



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



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

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



ISSN : 1840-9962

N °1, décembre 2020

Volume 1

COMITE DE PUBLICATION

Directeur de Publication : Professeur Moussa GIBIGAYE

Rédacteur en Chef : Dr (MC) Bernard FANGNON

Conseiller Scientifique : Professeur Brice SINSIN

COMITE SCIENTIFIQUE

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

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

COMITE DE LECTURE

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

ISSN : 1840-9962

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

SOMMAIRE

N°	TITRES	Pages
1	FANGNON Bernard : <i>Dynamique foncière et vulnérabilité des exploitations maraichères dans la commune de Sèmè-Podji (sud-est du Bénin)</i>	05-20
2	KOUAKOU DJAHA NIMLAN Josiana, AMANI ASSIE Felix, BRIN ADOU Kouabenan, KOFFI YAO Jean Julius : <i>Retour des migrants agricoles et problèmes fonciers dans la sous-préfecture de Brobo (Centre de la Côte d'Ivoire)</i>	21-34
3	IBRAHIMA MOUNKAILA Ridouane, DIPAMA Jean-marie, BONTIANTI Abdou, BACHIR Mourtala : <i>Variations climatiques, pressions anthropiques et dynamiques de l'occupation et de l'utilisation des sols : analyse sur les facteurs de la dégradation des terres dans les communes Kourteye, Simiri et Ouallam (Niger)</i>	35-51
4	BASSE Orou Yorou Guy Aymard, ABDOULAYE Abdoul Ramane, TONDRO MAMAN Abdou-Madjidou, GIBIGAYE Moussa : <i>Perceptions des acteurs agricoles sur les déterminants des changements spatio-temporels de la végétation dans le bassin supérieur de l'Okpara au Nord-Bénin</i>	52-64
5	ASSI-KAUDJHIS Narcisse : <i>Contribution des potentialités endogènes à la gestion de la commune d'Oume (Centre- Ouest de la Côte d'Ivoire)</i>	65-77
6	TRAORE Diakalya, SOME YELEZOUOMIN STEPHANE Corentin, FANGNON Bernard, DA DAPOLA EVARISTE Constant : <i>Emergence de l'agriculture de rente et dynamique de la gouvernance coutumière du foncier dans la commune de Kangala (Burkina Faso)</i>	78-88
7	HOUINSOU TOGNIDE Auguste, NASSIHOUNDE COCOU Blaise, KPATOUKPA Kweshivi Bienvenu : <i>Problématique de la gestion foncière dans la commune de Tôffo au Sud-Bénin</i>	89-104
8	AHODO-OUNSOU NADOHOU ALODEDJI Richard, TOHOZIN Antoine Yves et GIBIGAYE Moussa : <i>Enjeux fonciers et jeux d'acteurs dans l'espace rural de la commune de Zê (Bénin)</i>	105-117
9	ABOUDOU YACOUBOU MAMA Aboudou Ramanou : <i>Enjeux et défis de la gestion des terres agricoles dans la commune de Savè au Centre du Bénin</i>	118-134
10	Vincent MOUTEDE-MADJI, Beltolna MBAINDOH : <i>Exploitation pétrolière et dynamique des espaces ruraux dans le Département de la Nya en République du Tchad</i>	135-148

11	ANGOA Roseline Ella Ehoué, KOULAÏ Armand, TAPÉ Bidi Jean : <i>Déterminants et incidences spatio-sociales de la paysannerie dans la localité d'Arrah à l'est de la Côte d'Ivoire</i>	149-160
12	KOUMASSOU M. Thréance, YABI Ibouraïma, BALOUBI M. David, HOUSSOU Christophe Sègbè : <i>Ecueils du code foncier domanial et pratiques foncières locales dans les communes d'Aplahoué et de Klouékanmey</i>	161-176
13	KOUASSI Konan, KOFFI Guy Roger Yoboué, N'GUESSAN N'GUESSAN Francis, ASSI-KAUDJHIS P. Joseph : <i>Enclavement fonctionnel et accès aux marchés ruraux dans la sous-préfecture de Bonon en Côte d'Ivoire</i>	177-191
14	ASSEMIAN Assiè Emile, KOUAKOU Yao Fabrice, BOTTI Vanie David : <i>Cartographie des zones humides destinées à l'agropastoral et à l'approvisionnement en eau potable de la commune de Katiola (centre-nord de la Côte d'Ivoire) par télédétection</i>	192-207
15	SANOU Bakary, ADAM Youssoufou, TONDRO MAMAN Abdou Madjidou, DAKOU Bio Sylvestre, GIBIGAYE Moussa : <i>Dynamique institutionnelle de gouvernance et d'aménagement des espaces frontaliers en Afrique de l'Ouest</i>	208-221
16	KRAMO Yao Valère : <i>Accessibilité géographique aux structures sanitaires et stratégies de résilience en milieu rural dans le Département de Gagnoa en Côte d'Ivoire</i>	222-235
17	ODJOUBERE Jules, DAOUDOU O. Laurent, LAOUROU Jean : <i>Impacts de la pression anthropique sur la forêt classée de l'Ouémé-Boukou dans la commune de Savè au Bénin</i>	236-246
18	GBENOU Pascal, GBESSO Gbodja Houéhanou François, GIBIGAYE Moussa : <i>Spatialisation, usages et essai de multiplication massive des plants de <i>Pterocarpus santalinoides</i> DC. en pépinière dans la commune d'Abomey-Calavi</i>	247-257
19	MAGNINI Seindira : <i>Analyse des perceptions liées à la mobilité des enfants dans la province du Sourou au Burkina Faso</i>	258-270

ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX STRUCTURES SANITAIRES ET STRATEGIES DE RESILIENCE EN MILIEU RURAL DANS LE DEPARTEMENT DE GAGNOA EN CÔTE D'IVOIRE

GEOGRAPHICAL ACCESSIBILITY TO HEALTH STRUCTURES AND RESILIENCE STRATEGIES IN RURAL AREAS IN THE DEPARTMENT OF GAGNOA IN CÔTE D'IVOIRE

Yao Valère KRAMO

Email: valerekramo@gmail.com

RESUME

Les efforts de planification sanitaire au département de Gagnoa atteignent la norme de 10 000 habitants pour un centre de santé malgré une accessibilité géographique alarmante. Cette contribution vise à dégager les incidences de l'accessibilité géographique sur le recours des ménages aux structures sanitaires publiques. Dans la réalisation de cette recherche, la méthodologie a été axée sur la consultation documentaire et une enquête de terrain. La recherche documentaire a pris en compte les statistiques sanitaires fournies par les annuaires nationaux et départementaux, des productions scientifiques qui abordent l'accès aux soins de santé. Les rapports mensuels et annuels des établissements sanitaires ont été également consultés. L'enquête de terrain a été articulée autour de l'observation directe et interview. Cette approche a permis d'identifier les sites d'implantation des centres de santé et à évaluer le taux de fréquentation des formations sanitaires. L'investigation sur le terrain s'est étendue à un entretien avec 67 agents de santé et 350 chefs de ménages dans l'espace rural du département de Gagnoa. Les résultats révèlent que le taux de recours aux centres de santé décroît avec l'élongation de la distance entre le lieu de résidence et la structure sanitaire la plus proche. Il est de 77,81 % à l'intérieur du périmètre sanitaire de 5 kilomètres, 61,57 % dans le périmètre de 5 à 15 kilomètres et 42,85 % au-delà de 15 kilomètres. Cette contrainte liée à la distance oblige les ménages à recourir à la médecine traditionnelle (8 %) et à l'automédication (19 %). Parfois, les engins motorisés (52 %), les véhicules privés (4 %), les bicyclettes (20 %) et la marche (22 %) sont utilisés par les ménages ruraux pour rallier les centres de santé.

Cette recherche a révélé que les solutions résilientes élaborées par les populations exhumant la problématique de la sécurité sanitaire.

Mots clés : structure sanitaire, rural, département, Gagnoa, résilience.

ABSTRACT

Health planning efforts in the department of Gagnoa to reach the standard of 10,000 inhabitants for a health center despite alarming geographic accessibility. This contribution aims to identify the impact of geographic accessibility on household use of public health facilities. In carrying out this research, the methodology was focused on documentary consultation and a field survey. The documentary research took into account health statistics provided by national and departmental directories, scientific productions that address access to health care. The monthly and annual reports of the health establishments were also consulted. The field survey was structured around direct observation and interview. This approach made it possible to identify the sites of health centers and to assess the attendance rate of health facilities. The field investigation extended to an interview with 67 health workers and 350 heads of households in the rural area of the department of Gagnoa. The results show that the rate of use of health centers decreases with the lengthening of the distance between the place of residence and the nearest health structure. It is 77.81% within the 5 km sanitary perimeter, 61.57% within the 5 to 15 km perimeter and 42.85% beyond 15 km. This distance-related constraint forces households to resort to traditional medicine (8%) and self-medication (19%). Sometimes, motorized vehicles (52%), private vehicles (4%), bicycles (20%) and walking (22%) are used by rural households to reach health centers.

This research revealed that the resilient solutions developed by the populations dig out the problem of health security.

Key words: health structure, rural, department, Gagnoa, resilience.

INTRODUCTION

La santé est l'une des conditions essentielles du bien-être et de la capacité productive de tout individu et de toute communauté à promouvoir son développement (A.V. L.F. AKOU, 2015 p.2). Dans une logique de gestion efficace, les pouvoirs publics ont la volonté de garantir l'accès aux soins de premier recours, quelles que soient les conditions sociales des individus, sur l'ensemble du territoire (J REYNAUD, 2013 p.44).

Au regard de cette réalité, les gouvernements des pays d'Afrique sub-saharienne ont investi, dès leur accession à l'indépendance, d'importantes ressources financières dans la construction d'infrastructures sanitaires. Le but visé était de procurer à leurs populations un accès aisé aux centres de santé. En Côte d'Ivoire, de grands chantiers de construction, de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires, ont été entrepris dans toutes les régions afin de réduire les problèmes d'accès aux établissements publics de santé et les disparités inter régionales (A.A HAUHOUOT., 2002 p.103). Ainsi, la construction de centres de santé est étendue à l'ensemble du territoire national. Le département de Gagnoa, à l'instar des circonscriptions administratives du pays, bénéficie de lourds investissements dans le domaine de la santé. En plus des projets FRAR et FIAU, le Conseil Général et le Conseil Régional ont mis en place une diversité de structures de soins. En dépit de ces efforts, la médecine traditionnelle attire des populations de tout rang social et de toute origine géographique (F TOMASSO, 213 p.58). L'accessibilité géographique aux structures sanitaires demeure alarmante pour les populations rurales.

La distribution spatiale des centres de santé dans l'espace rural du département de Gagnoa est-elle favorable à un accès adéquat aux soins de santé de qualité par les populations locales ?

Au regard de ce questionnement, il importe de mettre en évidence la distribution spatiale des centres de santé dans les territoires ruraux du département de Gagnoa. Il s'agit également d'évaluer le niveau de fréquentation des structures sanitaires dudit espace. Aussi, l'étude s'attache à déterminer les stratégies de résilience développées par les populations face aux difficultés d'accessibilité à ces services sanitaires.

1. MATERIEL ET METHODE

Les méthodes d'analyse statistique, les normes internationales de couverture sanitaire et d'accessibilité géographique aux structures sanitaires ont constitué les référents de mise en évidence des difficultés auxquelles sont confrontées les populations rurales du département de Gagnoa.

Présentation du département de Gagnoa

Le département de Gagnoa est situé au centre-ouest de la Côte d'Ivoire. La figure 1 montre la localisation du département de Gagnoa.

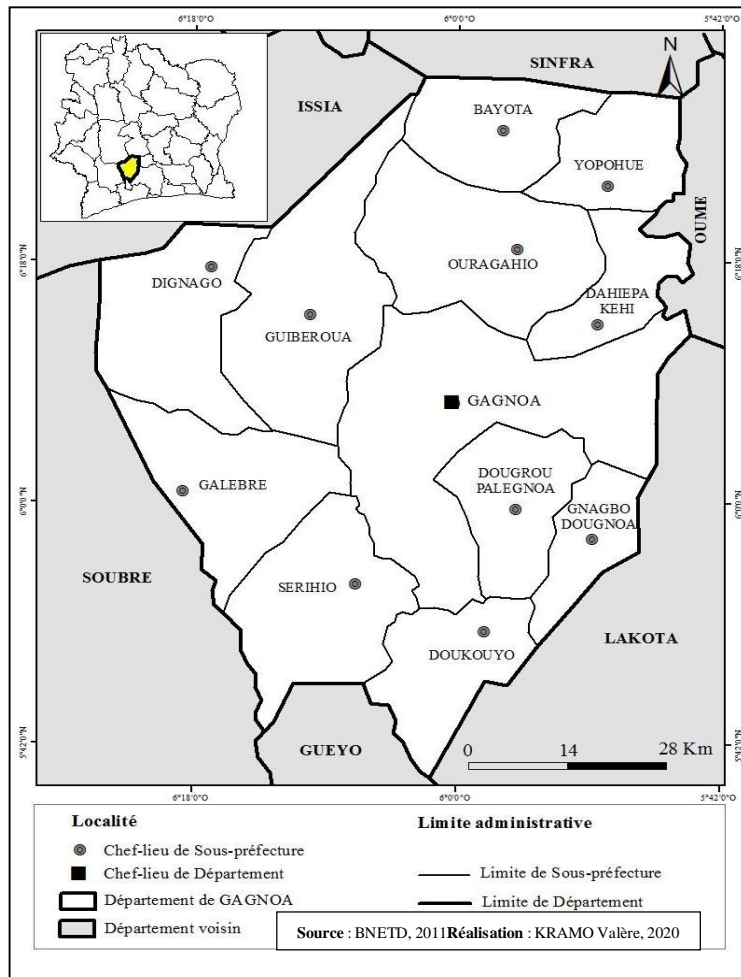


Figure 1 : Localisation du département de Gagnoa

Le département de Gagnoa est situé entre le 5°40 et le 6°31 de latitude Nord et entre 5°43 et 5°23 de longitude Ouest. Il a été créé par la loi 69-241 du 9 Juin 1969 modifiée par la loi 79-409 du 21 Mai 1979 à l’occasion de l’éclatement du département du centre-Ouest dont le chef-lieu était Daloa. Depuis 2011, le département de Gagnoa compte douze (12) sous-préfectures.

Méthode de collecte et de traitement des données

La méthodologie de collecte des données

Dans le cadre de cette étude, il a été nécessaire de recourir à quatre techniques de collecte de données. Il s’agit de la recherche documentaire, de l’entretien semi-directif, d’un questionnaire adressé aux chefs de ménages et de l’observation de terrain. La recherche documentaire s’est articulée autour des annuaires sanitaires nationaux, des statistiques du District Sanitaire de Gagnoa, des données démographiques de l’Institut National de la Statistique. Les annuaires sanitaires nationaux et les archives du District Sanitaire ont contribué à préciser les années de création des services de santé à Gagnoa. Ils ont aussi fourni l’effectif du personnel soignant notamment les médecins généralistes, les infirmiers et les sages-femmes.

Au niveau de l’Institut National de la Statistique, ce sont les données des Recensements Généraux de la Population et de l’Habitat (RGPH) de 1975 ; 1988 ; 1998 ; 2014, qui ont été utilisées. Elles permettent d’apprécier l’évolution de la population à desservir en structures sanitaires. L’observation directe qui a couvert la période de Novembre 2019 à Février 2020,

a permis de localiser les centres de santé publics et privés répartis sur le territoire rural de Gagnoa. Au cours de cette investigation, un choix des ménages et du personnel médical s'est fait de manière raisonnée. Le choix de ces localités repose sur leurs caractéristiques exclusivement rurales. Le taux de couverture est de 65%. Il s'est agi de mener une investigation à l'échelle des territoires ruraux du département de Gagnoa.

Cette étude a concerné les chefs de ménage des 12 sous-préfectures. Un échantillon de 350 chefs de ménages a été enquêté selon la formule suivante : $n = \text{échantillon}$

$$n = \frac{z^2 p q}{d^2} \rightarrow p = \text{proportion de ménages couverts par le périmètre sanitaire de 5 km}$$

$$p = 65\%$$

$q =$ proportion de ménages exclus du périmètre sanitaire

$q = 35\%$, $z =$ niveau de confiance de 95% (1.96) ou risque d'erreur (5%)

$d =$ précision voulue de 5%

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0,65 \times 0,35}{(0,05)^2} = 350$$

Le tableau I indique la répartition des chefs de ménages enquêtés par sous-préfecture.

Tableau I: Répartition des chefs de ménages enquêtés

Dénomination de la sous-préfecture	Effectif de chefs de ménages ruraux	Effectif de chefs de ménages ruraux enquêtés
BAYOTA	6202	37
DAHIEPA-KEHI	3220	19
DIGNAGO	3892	23
DOUGROUPALEGNOA	7325	44
DOUKOUYO	3642	22
GAGNOA	9885	49
GALEBRE	2576	15
GNANGBODOUGNOA	1390	8
GUIBEROUA	7526	45
OURAGAHIO	5007	30
SERIHIO	6381	38
YOPOHUE	3348	20
Total	60 394	350

Source : INS, RGPH, 2014

A partir d'un questionnaire, des informations qualitatives et quantitatives ont été collectées auprès de 350 chefs de ménages choisis dans les villages regroupés par typologie. Chaque chef de ménage a été interrogé sur les difficultés de mobilité et les stratégies élaborées pour atteindre le centre de santé le plus proche en cas de maladie d'un membre de la famille.

Les entretiens semi-dirigés avec les médecins-chefs, les infirmiers et les sages-femmes dans les services publics, ont permis d'évaluer le taux de fréquentation des structures sanitaires. Le tableau II montre la répartition du personnel médical interrogé.

Tableau II : Répartition de l'effectif du personnel médical interrogé

Nombre d'agents de santé interrogés			
Localités	Infirmiers	Sages-femmes	Médecins
Bayota	3	2	1
Dahiépa-kéhi	2	1	0
Dignago	3	2	1
Dougroupalégnoua	2	1	0
Doukouyo	2	1	0
Gagnoa	5	4	5
Galébré	2	2	1
Gnangbodougnoa	3	2	1
Guibéroua	3	2	1
Ouragahio	3	2	1
Sérihio	3	2	1
Yopohué	2	1	0
Total	33	22	12

Source : District Sanitaire, Gagnoa, 2020.

Sur la base de l'effectif du personnel médical et des infrastructures sanitaires fourni par le District Sanitaire, un choix raisonné du nombre d'agents de santé a été opéré. La démarche retenue s'est appuyée sur le fait que les centres de santé présentent des caractéristiques similaires au niveau de leur typologie. Au niveau des dispensateurs de soins de santé primaires, il a été choisi un infirmier et une sage-femme par centre de santé rural. L'entretien s'est aussi étendu à l'infirmier major et au médecin en cas d'existence de ces deux types d'agent médical.

Techniques de traitement et d'analyse de données

Le tableur Excel 2013 a servi à la saisie des données recueillies, au traitement statistique des données et à l'élaboration des figures. Une analyse quantitative a été faite à partir des réponses aux questions fermées. L'analyse qualitative des données s'est faite en référence aux réponses fournies à partir du volet de questions ouvertes. Pour la réalisation des cartes, le recours au logiciel de cartographie Arcgis 10.5 a été nécessaire. L'usage d'un appareil photo numérique a été utile pour la prise de vues des faits observés.

2. RESULTATS

A l'image des territoires habités ivoiriens, l'espace rural du département de Gagnoa abrite des centres de santé. Cependant, ces structures sanitaires demeurent inégalement réparties et difficilement accessibles.

Centres de santé ruraux inégalement répartis et difficilement accessibles

Centres de santé concentrés dans le chef-lieu de département

L'espace rural est doté de 62 structures sanitaires qui couvrent l'ensemble du département. La distribution spatiale des centres de santé ruraux est traduite par la figure 2.

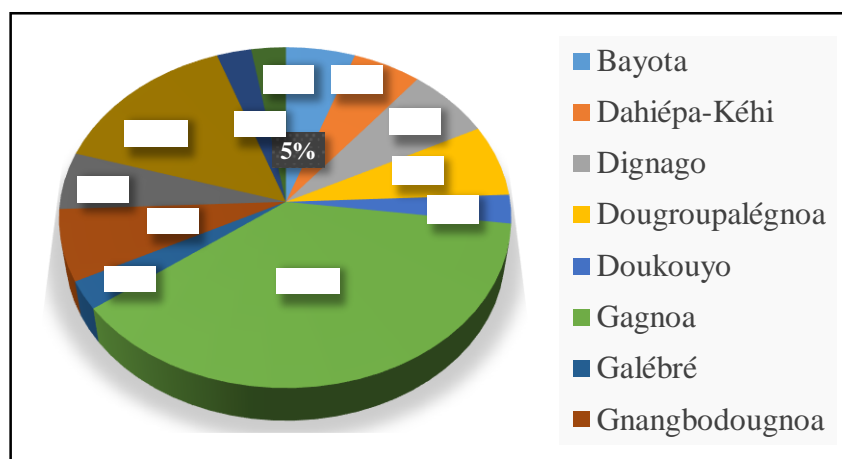


Figure 2 : Répartition des centres de santé ruraux par sous-préfectures en 2020
Source : District Sanitaire, Gagnoa, 2020

L'analyse de la figure 2 révèle que le milieu rural de la sous-préfecture de Gagnoa absorbe plus de 38% des centres de santé ruraux. La sous-préfecture d'Ouragahio en renferme 17,74%. La région centrale représentée par les sous-préfectures de Gagnoa et Ouragahio, dispose de 53,19% des centres de santé du milieu rural. Les autres parties du département se partagent le reste des centres de santé. Ainsi, 19,36% des centres de santé ruraux se localisent au Nord, 16,13% à l'Ouest, 08,06% à l'Est et 3,26% au Sud. La partie australe du département est moins desservie que les autres localités en centres de santé ruraux.

Variation du volume de populations pour un centre de santé à l'échelle des espaces ruraux

Le ratio population par établissement sanitaire de premier contact est un indicateur qui permet d'apprécier la capacité du système de santé à offrir des soins de santé primaires. La figure 3 met en lumière la variation des ratios nombre d'habitants pour un centre de santé en rapport avec la norme OMS et la moyenne au niveau du milieu rural du département de Gagnoa.

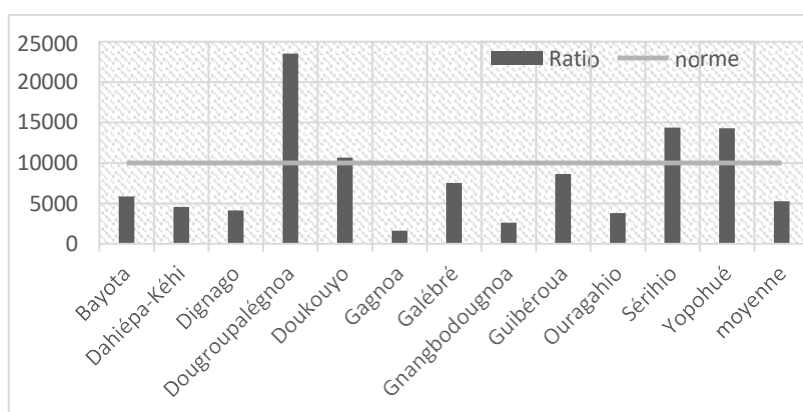


Figure 3 : Niveau du ratio nombre d'habitants/ centres de santé par espace rural en 2020
Source : District Sanitaire, Gagnoa, 2020

Les données de la figure 3 montrent que le ratio un établissement sanitaire de premier contact pour 5 269 habitants apparaît satisfaisant. Huit espaces ruraux ont moins de 10 000 habitants pour une structure sanitaire, par contre deux espaces sanitaires ruraux (Sérihio et Yopohué) ont plus de 14 000 habitants pour un centre de santé et la localité de Dougroupalégnoa a plus de 23 000 habitants pour un centre de santé. Au-delà de cette situation, la variation nombre

d'habitants pour un centre de santé cache des disparités internes au niveau des ensembles géographiques et administratifs du milieu rural.

Proportion de population rurale située en dehors de 5 km d'un centre de santé

De manière générale, plus de 35% de la population rurale sont situés à plus de 5 km d'un centre de santé. Cette proportion varie d'une sous-préfecture à une autre. La figure 4 illustre la variation du volume de population rurale exclue du périmètre sanitaire.

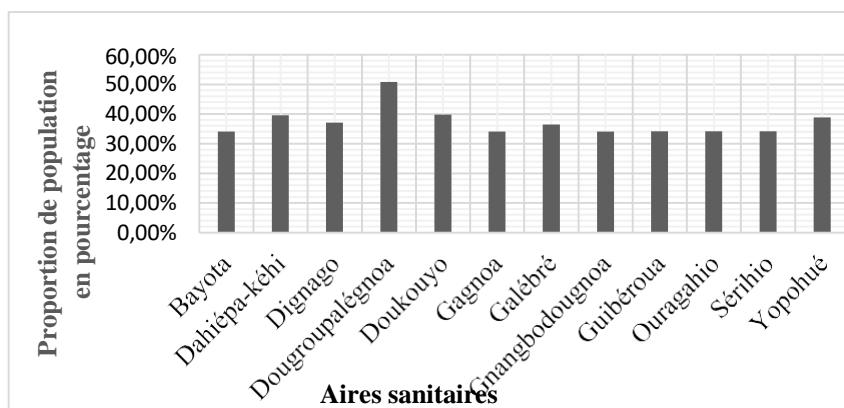


Figure 4 : Répartition des proportions de population exclue du périmètre sanitaire

Source : District Sanitaire, Gagnoa, 2020

La figure 4 révèle que dans 91,66% des localités rurales, la proportion de population exclue du périmètre sanitaire est comprise entre 30 % et 40 %. La sous-préfecture de Dougroupalégnoua enregistre la proportion de population la plus élevée avec 50,83 %.

Difficulté de mobilité des populations rurales aggravée pendant la saison pluvieuse

Le département de Gagnoa est une région carrefour. Il est relié aux circonscriptions administratives limitrophes par quatre routes principales. Le département de Gagnoa est traversé par 04 routes nationales notamment la route A2 venant d'Abidjan, la route A4 venant de Toumodi et Oumé, la route A5 venant de Sassandra et la route B203 venant de Sinfra. Toutes ces voies à l'exception de celle reliant le département à Sassandra, sont couvertes de bitume. Cependant, les territoires ruraux restent encore difficilement accessibles à cause de la mauvaise qualité du réseau routier. En plus de la dégradation avancée des pistes villageoises, il n'existe pas de routes transversales. La qualité du réseau routier local est traduite par la planche suivante.

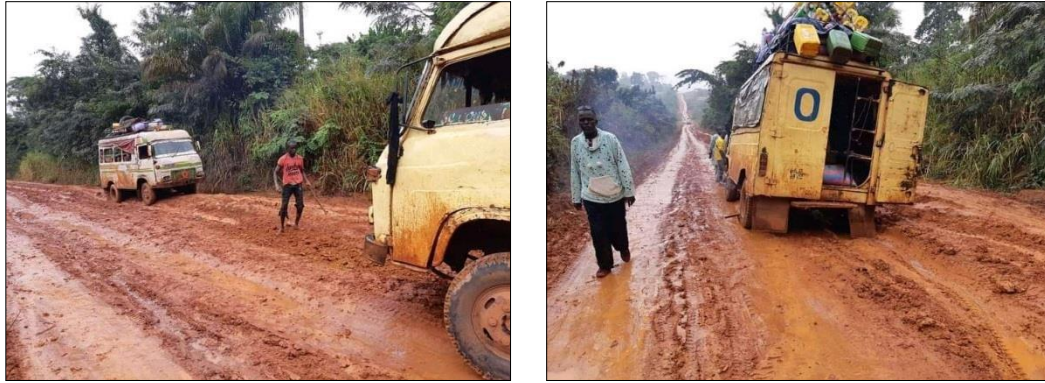


Planche 1 : Difficulté de mobilité en saison pluvieuse sur l'axe routier Gagnoa-Sérihio

Source : Enquêtes de terrain, 2020

De cette planche, se dégage la pénibilité du déplacement des populations rurales du département de Gagnoa en saison pluvieuse. Les véhicules de fortune ainsi immobilisés passent parfois plus de 72 heures avant de pouvoir rallier les deux sous-préfectures distantes de 60 km à peine. Cet enclavement fonctionnel intensifie l'insécurité sanitaire des populations localisées à l'arrière-pays du chef-lieu de la sous-préfecture de Sérihio du fait de l'absence de voies transversales. Le détour routier offert par la voie qui traverse le village de Gnatroa est significativement défectueux en raison de l'orpaillage clandestin qui en a intensifié la dégradation.

Pratiques thérapeutiques variées induites par l'enclavement fonctionnel

Taux de recours aux structures sanitaires influencés par la distance

Ces taux varient en fonction des groupes de villages situés dans un rayon de 0 à 5 km, des villages compris dans un périmètre de 5 à 15 km et un autre groupe de villages situé à plus de 15 km d'un centre de santé. Les résultats issus des enquêtes sont présentés par la figure 5.

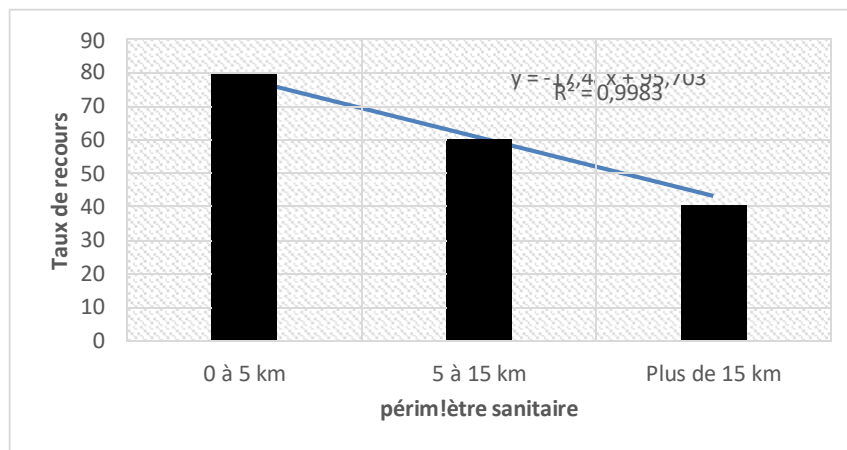


Figure 5 : Distribution des taux de recours en fonction de la distance

Source : Enquêtes de terrain, 2020

L'analyse des données de la figure 5 ci-dessus montre que le taux de recours aux structures varie en fonction de la distance qui sépare le lieu d'habitat des structures sanitaires. Dans le premier groupe de villages où la distance est comprise entre 0 et 5 km, le taux de recours (77,81%) est supérieur à celui du deuxième groupe de village. Dans cette catégorie de villages,

la distance du centre de santé au lieu de résidence des ménages est comprise entre 5 et 15 km. Le taux de fréquentation est de 61, 57%. Il est supérieur au taux de fréquentation de la troisième catégorie de villages où le taux d'utilisation n'est que 42,85%. En clair, le taux de recours aux structures sanitaires diminue avec la distance. Cette tendance est confirmée par la droite de régression linéaire d'équation ($y = -17,48x + 95,703$) avec $r^2 = 0,998$. Le coefficient directeur de l'équation de la droite de régression est négatif. Cela montre que le taux de recours diminue au fur et à mesure que la distance qui sépare le lieu de résidence du ménage et la structure sanitaire augmente. Il en résulte que ce taux chute d'une unité de 17,48% par groupe de villages. De plus, le coefficient de détermination $r^2 = 0,998$ montre que dans une proportion de 99,8%, la distance influence le taux d'utilisation des structures sanitaires. L'incidence de la distance sur le recours aux structures de soins à l'échelle des sous-préfectures est présentée par le tableau III suivant.

Tableau III: Répartition des p-valeurs de khi carré mettant en évidence l'incidence de la distance sur le recours aux structures de soins à un niveau de confiance de 95%

Sous-préfectures	0-5 km	5-15 km	Plus de 15 km
Bayota	1,507	0,536	11,857
Dahiépa-Kéhi	0,005	0,027	0,204
Dignago	0,027	0,004	0,409
Dougroupalégnoa	0,077	0,031	0,535
Doukouyo	0,273	0,243	0,267
Gagnoa	0,113	0,474	2,596
Galébré	0,006	0,001	0,362
Gnagbodougnoa	0,211	0,201	0,142
Guibéroua	0,294	0,207	0,692
Ouragahio	0,478	0,422	0,488
Sérihio	0,417	0,352	0,519
Yopohué	2,058	0,536	11,857

Source : Enquêtes de terrain, 2020

À l'échelle des poches de ménages investigués, à un niveau de confiance de 95%, le p-valeur ($p < 0,0001$), montre qu'il y a un lien hautement significatif entre la distance et la propension à consulter un centre de santé. Cependant, cette tendance générale présente des nuances à l'échelle des sous-préfectures.

Au niveau des ménages situés dans un périmètre de 5 km, la distance influe peu sur la propension des ménages à avoir recours à un agent de santé. Cependant, à Dahiépa-kéhi ($p = 0,005$) et à Galébré ($p = 0,006$), malgré la proximité, la distance influence de manière hautement significative les recours aux centres de santé.

Dans le périmètre de 5 à 15 km, à l'exception de Dignago ($p = 0,004$) et de Galébré ($p = 0,001$) où il existe un lien significatif entre la distance et le recours aux structures de soins, les ménages enquêtés ne sont pas influencés par la distance dans la prise de décision de se soigner. Cette tendance est confirmée avec les ménages situés entre 5 et 15 km.

Diversité de moyens de mobilité face aux difficultés induites par l'irrégularité du trafic automobile

Le réseau routier du département de Gagnoa est marqué par l'inexistence de voies transversales. Le déplacement d'un village à un autre est soumis à la fréquence avec laquelle les automobiles desservent les espaces ruraux. Les localités rurales sont en majorité enclavées

du fait de l'inexistence de routes praticables. Face à ces difficultés, les populations utilisent divers moyens de déplacement pour se rendre dans un centre de santé. La distribution des ménages enquêtés selon les moyens de mobilité est présentée par la figure 6.

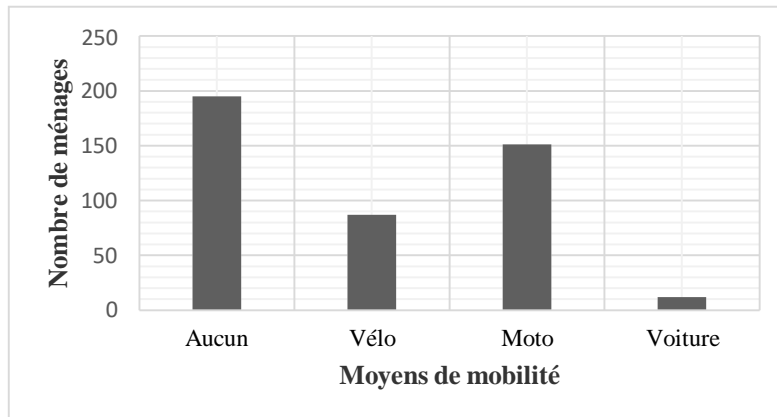


Figure 6 : Répartition des ménages enquêtés selon les moyens de mobilité
Source : Enquêtes de terrain, 2020

De l'analyse de la figure 6, il ressort que les ménages interrogés sont dans leur majorité dépourvus de moyen de mobilité (44 %). Certains disposent de moto (34 %). Le vélo est détenu par 20 % des chefs de ménages interrogés. Parmi ceux-ci, une minorité (2 %) possède une voiture. Les moyens de mobilité des ménages varient d'une sous-préfecture à une autre. La distribution spatiale des moyens de déplacement est illustrée par la figure 7.

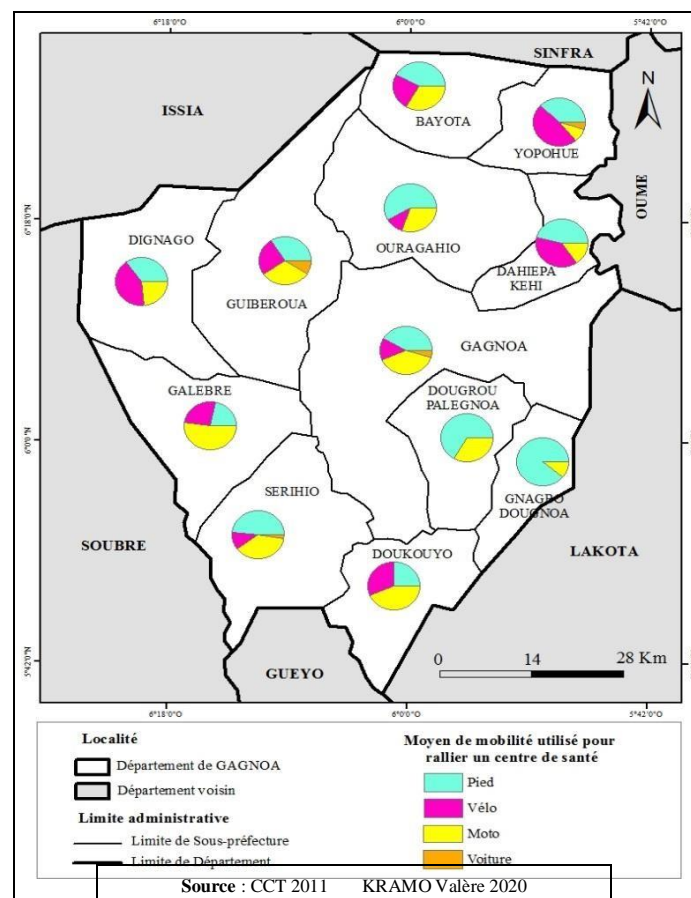


Figure 7: Typologie des moyens de mobilité des ménages interrogés

De l'analyse de la figure 7, il ressort que quatre principaux moyens de mobilité sont utilisés par les populations pour rallier les centres de santé. Ce sont la marche, le déplacement à vélo, la moto et la voiture. Parmi ces moyens de déplacement, la moto est la plus utilisée en général ce sont des motos à vitesse. C'est pourquoi, la moto représente 51,58 % des moyens de mobilité utilisés par les ménages pour rallier les centres de santé. Cette utilisation varie d'une région à une autre. Au Nord-Est du département, l'utilisation de la moto connaît une faible proportion. Elle varie de 11% à Gngabodougnoan à 18 % à Yopohué et Dahiépa-kéhi. Cette proportion connaît une augmentation au niveau des sous-préfectures centrales où elle atteint 43%. À l'Ouest et au Sud, l'utilisation de la moto est plus intense que dans le reste du département. Le taux y est d'environ 52%. En plus du déplacement à moto, le second moyen utilisé par les populations est la marche. C'est cette situation qui explique la proportion relativement importante de la marche dans les moyens de déplacement : plus de 83% à l'Est, 39% au Nord et au centre et 26% à l'Ouest. Les difficultés de déplacement par la voiture sont surmontées par les ménages qui utilisent aussi des vélos : 21% à l'Ouest, 18% au Nord et environ 9% au centre.

Automédication, un réflexe thérapeutique de premier choix et le recours à la médecine traditionnelle

Les populations enquêtées, dans une proportion de 21%, disposent de soins modernes à domicile et 23% ont plutôt des médicaments traditionnels. Parmi les chefs de ménages, 44% disposent à la fois de médicaments modernes (boîte à pharmacie) et traditionnels. Ces médicaments sont d'abord utilisés avant d'avoir recours à toute consultation externe. Le paludisme ou encore malaria représente la principale pathologie traitée par automédication. La figure 8 illustre les résultats obtenus.

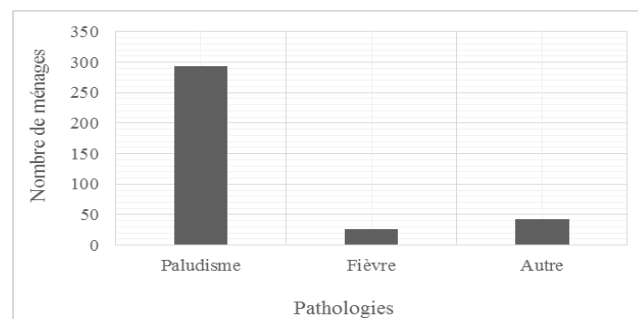


Figure 8 : Répartition des maladies sources de l'automédication
Source : Enquêtes de terrain, 2020

La figure 8 traduit une forte représentation du paludisme à hauteur de 81% des soins administrés à domicile. Ainsi, dans le large éventail de soins à domicile de nature biomédicale et traditionnelle, le traitement et la prévention du paludisme occupent le premier rang. Cela s'explique par le caractère endémique de la maladie dans la région de Gagnoa. Toutefois, la médecine traditionnelle est sollicitée à grande échelle par les ménages ruraux pour de multiples pathologies. La médecine traditionnelle traite des pathologies identiques à celles qui font l'objet de recours à la médecine conventionnelle ou moderne. Ces maladies sont présentées par la figure 9.

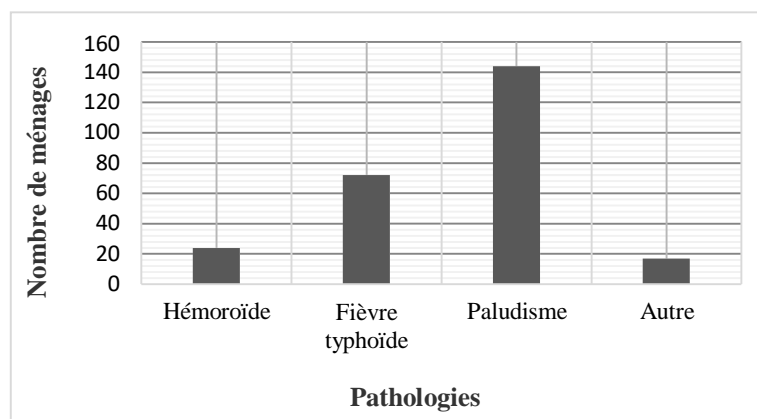


Figure 9 : Répartition des ménages ayant recours à la médecine traditionnelle selon les pathologies

Source : Enquêtes de terrain, 2020

La figure 9 montre que, comme la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle traite une diversité de pathologies. Ce sont entre autres l'hémorroïde, la fièvre typhoïde, le paludisme et diverses maladies. Parmi ces épisodes morbides, le paludisme représente la première cause de recours à la médecine traditionnelle avec plus de 56% des personnes enquêtées. La maladie qui constitue le deuxième motif de recours à la médecine traditionnelle est la fièvre typhoïde (28%). Pour l'hémorroïde (9%), les ménages expliquent son traitement par la médecine traditionnelle par une inefficacité de la médecine moderne.

3. DISCUSSION

De cette recherche, il ressort que les ménages ruraux du département de Gagnoa adoptent diverses stratégies résilientes face à la fracture de la couverture sanitaire. Ils utilisent différents moyens de transport pour compenser l'irrégularité du trafic automobile. La forte proportion de l'utilisation de la moto dans ces espaces s'explique en grande partie par la distance qui sépare les lieux d'habitation des centres de santé et l'état dégradé des routes. La mobilité conférée aux malades par la présence de véhicules de transport est fort variable d'un village à un autre, selon la localisation du village-au bord de la route goudronnée ou non, selon la présence d'entreprise de taxi, selon la localisation du village par rapport aux services de santé à visiter couplée aux horaires des flux de taxis. De cette analyse, il ressort que les malades potentiellement les plus mobiles, au regard de l'offre de transport public, sont ceux qui résident au bord de la route goudronnée. Cela constitue une entrave difficile à surmonter. Mieux, l'heure de départ n'est pas connue à l'avance. Le malade attend comme les autres passagers au mépris des risques encourus consécutivement à l'évolution clinique de la maladie. Le couple distance/temps joue ainsi un rôle décisif dans l'accessibilité aux soins. Les ménages sont contraints par la gravité du phénomène morbide à avoir recours au transport en voiture. Il s'agit des cas comme les accouchements difficiles, les crises aiguës de paludisme, d'anémie (anémie sévère), de diarrhée (diarrhée sanglante). Dans ces cas, ce sont des transferts médicaux sous la surveillance d'un agent de santé. Dans la plupart des cas, le véhicule est la propriété de l'agent de santé ou d'un particulier commerçant. Des résultats similaires ont été obtenus dans le département d'Abengourou. Des campements situés à plusieurs kilomètres des villages sont également dispersés dans les plantations. Faute d'infrastructures sanitaires, la population de ces campements doit trouver elle-même des solutions à ses problèmes de santé. En raison de leur enclavement, les villages et les campements desservis par des pistes souvent impraticables,

bénéficient très peu des projets de développement. Il existe encore un nombre important de localités rurales dont les habitants n'ont accès ni à l'école, ni aux centres de santé, ni à l'eau potable. Ils sont isolés du reste du territoire national. Somme toute, le problème de déplacement se pose surtout avec acuité pour la population vivant dans les villages et campements reliés par des pistes (A.A. KOUADIO, 2010 p.12)

Les résultats montrent aussi que les pratiques thérapeutiques varient fortement en fonction de la distance séparant la concession d'habitat de la structure sanitaire la plus proche. Ainsi, l'éloignement de la concession à la structure sanitaire la plus proche induit une diminution des taux de recours. Ces résultats sont identiques à ceux obtenus par M. MANYAMAHORO et al (2012 p. 29). Dans une étude axée sur les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du District de Rubavu en République Démocratique du Congo, les restitutions ont révélé que le recours aux structures sanitaires est guidé par l'effet de proximité. Le caractère réduit qui sépare le lieu de résidence des ménages et la structure sanitaire la plus proche est le moteur principal de consultation sanitaire. Cette approche est remise en cause par K.P. ANOH et al (2019, p.363). Une étude conduite à l'échelle de la commune de Tiébissou (Côte d'Ivoire) a montré que toutes les couches socio-professionnelles locales sont couvertes par le périmètre sanitaire de cinq kilomètres. En dépit de l'atteinte de cette norme internationale, le taux de recours aux structures sanitaires de ladite commune est de 34%. La faible proportion de l'utilisation des services de santé n'est donc pas imputable à l'accessibilité géographique. Il s'agit plutôt de la capacité financière des ménages à supporter les coûts induits par les prestations sanitaires. Ainsi, face aux multiples charges sociales notamment la scolarisation des descendants, la mise à la disposition du ménage d'une alimentation quantitative et qualitative, les chefs de ménages ruraux ont à 87,40 % recours à la médecine traditionnelle. L'option d'utiliser la pharmacopée traditionnelle n'est cependant toujours pas une stratégie résiliente. C'est ce que fait remarquer L.KARIDIOULA (2018, p.265). Pour cet auteur, l'usage de la médecine traditionnelle revêt un caractère culturel. Dans l'investigation conduite à l'échelle du département de Dabakala, les résultats ont montré que le peuple Djimini dispose de compétences médicinales. C'est pourquoi, plus de 57% des épisodes morbides sont traités par le canal des pratiques sanitaires ancestrales. Le recours à la médecine traditionnelle n'est donc pas placé sous la dépendance d'une logique résultante de l'implantation des structures sanitaires modernes. Le comportement thérapeutique est guidé par la recherche de guérison pour des maladies jugées incurables par la médecine biomédicale. Il s'agit de l'hémorroïde, de l'éjaculation précoce et surtout de certaines pathologies qui relèveraient de l'âme que de l'esprit (M. MAKITA *et al.*, 2010 p.180).

CONCLUSION

L'étude menée en milieu rural dans le département de Gagnoa a mis en évidence les capacités d'adaptation des populations face aux difficultés de mobilité résultant de l'état défectueux du réseau routier. A cette difficulté, s'ajoute une mauvaise couverture en infrastructures sanitaires. En quête de guérison face à un épisode fébrile à caractère morbide, les aptitudes déployées s'étendent au recours en structure sanitaire aux moyens d'une bicyclette, d'une mobylette, d'un véhicule de transport en commun ou privé et parfois la marche. Les difficultés souvent exacerbées obligent les populations rurales à recourir à la médecine traditionnelle. Les trajectoires thérapeutiques ne sont donc pas rectilignes.

Au regard du capital humain que représente le monde rural, une attention particulière mérite d'être portée sur son état de bien-être en vue d'une émergence économique réussie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AKOU Don Franck Valéry Loba, 2015, les déterminants du recours aux formations sanitaires publiques à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue de géographie du laboratoire Leïdi* – ISSN 0851 – 2515 –N°13, pp.155-170
- ANOH Kouassi Paul, N'DRI Yéboué Kassé, TUO Péga, 2019, Accès aux infrastructures sanitaires dans la commune de Tiébissou, in *Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes*, Numéro 6, Juin 2019, ISSN 2521-2125, pp. 347-369
- HAUHOUOT Asseypo Antoine, 2002, *Développement, Aménagement, Régionalisation en Côte d'Ivoire*. Abidjan, Educi, 364 p.
- KARIDIOULA Logbon, 2020, *Difficile accès à l'eau potable et risques sanitaires dans le département de Dabakala*. Thèse de doctorat en géographie, Université Alassane Ouattara, 368 p.
- 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*, numéro 251, pp. 439-459.
- MAKITA-Ikouaya, MILLELIRI Jean-Marie, RUDANT Jean-Paul, 2010, Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon, in *Cahiers Santé* vol.20, numéro 4, pp.179-188.
- MUNYAMAHORO Marius et NTAGANIRA Joseph, 2012, Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans le District de Rubavu, in *Revue Médicale Rwandaise*, vol.69, pp.24-31.
- RAYNAUD Joy, 2013, *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable*. Université Paul Valéry - Montpellier III, thèse de doctorat en géographie, 426 p.
- TOMASSO Flora, 2013, *Santé des villes, santé des champs : le cas de la reproduction dans le département de Saint-Louis au Sénégal*. Université Paul Valéry - Montpellier III, thèse de doctorat en géographie, 522 p.

1- Contexte, Justification et Objectifs du journal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Axe 2 : Economie rurale

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

Axe 3 : Genre et développement rural

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

2. Instructions aux auteurs

Politique éditoriale

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

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

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

Soumission et forme des manuscrits

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

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

Retour d'évaluation : 30 septembre 2020.

Date de publication : 15 décembre 2020.

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

Langue de publication

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

Page de titre

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

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

Résumé

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

Introduction

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

Corps du sujet

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

Introduction

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

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

Matériel et méthodes

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

2.3.5.3 Résultats

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

2.2.5.4 Discussion

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

Rédaction du texte

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

Remerciements

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

Références

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

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

Exemples :

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

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

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

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

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

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

Références bibliographiques Article

dans revue

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

Ouvrages, rapport

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

Articles en ligne

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

Chapitre d’ouvrage

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

Thèse ou mémoire :

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

Frais d’inscription

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

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

Contacts

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

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