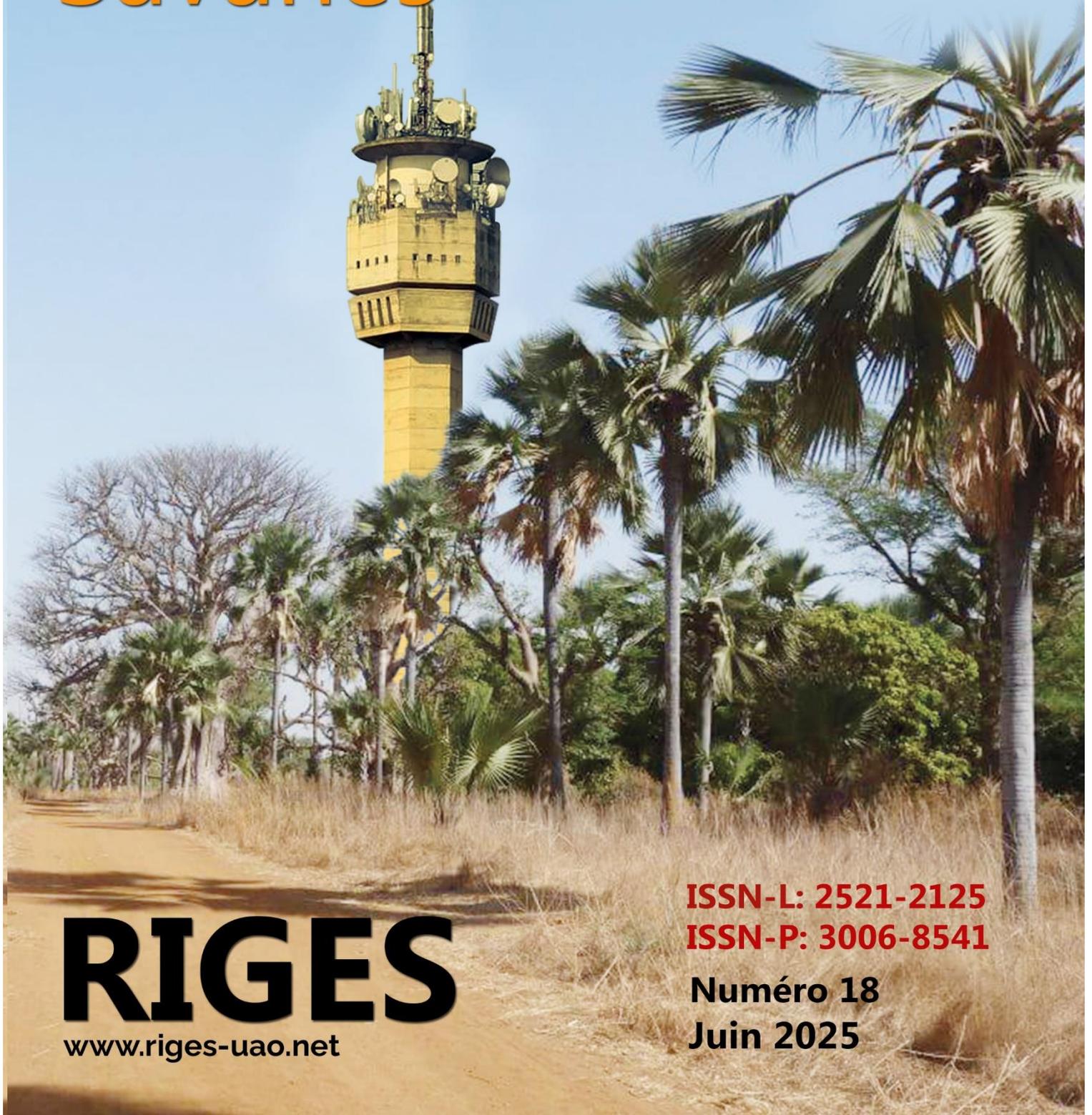


# Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes



# RIGES

[www.riges-uao.net](http://www.riges-uao.net)

**ISSN-L: 2521-2125**

**ISSN-P: 3006-8541**

**Numéro 18**

**Juin 2025**



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

# INDEXATIONS INTERNATIONALES



<https://journal-index.org/index.php/asi/article/view/12202>

**Impact Factor: 1,3**

## SJIF Impact Factor

<http://sjifactor.com/passport.php?id=23333>

**Impact Factor: 8,333 (2025)**

**Impact Factor: 7,924 (2024)**

**Impact Factor: 6,785 (2023)**

**Impact Factor: 4,908 (2022)**

**Impact Factor: 5,283 (2021)**

**Impact Factor: 4,933 (2020)**

**Impact Factor: 4,459 (2019)**

## 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**, Professeur Titulaire à l'UAO
- **Dhédé Paul Eric KOUAME**, Maître de Conférences à l'UAO
- **Yao Jean-Aimé ASSUE**, Maître de Conférences à l'UAO
- **Zamblé Armand TRA BI**, Maître de Conférences à l'UAO
- **Kouakou Hermann Michel KANGA**, Maître de Conférences 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)
- **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)
- **SOKEMAWU Koudzo**, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **HECTHELI Follygan**, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **KADOUZA Padabô**, Professeur Titulaire, Université de Kara (Togo)
- **GIBIGAYE Moussa**, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Bénin)

## EDITORIAL

La création de RIGES résulte de l'engagement scientifique du Département de Géographie de l'Université Alassane Ouattara à contribuer à la diffusion des savoirs scientifiques. RIGES est une revue généraliste de Géographie dont l'objectif est de contribuer à éclairer la complexité des mutations en cours issues des désorganisations structurelles et fonctionnelles des espaces produits. La revue maintient sa ferme volonté de mutualiser des savoirs venus d'horizons divers, dans un esprit d'échange, pour mieux mettre en discussion les problèmes actuels ou émergents du monde contemporain afin d'en éclairer les enjeux cruciaux. Les enjeux climatiques, la gestion de l'eau, la production agricole, la sécurité alimentaire, l'accès aux soins de santé ont fait l'objet d'analyse dans ce présent numéro. RIGES réaffirme sa ferme volonté d'être au service des enseignants-chercheurs, chercheurs et étudiants qui s'intéressent aux enjeux, défis et perspectives des mutations de l'espace produit, construit, façonné en tant qu'objet de recherche. A cet effet, RIGES accueillera toutes les contributions sur les thématiques liées à la pensée géographique dans cette globalisation et mondialisation des problèmes qui appellent la rencontre du travail de la pensée prospective et de la solidarité des peuples.

**Secrétariat de rédaction  
KOUASSI Konan**

## 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, Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- MOUSSA Diakité, Professeur Titulaire, 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)
- SOKEMAWU Koudzo, Professeur Titulaire, U L (Togo)
- HECTHELI Follygan, Professeur Titulaire, U L (Togo)
- KOFFI Yao Jean Julius, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- Yao Jean-Aimé ASSUE, Maître de Conférences, UAO
- Zamblé Armand TRA BI, Maître de Conférences, UAO

## Sommaire

<p><b>Kouamé Firmin KOSSONOU, Akoua Assunta ADAYÉ, Kiyofolo Hyacinthe KONÉ</b></p> <p><i>Adaptations des riziculteurs face aux contraintes agricoles dans la région de l'Agnéby-Tiassa (sud de la Côte d'Ivoire)</i></p>	9
<p><b>HASSANE KAKA Ibrahim</b></p> <p><i>Contribution de la géomatique dans la résolution des problèmes d'inondation dans la ville de Tahoua, Niger</i></p>	32
<p><b>Cheldon-Rech NKALA-KOUTIA, Guerchinie Vardhelle E. NKOUNKOU, Christ Charel NZIHOU-TSIMBA</b></p> <p><i>Technologies de l'environnement : cartographie des têtes d'érosion et analyse de l'efficacité des méthodes antiérosives face aux risques environnementaux dans le quartier Nkombo à Brazzaville (R. Congo)</i></p>	53
<p><b>Thomas Mathieu DIABIA</b></p> <p><i>Disponibilité en eau potable et observation de l'hygiène des mains dans la ville de Bouaflé (Centre-ouest de la Côte d'Ivoire)</i></p>	77
<p><b>Abdoul Aziz DOUBLA 1</b></p> <p><i>Migrations hydriques et gestion collective des eaux souterraines, une crise cachée dans le bassin versant du Mayo-Tsanaga (Extrême-Nord Cameroun)</i></p>	93
<p><b>BALOUBI Makodjami David</b></p> <p><i>Gouvernance du foncier urbain à Akpro-Misséré (Sud-Est du Bénin) : enjeux et perspectives</i></p>	118
<p><b>KOUA-OBA Jovial</b></p> <p><i>Condition de vie et résilience des étudiants migrants à Brazzaville</i></p>	136
<p><b>Labaly TOURE, Moussa SOW, KOFFI Yéboué Stéphane Koissy, Mouhamadou Lamine Diallo</b></p> <p><i>Analyse spatiale de la typologie et des modes de résolution des conflits fonciers dans les régions de Kaolack et Kaffrine (Centre du Sénégal)</i></p>	153
<p><b>KONÉ Diaba, ZUO Estelle épouse DIATE, KOFFI Brou Émile</b></p> <p><i>Problématique d'accès aux structures sanitaires publiques dans l'espace rural et urbain de la sous-préfecture de Bouaké (Centre, Côte d'Ivoire)</i></p>	172

<b>Assane DEME, Frédéric BATIONO,</b> <i>L'exploitation des périmètres maraîchers dans la commune de Tenado au Burkina Faso : entre contraintes de gestion de l'eau et stratégies d'adaptations des usagers</i>	189
<b>Konan Norbert KOFFI, Affoué Sonya ALLA, Tchan André DOHO BI</b> <i>Aménagement des périphéries urbaines et déterminants de l'insuffisance des infrastructures et équipements de base à Katiola (Centre-Nord Côte d'Ivoire)</i>	210
<b>SIP Sié Jean Pierre</b> <i>Les enjeux de la décentralisation en Côte d'Ivoire : Quelle stratégie de gestion des problèmes environnementaux par les autorités municipales de la ville de Bouna ?</i>	228
<b>DONFACK Olivier</b> <i>Résilience énergétique et autonomie locale : le recours au solaire comme stratégie d'adaptation dans la ville de Bafoussam (Ouest-Cameroun)</i>	243
<b>BAKANA Adachi Larissa</b> <i>Mode de vie et santé des enfants en milieu défavorisé : cas des quartiers Case- Barnier, Itsali, Massina et Moutabala de l'arrondissement 7 Mfilou en république du Congo</i>	263
<b>BROU Hokouassi Kouassi Juste</b> <i>Les bâtiments logistiques dans la structuration spatiale en zone portuaire à Abidjan</i>	277
<b>AUBIN BEFRUDE SESSOMISSOU ADJAKIDJE, GBODJA HOUEHANOU FRANÇOIS GBESSO, SEDAMI IGOR ARMAND YEVIDE, GILDAS N'DIKOU IDAKOU, CAROLLE AVOCEVOU-AYISSO, ADANDE BELARMAIN FANDOHAN</b> <i>Connaissances et perceptions des populations locales sur les usages, la valorisation et l'introduction de <i>Ritchiea capparoides</i> (andrews) britten dans les espaces verts urbains au Bénin</i>	301
<b>DJENAISSSEM NAMARDE Thierry, AHOLOU Coffi Cyprien, NYONKWE NGO NDJEM Marie Louise Simone, ALLARANE Ndonaye</b> <i>Analyse de l'habitat dégradé dans les quartiers anciens d'Aného au Togo</i>	320
<b>BOKO Nouvêwa Patrice Maximilien, GOLO BANDZOUZI Alphonse Cédrique Bienvenu, DARE Gamba Nana, VISSIN Expédit W., HOUSSOU Christophe Sègbè, BŁAŚEJCZYK Krzysztof</b> <i>Evaluation de l'impact du bioclimat humain sur la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5 ans à Godomey (Abomey-Calavi, Bénin)</i>	341
<b>BOULY SANE, Tidiane SANE, Cheikh FAYE</b> <i>Potentiel hydrique et usages de la ressource en eau dans le bassin-versant d'Agnak (Basse Casamance méridionale, Sénégal)</i>	359

<b>ATOUNGA Macy Rick, PAKA Etienne, BERTON-OFOUEME Yolande</b> <i>Vendeurs et consommateurs des médicaments de la rue dans l'arrondissement 9 Djiri (Brazzaville, République du Congo)</i>	375
<b>SANGARÉ Nouhoun, GBOCHO Yapo Antoine, AFFORO Guy Matthieu Ettien</b> <i>Implications socio-économiques et spatiales du déploiement de la SOTRA dans la ville de Bouaké (Côte d'Ivoire)</i>	396
<b>Robert NGOMEKA, Clémence DITENGO, Dyvin Gloire Horis NKODIA</b> <i>Les déterminants d'occupation des zones à risques dans l'Arrondissement 7 Mfilou-ngamaba à Brazzaville (République du Congo)</i>	416
<b>KRAMO Yao Valère</b> <i>Analyse des facteurs incitatifs et répulsifs de recours aux centres de sante conventionnels dans la ville de Katiola (Centre Nord de la Côte d'Ivoire)</i>	430
<b>KOUTCHICO Patrice, GBENOU Pascal</b> <i>Les systèmes alimentaires territorialisés : une alternative durable aux systèmes agroindustriels ?</i>	452
<b>KOUASSI Charles Aimé, KOUAKOU Kouakou Philipps, KAMBIRE Bèbè</b> <i>Impacts environnementaux du fumage de poissons sur le front lagunaire Ebrié d'Abobo-Doumé (Abidjan, Côte d'Ivoire)</i>	468
<b>Florence BEIBRO AKA, SILUÉ Tangologo, YAPO Florence</b> <i>Le commerce des vivriers dans les petits marchés et l'autonomisation des femmes dans la ville de Korhogo</i>	491
<b>MIFOUNDU Jean Bruno, OKOUYA Claver Clotaire</b> <i>La précarité dans le quartier périphérique de Simba-pelle à Talangai-Brazzaville (République du Congo)</i>	506
<b>LINGUIONO Chelmyh Duplosin</b> <i>Commercialisation des poissons d'eau-douce frais par les commerçants détaillants sur le marché dédragage à Brazzaville (République du Congo)</i>	520
<b>Salé ABOU, Yakouba OUMAROU</b> <i>Déterminants de l'adoption des variétés de cultures résistantes à la sécheresse dans la région semi-aride de Kibwezi au Kenya</i>	538
<b>KOUAKOU Kan Rodrigue, TRA Bi Zamble Armand, DEMBELE Malimata</b> <i>Systèmes de culture du palmier à huile et de l'hévéa et transformation du paysage dans les départements de Bongouanou et d'Arrah (Centre-Est de la Côte d'Ivoire)</i>	555

<b>Tcheutchoua Tchendji Céline, Mediebou Chindji</b> <i>Dynamiques urbaines et mutations socio-spatiales dans la ville de Bafoussam-Cameroun</i>	568
<b>KOFFI Guy Roger Yoboué</b> <i>Femme et vivrier dans un contexte de redynamisation de l'économie des ménages ruraux dans la sous-préfecture de Katiola</i>	583
<b>Kanga Konan Victorien</b> <i>Le port d'Abidjan, un Hub port sur le Côte Ouest Africaine ?</i>	597
<b>KONE Tanyo Boniface, AYEMOU Anvo Pierre, APPIA Épse Niangoran Edith Adjo, KOUASSI Kouamé Sylvestre</b> <i>Quartiers périphériques à Bouaké (Côte d'Ivoire) : entre difficultés d'assainissement et risques environnementaux et sanitaires, cas du quartier Maroc</i>	615
<b>DOLLOU Andréa Cyrielle Blailatien, DIARRASSOUBA Bazoumana</b> <i>Les centres de santé de la ville de Yamoussoukro sous l'emprise d'une gestion mitigée des déchets biomédicaux</i>	628
<b>BRISSY Olga Adeline, KOUASSI Yao Privat, OURA Ahou Tatiana, KOUASSI Konan</b> <i>Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans et résilience des mères dans le District Sanitaire de Bouaké Nord-Est (Centre, Côte d'Ivoire) dans un contexte de reconstruction post-crise</i>	644
<b>Banto Fernand PEYENA, Yéboué Koissy Stéphane KOFFI, Joseph P. ASSI-KAUDJHIS</b> <i>Filière manioc et autonomisation économique des femmes dans les villages de la sous-préfecture d'Adiaké</i>	658
<b>Djiby SOW, Dimitri Samuel ADJONOHON, Tatiana MBENGUE, Cheikh Samba WADE, Madoune Robert SEYE, Derguène MBAYE, Moussa DIALLO, Lamine NDIAYE Pablo De ROULET, Jean Claude MUNYAGUA, Jérôme CHENAL</b> <i>Jeunes et fractures numériques à Saint-Louis (Sénégal) : entre inégalités territoriales, vulnérabilités sociales et dynamiques d'adaptation</i>	677
<b>Jean SODJI, Pierre OUASSA, Renaud Jean-Eudes Tundé MITCHOZOUNOU, Euloge OGOUWALE</b> <i>Vulnérabilité de l'agriculture paysanne face aux évènements hydro-climatiques dans la commune de Bonou au sud du Bénin (Afrique de l'Ouest)</i>	691
<b>Louis G. SOHE, Euloge OGOUWALE, Placide CLEDJO</b> <i>Régime hydrologique et processus d'eutrophisation de l'écosystème aquatique du lac Nokoué au sud du Bénin</i>	715
<b>OKA Koffi Blaise</b> <i>Prévalence du paludisme chez les exploitants de bas-fonds à Tiémékro (Centre-Est, Côte d'Ivoire)</i>	732

## **ANALYSE DES FACTEURS INCITATIFS ET REPULSIFS DE RECOURS AUX CENTRES DE SANTE CONVENTIONNELS DANS LA VILLE DE KATIOLA (CENTRE NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE)**

**KRAMO Yao Valère**, Maître-Assistant

Université Alassane Ouattara,

**Email** : valerekramo@gmail.com

*(Reçu le 16 mars 2025 ; Révisé le 17 Avril 2025 ; Accepté le 29 Mai 2025)*

### **Résumé**

La fourniture de services sanitaires conventionnels est destinée à préserver la santé humaine. Nonobstant les facteurs incitatifs déployés par les pouvoirs publics, les populations renoncent aux soins de santé moderne. Cette étude vise à analyser les mobiles différenciés d'utilisation et de renoncement aux soins de santé publics et privés à l'échelle de la ville de Katiola. La méthodologie retenue s'appuie sur une fouille documentaire, une observation directe et un questionnaire adressé à 280 chefs de ménage à l'échelle de 9 quartiers choisis de manière raisonnée. Les résultats indiquent que la ville de Katiola est couverte par 4 centres de santé publics animés par 46 agents médicaux. Elle bénéficie de 4 structures sanitaires privées officielles et fonctionnelles. Les recours aux structures sanitaires publiques sont guidés prioritairement par le coût abordable des soins de santé alors que la sollicitation des centres de santé privés est fondée significativement sur la meilleure prise en charge. Le renoncement aux soins de santé conventionnels repose sur le manque d'argent, un choix personnel, un traitement perçu inefficace, un manque de respect et de discrétion des agents de santé, un diagnostic jugé superficiel, un interdit ancestral, un éloignement du centre de santé. Ces indicateurs fragilisent la promotion de la santé humaine.

**Mots clés** : Ville de Katiola, centres de santé, disparités, facteurs de recours, offre de soins.

## **ANALYSIS OF INCENTIVES AND DISINCENTIVES FOR USING CONVENTIONAL HEALTH CENTRES IN THE TOWN OF KATIOLA (CENTRAL NORTH IVORY COAST)**

### **Abstract**

The provision of conventional health services is intended to safeguard human health. Despite the incentives provided by the public authorities, people are turning away from modern healthcare. The aim of this study is to analyse the different patterns of use and renunciation of public and private healthcare in the town of Katiola. The methodology used was based on documentary research, direct observation and a questionnaire sent to 280 heads of household in 9 neighbourhoods selected on a random basis. The results show that the town of Katiola is covered by 4 public health centres run by 46 medical staff. There are also 4 official private health facilities.

Recourse to public health facilities is guided primarily by the affordable cost of healthcare, whereas recourse to private health centres is based significantly on the best care. The reasons for not using conventional health care include lack of money, personal choice, perceived ineffectiveness of treatment, lack of respect and discretion on the part of health workers, diagnosis deemed superficial, ancestral prohibitions, and distance from the health centre. These indicators undermine the promotion of human health.

**Keywords:** City of Katiola, health centres, disparities, use factors, care offer.

## **Introduction**

L'amélioration de la santé vise à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible (Z. AIT GOUGAM *et al*, 2020, p.5). La Côte d'Ivoire vise l'accès aux services et de la qualité des soins avec la perspective d'asseoir un système de santé plus résilient pouvant garantir des réponses adéquates et efficaces face aux pathologies (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2021, p.20). Le mécanisme élaboré dans ce contexte s'appuie sur les centres de santé publics, la mise en place de la couverture maladie universelle. Ces dispositions sont complétées par l'existence d'une offre privée de soins animée par 3187 structures sanitaires privées (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2023, p.8). A cet effet, l'urbanisation apparaît comme un territoire privilégié de promotion de la santé. La ville enrichit son offre de soins de santé par divers établissements sanitaires, donnant aux habitants la possibilité de choisir leur hôpital selon la proximité, la qualité et le coût (B. SALAH *et al*, 2023, p.244). La politique nationale de développement sanitaire en Côte d'Ivoire envisage de réduire les indicateurs de vulnérabilité et d'insécurité sanitaires. Dans ce contexte, les différents plans nationaux de planification sanitaire ont intégré à leurs contenus les stratégies d'incitation à la fréquentation et à l'utilisation des structures sanitaires. Ainsi, parallèlement à la création des établissements sanitaires de premier contact, des gratuités ciblées ont été définies surtout au profit du couple-mère enfant. Le coût des soins demeure cependant le principal obstacle à la consultation (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2016, p.20). La politique de sécurité sanitaire a institué la couverture maladie universelle qui s'ajoute au large éventail des assurances publiques et privées subventionnées par l'Etat ivoirien. En dépit de ces dispositions d'incitation à l'usage des ressources sanitaires, subsistent des barrières qui s'opposent au recours effectif des équipements de santé établis sur l'ensemble du territoire national notamment à l'échelle de la ville de Katiola. La ville dispose de 4 structures sanitaires publiques et 4 centres de santé privés autorisés et fonctionnels. Les bénéficient de deux types d'offre de santé moderne complémentaires. Cependant, persistent des déterminants de recours aux structures sanitaires conventionnelles. Cette contribution décline les indicateurs qui favorisent l'appropriation des structures sanitaires à l'échelle de la ville de Katiola. Elle identifie également les entraves à la sollicitation des

centres de santé par les populations en cas de maladies. L'étude repose sur l'hypothèse qui stipule que les difficultés financières constituent une barrière à la sollicitation de l'offre de soins de santé conventionnelle.

Cet article indique les raisons qui fondent et récusent la sollicitation des soins biomédicaux à l'échelle de la ville de Katiola.

## 1. Matériel et méthodes

L'ossature du protocole méthodologique induite par cette recherche est animée par la présentation de la ville de Katiola, l'élaboration d'un modèle conceptuel, l'articulation des techniques de collecte et de traitement des données recueillies.

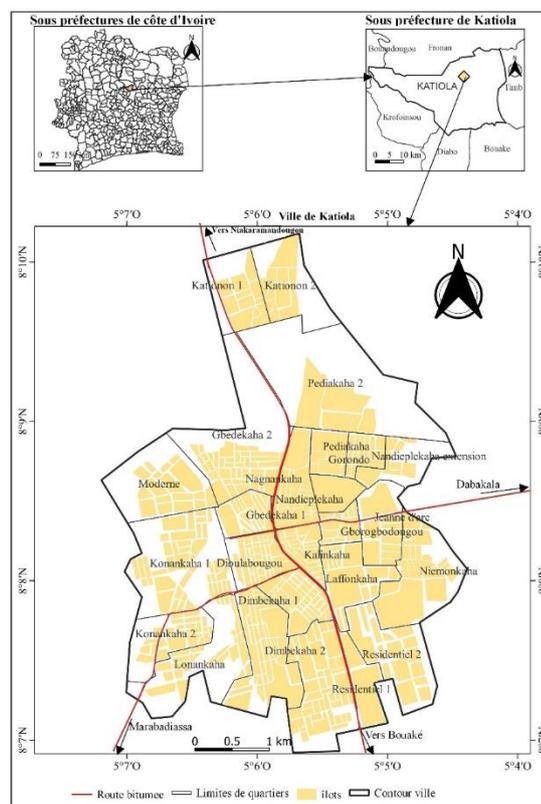
### 1.1 De la présentation de la ville de Katiola au modèle conceptuel d'étude

La présentation synthétique du cadre d'étude et la mise en place d'un modèle conceptuel ont constitué les maillons d'entame de la méthodologie retenue dans cette recherche.

#### 1.1.1 Un caractère urbain essentiellement démographique et administratif

Les villes ivoiriennes, à l'exception d'Abidjan, sont marquées par un déficit d'industries. Elles doivent alors leur statut urbain au volume de population et à leur statut politico-administratif. La ville de Katiola dont la localisation est présentée par la carte 1 en est un exemple illustratif.

**Carte 1 : Localisation de la ville de Katiola**



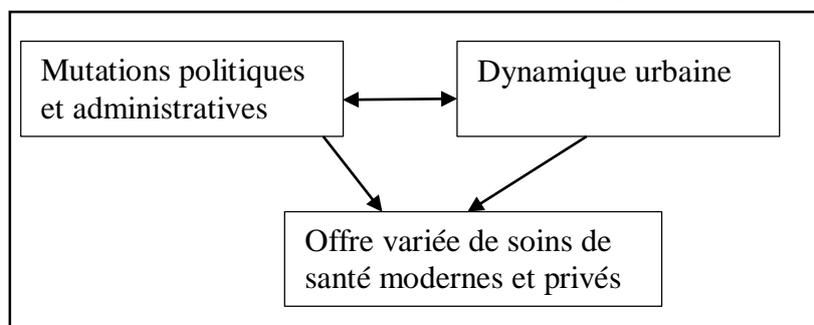
Source : BNETD, 2011 Réalisation : KRAMO Yao Valère, 2024

La ville de Katiola est comprise entre 8° 08' 15" de latitude nord, 5° 06' 07" de longitude ouest au Nord de la Côte d'Ivoire dans le district de la vallée du Bandama. Elle est le chef-lieu de la région du Hambol et chef-lieu de département depuis 1969 par la loi 69-241 du 9 janvier 1969. Le décret n°75-626 du 18 septembre 1975 portant réorganisation des départements de Katiola et de Dabakala a donné naissance à la sous-préfecture de Katiola. En 1978, la loi 78-07 du 9 janvier, institue la ville en une commune de plein exercice. Le décret 2011-263 du 28 septembre 2011a institué la région du Hambol dont la capitale est fixée à l'échelle de la ville de Katiola. Cette dynamique politico-administrative a permis à la ville de Katiola de bénéficier d'une population croissante supérieure aux normes démographiques urbaines fixées par la Côte d'Ivoire. Ainsi, depuis 1975, la localité de Katiola abrite une population supérieure à 4000 habitants. Selon les différents recensements généraux de la population et de l'habitat, le volume de la population a été estimé à 18625 habitants en 1975 pour atteindre 90 641 personnes en 2021.

### 1.1.2 Modèle systémique de l'offre de soins de santé moderne

Les sociétés africaines sont originellement attachées aux médecines traditionnelles. Cependant, les mutations socio-culturelles et économiques ont induit une introduction de la médecine moderne au sein des croyances originelles. L'offre de soins de santé modernes émane d'une interrelation entre trois indicateurs mise en relief par la figure 1.

**Figure 1 : Interaction systémique des indicateurs de l'offre de soins de santé modernes**



Source : KRAMO Yao Valère, 2024

De cette figure, il ressort que l'offre de soins de santé modernes découle de l'interaction entre les mutations politico-administratives et la dynamique urbaine. La mise en œuvre des politiques de déconcentration et de décentralisation induisent un rapprochement des services sociaux de base des populations. A cet effet, les échelons de l'administration territoriale sont dotés de centres de santé dus à leurs rangs et statut. Parallèlement, la mise en place des services administratifs s'accompagne d'un essor local. Cette expansion parfois circonscrite aux chefs-lieux d'administration déconcentrée occasionne une dynamique urbaine de ladite localité. La croissance démographique qui s'en suit, conduit à des investissements quantitatifs et qualitatifs de santé tant pour les pouvoirs publics que des initiatives privées.

## 1.2 De la collecte au traitement des données

Le recueil des données dans le cadre de cette étude a nécessité la contribution des entretiens et de l'observation directe. Les données mobilisées ont été traitées au moyen de divers supports techniques.

### 1.2.1 Une collecte de données à partir d'entretiens et de l'observation directe

Des entretiens semi-structurés et une observation directe non participante ont meublé la collecte des données. Il s'est agi d'effectuer des entretiens avec le médecin-chef du district sanitaire, un infirmier major par centre de santé et le surveillant général du centre hospitalier régional. Le contenu des entretiens a porté sur les dates de création des centres de santé, l'accessibilité potentielle et l'effectif du personnel médical par structure sanitaire.

Dans le cadre de l'observation directe qui s'est déroulée de septembre à octobre 2024, la technique retenue a consisté à localiser les centres de santé tant publics que privés. Ainsi, au moyen du logiciel OSMTRACKER, des relevés indiquant les coordonnées géographiques de chaque centre de santé, ont été enregistrés. Au cours de cette séance, des prises de vue ont été réalisées à l'aide d'un appareil photographique intégré à un téléphone portable.

## 1.2 Du choix de l'échantillon représentatif au traitement des données recueillies

### 1.2.1 Un échantillon représentatif élaboré autour d'une formule statistique appliquée à 9 quartiers

Dans cette étude, un échantillon de 09 quartiers représentatifs a été retenu. A l'échelle de ces quartiers, un échantillon représentatif a été construit. Ainsi dans le cadre de cette étude, l'échantillon des ménages a été déterminé à partir de la formule statistique selon la formule :  $n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$  avec  $n$  = taille de l'échantillon ;  $p$  = proportions des personnes qui ont recours aux structures sanitaires.  $q = 1-p$  ;  $z$  = niveau de confiance de 95% avec un risque d'erreur de 5%,  $z = 1,96$  ;  $d$  = précision voulue de 5%. Dans cette étude, la proportion des personnes qui utilisent les centres de santé, fournie par le district sanitaire, est de 24%. L'application de la formule de Schwartz indiquée ci-dessus donne :

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,24 \times (1-0,24)}{0,05^2} ; n = 280 \text{ personnes}$$

Par la suite, la détermination de la proportion de la population par quartier est donnée à travers la formule :  $\text{Proportion d'échantillon} = \frac{\text{Echantillon représentatif}}{\text{Effectif total des ménages}}$  ;

$\text{Proportion d'échantillon} = \frac{280}{6552}$  ; Proportion d'échantillon = 0,0427. Ainsi, pour obtenir le nombre de chefs de ménage par quartier, on multiplie le nombre de chefs de ménage

par la proportion obtenue. Calculons par exemple le nombre de mères interrogées au quartier Résidentiel 1.  $n = 269 \times 0,0427$  ;  $n = 11$  chefs de ménages. L'usage de cette technique de calcul a permis d'obtenir les tailles des échantillons représentatifs par quartier. Ces échantillons sont présentés par le tableau 1.

**Tableau 1 : Répartition de l'échantillon représentatif par quartier**

Quartier	Taille de la population mère	Echantillon retenu
Résidentiel 1	269	11
Résidentiel 2	171	7
Niemonkaha	640	27
Lafonkaha	1023	44
Nagnankaha	568	24
Dioulabougou	892	38
Kationon1	434	19
Konankaha 1	2120	91
Nandieplekaha	435	19
Total	6552	280

Source : INS, RGPH, 2021

La distribution des chefs de ménages retenus pour exécuter le questionnaire a été faite une approche proportionnelle au nombre de ménages par quartier. Le choix du chef de ménage dans un quartier a été opéré selon des dispositions spécifiques. D'abord, le premier ménage, porte d'entrée du quartier, est sélectionné en fonction des limites géographiques fournies par la direction régionale du ministère de la construction, du logement et de l'urbanisme associée au service technique de la mairie. Toutefois, le chef du ménage rencontré doit être praticien de la médecine moderne. Le second ménage est sélectionné sur le deuxième îlot en respectant le même critère établi. Le protocole méthodologique ainsi indiqué, a permis d'atteindre la taille de l'échantillon représentatif par quartier.

### 1.2.2 Traitement des données collectées

Les données obtenues au cours de l'enquête de terrain et de la recherche documentaire ont été transformées en supports cartographiques, graphiques et analytiques. De ce fait, le logiciel Word a servi à la saisie quand le logiciel Excel a permis de réaliser les figures. Le logiciel Qgis 2.18 a permis de réaliser les cartes.

## 2. Résultats

L'offre de soins de santé prend en compte le personnel médical, les structures sanitaires publiques et privées. Le personnel médical est établi autour des médecins, des infirmiers et des sages-femmes. Les facteurs incitatifs renvoient aux indicateurs d'utilisation des centres de santé évoqués par les populations. Les mobiles répulsifs s'apparentent aux entraves à l'usage potentiel des soins curatifs.

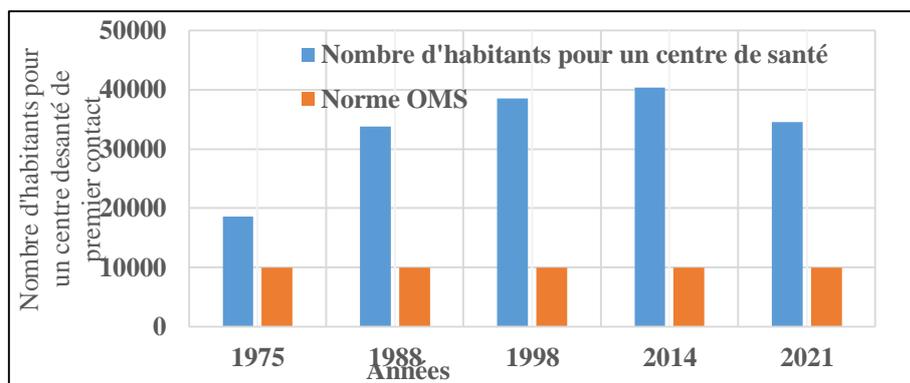
## 2.1 Un réseau sanitaire dualiste mais incomplet et insuffisant

Le réseau sanitaire de la ville de Katiola est animé par des centres de santé publics et privés.

### 2.1.1 Une couverture sanitaire publique insuffisante

Les exigences internationales en matière de couverture sanitaire recommandent un centre hospitalier régional pour 150 000 habitants, un centre de santé de premier contact pour 10000 habitants. La figure 2 montre l'évolution de la couverture de la ville de Katiola.

**Figure 1 : Evolution de la couverture sanitaire publique de 1975 à 2021**



Source : RGPH, 2021 ; District sanitaire de Katiola, 2024

La figure 2 révèle que depuis 1975, le nombre de centre de santé n'a jamais été suffisant à l'échelle de la ville de Katiola. Au fur et à mesure que les années passent, le déficit s'accroît surtout en 1998 et en 2014. De par son statut politico-administratif (chef-lieu de sous-préfecture, de département, de région), la ville de Katiola attire de nombreuses populations. Cependant, les difficultés économiques, politiques et sociales n'ont pas permis aux autorités de fournir des structures de santé en lien avec la demande exprimée. En 2021, l'écart a chuté grâce à l'implantation du centre de santé urbain de Dimbékaha au cours de la période de 2014 à 2021. Le tableau 2 renforce le caractère insuffisant de la couverture en centres de santé publics.

**Tableau 2 : Répartition de l'accessibilité potentielle par aire sanitaire en 2024**

Quartiers	Centres de santé	Volume de population desservie	Ratio noté sur 1
Gbédékaha	Centre Hospitalier Régional	27493	0,36
Dimbékaha	Centre de santé urbain de Dimbékaha	13493	0,74
Nagnankaha	Centre de protection maternelle et infantile	26763	0,37
Lafonkaha	Service de santé scolaire et universitaire	14274	0,70

Source : District sanitaire de Katiola, 2024

De ce tableau 2, il ressort que la ville de Katiola dispose de quatre centres de santé publics. Chacune des structures sanitaires couvre des volumes de populations déterminés. Ainsi le Centre Hospitalier Régional localisé à Gbédékaha couvre 27493 habitants. Les habitants couverts par la Protection Maternelle Infantile sont au nombre de 29706. Le centre de santé urbain de Dimbékaha, situé à Dimbékaha couvre une population de 13493 habitants. Le Service de Santé Scolaire et Universitaire situé à Lafonkaha couvre une population de 14274 habitants. Au regard des normes de couverture sanitaire, la ville de Katiola demeure déficitaire avec en moyenne 0,54 centre de santé pour 10 000 habitants contre 1 centre de santé pour 10 000 personnes comme norme recommandé. Cette insuffisance varie selon les aires de santé établies par le district sanitaire. Le ratio est de 0,36 à Gbédékaha et de 0,74 à Dimbékaha. Il atteint 0,37 à Nagnankaha et 0,70 à Lafonkaha. La planche photographique 1 montre la disponibilité de structures sanitaires de premier et deuxième niveau à Katiola.

**Planche 1 : Une vue du centre de santé urbain et du centre hospitalier régional**

**Photo 1 : La façade du centre de santé urbain  
soins**

**Photo 2 : Un bâtiment de  
du CHR**



*Prise de vue, KRAMO Yao Valère, Octobre 2024*

Situé au quartier Gbédékaha 2, l'hôpital Général de Katiola est composé de 10 bâtiments avec des services différents dont, le service chirurgical avec une salle d'opération, le service médecine, le service pédiatrie, les urgences et la réanimation, le service gynécologie-obstétrique, le service de maternité et l'imagerie médicale avec une salle de scanner et de radiologie. En outre, la ville dispose de centres de santé de premier contact. Baptisé sur le nom de Katia Koné, un cadre de Katiola rappelé à Dieu il y a quelques années, le Centre de Santé Urbain KATIA Koné de Dimbékaha a été construit par le conseil régional afin de permettre aux habitants du quartier Dimbékaha et ceux vivant à proximité d'avoir à portée de main un centre de santé et de ne plus parcourir de longues distances pour se soigner. Le Centre de Santé Urbain de Dimbékaha est bâti sur trois hectares et dispose d'une maternité, de salle de consultation et de bureau.

### 2.1.2 Un personnel médical suffisant

L'animation des centres de santé requiert la disponibilité de personnel médical. Dans la ville de Katiola, les prestations sanitaires publiques sont assurées essentiellement par les infirmiers, les sages-femmes et les médecins (tableau 3).

**Tableau 3 : Répartition du personnel médical par structure sanitaire en 2024**

Personnel médical	Médecin	Infirmier	Sage-femme	Total
Centre Hospitalier Régional	6	12	8	26
Protection maternelle et Infantile	1	6	3	10
Service de santé scolaire et universitaire	1	2	0	3
Centre de santé urbain de Dimbékaha	0	5	2	7
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>46</b>

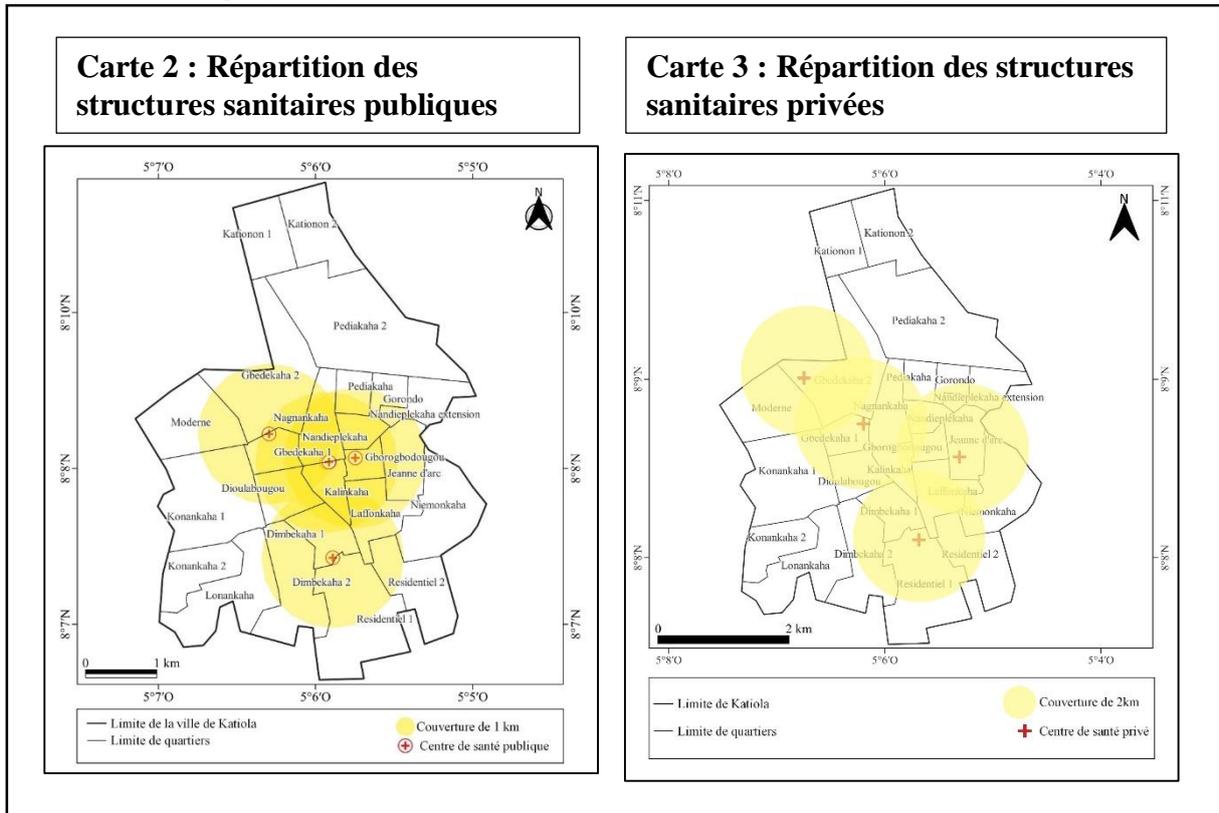
*Source : District sanitaire, Katiola, 2024*

Le tableau 3 met en évidence la répartition du personnel par structure sanitaire. Le Centre Hospitalier Régional de Katiola compte 26 agents médicaux dont 6 médecins, 12 infirmiers et 8 sages-femmes. Le centre de Protection Maternelle et Infantile par contre, regorge 10 agents médicaux dont 1 médecin, 6 infirmiers et 3 sages-femmes. Au-delà des centres de santé précédents, le Service de Santé Scolaire et Universitaire est animé par 3 agents de santé dont 1 médecin et 2 infirmiers. Le centre de santé urbain de Dimbékaha, est dépourvu de médecins mais il est animé par 5 infirmiers et 2 sages-femmes. Ces unités de dispensations répondent aux normes internationales de 10 000 habitants pour un médecin et un infirmier pour 5000 habitants.

### 2.1.2 Des inégalités spatiales induites par l'offre de structures sanitaires publiques et privées

L'implantation des différentes structures sanitaires dégage des inégalités spatiales illustrées par la planche cartographique 1.

**Planche cartographique 1 : Localisation des centres de santé publics et privés**



Source : BNETD, 2011 Réalisation : KRAMO Yao Valère, 2024

La planche cartographique présente l’emprise spatiale des centres de santé publics et privés. La carte 2 révèle que les centres de santé publics sont implantés dans un rayon d’un kilomètre au niveau du noyau urbain et du centre-ville. Les habitants des quartiers situés au Nord et Sud-Ouest doivent parcourir plus d’un kilomètre pour accéder au centre de santé le plus proche. L’éloignement des populations d’un centre de santé le plus proche est plus prononcé au Nord de la ville car cette partie constitue un front dynamique d’urbanisation. La carte 3 révèle que les centres de santé privés sont regroupés dans un rayon de 2 kilomètres. Leur répartition est calquée sur la distribution spatiale des centres de santé publics. Ainsi les quartiers situés au Nord et au Sud-Ouest sont insuffisamment couverts en structures sanitaires privées. Cette logique de positionnement géographique des centres de santé privés renvoie à la logique de recherche d’une clientèle potentielle. Le centre de la ville est régulièrement fréquenté, le noyau urbain est densément peuplé d’une part et la proximité des centres de santé publics permet de recueillir des patients non satisfaits par l’offre étatique de santé d’autre part. La planche photographique 2 suivante montre une typologie de centres de santé privés.

## Planche photographique 2 : Une vue de structures sanitaires privées de la ville de Katiola

**Photo 3 : Dispensaire Baptiste à Gbédékaha**



**Photo 4 : Clinique Kakoumani à Pédiakaha**



Prise de vue, KRAMO Yao Valère, 2024

Sur la photo 3 il est observé le Dispensaire Baptiste, situé au quartier Gbédékaha 2 de Katiola. Sur la photo 4 s'observe la Clinique Kakoumani, situé au quartier Pédiakaha. Ces deux centres de santé privés sont des preuves qu'au-delà des centres de santé publique, de divers centres privés de santé ont été mis en place pour répondre aux besoins sanitaires des malades et assurer la santé de la population de Katiola

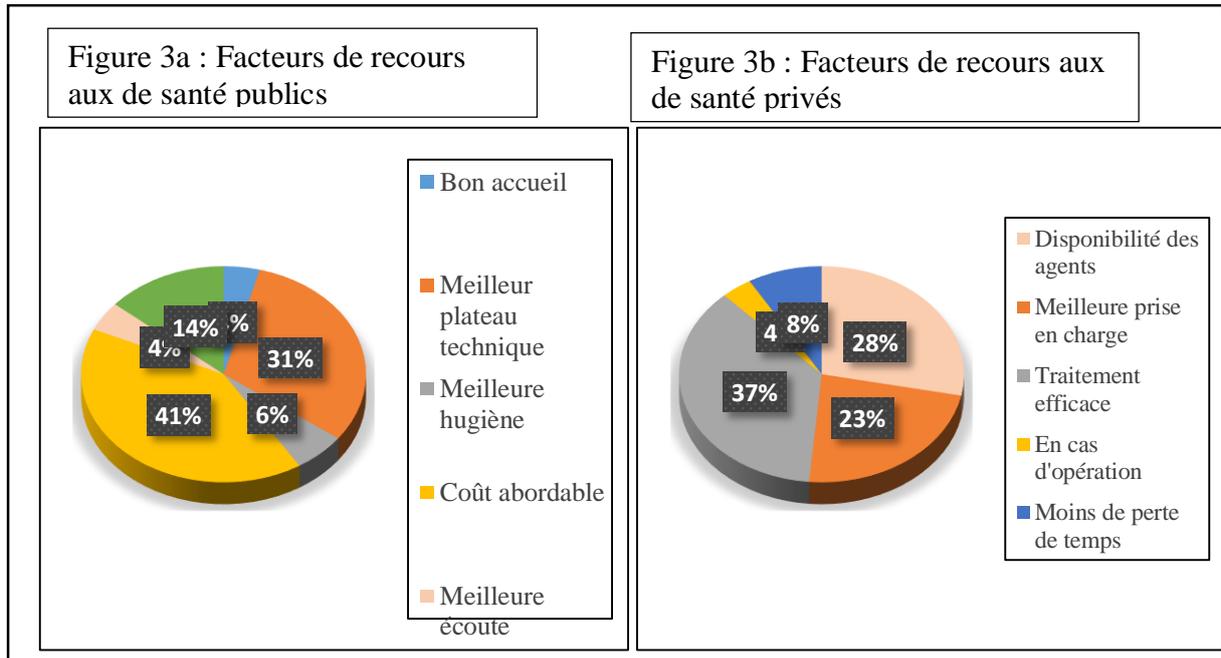
### 2.2 Des facteurs de recours et de renoncement différenciés

Le système de santé ivoirien est composé de centres de santé publics et de structures sanitaires privées. Le recours à chacun des types de soins de santé repose sur des mobiles diversifiés.

#### 2.2.1 Des facteurs de recours aux structures sanitaires publiques et privées accrochés respectivement au coût et au plateau technique

Les recours aux soins de santé sont parfois contrariés par des perceptions populaires. Les populations sollicitent les soins biomédicaux à l'échelle des services publics pour divers motifs évoqués par la figure 3.

**Figure 3 : Distribution des facteurs de recours aux centres de santé publics**



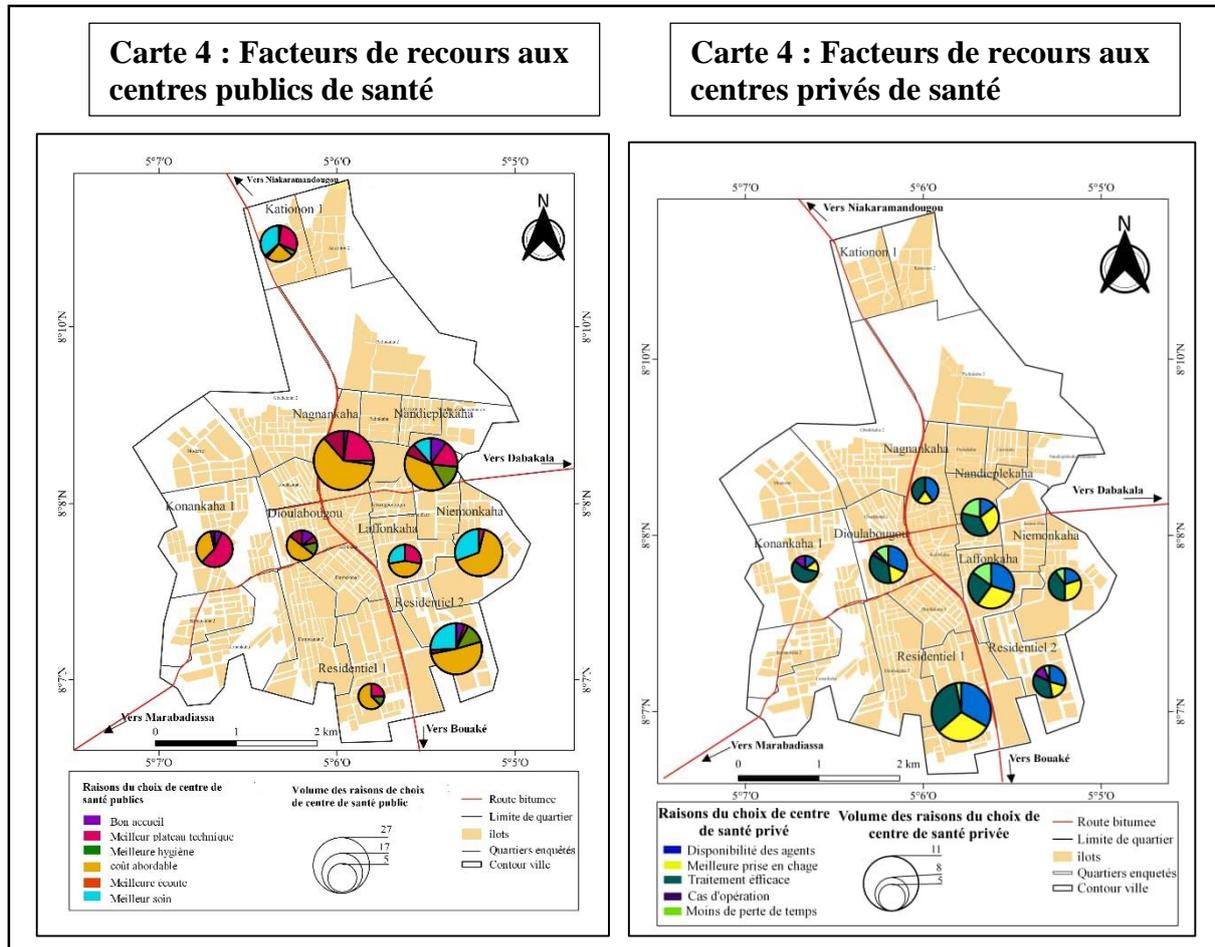
Source : Enquête de terrain, 2024

De cette figure 3a, il ressort que les arguments qui fondent l'utilisation et la fréquentation des centres de santé publics restent dominés par le coût jugé abordable des frais de soins. Ce déterminant absorbe 41% des avis recueillis. A ces facteurs s'ajoutent une autre raison notamment le meilleur plateau technique (31%). Cette proportion recule à 13% au niveau de la qualité meilleure de soins pour chuter à 6% pour la meilleure hygiène, à 5% dans le cadre de la meilleure écoute puis à 4% pour le bon accueil. Le coût abordable s'avère prépondérant du fait de la comparaison entre les frais d'hospitalisation au privé (15 mille FCFA en moyenne contre 3000 FCFA à 5000 FCFA au public). Le meilleur plateau technique résulte du niveau de médicalisations supérieures à celui des infirmeries et surtout la densité des ressources sanitaires au centre hospitalier régional et au centre de protection maternelle et infantile.

La figure 3b met en évidence les facteurs de sollicitation des structures sanitaires privées. Pour 37% des avis recueillis, le traitement efficace les pousse vers les centres de santé privés. Il s'agit d'expérience vécue dont l'aboutissement a donné une guérison totale. Selon 28% des cas, les agents privés de santé sont toujours disponibles. Cela facilite les consultations à tout moment. Par moment, la meilleure prise en charge évoquée à 23% constitue également un motif de présence en structure sanitaire privée en cas de maladie. Ces facteurs sont la qualité de l'hygiène, le caractère attentif des agents de santé, le contrôle régulier et l'assistance. Au demeurant, les centres de santé privés se caractérisent par la promptitude dans la réception des malades. Cette dimension est indiquée par 4% des personnes interrogées comme motif de recours aux

services de santé privés. Les réalités évoquées varient d'un quartier à un autre (planche cartographique 2).

**Planche cartographique 2 : Variation des facteurs de recours aux structures sanitaires publiques et privées selon les quartiers enquêtés**



Source : BNETD, 2011 Réalisation : KRAMO Yao Valère, 2024

La carte 3 révèle que certains chefs de ménages ont recours aux structures sanitaires publiques en raison des coûts abordables. Ils sont en grand nombre au quartier Nagnankaha (65%), Résidentiel 2 (63%), Niémonkaha (51%), Konankaha (50%), Katiouon (44%), Lafonkaha (35%), Résidentiel 1 (33%) et Nandiéplékaha (33%) alors qu'au quartier Dioulabougou (19%), ils ne représentent qu'une faible proportion. Le meilleur plateau technique est aussi pour des chefs de ménages, un facteur de recours aux structures sanitaires publiques. Ces derniers sont en grand effectif au quartier Katiouon (47%), Nandiéplékaha (46%), Dioulabougou (44%), Résidentiel 1 (40%), Konankaha (37%), Résidentiel 2 (25%) et en faible effectif au quartier Nagnankaha (4%) et Niémonkaha (3%). Peu sont les chefs de ménages qui ont recours aux centres de santé publics pour des raisons de meilleur accueil. On les retrouve au Résidentiel 1 (9%), Lafonkaha (8%), Katiouon (6%), Niémonkaha (5%), Konankaha (2%) et Dioulabougou (2%). Pour certains chefs de ménages identifiés au quartier Konankaha (9%), Résidentiel 1 (9%), Lafonkaha (7%), Dioulabougou (2%) et Niémonkaha (2%), la

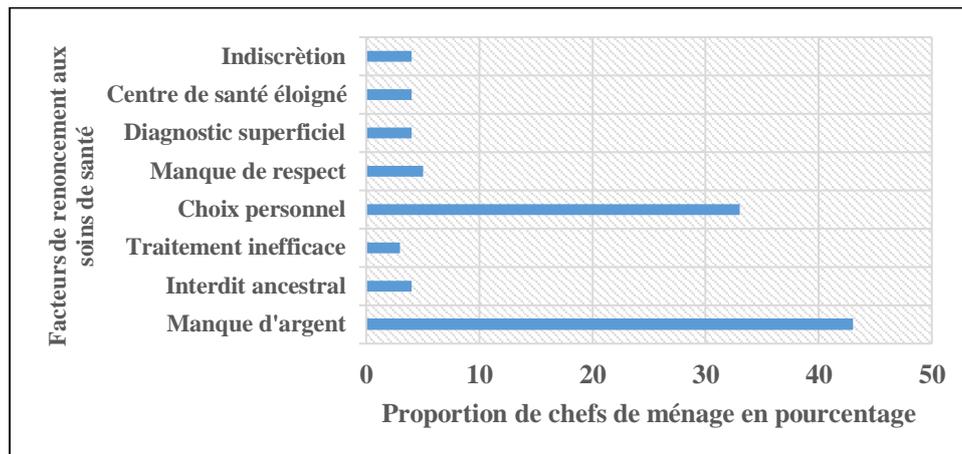
meilleure écoute explique leurs présences dans les centres de santé publics. D'autres par contre attestent que les meilleurs soins constituent pour eux des facteurs de recours aux centres de santé publics. Ils sont aperçus à Nagnankaha (31%), Dioulabougou (29%), Niémonkaha (26%) et Nandiéplékaha (21%). L'hygiène constitue également un facteur de recours aux centres de santé publics au quartier Niémonkaha (13%), Lafonkaha (13%), Résidentiel2 (12%) et une faible dominance de ceux-ci au quartier Résidentiel1 (9%), Dioulabougou (4%) et Konankaha (2%).

La carte 4 met indique que certains chefs de ménages ont recours aux structures sanitaires privées en raison de la disponibilité des agents. Ces chefs de ménages sont au quartier Nagnankaha (40%), Résidentiel1 (33%), Dioulabougou (32%), Lafonkaha (30%), Résidentiel 2 (29%) et Niémonkaha (20%) alors qu'au quartier Konankaha (14%) et Nandiéplékaha (14%) ils ne représentent qu'une faible proportion. La meilleure prise en charge est aussi pour des chefs de ménages, un facteur de recours aux structures sanitaires privées. Ces derniers sont en grand effectif au quartier Résidentiel1 (30%), Lafonkaha (30%), Niémonkaha (30%), Nandiéplékaha (29%), Nagnankaha (20%) et en faible effectif au quartier Résidentiel 2 (17%), Dioulabougou (16%) et Konankaha (14%). Peu sont les chefs de ménages qui ont recours aux centres de santé privés pour des raisons de moins de perte de temps. On les retrouve à Nandiéplékaha (21%), Lafonkaha (15%), Dioulabougou (12%), Niémonkaha (10%), Résidentiel 2 (7%) et Résidentiel1 (4%). Certains chefs de ménages attestent que le traitement efficace constitue pour eux des facteurs de recours aux centres de santé privés. Ils sont aperçus à Konankaha (57%), Niémonkaha (40%), Nagnankaha (40%), Dioulabougou (36%), Nandiéplékaha (36%), Résidentiel2 (35%), Résidentiel1 (33%) et Lafonkaha (25%). L'opération constitue aussi un facteur de recours aux centres de santé privés au quartier Konankaha (15%) et Résidentiel2 (12%) et une faible dominance de ceux-ci au quartier Dioulabougou (4%).

### *2.2.3 Des facteurs de refus de soins prédominés par des pesanteurs financières*

Des pesanteurs socio-culturelles et économiques, des pratiques médicales et la localisation des centres de santé entraînent un renoncement aux soins de santé. La figure 4 révèle les avis recueillis dans le cadre de cette étude.

**Figure 4 : Distribution des facteurs de non recours à la médecine moderne**



Source Enquête de terrain, 2024

La figure 4 montre une distribution inégale des facteurs de renoncement aux soins de santé biomédicaux. Parmi les raisons évoquées les difficultés financières prédominent. Elles sont mises en avant par 43% des chefs de ménages interrogés. La dimension financière du renoncement aux soins provient de l'absence de planification des dépenses de santé et de la restriction des ressources budgétaires des ménages. Ainsi le poids écrasant des dépenses multiples empêche parfois le chef de ménage de prendre en charge les frais de santé des membres de sa famille. La coïncidence entre la période de difficulté financière et l'apparition de la maladie contraint parfois au renoncement des soins de santé. Souvent, le refus de s'administrer des soins de santé découle d'une approche volontaire. Dans cette étude, 33% des chefs de ménages refusent de recourir aux centres de centre de manière volontaire. Aussi le comportement de certains agents de santé constitue un facteur de non recours aux centres de santé. Le résultat obtenu révèle que 5% des chefs de ménages interrogés reprochent ce comportement irrespectueux des agents de santé. Cette proportion est le même perçu au niveau de l'indiscrétion des agents de santé, du diagnostic superficiel, de l'éloignement des centres de santé et des interdits ancestraux. Ces différents facteurs témoignent de la diversité des barrières à l'accès aux centres de santé dominées par le critère financier. Cependant les prescriptions médicales ne répondent toujours pas à la maladie et la guérison s'avère lente ou inexistante. Cette dimension de soins pousse 3% des chefs de ménages interrogés à s'abstenir de prescription médicale. Les raisons évoquées varient d'un quartier à un autre (tableau 4).

**Tableau 4 : Répartition des chefs de ménages en fonction des facteurs de refus d'accès aux centres de santé**

	manque d'argent	interdit ancestral	centre de santé éloigné	diagnostic superficiel	un choix personnel	traitement souvent inefficace	indiscrétion	manque de respect du personnel
Konankaha 1	20	5	0	3	19	0	5	5
Résidentiel 1	2	0	0	1	1	0	1	1
Résidentiel 2	0	0	0	1	1	0	2	2
Kationon 1	16	0	7	0	2	0	0	0
Lafonkaha	6	1	0	1	13	0	0	0
Dioulabougou	7	1	1	0	4	5	0	0
Niémonkaha	5	0	0	1	6	0	0	0
Nandiéplékaha	14	1	0	0	10	0	0	0
Nagnankaha	9	0	0	0	4	0	0	1

Source : BNETD, 2011 Réalisation : KRAMO Yao Valère, 2024

Le tableau 4 montre la répartition des chefs de ménages en fonction des facteurs de refus d'accès aux centres de santé. Parmi les raisons évoquées par les chefs de ménages, les difficultés financières prédominent avec 64% à Kationon, 64% à Nagnankaha, 56% à Nandiéplékaha, 42% Niémonkaha, 39% à Dioulabougou, 35% à Konankaha, et 32% au Résidentiel1. Le refus de certains chefs de ménages de fréquenter les centres de santé publics découle parfois d'une approche volontaire. Dans cette étude, le quartier Lafonkaha (62%), Niémonkaha (50%), Nandiéplékaha (40%), Konankaha (33%) et Nagnankaha (29%) couvrent une forte proportion de chefs de ménages refusant de manière volontaire de recourir aux centres de santé publics. Au quartier Résidentiel 1 (17%) et à Kationon (8%) réside une faible proportion de ces derniers. Le comportement irrespectueux de certains agents de santé et leur indiscrétion constituent des facteurs de non recours aux centres de santé pour certains chefs de ménages. Une forte proportion de chefs de ménage habitant le quartier Résidentiel 2 (33%) attestent ne pas recourir aux centres de santé publics en raison du comportement irrespectueux des agents de santé et de leur indiscrétion. Les chefs de ménages interrogés au quartier Résidentiel 2 (33%) et Résidentiel1 (17%) identifient les mêmes facteurs. L'inefficacité des traitements des centres publics de santé est un facteur souligné par certains chefs de ménages identifiés au quartier Dioulabougou (29%). Le diagnostic superficiel est aussi évoqué par certains chefs de ménage comme un facteur de non recours aux centres de santé publics. Ces derniers se perçoivent au Résidentiel 1 (17%), Résidentiel2 (17%) et Konankaha (5%). A ces facteurs, s'ajoute la distance qui constitue pour les habitants de Kationon (28%) un mobile de non recours aux centres de santé publics. Le quartier Konankaha (9%), Lafonkaha (5%), Dioulabougou (5%) et Nandiéplékaha (4%) regorgent une faible proportion de chefs de ménage qui attestent éviter de fréquenter les centres de santé publics pour des raisons d'interdiction ancestrale.

### **3. DISCUSSION**

L'étude a révélé des inégalités spatiales de couverture sanitaire. Elle a mis en relief des indicateurs de recours variés et des pesanteurs d'utilisation des services de santé dominées par les difficultés financières.

#### ***3.1 Des inégalités spatiales induites par la répartition des structures sanitaires***

L'étude a révélé que les structures sanitaires publiques et privées de la ville de Katiola se localisent au niveau du noyau urbain et du centre-ville. Cette répartition crée des inégalités spatiales au détriment des quartiers péricentraux et des fronts urbains. La primauté des quartiers centraux dans la localisation des centres de santé est partagée par F. L. P. PONE (2018, p.13). L'auteure indique qu'à l'échelle de la ville de Bouaké, en dépit d'une dynamique spatiale urbaine, les structures sanitaires demeurent concentrées au niveau du centre-ville. La mise en place des centres médicaux s'est faite au profit des quartiers centraux. Cette tendance planificatrice est corroborée par D. KASSIE (2015, p.93). L'étude menée par l'auteur au niveau du territoire urbain de Bobo-dioulasso, montre que le rythme d'évolution des structures sanitaires n'a pas suivi la croissance de la ville. Il en résulte des marges urbaines mal desservies en soins de santé. De même, se dégage une inégale répartition des équipements sanitaires entre le centre et une périphérie en expansion de la ville d'Alger (V. GONTA EZAANE, 2023, p.13). En revanche, les résultats produits par C.A. KOBENAN (2022, p.83) traduisent une concentration des établissements privés de santé dans les quartiers périphériques dans la commune d'Abobo. Une situation similaire est également observée à Ouagadougou (A. NIKIEMA *et al*, 2018, p.12). Selon ces auteurs, le secteur privé de santé est plus dense en périphérie que dans le centre-ville. Parfois, les structures sanitaires sont dispersées (T. MEDJADJ et G. BAUELLE, 2022, p.198). Pour ces auteurs, l'armature sanitaire privée d'Alger se caractérise des cliniques et des polycliniques se trouvent au centre, sur la côte et les communs périphériques en plus de leur concentration au centre-ville.

#### ***3.2 Des facteurs incitatifs d'incitation de recours à la médecine moderne***

L'étude a révélé que le recours aux structures sanitaires est motivé par une diversité de facteurs dominés par le coût abordable et l'efficacité des soins, la disponibilité des agents. Le coût abordable des soins comme facteur d'utilisation des services de santé est mis en évidence par M. ADASKOU *et al* (2021, p.71-72). Les résultats fournis par ces auteurs montrent que, plus le montant déboursé par les individus est faible, plus la demande en soins médicaux est importante. Dans des situations non identiques, le choix des structures sanitaires est guidé par la proximité car le coût du transport est réduit ou supprimé (H. JAAFAR, 2020, p.178). Au-delà de la réduction de la distance, la qualité des soins explique aussi le recours aux structures sanitaires (M.

MUNYAMAHORO et J. NTAGANIRA, 2012, p.29). Cet indicateur décelé au Maroc est remis en cause par S. CISSE (2018, p.24). L'auteur est parvenu à révéler qu'au Mali, la disponibilité des ressources sanitaires constitue un facteur favorisant pour faciliter l'utilisation des ressources de santé. La variation des facteurs de recours aux soins de santé s'étend à la confiance, à l'acceptabilité et à la reconnaissance du risque en Afrique subsaharienne (E. ROBERT et al, 2015, p.38).

### ***3.3 Des facteurs de renoncement des soins de santé dominés par des raisons financières***

Le renoncement aux soins de santé est sujet à une multiplicité de facteurs. Parmi ces raisons, figurent les difficultés financières. Celles-ci intègrent les indicateurs de précarité. La précarité financière entraîne alors un abandon des soins de santé. Ainsi, l'effet de la précarité sur le renoncement montre un gradient particulièrement fort (P. DOURGNON *et al*, 2012, p.138). Il existe de ce fait une forte corrélation entre le renoncement aux soins de santé et les difficultés financières. Dès lors, les populations pauvres qui font face à des difficultés financières rechignent à s'offrir des soins de santé en cas de maladie. Le déterminant financier justificatif du renoncement aux soins de santé est également soutenu par C. DESPRES *et al* (2011, p.2). Selon ces auteurs, 15,4 % de la population française âgée de 18 ans et ont déclaré dans une étude, avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. De cette étude, il ressort que la capacité financière des populations demeure un facteur discriminant de la propension des personnes humaines à solliciter un soin de santé en cas d'apparition d'un épisode morbide.

Dans une étude menée en France, il a été démontré que plus de 10 % des étudiants ont renoncé à consulter un médecin pour raisons financière (M. CASTRY et al, 2019, p.469). Les difficultés financières ont constitué un frein à avancer les frais des consultations quand ils ne peuvent bénéficier du tiers payant. Le facteur financement source d'abandon des soins de santé a été mis en avant également par V. MAGALI et al (2016, p.24). Dans une étude conduite en France dans la localité d'Auvergne, les résultats révèlent que l'abandon des soins chez un médecin généraliste, un dentiste ou un ophtalmologiste, découle des raisons financières. La vulnérabilité financière est issue en général des revenus des populations. De ce fait, le niveau de revenus moyen mensuel ou annuel joue un rôle significatif dans l'incapacité des populations à solliciter les services des structures sanitaires en cas de maladie. Cette situation est mise en évidence par D. M. CARLOS *et al* (2022, p.7). Ces auteurs ont montré que la prévalence du renoncement aux soins de santé varie en fonction du niveau de revenus de manière contrastée. Il découle des résultats que plus le niveau de revenus est faible, plus la prévalence du renoncement aux soins de santé est faible. La médecine moderne est souvent trop chère (I.K. BALAGIZI, 2015, p.3). De cette approche, il ressort que la

capacité de mobilisation de ressources financières des populations face aux exigences de numéraire induites par une maladie se trouve insuffisante.

Le refus aux soins de santé est également lié à la variation des revenus financiers des populations (T-M. RUDOLF et M. ÖHM, 2021, p.22). À travers une étude menée en Afrique occidentale, il a été révélé qu'au Sénégal, au Kenya, au Bénin et en Côte d'Ivoire, le recours aux soins médicaux augmente à mesure que les revenus augmentent. Au-delà de la question financière, le manque de temps, le caractère non douloureux ou non urgent, motivent le non recours aux centres de santé (F. HENSCHEN, 2018, p.33). Toutefois, le temps d'attente plus long dans les établissements de santé et le manque de confiance dans les services médicaux sont les facteurs les plus souvent évoqués M. MBONI *et al* (2023, p7). Selon T.L.L. FORZY *et al*, (2021, p.44), des chefs de ménages refusent d'accéder aux centres de santé en raison de leurs vécus. Également, les enseignements religieux obligent des populations à renoncer aux centres de santé (C.A. AGBON *et al*, 2021, p.14).

### **Conclusion**

Les pouvoirs étatiques en Côte d'Ivoire mettent en des stratégies incitatives à l'utilisation des centres de santé publics. Cependant, les populations sollicitent également les structures sanitaires privées. À l'échelle de la ville de Katiola, une variété de centres de santé publics et privés coexiste. Les structures sanitaires publiques inégalement réparties sont insuffisantes au regard des normes de couverture nationale. Il ressort que les perceptions relatives aux pratiques sanitaires constituent des mobiles significatifs de recours aux centres de santé publics. La disponibilité des agents, l'efficacité des soins expliquent la sollicitation des structures sanitaires privées. La combinaison des deux types de centres de santé s'inscrit dans une logique de recherche de guérison. La prédominance de la variable financière comme principal facteur de renoncement aux soins de santé permet de confirmer l'hypothèse de départ. Au-demeurant, le fonctionnement des structures sanitaires privées doit subir une attention particulière pour un meilleur suivi médical des patients.

### **Références bibliographiques**

ADASKOU Mohamed, HOUMAN Idriss et ONBOUH Hassan, 2021, « Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques », in *International Journal of Accounting Finance, Auditing, Management and Economics*, volume 2, numéro 3, pp.66-85

AGBON Apollinaire Cyriaque, SINGBO Celarie Cédé et CHAFFA Abiola Sylvestre, 2021, « Analyse spatiale de la répartition et de l'accès aux infrastructures sanitaires dans la commune de Evrankou au Sud-Est du Bénin », in *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, volume 4, numéro 8, pp.3-18

AIT GOUGAM Zahoua et CHEKDHIDH Dehbia, 2020, *La prise en charge de la maladie chronique rénale au sein d'un établissement hospitalier public : cas CHU Tizi-Ouzou*, Mémoire de Master en sciences économiques, Université Mouloud Mammari de Tizi-Ouzou, 121 p.

CARLOS de Mestral, DUSAN Petrovic, KAILING Marcus, RICHARD Dubos, IDRIS Guessous, STRINGHINI Silvia, 2022, *Renoncement aux soins de santé en Suisse. Prévalence, déterminants et conséquences*, Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique, Berne, 16 p.

CASTRY Mathieu Castry, WITTEWER Jérôme, MONTAGNI Ilaria, TZOURIO Christophe, 2019, « Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share », in *trente-neuvième journée des économistes français, de la santé*, pp.467-488.

CISSE Siaka, 2018, *Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capacités : le cas du Mali*, thèse de doctorat en sciences de la société à l'Université de Genève, 304 p.

DOURGNON Paul, JUSOT Florence et FANTIN Romain, 2012, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique/Public economics* <http://journals.openedition.org/economiepublique>, 28-29, pp. 143-147

DESPRES Caroline, DOURGNONA Paul, FANTIN Romain, JUSOT Florence, 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », in *Questions d'économie et de la santé* (IRDES), 6 p.

EZAANE GONTA Vanessa, 2023, *Analyse des inégalités d'accès aux soins dans une situation de désert médical à Yaoundé*, Mémoire de Master en santé publique, Université de Yaoundé, 77 p.

FORZY Loïcka Lou Titli, MORGANE Carpezat et CLAIRE Verdier, 2021, « Accès aux soins et pratiques de recours, Etude sur le vécu des patients », *les dossiers de la DREES* n° 77, Paris, 66 p.

HENSCHEN Frédérique, 2018, *Motifs de renoncement aux soins dentaires, étude menée au centre d'examen de santé et de médecine préventive de Moselle*, thèse de doctorat en médecine, université de Lorraine, 84 p.

JAAFAR Heickel, 2020, *Evaluation de la couverture sanitaire universelle (CSU), sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc*, thèse de doctorat en sciences économiques, Université Sorbonne Nord, 488 p.

KASSIE Daouda, 2015, Segmentations urbaines et disparités de santé dans une ville moyenne africaine : du paludisme aux états nutritionnels de Bobo-dioulasso (Burkina-faso), thèse de doctorat en géographie de la santé, université de Paris Ouest, 470 p.

KOBEANAN Appoh Charlesbor, 2022, Expansion urbaine et couverture en structures sanitaires dans la commune d'Abobo, in *Revue des Sciences Sociales et de Santé Publique*, volume 4, numéro 1, pp.77-87.

MAGALI Venzac, VAISSADE Laure, MAQUINGHEN Sylvie, 2016, *Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne*, rapport d'activités, ORS, Auvergne, 49 p.

MBONI Manya Henry, TSHIKONGO Kabamba Arsène, CHIRUBAGULA Bashige Valentin, SHAKALENGA Mutombo Cedrick, SHAKALENGA Mutombo, KANYEGERE Mutula Arsène, RUGEMA Byakujoga Bontemps, MUSHOBEKWA Stay Saili, AKIBA Bushobole Derrick, RSUSATI Mihuhi Nicolas, 2023, « Evaluation des pratiques de l'automédication et leurs caractéristiques auprès des étudiants d'Uvira en République Démocratique du Congo » in *Medical journal*, <https://www.researchgate.net/publication/371069541>, 18 p.

MUNYAMAHORO Moses et NTAGANIRA Joseph, 2012, « Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubayu », in *Revue médicale rwandaise*, volume 69, numéro 1, pp.24-31

MEDJADJ Tarek et BAUDELLE Guy, 2022, « La répartition spatiale des établissements de santé et leur incidence sur les inégalités d'accès aux soins à Alger », in *Bulletin de la société géographique de Liège*, pp.193-207

Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2023, *Cartographie des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire*, Rapport de la Banque Mondiale, Abidjan, 94 p.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2016, *Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins de santé en Côte d'Ivoire*, Abidjan, 68 p.

NIKIEMA Aude, OUEDRAOGO Issiaka et KYELEM Claude, 2018, « Distribution spatiale de l'offre de soins en milieu urbain : quel impact de l'urbanisation ? » in *Centre national de recherche scientifique et technologique, Territoires d'Afrique*, numéro 10, pp.4-17.

PONE Paliouo Lou Fidèle, 2018, « Dynamique spatiale et évolution des structures sanitaires à Bouaflé », in *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, volume 1, numéro 1, pp.1-14.

ROBERT Emilie, SAMB Oumar Malla, MARCHAL Bruno, RIDDE Valery, 2015, « Recours aux soins de santé gratuits en Afrique subsaharienne », in *Cahiers Réalisme, recherches appliquées interventionnelles en santé et équité*, numéro 1, 61 p.

SALAH Bouirbiten, SALIMA Salhi et Wafa Benhsain, 2023, « Accès aux soins de santé : freins, défis et exigences d'équité territoriale. Le cas de la province d'Al Haouz, Maroc », in *Géographes*, volume 3, numéro 37, pp.236-258.