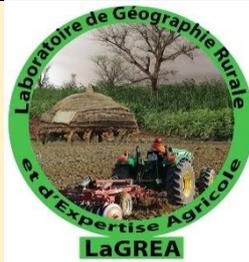




**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI  
(UAC)  
ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE  
ESPACES, CULTURES ET DEVELOPPEMENT**



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

***Journal de Géographie Rurale Appliquée et Développement  
(J\_GRAD)***



**ISSN : 1840-9962**

***N°002, décembre 2023***

***Volume 4***

## COMITE DE PUBLICATION

- Directeur de Publication** : Professeur Moussa GIBIGAYE  
**Rédacteur en Chef** : Professeur Bernard FANGNON  
**Conseiller Scientifique** : Professeur Brice SINSIN

## COMITE SCIENTIFIQUE

- |  |   |
|--|---|
| BOKO Michel (UAC, Bénin)                                       | TCHAMIE Thiou Komlan, Université de Lomé (Togo)                   |
| SINSIN Brice (UAC, Bénin)                                      | SAGNA Pascal, Université Cheikh Anta Diop (Sénégal)               |
| ZOUNGRANA T. Pierre, Université de Ouagadougou, (Burkina Faso) | OGOOWALE Euloge (UAC, Bénin)                                      |
| AFOUDA Fulgence (UAC, Bénin)                                   | HOUNDENOU Constant (UAC, Bénin)                                   |
| AGBOSSOU Euloge (UAC, Bénin)                                   | CLEDJO Placide (UAC, Bénin)                                       |
| TENTE A. H. Brice (UAC, Bénin)                                 | CAMBERLIN Pierre, Université de Dijon (France)                    |
| TOHOZIN Antoine Yves (UAC, Bénin)                              | OREKAN Vincent O. A. (UAC, Bénin)                                 |
| KOFFIE-BIKPO Cécile Yolande (UFHB, Côte d'Ivoire)              | ODOULAMI Léocadie (UAC, Bénin)                                    |
| GUEDEGBE DOSSOU Odile (UAC, Bénin)                             | KAMAGATE Bamory, Université Abobo-Adjamé, UFR-SGE (Côte d'Ivoire) |
| OFOUEME-BERTON Yolande (UMN, Congo)                            | YOUSSAOU ABDOU KARIM Issiaka (UAC, Bénin)                         |
| CHOPLIN Armelle (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, France) | HOUINATO Marcel, (UAC, Bénin)                                     |
| SOKEMAWU Koudzo (UL, Togo)                                     | BABATOUNDE Sévérin (UAC, Bénin)                                   |
| VISSIN Expédit Wilfrid (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), DAKOU B. Sylvestre (UAC, Bénin), TONDRO MAMAN Abdou Madjidou (UAC, Bénin)

**ISSN : 1840-9962**

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

<b>SOMMAIRE</b>		
<b>N°</b>	<b>TITRES</b>	<b>Pages</b>
1	<b>ABDOULAYE AMIDOU Moucktarou, KPETERE Jean, SABI YO BONI ABOUBAKAR Azizou, Sahabou</b> : <i>Commercialisation du bois-énergie et amélioration des conditions de vie a Karimama au nord Bénin</i>	05-20
2	<b>SANGLI Gabriel</b> : <i>The schooling of children left-behind by the migration of parents along the Burkina -Faso - Ivory Coast corridor: a sociodemographic view</i>	21-34
3	<b>NGOUMA Damase</b> : <i>L'île Mbamou au Congo Brazzaville : conditions de circulation et liens avec la ville</i>	35-48
4	<b>AGBON Apollinaire Cyriaque</b> : <i>Cartographie de la dégradation des terres agricoles dans les arrondissements de Agame, Koudo, Houin et Ouèdèmè (Commune de Lokossa au Bénin</i>	49-63
5	<b>SANNI BIO Bayé, SOUNON BOUKO Boni, DJOHY Gildas Louis, YABI Jacob Afouda</b> : <i>Stratégies d'adaptation des exploitants agricoles de la commune de Parakou face aux dynamiques foncières urbaines et péri-urbaines</i>	64-79
6	<b>MOATILA Omad Laupem, NDZANI Ferdinand, BERTON-OFOUEME Yolande</b> : <i>Approvisionnement en eau de consommation et perception des maladies hydriques par les réfugiés de Yumbi (RDC) à Makotipoko (R. Congo)</i>	80-94
7	<b>ADOUM-FORTEYE Amadou, DJANGRANG Man-Na, SOKEMAWU Koudzo</b> : <i>Le parc national de Zakouma au Tchad : un eldorado animalier aux implications touristiques majeures</i>	95-112
8	<b>FONTON Tagnonnanon Edmonde, OGUIDI Babatundé Eugène, DOSSOU-YOVO Adrien et CLEDJO Placide</b> : <i>Impacts environnementaux des déchets artisanaux dans la Commune d'Abomey-Calavi</i>	113-129
9	<b>TIENE Inza</b> : <i>Numérique et valorisation du patrimoine artisanal dans le département de Katiola</i>	130-142
10	<b>EPANE NSAKO dejeannot</b> : <i>Dynamique de production et construction territoriale dans les agropoles du Mounjo, Caméroun</i>	143-160
11	<b>KRAMO Yao Valere, KOFFI Guy Roger Yoboué</b> : <i>Insécurité sanitaire et stratégies de résilience dans la sous-préfecture de Dania (ouest de la Côte-d'Ivoire)</i>	161-176
12	<b>HOUESSO Satognon Florent, OUASSA Pierre</b> : <i>Dynamique d'évolution du lit du fleuve Mono sur l'espace frontalier Bénin-Togo et impacts socioéconomiques</i>	177-198

13	<b>YEBOUE Konan Thiéry St Urbain</b> : <i>Orpaillage, régression des superficies rizicoles et risque d'insécurité alimentaire dans la sous-préfecture de Bégbessou (centre-ouest de la Côte d'ivoire)</i>	199-217
14	<b>FOFANA Karidja épouse KONE, KONE Moussa</b> : <i>Impact de la cacao-culture sur l'environnement à Dedeafla au centre-ouest de la Côte d'ivoire</i>	218-232
15	<b>YETONGNON Judith Eric Georges</b> : <i>Typologie de pathologies chez les enfants de 0 à 5 ans dans le 1<sup>er</sup> arrondissement de la ville de Cotonou au Bénin</i>	233-246
16	<b>JACQUES Elie, ASSOUNI Janvier, ABOUDOU Y. M. A. Ramanou</b> : <i>Contribution des organisations paysannes au développement socio-économique de la commune de Banikoara (Nord-Bénin)</i>	247-263
17	<b>Mohamadou Mountaga DIALLO</b> : <i>Urbanisation des villes frontalières et défis de gouvernance urbaine. Cas de Diaobé au Sénégal</i>	264-279

## INSECURITE SANITAIRE ET STRATEGIES DE RESILIENCE DANS LA SOUS-PREFECTURE DE DANIA (OUEST DE LA COTE D'IVOIRE)

### HEALTH INSECURITY AND RESILIENCE STRATEGIES IN THE SUB-PREFECTURE OF DANIA (WESTERN IVORY COAST)

**KRAMO YAO VALERE**

Laboratoire Ville, Société et Territoire (VST), Université Alassane OUATTARA (Côte d'Ivoire),  
[valerekramo@gmail.com](mailto:valerekramo@gmail.com)

**KOFFI GUY ROGER YOBOUE**

Laboratoire d'Analyse des Vulnérabilités Environnementales, Université Alassane OUATTARA (Côte d'Ivoire)  
[kgryboue@gmail.com](mailto:kgryboue@gmail.com)

#### RESUME

Les recommandations internationales et les mutations intervenues dans les différents plans de développement sanitaire ne sont parvenues à atténuer les indices d'insécurité de santé à l'échelle des territoires humanisés. Cet article a pour objectif d'évaluer les pratiques populaires élaborées face à l'émergence des indicateurs d'insécurité sanitaire dans la sous-préfecture de Dania. La conduite de cette étude a reposé sur une méthodologie axée sur une recherche documentaire, une enquête de terrain teintée d'interviews, d'entretiens avec 6 infirmiers et d'observation directe. L'enquête s'est étendue à l'administration d'un questionnaire à 360 chefs de ménages répartis à l'échelle de 6 villages choisis de manière raisonnée. Les enquêtes par questionnaire auprès des ménages de la sous-préfecture de Dania se sont déroulées en deux (02) phases. La première phase a eu lieu au cours des mois de Juin et Août 2021. La seconde phase des enquêtes s'est quant à elle déroulée durant les mois de Septembre à Novembre 2022. Les résultats obtenus révèlent que la couverture sanitaire est déficitaire. La desserte médicale est insuffisante en personnel infirmier et en médecin. Les populations sont à 67% exclues du périmètre sanitaire de 5 kilomètres. En dépit de l'enclavement fonctionnel, le taux de recours à la médecine reste contrasté par l'effet de la distance avec 30,3% dans un rayon de plus de 15 kilomètres, 17,7% dans un périmètre de 5 à 15 kilomètres et 38,5% dans une couronne de 5 kilomètres. La médecine traditionnelle est également pratiquée à 28% contre 38% pour le pluralisme thérapeutique. Ces choix alternatifs amplifient la menace de l'insécurité sanitaire des populations de la sous-préfecture de Dania.

**Mots clés :** sécurité sanitaire, Dania, choix thérapeutiques, centres de santé, desserte médicale

#### ABSTRACT

The international recommendations and the changes occurring in the various health development plans have not succeeded in mitigating the indicators of health insecurity on the scale of humanized territories. This article aims to evaluate the popular practices developed in the face of the emergence of health insecurity indicators in the sub-prefecture of Dania. The conduct of this study was based on a methodology based on documentary research, a field investigation tinged with interviews, interviews with 6 nurses and direct observation. The survey extended to the administration of a questionnaire to 360 heads of households spread across 6 villages chosen in a purposive manner. The questionnaire surveys of households in the Dania sub-prefecture were carried out in two (02) phases. The first phase took place during the months of June and August 2021. The second phase of the surveys took place during the months of September to November 2022. The results obtained reveal that health coverage is deficit. Medical service is insufficient in terms of nursing staff and doctors. 67% of the populations are excluded from the 5 kilometer health perimeter. Despite the functional isolation, the rate of use of medicine remains contrasted by the effect of distance with 30.3% within a radius of more than 15 kilometers, 17.7% within a radius of 5 to 15 kilometers and 38.5% in a 5 kilometer ring. Traditional medicine is also practiced at 28% compared to 38% for therapeutic pluralism. These alternative choices amplify the threat of health insecurity for the populations of the Dania sub-prefecture.

**Keywords:** health safety, Dania, therapeutic choices, health centers, medical service

#### INTRODUCTION

En 1978, la Déclaration d'Alma-Ata a été adoptée en réponse aux inégalités qui existent dans la situation sanitaire des populations et a proposé une stratégie pour réduire ces écarts en préconisant un changement fondamental des systèmes de santé et de la fourniture des soins. Depuis cette conférence, des modifications majeures sont intervenues en ce qui concerne le tableau de

morbidité, les profils démographiques, l'exposition aux risques majeurs et l'environnement socio-économique. On a également observé des tendances à l'adoption de modèles de soins plus intégrés et à un pluralisme accru dans le financement et l'organisation des systèmes de santé (OMS, 2003, p.2). En Côte d'Ivoire, l'application des recommandations de la conférence d'Alma-Ata donne des résultats mitigés. L'accès aux médicaments à moindre coût est rendu difficile par les fréquentes ruptures de stocks à la pharmacie de la santé publique, par le non-respect du principe de ticket modérateur instauré dans les centres urbains communautaires et enfin par les problèmes d'accessibilité géographique et financière. De ce fait, se développe un marché parallèle de vente de médicaments communément appelés médicaments de la rue. Le mauvais accueil des patients notamment en milieu rural, la faible couverture vaccinale et l'accès limité aux médicaments accentuent la vulnérabilité des populations pauvres en matière d'accessibilité aux soins (Z.B. GOBA, 2012, p.146). Les populations sont confrontées à une insécurité sanitaire. Cette situation s'amplifie dans les zones rurales où se juxtaposent la faible couverture en structures sanitaires, l'insuffisance du personnel médical, le caractère défectueux du réseau routier. C'est ce sombre tableau social que présente la sous-préfecture de Dania située à l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Au regard de ces difficultés, elles développent une variété de stratégies pour recouvrer la santé.

Quelles sont les options définies par les populations de la sous-préfecture de Dania pour atténuer l'insécurité sanitaire locale ?

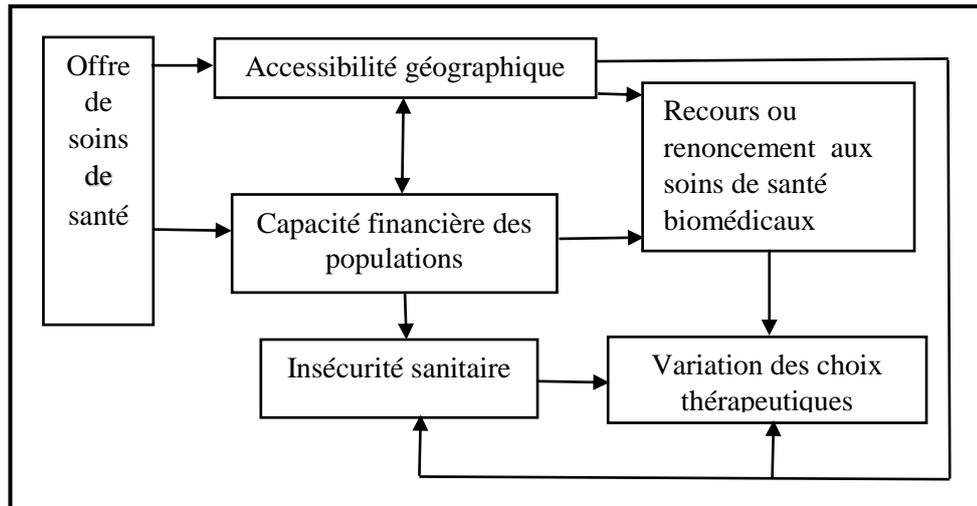
Cette étude met en relief les indicateurs de l'insécurité sanitaire à l'échelle de la sous-préfecture de Dania. Elle évoque également les stratégies de résilience développées par les populations locales en vue de réduire les risques liés à cet effet. L'hypothèse qui sous-tend cette analyse est que les difficultés d'accessibilité aux soins de santé biomédicaux entraînent une diversification des choix thérapeutiques par les populations de la sous-préfecture de Dania. La vérification de ce postulat impose d'adopter une démarche méthodologique appropriée.

## **1. Matériels et méthodes**

L'exécution du protocole de recherche adossé à cette étude a pris en compte, l'approche théorique, la localisation de l'espace d'investigation et la mise en place d'un cadre méthodologique.

### **1.1. Approche théorique et présentation de l'espace de l'étude**

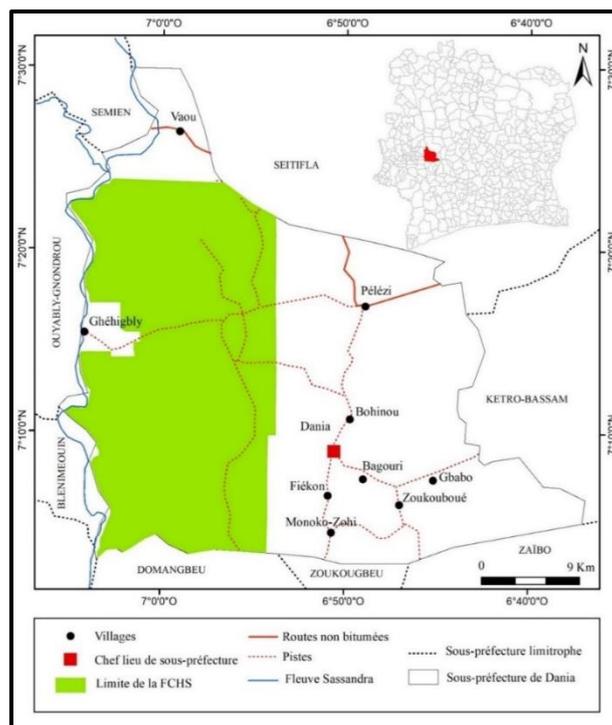
L'approche théorique convoquée se fonde sur le modèle d'accès aux soins de santé élaboré par ANDERSEN (1995) cité par G. HANI et A.L.TESSERON (2009, p.3). Ce modèle fait référence au volet comportemental de l'accès aux soins de santé. Il met en évidence les interactions entre les facteurs socioéconomiques, les raisons géographiques et les conditions sociales qui président à la fréquentation et à l'utilisation des centres de santé sous l'impulsion des logiques établies par l'offre de soins. Il s'adosse aux déterminants de l'accès aux soins de santé. Il s'agit donc d'évaluer l'accessibilité théorique (offre de soins de santé) et l'accès potentiel (usage effectif). À partir de ce modèle, un schéma théorique (figure 1) a été élaboré. Il met en interaction l'offre de soins fournie par les pouvoirs publics et les comportements des populations cibles vis-à-vis de ces structures de préservation de la santé humaine.



Source : KRAMO Yao Valère., 2023, adapté d'ANDERSEN (1995) cité par G. HANI et A.L.TESSERON (2009, p.3)

**Figure 1 : Schéma théorique du contexte de l'insécurité sanitaire**

Le modèle théorique qui fonde l'analyse dans le cadre de cet article, met en évidence les choix thérapeutiques comme des alternatives développées face aux contraintes financières et géographiques d'accès aux soins de santé (figure 1). La fréquentation et l'utilisation des services de soins de santé sont la conséquence des caractéristiques financières et culturelles des populations en relation avec la localisation des structures sanitaires et la disponibilité des agents médicaux. Cette capacité des populations à solliciter les centres de santé se heurte parfois à des barrières socio-économiques et géographiques. Ainsi, l'offre de soins de santé censée assurer une pérennité du bien-être physique et moral des populations, se présente, à travers ses spécificités, comme un indicateur de menace de la sécurité sanitaire humaine. L'application de cette approche théorique a pu se faire à l'échelle de la sous-préfecture de Dania située à l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Le cadre spatial retenu pour conduire la présente étude est la sous-préfecture de Dania. Cette localité, érigée en sous-préfecture par décret n° 97 – 18 du 15 Janvier 1997 a été choisie selon un certain nombre de facteurs. La figure 2 permet de localiser la zone d'étude.



Source : BNETD-CCT, 2011 KOFFI Yoboué, 2023

**Figure 2 : Localisation de la sous-préfecture de Dania en Côte d'Ivoire**

La sous-préfecture de Dania est située exactement entre les méridiens 6°40'00" et 7°00'00" de longitude ouest et les parallèles 7°10'00" et 7°30'00" de latitude Nord. Cette localité couvre une superficie d'environ 1350 km<sup>2</sup>. La sous-préfecture de Dania fait partie de la région du Centre-Ouest ivoirien. Elle se localise dans le département de Vavoua qui appartient à la région du Haut Sassandra.

## 1.2 Méthode et technique de collecte des données

Dans le cadre de cette étude, le cadre méthodologique retenu a pris en compte une enquête par entretien, l'observation directe et l'administration d'un questionnaire. Les outils méthodologiques et techniques ont été élargis à la constitution d'un échantillon représentatif et au traitement de données.

### 1.2.1 L'enquête par interview ou par entretien

L'enquête par interview ou entretien s'est résumée en une collecte de données dans certains services administratifs à Vavoua (Chef-lieu de Département) puis à Daloa (Chef-lieu de région). Une séance de travail a été effectuée avec le sous-préfet de Dania. A l'issue de cette rencontre, la monographie et les résultats globaux RGPH-2021 de la sous-préfecture de Dania ont été obtenus. Des investigations ont également été menées au sein des centres de santé afin de rendre compte du niveau de recours des populations rurales à l'itinéraire thérapeutique hospitalier, ainsi que des pathologies récurrentes.

### 1.2.2 La constitution de l'échantillon

Pour la constitution de l'échantillonnage de cette étude, il a été opté pour la méthode des quotas en raison du vide statistique qui prévaut à l'échelle de l'espace d'étude. Ainsi, l'accent a été mis sur le choix des villages, des ménages et des exploitants interrogés. Au total, 5 villages ont été retenus pour les investigations. Les localités ont été choisies selon des critères que sont les caractéristiques socio-sanitaires, démographiques, économiques et surtout la localisation à l'échelle de la sous-préfecture. En raison du déficit statistique, la méthode d'échantillonnage retenue a consisté à choisir 60 ménages par village. Le tableau I est un récapitulatif des effectifs de ménage enquêtés par localité.

**Tableau I : Effectif de ménage enquêté par localité**

Localités		Effectifs
Villages	Dania	60
	Gbéhigbly	60
	Monoko-zohi	60
	Pélézi	60
	Vaou	60
<b>Total</b>		<b>300</b>

Les enquêtes par questionnaire auprès des ménages de la sous-préfecture de Dania se sont déroulées en deux (02) phases. La première phase a eu lieu au cours des mois de Juin et Août 2022. La seconde phase des enquêtes s'est, quant à elle, déroulée de Septembre à Novembre 2022.

### 1.2.3 Le traitement de l'information

Le traitement des données recueillies a été fait par un procédé informatique qui a permis de générer des tableaux statistiques, des graphiques et des cartes. Les cartes ont été élaborées grâce au logiciel Qgis 2.18. Le traitement statistique a pour sa part permis de dégager des tableaux, des graphiques et certains indicateurs numériques. Le traitement a nécessité l'usage de logiciels d'analyse tels qu'Excel 2013 et Sphinx Survey plus<sup>2</sup>-V5. Les tests statistiques d'association ont été également effectués sous XLSTAT 2014.

## 2. RESULTATS

La dotation différenciée des territoires humanisés en structures sanitaires et en personnel de santé entraîne un recours varié aux soins biomédicaux. En milieu rural, l'offre de soins de santé dispersée et insuffisante occasionne une pluralité thérapeutique.

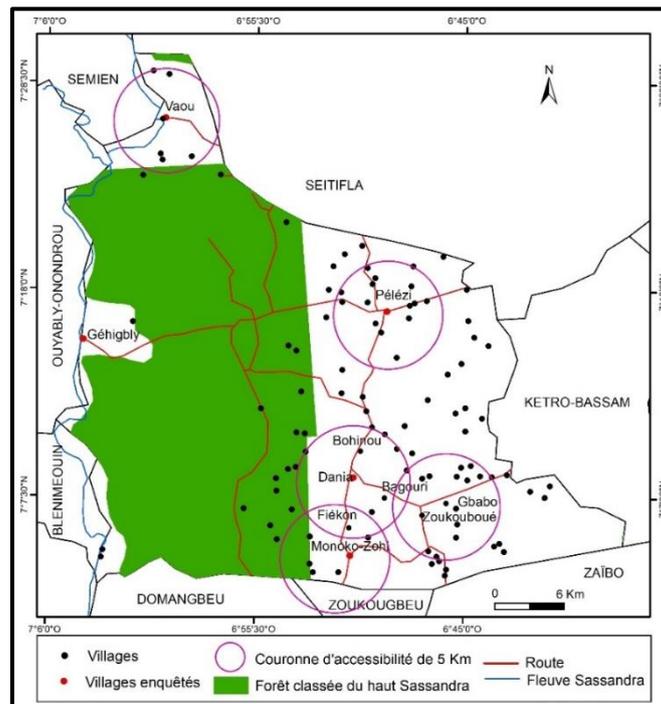
### 2.1 Une offre de soins insuffisante et inéquitable

L'étude des faits de production et de consommation intègre de ce fait les déterminants spatiaux de santé. L'approche s'appuie ici sur l'analyse de l'offre de soins dans la sous-préfecture de Dania. Il s'agit dans la présente section d'évaluer l'accessibilité potentielle des populations de la sous-préfecture de Dania au système de soins, son taux de médicalisation, et enfin, son taux d'encadrement sanitaire.

#### 2.1.1 Une population significative exclue du périmètre sanitaire

En Côte d'Ivoire, le niveau d'accessibilité aux services sanitaires est déterminé selon des rayons de couverture classifiés en trois catégories. Ainsi, on distingue la population qui vit dans un rayon de 5 kilomètres, celle dans un rayon de 5 à 15 kilomètres et enfin la population qui vit à

plus de 15 kilomètres d'un établissement de santé. L'organisation de la population selon les rayons d'accessibilité géographique révèle que la population qui vit dans un rayon de 5 kilomètres d'un centre de santé se chiffre à une proportion de 33%. La population de la sous-préfecture de Dania qui vit dans un rayon compris entre 5 et 15 kilomètres d'un centre de santé est de 43%. Enfin, la population résidente à plus de 15 kilomètres d'un établissement sanitaire est de 24%. La figure 3 permet de faire une lecture spatiale de l'organisation de la population selon les rayons d'accessibilité géographique aux établissements de santé dans la sous-préfecture de Dania.



Source : BNETD-CCT, 2011 KOFFI Yoboué, 2023

**Figure 3 : Répartition de population selon les couronnes d'accessibilité géographique aux structures sanitaires**

Le rythme de croissance des infrastructures sanitaires est en inadéquation avec le rythme de croissance de la population. La crise militaro-politique de 2002 qui a entraîné un déficit d'investissement en établissement sanitaire a paradoxalement occasionné une croissance démographique. Il en résulte une proportion significative de la population exclue du périmètre sanitaire surtout à l'Ouest et au Nord-Ouest de la sous-préfecture de Dania.

### ***2.1.2 Une insuffisance de couverture en structures sanitaires et en personnel médical***

Le niveau primaire de l'offre de soins de santé est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC). Il s'agit principalement des dispensaires et des centres de santé qui constituent l'essentiel des établissements sanitaires que l'on rencontre dans la sous-préfecture de Dania. La photo 1 présente l'aperçu d'un centre de santé public de la sous-préfecture de Dania.



Prise de vue : KRAMO Yao Valère, 2023

**Photo 1 : Aperçu d'un centre de santé dans le village de Monoko-zohi**

À l'image des autres centres de santé ruraux, cette structure sanitaire ne dispose pas de clôture. Le laboratoire d'analyse biologique est inexistant et les lits d'observation ne sont pas couverts de draps. Le personnel soignant est réduit à un infirmier régulièrement absent pour des réunions et des formations de renforcement de capacités de prise en charge médicale. En plus de l'absence d'ambulance, le centre de santé est ouvert de 8 heures à 18 heures.

**2.1.3 Des centres de santé dépourvus d'énergie électrique**

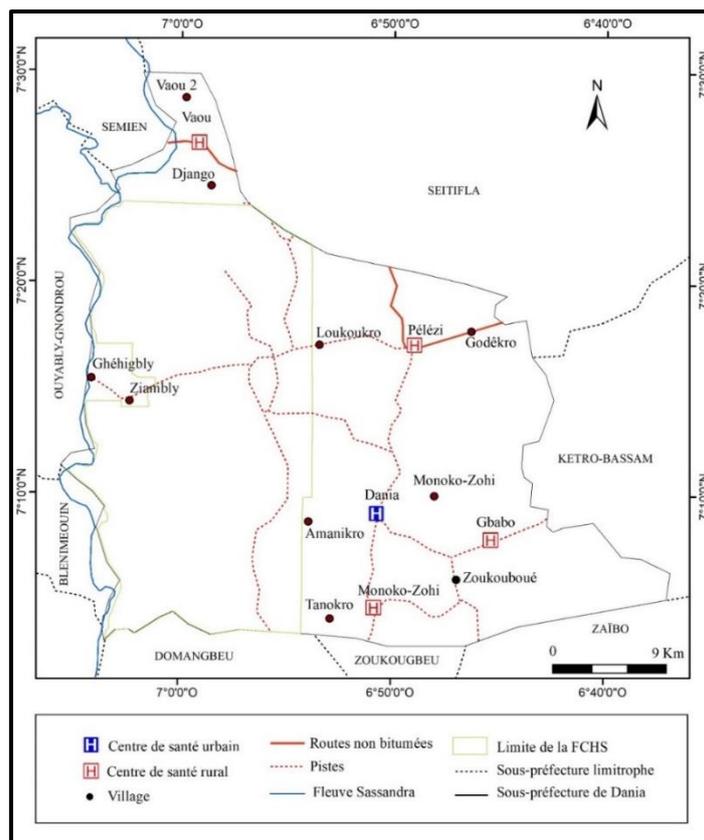
Dans la sous-préfecture de Dania, seul le chef-lieu est électrifié. Face à cette situation, les panneaux solaires sont principalement utilisés comme moyen alternatifs. La photo 2 montre le moyen d'éclairage dans les différents centres de santé.



Prise de vue : KRAMO Yao Valère, 2023

**Photo 2 : Plaques solaires pour l'éclairage du centre de santé de Vaou**

Les panneaux solaires disponibles dans les centres de santé de la sous-préfecture de Dania ne sont pas suffisamment puissants pour alimenter permanentement les récepteurs électriques qui équipent ceux-ci. Le déficit d'éclairage rend laborieuses les interventions de nuit notamment dans les salles d'accouchement. La conservation des médicaments surtout les vaccins, se fait dans des conditions pénibles. Dans les différents villages qui disposent de centres de santé, la mise en place des équipements électriques se heurte à des contraintes socio-économiques et politiques majeures. La figure 4 présente la répartition spatiale des établissements sanitaires de la sous-préfecture de Dania.



Source : BNETD-CCT, 2011/Enquêtes personnelles 2023 KOFFI Yoboué, 2023

**Figure 4 : Répartition des centres de santé à l'échelle de la sous-préfecture de Dania**

La représentation cartographique des centres de santé à l'échelle de la sous-préfecture de Dania permet d'établir le constat d'une inégale répartition spatiale des établissements sanitaires. À cela, s'adjoint une insuffisance des infrastructures. Le corollaire de cette situation est une inaccessibilité aux services de santé par les populations qui ne résident pas dans les villages qui les abritent. En effet, l'essentiel du réseau routier est constitué de piste en état de dégradation avancée. Ceci entraîne des difficultés d'évacuation des malades. Le cas de Gbéhighly, localité située à l'ouest de Pélési est frappant. En effet, ce village, situé sur la rive orientale du fleuve Sassandra dispose de la forêt classée du Haut Sassandra comme frontière naturelle. Il est, de ce fait, distancé de 35 kilomètres de Pélési qui est la localité de la sous-préfecture la plus proche. Ne disposant pas de centre de santé, le village peuplé de 5 620 habitants est de par son enclavement géographique, une localité à risque. Du fait du mauvais état de la route traversant la forêt classée, les évacuations sanitaires dans cette localité sont faites en direction de Piébly qui est une localité située à 18 kilomètres dans le département de Kouibly à l'Ouest de Gbéhighly. Ainsi, l'unique moyen de transport est la pirogue qui assure la traversée du fleuve Sassandra. Cet état de fait place Gbéhighly en situation de crise sanitaire, mais au-delà, la sous-préfecture de Dania.

#### 2.1.4 Une insuffisance en médecins et en infirmiers

Le personnel de la sous-préfecture de Dania comprend les médecins, les infirmiers et les sages-femmes. Le tableau II présente la répartition du personnel soignant dans la sous-préfecture de Dania.

**Tableau II : Répartition du personnel soignant dans la sous-préfecture de Dania**

Localités	Effectif personnel soignant			Total
	Médecin	Infirmier	Sage-Femme	

Pélézi	0	2	1	3
Monoko-Zohi	0	2	1	3
Vaou	0	1	1	2
Gbabo	0	2	1	3
Dania	1	3	2	6
TOTAL	1	10	6	17

Source : District Sanitaire, Vavoua 2023

De ce tableau, il ressort que le personnel infirmier est prédominant (59%) que les sages-femmes (35%) et les médecins (6%). Cette inégalité résulte du statut théorique des structures sanitaires. Le médecin exerce exclusivement en milieu urbain (Dania), l'infirmier se retrouve à l'échelle de tout type de centre de santé alors que la sage-femme détient un espace professionnel circonscrit aux maternités parfois inexistantes au niveau des centres de santé.

Au niveau territorial, la ville de Dania dispose d'une proportion plus significative d'agents médicaux (35%) du fait du statut du centre de santé urbain dont le paquet minimum d'activités requiert un effectif conséquent de personnel médical. L'homogénéité en desserte médicale perçue autour des villages tient sous sa dépendance le caractère similaire des compétences dévolues aux centres de santé. Le tableau III permet de faire une lecture du ratio population-personnel soignant dans la sous-préfecture de Dania.

**Tableau III : Variation de la desserte en infirmier et en sage-femme de la sous-préfecture Dania**

localités	Ratio-infirmier	Norme OMS	Ratio sage-femme	Norme OMS
<b>Dania</b>	6096	5000	574	3000
<b>Gbabo</b>	7749	5000	1738	3000
<b>Monko-zohi</b>	7139	5000	2101	3000
<b>Pélézi</b>	9860	5000	3011	3000
<b>Vaou</b>	4757	5000	1887	3000

Source : District Sanitaire, Vavoua 2023

La sous-préfecture de Dania est déficitaire en médecin (un médecin pour ces 77 295 habitants). Il en est de même pour le personnel infirmier (un infirmier pour 7 730 habitants). L'aire sanitaire de Pélézi est la moins nantie avec un ratio d'un infirmier pour 9 860 habitants. Le déficit à Pélézi de 50% contre 25% pour Dania et 34% à Monoko-Zohi. Au niveau de Vaou, la norme internationale est atteinte, (un infirmier pour 4 757 habitants). La couverture en sage-femme est assurée sauf à Pélézi (3011 femmes en âge de procréer pour une sage-femme). L'aire sanitaire de Dania se trouve la plus nantie avec une (01) sage-femme pour 1 147 femmes en âge de procréer. La couverture en sage-femme, jugée satisfaisante, est en adéquation avec la couverture nationale qui était d'une (01) sage-femme pour 1 445 femmes en âge de procréer.

## 2.2 Une variété de stratégies de résilience

La recherche d'un maintien du fonctionnement harmonieux des cellules somatiques oblige les populations à rechercher des stratégies face aux difficultés d'accès aux soins de santé. Celles-ci se déclinent en la création de structures sanitaires privées et de la diversification des choix thérapeutiques.

### 2.2.1 L'émergence d'une médecine privée

Il convient de remarquer que ce déficit généralisé de personnel soignant constitue une porte ouverte à l'émergence d'une activité clandestine. Il s'agit de la prolifération d'un personnel paramédical qui investit de plus en plus le milieu rural. La photographie 3 permet de constater l'état de l'un de ces établissements sanitaires de fortune.

**Photo 3: Case de santé de Gbéhighly**

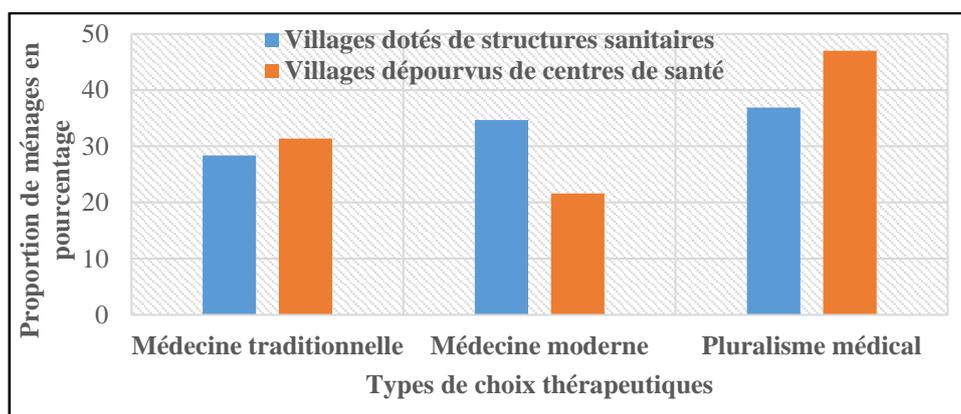


Prise de vue: KRAMO Yao Valère, 2023

La photo 3 montre une installation sommaire animée par un agent de santé diplômé ou non. Les activités sont axées sur la vérification de tension artérielle, la délivrance d'ordonnance, la petite chirurgie (blessure à la machette, à la daba, accident de vélo ou de moto). Ce centre est la porte d'entrée du système de soins des populations rurales qui finissent par établir un contrat de confiance avec les praticiens dudit centre. Cependant, il est fréquent de faire face à des diagnostics et des indications thérapeutiques en déphasage avec l'épisode morbide du patient.

### 2.2.2 Une diversification d'itinéraire thérapeutique dans la sous-préfecture de Dania

Dans la sous-préfecture de Dénia se dégagent trois catégories de ménages selon les itinéraires thérapeutiques. Il s'agit des ménages qui ont un recours direct à la médecine moderne (34%), à la médecine traditionnelle (28%) et un recours systématique à une forme de pluralisme thérapeutique (38%). La figure 5 permet de faire une lecture comparée du profil de recours thérapeutiques à l'échelle des villages dotés en centres de santé et non.



Source : Enquêtes personnelles, 2023

**Figure 5 : Profil comparé des itinéraires thérapeutiques dans les villages et campements de la sous-préfecture de Dania**

L'analyse du profil comparé des itinéraires thérapeutiques dans les villages de la sous-préfecture de Dania fait ressortir des variations significatives selon les recours thérapeutiques. La médecine traditionnelle est davantage utilisée par les ménages résidants dans les villages

dépourvus de structures sanitaires (31,4%) contre 28,4% à l'échelle des villages dotés de centres de santé. Les ménages villageois ont une plus grande propension à recourir à la médecine moderne. Cet itinéraire thérapeutique est emprunté par 34,7% des ménages rattachés à des villages dotés de centres de santé contre 21,6% dans les villages non pourvus en formations sanitaires. Le pluralisme thérapeutique est enfin le recours thérapeutique le plus usité aussi bien dans les villages (36,9%) que dans les campements (47%).

### **2.2.3 Une variété de facteurs associés au choix des itinéraires thérapeutiques dans la sous-préfecture de Dania**

La diversification des itinéraires de soins renvoie à un faisceau de facteurs justificatifs. Le tableau IV permet de faire une lecture des différents motifs de recours selon les itinéraires thérapeutiques.

**Tableau IV : Logiques de choix des recours thérapeutiques**

<b>Itinéraires thérapeutiques</b>	<b>Motif du recours thérapeutique (%)</b>		
	<b>Pour plus d'efficacité</b>	<b>Moins cher</b>	<b>Facilement accessible</b>
Médecine traditionnelle	14,6	51,2	34,2
Médecine moderne	94,3	0	5,7
Pluralisme thérapeutique	34,4	44,2	21,4

Source : Enquêtes personnelles, 2023

L'analyse des logiques de pratiques thérapeutiques selon les itinéraires de soins dans la sous-préfecture de Dania permet d'établir trois principaux motifs de recours. Il s'agit de la recherche de l'efficacité, du coût de prestation et de l'accessibilité géographique et physique aux soins de santé. La plupart des ménages (51,2%) qui ont recours à la médecine traditionnelle expliquent leur motivation par l'accès économique, significativement moins élevé de cette dernière par rapport à la médecine moderne. Le second motif qui sous-tend le recours à la médecine traditionnelle est son accessibilité facile (34,2%). L'offre de soins est ainsi disponible soit dans la cellule familiale, soit chez un voisin du village ou village voisin, moyennant une offrande ou une somme forfaitaire. La recherche de l'efficacité constitue avec 14,6% d'adoption, le troisième motif de recours des ménages à la médecine traditionnelle. Ces ménages ont recours à 94,3% à la médecine moderne en raison d'une quête d'efficacité. Enfin, le pluralisme thérapeutique constitue une troisième forme de recours. Ces populations ont une opinion partagée entre la recherche de l'efficacité (34,4%), du coût de prestation (44,2%) et de l'accessibilité géographique et physique aux soins de santé (21,4%). Par ailleurs, l'analyse des motifs de recours thérapeutiques positionne la distance géographique comme un déterminant. Les valeurs observées consignées dans le tableau V indiquent la répartition de l'incidence des itinéraires thérapeutiques selon la distance géographique.

**Tableau V : Répartition de l'incidence de la distance géographique selon le choix des itinéraires thérapeutiques**

<b>Distance</b> <b>Recours thérapeutique</b>	<b>Moins de 5 Km</b>	<b>Entre 5 et 15 Km</b>	<b>Plus de 15 Km</b>
Médecine traditionnelle	22,1%	29,4%	45,5%
Médecine moderne	38,5%	17,7%	30,3%
Pluralisme thérapeutique	39,4%	52,9%	21,2%

Source : Enquêtes personnelles, 2023

L'analyse du tableau permet de faire ressortir que le choix du recours thérapeutique varie selon la distance au centre de santé. Les populations situées à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé présentent avec 38,5%, la plus forte proportion de recours à la médecine moderne. Les populations situées à plus de 15 kilomètres d'un établissement de santé présentent quant à elle, 45,5% de recours à la médecine traditionnelle. Ce taux est le plus élevé de l'ensemble des couronnes sanitaires considérées. Ainsi, au fur et à mesure que l'on s'éloigne des établissements de santé, la proportion de personne ayant recours à la médecine traditionnelle augmente proportionnellement. Elle est de 22,1% pour les populations situées à moins de 5 kilomètres, de 29,4% entre 5 et 15 kilomètres et de 45,5% à plus de 15 kilomètres. Le p-value ( $p=0,0315$ ) du test d'association entre la distance géographique et le recours thérapeutique montre que la distance géographique influence significativement le choix du recours thérapeutique des ménages. Cependant, cette approche globale occulte des nuances à travers la lecture des p-values des contributions de chaque case. Cela est perceptible à travers le tableau VI.

**Tableau VI : Répartition des p-valeurs entre la distance géographique et le choix des itinéraires thérapeutiques**

<b>Distance</b> <b>Recours thérapeutique</b>	<b>Moins de 5 Km</b>	<b>Entre 5 et 15 Km</b>	<b>Plus de 15 Km</b>
Médecine traditionnelle	0,0278	0,6722	0,2500
Médecine moderne	0,0139	0,7111	0,5000
Pluralisme thérapeutique	0,0833	0,0467	0,00001

Source : Enquêtes personnelles, 2023

À un niveau de confiance de 95%, nos résultats révèlent une association significative entre la distance géographique et le choix de la médecine traditionnelle ( $p=0,0278$ ) par les populations résidentes dans un rayon de 5 kilomètres d'un établissement de santé. Cette association est également significative pour le choix de la médecine moderne ( $p=0,0139$ ) dans un rayon de 5 kilomètres et pour le choix du pluralisme thérapeutique ( $p=0,0467$ ) dans un rayon compris entre 5 et 15 kilomètres d'un établissement de santé.

#### **2.2.4 Une diversité de sources d'approvisionnement en médicament dans la sous-préfecture de Dania**

Dans la sous-préfecture de Dania, le recours des populations aux médicaments se rattache à différentes sources d'approvisionnement. Le tableau VII permet de faire une lecture du recours médicamenteux des ménages.

**Tableau VII : Source de recours au médicament**

<i>Sources de recours</i> <i>Distribution</i>	La brousse	Chez le voisin	Centre de santé	La rue
Effectifs	127	15	100	58
Proportion (%)	42,3%	5%	33,3%	19,4%

Source : Enquêtes personnelles, 2023

Quatre (04) principales sources d'approvisionnement en médicament sont identifiées dans la sous-préfecture de Dania. Il s'agit des modes d'approvisionnement dans la brousse (42,3%), auprès des voisins (5%), à l'hôpital (33,3%) et dans la rue (19,4%). Le mode d'approvisionnement dans la brousse s'avère plus significatif en raison de la présence de produits forestiers dans une végétation arbustive. À partir d'un réseau relationnel avec les agents de santé, les populations se procurent des médicaments au niveau des centres de santé. L'intégration de la rue aux sources d'approvisionnement en médicament découle de la vente parallèle de médicaments parfois issus des pays limitrophes comme le Libéria et la Guinée.

L'entraide et la solidarité associée aux relations de bon voisinage s'invitent dans l'éventail des origines de fourniture de médicament.

### 3. DISCUSSION

De cette étude, il ressort que l'insuffisance des structures sanitaires et du personnel médical expose les populations à une insécurité sanitaire. Toutefois, la densité médicale n'est pas le seul facteur d'insécurité sanitaire. Le cadre de vie des populations exerce une influence sur la diffusion des maladies. Les principales maladies influencées par un environnement malsain sont la diarrhée, les Infections des voies Respiratoires Aiguës (IRA), les différentes formes de lésions involontaires ou maladies de la peau (dermatose), la fièvre typhoïde et le paludisme (B.KAMBIRE et G.B.YASSI, 2021, p.2). L'urbanisation est le résultat d'une pression démographique, d'une mutation spatiale. Cette situation aboutit à la création de quartiers périphériques avec des habitats parfois spontanés. La faible couverture en ouvrages d'assainissement favorise l'insalubrité des cadres de vie. La qualité de l'eau est également affectée. Il s'en suit une émergence de risques sanitaires auxquels sont exposées les populations. Les risques sanitaires dénotent également de l'accessibilité géographique. A travers une étude conduite au niveau de la ville d'Abidjan, M. YMBA, K.A. EBA *et al* (2020, p.115) ont montré qu'un contraste se dégage entre les densités de femmes en âge de procréer et les indices d'accessibilité géographique. Au fur et à mesure que la densité des femmes en âge de procréer augmente, le niveau d'accessibilité devient faible. Cette situation expose davantage un fragment des femmes en âge de procréer à une insécurité sanitaire dans le cadre des soins prénataux et postnataux. Les déterminants de l'insécurité sanitaire s'élargissent aussi à la répartition géographique des structures sanitaires. La distribution spatiale des centres de santé occasionne une différenciation d'accessibilité et donc des taux de recours (B.M. SOPHIE *et al*, 2009, p.9). Les faibles taux de recours renvoient à des populations en situation de risques sanitaires. L'étude a également révélé une diversification des choix thérapeutiques face à l'insécurité sanitaire. Un pluralisme thérapeutique (médecine moderne, automédication, soins traditionnels) se dégage avec des raisons variées comme les difficultés financières. L'incapacité financière des populations à supporter les coûts des consultations dans les structures sanitaires, des examens biomédicaux et des médicaments jugés coûteux obligent ces dernières à faire usage des soins traditionnels. La raison financière du renoncement aux soins est évoquée par P. MAÏ (2019, p.5). Pour cet auteur, les ménages belges abandonnent à 8% les soins de santé pour des difficultés financières. Toutefois, le recours à la médecine traditionnelle repose sur un large éventail de facteurs (OMS, 2013, p.27). Selon cet organisme international, plusieurs facteurs comme la culture, l'importance historique, la présence locale, le coût abordable expliqueraient pourquoi la médecine traditionnelle est d'un usage répandu en Afrique et dans certains pays en développement. Ainsi, en Afrique, on dénombre 1 guérisseur pour 500 personnes, contre 1 médecin pour 40 000 personnes. En milieu rural, les guérisseurs locaux restent donc les prestataires de santé de millions de gens comme thérapie complémentaire. Des facteurs démographiques influencent également le choix de soins des ménages (E.N. NAMEGABE, 2008, p.5). À l'échelle de la ville de Goma, l'étude a démontré que la population étudiée était généralement jeune avec un âge moyen de 30 ans. Les jeunes préfèrent plus utiliser les plantes médicinales (57,5%) que les vieillards (56,3%). Mieux, les fournisseurs de la médecine traditionnelle sont souvent disponibles à tout moment de la journée. L'acceptabilité de la médecine traditionnelle est liée au fait qu'elle soit considérée comme une médecine sûre et efficace. Le prix de cette médecine traditionnelle est majoritairement à la portée de presque toutes les bourses (M.M.DJIMA *et al*, 2018, p.43). En revanche, le comportement du personnel médical et paramédical occasionne aussi le recours à l'automédication (P.P.NKOMA, 2015, p.4). Il s'agit de l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité des soins. A cela

s'ajoutent des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments. Toutefois, la proximité avec des professionnels de santé concourt à la pratique de l'automédication (M.C.EBOMA *et al*, 2022, p.5). Le réseau relationnel entre les populations et l'agent de santé établit un climat de confiance. Le personnel sanitaire n'hésite pas, de ce fait, à orienter voire prescrire des médicaments à ceux qui le sollicitent sans consultation préalable. Le renoncement aux consultations en centres de santé résulte également de la perception négative des prestations sanitaires offertes par le personnel soignant (S.D.O.ILBOUDO, 2018, p.43). Selon cet auteur qui a mené une étude en milieu rural au Burkina Faso, il s'observe un refus des patients d'être référés au chef-lieu de district de leur résidence. Cette posture populaire tient sous sa dépendance les décès survenus au niveau de cette structure sanitaire pour les malades référés. Ces pertes en vie humaine sont assimilées à une médiocre qualité de l'offre de soins disponible dans ledit centre de santé.

Au demeurant, les soins alternatifs ne se résument pas à la médecine traditionnelle et à l'automédication. Les camps de prière constituent aussi une option de recherche de guérison (K.KOUASSI, A.DJAKO et E.SREU, 2018, p.318).

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, il ressort que la sous-préfecture de Dania dispose d'une armature sanitaire insuffisante et inégalement répartie. Le personnel infirmier et le nombre de médecin sont déficitaires. Les établissements sanitaires manquent parfois d'électricité et plus de 67% de la population sont exclues du périmètre de santé de cinq kilomètres. Ces indicateurs exposent les populations à une insécurité sanitaire accentuée par des pratiques thérapeutiques à risque comme l'automédication traditionnelle et moderne. Les variations des taux de recours à la médecine moderne, à la médecine traditionnelle et au pluralisme thérapeutique selon les courbes de couverture sanitaire permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle les difficultés d'accessibilité aux soins de santé biomédicaux entraînent une diversification des choix thérapeutiques par les populations de la sous-préfecture de Dania. Les facteurs inhérents à cette diversification de trajectoires de soins restent dominés par les difficultés financières et la distance géographique. Ces indicateurs peuvent être atténués par la couverture maladie universelle.

## BIBLIOGRAPHIE

DJIMA Mama Mariam, OUATTARA Djénéba, DOSSO Mireille, EKOUEVI Koumavi Didier, 2018, La mesure de l'usage de la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest, *Revue Bio-Africa*, **18**, 42-56

EBOMA Molina Christian, MWANA-WABENE Cicoloma Aimé, MAKALI Lwamushi Samuel, CHERUGA Bonfils, MUKALENGE Chenge Faustin, MWEMBO Tambwe Albert, KAREMERE Albert, BALALUKA Bisimwa Ghislain, MWENE-BATU Pacifique Lyab, 2020, Choix thérapeutiques des hypertendus et diabétiques en milieu rural : une étude mixte dans deux zones de santé de l'Est de la République Démocratique du Congo, in *African Journal of Primary Health and Family Medicine*, (document en ligne consulté le 18 Septembre 2023), URL : <http://www.phcfm.org>, 9 p.

GOBA Zéphirin Boliga, 2012, L'impact des Politiques de Santé Publique en Côte d'Ivoire 1980-2010 : état des lieux, conséquences et perspectives, *Rev hist archéol afr (GODO GODO)*, **22**, 142-157

GUEND Hani et TESSERON Anne-Laure, 2009, Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec, deuxième symposium annuel de la collaboration en recherche sur les politiques liées à la population, au travail et à la famille (Gatineau-Québec), Centre-urbanisation, culture et société, Institut National de la Recherche Scientifique, Montréal, QC, Canada), document en ligne sur le lien [www.uqs.inrs.ca](http://www.uqs.inrs.ca), (consulté le 18 Août 2023), 22 p.

ILBOUDO Sidbéwendin David Olivier, 2018, Comprendre le refus de la référence médicale en milieu rural au Burkina faso : une autre approche de la vulnérabilité des usagers face à l'offre de sante, *Revue Espace, Territoires Société et Santé*, **2**, 37-46

KAMBIRE Bébé, YASSI Gilbert Assi, 2021, Mutations des cadres de vie et risques sanitaires, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, **7**, 2-8

KOUASSI Konan, DJAKO Arsène, SREU Eric et KOUA Asseman Médard, 2018, Les camps de prière : quelle soupape de sécurité sanitaire dans un désert d'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de gbeke (centre-cote d'ivoire) ?, *Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes*, **Janvier 2019**, 306-326

Maï Paulus, 2019, *Les barrières face à l'accès aux soins de santé : plus nombreuses qu'on ne le pense pour les personnes en situation de handicap*, ASPH, Bruxelles, 24 p.

NAMEGABE Ntabe Ntabe, 2013, Facteurs influençant le choix des soins au niveau des menages dans la ville de goma (rdc) : Cas de 369 Ménages vivant dans les sites de partenariat de la FSDC / ULPGL. 2008. fhal-00871877, mis en ligne le 10 Octobre 2013, <https://auf.hal.science/hal-00871877>, (consulté le 25 Août 2023), 14 p.

NKOMA Pouhe Paul, 2015, Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication. 7ème Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis", le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA), Johannesburg, Afrique du Sud, mis en ligne le 01 Juillet 016, (consulté le 23 Août 2023), <https://hal.science/hal-01339418>, 91 p.

OLIVIER Bouba-Olga, MAGALIE Vigé. 2014, Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE, 20 pages. Document en ligne (consulté le 17 Août 2023) sur le site <https://hal.science/hal01070962>, 20 p.

Organisation Mondiale de la Sante, 2003, cinquante-sixième assemblée mondiale de la sante, Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire, Rapport du Secrétariat, document en ligne, <https://apps.int>, (consulté le 19 Septembre 2023), 6 p.

Organisation Mondiale de la Santé, 2013, Stratégies de l'organisation mondiale de la santé pour la médecine traditionnelle-2014-2023, document en ligne, [www.who.int](http://www.who.int) (consulté le 23 Août 2023), 72 p.

SOPHIE Baudet-Michel, CHRISTINA Aschan-Leygonie. 2009, *Risque, Vulnérabilité, Résilience : comment les définir dans le cadre d'une étude géographique sur la santé et la pollution atmosphérique en milieu urbain ? Vulnérabilités sociétales, risques et environnement*, Paris, L'Harmattan, 60-68.

YMBA Maïmouna, EBA Konin Arsène et GOUATAINE Seingue Romain, 2020, Mesure de l'accessibilité géographique aux établissements de santé offrant des services de santé maternels par la méthode des aires flottantes à deux étapes améliorée dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires Société et Santé*, **6** : 115-132

# INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

## 1- Contexte, Justification et Objectifs du journal

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

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

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

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

### **2.1. 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).

### **2.2. 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 :** 10 août au 10 septembre 2022.

**Retour d'évaluation :** 10 octobre 2022.

**Date de publication :** 15 décembre 2022.

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

#### **2.2.1. 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).

#### **2.2.2. 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.

#### **2.2.3. 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.

#### **2.2.4. 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.

#### **2.2.5. 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.

##### **2.2.5.1 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.

### **2.2.5.2 Matériel et méthodes**

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

### **2.2.5.3 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.

### **2.2.6 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.

### **2.2.7. Rédaction du texte**

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

### **2.2.8. Remerciements**

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

### **2.2.9. 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.

### 2.2.10. 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

### 2.3. Frais d'inscription

#### Les frais de soumission sont fixés à 50.000 FCFA (cinquante 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 cinquante mille francs (50.000 F CFA) par envoi 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](mailto:journalgrad35@gmail.com)> avec copie à **Monsieur Moussa GIBIGAYE** <[moussa\\_gibigaye@yahoo.fr](mailto:moussa_gibigaye@yahoo.fr)>.

### 2.4. 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