



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (3)

ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 17 September 2024

Accepted, 22 December 2024

Published, 28 December 2024

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Ouattara (2024). La santé par et pour la communauté : diagnostic socio-anthropologique du paradigme Agent de Santé Communautaire en Côte d'Ivoire. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 6(3), 33-51. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.3>

Research

La santé par et pour la communauté : diagnostic socio-anthropologique du paradigme Agent de Santé Communautaire en Côte d'Ivoire

Health by and for the community: a socio-anthropological diagnosis of the Community Health Worker paradigm in Côte d'Ivoire

OUATTARA Zié Adama

Laboratoire Santé, Sociétés et Développement (LSSD), du Centre de Recherche pour le Développement (CRD)/Université Alassane Ouattara (UAO) ; 01 BP V 18 Bouaké 01 ;

Correspondance : Email : adamouattara@uao.edu.ci ; ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-3965-0508>

Résumé

Dans la perspective de l'Objectif de Développement Durable n°3 visant à « donner aux individus les moyens de mener une vie saine et aider au bien-être de tous à tous les âges », la recherche de solutions aux problèmes d'accès aux soins est une préoccupation qui cristallise l'attention des humanitaires. Cet article propose un diagnostic critique du paradigme Agent de Santé Communautaire (ASC) exploité par des humanitaires en vue de réduire les inégalités d'accès aux soins en Côte d'Ivoire. Une étude qualitative combinant l'entretien semi-directif, l'observation directe, la revue documentaire a permis de collecter le matériau auprès des acteurs humanitaires, des populations bénéficiaires et des communautaires en interaction dans la mise en œuvre de cette approche en Côte d'Ivoire. Comme résultats, la recentralisation de la santé par le transfert des compétences aux acteurs communautaires que sont les ASC est une innovation qui permet de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins et de renforcer la résilience des communautés. Toutefois, l'analphabétisme de certains acteurs communautaires, le manque d'autonomie financière et de motivation, les difficultés logistiques impactent l'efficacité et la pérennité de cette innovation. La pérennisation du paradigme ASC nécessite une mutation du bénévolat vers l'institutionnalisation des ASC en leur accordant un statut professionnel. Cela implique également la mise en place d'un dispositif et de mécanismes de recrutement et de formation de ces communautaires.

Mots clés : Recentralisation, Santé, communauté, Innovation, Agent de Santé Communautaire, Côte d'Ivoire.

Abstract

Given Sustainable Development Goal 3, which aims to "empower people to lead healthy lives and support the well-being of all people at all ages", the search for solutions to problems of access to healthcare is a concern for humanitarian organisations. This article offers a critical diagnosis of the Community Health Agent paradigm used by humanitarian aid workers to reduce inequalities in access to healthcare in Côte d'Ivoire. A qualitative study combining semi-

structured interviews, direct observation and documentary review was used to collect material among the humanitarian, communities, and community workers interacting in implementing this approach in Côte d'Ivoire. As a result, the decentralization of community health by transferring skills to community players, i.e. CHWs, is an innovation that makes it possible to reduce social inequalities in access to healthcare and, above all, to strengthen community resilience. However, the illiteracy of some community players, their lack of financial autonomy and motivation, and logistical difficulties are factors that impact on the effectiveness and sustainability of this innovation. To conclude, the study argues that if the CHW paradigm is to be sustained, it will need to move away from a voluntary paradigm towards the institutionalisation of CHWs by giving them professional status. This also implies implementing a system and mechanisms for recruiting and training these community workers.

Keywords : Decentralization, Community Health, Innovation, Community Health Worker, Côte d'Ivoire.

1. Introduction

En 1978, la conférence d'Alma Ata présentait la santé comme un droit humain fondamental. Cette conférence a relevé l'importance des soins de santé primaires comme moyen d'accéder à un niveau acceptable de santé pour tous. Au point V de la déclaration, elle appelle à la prise de responsabilité des gouvernements et organisations internationales en ces termes :

« Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale » (Déclaration d'Alma Ata V, Cadtm.org).

Outre les gouvernements et les organisations internationales, elle affirme en son point IV que : *« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés »*. Cette déclaration souligne donc la nécessité de la mise en place d'un système d'acteurs autour de la planification et la mise en œuvre des soins de santé primaires. Un système qui mettrait en interaction les gouvernements, les organisations internationales et les communautés cibles.

Cependant, si la mise en œuvre des conclusions de la conférence d'Alma Ata a permis de faire des avancées en matière d'accès aux soins de santé primaires dans les pays, beaucoup reste encore à faire. Cela est attesté par plusieurs études scientifiques qui montrent que l'accès aux soins est limité par des facteurs géographiques comme la distance, l'accessibilité (Rebouha, 2007 ; Ridde, 2012 ; Raynaud, 2013 ; Messi & Yaye, 2017) ; structurels notamment l'insuffisance de l'offre, de personnel l'absence de prise en charge des soins (Rebouha, idem), culturels (Messi & Yaye, idem ; Amel, 2018), économiques (Messi & Yaye ibidem ; Amel, idem ; Rebouha, (ibidem) ; linguistiques (Bowen, 2001).

Pour pallier ces contraintes et améliorer la santé des communautés notamment celles du milieu rural, l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Save the Children se veut un acteur clé. Organisation internationale indépendante, sans affiliation politique ou religieuse, leader dans la promotion et la protection des droits de l'enfant dans le monde, créée en 1919 au Royaume-Uni, présente en Côte d'Ivoire depuis 1991, elle a pour mission d'inspirer des progrès décisifs dans la manière dont le monde traite les enfants et de réaliser positivement des changements immédiats et durables dans leur vie. En Côte d'Ivoire, elle met en œuvre des programmes humanitaires et de développement avec 6 programmes prioritaires : Education, Santé et Nutrition, Protection de l'enfant, Lutte contre la pauvreté infantile, Gouvernance des droits de l'enfant, Droits de l'enfant et Entreprises (<https://cotedivoire.savethechildren.net/>). Cette organisation est partie prenante de la politique nationale de la lutte contre le paludisme en tant que responsable du volet communautaire en Côte d'Ivoire. Ses interventions au niveau communautaire reposent sur le paradigme de santé communautaire comme moyen d'amélioration de la santé des communautés en milieu rural. Ce paradigme repose sur la recentralisation de la santé communautaire autour des acteurs communautaires appelés Agents de Santé Communautaire. En d'autres termes, cette organisation humanitaire fait l'option du transfert des compétences aux acteurs communautaires pour l'amélioration de leurs propres conditions de santé, ce, à travers le déploiement des paquets d'activités susmentionnées au sein leurs communautés respectives. Ce qui permettrait de booster la lutte contre le paludisme.

Le présent article fait un diagnostic critique de cette innovation en vue de montrer son efficacité en tant que réponse à la problématique des inégalités d'accès aux soins mais également les limites inhérentes. Il répond à la question suivante : le paradigme ASC contribue-t-il à l'empowerment des communautés au plan sanitaire ? La réponse à cette question principale nécessite de répondre aux questions spécifiques suivantes : quelles sont les caractéristiques du paradigme ASC ? Quelles les activités menées par les ASC au sein des communautés ? Comment l'impact de ses activités est-il perçu par les différents acteurs ? Quelles sont les contraintes ou menaces inhérentes à ce paradigme ? Pour répondre à ces questions, cette étude admet l'hypothèse selon laquelle le paradigme ASC est une innovation qui contribue à l'empowerment des communautés au plan sanitaire mais dont la reproductibilité et l'efficacité sont confrontées à des contraintes propres aux ASC et aux humanitaires.

Le cadre théorique de cette étude repose essentiellement sur le courant critique de l'anthropologie de la santé, qui par ailleurs nous plonge dans le courant de l'anthropologie des interventions (Lavigne, 2011) et des dynamiques sociales (Olivier de Sardan, 1991). Il a ainsi, à partir de l'hypothèse de l'étude, permis de faire une analyse critique de l'approche ASC et d'en dégager les forces mais surtout les menaces à corriger pour asseoir sa pertinence, sa validité et sa pérennité en tant qu'innovation humanitaire et réponse à la problématique de l'accès aux soins en Côte d'Ivoire. Pour ce faire, pour une analyse approfondie des données, nous avons soutenu ce courant avec des supports théoriques appropriés que sont la méthode dialectique (Grawitz, 1996), la théorie des parties prenantes (Freeman, 1984). La méthode dialectique a permis à partir des faiblesses constatées dans l'approche ASC, d'entrevoir des réponses possibles en vue de les juguler. La théorie des parties prenantes quant à elle, a permis d'identifier les acteurs en interaction dans l'approche ASC, leurs rôles mais leurs motivations.

2. Matériaux et méthodes

La méthodologie de cette étude se présente comme suit :

2.1. Nature et lieu de l'étude

Cette étude de type qualitatif a été menée en Côte d'Ivoire dans les zones Nord et notamment dans les districts sanitaires de Niakaramadougou, à Pétoniara et de Korhogo 1, à Oléokaha, du Centre dans le district sanitaire de Katiola, à Nikolo et du Sud-ouest dans le district sanitaire de Guitry, à Kouta, en milieu rural.

2.2. Techniques de collecte

Les données ont été collectées à l'aide de techniques variées comme la recherche documentaire en ligne sur des portails de recherches (cairn.info, revue.org, google scholar, erudit.org). En outre, l'entretien semi structuré et le focus group, ont été mobilisés pour collecter les données empiriques auprès des personnes ressources en interaction dans la mise en œuvre de l'approche ASC en Côte d'Ivoire. Il s'agit des acteurs des humanitaires des ONGs, des Directions Régionale et Départementales de la Santé, des soignants (IDE, sage-femme), des ASC et des leaders communautaires. Ces entretiens semi structurés ont permis de comprendre les opinions les acteurs cités sur la nature des activités des communautaires, l'impact de leur contribution dans la lutte contre les problèmes de santé au sein des communautés ainsi que les contraintes vécues.

De même, des focus groups ont été réalisés auprès des groupes de personnes bénéficiaires dans les communautés à savoir : des hommes, des femmes mères d'enfants de 0 à 5 ans et de femmes enceintes. Les focus groups de huit (08) participants chacun ont permis de cerner les perceptions communes ou partagées des bénéficiaires sur l'impact des interventions des communautaires au sein de leurs communautés.

Au total, 24 entretiens semi-directifs et 15 focus groups ont été réalisés, en privilégiant pour ce qui est des hommes, des mères d'enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes enquêtés, les critères de résidence dans le district depuis au moins 6 mois. Quant aux autres répondants, ils ont été enquêtés sur la base de leur implication et de leurs interactions dans les activités des communautaires. Les entretiens d'une durée maximale de 1 heure 30 minutes, ont été réalisés au sein des villages susmentionnés et en langue française, avec l'intervention des guides locaux pour la mobilisation des participants aux focus groups et souvent pour la traduction de la langue locale (Tagbana à Nikolo, senoufo à Oléokaha, Dida à Kouta) au français.

L'échantillon est réparti comme suit :

Tableau 1 : Echantillon de l'étude

	Entretien semi-directif/District	Focus group/District	Total
Acteur de direction départementale	01	-	03
Acteur d'ONG locale	01	-	03
Infirmier Diplômé d'Etat	01	-	03
Sage-femme	01	-	03
Leader communautaire	01	-	03
Agent de Santé Communautaire	03	-	09
Groupeement féminin	-	01	03
Hommes	-	02	06
Mère d'enfant de moins de 5 ans et femme enceinte	-	02	06

Source : nos enquêtes, 2021

2.3. *Traitement et analyse des données*

Elles ont été transcrites puis traitées à l'aide du logiciel de traitement des données qualitatives Nvivo 20. Les données transcrites ont été importées sous ce logiciel, classifiées puis encodées. Par la suite, les données encodées ont été soumises à une analyse de contenu en fonction des thématiques de la recherche. Au-delà des mots, du discours textuels, l'analyse de contenu a permis, par l'interprétation, de mettre exergue le sens non apparent qu'ils contenaient.

2.4. *Considérations éthiques*

La collecte des données a été faite dans le strict respect des considérations éthiques en vigueur dans le domaine de la recherche en sciences sociales. Les répondants ont été informés sur les dispositions éthiques, sur leur liberté à participer ou non à l'étude. Seuls les répondants qui ont consentis librement et de manière éclairée à participer à l'étude ont été enquêtés. En outre, les identités des répondants ont été préservées dans la rédaction du manuscrit. Ces identités ont été remplacées par le statut ou la typologie (ASC, Leader communautaire, groupeement féminin, soignant, hommes, mères d'enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes, acteur d'ONG, etc.).

3. Résultats

En réponse aux questions posées, les résultats obtenus s'articulent autour de la caractérisation du paradigme Agent de Santé Communautaire, du package d'activités des ASC, des perceptions de l'impact de leurs activités et des contraintes ou menaces inhérentes.

3.1. *Caractérisation du paradigme Agent de Santé Communautaire*

L'analyse de la documentation relative à aux interventions communautaires et aux acteurs communautaires nous a permis de caractériser le paradigme ou approche ASC à deux niveaux :

son principe et ses critères. D'abord, l'approche ASC est basée sur l'implication bénévole de personnes issues de la communauté et qui sont disponibles pour œuvrer à l'amélioration de la santé des membres de leurs communautés, en leur offrant des services de santé. Ainsi, les ASC sont des personnes volontaires, bénévoles qui travaillent sous la supervision du responsable de l'Établissement Sanitaire Public de Premier Contact de leurs aires sanitaires. C'est du moins ce que nous pouvons déduire de la définition des interventions à base communautaire proposé par le manuel de référence de formation des ASC ci-après :

« Il s'agit de tout membre de la communauté qui sert d'appui à la mise en œuvre effective d'une intervention ou activité au niveau de sa communauté sous la responsabilité de l'Agent de Santé dont il dépend. Cette définition prend en compte les éducateurs de pairs et les conseillers communautaires. Il s'agit d'un homme ou d'une femme volontaire, sélectionné (e) dans et par sa communauté selon des critères précis, ayant reçu une formation de base pour offrir un paquet intégré de services promotionnels, préventifs, curatifs de base et de soutien sous la supervision du personnel de santé. Les interventions à base communautaire permettent à des personnes issues de la communauté, d'offrir directement des services de santé bien définis à d'autres membres de la communauté sous la supervision du responsable de l'ESPC, après avoir reçu une formation appropriée » (Manuel de référence du formateur des ASC, 2017, pp. 6-7).

C'est donc une approche qui prône l'altruisme, le don de soi, la solidarité comme principe. Ensuite, l'implication de personnes de la communauté en tant que communautaires et bénévoles repose sur des critères objectifs. Toujours quand on se réfère au manuel de référence du formateur des ASC, les critères qui définissent ces acteurs sont les suivants :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Résider dans la communauté (village/secteur) - Accepter d'exercer la fonction d'ASC sans y être contraint - Parler la langue locale - Savoir parler, lire et écrire le français - Personne ne sachant ni lire ni écrire mais qui a une expertise prouvée dans un domaine bien déterminé - Être âgé d'au moins 18 ans et au plus 50 ans au moment de la sélection - Être engagé, stable et disponible - Être discret et respectueux de la confidentialité - Avoir de bonnes relations avec la population - Être de bonne moralité - Être capable d'exercer efficacement la fonction d'ASC. |
|---|

Source : Manuel de référence du formateur des ASC, 2017, p. 7.

Enfin, au regard des critères ci-dessus, ces ASC sont donc des personnes qui revêtent un certain nombre de qualités, de capacités, de compétences et de motivations. Ces qualités sont indispensables pour la réussite de leur mission. Pour ce faire, le choix de ces personnes au sein des communautés se veut rigoureux. Selon des acteurs d'ONG partenaire locale de mise en œuvre interviewés, le choix des ASC nécessite l'interaction de différentes parties prenantes à savoir la communauté d'une part, le responsable de l'ESPC et par ricochet le district sanitaire et l'ONG partenaire locale de mise en œuvre d'autre part. Les personnes pressenties pour être ASC sont identifiées et proposées par la communauté elle-même à travers leurs autorités au responsable de l'ESPC. A son tour, celui-ci valide la proposition et la transmet à l'ONG partenaire pour validation également. Ainsi, les personnes exerçant en qualité d'ASC dans les communautés sont donc tributaires et redevables à leurs communautés. En cas de manquements

ou de non exercice des activités qui leurs sont dévolues, les communautés par la voix des chefs ont donc la possibilité de les dessaisir de cette position, de cette activité. Et, une fois les ASC choisis dans et par les communautés, ceux-ci sont formés à la maîtrise du package d'activités en lien avec leur mission et équipés. C'est donc un transfert des compétences qui s'effectue faisant ainsi d'eux, des relais des soignants de l'ESPC, leur prolongement dans les communautés où ils déploient un ensemble d'activités.

3.2. Package d'activités des Agents de Santé Communautaires au sein des communautés

Les données bibliographiques et empiriques montrent que les activités des ASC au sein de leurs communautés sont de quatre ordres (Manuel de référence du formateur des ASC, 2017). Trois sont rendus à la communauté. Il s'agit des services promotionnels, préventifs et curatifs de base. Le dernier à avoir le soutien est rendu au personnel de santé de l'ESPC. Les bénéficiaires des activités des ASC sont donc les communautés, les personnels de santé et partant le système de santé ivoirien. La mise en œuvre pratique de ces services a été abordée lors des entretiens et observations que nous avons réalisés sur le terrain.

D'abord au niveau des services promotionnels, les ASC font la promotion des Pratiques Familiales Essentielles au sein des communautés. Ensuite, au niveau de la prévention, ils participent aux campagnes de masse de distribution de MILDA, de vitamine C, de sensibilisation sur différents thématiques telles que le port du casque, les problèmes de santé, etc. En outre, pour ce qui est des services curatifs, les ASC sont dotés d'intrants pour les soins de base. Ainsi, ils font la prise en charge à domicile de certaines maladies comme le paludisme simple, la diarrhée. Ils font la recherche des patients perdus de vue, le suivi du traitement à domicile, le référencement des cas graves de maladies, etc. Enfin, quant aux services de soutien, ils sont de deux ordres. D'une part, ils participent à l'élaboration des plans d'action des ESPC, aide à la collecte des données, à la gestion des ressources, à la mise en œuvre de la stratégie des ESPC, etc. D'autre part, ils sont un appui au personnel de santé dans la surveillance épidémiologique (voir tableau 2).

Tableau 2 : Services et prestations des ASC

N°	Types de services	Composantes
1	Services promotionnels	Déclaration du nouveau-né à l'Etat Civil Allaitement maternel exclusif jusqu'à six (6) mois Alimentation de complément à partir du sixième mois Supplémentation en vitamine A et le déparasitage Consommation de sel iodé dans les ménages Consultations prénatales et l'accouchement assisté par un personnel qualifié Consultations post natales Hygiène Assainissement du cadre de vie Utilisation de l'eau potable Gestion des déchets et des eaux usées Espacement des naissances Grossesses non désirées Violences basées sur le genre Vaccination Utilisation de la MILDA Don de sang Exercices physiques Alimentation saine
2	Services préventifs	Lutte contre la tuberculose et les autres pathologies chroniques Participation aux campagnes de masse d'administration de vaccins Participation aux campagnes de masse des MILDA Participation aux campagnes de masse de déparasitant Participation aux campagnes de masse de vitamines A Dépistage actif de la malnutrition et des maladies chroniques au niveau communautaire Sensibilisation des communautés sur les problèmes de santé Prévention des traumatismes par le port de casques chez les motocyclistes et travailleurs de chantiers Prévention des traumatismes par le port de la ceinture de sécurité chez les automobilistes Prévention des dangers liés à la consommation des drogues, stupéfiants, tabac et alcool
3	Services curatifs	Soins appropriés à domicile du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'adolescent et de l'adulte Suivi des traitements de maladies au niveau communautaire Activités de référence /orientation au centre de santé en cas de signes de danger ou de complications Recherche des patients ayant manqué leur rendez-vous et perdus de vue Soins et Soutien aux PVVIH, OEV, etc.
4	Services de soutien	Recensement des ménages et des cibles sous responsabilité Participation aux activités de diagnostic communautaire de problèmes de santé et à l'élaboration du plan d'action

5	Services de surveillance	<p>communautaire puis à la mise en place de mesures adaptées aux communautés</p> <p>Appui au Centre de santé dans l'organisation des activités en stratégie avancée et des campagnes de masse</p> <p>Appui au réapprovisionnement en médicaments et intrants pour la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire</p> <p>Transmission au centre de santé des rapports d'activités du mois écoulé et faire la programmation du mois suivant en collaboration avec l'Infirmier du centre de santé</p> <p>Notification au centre de santé des naissances et des décès maternels et néonataux survenus à domicile</p> <p>Gestion des ressources (matérielles, recettes et intrants)</p> <p>Participation aux rencontres et aux réunions</p> <p>Bilan de la mise en œuvre des activités lors des Assemblées communautaires au niveau du village</p> <p>Recensement /Notification aux responsables des réseaux de surveillance et aux formations sanitaires des cas (maladies cibles du PEV, autres maladies à potentiel épidémique, paludisme, dracunculose, décès maternel, néonatal et infantile, etc.), MTN et les maladies non transmissibles</p> <p>Surveillance et alerte précoce des événements inhabituels au niveau communautaire (catastrophes naturelles, contamination d'eau, nombreux décès subis d'humains ou d'animaux, odeurs inhabituelles, etc.)</p> <p>Surveillance des effets indésirables liés à la prise des médicaments et injections de produits (contraceptifs, ARV, cotrimoxazole, CTA, antituberculeux, vaccins, etc.), pour donner des conseils ou référer au centre de santé le plus proche</p>
---	---------------------------------	--

Source : Manuel de référence du formateur des ASC, 2017, pp. 9-10.

Les services des ASC intègrent des prestations intégrées portant sur différentes questions de santé et dont la finalité est d'assurer une meilleure qualité de vie à la communauté au plan sanitaire. Mais pour réussir cette mission, comme nous avons pu le constater sur le terrain, les ASC formés sont dotés de matériel de travail : des registres de collecte de données, des boîtes à images intégrées pour la sensibilisation, des vélos, des sacs, stylos, d'intrants (Test de Diagnostic Rapide, Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine), etc. A l'aide de ce matériel de travail, ils effectuent des Visites à Domicile, des Causeries Interpersonnelles, des Causeries de Groupe en vue de déployer le paquet d'activités en lien avec les différents types de services au bénéfice des communautés et du personnel de santé. Cependant, comment l'impact des prestations des ASC est-il perçu par les bénéficiaires ?

3.3. Perceptions de l'impact des prestations des ASC par les bénéficiaires

L'impact des prestations des ASC est perçu à plusieurs niveaux, au regard des données collectées auprès des communautés et des personnels de santé. D'abord, la présence des ASC au sein des communautés a aidé à rapprocher les soins et le système de santé de celles-ci et à résoudre les difficultés géographiques d'accès aux soins. Les communautés n'ont plus besoin de se déplacer et dépenser pour le transport pour se rendre à l'ESPC pour des soins de base. Ces soins sont effectués par les ASC sur place, de manière rapide et gratuitement. C'est le cas par

exemple de la prise en charge à domicile du paludisme simple chez l'enfant. Ce faisant, les ASC participent de la réduction des dépenses en santé des communautés. Le propos suivant n'en dit pas moins :

« Donc pour vous M. Parfait, s'il est sur place ça vous permet de ne pas aller loin donc le transport et puis de dépenser moins donc l'argent. Ça fait donc deux problèmes. Le bénéfice c'est que ça apporte quelque chose parce que les enfants qui se déplacent pour aller à l'hôpital maintenant, on les traite à la maison donc on a supprimé le transport », (extrait d'un Focus group réalisé avec des hommes).

Ensuite, il y a selon les communautés, une amélioration de la fréquentation des services de santé notamment les services de Consultation Périnatale (CPN) grâce aux efforts des ASC dans la sensibilisation, le suivi et la recherche des femmes enceintes perdues de vue. Cela a pour avantage, la réduction des risques de complications liés à la grossesse, la réduction de la morbidité et de la mortalité néonatales. C'est d'ailleurs ce que traduit le propos suivant :

« Oui il y a un bénéfice parce que premièrement les femmes même sur place elles reçoivent le message pour en tout cas pour protéger déjà le fœtus qu'elles portent et puis la conception jusqu'à ce que l'enfant naisse jusqu'à, ce qu'il ait 15 ans et se protéger encore contre les maladies transmissibles contagieuses tout ça. Et puis deuxièmement, il y va même de leur santé nous ne sommes pas sans ignorer qu'aujourd'hui il y a, je touche du bois, certaines grossesses qu'on appelle GU ou bien les malformations donc dès qu'elles vont à l'hôpital vite cela permet déjà aux sages-femmes ou bien à l'infirmier ou bien aux ASC de détecter pendant les consultations si le fœtus qu'elles portent est mal placé ou bien il faut toute de suite faire une échographie tout ça. Or avant-là elles étaient là 8, 9 mois où elles entrent en travail c'est là maintenant on découvre qu'il y a les anomalies. Mais avec la présence de ces combattants de Save the Children là, les femmes viennent rapidement à l'hôpital. Les hommes de fois les accompagnent », (extrait d'un entretien avec un leader communautaire).

Le changement opéré par les activités des communautaires au niveau de la fréquentation des centres de santé par les communautés est soutenu également par les prestataires de soins. L'un deux nous dit ceci :

« ...Vous allez voir que les hommes accompagnent maintenant. Avant ce n'était pas le cas. Avant ce n'était pas le cas. Mais aujourd'hui avec les sensibilisations, avec les VAD, les hommes ont compris l'utilité d'accompagner leur femme. Même s'ils ne viennent pas, au moins ils donnent l'argent de carburant pour la moto », (extrait d'entretien avec un soignant).

Enfin, les communautés et les personnels de santé notent des avancées remarquables dans la résilience face aux problèmes de santé. Le changement de comportement suscité par les activités de sensibilisation sur les Pratiques Familiales Essentielles a permis aux communautés d'être beaucoup moins exposées aux maladies notamment celles dites tueuses d'enfants comme le paludisme, en les sensibilisant à l'utilisation de la MILDA et à l'assainissement du cadre de vie. En témoigne le propos suivant :

« A côté de ça aussi elles entretiennent les femmes sur l'insalubrité, l'hygiène publique c'est très important pour la santé et aussi l'utilisation des moustiquaires

les MILDA que donnent l'Etat et le ministère de la santé octroyer à la population », (extrait d'un focus group avec les hommes).

En plus de l'utilisation de la MILDA et de l'hygiène de vie, les activités des communautaires notamment les membres de groupements féminins, portent également sur l'hygiène alimentaire. L'intérêt de ces activités est souligné par les mères et femmes enceintes interrogées en ces termes :

« Elle m'a dit de ne pas boire trop (alcool), parce que moi je bois trop donc elle m'a dit de ne pas boire trop et puis de bien manger; de dormir sous moustiquaire. Maintenant où je suis enceinte alors qu'il y a moustiquaire moi je n'aime pas dormir dessous.

Elles savent quand tu n'es pas enceinte-là, façon tu es résistante-là; quand tu es enceinte, tu n'es pas résistante hein! ça peut jouer sur ton enfant parce que le palu est très dangereux; donc quand l'enfant va commencer à grandir là, ça peut jouer et toi-même ça va te fatiguer, vous voyez; c'est pour ça on vous donne ces conseils. Il faut dormir sous ça surtout les femmes enceintes, sinon les femmes ordinaires là, ça va un peu. Mais quand vous tombez enceinte et vous partez à l'hôpital on vous donne des comprimés gros-gros là; on te dit faut prendre ça va te protéger et tu ne vas pas avoir maladie paludisme. Quand on te dit par exemple de ne pas boire alcool, "gbêlé", la bière, bandji (vin de palme) ...parce que quand tu prends ça agit sur l'enfant ; c'est pas bon pour l'enfant, quand l'enfant va naître aussi là, tout ce que tu fais là, l'enfant peut commencer avec ça; ça peut jouer sur son idée, voilà; les autres leurs enfants sont intelligents mais toi ton enfant il y a problème », (extrait d'un Focus group avec les mères d'enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes).

En outre, toujours grâce aux activités de sensibilisation des ASC, les soignants notent un recul des pesanteurs socioculturelles. Les communautés délaissent de plus en plus certaines pratiques thérapeutiques endogènes, traditionnelles au profit des soins conventionnels biomédicaux. Par ailleurs, l'un des impacts importants des ASC, c'est la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins notamment en milieu rural. Les enfants et les femmes enceintes surtout vivant en milieu rural ont accès au même titre que ceux et celles du milieu urbain à des soins de base et à l'information sanitaire. En témoigne ce qui suit :

« Moi, je vois que ça va parce qu'avant dans maladie des enfants comme on n'a pas les idées on perdait beaucoup plus d'enfants que maintenant parce que quand l'enfant a corps, l'enfant est malade tu dis bon comme j'ai comprimés à la maison je vais lui donner ça va passer. Mais avec le projet qui est venu ça fait que quand ton enfant est malade ou ton enfant a le palu ou ton enfant a le corps chaud tu le prends tu cours pour aller à l'hôpital on le traite et il va bien », (extraits de focus groups réalisé avec des hommes).

Les prestations des ASC ont donc un impact important sur la santé des communautés au sein desquelles ils exercent. Cela voudrait ainsi dire que l'approche ASC développée par les humanitaires pour renforcer la santé communautaire est innovante. Cependant, toute innovation en dépit de ses forces connaît des épreuves. Ainsi, dans une approche dialectique, cette recherche s'est intéressée également aux contraintes inhérentes à l'approche ASC.

3.4. Contraintes ou menaces inhérentes à l'approche ASC

Certes, l'approche ASC semblent donner des résultats satisfaisants mais sa pérennité nécessite une réflexion autour des contraintes constatées. En effet, plusieurs contraintes ou menaces résultent de l'analyse des données. Nous avons les contraintes liées aux ASC et celles liées aux Organisations Non Gouvernementales (ONG).

3.4.1. Contraintes liées aux Agents de Santé Communautaires

Il y a les contraintes liées aux ASC et qui sont susceptibles de fragiliser l'approche. Celles-ci sont en lien avec leurs capacités, compétences, leur efficacité et leurs motivations. D'abord, bien d'ASC ont un niveau d'instruction très élémentaire. Certains ont du mal à lire et à écrire mais également à communiquer. Même si le guide de référence en matière d'interventions communautaires leur est remis, la lecture et l'assimilation du contenu reste une difficulté majeure pour ces ASC. Par conséquent, cela aura des répercussions sur leur qualité et leur efficacité sur le terrain. La question que soulève cette analyse est celle du processus de sélection de ces ASC qui vraisemblablement ne répondent pas aux critères normatifs requis. Le manque de rigueur dans la sélection des ASC est donc une menace qu'il convient de corriger pour soutenir la pertinence et la pérennité de cette approche innovante.

Ensuite, certains ASC ont des motivations qui ne s'inscrivent pas dans la perspective du bénévolat, principe de base de l'approche ASC. En effet, plusieurs revendications d'ordre financières recueillies auprès de plusieurs ASC démontrent que cette activité est perçue par eux comme un emploi qui mérite d'être rémunéré. Pour cause, les activités communautaires absorbent beaucoup de leur temps et impacteraient leurs activités économiques et agricoles. En outre, ils évoquent entre autres la question des forfaits d'argent qu'ils reçoivent et des privilèges liés à ce travail. Selon eux, les forfaits sont insuffisants et irréguliers et ils ne bénéficient d'aucun privilège lié à ce travail. Il ressort de l'échange avec un groupement féminin à cet effet ceci :

« Nous sommes au village on va quitter les champs nous sommes fatiguées de faire le travail, nous sommes fatiguées. Tu vas rentrer de cours en cours pour aller faire et que quand tu vois ce sont des miettes vraiment ça ne nous arrange pas... 10000 par personne dans le mois... On a des enfants à nos charges tu rentres même au marché avec cinq mille tu ne peux rien faire de bon avec même aiguille c'est difficile tu ne peux pas acheter. Donc ils n'ont qu'à nous aider beaucoup. Donc une femme a 10000 c'est bon. Au village une femme a 10000 moi je vois que c'est bon... », (extrait d'un Focus Group réalisé avec un Groupement féminin).

Cela est d'ailleurs reconnu par d'autres comme cet acteur dont les propos suivent :

« Bon, pour les ASC bon... la seule recommandation que je peux dire, est de temps en temps, c'est vrai c'est du volontariat qu'ils font, mais aussi il faut reconnaître que ce sont des pères de famille hein, ils ont différentes charges. C'est vrai tu dis tu fais du volontariat mais si à 1h du matin quelqu'un vient taper à ta porte, est-ce que tu ne vas pas te réveiller ? Tu vas te réveiller. Donc la prime qu'on dit on va leur donner-là, souvent il faudrait que ça vienne dans le temps. Même si ce n'est pas beaucoup et que c'est régulier, là il a encore une grande satisfaction pour pouvoir travailler. Mais ça tantôt ça va venir et puis deux mois après l'argent n'est pas

encore attribué ceci cela. Quand c'est comme cela ça casse le moral », (extrait d'entretien avec un acteur d'ONG partenaire).

En outre, lorsqu'ils sont malades ou lorsqu'un membre de leurs ménages est malade, ils sont soumis aux mêmes exigences que les autres membres de la communauté. Si les soins nécessitent des frais, ils ne sont exemptés de rien comme nous le confiait un ASC interrogé :

« Nous n'avons pas de privilège par rapport aux autres. Nous n'avons pas de cartes pour faire la différence. Même quand tu es malade ou un membre de ta famille est malade et que tu vas à l'hôpital, on te demande de payer les médicaments. Tu n'as pas de privilège, tu paies comme tout le monde alors que tu travailles dans la santé. Normalement, nous on devait avoir des privilèges, cartes pour faire la différence et puis, on ne doit payer quand on est malade », (extrait d'un entretien réalisé avec un Agent de Santé Communautaire).

La conséquence découlant d'un tel raisonnement est la démotivation, une chose que nous avons noté chez bien des ASC interviewés. Il en est de même pour les femmes membres des groupements féminins. Cette démotivation se traduit par un relâchement, une négligence des activités communautaires. En effet, les propos ci-après issus d'un focus group réalisé avec femmes membres de Groupement Féminin n'en disent pas moins :

« On nous donne 50000f chaque 3 mois. Ce n'est même pas par mois hein. Nous, on est plus que 10. Donc tu vas 3 mois de travail et tu n'as même pas 5000f. Vraiment, ça c'est pas bon. C'est ça qui fait que d'autre femmes ne font plus ce travail. Elles vont au champ pour aller ramasser graine de palme pour faire l'huile pour vendre. Ça c'est mieux que ce travail. Actuellement, beaucoup ici ont arrêté. C'est vraiment difficile. S'ils peuvent revoir l'argent là, ça sera bien sinon c'est vraiment petit ».

Certains choisissent d'accorder la priorité à leurs propres activités au détriment de leur mission d'ASC. L'analyse montre qu'il y a chez certains ASC des attentes personnelles, même en contexte de bénévolat au regard de leurs revendications. Au-delà, les revendications des ASC montrent que le principe de l'autonomie financière, du don de soi, de la solidarité ne sont pas également observés ou manifestes dans la sélection de certains d'entre eux. Ce faisant, la poursuite des desseins personnels ou de survie au détriment du collectif, de la communauté peut influencer la qualité non seulement des ASC eux-mêmes mais également celle des activités menées sans motivation.

3.4.2. Contraintes liées aux Organisations Non Gouvernementales partenaires

Il y a des faiblesses liées aux ONG et système de santé. Il s'agit du manque ou de l'inadéquation de matériel et des ruptures en intrants qui sont souvent fréquentes. En effet, certains ASC ont en charge plus d'un village dans lesquels ils doivent régulièrement mener des interventions. Mais, ceux-ci déclarent être confrontés à des problème de locomotion. Le ralliement des villages distants les uns des autres, nécessite un engin roulant adéquat, une moto selon eux. Or, ils n'ont que des vélos pour certains pour effectuer ces déplacements jugés harassants, ce qui n'est pas vraiment incitatif. Les propos ci-après sont révélateurs de cette analyse :

« Moi, je dois travailler dans deux villages. On me donne un vélo alors que je ne suis plus un enfant. Je ne peux pas rouler le vélo chaque jour pour aller dans l'autre

village. Ce n'est pas facile, ça fatigue beaucoup et c'est lent. Ce sont les enfants qui roulent ça ici », (extrait d'entretien réalisé avec un Agent de Santé Communautaire).

« Voici vélo là même c'est là, ils nous ont donné pour répondre à nos besoins, mais le problème ici là il pleut beaucoup, il pleut. Ça peut faire trois jours, où tu dois mener tes activités-là, si la pluie vient là il n'y a pas de solution », (extrait d'entretien avec un Agent de Santé Communautaire).

« Merci, premier point, problème de déplacement, parce qu'un enfant peut tomber gravement, s'il doit aller chercher les médicaments et si la nuit-là il n'a pas eu de moto, il fait comment ! », (extrait d'un entretien réalisé avec des leaders communautaires).

Pour d'autres, ils utiliseraient leurs motos personnelles pour effectuer ces déplacements souvent lorsque cela est possible car en réalité, ils ne reçoivent pas de dotation ni de frais de carburant. Certains mêmes abandonnent les vélos et par conséquent, n'interviennent que dans un seul village, privant ainsi les communautés des autres villages à couvrir. Cette inadéquation des moyens de déplacement est donc un frein au déploiement des activités et source d'inégalités sociales dans l'accès aux soins. Quant aux ruptures en intrants, les ASC se disent entraver dans le déploiement des services curatifs. Tributaires du responsable de l'Etablissement Sanitaire de Premier Contact en matière d'intrants, ils n'en reçoivent pas régulièrement et lorsqu'ils en reçoivent, c'est en quantité insuffisante. En d'autres termes, leur dotation en intrants est extraite de celle du responsable d'établissement sanitaire auquel ils sont rattachés, qui elle-même est jugée insuffisante par le personnel. Cette dépendance en intrants limite leur efficacité dans la mise en œuvre des services curatifs de base.

Discussion

L'accès aux soins est une problématique d'actualité qui préoccupe les acteurs en interaction autour de la santé des populations. Selon la littérature, nombreuses sont les populations dont l'accès aux soins reste un défi majeur à relever pour nos Etats, notamment les populations du monde rural. Des solutions innovantes doivent ainsi être trouvées pour permettre d'atteindre ce défi de développement durable. L'approche développée par les humanitaires en Côte d'Ivoire et qui repose sur le principe de la recentralisation de la santé communautaire, par le transfert des compétences aux communautés en vue d'une meilleure gestion des questions liées à leur propre santé se propose ainsi comme une réponse. Certains travaux de recherche ont montré à cet effet que l'accès aux soins est difficile en raison des contraintes économiques, financières, géographiques, culturelles et des inégalités sociales (Akindès, 2000 ; Guend et Tesson, 2009 ; Gobbers, 2002 ; Jusot, 2010 ; Koné, 2012 ; Vigneron et Haas, 2012 ; Attinwasonou, 2012 ; Bouchon, 2012 ; Raynaud, 2014 ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016 ; Laure, Magali, 2016 ; Véronique et *al.*, 2018). La présente étude quant à elle, soutient que l'approche ASC, à la lumière des résultats de l'étude que vous avons menée présente des forces dans la mesure où elle permet de juguler bien de ces contraintes liées à l'accès aux soins notamment en milieu rural ivoirien. En effet, la présence des ASC dans les communautés et le déploiement des services promotionnels, préventifs, curatifs et de soutien, permet un rapprochement des soins et du système de santé, la réduction des dépenses de santé, le changement de comportement des communautés en termes de fréquentation de services de santé, de recul de pesanteurs socioculturelles, de respect des Pratiques Familiales Essentielles.

En outre, le soutien apporté au personnel de santé permet un meilleur suivi de la santé communautaire à travers les indicateurs qu'ils collectent, la surveillance épidémiologique qu'il mène. Ainsi, comme le montrent les données, les communautés sont donc beaucoup résilientes grâce aux services des ASC. Cependant, si l'approche ASC permet d'adresser les problèmes évoqués par les auteurs, les résultats ont relevé des menaces ou faiblesses qui pourraient l'impacter négativement. En fait, les faiblesses ou menace de l'approche ASC résident dans l'assimilation et l'appropriation approximative du paradigme de bénévolat, la non autonomisation financières des communautaires, le manque et/ou l'inadéquation du matériel de travail, les ruptures en intrants, le niveau d'instruction des ASC et le processus de sélection des ASC.

Mais au-delà desdits facteurs relevés par les travaux existants comme freins à l'accès aux soins et pour lesquels l'approche ASC semblent répondre, un des facteurs majeurs qui attisent les inégalités, les écarts dans l'accès aux soins, c'est le paradigme organisationnel des systèmes de santé choisis, surtout ceux d'Afrique. En Côte d'Ivoire par exemple, on assiste à une décentralisation et une déconcentration du système de santé. Un paradigme qui selon les acteurs devrait permettre une meilleure disponibilité de l'offre des services de santé de qualité. Pour ce faire, la loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales au nouveau découpage territorial et aux besoins du système de santé a été adaptée et appliquée. Elle se traduit par la déconcentration des Directions régionales et districts sanitaires et l'opérationnalisation complète et effective des districts sanitaires comme le montre le PNDS 2016-2020 (MSHP, 2017). Mais, l'analyse approfondie des résultats de cette étude montre que ce modèle de déconcentration et de décentralisation présente des limites et n'est pas totalement adapté comme solution au problème de l'accès aux soins. D'où la nécessité d'une recentralisation (Houser, 2008 ; Kerléo, 2015) du système de santé. Cela suppose une participation active et effective des communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé. En d'autres termes, c'est le transfert des compétences aux acteurs communautaires pour l'amélioration de leurs propres conditions de santé. L'approche ASC répond donc à cet idéal tant il met au cœur des interventions communautaires, les bénéficiaires primaires que sont les communautés elles-mêmes. Par ailleurs, elle participe de l'émergence de la Côte d'Ivoire (Tuo, 2019) et l'atteinte de l'ODD 3 (Unicef.fr, n.d).

Conclusion

Confirmant l'hypothèse de recherche, cette étude montre, d'une part, que l'approche Agent de Santé Communautaire exploitée par les humanitaires se veut pertinente et originale dans la mesure où elle permet d'adresser efficacement des problèmes majeurs liés à l'accès aux soins, surtout en milieu rural. Elle fait des communautés à la fois acteurs et bénéficiaires des interventions de santé.

Des problèmes géographiques, économiques et socioculturels limitant l'accès aux soins ont bien longtemps été mis en évidence par plusieurs recherches. Mais, les résultats de cette recherche montrent bien que l'approche ASC est forte de sa capacité à réduire ces problèmes notamment les inégalités sociales d'accès aux soins, à briser les barrières géographiques et socio-culturelles, les dépenses de santé et à augmenter la résilience des communautés. Elle privilégie le transfert des compétences aux communautés pour la prise en charge de leurs

propres problèmes de santé. Cela passe par l'identification, dans et par la communauté elle-même en interaction avec les humanitaires (ONG) et les responsables des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), des Agents de Santé Communautaire bénévoles mais selon des critères objectifs et rigoureux, leur formation à l'assimilation des interventions communautaires, leur équipement en matériels et en intrants, leur déploiement et suivi dans les communautés. Ces Agents de Santé Communautaire vont donc déployer au sein des communautés, un paquet d'activités réparties en quatre types : les services promotionnels, les services préventifs, les services curatifs, les services de soutien et de surveillance épidémiologique. Le paradigme que promeut cette approche est celui de la recentralisation de la santé communautaire autour des communautés, à la fois acteurs et bénéficiaires des services.

Cependant, si la recentralisation de la santé communautaire à travers l'approche Agent de Santé Communautaire semble donner des résultats satisfaisants, l'étude montre, d'autre part, qu'il existe tout de même quelques menaces dont la prise en compte permettrait d'asseoir la validité de ce paradigme. Il s'agit de l'assimilation et l'appropriation approximative du paradigme de bénévolat, la non autonomisation financière des communautaires, le manque et/ou l'inadéquation du matériel de travail, les ruptures en intrants, le niveau d'instruction des Agents de Santé Communautaire.

Pour remédier à toutes ces menaces, le strict respect des critères de sélection des Agents de Santé Communautaire et la formation à l'éthique du métier de bénévole sont nécessaires. En outre, il faut doter les Agents de Santé Communautaire de matériel de travail adéquat et en intrants régulièrement, veiller à la régularité des forfaits pécuniaires mais surtout procéder à l'évaluation de leurs performances et contre-performances périodiquement. Mais en dépit de ces menaces identifiées, l'approche ASC est originale et devrait être capitalisée par les Etats en développement en vue du renforcement et de la redynamisation des systèmes de santé notamment les interventions communautaires afin de réduire les inégalités d'accès aux soins. Cela nécessite la mise en place d'un dispositif formel et de mécanismes de recrutement rigoureux, de formation et de renforcement continu des capacités de ces communautaires mais également, l'amélioration de leurs conditions de travail et de vie.

Remerciements

Nos remerciements s'adressent :

- Aux acteurs communautaires, communautés, humanitaires et institutions sanitaires qui nous ont reçu et qui ont participé à l'étude ;
- Aux populations des localités bénéficiaires des interventions des ASC qui ont librement et de manière éclairée accepté de participer à l'étude.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

Akindès, F. (2000). Inégalités sociales et régulation politique en Côte d'Ivoire : La paupérisation en Côte d'Ivoire est-elle réversible ? *Politique africaine*, 78, 126-141. <https://doi.org/10.3917/polaf.078.0126>

Amel, H. A. C. H. E. M. (2018). Les contraintes socio-économiques et culturelles d'accès aux soins reproductifs chez femmes en Algérie. <https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/20453>

Attinwasonou, G.M. (2023). Une modélisation macroéconomique des déterminants de l'accès aux soins médicaux dans les pays du Sud. *CODESRIA Books Publication System*. CODESRIA, <https://publication.codesria.org/index.php/pub/catalog/book/1390>

Bouchon, M. (2012). « Accès aux soins » ; les déterminants socioculturels, *Médecins du Monde*,01,98
https://www.academia.edu/30258480/MdM_Cadre_de_r%C3%A9f%C3%A9rence_DSC

Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa: Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>

Cadtm. (n.d). Déclaration d'Alma Ata, Consulté le 07/10/2024 à 11 :47 sur https://www.cadtm.org/IMG/pdf/Declaration_Alma-Ata.pdf

Freeman, R. E. (1984). Stakeholder theory of the modern corporation. *Ethical Theory and business*.66-76. <https://academic.udayton.edu/lawrenceulrich/Stakeholder%20Theory.pdf>

Gobbers, D. (2002). L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *Rubriques Internationales*, n°38,
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad387178.pdf>

Grawitz, M. (1996). *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Dalloz, Paris, 920 pages.

Guend, H., Tesseron, A-L. (2009). Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec, *Inédits / Working papers*, n o 2009-03,
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1984711>

Houser, M. (2008). *La nécessaire recentralisation de l'E.P.C.I : la recherche d'une cohérence territoriale*, [thèse de doctorat unique, publiée], Besançon.
<http://www.theses.fr/2008BESA0001>

Jusot, F. (2010). Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action. Note pour le club parlementaire Hippocrate, en ligne sur le site du collège des économistes de la santé.
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/09/Les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>

Kerléo, J-F. (2015). Concept de recentralisation et réformes territoriales en Europe et au-delà. In: *Revue internationale de droit comparé*. Vol. 67 N°3,2015. pp. 795-821; doi :
https://www.persee.fr/docAsPDF/ridc_0035-3337_2015_num_67_3_20543.pdf

Koné, G. (2012). *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*, [Thèse unique, publiée] Université Cheick Anta Diop de Dakar, Science économie de la santé
https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-06/010058745.pdf

Lavigne, D. P. (2011). Vers une socio-anthropologie des interventions de développement comme action publique. *Anthropologie sociale et ethnologie*. Université Lumière - Lyon II.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00683177/document>

Messi, E., & Yaye, W. (2017). Contraintes à l'accès aux soins de santé maternelle dans la ville de Maroua. *Int J Eng Sci*, 6(1), 13-21. <https://www.academia.edu/download/51564191/C0601031321.pdf>

Olivier de Sardan, J-P. (1991). « L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique ? », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 1, mis en ligne le 23 juin 2006. URL : <http://apad.revues.org/296>

ONUSIDA. (2003). *Améliorer l'accès aux soins dans les pays en développement : enseignements tirés de la pratique, de la recherche, des ressources et des partenariats*, rapport de réunion, ISBN 92-9173-212-5, https://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc809-access-to-care_fr.pdf

Raynaud, J. (2013). *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable*, [Thèse de Doctorat, publiée], Université Paul Valéry - Montpellier III. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel00967067/file/2013_raynaud_arch.pdf

Raynaud, J. (2013). *L'accès aux soins: des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs: concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable* (Doctoral dissertation, Université Paul Valéry-Montpellier III). <https://theses.hal.science/tel-00967067/>

Rebouha, F. (2007). Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement. Territory in movement Journal of geography and planning*, (4), 3-16. <https://journals.openedition.org/tem/852>

Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest: Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=SY89DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=contraintes+g%C3%A9ographiques+%C3%A0+l%27acc%C3%A8s+aux+soins+de+sant%C3%A9&ots=mlP-x4dx1c&sig=QqnSskS76pIRBgN4WAy0OKyZkHE>

Tuo, P. (2019). *Accès et recours aux soins dans les centres de santé publics pour une émergence en Côte d'Ivoire*. ISBN: 978-2-312-06512-0, Les Editions du Net. <https://www.leseditionsdunet.com/livre/acces-et-recours-aux-soins-dans-les-centres-de-sante-publics-pour-une-emergence-en-cote>

Unicef. *Les Objectifs de Développement Durable (ODD)*, consulté le 10/10/2024 à 12 :42 sur <https://www.unicef.fr/qui-sommes-nous/objectifs-de-developpement-durable-odd/#:~:text=Lutte%20contre%20la%20faim%20%3A%20%3%A9liminer,tous%20%3%A0%20tous%20les%20%3%A2ges>

Véronique, L-G., Aurélie, P., Laure, C-R., Magali, C. (2016). *Pratiques spatiales d'accès aux soins*, Les rapports de L'IRDESS n° 564, <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

Vigneron, E. & Haas, E. (2012). Les clefs de l'accès aux soins ; Inégalités sociales et territoriales. https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/acces_aux_soins.pdf

Wilfried, M. G.-H., Jérôme, A.-N., & Valentin, E. K. (2018). Les Déterminants De L'accès Aux Services De Santé À Grand Bassam. *European Scientific Journal, ESJ*, 14(6), 124. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n6p124>

© 2024 OUATTARA, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional