

## ÉTUDE DES FACTEURS NON MEDICAUX DU RECOURS AUX SOINS MATERNELS : EXEMPLE DU DISTRICT SANITAIRE DE DALOA

**Essan Charles AKPEA**

Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

[akpeacharles@gmail.com](mailto:akpeacharles@gmail.com)

&

**Akou Don Franck Valéry LOBA**

Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

[valo226@yahoo.com](mailto:valo226@yahoo.com)

**Résumé :** La présente étude s'intéresse aux déterminants non-médicaux du recours aux soins maternels dans le District sanitaire de Daloa. Il couvre une superficie de 5 362 Km<sup>2</sup> avec une densité de 138 hab/km<sup>2</sup>. Situé dans la région sanitaire de Haut Sassandra et composé des départements de Daloa et Zoukougbeu, il abrite en son sein la troisième ville du pays et s'enregistre parmi les zones du pays où la santé maternelle est au plus mal. L'objet de cette étude est d'identifier les facteurs non-médicaux qui entravent l'accès à des soins maternels optimaux à Daloa. Il s'agit de recenser ces variables à travers la significativité de leur influence mesurée aux moyens de tests statistiques. Cette étude met en évidence les inégalités des conditions de vie des populations et leurs effets dans la quête des soins obstétricaux appropriés par les femmes enceintes. En plus de ces insuffisances, la perception des femmes en âge de procréer de la qualité des services médicaux demeure une variable particulièrement importante car se rattachant exclusivement à la confiance au système sanitaire existant. Laquelle confiance guide le choix du type de soins fait par les femmes enceintes dans le District Sanitaire de Daloa.

**Mots clés :** Inégalités sociales, déterminants de santé, accès aux soins, santé maternelle, Daloa.

**Abstract :** The present study focuses on the non-medical determinants of the use of maternal care in the Daloa Health District. It covers an area of 5,362 km<sup>2</sup> with a density of 138 inhabitants / km<sup>2</sup>. Located in the Haut Sassandra health region and composed of the departments of Daloa and Zoukougbeu, it is home to the third city of the country and is registered among the areas of the country where maternal health is at its worst. The purpose of this study is to identify the non-medical factors that hinder access to optimal maternal care in Daloa. It is a question of identifying these variables through the significance of their influence measured by means of statistical tests. This study highlights the inequalities in the living conditions of populations and their effects on the quest for appropriate obstetric care by pregnant women. In addition to these shortcomings, the perception of women of childbearing age of the quality of medical services remains a particularly important variable because it relates exclusively to confidence in the existing health system. Which confidence guides the choice of the type of care made by pregnant women in the Health District of Daloa.

**Keywords:** Social inequalities, determinants of health, access to care, maternal health, Daloa.

## Introduction

Les conditions sociales dans lesquelles vivent les gens ont une influence déterminante sur leurs chances de vivre en bonne santé. En effet, des facteurs tels que la pauvreté, l'insécurité alimentaire, l'exclusion sociale, les mauvaises conditions de logement et un statut socioprofessionnel peu élevé sont des déterminants importants des inégalités en matière de santé, entre les pays et à l'intérieur même des pays (OMS 2004 p.1). Pour améliorer la santé des populations les plus vulnérables au monde et promouvoir l'équité en matière de santé, de nouvelles stratégies d'action s'imposent, qui tiennent compte de ces déterminants sociaux de la santé. Pour de nombreux professionnels de la solidarité internationale, les questions de santé partent du constat que les stratégies d'amélioration de l'accès aux soins se heurtent régulièrement à la complexité des comportements des populations visées et à leurs perceptions sanitaires (Bouchon 2012, p.5). En clair, les projets ne sont pas toujours compris car ils ne peuvent pas s'appliquer systématiquement pour plusieurs raisons dont certaines témoignent de l'influence et du déterminisme de la culture et des phénomènes sociaux. Ainsi, les déterminants socioculturels de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin. Concernant la santé maternelle, il apparaît encore de véritables inégalités sociales de santé, tant pour ce qui est de la morbidité maternelle sévère que pour ce qui est de la mortalité. Les analyses visant à en explorer les mécanismes et expliquer comment les différentes dimensions de la condition sociale des femmes des régions à ressources limitées, interagissent avec les indicateurs de santé maternelle sont encore insuffisantes et ne permettent pas à ce jour de les comprendre. Le suivi prénatal sous-optimal et les soins sous-optimaux pourraient cependant jouer un rôle de facteurs intermédiaires liés à la fois à la condition sociale et au risque maternel, qu'il s'agisse de risque en termes de morbidité, d'aggravation et d'évolution de celle-ci, ou de mortalité maternelle (Azria et al. 2015). Selon le Rapport Annuel sur la

Situation Sanitaire de 2016 (RASS 2016, p. 109), la région du Haut Sassandra (avec Daloa, chef-lieu de région) a enregistré le ratio de mortalité maternelle le plus élevé du pays (317 /100 000 Naissances Vivantes) en 2016 contre une moyenne nationale de 208 la même année. On a relevé auprès des services du district sanitaire de Daloa, des faibles taux de fréquentation et d'utilisation des centres de santé respectivement dans l'ordre de 34 et 32 %, contre 70% pour une fréquentation satisfaisante selon l'OMS. Ces chiffres indiquent que les populations dans le District Sanitaire de Daloa ont peu recours (environ 3 fois sur 10) aux services de santé modernes. En termes de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), traduisant la réactivité du système face aux complications obstétricales, environ 54% des décès des femmes sont constatés dans les 6 heures suivant l'admission. (Bilan d'activités sanitaires du CHR de Daloa, 2016 p. 106). Cela offre une probabilité de mourir d'environ 1 femme sur 2 après admission en SONU. Ces constats contrastent avec la ratification du pays à différentes chartes (Alma Ata en 1975, conférence sur l'Environnement en 1994, et le sommet mondial sur le développement social en 1995) en vue d'améliorer le bien-être de la population par une meilleure adéquation entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population. Les réformes inhérentes à ces programmes ont abouti à un accroissement des ressources médicales dans l'optique de corriger les inégalités d'accès aux soins appropriés à tous. Dès lors, face à ces efforts de développement sanitaire consentis qui se heurtent à des difficultés de recours aux soins par les femmes enceintes à Daloa, naît l'interrogation des conditions sociodémographiques de ces femmes ? L'environnement non-médical des femmes enceintes, décrivant leurs conditions de vie, permet-il un recours adéquat à des soins maternels modernes ?

Autant de questions qui méritent d'être posées au vu de la fréquentation assez faible et des proportions inquiétantes de décès pour cause de déficit du suivi médical.

## 1. Méthodologie

Les données collectées dans le cadre de cette étude proviennent essentiellement de sources documentaires. Ces sources documentaires émanent des rapports et annuaires statistiques produits par le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique. Des données ont été aussi acquises auprès de l'Institut National de la Statistique (INS) en charge de la production de données socio démographique via le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). Dans le cadre de l'enquête de terrain, un questionnaire adressé aux Femmes en Âge de Procréer (FAP) a été constitué.

Il se compose d'une section regroupant des informations d'ordre sociodémographique, économique et d'une autre relative aux habitudes et parcours thérapeutiques des femmes. Son but est de connaître les habitudes médicales des femmes enceintes par vis-à-vis de leur caractéristique sociodémographique et économique. Dans le cadre de la présente étude et ne disposant pas d'une base de sondage sur la population féminine en âge de procréer, le choix s'est porté sur une méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné.

Le temps et le coût ne permettant pas de faire une enquête exhaustive auprès de tous les individus, constituant la population féminine en âge de procréer du District de Daloa, le recours à un échantillon représentatif fut l'alternative. Pour ce faire, il a fallu enquêter des femmes de différentes couches sociales ; au niveau du milieu de résidence, de la situation professionnelle, de l'instruction, et selon leur situation géographique par rapport aux structures sanitaires. Le choix des femmes par espace géographique est défini selon une procédure empirique ou de choix raisonné car ne disposant pas de base de sondage. Cette méthode a consisté dans un premier temps confronter les effectifs de FAP des sous-préfectures du District, puis en raison du grand nombre de sous-préfectures (10 d'après le RGPH 2014), celles abritant le plus gros (Daloa) et le plus faible effectif (Gregbeu) de FAP, présentant les caractéristiques d'enquêtes sont ciblées. A

l'intérieur de chacune de ces 2 aires sanitaires, on applique un échantillon de 50 femmes à chacune des 3 strates de distances définies pour cette étude (moins de 5 km ; 5- 15 km ; plus de 15 km).

Tout comme Place (1997), Carr-Hill, Place, Posnet (1997) qui ont mis en évidence une chute de la consommation d'un bien ou service avec la distance, de nombreux travaux ont évalué le phénomène de « friction de distance » (distance decay), qui met en avant le taux d'utilisation du service qui diminue quand la distance d'accès augmente (modèle exponentiel). C'est ce modèle qui a guidé la représentativité de cet échantillon d'enquête avec le choix de la localité enquêtée suivant les strates de distance. On désigne ainsi au choix simple une localité à moins de 5 km d'un ESPC, une située entre 5 - 15 km, et une à plus de 15 km d'un ESPC dans les sous-préfectures de Daloa et Gregbeu.

L'échantillon représentatif s'élève donc à 300 femmes à enquêter (50×3×2) dans le cadre de cette étude. Conformément à ces critères :

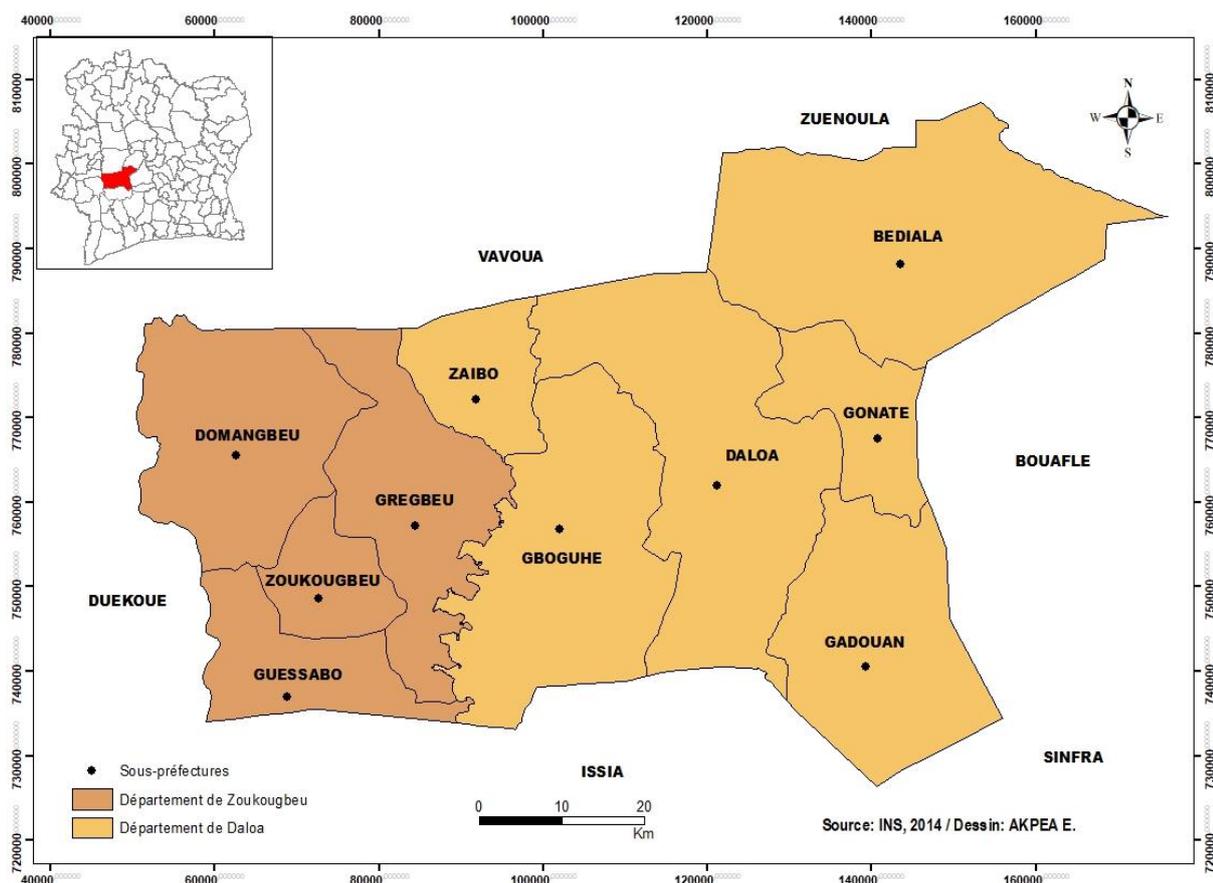
- *Gaboua* (2,2 km de l'ESPC le plus proche), *Zakoua* (9 km) et *Gbelibli* (16 km, pris optionnellement dans la sous-préfecture de Zoukougbeu) sont choisies pour la sous-préfecture de Daloa ;
- *Liabo* (2 km), *Bassaraguhe* (8 km, pris hors de Gregbeu) et *Noumousseria 2* (17 km, pris hors de Gregbeu) sont choisies pour la sous-préfecture de Gregbeu.

Il a fallu dans certains cas recourir au choix des localités hors des sous-préfectures cibles quand la condition de distance localité - ESPC n'y était respectée par aucune localité. La taille de l'échantillon reste la même dans ces localités optionnelles.

Les données recueillies auprès des FAP par questionnaire ont été saisies et analysées sur SPSS Statistics 22. La variable dépendante (recours aux formations sanitaires publiques) a été croisée avec les variables indépendantes identifiées afin de rechercher des dépendances à même d'expliquer le choix pour les

ménages de recourir ou non aux formations sanitaires publiques. (Ouattara 2003, cité par Loba et Bosson 2015, p. 158). A cet effet, le test de  $\chi^2$  a été appliqué au seuil de 5 % pour déterminer la présence d'une relation linéaire significative entre les variables d'analyse.

**Figure 1 : Localisation de la zone d'étude**



## 2. Résultats

S'il est aisé d'identifier un grand nombre de facteurs associés à la santé / mortalité, une approche plus explicative, susceptible d'agir favorablement sur le phénomène étudié est à présenter. Elle nécessite d'identifier les relations existant entre la santé et les facteurs de risque qui lui sont associées, mais aussi les interactions existant entre ces derniers, en tentant de les ordonner selon leur plus ou moins grande proximité. L'analyse de la mortalité exige nécessairement de

tenir compte de deux éléments : le temps et le lieu. Outre ces facteurs contextuels, il est important de tenir compte de toute une série de caractéristiques individuelles, appelées caractéristiques sociodémographiques ou caractéristiques de l'hôte dans les études de mortalité et de santé Masuy-Stroobant (1997, p. 240). Ces caractéristiques sont fréquemment, si ce n'est pas toujours, source de variations systématiques de mortalité (ou de morbidité) et exercent soit un effet direct sur la santé ou la mortalité, soit sont indicatrices de facteurs de risque comportementaux, biologiques, génétiques etc. faisant eux-mêmes partie de systèmes plus complexes qui peuvent être considérés comme cause de maladies ou de décès prématuré.

### *2.1. Les conditions sociodémographiques des femmes du District de Daloa*

L'instruction, la répartition spatiale des infrastructures sanitaires, le temps d'attente dans les centres de santé, le nombre de naissance (la parité) chez les femmes et l'exposition aux médias sont les variables retenues pour l'analyse sociodémographique de la fréquentation par les femmes enceintes des structures sanitaires.

Le recours aux soins maternels modernes est influencé par le niveau d'instruction des femmes, en ce sens qu'il transparaît une croissance continue de la fréquentation des centres de santé avec l'élévation du niveau d'instruction. Cela se traduit par un taux moyen de fréquentation des centres de santé de 86,72% chez les femmes instruites contre 21,09% pour les femmes non instruites. Ainsi, plus les femmes sont instruites, plus elles recourent aux soins modernes de santé. Le constat est le même pour la distance population- centre de santé le plus proche. Il est constaté une baisse de la fréquentation des structures sanitaires lorsque l'éloignement s'accroît. Ce taux est passé de 91,83% à moins de 5 km de distance à 38,81% à plus de 15 km du centre de santé le plus proche. Au niveau du temps d'attente dans les formations sanitaires de Daloa, nos enquêtes révèlent des fréquentations plus importantes chez les femmes jugeant le délai de prise en

charge court (96,19%), laquelle fréquentation tend à se réduire chez celle trouvant long le temps d'attente (73,03). Quant au nombre de naissance chez les femmes (parité), confronté à leur recours aux centres de santé, l'on se situe à des fréquentations de l'ordre de 80,18 % chez les femmes primipares, 67,05% chez les multipares quand les grandes multipares fréquentent à 61,93% les structures sanitaires pour leur besoins de soins maternels. Tenant compte des influences sur les comportements individuels par la diffusion d'informations et ainsi promouvoir des attitudes et des normes sociales en faveur de comportements idoines à la santé sexuelle et reproductive, la variable exposition aux médias a été retenue dans la présente étude. (High Impact Practices « HIP » 2007, p. 1). Elle restitue une fréquentation des centres de santé dans l'ordre de 87,19% chez les femmes exposées aux médias d'informations contre 63,37% pour celles qui n'y sont pas exposées. Ces données (tableau 1) témoignent de l'influence de l'exposition aux médias d'informations sur le recours aux soins maternels chez les FAP du District de Daloa.

**Tableau 1:** Type de soins maternels selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes

Variables	Modalités	Option de recours en cas de grossesse (%)		Ensemble (%)
		Centre moderne de soins	Recours traditionnel de soins	
Niveau d'instruction	Aucun	21,09	78,91	20,94
	Primaire	78,06	21,93	29,85
	Secondaire	82,10	17,90	47,22
	Supérieur	100	00	1,98
Distance de l'ESPC le plus proche	Moins de 5 km	91,83	8,17	39,15
	De 5 à 15 km	81,16	18,84	21,02
	Plus de 15 km	38,81	61,18	39,83

Perception du délai de prise en charge	Court	96,19	03,81	7,99
	Convenable	53,58	46,42	32,98
	Long	73,03	26,97	59,02
Parité (nombre de naissance)	Primipare (1 <sup>er</sup> enfant)	80,18	19,82	17,29
	Multipare (2 à 7 enfants)	67,05	32,95	66,11
	Grande multipare (plus de 7 enfants)	61,93	38,07	16,60
Exposition aux médias	Exposition	87,19	12,81	62,98
	Non exposition	63,37	36,63	37,02

**Source :** Charles AKPEA, 2019

L'analyse du tableau ci-dessus présente deux options de recours en cas de grossesses : soins modernes et pratiques traditionnelles de soins. Dans le District Sanitaire de Daloa, les femmes qui ont recours majoritairement aux centres modernes de soins (86,72%) sont instruites pendant que les pratiques traditionnelles de santé sont plus utilisées (78,91%) par les femmes non instruites. Concernant la variable distance géographique, les femmes qui ont le plus fréquenté les ESPC sont situées à moins de 5 km (91,83%) quand au-delà de 5 km, il se perçoit une baisse progressive de cette fréquentation. A ces résultats on peut ajouter que de façon générale, le choix du type de soins fait par les femmes enceintes tend à varier selon les modalités des variables analysées. Ces baisses de la fréquentation des centres modernes de soins justifient l'éventualité de relations d'influence entre les variables sociodémographiques susmentionnées et le recours aux soins maternels.

Les conditions financières des femmes sont maintenant abordées pour en analyser les effets sur le choix du type de soins fait par ces dernières.

## ***2.2. Le niveau de bien-être des femmes dans le recours aux soins maternels***

Le revenu des femmes, leur perception du coût des soins médicaux, la profession et les biens et équipements que possèdent les ménages présentés par

le tableau 2, décrivent le niveau de bien-être des femmes intervenant dans le choix de types de soins qu'elles font.

**Tableau 2 :** Situation économique et fréquentation des structures sanitaires à Daloa par les FAP du district

Variables	Modalités	Option de recours en cas de grossesse (%)		Ensemble (%)
		Centre moderne de soins	Recours traditionnel de soins	
Revenu	Moins de 50 000	62,87	37,13	53,54
	50 000 – 100 000	73,01	26,99	41,20
	105 000 – 200 000	87,50	12,50	4,26
	Plus de 200 000	100	00	0,99
Perception du coût des soins médicaux	Bas	75,20	24,80	9,52
	Satisfaisant	39,74	60,26	11,88
	Elevé	55,04	44,96	78,60
Profession des FAP	Elève / Etudiante	61,29	38,71	2,36
	Fonctionnaire	93,02	6,97	3,27
	Salariée du privé	82,57	17,43	8,30
	Commerçante	59,16	40,84	36,18
	Agricultrice	77,87	22,13	26,50
	Sans emploi	64,50	35,50	23,38
Biens et équipements possédés par le ménage	Aucun	67,03	32,97	90,78
	Moyens de locomotion	68,79	31,21	13,17
	Equipements domestiques	69,78	30,21	96,04

**Source :** Charles AKPEA, 2019.

Le tableau 2 décrit d'abord les effets du niveau de revenu des femmes sur le type de soins auquel elles recourent en cas de grossesse. Il affiche une évolution de la

fréquentation des centres modernes de soins en fonction des conditions financières des femmes et de leur famille. La fréquentation des centres modernes de soins est passée de 62,87% pour les femmes ayant moins de 50 000, à 73,01% chez celles qui perçoivent entre 50 000 et 100 000. Elle a grimpé à 85,70% chez les femmes à revenus compris entre 105 000 et 200 000 F pour atteindre 100% de fréquentation chez les femmes qui perçoivent plus de 200 000 F. Les femmes percevant les coûts des soins médicaux bas, fréquentent à 75,20% les établissements sanitaires quand celles les jugeant élevés fréquentent à 55,04% les centres de santé. Les taux de fréquentation baissent alors selon que les coûts des soins sont perçus élevés.

L'analyse descriptive des variables faisant l'objet de l'étude ne suffisant pas à elles seules pour conclure l'existence d'une dépendance entre les variables testées et le phénomène étudié, la démarche méthodologique utilisée amène à comparer plusieurs échantillons ou à explorer des relations entre les variables au moyen de tests statistiques (Julien Labreuche (2010) cité par Mahi 2018, p. 264). Il s'agit donc du choix d'un test de corrélation ne visant qu'à déterminer l'absence ou la présence d'une relation linéaire significative entre les variables de cette étude. Le choix porte sur le test non paramétrique de khi deux ( $khi^2$ ).

### *2.3. Traitement des résultats par analyse bivariée : le recours au test de $khi^2$*

Pour apprécier la dépendance entre l'option de recourir à la formation sanitaire publique et les paramètres sociodémographiques et économiques susceptibles d'influencer cette option, une analyse bi variée par le test de  $khi^2$  a été exécutée au seuil de significativité de 5 % (0,05). Les résultats du test sont inscrits dans le tableau 3.

**Tableau 3 :** Récapitulatif des résultats du test de  $\chi^2$

Variables dépendantes	Variables indépendantes	Valeur P-value	Interprétation
Recours aux formations sanitaires publiques	Niveau d'instruction	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Distance de l'ESPC le plus proche	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Perception du temps d'attente	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Parité	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Exposition aux médias	1,000	p-value supérieur à 0,05
	Revenus des femmes	0,011	p-value inférieure à 0,05
	Perception du coût des soins	0,19	p-value inférieure à 0,05
	Age de la mère	0,011	p-value supérieur à 0,05
	Profession	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Statut matrimonial	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Age de la mère à l'accouchement	0,011	p-value supérieur à 0,05
	Conseils en planning familial	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Usage de contraceptifs	0,33	p-value inférieure à 0,05
	Moyens de locomotions	0,340	p-value supérieur à 0,05

**Source :** Traitement des données par Xlsat 2021<sup>1</sup>

Il ressort de cette analyse que les variables les plus significatives à même d'expliquer les options de recours à une formation sanitaire publique sont : le niveau d'instruction, la distance de l'ESPC le plus proche, la perception du temps d'attente, la parité, la profession, le statut matrimonial et les conseils en planning familial.

<sup>1</sup> Pour p-value supérieure au seuil de 0,05 : on conclut que la liaison entre la variable dépendante et la variable indépendante n'est pas significative.

Pour p-value inférieure au seuil de 0,05 : on conclut que la liaison entre la variable dépendante et la variable indépendante est significative.

### 3. Discussions

Ces vingt dernières années, la pauvreté a été identifiée comme le facteur limitant l'accès aux services de base en Côte d'Ivoire. Les ressources des ménages ont été identifiées comme le facteur accélérant la marginalisation sociale et la mise à l'écart d'une certaine classe de populations de services vitaux comme la santé. (Loba et Bosson 2015, p. 166). A ce propos, la progression constante depuis 2002 de l'indice de pauvreté confirme la persistance de la paupérisation et le mauvais encadrement sanitaire. En s'intéressant à la thématique du recours aux formations sanitaires publiques, l'objectif est de mettre en évidence l'impact des facteurs non médicaux dans le recours aux soins maternels. Au vu des résultats obtenus, le recours aux formations sanitaires publiques est influencé par des paramètres économiques et sociodémographiques. Ceux-ci sont parvenus au stade actuel de cette recherche à expliquer les options de recours aux formations sanitaires publiques dans le district sanitaire de Daloa. Au nombre de ces paramètres, le niveau d'instruction des femmes, la distance population- ESPC le plus proche, la perception du temps d'attente, le nombre de naissances par femmes (la parité), les revenus des femmes, leur perception du coût des soins et l'âge de la mère à l'accouchement. Ces résultats sont similaires à ceux d'OUATTARA (2003) qui ont insisté sur les répercussions de la qualité d'accueil et du temps d'attente sur les distances à parcourir pour accéder à une formation publique. La longue distance parcourue peut aussi être le corollaire d'une faible représentation des formations sanitaires dans les localités. Ce déficit de centres de santé peut aussi contraindre les populations à aller loin de leur habitation pour consulter un médecin dans une autre formation sanitaire publique. (Loba 2009 cité par Loba et Bosson 2015, p. 168). Du fait du contexte de récession économique, le rallongement des distances a un impact économique difficilement supportable par les ménages. Les ménages enquêtés se sont en effet montrés plus sensibles aux prix du transport et ce dans les trois secteurs parcourus. Le niveau de revenu se présente comme un facteur restrictif aux soins (DSRP, 2009) cité par

Loba et Bosson (2015, p. 168). L'étude a montré que la décision de recourir à un centre de santé publique est conditionnée par le niveau de revenu des ménages ; état de chose qui fragilise alors la situation des familles nombreuses. Les populations les plus économiquement vulnérables courent ainsi le risque d'une marginalisation sanitaire accrue. On se demande alors s'il ne faudrait pas revoir à la baisse le coût de la consultation en ce moment à 2000 F CFA. Cette étude a aussi montré l'impact de la zone de résidence sur l'option de recourir à un centre de santé. Cela s'est traduit par les distances parcourues pour atteindre le centre de santé. Ce résultat met en cause les processus d'implantation des formations sanitaires publiques dans le cadre de l'urbanisation. La qualité de l'urbanisation peut impacter la disponibilité de l'équipement. (DSRP 2009, p. 85). Le planificateur urbain au vu de la forte croissance que connaissent les pôles urbains doit tenir compte de l'extension rapide du tissu urbain. A ce sujet, Daloa est un exemple patent, elle est au nombre des départements dont les dynamiques spatiales sont les plus actives du pays.

### **Conclusion**

Au terme de cette réflexion, il ressort principalement que l'option de recourir à une formation sanitaire publique dans le district sanitaire de Daloa en cas de grossesse est fortement fragilisée par des paramètres socioéconomiques et par la distribution spatiale des dites structures. Sur ce second aspect, les distances parcourues par les femmes et leur perception du délai de prise en charge devrait interpellier les autorités sanitaires. Une révision du protocole d'accueil s'impose. Pour ce qui est de l'influence des paramètres socioéconomiques, la précarité des conditions de vie s'est révélée comme le principal handicap. Il importe que les planificateurs s'engagent dans une réflexion qui aboutira à un rapprochement plus significatif des centres de santé des populations tant sur le plan de la distance géographique que des ressources économiques

## Références bibliographiques

- AZRIA Elie, STEWART Zelda, GONTHIER Clémentine, Estellat C. et Deneux-Tharoux C. 2015. « Inégalités sociales de santé maternelle ». *Elsier, Gynécologie Obstétrique et fertilité*, n° 43, p. 676 – 682.
- FONDS MONETAIRE INTERNATIONALE (FMI). 2009. « *Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la pauvreté (DSRP)* ». Rapport d'étape du FMI n°09/156, 199 p.
- GUICHARD Anne et POTIN Louise. 2010. « Les inégalités de santé, enjeux pour les soins infirmiers ». *Elsier Masson SAS, Dossier Soins n°817*, pp. 16 – 18.
- KOUASSI K. V., COLY A., N'GUESSAN J., DOBE S., AGBO S., ZIMIN T., DOSSO Y., ACKAH A. et TRAORE V. 2014. « Facteurs influençant la sortie des patients vivant avec du circuit de traitement en Côte d'Ivoire ». *University Research, PEPFAR-USAID, la Revue de géographie du laboratoire Leïdi – ISSN 0851 – 2515 –N°13, décembre 2015 Abidjan*, 42 p.
- LABREUCHE Julien. 2010. « Les différents types de variables, leur représentation graphique et paramètres descriptifs ». *Sang Thrombose Vaisseaux. Volume 22, n° 10*.
- LOBA Akou Don Franck Valéry et BOSSON Eby Joseph. 2015. « Les déterminants du recours aux formations sanitaires publiques à Abidjan (Côte d'Ivoire) ». *Revue de géographie du laboratoire Leïdi – ISSN 0851 – 2515 –N°13, décembre 2015*, 20 p.
- LOBA Akou Valery. 2009. « La problématique de la couverture en structure sanitaire dans la région des lagunes ». *In : Revue de géographie et d'environnement, Géotrope n°1, EDUCI, Abidjan*, pp 21- 32.
- MAGALI Bouchon . 2012. « Accès aux soins : Les déterminants socioculturels ». *Médecins du Monde*, 96 p.

- MAHI Gilles Harold. 2018. « *Population et accès aux équipements et services de base dans les villes du littoral : Cas de Dabou et Grand Bassam* ». Thèse Unique de Doctorat- Université Félix Houphouët Boigny- Abidjan, 379 p.
- MASUY-STROOBAT Godelieve. 1997. « Les déterminants de la santé. Extrait du cours d'épidémiologie et de santé publique ». DEMO 3265, Institut de Démographie, UCL.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP). 2016. « *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire RASS* ». Mai 2017. 378 p.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA (MSLS), INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS) et ICF International. 2013. « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Côte d'Ivoire (EDS-MICS) 2011-2012 : Rapport de synthèse* ». Calverton, Maryland, USA: MSLS, INS et ICF International.
- MOLEUX Marguerite, Dr SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire. 2011. « *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action* ». IGAS, Rapport n° RM 2011-061 P, 121 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). 2004. « Commission des déterminants de la santé » Note du Secrétariat, Conseil Exécutif, cent quinzième sessions. EB 115/35, 3 p.
- OUATTARA Bamele. 2003. « Analyse des facteurs influençant la demande de soins de santé dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire) ». CESAG, Dakar, 152 p.
- TIZIO Stéphane, FLORI Yves-Antoine. 1997. « L'initiative de Bamako : Santé pour tous ou maladie pour chacun ? ». *Revue Tiers Monde*, n° 152, pp. 837-858.