

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'kpomé 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

HABITAT RURAL ET COUVERTURE SANITAIRE DANS LA SOUS-PREFECTURE DE BOUAFLE (CENTRE-OUEST DE LA COTE D'IVOIRE) : CONSEQUENCES POUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

KOUASSI Yao Frédéric

Assistant au département de géographie université Félix Houphouët Boigny Abidjan
- Cocody/kouassifrederic@yahoo.fr/

Résumé

L'étude porte sur l'impact de la dispersion de l'habitat rural sur l'offre de soin de santé à Bouaflé. La dispersion, caractéristique de l'habitat rural à Bouaflé influence-t-elle l'accessibilité aux soins de santé dans la sous-préfecture de Bouaflé ? Telle était la question centrale qui a guidé ce travail. La méthodologie de cette recherche a fait appel à la documentation, l'entretien et l'administration d'un questionnaire. C'est un échantillon de six villages, vingt campements et deux cent neuf personnes qui ont été interrogées dans l'enquête de terrain. Les résultats indiquent un habitat dispersé sur l'ensemble des finages des villages. L'originalité de cette dispersion tient à son caractère à la fois primaire et secondaire. La dispersion de l'habitat rural a des conséquences non négligeables: c'est d'abord l'isolement des populations du fait de l'absence ou de l'éloignement des équipements sociaux de base tels que les centres de santé, et du fait également du mauvais état des voies d'accès aux services de santé disponibles. C'est ensuite, un isolement favorisant la sous-information et une faible inclination des populations vers les soins de santé modernes. Ces populations isolées ont en conséquence recours à la médecine traditionnelle et l'automédication comme pratique sanitaire alternative.

Mots clés : Bouaflé, habitat rural, soins de santé, accessibilité, dispersion

Abstract

The study focuses on the impact of the dispersion of the rural habitat on the health care offer in Bouaflé. Does dispersion, characteristic of Bouaflé rural habitat, influence access to health care in the sub-prefecture of Bouaflé? That was the central question that guided this work. The methodology of this research involved the documentation, maintenance and administration of a questionnaire. A sample of six villages, twenty camps and two hundred and nine people were interviewed in the field survey. The results indicate a dispersed habitat on all the finishes of the villages. The originality of this dispersion lies in its character both primary and secondary. The dispersion of the rural habitat has significant consequences: it is primarily the isolation of populations due to the absence or remoteness of basic social amenities such as health centers, and the fact that also the poor condition of access to available health services. It is then, an isolation favoring the under-information and a low

inclination of the populations towards the modern health care. These isolated populations therefore resort to traditional medicine and self-medication as an alternative health practice.

Key words: Bouaflé, rural habitat, health care, accessibility, dispersal

Introduction

L'habitat rural est «la portion d'espace habité, occupé par les maisons et leurs dépendances» (M. DERUAU, 2005, P.215). L'étude de l'habitat rural est dans cette perspective une étude de l'agencement des espaces habités ; ce n'est donc pas l'étude de la maison rurale qui n'en est qu'une des composantes. Cet agencement est le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs : économiques, culturels, sociaux, historiques, physiques, sécuritaires etc. L'habitat rural est soit de type groupé soit de type dispersé. L'un ou l'autre des types d'habitat a des conséquences spatiales et sociales. Dans ce travail, il s'agit d'apprécier le rapport entre l'agencement de l'espace rural habité et l'accès physique aux soins de santé dans la campagne de Bouaflé. La sous-préfecture de Bouaflé est l'une des plus cosmopolites de la Côte d'Ivoire. Elle est située au centre-ouest et appartient au domaine forestier ivoirien. Bouaflé est le chef-lieu de la région de la Marahoué. La sous-préfecture est limitée au nord par les sous-préfectures de Zuénoula et Gohitafla, à l'est par les sous-préfectures de Yamoussoukro et Tiébissou, au sud par Sinfra, Konefla et Basré et à l'ouest par Bonon. La sous-préfecture de Bouaflé compte 167 263 (RGPH, 2014) habitants soit environ 40% de la population des sept sous-préfectures que compte le département. La population rurale représente 52%. Cette population est composée d'autochtones Gouro, d'allogènes (Baoulé, Sénoufo, Lobi...) et d'immigrés de la sous-région (Burkinabés, Maliens, Mauritaniens et guinéens). Bouaflé est l'une des zones les plus touchées par l'immigration en Côte d'Ivoire. La proportion des étrangers est comprise entre 30 et 40% de la population totale (Y. BAKAYOKO, J. BARRAT and al, 2011, p.68). Par ailleurs, cette sous-préfecture a été directement et indirectement marquée par l'un des plus ambitieux projets d'aménagement rural : l'aménagement de la vallée du Bandama. Cette opération a entraîné le recasement des populations déguerpies et elle a de ce fait redéfini les finages des villages. Zone aurifère, la sous-préfecture de Bouaflé est également marquée par l'agriculture de plantation. Extraction minière, colonisation agricole et actions volontaristes de l'Etat ont eu une nette répercussion sur la structuration du paysage rural. La configuration actuelle de l'habitat de la sous-préfecture pose le problème de l'accessibilité physique aux soins de santé en zone rurale. Les caractéristiques du milieu de vie comme le démontrent les résultats des travaux de (J.P. HERVOUET, P.HANDSCHUMACHER, F.PARIS et G.SALEM, 1995, p.1) peuvent influencer la santé des populations. Selon ces travaux, en Afrique, l'état de santé de la population est plus déterminé par les conditions générales du milieu que partout ailleurs.

La présente étude s'inscrit dans ce contexte d'impact du milieu de vie sur l'état de santé de la population. En convoquant le rapport entre les caractéristiques de l'habitat rural et l'accessibilité aux soins de santé, elle analyse la manière dont la dispersion de l'habitat rural constitue un obstacle à l'accès aux soins de santé. Le paysage rural, du fait du site, de la particularité de l'habitat (groupé, intercalaire ou dispersé), des voies de déserte et de communication voire de l'agriculture qui y est l'activité principale peut avoir une énorme influence sur l'état de santé des populations. P.GRAZIN (2002, p. 302) montre en effet que l'eau de stockage certes nécessaire au développement agricole pour bien de pays souffrant de déficits ou d'irrégularités de pluie, favorise ou aggrave la transmission de maladies infectieuses. Ainsi l'agriculture au centre de la vie rurale et fondement de la structuration du paysage rural n'a pas que des avantages. Dans certaines conditions, elle peut également être un facteur de détérioration de l'état de santé des populations qui la pratiquent.

Au-delà de l'agriculture et de sa condition générale de développement qui peut poser des problèmes de santé, notre objectif ici est d'analyser l'impact de la dispersion de l'habitat rural sur la santé des populations dans la sous-préfecture de Bouaflé. De façon plus précise, nous analysons la dispersion de l'habitat et ses conséquences qui s'expriment en termes d'isolement des populations, de difficultés de fréquentation des centres de santé et de pratiques sanitaires palliatives.

1. Méthodologie

La réalisation de ce travail s'est appuyée sur la recherche documentaire, l'entretien et une enquête par questionnaire. Les principaux instruments de recueil de l'information ont donc été le questionnaire pour le recueil des données quantitatives et le guide d'entretien pour les entretiens semi-dirigés.

1.1. La recherche documentaire

La lecture des ouvrages généraux et des ouvrages spécifiques a permis de circonscrire le problème et définir les principales notions telles que, dispersion de l'habitat, habitat rural, paysage rural. Le recours aux registres (consultations prénatales, consultations curatives et consultations post-natales) des infirmiers et sages-femmes a permis d'établir les statistiques de fréquentation des centres de santé. Les rapports annuels (système d'information et de gestion) de la direction départementale de la santé ont été les documents de base pour l'analyse de l'état de morbidité de la sous-préfecture. Les cartes mentales des aires sanitaires des centres de santé ont permis d'apprécier les distances entre les campements et les centres de santé.

1.2. Les entretiens semi-dirigés

Les entretiens sont de type semi-dirigé laissant une liberté relative aux interlocuteurs. Le premier interlocuteur a été le Directeur départemental de la santé de Bouaflé. Cet entretien a porté sur la carte sanitaire de la sous-préfecture et les stratégies mises en œuvre pour l'accessibilité des populations aux soins de santé. Les infirmiers de Blanfla, Konefla, Siétinfla, l'infirmière de Klan, les sages-femmes de Siétinfla et Angovia et l'infirmier statisticien de la direction départementale ont ensuite été interrogés. Avec ces praticiens, l'objectif visé était d'apprécier le rapport entre la distance et la fréquentation des centres de santé. Enfin, l'entretien avec le chef du village de Koudougou a permis de faire l'historique de l'installation des étrangers dans des hameaux de culture à Bouaflé. C'est au total neuf (9) personnes qui ont été concernées par les entretiens.

1.3. L'enquête par questionnaire

L'échantillonnage combine à la fois la technique aléatoire et la technique empirique.

- *La technique aléatoire (le tirage aléatoire simple)*

Elle a été utilisée là où nous disposions d'une base de sondage exploitable. Ce fut le cas du choix des aires sanitaires. Toutes les aires sanitaires rurales (23) de la sous-préfecture ont eu les mêmes chances d'être tirées. La technique du tirage aléatoire simple a permis d'avoir cinq centres de santé soit 15% des centres de santé. Ce sont les centres de Siétinfla, Blanfla, Klan, Konéfla et Angovia.

- *La technique empirique*

La technique du choix raisonné a été retenue. Elle consiste à tenir compte des critères jugés pertinents. La distance du campement par rapport au centre de santé (petites distances de 1 à 5 kilomètres et grandes distances de plus de 5 kilomètres) et la taille de la population sont les deux critères combinés du choix raisonné. Cette technique a permis de sélectionner 20 campements. Soit 13 campements distants de 1 à 5 km des centres de santé et 7 de plus de 5 km des centres de santé. Dans ces campements, deux méthodes pour le choix des chefs de ménage ont été retenues. La méthode des itinéraires a été nécessaire pour les campements de grande taille. La technique des itinéraires a consisté à suivre dans chaque campement concerné une ligne de concessions et interroger le chef de ménage de chaque deuxième concession. Dans les campements de petite taille, il s'est agi d'un recensement exhaustif de tous les chefs de ménage. Cette méthode a permis d'avoir 200 chefs de ménage.

C'est au total 209 personnes (entretiens et questionnaires confondus) qui sont interrogées dans cette enquête.

1.4. Traitement des données

Les informations recueillies ont été sériées et ont fait l'objet de tris à plat pour la conception des tableaux. Les logiciels Adobe Illustrator et Arc GIS ont servi à la réalisation des cartes.

La valeur numérique de la dispersion est calculée selon le modèle de calcul proposé par ALBERT DEMANGEON

$$i = \frac{exn}{t}$$

e = populations totale des écarts (campements de culture)

n = nombre des écarts (nombre de campements de culture)

t = population total du village (total population des villages et campements)

i = indice de dispersion

Ce modèle a été adapté à la situation de l'espace d'étude dans la mesure où en Côte d'Ivoire il n'y a pas de commune rurale. L'adaptation a consisté à calculer différemment la dispersion de l'habitat de toute la sous-préfecture en prenant la commune comme l'habitat principal, ce qui est similaire à la configuration de DEMANGEON et la dispersion prenant le village comme l'habitat de référence. Cette méthode a permis de calculer la dispersion des campements (des écarts) par rapport aux villages et la dispersion des villages (des écarts) par rapport à la commune.

Cette méthodologie a permis d'avoir les résultats présentés dans les lignes qui suivent.

2. Résultats

Les résultats obtenus ont été structurés en deux parties. Le premier résultat montre la dispersion de l'habitat rural à Bouaflé. Le deuxième a trait à l'impact de cette dispersion sur l'accessibilité aux soins de santé.

2.1. Un habitat rural dispersé sur l'ensemble du territoire

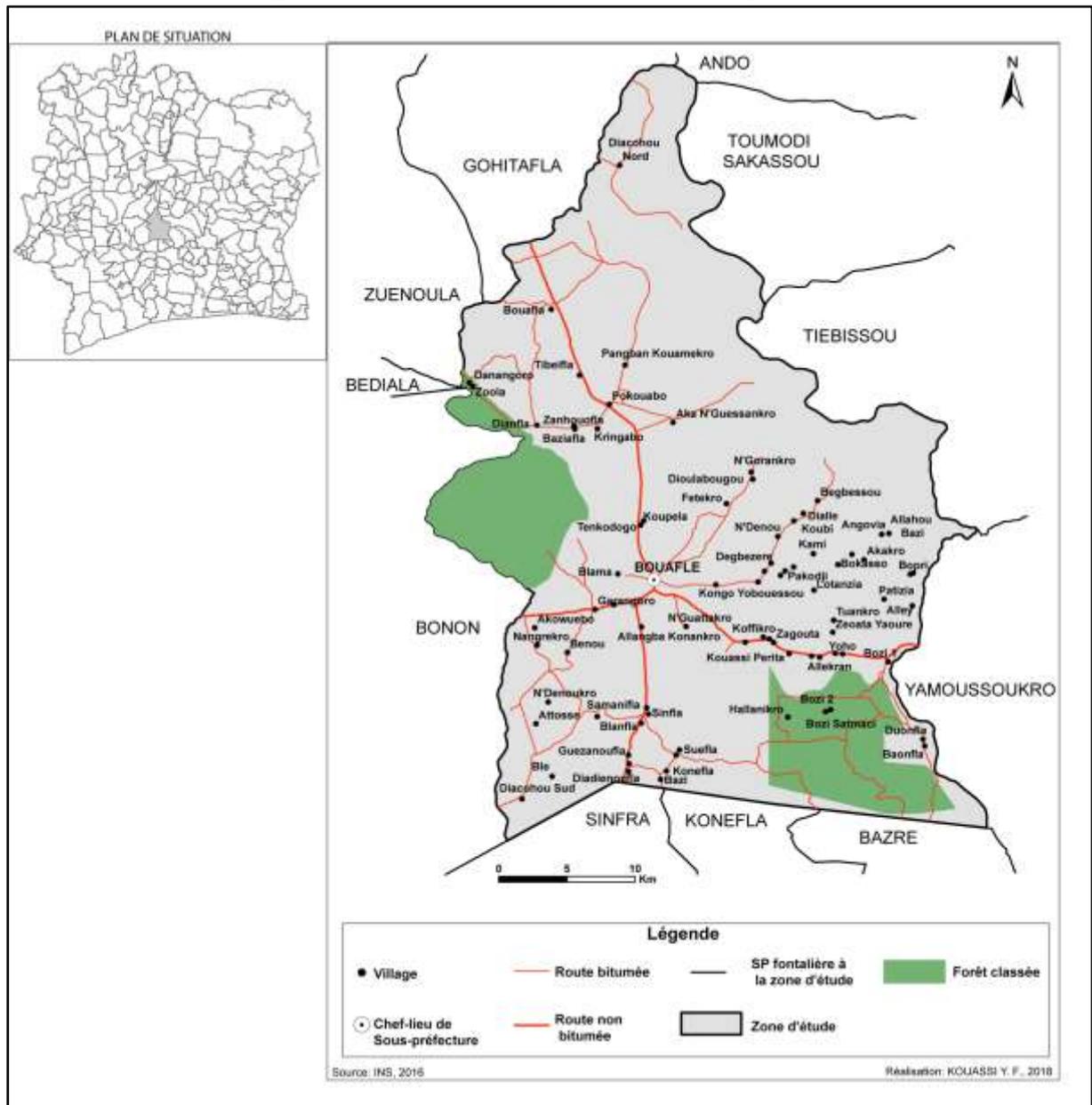
La dispersion de l'habitat rural de Bouaflé peut être perçue à deux niveaux. Un premier niveau montrant la dispersion des villages par rapport au chef-lieu de la commune et un deuxième niveau de dispersion des campements par rapport au finage de chaque village.

Le premier niveau de dispersion des villages par rapport au chef-lieu de la commune est la conséquence du peuplement atypique de la campagne par des populations d'origine différente. En effet, en dehors des autochtones Yohouré, Gouro et Ayahou installés notamment à l'est de la sous-préfecture, les populations déguerpies de la vallée du Bandama et les immigrés burkinabés se sont installés dans la campagne de Bouaflé. L'immigration des Burkinabés, a engendré de véritables villages portant des noms des localités de leurs origines (Koudougou, Garango, Tenkodougou, Koupela). Ces premières installations des burkinabés vont occasionner et favoriser l'essaimage des burkinabés dans des petits hameaux de culture sur le territoire du département

de Bouaflé. Par ailleurs, l'aménagement de la vallée du Bandama avec la création du barrage de Kossou a nécessité le déguerpissement et le recasement des populations Ayahou sur les terres gouro (B.ORI, 1984, P.4). Les villages comme Bodanou, Blê, Atocé, N'Denoukro, Diacohou sont les marques visibles de cette autre installation. Les habitations créées ont été suivies de blocs culturels permettant une vie économique basique aux déplacés. Ces deux formes d'installation ont modifié le paysage rural et agricole de Bouaflé. Koudougou symbole de l'installation de la main-d'œuvre burkinabé en terre ivoirienne est aujourd'hui un bourg d'environ 7955 habitants autour duquel gravite une quinzaine de campements regroupant 2077 habitants (RGPH 2014). De par son dynamisme spatial, social et économique, Koudougou est devenu un pôle économique incontournable à l'échelle rurale à Bouaflé.

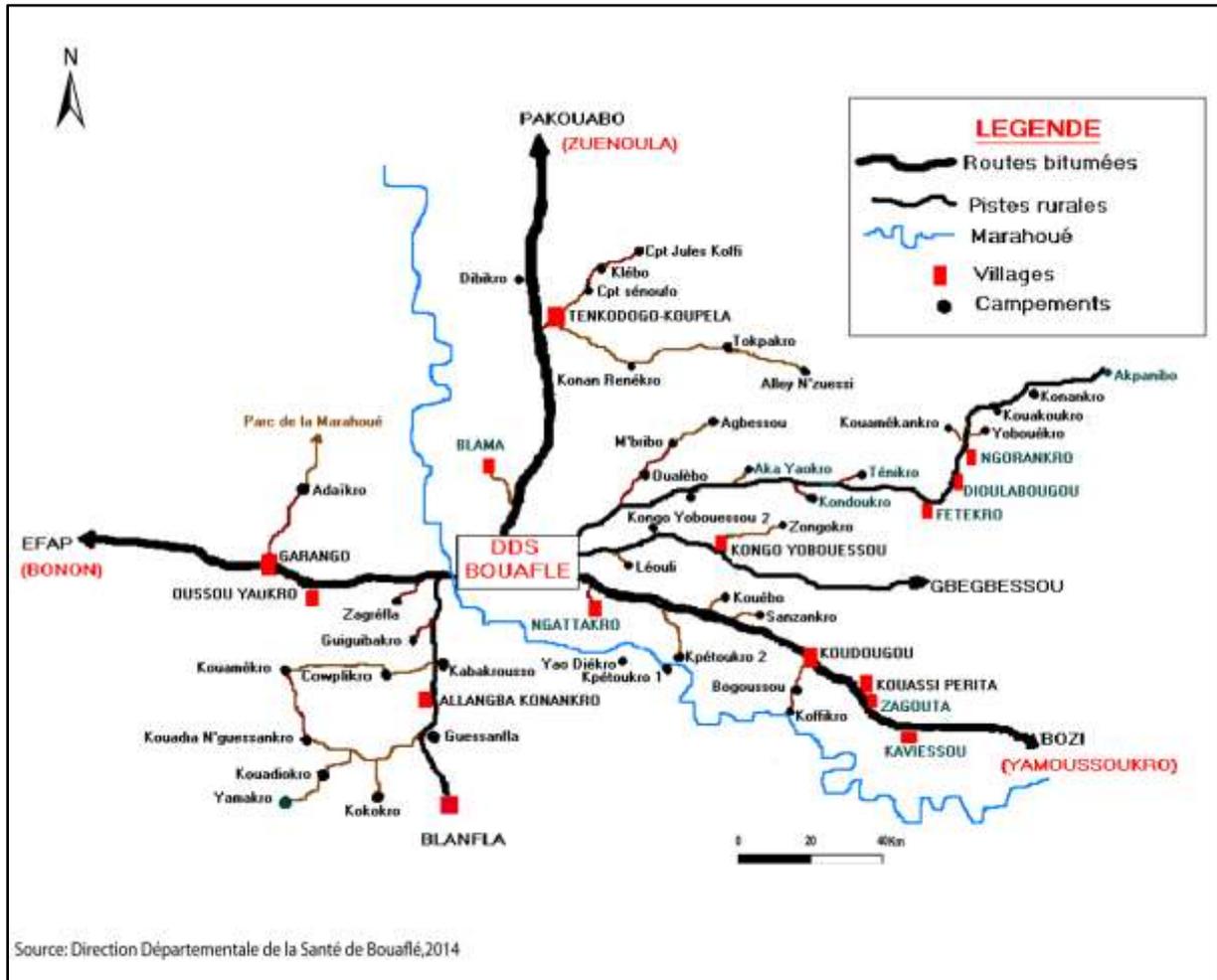
Ce peuplement atypique de la campagne de Bouaflé a occasionné un premier niveau de dispersion des villages sur l'ensemble du territoire. En effet, on remarque un grand nombre de villages à l'Est limitrophe de la vallée du Bandama impactée par le barrage de Kossou. Aussi l'habitat est-il plus dispersé à l'Est qu'au Nord. L'Ouest présente un habitat tout aussi dispersé mais les déterminants sont agricoles d'où l'existence de nombreux campements rattachés aux villages. Cette configuration de la campagne est illustrée par la carte 1.

Carte 1 : localisation et présentation des villages de la sous-préfecture de Bouaflé



Le deuxième niveau de dispersion de l'habitat rural concerne les campements par rapport au finage de chaque village. A chacun des villages sont rattachés des campements créés par des allogènes et des étrangers. La carte 2 illustre cette trame de l'habitat rural fait de campements et de village.

Carte 2 : Des villages et leurs appendices dans les aires sanitaires de Bouaflé



23 villages sur un ensemble de 47 (soit 48,93%) ont sous leur dépendance au moins un campement. Le tableau 1 présente le nombre de campements rattachés à chaque village.

Tableau 1 : Nombre de campements rattachés à chaque village

Villages	Nombre de campements
Allangba Konankro	10
BLAMA	04
Kongo Yobouessou	05
N'gattakros	13
Oussou yaokro	03
Bouaflé (commune)	43
Bozi satmaci	03
Bozi	06
Bozi 2	02
Duonfla	10
Guezanoufla	02
Hallanikro	15
Konéfla	09
Koudougou	15
Koupéla	04
Liadjenufla	20
N'gorankro	11
Siétinfla	33
Sinfla	14
Suefla	08
Bokassou	01
Kaviéssou	01
Garango	01
TOTAL	233

Source : Sous-préfecture de Bouaflé

Cette autre dispersion de l'habitat est le résultat de l'agriculture de plantation. En effet, la sous-préfecture de Bouaflé fait partie des premières zones de production cacaoyère qui ont succédé à la boucle du cacao. Le verger cacaoyer y est certes vieillissant mais l'économie rurale reste toujours dominée par la production du cacao. Bouaflé a 4,53 % de la surface nationale consacrées à la culture du cacao. Par ailleurs, la forte production vivrière fait de Bouaflé l'un des greniers de Yamoussoukro (capitale politique) et d'Abidjan (capitale économique). C'est ce dynamisme agricole qui est à la base de la multiplication des campements dans l'espace. En outre, les indices de dispersion selon le modèle proposé par A. DEMANGEON confirment la dispersion de l'habitat dans la sous-préfecture de Bouaflé. Selon ce modèle, plus le nombre de lieux habités est grand, et plus la proportion de la population non agglomérée "au village" est forte, plus l'indice de

dispersion est élevé. Le tableau 1 ci-dessus indique une moyenne de 11 campements par village. Le calcul des indices de dispersion présente d'une part des localités comptant un grand nombre de campements et villages mais dont la taille de la population est faible. Ce sont pour la plupart des campements de petite taille (une à trois familles). C'est le cas de Sadja Coulibaly (9 habitants), Issoufoukro (12 habitants), Sinponfla (15 habitants). Pour ces localités, les indices de dispersion sont relativement faibles. On peut citer à titre d'exemple, Bouaflé (6,01), Koudougou (4,19) ou encore Duonfla (4,65). Cela s'explique par une relative concentration des populations dans la commune ou dans les villages.

D'autre part, le résultat du calcul des indices indique des localités qui ont un indice de dispersion élevé comme Siétinfla (18,8), Liadjenufla 1 (13,1), N'Gorankro (8,5). Ces derniers ont sous leur dépendance, un grand nombre de campements très peuplés. Siétinfla par exemple compte 33 campements où vivent 10 687 personnes contre 8026 dans le village (RGPH 2014). Ces indices ainsi que la répartition spatiale des campements montrent que 40 % de la population sont dispersés dans environ 234 campements. Il n'y a qu'une proportion de 22% de la population qui vit dans des villages. Pourtant, à l'origine il n'y avait que les villages des Ayahou, Yohouré et Gouro (peuples autochtones). Les populations étaient groupées dans des villages. Le groupement était soit un moyen de défense contre les guerres de conquête territoriale soit une agglomération autour des points d'eau.

En somme, la dispersion de l'habitat rural est la conséquence du peuplement atypique et de la conquête des terres à cacao. Ces deux facteurs ont restructuré le paysage rural dans la sous-préfecture. Les populations allogènes et étrangères accueillies n'habiteront pas les villages de leurs "tuteurs" mais plutôt dans des hameaux de culture connus en Côte d'Ivoire sous l'appellation de campements. Le parcellaire des allogènes et des étrangers n'étant pas en général dans l'immédiat voisinage des villages, des campements vont essaimer sur l'ensemble des finages à fin de réduire la distance entre lieux habités et plantations.

Cette dispersion va nul doute avoir une nette répercussion sur la situation sanitaire dans le milieu rural.

2.2. Conséquences de la dispersion : difficile accès des populations aux soins de santé et pratiques sanitaires alternatives

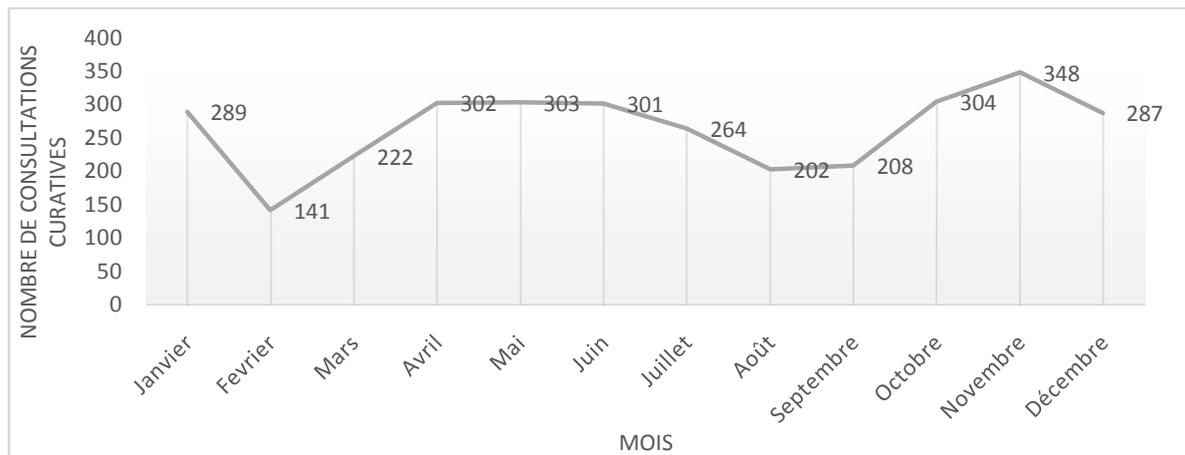
La population des aires sanitaires rurales de Bouaflé est dispersée dans 47 villages et environ 233 campements. La distance entre les centres de santé et les lieux habités ainsi que la carte sanitaire qui ne tient pas compte de la caractéristique de l'habitat sont les principales difficultés. Comme réponse à ces difficultés, les populations isolées recourent à la médecine traditionnelle et à l'automédication.

2.2.1. La distance entre les villages et leurs appendices, un obstacle à l'accessibilité à l'offre de santé

Les populations des campements les plus éloignés ont du mal à avoir accès au centre de santé. Si un obstacle naturel comme un cours d'eau s'y ajoute, la difficulté devient encore plus grande. La situation de Yaokankro dans l'aire sanitaire de Klan en est une parfaite illustration. Non seulement la voie d'accès n'est pas carrossable mais il faut surtout traverser la Marahoué affluent du fleuve Bandama à l'aide de pirogue pour accéder au dispensaire rural de Klan. La distance entre ce campement et le dispensaire est de 35 km. En général, dans la sous-préfecture de Bouaflé, plus la distance séparant le dispensaire et le campement est éloignée, moins les populations fréquentent le centre de santé. A partir d'une distance de 10 km (en aller), moins de 20% des populations se rendent au centre de santé. C'est le cas des campements comme Yaokankro, Boboukoffikro, Nobilakro, Krakro. Cette proportion croit jusqu'à 70% avec la réduction de la distance. A Samarifla (2 km du centre de santé rural de Blanfla) 65 % des enquêtés ont recours aux soins des infirmiers. Les villages qui ont un centre de santé (Konéfla, N'govia, Kouassipérita...) portent cette proportion à 80%. La distance impacte également l'information sanitaire.

L'isolement des campements limite l'accès des populations aux campagnes d'information et de sensibilisation. Ces populations n'ont qu'un seul moyen d'information : le contact direct avec les agents de santé. Les autres canaux (audiovisuel et affichage) sont hors de portée des villageois isolés. Aussi la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide (lutte contre le paludisme) arrive-t-elle difficilement dans ces localités et l'usage que les villageois font de ces moustiquaires est incertain. Par ailleurs, la fréquentation des centres de santé par les paysans isolés est souvent influencée par la traite cacaoyère et le calendrier cultural. Ainsi, les mois de juillet, août et septembre où il n'y a plus de cacao à vendre, les paysans ne se rendent pas dans les centres de santé faute de moyens financiers. Le mois de février qui marque le début des travaux agricoles de l'année enregistre très peu de consultation. L'exemple de l'évolution du nombre de patients fréquentant par mois le centre de santé de Blanfla sur la figure 1 en est une illustration.

Figure 1 : Evolution annuelle des consultations au dispensaire rural de Blanfla



Source : Dispensaire rural de Blanfla, 2017

Cette situation est encore plus cruciale pour les campements éloignés. La dispersion de l'habitat met les populations éloignées en marge du système de santé national. En dehors des dispensaires et centres de santé ruraux situés tous dans les villages, le système ne prévoit rien pour les campements. Les cases de santé n'existant plus, c'est quelque fois des prestataires privés sans qualification qui exercent dans les campements.

La dispersion crée des habitudes qui ne favorisent pas la bonne santé. En effet, dans l'aire sanitaire de Siétinfla, le taux d'abandon des consultations prénatales (CPN) s'élève à 66%. Ce taux relativement élevé est dû à l'éloignement des campements par rapport au centre de santé. Des femmes de ces campements ne font qu'une seule consultation. Pour elles, il s'agit simplement d'avoir le carnet de santé indispensable à la déclaration à l'état civil du futur nouveau-né. Certaines de ces femmes (2%) ne font aucune consultation prénatale ; elles passent les neuf mois de grossesse dans les campements se contentant du suivi des matrones. Celles qui respectent le nombre recommandé de CPN ne représentent que 34%. Par ailleurs, la dispersion favorise les accouchements à domicile sans assistance de professionnels de la santé. Dans cette même aire sanitaire, une proportion de 33,6 % des accouchements se fait à domicile sans assistance d'une sage-femme.

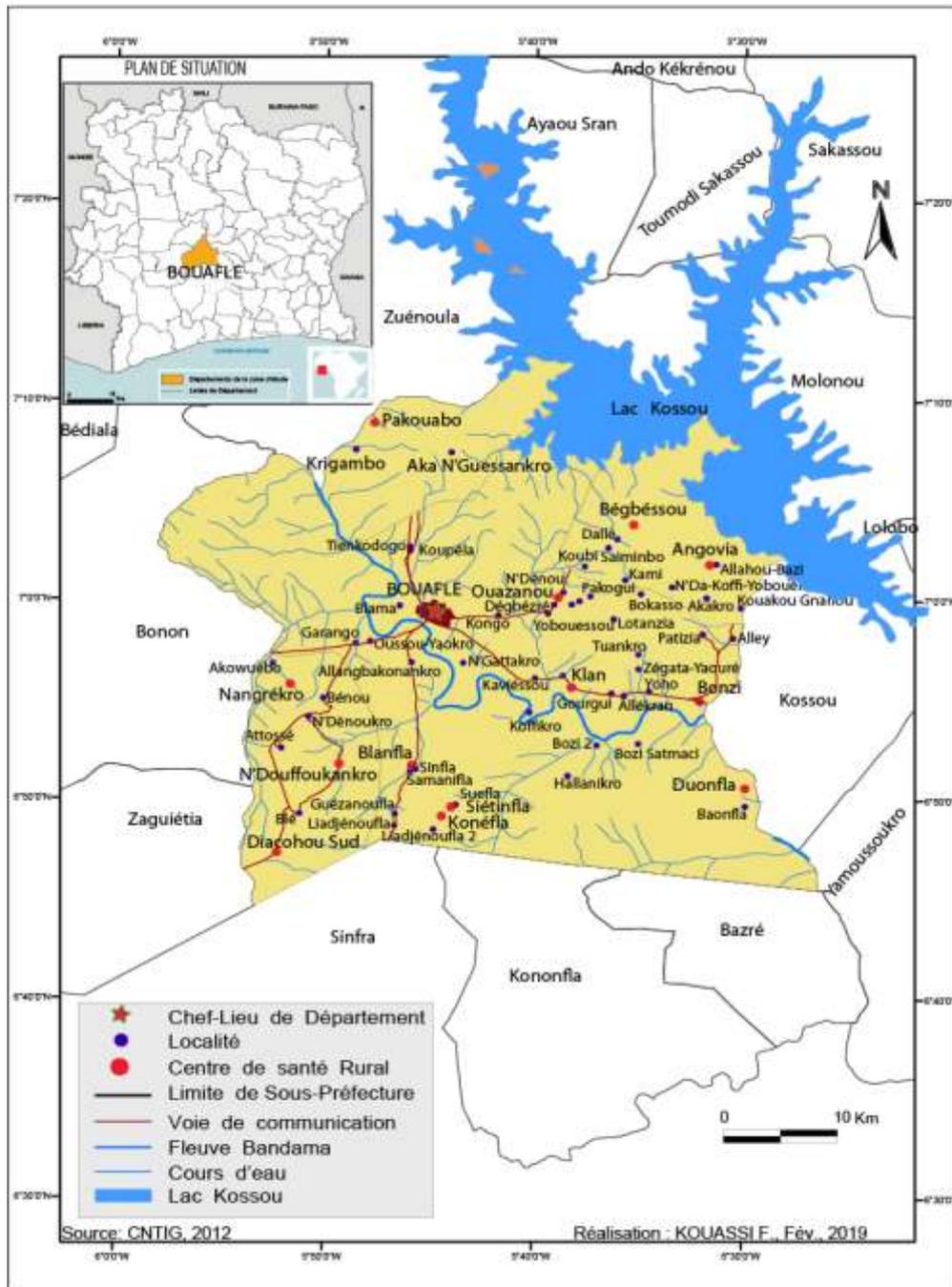
En somme, la dispersion de l'habitat, la distance quelque fois très grande entre les centres de santé et les campements et l'impraticabilité des pistes rurales ne favorisent pas un accès facile aux offres de santé que l'Etat propose aux populations. Cette situation est renforcée par une carte sanitaire rurale lacunaire.

2.2.2. Une carte sanitaire rurale inadaptée à la caractéristique de l'habitat

La quasi-totalité des centres de santé ruraux sont situés dans les villages. Les écarts (campements) en sont dépourvus malgré le grand nombre de personnes vivant dans ces localités. Les cases de santé n'existant plus dans la hiérarchie des structures

sanitaires, les habitants des campements sont obligés de se déplacer quelle que soit la distance à parcourir. La carte sanitaire ignore la dispersion de la population. La carte 3 donne une vue des centres de santé exclusivement concentrés dans les villages.

Carte 3 : Centres de santé de l'aire sanitaire rurale du district sanitaire de Bouaflé



En prenant le village, circonscription administrative de base, comme seul lieu d'installation des centres de santé dans un paysage rural d'habitats dispersés, l'administration sanitaire limite les possibilités d'accès physique aux soins de santé.

Aussi cette situation va-t-elle avoir une répercussion sur l'état de morbidité dans la campagne.

2.2.3. *Dispersion de l'habitat rural, déterminant de l'état de morbidité dans la zone rurale*

Le rapport entre la maladie et le milieu rural de façon générale est une question complexe. La spécificité de l'habitat rural peut influencer l'état de santé des populations. Dans le milieu rural de Bouaflé, des faits permettent d'affirmer que l'habitat est un déterminant de l'état de santé des populations. D'abord le fait que les populations isolées dans des campements n'aient pas accès à l'information de santé (campagnes de sensibilisation au travers des médias) les prédispose à certaines maladies comme le paludisme et le SIDA car l'ignorance est un autre fait de santé. A titre d'illustration, les pratiques coutumières locales visant à trouver un autre époux à la veuve au sein de la famille en faisant fi des causes du décès de l'époux, contribuent à la propagation du VIH/SIDA dans des familles rurales. Le taux de prévalence du paludisme reste très élevé dans les zones rurales. L'aire sanitaire rurale de Bannoufla concentre 51% des cas de paludisme grave en 2015 (direction départementale de la santé de Bouaflé, 2015). Quatre aires sanitaires rurales (Klan, Danangoro, Nangrekro et Tibéita) regroupent 25,8% des cas de paludisme simple diagnostiqué avec prescription de CTA. L'anémie intimement liée au paludisme est également présent dans les zones rurales où le paludisme sévit. 30,77% des cas d'anémie modérée se situent dans deux aires sanitaires rurales : Blanfla (118 cas) et Blanoufla (103 cas). Par ailleurs, la dispersion ne favorise pas l'accès à des équipements socio collectifs comme les pompes à motricité humaine. Le corollaire inévitable de cette situation est la consommation de l'eau insalubre des marigots et des puits. Il est donc évident que la diarrhée soit une des causes principales des consultations en milieu rural. L'aire sanitaire rurale de Diacohou sud concentre à elle seule 13% des cas de diarrhée enregistrés dans la sous-préfecture. D'autres maladies comme la bilharziose, l'ulcère de burili, les brûlures sévissent dans les zones rurales notamment à Blanfla, Bozi et Gobozra.

Une autre variable de l'habitat rural qui influence la santé des populations est la maison. La dispersion favorise la précarité de la maison rurale. Les matériaux modernes n'étant pas à portée de main des paysans isolés, les maisons sont faites de matériaux locaux ou de récupération. Il est vrai que dans cette étude, le rapport entre la maladie et la précarité de la maison n'est pas établi mais la précarité met l'occupant dans une insécurité sanitaire surtout quand le campement est de petite taille et perché au milieu de la broussaille. Les toits comme ceux qu'on constate sur la photo ci-après ne peuvent ni lutter contre les intempéries ni contre les reptiles. Si la santé est définie selon l'OMS comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, on peut dire que la précarité de la plupart des maisons des campements est un fait de

santé dans l'aire sanitaire de la sous-préfecture de Bouaflé dans la mesure où la maison ne peut assurer une intimité familiale ni protéger l'occupant contre les risques de vols comme on peut le constater à Koffikoffikro sur la photo 1.

Photo 1 : La maison rurale à Koffikoffikro dans l'aire sanitaire de Siétinfla



Cliché : Kouassi Yao Frédéric 2012

La qualité de l'habitation est mauvaise et les populations en majorité pauvres doivent faire face aux intempéries.

En somme, la dispersion de l'habitat détermine la couverture sanitaire des campagnes ainsi que l'état de morbidité. La médecine conventionnelle a du mal à couvrir les populations éparpillées à travers les campagnes. Les populations isolées vont alors faire le choix de pratiques sanitaires alternatives.

Les soins traditionnels et l'automédication s'imposent comme réponses des paysans isolés aux difficultés d'accès aux soins de santé.

Se rendre dans un centre de santé n'est pas un réflexe automatique pour bon nombre de villageois. Le malade a recours soit à la médecine traditionnelle ou à l'automédication.

2.2.4. Le recours à la médecine traditionnelle, une pratique récurrente des paysans isolés

Le titre II de la loi n° 2015-536 du 20 juillet 2015 portant exercice et organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle précise que le principe de la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle est acquis. Dans les faits, ce principe ne se traduit pas par une réelle collaboration dans les localités rurales où la médecine traditionnelle est quelque fois incriminée par les praticiens de la médecine moderne. Quant aux populations, plus particulièrement celles qui sont dans les contrées les plus reculées, les soins traditionnels sont les premiers recours. 54,5% de la population interrogée déclarent avoir pour premier recours la médecine

traditionnelle. Plusieurs raisons président au choix porté sur la médecine traditionnelle. Les raisons les plus récurrentes sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Raisons principales du recours à la médecine traditionnelle

Raisones exprimées	Effectifs	Pourcentages (%)
Distance	64	32
Moyens financiers	33	16,5
Convenance personnelle	20	10
Considérations coutumières	19	9,5
Comportement des praticiens	10	5
Distance et moyens financiers	42	21
Efficacité du traitement	12	6
Total	200	100

Source : notre enquête juin et septembre 2018

Même si la distance et le manque de moyens financiers constituent les raisons principales, toutes ces raisons évoquées se conjuguent pour donner une certaine primauté à la médecine traditionnelle. A l'analyse, les coûts du traitement moderne mis en cause ne sont pas toujours des facteurs limitant comme le croient les populations rurales. A titre de comparaison, le traitement du paludisme pour un enfant de moins de cinq ans est gratuit dans les centres de santé alors qu'il coûte au moins 1000 FCFA chez le tradipraticien (achat de canari en terre cuite et émoluments du praticien compris). En ce qui concerne les accouchements à domicile, ils ne sont toujours pas moins onéreux que les accouchements assistés d'une sage-femme. Les émoluments de la matrone sollicitée est au moins 5 000FCFA (en numéraire et en nature) quand celle-ci n'est pas membre de la famille de la parturiente. L'accouchement normal dans un centre de santé rural est gratuit (gratuité ciblée). Par ailleurs, la comparaison de l'attitude des ivoiriens ruraux à celle des étrangers (burkinabés notamment) impose que nous relativisons nos résultats. En effet, 30 burkinabés sur les 35 interrogés soit 85,7% portent leur choix sur la médecine moderne quelle que soit la distance. Cette proportion n'est que 37,5% en ce qui concerne les ivoiriens. La raison est que ces burkinabés sont habitués à un système de santé intégrant les communautés rurales. Dans l'aire sanitaire de Bouaflé, les cases de santé n'existent plus et l'intégration des agents de santé communautaire dans le système sanitaire rural n'est qu'à ses débuts. En définitive, le manque d'information sanitaire entretient la fausse perception de la médecine moderne par certains ruraux et les maintient hors des centres de santé quand ils sont malades. La dispersion de l'habitat entraînant le repli des populations isolées sur elles-mêmes est donc la cause

réelle de la préférence de la médecine traditionnelle. Pour certaines pathologies, le recours aux soins traditionnels est presque automatique. Le tableau 3 donne un aperçu de quelques pathologies pour lesquelles les villageois préfèrent la médecine traditionnelle à la médecine moderne.

Tableau 3 : Répartition des taux de préférence de la médecine moderne et traditionnelle par les villageois en fonction des types de maladie

Maladies	Taux de préférence de la médecine moderne (%)	Taux de préférence de la médecine traditionnelle (%)
paludisme	30	70
Maladies mentales	10	90
Infections cutanées	38	62
Grippe	42	58
fièvre	48	52
hémorroïde	4	96
Morsure de serpent	37	63
Blessure à la machette	48	52
accouchement	46	54

Source : notre enquête juin et septembre 2018

Même si la première cause de consultation dans les centres de santé ruraux et les dispensaires ruraux demeure le paludisme, le recours à la médecine moderne pour cause de paludisme n'est pas systématique. Les malades arrivent très souvent à l'hôpital après des traitements non satisfaisants faits par les tradipraticiens. En ce qui concerne certaines maladies comme les maladies cutanées (furoncles, panaris...) et les maladies mentales, il est communément admis en milieu rural que le traitement moderne est peu efficace. En somme, que ce soit les populations éloignées des centres de santé comme celles qui sont dans les villages où il y a un centre de santé, le choix du type de médecine dépend du type de maladies. Le traitement de ces maladies ne se fait pas toujours par l'intermédiaire d'un praticien traditionnel ou moderne, l'automédication est une pratique très répandue dans les villages.

2.2.5. L'automédication, une pratique sanitaire pour palier la faiblesse de l'offre de santé

L'automédication est la prise de médicaments sans avis médical. Cette pratique est répandue en milieu rural et plus précisément dans les contrées les plus reculées des centres de santé. Deux moyens permettent aux malades de se soigner sans avis d'un praticien.

- La vente de médicaments chinois dans les campements-marchés.

Les jours de marché hebdomadaire, les villageois se procurent de ces médicaments et constituent une sorte de boîte à pharmacie qu'ils utilisent quand ils sont malades.

- Les vendeurs ambulants de médicaments.

Sans formation, sans autorisation, ils proposent leurs produits aux villageois à des prix deux fois moins chers. A titre de comparaison, une boîte de 10 plaquettes de 10 gélules d'amoxicilline coûte 5500 FCFA à la pharmacie de la santé publique alors qu'elle est proposée à 3000 FCFA aux ruraux par les vendeurs ambulants. Les villageois du fait de l'éloignement aux centres de santé constituent des réserves de médicaments (une sorte de pratique préventive) dont les posologies leur sont passablement expliquées. La prise de ces médicaments est automatique quand survient la maladie. On peut bien le constater, cette pratique par défaut s'adapte plus à des populations qui ne peuvent avoir accès à des prescriptions conventionnelles pour des raisons d'isolement.

En somme, la trop grande dispersion de l'habitat rural favorise la priorité accordée à la médecine traditionnelle. Le système de santé ne prend pas en compte les contrées les plus reculées et laisse la porte ouverte à des structures de santé parallèles, l'automédication y trouve un terrain fertile. Ces résultats auxquels nous sommes parvenus méritent d'être confrontés à ceux des travaux antérieurs pour une meilleure appréciation de leur pertinence.

3. Discussion

Dans les aires sanitaires rurales de Bouaflé, la dispersion de l'habitat rural a eu pour conséquence le difficile accès des populations aux soins de santé.

3.1. La dispersion de l'habitat

Le travail s'est inspiré du modèle de calcul des indices de dispersion d'A. DEMANGEON. Toutefois, contrairement à DEMANGEON, nous avons apprécié la dispersion à deux niveaux : un premier niveau tenant compte de l'ensemble de la sous-préfecture en prenant la commune comme habitat de référence et un deuxième niveau qui prend en compte le finage de chaque village. Le modèle a été adapté en quelque sorte à la situation ivoirienne. En Côte d'Ivoire il n'y a pas de commune rurale. Nous sommes parvenus toutefois à un habitat dispersé sur l'ensemble des finages. Il s'agit d'une dispersion atypique dans la mesure où elle associe à la fois dispersion primaire et dispersion secondaire. La dispersion de l'habitat rural est un fait commun en Côte d'Ivoire. Cependant, le caractère à la fois primaire et secondaire de la dispersion est original et propre à Bouaflé. Le peuplement burkinabé et les programmes d'aménagement rural y ont grandement contribué. La dispersion de l'habitat rural commune aux zones d'agriculture de plantation en Côte d'Ivoire n'est que secondaire dans la mesure où c'est généralement à partir d'un seul village autochtone que la population allogène ou étrangère venue faire fortune va essaimer tout le finage. La conquête des terres à cacao en est le facteur explicatif. Ces résultats emboîtent le pas à ceux de M. LESOURD (1998, p.7) en terroirs Bété et Bakwé à Soubré et Buyo. En effet, selon LESOURD, les colons baoulés recherchaient les terres

les plus éloignées des villages des autochtones. Ainsi la volonté d'occuper le maximum de terrains explique la dispersion des campements de culture. Nos résultats apportent tout de même une nuance fondamentale. La dispersion n'est pas seulement un acte volontaire de l'occupant. Elle a été imposée à des populations par l'Etat colonial pour ses besoins de main-d'œuvre et l'Etat indépendant pour ses projets d'aménagement et de développement. Toutefois, les conséquences de cette dispersion sur l'accès aux soins de santé restent les mêmes.

3.2. Conséquences de la dispersion de l'habitat

L'émiettement des espaces habités en de petites localités d'accès souvent difficile maintient les populations pauvres dans un isolement loin de l'information sanitaire. Dans ce cas, la situation de Bouaflé devient similaire à celle du Sénégal que décrit M. GENTILINI (1989 p.4) car dans ces conditions d'isolement des populations, il est difficile de « s'attaquer aux tâches préventives afin de rompre le cercle vicieux ignorance-misère-maladie ». Nos résultats vont également dans le même sens que ceux de M. ERPICUM (1998, p.56). En effet, pour lui, l'accroissement de la dispersion de l'habitat rural implique l'augmentation des coûts du service d'hiver du réseau routier. L'augmentation des coûts de l'acte médical se constate également dans les zones rurales de Bouaflé relativement aux distances à parcourir pour y avoir accès. Par ailleurs, ce travail tout comme celui de M. ERPICUM montre que « la dispersion de l'habitat rural génère des surcoûts dans tous les équipements collectifs gérés par les autorités régionales » et même nationales. Cette observation s'explique à Bouaflé par l'incapacité des autorités à concevoir une hiérarchie de structures sanitaires allant jusqu'aux populations les plus éloignées des campements de culture. La cherté relative de l'acte médical engendrée par la distance séparant l'habitat et le centre de santé empêche les paysans de se rendre dans les centres de santé à des périodes de l'année. Il s'agit des périodes de soudure et les périodes de travaux champêtres. Ce résultat est confirmé par l'enquête sur le niveau de vie en Côte d'Ivoire réalisée par l'INS /ENV (2015, p.74). Cette enquête indique que les mois de juin et juillet correspondant à la période des travaux champêtres sont les plus financièrement difficiles pour les paysans. A Bouaflé le taux de fréquentation des centres de santé baisse considérablement pendant cette période.

Les pratiques sanitaires privilégiant médecine traditionnelle – pour certaines pathologies – et automédication sont le corollaire consubstantiel d'un agencement mal ordonné du lieu habité dans l'espace.

Conclusion

Au terme de cette étude, il ressort que l'habitat rural a un impact sur la couverture sanitaire des populations. La dispersion de l'habitat maintient les populations dans la sous-information, l'isolement loin des pratiques sanitaires justes. La dispersion

impose une carte sanitaire restrictive. Seuls les villages bénéficient des infrastructures de santé. Les habitants des campements de culture doivent effectuer souvent de grandes distances pour leurs soins. De ce fait, la médecine traditionnelle plus disponible, supposée moins chère et inspirée des coutumes locales devient la pratique la plus courante pour les populations les plus éloignées. Le colportage des remèdes traditionnels, chinois et d'autres d'origine incertaine, facilitant l'automédication est le recours pour une large population. Cette pratique par défaut risque de devenir la norme sanitaire rurale. Il est donc souhaitable que le système sanitaire s'adapte à ce type d'habitat marqué par la dispersion et le cosmopolitisme en formant des agents de santé communautaire dans chaque groupe ethnoculturel. Ils seront des relais des infirmiers et sages-femmes dans les campements les plus reculés pour faire passer le message et l'éducation sanitaire. En perspective, les prochains travaux porteront sur la localisation optimale des centres de santé dans un environnement marqué par la dispersion de l'habitat en s'inspirant de la théorie de la localisation d'A. Weber. Des efforts seront également faits pour établir le rapport entre la qualité de l'habitation rurale, le site et l'état de morbidité dans les zones rurales.

Références bibliographiques

ASSA Koby. ATTA Koffi Lazard. HOUHOUOT Asseypo. 1984. *De la savane à la forêt, étude des migrations des populations du centre-bandaman*, IGT/ International development research-abidjan (Côte-D'ivoire) Ottawa(canada)159p.

BAILLY Antoine. 2014. *Les concepts de la géographie humaine*, 5^e édition, Armand Colin, 333 p.

BAILONI Mark. 2012 « Introduction : identités, territoires et paysages ruraux en mutations », revue géographique de l'est (en ligne) vol. 52/3-4/ mis en ligne le 01 juillet 2013, consulté le 18 juin 2018

COLIN Jean-Philippe.1990. *La mutation d'une économie de plantation en basse Côte d'Ivoire*. Paris, 361 pages

DERRUAU Max. 2007. *Géographie humaine*, Paris, Armand Colin, 447p.

ERPICUM Michel. 1998. « La dispersion de l'habitat en zone rurale : source de contraintes pour la collectivité et de surcoût du service d'hiver d'entretien routier », bulletin de la société géographique de Liège, 34, p.53-56.

GILLARDOT Pierre. 1997. *Géographie rurale*. Paris, ellipses, 208p.

GONIN Alexis, QUEVA Christophe. 2018. *Géographie des espaces ruraux*. Armand Colin, 272p.

HERVOUE Jean-Pierre and al. 1995. « De la géographie des grandes endémies à la géographie de la santé et de la géographie tout court : vingt ans de travaux de l'ORSTOM en Afrique », p. 59-65.

INS. 2015. *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*. Abidjan ,91p.

KESSY Marcel Zady. 2004. *Développement et gestion des communautés villageoises*. Eburnie, Abidjan ,189p.

LESOURD Michel. 1998. « La forêt, la machette et le billet de banque Problème de colonat agricole en région d'économie de plantation Baulé (Côte d'Ivoire forestier) », *cah-sci-hum*, 24/1, pp.73-97.

ORI Boizo.1984. *Les villages ABV de l'Ayou sud : données sociodémographiques, deuxième partie*, centre de ORSTOM de Petit-Bassam, 35 pages

PIERRE George. 1978. *Précis de géographie rurale*, Paris, PUF, 350 p.

RENARD Jean. 2002. *Les mutations des campagnes, paysages et structures agraires dans le monde*, Armand Colin, Paris, 221p.

SALEM Gérard. 1995. « Géographie de la santé, santé de la géographie » in *espace, population, société*, p. 25-30.