégalité sociale du personnel, le coût élevé de certains médicaments car ils estiment que le coût des soins est au-dessus de leurs moyens. Alors, les perceptions défavorables induisent les attitudes parfois méfiantes envers les services de soins dans les centres de santé et réduisent leur utilisation.

2.2.4. Ineffectivité de la Couverture Maladie Universelle (CMU)

La souscription à une assurance maladie est un système qui permet de supporter collectivement les charges financières de soins d'une personne adhérente. C'est ainsi que l'état ivoirien a instauré la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui est une assurance de santé obligatoire pour toute personne qui vit sur le territoire national. Malgré cette obligation, toutes les populations des 3 capitales du district des savanes ne sont pas encore assurées même si le niveau d'assurés est excellent à Korhogo et à Ferkessédougou avec respectivement, 92,42% et 86,15% (Figure 9).

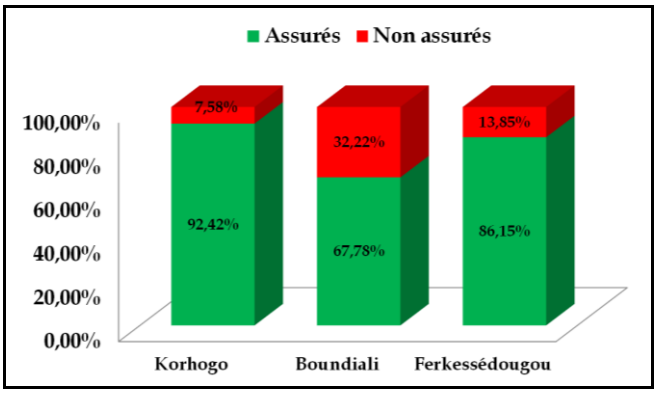

Figure 9 : Répartition des ménages disposant d'une assurance maladie

Source *: Enquête de terrain, 2024-2025*

À Boundiali, un peu plus des 2/3 des populations sont assurées (67,78%). Le manque d'assurance médicale accentue de ce fait la non fréquentation des centres de santé car les ménages non assurés font ainsi seul face à leurs dépenses de soins dans les centres de santé. De plus, le paiement des frais de cotisation de la CMU qui s'élevé à 1000 francs CFA par personne reste faible par les populations de ces villes (Figure 10).

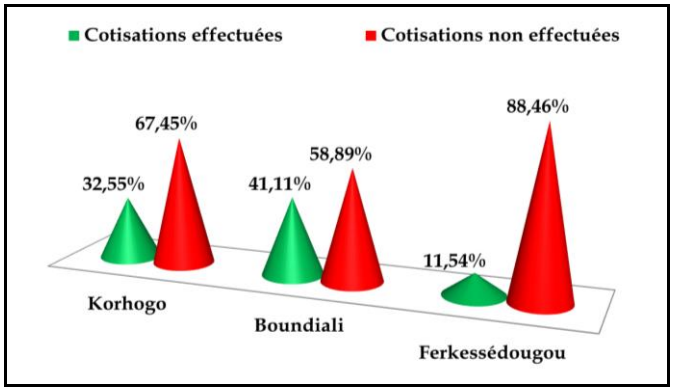

Figure 10 : Répartition des ménages s'acquittant du droit de cotisation de la carte CMU

Source *: Enquête de terrain, 2024-2025*

Malgré que son paiement soit obligatoire, les populations ne sont pas assez motivées pour s'acquitter de leur droit de cotisation de la CMU. Au moment où 41,11% de la population de Boundiali paient leurs cotisations, seulement 32,55% le font à Korhogo. Ces chiffres chutent très fortement jusqu'à atteindre 11,54% chez la population de Ferkessédougou. Selon la majorité de ceux qui ne payent pas le droit de cotisation, ils estiment que la fonctionnalité de la carte dépend uniquement de son acquisition. Tout ceci réduire donc le taux de fréquentation des centres de santé par les populations afin d'accéder à des soins de meilleures qualités.

2.3. Matrice d'analyse de l'accessibilité aux soins dans les centres de santé

La matrice du tableau 1 a permis d'analyser l'accessibilité aux soins dans les centres de santé des 3 capitales régionales du district des savanes.

Critères \ Villes	Korhogo	Boundiali	Ferkessédougou
Distances de moins de 5 Km	72,13%	95,56%	97,69%
Ratio médecin	0,00%	100,00%	0,00%
Ratio infirmier	0,00%	100,00%	100,00%
Ratio sage-femme	0,00%	100,00%	100,00%
Recours au centre de santé	60,93%	63,33%	66,15%
Perception de la qualité des soins	73,22%	55,56%	66,92%
Assurance maladie	92,42%	67,78%	86,15%
Cotisation CMU	32,55%	41,11%	11,54%
Total	331,25%	623,34%	528,45%
Total pondéré (Total / 8)	**41,41%**	**77,92%**	**66,06%**

Tableau 1 : Matrice d'analyse de l'accessibilité aux soins dans les centres de santé des 3 capitales régionales du district des savanes

De l'analyse du tableau 1, il ressort d'abord que les populations de la ville de Boundiali ont la meilleure accessibilité aux centres de santé avec une moyenne pondérée de 77,92%. Dans cette ville, tous les critères d'analyse ont un taux supérieur à la moyenne sauf le critère de la cotisation à la CMU qui est de 41,11%. Ensuite, vient la ville de Ferkessédougou en deuxième position avec 66,06%. Ainsi, pour améliorer davantage l'accessibilité aux soins dans ses centres de santé, cette ville a 2 critères que sont le ratio médecin/population et la cotisation à la CMU à bonifier car son ratio médecin/population est inférieur aux normes de l'OMS et seulement 11,54% de ses habitants cotisent à la CMU. Enfin, Korhogo est la dernière en matière d'accessibilité aux centres de santé parmi les 3 capitales de ce district avec 41,41%. Cette situation s'explique par le fait que cette ville ne respecte pas les normes de l'OMS en ce qui concerne le ratio du personnel de santé par rapport à la population et seulement 32,55% de ses habitants paient leur cotisation CMU. Le non-respect du ratio du personnel de santé par rapport à la population peut s'expliquer par la taille de celle-ci. En effet, Korhogo est la troisième ville la plus peuplée de la Côte d'Ivoire avec 386 586 habitants (RGPH 2021, 2022, p. 35). Donc, il faut beaucoup plus de personnel de santé pour couvrir ses besoins.

3. Discussion

La santé est l'une des conditions essentielles du bien-être de tout individu. Pourtant au nord de la Côte d'Ivoire dans le district des savanes, l'accès des populations aux services de santé demeure un problème majeur pour encore un grand nombre. Cette étude est une contribution à l'atteinte des ODD 3 dans les 3 capitales régionales du district des savanes au nord de la Côte d'Ivoire. Elle a permis de faire une analyse comparative de l'accès aux soins dans les centres de santé des populations de la ville de Korhogo, Boundiali et Ferkessédougou.

Les résultats de cette étude ont montré qu'il existe une inégale répartition des infrastructures sanitaires et du personnel de santé dans ces 3 villes du district des savanes. Ces résultats sont partagés par T. H. Azonhé, (2019, p. 318) qui montre qu'il existe une inégale répartition des infrastructures sanitaires et du personnel médical dans la commune de Zogbodomey au Bénin. Il affirme qu'il y'a un déficit du personnel sanitaire car la commune de Zogbodomey dispose d'un seul Médecin pour une population de 92 935 habitants. B. Laré et *al.* (2020, p. 49) sont parvenus aux mêmes résultats après une étude menée dans la Préfecture de l'Oti au Nord du Togo. Ils affirment que les structures de santé dans cette localité sont inégalement réparties. Les déterminants socio-économiques qui limitent l'accès des populations aux soins de santé sont entre autres le statut social, le niveau d'instruction et la perception qu'ont les chefs de ménages des prestations de soins dans les centres de santé. J. Lemouogue (2020, p. 14) fait le même constat à Ngam et Gado-Badzéré au Cameroun lorsqu'elle affirme que l'éducation et le revenu impactent négativement la santé des populations. B. Razafindrabé et *al.* (2025, p. 138) ont obtenu les mêmes résultats en montrant que dans le district Antananarivo-Renivohitra à Madagascar, le recours aux soins des travailleurs est fortement lié à leur statut social. Ils affirment que les travailleurs moins rémunérés adoptent des comportements de recours aux soins différenciés en fonction de leur statut, avec une grande variabilité dans le choix des soins formels, de l'automédication, des soins traditionnels, ou de l'absence de recours. F. V. A. D. Loba et *al*. (2015, p. 164) abondent dans le même sens en

confirmant qu'à Abidjan, le mauvais accueil, le secteur de résidence, le temps d'attente avant réception, et les frais de transport sont des principaux obstacles qui freinent l'accès des populations aux soins de santé. Or, G. H. W. Maï et *al*. (2018, p. 131) montrent que dans la ville de Grand-Bassam, ce sont les facteurs géographiques comme la distance qui influence l'accès aux soins des populations. Ils affirment que 61% de la population de Grand-Bassam jugent que la distance entre leur lieu d'habitation et le centre de santé est longue. Les résultats de L. J. C. E. Esso (2013, p. 145) sont en conformité avec ceux de cette étude. Ils ont trouvé que les enfants dont les mères n'ayant aucun niveau d'instruction ont un peu plus de 1,4 fois le risque de mortalité que ceux nés de mères ayant un niveau d'étude secondaire ou plus. En plus de ces facteurs, les résultats ont également montré que la mauvaise appréhension de la Couverture Maladie Universelle (CMU) réduit son usage qui induit le faible taux de fréquentation des centres de santé dans ces 3 les villes du pays. C'est pour toutes ces raisons que dans les capitales régionales du district des savanes, malgré la relative disponibilité des infrastructures sanitaires, les populations font face à d'énormes défis qui limitent leurs accès aux soins dans les centres de santé. J. A. N'Guessan et *al.* (2015, p. 58) ne disent pas le contraire dans une étude menée dans les différentes régions du pays où ils affirment qu'en raison des conflits qu'a connu le pays, le secteur de la santé a été le plus affecté. Le Nord et l'Ouest du pays ont connu un accès restreint aux services sociaux publics de base dont les services de santé.

Conclusion

L'étude sur l'accès aux soins de santé primaire dans les 3 capitales régionales du district des savanes au Nord de la Côte d'ivoire a permis d'analyser les disparités socio-spatiales des infrastructures sanitaires de ces villes. Elles se caractérisent par une inégale répartition spatiale des centres de santé, du personnel médical, de l'insuffisance et la mauvaise qualité des services dans les formations sanitaires. Cette étude a permis aussi d'identifier les contraintes liées à l'accès aux soins de santé des populations des 3 capitales du district des savanes. En effet, l'accès aux soins est limité par plusieurs contraintes socio-économiques, spatiales et culturelles. Par ailleurs, l'accessibilité des populations aux soins dans les centres de santé de

Boundiali est meilleure par rapport à celle des populations de Ferkessédougou qui arrive en deuxième position. Korhogo est la dernière parmi ces 3 villes en termes d'accessibilité des populations aux soins dans les centres. Le coût élevé des soins, le statut social, le niveau d'instruction sont autant des facteurs socio-économiques qui contraignent les populations de Korhogo, Boundiali et Ferkessédougou à accéder à une meilleure qualité de soins. À ces barrières s'ajoutent la mauvaise attitude de certains agents de santé. Ce qui renforce les inégalités sociales et incite certaines personnes à avoir recours aux soins informels comme les soins traditionnels et les médicaments prohibés. De plus, la mauvaise conception de la population sur le processus d'usage de la CMU réduit le taux de fréquentation des centres de santé dans les 3 capitales du district des savanes. Face à ces barrières, il est impératif d'investir dans les infrastructures et d'optimiser les ressources humaines afin de mieux répondre aux besoins des populations locales. La multiplication des campagnes de sensibilisation sur la CMU serait opportune afin d'informer les populations. Ainsi, l'utilisation effective de cette assurance permettra sans doute de surmonter les obstacles auxquels font face les populations afin d'atteindre les objectifs que prévoit l'ODD 3.

Références bibliographiques

AZONHE Thierry Hervé, 2019, « *Disparités spatiales des infrastructures de santé et accès aux soins dans la commune de Zogbodomey au Bénin* », Revue Ivoirienne des Science et Technologie, Côte d'Ivoire, Vol 34, pp. 311-327.

ESSO Lasme Jean Charles Emmanuel, 2013, « *Les déterminants de la mortalité des enfants de moins cinq ans en Côte D'ivoire* », Revue Scientifique Européenne, Université de Nottingham, Royaume-Uni, vol.9, N°.2, pp. 139-150.

KUAMBA Eugène, MOLIMA Christian, KAREMERE Johanna, BALEGAMIRE Safari Joseph, KAREMERE Hermès, 2020, « *Déterminants prioritaires de l'accès aux services des soins de la zone de santé de Bagira pour les enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme : Un protocole d'étude* », Revue Internationale d'innovation et d'études appliquées, Institut Supérieur de Techniques Appliquées de Kinshasa, RD Congo, Vol 30 N°4, pp. 808-820.

LARE Babénoun et OURO-Gbélé Zoulkoufoulou, 2020, « *Les disparités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti (Nord-Togo)* », Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, Institut de Géographie Tropicale de l'Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire, Vol 3, N° 6, pp. 45-56.

LEMOUOGUE Joséphine, 2020, « *Panorama de quelques déterminants géographiques de la santé et de l'accès aux soins dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré* », Les Papiers de la Fondation, Université de Dschang, Cameroun, N° 33, pp. 2-25.

LOBA Akou Don Franck Valéry et BOSSON Eby Joseph, 2015, « *Les déterminants du recours aux formations sanitaires publiques à Abidjan (Côte d'Ivoire)* », Revue de géographie du laboratoire Leïdi, Université Gaston Berger de Saint-Louis, Senegal, N°13, pp. 155-170.

MAÏ Gilles-Harold Wilfried, N'GUESSAN Aloko Jérôme, ESSAN Kodia Valentin, 2018, « *Les déterminants de l'accès aux services de santé à Grand Bassam* », Revue Scientifique Européenne, Université de Nottingham, Royaume-Uni, Vol 14, N° 6, pp. 124-139.

Nations Unies, 2015, Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015, New York, 38 p.

N'GUESSAN Aloko Jérôme et BOSSON Eby Joseph, 2015, « *Etude geographique du système sanitaire de Côte d'ivoire* », Revue de Géographie de l'Université de Ouagadougou, Burkina Faso, N°04, pp. 45-59.

RAZAFINDRABE Bakolinirina et RANDRIANANTENAINA Hajatiana, 2025, « *Accès aux soins des travailleurs indépendants dans le District Antananarivo-Renivohitra à Madagascar* », Revue européenne du droit social, Université d'Antananarivo, Madagascar, pp. 130-147.

Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2021 (RGPH 2021), 2022, Résultats Globaux définitifs, INS, Abidjan, 68 p.

RIDDE Valéry, 2004, L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, 54 p.

TRAORE Kassoum et FOFANA Memo, 2016, « *Représentation sociale et recours au système de santé publique au sud de la Côte d'Ivoire : Une analyse à partir des données empiriques* », Revue de recherche en sciences sociales, Université Tokat Gaziosmanpasa, Turquie, Vol 10, N°2, pp. 2039-2046.