Logiques d'implantation des structures sanitaires et disparités socio-spatiales de l'accès à l'offre de soins à Bouaké (Côte d'Ivoire)

Logics of the establishment of health care structures and socio-spatial disparities in accessing to health care system in Bouaké (Côte d'Ivoire)

Kouassi Samuel Konan, Kouadio Raphaël Oura et Florence Fournet

Cette étude a bénéficié du soutien d'un financement de l'Agence Nationale de la Recherche Française, à travers le projet de recherche COhéSIoN (Constructions Socio-territoriales des Inégalités de santé : diagnostic territorial et aide à la décision) qui vise à analyser l'effet du processus d'urbanisation sur la production des inégalités de santé.

Introduction

L'urbanisation est l'un des phénomènes planétaires les plus marquants de ces dernières décennies. Depuis 2007, plus de la moitié de la population mondiale vit dans les villes [OMS, 2010] et ce sera les deux tiers en 2030 [UNDESA, 2011]. Cette croissance urbaine concerne principalement les pays du Sud. Les questions du développement durable de ces villes et de la couverture sanitaire des populations se posent avec acuité. Bien qu'elles soient généralement considérées comme des moteurs de croissance économique et d'innovations [Dauvergne, 2012], les villes condensent des précarités, des vulnérabilités, l'instabilité et des inégalités socio-spatiales de santé [Cadot et Harang, 2006; Harang, 2007; Tapé et al., 2015], particulièrement dans les pays du sud du fait de l'absence de réelle politique urbaine [Bertrand et Dubresson, 1997]. Or, si de nombreux travaux se sont attachés aux villes des pays développés, l'intérêt pour les villes du sud et particulièrement d'Afrique est récent [OMS, 2010]. Fournet [2015, p. 137] rappelle ainsi qu'« aucune référence à la santé urbaine n'a été faite en 1978 lors

de la Conférence mondiale d'Alma Ata consacrée aux soins de santé primaires. Il aura fallu attendre l'année 2010 pour inaugurer la première année de la santé urbaine par l'OMS ». Ainsi, alors que les villes concentrent les services, en particulier ceux de la santé, les citadins africains ne profitent pas toujours de ce privilège urbain [Raynaut, 1987; ONU-Habitat, 2010]. En effet, les politiques d'aménagement des villes ne réussissent pas à suivre leur rythme rapide de croissance et ce décalage engendre une distribution inégale des ressources, qui sont à l'origine d'inégalités d'accès, notamment aux soins [Cadot et Harang, 2006].

- 2 En matière de soins, ces inégalités sont renforcées par les stratégies d'implantation des services [Fournet et al., 2008 ; Meunier-Nikiema et al., 2015 ; Ymba et Anoh, 2015]. Alors que le secteur public tente d'assurer l'équité dans l'accès physique aux soins, le privé semble moins se soucier d'une répartition équitable que d'une logique de rentabilité dans ces villes. Quant aux structures de soins confessionnelles, elles sont davantage motivées par des principes d'équité sociale. Ces inégalités pourraient même s'accentuer dans les années à venir [Fournet, 2015 ; OMS, 2010], surtout dans les villes secondaires où le rythme de croissance spatiale et démographique sera le plus important [Satterthwaite, 2006].
- Ces éléments de réflexion nous ont conduits à nous intéresser à la distribution de l'offre de soins à Bouaké, seconde ville de la Côte d'Ivoire, caractérisée par une croissance spatiale rapide [Urbaplan, 2017; Konan, 2017]. Le croît démographique de cette ville s'est accompagné d'une demande en logements de plus en plus forte, avec pour conséquence immédiate l'extension urbaine. La gouvernance foncière, peu respectueuse des objectifs des Nations Unies pour des villes inclusives, résilientes et durables, a fait naitre une nouvelle forme d'extension spatiale. La ville ne croît plus par densification mais plutôt de façon horizontale et diffuse [Kouamé, 2017]. Par conséquent, le contrôle de l'espace et des équipements socio-collectifs, en particulier les structures de soins, est devenu difficile pour les acteurs de la gestion urbaine. Il convient alors de s'interroger sur les conséquences sanitaires pour les populations et de chercher à comprendre comment les logiques d'implantation des structures de soins ont structuré l'offre de soins à Bouaké.
- L'analyse des données de ce travail s'est faite autour de trois axes principaux : les logiques d'implantation des structures par statut de soins, leurs impacts sur l'accessibilité à l'offre de soins et les politiques d'organisation du système sanitaire à Bouaké.

1 Méthodologie

1.1 Présentation de la zone d'étude

- 5 La ville de Bouaké est localisée au centre du territoire ivoirien. Elle se situe entre 7°30 et 7°50 de latitude nord et entre 4°80 et 5°50 de longitude ouest (Annexe).
- Le découpage effectué par l'Institut National de la Statistique (INS) dans le cadre du Recensement Général de la Population de l'Habitat [INS, 2014] divise la ville de Bouaké en quarante-quatre (44) quartiers aux typologies hétérogènes. La superficie de cet espace urbanisé s'élève à plus de 11 000 ha avec de faibles densités démographiques. Si la densité de population de Pikine (Sénégal) était de 300 habitants par hectare en 1985, celle de Ouagadougou (Burkina-Faso) de 57 habitants par hectare en 1996 [Salem, 1998;

Harang, 2007], la ville de Bouaké n'enregistrait que 49 habitants par hectare en 2014. Cette faible densité s'explique par un habitat essentiellement composé de maisons individuelles, assez consommatrices d'espace. La densité moyenne à l'échelle de la ville cache néanmoins de nombreuses disparités. Dans certains quartiers centraux, elle atteint 233 habitants par hectare dans le quartier Liberté, contre des densités très faibles de l'ordre de 6 habitants par hectare dans des quartiers périphériques comme Air France III [INS, 2014].

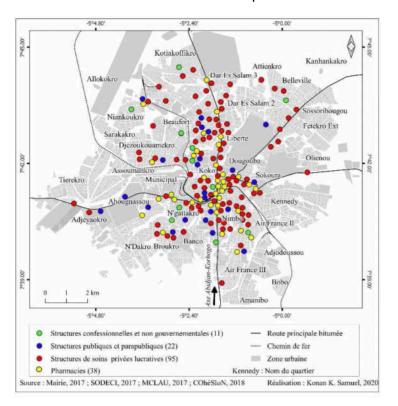
Le choix de Bouaké est justifié par sa place dans le réseau urbain national (seconde ville du pays avec une population estimée à 536 189 habitants en 2014), et par sa dynamique démographique et spatiale incontrôlée à cause des crises économiques qui ont eu lieu à partir des années 1980 auxquelles a succédé la crise militaro politique qui s'est déroulée entre 2002 et 2011.

1.2 Recueil des données

Un premier travail de localisation exhaustive de l'offre de soins modernes a été réalisé en 2018 sur l'ensemble du territoire urbain de Bouaké à travers une enquête rue-parrue. La position géographique de chaque structure a été relevée. Une seconde enquête a été conduite dans l'ensemble des structures identifiées, permettant le recueil d'informations sur le statut de l'établissement (public, privé), le niveau des soins dispensés (soins infirmiers, généralistes, spécialisés), la date d'ouverture, l'équipement du plateau technique et humain et le coût des consultations. Ces informations ont été intégrées à une base de données géographiques sous QGIS dans l'objectif d'analyser les logiques d'implantation des structures de soins et leur accessibilité par discrétisation des distances entre les parcelles cadastrales et les structures de soins. Cette discrétisation s'est faite grâce à l'outil "Multi ring buffer" de QGIS 3.4. Des zones tampon (buffers) de 300 mètres ont été réalisées autour des structures de soins sur les données vectorielles de l'espace urbain de Bouaké, obtenues à la mairie, à la Société de Distribution d'Eau en Côte d'Ivoire (SODECI) et à la direction régionale du Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des autorités administratives de la municipalité et de la direction régionale de la santé. Ces entretiens avaient pour objectif d'analyser les logiques d'implantation des structures de soins au regard de la politique de santé et de celle de la ville.

2 Les logiques d'implantation de l'offre de soins dans la ville de Bouaké

- L'offre de soins s'entend comme l'ensemble des infrastructures sanitaires, des ressources humaines qui leur sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins en réponse aux besoins de santé de la population [Van Lerberghe, 1994; Haddougui, 2017].
- 10 A Bouaké, les données collectées révèlent la présence de 127 établissements pourvoyeurs de soins et 38 pharmacies (Carte 1).



Carte 1 : Localisation des structures de soins et pharmacies de la ville de Bouaké en 2018

Des logiques d'implantation différentes peuvent être mises en évidence, selon que les structures de soins sont publiques, confessionnelles ou privées lucratives.

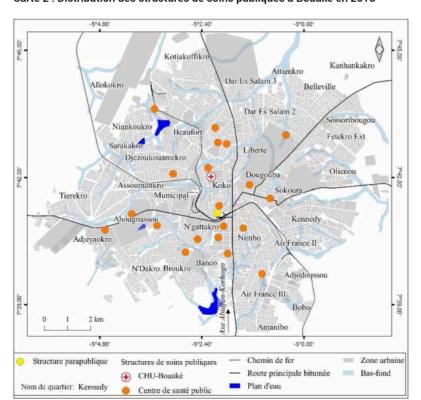
2.1 Le secteur public et parapublic : une volonté de respecter la carte sanitaire de la ville

La planification sanitaire doit être considérée comme la systématisation et la rationalisation de l'ensemble des processus qui conduisent à entreprendre une action dans le domaine de la santé, ainsi qu'à prévoir son déroulement [Fournier, 1990]. Cette politique permet, en fonction de besoins préalablement identifiés, d'allouer des ressources, notamment des établissements de soins. L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux. Le niveau primaire est constitué des Établissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (centres de santé publics, centres de santé spécialisés, formations sanitaires). Ces soins primaires sont reconnus comme les plus importants pour maintenir la santé de la population, car ils sont relativement peu coûteux et peuvent être dispensés plus facilement que les soins spécialisés et hospitaliers [Guagliardo, 2004]. Le niveau secondaire est constitué par des établissements sanitaires de recours pour la première référence (Hôpital général, Centre Hospitalier Régional, Centre Hospitalier Spécialisé), tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (Centre Hospitalier Universitaire, CHU). La hiérarchie sanitaire prévoit qu'il puisse exister à chaque niveau de soins, des structures adaptées et réparties uniformément sur l'espace urbain selon une carte sanitaire. La distribution des structures publiques se fait en fonction d'une aire d'influence préalablement définie en associant le milieu rural au milieu urbain, pour permettre au plus grand nombre de ménages de bénéficier des soins.

À Bouaké, le niveau primaire du secteur public est représenté par 20 structures de premier contact, représentant 15,7 % de l'offre de la ville, complétées par une structure parapublique et le CHU (Carte 2). L'implantation des établissements de premier contact vise à permettre l'accès géographique aux soins de santé primaires au plus grand nombre de citadins comme le mentionne la Directrice Régionale de la Santé du Gbêkê:

« Quoique les structures de soins publiques soient moins importantes du point de vue numérique par rapport aux structures privées lucratives, il faut savoir que la distribution de ces structures de soins publiques n'est pas aléatoire, ce secteur poursuit des objectifs bien précis. Il a en effet pour mission de couvrir l'ensemble des besoins de santé de la population ».

Le secteur de soins public manifeste la volonté de vouloir respecter la carte sanitaire mais sans y arriver puisque le niveau secondaire n'existe pas à Bouaké. Aussi, la distribution spatiale des ESPC montre que beaucoup de quartiers comme Kennedy, Kotiakoffikro, Dar-Es Salam 2, sont dépourvus de tels centres de soins (carte 2). Ce résultat n'est pas en conformité avec ce que rapportent Meunier-Nikiema et al. [2015], qui notaient qu'il y avait au moins un centre de santé public par secteur urbain en 2012 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Le déficit en ESPC dans certains quartiers de Bouaké est lié à la dynamique spatiale de la ville et aux différentes crises (crise économique de 1980 et crise militaro-politique de 2002 à 2011). Entre 1960 et 1980, la santé publique était une priorité pour l'État. Les autorités ont ainsi fait construire des structures sanitaires à l'image de la Côte d'Ivoire, moderne et prospère, de cette période de miracle économique.



Carte 2 : Distribution des structures de soins publiques à Bouaké en 2018

- La santé tenait une place importante pour le gouvernement, guidé alors par une politique d'anticipation des besoins de soins des populations qui avaient été rendus gratuits [N'Doli, 2014]. S'exprimant sur les performances des structures de soins publiques de l'époque, le médecin chef du Centre Anti-Tuberculeux de Bouaké souligne que :
 - « Les centres de soins publics de la ville de Bouaké avaient une bonne réputation et étaient accessibles. Cette situation se justifiait par la politique de gratuité et l'efficacité des personnels sanitaires. Certains médecins, les infirmiers et les sages-femmes étaient formés en Europe où la médecine moderne est très développée grâce à des bourses d'excellence gouvernementales ».
- Et la municipalité de Bouaké a en effet bénéficié d'importants investissements au cours des deux décennies qui ont suivi l'indépendance de la Côte d'Ivoire (tableau 1).

Tableau 1 : Investissement public de la municipalité de Bouaké entre 1960 à 1980

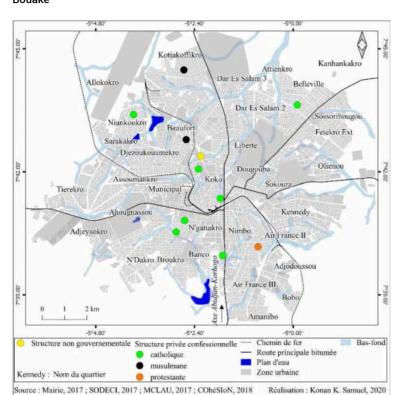
Secteurs d'investissements	Montants investis en millions de FCFA
Voirie	460
Santé	340,9
Éducation	738,6
Administration générale	67,3
Justice	172,2
Armée et Police	50,9
Finance	74,5
Agriculture	25,1
Information	145,4
Total	2074,9

Source: Castella et Baillon, 1970; Atta, 1978

Ainsi, le secteur sanitaire occupait la troisième place (16,4 %) des investissements sociaux de la municipalité de Bouaké après l'éducation (35,6 %) et la voirie (22,2 %). Les investissements dans ce secteur ont permis à la direction régionale de la santé et à la municipalité d'implanter huit structures de soins publiques entre 1960 à 1980, en plus des deux structures de soins publique et parapublique implantées avant 1960. Cependant, la survenue de la crise économique de 1980, exacerbée par la crise militaropolitique de 2002, a provoqué un ralentissement dans la construction de nouveaux établissements sanitaires publics. Pourtant, la population ne cesse de s'accroître et de vouloir s'installer sur un espace urbain peu maitrisé selon le Sous-Directeur technique chargé des infrastructures urbaines et des moyens généraux et le Secrétaire Général de la mairie.

2.2 Le secteur privé confessionnel : un intérêt pour les lieux isolés et délaissés

Bouaké compte au total 11 structures confessionnelles, gérées par des communautés religieuses (10) et une Organisation Non Gouvernementale (ONG) spécialisée dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, le centre Solidarité-Action Sociale (Centre SAS), soit 8,7 % de l'offre totale. Les structures de soins catholiques au nombre de sept sont les plus nombreuses (Carte 3). Deux structures sont tenues par des communautés musulmanes et une structure par une communauté protestante.



Carte 3 : Distribution des structures de soins privées confessionnelles et non gouvernementales à Bouaké

- Les structures religieuses sont guidées par des objectifs sociaux comme nous l'a expliqué la responsable du dispensaire Notre Dame des Apôtres :
 - « Les sœurs catholiques Aloysia, Euphrazine et Camille de Notre Dame des Apôtres sont arrivées à Bouaké en 1937. Leurs missions étaient de parcourir toute la région et de porter l'évangile aux populations. Elles commencèrent à sillonner tous les quartiers de la ville de Bouaké pour des campagnes d'évangélisation avec le soutien du Père Allézard. Ils constatèrent une dégradation de la santé des citadins et décidèrent de bâtir le dispensaire Notre Dame des Apôtres en 1938. La construction de cette structure de soins s'est justifiée par le fait que ces missionnaires français avaient constaté que la population de Bouaké était toujours confrontée à de nombreuses maladies endémiques bien qu'elle se soignait par la médecine traditionnelle. Aussi, elles encourageaient les indigènes à nettoyer les abords des résidences en raison de la crainte permanente d'une épidémie de fièvre jaune, choléra... ».
- 20 La logique d'implantation du Centre SAS est similaire. Ainsi, au moment de leur installation, ces structures ont visé des quartiers défavorisés en équipements sanitaires, selon les responsables de ces structures. Elles se sont implantées en fonction des

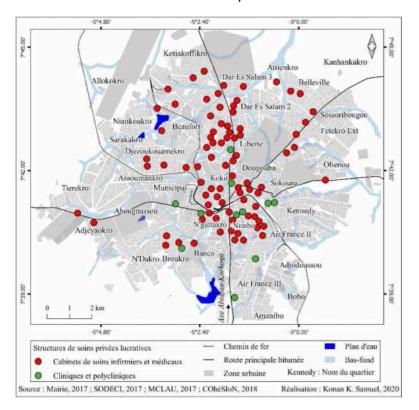
besoins de santé de la population, loin des quartiers nantis comme Kennedy et Municipal, mais proches des zones non loties et périphériques à l'époque, comme Banco et Kotiakoffikro. Mais, avec l'extension de la ville, certaines structures comme le dispensaire Notre Dame des Apôtres, situé au quartier Koko et le Centre de santé Saint-Viateur, créé en 1956 à N'gattakro, se retrouvent aujourd'hui au centre de la ville dans des quartiers qui ne sont plus vraiment défavorisés.

2.3 Le secteur privé lucratif : une installation guidée par la recherche de rentabilité

Les structures de soins privées regroupent les cabinets de soins infirmiers et médicaux et des établissements sanitaires de première référence (cliniques et polycliniques). Au nombre de 84, les cabinets de soins infirmiers sont les structures de soins les plus représentées. La ville compte ensuite huit cliniques et trois polycliniques (Carte 4). Toutes ces structures qui représentent 74,8 % de l'offre totale, visent à la rentabilité de leurs prestations. Ainsi, elles privilégient les espaces dotés d'activités génératrices de revenus, notamment le centre-ville, les espaces lotis et les axes de circulation majeurs comme l'axe Abidjan-Korhogo qui traverse la ville du nord au sud, et aux abords duquel on compte 12 structures privées. Elles privilégient également les espaces de fortes densités de population comme les espaces centraux où la densité est en moyenne de 84 habitants à l'hectare, contre en moyenne 18 habitants à l'hectare en périphérie [INS, 2014]. Cette faible densité de population entraine une attractivité limitée de ces espaces pour les structures de soins privées.

22 Un extrait de notre entretien avec le responsable des cliniques et polycliniques de Bouaké rend compte de l'absence de volonté du secteur privé d'adresser les besoins de santé des populations vivant à sa proximité :

« Personnellement, je pense que l'accroissement des infrastructures privées à Bouaké est lié à la croissance démographique, à l'insuffisance des structures de soins publiques, au désir de lutter contre les maladies et à l'esprit d'entrepreneuriat de certains personnels sanitaires... Ces structures de soins sont parfois regroupées spatialement parce que le plus près n'est forcément pas le mieux. Il revient donc à la population de fréquenter la structure qui répond plus à ses attentes médicales ».



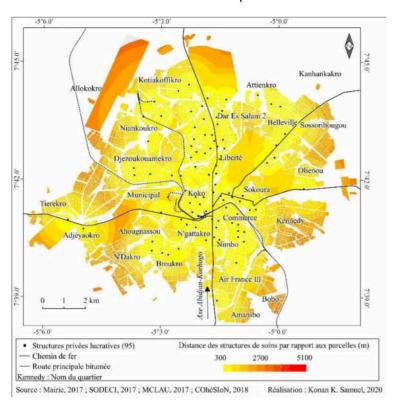
Carte 4 : Distribution des structures de soins privées lucratives à Bouaké en 2018

3 Les disparités socio-spatiales de l'accès à l'offre de soins

Cette deuxième partie met en interaction l'accès aux soins et la distribution inégale de l'offre du fait des logiques d'implantation des secteurs de soins.

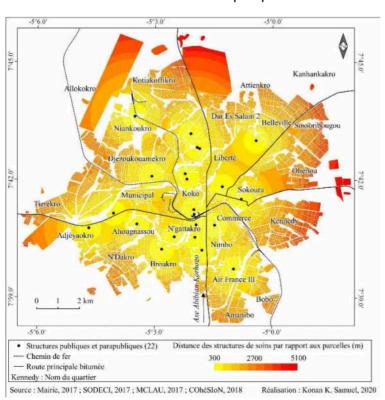
3.1 Accès à l'offre de soins différencié entre le noyau et les périphéries de Bouaké

Par le nombre de ses structures, , l'offre de soins privée semble plus accessible géographiquement que l'offre de soins publique. Ainsi, dans les quartiers centraux (Koko, Commerce, Liberté, Nimbo), les populations parcourent en moyenne 570 mètres (entre 0,3 et 0,84 Km) pour accéder à une structure de soins privée (Carte 5).



Carte 5 : Accessibilité aux structures de soins privées lucratives en 2018 à Bouaké

Et elles parcourent en moyenne 950 mètres (entre 0,3 et 1,6 Km) pour accéder à une structure de soins publique (Carte 6).

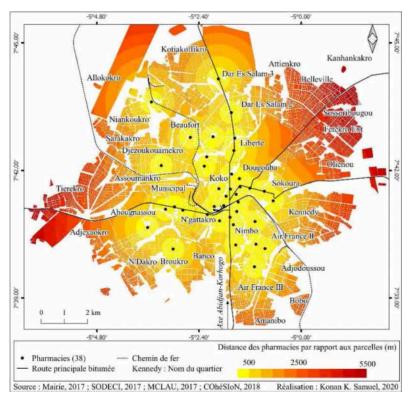


Carte 6 : Accessibilité aux structures de soins publiques en 2018 à Bouaké

- Mais dans les quartiers périphériques (Allokokro, Kanhankakro, Bobo, N'dakro), la distance moyenne à parcourir pour accéder à une formation sanitaire privée s'établit à 2 325 mètres (entre 1,65 et 3 Km) et à 3 925 mètres (entre 2,75 et 5,1 Km) pour un centre de santé public.
- Par conséquent, les populations des périphéries accèdent moins facilement à une structure de soins que celles du noyau, devant parcourir jusqu'à plus de 5 km pour accéder à un ESPC. Ces inégalités spatiales se renforcent encore dans certains quartiers comme Kotiakoffikro et Bobo du fait de l'absence de voie de communication goudronnée. Les défaillances du maillage spatial du secteur public ne sont donc pas comblées par le secteur privé. En fait, du fait d'une législation souple en matière d'ouverture de structures de soins, les responsables de formations sanitaires privées n'obéissent pas à des logiques professionnelles de sorte et n'exercent pas là où elles satisferaient des besoins [Picheral, 1998].

3.2 Inégalités spatiales de l'accès aux médicaments

Les pharmacies de la ville de Bouaké sont situées pour l'essentiel au centre de la ville, aux abords des marchés et le long des grands axes routiers (Carte 7).



Carte 7 : Répartition spatiale des pharmacies à Bouaké en 2018

Les ménages situés à proximité des grandes voies de communication ont un contact plus facile avec ces officines. *A contrario*, les populations plus éloignées sont obligées de parcourir de longues distances (en moyenne plus de 2 km) pour accéder à des médicaments. Cette logique d'implantation des pharmacies s'explique par le fait que les grands axes correspondent aux itinéraires les plus empruntés de sorte que l'accès physique et le repérage visuel sont généralement faciles. C'est aussi le cas des abords

des marchés où l'on rencontre davantage d'activités. Cette accessibilité par la route favorise en outre l'approvisionnement facile et rapide des stocks pharmaceutiques [Harang, 2007].

Théoriquement, il existe en Côte d'Ivoire un critère de distance de 500 m obligatoire entre les pharmacies [Ymba, 2013]. Ce critère n'est pas toujours respecté à l'échelle de Bouaké. Par exemple, les pharmacies « Saint Jean » et « Cité Olympique », au quartier Ahougnassou, sont éloignées de 390 mètres tandis que les pharmacies « Cité » et « Centre » au quartier Dougouba sont distantes de 336 mètres. Par ailleurs, nos enquêtes de terrain ont aussi révélé que les pharmacies se localisaient à proximité des structures de soins, en particulier des services de santé à forte activité. C'est le cas de la pharmacie « N'gattakro » près de la clinique CEMENA et de la pharmacie « EL-Nissi » proche du centre de santé urbain de Koko et du centre médico-social SITARAIL. Ce résultat avait déjà été observé par Ymba [2013], qui avait remarqué que l'ouverture d'une officine privée à Abidjan était souvent postérieure à celle de la structure de soins la plus proche, permettant ainsi de répondre à la demande en médicaments, pas toujours disponibles dans les dépôts pharmaceutiques des services de santé publics.

Dans l'ensemble, l'implantation de l'offre de soins publique comme privée révèle des inégalités qui suggèrent un défaut d'encadrement de l'organisation du système sanitaire à Bouaké.

4 Les faiblesses du système de soins à Bouaké

32 Cette dernière partie met l'accent sur les insuffisances du système de soins public qui mettent à mal la politique fondée sur des soins de santé primaires qui devraient être accessibles au plus grand nombre et équitables.

4.1 Des dysfonctionnements dans les soins de santé primaires publics

33 L'investissement de l'État ivoirien dans le secteur de soins s'est progressivement affaibli avec la succession de différentes crises qui ont frappé le pays. À Bouaké, la crise économique des années 1980 a réduit les investissements de l'État [Ymba, 2013] et la crise militaro-politique de 2002 a continué de freiner la construction d'établissements sanitaires publics jusqu'au retour de la paix en 2011. En outre, elle connait des difficultés dans sa mise en œuvre en particulier à cause du manque récurrent de médicaments dans les centres de santé publics [Ymba, 2013]. Ces difficultés d'approvisionnement rendent notamment difficile l'exécution de la politique de gratuité des soins pour le paludisme, premier motif de consultation à Bouaké. La Directrice Régionale de la Santé du Gbêkê témoigne que : « L'arrêté n° 002 MSLS/CAB du 21 Février 2011, portant gratuité de la prévention et du traitement du paludisme simple en Côte d'Ivoire, a précisé que les intrants et médicaments pour la prévention et la prise en charge du paludisme simple sont désormais gratuits pour toute la population ivoirienne dans les établissements sanitaires publics, confessionnels et des entreprises. Cependant, l'irrégularité et le faible taux de remboursement des redevances non perçues par l'Etat dans le cadre de la gratuité constituent une réelle menace au bon fonctionnement de cette politique ».

Par ailleurs, les établissements sanitaires publics de premier contact manquent de médecins. Ce déficit se justifie en partie par leur absence physique des centres de santé publics au profit des structures privées où ils exercent en parallèle. La perturbation du fonctionnement des services est manifeste, puisqu'il faut ajouter à cette double activité, l'absentéisme pour des raisons de formations, d'enseignement, de séminaires ou de réunions [Harang, 2007]. Le manque des médecins favorise parfois des détournements de malades du secteur public vers des cliniques privées moyennant des commissions [Ymba, 2013]. Cette situation met en exergue toute la difficulté à gérer un secteur qui devrait pourtant contribuer à réduire les inégalités [Picheral, 2001].

4.2 L'inaccessibilité financière de l'offre de soins privée

Le décret n° 91 du 14 novembre 1991, portant implantation des structures de soins privées sur le territoire ivoirien, a permis la densification de l'offre de soins à l'échelle de la ville de Bouaké, notamment par la création de structures de soins privées de premier niveau (84 infirmeries et cabinets médicaux en 2018). Cependant, l'apparition du secteur privé qui aurait pu compléter l'offre de soins publique s'est faite de façon inégalitaire dans l'espace urbain, en dépit des recommandations de l'initiative de Bamako basées sur la notion d'équité [Ridde et Girard, 2004]. La notion d'équité correspond en effet au principe selon lequel tout le monde devrait pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devrait pas être limité à cet égard en raison de sa race, de son ethnicité, de sa religion, de son sexe, de son âge, de sa classe sociale, de sa situation socioéconomique ou de tout autre attribut social [Whitehead et Dahlgren, 2006].

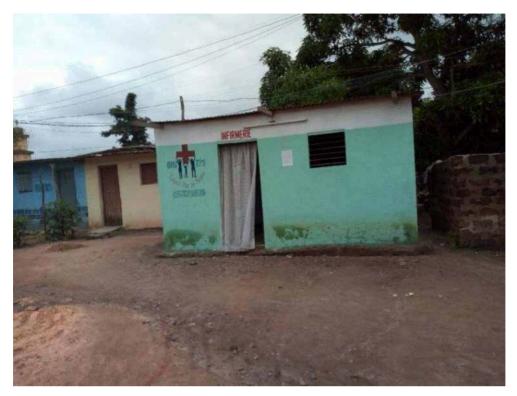
Les structures privées lucratives, qu'elles soient tenues par un médecin ou un infirmier, attachent un intérêt plus particulier aux soins curatifs qu'aux soins préventifs et promotionnels. Les personnels de soins privés justifient ce manque d'intérêt par le fait que les soins curatifs seraient davantage sollicités par les citadins de Bouaké, comme en témoigne le responsable de l'infirmerie privée La Grâce à Dar Es Salam:

« Je ne dispense pas de soins préventifs et promotionnels parce qu'ils ne sont pas sollicités par les patients qui viennent dans ma structure. Les patients de Bouaké en général, ne fréquentent les structures de soins que lorsqu'ils sont gravement malades. Malgré le fait que ma structure de soins soit implantée dans un quartier densément peuplé, je reçois moins 10 patients par semaine ».

Par ailleurs, les coûts des consultations de médecine générale, mais surtout ceux des consultations de médecine spécialisée, sont plus élevés dans le secteur privé. En effet, plus de 94 % des structures du secteur public et parapublic réalisent les consultations générales à un prix inférieur à 1000 FCFA (soit 1,5 euro), quand seulement 50 % des structures de soins privées arrivent à réaliser les consultations générales à ce coût. Et il s'agit alors généralement de structures sous-équipées et dans un état de vétusté avancé qui pose la question de la qualité du service et celle de la vulnérabilité des populations qui les fréquentent (Photo 1).

En ce qui concerne les structures privées de deuxième niveau, les cliniques et polycliniques offrent à voir une architecture améliorée qui traduit l'importance de l'investissement (Photo 2). Les conditions d'accueil dans ces structures sont généralement meilleures.

Photo 1 : Cabinet de soins infirmiers d'Adjeyaokro



Crédits photographiques : Konan K. Samuel, 2018

Photo 2 : Polyclinique Kennedy



Crédits photographiques : Konan K. Samuel, 2018

Ces établissements permettent des consultations de médecine générale mais aussi des consultations spécialisées: chirurgie dentaire, cardiologie, dermatologie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, pneumologie, rhumatologie, ophtalmologie. Elles sont pour cela dotées d'équipements allant des électrocardiogrammes, scanners, échographes jusqu'à des blocs opératoires. Elles disposent aussi souvent d'ambulance. Les coûts des consultations générales sont élevés, variant entre 5 000 et 10 000 FCFA, tandis que le coût minimum de la consultation spécialisée s'élève à 10 000 FCFA. Ces coûts sont difficilement supportables pour un grand nombre de personnes dans un pays où 46,3 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté [INS, 2015].

Conclusion

La ville de Bouaké se caractérise par un nombre important de structures de soins au centre-ville et aux abords des grandes voies de communication. La présence des structures de soins se raréfie en périphérie et dans les zones inaccessibles par des voies de circulation bitumées. Une analyse de l'organisation de ces structures selon leur secteur d'appartenance (public ou privé) fait ressortir des logiques spatiales d'implantation distinctes. Ces logiques se traduisent par la production d'espaces de forte concentration de structures de soins et laissent certains autres, vides de toute infrastructure. Elles ont fini par créer des disparités socio-spatiales de l'accès à l'offre de soins. Certains ménages sont condamnés à fréquenter les centres privés lucratifs sans avoir la garantie de se soigner convenablement et à des coûts acceptables, par manque de structures publiques à la périphérie ou dans les zones peu équipées en infrastructures routières. Ces disparités révèlent des insuffisances au niveau de la politique d'organisation du système de soins à Bouaké. La logique de rentabilité du secteur privé a ainsi accru les inégalités que le secteur public ne semble pas en mesure de compenser.

BIBLIOGRAPHIE

ATTA K., 1978, Dynamique de l'occupation de l'espace urbain et péri-urbain de Bouaké (Côte d'Ivoire), Thèse de doctorat 3ème Cycle, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, ORSTOM, Paris, 309 p.

BERTRAND M., DUBRESSON A., 1997, Petites et moyennes villes d'Afrique noire. Paris, Karthala, 326 p.

CADOT E., HARANG M., 2006, Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso). *Espace Populations Sociétés*, pp. 229-239. Disponible sur URL: http://journals.openedition.org/eps/1739 (consulté le 05 novembre 2019)

CASTELLA P., BAILLON D., 1970, Note de synthèse sur l'économie de la ville de Bouaké, Abidjan, ORSTOM, Sc. hum. vol. III, n° 9, 90 p.

DAUVERGNE S., 2011, Les espaces urbains et périurbains à usage agricole dans les villes d'Afrique subsaharienne (Yaoundé et Accra) : une approche de l'intermédiarité en géographie. Thèse de doctorat : Géographie : Lyon, ENS de Lyon, 385 p.

FOURNET F. MEUNIER-NIKIEMA A., SALEM G., 2008, Ouagadougou (1850-2004): une urbanisation différenciée. Paris, Éditions IRD, (Atlas et cartes), 144 p.

FOURNET F., 2015, Les personnes vivant dans les villes sont privilégiées du point de vue de la santé. In Ridde V. et Ouattara F.. Des idées reçues en santé mondiale. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 133-138. Disponible sur : http://books.openedition.org/pum/3673 (consulté le 19 avril 2019) ISBN : 9782821895461. DOI: 10.4000/books.pum.3673.

WHITEHEAD M., DAHLGREN G., 2006, Concepts and Principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Genève, 44 p. Disponible sur le site Web de l'OMS : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf [Consulté le 18 Décembre 2020].

FOURNIER P., 1990, *Généralités sur le processus de planification*. In Rougement A. et Brunet-Jailly J., Planifier, gérer, évaluer. La santé en pays tropicaux. Paris, Doin Editeurs, pp. 91-106.

GUAGLIARDO M. F., 2004, Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3:3.

HADDOUGUI D., 2017, Carte sanitaire au Maroc Le pourquoi et le comment. 125 p.

HARANG M., 2007, Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation : Le cas de Ouagadougou (Burkina Faso). Thèse de doctorat : géographie de la santé : Paris, Université Paris X Nanterre, 499 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 2014, Synthèse des résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2014) en Côte d'Ivoire. Abidjan, Rapport, 232 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 2015, Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages en Côte d'Ivoire (ENV). Abidjan, Rapport, 91 p.

KONAN K. A. J.-M., 2017, Les services collectifs de transport intra-urbain à Bouaké: des offres de mobilité à hauts risques pour les populations. [En ligne] *EchoGéo*, vol. 40, 19 p. Disponible sur : URL: 'http://echogeo.revues.org/14882 > (consulté le 14 Septembre 2018); DOI: 10.4000/echogeo.14882.

KOUAME Y. L., 2017, Dynamique spatiale et les politiques de développement urbain à Bouaké, Thèse de doctorat : aménagement urbain et urbanisme : Bouaké, Université Alassane Ouattara, 454 p.

MEUNIER-NIKIEMA A., KARAMA F., KASSIE D., FOURNET F., 2015, Ville et dynamique de l'offre de soins : Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). *Revue Francophone sur la Santé et les Territoires*, 16 p.

N'DOLI S. D. E., 2016, *Infrastructures sanitaires et accès aux soins de santé dans la commune de Dabou*, Thèse de doctorat : géographie de la santé : Abidjan, Université Felix Houphouët Boigny, 304 p.

ONU-HABITAT, 2014, L'état des villes africaines : Réinventer la transition urbaine. Rapport, Kenya, ICLEI et CGL AFRIQUE, 273 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2010, Vaincre les inégalités en santé en milieu urbain : Le risque et la promesse de notre monde urbain. In ONU-Habitat. La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain, Genève, Rapport mondial, pp. 97-101.

PICHERAL H., 1998, Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé, 5ème colloque géographie et socio-économie de la santé, Paris, *CREDES*, p. 39-45

PICHERAL H., 2001, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Montpellier, Université Montpellier 3 – Paul Valery, 307 p.

RAYNAUT C., 1987, Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger. *Politique Africaine*, vol. 28, pp. 42-52.

RIDDE V., GIRARD J. E., 2004, Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. *Santé Publique, vol.* 16, n° 1, pp. 37-51.

SALEM G., 1998, La santé dans la ville : géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal). Paris, Karthala-ORSTOM, 360 p.

SATTERTHWAITE D., 2006, Outside the Large Cities: The demographic importance of small urban centres and large villages in Africa, Asia and Latin America. *Human Settlements Working Paper Series Urban Change* 2006: 3, London, 30 p.

TAPE B. A. S., TUO P., APHING-KOUASSI G., ANOH K. P., 2015, L'accès et le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan, Côte d'Ivoire), Revue de Géographie AHOHO, LARDYMES, Nº14-9e année, Lomé, pp. 184-201.

UNDESA, 2011, World Urbanization Prospects: The 2011 Revision. New York, UNDESA

URBAPLAN, TRANSITEC, IOA, 2017, Rapport final: Diagnostic Schéma Directeur d'Urbanisme (SDU) de Bouaké. Lausanne et Bouaké, Horizon 2030, 183 p.

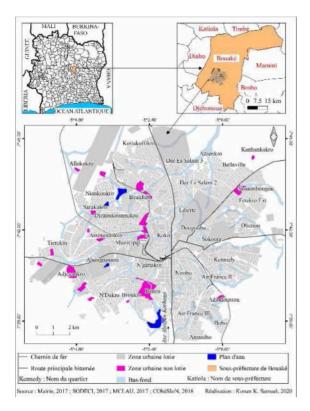
VAN LERBERGHE W., 1994, Les politiques de santé africaines. Bulletins des séances. Académie royale des sciences d'outre-mer, pp. 205-230.

YMBA M., 2013, Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain : cas de la ville d'Abidjan. Thèse de doctorat : géographie de la santé : Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, 534 p.

YMBA M., ANOH K. P., 2015, Expansion urbaine et dynamique de l'offre de soins moderne : source d'inégalité physique d'accès aux soins à Abidjan (Côte d'Ivoire). Revue de géographie tropicale et de l'environnement (Géotrope), n° 1, pp. 102-117.

ANNEXES

Localisation de la ville de Bouaké



RÉSUMÉS

La répartition de l'offre de soins à Bouaké, telle qu'elle apparaît aujourd'hui, est issue d'un long processus ancré à la fois dans l'histoire de la ville et des politiques de santé. Cette étude s'intéresse ainsi au lien entre les logiques d'installation des structures de soins et l'accès à l'offre de soins à Bouaké. Les résultats, obtenus du recensement de toutes les structures sanitaires de l'aire urbaine et de leur géo-positionnement, révèlent que différentes logiques d'implantation sont à l'œuvre et qu'elles sont à l'origine d'inégalités socio-spatiales d'accès à l'offre de soins à Bouaké. Ainsi, le secteur privé se soucie davantage de rentabilité que de venir en appui au secteur public. Le secteur privé confessionnel se caractérise par son engagement auprès des ménages défavorisés. Quant au secteur public, certes guidé par une volonté de vouloir respecter la carte sanitaire, il offre de faibles plateaux techniques et une capacité d'accueil limitée. Ces logiques d'implantation différenciées se traduisent par une concentration des structures de soins au centre-ville et le long des grandes voies de communication. Les formations sanitaires deviennent rares à mesure qu'on progresse vers la périphérie et les zones difficiles d'accès. Cette distribution de l'offre de soins par secteur de soins révèle des inégalités_potentielles dans la satisfaction des besoins de santé des populations.

The distribution of health care services in Bouaké, as it appears today, is the result of a long process rooted in both the history of the city and in health policies. This study thus focuses on the link between the logic of the establishment of health care structures and access to health care in Bouaké. The results, obtained from a census of all the health structures in the urban area and their geo-positioning, reveal that different rationales for their establishment are at work and that they are at the origin of socio-spatial inequalities in access to health care in Bouaké. Thus, the private sector is more concerned with profitability than with supporting the public sector.

The faith-based private sector is characterized by its commitment to vulnerable households. As for the public sector, although it is guided by a desire to respect the health map, it offers poor technical facilities and limited capacity. These differentiated logics of installation result in a concentration of health care facilities in the city center and along the main roads. Health care facilities become scarce as one moves towards the periphery and areas that are difficult to access. This unequal distribution of the health care offer by health care sector reveals potential inequalities in the satisfaction of the health needs of the population.

INDFX

Mots-clés: offre de soins, accessibilité aux soins, logique d'implantation, Bouaké, Côte d'Ivoire **Keywords**: health care supply, access to health care, logic of establishment, Bouaké, Côte d'Ivoire

AUTEURS

KOUASSI SAMUEL KONAN

Géographe, Doctorant Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire konansamuel06[at]gmail.com

KOUADIO RAPHAËL OURA

Géographe, Maître de recherche Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ouranien[at]yahoo.fr

FLORENCE FOURNET

Entomologiste médicale, Chargée de recherche MIVEGEC (Univ Montpellier, IRD, CNRS), Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier, France florence.fournet[at]ird.fr