

N°33 – 18<sup>e</sup> année

Décembre 2024

ISSN-P : 1993-3134

ISSN-L : 3007-4185

# À H Ñ H Ñ



## REVUE DE GEOGRAPHIE DU LARDYMES

**Laboratoire de Recherche sur la Dynamique  
des Milieux et des Sociétés**

Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société

UNIVERSITE DE LOME – TOGO

<https://ahoho.net/>

<https://www.sjifactor.com/passport.php?id=23818>

# À H Ñ H Ñ

REVUE DE GEOGRAPHIE DU LARDYMES

BASE D'INDEXATION



TOGETHER WE REACH THE GOAL

**SJIF Impact Factor**

**SJIF 2024 : 3.341**

<https://www.sjifactor.com/passport.php?id=23818>

ISSN-P : 1993-3134

ISSN-L : 3007-4185

URL : <https://ahoho.net/>

Country : 🇲🇵 Togo

BASES DE RÉFÉRENCEMENT



# Àhṣhṣ

**Àhṣhṣ** : que signifie ce vocable et pourquoi l'avoir choisi pour désigner une revue scientifique ?

Le mot ahṣhṣ prononcé àhṣhṣ, à ne pas confondre avec ahṣhlō, désigne en éwé le cerveau, au propre et au figuré, et aussi la cervelle. Il appartient au champ analogique de súśú "pensée", "idée" ; anyásā "intelligence" "connaissance". Anyásā désigne également la bronche du poisson.

Dans les textes bibliques, anyásā est mis en rapport synonymique avec núnya "savoir".

Mais pour exprimer le savoir scientifique, et la pensée profonde profane, on utiliserait Àhṣhṣ. Voilà pourquoi le vocable a été retenu pour nommer cette Revue de Géographie que le *Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés (LARDYMES)* du Département de Géographie se propose de faire paraître annuellement.

La naissance de cette revue scientifique s'explique par le besoin pressant de pallier le déficit d'organes de publication spécialisés en géographie dans les universités francophones de l'Afrique subsaharienne.

Aujourd'hui, nous vivons dans un monde de concurrence et d'évaluation et le milieu de la recherche scientifique n'est pas épargné par ce phénomène : certains pays africains à l'instar des pays développés, évaluent la qualité de leurs universités et organismes de recherche, ainsi que leurs chercheurs et enseignants universitaires sur la base de résultats mesurables et prennent des décisions budgétaires en conséquence. Les publications scientifiques sont l'un de ces résultats mesurables.

La publication des résultats de la recherche (ou la transmission de l'information ou du savoir est la pierre angulaire du développement de la culture technologique de l'humanité depuis des millénaires : depuis les peintures rupestres d'animaux (destinées peut-être à la formation des futurs chasseurs ou à honorer un projet de chasse) en passant par les hiéroglyphes des Egyptiens jusqu'aux dessins et écrits de Léonard de Vinci (les premiers rapports techniques). L'apparition de techniques d'impression bon marché a induit une croissance explosive des publications, et une certaine évaluation de la qualité était devenue nécessaire. Les sociétés savantes ont commencé à critiquer les publications, qui étaient souvent sous forme manuscrite et lues en public ; ce procédé est la version ancestrale de l'évaluation que nous pratiquons de nos jours. Aujourd'hui, une publication électronique multimédia accessible par un hyperlien, comportant un code exécutable et des données associées, peut être évaluée par toute personne au moyen d'un commentaire en ligne.

Le fait d'extérioriser les concepts de l'esprit des chercheurs et enseignants universitaires, de les consigner par écrit (avec les résultats et observations qui y sont associés), permet une conservation posthume des travaux de ceux-ci et rend leurs résultats reproductibles et diffusables. Certains estiment que cette « conservation externe de la mémoire » est le signe distinctif de l'humanité.

C'est précisément pour parvenir à cette vision holistique de la recherche (et non seulement de ses résultats, dont les plus évidents sont les publications, mais aussi de son contexte), que nous éditons depuis 2007 la revue Ahṣhṣ afin que chaque géographe trouve désormais un espace pour diffuser les résultats de ses travaux de recherche et puisse se faire évaluer pour son inscription sur les différentes listes d'aptitudes des grades académiques de son université.

Puisse sa parution être transmise au sein des enseignants et chercheurs du LARDYMES de génération en génération.

**Professeur Koffi A. AKIBODE**

# À H Ñ H Ñ

## *Revue de Géographie du LARDYMES*

publiée par le *Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés (LARDYMES)* du Département de Géographie, Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Lomé.

### Directeur :

**Tchégnon ABOTCHI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé

### Secrétariat de rédaction :

- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur Titulaire, Université de Lomé
- **Martin Dossou GBENOUGA**, Professeur Titulaire, Université de Lomé
- **Délali Komivi AVEGNON**, Professeur Titulaire, Ecole Normale Supérieure d'Atakpamé, Togo

### Secrétariat administratif :

- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur Titulaire, Université de Lomé
- **Koku-Azonko FIAGAN**, Maître de Conférences, Université de Lomé

### Comité scientifique :

- **Jérôme ALOKO-N'GUESSAN**, Directeur de Recherche, Institut de Géographie Tropicale, Université de Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Maurice Bonaventure MENGHO**, Professeur Honoraire, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- **Benoît N'BESSA**, Professeur Honoraire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Yolande OFOUEME-BERTON**, Professeure Titulaire, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- **Oumar DIOP**, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal
- **Odile Viliho DOSSOU GUEDEGBE**, Professeure Titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Henri MONTCHO**, Professeur Titulaire, Université Zinder, Niger
- **Nébié OUSMANE**, Professeur Titulaire, Université à l'Université Ouaga I Pr Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso
- **Céline Yolande KOFFIE-BIKPO**, Professeure Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Paul Kouassi ANOH**, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Arsène DJAKO**, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- **Tchégnon ABOTCHI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Joseph Pierre ASSI-KAUDJHIS**, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- **Placide F. G. A. CLEDJO**, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo

- **Follygan HETCHELI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Kossiwa ZINSOU-KLASSOU**, Professeure Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Padabô KADOUZA**, Professeur Titulaire, Université de Kara, Togo
- **Moussa GIBIGAYE**, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Toussaint VIGNINOU**, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Selom Komi KLASSOU**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Bernard FANGNON**, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Tchaa BOUKPESSI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Adrien DOSSOU-YOVO**, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Pessièzoum ADJOUSI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Fidèle Marcellin ALLOGHO-NKOGHE**, Professeur Titulaire, Ecole Normale Supérieure de de Libreville, Gabon
- **Konan KOUASSI**, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- **Délali Komivi AVEGNON**, Professeur Titulaire, Ecole Normale Supérieure d'Atakpamé, Togo

### Comité de lecture

- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Follygan HETCHELI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Padabô KADOUZA**, Professeur Titulaire, Université de Kara, Togo
- **Moussa GIBIGAYE**, Professeur Titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Selom Komi KLASSOU**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Tchaa BOUKPESSI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Pessièzoum ADJOUSI**, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- **Konan KOUASSI**, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- **Délali Komivi AVEGNON**, Professeur Titulaire, Ecole Normale Supérieure d'Atakpamé, Togo
- **Ludovic Baïsserné PALOU**, Maître de Conférences, Ecole Normale Supérieure de N'Djaména, Tchad
- **Vincent MOUTEDE-MADJI**, Maître de Conférences, Université d'ATI, Tchad
- **Dangnisso BAWA**, Maître de Conférences, Université de Lomé, Togo

**A ces membres du comité scientifique et de lecture, s'ajoutent d'autres personnes ressources consultées occasionnellement en fonction des articles à évaluer**

Photo couverture \_ *Ah̄h̄h̄* \_ Décembre 2024 : Exode de pasteurs nomades à Han Bonbhor au Tchad  
(Crédit : Ludovic Baiserne PALOU)

Copyright © reserved « Revue À H ̄ H ̄ »

Site Internet de la revue *Ah̄h̄h̄* : <https://ahoho.net/>

The journal is indexed in : SJIFactor.com, <https://www.sjifactor.com/passport.php?id=23818>

# AVIS AUX AUTEURS

La *Revue Ah5h5*, Revue de Géographie du LARDYMES (Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés) diffuse de travaux originaux de géographie qui relèvent du domaine des « Sciences de l'homme et de la société ». Elle publie des articles originaux, rédigés en français, non publiés auparavant et non soumis pour publication dans une autre revue. Les normes qui suivent sont conformes à celles adoptées par le Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et sciences humaines / CAMES (cf. dispositions de la 38<sup>e</sup> session des consultations des CCI, tenue à Bamako du 11 au 20 juillet 2016).

## 1. Les manuscrits

Un projet de texte soumis à évaluation, doit comporter un titre (Times New Romans, taille 12, Lettres capitales, Gras), la signature (Prénom(s) et NOM (s)) de l'auteur ou des auteurs, l'institution d'attache, l'adresse électronique de (des) auteur(s), le résumé en français (300 mots au plus), les mots-clés (cinq), le résumé en anglais (du même volume), les keywords (même nombre que les mots-clés). Le résumé doit synthétiser la problématique, la méthodologie et les principaux résultats.

Le manuscrit doit respecter la structuration habituelle du texte scientifique : Introduction (problématique, objectifs, hypothèses compris), Approche méthodologique, Résultats et analyse des résultats, Discussion, Conclusion et Références bibliographiques. Les notes infrapaginales, numérotées en chiffres arabes, sont rédigées en taille 10 (Times New Roman). Réduire au maximum le nombre de notes infrapaginales. Ecrire les noms scientifiques et les mots empruntés à d'autres langues que celle de l'article en italique (*Adansonia digitata*). Le volume du projet d'article (texte à rédiger dans le logiciel word, Times New Romans, taille 12, interligne 1,5) doit être de 30 000 à 40 000 caractères (espaces compris). Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante :

- **1. Premier niveau, premier titre (Times 12 gras)**
- **1.1. Deuxième niveau (Times 12 gras italique)**
- **1.1.1. Troisième niveau (Times 11 gras italique)**
- **1.1.1.1. Quatrième niveau (Times, 10 gras italique)**

## 2. Les illustrations

Les tableaux, les cartes, les figures, les graphiques, les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis, placé au-dessus de l'élément d'illustration (centré). La source (centrée) est indiquée au-dessous de l'élément d'illustration (Taille 8 gras italique). Ces éléments d'illustration doivent être annoncés, insérés puis commentés dans le corps du texte.

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

## 3. Notes et références

- Les passages cités sont présentés entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépasse trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.
- Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit :
  - Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées (K. Sokémawu, 2012, p. 251) ;
  - Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

Exemples :

En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p. 223), est « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (...) »

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

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

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

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

Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en 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, Titre, Editions, Lieu d'éditions, pages (p.) pour les articles et les chapitres d'ouvrage.

Le titre d'un article est présenté entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre, le nom du traducteur et/ou de l'édition (ex : 2<sup>nd</sup>e éd.).

Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteurs. Par exemple :

### **Références bibliographiques**

AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, L'Harmattan, Paris, France, 345 p.

BAKO-ARIFARI Nassirou, 1989, *La question du peuplement Dendi dans la partie septentrionale de la République Populaire du Bénin : Le cas du Borgou*, Mémoire de Maîtrise de Sociologie, FLASH, UNB, Cotonou, Bénin, 73 p.

BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, PUF, Paris, France, 368 p.

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>

DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, « Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre », *Diogène*, 202, p. 145-151.

DIAKITE Sidiki, 1985, *Violence technologique et développement. La question africaine du développement*, L'Harmattan, Paris, France, 153 p.

LAVIGNE DELVILLE Philippe, 1991, Migration et structuration associative : enjeux dans la moyenne vallée. In : *La vallée du fleuve Sénégal : évaluations et perspectives d'une décennie d'aménagements*, Karthala, Paris, France, p. 117-139.

SEIGNEBOS Christian, 2006, Perception du développement par les experts et les paysans au nord du Cameroun. In : *Environnement et mobilités géographiques*, Actes du séminaire, PRODIG, Paris, France, p. 11-25.

SOKEMAWU Koudzo, 2012, « Le marché aux fétiches : un lieu touristique au cœur de la ville de Lomé au Togo », In : *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, Série « Lettre et sciences humaines », Série B, Volume 14, Numéro 2, Université de Lomé, Lomé, Togo, p. 11-25.

**Pour les travaux en ligne ajouter l'adresse électronique (URL)**

#### **NOTA BENE**

- ✚ Le non-respect des normes éditoriales entraîne le rejet d'un projet d'article
- ✚ Tous les prénoms des auteurs doivent être entièrement écrits dans la bibliographie.
- ✚ Pagination des articles et chapitres d'ouvrage, écrire p. 2-45, par exemple et non pp. 2 45.
- ✚ En cas de co-publication, citer tous les co-auteurs.
- ✚ Eviter de faire des retraits au moment de débiter les paragraphes, observer plutôt un espace entre les paragraphes.

#### **4. Structuration de l'article**

Introduction, Méthodologie (Approche), Résultats et analyses, Discussion, Conclusion et Références bibliographiques.

##### **Résumé**

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

##### **Introduction** (A ne pas numéroter)

Elle doit comporter la problématique de l'étude (constat, problème, questions), les objectifs et si possible les hypothèses.

##### **1. Outils et méthodes (Méthodologie/Approche)**

L'auteur expose uniquement ce qui est outils et méthodes.

##### **2. Résultats et analyses**

L'auteur expose ses résultats, qui sont issus de la méthodologie annoncée dans **Outils et méthodes** (pas les résultats d'autres chercheurs). L'analyse des résultats traduit l'explication de la relation entre les différentes variables objet de l'article.

##### **3. Discussion**

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

##### **Conclusion** (A ne pas numéroter)

Le texte devra être saisi en Word et enregistré sous version 97/2003 puis envoyé par courriel à : [revueahoho@yahoo.fr](mailto:revueahoho@yahoo.fr) et [yves.soke@yahoo.fr](mailto:yves.soke@yahoo.fr). La Revue *Àh5h5* reçoit les articles du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet, des contributions et paraît deux fois dans l'année : juin et décembre. Un article accepté pour publication dans la Revue *Àh5h5* exige de ses auteurs, une contribution financière de 50 000 F CFA, représentant les frais d'instruction et de publication.

**NB** : Les auteurs sont entièrement responsables du contenu de leurs contributions.

**N. D. L. R.**



## Sommaire

### *Codjo Clément GNIMADI*

Dynamique des espaces culturels dans la commune lacustre des Aguégus au Sud-Benin ..... p. 1-14

### *Jean Marie Kouacou ATTA, Alek Landry N'GUESSAN, Fulgence Kouassi N'GUESSAN*

Analyse de l'état d'évolution de la forêt classée de Besso (Département d'Adzopé, Côte d'Ivoire) ..... p. 15-26

### *Aude NIKIEMA, Marilyn ZEBE SOME, Marie-Thérèse ARCENS SOME*

Les jardins potagers à Ouagadougou : ancrage urbain et multifonctionnalité ..... p. 27-40

### *Adama TOURE*

Les productions maraichères aux abords des villages face aux maladies professionnelles des agricultrices dans le département de Korhogo en Côte d'Ivoire ..... p. 41-52

### *Dangniso BAWA, Laldja KANKPENANDJA, Zébété Koko HOUEDAKOR*

Morphologie, états de surface et inondations dans le quartier Avédji à Lomé (Togo) ..... p. 53-64

### *Christian DAUDINGADE, Joseph YOUTA HAPPI, Laohoté BAOHOUTOU*

Croissance urbaine et vulnérabilité au risque d'inondation dans la commune de 7<sup>EME</sup> arrondissement de N'Djamena (Tchad) ..... p. 65-81

### *Kobenan Marc KOUASSI, Anne Marilyse KOUADIO*

Couverture sociale et niveau d'implication des assurances santé dans le recouvrement des soins de santé des ménages des quartiers Avocatier et Akeikoi dans la commune d'Abobo-Abidjan (Côte d'Ivoire) ..... p. 82-97

### *Tchékpo Théodore ADJAKPA*

Prévention des risques professionnels et environnementaux sur le site et au voisinage de la GDIZ (Zone industrielle de Glo-Djigbé) dans les communes de Zé et de Tori-Bossito au Sud du Bénin ..... p. 98-115

### *Koulotioma Issa SORO*

Le département de Ouangolodougou, espace de faibles impacts des investissements socioéconomiques du conseil régional en milieu rural (Région du Tchologo, Côte d'Ivoire) ..... p. 116-130

### *Tchan André DOHO BI, Kouakou Kra Romaric SECREDOU*

Dynamique spatiale et évolution des infrastructures et équipements de base à Dimbokro (Centre-Est, Côte d'Ivoire) ..... p. 131-143

### *Siriki YÉO, Sindou OUATTARA, Kouamé Fulgence KOUAME*

Canne villageoise de la SUCAF-CI et conditions de vie des exploitants dans la sous-préfecture de Badikaha au Nord de la Côte d'Ivoire ..... p. 144-157

### *Amadou KONE*

Marché de Sabalibougou en commune V du district de Bamako : une opportunité d'écoulement de produits maraichers de Gouana au détriment de sa population dans la commune rurale de Kalabancoro ..... p. 158-166

<i>Madinatètou TAKILI, Taméon Benoît DANVIDE, Komlan ODJIH</i>	
Atakpamé, une ville d'habitat précaire : une analyse à partir du quartier Djama .....	<b>p. 167-178</b>
<i>Aya Roche Franchette KOFFI, Akoua Assunta ADAYÉ, Yao Jean-Aimé ASSUÉ</i>	
Développement de la culture d'anacarde et risques d'insécurité alimentaire dans la région du Béré (Côte d'Ivoire) .....	<b>p. 179-191</b>
<i>Esaïe OULONA, Trépose NEINLEMBAYE, Amadou ADOUM FORTEYE, Médard NDOUTORLENGAR</i>	
Analyse des facteurs de déperdition scolaire dans les zones de production de berbéré dans le département du Lac Fitri au Tchad .....	<b>p. 192-208</b>
<i>Diomandé GONDO, Youssouf COULIBALY, Iba Dieudonné DELY</i>	
Impact de l'usage des pesticides sur la sante des paysans à Gouessesso dans l'ouest ivoirien .....	<b>p. 209-218</b>
<i>Vincent MOUTEDE-MADJI, Antoinette DENENODJI, Man-na DJANGRANG, Mouldjidé ALLARAMADJI</i>	
Cartographie par télédétection de l'occupation du sol de la ville de Moundou au Tchad .....	<b>p. 219-233</b>
<i>Sandra Akossiwa ADADE, Koku-Azonko FIAGAN</i>	
Lofty Farm Sarl, une ferme piscicole modèle dans le paysage aquacole togolais .....	<b>p. 234-250</b>
<i>Seïdou COULIBALY, Aka Giscard ADOU, Youssouf TIENE</i>	
Contraintes de la production cacaoyère durable et développement de nouvelles cultures dans les milieux ruraux de la sous-préfecture de Zoukougbeu (Centre-Ouest Ivoirien) .....	<b>p. 251-267</b>
<i>Frédéric BATIONO, Issa SORY</i>	
Gouvernance de l'eau et perception du rôle d'un comité local de gestion : cas du comité des usagers de l'eau du barrage de Salbisgo au Burkina Faso .....	<b>p. 268-279</b>
<i>Mintre BOUDOU, Zoukougbeu OURO-GBELE, Koudzo SOKEMAWU</i>	
Les politiques de planification urbaine de la ville de Tsévié au Togo .....	<b>p. 280-298</b>
<i>Minallah ADOUM, Obed ASSOUE, Boubou AMINOU, Médard NDOUTORLENGAR</i>	
Caractérisation des agrosystèmes du bassin de Mayo-Dallah au Sud-Ouest du Tchad .....	<b>p. 299-309</b>
<i>Djim-Assal DATOLOUM, Angeline KEMSOL NAGORNGAR, Mahamat Adoum MAHAMAT SEID, Toussaint MINGANODJI DINGAOGOTO</i>	
Analyse des activités anthropiques sur la diversité floristique aux abords du lac Fitri .....	<b>p. 310-324</b>
<i>Emmanuel SOVI, Françoise VALEA, Asaï Akinni Gervais ATCHADE, Expédit Wilfrid VISSIN</i>	
Variabilité intra-saisonnière des pluies et production agricole dans la Commune d'Allada au sud du Bénin .....	<b>p. 325-337</b>

**COUVERTURE SOCIALE ET NIVEAU  
D'IMPLICATION DES ASSURANCES  
SANTE DANS LE RECOUVREMENT  
DES SOINS DE SANTE DES MENAGES  
DES QUARTIERS AVOCATIER ET  
AKEIKOI DANS LA COMMUNE  
D'ABOBO-ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)**

**Kobenan Marc KOUASSI**  
*Doctorant en Géographie de la Santé*  
GRETSSA, Université Félix Houphouët Boigny de  
Cocody, Abidjan-Côte d'Ivoire  
E-mail : [kobemarcus87@yahoo.fr](mailto:kobemarcus87@yahoo.fr)

**Anne Marilyse KOUADIO**  
*Professeur titulaire de Démographie*  
GRETSSA, École Normale Supérieure d'Abidjan,  
Côte d'Ivoire  
E-mail : [kamarilyse@yahoo.fr](mailto:kamarilyse@yahoo.fr)

Reçu le 25 juillet 2024 ; Révisé le 23 août 2024 ;  
Accepté le 10 octobre 2024

**Résumé :** Le présent article scientifique présente l'analyse du niveau de contribution effective de l'assurance maladie à l'accès aux soins de santé des populations en général et au recouvrement des soins de santé des ménages des quartiers Avocatiers et Akeikoi dans les périphéries nord de la commune d'Abobo en particulier. La méthodologie de travail repose essentiellement sur une revue de littérature, réceptacle de connaissance générale sur la question de la couverture maladie et ses différentes orientations, et sur des enquêtes de terrain afin d'appréhender le niveau de couverture assurance santé et ses différentes implications dans l'accès aux soins des ménages.

Aussi, à l'instar de plusieurs pays en développement, ce travail montre-t-il que les ménages bénéficiaires d'une assurance santé (publique ou privée) au niveau des quartiers Avocatier et Akeikoi restent faibles (17,5%) en dépit des politiques mises en place depuis plus de trois décennies avec l'effectivité du développement de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Si la population des adhérents majoritairement dominées par les fonctionnaires du public (plus de 69%) est satisfaite du niveau de recouvrement des soins relativement bon. Il faut cependant noter que certains assurés (17 à 27%) à cause des faibles taux de couverture sur certains produits sanitaires et surtout de leurs conditions sociales très modestes, renoncent à certains traitements, ce malgré leurs couvertures assurances santé. Par conséquent, cette étude a-t-elle montré que le choix des itinéraires thérapeutiques des

populations bénéficiaires d'une couverture assurance-santé est fortement influencé par la qualité des soins en rapport avec les partenariats produits assurance et structures de soins.

**Mots-clés :** Assurance santé, accès aux soins, recouvrement des soins, itinéraires thérapeutiques, Avocatier et Akeikoi.

**SOCIAL COVERAGE AND LEVEL OF  
INVOLVEMENT OF HEALTH  
INSURANCE IN THE RECOVERY OF  
HEALTH CARE FOR HOUSEHOLDS IN  
THE AVOCATIER AND AKEIKOI  
NEIGHBORHOOD IN THE  
MUNICIPALITY OF ABOBO-ABIDJAN  
(CÔTE D'IVOIRE)**

**Abstract :** This scientific article presents the analysis of the level of effective contribution of health insurance to the access to health care of the population generally and to the recovery of health care of households in the Avocatiers and Akeikoi neighborhood in the northern peripheries of the municipality of Abobo in particular. The working methodology is essentially based on a literature review that provides a repository of general knowledge on the issue of health coverage and its different orientations, and a field survey, understanding the level of health insurance coverage and its different implications for household access to care.

Also, as in several developing countries, this work shows that households benefiting from health insurance (public or private) in the Avocatier and Akeikoi neighborhood remain low (17.5%) despite the policies put in place for more than three decades with the effective development of Universal Health Coverage (UHC). While the population of members, which is mainly dominated by public servants (more than 69%), is satisfied with the relatively good level of care recovery. It should be noted, however, that some insured persons (17 to 27%) give up certain treatments, despite their health insurance coverage, because of the low coverage rates on certain health products and especially their very modest social conditions. Consequently, this study has shown that the choice of therapeutic itineraries of populations benefiting from health insurance coverage is strongly influenced by the quality of care in relation to the partnerships between insurance products and care structures.

**Keywords:** Health insurance, access to care, recovery of care, therapeutic itineraries, Avocatier and Akeikoi.

## Introduction

La santé des populations se présente depuis plusieurs décennies comme un enjeu majeur dans les politiques de développement des pays du tiers monde. La conférence d'Alma-Ata de Septembre 1978 sur la promotion des soins de santé primaire et celle sur la politique de la participation financière de l'initiative de Bamako tenue en 1987 ont été un véritable catalyseur pour une réflexion participative sur le système sanitaire de façon générale et sur le recouvrement des soins de santé de façon particulière.

Face à la crise économique et sociale des années 1980 ayant engendré l'impossibilité matérielle des Etats à poursuivre la politique de gratuité des soins pour tous (J. P. Sery, 1995, p. 1), les gouvernements locaux accompagnés par des organisations internationales principalement UNICEF et OMS, ont proposé la participation financière des usagers aux soins mis à disposition et la décentralisation de la gestion des systèmes de santé publics (S. Tizio *et al*, 1997, p. 1). À cet effet, l'initiative de Bamako se présente comme une nouvelle politique dans le financement des soins à partir de 1988. Elle se veut donc une réponse pour une nouvelle orientation de l'accès aux soins de santé. La Côte d'Ivoire en adhérant à cette politique se donne d'appliquer les deux objectifs clés de cette nouvelle politique à savoir : la participation communautaire au plan organisationnel et le recouvrement des coûts au plan financier avec la participation effective de l'Etat et des acteurs au développement (J. P. Sery, 2004, p. 8)

Ainsi, cette nouvelle politique invite-t-elle tous les acteurs à une synergie d'action pour une participation financière à des soins de qualité. Toutefois, il faut noter que les ménages en tant que *principaux consommateurs* des services de soins apparaissent dans cette nouvelle perspective comme les principaux financiers des soins qu'ils reçoivent. A propos, un rapport sur les systèmes d'assurance maladie en Afrique montre que les sources de financement de la santé en Côte d'Ivoire sont couvertes à 63% par les ménages contre 32% pour l'Etat et 5% pour les bailleurs (J. P. Sery, 2004, p. 7).

Autrement, les ménages supportent directement la charge financière des soins de santé dans un environnement de précarité financière grandissante avec plus de 46,3% de taux de pauvreté (Direction Générale du Trésor, 2018, p. 2). Face à cette situation nombre de ménages rencontrent des difficultés financières pour accéder aux soins de santé. Pour ce faire, différentes politiques ont été développées afin de réduire le risque financier pour un accès aisé aux soins de santé au niveau des ménages.

Dans les années 1990, plusieurs types de couvertures pour la santé ont été mis sur pied dans différents pays en développement. D'abord, il s'agit d'une protection sociale basée sur l'emploi et donc réservée aux fonctionnaires de l'Etat et aux travailleurs du secteur privé formel. Ensuite, il est question des *mutuelles de santé* créées aux alentours de 1990 au sein des entreprises privées et des *associations de santé de quartiers* créées au sein des structures sanitaires urbaines à base communautaire. Elles représentent des espaces communautaires de solidarité et d'entraide pour faciliter l'accès aux soins au niveau des populations.

Enfin, l'on assiste à la mise en place progressive de la couverture maladie universelle (CMU) développée depuis une dizaine d'années dans plusieurs pays avec des orientations diverses. Cependant, malgré ces différentes stratégies, force est de constater une part importante des populations dans la ville d'Abidjan, surtout celles des périphéries à l'épreuve de difficultés d'accès aux soins à différentes échelles (M. Ymba *et al*, 2012, p. 116). Quel est donc le niveau d'implication des assurances maladies dans le recouvrement des soins de santé des ménages dans les quartiers Avocats et Akeikoi ?

Cette recherche a donc pour objectif d'analyser la contribution effective de l'assurance maladie sur l'accès aux soins de santé des populations des quartiers Avocats et Akeikoi dans la commune d'Abobo. De façon spécifique il s'agit premièrement d'identifier l'importance numérique des assurés-santé au niveau des quartiers Avocatier et Akeikoi par l'inventaire des types d'assurance santé contractés par les

ménages des quartiers Avocatier et Akeikoi, deuxièmement, de mesurer le niveau d'implication des assurances santé dans la contribution à l'accès aux soins de santé dans les quartiers Avocatier et Akeikoi et troisièmement de montrer l'influence des produits assurance sur les itinéraires thérapeutiques des assurés.

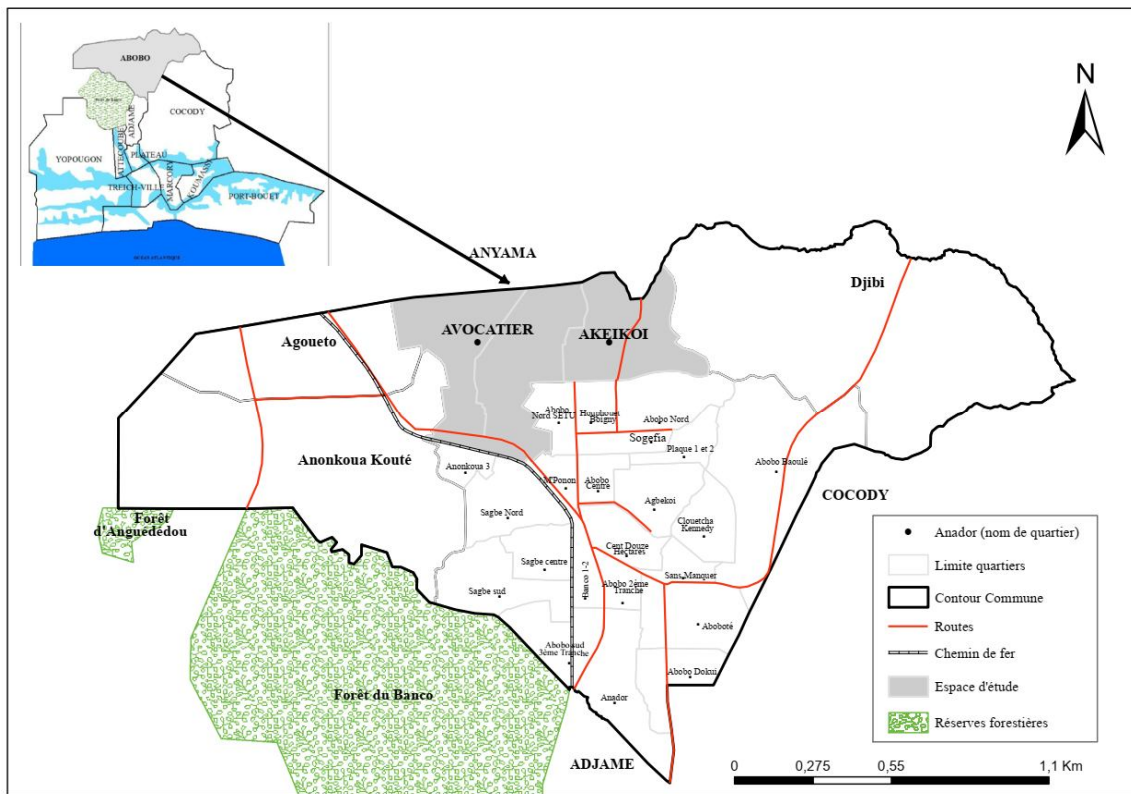
## 1. Matériels et méthodes

### 1.1. Présentation de l'aire d'étude

Les quartiers Avocatier et Akeikoi sont situés dans les périphéries nord de la commune

d'Abobo, elle-même localisée à la périphérie nord du District d'Abidjan (Carte n°1). Ces quartiers intégrés à la commune d'Abobo connaissent une importante urbanisation depuis la mise en œuvre nationale de la politique de communalisation en 1980. Abobo surtout connaît un véritable front d'urbanisation accéléré à partir des années 2000 dans un contexte de dynamique spatiale et démographique importante de la périphérie métropolitaine nord, (K. M. Kouassi *et al*, 2023, p. 10).

Carte n°2: Localisation de l'espace d'étude



Source: BNETD, 2010 / INS, 2020

Conception / Réalisation: Marc KOUASSI, 2023

Cette urbanisation échappe dans sa conception et dans sa production au planificateur (P. Tuo, 2018, p. 17) et est qualifiée d'urbanisation populaire voire explosive (A. Yapi-Diahou, 1994, p. 37). Elle abrite une population constituée à plus de 70% de migrants (qui s'adonnent essentiellement aux petits commerces, à l'artisanat sans oublier l'existence de nombreux sans emploi) (INS, 2021). C'est donc une population à la base constituée de classe économiquement faible dans un contexte social de pauvreté généralisée et avec de réelles difficultés d'accès aux services sociaux en général et aux soins médicaux en particulier.

### 1.2. Matériels

Les données documentaires et les enquêtes de terrain ont constitué le substrat de la recherche ayant guidé le travail et les principaux tremplins de sa mise en œuvre. La recherche documentaire a consisté en la collecte de données dans des documents abordant la question de l'accès aux soins en général, de l'accessibilité financière aux soins de santé, des politiques de couverture sociale et des mutuelles de santé. Cette documentation se décline en thèses, articles scientifiques, données statistiques de l'Institut National de la Statistique (INS) et de la Direction de

l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), sans oublier les informations recueillies en ligne. De plus, différentes données diverses et variées ont été collectées dans plusieurs bibliothèques, notamment celles de l'Institut de Géographie Tropicale (IGT) de l'Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB) d'Abidjan-Cocody, de l'Ex-Flash et de l'Institut français. Par ces informations recensées s'est constituée une idée générale de l'accès aux soins de santé, de la politique de la couverture sociale et de la couverture maladie en particulier. Les données démographiques sont issues des recensements généraux de la population et de l'Habitat (RGPH) de 2014, de 2021. Les cartes de base utilisées dans le travail sont issues du département de la cartographie du BNETD<sup>1</sup> (2010) réalisée à l'échelle 1/10.000 et de l'INS (2020) réalisée à l'échelle 1/12.500.

### 1.3. Méthodes

Les enquêtes de terrain ont eu pour principal objectif d'apprécier l'importance de l'assurance maladie dans l'organisation financière des ménages des quartiers Avocatier et Akeikoi de la commune d'Abobo pour leur offrir l'accès aux soins de santé. Elles se sont déroulées en différentes phases selon les cibles d'enquête, au nombre de trois acteurs clés : les ménages, les administrateurs des centres de santé et les pharmacies.

- **Les ménages**

Les enquêtes ont été menées précisément dans les ménages des quartiers d'Avocatier (Agnissankoi et N'Guessankoi) et d'Akeikoi. 240 ménages ont été visités en raison de 80 ménages dans chaque quartier. Ont été pris en compte, toutes les couches sociales sur la base de quotas tenant compte des fonctionnaires du public (30), des agents du secteur privé (60) et des travailleurs du secteur informel (150). Le nombre de ménages enquêtés, selon les couches sociales, est fonction des réalités

professionnelles dans ces quartiers d'Abobo dominées à plus de 80% par des travailleurs du secteur informel (INS, 2021). Le questionnaire a mis l'accent sur le type d'activité économique du chef de ménage, le type de produit assurance auquel le chef de ménages a souscrit, les modalités de recouvrement, le niveau de satisfaction et les itinéraires de recours aux soins.

- **Les centres de santé et les pharmacies**

Concernant les centres de santé et les pharmacies, les enquêtes de terrain se sont déroulées dans les trois quartiers que sont Agnissankoi, N'Guessankoi et Akeikoi. Dans chacun de ces quartiers, un centre public de santé, un centre privé de santé et une pharmacie ont été visités. Par conséquent, trois centres publics de santé, trois centres privés de santé et trois pharmacies ont fait l'objet d'enquête. L'objectif fondamental étant de relever le type d'assurance maladie le plus présenté à la consultation par les populations aux structures de soins et d'apprécier le niveau de traitement des produits assurances dans ces unités de soins.

## 2. Résultats

### 2.1. Une couverture assurance maladie faible au niveau des quartiers Avocatier et Akeikoi

La couverture assurance maladie désigne un ensemble de dispositifs permettant aux usagers désignés par « assurés », confrontés à des risques de maladie, de maternité, d'invalidité et autres vulnérabilités en santé de pouvoir bénéficier de prise en charge médicale ou de remboursement de leurs frais médicaux selon leurs besoins. Elle est donc considérée et promue comme l'un des principaux mécanismes de financement permettant d'améliorer l'accès aux services de santé, tout en offrant une protection contre les risques financiers (USAID, 2010, p. 1).

Dans les pays en développement, surtout en Afrique au sud du Sahara, la politique de couverture assurance maladie connaît un développement difficile après sa mise en place depuis plus de trois décennies. Différentes études le soulignent. Le forum mondial de la sécurité sociale tenu à Moscou

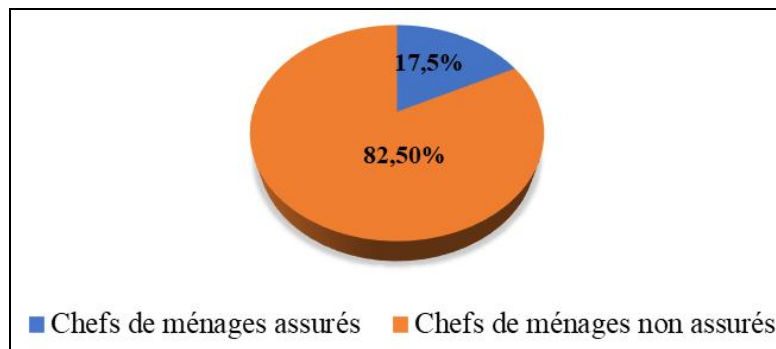
---

<sup>1</sup> Le Bureau national d'études techniques et de développement (BNETD), est un bureau d'études créé dans le but de contribuer au développement de la Côte d'Ivoire et des pays africains dans lesquels il est présent.

du 10 au 15 septembre 2007 indique qu'environ 80% de la population en Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie ne bénéficient pas d'une couverture santé (T. Sossa, 2010, p. 95). Cette proportion est estimée par l'Organisation Internationale du Travail à 90% dans son rapport intitulé : « *The decent work agenda in Africa : 2007-2015* » (International Labour Office, 2007, p. 6). Pour M. Bourque et A. Quesnel-Vallée (2008, p. 5), cette couverture sanitaire, à la base des inégalités sociales, est potentiellement tournée vers les fonctionnaires du public et les agents du secteur privé formel.

Dans la commune d'Abobo et particulièrement en ses quartiers périphériques nord, caractérisée par une population résidente de travailleurs majoritairement investis dans le secteur informel (plus de 70% selon l'INS, 2021), enregistre une proportion de couverture assurance maladie très faible. Les enquêtes menées dans les quartiers Akeikoi et Avocatier, singulièrement dans les sous-quartiers d'Agnissankoi et de N'Guessankoi prouvent cela. Les ménages ayant souscrit à une assurance maladie ne représentent que 17,5% de l'ensemble des ménages comme le montre la figure n°1.

**Figure n°1 : Proportion des ménages assurés**



Source : D'après les résultats des enquêtes de terrain, 2023.

La lecture de la figure n°1 montre aisément la proportion des ménages bénéficiaires d'une couverture assurance maladie relativement très faible. La politique de sécurité sociale a été adoptée en Côte d'Ivoire dans les années 1980, à l'instar de plusieurs pays en développement. Longtemps, elle avait exclu une grande partie de la population notamment celles des ménages du secteur informel pas réellement pris en compte dans les dispositions de cette couverture maladie. Au passage, lors des enquêtes de terrain, il a été recensé 82% des ménages qui ne sont bénéficiaires d'aucune couverture assurance maladie, contrairement à 17,5%, soit 42 enquêtés ayant un statut de chefs de ménage et qui sont réellement des bénéficiaires. C'est cette deuxième catégorie que M. Kagambega (2011, p. 117) qualifie par "les uns" ou encore "la petite minorité" bénéficiaire d'un minimum de couverture sociale.

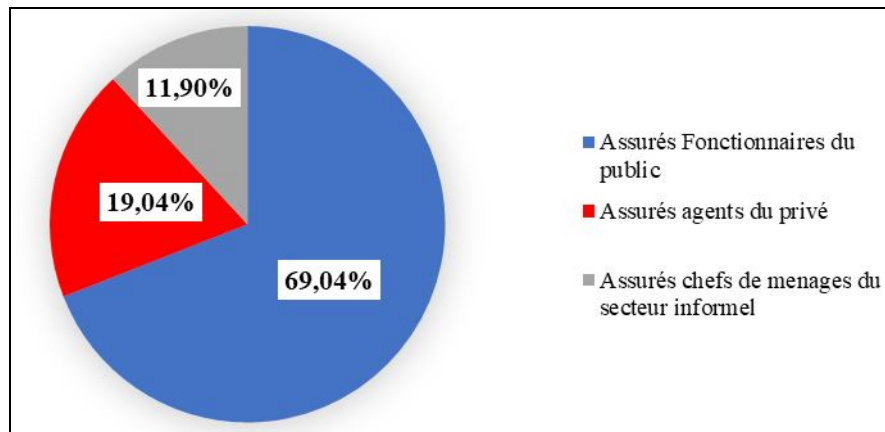
Cette minorité de ménages est couverte par une diversité d'assurance maladie en fonction

des statuts sociaux professionnels des chefs de ménages, des besoins et des politiques de recouvrement des différents produits assurances-maladie.

### 2.1.1. Une couverture assurance maladie diversifiée pour une minorité des ménages

La couverture assurance maladie se présente sous diverses formes en fonction des orientations et des politiques de recouvrement. Dans les quartiers Avocatier et Akeikoi, les ménages assurés présentent une gamme diversifiée de types et de produits d'assurance maladie. Elles sont souvent fonction des statuts socio-professionnels des chefs de ménages d'une part, et des besoins, du niveau de revenus du chef de ménages souscripteur, de la confiance, des termes de recouvrement et de la qualité du service d'autre part. Sont comptés à cet effet, les assurés du secteur public de l'économie, les assurés du secteur privé formel et les assurés du secteur informel (Figure n°2).

Figure n°2 : Répartition des chefs de ménages assurés en fonction des statuts professionnels



Source : D'après les résultats des enquêtes de terrain, 2023.

La figure n°2 présente trois catégories d'assurés bénéficiaires d'une couverture maladie et ce, en fonction des statuts professionnels. La première catégorie est composée des fonctionnaires du secteur public. Ceux-ci détiennent la plus grande proportion des ménages bénéficiaires d'une couverture maladie avec plus de 69 % d'assurés. La deuxième est celle des agents du privé (19 %), et la troisième est constituée des acteurs du secteur informel avec 12 % des assurés. Les produits assurances sont donc composés de produits adressés aux fonctionnaires du public d'une part, aux agents du privé et aux acteurs du secteur informel d'autre part. A ceux-ci il faut ajouter les produits assurance des mutuelles de santé, les produits des associations de santé et les produits de la couverture maladie universelle (CMU) qui participent activement à la protection sociale des populations ces dernières décennies.

### 2.1.2. Les assurés du secteur formel

Le secteur formel de l'économie a toujours bénéficié de l'attention de l'État car établi en espace de gestion de tous fonctionnaires et agents de l'État. C'est l'armature par excellence de la gestion de l'administration et du service public. Il est donc du devoir de l'État de veiller à la bonne santé de ses agents à travers une politique d'accès facile aux services sociaux et de soins de santé. Par conséquent, plusieurs mesures d'accompagnement permettent un accès aisé aux soins, mises en place à travers le produit assurance *Ivoir Santé Plus* de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et les Agents de

l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI). Précisons que la MUGEF-CI a été mis en place en août 1973 sous la forme d'une direction du Ministère de la fonction publique. En octobre 1989, à la demande générale des syndicats de fonctionnaires, l'État ivoirien se désengage de la gestion de la MUGEF-CI et la confie aux fonctionnaires avec pour mission essentielle, de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses membres et de leur famille au moyen d'un système d'entraide et de solidarité tendant à réparer les risques sociaux.

Au niveau des quartiers Avocats et Akeikoi, les enquêtes révèlent les informations suivantes : sur 30 chefs de ménages qui sont des fonctionnaires du public, 29 bénéficient régulièrement d'une assurance santé, soit 96,66%. Aussi, faut-il noter que 36,66% de ceux-ci ont souscrit en plus à d'autres assurances complémentaires, soit pour des besoins familiaux, soit à cause de la qualité du produit et des taux de recouvrement largement concurrentiels. C'est le cas de « Menet santé » pour les travailleurs du Ministère en charge de l'Éducation, du régime Maladie Maternité Décès (MMD) pour les militaires et les gendarmes, du Fond de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN) pour la police nationale, de Ma'Santé regroupant des enseignants syndiqués du primaire.

Ces produits sont pour la plupart des espaces mutualistes qui ne prennent en compte que la consultation et les examens médicaux. La



Couverture Maladie Universelle (CMU)<sup>2</sup> déclare 26,66% des fonctionnaires de l'État souscripteurs résidents dans les quartiers Avocatier et Akeikoi. Ces derniers font donc partie intégrante de catégorie sociale identifiée comme *la petite minorité*.

### **2.1.3. Les mutuelles de santé pour les assurés du secteur privé**

Le secteur privé est un espace très important dans la création d'emplois et la production de biens et de services. Il se présente souvent sous deux formes : le privé formel et le privé informel. Le privé formel regroupe des entreprises légalement installées avec des travailleurs ou ouvriers employés sur la base de contrats de travail en CDI (contrat à durée indéterminé), en CDD (contrat à durée déterminée), des simples contractuels ou des journaliers. Les entreprises déclarées dans ce secteur, selon leur taille et les dispositions des contrats de travail proposent à leurs travailleurs et leurs ayant-droits des couvertures assurances maladies. Toutefois, il faut noter que dans ce secteur, il a été constaté que la plupart des agents ne bénéficient pas d'une assurance maladie. En effet, seulement 19% des assurés des quartiers Avocatier et Akeikoi déclarent être des travailleurs du secteur privé formel. Cela se justifie naturellement par le statut du contrat qui lie l'employé à l'entreprise.

Autrement dit, l'on compte plus de 80% des ouvriers des entreprises privées qui ne sont pas embauchés (OIM, 2023, p. 13). De ce fait, une forte proportion des agents du secteur privé n'est guère déclarée à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Ce sont pour la plupart, des agents dits contractuels, des journaliers et autres travailleurs en Contrat à Durée Déterminée (CDD) qui sont plus nombreux que les agents formellement engagés en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) et qui de ce fait ne bénéficient pas de couverture sociale maladie. Ainsi, faut-il souligner que les mutuelles de

santé ou « *médecine d'entreprise* » connaissent depuis quelques décennies un essor favorable dans le secteur privé formel. Cette médecine est le fruit de deux volontés. D'une part, celle de l'Etat qui impose aux entreprises en fonction de leur taille de disposer de services sanitaires et d'autre part, celle des employeurs qui inscrivent à leur politique sociale la possibilité de permettre à leurs salariés et à leurs familles de se soigner (J. P. Sery, 2003, p. 7)

Les produits assurances des chefs de ménage enquêtés dans le secteur d'étude sont essentiellement des assurances privées dominées par les mutuelles d'assurances dont les plus connues sont : Assurance de l'industrie du bois (INDUS BOIS), Compagnie Ivoirienne d'Electricité (CIE), Société de Distribution de l'Eau de la Côte d'Ivoire (SODECI), Centre International de Management et d'Expertise Financière (CIMEF), l'Assurance Gras Savoye (AGS), Société de Gestion Maladie (SOGEMAD), Société Internationale de Protection Médicale (SIPROMED), Assurance Maladie Côte d'Ivoire A-MCI, etc. Ces assurances constituent plus de 65% des produits assurances souscrites. Au-delà de ceux-ci, certains chefs de ménages du privé ont souscrit, soit à une assurance commerciale (13,33%), soit à la CMU (11,66%).

### **2.1.4. Les associations de santé, une alternative pour les populations du secteur informel**

Les travailleurs du secteur informel constituent dans les pays en développement, la majorité de l'emploi. En Côte d'Ivoire, le secteur informel représente 80 à 90% de l'emploi total (Banque Mondiale, 2020, p. 12). Cependant, les politiques de couverture assurance maladie sont moins disposées à les accompagner. Il s'agit selon USAID (2010, p. 25) des catégories pauvres du milieu rural (agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, etc.), des travailleurs indépendants (marchands, chauffeurs, gardiens, domestiques, guérisseurs traditionnels, etc.), des employés des petites entreprises du secteur informel de l'économie et de personnes vulnérables.

Les politiques développées en Côte d'Ivoire depuis les années 1980 ont abouti à la mise en

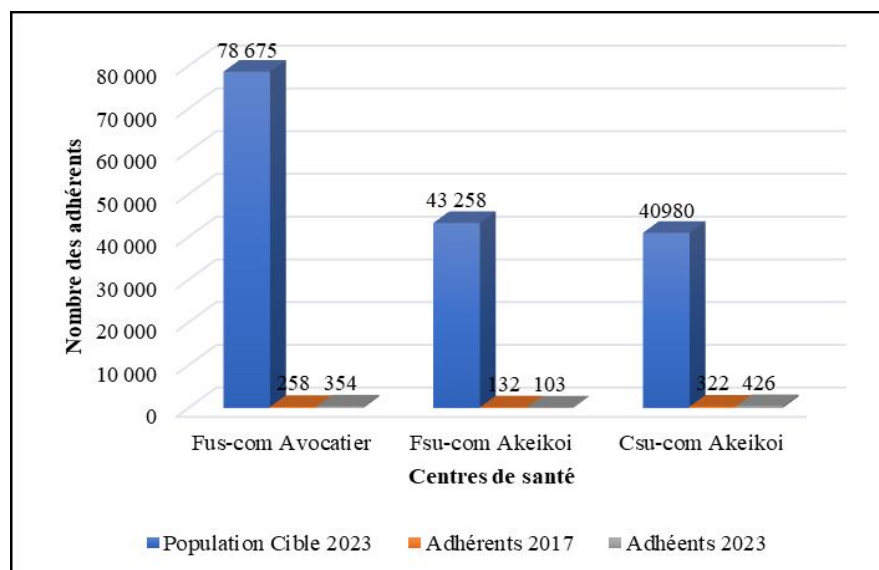
<sup>2</sup> La Couverture Maladie Universelle a été mis en place par la Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 pour garantir l'accès à des soins de santé de qualité à la population. Elle est gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

place de la CMU officiellement lancée en 2015. Les différentes associations de santé en place depuis trois décennies et les structures sanitaires urbaines à base communautaire ont salué son avènement ; un avènement accueilli comme une alternative citoyenne pour un accès facile aux soins de santé pour les différentes couches sociales. Si la CMU paraît comme une ambitieuse politique de l'Etat pour un accès équitable aux soins de santé, les associations de santé, quant à elles, fonctionnent sur la base d'une solidarité entre habitants d'une aire sanitaire, permettant à ceux-ci de mettre en place, une caisse de mutualisation afin de prévenir les coûts onéreux des soins de santé.

Pour le Bureau international du Travail (2003, p. 15), ces associations de santé s'adressent à des populations à faible niveau d'instruction et offre des services principalement destinés à couvrir le risque maladie. Cependant, les deux

structures que sont CMU et associations de santé ne semblent toujours pas faire écho favorable chez les populations du secteur informel. Les enquêtes de terrain montrent que le secteur informel est représenté en proportion de 12% de l'ensemble des assurés, soit 07 chefs de ménages sur les 42 enquêtés. La quasi-totalité des adhérents des différentes associations de santé des quartiers enquêtés sont affiliés aux trois centres de santé communautaires desdits quartiers. Il s'agit de Fsu-com Henriette Konan Bédié d'Avocatier, de Fsu-com d'Akeikoi et de Csu-com d'Akeikoi. Chaque centre est autonome dans sa gestion. L'adhésion annuelle s'élève à 2 000 F CFA à la Fsu-com d'Avocatier et à 5 000 F CFA à la Fsu-com d'Akeikoi. Cette adhésion couvre 50% des frais de consultation et des examens biologiques. La figure n°3 présente l'évolution des adhérents de ces structures de santé.

**Figure n°3 : Évolution des adhérents des associations de santé**



Source : Direction des formations sanitaire des Fsu-com et Csu-com d'Akeikoi et Avocatier, 2023.

La figure n°3 met en relief, l'évolution et le nombre des adhérents aux associations de santé dans les quartiers Avocatier et Akeikoi. Comparativement à la population cible des centres de santé, les adhérents représentent moins de 1%. Les enquêtes montrent que sur les 110 ménages enquêtés dont les chefs exercent dans le secteur informel, seulement 07 ménages ont souscrit à une couverture sanitaire (assurance privée, CMU, Association de santé), soit 6,36% des ménages dudit secteur. Cette faible adhésion des ménages est

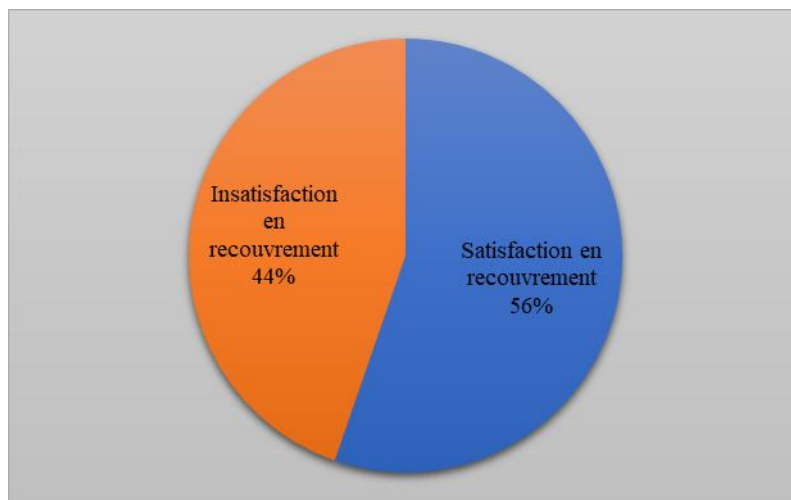
l'expression d'un secteur informel mal organisé et défavorisé en matière de couverture assurance. Malgré les efforts des différentes directions des associations de santé, notamment l'Association pour le développement d'Akeikoi (ADEVA) et l'Association pour la santé communautaire d'Abobo Nord (ASCOMAN), les populations résistent à une probable adhésion aux associations de santé.

## 2.2. Une participation limitée des assurances maladie dans l'accès aux soins de santé

L'assurance santé a pour vocation de permettre un accès facile aux soins de santé à travers une politique de financement plus souple au profit du bénéficiaire. Si plus de 85% des ménages ne bénéficient d'aucune aide dans le recouvrement des frais de soins de santé en Côte d'Ivoire (Unicef, 2018, p. 4), il faut toutefois souligner que les taux de recouvrement vont dans l'ordre de 70%, 80% ou encore 90% des dépenses en soin. Cela est relativement élevé et devrait permettre aux

adhérents, un accès aisé aux soins avec des niveaux de recours différents. Les réalités sociales étant différentes d'un bénéficiaire à un autre, certains produits assurance prennent en compte rarement la totalité de la prise en charge des usagers. Le recouvrement partiel ou l'absence de recouvrement est la situation la plus prépondérante pour les assurés (Figure n°4). Cette dernière réalité met à mal l'accès aux soins de santé. Très souvent, l'assurance maladie est impuissante face aux attentes de certains ménages.

**Figure n°4 : Niveau de satisfaction en recouvrement des soins des bénéficiaires des assurances santé**



Source : D'après les résultats des enquêtes de terrain, 2023.

La figure n°4 rend compte de l'appréciation du niveau de satisfaction des ménages sur les taux de recouvrement des produits assurances santé dont ils bénéficient. Pour plus de la moitié des enquêtés, le niveau de satisfecit est fort appréciable. En effet, 56% des assurés affirment que leurs prises en charge sont entièrement couvertes par leur assurance et ne rencontrent pas de problèmes majeurs dans la chaîne de recouvrement des soins. Tandis que 44% des assurés estiment que les taux de recouvrement ne prennent pas en compte tous leurs besoins. Dans cette dernière catégorie de la population, 27,65% dénoncent le fait que des produits essentiels tels que les examens biologiques, souvent très coûteux, ne sont pas couverts. 17,02% abandonnent par moment, leur traitement devant le coût élevé des soins (médicaments surtout) malgré leur assurance. Les maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle et dans certains cas,

la longue période de maladies sont souvent des raisons de délaissements par certaines maisons d'assurance. C'est le cas signalé par Monsieur O.J.M, habitant du quartier Akeikoi Belle Cité, d'une cinquantaine d'âge, travailleur d'une entreprise de la place qui explique en ces termes :

Mon épouse a souffert plus d'une année de l'hypertension artérielle. Après quelques mois de prise en charge, l'assurance m'a notifié qu'elle ne pouvait plus assurer les soins. C'est grâce à l'aide des parents et certains amis et collègues que j'ai pu soigner ma femme en alternant quelques médicaments de la médecine moderne avec les soins traditionnels.

Ce type de situation est souvent récurrent chez les assurés des périphéries nord de la commune d'Abobo.

**2.2.1. Des produits essentiels souvent non couverts**

Les entreprises assurance-santé couvre une prise en charge de l'ordre de 70% à 80% des frais de soins. En fonction des niveaux sociaux, les produits assurances santé diffèrent d'un ménage à un autre. Malgré des avantages louables, il faut toutefois relever la couverture partielle de plusieurs produits par l'assurance. Le plus grand nombre de médicaments ne bénéficient d'aucune couverture. Plus précisément, les assurances santé publiques ou privées ne remboursent que partiellement les médicaments traitant les affections chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou celles incurables comme le cancer. Plusieurs chefs de ménages à la retraite rencontrés en souffrent. Ces médicaments aux coûts jugés très onéreux (au-delà de 25 000 F CFA l'unité) ne bénéficient que de 20% à 30% rarement 50% de recouvrement lorsqu'ils sont pris en charge. Par contre, dans certains cas, ils ne sont pas couverts par les assurances santé.

Une autre remarque désavantageuse est relative au quota fixé dans le cadre de l'utilisation des assurances santé. C'est le cas chez les fonctionnaires et les Agents de l'État réunis autour de la faitière sociale MUGEF-CI dont certains adhérents ont souscrit de façon complémentaire, au produit assurance maladie *Ivoir' Santé Plus*. Seulement, ces derniers bénéficient d'une couverture de 80% prenant en compte une gamme de produits allant de la consultation à l'achat des médicaments. Cependant, il faut relever qu'aux termes des clauses de ce contrat, le plafond annuel des prestations est fixé à 1 500 000 F CFA par bénéficiaire et 3 000 000 F CFA par famille. Si toutefois, la barre du quota paraît élevée, il faut relever que certains traitements souvent très coûteux mettent à mal l'accès aux soins pour certains adhérents. Tous ces éléments représentent des goulots d'étranglements pour plus de 17% des bénéficiaires de couverture

d'assurance dans l'aire d'étude. Dans ces circonstances, les malades vont jusqu'à abandonner les traitements médicaux.

**2.2.2. Quelques cas de renoncement aux traitements constatés**

*Le renoncement aux soins de santé* est le fait pour un patient de ne pouvoir continuer un traitement médical. Ce *renoncement* peut être *partiel* c'est-à-dire une restriction des soins ou *total avec un arrêt définitif des soins*. Au niveau des quartiers étudiés, les investigations ont montré que globalement 38,45% des patients dans les ménages ont renoncé aux soins au moins une fois au cours de l'année 2023. Les raisons de ce renoncement médicamenteux sont multiples et variées. Il s'agit entre autres, du manque de moyens financiers (pour plus 57%), du manque d'assurance maladie (26%), de la longue attente des patients (6%) ou de la longue distance à parcourir (11%).

Au niveau des ménages assurés, les quelques cas de renoncement rencontrés sont dû soit au manque de moyens financiers pour la couverture des soins, soit à un mauvais ou manque de traitement des bons assurances ou dû à la longue attente pour l'obtention d'un rendez-vous. Certains ménages aux conditions très modestes et surtout en raison de la faible couverture de certains produits coûteux, se retrouvent dans l'incapacité de couvrir les besoins médicaux de leur famille dans un cas de figure où ils doivent faire face entre 20 à 80% du coût du traitement.

**2.3. Une diversité d'itinéraires en fonction du type d'assurance santé**

L'assurance maladie souscrite par les ménages affecte les itinéraires thérapeutiques. En fonction du statut (public/privé), les assurés s'orientent en cas de besoin vers une structure sanitaire (Tableau n°1). Ce choix d'itinéraires décrit une véritable géographie de l'accessibilité aux soins des ménages assurés dans la commune d'Abobo.

**Tableau n°1 : Itinéraire de soin des patients assurés pour des besoins sanitaires**

Patients assurés	Structures publiques	Structures privées	
	23,40 %	Centres médicaux privé 27,65 %	Cliniques/ polycliniques 48,93 %

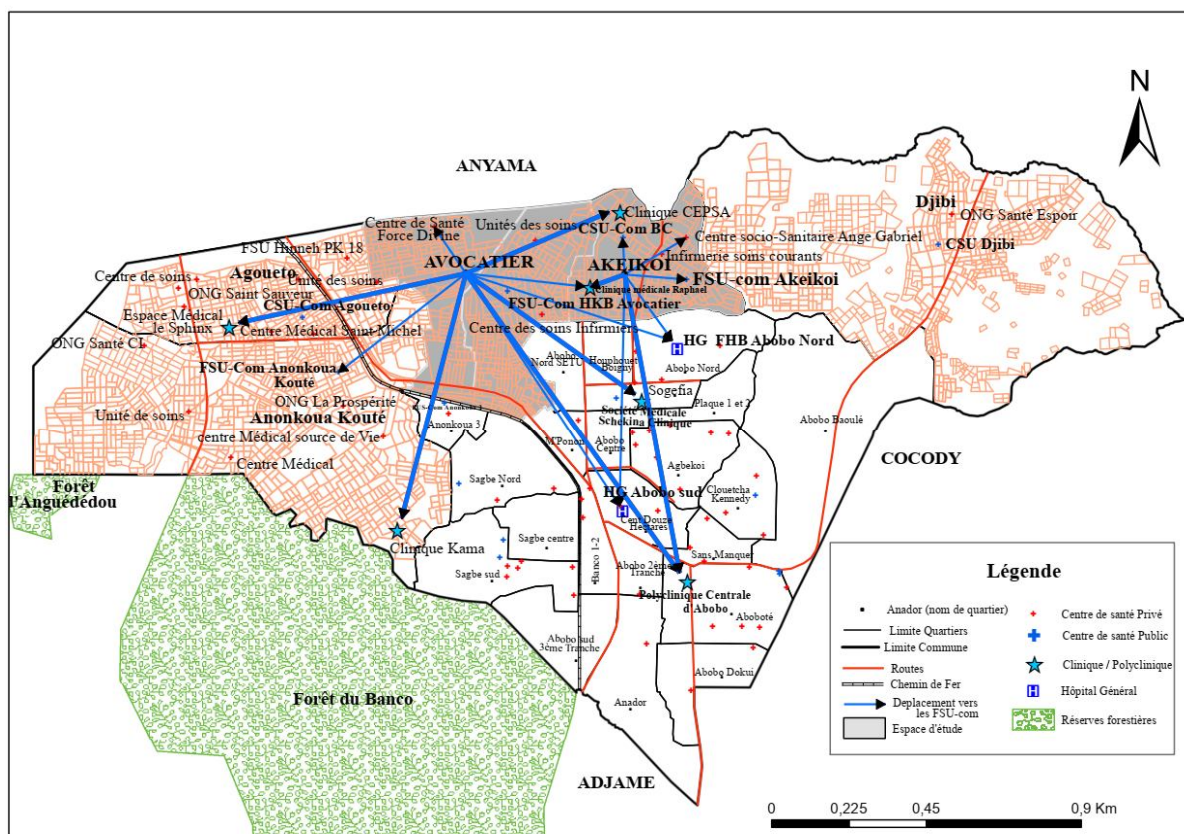
Source : D'après les résultats des enquêtes de terrain, 2023.

Le tableau n°1 met en évidence la proportion des itinéraires de soins des patients assurés pour satisfaire leurs besoins en santé. Les formations sanitaires vont de structures publiques requérées par 23,40% des enquêtés, aux structures privées vers lesquels s'orientent 27,65% des enquêtés précisément dans les centres médicaux et 48,93% dans les cliniques/polycliniques. Les structures privées reçoivent majoritairement les enquêtés à un taux de 76,58%. Les structures sanitaires privées accueillent plus de populations assurées que les structures publiques (23,40%).

**2.3.1. Une forte orientation vers les soins de qualité du secteur privé**

La qualité des soins est un élément important dans le choix de l'itinéraire thérapeutique (A. Letourmy 2006, p. 30). La plupart des produits assurance-santé mettent un point d'honneur sur la bonne qualité des soins de santé dans le choix des structures sanitaires partenaires. Travailleurs du public ou du privé, les assurés privilégient les structures sanitaires privées (cliniques, polycliniques, instituts médicaux) (carte n°2) pour la qualité du service (plateau technique performant, bon accueil, rapidité de la prise en charge du malade). Les investigations montrent que 76,58% des assurés se dirigent vers ces espaces souvent éloignés de leurs domiciles en cas d'hospitalisation, d'accouchement, d'intervention chirurgicale, etc.

**Carte n°2 : Itinéraires thérapeutiques des assurés**



Source: BNETD, 2010 / INS, 2020

Conception / Réalisation: Marc KOUASSI, 2023

Sur la carte n°2 est présentée les itinéraires thérapeutiques des patients-assurés dans la recherche de soins de santé. Plusieurs centres médicaux (public et privé) sont visités pour divers soins. Cependant fort remarqués, les assurés des quartiers avocats et Akeikoi s'orientent plus progressivement vers les cliniques et polycliniques de la commune d'Abobo. Ainsi, les cliniques à l'image de la

polyclinique centrale d'Aboboté, la clinique médicale Bethlem d'Akeikoi, la société médicale Schekina-Clinique d'Abobo Sogefiha, la clinique médicale Raphael et l'espace Médical le Sphinx de N'Dotré sont les plus visitées par les patients assurés. In situ, ces espaces médicaux, avec la qualité de leur service fondé sur un plateau technique performant et un service accueil des plus

qualifiés attirent plus de 70% des patients assurés.

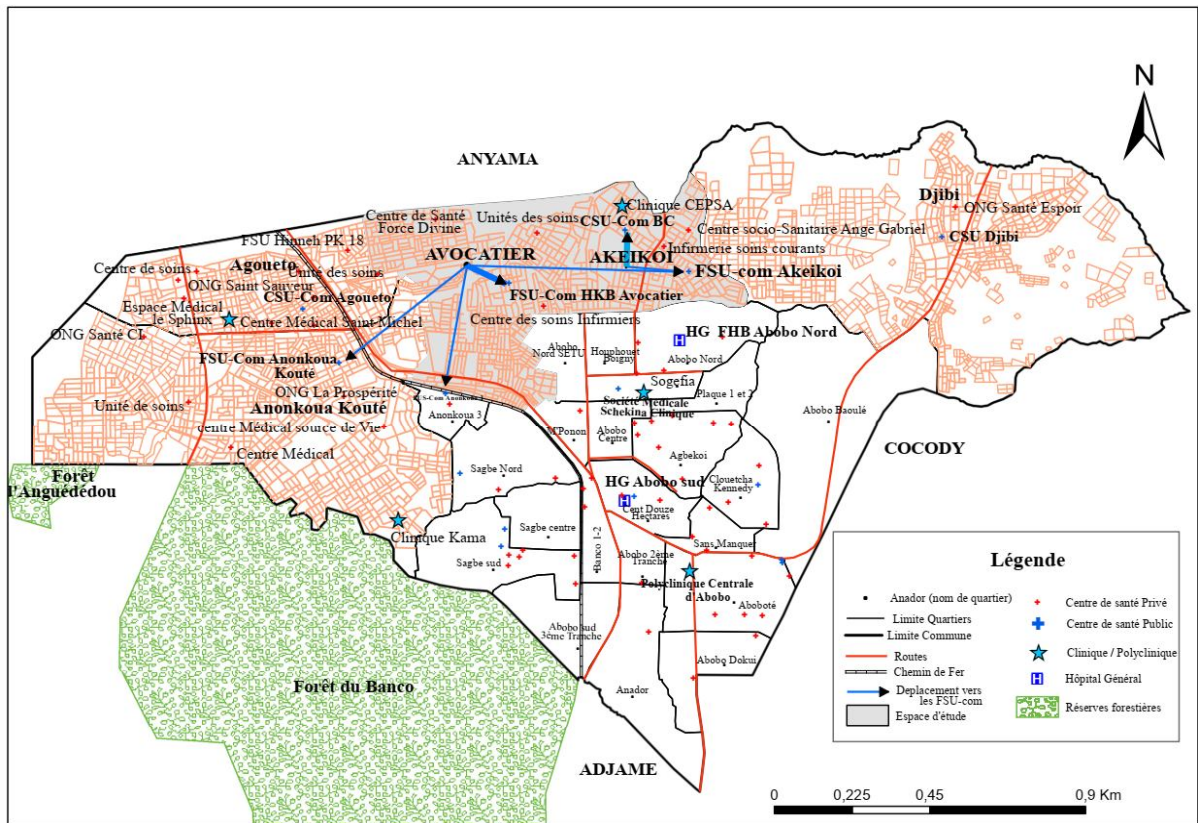
Si la proximité a toujours été un critère important dans l'accessibilité aux structures sanitaires, la qualité du service sanitaire est surtout un atout primordial d'attrait des patients assurés. Ceux-ci parcourent pour certains plus de 5km pour recourir à ces structures. Il en est de même des officines de santé. Le traitement des bons-assurances et la disponibilité des médicaments ont toujours été des facteurs d'orientation des personnes assurées. Certains patients partent des quartiers Avocatier et Akeikoi pour acheter leurs médicaments au centre-ville d'Abobo sur des grandes surfaces pharmaceutiques parfois même au-delà de la commune. C'est le cas de la pharmacie « La Mé », située au

quartier « Cent douze hectares », dotée d'une gamme importante de médicaments.

### 2.3.2. Un itinéraire vers les structures publiques imposé par les associations de santé

Les associations de santé développées au sein des structures sanitaires publiques à base communautaires ont une politique de recours centrée sur l'étroitesse des rapports associations-structures sanitaires. Les ménages, membres de ces associations ont de ce fait recours à ces structures en cas de besoin sanitaire. Au niveau des quartiers Avocatiers et Akeikoi, il faut remarquer que les adhérents ont recours à trois structures à base communautaire : la Fsu-com Henriette Konan Bédié d'Avocatier, la Fsu-com d'Akeikoi et le Csu-com Akeikoi (Carte n°3).

**Carte n°3 : Itinéraires thérapeutiques des adhérents des associations de santé**



Source: BNETD, 2010 / INS, 2020

Conception / Réalisation: Marc KOUASSI, 2023

La carte n°3 met en évidence, l'itinéraire thérapeutique des adhérents aux associations de santé vers les structures de soins. Ceux-ci s'orientent principalement vers les structures sanitaires à base communautaire. En effet, les adhérents s'orientent prioritairement vers les trois centres sanitaires à base communautaire à plus de 90%. La Fsu-com Avocatier et le

Csu-com d'Akeikoi reçoivent le plus de patients des associations de santé. Cependant, si la souscription à une association de santé est plus influencée par la proximité du centre de santé, il n'en demeure pas moins que certains ménages ont souscrit dans certains centres à cause de la qualité des soins. Ainsi, l'on rencontre des ménages, habitants du

quartier Avocatier surtout, qui appartiennent aux associations de santé des Fsu-com d'Anonkoua Kouté et d'Anonkoua 3. De ce fait, ces deux centres sanitaires reçoivent des patients de l'espace d'étude ciblée.

### 3. Discussion

La politique de la couverture sociale est un enjeu important pour les programmes de gouvernement de plusieurs pays en développement depuis plus de trois décennies dans le contexte d'amélioration des conditions de vie des populations. Des efforts constants ont été faits afin de permettre un accès aisé aux soins de santé des populations aux pouvoirs d'achat faibles et incapables de faire face aux coûts onéreux des produits sanitaires. Ces stratégies mises en œuvre se bâtissent surtout sur les assurances santé. Des produits assurances publics et privés foisonnent sur le marché de l'assurance santé au fil du temps. Ces produits sont plus adressés aux fonctionnaires du public et aux travailleurs du secteur privé formel à partir des mutuelles de santé et des produits assurances privés partenaires des structures sanitaires.

Quoique cette politique ait été élargie à toutes les couches sociales depuis 2015 avec la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), les ménages bénéficiaires d'une couverture sanitaire restent très faibles. La recherche montre que seulement 17,5% des ménages bénéficient d'une assurance santé dans les quartiers Avocatier et Akeikoi. Cette proportion est largement dominée par les fonctionnaires du public (70% de l'ensemble des assurés), qui en fonction de leur statut social bénéficie d'emblée d'une assurance santé. Dans plusieurs pays en développement, c'est le même constat.

Au Burkina Faso, la population bénéficiaire d'une assurance santé formelle est de 10% selon M. Kagambega (2011, p. 126). A. Letourmy (2006, p. 27) affirme que l'assurance du risque maladie excluait plus de 90% de la population en Afrique de l'Ouest avant le lancement des CMU. Les politiques en la matière ont évolué depuis plusieurs années et mettent de plus en plus l'accent sur une couverture universelle. L'on est parti de l'assurance maladie pour le secteur de

l'économie formelle à l'assurance maladie solidaire comme vecteur de la couverture maladie universelle en passant par l'essor de la micro assurance et des mutuelles de santé.

Malgré la juxtaposition de ces différentes formes d'organisation, les résultats obtenus restent en deçà des attentes dans la plupart des pays pauvres (A. Letourmy, 2008, p. 952). Si avec ces stratégies, l'on note une évolution progressive de l'adhésion des populations du secteur informel à des régimes assurance, il faut cependant relever la faiblesse du taux de la population couverte par la CMU en Côte d'Ivoire, 12% en 2022, huit ans après son lancement (K. J. Saye, 2023, p. 6). Certains pays cités en exemple pour la réussite de leur politique de couverture maladie sociale, tel le Ghana, ne couvrent que 36% de sa population (A. Ceri, 2013, p. 2).

Cet article, dans plusieurs éclairages, met, premièrement, l'accent sur les limites de l'assurance maladie dans sa contribution aux soins de santé des populations en général et de celles des quartiers Avocatier et Akeikoi en particulier. En effet, les produits assurances accompagnent les adhérents dans les différents processus des soins. Chaque produit assurance avec sa politique de gestion permet aux malades assurés un accès aisé aux soins de santé avec une prise en charge de 70% pour certains et 80% ou plus pour d'autres. Les associations de santés ou encore mutuelle de santé comme c'est le cas au Burkina Faso (M. Kagambega, 2011, p. 23) créées autour des structures sanitaires à base communautaire accompagnent leurs adhérents à hauteur de 50% au niveau des frais de consultation et des examens biologiques.

Deuxièmement, il ressort de la recherche que toutes les mesures étatiques importantes prises ne semblent toujours pas satisfaire les besoins des adhérents dans leur globalité. En effet, plus de 25% des adhérents aux assurances santé estiment que malgré les taux de recouvrement proposés, les coûts de prestation des soins restent élevés. Il faut suivre les cas d'épisodes morbides d'une certaine gravité avec des médicaments aux coûts très onéreux pour constater le léger niveau de couverture par les assurances. Cette situation met à mal la politique de l'accès aux

soins des assurés. Dans les pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires, certains assurés sont souvent confrontés à des difficultés financières pour faire face aux coûts élevés des soins. Pour A. Ceri (2013, p. 2), l'expérience des adhérents à l'assurance "Rashtriya Swasthya Bima Yojna" (RSBY) en Inde en est une illustration. Selon lui, malgré sa grande réussite, cette assurance offre une protection financière limitée du fait de la corruption, des abus et de la hausse des coûts de soins surtout. Certains prestataires de soins et des compagnies d'assurance optimisent leurs profits en contournant le système. De même, des centres médicaux commettent des irrégularités en introduisant des frais illégaux, en enregistrant des fausses demandes et en proposant des traitements inutiles.

Dans une autre étude sur l'assurance sociale maladie en Philadelphie, S. El-Omari (2007, p. 42), soutient que les assurances santé pour les ménages indigents connaissent des limites notables dans la mise en œuvre de la politique d'administration des soins. Il met surtout l'accent sur le manque d'informations des adhérents sur leurs droits relatifs à l'accès gratuit aux soins de santé d'une part, et les frais de déplacement élevé selon 58% des adhérents pour rejoindre les structures sanitaires partenaires d'autre part. Même la CMU paraît une réponse très partielle à l'accès aux soins selon B. Maresca *et al*, (2014, p. 9), au regard de l'importance des inégalités de santé entre catégories sociales. Dans leur analyse, ils soutiennent que 50% des ayant droits potentiels refusent d'y recourir pour cause d'imperfection de ce dispositif à répondre aux inégalités sociales. Certaines populations disposent d'une couverture sanitaire à minima ou de mauvaise qualité. Ces dernières sont plus à même de renoncer aux soins. De même au niveau des mutuelles de santé, le même constat est fait par des auteurs tel T. Sossa (2010, p. 99) pour qui, *"l'adhésion durable des populations aux mutuelles de santé est limitée par l'offre de produits pharmaceutiques dans plusieurs pays d'Afrique. Le prix des médicaments dans les pharmacies est tel que les mutuelles ne peuvent pas s'aventurer à les couvrir. Leur offre se limite souvent aux médicaments*

*disponibles dans les centres de santé publique ou confessionnelle. Or, la probabilité pour un membre de ne pas trouver le médicament approprié à son mal dans ces centres est très élevée, ce qui peut entraîner la cessation d'adhésion"*. Ces récriminations représentent de véritables goulots d'étranglements pour la politique d'assurance santé.

Troisièmement, cette recherche met l'accent sur le choix de l'itinéraire thérapeutique des populations assurées des quartiers Avocatier et Akeikoi. Les produits assurances publics ou privés et ceux des associations de santé des quartiers dans leurs partenariats avec les structures de soins imposent à première vue un itinéraire thérapeutique aux personnes assurées. Les patients mettent l'accent sur différents éléments notamment la proximité et la qualité des soins. Ce travail permet de relever qu'en dépit des itinéraires préalablement imposés du fait des partenariats produits assurances-structures sanitaires, les populations assurées privilégient les soins de qualité en fonction du niveau de recouvrement. Ainsi, la majorité des assurés des quartiers Avocatiers et Akeikoi (assurance publique ou privée) s'orientent vers les cliniques et polycliniques souvent éloignées de leurs domiciles pour la qualité des soins. Ce fait n'est pas nouveau.

Pour M. Goïta (2022, p. 41), les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) de la commune IV du Mali privilégient le recours aux soins de qualité moderne au détriment des autres itinéraires thérapeutiques. Ses enquêtes montrent que 78% des adhérents ont recours en première intention aux soins de qualité quel qu'en soit leur situation géographique. Si plus de 58% des maliens ont constamment recours à l'automédication, K. Koné (2022, p. 93) montre dans son analyse que c'est seulement 1,76% des adhérents de l'AMO qui en première intention ont utilisé ce système de soins depuis leur adhésion. Autrement dit, ceux-ci ont recours à des soins de qualité.

### **Conclusion**

La politique de couverture maladie mise en place depuis quatre décennies en Côte d'Ivoire offre au fil du temps un large éventail



de produits assurance-maladie pour un accès aisé des populations aux soins de santé. Elle a concerné tout d'abord les fonctionnaires du public et les travailleurs du secteur privé formel avec une multitude de produits-assurances et mutuelles de santé. Aujourd'hui avec la mise en place de la CMU précédée par certaines stratégies communautaires d'entraide, toutes les couches sociales sont progressivement prises en compte.

Cependant, les populations couvertes restent largement en deçà des attentes. Les taux de couverture sont variables d'une assurance à une autre et des produits médicaux de grandes importances sont souvent faiblement couverts. Des assurés d'Avocatier et d'Akeikoi se retrouvent limités face à certains traitements médicaux. La proximité des soins est un atout d'accessibilité géographique. Cependant, du fait de l'arrimage produits assurances santé - partenariats avec les structures de soins, les itinéraires thérapeutiques des patients assurés en dépendent, les obligeant à parcourir de longues distances pour se soigner dans des cliniques et polycliniques souvent éloignées des lieux de résidence.

### Références bibliographies

Banque Mondiale, 2020, *Diagnostic du secteur privé : créer des marchés en Côte d'Ivoire*, BM, 96 p.

Bureau International du Travail, 2003, *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT, 342 p.

CERI Averill, 2013, « Couverture maladie universelle », In : *Document d'Information Oxfam*, publié par Oxfam GB pour Oxfam International sous l'ISBN 978-1-78077-481-7 en octobre 2013, n° 176, Oxfam House, Cowley, Oxford, Royaume-Uni, 41 p.

Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique, 2018, *Pauvreté : la côte d'Ivoire actualise ses données*, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2 p.

Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique, 2018, *Pauvreté : la côte d'Ivoire actualise ses données*, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2 p.

GOÏTA Michel, 2022, *Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au Centre de Santé de Référence de la commune IV*, Thèse de doctorat de médecine, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, Bamako, Mali, 80 p.

INS, 2020, *Estimation de la population de la commune d'Abobo par quartier et par origine*, INS, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2 p.

International Labour Office, 2007, *The decent work agenda in Africa: 2007-2015*, Report of the Director General, Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, April, Geneva, 71 p.

KAGAMBEGA Marcel, 2011, *L'assurance maladie au Burkina Faso : de la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de doctorat, Université de Bordeaux 2, France, 329 p.

KONÉ Kadia, 2022, *Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au Centre de Santé de Référence de Bougouni*, Thèse de doctorat de médecine, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, Bamako, Mali, 117 p.

KOUASSI Kobenan Marc, TUO Péga, et ANOH Kouassi Paul, 2023, « Expansion urbaine périphérique et évolution de l'offre de soins de santé dans le nord de la commune d'Abobo à Abidjan (Côte d'Ivoire) », In : *Am. J. innov. res. appl. sci.* 2023 ; 17(5), p. 7-19. DOI: 10.5281/zenodo.10161245

LETOURMY Alain, 2006, « Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone », In *L'Assurance maladie en Afrique francophone, Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque Mondiale, p. 13-53.

LETOURMY Alain, 2008, « Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains », In : *Comptes Rendus Biologiques*, Vol 331, Issue12, p. 952–963.

- MARESCA Bruno, HELMI Sara, 2014, « *Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé* », In : *Cahier de Recherche CREDOC*, N°320, décembre 2014, 75 p.
- Organisation Internationale pour les Migrations, 2023, *Etude nationale du marché de travail en Côte d'Ivoire*, OIM, 98 p.
- OSSA Théophile, 2010, « Couverture, financement et exclusion : l'assurance maladie en Afrique », In : *Finance & Bien Commun*, Volume 2, N°37-38, p. 94-103.
- SALAHADDINE El Omari, 2007, *Évaluation des impacts de l'assurance sociale maladie sur la consommation des soins de santé par la population rurale à faible revenus aux Philippines*, mémoire de maîtrise en économie, Université du Québec en Montréal, 53 p.
- SAYE Kaedakan Judicaël, 2023, « La protection sociale en Côte d'Ivoire : Revue des dispositifs et perspectives », In : *Repenser la politique sociale en côte d'Ivoire : réflexions sur les interventions pour un développement équitable*, Ed Friedrich-Ebert-Stiftung, Abidjan, Côte d'Ivoire, p. 1-19.
- SERY Jean Pierre, 1995, *Les principaux axes de la réforme du financement en Côte d'Ivoire : le recouvrement des coûts des actes de santé et l'assurance maladie autofinancée*, consulté en ligne le 17 septembre 2024, 10 p.
- SERY Jean Pierre, 2004, « Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique, Rapport de la Côte d'Ivoire », In : *La Concertation*, Dakar, Sénégal, 27 p.
- TIZIO Stéphane, FLORI Yves Antoine, 1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », In : *Tiers-Monde*, Tome 38, N°152, p. 837-858.
- TUO Péga, 2018, « Dynamique urbaine et accès aux soins de santé à N'Dotré (Nord-ouest de la commune d'Abobo, Abidjan) », In : *Revue Espace Territoire Société et santé*, Vol. 1, N°1, Ed Universitaires de la Côte d'Ivoire (EDUCI), Abidjan, Côte d'Ivoire, p. 15-29.
- UNICEF, 2018, *Analyse de la situation des enfants et des femmes en côte d'ivoire : inclusion sociale*, 4 p.
- USAID, 2010, *Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser*, USAID, 141 p.
- YAPI-DIAHOU Alphonse, 1994, *Les politiques urbaines en Côte d'Ivoire et leurs impacts sur l'habitat non planifié précaire : l'exemple de l'agglomération d'Abidjan*, Thèse de doctorat d'Etat ès Lettres et Sciences Humaines, Université de Paris VIII Saint-Denis, France, 836 p.
- YMBA Maïmouna, ANOH Kouassi Paul, 2015, « Expansion urbaine et dynamique de l'offre de soins moderne : source d'inégalité physique d'accès aux soins à Abidjan (côte d'ivoire) », In : *GEOTROPE*, Revue de Géographie Tropicale et d'environnement, N°1, IGT, UFHB, Abidjan, Côte d'Ivoire, p. 102-117.