

---

## L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire)

Kouadio Akou Aka

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/com/6075>

DOI : 10.4000/com.6075

ISSN : 1961-8603

### Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2010

Pagination : 439-459

ISBN : 978-2-86781-663-5

ISSN : 0373-5834

### Référence électronique

Kouadio Akou Aka, « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », *Les Cahiers d'Outre-Mer* [En ligne], 251 | Juillet-Septembre 2010, mis en ligne le 01 juillet 2013, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/com/6075> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/com.6075>

---

## L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire)

Kouadio Akou AKA<sup>1</sup>

Le thème « accessibilité des populations rurales aux soins de santé » est un sujet d'actualité car dans de nombreux pays en développement, les personnes vivant en milieu rural éprouvent des difficultés pour pouvoir bénéficier de soins médicaux appropriés. Selon Hauhouot (2002), l'inaccessibilité aux services trouve ses origines dans la faiblesse des politiques d'aménagement appliquées à la région. En Côte-d'Ivoire, des programmes de développement ont été initiés depuis l'Indépendance dans le domaine de la santé publique. Ils ont permis d'avoir des résultats notables. Mais au fil des années, en raison de l'insuffisance des ressources financières et des personnels techniques spécialisés, la question de la santé est devenue préoccupante, particulièrement en milieu rural.

Le département d'Abengourou, dont 68 % de la population, selon l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER) (2002), résident en milieu rural, a été choisi pour mener la présente étude. Elle a pour objectif de mieux diagnostiquer les problèmes qui entravent l'accès des populations rurales aux soins de santé dans ce département et de proposer quelques solutions visant à améliorer la situation. L'étude s'appuie sur des données secondaires obtenues dans les institutions publiques et privées installées à Abidjan et Abengourou. Des données primaires ont été également recueillies sur le terrain à la suite d'enquêtes groupées et de discussions à bâtons rompus avec les agents du corps médical, les populations rurales, les transporteurs et les autorités administratives et politiques.

Le travail s'articule autour de trois points. Dans un premier temps, nous examinons la répartition de la population et des structures sanitaires

---

1. Docteur en Géographie, Centre de Recherches Architecturales et Urbaines (CRAU), Université de Cocody, Abidjan (Côte-d'Ivoire); mél: akakouadioci@yahoo.fr

fonctionnelles sur l'ensemble du territoire départemental. Dans un second temps, nous analysons les facteurs socio-économiques qui constituent des entraves à l'accès aux soins de santé. Enfin, la troisième partie du travail tente de proposer quelques solutions visant à améliorer l'accès aux soins de santé des populations rurales dans le département d'Abengourou.

## **I – Répartition de la population et des structures sanitaires fonctionnelles**

Après la présentation rapide des caractéristiques naturelles du champ d'investigation, nous essayerons d'examiner la manière dont la population se répartit sur le territoire départemental. Nous mettrons en exergue l'origine des habitants et les principaux foyers de peuplement ainsi que les zones relativement moins peuplées. La réflexion portera ensuite sur la répartition des structures sanitaires fonctionnelles afin d'identifier les zones défavorisées et celles qui ne le sont pas. Enfin, l'examen du ratio personnels soignants/population devrait nous permettre de mieux apprécier la qualité des soins.

### **1 – Une région forestière occupée par une population cosmopolite**

Le département d'Abengourou est situé dans l'Est de la Côte-d'Ivoire, dans la région administrative du Moyen Comoé. Il couvre une superficie de 5 200 km<sup>2</sup>. Il est limité à l'Ouest par le fleuve Comoé, au Nord par le département d'Agnibilékrou, à l'Est par le Ghana et au Sud par les départements d'Aboisso et d'Alépé. Le département d'Abengourou appartient au domaine de la forêt dense humide. Le climat est de type sub-équatorial, chaud et humide avec une température moyenne de 26 °C. Les précipitations sont abondantes avec des moyennes annuelles d'environ 1 200 mm. L'humidité relative moyenne est de 82 %. Le réseau hydrographique principal est constitué du fleuve Comoé et de ses affluents, le Béki et le Manzan. On y trouve différents types de sols (sols ferrallitiques sur granites et sur schistes, sols sur alluvions fluviales...).

La population du département d'Abengourou, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 1998, est de 288 231 habitants, ce qui représente 1,9 % de la population nationale. Elle est composée à 53 % d'hommes et à 47 % de femmes. La densité est de 56 habitants/km<sup>2</sup> alors qu'à l'échelle nationale, elle est de 48 habitants/km<sup>2</sup>. Comme le montre la figure 1, la concentration de population est assez forte dans les villes et les villages où le nombre d'habitants varie de 1 103 à 71 462.

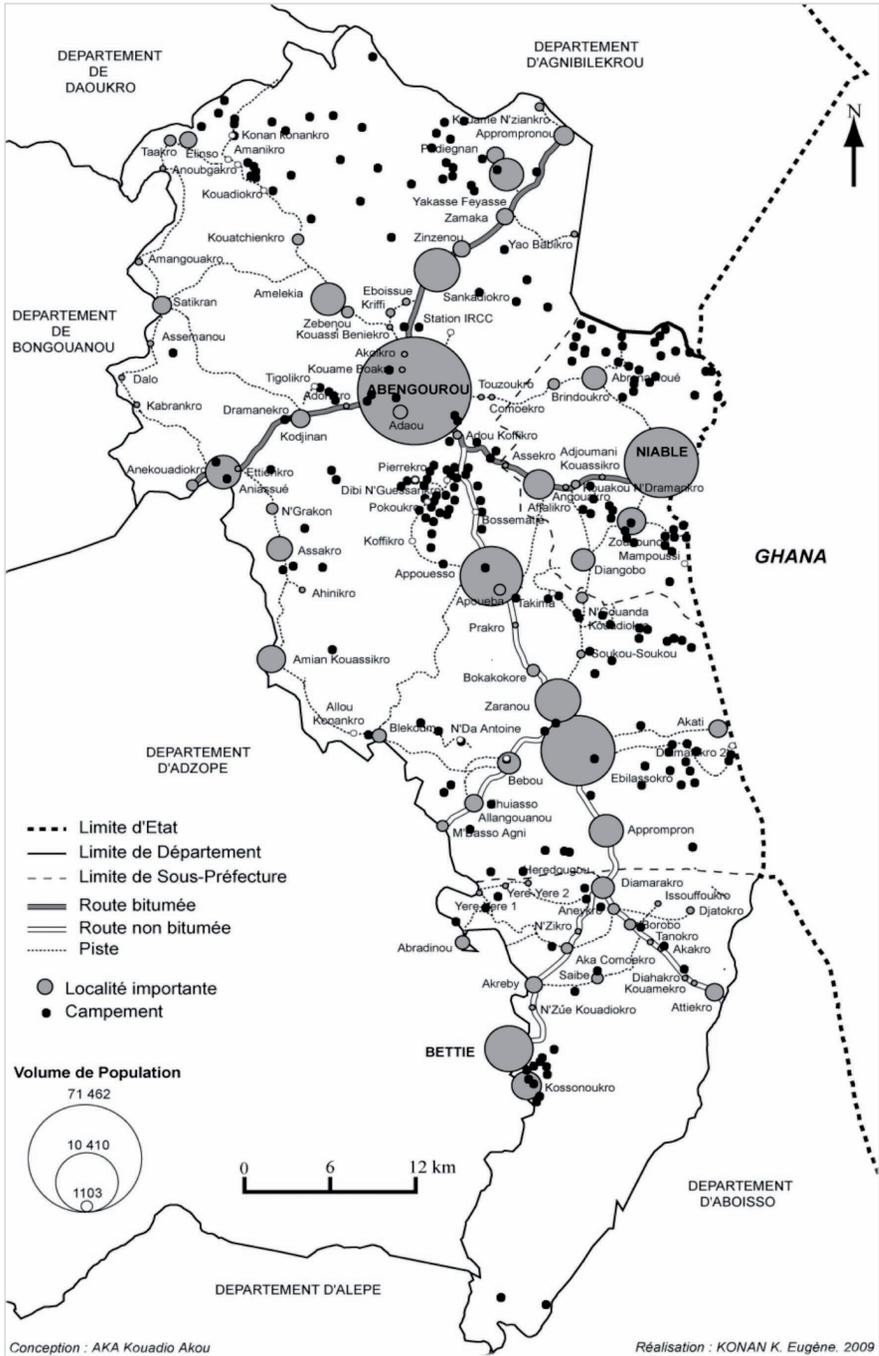


Figure 1 – Répartition de la population dans le département d'Abengourou

La population cumulée des villes et des villages est de 223 468 âmes. Toutefois, 4 486 campements<sup>2</sup>, abritant 64 763 personnes, ont été créés sur toute l'étendue du territoire départemental du fait de la fertilité des sols (ANADER, 2002). La population de ces campements représente 22,5 % de l'ensemble de la population du département. Les autochtones, les Agni, sont venus du Ghana au XVIII<sup>e</sup> siècle par vagues successives, après leur défaite face aux Ashanti. Ils se sont implantés dans l'Est forestier ivoirien en créant plusieurs villages dont Abengourou, Bettié, Yakassé Feyassé, Niablé, Aniassué, etc. (Perrot, 1982). Le besoin d'une main-d'œuvre extérieure à la région pour travailler dans les plantations de caféiers et de cacaoyers et le développement du réseau routier sont à l'origine de grandes migrations vers le département d'Abengourou. Ces migrations ont favorisé le peuplement des villes, des villages et des campements. Ainsi, les Malinké, les Baoulé, les Koulango et les Lobi, en provenance des autres régions de Côte-d'Ivoire, de même que les Burkinabés, les Ghanéens, les Maliens, les Togolais et les Béninois, originaires des autres pays d'Afrique occidentale, se sont installés progressivement dans le département d'Abengourou. Selon le RGPH (1998), les non-Ivoiriens représentent 43,4 % de la population départementale contre 26 % au niveau national. Parmi les immigrants, les Burkinabés, en majorité des ouvriers agricoles, sont très nombreux dans les campements. Ils vivent près de leurs lieux de travail. Comme les Burkinabés, beaucoup de Lobi résident dans les campements. Par leurs activités, les autres immigrants s'installent en ville ou dans les villages. C'est le cas des Malinké qui sont commerçants, des Ghanéens qui sont artisans, etc. Les Agni vivent sporadiquement au campement, particulièrement pendant les grands travaux champêtres. En général, ils vivent en ville ou dans les villages et se rendent quotidiennement au champ.

À l'instar des autres régions forestières de Côte-d'Ivoire, la population du département d'Abengourou compte un nombre élevé de jeunes du fait du taux d'accroissement naturel et du solde migratoire positif. En effet, 54,6 % de la population ont moins de 20 ans, 38 % ont entre 20 et 50 ans et 7,4 % ont 50 ans et plus (ANADER, 2002). Le rapport de masculinité de l'ensemble du département est de 109,1. La prédominance masculine s'observe quasiment partout. Abengourou, chef-lieu de département avec une population de 71 462 âmes a un rapport de masculinité de 106,7. À Niablé et Ebilassokro, ces rapports sont respectivement de 109,7 et 111,9. Le rapport de masculinité de Zaranou est de 110,1 et celui de Bettié est de 114,7. Dans certains villages, le rapport de masculinité dépasse 140. C'est le cas de Saibé (147,9), Assakro (148,8) et Kossonoukro (154,3). En effet, la prédominance masculine

---

2. Le campement est un groupement d'abris, généralement provisoires, localisés sur les plantations. Ils peuvent devenir des formes d'habitat permanent. Le nombre de campements créés dans le département d'Abengourou a été connu grâce au RGPH de 1998.

est la conséquence d'une forte immigration de travail. Les ouvriers agricoles et les artisans, dans leur grande majorité, sont célibataires. Pour ce qui est des femmes, elles suivent leurs époux lorsqu'elles se marient. Quant aux hommes, en particulier ceux qui n'ont pas été scolarisés ou qui ont arrêté les études, ils restent sur place et travaillent avec leurs parents dans leur jeune âge. Quand ils grandissent, ils créent leurs propres plantations. Les travailleurs à la retraite reviennent dans le département alors que les femmes ayant l'âge de la retraite vivent dans d'autres villes avec leurs époux (Aka, 2007).

Comme le précise le Décret 96-876 du 25 octobre 1996 portant classification des établissements sanitaires, la Côte-d'Ivoire a mis en place des programmes de développement du système de santé pour permettre à la population d'en bénéficier. Toutefois, la répartition des structures sanitaires fonctionnelles fait apparaître quelques inégalités.

## 2 – La répartition des structures sanitaires fonctionnelles

Les structures sanitaires respectent une hiérarchie au regard d'un organigramme sanitaire (fig. 2). Quant au tableau 1, il affiche les différents types de structures sanitaires ainsi que les services qui y sont rattachés.

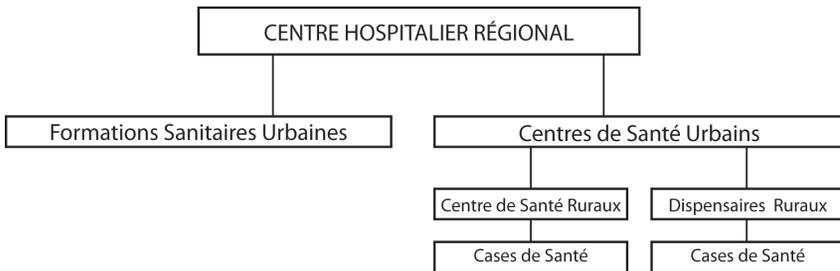


Figure 2 – Hiérarchie des structures sanitaires

Le tableau 1 a été élaboré sur la base des informations fournies en 2009 par la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) du ministère de la Santé et par le Décret n° 96-876 du 25 octobre 1996 portant classification des établissements sanitaires publics. À la lecture de la figure 2 et du tableau 1, nous pouvons retenir que le Centre Hospitalier Régional (CHR) est situé à Abengourou. Il dispose de 150 lits et de 13 services. Il a sous sa tutelle les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) localisées également à Abengourou et les Centres de Santé Urbains (CSU) implantés dans

les villes et gros villages du département. Chaque FSU a une capacité de 30 lits et compte 5 services. Quant au CSU, il a une capacité de 12 lits et une population desservie de 15 000 habitants. Les Centres de Santé Ruraux (CSR) et les Dispensaires Ruraux (DR) dépendent des Centres de Santé Urbains. Le CSR dispose de 3 services et de 8 lits. Les Cases de Santé (CS) qui sont des locaux où interviennent des agents de santé communautaire sont rattachées aux Centres de Santé Ruraux et aux Dispensaires Ruraux. Les CS ont été initiées par la Croix-Rouge.

Structures sanitaires	Les services
<p>Centre Hospitalier Régional (CHR)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de lits : 150</li> <li>- Population desservie : au moins 150 000 habitants</li> <li>- Il est placé sous l'autorité d'un Directeur administratif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration</li> <li>- Cabinet dentaire</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynécologie</li> <li>- Médecine</li> <li>- Morgue</li> <li>- Ophtalmologie</li> <li>- ORL</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Pharmacie</li> <li>- Services médico-techniques (laboratoire général, radiologie)</li> <li>- Services techniques généraux (buanderie, hygiène, banque de sang, maintenance, restaurant)</li> <li>- Urgences</li> </ul>
<p>Formations Sanitaires Urbaines (FSU)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de lits : 30</li> <li>- Population desservie : au moins 15 000 habitants</li> <li>- Elle est placée sous l'autorité d'un Directeur administratif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine générale</li> <li>- Gynécologie-Obstétrique</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Soins dentaires</li> <li>- Laboratoire</li> </ul>
<p>Centres de Santé Urbains (CSU)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de lits : 12</li> <li>- Population desservie : au moins 15 000 habitants</li> <li>- Il est placé sous l'autorité d'un médecin ou à défaut d'un infirmier ou d'une sage-femme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration</li> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Pharmacie</li> </ul>
<p>Centres de Santé Ruraux (CSR)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de lits : 8</li> <li>- La population desservie doit être comprise dans un rayon maximum de 5 km par rapport au premier établissement sanitaire le plus proche</li> <li>- Il est placé sous l'autorité d'un infirmier ou d'une sage-femme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Pharmacie</li> </ul>
<p>Service de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispensaire</li> <li>- Médecine générale</li> <li>- Pharmacie</li> </ul>
<p>Prévention Maternelle et Infantile (PMI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Population desservie : au moins 15 000 habitants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PMI</li> <li>- Pharmacie</li> </ul>
<p>Dispensaire Rural</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité de mise en observation de 6 lits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salle d'accouchement</li> <li>- Box de travail en complément des unités fonctionnelles destinées aux soins infirmiers</li> </ul>

(Source : Synthèse des informations fournies par la DIEM, 2009 et le Décret n° 96-876 du 25/10/1996)

**Tableau 1 – Établissements Sanitaires Publics de premier Contact (ESPC)**

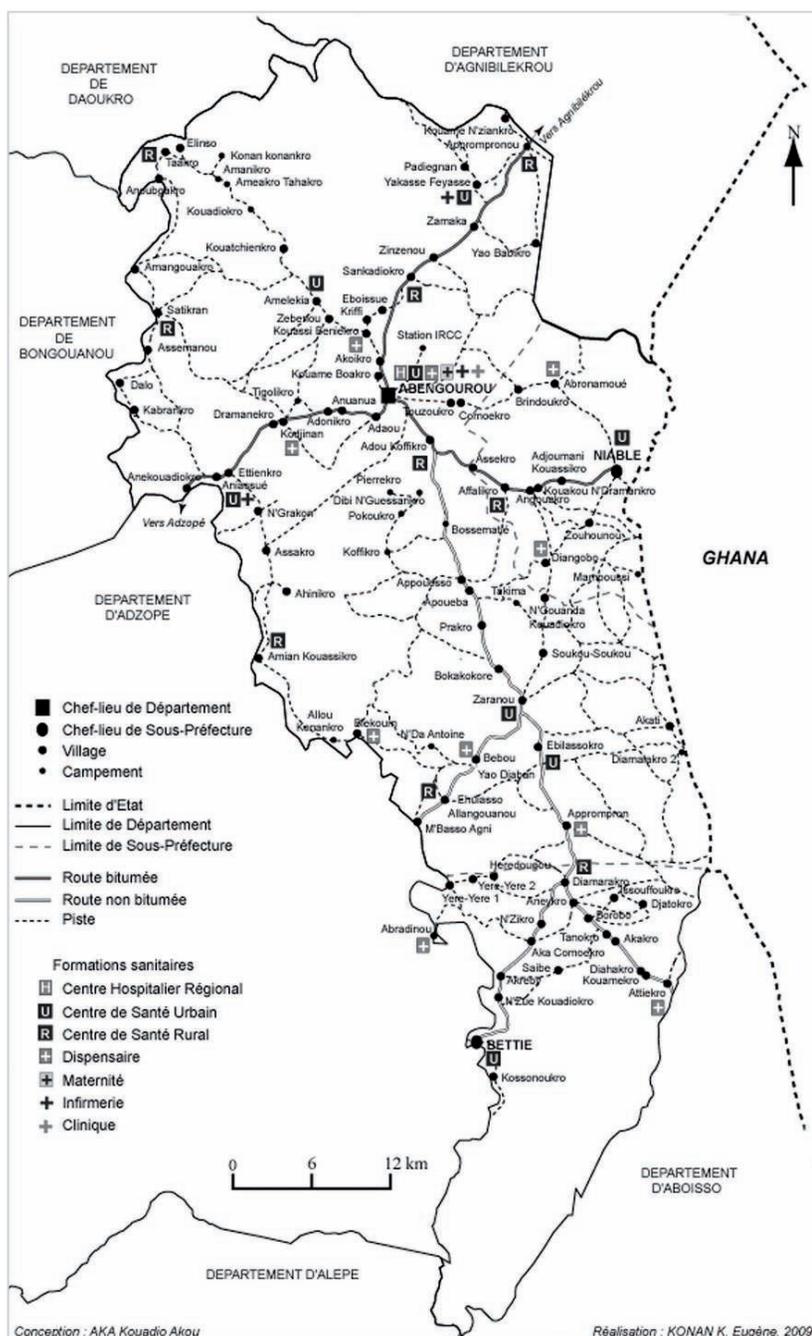


Figure 3 – Carte sanitaire du Département d'Abengourou

La figure 3 montre la dispersion des structures sanitaires dans le département d'Abengourou. Les enquêtes menées auprès du District Sanitaire d'Abengourou en février 2009 ont révélé qu'il existe 47 formations sanitaires. Elles sont réparties de la manière suivante : 22 dans la sous-préfecture d'Abengourou ; 2 dans la sous-préfecture d'Amélékia ; 5 dans la sous-préfecture d'Aniassué ; 2 dans la sous-préfecture d'Ebilassokro ; 4 dans la sous-préfecture de Bettié ; 4 dans la sous-préfecture de Niablé ; 4 dans la sous-préfecture de Yakassé-Féyassé ; et 4 dans la sous-préfecture de Zaranou.

La répartition des structures sanitaires dans l'espace est inégale et soulève de sérieuses inquiétudes. Elle ne tient pas compte des spécialités, mais se fait en faveur des zones urbaines au détriment des zones rurales. Abengourou compte 25 % de la population et dispose de toutes les spécialités. Or 75 % de la population vivent à l'intérieur du département. Ils sont tenus de se rendre à Abengourou lorsque leurs cas deviennent graves alors que les conditions de déplacement sont parfois très difficiles.

Certes, le nombre de structures sanitaires installées dans le département d'Abengourou est important. Cependant, il y a des zones d'ombre qui suscitent des interrogations. En effet, le ratio personnels soignants/population respecte-t-il les normes internationales ? Dans quel état se trouvent les formations sanitaires ? Les lits qui sont prévus sont-ils au complet ? Dans quel état sont-ils ? Trouve-t-on facilement les médicaments de première nécessité pour sauver les malades ? etc.

### 3 – Les ratios personnels soignants/population

Afin de mieux juger la qualité des soins, nous avons élaboré le tableau 2 dont les informations ont été communiquées par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) du ministère de la Santé. Le calcul de la population effectué en 2006 par la DIPE a donné les résultats suivants : Côte-d'Ivoire, 19 809 079 habitants et le district sanitaire d'Abengourou, 346 586 âmes. De 1998 à 2006, il n'y a pas eu de recensement de la population. Les chiffres qui sont communiqués après 1998 sont des projections.

Dans l'ensemble, le nombre de personnes par infirmier d'État diplômé et sage-femme est inférieur à la moyenne nationale, ce qui laisse supposer que la situation est meilleure par rapport à d'autres régions. Seul le nombre de personnes par médecin reste élevé, 8 039 à l'échelle nationale contre 9 902 habitants pour le district sanitaire d'Abengourou.

Par rapport aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le district sanitaire d'Abengourou affiche une bonne image. Selon l'OMS, il faut

un médecin pour 10 000 habitants, or Abengourou en a un pour 9 902. Il faut également un infirmier diplômé d'État pour 5 000 habitants. À Abengourou, on a un infirmier pour 3 122 personnes. Enfin l'OMS recommande une sage-femme pour 3 500 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). À Abengourou, on a une sage-femme pour 2 180 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Personnels soignants	Au niveau national		District sanitaire d'Abengourou	
	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio
Médecins	2 464	8 039	35	9 902
Infirmiers d'État diplômé	5 168	3 833	111	3 122
Sages-femmes	2 654	7 464	40	2 180

(Source : DIPE, 2006)

**Tableau 2 – Les ratios au niveau national et au niveau du district d'Abengourou**

Quand bien même le district d'Abengourou présente des signes encourageants, il convient de noter la répartition inégale des structures sanitaires fonctionnelles sur le département ainsi que l'état de délabrement dans lequel se trouvent certaines installations. Parfois, le plateau technique n'existe que de nom et on se demande comment les personnels soignants arrivent à travailler. Les lits sont insuffisants et certains sont dans un mauvais état. Les médicaments vendus dans les formations sanitaires sont bon marché, mais on constate une fréquente pénurie due certainement à l'insuffisance de la dotation, etc. À ces problèmes s'ajoutent les facteurs socio-économiques.

## **II – Les facteurs socio-économiques : des contraintes à l'accès aux soins de santé**

La distance, le mauvais état des routes, la rareté des véhicules de transport, la paupérisation des populations et la faiblesse des économies locales sont généralement les facteurs qui entravent l'accès des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou.

### **1 – Un réseau routier dense mais défaillant**

La structure du réseau routier dans le département d'Abengourou est composée de trois catégories de routes. La première catégorie, qu'on définit comme des routes de classe « A » à grande circulation, comprend trois axes bitumés reliant la Côte-d'Ivoire et le Ghana et les préfectures entre elles (fig. 4). Le premier axe, de direction sud-nord, relie le village d'Anékouadio-kro construit le long du fleuve Comoé et Abengourou. Il est long de 27 km.



Cet axe, qui va jusqu'à Abidjan, est la deuxième route de Côte-d'Ivoire à être bitumée. Le bitumage a eu lieu en 1958 après celui de la route Moossou-Bonoua en 1955. L'objectif des colonisateurs était d'améliorer les conditions de transport des matières premières, en l'occurrence le café, le cacao et le bois vers le port d'Abidjan, inauguré le 5 février 1951, port à partir duquel les produits devaient être exportés vers la France.

Le deuxième axe du département d'Abengourou, bitumé en 1970, de direction nord-sud également, relie Apprompronou et Abengourou. Il a une longueur de 45 km. Dans sa partie nord, cet axe se prolonge jusqu'à Bouna, en passant par Agnibilékrou, Tanda et Bondoukou.

Le troisième axe bitumé en 1987, de direction est-ouest, est celui qui relie la ville de Niablé, localisée à la frontière avec le Ghana, et Abengourou. Cet axe mesure 28 km.

Le long des différentes routes bitumées existent des localités de différentes tailles comme Aniassué (6 158 habitants), sur le tronçon Anékouadiokro-Abengourou; Sankadiokro avec 7 705 habitants sur l'axe Apprompronou-Abengourou et Affalikro, 5 391 âmes sur la route Niablé-Abengourou. Compte tenu de la fréquence des véhicules de transport en commun et malgré l'insuffisance de l'entretien routier, les malades vivant dans les localités situées le long des axes bitumés et dont les centres de santé ne sont pas suffisamment équipés pour fournir des soins médicaux appropriés pour toutes les pathologies, se rendent plus facilement à Abengourou où se trouve le Centre Hospitalier Régional (CHR).

La seconde catégorie de routes, définies comme des routes de classe « B » d'intérêt régional, relie les sous-préfectures entre elles et elles sont branchées sur les principaux axes. Sont reliées par des routes de classe « B », des villes comme Zaranou (6 836 habitants) et Bettié avec 8 519 âmes. Ces localités sont situées au sud du département, respectivement à 40 et 86 km d'Abengourou. Il existe également des localités telles qu'Amélékia (5 548 âmes) et Taakro (1 815 habitants), situées au nord du département, respectivement à 17 et 52 km d'Abengourou. Les malades vivant dans les localités construites aux abords des routes de classe « B » éprouvent quelques difficultés de déplacement liées à la fois au mauvais état et à la longueur des routes.

Enfin, la troisième catégorie de routes définies comme des routes ou pistes de classe « C » d'intérêt local, en général saisonnières, joignent les villages entre eux et relient les réseaux A et B. Ce sont des routes étroites, en nombre

plus important, mais très peu entretenues. Des villages comme Abronamoué (4298 habitants), Djangobo (4149 habitants) et Assakro (4448 âmes) sont desservis par des routes de classe « C ». Des campements situés à plusieurs kilomètres des villages sont également dispersés dans les plantations. Faute d'infrastructures sanitaires, la population de ces campements doit trouver elle-même des solutions à ses problèmes de santé. En raison de leur enclavement, les villages et les campements desservis par des pistes de classe « C », souvent impraticables, bénéficient très peu des projets de développement initiés par le Gouvernement ivoirien. Il existe encore un nombre important de localités rurales dont les habitants n'ont accès ni à l'école, ni aux centres de santé, ni à l'eau potable. Ils sont isolés du reste du territoire national. Somme toute, le problème de déplacement se pose surtout avec acuité pour la population vivant dans les villages et campements reliés par des pistes de classe « C ».

Du fait de ses importances économique et stratégique, le réseau routier existant doit être entretenu. Malheureusement, les effets néfastes de la crise économique, accentués par la guerre qu'a connue la Côte-d'Ivoire de 2002 à 2007, ont eu un impact négatif sur l'entretien des routes. Jadis, l'entretien routier était dévolu à l'État. En juin 1998, une convention entre l'État de Côte-d'Ivoire et des entreprises privées a été initiée par la Banque Mondiale. Cette convention s'est parfois soldée par l'abandon des travaux en raison des difficultés de paiement des prestations des opérateurs économiques. Actuellement, le ministère ivoirien des Infrastructures Économiques, chargé entre autres choses du suivi des travaux routiers, a confié aux Conseils généraux l'entretien routier au niveau de chaque département. C'est une décision salubre, l'entretien routier étant désormais décentralisé. Il existe cependant quelques zones d'ombre. En effet, l'enveloppe budgétaire allouée aux Conseils généraux est réduite alors que l'entretien routier est onéreux. Par ailleurs, de nombreux travaux doivent être effectués avec la même enveloppe budgétaire, ce qui constitue un frein à la réalisation des activités programmées. De nos jours, de nombreuses routes sont en mauvais état. Des nids-de-poule et des ornières apparaissent à divers endroits. Ce mauvais état des routes est la cause de longs et pénibles voyages dans le département d'Abengourou et les malades en pâtissent énormément.

Il existe dans les gares routières des membres des syndicats de transporteurs qui organisent le service des transports, assurés généralement avec des véhicules usagés. Deux types de véhicules sont utilisés : des minicars de 15 à 22 places et des taxis-brousse de 5 à 9 places. La rotation des véhicules dépend de l'état des routes et de l'affluence des passagers. Les villages desservis par les routes de classe « C » sont pénalisés. La conséquence du réseau routier

défaillant est qu'il faut mettre, lorsqu'une localité a la chance d'être desservie par un véhicule au moins une fois tous les deux jours voire plus, deux à trois heures pour parcourir une distance de 20 à 40 km. La notion d'urgence n'a plus de sens pour des populations rurales enclavées ou isolées pendant une partie de l'année, suite à l'effondrement d'un pont qui n'a pas pu être réhabilité par exemple. Certains villages sont situés à des endroits où le reste du parcours se fait à pied. Le déplacement est pour la population de ces villages et surtout pour les malades un véritable parcours du combattant. L'heure de départ des véhicules n'est pas connue à l'avance. Le malade attend comme les autres passagers. Comme le disent Bailly et *al.* (1991), dans leur ouvrage sur les concepts de la géographie humaine, le couple distance/temps joue un rôle décisif dans l'accessibilité aux soins de santé. Il y a même des malades qui, très affaiblis, meurent dans les véhicules au cours des voyages. Par ailleurs, les véhicules non seulement attendent des heures à la gare routière mais ils sont de véritables omnibus. Un malade qui veut arriver vite dans un centre de santé loue, en l'absence d'ambulance, un véhicule privé à un tarif prohibitif. Mais les personnes concernées ont-elles un pouvoir d'achat conséquent ?

## 2 – La paupérisation des populations et la faiblesse des économies locales

Le revenu que procurent les activités économiques devrait permettre à celui qui les entreprend et qui est malade de payer à la fois son titre de transport pour atteindre une formation sanitaire, les frais inhérents aux soins médicaux et éventuellement les frais de séjour. Malheureusement, il existe de nombreux démunis en milieu rural. Selon l'Institut National de la Statistique, le taux de pauvreté en Forêt rurale Est de la Côte-d'Ivoire était de 45,1 % en 2002. Était considéré comme pauvre, un individu qui disposait de 183 450 Fcfa<sup>3</sup> par an, soit 502 Fcfa par jour. En dessous de ce montant, on parle d'extrême pauvreté. Aujourd'hui, la situation est plus dramatique avec la crise économique qui perdure et la situation de « ni paix ni guerre » dans laquelle se trouve le pays. En dehors de quelques travailleurs libéraux (commerçants, acheteurs de produits agricoles, transporteurs, trafiquants...) et de paysans riches, on trouve un grand nombre de pauvres comprenant principalement des ouvriers agricoles, des artisans et des chômeurs. Étant donné que les paysans représentent la majorité de la population active en milieu rural, il convient d'apprécier le niveau de leurs revenus afin de savoir les chances qu'ils ont d'accéder aux soins de santé. Parmi ces paysans, il y a des femmes, la plupart

---

3. Les valeurs sont exprimées en Francs cfa (Fcfa); 1 US\$ est égal à 500 Fcfa, mais il peut y avoir des fluctuations. La valeur du dollar américain par rapport au Franc cfa varie généralement entre 400 et 700 Fcfa; 1 € est égal à 655,957 Fcfa.

étant démunies. Notons qu'en Afrique subsaharienne, beaucoup de femmes ne sont pas propriétaires de terre. Dans le département d'Abengourou, 83 % d'hommes contre 17 % de femmes sont chefs d'exploitation. En général, les femmes prêtent main-forte à leur mari au cours des travaux champêtres. Qui plus est, elles font le ménage et s'occupent des enfants. Malgré leurs nombreuses occupations, elles ont un faible pouvoir d'achat. Pour permettre à la femme de subvenir à ses besoins, son époux lui apporte un appui financier, par exemple quand elle est malade, perd un parent, voyage ou prépare une fête. Les femmes célibataires sont les plus touchées par la pauvreté, la plupart d'entre elles étant au chômage.

Après la récolte, les produits de rente sont commercialisés par l'homme et les produits vivriers par la femme. Le mari peut autoriser son épouse à garder la recette, mais dès que cette recette devient importante, il la confisque en totalité (Kindo, 1978). Pour ce qui est du gain, l'homme dispose de plus d'argent que son épouse. Il épargne les fonds tirés de la vente des produits de rente. Il effectue les dépenses du ménage au cours de l'année: il assure les frais médicaux, de nourriture, de scolarité des enfants, de vêtements de ses épouses et de ses enfants, de funérailles et autres. Les produits de rente procurent aux paysans l'essentiel de leurs ressources financières. Le tableau 3 donne une idée de la recette moyenne par an après la commercialisation de la récolte.

Produits	Production moyenne par exploitant (t)	Prix moyen/kg en Fcfa	Recette moyenne en Fcfa
Café	0,775	425	329 375
Cacao	2,047	800	1 637 600
Hévéa	6,464	254	1 641 856

(Source : Extrait des informations fournies par l'ANADER et la COOPAAl<sup>4</sup>, février 2009)

**Tableau 3 – Recette moyenne annuelle par exploitant après la commercialisation de la récolte**

Les informations fournies par l'ANADER ont permis de calculer la production moyenne par exploitant (en tonne[s]), à savoir :

- Café: 13 851 exploitants et une production de 10 740 t, soit 0,775 t par exploitant.
- Cacao: 17 612 exploitants et une production de 36 056 t, soit 2,047 t par exploitant.
- Hévéa: 1 076 exploitants et une production de 6 956 t, soit 6,467 t par exploitant.

Les prix des produits agricoles ont été communiqués par la COOPAAl. Le calcul de la recette moyenne annuelle n'est pas du tout aisé car la produc-

4. Coopérative Agricole Aboussouan de l'Indénié.

tion varie d'une année à l'autre. Elle dépend de la pluviométrie ; de l'âge du verger ; des spéculations cultivées puisqu'un même paysan peut cultiver des caféiers, des cacaoyers et des hévéas ; de la taille de la parcelle et de son entretien, etc. Par ailleurs, les prix des produits agricoles fluctuent. En février 2009, le prix du kilogramme de café est de 425 Fcfa alors qu'auparavant, il variait de 600 à 900 Fcfa. Le kilogramme de cacao est de 800 Fcfa, alors qu'en 2008, ce prix se situait entre 550 et 650 Fcfa. Le kilogramme de latex d'hévéa, qui est acheté à 254 Fcfa en 2009, coûtait auparavant 450 Fcfa. Actuellement, la recette des producteurs d'hévéa a chuté en raison de la crise qui frappe durement l'industrie automobile, grande consommatrice de caoutchouc. La recette moyenne est tout simplement un ordre de grandeur. Elle est de 329 375 Fcfa pour le producteur de café, 1 637 600 Fcfa pour celui du cacao et 1 641 856 Fcfa pour le producteur d'hévéa.

L'étude effectuée par l'ANADER en 2002 montre que l'agriculture de type extensif, à faible utilisation d'intrants, constitue la principale source de revenu de la population agricole du département d'Abengourou. Avec 6 actifs par ménage, une taille moyenne de l'exploitation de 6,26 ha et un revenu moyen annuel par exploitation de 2 771 625 Fcfa, soit 461 935 Fcfa par personne et par an, cela correspond à 38 495 Fcfa par personne et par mois. Mais combien de personnes en milieu rural ont-elles la chance d'avoir un revenu garanti tous les ans ? La faiblesse des revenus pose d'énormes problèmes aux paysans puisque l'inflation est galopante. Même un paysan riche éprouve des difficultés. En effet, la famille élargie est une tradition en région Agni. En plus de nombreux enfants, le paysan a à sa charge des parents proches (oncle, cousins, neveux etc.) qui n'ont aucun revenu parfois. Lorsque ces derniers sont souffrants, le responsable de famille assure les frais des soins médicaux. S'ils meurent, il est tenu d'organiser les obsèques. En tant que chef de famille, il est appelé à dépenser beaucoup.

Comme le dit à juste titre Kouamé (2002),

la faiblesse de rémunération des produits agricoles constitue un handicap sérieux pour les populations rurales dans leur volonté de transformation de leur cadre de vie et de modernisation de leurs exploitations. La faiblesse des revenus réduit leur capacité d'épargne et d'accès au crédit agricole. Dans la mesure où la volonté de changement et la motivation ne suffisent pas à convaincre une banque à prêter à un paysan insolvable, on se retrouve dans un cercle vicieux dans lequel il semble difficile de sortir. On ne prête pas au paysan parce qu'il n'est pas solvable, et parce qu'on ne lui prête pas, il ne sera jamais solvable et donc ne pourra jamais s'intégrer dans un système économique moderne. Il est donc condamné à être pauvre toute sa vie.

Comment ce pauvre peut-il accéder aux formations sanitaires ? Dans des localités comme Niablé et Ebilassokro, situées à la frontière ivoiro-ghanéenne, de nombreux malades reçoivent des soins médicaux au Ghana. Ils estiment que les soins médicaux coûtent trop cher en Côte-d'Ivoire au regard de leur pouvoir d'achat. Malgré les programmes de développement sanitaire, une frange de la population rurale n'arrive pas à se soigner. Que faire pour que la situation s'améliore ?

### III – L'accès aux soins de santé : un défi à relever

Il convient d'aider les populations rurales compte tenu du rôle très important qu'elles jouent dans l'économie ivoirienne. Après l'analyse de leurs conditions de vie et de travail, des propositions seront faites en vue d'améliorer la santé des personnes vivant en milieu rural.

#### 1 – Des paysans courageux mais démunis

Le monde rural constitue le socle sur lequel reposent les sociétés et les économies ivoiriennes. S'interroger sur les conditions sanitaires des personnes vivant dans ce milieu paraît judicieux parce qu'il s'agit de se préoccuper de l'état de ce précieux capital humain. Les paysans travaillent beaucoup, mais leur rémunération est faible. Au terme de nos investigations sur le terrain, il s'avère que l'élément qui prime est la faiblesse du revenu. Si des malades quittent la Côte-d'Ivoire pour se faire soigner au Ghana, c'est parce qu'ils n'ont pas assez d'argent, disent-ils. Combien de paysans n'ont-ils pas sollicité l'aide de leurs fils ou de leurs parents proches vivant en ville pour se soigner ? La pauvreté, et parfois même l'extrême pauvreté, est un véritable paradoxe dans un espace où la plus grande partie de la richesse est produite par le monde paysan. Houphouët Boigny<sup>5</sup> n'a-t-il pas dit que le succès de la Côte-d'Ivoire repose sur l'agriculture ? Et pourtant, les populations rurales sont des laissés-pour-compte. Lorsque Laurent Gbagbo<sup>6</sup> est arrivé au pouvoir, il a libéralisé la filière café-cacao pour permettre aux paysans de jouir du fruit de leur travail. Malheureusement, les malversations étaient monnaie courante et la plupart des agents en fonction dans cette filière ont été emprisonnés. Le dénuement total dans lequel vivent parfois les populations rurales défie les imaginations les plus fertiles et l'entendement humain. Le monde rural est un monde à la santé

---

5. Houphouët Boigny fut le premier Président de la République de Côte-d'Ivoire. Il a dirigé le pays de 1960 à 1993.

6. Laurent Gbagbo est l'actuel Président de la République de Côte-d'Ivoire. Il est arrivé au pouvoir en 2000.

précaire. En fait, le monde rural est handicapé physiquement par la maladie. Quand les formations sanitaires existent en milieu rural, elles sont souvent désuètes, ce qui oblige le malade à aller dans un centre de santé mieux équipé, situé à des dizaines de kilomètres. Il ne peut pas y avoir d'épanouissements individuel et collectif sans la santé. Le métier de paysan est difficile. Il faut se lever tôt le matin et parcourir plusieurs kilomètres à pied avant d'atteindre la plantation. Il faut également attendre plusieurs années avant la première récolte de café et de cacao, principale source de revenus. Le paysan ivoirien en général, celui d'Abengourou en particulier, ne dispose pas d'assurance pour ses plantations en raison des conditions jugées trop difficiles à remplir. En cas de feu de brousse, il subit une perte sèche. Malgré l'endurance et les risques, il n'est pas récompensé comme il se doit. Dans les villages du département d'Abengourou, le nombre de paysans capables de s'assumer diminue d'année en année. Désormais, les travaux champêtres coûtent de plus en plus cher parce que la main-d'œuvre se fait rare du fait de l'exode rural. Les manœuvres qui sont restés dans les villages sont peu nombreux et sont plus exigeants. Par ailleurs, le prix des intrants a augmenté à cause de l'inflation. Somme toute, les travaux champêtres sont pénibles c'est pourquoi les paysans ne doivent pas être des laissés-pour-compte. Pour qu'ils puissent se soigner, il faut mettre en place une politique de développement leur permettant d'avoir des moyens financiers conséquents.

## 2 – La mise en place d'une véritable politique de développement du milieu rural

Même si des axes et des moyens de transport pour se déplacer plus facilement existent, des centres de santé bien équipés également, les populations rurales souffriraient toujours car le mal est plus profond. Le milieu rural regorge d'analphabètes qui s'adaptent difficilement aux exigences du monde moderne : le monde rural bénéficie peu des projets de développement du fait de son enclavement. Les projets destinés au monde rural servent de sources de revenus à quelques individus véreux. C'est le cas de la filière café-cacao qui devrait être gérée par les paysans eux-mêmes. Mais quelle sensibilisation et surtout quelle formation ont-ils reçu pour effectuer ces tâches ?

Au regard des difficultés auxquelles sont confrontées les populations rurales, il est évident que la pauvreté est la conséquence de la conjugaison de plusieurs facteurs qui entretiennent entre eux des relations d'interdépendance. Une solution isolée a très peu de chances d'entraîner une modification profonde des comportements et des conditions de vie : une véritable politique de développement du milieu rural doit être mise en place, à savoir :

- *Des projets de développement* : à l'instar du Projet d'Appui pour le Développement de la Région du Moyen Comoé (PADERMC), il doit y avoir d'autres projets de développement pour aider les populations rurales à améliorer leurs conditions de vie à travers les activités qu'elles exercent. Le PADERMC est un excellent projet qui, malheureusement, tarde à démarrer en raison des difficultés financières auxquelles est confrontée la Côte-d'Ivoire. Il faut développer les projets avec les paysans et pour les paysans. Les objectifs des projets qui sont initiés doivent être clairement définis, expliqués aux populations cibles pour que celles-ci y adhèrent pleinement et ne les utilisent pas comme des stratégies de survie.

- *La diversification des cultures* : par le passé, le Gouvernement ivoirien a recommandé aux paysans la diversification des cultures en mettant l'accent sur les cultures vivrières. Cette politique devrait permettre aux paysans de se nourrir, d'une part, et de ne pas trop subir la fluctuation des cours des matières premières, d'autre part. En effet, lorsque le paysan s'adonne à une seule culture et que son prix chute, la pauvreté s'installe. Certes, beaucoup de paysans n'ont pas suivi les propositions du Gouvernement. Ainsi, dans le département d'Abengourou, des paysans estiment que les récoltes de café et de cacao suffisent à nourrir une famille. Généralement, ces personnes ont plus de 50 ans et sont allergiques au changement. Aujourd'hui, on trouve de nombreux jeunes paysans, attentifs et prêts à suivre les conseils. Il faut donc continuer la sensibilisation et l'encadrement des paysans car la diversification des cultures et des activités annexes (élevage, pisciculture, maraîchage, etc.) ne peut que leur profiter. Elle peut leur permettre de disposer de suffisamment de ressources financières pour pouvoir vivre décemment et répondre également aux besoins des membres de leur famille.

- *La transformation des produits agricoles* : il est nécessaire de transformer les produits agricoles pour obtenir une valeur ajoutée. Des pertes post-récoltes de produits vivriers s'observent chaque année, décourageant les paysans et créant, par la même occasion, une pénurie dans le département d'Abengourou. De petites unités de transformation devraient être installées ainsi que la formation de jeunes pour assurer la maintenance. Par exemple, les producteurs de tomates vendent parfois à vil prix leur production faute d'unité(s) de transformation. Certains abandonnent leur activité parce qu'ils n'arrivent pas à récupérer les fonds qui ont été investis.

- *La création de magasins de conservation* : des magasins de conservation appropriés doivent être créés et des coopératives doivent également être mises en place pour mieux commercialiser les produits. Les marchands qui sillonnent le département d'Abengourou exploitent les paysans en achetant les produits à vil prix. Certes, l'Office d'Aide à la Commercialisation des Produits

Vivriers (OCPV) a été créé pour aider les paysans à mieux commercialiser leurs produits. Malheureusement, le constat est que les produits se vendent mal, ce qui engendre la pauvreté. Des denrées alimentaires pourrissent faute de circuits de commercialisation et d'un système de conservation appropriés.

- *L'entretien routier* : De nombreux prélèvements sont effectués sur la recette des paysans après la commercialisation de leurs produits, en l'occurrence le café et le cacao. Une partie de ces prélèvements pourrait servir à l'entretien routier pour faciliter le transport des personnes et des marchandises. Dans la filière café-cacao, des structures ont été créées pour jouer ce rôle. Malheureusement, les routes sont restées impraticables et les populations rurales en pâtissent.

Parmi les problèmes qui restent à résoudre, on peut mentionner ceux de la juste rémunération du travail des populations rurales, de l'accès au crédit, de la modernisation des outils et des méthodes de travail, du droit à l'éducation et du droit à une meilleure santé. Mais il ne peut y avoir de développement véritable sans un projet de société cohérent dans lequel les populations se retrouvent.

\*

L'étude a montré que le département d'Abengourou est naturellement riche, cependant les populations rurales éprouvent des difficultés pour accéder aux soins de santé. Le district sanitaire d'Abengourou occupe une bonne place au regard des normes de l'OMS. Nous observons pourtant que la répartition des structures sanitaires fonctionnelles dans l'espace est inégale et certaines de ces structures sont dans un état désuet. Après l'analyse des facteurs socio-économiques, il s'est avéré que la paupérisation des populations, la faiblesse des économies locales ainsi que le mauvais état des routes constituent des entraves à l'accès aux soins de santé. Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé, il est suggéré la mise en place d'une véritable politique de développement du milieu rural.

## Bibliographie

**Agence Nationale d'Appui au Développement rural (ANADER), Ouagadougou, 2002 - Monographie du Département d'Abengourou.** ANADER, Direction Régionale Est-Abengourou : Abengourou, 118 p.

**Aka K. A, 2007 - Le réseau routier du département d'Abengourou.** Fiche technique produite à Abidjan et présentée au CAMES 2008. Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur : Ouagadougou, 5 p.

——, 2007 - *La répartition de la population dans le département d'Abengourou*. Fiche technique produite à Abidjan et présentée au CAMES 2008. Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur : Ouagadougou, 5 p.

——, 2008 - Les taxis-moto dans une ville frontalière de Côte-d'Ivoire : Niablé. *Revue Tunisienne de Géographie*, Tunis, 21 p.

**Bailly A.**, dir., 1991- *Les concepts de la géographie humaine*. Masson : Paris, 2<sup>e</sup> édition, 247 p.

**Bazzi-Veil L.**, 2000 - *Analyse de la situation de la femme en Afrique de l'Ouest et du Centre*. UNICEF : Abidjan, 211 p.

**Coopérative Agricole Aboussouan de l'Indénie (COOPAADI), Abengourou**, 2009 - *Prix des produits agricoles*, extraits du Rapport d'activités, 2009. COOPAADI : Abengourou, p. 3-4.

**Côte-d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique**, 1996 - *Classification des établissements sanitaires publics, Décret n° 96-876 du 25 octobre 1996*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Abidjan, 3 p.

**Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance, Ministère de la Santé (DIEM), Abidjan**, 2009 - *Structures sanitaires en Côte-d'Ivoire*. DIEM : Abidjan, 5 p.

**Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé, (DIPE), Abidjan**, 2006 - *Personnels soignants en Côte-d'Ivoire*. DIPE : Abidjan, p. 21-58.

**Hauhouot A.**, 2002 - *Développement, aménagement, régionalisation en Côte-d'Ivoire*. EDUCI, Université de Cocody : Abidjan, 364 p.

**Institut National de la Statistique (INS), Abidjan**, 1998 - *Résultats par localité du Recensement Général de Population et de l'Habitation (RGPH 98) : Département d'Abengourou*. INS : Abidjan, p. 152-155.

**Kindo B.**, 1978 - *Dynamisme économique et organisation de l'espace rural chez l'Agni N'dénéan et du Djuablin (Côte-d'Ivoire)*. Thèse de Doctorat de 3<sup>e</sup> cycle de Géographie, Université d'Abidjan : Abidjan, 328 p.

**Kouadio D. A.**, 2006 - *Niablé, une ville frontalière : impact d'une économie basée sur les échanges transfrontaliers et sur le dynamisme de la ville*. Mémoire de Maîtrise de Géographie, Institut de Géographie Tropicale, Université de Cocody : Abidjan, 116 p.

**Kouamé N.**, 2002 - Risques et vulnérabilité en milieu rural. *Kasa Bya Kasa, Revue Ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie*, Abidjan, n° 3, p. 5-22.

**N'cho G.**, 1987 - *Quelle promotion de cultures vivrières en zone de saturation foncière ? Le cas du village de Niablé*. Mémoire de maîtrise, sous la Direction du Prof. G. Sautter, Université de Paris I - Panthéon Sorbonne : Paris, 119 p.

**Ouattara I.**, 2002 - *Profil de pauvreté en Côte-d'Ivoire*. Institut National de la Statistique (INS): Abidjan, 92 p.

**Perrot H. C.**, 1982 - *Les Anyi-Ndenyé et le pouvoir aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles*. Publications de la Sorbonne: Paris, 335 p.

**Savane M. A.**, 1986 - *Femmes et développement en Afrique de l'Ouest: incidences des transformations socio-économiques sur le rôle et le statut des femmes*. UNRISD: Genève, 207 p.

---

## Résumé

---

Base des sociétés et des économies ivoiriennes, les populations rurales éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé. L'étude a pour objet de mieux diagnostiquer les problèmes qui entravent l'accès aux soins de santé des personnes vivant en milieu rural dans le département d'Abengourou et de proposer quelques solutions. Elle s'articule autour de trois points. Le premier point examine la répartition de la population et des structures sanitaires fonctionnelles sur l'ensemble du territoire départemental. Le deuxième point analyse les facteurs socio-économiques qui empêchent les populations rurales d'accéder aux soins de santé. Enfin, le troisième point est une série de propositions visant à améliorer l'accès aux soins de santé dans le département d'Abengourou.

**MOTS-CLÉS:** Côte-d'Ivoire, Abengourou, population rurale, accessibilité, soins de santé.

---

## Abstract

---

### ***Reaching the care of health for the rural populations in the Abengourou Department (Côte-d'Ivoire)***

*Base of the societies and economies of the Côte-d'Ivoire, the rural populations test difficulties of reaching the care of health. The study aims to better diagnose the problems which block the access to the care of health of the people living in rural area in the Abengourou department and to propose some solutions. It is articulated around three points. The first point examines the pattern of the settlement and the functional medical structures on the unit of the departmental territory. The second point analyzes the socio-economic factors which prevent the rural populations from reaching the care of health. Lastly, the third point is a series of proposals aiming at improving the access to the care of health in the department of Abengourou.*

**Keywords:** Côte-d'Ivoire, Abengourou Department, rural population, accessibility, care of health.