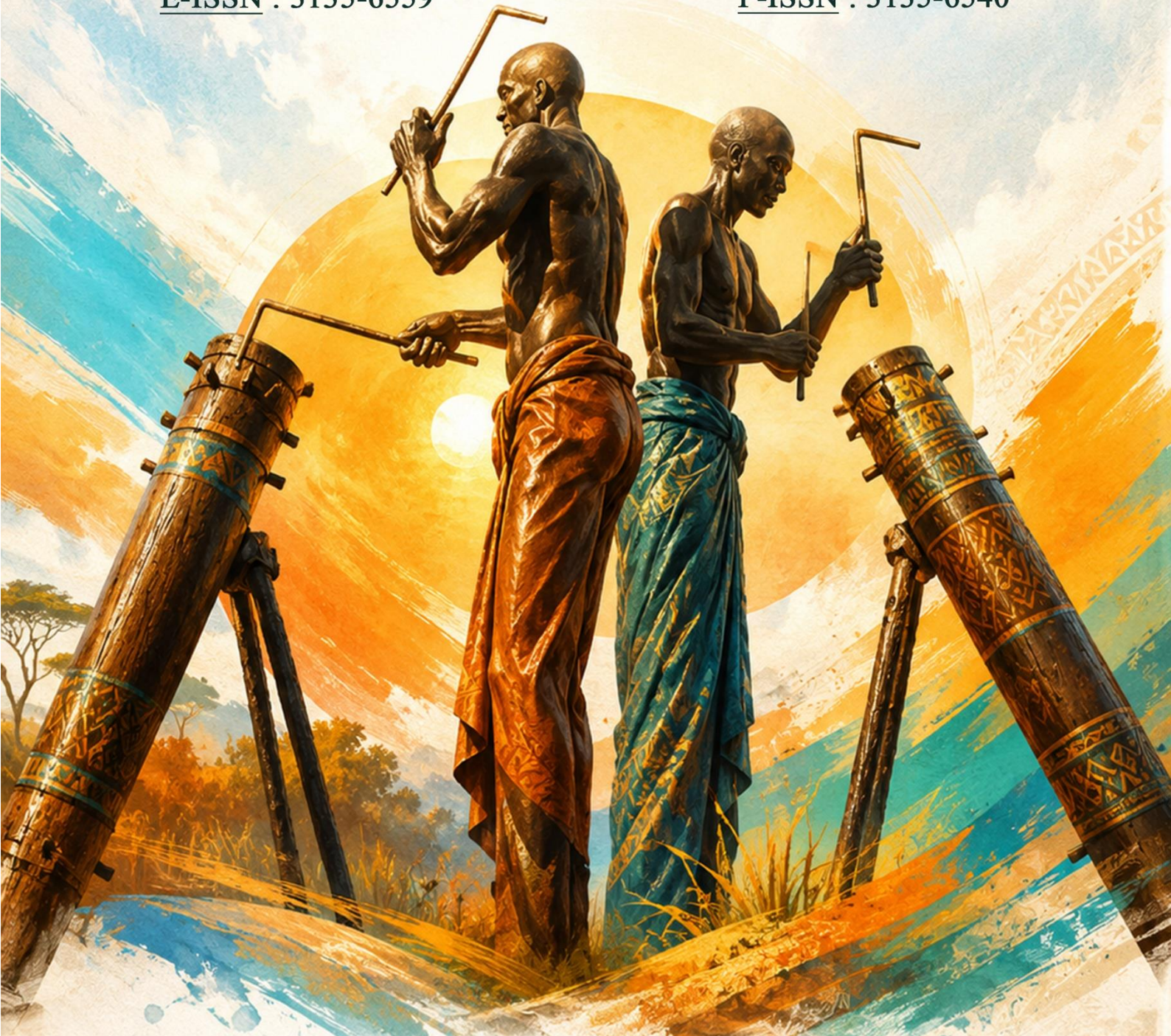


REVUE ATTOUNGBLAN

Lettres - Communication - Arts - Sciences humaines et sociales

E-ISSN : 3135-6559

P-ISSN : 3135-6540



Volume 1, Numéro 1, septembre 2026

www.revueattoungblan.net

COMITÉ ÉDITORIAL

Directeur de publication

KOUADIO Konan Hubert
Maître de Conférences
Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

La rédaction

Dr KOUAMÉ Kouakou Daniel, Maître-Assistant, Germanistique, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr KOUAMENAN Djro Bilestone Roméo, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Web Master

KOUAKOU Kouadio Sanguen, Assistant, Ingénieur en informatique, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Professeur Ahouli Akila, Germanistique, Université de Lomé (Côte d'Ivoire)

Professeur FAYE Ousseynou, Histoire, Université Cheick Anta Diop (Dakar)

Professeur GNÉBA Kokora Michel, Germanistique, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)

Professeur Klaus VAN EICKELS, Histoire, Université Otto-Friedrich de Bamberg (Allemagne)

Professeur KONÉ Vamara, Anglais, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Professeur KOUAMÉ Abo Justin, Germanistique, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)

Professeur TOH Zorobi Philippe, Anglais, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr KONAN Koffi Syntor (MC), Espagnol, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr YÉO Lacina (MC), Germanistique, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)

COMITÉ DE LECTURE

Dr AGOSSAVI Simplicie (MC), Germanistique, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Dr ALLABA Djama Ignace (MC), Germanistique, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)

Dr BAH Jean-Joël (MC), Philosophie, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr BALLY Claude Koré (MC), Sociologie, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr DANHO Yayo Vincent (MC), Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr DIARASSOUBA Bazoumana (MC), Géographie, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr KPAO SARÉ Constant (MC), Germanistique, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Dr M'BRA Kouakou (MC), Anglais, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr NOGBOU M'Domou Éric (MC), Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)

Dr PALÉ Miré Germain (MC), Espagnol, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr YANGRA Aboua François (MC), Sciences du langage, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

PRÉSENTATION DES MANUSCRITS

ATTOUNGBLAN n'accepte que des articles inédits et originaux en français, anglais, allemand ou espagnol. Les articles publiés n'engagent que leurs auteurs.

Les auteurs sont invités à respecter les délais qui leur seront communiqués, sous peine de voir la publication de leurs travaux repoussée au numéro suivant.

1. Structure de l'article

Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots maximum], Mots clés [5 mots maximum] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche méthodologique), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.

Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots au plus], Mots clés [5 mots au plus] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.

2. Longueur de l'article

Quelle que soit la nature de l'article, sa longueur maximale, incluant aussi bien le texte principal que les résumés, les notes et la documentation, doit être comprise **entre 5000 et 8000 mots**.

3. Formats d'enregistrement et d'envoi

Tous les articles doivent nous parvenir obligatoirement en version numérique.

Texte numérique (Word)

3.1 Traitement de texte

La saisie de l'article doit être effectuée avec traitement de texte Word, obligatoirement en **police Times New Roman de taille 12, interligne (1,15)**.

La mise en forme (changement de corps, de caractères, normalisation des titres, etc.) est réalisée par l'équipe éditoriale de la revue. Les césures manuelles, le soulignement, le retrait d'alinéa ou de tabulation pour les paragraphes sont proscrits. Une ligne sera sautée pour différencier les paragraphes.

Pour la ponctuation, les normes sont les suivantes : un espace après (.) et (,) ; un espace avant et après (;), (:), (?), et (!). Les signes mathématiques (+, —, etc.) sont précédés et suivis d'un espace.

L'utilisation des guillemets français (« ») doit être privilégiée. Les guillemets anglais (" ") ne doivent apparaître qu'à l'intérieur de citations déjà entre guillemets.

Les chiffres incorporés dans le texte doivent être écrits en toutes lettres jusqu'au nombre cent. Au-delà, ils le seront sous forme de chiffres arabes (101, 102, 103...)

Les siècles doivent être indiqués en chiffres romains (I, II, III, IV, X, XX).

Les appels de note doivent se situer après la ponctuation.

3.2. Le texte imprimé

Le texte comporte une marge de 2,5 cm sur les quatre bords.

4. Pagination

Le document est paginé de la page de titre aux références bibliographiques, en pagination continue.

5. Références bibliographiques

S'assurer que toutes les références bibliographiques indiquées dans le texte, et seulement celles-ci, s'y trouvent. Elles doivent être présentées selon les normes suivantes :

5.1. Bibliographie

– **Pour un ouvrage :**

PICLIN Michel, 2017, *La notion de transcendance : son sens, son évolution*, Paris, Armand Colin.

– **Pour un article de périodique :**

IGUE Ogunsola, 2010, « Une nouvelle génération de leaders en Afrique : quels enjeux ? », *Revue internationale de politique de développement*, vol. 1, No. 2, p. 119-138.

– **Pour un article dans un ouvrage :**

ZARADER Marlène, 1981, « Être et Transcendance Chez Heidegger », dans Martin KAPPLER (dir.), *Métaphysique et Morale*, Paris, L'Harmattan, p. x-y.

– **Pour une thèse :**

OLEH Kam, 2008, « Logiques paysannes, logiques des développeurs et stratégies participatives dans les projets de développements ; l'exemple du projet Bad-Ouest en Côte d'Ivoire », Thèse unique de doctorat, Institut d'Ethnologie, Université Cocody, Côte D'Ivoire.

5.2. Sources

– **Pour les sources écrites :**

Nom de la structure conservant le document (Centre d'archives), fonds, carton ou dossier, titre du document, année (exemple : GGAEF — 4 (1) D39 : Rapport annuel d'ensemble de la colonie du Gabon, en 1939.

– **Pour les sources orales :**

Nom(s) et prénom(s) de l'informateur, numéro d'ordre, date et lieu de l'entretien, sa qualité et sa profession, son âge et/ou sa date de naissance.

6. Références et notes

6.1. Appel de référence

Dans le texte, l'appel à la référence bibliographique se fait suivant la méthode du premier élément et de la date, entre parenthèses. En d'autres termes, les références des ouvrages et des articles doivent être placées à l'intérieur du texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'auteur précédé de l'abréviation de son prénom, l'année et/ou la (les) page(s) consulté(es), suivis de deux points. Exemple : (A. Koffi, 2012 : 54-55).

Si plusieurs références existent dans la même année pour un même auteur, faire suivre la date de a, b, etc., tant dans l'appel que dans la bibliographie : (A. Koffi, 2012a).

À partir de trois auteurs, faire suivre le premier auteur de et *al.* : (K. Arnaud et *al.* 2010). Quand il est fait appel à plusieurs références distinctes, on séparera les différentes références par un point-virgule (;) : (E. Kedar, 1978, 1989 ; E. Zadi, 1990).

6.2. Références aux sources

Les références aux sources (orales ou imprimées) doivent être indiquées en note de bas de page selon une numérotation continue.

6.3. Notes de bas de page

Les explications ou autres développements explicitant le texte doivent être placés en notes de bas de page correspondante (sous la forme : 1, 2, 3, etc.). Ces notes infra-paginales doivent être exceptionnelles et aussi brèves que possible.

6.4. Citations

Le texte peut comporter des citations. Celles-ci doivent être mises en évidence à partir de lignes ; retrait gauche (1 cm) et droite (1 cm) en interligne simple, en italique et entre guillemets.

– Les **citations courtes** (1, 2 ou 3 lignes) doivent être entre guillemets, en français à l'intérieur des paragraphes en police 12, interligne (1,5).

– **Les citations longues** (4 lignes et plus) doivent être sans guillemets et hors texte, avec un retrait de 2 cm à gauche et à droite et interligne simple (1), police -1.

– **Les Crochets** : Mettre entre crochets [] les lettres ou les mots ajoutés ou changés dans une citation, de même que les points de suspension indiquant la coupure d'un passage [...].

Remarque : La citation dans une langue autre que celle de l'article est accompagnée d'une traduction dans la langue de l'article. Cette traduction est mise en bas de page, suivie de la mention entre parenthèses : (Notre traduction).

NB: Les citations en anglais ne sont pas à traduire en bas de page, quelle que soit la langue de rédaction de la contribution.

Exemples de références de citation sont intégrées au texte :

- En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998 : 223), est « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (...), d'accroître le domaine des mathématiques : alors qu'elle s'est pour l'essentiel occupé du groupe professionnel occidental que l'on appelle les mathématiciens (...)».

- Pour dire plus amplement ce qu'est cette capacité de la société civile qui, dans son déploiement effectif, atteste qu'elle peut porter le développement et l'histoire, S. B. Diagne (1991 : 2) écrit :

Qu'on ne s'y trompe pas : de toute manière, les populations ont toujours su opposer à la philosophie de l'encadrement et à son volontarisme leurs propres stratégies de contournements. Celles-là, par exemple, sont lisibles dans le dynamisme, ou à tout le moins, dans la créativité dont fait preuve ce que l'on désigne sous le nom de secteur informel et à qui il faudra donner l'appellation positive d'économie populaire.

- Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit :

« le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socio-culturelle et de civilisation traduisant une impréparation sociohistorique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères ». (S. Diakité, 1985 : 105).

7. Les documents non textuels

7. 1 Illustrations

L'ensemble des illustrations, y compris les photographies, doit impérativement accompagner la première expédition de l'article. En plus de chaque original, l'auteur fournira une copie aux dimensions souhaitées pour la publication : pleine page, demi-page, sur une colonne, etc. Au dos seront portés le nom du ou des auteurs, le numéro de la figure, l'indication du haut de l'illustration. La justification maximale est de 120 mm de largeur sur 200 mm de hauteur pour une illustration pleine page. Les textes portés sur les illustrations seront en Garamond.

7.2 Dessins originaux

Ils seront soit tracés à l'encre de Chine, soit issus de traitement informatique imprimé dans de bonnes conditions. Dans ce dernier cas, on évitera les trames dessinées. Pour les objets lithiques, les croquis dits « schémas diacritiques » gagneront à être accompagnés des dessins traités en hachures valorisantes qui, eux, montrent la morphologie technique.

7.3 Documents photographiques

Les documents doivent être parfaitement nets, contrastés et être fournis sous forme de fichier numérique ; enregistrés pour « PC » (Photoshop ©/niveaux de gris 300 ppi ou bitmap 600 ppi/Tiff/taille de publication dans Illustrator © ou tout autre logiciel de dessin vectoriel/EPS/textes vectorisés).

7.4 Tableaux

La revue n'assure pas la composition des tableaux. Ils devront être remis sous forme de fichiers Acrobat © PDF (print/niveau de gris/taille de publication/300dpi) ou Illustrator © (EPS/niveau de gris/taille de publication/300dpi), respectant la justification et la mise en pages de la revue. Privilégier les fontes Garamond.

7.5 Échelles

Aussi souvent que possible, la représentation grandeur nature sera recherchée. Lorsque la réduction s'impose, l'auteur aura soin de prévoir une échelle de réduction constante pour une même catégorie de vestiges. Pour chaque carte ou plan, l'auteur donnera une échelle graphique, ainsi que la direction du Nord. Pour les objets dessinés ou photographiés, une échelle, si possible constante, accompagnera chaque pièce ou ensemble de pièces.

7.6 Titres des illustrations, photos et tableaux

Toutes les illustrations, toutes les photos et tous les tableaux doivent avoir des titres. Ces titres sont obligatoirement placés en dessous des illustrations, des photos ou des tableaux.

7.7 Légendes

L'auteur accordera un soin particulier à la qualité des légendes. Les illustrations, les photos, les tableaux et leurs légendes constituent souvent le premier contact du lecteur avec l'article. Les légendes doivent être placées en dessous des titres.

7.8 Appels des illustrations, photos et tableaux

Dans le texte, l'auteur doit obligatoirement indiquer l'appel aux illustrations, photos ou tableaux. Cet appel doit être en chiffres arabes : (fig. 1), (tabl. 2), (pl. 3 - fig. 4), etc.

SOMMAIRE

LANGUES, LETTRES ET CIVILISATIONS

Études germaniques

- 1. KOUAME Kouakou Daniel, TRAORÉ Youssoufou** **9-28**
Religion als Ressource kultureller Resilienz im Zeitalter der Globalisierung
- 2. Tchima Rolland KONE, Tenin YEO** **29-43**
Relevanz Der Kulturvermittlung Im Daf-Unterricht in der Côte d'Ivoire am Beispiel des Lehrwerks *ihr und wir Plus 3*
- 3. Sibiri Micaël OUATTARA** **44-58**
Beitrag des Staates zur Resozialisierung devianter Jugendlichen in der Côte d'Ivoire: Fall der Insassen des „Centre d'Observation des Mineurs“ in Bingerville

4. **Massimlawè HAKAKAWA** 59-77
Erzählen als Widerstand: Literarische Strategien des Erinnerns und Erzählens in Fred Wanders Roman *Der siebente Brunnen*

Anglais

5. **Marius Eder BROU, Konan Blaise KOUADIO** 78-93
Fictionalizing the Discursive Legitimation of Power in George Orwell's *Animal Farm*

Études hispaniques

6. **Bonzallé Hervé SAKOUM, Gore Patrice TIPENIN** 94-111
Saverio el Cruel de Roberto Arlt: una vanguardia del existencialismo y de lo absurdo latinoamericano

Lettres Modernes

7. **Kouakou Gildas KONAN, Nouho KONATÉ** 112-128
Les isotopies sémantiques du mensonge politique dans le jeu démocratique : cas de *L'Enfant qui disparaît est une lettre d'alphabet* de Josué Guébo et *Pages en feu* d'Emmanuel Toh Bi

COMMUNICATION, SCIENCE DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

8. **Francis Pacôme KOUAKOU, Anado Jean Michel AHIZI** 129-144
Communication institutionnelle et rôle de la MUGEF-CI dans le développement social durable : vers une couverture santé équitable et pérenne des fonctionnaires et agents de l'État ivoirien

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Histoire

9. **Djro Bilestone Roméo KOUAMENAN, Logbou Kouso Marie Flora GOSSAN** 145-162
Sexualité, domination et colonisation : images et imaginaires raciaux et sexués dans les colonies africaines (début du XV^e siècle-milieu du XX^e siècle)
10. **Kouadio Alexandre DJAMALA, A. Bérénice-Carel TANO, Kpassigué Gilbert KONE** 163-176
Les dispositifs idéologiques de la « mort » et le contrôle social des « vivants » en pays wan et mona

Philosophie

11. **Jean-Baptiste KOFFI** 177-189
L'épistémologie canguilhemienne : penser la norme du vivant
12. **Bazoumana SANOGO** 190-198
La raison d'état face aux droits du migrant international à partir d'Hannah Arendt

Anthropologie et sociologie

13. **Fanta Dada PETEL** 199-211
Vendre du lait au péril de sa sécurité : les défis majeurs des productrices Mbororo face aux violences de genre

14. Tanyo Boniface KONE, N’Zué KONAN **212-225**
Inégalités socio-spatiales dans l’accès aux services de santé publics dans le district sanitaire de Bouaké nord-ouest : l’ancrage de la médecine traditionnelle dans l’accès aux soins

15. Ibrahima Alamako KEITA, Lanfia KABA, Aboubacar 1 SYLLA **226-245**
Feux de brousse et conséquences sur les écosystèmes de la commune rurale de de Gbérédou Baranama en Guinée

Sciences de l’éducation

16. Moussa Fadiala BOCOUM **246-260**
Dynamiques et enjeux de la gestion de la Faya et du mont mandingue, massifs forestiers classés au Mali

Inégalités socio-spatiales dans l'accès aux services de santé publics dans le district sanitaire de Bouaké nord-ouest : l'ancrage de la médecine traditionnelle dans l'accès aux soins

Socio-Spatial Inequalities in Access to Public Health Services in the North-West Bouaké Health District: The Role of Traditional Medicine in Access to Healthcare

Tanyo Boniface KONE

Attaché de Recherche

Université Alassane OUATTARA, Bouaké

Centre de Recherche et de Développement (CRD),

Chaire UNESCO Anticipation Prospective et Territoires Durables, Bouaké

Labo VST

konetanyoboniface@gmail.com

N'Zué KONAN

Maître-Assistant

Université Alassane OUATTARA, Bouaké

Labo VST

nzuekonan7@gmail.com

Résumé

L'accès aux soins de santé demeure marqué par des inégalités socio-spatiales dans le District Sanitaire de Bouaké Nord-Ouest. Ces disparités influencent les conditions de recours aux soins et peuvent conduire les populations à adopter des itinéraires thérapeutiques alternatifs. Cette étude analyse les inégalités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé dans ce district. La méthodologie repose sur une revue de la littérature consacrée au système de santé de Bouaké et aux plateaux techniques des établissements sanitaires, complétée par des entretiens auprès des responsables de l'administration sanitaire et une enquête par questionnaire auprès de 100 chefs de ménages des villages et quartiers du district. Les données cartographiques du CIGN (2020) et les registres de consultation des établissements sanitaires ont également été exploités. Les résultats montrent une offre de soins dominée par les établissements sanitaires de premier contact et une accessibilité spatialement inégale. Les données de terrain indiquent que 68 % des chefs de ménages enquêtés évoquent la distance comme principale contrainte d'accès aux soins, contre 61 % pour l'état dégradé des pistes et 57 % pour les difficultés de transport. Par ailleurs, 42 % déclarent avoir connu des retards dans le recours aux soins et 36 % des difficultés d'évacuation sanitaire. Ces disparités géographiques et socioéconomiques contribuent à différencier les possibilités de recours aux services de santé et favorisent, dans certaines localités, le recours à des itinéraires thérapeutiques alternatifs.

Mots clés : Bouaké, District Sanitaire, Accessibilité, services de santé, Inégalités socio-spatiales.

Abstract

Access to healthcare is still marked by socio-spatial inequalities in the Bouaké North-West Health District. These disparities affect how people seek care and can lead them to try alternative treatment routes. This study looks at socio-spatial inequalities in access to healthcare in this district. The methodology is based on a review of the literature on Bouaké's health system and the technical facilities of health institutions, complemented by interviews with health administration officials and a survey with 100 household heads from the district's villages and neighborhoods. Mapping data from CIGN (2020) and health facility consultation records were also used. The results show that healthcare services are mostly dominated by primary care facilities and that access to care isn't the same everywhere. On the ground, 68% of household heads surveyed said distance was the main obstacle to getting care, compared to 61% who pointed to poor road conditions and

57% who mentioned transportation issues. In addition, 42% reported experiencing delays in getting consultations and 36% had difficulties getting evacuated when needed. These geographical and socioeconomic disparities help create differences in access to healthcare services and encourage, in some places, the use of alternative treatment routes.

Keywords : Bouaké, Health District, Accessibility, health services, socio-spatial inequalities.

Introduction

L'urbanisation est l'un des phénomènes planétaires les plus marquants de ces dernières décennies. Depuis 2007, plus de la moitié de la population mondiale vit dans les villes (OMS, 2010 : 45) et ce sera les deux tiers en 2030 (UNDESA, 2011 : 15). Cette croissance urbaine concerne principalement les pays du Sud. Les questions du développement durable de ces villes et de la couverture sanitaire des populations se posent avec acuité. Bien qu'elles soient généralement considérées comme des moteurs de croissance économique et d'innovations (T. Dauvergne, 2012 : 14), les villes condensent des précarités, des vulnérabilités, l'instabilité et des inégalités socio-spatiales de santé, particulièrement dans les pays du Sud du fait de l'absence de réelle politique urbaine. Cependant, si de nombreux travaux se sont attachés aux villes des pays développés, l'intérêt pour les villes du Sud et particulièrement d'Afrique est récent (OMS, 2010 : 37). Ainsi, alors que les villes concentrent les services, en particulier ceux de la santé, les citoyens africains ne profitent pas toujours de ce privilège urbain (ONU-Habitat, 2010 : 45). En effet, les politiques d'aménagement des villes n'ont pas suivi leur rythme rapide de croissance, et ce décalage engendre une distribution inégale des ressources, à l'origine d'inégalités d'accès, notamment aux soins (P.I.L.F. Pone, 2018 : 12).

Ces inégalités sont renforcées par les stratégies d'implantation des services (N. Nikiema et al., 2015 : 47). Alors que le secteur public tente d'assurer l'équité dans l'accès physique aux soins, le secteur privé semble moins se soucier d'une répartition équitable que d'une logique de rentabilité. Quant aux structures de soins confessionnelles, elles sont davantage motivées par des principes d'équité sociale. Ces inégalités pourraient même s'accroître dans les années à venir (OMS, 2010 : 42), surtout dans les villes secondaires où le rythme de croissance spatiale et démographique sera le plus important.

L'accessibilité effective aux infrastructures sanitaires résulte d'une couverture universelle (OMS, 2013 : 6), laquelle prend en compte tous les déterminants de l'accessibilité aux structures sanitaires. En Côte d'Ivoire, d'importants efforts ont été déployés par les autorités sanitaires afin d'améliorer les conditions d'accessibilité aux infrastructures sanitaires, selon le postulat qu'un meilleur accès aux services de santé conduit à une utilisation plus fréquente et, partant, à un meilleur état de santé de la population (P. Tuo, 2018 : 16 ; C. Péan, 2018 : 84).

Ces efforts se traduisent par l'augmentation du budget alloué au domaine de la santé, passé de 245 681 178 989 F CFA en 2014 à 296 284 199 945 F CFA. Le pays enregistre 3 215 médecins, 7 989 infirmiers et 2 814 sage-femmes, soit un ratio d'un (01) médecin pour 7 232 habitants, un (01) infirmier pour 2 910 habitants et une (01) sage-femme pour 1 990 femmes en âge de procréer. Concernant l'accessibilité géographique, 67 % de la population vit à moins de cinq (05) kilomètres d'un centre de santé et 50 % des régions sanitaires satisfont la norme OMS (un ESPC pour 10 000 habitants). Au niveau du plateau technique des hôpitaux de référence, 81 % des districts disposent de blocs opératoires fonctionnels, 96 % de services de laboratoire et 51 % d'un service de radiologie fonctionnel (OMS, 2016 : 4). L'un des grands défis de la planification sanitaire demeure ainsi l'utilisation effective des services par les populations.

Dans le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest, divers centres de prestations sanitaires (maternités, dispensaires) ont été construits ; le Centre Hospitalier Régional a été réhabilité et doté de services d'urgences et d'ophtalmologie ; et la coopération sino-ivoirienne a permis l'équipement du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké. Le district compte 9 établissements sanitaires publics de premier contact et 14 structures sanitaires privées et confessionnelles autorisées, pour un personnel médical estimé à 181 agents. La population du district est passée de 166 991 habitants en 1998 à 602 097 personnes en 2021 (A.C. Agbon et al., 2021 : 13), soit un quasi-doublement en 26 ans, avec un taux d'accroissement naturel de 3,14 %, supérieur au taux national de 2,6 % (K.P. Anoh et al., 2015 : 7-8). Cette croissance démographique rapide n'a pas été accompagnée d'une mise à niveau équivalente des infrastructures sanitaires, d'où une inadéquation entre la croissance de la population et l'offre de soins. La diversité et l'abondance des services et du personnel médical restent en outre inégalement réparties et concentrées dans certains quartiers, ce qui se traduit par un faible taux de fréquentation des structures sanitaires, estimé à 59,16 % (DIPE, 2023 : 265), inférieur aux normes internationales.

En dépit de cette volonté manifeste des autorités de répartir équitablement les infrastructures sanitaires, les centres de santé construits demeurent insuffisamment équipés et mal répartis sur le territoire. C'est de ce constat qu'est née la présente réflexion sur les inégalités socio-spatiales dans l'accès aux services de santé dans le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest, laquelle vise à répondre à la question centrale : *pourquoi l'accès aux services de santé demeure-t-il faible dans ce district ?*

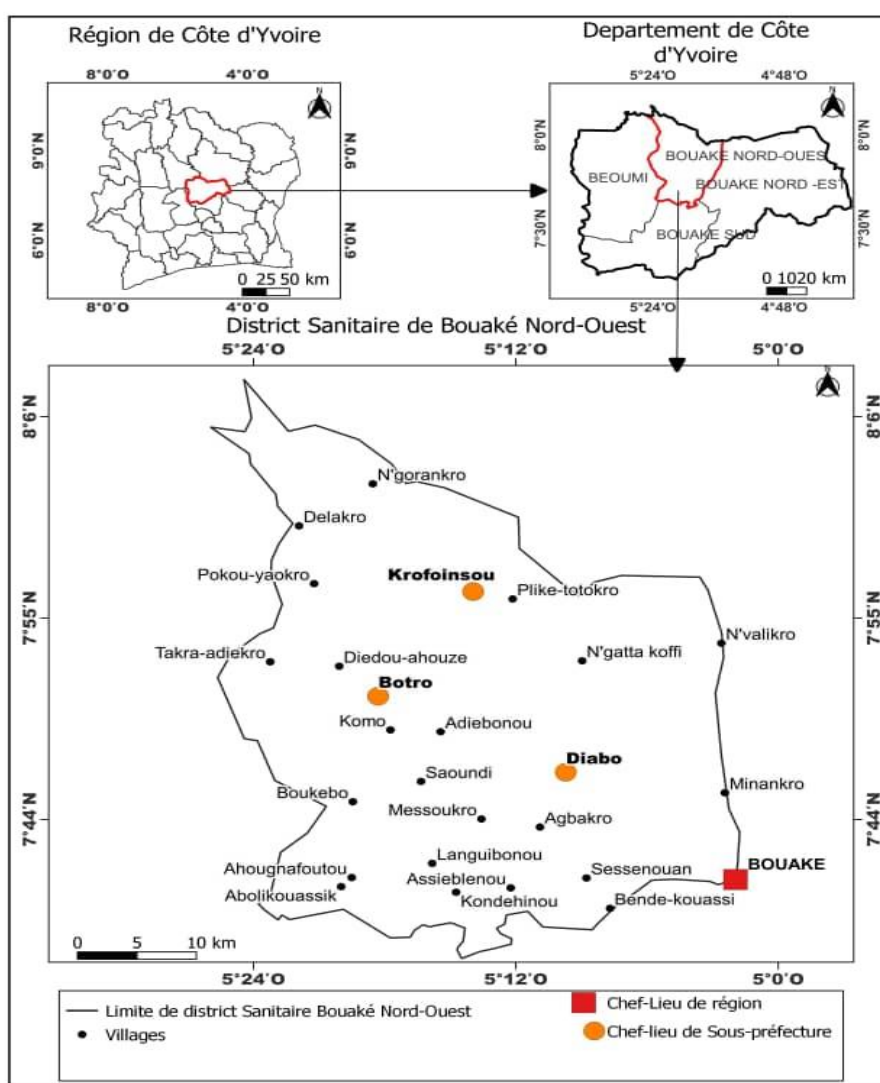
L'objectif de cette recherche vise à analyser les inégalités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé dans le District Sanitaire Nord-Ouest de la région.

1. Matériels et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

Cette étude a été réalisée dans le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest, situé dans la région de Gbêkê, au centre de la Côte d'Ivoire (carte 1). Ce district couvre des espaces urbains et ruraux caractérisés par une forte croissance démographique et une urbanisation progressive. Il comprend plusieurs établissements sanitaires publics, privés et confessionnels, dont des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), qui constituent le premier niveau de prise en charge des populations.

Carte 1 : Situation géographique du District Sanitaire de Bouaké Nord-Ouest



Source : CIGN, 2020

Réalisation : KONE T Boniface, 2026

Le district connaît une augmentation continue de sa population sous l'effet de la croissance naturelle et des migrations. Cette dynamique exerce une pression croissante sur les infrastructures sanitaires,

dont la capacité d'accueil, les équipements et la répartition spatiale demeurent insuffisants pour répondre efficacement aux besoins des populations. Les disparités entre les quartiers urbains et les localités rurales, ainsi que l'état souvent dégradé des pistes rurales, justifient le choix de ce territoire comme espace d'étude des inégalités socio-spatiales d'accès aux services de santé.

1.2. Nature des données

La recherche repose sur la combinaison de données primaires et secondaires. Les données primaires ont été recueillies auprès des ménages, des responsables des établissements sanitaires et des autorités sanitaires du district. Elles portent notamment sur les conditions d'accès aux soins, les distances parcourues, les moyens de transport utilisés, les dépenses de santé, les délais d'accès aux structures sanitaires ainsi que les difficultés rencontrées par les populations.

Les données secondaires proviennent de plusieurs sources documentaires, notamment les rapports du Ministère de la Santé, de la Direction Régionale de la Santé, du District Sanitaire de Bouaké Nord-Ouest, de l'Institut National de la Statistique (INS), des publications scientifiques, des rapports de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des documents de planification territoriale. Ces données concernent la géographie des établissements de santé, les niveaux d'accessibilité, les populations cibles, les pathologies consultées, les motifs du recours aux soins de santé.

1.3. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée selon une approche mixte, associant des techniques quantitatives et qualitatives.

L'enquête quantitative a été réalisée auprès des ménages à l'aide d'un questionnaire structuré portant sur les caractéristiques socio-économiques des ménages, les pratiques de recours aux soins, les dépenses sanitaires, les distances parcourues ainsi que les difficultés d'accès aux infrastructures sanitaires.

Parallèlement, des entretiens semi-directifs ont été conduits avec les responsables des établissements sanitaires, les autorités sanitaires du district ainsi que certaines autorités administratives et communautaires afin de recueillir leurs perceptions sur les contraintes de l'offre de soins et les stratégies mises en œuvre pour améliorer l'accessibilité des populations.

Des observations directes ont également été réalisées dans les établissements sanitaires et le long des principaux axes de desserte afin d'évaluer l'état des infrastructures, l'accessibilité physique des centres de santé et les conditions de mobilité des populations.

1.4. Échantillonnage

L'étude repose sur un échantillonnage raisonné de 100 chefs de ménages tenant compte de la diversité géographique du district sanitaire. Les localités enquêtées ont été sélectionnées en fonction de leur localisation, de leur densité de population, de leur niveau d'équipement sanitaire et de leur accessibilité.

Les ménages ont été choisis selon une méthode d'échantillonnage systématique afin de garantir une représentation des différentes catégories socio-économiques. Les responsables des établissements sanitaires et les personnes ressources ont été retenus selon un choix raisonné, en raison de leur connaissance du fonctionnement du système local de santé.

1.5. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été saisies, codifiées puis analysées à l'aide de logiciels statistiques afin de produire des statistiques descriptives (fréquences, proportions, moyennes) et des tableaux synthétiques permettant d'identifier les principaux déterminants de l'accès aux services de santé.

Les données qualitatives issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique permettant d'identifier les perceptions des acteurs, les contraintes de fonctionnement des structures sanitaires ainsi que les stratégies développées par les populations face aux difficultés d'accès aux soins.

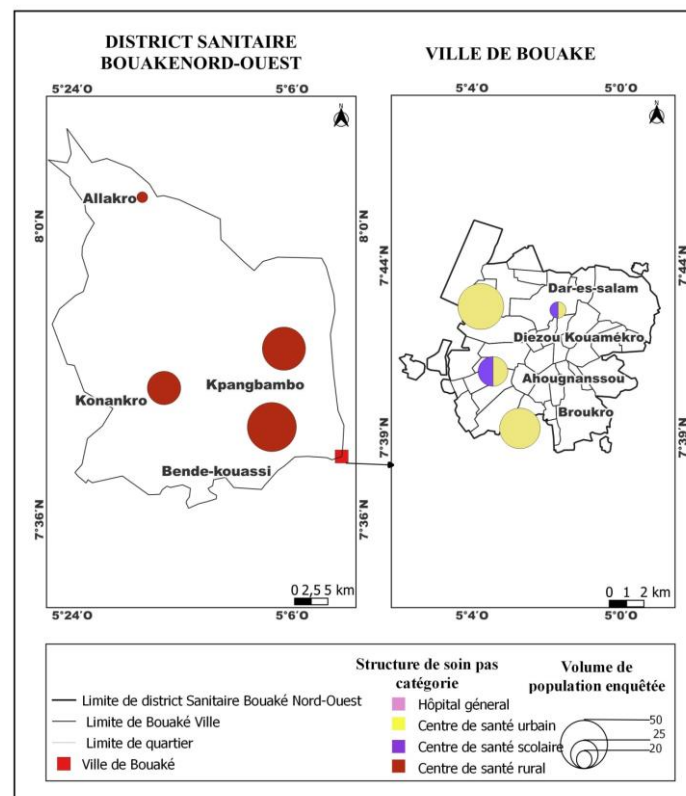
Enfin, un Système d'Information Géographique (SIG), à travers QGIS, a été mobilisé pour analyser la répartition spatiale des établissements sanitaires, apprécier leur niveau de couverture territoriale et mettre en évidence les disparités géographiques d'accès aux services de santé. Les cartes produites ont permis d'identifier les zones insuffisamment desservies ainsi que les espaces les plus vulnérables.

2. Résultats

2.1. Une offre de soins dominée par les établissements sanitaires de premier contact

Le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest dispose d'un réseau sanitaire composé d'établissements publics, privés et confessionnels. Le secteur public est organisé autour de huit (08) Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), répartis entre quatre Centres de Santé Urbains (CSU) et quatre Centres de Santé Ruraux (CSR) (carte 2). À ces infrastructures s'ajoutent plusieurs structures privées et confessionnelles qui contribuent à l'offre locale de soins.

Carte 2 : Distribution spatiale de l'offre de soins du District Sanitaire de Bouaké Nord-Ouest



Source : CIGN, 2020

Réalisation : KONE T Boniface, 2026

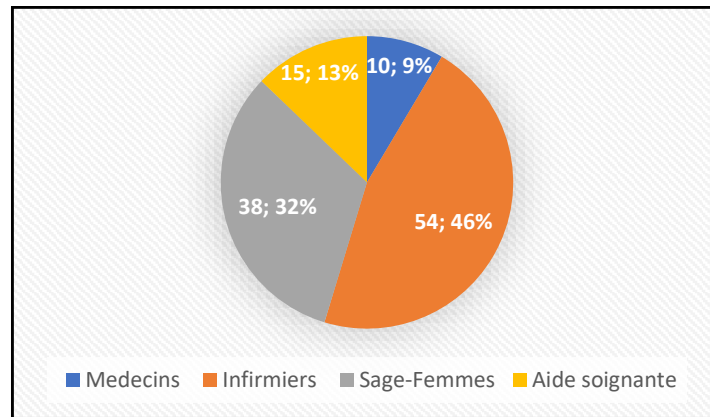
Toutefois, ces établissements assurent essentiellement les soins de santé primaires. Leur plateau technique demeure limité pour la prise en charge des pathologies complexes. Les cas nécessitant des soins spécialisés ou des interventions chirurgicales sont systématiquement référés vers le Centre Hospitalier Régional (CHR) ou le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké. L'absence d'un Hôpital Général au sein du district constitue ainsi une contrainte majeure pour les populations, notamment celles résidant dans les localités périphériques.

Par ailleurs, bien que la Direction Régionale de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle estime que plus de 80 % de la population réside dans le rayon théorique de couverture des établissements sanitaires publics, cette accessibilité géographique masque d'importantes disparités liées aux conditions de déplacement, à l'état des routes et aux coûts de transport.

2.2. Une répartition inégale des ressources humaines de santé

Les ressources humaines constituent un autre indicateur de la capacité de l'offre de soins. Le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest compte dix (10) médecins, cinquante-quatre (54) infirmiers, trente-huit (38) sage-femmes, quinze (15) aides-soignants ainsi que d'autres catégories de personnels paramédicaux.

Graphique 1 : Répartition du personnel médical du District Sanitaire Bouaké Nord-Ouest

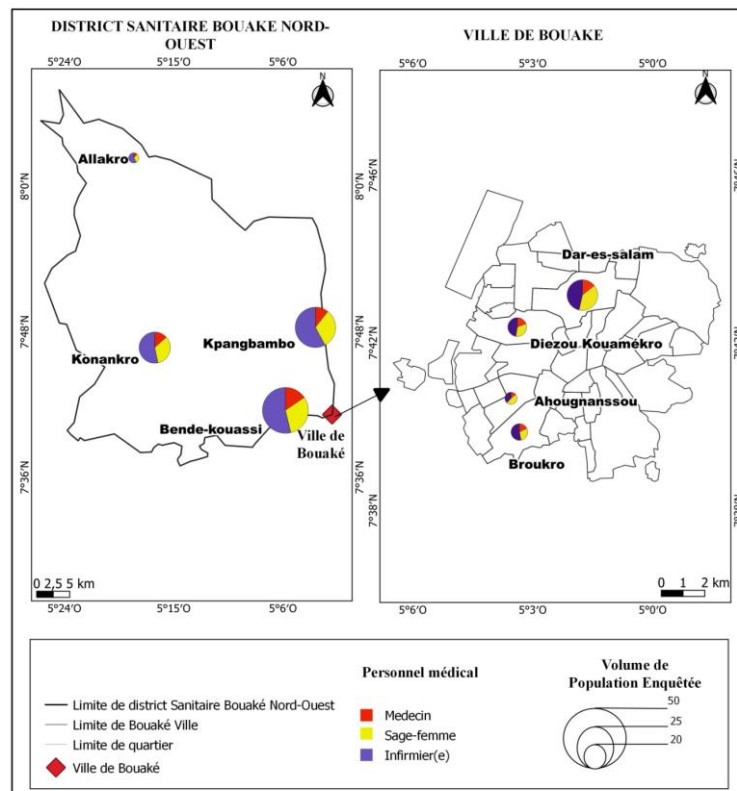


Source : Enquêtes de terrain et District sanitaire de Bouaké Nord-Ouest, 2025

Le graphique 1 indique que le District concentre dix (10) médecins, cinquante-quatre (54) infirmiers, trente-huit (38) sage-femmes et quinze (15) aides-soignants ainsi que d'autres praticiens.

La carte 3 donne un aperçu de manière spécifique de la répartition spatiale du personnel médical dans le District Nord-Ouest et la ville de Bouaké.

Carte 3 : Répartition spatiale du personnel de santé dans le District Sanitaire Nord-Ouest et la ville de Bouaké



Source : CIGN, 2020

Réalisation : KONE T Boniface, 2026

La ville de Bouaké est la plus fournie en personnel médical. Plus de la moitié de ce personnel se trouve dans les établissements de santé de la ville. Cette situation se justifie par le fait que la ville de Bouaké concentre la plus forte population cible et aussi reste un espace stratégique en Côte d'Ivoire de par sa situation géographique.

Malgré ces effectifs, leur répartition reste déséquilibrée. Les centres urbains disposent généralement d'un personnel plus qualifié et plus nombreux que les structures implantées dans les zones rurales. Les établissements ruraux fonctionnent souvent avec des équipes réduites, ce qui allonge les délais de prise en charge et limite l'offre de certains services spécialisés.

Cette situation contribue à une concentration des patients vers les établissements urbains, entraînant une surcharge des structures de référence et une dégradation des conditions d'accueil.

2.3. Les inégalités sociales : le poids des conditions économiques des ménages

L'analyse des enquêtes révèle que la situation économique des ménages constitue l'un des principaux déterminants du recours aux services de santé modernes.

Les ménages disposant de revenus modestes éprouvent des difficultés à supporter les coûts liés aux consultations, aux examens complémentaires, aux médicaments ainsi qu'au transport. Ces ménages représentent 30% des enquêtés. Ces contraintes financières conduisent fréquemment au report des consultations médicales ou au renoncement aux soins.

Le niveau d'instruction du chef de ménage influence également les comportements sanitaires. Les ménages les plus instruits, soit 54% des enquêtés, recourent davantage aux structures sanitaires modernes, tandis que les populations les moins scolarisées privilégient plus souvent l'automédication ou les traitements traditionnels.

Ces inégalités économiques contribuent ainsi à une utilisation différenciée des services de santé selon les catégories sociales.

2.4. Les inégalités spatiales : une accessibilité fortement dépendante de la localisation géographique

Les disparités spatiales apparaissent comme l'un des principaux facteurs limitant l'accès aux soins dans le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest.

Les populations vivant dans les zones rurales parcourent souvent plusieurs kilomètres avant d'atteindre un établissement sanitaire. Cette situation est aggravée par la dégradation des pistes villageoises, particulièrement pendant la saison des pluies où certaines localités deviennent difficilement accessibles.

Les difficultés de transport augmentent les délais de consultation, compliquent les évacuations sanitaires et réduisent le recours précoce aux soins. Dans plusieurs villages, les femmes enceintes, les personnes âgées et les enfants figurent parmi les catégories les plus affectées par ces contraintes de mobilité.

Ces disparités territoriales montrent que la proximité théorique d'un centre de santé ne garantit pas nécessairement une accessibilité réelle aux services sanitaires.

Tableau 1 : Contraintes spatiales d'accès aux soins selon les chefs de ménages enquêtés

Contraintes d'accessibilité aux soins	Effectif (n=100)	Pourcentage
Distance importante entre le domicile et le centre de santé	68	68 %
État dégradé des pistes villageoises	61	61 %
Difficultés de transport	57	57 %
Difficultés accrues pendant la saison des pluies	49	49 %
Retard dans le recours aux soins	42	42 %
Difficultés d'évacuation sanitaire	36	36 %
Report d'une consultation pour des raisons de transport	31	31 %
Difficultés particulièrement ressenties par les femmes enceintes	28	28 %
Difficultés particulièrement ressenties par les personnes âgées	24	24 %
Difficultés particulièrement ressenties par les enfants	22	22 %

Source : Enquêtes de terrain, 2026

Les résultats de l'enquête menée auprès de 100 chefs de ménages mettent en évidence plusieurs contraintes susceptibles de limiter l'accès aux soins dans le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest. La distance importante entre le domicile et le centre de santé constitue la contrainte la plus fréquemment citée, avec 68 % des répondants. Elle est suivie par l'état dégradé des pistes villageoises (61 %) et les difficultés de transport (57 %). Ces trois contraintes traduisent l'importance de la dimension spatiale et infrastructurelle dans l'accès aux services sanitaires.

Les difficultés sont également accentuées par les conditions saisonnières. En effet, 49 % des chefs de ménages déclarent rencontrer davantage de difficultés pendant la saison des pluies. L'état des voies de desserte peut alors ralentir les déplacements et rendre certaines localités plus difficiles à atteindre. Cette situation peut avoir des répercussions sur la rapidité du recours aux soins : 42 % des enquêtés signalent ainsi des retards dans le recours aux services sanitaires.

Les contraintes liées à la mobilité affectent également le fonctionnement des évacuations sanitaires. 36 % des chefs de ménages déclarent rencontrer des difficultés lors des évacuations, tandis que 31 % indiquent avoir déjà reporté une consultation en raison de problèmes liés au transport. Ces résultats montrent que l'éloignement géographique est renforcé par les conditions concrètes de déplacement.

Enfin, certaines catégories de population apparaissent particulièrement exposées. Les difficultés sont mentionnées pour les femmes enceintes par 28 % des répondants, pour les personnes âgées par 24 % et pour les enfants par 22 %. Ces résultats soulignent la nécessité de considérer les caractéristiques des populations dans l'analyse de l'accessibilité sanitaire.

2.5. La pharmacopée traditionnelle : une réponse aux insuffisances de l'offre moderne de soins

Face aux difficultés d'accès aux structures sanitaires modernes, plus 65% de la population continue de recourir à la pharmacopée traditionnelle.

Les enquêtes mettent en évidence que ce recours est motivé par plusieurs facteurs : la proximité des tradipraticiens, le faible coût des traitements, les habitudes socioculturelles ainsi que les difficultés de déplacement vers les établissements de santé.

Plus de 50% des enquêtés en milieu urbain et 80% en milieu rural utilise les remèdes de la médecine traditionnelle.

La médecine traditionnelle constitue ainsi une stratégie d'adaptation développée par les ménages confrontés aux contraintes économiques et spatiales. Toutefois, le recours tardif aux structures modernes après l'échec des traitements traditionnels peut aggraver certaines pathologies et compliquer leur prise en charge.

2.6. Conséquences des inégalités d'accès aux services de santé

Les inégalités socio-spatiales d'accès aux soins produisent plusieurs effets sur les populations du district sanitaire.

Les difficultés d'accessibilité mises en évidence par les enquêtes de terrain ont des répercussions à la fois sanitaires et économiques sur les ménages. Sur le plan sanitaire, les contraintes liées à la distance, au transport et à l'état des pistes peuvent entraîner des retards dans le recours aux soins. Cette situation est susceptible de favoriser l'évolution défavorable de certaines pathologies, d'accroître le risque de complications et de contribuer au recours plus fréquent aux établissements sanitaires de niveau supérieur. Les 42 % de chefs de ménages ayant déclaré des retards dans le recours aux soins et les 36 % signalant des difficultés d'évacuation sanitaire illustrent l'importance de ces contraintes.

Sur le plan économique, les difficultés de mobilité engendrent des coûts supplémentaires pour les ménages, notamment pour le transport vers les structures sanitaires, les évacuations et l'accès aux soins spécialisés. Ces dépenses peuvent représenter une charge importante, particulièrement pour les ménages disposant de ressources limitées. Le report de consultations pour des raisons de transport,

signalé par 31 % des chefs de ménages enquêtés, traduit également l'influence des contraintes économiques et logistiques sur le recours aux soins.

Enfin, sur le plan géographique, ces disparités contribuent à renforcer les inégalités entre espaces urbains et ruraux, compromettant les objectifs d'équité poursuivis par les politiques publiques de santé et de développement territorial.

3. Discussion

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'existence de fortes inégalités socio-spatiales dans l'accès aux services de santé au sein du district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest. Ces disparités résultent de la combinaison de facteurs territoriaux, socio-économiques et organisationnels qui limitent le recours effectif des populations aux soins de santé modernes.

Les résultats montrent tout d'abord que, malgré les investissements réalisés par l'État ivoirien pour renforcer le système sanitaire, l'offre de soins demeure insuffisante au regard de la croissance démographique du district. Cette situation rejoint les analyses de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2010 ; 2013), selon lesquelles l'augmentation du nombre d'infrastructures sanitaires ne garantit pas, à elle seule, une amélioration de l'accès aux soins. La qualité des équipements, la disponibilité des ressources humaines et la localisation des établissements constituent des déterminants essentiels de l'accessibilité sanitaire.

L'étude révèle également une forte concentration des infrastructures et du personnel médical dans les espaces urbains. Les populations rurales disposent essentiellement d'Établissements Sanitaires de Premier Contact dont les capacités techniques demeurent limitées. Cette organisation spatiale oblige les patients nécessitant des soins spécialisés à effectuer des déplacements vers le Centre Hospitalier Régional ou le Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké. Ces observations corroborent les travaux de Nikiema et al. (2015), qui montrent que les inégalités territoriales de répartition des infrastructures sanitaires constituent un facteur majeur d'exclusion sanitaire dans plusieurs pays africains. Au-delà de la disponibilité des infrastructures, l'analyse met en évidence le rôle déterminant de l'accessibilité géographique. Les longues distances à parcourir, l'état dégradé des pistes rurales et les difficultés de transport, particulièrement pendant la saison des pluies, limitent fortement l'utilisation des services de santé. Ainsi, la proximité théorique d'un établissement sanitaire ne signifie pas nécessairement une accessibilité réelle. Ce constat rejoint les approches développées en géographie de la santé selon lesquelles l'accessibilité doit être appréhendée non seulement en termes de distance, mais également en fonction du temps de parcours, des moyens de transport disponibles et des conditions de mobilité des populations.

Les résultats soulignent également l'importance des facteurs socio-économiques dans le recours aux soins. Les ménages disposant de faibles revenus rencontrent davantage de difficultés pour financer les consultations, les médicaments, les examens complémentaires et les frais de déplacement. Cette contrainte financière conduit fréquemment au report des consultations, au renoncement aux soins ou au recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle. Ces observations confirment les analyses de Tuo (2018) et de Pone (2018), selon lesquelles les inégalités économiques constituent un obstacle majeur à la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne.

De plus, KONE T Boniface, montrent, à travers ses recherches en 2026, que la situation financière du chef de ménage reste le facteur le plus présent avec près de 50% des enquêtés (soit 19%). Cette situation conduit 87% des populations à la médecine traditionnelle. Le recours à la médecine traditionnelle est la conséquence de la non-utilisation des services de santé public dans la ville de Bouaké.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les inégalités socio-spatiales dans l'accès aux services de santé dans le district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest. Elle met en évidence que, malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics et leurs partenaires pour renforcer l'offre de soins, l'accès effectif aux services de santé demeure marqué par d'importantes disparités territoriales et sociales.

Les résultats montrent que le district dispose d'un réseau d'établissements sanitaires relativement diversifié, composé de structures publiques, privées et confessionnelles. Toutefois, cette offre reste dominée par les Établissements Sanitaires de Premier Contact, dont les capacités techniques sont limitées. La concentration des services spécialisés dans les centres hospitaliers de référence oblige une partie importante de la population, notamment celle des zones rurales, à effectuer de longs déplacements pour bénéficier de soins adaptés.

Les analyses montrent ainsi que la proximité géographique d'un établissement sanitaire ne garantit pas nécessairement une accessibilité réelle. Les contraintes liées aux déplacements, particulièrement pendant la saison des pluies, ainsi que les difficultés financières des ménages constituent des obstacles majeurs à l'utilisation des services de santé.

Bibliographie

KONE Tanyo Boniface, 2026, Utilisation des services de soins des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) dans la ville de Bouaké (côte d'ivoire), In La revue du groupe thématique de Recherche (PTD) Gouvernance et Développement, n° de juin, 390 – 400 pp

Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *The World Health Report 2013*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport annuel...*

ONU-Habitat. (2010). *State of African Cities 2010*. Nairobi.

Peter Dauvergne, 2012, « Big brand sustainability: Governance rather than corporate social responsibility? » dans *Global Environmental Change* (Elsevier), volume 22, numéro 1, p 36 à 45