

Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes



RIGES

ISSN: 2521-2125

Numéro 6

Juin 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

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 questions environnementales, urbaines, rurales, sanitaires, touristiques 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, 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

<p>FAYE Cheikh Ahmed Tidiane, SOW Seydou Alassane, SY Amadou Abou, NIANG Souleymane, DIOP Khalifa, Boubou Aldiouma SY</p> <p>Analyse des caractéristiques morpho-sédimentaires du complexe laguno-estuarien de la somone (Petite du côte Sénégal)</p>	7
<p>BAWA Dangniso, BANASSIM Tchilabalo, AFO Bidjo, GNONGBO Tak Youssif</p> <p>Erosion hydrique dans le quartier d'Adidigomè-Avatamè à Lomé : quelles mesures d'aménagement pour une gestion durable ?</p>	24
<p>KOUAME Konan Roland, Pauline Agoh DIBI KANGAH, KOLI BI Zuéli</p> <p>Perceptions de la variabilité climatique et de ses effets par les populations rurales du centre-est de la Côte d'Ivoire</p>	47
<p>Isidore YOLOU, Ibouraima YABI, Kondé DJOBO, Faustin Cakpo DOSSOU, Jacob Afouda YABI, Fulgence AFOUDA</p> <p>Agroforesterie à base de <i>elaeis guineensis</i> en tant qu'option du développement durable dans la commune de Cove (sud-est du Bénin) : possibilités, pratiques et limites</p>	69
<p>N'kpmé Styvince KOUAO, Della André ALLA</p> <p>Les déterminants environnementaux de l'essor de la culture de l'anacarde dans les sous-préfectures de Diabo, Botro et Bodokro (Centre de la Côte d'Ivoire)</p>	90
<p>ZRAN Gonkanou Marius</p> <p>Gestion des baies en lagune Aby et développement durable des pêches à Adiaké (sud-est de la Côte d'Ivoire)</p>	110
<p>SIBY Mory, COULIBALY Sina</p> <p>Stratégies d'adaptation des pêcheurs à l'insuffisance de la production halieutique dans l'espace fluvial du cercle de kati (région de Koulikoro) au Mali</p>	125
<p>KADOUZA Padabô</p> <p>Appui à la production et à la commercialisation du riz de bas-fonds par l'entreprise de services et organisation des producteurs (esop) dans la préfecture de Sotouboua au Centre-Togo (2004-2018): une dynamique brisée ?</p>	139

<p>ALOKO-N'GUESSAN Jérôme, ANE Salé, N'GUESSAN Kouassi Fulgence</p> <p>Analyse de l'impact agricole du déclin du binôme café-cacao sur la région du Moronou (Côte d'Ivoire)</p>	155
<p>YOUAN Louis Gerson, GNAMBA-Yao Jean-Baptiste, ALOKO N'Guessan Jérôme</p> <p>La cacaoculture et le développement socio-économique du département de Duekoué</p>	179
<p>Daniel SAIDOU BOGNO, Valentin ZOUYANE</p> <p>Impact socio- économique de la commercialisation du charbon de bois dans la périphérie ouest du parc national de la Bénoué (Nord Cameroun)</p>	194
<p>KARIDIOULA Logbon, ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure</p> <p>Contraintes et précarités dans l'accès à l'eau potable dans le département de Dabakala (Côte d'Ivoire)</p>	216
<p>KOUIYE Gabin Jules</p> <p>Le politique face aux difficultés d'accès à l'eau potable dans les trois communes de N'gaoundéré (Cameroun)</p>	236
<p>Vincent HOUSSEINI, Valentin ZOUYANE, Bernard GONNE</p> <p>Distribution des produits pétroliers et dégradation de l'environnement à N'gaoundéré (Nord-Cameroun)</p>	250
<p>NASSI Karl Martial, MAWUSSI Ayité Claude, MAGNON Zountchégbé Yves</p> <p>Espace frontalier Sanvee-Kondji-Hillacondji (Togo-Bénin) : entre entrave à la libre circulation et contrebande</p>	269
<p>DEGUI Jean-Luc, KOUADIO Kouakou Abraham, ESSAN Kodja Valentin, ALOKO-N'GUESSAN Jérôme</p> <p>Diagnostic de l'offre touristique dans la région du sud-est de la côte d'ivoire : cas des départements de Grand-Bassam et d'Adiaké</p>	283
<p>TOURE Souleymane, KOFFI Yao Jean Julius</p> <p>La "durabilité sociale" contrariée par l'insuffisance d'eau potable dans les villages de la région de Gbêkê (centre de la Côte d'Ivoire)</p>	305

<p>KOUASSI Yao Frédéric</p> <p>Habitat rural et couverture sanitaire dans la Sous-préfecture de Bouaflé (centre-ouest de la Côte d'Ivoire) : conséquences pour l'accessibilité aux soins</p>	325
<p>Yéboué Kassé N'DRI, Péga TUO, Kouassi Paul ANOH</p> <p>Accès aux infrastructures sanitaires dans la commune de Tiébissou (centre de la Côte d'Ivoire)</p>	347
<p>Salifou SANOGO</p> <p>Logiques paysannes d'exploitation des bas-fonds dans la commune rurale de Bilanga (région est du Burkina Faso)</p>	370
<p>DIALLO Issoufou, ASSUE Yao Jean-Aimé</p> <p>Essor des établissements d'enseignement secondaire privé et précarité dans les établissements d'enseignement secondaire public dans la région de la Marahoué</p>	391
<p>KOUADIO N'Guessan Roger Carmel, KOUAME Yao Alexis, Koffi Guy Roger Yoboué, KOUASSI Konan</p> <p>Pesanteurs spatio-behavioristes de l'occurrence des accidents routiers sur le transect Bouaké-Yamoussoukro</p>	410
<p>KITHENI Bamba, BRENOUM Kouakou David, ATTA Koffi</p> <p>L'impact de la crise politico-militaire sur les équipements et la participation des populations à la gestion de la commune de Bouaké</p>	426
<p>Djarsoumna KAÏNARAMSOU, Michel TCHOTSOUA</p> <p>Activités anthropiques sur les Mayos et risques environnementaux dans la ville de Maroua (extrême-nord Cameroun)</p>	444
<p>YEO Watagaman Paul, KOUAME Dhédé Paul Eric, DJAKO Arsène</p> <p>Les facteurs de l'essor de la culture de l'anacarde dans la zone dense de Korhogo (Nord de la Côte d'Ivoire)</p>	460
<p>KAMELAN Kouacou Hermance-Starlin, Kakou Geoffroy André, TAPE Achille Roger, KOUASSI Konan</p> <p>Les activités de la restauration populaire et dégradation de l'environnement urbain à Bouaké</p>	476

ACCES AUX INFRASTRUCTURES SANITAIRES DANS LA COMMUNE DE TIEBISSOU (CENTRE DE LA COTE D'IVOIRE)

Yéboué Kassé N'DRI, Doctorante, E-mail : kassendri1@gmail.com,

Péga TUO, Maître-Assistant, E-mail : pega12007@yahoo.fr,

Kouassi Paul ANOH, Professeur Titulaire, E-mail : anohpaul@yahoo.fr,
Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Résumé

L'accès aux infrastructures sanitaires reste une préoccupation pour les populations des pays en développement. Dans la commune de Tiébissou, au centre de la Côte d'Ivoire, les taux de fréquentation (36%) et d'utilisation (34%) demeuraient faibles en 2015 malgré les efforts des autorités. Cette étude vise à montrer les déterminants de l'accès aux infrastructures sanitaires. L'étude s'est basée sur la recherche documentaire, des enquêtes de terrain à travers l'observation, les entretiens, une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de 389 chefs de ménages et l'utilisation du test de Khi-deux de Karl Pearson. Les résultats montrent que, les populations de la commune de Tiébissou sont presque couvertes par les infrastructures sanitaires dans un rayon de 5 Km. Cependant, 39,57% des chefs de ménages enquêtés fréquentent les infrastructures sanitaires de la commune. Le test de Khi-deux a montré que l'accès aux soins dans les infrastructures sanitaires de la commune, est significativement entravé au seuil de 5% par des facteurs économiques, sociodémographique, culturels et liés au système de santé. En effet, le revenu du chef de ménage, le genre, l'âge, la taille, les barrières linguistiques, l'accueil ainsi que la qualité des prestations de soins se révèlent comme les principaux déterminants qui influencent négativement l'accès des chefs de ménages aux soins dans les infrastructures sanitaires de la commune de Tiébissou. L'accès des populations aux soins de santé demeure l'un des défis à relever pour atteindre les Objectifs du Développement Durable.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, Commune de Tiébissou, accès, infrastructures sanitaires, déterminants.

Abstract

The access to the medical infrastructures remains a concern for the populations of the developing countries. In the commune of Tiébissou, in the center of Ivory Coast, the rates of frequentation (36%) and use (34%) remained weak in 2015 in spite of the efforts of the authorities. This study aims at showing the determinants of the access to the medical infrastructures. The study was based on the information retrieval, of the investigations of ground through the observation, the talks, an investigation by questionnaire near a sample of 389 heads of households and the use of the test of

Khi-deux of Karl Pearson. The results show that the populations of the commune of Tiébissou are almost covered by the medical infrastructures in a radius of 5 km. However, 39.57% of the heads of surveyed households attend the medical infrastructures of the commune. The test of Khi-deux showed that the access to the care in the medical infrastructures of the commune, is significantly blocked with the threshold of 5% by economic factors, sociodemographic, cultural and dependent on the system of health. Indeed, the income of the head of household, the kind, the age, the size, the linguistic barriers, the reception as well as the quality of the services of care appear as the principal determinants which negatively influence the access of the heads of households to the care in the medical infrastructures of the commune of Tiébissou. The access of the populations to the care of health remains one challenge to take up to achieve the goals of the durable development.

Keywords : Ivory Coast, Commune of Tiébissou, access, medical infrastructures, determining.

Introduction

La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (...)* » selon le document fondamental de la Constitution de l'OMS (2006, p. 1). Ainsi, garantir l'accès aux infrastructures sanitaires est l'une des problématiques les plus importantes des Etats, surtout, des pays en voie de développement. Selon M. Ymba (2013, p. 12), « *l'accès aux infrastructures de santé est la facilité avec laquelle un malade puisse accéder aux bons services au bon moment* ». L'auteur indique qu'il se mesure par la fréquentation des structures de santé. En effet, dans les pays en développement, les populations fréquentent faiblement les structures de santé. H. Yéo et al. (2016, p. 2) ont signifié que « les établissements sanitaires dans les pays en voie de développement sont pour la plupart peu fréquentés et les services sous-utilisés ». Ils indiquent que les taux d'utilisation des services de santé sont de 0,5 contact par personne et par an. De plus, selon C. Magne (2012, p. 9), les taux de fréquentation des structures de santé des pays en développement n'ont jamais atteint 50%. Alors, faciliter la fréquentation des structures de santé et rehausser les niveaux de fréquentation des centres de santé a emmené les Etats, dont celui de la Côte d'Ivoire, à ratifier des conventions et élaborer des politiques sanitaires. Ce sont, entre autres, la conférence d'Alma Ata en 1978, l'Initiative de Bamako en 1987 (V. Ridde, 2004, p. 1) et l'élaboration des plans nationaux de développement sanitaires. La Côte d'Ivoire, en ratifiant ces conventions, s'est engagée à agir sur l'abordabilité des soins puis leur acceptabilité, aussi promouvoir l'accessibilité géographique, la commodité et la disponibilité, qui sont les différentes dimensions de l'accès aux soins selon J. L. Richard (2001, p. 14).

Dans la commune de Tiébissou, des actions ont été également menées en vue de la prise en charge sanitaire des ménages. Elles ont consisté en la construction de trois centres de santé dans les villages de la commune et l'érection du poste de santé de la ville construit en 1954 en hôpital général en 1987 qui représente le niveau secondaire ou le point de référence immédiat du niveau primaire (District Sanitaire de Tiébissou, 2017). De plus, il y a eu le renforcement du plateau technique de cet hôpital général avec l'ajout des services de soins médico-techniques que sont le service de laboratoire d'analyse médicale et de chirurgie en 2009. Le plateau technique de la structure rurale de Taki-Salékro fut aussi renforcé avec l'ajout du service de maternité en 2012.

Le taux de consultation des structures de santé de Tiébissou était cependant, de 36% en 2015 (District Sanitaire Tiébissou, 2015), en dessous de la moyenne nationale qui s'élevait à 48,02% la même année (DPPEIS, 2015, p. 147). Celui de l'utilisation des services était de 34%. Cette faible fréquentation des établissements de santé se perçoit au niveau des accouchements. Selon le district sanitaire de Tiébissou, plus de la moitié (67%) des cas d'accouchement ont eu lieu à domicile en 2015. Au centre de santé rural de Taki-Salékro, le taux d'accouchement à domicile était de 72% en 2015 malgré l'ouverture de la maternité au sein de la structure et aussi la prise en charge des femmes enceintes concernées par la gratuité ciblée (District sanitaire de Tiébissou, 2015).

Pourtant, dans cette commune les ménages font face à plusieurs types de pathologies dont les taux d'incidence ont doublé pour certaines maladies et triplé pour d'autres pendant la période de 2013 à 2015 (DPPEIS, 2013 et 2015). En effet, les bas-fonds d'environ 450 hectares (K. Koffi, 2009, p. 26), des lacs, des barrages et des ruisseaux présents sur l'espace de la commune de Tiébissou provoquent une prolifération de moustiques, rendant cette population vulnérable au risque du paludisme et autres maladies infectieuses (District sanitaire de Tiébissou, 2008 ; 2015). Le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité des habitants de Tiébissou. Son taux d'incidence est passé de 428,59‰ en 2013 à 720‰ en 2015. Pour ce qui concerne les Infections Respiratoires Aigües (IRA), le taux d'incidence a presque doublé en passant de 9,63% en 2013 à 16% en 2015. Le taux d'incidence de la diarrhée a quasiment triplé en passant de 24,93‰ en 2013 à 70‰ en 2015 (District sanitaire de Tiébissou, 2015).

Le problème de recherche qui se dégage de ces constats est que, malgré l'existence des infrastructures sanitaires mises à la disposition d'une population qui exprime d'importants besoins en soins de santé, le taux de fréquentation des établissements de santé reste faible. Pourquoi donc le taux de fréquentation des infrastructures sanitaires de la commune de Tiébissou reste-il faible, malgré l'existence des infrastructures sanitaires mises à la disposition d'une population qui exprime des

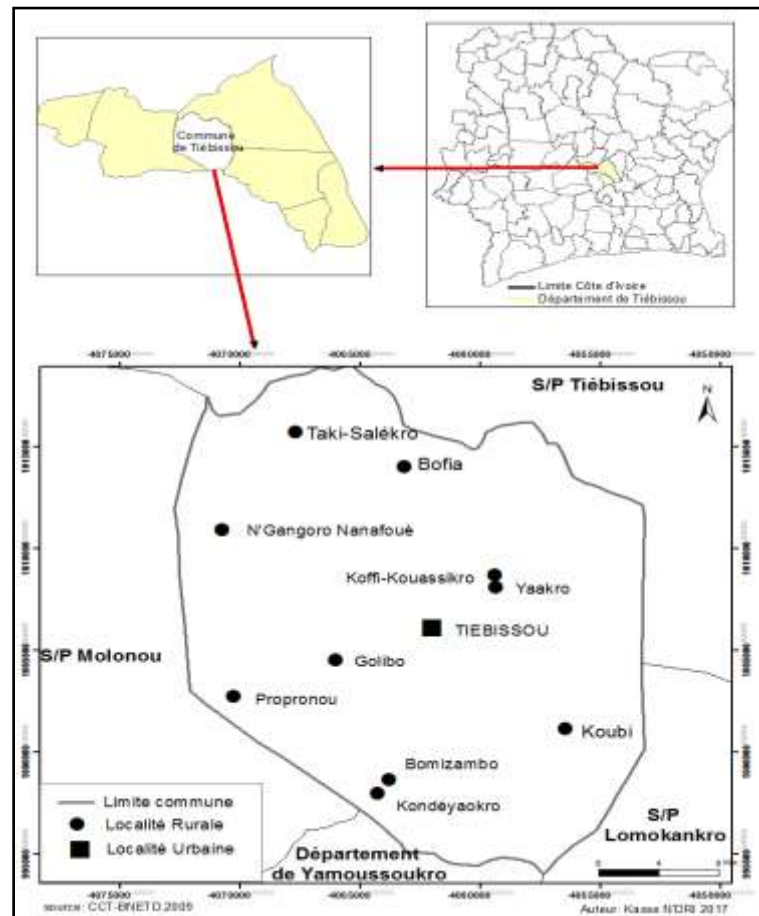
besoins en soins de santé ? Cette étude veut montrer les déterminants qui influencent l'accès aux infrastructures sanitaires dans la commune de Tiébissou. De manière spécifique, il s'agit d'analyser la répartition spatiale des infrastructures sanitaires dans la commune d'Abidjan, le niveau de fréquentation des infrastructures sanitaires et d'identifier les déterminants de l'accès aux infrastructures sanitaires de la commune de Tiébissou.

1. Outils et méthodes

1.1. Présentation de la commune de Tiébissou

Tiebissou, érigée en commune par la loi n°85-1085 du 16 Octobre 1985, se localise dans le département de Tiébissou situé au centre de la Côte d'Ivoire. Elle fait partir de la région du Bélier et fait frontière avec les sous-préfectures de Molonoublé à l'Ouest, de Lomokankro à l'Est, du Département de Yamoussoukro au Sud et le reste du Département de Tiébissou au Nord (carte 1). La commune de Tiébissou est la seule commune urbaine dudit Département. De ce fait, elle concentre la plupart des services administratifs, des activités économiques, des grands établissements éducatifs et même sanitaires du département. La commune est composée de la ville de Tiébissou et de dix villages qui lui sont rattachés dans un rayon de 8 km (INS, 2014). La ville de Tiébissou est située sur la route internationale A3, entre Yamoussoukro, la capitale politique du pays dont elle est distante de 34 kilomètres, et Bouaké, la deuxième plus grande ville du pays dont elle est séparée de 63 kilomètres (Mairie de Tiébissou, 2015). De plus, ses activités culturelles tel le tissage du pagne en pays Baoulé fait objet de visite de plusieurs touristes. Le nombre de ménage de la commune de Tiébissou s'élevait approximativement à 6 023 pour une population résidente de 28 450 habitants en 2014 (INS-RGPH, 2014).

Carte 1 : Localisation et présentation de la commune de Tiébissou



1.2. Techniques de collecte de données

Deux techniques de collecte de données ont été utilisées : la recherche documentaire et l'enquête de terrain. La recherche documentaire a permis de collecter des informations sur l'accès aux infrastructures sanitaires dans les bibliothèques de l'université Félix Houphouët-Boigny, de l'Institut de Recherche pour le Développement, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Abidjan et sur l'internet. Les données démographiques proviennent des différents Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat (RGPH, 1988, 1998 et 2014) de l'Institut National de la Statistique (INS). Les différents supports de carte de la ville de Tiébissou des années 1992, 1998 et 2008 et de la commune de 2009 à l'échelle 1/250 000 ont été fournis par le Centre de Cartographie et de Télédétection (CCT) du Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement (BNETD) et du Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Les données sanitaires sont tirées des Rapports Annuels sur la Situation Sanitaire de 2015 et 2016, des bilans d'activités et des registres du District Sanitaire de Tiébissou.

Pour l'enquête de terrain, des entretiens et une enquête par questionnaire ont été faits. Les entretiens, à caractère directif auprès des structures et personnes en charge de la santé, ont permis d'être renseignés sur la gestion de l'activité sanitaire dans

cette commune. Ce sont le personnel du district, le directeur de l'Hôpital Général de Tiébissou, le chef du service administratif de ladite structure puis les tenants des structures rurales. Les échanges avec ces personnes nous ont permis de connaître les besoins et les manques qu'enregistrent les établissements de soins. Concernant l'enquête auprès des chefs de ménages, un échantillonnage a été réalisé à partir de la formule de Fisher qui suit: $n = t^2 * p (1-p) / e^2$ Avec $e =$ Marge d'erreur (5%) ; $t =$ Taux de confiance (à 95%, $t = 1,96$) et $p =$ Proportion des ménages ayant accès aux établissements de santé dans la commune de Tiébissou. P était de 36% en 2015 (District Sanitaire Tiébissou, 2015). La taille de l'échantillon a été corrigée à 10% afin de minimiser les biais et les impondérables. Les ménages enquêtés ont été sélectionnés dans des villages et quartiers de la commune. Ces localités ont été choisies par le moyen de critères (Tableau 1). Les ménages, au nombre de 389, ont été sélectionnés dans les quatre aires de santé dont dispose la commune, par la technique des pas, pour être enquêté sur une période de deux mois.

Tableau 1 : Tableau des ménages à enquêter par village et quartier choisis

Critères de sélection de localité	Nom des villages /quartiers enquêtés	Effectif de ménages en 2014	Effectif de ménages à enquêter
Ayant un centre de santé rural et éloigné de la voie bitumée	Taki-Salékro	474	60
Ayant un dispensaire rural et proche de la voie bitumée	Kondèyaokro	129	16
Ayant un dispensaire rural et éloigné de la voie bitumée	N'gangoro-Nanafouè	191	24
Pas de structure de santé et le plus éloigné de la voie bitumée	Bofia	144	18
Pas de structure de santé et le plus proche de la voie bitumée	Yaakro	43	06
Habitat évolutif	Quartier lycée	62	08
Habitat résidentiel	Quartier résidentiel	184	23
Habitat de type rural	Sangakro	453	57
	Sokoura 2	1414	177
Total	Aires sélectionnées	3094	389

Sources : INS-RGPH, 2014 ; Enquêtes de terrain, 2017

Aux ménages enquêtés, se sont ajoutés les patients rencontrés dans les structures de santé. Au nombre de 50, nous les avons enquêtés pour connaître leurs difficultés quotidiennes dans l'accès aux infrastructures de santé. Après nos enquêtes, le logiciel sphinx a été utilisé pour le dépouillement et l'analyse des données recueillies.

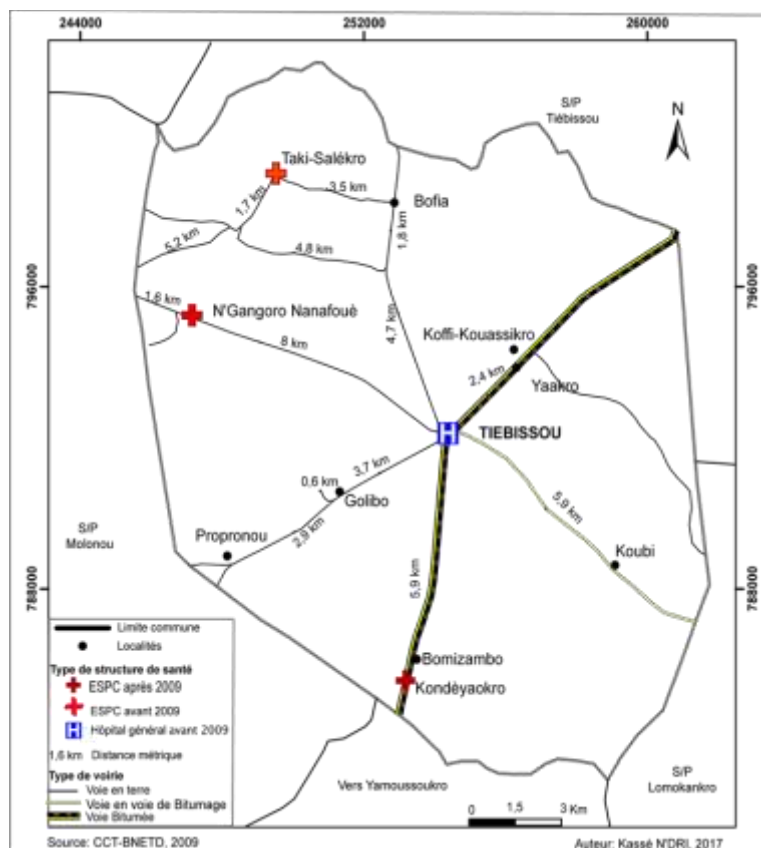
Certaines analyses de données ont été possibles grâce au Test de Khi-deux de Karl Pearson. Les logiciels comme MS Word et Excel ont été utilisés pour la saisie et la mise en forme des données. Arc-gis 10.2.2 a servi pour le traitement des données cartographiques. Des exemples de données cartographiques élaborées sont des cartes de couvertures théoriques et de chevauchement des structures de santé. Le rayon de couverture est de 5 km. Par ailleurs, cette étude a été circonscrite dans le cadre de la théorie des lieux centraux de W. Christaller et Losch afin de vérifier sa validité.

2. Résultats

2.1. Une inégale répartition des infrastructures sanitaires dans la commune de Tiébissou

La carte 2 présente la répartition des établissements sanitaires de la commune de Tiébissou. L'analyse montre que la commune de Tiébissou dispose de quatre structures de santé qui peuvent être regroupées en deux niveaux selon la pyramide sanitaire ivoirienne. Il s'agit des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) qui constituent la porte d'entrée du système de santé et une structure de référence qui est l'hôpital général. Les ESPC sont les dispensaires ruraux de Kondèyaokro et de N'Gangoro-Nanafouè puis le Centre de santé rural (CSR) de Taki-Salékro.

Carte 2 : Présentation des structures de santé de la commune de Tiébissou



L'Hôpital Général (HG) de Tiébissou est la seule structure de référence dans la commune de Tiébissou. Il se situe au quartier Sokoura-Djan-Est sur le tronçon Yamoussoukro-Bouaké. Cette structure se compose de sept bâtiments qui abritent différents services. Les services dont dispose l'HG sont de trois types : Il y a d'abord l'administration pour la gestion de l'activité sanitaire au sein de la structure puis les services de soins généraux et les services de soins médico-techniques, constitutifs de son Paquet Minimum d'Activités (PMA). Il faut noter que l'hôpital général de Tiébissou ne dispose pas de Pédiatrie. Sa capacité d'accueil qui était de 33 lits en 2009 s'évalue à 43 lits en 2015 ; Soit une hausse de 11 lits. De plus ce centre couvre tous les villages de la commune et du Département de Tiébissou. Le nombre d'habitants du district sanitaire ou du Département était de 103 842 habitants en 2016 selon le district sanitaire de Tiébissou, respectant ainsi la norme OMS qui est de 150 000 habitants pour un Hôpital Général. Au niveau de la commune, l'HG couvre 77,90% des habitants, pour qui, il fonctionne comme un ESPC. Les 33,10% autres le fréquentent pour des soins dépassant le seuil d'activité des structures auxquelles ils sont rattachés. En 2015, le taux de fréquentation de cette structure était de 22,76%. Sur l'ensemble des patients ayant fréquenté l'HG, 39,74% (moins de la moyenne) l'ont été pour des cas de paludisme (HG, 2015). Selon le district sanitaire de Tiébissou, l'HG était animé en 2016 par 13 médecins généralistes, 01 pharmacien et 02 chirurgiens. Aux côtés d'eux, exercent 21 infirmiers, 10 sages-femmes et 06 aides-soignants.

Le Centre de Santé Rural (CSR) du village Taki-Salékro est situé à 9 km environ de l'HG. Il se compose de deux bâtiments dont l'un est le dispensaire rural et l'autre la maternité. Son aire de couverture initiale est de 5 337 habitants. Le dispensaire rural existe depuis 1972. Quant à la maternité, c'est en 2012 qu'elle ouvre ses portes. Le dispensaire rural est la plus ancienne des structures rurales de la commune. Il offre les soins de médecine générale et des soins infirmiers. Son taux de fréquentation en 2015 était de 41,56% (District sanitaire de Tiébissou, 2015). Sa capacité d'accueil est de 8 lits avec quatre lits pour chacun des services. En matière d'équipement, le CSR est la mieux équipée des structures rurales de la commune. En effet, ce centre a un réfrigérateur pour la conservation des médicaments, un réchaud et dispose d'un stérilisateur contrairement à l'hôpital général. Pour ce qui est des ressources humaines, le CSR est tenu par une infirmière diplômée d'Etat et une sage-femme. Dans le souci de créer une atmosphère de confiance, de faciliter une communication aisée entre personnel soignant et la population cible, et encourager également la fréquentation dudit centre, des relais locaux sont recrutés. Au CSR de Taki-Salékro, tous les types de soins et examens requis pour le PMA des ESPC sont offerts. De plus, les types de soins concernés par la gratuité ciblée y sont offerts gratuitement. Les dispensaires ruraux de la commune se situent à N'Gangoro-Nanafouè et Kondèyaokro. Ce sont les plus récentes structures sanitaires de la commune.

Le dispensaire rural de Kondèyaokro a ouvert ses portes depuis le 09 décembre 2009. Située à Kondèyaokro en bordure de la voie A3, cette structure est distante de 6 km de l'HG. Ce centre de soins, composé d'un bâtiment, couvre dans un rayon de 5 km les villages Bomizambo, Kondèyaokro et un campement hors commune du nom de Gblokro. L'aire de couverture initiale est de 2 849 habitants. Au niveau de la commune, ce sont 9,89% des habitants qui sont couverts par cette structure (District sanitaire Tiébissou, 2015). Ce centre de santé, tenu par un infirmier diplômé d'Etat, est le plus fréquenté des structures de la commune. Son taux de fréquentation était de 177,35% en 2015 selon le District sanitaire de Tiébissou (2015) et est dû en partie de son emplacement stratégique (bordé par la voie bitumée et donc facile d'accès).

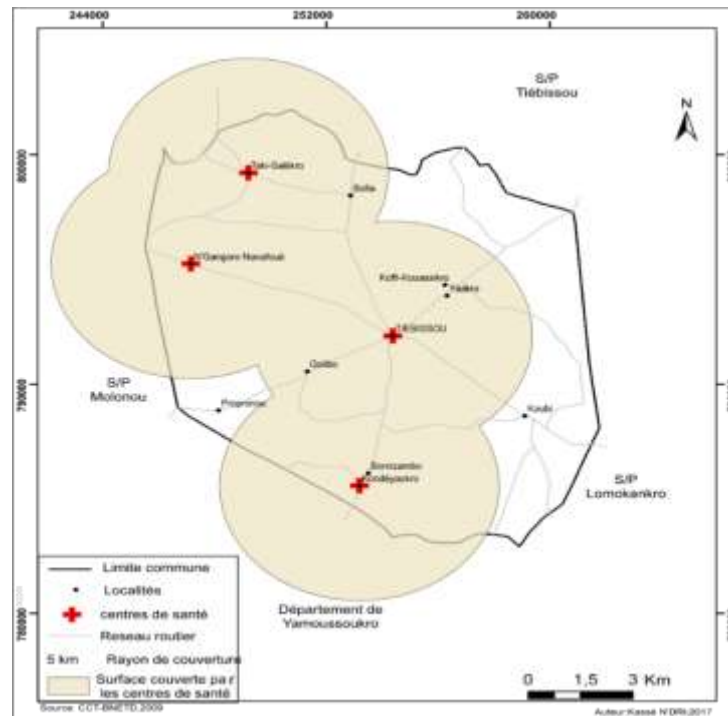
Le dispensaire rural de N'Gangoro-Nanafouè tenu par un infirmier diplômé d'Etat, fournit des services de consultations générales. Situé au village N'gangoro à 8 km de l'hôpital général, il fournit des services et soins au même titre que celui de Kondèyaokro. A N'Gangoro-Nanafouè, un ASC et une accoucheuse ont été recrutés pour aider l'infirmier dans sa tâche. Ce dispensaire rural couvre 3,69% des habitants de la commune. Son taux de fréquentation était de 20,04% en 2015 (District sanitaire de Tiébissou, 2015). Il est le moins fréquenté des centres de santé de la commune. Cette situation est due au fait que, les habitants de son aire de santé (les ménages hors espace communal) se retrouvent dans les zones de chevauchement d'autres structures de santé. Ils ont donc plus d'alternatives quant aux choix de la structure de soins.

2.2. Etude des aires de santé de la commune de Tiébissou

2.2.1. Analyse des aires de couvertures théoriques

Dans l'organisation de l'offre de soins, chaque établissement de santé a un rayon de couverture initial, dit aire de couverture théorique. A Tiébissou, il est en moyenne de 5 km (District sanitaire de Tiébissou, 2017). La subdivision des espaces en aires de santé permet de rapprocher les soins des populations, les rendre accessibles. La carte 3 montre les aires de couverture théoriques des établissements sanitaires de la commune de Tiébissou.

Carte 3 : Rayon de couverture théorique des structures de santé de la commune de Tiébissou en 2017



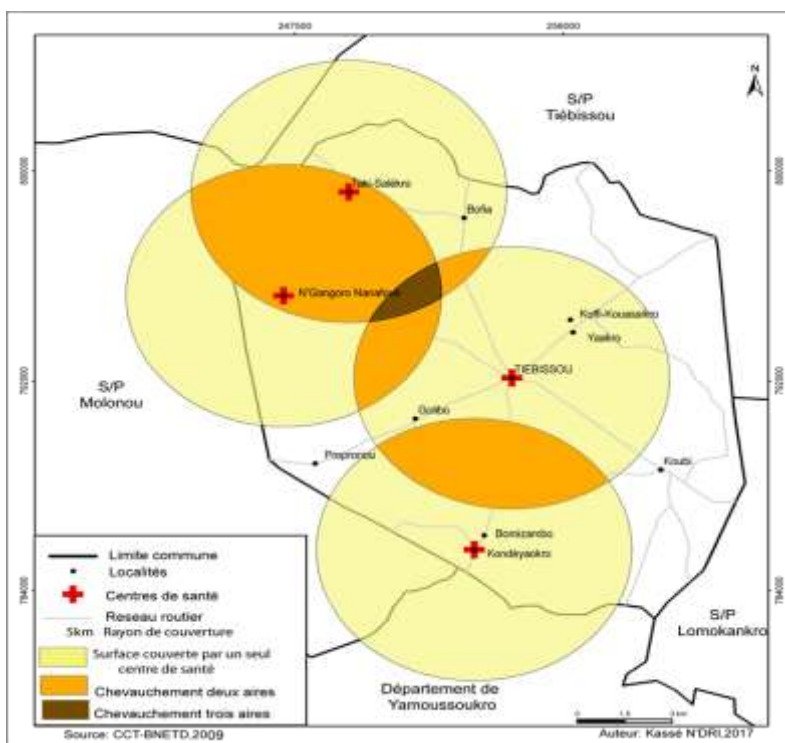
L'analyse la carte 3 montre que, les aires théoriques des centres de santé de Taki-Salékro, N'Gangoro-Nanafouè et Kondèyaokro couvrent quelques territoires voisins de Molonoué, du Département de Yamoussoukro et du reste du Département de Tiébissou. Alors qu'à l'intérieur du territoire communal, certaines localités (Koubi et Propronou) sont situées en dehors d'un rayon de couverture de 5 Km.

2.2.2. Analyse des zones de chevauchement des aires des structures de santé

Des villages se retrouvent dans les zones d'intersection de plusieurs centres de santé dites zones de chevauchement. Ces zones sont au nombre de cinq (figure 4).

L'analyse de la figure 4 montre que les ESPC gravitent autour de la structure de référence (HG) avec laquelle ils s'interceptent. Selon nos entretiens auprès du district sanitaire de Tiébissou, les habitants des zones de chevauchement doivent impérativement recourir, dans un premier temps à la structure de santé à laquelle ils sont rattachés. Ils se rendent à l'hôpital général que s'ils y sont référés.

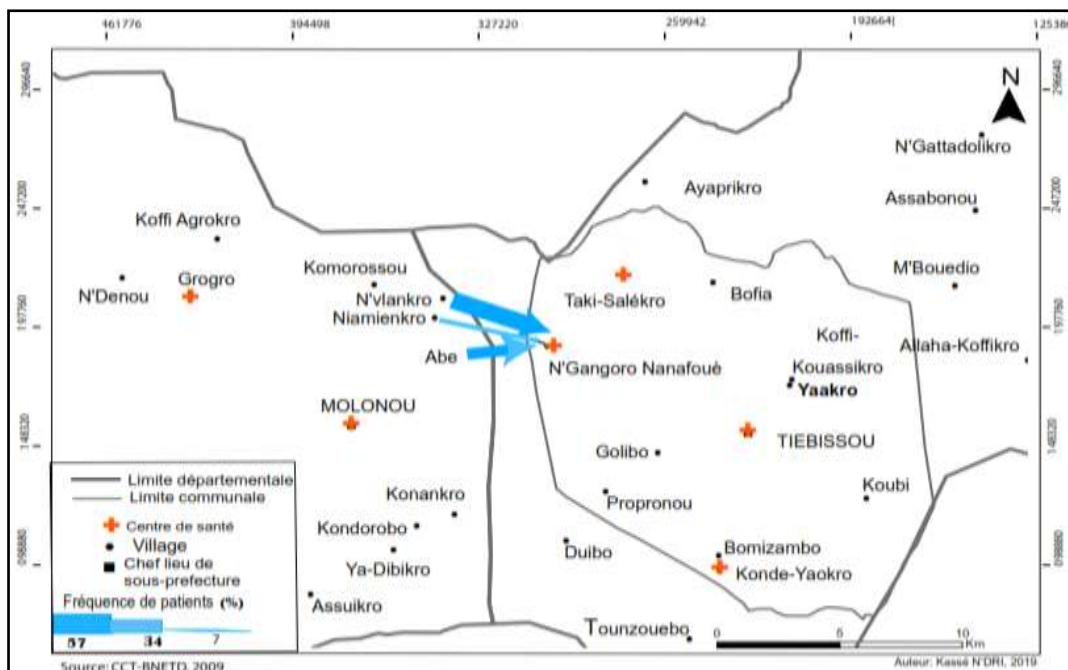
Carte 4 : Zones de chevauchement des structures de santé de la commune de Tiébissou



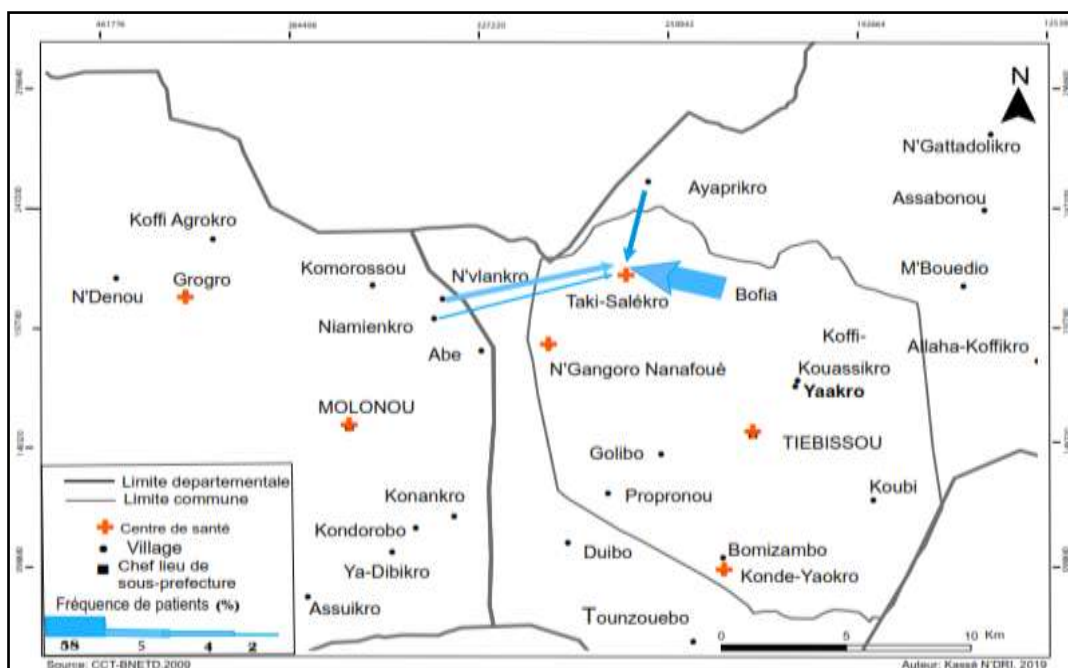
2.2.3. Analyse des zones d'attraction réelle des structures de santé

La zone d'attraction réelle est mesurée par le lieu de provenance des patients d'une structure de santé. Selon les données d'enquêtes de terrain, 57% et 31% des patients provenaient respectivement des villages de N'Gangoro-Nanafoué et de Taki-Salékro qui abritent chacun un centre de santé. Les carte 5 et 6 indiquent la répartition des patients selon les lieux de provenance des localités voisines.

Carte 5 : Flux des patients des localités voisines vers le dispensaire rural de N'Gangoro-Nanafoué en 2017



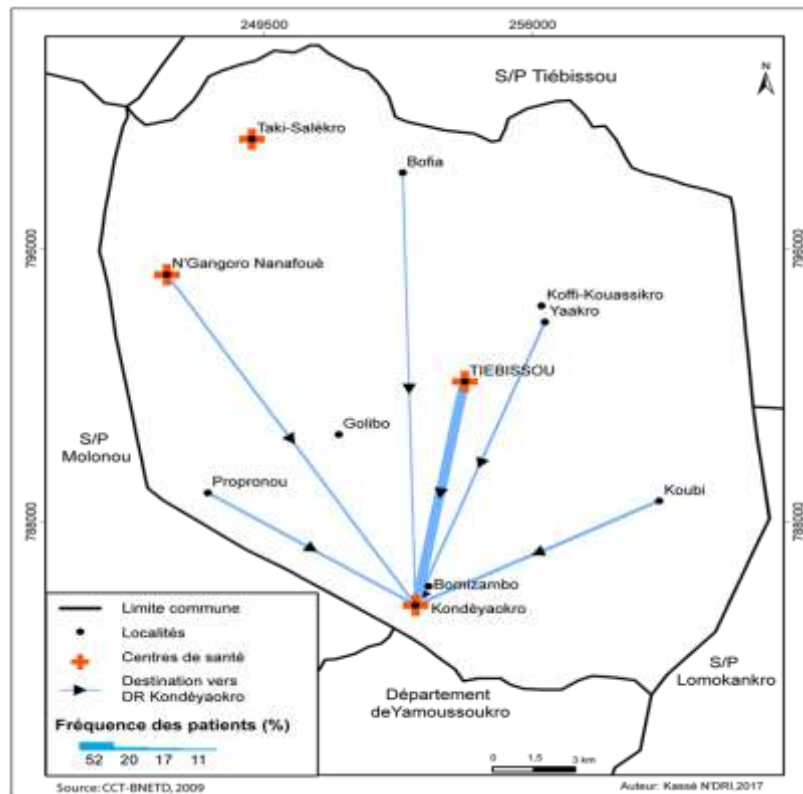
Carte 6 : Flux des patients des localités voisines vers le dispensaire rural de Taki-Salékro



L'analyse des carte 5 et 6 montre que les centres de santé ruraux de Taki-Salékro et de N'Gangoro-Nanafoué sont fréquentés par les populations les plus proches dans un rayon de couverture de 5 Km. Ce sont principalement les populations qui sont situées dans les aires de couverture théoriques des centres de santé. En effet, 57% des patients du dispensaire rural de N'gangoro-Nanafoué viennent du village de

N'Gangoro-Nanafouè. Les 43% autres viennent des villages hors commune mais appartenant à l'aire de couverture théorique de la structure. Quant aux patients du CSR de Taki-Salékro, ils proviennent de l'aire de couverture de la structure de santé. Mais le plus grand nombre vient de Bofia (58%), village situé à 3 km du centre contre 31% qui viennent de Taki-Salékro, village qui abrite l'établissement de santé. Cette réalité n'est pas le cas du dispensaire rural de Kondèyaokro (carte 7).

Carte 7 : Flux des patients des localités voisines vers le dispensaire rural de Kondèyaokro en 2017



Les patients du dispensaire rural de Kondèyaokro proviennent pratiquement de tous les villages et quartiers de la commune ; contrairement aux autres où les patients proviennent majoritairement de leurs aires de santé. Les habitants des villages/quartiers ayant des structures de santé se détournent des leurs, au profit du dispensaire rural de Kondèyaokro. La forte fréquentation de ce dispensaire rural par les populations de la ville de Tiébissou (52%) est due d'une part à l'accueil et à la célérité de la prise en charge. D'autres part, cela est due au manque d'un Etablissement Sanitaire de Premier Contact dans la ville de Tiébissou pour réduire la pression et les longues files d'attente à l'Hôpital Général.

2.3. Niveau de fréquentation des structures de santé

2.3.1. Niveau de consultation des centres de soins de la commune de Tiébissou

Nos enquêtes de terrain ont montré que 50,1% des populations malades de la commune de Tiébissou ont eu recours aux structures de santé pour des soins. Le tableau 2 qui suit présente les structures fréquentées et leur niveau de fréquentation.

Tableau 2 : Niveau de fréquentation des centres de santé en 2017

Structures de soins	Effectif	Fréquence (%)
Dispensaire rural de N'Gangoro-Nanafouè	5	1,3
Dispensaire rural de Kondèyaokro	74	19
Centre de santé rural de Taki-Salékro	25	06,42
Hôpitalgénéral de Tiébissou	50	12,84
Autres structures de santé hors commune	41	10,53
Total	195	50,1

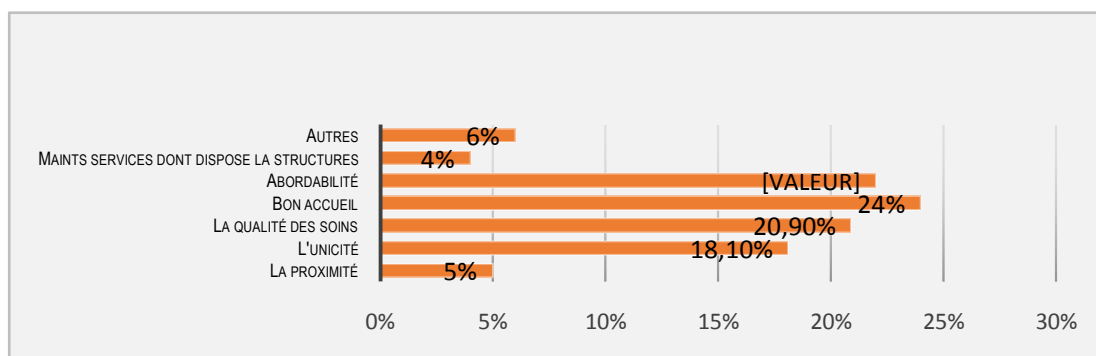
Source : Enquêtes de terrain, 2017

Le centre de santé le plus fréquenté de la commune de Tiébissou est un dispensaire. Il s'agit du dispensaire rural de Kondèyaokro avec 19 % de taux de consultation, devant la structure de référence (HG de Tiébissou), dont le niveau de fréquentation s'élevé à 12,84%. Soit un écart de 6,76%. De ce qui précède, le dispensaire rural de Kondèyaokro est la plus fréquentée ; et les ménages des autres aires de santé choisissent cette structure au détriment des leurs. Alors, pourquoi c'est un dispensaire rural qui attire le maximum des patients de la commune ? Que recherchent-ils ?

2.2.2. Identification des raisons de choix des structures de santé pour des soins

La figure 1 présente la répartition des ménages selon les choix de structures sanitaires dans la commune de Tiébissou.

Figure 1 : Répartition des ménages selon les choix de structures de santé pour des soins dans la commune de Tiébissou en 2017



Source : Enquêtes de terrain, 2017

La recherche de la qualité de l'accueil est la première raison dans le choix de structure de soins (24%), ensuite l'abordabilité des coûts des prestations de soins (22%) puis la recherche de la qualité des soins (20,90%). Pour la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) concernant les coûts des prestations de soins et de médicaments, l'approvisionnement des structures sanitaires en produits pharmaceutiques : « *c'est un combat que nous menons depuis ... certains de nos agents ne vendent pas les médicaments à des prix indiqués* ». Ce qui pourrait expliquer le fort taux de fréquentation de certaines structures de santé par rapport à d'autres. Le tableau 3 présente la répartition des ménages selon les raisons qui ont justifié le choix d'une structure sanitaire de la commune de Tiébissou

Tableau 3 : Répartition des ménages selon les raisons du choix d'une structure sanitaire en 2017 dans la commune de Tiébissou

Choix du centre de santé	Unique centre	Qualité des soins	Bon accueil	Abordabilité du coût des soins	Maints services dont dispose la structure	Proximité	Crédit	Autre	Total
HG	37%	10,30%	3,40%	0,00%	17,20%	10%	0,00%	21%	100%
CSR Taki-Salékro	5%	28%	28%	0,00%	0,00%	37,90%	0,00%	0,00%	100%
DR N'Gangoro	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
DR Kondèyaokro	0,00%	22,20%	29,20%	30,60%	0,00%	6,90%	11,10%	0,00%	100%

Source : Enquêtes de terrain, 2017

Le tableau 3 montre que 30,6% ménages préfèrent le dispensaire rural de Kondèyaokro pour l'abordabilité du coût des soins. Par contre 29,2% des ménages ont opté pour la qualité de d'accueil de ce dispensaire. Ce dispensaire rural dispose en fait la meilleure performance d'entre les autres structures en termes d'accueil. Il est aussi fréquenté pour sa qualité des soins où il occupe la deuxième place après le CSR de Taki-Salékro, avec 22, 20%. Il réunit tous les critères qui corroborent avec tout ce que recherchaient les patients dans les centres de soins à Tiébissou. Loin, un autre facteur est à notifier. Il s'agit du crédit. Selon le tableau 3, ce sont 11,1% des choix qui se sont portés sur ce dispensaire grâce au « crédit » qu'il autorise. Selon les dires d'une patiente venue de la ville de Tiébissou dans les locaux de ce dispensaire le 09 février 2017 : « *il nous soigne et nous donne des médicaments que nous revenons payer après nos ventes* ».

2.4. Déterminants de l'accès aux infrastructures sanitaires

Dans la quête des facteurs pouvant déterminer l'accès aux infrastructures de santé à Tiébissou, des facteurs géographiques, économiques, sociodémographiques et culturels ont été analysés. Le test de Khi-2 et les tableaux statistiques ont permis de mesurer l'influence de chaque déterminant.

2.4.1. L'accessibilité géographique aux services de santé

Le tableau 4 présente les résultats entre la localisation des ménages enquêtés et la structure sanitaire la plus proche.

Tableau 4 : Répartition des ménages enquêtés fonction de la distance entre le lieu d'habitation et la structure sanitaire la plus proche en 2017

Distance approximative entre la structure sanitaire la plus proche et le domicile	Effectifs	Fréquences (%)
Moins de 500m	234	60,2
500m- 1 km	131	33,7
1 km-5 km	24	6,2
Total	389	100

Source : Enquêtes de terrain, 2017

Selon les données du tableau 4, tous les ménages enquêtés dans la commune de Tiébissou sont situés à moins de 5 km d'une structure de santé telle que le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour réduire les disparités géographiques d'accessibilité aux structures sanitaires (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2017, p. 60).

2.4.2. L'influence des facteurs économiques dans l'accès aux infrastructures sanitaires

Les facteurs économiques peuvent influencer l'accès aux soins dans les structures sanitaires. Le tableau 5 présente les résultats concernant la relation entre les facteurs économique et l'accès aux infrastructures sanitaires.

Tableau 5 : Corrélations entre facteurs économiques et accès aux infrastructures sanitaires

Variabes corrélées	Degré de liberté	Khi 2 calculé	Khi 2 tabulaire	Influence	P value
Coût des prestations de soins	2	96,43	5,99	Oui	0,01
Revenu	2	9,23	5,99	Oui	0,99
Profession	6	15,99	5,27	Oui	1,85
Dépenses mensuelles	3	9,19	7,81	Oui	2,69

Source : Enquêtes de terrain, 2017

Au niveau de la commune de Tiébissou, le coût des prestations de soins et le revenu des ménages influencent la fréquentation des établissements de santé modernes. Cette situation tient du fait que la majorité des chefs de ménage ont un pouvoir d'achat assez faible ; 62,70% gagnent en dessous du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) fixé à 60 000 FCA en Côte d'Ivoire selon les enquêtes auprès des chefs de ménages (Tableau 6).

Tableau 6 : Structuration des ménages de la commune de Tiébissou suivant le SMIG

Revenu mensuel des ménages	Effectif	Fréquence (%)
Moins du SMIG (Moins de 60 000 FCFA)	244	62,70
60 000 - 120 000 FCFA	79	20,30
Plus de 120 000 FCFA	66	17
Total	389	100

Source : Enquêtes de terrain, 2017

Ceux-ci éprouvent des difficultés à se rendre dans les structures de santé du fait de la précarité de leur revenu et aussi du coût élevé des prestations de soins dans les structures de santé. Ces ménages préfèrent allouer le peu d'argent qu'ils ont à la nourriture et à la scolarisation de leurs enfants puis choisir les soins traditionnels pendant leurs épisodes de morbidité, où les coûts sont beaucoup moindres, que se rendre dans un centre de santé où le peu de liquidité financière pourrait finir. Les quelques-uns qui ont la facilité à se rendre dans un centre de santé sont généralement des fonctionnaires d'Etat qui possèdent des assurances maladies. La significativité du coût des prestations de soins ($P= 0,01$) est plus importante que celle du revenu ($p = 0,99$). Le faible recours aux soins modernes s'explique non pas par le revenu maigre, plutôt par le coût exorbitant des prestations de soins.

Aussi, la profession du chef de ménage et les dépenses mensuelles ne sont pas à ignorer dans les facteurs qui déterminent la fréquentation des centres de santé. Selon nos enquêtes, seulement 12,60% des chefs de ménage travaillent dans les structures publiques et privées de la commune. Ceux-ci reçoivent mensuellement leur revenu. Ce qui n'est pas le cas des 87,40% autres qui sont soit des paysans, des petits commerçants, entreprennent des petits métiers ou soit sont sans profession. Ils vivent des revenus transitoires. Il faut attendre la vente annuelle des produits des champs pour se faire un peu de sous. Pendant ce temps, cette grande marge de ménage doit faire face aux dépenses quotidiennes (logements, la nourriture, etc.), qu'elle supporte d'ailleurs difficilement. Ceci les contraint à opter pour d'autres itinéraires thérapeutiques.

2.4.3. L'influence des facteurs sociodémographiques dans l'accès aux infrastructures sanitaires

Les résultats concernant la relation entre les facteurs sociodémographiques et l'accès aux infrastructures sanitaires sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Corrélation entre facteurs sociodémographiques et accès aux infrastructures sanitaires

Variables corrélées	Degré de liberté	Khi 2 calculé	Khi 2 tabulaire	Influence	P value
Taille du ménage et accès	2	20,10	5,99	Oui	P = 0,01
Tranche d'âge et accès	2	17,96	5,99	Oui	P = 0,01
Statut Matrimonial et accès	4	29,67	9,48	Oui	P ≥ 0,01
Sexe du chef de ménage et accès	1	6,98	3,84	Oui	P = 0,82
Niveau d'instruction et accès	3	4,37	7,81	Non	-

Source : Enquêtes de terrain, 2017

A Tiébissou, hormis le niveau d'instruction des chefs de ménage, les facteurs sociodémographiques influent sur la fréquentation des structures de santé. Les plus éminents sont la taille du ménage et la tranche d'âge du chef de ménage où P = 0,01 au seuil de significativité de 5%. Ensuite viennent le statut matrimonial et la perception de la maladie avec P ≥ 0,01 au seuil de significativité de 5%. Le facteur le moins influant est le sexe du chef de ménage. Pour le statut matrimonial, la plupart des mariés sont des fonctionnaires d'Etat qui disposent des assurances maladies couvrant toute leur famille. Ce qui amoindrit les coûts des soins supportés par le chef de ménage. A contrario, les célibataires sont souvent les parents monoparentaux et les concubins qui exercent dans l'informel. Ceux-ci ne bénéficient pas des mêmes avantages que les fonctionnaires. Ils ont une charge plus élevée en termes de coût de soins. Ce qui les emmène à catégoriser leurs dépenses par priorité. Souvent avec des familles nombreuses et déjà sujettes à des charges importantes, ceux-ci rechignent même à l'idée de se rendre dans les structures de santé à la survenue des maladies. Concernant la tranche d'âge, celle du troisième âge est la plus vulnérable car c'est à cet âge qu'apparaissent les problèmes de santé les plus graves. Cependant ces ménages du troisième âge de Tiébissou sont souvent sans aucune ressource financière et dépendent directement des tierces personnes. Ce sont les membres de leurs familles respectives qui assurent les frais de leur prise en charge dans les centres de santé. Par ailleurs, la liaison entre l'accès aux infrastructures sanitaires et le sexe des chefs de ménage tient du fait que les chefs de ménage de sexe féminin ont tendance à plus fréquenter les structures de santé que les hommes à cause de leur statut. Elles y vont pour des consultations pré et post-natales, pour des vaccinations, et aussi pendant les épisodes de morbidité de leurs enfants. Elles y vont aussi pour bénéficier des conseils des praticiens sur les méthodes de contraception et de planning familial.

2.4.4. L'influence des facteurs culturels dans l'accès aux infrastructures sanitaires

Les résultats concernant la relation entre les facteurs culturels et l'accès aux infrastructures sanitaires sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Corrélations entre les facteurs socio-culturels et fréquentation des structures de santé

Variabes corrélées	Degré de liberté	Khi 2 calculé	Khi 2 tabulaire	Influence	P value
Religion du chef de ménage	3	5,07	7,81	Non	-
Perception de la maladie	2	55,58	5,99	Oui	$P \geq 0,01$
Accueil	3	70,48	7,81	Oui	$P \leq 0,01$

Source : Enquêtes de terrain, 2017

Au niveau des facteurs culturels, l'accueil est le facteur qui détermine le plus l'accès aux structures de santé avec $P \leq 0,01$ au seuil de significativité de 5%. A cela faut-il ajouter qu'une liaison existe entre la perception de la maladie et la fréquentation des infrastructures de santé avec $p \geq 0,01$ au seuil de significativité de 5%. A ce niveau, faut-il signifier que les ménages se rendent à une consultation que si la maladie est ou devient grave ; que lorsque leur état général de santé se détériore. Toutefois, la religion est sans influence sur l'accès aux infrastructures sanitaires de la commune. Pour le reste, l'autre facteur culturel qui n'est sans conséquence sur la fréquentation des établissements de santé à Tiébissou est la barrière linguistique. Le tableau 9 qui suit met en évidence son impact sur la fréquentation et le choix des centres de santé au niveau de la commune de Tiébissou.

Tableau 9 : Choix de structures des ménages de Tiébissou ne parlant pas français

Structures de santé fréquentées	Arrivez-vous à vous exprimer en français?		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
DR N'Gangoro-Nanafouè	50	50	100
DR Kondèyaokro	32,4	67,6	100
DR Taki-Salékro	20	80	100
HG Tiébissou	80	20	100
Autres structures hors commune	43,9	56,1	100
N'ayant pas eu recours aux centres de santé pour des soins	53,1	46,9	100
Total	41,4	58,6	100

Source : Enquêtes de terrain, 2017

Le tableau 9 nous révèle que 58,6% des ménages enquêtés dans la commune de Tiébissou ne parlent pas la langue française. C'est pour eux un handicap car ils n'arrivent pas à communiquer et à se faire comprendre par les agents de santé.

Situation qui les contraint soit à ne pas fréquenter les centres de santé modernes (47%), soit à rechercher les centres de santé où ils peuvent parler d'autres langues et se faire comprendre. Ainsi, la majorité des patients qui ne parlent pas le français s'est rendue dans les centres de santé ruraux. Car dans ces centres, existent des relais locaux natifs des villages qui parlent la langue locale. Ceux-ci servent d'intermédiaires entre les malades et les agents prestataires de soins, qui eux aussi ne parlent pas la même langue que les patients. C'est ce qui explique les 67,6% des patients, ne parlant pas le français, qui se sont rendus à Kondèyaokro et les 76% qui se sont rendus à Taki-Salékro. Ce sont, seulement 20% des patients ne parlant pas le français qui ont fréquenté l'Hôpital Général.

3. Discussion

La commune de Tiébissou est presque couverte par les structures sanitaires dans un rayon de 5 Km au regard des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé pour un meilleur accès aux soins de santé (RASS, 2016, p. 60). Cependant, des déterminants influencent l'accès des populations aux soins de santé dans les structures sanitaires. L'analyse fine des facteurs a révélé l'accueil comme le facteur qui influence le plus l'accès aux infrastructures de santé dans la commune de Tiébissou avec $P < 0,01\%$ au seuil de significativité de 5%. Ensuite, s'en suivent le coût des prestations de soins, la taille du ménage et la tranche d'âge du chef de ménage avec $p = 0,01\%$ au seuil de significativité de 5%. A ces facteurs s'ajoutent la perception de la maladie et le statut matrimonial avec $p \geq 0,01$ au seuil de significativité de 5%. Le revenu et le sexe du chef de ménage ainsi que les barrières linguistiques ont une influence moindre sur l'accès aux infrastructures de santé. Ces résultats ont été atteints par plusieurs auteurs. L'influence négative de l'accueil dans l'accès aux infrastructures de santé a été aussi relevée par M. Ymba (2013, p. 444) à Abidjan et N. H. Yobouet (2012, p. 39) dans le district sanitaire de Saint-Louis au Sénégal. Cependant, les études de K. A. Eba (2016, p. 221) sur la ville d'Abengourou ont révélé que l'accueil n'a aucune influence sur l'accès aux structures de santé de la ville.

Concernant le coût des prestations de soins, le faible revenu des chefs de ménages ne permet pas de couvrir les frais de consultations, d'examen et d'achat de médicaments. L'influence du revenu est aussi décrite par M. Ymba (2013, p. 246) à Abidjan, K. A. Eba (2016, p. 219) à Abengourou, P. Tuo (2013, p. 226) à Korhogo et M. Mariko *et al.* (2000, p. 60) dans cinq capitales Ouest-Africaines (Bamako, Niamey, Conakry, Dakar et Abidjan) comme un obstacle à l'accès aux soins dans les centres de santé. Selon K. A. Eba (2016, p. 219), les ménages d'Abengourou rechignent à l'idée de déboursier de l'argent pour supporter le coût des soins. La fréquentation des structures de santé croît en effet avec la gratuité des soins. Dans le district sanitaire

de Saint Louis au Sénégal, N. H. Yobouet (2012, p. 24) atteste que le recouvrement des coûts et le prix des soins dans les centres de santé s'avèrent discriminants en fonction du niveau de vie des patients comme dans la zone de santé rurale de Minova au Burundi (B. Kibalonza Kabwende, 2008, p. 11) où 82% des malades n'arrivaient pas à payer le coût de la consultation par manque d'argent.

Dans la recherche des déterminants qui influencent négativement l'accès aux soins de santé, J. B. Wadja et *al.* (2016, p. 115) ont souligné la qualité des prestations de soins. La faiblesse des plateaux techniques des centres de santé, le manque de qualification des ressources humaines sanitaires sont fréquents dans les pays en développement comme T. N. Tiehi (2006, p. 37) l'a relevé à en Côte d'Ivoire. Selon ce dernier, le secteur hospitalier est techniquement inefficace puis les affectations de ressources aux établissements sanitaires ne sont pas soutenues par des critères de performance. Cela constitue aussi un obstacle à leur fréquentation. Cette étude révèle que, 47% des malades de la commune de Tiébissou indexent les barrières linguistiques comme un obstacle à la fréquentation des structures sanitaires. S. Bowen (2001, p. 5.) et D. Fassin (2006, p. 32.) avaient aussi constaté que, la langue constitue la plus importante barrière à l'établissement d'un premier contact avec les services de soins de santé.

L'amélioration de la qualité et de l'accueil, la gratuité des soins et la possibilité de traduire le langage médical en *baoulé*, langue locale de la région dans les centres de santé de la commune de Tiébissou pourraient améliorer leurs niveaux de fréquentation.

Conclusion

En entamant cette étude, notre objectif était de montrer les déterminants de l'accès aux infrastructures de la commune de Tiébissou. Les enquêtes menées nous ont apporté un éclairage sur les facteurs qui influencent la fréquentation des structures de santé, puis ceux qui interviennent dans le choix des dits centres. A Tiébissou, l'accès à un centre de santé pour des soins dépend premièrement de l'accueil, ensuite de la capacité financière du chef de ménage à faire face au coût des prestations de soins, de la taille de son ménage, de son âge puis de la barrière linguistique. De plus, même si le ménage doit recourir aux soins de santé moderne, des indicateurs dont l'accueil, l'abordabilité des coûts des prestations et la qualité des soins offerts interviennent dans le choix de la structure de soins. A cela, faut-il ajouter l'accord de crédit. Car, le dispensaire rural de Kondèyaokro est la structure la plus fréquentée de la commune parce qu'elle offre des soins à crédit aux ménages qu'ils reviennent payer après. L'étude emmène à réfléchir sur la mise en place d'une protection sociale des ménages si l'on veut améliorer l'accès aux structures de soins modernes pour un développement humain durable.

Référence bibliographique

BOWEN Sarah, 2015, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé française*, Health Canada, 155 p.

Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), 2013, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS)*, Rapport, Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, Côte d'Ivoire, 294 p.

EBA Konin Arsène, 2016, *Accessibilité des populations aux soins de santé publics dans la ville d'Abengourou*, Thèse unique de doctorat, Université Felix Houphouët-Boigny, 260 p.

ETYA 'ALE Daniel, 2007, « Accès aux soins oculaires : mieux et autrement », *Revue de santé oculaire communautaire*, Volume 4, Numéro 4, Department of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine, p. 25-27.

FASSIN Didier, 2006, *Etat de santé et accès aux soins des migrants en France : analyse et synthèse bibliographique*, Observatoire Régional de la Santé, 82 p.

KIBALONZA KABWENDE Blaise, 2008, *Structure de l'offre et demande des soins de santé dans la zone de santé rurale de Minova*, Mémoire de Licence, Université de Goma, RDC, 63 p.

KOFFI Kouassi, 2009, *Evolution de la population, des équipements et infrastructures dans le département de Tiébissou*, Mémoire de Maîtrise, Université de Cocody, 109 p.

MAGNE Clodide, 2012, *Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural : Cas du CMA de Kongso Bafoussam III*, Mémoire de fin de formation, Ecole des infirmiers diplômés d'Etat de Bafoussam, 62 p.

MARIKO Mamadou, Cisse Boubou, 2000, *Equité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capitales ouest-africaines*, Rapport final, IRD, UNICEF, Coopération Française, Abidjan, 169 p.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique/Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et l'Information Sanitaire (DPPEIS), 2016, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS, 2015)*. Rapport général, Côte d'Ivoire, 289 p.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique/Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et l'Information Sanitaire (DPPEIS), 2017, *Rapport Annuelle sur la Situation Sanitaire (RASS, 2016)*, Rapport général, Côte d'Ivoire, 351 p.

OMS, 2006, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé*, 20 p.

OMS, 2009, *Statistiques sanitaires mondiales : Personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels*, Extrait de rapport, Organisation Mondiale de la Santé, 11 p.

RICHARD Jean Luc, 2001, *Accès et recours aux soins de santé dans la Sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*, Thèse de doctorat, Institut de Géographie de l'Université de Neuchâtel, France, 1065 p.

RIDDE Valéry, 2004, *Entre efficacité et équité : qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Une revue des expériences Ouest-Africaines*, Département de médecine sociale et préventive, Pavillon de l'Est, Université Laval, Québec, G1K 7P4, Canada, 21 p.

TIEHI Tito Nestor, 2006, *Activités des hôpitaux départementaux publics ivoiriens : une évaluation de l'efficacité technique par le bootstrap*, Mémoire de DEA, Université de Cocody, 123 p.

TUO Péga, 2013, *Approche géographique de la méningite et du paludisme dans le Nord ivoirien : Le cas du Département de Korhogo*, Thèse unique de Géographie de la santé, IGT-Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, 321 p.

WADJA Jean-Bérenger, KOBENAN Appoh Charlesbor, NEHI Bema Christian Joël, 2016, « La problématique de l'accessibilité aux infrastructures sanitaires sur le littoral Est de la Côte d'Ivoire », *Revue des Sciences Sociales du PASRES, Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire*, p. 105-117.

YEO Homiengnon, KRA Kouadio Joseph, KOFFI Lath Franck Eric, 2016 « Infrastructures de transport et accessibilité géographique des populations rurales aux équipements sanitaires urbains dans la zone dense de Korhogo (Nord de la Côte d'Ivoire) », *Espace, Populations et Sociétés*, [En ligne], 2016, mis en ligne le 29 juin 2016, consulté le 23 juillet, 2018, URL : <http://journals.openeditio.org/eps/6331>

YMBA Maïmouna, 2013, *Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain : le cas de la ville d'Abidjan-Côte d'Ivoire*, Thèse unique de géographie de la santé, Université de Cocody-Université d'Artois, 534 p.

YOBOUET N'guessan Hervé, 2012, *Analyse des déterminants socio-économiques du recours aux soins chez les enfants de moins de cinq ans en cas de fièvre palustre présumée : Cas du district sanitaire de Saint-Louis au Sénégal*, Mémoire de Master, Institut supérieur de management de la santé (ISMS), CESAG, 60 p.