DOI:https://doi.org/10.67397/ejgri.v2i4.67

ISSN: 3134-5441

Accès aux soins des populations rurales en Côte d'Ivoire : Etat de l'art et perspectives pour le District sanitaire de San Pedro.



Auteur : EKONI Claude-François, Doctorant en Gestion des soins de santé.
Ecole des sciences sociales et humaines, Atlantic International University, Pioneer Plaza, 900 Fort Street Mall 905, Honolulu, Hawaii 96813, USA.

RESUME

En Côte d'Ivoire, malgré les progrès de la Couverture Maladie Universelle, les inégalités entre milieu urbain et rural persistent. Le District sanitaire de San Pedro, zone agricole et portuaire du sud-ouest reste peu documenté.

L'objectif de cet article est de dresser un état de l'art sur l'accès aux soins des populations rurales en Côte d'Ivoire, afin d'identifier les barrières, les innovations et les lacunes spécifiques à San Pedro.

Pour ce faire, une revue narrative avec démarche systématisée a été menée de Janvier à Mars 2026. Les bases de données et la littérature grise ont été interrogées sur la période de 2010 à 2025. L'équation combinait accès aux soins, milieu rural, Côte d'Ivoire et San Pedro. La sélection a suivi un diagramme PRISMA adapté. La synthèse thématique a été structurée selon les cinq dimensions de Penchansky et Thomas.

Sur 308 documents identifiés, 15 ont été inclus dont 6 articles et 9 rapports. Quatre axes de résultats émergent. La barrière géographique : représentée par la distance, le mauvais état des pistes et la rareté des véhicules. La barrière financière : le manque d'argent est la première cause de renoncement à l'accès aux soins avec 61,4%. La barrière socio-culturelle : constituée par la méfiance liée aux ruptures avec toutefois le rôle pivot des Agents de Santé Communautaire. Les innovations : l'inauguration du CHR de San Pedro et le projet de drones pour les zones difficiles d'accès.

Aucune étude ne porte spécifiquement sur San Pedro. Cette lacune justifie un état des lieux de terrain.

Mots clés : Accès aux soins, milieu rural, état de l'art, Côte d'ivoire et San Pedro.

INTRODUCTION

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU), constitue le pilier de l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD 3), visant à permettre à chacun de bénéficier de services de santé de qualité, sans difficultés financières (OMS, 2023). En Afrique subsaharienne, l'accès aux soins en milieu rural reste l'un des principaux goulots d'étranglement de la CSU, en raison de la dispersion de la population, de la faiblesse des infrastructures de transport et de la concentration des ressources humaines en ville (Aka, 2010 ; Duran, 2020).

En Côte d'Ivoire, le système de santé a connu d'importantes réformes depuis 2011. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2021-2025) affiche comme priorité, le rapprochement des services des populations. Les indicateurs nationaux montrent une amélioration : la proportion de la population vivant à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire est passée de 70,1% en 2020 à 82% en 2024 (MSHP, 2024). Cette progression s'est accompagnée de la construction de nouveaux Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) à Bouaké, Korhogo, Man et San Pedro, témoignant d'un effort de décentralisation sanitaire (Com d'Afrik, 2023). Le CHR de San Pedro a été inauguré le 6 Avril 2022, dans l'optique d'accroître les performances du système et de faciliter l'accès des populations aux soins (Gouvernement de Côte d'Ivoire, 2022).

Cependant, les inégalités territoriales demeurent fortes : les zones rurales continuent de souffrir d'un accès limité à des soins de qualité, freinant l'ambition de la CSU (Com d'Afrik, 2023). Le département de San Pedro, principale région agricole et portuaire, illustre ce paradoxe. Le District sanitaire couvre les sous-préfectures de San Pedro, Gabiadji, Grand Béréby, Dogbo et Doba, avec de nombreux campements agricoles enclavés, une population allogène représentant plus de 40% de la population et des pistes impraticables en saison des pluies. L'étude de référence d'Aka (2010) dans le département d'Abengourou montre que la distance, le mauvais état des routes, la rareté des véhicules de transport et la faiblesse des économies locales sont généralement les facteurs qui entravent l'accès des populations rurales aux soins. Ce constat est confirmé à Korhogo, où la conjonction de facteurs de pauvreté aggravée par la crise a considérablement limité l'accès aux soins (Koné et al., 2018).

Chez les populations rurales du District sanitaire de San Pedro, quelles sont les barrières géographiques, financières et socio-culturelles ainsi que les innovations documentées entre 2010 et 2025, comparées à d'autres Districts ruraux ivoiriens, qui influencent l'accès aux soins de santé primaires ?

L'objectif de cet article est de dresser un état de l'art structuré des connaissances sur l'accès aux soins des populations rurales en Côte d'Ivoire, afin d'en tirer des leçons opérationnelles pour le District sanitaire de San Pedro.

METHODOLOGIE

➢ Stratégie de recherche documentaire

Nous avons réalisé une revue narrative avec démarche systématisée entre Janvier et Mars 2026. Ce choix se justifie par l'hétérogénéité des sources et la rareté des études spécifiques à San Pedro (Green et al., 2006), rendant une revue systématique non pertinente.

Cette étude a été menée sur la période de 2010 à 2025, dans les principales bases de données :

- Scientifiques : PubMed, Google Scholar, Cairn, OpenEdition Journals ;
- Institutionnelles : WHO IRIS, Banque Mondiale, PNDS Côte d'Ivoire 2021-2025, rapports DHIS2, P4H, AFD.

Les équations de recherche ont combiné des mots clés en Français et en Anglais, selon les opérateurs booléens suivants : ("accès aux soins" OR "healthcare access") AND ("milieu rural" OR "rural areas") AND ("San Pedro" OR "Bas-Sassandra") AND ("Côte d'Ivoire" OR "Ivory Coast").

➢ Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion définis pour cette revue étaient :

- Les publications parues entre Janvier 2010 et fin Décembre 2025 ;
- Les articles scientifiques à comité de lecture, les rapports institutionnels et les thèses soutenues ;
- Les études traitant spécifiquement des déterminants de l'accès aux soins (géographique, financier, socio-culturel) ;
- Les travaux ciblant tout ou en partie le District sanitaire de San Pedro ou la région du Bas-Sassandra.

Les articles se focalisant exclusivement sur la ville de San Pedro ou un milieu strictement urbain, ainsi que les articles ne présentant pas de données désagrégées pour le secteur rural, ont été exclus.

➢ Extraction et analyse des données

La sélection des articles s'est faite via PRISMA adapté (Page et al., 2021) pour la transparence, comme présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Flux PRISMA

Phase	Source / Critère	Nombre	Détails
Identification	PubMed	42	MeSH
Identification	Google Scholar	210	Littérature grise incluse
Identification	Cairn / OpenEdition	38	Francophone Côte d'Ivoire
Identification	Rapports (PNDS, P4H, WHO)	18	DHIS2, AFD
Total identifié		**308**	
Screening	Après retrait doublons	267	41 doublons retirés
Screening	Exclusion titre/résumé	198	Urbain seul, hors Côte d'Ivoire
Eligibilité	Lecture intégrale	69	
Eligibilité	Exclus après lecture	54	Pas de désagrégation (32) Pas de soins primaires (22)
Inclusion	Inclus	**15**	6 articles + 9 rapports

Les données extraites ont été catégorisées selon les dimensions du modèle de Penchansky et Thomas (1981), afin de structurer la synthèse des résultats.

L'analyse a suivi une approche thématique qualitative inspirée de Bardin (2013).

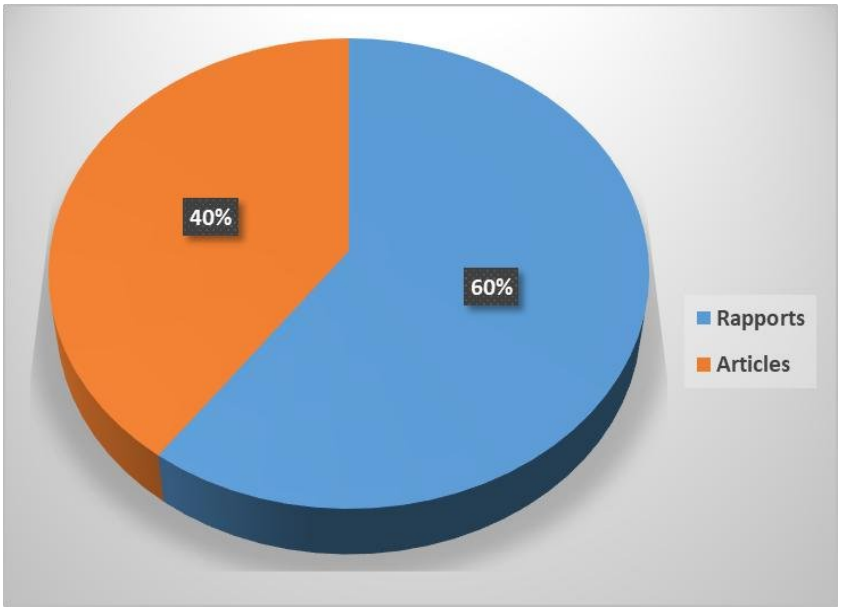
RESULTATS

Sur 308 documents parcourus, 15 ont été retenus, soit **N=15**.

- **Typologie de la littérature sélectionnée**

Sur les 15 documents sélectionnés, la production scientifique sur l'accès aux soins des populations en milieu rural se caractérise par une prédominance de rapports au nombre 09, soit 60%. 6 articles scientifiques ont été dénombrés, soit 40%. La figure 1, nous présente la typologie de la littérature sélectionnée.

Figure1 : Typologie de la littérature sélectionnée



Source : Flux PRISMA de notre étude, 2026.

La typologie méthodologique révèle une prédominance de la littérature grise : 7 études soit 46,7% sont des rapports, communiqués ou analyses politiques (MSHP 2024, P4H 2022, Gouv CI 2022, Com d'Afrik 2023, OS Média 2025, AFD 2023, OMS 2023). 5 études, soit 33,3% sont de type transversale ou qualitative (Aka 2010, 3xRASP 2024, Yao 2025). 3 études (20%) sont mixtes ou de type Assessment (Koné 2018, Duran 2020, Tuo 2019).

- **Synthèse des résultats**

Quatre axes thématiques majeurs émergent, dont la synthèse est contenue dans le tableau 2.

Tableau 2 : Synthèse thématique des 4 axes

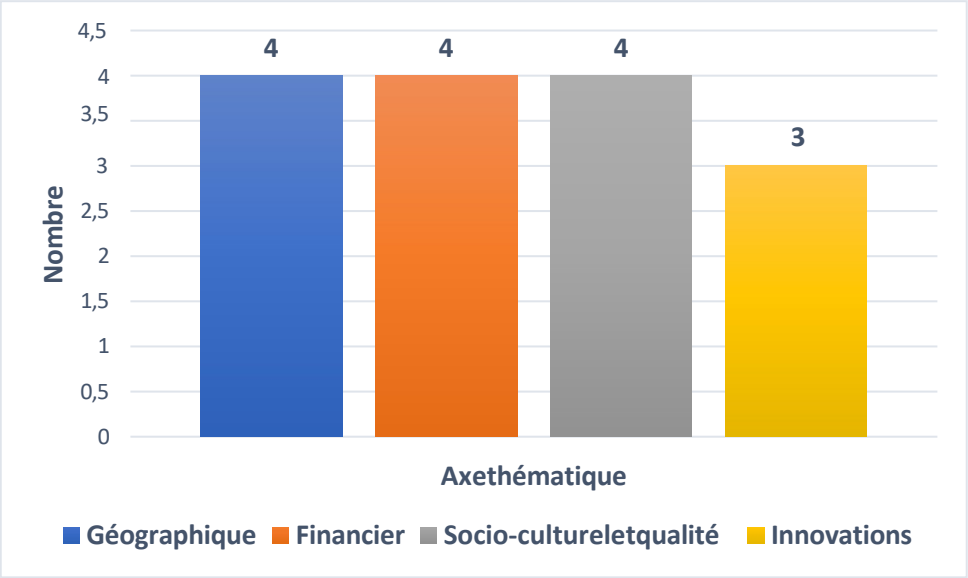
N°	Axe	Auteurs / Année	Méthode / Zone	Principaux résultats	Gap pour San Pedro
1	**1. Géographique**	Aka, 2010	Qualitative + cartographie participative / Abengourou	Distance, mauvais état des routes classe B/C, rareté des véhicules et faiblesse économies locales = facteurs qui entravent l'accès. Seules les routes A bitumées sont praticables toute l'année.	Pas d'actualisation. Pas de SIG temps trajet réel San Pedro. Campements 15-25 Km non capturés. Pistes en saison des pluies non étudiées.
2		Koné et al., 2018	Mixte revue littérature + terrain / Korhogo	Approche économique plus étudiée que géographique. Pauvreté + crise politico-militaire ont limité l'accès des populations rurales aux équipements urbains.	Contexte de savane au nord non transférable au littoral sud cacaoyer. Pas de mesure sur les pistes en saison des pluies à San Pedro
3		MSHP, 2024 (DHIS2/PNDS)	Rapport DHIS2 / National	82% pop à <5 Km d'un centre vs 70,1% en 2020. Progrès national.	Indicateur de distance euclidienne, pas de temps trajet. Pas d'isochrone. Moyenne cache des disparités à San Pedro.
4		AFD, 2023	Analyse politique / National	Femmes rurales ont moins accès aux ressources. Recommande de simplifier l'accès aux ressources pour le milieu agricole.	Pas de données désagrégées pour San Pedro.
5	**2. Financier**	P4H, 2022	Enquête ménages utilisation services / National	Utilisation faible. Manque d'argent = 1ère cause de renoncement formel aux services, 61,4% en zone rurale.	Coûts indirects (transport + perte de revenu agricole) non quantifiés à San Pedro. Utilisation CMU en milieu rural non mesurée.
6		Duran, 2020	Health Systems Assessment / National	Paiement direct des ménages reste élevé malgré CMU. Densité 0,3 médecin/10 000 hbts en milieu rural vs 1,8 en milieu urbain.	Pas de focus sur San Pedro. Pas d'évaluation coût opportunité journée cacaoyère.
7		Tuo, 2019	Analyse ODD3 / National	Atteinte ODD3 freinée par les coûts indirects. Transport > Consultation	Pas de données terrain San Pedro. Pas de mesure de l'automédication.
8		OMS, 2023	Fiche CSU / Global	CSU = Accès sans difficultés financières. Paiement direct est un facteur de renoncement.	Cadre théorique, pas de données pour San Pedro.

9	**3. Socio-culturel et qualité**	RASP, 2024	Transversale / Rural CI	Problèmes géographiques, économiques et socio-culturels limitent l'accès. Méfiance liée aux ruptures de médicaments et mauvais accueil.	Barrières linguistiques des allogènes à San Pedro non explorées. Qualité perçue des ESPC ruraux non évaluée.
10		RASP, 2024	Etude communautaire / Rural CI	Rôle pertinent des ASC en milieu rural pour l'accès.	Impact des ASC non évalué à San Pedro.
11		RASP, 2024	Transversale / Rural CI	87% CPN, mais faible continuité des accouchements assistés en milieu rural par manque de sensibilisation adaptée.	Continuité des soins maternels en milieu rural non évaluée à San Pedro.
12		Yao et al., 2025	Qualitative / Guiglo sous-préfecture	Populations rurales perçoivent les hôpitaux de référence comme réservés aux urbains. Barrières linguistiques des allogènes. Recours traditionnel.	Pas d'évaluation de la perception du CHR par les populations rurales. Etude de Guiglo comparable, mais pas transférable à San Pedro littoral.
13	**4. Innovations**	Gouvernement CI, 2022	Communiqué officiel / San Pedro	CHR de San Pedro inauguré le 06/04/2022 pour accroître les performances du système de santé et faciliter l'accès aux soins. Risque de concentration en RH au détriment des ESPC.	Aucune évaluation d'impact du CHR de San Pedro sur 1er recours en milieu rural.
14		Com d'Afrik, 2023	Analyse reforme / National	Construction de nouveaux CHR à Bouaké, Korhogo, Man et San Pedro = effort de décentralisation, mais les inégalités territoriales demeurent fortes.	Décentralisation inachevée. Non évaluée à San Pedro. Pas d'intégration CHR-ESPC.
15		OS Média, 2025	Rapport projet / National	Projet drones, centre pilote Daloa + sites Biankouman, San Pedro, Kouto pour assurer l'approvisionnement régulier des zones difficiles d'accès en intrants et produits sanguins.	Phase pilote à Daloa, pas encore évalué à San Pedro. Acceptabilité, coût-efficacité, impact et disponibilité non encore mesurés.

➢ **Structure de l'échantillon (N=15)**

Le corpus final est composé de 15 études réparties de manière quasi équilibrée entre les 4 axes thématiques. L'axe 1 Géographique comprend 4 études soit 26,7%. L'axe 2 Financier comprend aussi 4 études soit 26,7%. L'axe 3 Socio-culturel et qualité comprend également 4 études soit 26,7%. L'axe 4 Innovations comprend 3 études soit 20%. La figure 2 nous présente cette structuration.

Figure 2 : Structure de l'échantillon par axe thématique



Source : Tableau de synthèse de notre étude, 2026.

➢ **Analyse spatio-temporelle**

Sur le plan spatial, 11 études (73,3%) sont de niveau national sans désagrégation pour San Pedro (Tuo 2019, Duran 2020, MSHP 2024, P4H 2022, AFD 2023, OMS 2023, Com d'Afrik 2023, OS Media 2025, 3xPASP 2024). 3 études (20%) portent sur des localités hors de San Pedro (Abengourou, Korhogo et Guiglo) et constituent les seules études de terrain. Seules 2 études (13,3%) mentionnent spécifiquement San Pedro (Gouv CI 2022 et OS Media 2025), uniquement comme site d'inauguration du CHR ou comme site prioritaire pour le projet drones, sans données de terrain. OS Media (2025) est à la fois de niveau national et mentionne spécifiquement San Pedro.

Sur le plan temporel, 3 études (20%) portent sur la période 2010-2019 (Aka 2010, Koné 2018 et Tuo 2019) et constituent les études fondatrices sur les barrières structurelles. La période 2020-2022 regroupe 2 études (13,3%) centrées sur la barrière financière (Duran 2020, P4H 2022) et 1 communiqué officiel sur l'accès aux soins (Gouv CI 2022), soit 6,7%. La période 2023-2025 concentre 9 études soit 60% du corpus (MSHP 2024, 3xRASP 2024, Yao 2025, Com d'Afrik 2023, AFD 2023, OMS 2023 et OS Media 2025) et témoigne d'une actualisation récente tirée par la littérature grise.

- **Analyse par axe thématique**

Axe 1 : La barrière géographique *:*

L'étude d'Abengourou (Aka, 2010) détaille les trois classes de route et l'isolement saisonnier. L'étude de Korhogo (Koné et al., 2018) confirme que la pauvreté aggravée par la crise politico-militaire a limité l'accès aux soins des populations rurales. Les 4 études (26,7%) convergent sur un même résultat. La distance, le mauvais état des routes de classe B/C et la rareté des véhicules demeurent le facteur le plus fréquemment cité comme frein à l'accès ; malgré l'amélioration de l'indicateur national de 70,1% en 2020 à 82% en 2024 de population à moins de 5 Km d'un centre de santé. Ce progrès est réel, mais masque des disparités. Pour San Pedro, la dispersion en campements allogènes est une spécificité non mesurée. Il existe une discordance entre l'indicateur de distance euclidienne et la réalité de l'enclavement saisonnier. Il n'y a pas de cartographie SIG temps trajet réel, pas d'évaluation des pistes en saison des pluies et pas de prise en compte des campements situés à 15-25 Km des ESPC. Notre tableau relève que des gaps géographiques pour San Pedro portent sur l'absence d'isochrone temps réel et de cartographie SIG.

Axe 2 : La barrière financière *:*

P4H (2022) est clair : le manque d'argent est la première cause de renoncement aux services de santé avec 61,4% concernant les ménages ruraux. Ce chiffre est supérieur à la moyenne nationale rapportée par Duran (2020) qui soulignait que le paiement direct reste encore élevé malgré la CMU, avec une densité de 0,3 médecin pour 10 000 habitants en milieu rural vs 1,8 en milieu urbain. Tuo (2019) ajoute que les coûts indirects freinent l'atteinte de l'ODD3. L'AFD (2023) recommande de faciliter l'accès aux ressources pour les femmes en milieu rural. Les 4 études (26,7%) convergent sur 2 résultats : le manque d'argent est la première cause de renoncement aux services formels en zone rurale et les coûts de transport sont supérieurs au coût de la consultation. Aucune divergence n'est observée entre les études. Notre analyse des gaps révèle que les coûts indirects de transport et la perte de revenu agricole ne sont pas quantifiés. L'utilisation effective de la CMU en milieu rural n'est pas mesurée et le coût d'opportunité d'une journée cacaoyère n'est pas évalué. Il existe un cadre théorique mais une absence de données à San Pedro.

Axe 3 : Les barrières socio-culturelles et qualité *:*

Les 4 études socio-culturelles (26,7%) convergent sur trois résultats : les problèmes géographiques, économiques et socio-culturels limitent l'accès ; la méfiance liée aux ruptures de médicaments et le mauvais accueil. Il faut noter le rôle pertinent des ASC en milieu communautaire rural (RASP, 2024). Ce dernier point est soutenu par la revue de la RASP (2024) sur les soins maternels, qui rapporte un taux de 87% de couverture en Consultations Prénatales (CPN), mais une faible continuité pour les accouchements assistés en milieu rural par manque de sensibilisation adaptée. Yao et al. (2025) à Guiglo décrivent des populations rurales qui perçoivent les hôpitaux de référence comme réservés aux urbains. Les barrières linguistiques des allogènes sont mentionnées ainsi que le recours aux tradipraticiens. Ce résultat pourrait être directement transposable à San Pedro, où plus de 40% de la population est allogène. Notre analyse des gaps montre que cette couverture en ASC n'est pas documentée. Les barrières

linguistiques des allogènes ne sont pas explorées. La perception du CHR de San Pedro en milieu rural et la continuité en zone rurale des soins maternels ne sont pas évaluées.

Axe 4 : Les innovations *:*

Les 3 études (20%) décrivent 2 faits : le CHR de San Pedro, inauguré le 06 Avril 2022 pour accroître les performances du système de santé (Gouv CI, 2022) et le projet drones avec un centre pilote à Daloa et des sites prioritaires à Biankouma, San Pedro et Kouto pour assurer l'approvisionnement régulier des zones difficiles d'accès en intrants et produits sanguins (OS Media, 2025). Com d'Afrik (2023) souligne que la construction des nouveaux CHR de Bouaké, Korhogo, Man et San Pedro, témoigne d'un effort de décentralisation. Cependant des inégalités territoriales demeurent fortes sans occulter un risque de concentration en ressources humaines au détriment des ESPC. Notre analyse des gaps d'innovations conclue qu'aucune étude ne fournit de résultats d'impact du CHR de San Pedro sur le 1er recours en milieu rural. L'acceptabilité et le coût-efficacité des drones ne sont pas mesurés. L'intégration CHR-ESPC n'est pas évaluée non plus. Cela signifie que les deux innovations évoquées pour San Pedro sont en phase pilote sans aucune donnée d'impact publiée.

Au total, le tableau de synthèse des données démontre statistiquement que le milieu rural du District sanitaire de San Pedro est un angle mort complet de la littérature 2010-2025.100% de gaps spécifiques existent à San Pedro. 86,7% d'études sont hors de San Pedro. 46,7% de littérature grise reste non évaluée par une grille qualité.

DISCUSSION

➢ Confrontation des résultats

Même si la proportion de population à moins de 5 Km d'un centre de santé est passée de 70,1% en 2020 à 82% en 2024 (MSHP, 2024), la barrière géographique reste dominante. L'étude de référence sur Abengourou (Aka, 2010) le dit clairement : la distance, le mauvais état des routes, la rareté des véhicules de transport sont généralement les facteurs qui entravent l'accès aux soins des populations rurales. Cette étude montre les limites de l'indicateur 5 Km en zone cacaoyère. Koné et al. (2018) à Korhogo notaient que l'approche géographique a été moins étudiée que l'approche économique, ce que notre répartition méthodologique confirme avec seulement 20% d'études mixtes intégrant une dimension spatiale. La littérature internationale sur l'Afrique subsaharienne montre que l'indicateur de distance euclidienne sous-estime de 30 à 50% le temps de trajet réel en zone cacaoyère en raison des pluies (Duran, 2020).

L'analyse de l'accessibilité géographique à San Pedro révèle que l'évaluation standardisée basée uniquement sur la distance à vol d'oiseau est insuffisante. Les dynamiques d'enclavement propres au milieu agricole imposent d'adopter des modèles de calcul basés sur le temps réel de transport et la saisonnalité, rejoignant ainsi les préconisations méthodologiques de Blanford et al. (2012). La création d'infrastructures physiques (murs) ne résout pas la rupture d'accès, si le réseau de pistes reliant les campements aux dispensaires n'est pas maintenu praticable (Koné et al., 2021). Le projet drones reconnait implicitement cet enclavement en ciblant San Pedro comme site prioritaire pour l'approvisionnement sécurisé des zones difficiles d'accès (OS Media, 2025).

Le rapport P4H sur la Côte d'Ivoire note le manque d'argent comme principale cause de renoncement aux services de santé formels, avec 61,4% de ces renonçants qui vivent en zone rurale. L'étude de Korhogo avait noté que l'économie a été plus étudiée que le géographique (Koné, 2018), ce constat est toujours valable. Par contre la barrière financière indirecte reste sous-documentée. Sur le plan économique, le paradoxe de San Pedro réside dans sa richesse agricole face à la précarité sanitaire de ses producteurs. Les écrits de Yao et al. (2020) et de Diabaté et al. (2022) s'accordent sur le fait que la gratuité ciblée ou l'assurance obligatoire restent théoriques tant que l'approvisionnement public en médicaments n'est pas sécurisé. Le quasi-disfonctionnement de la chaine logistique de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) au niveau local, neutralise l'impact financier positif de la CMU. Le patient rural devra s'acquitter de prescriptions médicales coûteuses dans le secteur privé de dispensation. L'originalité de San Pedro réside dans le fait que cette barrière est exacerbée par l'économie de rente saisonnière, dimension absente des études nationales.

La littérature récente mentionne des problèmes géographiques, économiques et socio-culturels limitant l'accès aux soins, avec le rôle des ASC comme réponse pertinente en milieu rural. Cependant, les dimensions socio-culturelles avec la population allogène et les ASC (RASP, 2024) ne sont pas évaluées à San Pedro. L'état de l'art souligne un "cercle vicieux" de la qualité des soins. Le manque de personnel qualifié engendre une baisse de la fréquentation des structures formelles, validant le concept de Kruk et al. (2018) selon lequel les populations

marginalisées court-circuitent les centres de santé de proximité, jugés non performants. Ce phénomène favorise l'essor de la médecine traditionnelle non régulée et l'automédication informelle (N'Goran et al., 2020), augmentant ainsi la morbi-mortalité évitable. Penchansky et Thomas rappelaient l'importance de l'acceptabilité.

Les innovations récentes pour contourner l'enclavement sont prometteuses. Mais elles peuvent concentrer les ressources humaines au niveau secondaire (CHR) de la pyramide sanitaire ivoirienne, au détriment des ESPC (Com d'Afrik, 2023).

- **Lacunes identifiées**

Cet état de l'art met en évidence des lacunes majeures dans la littérature scientifique actuelle :

Vide géographique :
Sur les 15 gaps, 15 soit 100%, concluent à l'absence de données spécifiques à San Pedro en milieu rural. Il n'existe aucune étude SIG avec isochrones temps réel saison sèche/saison des pluies. Il n'y a aucune prise en compte des campements à 15-25 Km.

Vide financier :
Les coûts indirects (transport, perte de revenu cacaoyer) et le coût de l'utilisation effective de la CMU en milieu rural n'ont jamais été quantifiés. Le chiffre national de renoncement à l'accès aux soins de 61,4%, masque la réalité à San Pedro.

Vide socio-culturel :
La couverture en ASC, les barrières linguistiques des allogènes, la perception du CHR par les populations rurales et la continuité des soins maternels, restent non documentées. La dimension allogène > à 40%, spécifique à San Pedro est absente de toute la littérature.

Vide d'évaluation d'innovations :
La construction du CHR de San Pedro et le projet drones sont présentés comme des solutions sans aucune évaluation d'impact, d'acceptabilité ou de coût-efficacité. Le risque de concentration en ressources humaines au CHR au détriment des ESPC, n'est pas mesuré.

- **Implications**

Les implications issues des résultats de notre étude sont nombreuses :

Implications pour la recherche :
Nos résultats justifient un état des lieux de terrain mixte à San Pedro selon trois volets :

1. La cartographie SIG participative des temps de trajets réels en saison sèche et en saison des pluies avec les communautés.
2. Une enquête ménage sur les coûts indirects et l'utilisation effective de la CMU.
3. Des entretiens qualitatifs sur l'acceptabilité du triptyque CHR, drones et ASC.

Cet agenda correspond aux recommandations de l'AFD (2023), s'agissant de simplifier l'accès aux ressources pour le milieu agricole.

Implications pour la politique sanitaire :
L'indicateur national 5 Km doit être complété par un indicateur temps trajet pour les Districts en région cacaoyère. La décentralisation à travers la construction des CHR, doit s'accompagner d'un renforcement en ressources humaines des ESPC, afin d'éviter la concentration urbaine. Le projet drones dont San Pedro est un site prioritaire, doit intégrer une évaluation dès la phase pilote à Daloa.

Implications pratiques :
Il s'agit de renforcer les ASC, comme interface socio-culturelle adaptée à la population allogène. L'approvisionnement en intrants et produits sanguins via drones, doit être sécurisé pour réduire la méfiance liée aux ruptures. Les stratégies mobiles doivent être renforcées en faveur des campements à 15-25 Km.

- **Limites de l'étude**

Notre étude présente des limites :

Limites liées au type d'étude :
Nous avons réalisé une revue narrative avec démarche systématisée et non une revue systématique. Il y a donc un risque de biais de sélection, malgré l'utilisation du flux PRISMA adapté pour la transparence (Page et al., 2021). Nous n'avons pas utilisé de grille standardisée d'évaluation de la qualité méthodologique type AMSTAR-2 ou JBI, propre aux revues systématiques. La sélection et l'interprétation restent en partie subjectives.

Limites de la stratégie de recherche :
Nous avons interrogé 5 bases plus de la littérature grise. Mais nous n'avons pas interrogé EMBASE, Web of Science et les thèses locales de l'Université Félix Houphouet Boigny et de l'Institut National de la Santé Publique, qui contiennent probablement de nombreux mémoires sur San Pedro non indexés. La période 2010-2025 et les langues Français et Anglais, ont peut-être exclu des rapports en langues locales et des données antérieures à 2010, potentiellement utiles. L'équation avec San Pedro a très peu ramenée de résultats spécifiques, confirmant le vide scientifique mais limitant la profondeur locale.

Limites des sources et hétérogénéité :
Sur les 15 études incluses, seules 6 sont des articles scientifiques originaux. Les autres sont des rapports institutionnels (PNDS, P4H et MSHP) et des analyses de presse spécialisée sur les drones et le CHR. Les données phares concernant 70,1% à 82% de population à moins de 5 Km (MSHP, 2024) et 61,4% de renoncement en milieu rural pour manque d'argent (P4H, 2022) sont des moyennes nationales qui masquent les disparités de San Pedro. L'étude de référence sur l'enclavement reste celle d'Aka (2010) à Abengourou, qui date de 15 ans.

Pauvreté de données primaires :
Notre étude comporte peu de données de terrain (20%) représentées par l'enquête d'Aka (2010), l'étude de terrain de Koné et al. (2018) à Korhogo et celle de Yao et al. (2025) à Guiglo. En dehors de celles-ci, il n'existe guère d'autres enquêtes de terrain. Cette étude ne comporte aucune cartographie SIG d'isochrones encore moins d'entretiens avec les ASC.

Limites de transférabilité à San Pedro :

Aucune des 15 études ne portent spécifiquement sur le District sanitaire de San Pedro en milieu rural. Les résultats d'Abengourou (dans l'Est forestier), de Korhogo (au Nord dans la savane) et de Guiglo (à l'Ouest) ne sont pas directement transposables à San Pedro qui a des spécificités. San Pedro est situé sur le littoral avec un port, une économie café-cacaoyère et hévéicole, une population allogène mobile > 40%, des campements à 15-25 Km des ESPC et des pistes impraticables en saison des pluies. L'indicateur national "5 km" ne mesure pas le temps de trajet réel en saison des pluies, qui constitue le vrai déterminant ici.

CONCLUSION

Cette revue narrative avait pour objectif de dresser l'état de l'art sur l'accès aux soins des populations rurales en Côte d'Ivoire, afin d'en tirer des leçons opérationnelles pour le District sanitaire de San Pedro.

Sur 308 documents identifiés, 15 ont été retenus, révélant quatre axes majeurs. Premièrement, la prédominance de la barrière géographique avec la distance, le mauvais état des routes et la rareté des transports, malgré une amélioration nationale de 70,1% en 2020 à 82% en 2024 de population à moins de 5 Km d'un centre de santé. Deuxièmement, la persistance de la barrière financière. Le manque d'argent reste la première cause de renoncement à l'accès aux soins avec 61,4% de cas en milieu rural. Troisièmement, l'importance des barrières socio-culturelles et de qualité perçue, avec la méfiance liée aux ruptures de médicaments et le mauvais accueil, sans négliger le rôle pivot des Agents de Santé Communautaire. Quatrièmement, l'émergence d'innovations avec le CHR de San Pedro inauguré en 2022 et le projet de drones pour les zones difficiles d'accès.

Ces résultats soulignent que les progrès nationaux masquent de fortes disparités locales. L'indicateur de distance euclidienne est insuffisant pour capturer l'enclavement saisonnier des campements agricoles de San Pedro.

Cette étude présente des limites inhérentes à la revue narrative, avec un risque de biais de sélection et l'absence d'évaluation standardisée de la qualité.

Sur le plan de la Santé Publique, nos résultats plaident en faveur de quatre actions prioritaires : réaliser une cartographie SIG des temps de trajets réels, mesurer les coûts indirects de santé, évaluer l'utilisation effective de la CMU en milieu rural et évaluer de manière intégrée le triptyque CHR, drones et ASC.

Un état des lieux de terrain est indispensable pour orienter des interventions adaptées et accélérer la Couverture Maladie Universelle dans le District sanitaire de San Pedro.

REMERCIEMENTS

- Atlantic International University (AIU), de nous avoir permis d'intégrer ce programme doctoral en Gestion des Soins de Santé.
- Dr FREDDY Fréjus, pour son encadrement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AFD. (2023). Etat des lieux inégalités Côte d'Ivoire, accès terres et services ruraux. Papier recherche n°169

Aka, K. A. (2010). L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire). *Les Cahiers d'Outre-Mer, 63*(251), 23-45. https://doi.org/10.4000/com.5885

Blanford, J. I., Kumar, S., Luo, W., & MacEachren, A. M. (2012). It's a long, long walk: Accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger. *International Journal of Health Geographics*, 11(1), 24.

Com d'Afrik. (2023). Côte d'Ivoire : Une ambitieuse réforme sanitaire, entre progrès et inégalités persistantes.

Diabaté, S., Loukou, G., & Kouadio, K. (2022). Les défis de la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle en Côte d'Ivoire : Une analyse du point de vue des acteurs de terrain. *Revue Ivoirienne de Santé Publique*, 14, 45-58.

Duran, D. (2020). *Health systems assessment for Côte d'Ivoire: Accelerating progress toward universal health coverage.* P4H.

Gouvernement de Côte d'Ivoire. (2022, 6 avril). *Inauguration du nouveau Centre Hospitalier Régional de San Pedro.* Portail officiel.

Green, B. N., et al. (2006). Writing narrative literature reviews. Journal of Chiropractic Medicine, 5(3), 101-117.

Koné, S., et al. (2018). Infrastructures de transport et accessibilité géographique des populations rurales aux équipements sanitaires urbains dans la zone dense de Korhogo. *Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement.*

Koné, S., Touré, A., & Assi, C. (2021). Facteurs limitant l'utilisation des services de santé primaires par les populations rurales en Côte d'Ivoire. *Socio-Anthropologie de la Santé*, 8(2), 112-127.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2024). *Rapport DHIS2 et PNDS 2021-2025 : Proportion de population à moins de 5 km d'un centre de santé.*

N'Goran, A. A., Kouamé, J., & Koffi, B. (2020). Le marché informel du médicament en Côte d'Ivoire : Facteurs explicatifs et risques sanitaires en milieu rural. *Sciences de la Santé*, 43(1), 33-46.

Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Couverture sanitaire universelle : Fiche d'information.*

OS Media Infos. (2025). *Côte d'Ivoire : Des drones bientôt au cœur de l'approvisionnement médical.*

Page, M. J., et al. (2021). PRISMA 2020 statement. BMJ, 372, n71.

P4H / World Bank. (2022). *L'utilisation des services de santé par les populations en Côte d'Ivoire reste faible.*

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access. Medical Care, 19(2), 127-140.

PNDS Côte d'Ivoire (2021-2025). Plan National de Développement Sanitaire.

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. (2024). Problèmes géographiques, économiques et socioculturels limitant l'accès aux soins et rôle des agents de santé communautaire. *RASP, 5*(1).

Seneweb. (2025). *Côte d'Ivoire : Bientôt des drones pour distribuer des médicaments aux hôpitaux des zones difficiles d'accès.*

Tuo, M. (2019). Atteinte de l'ODD 3 en Côte d'Ivoire et accès financier aux soins.

Yao, C., et al. (2025). Politique sanitaire ivoirienne et accès aux soins dans les hôpitaux de référence : cas des populations rurales de la sous-préfecture de Guiglo. *Revue PTR-GD.*

Yao, K. A., N'Guessan, K., & Gbonon, V. (2020). Financement de la santé et barrières financières à l'accès aux soins des ménages ruraux en Côte d'Ivoire. *Économie Publique*, 28(2), 105-124.