

Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes



RIGES

ISSN: 2521-2125

**NUMERO
SPECIAL
JANVIER 2019**



Publiée par le Département de Géographie de l'Université Alassane OUATTARA de Bouaké

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Direction

Arsène DJAKO, Professeur Titulaire à l'Université Alassane OUATTARA (UAO)

Secrétariat de rédaction

- Joseph P. ASSI-KAUDJHIS, Professeur Titulaire à l'UAO
- Konan KOUASSI, Maître-Assistant à l'UAO
- Dhédé Paul Eric KOUAME, Maître-Assistant à l'UAO
- Yao Jean-Aimé ASSUE, Maître-Assistant à l'UAO
- Zamblé Armand TRA BI, Maître-Assistant à l'UAO
- Kouakou Hermann Michel KANGA, Assistant à l'UAO

Comité scientifique

- HAUHOUOT Asseypo Antoine, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- ALOKO N'Guessan Jérôme, Directeur de Recherches, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- AKIBODÉ Koffi Ayéchoro, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- BOKO Michel, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Benin)
- ANOH Kouassi Paul, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- MOTCHO Kokou Henri, Professeur Titulaire, Université de Zinder (Niger)
- DIOP Amadou, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- SOW Amadou Abdoul, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- DIOP Oumar, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger Saint-Louis (Sénégal)
- WAKPONOU Anselme, Professeur HDR, Université de N'Gaoundéré (Cameroun)
- KOBY Assa Théophile, Maître de Conférences, UFHB (Côte d'Ivoire)
- SOKEMAWU Koudzo, Maître de Conférences, UL (Togo)

EDITORIAL

Un regard critique sur l'évolution du monde, depuis l'époque contemporaine, laisse transparaître une pluralité de crises de différents caractères, dans pratiquement tous les Etats en général, et dans ceux de l'Afrique subsaharienne en particulier.

D'abord dans les campagnes subsahariennes, l'agriculture est à un carrefour. Alors que les impacts du changement climatique sur la production alimentaire sont de loin négatifs, selon les scientifiques et les observateurs avisés, la demande agricole ne fait qu'augmentée avec la population. Ne pas la satisfaire, à la mesure de sa demande, renforcerait l'insécurité alimentaire, tandis que poursuivre sur le même rythme d'une agriculture itinérante sur brûlis associant l'utilisation mal contrôlée de pesticides accélérerait le réchauffement du climat. Les populations courent le risque de se retrouver dans une spirale de pauvreté – faim – dégradation de l'environnement – conflits, etc. Dès lors, la question de la sécurisation de l'agriculture subsaharienne se révèle être d'actualité.

Ailleurs, les villes subsahariennes occupent une place de premier plan dans le débat relatif aux enjeux environnementaux. Au fur et à mesure qu'elles se complexifient, en raison des activités relatives au développement socioéconomique qui se multiplient, elles sont susceptibles d'avoir des effets négatifs sur l'environnement. Face à leur étalement, conjuguée à la concentration démographique et à la production industrielle, les niveaux de pollution ne font que s'élever et la biodiversité court le risque de s'effriter. Parvenir à une absence de menaces contre l'environnement urbain, essentiel au bien-être des populations et au maintien de son intégrité fonctionnelle, s'avère nécessaire.

Il ne faut pas omettre l'actualité sanitaire de l'Afrique subsaharienne. La résurgence répétée de l'épidémie d'Ebola dans plusieurs pays, révèle par exemple que la sécurité sanitaire est menacée. Selon l'OMS (2017), 80% de la charge de morbidité due au paludisme pèse sur cette partie du globe. Pourtant, tous ces Etats, après leur indépendance, ont réussi à mettre en place, pour leurs populations, des systèmes de santé. Cependant, leur fonctionnement reste encore problématique. Se préserver des problèmes de santé passe par un renforcement de la capacité des pays à prévenir les menaces sanitaires actuelles et futures, à les détecter et à y répondre efficacement. Alors, comment parvenir à une sécurité sanitaire en Afrique subsaharienne ?

Ce tableau non exhaustif de la situation sanitaire, sécuritaire et socio-environnemental en l'Afrique subsaharienne révèle combien de fois il est plus qu'opportun de mener des réflexions actualisées sur les questions de sécurité

dans le contexte actuel des ODD. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce numéro spécial de RIGES. Pour ce numéro spécial de janvier 2019, la Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes (RIGES) a lancé un appel à contribution sur le thème : « Les questions de sécurité en Afrique subsaharienne » regroupé autour de ces axes suivants :

- Axe 1 : Développement agricole et sécurité alimentaire ;
- Axe 2 : Gouvernance foncière et sécurisation de la cohésion sociale ;
- Axe 3 : Milieu urbain et assainissement ;
- Axe 4 : Territoire, sécurité et enjeux de pouvoir ;
- Axe 5 : Société, environnement et sécurité sanitaires.

KANGA Kouakou Hermann M.

YEBOUE Konan Thiéry St Urbain

COMITE DE LECTURE

- KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- BECHI Grah Félix, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- MOUSSA Diakité, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- VEI Kpan Noël, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- LOUKOU Alain François, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- TOZAN Bi Zah Lazare, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- KOFFI Yao Jean Julius, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire).

Sommaire

AXE 1 : DÉVELOPPEMENT AGRICOLE ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	8
NASSIHOUNDE C. Blaise, HOUINSOU T. Auguste, GIBIGAYE Moussa, KPATOUKPA K. Bienvenu, DOSSOU GUEDEGBE V. Odile Contribution des marchés vivriers de la dépression d'Issaba au développement local des communes de Pobe, Ouinhi et Adja-Ouere au sud-est du Benin	9
Ayi Yves Césaire AJAVON Importances socio-économiques de la production des hypocotyles du ronier (<i>borassus aethiopum mart.</i>) dans la commune de Savé au centre du Benin (Afrique de l'ouest)	31
Kopeh Jean-Louis ASSI, Tchognenga Charles SORO, N'zué Pauline YAO, Joseph-P. ASSI-KAUDJHIS Approche SIG du potentiel agricole pour la production de l'ananas dans le département de Grand-Bassam	49
YEO Yakatienguelpou, YEO Siriki , ASSI-KAUDJHIS Joseph P. Les conflits liés à l'exploitation agricole et minière dans le département de Katiola (côte d'ivoire)	71
AXE 2 : GOUVERNANCE FONCIERE ET SECURISATION DE LA COHESION SOCIALE	85
Sidia Diaouma BADIANE Femmes et agriculture dans la forêt classée de mbao (Dakar) : contribution à la préservation d'une forêt classée et d'une zone de moyens d'existence	86
Guy Sourou NOUATIN, Omokunmi Floriane Sylfata OREYICHAN Conseil à l'exploitation familiale et autonomisation des femmes dans la commune de N'dali (nord du Benin)	101
SILUE N'wangboho Fousseni, KOFFI Brou Emile Gestion coutumière et accessibilité aux espaces agricoles urbains et périurbains dans la région de Gbêkê	126
AXE 3 : MILIEU URBAIN ET ASSAINISSEMENT	148
Kouacou Fohondi Constantin, Brenoum Kouakou David, Atta Koffi Lazare Impact de l'autoroute du nord sur la ville de Toumodi	149

KOUAME Konan Lopez, ASSIDJO Nogbou Emmanuel Simulation en regime temporel de la sedimentation de particules en suspension dans l'eau à SANIA_cie (Abidjan-Côte d'Ivoire)	174
Félix Grah BECHI Les déterminants du revers de l'harmonie urbaine dans l'espace communal de cocody (Abidjan - Côte d'Ivoire)	187
AXE 4 : TERRITOIRE, SÉCURITÉ ET ENJEUX DE POUVOIR	203
KOFFI Assoumou André Luc, GAHIÉ Gnantin Mathias, KOFFI Brou Émile, LOUKOU Alain François Services mobiles money et leurs retombées socioéconomiques pour les populations de la ville de Dimbokro	204
DJOMO Armel Konan Kouassi, KONÉ Kapiéfolo Julien, ADOU Bosson Camille, KOFFI Brou Émile, LOUKOU Alain François La problématique de l'e-participation citoyenne dans le district de yamoussoukro	218
KOFFI Kouassi Antoine, ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, ASSI-KAUDJHIS Joseph P. Les mutuelles de développement et l'habitat dans les villages de la commune de Bocanda	232
Alida Gwladys DIEME, Firmain Kouakou N'GUESSAN, Noel Kpan VEI, Émile Brou Koffi Production foncière à travers les lotissements villageois à Bouaké : quel bilan ?	251
KALOU Bi Kalou Didier, ZAH Bi Tozan Les bakor-bakors (mototaxis) : de nouvelles offres de transports collectifs à Vavoua (Côte d'Ivoire)	268
KOUADIO Kouakou Abraham, GOGBE Téré Potentialités et contraintes du développement du tourisme dans le département de Tiassalé (Côte d'Ivoire)	285
AXE 5 : SOCIÉTÉ, ENVIRONNEMENT ET SÉCURITÉ SANITAIRES	305
KOUASSI Konan, SREU Eric, KOUA Asseman Médard Les camps de prière : quelle soupape de sécurité sanitaire dans un désert d'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de Gbêkê (Centre-Côte d'Ivoire) ?	306
Dr Hervé Bonaventure Métonmassé GBÉNAHOU Mécanismes de mobilisation des ressources financières face aux maladies sévères et faibles adhésions aux structures mutualistes (zou- Benin)	327

<p>Kouamé Sylvestre KOUASSI, Symphorien ONGOLO</p> <p>Politiques de conservation de la biodiversité, migrations et conflictualités en Côte d'Ivoire : l'exemple du parc national de la Marahoué</p>	340
<p>Rachad Kolawolé Foumilayo Mandus ALI</p> <p>Diversité et formes d'utilisations des plantes médicinales vendues dans le marché de Agbokou dans la commune de Porto-Novo au sud-est du Benin, Afrique de l'ouest</p>	358
<p>APPOH Kouassi Menzan Williams, ASSUÉ Yao Jean-Aimé, ASSI KAUDJHIS Joseph P.</p> <p>Difficultés d'accès aux soins modernes par les ruraux du département de Koun-fao</p>	378
<p>TOHOZIN Côovi Aimé Bernadin</p> <p>Contribution du sig pour le diagnostic des vallons et la lagune de Porto-Novo, Benin</p>	393
<p>Djibril Tenena YEO, Nambégué SORO, Marie-Solange TIEBRE</p> <p>Dynamique de l'occupation du sol de la «zone dense» de Korhogo de 2000 à 2015 (nord de la Côte d'Ivoire)</p>	405
<p>Pélagie Mongbo-Gbénahou, Gauthier Biaou</p> <p>Pauvreté et construction du self chez les enfants de 5-14 ans au sud du Benin</p>	424

DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS MODERNES PAR LES RURAUX DU
DÉPARTEMENT DE KOUN-FAO

APPOH Kouassi Menzan Williams

Doctorant en Géographie

Université Alassane Ouattara

Courriel : williamsappoh17@gmail.com

ASSUÉ Yao Jean-Aimé

Géographe-Enseignant-Chercheur

Université Alassane Ouattara

Courriel : assuyao@yahoo.fr

ASSI KAUDJHIS Joseph P.

Professeur Titulaire

Université Alassane Ouattara

Courriel : jkaudjhis@yahoo.fr

RESUME

L'accessibilité aux soins est la capacité matérielle et sociale d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Cette capacité résulte de la disponibilité de l'offre des soins et de la distribution des infrastructures sanitaires dans une entité géographique (P. Bonnet, 2002, p.5). Or l'insuffisance et l'inégale répartition des offres sanitaires sont les défis qui influencent les modes d'accès aux soins pour la plupart des ruraux dans les pays en développement. La pauvreté et la vulnérabilité des ménages ruraux induisent ceux-ci à l'usage des modes de soin de types traditionnels. Pourtant, en milieu rural, la santé des habitants constitue un pilier important de la production agricole. La situation sanitaire des ruraux devient une problématique aussi pour les institutions et les dirigeants que les scientifiques. C'est alors autour de cette problématique que se situe notre réflexion. L'objectif de cette étude est de faire connaître les problèmes qui entravent les ruraux dans leur accès aux soins de type moderne. Pour y parvenir, notre méthodologie s'est appuyée sur l'exploration des documents et des investigations de terrain. Les résultats qui en découlent indiquent que les difficultés d'accès aux soins modernes par les ruraux sont l'ensemble des déterminants socioéconomiques (pauvreté), l'insuffisance de l'offre des soins. Ces facteurs imposent aux ruraux la pratique des soins traditionnels et l'automédication (68%) comme premier mode curatif au détriment des soins modernes (32%).

Mots clés : Pauvreté ; Ruraux ; Soins traditionnels ; Soins modernes ; Koun-Fao.

ABSTRACT

Accessibility to care is the material and social capacity to access health resources and health services. This capacity results from the availability of healthcare provision and the distribution of health infrastructures in a geographical entity. (P. Bonnet, 2002, p.5). However, the inadequacy and unequal distribution of health services are the challenges that influence the access to health care for most rural people in developing countries. Moreover, poverty and vulnerability of rural households induce them to use traditional types of care. Yet, in rural areas, the health of the inhabitants is an important pillar of agricultural production. The health situation of rural people becomes a problem for institutions and leaders as well as scientists. It is around this problem that our thinking is located. The objective of this study is to make known the problems that hinder rural people in their access to modern type of care. To achieve this, our methodology relied on the exploration of documents and field investigations. The resulting results indicated that the difficulties of access to modern care by rural people are the socio-economic determinants (poverty), the insufficient supply of care. These factors inflict on rural people the practice of traditional care and self-medication (68%) as the first curative mode to the detriment of modern care (32%).

Keywords: Poverty; Rural; Traditional care; Modern care; Koun-Fao

Introduction

Le contexte économique, politique et social des pays de l'Afrique au Sud du Sahara s'est caractérisé au cours de ces dernières décennies par une dégradation constante induisant l'amenuisement du niveau de vie des populations (D. Niyonkuru, 2018, p.31). En Côte d'Ivoire, cette situation est une préoccupation cruciale car le monde rural est confronté à de nombreux problèmes économiques et sociaux dont certains se posent avec plus d'acuité. Des causes aussi bien internes qu'externes ont présidé à cette situation précaire. D'une manière générale, l'état de dénuement de la campagne résulte en grande partie de l'enclavement, des difficultés de production agricole (K. W. Appoh, 2015, p.64), l'inaccessibilité aux ressources, l'insuffisance des infrastructures sociales etc. Ces difficultés constituent les germes d'inaccessibilité des ruraux aux soins modernes puisqu'il existe des liens étroits entre le niveau de développement socio-économique d'un pays et l'état de santé de sa population (J. K. Kiwe, 2011, p.35). La santé est elle-même partie intégrante du développement puisque les individus en sont à la fois les acteurs et les bénéficiaires (UNICEF, 2012, p.7), et la privation de la santé est un aspect du sous-développement. Ainsi, ne pas bénéficier d'un traitement médical constitue un signe de pauvreté ; de même pour un pays, ne pas disposer d'une infrastructure adéquate en matière de santé est un indicateur de sous-développement (UNICEF, 2012, p.7). Les individus connaissant

des problèmes de santé se caractérisent par des vulnérabilités qui agissent sur leur état de santé en accroissant les risques de morbidité ou en limitant les capacités d'accès au système de santé. (UNICEF, 2012, p.7). La santé étant essentiellement un indicateur de pauvreté et du développement humain, occupe un rang important dans les priorités de la Côte d'Ivoire. Celle des populations rurales constitue un axe de l'action en faveur de la croissance et du développement. Cependant, dans les entités rurales du département de Koun-Fao, au Nord-Est de la Côte d'Ivoire, de nombreuses contrariétés obstruent l'accès aux soins modernes des populations. L'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires, l'absence d'un mécanisme de protection contre le risque financier lié à la maladie et la pauvreté des ménages sont autant de facteurs qui influencent l'état de santé de ces populations. Ainsi, l'accès aux soins modernes des ruraux constitue une problématique majeure de réflexion. Alors, pourquoi les ruraux du département de Koun-Fao sont contrariés dans l'accès aux soins de type moderne ? Cette analyse contribue à faire connaître les problèmes qui entravent les ruraux du département de Koun-Fao à accéder aux soins modernes. Ainsi, la réalité de ces difficultés est potentiellement liée à la paupérisation des ruraux du département de Koun-Fao.

1. MÉTHODOLOGIE

Ce travail est une contribution à la connaissance des problèmes qui entravent les ruraux à l'accès aux modes de soins de type moderne. Il s'est appuyé sur l'analyse de documents secondaires et une investigation dans les espaces ruraux du département de Koun-Fao. En effet, les informations secondaires exploitées proviennent de l'analyse des annuaires et rapports statistiques du ministère de la santé ivoirienne, et documents de l'hôpital général de Koun-Fao et les œuvres scientifiques. L'enquête de terrain a été réalisée dans neuf (09) villages du département auprès des ménages. En vue de comprendre les modes de soins et l'itinéraire thérapeutique des ruraux, la sélection des villages est basée sur le critère des villages disposant des centres de santé et les villages qui n'en possèdent pas. Ainsi, seuls les chefs de ménages sont aptes à répondre à nos questionnements. Pour ce fait, 150 ménages ont été retenus sur la base du choix raisonné. Le nombre de ménages enquêtés est déterminé dans chaque localité en fonction de la taille ses ménages (tableau1).

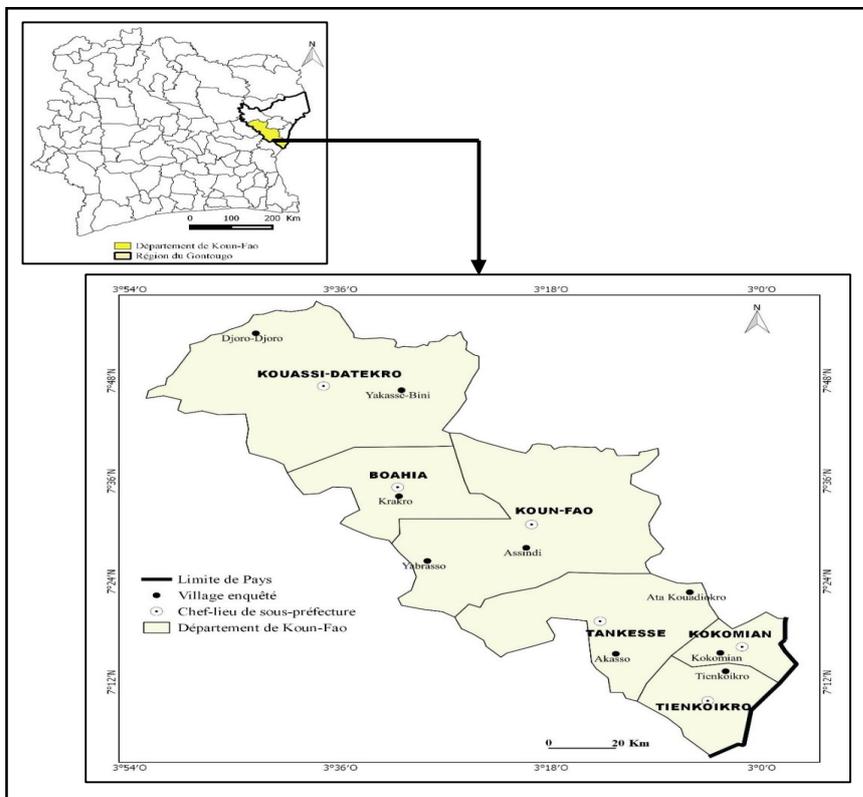
Tableau 1 : Répartition de ménages enquêtés

Sous-Préfecture	Village	Nombre de ménages	Ménages enquêtés
BOHIA	Krakro	522	16
KOKOMIAN	Kokomian	230	7
KOUASSI-DATEKRO	Yakassé-Bini	680	20
	Djoro-Djoro	402	12
KOUN-FAO	Assindi	879	26
	Yabrosso	498	15
TANKÉSSÉ	Akasso	397	12
	Attakouadiokro	923	28
TIENKOIKRO	Tienkoikro	498	15
Total	9	5029	150

Source : INS, 2015

La carte n°1 localisant le département de Koun-Fao, présente les entités spatiales enquêtées.

Carte n°1 : Présentation du département de Koun-Fao et localisation des espaces d'investigation



Source : BNETD/CCT, 2010

Réalisation : APPOH K, 2018

La carte n°1 montre que le département de Koun-Fao est situé au Nord-Est de la Côte d'Ivoire dans la région du Gontougo. Il est limité au Nord par le département de Tanda, au Sud par le département d'Agnibilekro, à l'ouest par les départements de Prikro et de Daoukro et à l'Est par le département de Transua et le Ghana.

2. RÉSULTATS

2.1. Diagnostic de l'offre sanitaire dans le milieu rural du département de Koun-Fao

L'offre sanitaire concerne les infrastructures sanitaires et les ressources humaines capables de produire des soins aux populations. En Côte d'Ivoire, les ratios populations et ressources humaines sanitaires respectent les normes de l'OMS depuis 2016 (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2017, p.26). Cependant, ces ressources sont marquées par des inégalités dans des entités décentralisées du pays.

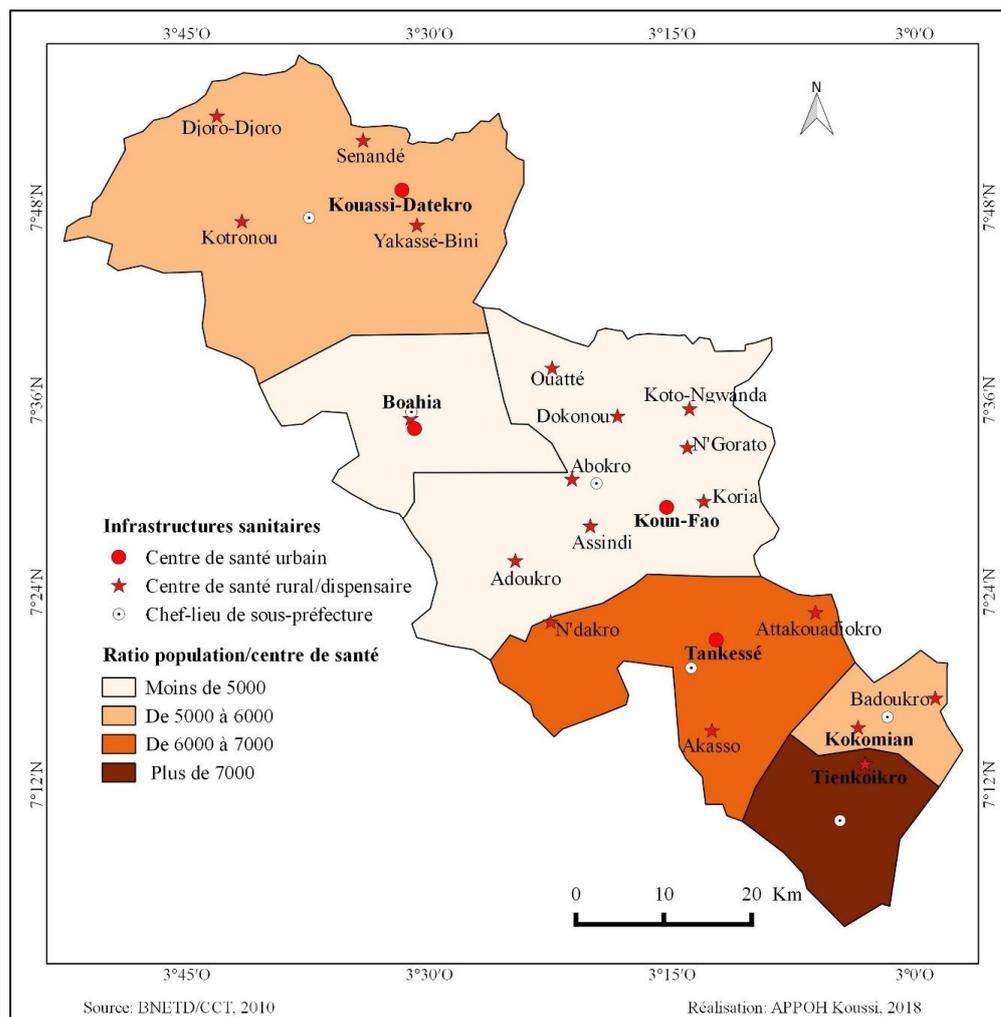
2.1.1. Présentation succincte de l'offre sanitaire de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire dispose de 2027 établissements sanitaires en 2016 de premier contact dont 82 hôpitaux généraux, et 17 hôpitaux régionaux (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2017, p.13 et p.48). Également, en 2016, le pays compte dans le secteur public 3540 médecins avec un ratio d'un médecin pour 7672 habitants contre 10000 habitants selon les normes de l'OMS. Aussi, les centres de santé disposent de 10038 infirmiers, soit un ratio d'un infirmier pour 2450 habitants contre un médecin pour 5000 habitants selon l'OMS. Enfin, le pays dispose de 4011 sages-femmes, soit un ratio d'une sage-femme pour 1445 femmes en âge de procréation.

2.1.2. La distribution des infrastructures sanitaires du département : une inégalité frappante

La répartition des centres de santé dans le département de Koun-Fao fait apparaître des inégalités. Cette entité compte au total 23 centres sanitaires, soit un ratio de 5283 habitants pour un centre de santé. Cependant, les inégalités de l'offre de soins dans le département de Koun-Fao s'aperçoivent à travers la distribution des centres de santé dans les différentes sous-préfectures (carte n°2).

Carte n°2 : Répartition des centres de santé du département de Koun-Fao



La carte n°2 présentant la distribution des centres de santé et les ratios habitants/centres de santé du département de Koun-Fao indique qu'il existe des centres de santé dans toutes les différentes sous-préfectures du département. Cependant, ces structures sanitaires sont inégalement réparties dans certaines entités. En effet, la sous-préfecture de Koun-Fao concentre neuf centres de santé soit 39,1% des centres de santé total du département. La répartition des centres de santé dans cette échelle est spatialement acceptable dans la mesure où 80% des villages sont situés à moins de 5km de ces centres. Par contre, la sous-préfecture de Kouassi-Datekro possède cinq centres de santé soit 21,7% qui sont inégalement répartis dans l'espace sous-préfectorale. Cette inégale répartition constitue un véritable handicap d'accès, surtout à cause de l'état des voies de communication. Cette situation est identique pour la sous-préfecture de Tankessé qui dispose de quatre centres de santé soit 17,3% des espaces sanitaires du département. En outre, les sous-préfectures de Boahia et de Kokomian détiennent chacune deux centres de santé très inégalement répartis puisque ces centres sont localisés dans les chefs-lieux de sous-préfecture. Cette

position constitue un véritable facteur limitant pour les populations des villages éloignés (au-delà de 5 km).

Par ailleurs, les ratios habitants/centre de santé sont distincts selon les entités spatiales. Dans la sous-préfecture de Koun-Fao, le ratio est de 3998 habitants pour un centre de santé, contre 13417 habitants pour un centre à Tienkoikro qui dispose d'un seul centre de santé. Cette situation pousse les ruraux à l'automédication et à fréquenter les centres de santé ghanéens. Aussi, la sous-préfecture de Kokomian, avec un ratio de 5219 habitants pour un centre de santé, également proche du Ghana et disposant de deux centres de santé, présente-elle la même situation dans la mesure où les ruraux préfèrent les soins traditionnels et les hôpitaux ghanéens.

Le département de Koun-Fao bénéficie d'infrastructures médicales embryonnaires et inégalitaires. Cette insuffisance est toutefois la principale cause de la convergence des ruraux vers des centres de soins traditionnels.

2.1.3. Les ressources humaines sanitaires dans le département, une offre insuffisante

Malgré l'inscription des ressources humaines sanitaires ivoiriennes dans les normes de l'OMS, des inégalités spatiales existent. Le département de Koun-Fao exprime le besoin en ressources humaines. En effet, le département compte au total 02 médecins dans l'hôpital urbain de Koun-Fao, soit un ratio de 58115 habitants pour un médecin. Cette entité compte ensuite 32 infirmiers répartis dans les différents centres de santé ruraux et dispensaires soit un ratio de 3632 habitants pour un infirmier. Et enfin 10 sages-femmes répartis dans les maternités rattachées aux centres de santé soit un ratio de 2410 femmes en âge de procréer pour une sage-femme. Ces ressources humaines sanitaires du département sont insuffisantes pour répondre efficacement aux besoins de soins des ruraux.

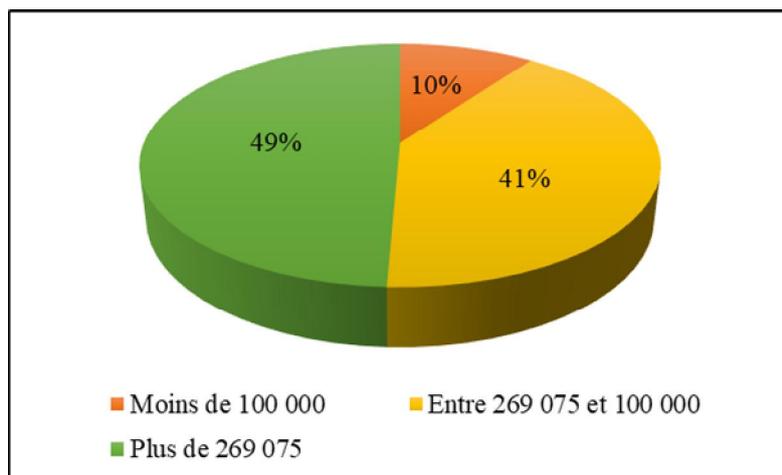
L'insuffisance des centres de santé et des ressources humaines sanitaires constituent les principales artères des difficultés d'accès aux soins modernes par les ruraux du département. Ainsi, des mobiles socioéconomiques fragilisent également les efforts des ruraux dans leur mode de soins.

2.2. La persistance de la pauvreté comme facteur de dégradation de la santé des ruraux

2.2.1. L'influence de la pauvreté sur la santé

Dans le département de Koun-Fao, comme partout en Côte d'Ivoire, la pauvreté des ruraux constitue une contrainte de leur recours aux soins de types modernes. Les revenus des ménages ruraux permettent d'indiquer leur niveau de pauvreté (figure 3).

Figure 3 : Répartition du revenu des ruraux en fonction du seuil de pauvreté



Nos enquêtes, 2017

Sont considérés comme pauvres en Côte d'Ivoire tout ménage incapable de dépenser 737F par jour soit 269 075F par an et l'extrême pauvreté s'évalue à une dépense de moins de 122 000F par an. La figure 3 montre que 51% des ruraux du département sont pauvres avec 10% de vulnérable (extrêmes pauvres) contre 49% dont leurs revenus sont au-dessus du seuil de pauvreté. Les facteurs de leur paupérisation (qui ne sont pris en compte dans cette analyse) sont liés aux déterminants climatiques induisant des faibles productivités, les outils agricoles rudimentaires, les problèmes sociaux (accès à la terre), etc.

En effet, la pauvreté constitue une obstruction à l'accès aux soins modernes dans cette échelle puisque tous les ménages pauvres (51%) ont signalé recourir aux soins de type traditionnel comme mode de soins de premier contact (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des revenus des ruraux en fonction de leur mode de soin

Revenu \ Mode de soins	Soin moderne (%)	Soin traditionnel (%)
Moins de 100 000	0	100
Entre 100000 et 269075	41.0	59
Plus de 269 075	47.3	52.7

Source : Nos enquêtes, 2017

Le tableau 2 indique que les modes de soins de premiers contacts des ruraux du département de Koun-Fao peuvent être influencés par leur revenu. En effet, 41% des ménages dont le revenu est compris entre 100 000 et 269 075F usent d'abord les soins modernes contre 59% qui pratiquent la médecine traditionnelle. Aussi, 47,3% des ménages dont les revenus sont au-dessus du seuil de pauvreté utilisent-ils les soins modernes contre 52,7% les soins traditionnels. L'impact entre la pauvreté et les soins

des ruraux est plus visible chez les ménages dont les revenus sont en-dessous de 100 000F puisque 100% de ceux-ci font l'usage de la médecine traditionnelle. Pourtant, une population mal soignée constitue un contraste de développement, puisque la maladie peut contribuer à appauvrir le ménage par l'amputation de ses revenus et de son patrimoine. Aussi, faut-il dire qu'une famille frappée par la maladie de l'un de ses membres peut se retrouver durablement appauvrie du fait de la perte de revenus associée à la maladie et du coût de l'accès aux soins.

2.2.2. Le coût des médicaments, un déterminant d'inaccessibilité aux soins modernes

Les ressources financières constituent un indicateur important dans le mode d'accès aux soins de type moderne pour toutes les couches sociales. En effet, pour les personnes malades, qu'elles soient pauvres ou pas, le coût reste le principal obstacle à la consultation. Dans le département de Koun-Fao, les coûts des intrants médicaux représentent des mobiles d'inaccessibilité aux centres de soins modernes. Les 10% des ménages ruraux extrêmement pauvres évoquent les coûts des soins comme le principal obstacle à l'usage des soins modernes. Pour ceux-ci, les coûts des consultations ne constituent pas le problème, mais celui des médicaments prescrits par les agents de santé. C'est pourquoi, les ruraux recourent aux médicaments vendus dans les rues au détriment de l'usage des ordonnances (tableau 3).

Tableau 3 : Prix (en FCFA) de quelques médicaments selon les lieux de vente

	Paracétamol	CA C1000	Doliprane 500mg ef.	Efferalgan 500mgef.	IBEX	Amoxicilline 500mg cpr.
Pharmacie	200	2300	1250	1430	1170	950
Rue	100	2000	1000	1000	500	500
Différence	100	300	250	430	670	450

Source : Nos enquêtes, 2017

L'analyse du tableau 3 permet de comprendre que les médicaments sont vendus à très bas prix dans les rues par rapport aux pharmacies. Par exemple, le CA C1000 est vendu à 2300F à la pharmacie contre 2000F dans les rues. Certains médicaments comme CA C1000, Doliprane et Efferalgan sont vendus en détail à respectivement 200F et 100F le comprimé, ce qui n'existe pas en pharmacie. C'est pourquoi, l'achat des médicaments de la rue est avantageux pour les ruraux dans la mesure où ils ne sont pas obligés de payer la boîte lorsque le détail existe. Cependant, le problème que posent les médicaments de rue est leur conservation puisque des mesures conservatoires sont exigées à chaque type de médicament en fonction de la température. L'usage de ces médicaments constitue alors un danger potentiel pour la santé humaine puisqu'ils sont vendus de façon inappropriée. Au regard de cette

conséquence, les traditionalistes préfèrent mettre la psychose sur la curabilité de certaines maladies par les soins uniquement traditionnels.

2.2.3. La conception culturelle sur les modes de soins : des barrières d'inaccessibilité aux soins modernes

Les barrières culturelles rendent parfois inopérantes tous les efforts déployés pour améliorer les modes de soins dans les espaces ruraux. Pour la classe des gérontocrates, des guérisseurs et des tradipraticiens de cette entité, il existe des maladies (zona, hémorroïde etc.) qui exigent des soins uniquement traditionnels. Pour eux, la médecine moderne ne peut qu'aggraver la situation du malade. Aussi, le choix des recours thérapeutiques traditionnels s'effectue-t-il selon diverses formes d'évaluation subjective de la qualité des structures sanitaires modernes à procurer de soins curatifs à certaines maladies. Il s'agit alors d'impératifs de recourir à la médecine traditionnelle plutôt que d'aller se soigner dans un centre de santé en cas de maladie. Par contre, les patients, pour des raisons économiques tournent vers la médecine traditionnelle (27%) malgré leur supposée capacité à traiter les maladies. Cette médecine, en interprétant l'incapacité de la médecine moderne à guérir certaines maladies optimise ces efforts en apportant des soins curatifs sur des maladies telles que l'hémorroïde, le zona, les fractures, etc.

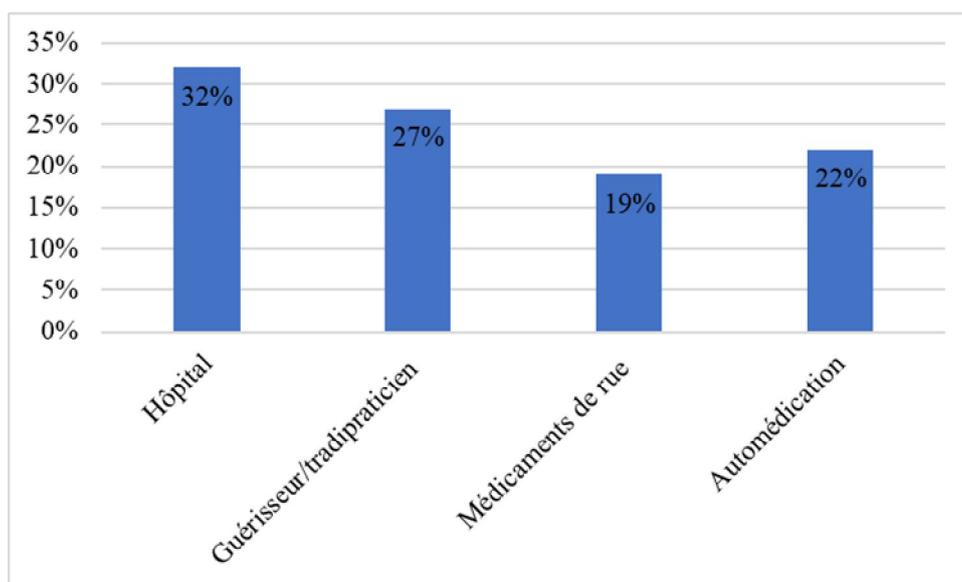
Faut-il en conclure que les ruraux se tournent vers la médecine traditionnelle par ignorance, ce qui influence alors le choix d'un traitement traditionnel comme alternative. Mais les résistances s'estompent généralement lorsque ceux-ci sont convaincus de l'efficacité du traitement ou des mesures de précaution proposés.

2.3. Les modes de soins des ruraux, des itinéraires traditionnels parfois risqués

2.3.1. Les soins primaires des ruraux, une affaire des traditionalistes et guérisseurs

Les soins de santé primaires sont habituellement les premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils ont des problèmes de santé. Quant à l'automédication, elle est une méthode qui consiste à utiliser soi-même sans prescription d'une personne indiquée, les produits pharmaceutiques à des fins de traitement de maladies. Dans l'espace rural du département de Koun-Fao, l'usage de la médecine traditionnelle est d'une préoccupation cruciale dans la mesure où une fraction importante des ruraux (68%) adoptent des comportements traditionnels, contre 32% qui reconnaissent la médecine moderne comme meilleur recours aux soins. Ainsi, les ruraux de cette entité géographique embrassent à la fois différentes modalités de soins (figure 2).

Figure 2 : Les différents modes de soins des ruraux du département



Source : Nos enquêtes, 2017

L'inégale répartition des infrastructures sanitaires du département contraint les ruraux à recourir à différents modes de soins (figure 2). Ainsi, seulement 32% des ménages fréquentent les hôpitaux contre 67% qui utilisent les soins traditionnels. Parmi ceux-ci, 27% consultent les guérisseurs et les tradipraticiens, 22% pratiquent l'automédication et 19% font recours aux vendeurs de médicaments de rue. En effet, ces derniers se comportent comme des infirmiers ou des médecins en offrant des services, qualifiés par les ruraux, de qualités lorsque les médicaments reçus apportent une guérison. Cependant, 10% des ménages décrivent ces médicaments dans la mesure où le traitement prescrit par le vendeur a aggravé leur situation sanitaire. En plus, les traitements traditionnels et l'automédication constituent pour les ruraux un moyen de contournement des frais médicaux puisque ceux-ci sont prohibitifs. La consultation d'une personne ressource pour les soins par les ruraux ne disposant pas suffisamment de ressources financières entraîne des risques sur la santé.

2.3.2. Les risques sanitaires des soins traditionnels

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8 500 tradipraticiens de santé (Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida, 2012, p.20). Dans l'espace rural du département de Koun-Fao, 10% des ruraux ont été victimes des conséquences des soins traditionnels. En effet, la faiblesse de cette médecine est liée au manque de diagnostic pour détecter la maladie avant de procurer les soins. Les offreurs de soins utilisent leur instinct et la manifestation visuelle de la maladie ou la consultation des divinités par des rituelles. Selon un chef de ménage dans la sous-préfecture de Koun-Fao, son enfant souffrant de la fièvre

typhoïde a reçu les soins du paludisme de la part d'un tradipraticien qui s'est appuyer sur les vomissements du malade. Ainsi, la médecine traditionnelle, malgré sa capacité à produire des soins curatifs échoue parfois à cause de son incapacité à diagnostiquer la maladie.

3. DISCUSSION

L'analyse des déterminants d'accessibilité des ruraux aux soins de types modernes dans le département de Koun-Fao fait ressortir comme facteurs limitants, les coûts des médicaments, la pauvreté des ménages et l'inégale répartition des centres de santé.

3.1. La pauvreté comme mobile d'inaccessibilité aux soins modernes

La pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté, puisqu'elle peut influencer profondément sur le revenu des ménages. Dans cette étude, 51% des ruraux sont pauvres avec 10% extrêmement pauvres. Ce qui constitue une difficulté pour l'usage des soins modernes par ceux-ci. De nombreux auteurs (Comité Consultatif sur les Soins de Santé Primaires (CCSSP), 2010, Ministère de la Prévision économique et du plan, 2002, J-L. Richard, 2001) ont évoqué la pauvreté des ménages comme une contrainte majeure dans leur mode de soins. Les pauvres souffrent d'une multitude de privations qui se traduisent par des niveaux élevés de mauvaise santé. Ils se trouvent donc piégés dans un cercle vicieux (J. K. Kiwe, 2011, p. 15.). Cependant, la situation contraire est évoquée par des auteurs, c'est-à-dire, la pauvreté est induite par la mauvaise santé d'un membre du ménage. Les problèmes de santé peuvent affecter sérieusement la production et les revenus des ménages (LARTES-IFAN, 2012, p.9). Partout où la protection sociale fait défaut et où les usagers doivent payer une grande partie des soins de leur poche, ils peuvent se trouver confrontés à des dépenses catastrophiques. Plus de 100 millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé (OMS, 2008, p.xiv). A. Adjamagbo et A. Guillaume (2001, p.6) renchérissent la position de l'OMS, car l'accès aux soins biomédicaux des mères, et de leurs enfants, est conditionné par leur statut ainsi que l'offre de services sanitaires. Il est prouvé qu'il existe une relation directe entre la santé et la productivité et, l'état de santé s'améliore avec la croissance économique. Améliorer donc les conditions de santé des populations permet de perdre moins de journées (J. K. Kiwe, 2011, p. 12.). Ainsi, le passage d'une situation avec faible revenu et mauvais état de santé de la population à une situation caractérisée par des revenus plus élevés et des conditions de santé proches de celles des pays développés s'interpréterait alors comme un saut qualitatif d'un équilibre bas à un équilibre haut. (J-C Barthélemy, 2008, p.907).

3.2. L'inégale répartition des offres de soins, un déterminant de l'usages de pratiques traditionnelles

L'accès aux soins de santé est déterminé par une multitude de facteurs de nature très diverse. Dans cette étude, parmi ces indicateurs, l'analyse, portée sur la disponibilité des ressources infrastructurelles et humaines, a mentionné l'insuffisance et l'inégale répartition des centres de santé comme facteur limitant aux soins. La distance peut influencer le recours aux services de santé mais reste un facteur très insuffisant pour expliquer les difficultés d'accès (B. Coulibaly, 2015, p.376). Des obstacles importants portent atteinte à la fréquentation des structures de soins : éloignement des centres de santé, insuffisance des moyens de transport ainsi que les coûts prohibitifs des frais d'hospitalisation et des médicaments. Ces facteurs ont poussé les ruraux à des itinéraires thérapeutiques variés. Ainsi, pour B. Coulibaly (2015, p.376), l'automédication et le recours à la médecine traditionnelle locale ont été les principaux recours pour certains malades face à la défaillance du système conventionnel. A travers l'exemple du Sénégal, M. Barbieri et P. Cantrelle, (1991, p.52) montrent que l'assistance traditionnelle constitue une composante essentielle du système de santé puisque le pays compte en moyenne un (01) guérisseur pour 250 habitants contre 150 000 habitants pour un infirmier et un médecin pour 150 000 habitants. Cependant, l'OMS (2008) estime que les gens veulent à l'évidence être soignés efficacement lorsqu'ils sont malades ou blessés. Ils veulent que ces soins soient dispensés par un personnel intègre agissant au mieux de leurs intérêts, de façon équitable et honnête, avec savoir et compétence (OMS, 2008, p. 17).

Conclusion

Les difficultés d'accès aux soins de types modernes par les ruraux du département de Koun-Fao résident dans leur paupérisation (51%). Cette pauvreté est le corollaire de la dégradation des facteurs de productions agricoles induisant des faibles revenus. Le coût des médicaments et la conception traditionnelle sur la curabilité de certaines maladies sont également des déterminants dans la discrimination de l'accès des ruraux aux soins modernes. Ces contrastes entraînant les ruraux à l'usage des soins de types traditionnels et à l'automédication, ont provoqué délibérément l'exclusion des économiquement pauvres des soins de santé moderne. Malgré l'inscription des offres sanitaires ivoiriennes dans les normes de l'OMS, beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre l'équité dans l'accès aux soins offerts à la population.

Bibliographie

ADJAMAGBO Agnès et GUILLAUME Agnès, 2001, « La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », *Autrepart* (19), p.11-27

APPOH Kouassi Williams, *Paupérisation des populations rurales et mutations agricoles*, 2015, Mémoire de Master, Université Alassane Ouattara, département de Géographie, Bouaké, 80p.

BARBIERI Magali et CANTRELLE Pierre, 1991, « Politique de santé et population », Gendreau Francis (ed.), Vimard Patrice (ed.), *Politiques de population : Politique Africaine*, (31), ISSN 0244-7827, p.51-65.

BARTHÉLEMY Jean-Claude, 2008, « Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté », *Académie des sciences, C. R. Biologies* 331, Publié par Elsevier Masson, p.903-918.

COULIBALY Brahim, 2015, « Stratégies de résilience du système sanitaire ivoirien en situation de crise armée : le cas de la ville de Bouaké », *European Scientific Journal*, Edition vol. 11, N0 26, p.370-391

KIWE Junior Kana, 2011, *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en RDC. Une approche par l'analyse factorielle des correspondances*, Mémoire de master en économie des ressources humaines, Université de Kinshasa RDC.

Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales (LARTES-IFAN), 2012, *Santé, pauvreté et vulnérabilités intergénérationnelles au Sénégal*, Rapport d'activité, Dakar, 55p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), 2017, *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2016*, Abidjan, 378p.

Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (MSLCS), 2012, *Plan national de développement sanitaire 2012 – 2015*, Document de travail, Abidjan, 94p.

OMS, 2008, *Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*, Rapport sur la santé dans le monde, Suisse, 149p.

UNICEF, 2012, *Santé, Pauvreté et Vulnérabilités Intergénérationnelles au Sénégal*, Rapport d'étude, Dakar, 55p.

Comité Consultatif sur les Soins de Santé Primaires (CCSSP), 2010, *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick*, Document de Discussion, 84p.

BONNET Pascal, 2002, *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, 25p

Ministère de la Prévision Economique et du Plan, 2002, *Accessibilité aux soins de santé et niveau de vie*, Rapport d'activité, Direction de la Statistique, Rabat, 170p.

Richard Jean-Luc, 2001, *Accès au recours de soins de santé dans la sous-préfecture de Ouéssè*, Thèse de Doctorat de géographie de la santé, Université de Neuchâtel, Faculté des lettres et des sciences humaines, 1134p.

NIYONKURU Deogratias, 2018, *Pour la dignité paysanne : Expériences et témoignages d'Afrique, réflexions, pistes méthodologiques*, Editions GRIP, Bruxelles, 515p.