

## LES ENTITES DECENTRALISEES ET LE RENFORCEMENT DE LA COUVERTURE MEDICALE DU DEPARTEMENT DE GRAND-LAHOU EN COTE D'IVOIRE

<sup>1</sup> KAMAGATÉ Mariam, <sup>2</sup> KAMAGATÉ Sanaliou, <sup>3</sup> GOGBE Téré

<sup>1</sup> Doctorante, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan), mamiegeo85@gmail.com

<sup>2</sup> Maître-Assistant, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan), ksanaliou@yahoo.fr

<sup>3</sup> Professeur Titulaire, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan), gogbetere@yahoo.fr

KAMAGATÉ Mariam, KAMAGATÉ Sanaliou et GOGBE Téré (2019). Les entités décentralisées et le renforcement de la couverture médicale du département de Grand-Lahou en Côte d'Ivoire. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 1 (2), 47-61. [En ligne] 2019, mis en ligne le 19 Janvier 2019, consulté le 2019-01-20 15:14:23, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=39>

### Résumé

En Côte d'Ivoire, la politique de décentralisation est entrée dans sa phase effective en 1985 avec l'élargissement du paysage communal. Cependant, c'est à partir de 2002 que les entités décentralisées vont se diversifier avec la création des conseils généraux de département qui feront ensuite place en 2011 aux conseils régionaux ; renforçant ainsi l'organisation territoriale. Ces entités décentralisées poursuivent des missions de développement à travers la création d'équipements et d'infrastructures collectifs de base. Cette étude se propose d'évaluer l'action de ces entités dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans le milieu rural. Trois techniques d'enquête ont été mobilisées à cet effet : la recherche documentaire, l'observation directe et les entretiens. Le bilan-diagnostic indique une signature spatiale distincte avant et après les actions des collectivités décentralisées dans le département de Grand-Lahou. Les conseils régional et général ont contribué à

l'offre d'infrastructures sanitaires au contraire des collectivités municipales dont l'action ne s'est pas étendue aux localités rurales de leur circonscription territoriale. Orientés principalement dans le domaine de la santé publique, les investissements des entités décentralisées contribuent ainsi à l'amélioration de la couverture sanitaire en milieu rural.

**Mots clés:** Côte d'Ivoire, Grand-Lahou, décentralisation, infrastructures sanitaires, milieu rural

### DECENTRALIZED ENTITIES AND THE HEALTH COVER STRENGTHENING OF GRAND-LAHOU DEPARTMENT IN CÔTE D'IVOIRE

#### Abstract

The decentralization policy came into effect in 1985, in Côte d'Ivoire with the extension of the municipal landscape. However, the decentralized entities were diversified from 2002 with the creation of the general councils of departments which were after replaced by the general councils in 2011, strengthening the territorial organization. These decentralized entities carry on development missions through the creation of equipment and basic community infrastructures. This study proposes to assess the impact of these bodies in improving the access to health care in rural areas. Three survey techniques were adopted for this purpose: The documentary research, the direct observation and the

interviews. The diagnostic assessment reveals a distinct spatial signature before and after the impacts of the decentralized authorities in Grand-Lahou department. The regional and general councils have contributed to provide health care infrastructures, unlike the municipalities whose action was not extended to the urban areas of their territorial divisions. Mainly directed to the field of public health, the investments of decentralized entities contribute to the improvement of the health coverage in rural areas.

**Keywords:** Côte d'Ivoire, Grand-Lahou, decentralization, healthcare facilities, rural area

---

## Introduction

Dans un très grand nombre de pays d'Afrique au sud du Sahara, les réformes destinées à accroître l'efficacité des systèmes de santé furent amorcées au lendemain des indépendances. Poursuivant l'héritage colonial, les premières politiques de développement ont d'abord porté sur une centralisation des activités dans l'optique d'établir un Etat fort et consolider l'unité nationale (D. Gobbers, et al., 2000, p. 36). Après la conjoncture économique des années 1980, la plupart des pays de l'Afrique occidentale française ont entrepris des réformes structurelles sur injonction des bailleurs de fonds internationaux. Les gouvernements ont alors assoupli l'option centralisée de la gestion du territoire au profit de stratégies de proximité (Centre de recherche pour le développement international 2006, p. 15). Dans le milieu rural ivoirien, les Fonds Régionaux d'Aménagement Régionaux (FRAR) ont assuré la réalisation d'infrastructures sanitaires dans un cadre participatif de financement associant à une dotation de l'Etat, la contribution des populations bénéficiaires. Le renforcement de la politique de décentralisation dès l'année 2000 avec la création de nouvelles collectivités territoriales a mis fin aux activités de cette structure participative (S. Kamagaté, 2008, p. 415). Désormais, la réalisation d'ouvrages collectifs de base relève de la compétence des entités décentralisées.

Dans certains Etats du tiers monde, la politique de décentralisation est très dynamique grâce à une diversification des acteurs et un maillage progressif du territoire. L'analyse de ce processus a beaucoup intéressé les décideurs et les chercheurs dont les réflexions s'articulent généralement autour de l'évolution et de l'évaluation du phénomène aussi bien en Côte d'Ivoire (D. Soura et al., 2014, p. 154) qu'en Afrique (M. Laouli, 2012, p. 16). Cette étude s'inscrit dans cet axe et vise à enrichir le débat sur l'apport de la politique de décentralisation au développement local. Elle s'intéresse particulièrement au renforcement de la couverture des entités rurales en équipements collectifs de base, notamment dans le domaine sanitaire. En effet, les défis en matière de santé publique constituent l'un des enjeux des Objectifs du Millénaire pour le développement que les gouvernants doivent pouvoir relever à brève échéance.

Quelles sont alors les changements induits par la politique de décentralisation territoriale dans le renforcement de la couverture médicale du département de Grand Lahou? L'objectif est d'évaluer l'apport des entités décentralisées sur la densification des infrastructures sanitaires et l'accès aux soins en zone rurale dans le département de Grand-Lahou.

---

## 1. Présentation de l'espace d'étude

Le département de Grand-Lahou est situé au Sud de la Côte d'Ivoire en bordure de l'océan Atlantique (Carte n°1). Limité au Nord par les départements de Divo et de Tiassalé, à l'Ouest par le département de Guitry et à l'Est par ceux de Dabou et Jacqueville ; le département de Grand-Lahou est le plus vaste de la région des Grands-Ponts avec une superficie de 22 283 km<sup>2</sup>, soit 51,63 % du territoire régional. Le cadre physique se caractérise par un relief relativement plat et une hydrographie dense et variée. Cette circonscription comprend 54 villages regroupés en cinq sous-préfectures. Les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 indiquent que la

population est de 151 313 habitants. Ce qui représente 42,44% de la population régionale. C'est une population jeune (33,18 % ont moins de 10 ans) et à majorité rurale (seulement 19% de la population vit dans la ville de Grand-Lahou). Ces caractéristiques démographiques nécessitent des investissements importants en infrastructures et équipements sociaux de base notamment en ouvrages sanitaires. Le choix de la

présente étude s'est porté sur le département de Grand-Lahou à cause de ces particularités énumérées. En sus, Grand-Lahou fait partie des localités dont les collectivités décentralisées ont normalement fonctionné de 2002 à 2016 contrairement aux zones Centre, Nord et Ouest de la Côte d'Ivoire où la crise socio-politique de 2002 a entravé le bon déroulement de la politique de décentralisation.

**Carte n°1: Présentation de la zone d'étude**



## 2. Données et méthodes

La recherche documentaire, l'observation directe et les entretiens nous ont fournis les données nécessaires pour la réalisation de cette étude.

Les documents consultés ont concerné les données économiques, démographiques, cartographiques et sanitaires. Les documents d'archives portent sur les programmes triennaux, les budgets primitifs et les comptes administratifs du Conseil Régional des Grand-Ponts, du

Conseil Général et de la commune de Grand-Lahou. Les documents couvrent la période de 2013 à 2018 pour le Conseil Régional, 2003 à 2011 pour le Conseil Général et 2005 à 2017 pour la mairie. Ces documents ont été recueillis auprès de la DGDDL (Direction Générale de la Décentralisation et du Développement Local), de la direction du budget du ministère de l'économie et des finances, de la mairie de Grand-Lahou et du conseil régional des Grands-Ponts à Dabou.

Ces archives nous ont servi à analyser la structure des investissements réalisés par les différentes collectivités décentralisées notamment dans le domaine de la santé. Le logiciel Excel a été utilisé pour réaliser les diagrammes circulaires sur la structure des investissements du Conseil Général et du Conseil Régional.

Pour calculer les ratios personnels de soins / population, nous avons utilisé les données démographiques du recensement de la population et de l'habitat de 1998 et 2014 (RGPH, 1998 et 2014) de l'Institut National de Statistique (INS). Les données sanitaires ont été obtenues au cours des entretiens en 2018, avec le directeur départemental de la santé et les agents de santé. Elles nous renseignent sur la nomenclature, la typologie et la localisation des centres de santé publics ainsi que sur l'effectif du personnel de soin en milieu rural qui a servi à calculer les variations de ratio. Le logiciel Excel a été utilisé pour les calculer à partir de la formule :  $((\text{Ratio } 2018)/(\text{Ratio } 2012)-1) \times 100$

Les données cartographiques consultées sont des cartes de toponymie, de voirie et d'hydrographie du département à l'échelle 1/5000 du Centre d'Information Géographique et de Numérisation du BNETD. Elles nous ont servi de fond de carte pour produire les différentes cartes de synthèse (cartes d'évolution des infrastructures et de la couverture sanitaire en milieu rural). Pour l'implantation des infrastructures sanitaires, nous avons utilisé le GPS pour localiser les centres de santé et extraire ensuite les données avec le logiciel Arc GIS version 10.5 en UTM-WGS 84- zone 30 Nord avant de les

superposer sur la couche polygone du fond de carte du département. Cette technique a servi à la réalisation des cartes de l'évolution de la couverture et des infrastructures sanitaires dans le département de Grand-Lahou.

Par ailleurs des entretiens semi-dirigés en 2018 ont été faits avec les chefs de villages, les responsables des jeunes et un membre du corps médical, généralement le chef du service des 16 villages du département disposant d'un centre de santé. Les échanges ont porté sur l'année de mis en service de l'ouvrage, l'auteur des réalisations, le fonctionnement et l'état des infrastructures sanitaires. Un traitement manuel des informations recueillies a été effectué à partir des grands axes du guide d'entretien. Quant à la technique de l'observation directe, elle s'est déroulée sur six mois (février à juillet 2018) et a permis de voir les réalisations, d'apprécier leur état de fonctionnement et de faire des prises de vues.

---

### 3. Résultats

---

#### 3.1 L'évolution spatiale des infrastructures sanitaires

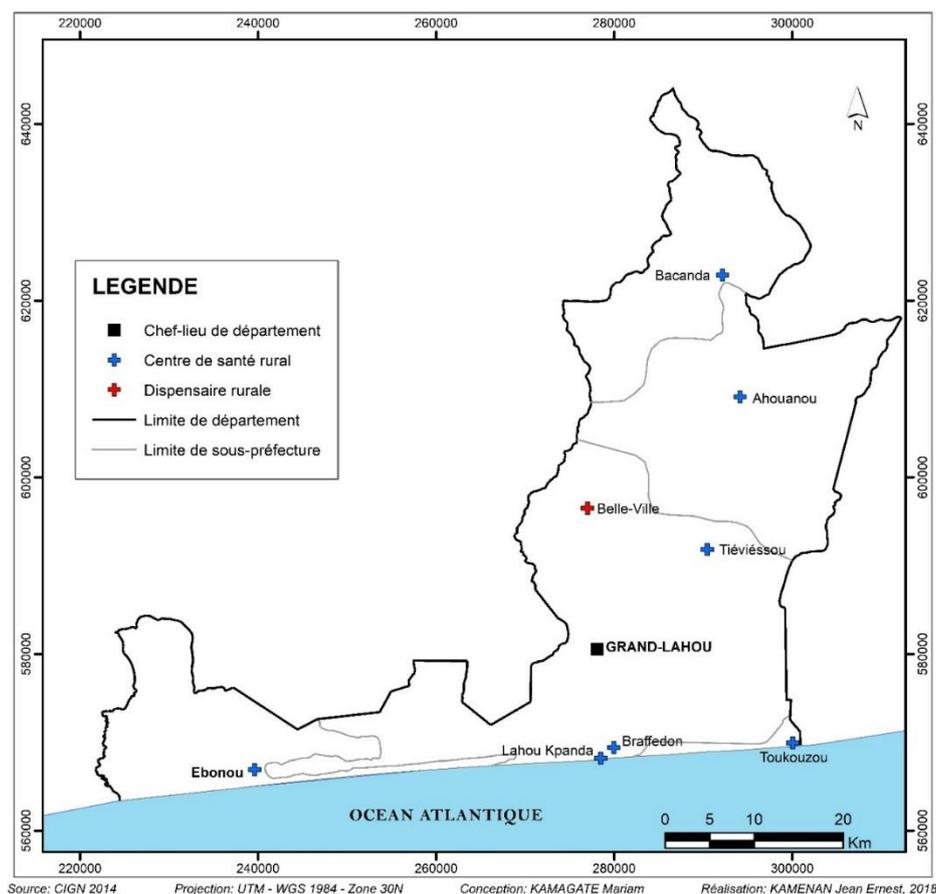
##### 3.1.1 Bilan diagnostic des réalisations avant le renforcement de la décentralisation

Les grandes actions de développement entreprises par l'Etat après l'indépendance ont permis de mettre en place des infrastructures sanitaires de base sur le territoire ivoirien. En effet, les politiques de santé publique adoptées par la Côte d'Ivoire dès l'indépendance, renforcées par les initiatives de Bamako adoptées en 1992, ont visé la construction de centres de santé en zone rurale et urbaine, la formation de personnels qualifiés ainsi que la formation d'équipes pour l'hygiène et l'assainissement. Cependant, les investissements réalisés dans le domaine des infrastructures sanitaires ont favorisé les zones urbaines au détriment des espaces ruraux. Les années 1990-1994 sont marquées par l'intervention des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé à travers plusieurs programmes d'un investissement cumulé de 97 milliards, dont

31 milliards de participation de l'Etat. Toutes ces actions n'ont cependant pas impacté véritablement l'amélioration de la couverture sanitaire en milieu rural car elles ont renforcé la décentralisation du système de santé sans augmenter les infrastructures sanitaires dans les localités rurales. Jusqu'en 2002, la couverture des infrastructures sanitaires rurales était faible dans le département de Grand-Lahou. En effet, il ne disposait que de huit (08) centres de santé publics fonctionnels (Carte n°2) pour une population de 61 261 habitants soit un ratio d'un infirmier pour 7 658 habitants. Mais plus de la moitié de ces centres se trouvaient dans la sous-préfecture de Grand-Lahou. Les quatre

autres sous-préfectures du département ne comptaient qu'un seul centre de santé. Ce dernier était situé dans le village-centre actuellement chef-lieu de sous-préfecture. Dans l'ensemble, le personnel de santé était uniquement constitué d'infirmiers et de sages-femmes. Les services offerts étaient uniquement des soins de santé primaire. Pour bénéficier des soins d'un médecin et faire des analyses médicales, les populations des zones rurales de Bacanda, Ahouanou et Ebonou devaient se rendre soit dans la ville de Grand-Lahou, située à 30 km, ou dans la ville de Dabou à plus de 60 km par rapport au chef-lieu de sous-préfecture.

**Carte n°2 : Les infrastructures sanitaires du département de Grand-Lahou avant 2002**



Ainsi avant 2002, la cartographie sanitaire est très clairsemée en milieu rural. Les centres de santé étaient dispersés et très éloignés des hameaux d'habitation avec un rayon d'action de l'ordre de 5 km qui ne couvrait pas certains villages et

campements (Carte n°2). Il s'agit en général de centres de santé offrant exclusivement des soins primaires. Le renforcement de la politique de décentralisation pourrait-elle inverser cette tendance ?

### 3.1.2. L'entrée en jeu des entités décentralisées dans la mise en place des infrastructures sanitaires

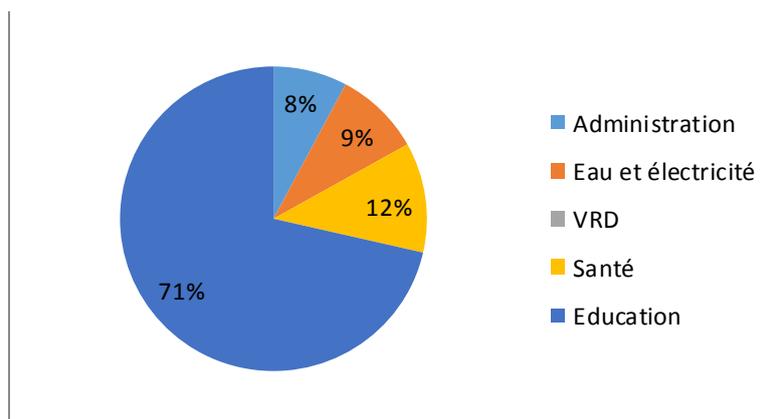
Depuis leur entrée dans le processus de développement local, les nouvelles entités décentralisées du département de Grand-Lahou, à savoir le Conseil Général et le Conseil Régional investissent dans le domaine de la santé rurale. Cependant, l'action de la municipalité reste limitée à la ville bien que la délimitation du périmètre communale englobe certaines localités rurales.

#### 3.1.2.1. Structure et répartition des investissements réalisés par les conseils généraux de département de 2000 à 2011

L'apparition des conseils départementaux en Côte d'Ivoire s'inscrit dans la phase de

consolidation de la politique de décentralisation. Par la loi 2001 - 477 du 09 août 2001, l'Etat a créé 56 conseils généraux de département dont la mission est de répondre aux besoins d'infrastructures collectives de base des populations locales. Dans le département de Grand-Lahou, le Conseil Général a fonctionné normalement de 2002 à 2011, nonobstant la crise militaro-politique de 2002 qui a freiné l'activité de certaines collectivités dans le reste du pays. Les investissements de cette entité ont concerné plusieurs domaines d'infrastructures (Figure n°3). Les réalisations ont principalement porté sur le secteur de l'éducation avec 71% des investissements contre 12% au secteur de la santé.

**Figure n°1 : Répartition des projets du Conseil Général de Grand-Lahou en milieu rural de 2002 à 2011**



Source : Ministère de l'économie et des finances, 2017

Le conseil général a fait un investissement cumulé de 174 471 000 F CFA dans le domaine de la santé de 2002 à 2011, dont 70% en milieu rural. Il s'agissait de la construction de bâtiments et de logements, de la réhabilitation de centres de santé et de leur d'équipement. En effet, dans le département de Grand-Lahou, le conseil

général a construit des dispensaires dans les villages d'Ahougnanfoutou, d'Ahounianssou en 2007, de Liboly, de Dongbo-Tamabo en 2008 et de Dibou en 2010. La photo ci-dessous présente le centre de santé rural du village d'Ahougnanfoutou.

### Photo n°1: Aperçu du centre de santé rural du village d'Ahougnanfoutou



Cliché : Kamagaté, 2018

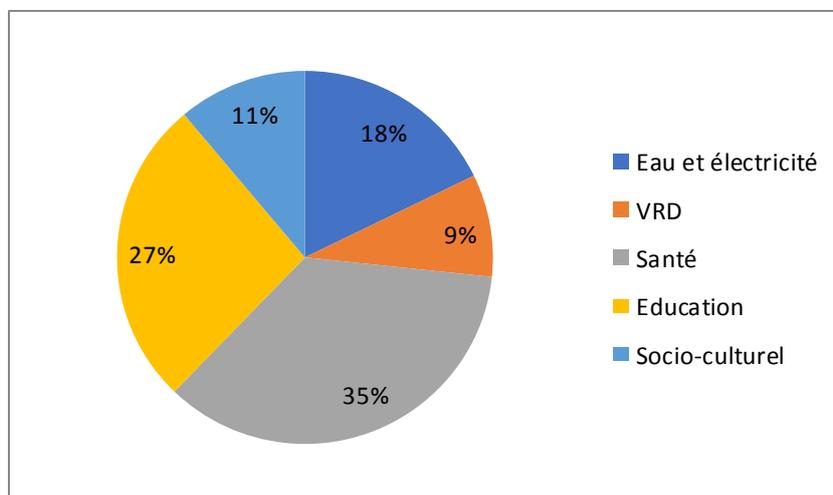
Certains centres de santé comme ceux de Dongbo-Tamabo et Belleville ont été équipés de matériels de consultation. Dans les chefs-lieux de sous-préfecture, le conseil général a équipé les centres de santé de Bacanda et d'Ahouanou en 2008 de matériel médical et de bureau. A côté de ces infrastructures sanitaires, le conseil général a construit des logements pour les agents de santé dans les villages de Dongbo-Tamabo, Dibou et Krokrom.

#### 3.1.2.2. Structure et répartition des investissements réalisés par les conseils régionaux de 2011 à 2018

En 2013, les conseils régionaux remplacent les conseils généraux pour poursuivre le

développement local. Ces nouveaux vecteurs de développement vont ainsi réaliser dans le département des infrastructures et des équipements sociaux de base. Le domaine de la santé est privilégié dans les investissements du conseil régional des Grands-Ponts avec 35% des projets réalisés contre 27% au secteur de l'éducation et 11% aux équipements socio-culturels. Les investissements dans le domaine de la santé concernent généralement la construction, la réhabilitation et l'équipement des centres de santé ainsi que la réalisation de logements d'astreinte pour le personnel de santé.

### Figure n°2 : Structure des projets réalisés par le conseil régional des Grands-Ponts en milieu rural de 2010 à 2018



Source : Conseil régional des Grands-Ponts, 2018

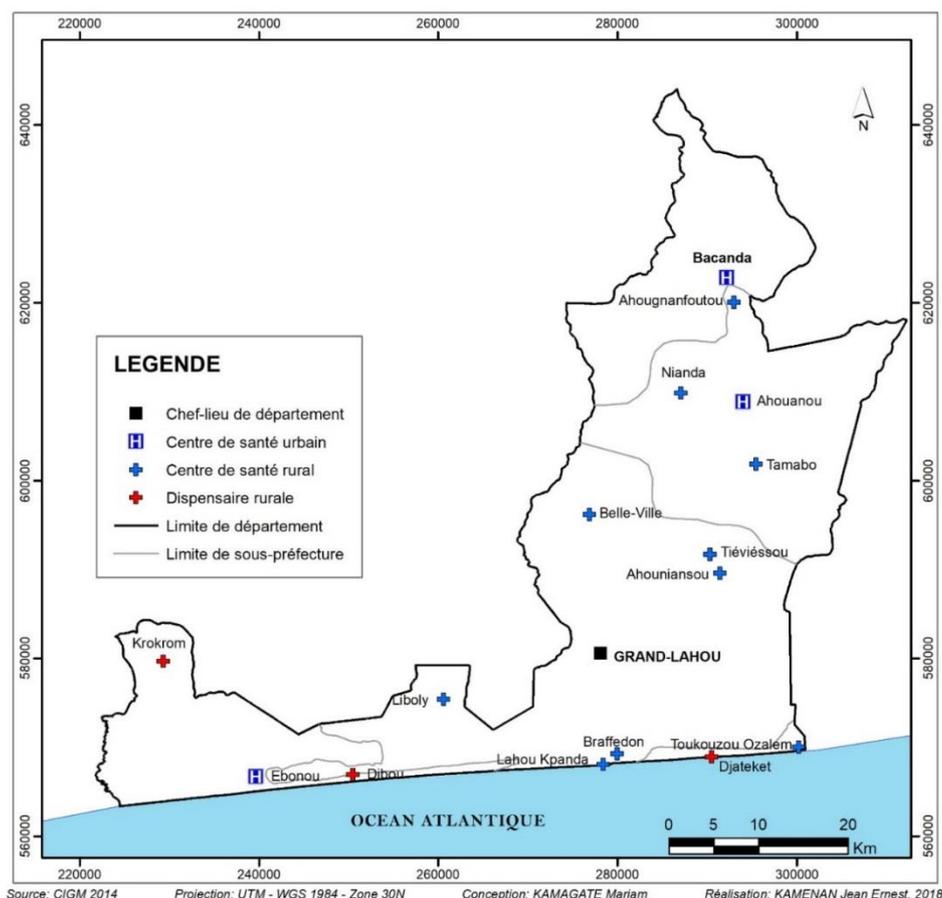
Le secteur de la santé publique est ainsi privilégié dans le programme de développement du conseil régional des Grand-Ponts. Il a consenti 93 000 000 FCFA dans ce secteur à travers la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires rurales. Ce sont :

- La réhabilitation des centres de santé des villages de Braffèdon, de Diateket et de Dibou ;
- L'équipement des centres de santé des villages d'Ebonou, d'Ahougnanfoutou, de Braffèdon, et de Belleville ;
- La construction de logement de médecin dans les villages d'Ahouanou et d'Ebonou ;

- La construction de deux villas jumelées pour la sage-femme et l'infirmier du village d'Ahougnanfoutou ;
- La construction d'un bâtiment technique (laboratoire, bureau et pharmacie) dans les villages d'Ahouanou et d'Ebonou ;
- La construction d'un centre de santé plus le logement de la sage-femme et de l'infirmier dans le village de Nianda.

Toutes ces actions du conseil général et du conseil régional ont renforcé la cartographie des infrastructures sanitaire du département (Carte n°3).

**Carte n°3 : Ouvrages mis en place par les collectivités décentralisées du département de Grand-Lahou dans l'espace rural de 2002 à 2018**



Le conseil régional a en outre équipé les centres de santé en lits d'hospitalisation, en matelas, bureaux, chaises, fauteuils de consultation, potences pour sérum, climatiseurs et en ventilateurs.

Quant au volet de la réhabilitation des centres de santé, il a porté sur la réfection de la toiture et du planché ainsi que sur le revêtement des façades et de l'intérieur des bâtiments. C'est ainsi que les centres de

santé de Braffèdon, Dibou et de Diateket (Photo n°2) ont désormais fière allure. Dans le village d'Ahougnanfoutou le

dispensaire a été réhabilité et transformé en centre de santé rurale.

### Photo n°2 : Vue de la façade du dispensaire du village de Diateket rénové



Cliché : Kamagaté, 2018

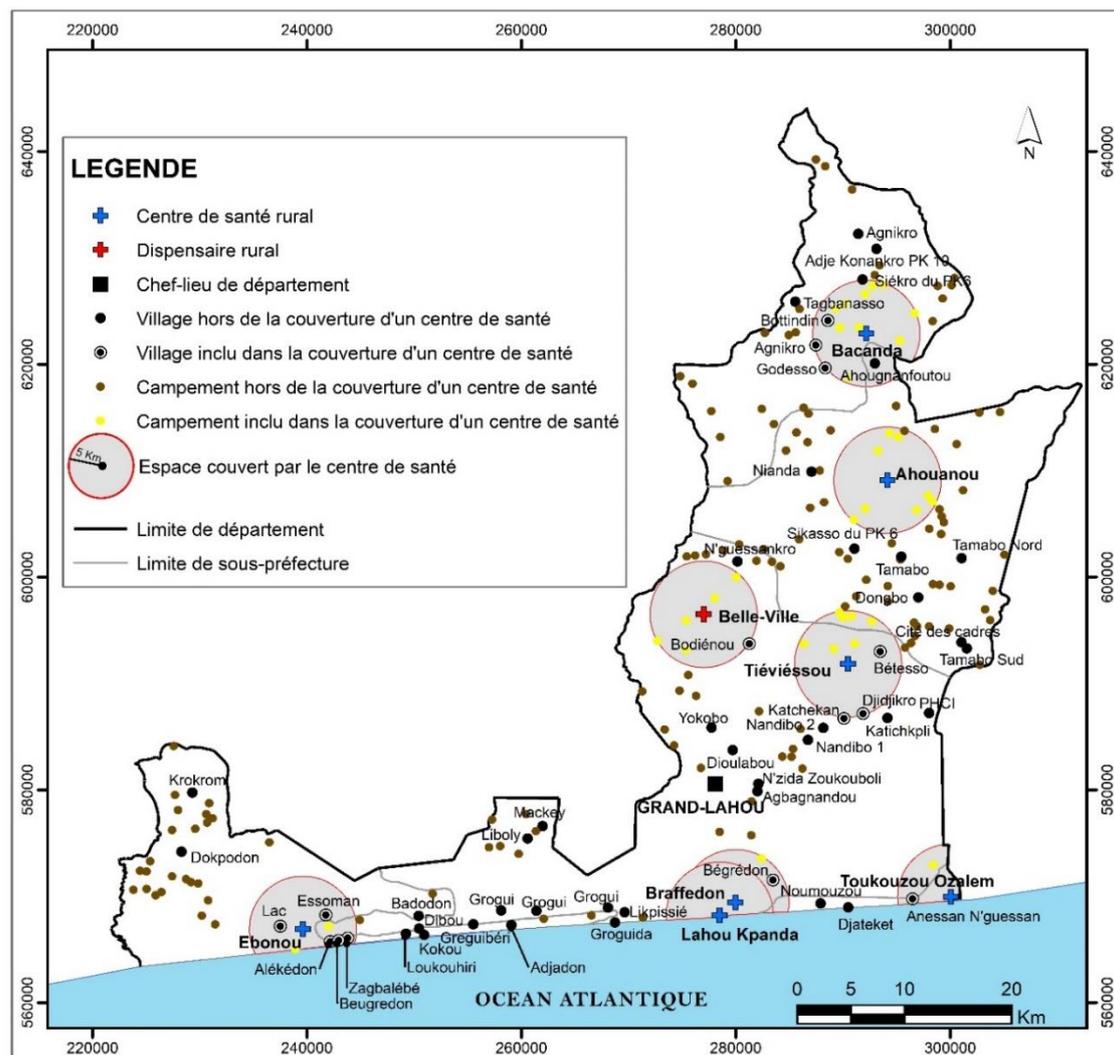
## 3.2. L'impact des investissements réalisés par les structures décentralisées sur l'accès aux soins de santé en milieu rural

### 3.2.1. L'amélioration de la couverture sanitaire et la réduction de la distance physique entre les populations et les centres de santé

L'accès aux soins de santé est un véritable défi pour un département comme celui de Grand-Lahou où plus de 60% des villages sont enclavés. Ces localités rurales se caractérisent par leur isolement, occasionné par la densité du réseau hydrographique et l'insuffisance de voie routière praticable. En effet à l'exception de la voie bitumée de la côtière et du tronçon entre Lahou ville et Braffèdon village (CF. Carte n°1), le département n'a pas suffisamment de routes bitumées. Avant l'avènement des conseils généraux et régionaux dans le paysage ivoirien en 2002, le département de Grand-Lahou ne

comptait qu'un seul centre de centre urbain offrant plusieurs types de soins. La distance moyenne entre une localité et le laboratoire d'analyse du département était estimé autour de 50 kilomètres (District sanitaire de Grand-Lahou 2005). Pour avoir accès à un service d'analyse biomédicale du département, les populations des chefs-lieux devraient se rendre dans la ville de Grand-Lahou à 72 km de Bacanda, 41km de Ahouanou et traverser le canal d'Azagny pour les populations d'Ebonou. Le département ne disposait que de huit centres de santé en milieu rural dont un dispensaire rural dans le village de Belleville, un centre de santé rural dans les chefs-lieux de sous-préfecture d'Ebonou, de Bacanda et de Toukouzou, mais aussi dans les villages de Lahou Kpanda, Braffèdon et Tiéviéssou. De ce fait, 65% des villages et 74,14% des campements du département étaient en dehors de l'aire d'influence d'un centre de santé public (Carte n°4).

### Carte n°4 : La couverture sanitaire du département de Grand-Lahou en 2002



Les actions des collectivités décentralisées vont améliorer la couverture sanitaire du département grâce aux investissements du conseil général et du conseil régional. En effet, le dispensaire du village de Belleville se transforme en centre de santé rurale avec en plus du service d'infirmerie, une maternité. Aussi, dans les villages chefs-lieux de sous-préfecture de Bacanda, Ahouanou et Ebonou, les trois (03) centres de santé ruraux sont devenus des centres de santé urbains. Ces centres de santé qui existaient offrent désormais des services de soins additionnels. Outre les services de médecine générale et de maternité, ils disposent maintenant d'un service biomédical. Les services d'analyse renforcent les prestations des Etablissements Sanitaires de Premiers Contact (ESPC) qui sont les premières

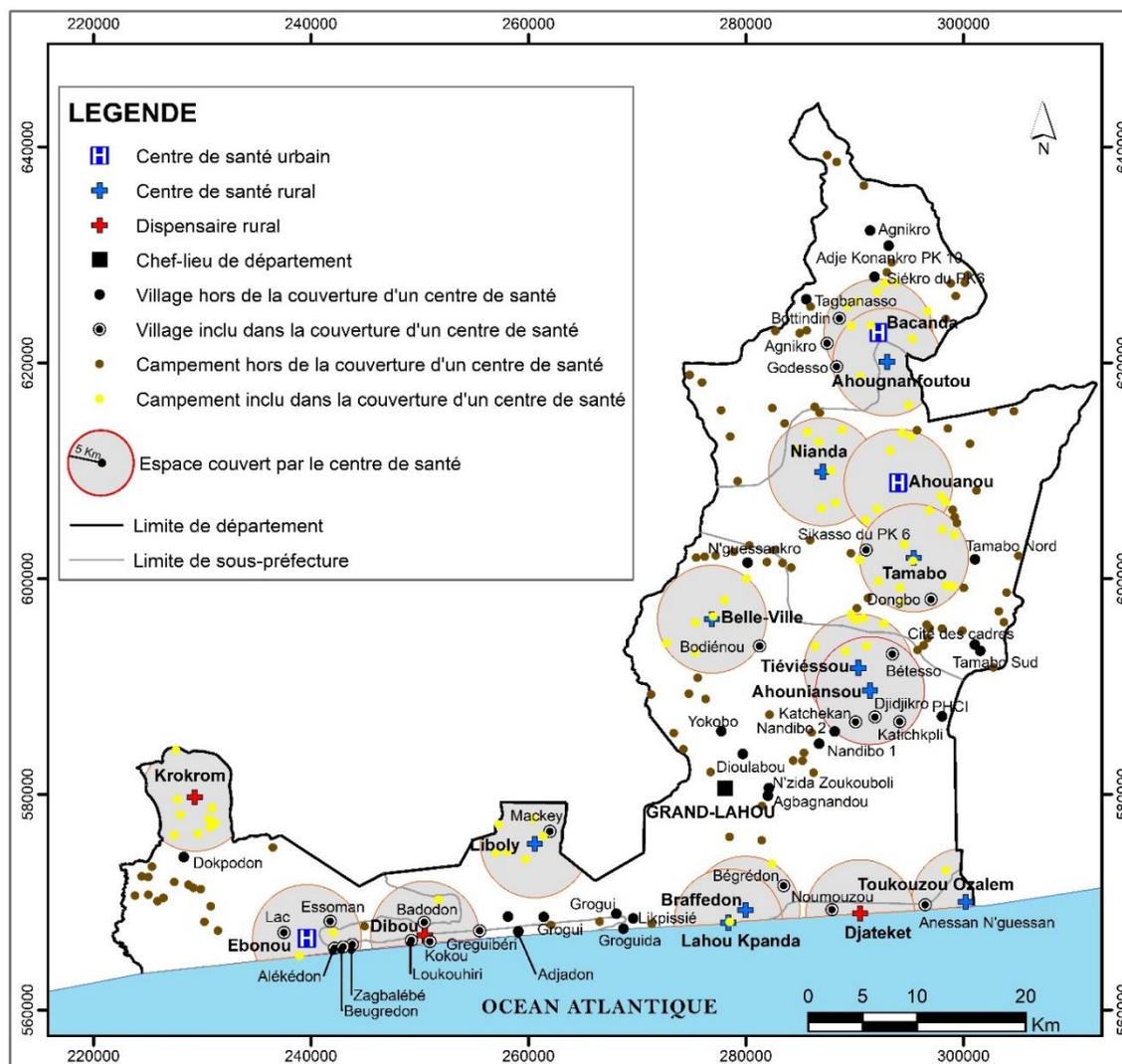
infrastructures sanitaires proches des populations.

La construction et la réhabilitation de huit (08) centres de santé dont trois dispensaires dans les villages de Dibou, Krokrom et Djateket et de cinq centres de santé ruraux dans les villages de Nianda, Tamabo, Ahougnanfoutou, Ahouaniassou et Liboly ont renforcé la capacité sanitaire du département. Selon les normes de l'OMS (2000), les Etablissements Sanitaires de Premiers Contact (ESPC) ont un rayon d'influence maximum de 5 kilomètres. L'amplification de ces infrastructures réduit ainsi l'écart entre l'offre de soins et les populations. Elle rapproche certaines localités de cette norme (Carte n°5). En 2018, 63,34% des villages et 42,94% des campements sont à moins de 5 km d'un centre de santé public

contre 35% des villages et 25,86% des campements en 2002. En exemple, les villages de Liboly, Krokrom et Tamabo distants initialement de plus de 10 km d'une infrastructure sanitaire bénéficient désormais de centres de santé ; générant

du coup une nouvelle zone d'influence qui couvre d'autres localités dans un rayon de 5 km. Mais quelles sont les conséquences des actions du conseil général et régional sur la nomenclature du personnel de soins dans le département de Grand-Lahou ?

**Carte n°5 : La couverture sanitaire du département de Grand-Lahou en 2018**



Source: CIGN 2014 Projection: UTM - WGS 1984 - Zone 30N Conception: KAMAGATE Mariam Réalisation: KAMENAN Jean Ernest, 2018

### 3.2.2. L'impact des réalisations des collectivités décentralisées sur la couverture du personnel de soins

Les investissements des collectivités décentralisées ont amélioré les conditions de travail du personnel sanitaire et transformé les centres de santé en milieu rural. Cette amélioration se traduit par la fourniture de mobiliers et d'équipements sanitaires ainsi que par la construction de logements des agents de santé. Ces actions ont été observées dans les chefs-lieux de sous-préfecture, plus précisément

à Ebonou, à Ahouanou et dans les villages de Krokrom, d'Ahouanfoutou. Cela permet de rapprocher le personnel médical des centres de santé et de les rendre plus accessibles à tout moment de la journée et de la nuit. Aussi grâce à la transformation des centres de santé rurale des chefs-lieux de sous-préfecture de Bacanda, d'Ahouanou et d'Ebonou en centres de santé urbaine, ces ouvrages ont désormais un médecin et un laborantin. Avant 2002, l'ensemble des centres de santé en milieu rural ne disposait d'aucun médecin et de laborantin. Par ailleurs, la construction de

nouveaux centres a aussi accru le personnel sanitaire. Ainsi avec huit (08) infirmiers et six (06) sages-femmes avant 2002 en milieu rural, le personnel est passé à 20 infirmiers, 13 sages-femmes et 03 médecins (Tableau n°1). La répartition de ces agents de santé en milieu rural varie d'une sous-préfecture à une autre. La sous-préfecture de Grand-Lahou dispose du plus grand nombre de personnels avec 15 agents dont 09 infirmiers. Par contre, celle d'Ahouanou a 04 infirmiers, celle d'Ebonou 03 infirmiers, celle de Bacanda et Toukouzou 02 infirmiers chacune. Ces transformations induisent nettement une amélioration du ratio population / personnel sanitaire. En effet d'un ratio de zéro

médecin pour 61 263 habitants avant 2002, on passe à un médecin pour 40 947 habitants en 2018. Le ratio du personnel infirmier de 7658 habitants pour un infirmier en 2002, est réduit à un pour 6142 habitants avec une net amélioration de 24,68% sans pour autant atteindre la norme de OMS (2015) qui est de 1/5000. Contrairement au ratio de médecin et d'infirmier, les actions du conseil général et du conseil régional ont nettement amélioré la santé maternelle en milieu rural. En effet, le ratio en 2002 d'une sage-femme pour 1920 femmes en âge de procréer s'améliore à 1/889 contre un ratio de 1/3000 selon les normes de l'OMS.

**Tableau n°1 : L'évolution des ratios d'encadrement des populations en milieu rural de 2002 à 2018**

PERSONNELS ET STRUCTURES SANITAIRES	RATIO AVANT 2002	RATIO EN 2018	TAUX D'AMÉLIORATION DU RATIO DE 2002 À 2018
MEDECIN	0/61263	1/40947	49,61%
INFIRMIER	1/7658	1/6142	24,68%
SAGE	1/1920	1/889	1,64%
CENTRES DE SANTE PUBLICS	1/6807	1/5587	21,83%

Source : District sanitaire de Grand-Lahou, RGPH 1998,2014, Kamagate 2018

Dans l'ensemble, la réalisation d'infrastructures sanitaires supplémentaires par le conseil général et le conseil régional a impacté sur la couverture sanitaire en agents de santé en milieu rural. Toutefois, le personnel de soins est encore déficitaire par rapport aux normes de l'organisation mondiale de la santé.

#### 4. Discussion

Les infrastructures sanitaires rurales dans le département de Grand-Lahou avant la politique de décentralisation sont moins importantes en dépit des investissements réalisés par la puissance publique. En Côte d'Ivoire, la politique d'investissement après l'indépendance n'a pas augmenté de manière significative les infrastructures sanitaires en milieu rural. Les centres de santé concentrés à 70% dans les chefs-lieux de région et de département

privilégient les localités urbaines (L. Kemin, 1983, p.298). Les inégalités dans la distribution des services de santé résultent de la politique de centralisation du système sanitaire durant la période post-indépendance (C.D.Essé, 2009, p.136). Au Burkina Faso, J.B Ouédraogo (2016, p.78) souligne que dans le domaine de la santé rurale, les investissements de l'Etat et des partenaires au développement ont permis la réalisation de centres santé primaires dans seulement 78 sur 647 villages (soit12% des villages) dans la région du Centre-Nord de 1960 à 1992. Les résultats de cette étude montrent que les actions du conseil général de 2002 à 2011, poursuivies par le conseil régional depuis 2013, ont contribué à densifier l'implantation des infrastructures sanitaires en milieu rural dans le département de Grand-Lahou. Elles corroborent avec ceux de K.J. N'Guessan (2015, p.267) dans le

département de Sakassou. En effet, le conseil général de Sakassou a engagé 24% de ses ressources d'investissement à la construction de neuf centres de santé ruraux, la réhabilitation de dix logements pour les agents de santé et neuf centres de santé ainsi que l'équipement de ces centres en mobilier de bureau et matériel médical d'une valeur de 50 000 000 francs CFA. L'augmentation du nombre de centres de santé à 16 dans le département de Grand-Lahou a conduit à la réduction du ratio population/ centre de santé qui passe de 6807 habitants pour un centre sanitaire public à 5583 habitants en milieu rural : ratio supérieur à la norme de l'OMS (2015) d'un centre pour 10 000 habitants. De ce fait, 53,14% des villages et campements ruraux sont couverts par un centre de santé dans un rayon de 5 km. Ces résultats concordent avec ceux de D. Soura et al., (2014, p.153) qui montrent qu'en Côte d'Ivoire grâce à la décentralisation 14 000 femmes en âge de procréer ont au moins accès à une maternité et 68% des populations rurales se situent dans un rayon de 5km d'un centre de santé. Ces résultats ont aussi été corroborés par les travaux de H. Damas (2016, p.18) qui relève qu'en Afrique, l'amélioration de 10% de la politique de décentralisation impacterait de 0,5% l'accès aux services de soins contre 0,4% pour l'éducation. En France, l'action des collectivités décentralisées tels que les départements dans la santé rurale est plus pertinente car elles agissent au niveau de la construction et de la gestion des infrastructures sanitaires (R.Lafore, 2004, p.28).

Toutefois dans les pays les moins avancés, malgré les efforts de la politique de décentralisation, les actions des collectivités décentralisées n'ont pas résolu les problèmes sanitaires ruraux car il existe encore un écart considérable entre les normes de l'OMS (2015) concernant le ratio de médecin et d'infirmier par habitant. Dans

le département de Grand-Lahou, le ratio de 40 947 habitants par médecin est inférieur à la norme de l'OMS de 10 000 habitants, de même que le ratio de 6.142 habitants pour un infirmier. Cette situation n'est pas singulière au département de Grand-Lahou car E.B Koffi (2010, p. 13) note qu'à Sinfra, le personnel de soins est aussi insuffisant pour la population de ce département, nonobstant les actions du conseil général. En effet, les ratios d'une sage-femme pour 3.805 femmes en âge de procréer et 6 299 habitants pour un infirmier sont faibles. Aussi, dans l'ancienne boucle de cacao, en dépit des investissements consentis par les acteurs de développement, la couverture sanitaire reste relativement faible (inférieur à 40%) dans les localités rurales (E. Bosson, 2013, p.181). La distribution des centres de santé basée sur des critères démographiques et politiques sont défavorables à ces localités rurales généralement peu denses.

Par ailleurs, l'accès aux soins ne dépend pas seulement de la disponibilité des infrastructures sanitaires car les facteurs financiers et socioculturels sont à prendre en compte. Au Congo, dans la région de la Sangha, les ressources financières très faibles des villageois liés à l'agriculture de subsistance réduisent considérablement la fréquentation des centres de santé (B. Mengoh, 2000, p.47). Les dépenses des soins sont perçues par les populations à faible revenu comme une dépense très onéreuse. En Côte d'Ivoire, malgré la gratuité ciblée dans les centres de santé publique et la réduction du coût des consultations, la contribution des ménages aux dépenses sanitaires est importante. En 2002, la part des paiements directs des ménages pour les soins était de 80% contre 90% pour le Mali et 30% pour le Libéria (BAD, 2015, p.24). De plus en Afrique de l'Ouest, chaque société dispose d'un système de soin souvent héréditaire qui produit des stratégies thérapeutiques en

fonction de chaque maladie (P. Cantrelle et al., 1990, p.17). Le recours à la médecine traditionnelle, indissociable de la culture africaine retarde aussi le recours aux centres de santé moderne.

---

## Conclusion

---

Le conseil général et le conseil régional sont des principaux acteurs de développement des infrastructures sanitaires des localités rurales du département de Grand-Lahou. Les investissements de ces entités décentralisées ont renforcé la couverture sanitaire dans le milieu rural par la mise en place de 50% des structures de soins primaires du département. Mais ceux-ci n'ont pas pour autant résolu le problème de l'accessibilité car l'accès aux soins tient compte, non seulement de la disponibilité des centres de santé mais aussi d'autres facteurs. Toutefois, pour améliorer l'accès des populations aux infrastructures sanitaires en milieu rural, la politique de décentralisation en Côte d'Ivoire doit s'orienter vers un système participatif. Cette réforme nécessite l'association des comités sectoriels de gestion aux actions de développement comme l'avait fait en son temps les Fonds Régionaux d'Aménagement du Territoire entre 1973 et 2000.

---

## Références bibliographiques

---

BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT, 2015 « les enjeux de la santé en Afrique de l'Ouest », L'observatoire de l'Afrique de l'Ouest numéro n°5 janvier 2015, p.38 <https://www.afdb.org/fr/topics-and-sectors>.

BOSSON Eby, 2013, Contrastes de développement dans l'ancienne boucle du cacao en Côte d'Ivoire : cas du département d'Adzopé et de Bongouanou, Thèse de Doctorat en géographie, Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

CANTRELLE Pierre et LOCOH Thérèse, 1990 « Facteurs culturels et sociaux de la

santé en Afrique de l'Ouest », in les dossiers du CEPED n°10 1990, p.41, [http://www.horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleinx\\_textes/pleins\\_textes\\_7/carton07/27972](http://www.horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleinx_textes/pleins_textes_7/carton07/27972)

CENTRE DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL, 2006 décentralisation, acteurs locaux et services sociaux en Afrique : L'impact de décentralisation sur les services de santé et de l'éducation en Afrique de l'Ouest, Programme de Développement Municipal en Afrique de L'Ouest, Archive 119006 p. 148 <http://www.bibliotheque.pssfp.net/livres>.

DAMAS Hounsounon, 2016 « Décentralisation et qualité de l'offre de services socio-publics en Afrique subsaharienne », Afropaper n°165 2016, p. 15- 20.

ESSE Diby Clément, 2009, Le paludisme en milieu rural : les connaissances, les pratiques thérapeutiques et prévention des populations de Zatta et Adibrobo dans le centre de la Côte d'Ivoire, Thèse de Doctorat en sociologie, Abidjan, Université de Cocody-Abidjan.

GOBBERS Didier et PICHARD Eric, 2000, « L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest », ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), n° 30 2000 p.35-42.

KAMAGATE Sanaliou, 2008, Les FRAR et le développement en Côte d'Ivoire : le cas de l'est, Thèse de Doctorat en géographie, Abidjan, Université de Cocody-Abidjan.

KOFFI Brou Emile, 2010, « La départementalisation et le développement local en Côte d'Ivoire », Les cahiers Afrique du Cerasa, n°4 2010, p.61-73.

LAFORE Robert, 2004, « La décentralisation de l'action sociale : L'irrésistible ascension du département

province », Revue française des affaires sociales n°6, p17-34, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-4-page-17.htm>.

LAOULI Moussa, 2012, « La décentralisation de l'offre des services d'eau, d'éducation et de santé en Afrique : Quels effets sur le quotidien des communautés à la base ? », 11 pages, <https://www.rocarae.org/jera/v1-n4/ch1-jera.pdf>.

MENGOH Bonaventure, 2000, « Cadre de vie, pauvreté et santé en milieu rural au Congo : L'exemple de la région de la Sangha occidentale », Revues CAMES - Série B, vol. 02, 1-12 p <http://www.grennstone.lecames.org/collect/revu/index/assoc/HASH2fe7.dirB-002-00-047-058.pdf>.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES : Direction du budget des collectivités décentralisées en Côte d'Ivoire, Budget des collectivités territoriales de 2001 à 2016, 52 p.

MINISTERE DE L'INTERIEUR : Direction Générale de la Décentralisation et du Développement Local, 2012, le bilan de la politique de décentralisation en Côte d'Ivoire de 2001 à 2011, 96 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE, 2016, Plan national du développement de la santé 2016-2020, 88 p.

N'GUESSAN Kouassi Jean, 2015, Conseil généraux et participation local au développement : le cas du conseil général de Sakassou, Thèse de Doctorat en sociologie, Abidjan, Université de Cocody-Abidjan.

OUEDRAOGO Jean Baptiste, 2016, Intervention de développement et transformation socio-économiques et sanitaires au Burkina Faso région du

Centre-Nord, Thèse de doctorat en sociologie, Abidjan, Université de Cocody-Abidjan.

SOURA Diakaridja et COULIBALY Simon, 2014, « Analyse du processus de décentralisation des services de santé en Côte d'Ivoire », Med Tropical, n°24, p.151-152.