

# L'hôpital islamique de Daloa en Côte d'Ivoire : bassin de recrutement et profil sociodémographique des patients.

Kouamé Armand KOUASSI

Enseignant-chercheur, Géographie, Université Peleforo GON COULIBALY, Korhogo

Gué Pierre GUELÉ

Enseignant-chercheur, Géographie, Université Jean Lorougnon GUEDE, Daloa

---

## RESUME

L'urbanisation galopante mais surtout démographique et spatiale que connaissent les pays africains laisse des failles dans ses interstices. En effet, les villes subsahariennes sont généralement confrontées à un manque de services sociaux de base notamment dans le secteur de la santé. En Côte d'Ivoire, pour densifier l'offre de soins, l'État a fait une ouverture à plusieurs acteurs dont les organisations confessionnelles. Dans la ville de Daloa, la carte sanitaire s'est étoffée en 2019 avec la construction d'un hôpital islamique destiné à couvrir des besoins de proximité. Déterminer l'origine géographique (quartier) des patients de cet hôpital et leur profil sociodémographique, constitue l'angle d'analyse de ce travail. La méthodologie s'appuie sur une approche transversale déclinée en un questionnement direct des patients (n=121) et un entretien semi-structuré avec la direction de l'hôpital. Les résultats indiquent une fréquentation de proximité traduite par un bassin de recrutement assez circonscrit à des quartiers environnants. Cette fréquentation est essentiellement faite par une population masculine (55,40%) âgée de 15 ans au moins (82,60%) et dont les revenus mensuels sont essentiellement inférieurs à 200 000 F CFA.

**MOTS CLES:** Bassin de recrutement, patients, hôpital islamique, quartier, Daloa.

## THE ISLAMIC HOSPITAL OF DALOA IN CÔTE D'IVOIRE: CATCHMENT AREA AND SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS.

## ABSTRACT

The galloping urbanisation, but above all demographic and spatial, that African countries are experiencing leaves gaps in its interstices. Indeed, sub-Saharan cities are generally confronted with a lack of basic social services, particularly in the health sector. In Côte d'Ivoire, in order to increase the supply of health care, the state has opened up to several actors, including faith-based organisations. In the city of Daloa, the health map was expanded in 2019 with the construction of an Islamic hospital to cover local needs. The analysis of this work is based on determining the geographical origin (neighbourhood) of the patients of this hospital and their socio-demographic profile. The methodology is based on a cross-sectional approach involving direct questioning of patients (n=121) and a semi-structured interview with the hospital's management. The results indicate a local attendance reflected by a catchment area fairly limited to the surrounding districts. This attendance is essentially made by a male population (55.40%) aged at least 15 years (82.60%) and whose monthly income is essentially lower than 200,000 CFA francs.

**KEY WORDS:** Catchment area, patients, Islamic hospital, neighbourhood, Daloa.

---

Date of Submission: 02-11-2022

Date of Acceptance: 12-11-2022

---

## I. INTRODUCTION

La ville de Daloa connaît une croissance démographique et spatiale rapide à l'instar des villes du tiers-monde dont l'effectif de population, passe approximativement du simple au double tous les 20 ans (OMS, 1991 ; Jannée et Salem, 1991). Dans la hiérarchie urbaine nationale, elle se place au 3<sup>e</sup> rang après Abidjan et Bouaké. L'effectif de la population en 1975 était de 60 837 habitants, 121 842 habitants en 1988, 173 107 habitants en 1998 et 266 324 habitants en 2014 (Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1975, 1988, 1998 et 2014). La dynamique démographique s'accompagne en général, d'une forte extension spatiale. C'est localement le cas avec une superficie urbanisée de 427,97 ha en 1960, 2 343,33 ha en 1985, 3 846,75 ha en 2000, 4 377,77 ha en 2010 et 9 230 ha en 2020 (Eleazarus et Guele, 2021). Cette croissance de la population est due au fait que Daloa est une cité forestière agricole située sur les axes menant aux frontières nationales

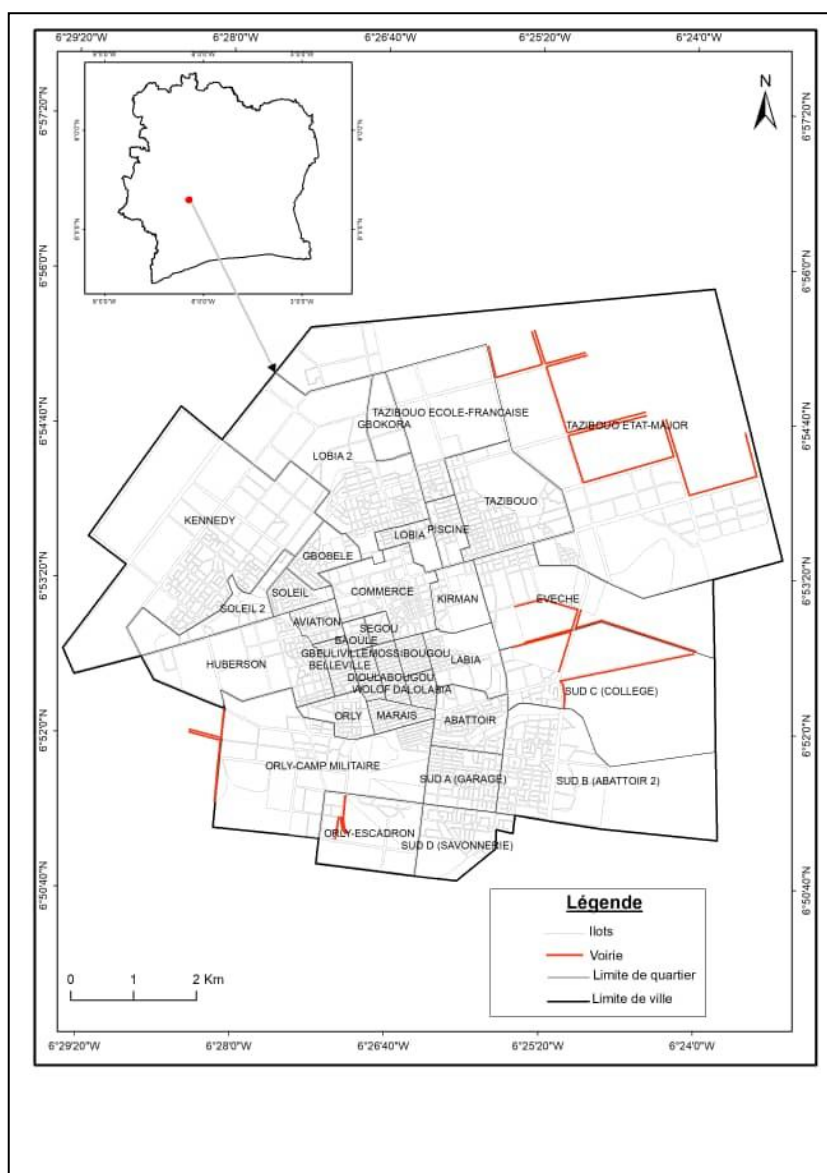
ouest et nord (Liberia, Guinée et Mali) et au carrefour de plusieurs grandes routes nationales (Coulibaly, 2016, Eleazarus et Guele, 2021). Ces atouts lui confèrent un statut de grand centre de productions et de transformations agricoles, donc une ville d'échanges commerciaux et un centre économique qui attire les populations issues d'autres localités du pays. La forte attractivité régionale entretenue par le développement des cultures de rente s'est aussi traduite par des vagues migratoires qui ont fortement contribué à nourrir la dynamique démographique (Coulibaly, 2016, Eleazarus et Guele, 2021).

Si la croissance de la population est source de mutation, de dynamisme, de progrès social, elle engendre aussi de nombreux besoins sociaux notamment de santé. Afin de répondre aux différentes situations sanitaires, les pouvoirs publics subsahariens ont opté pour la généralisation des soins à travers une plus grande couverture géographique (OMS, 1991 ; Nitiéma et al., 2003 ; Sy et al., 2010 ; Houéto et Valentini, 2014). En Côte d'Ivoire, la mise en œuvre de ces politiques visant à promouvoir une offre de soins dense et diversifiée, fait intervenir différents acteurs dont l'État, des groupes privés laïcs et des organisations confessionnelles. Dans ce dernier champ, les structures sanitaires existantes sur le territoire national, ont toujours été réalisées par des organisations chrétiennes (structures généralement caritatives), qui constituent ailleurs le socle des institutions sanitaires confessionnelles (Gruénais, 2004 :30). Cependant, en 2019, l'initiative des personnels de santé issus du Secours médical islamique (SEMI) soutenue par les promoteurs de la micro-finance islamique Al Barakat de Daloa, abouti à la réalisation de l'hôpital islamique de Daloa. Construit pour permettre à la population, principalement défavorisée, de bénéficier de soins de santé à des tarifs appropriés, cet hôpital est aussi destiné à réduire l'accessibilité géographique aux soins des populations des quartiers sud-est et sud-ouest de la ville situées à plus de 5 Kms du Centre Hospitalier Régional (CHR) initialement sollicité en cas d'épisode morbide (Pepesoupe, 2019). Cependant, les pratiques spatiales des populations urbaines en matière de fréquentation des centres de santé, ne respectent pas nécessairement les logiques de distance physique. En vue de contribuer à un meilleur aménagement de l'espace sanitaire, ces modèles prédictifs d'utilisation des services de santé doivent être régulièrement interrogés et ajustés aux réalités locales. La littérature présente peu de données sur les centres de santé confessionnels en Côte d'Ivoire, notamment sur les questions liées à leur bassin de recrutement. Les données disponibles concernent bien souvent les centres de santé publics qui sont essentiellement la base de l'offre de soins. Dans ce contexte, l'initiation d'une recherche sur un centre de santé comme l'hôpital islamique de Daloa contribue à documenter l'offre de soins confessionnelle notamment dans sa couverture sanitaire. L'objectif de cette étude est alors de déterminer l'origine géographique des patients (quartier) de cette structure sanitaire qui constitue une particularité dans le paysage sanitaire local. Il nous semble par ailleurs primordial d'accorder un intérêt aux caractéristiques sociodémographiques et économiques de ces patients. Le travail est par conséquent, structuré en deux parties portant sur le bassin de recrutement de l'hôpital et le profil sociodémographique des patients.

## II. MÉTHODOLOGIE

### 1. Site d'étude

Située au centre-ouest de la Côte d'Ivoire sur la nationale A6 au carrefour de plusieurs axes routiers, la ville de Daloa est le 3<sup>e</sup> plus important centre urbain de la Côte d'Ivoire après la capitale économique Abidjan et Bouaké (Figure 1). La ville se compose de nombreux quartiers dont les plus anciens sont Labia et Commerce localisés au centre-ville.



**Figure 1 :** localisation de la ville de Daloa en CIV

Source : INS, 2019

Réalisation : Guele et Kouassi, 2022

Figure 1 : Présentation de la ville de Daloa.

### 2. Collecte et traitement des données

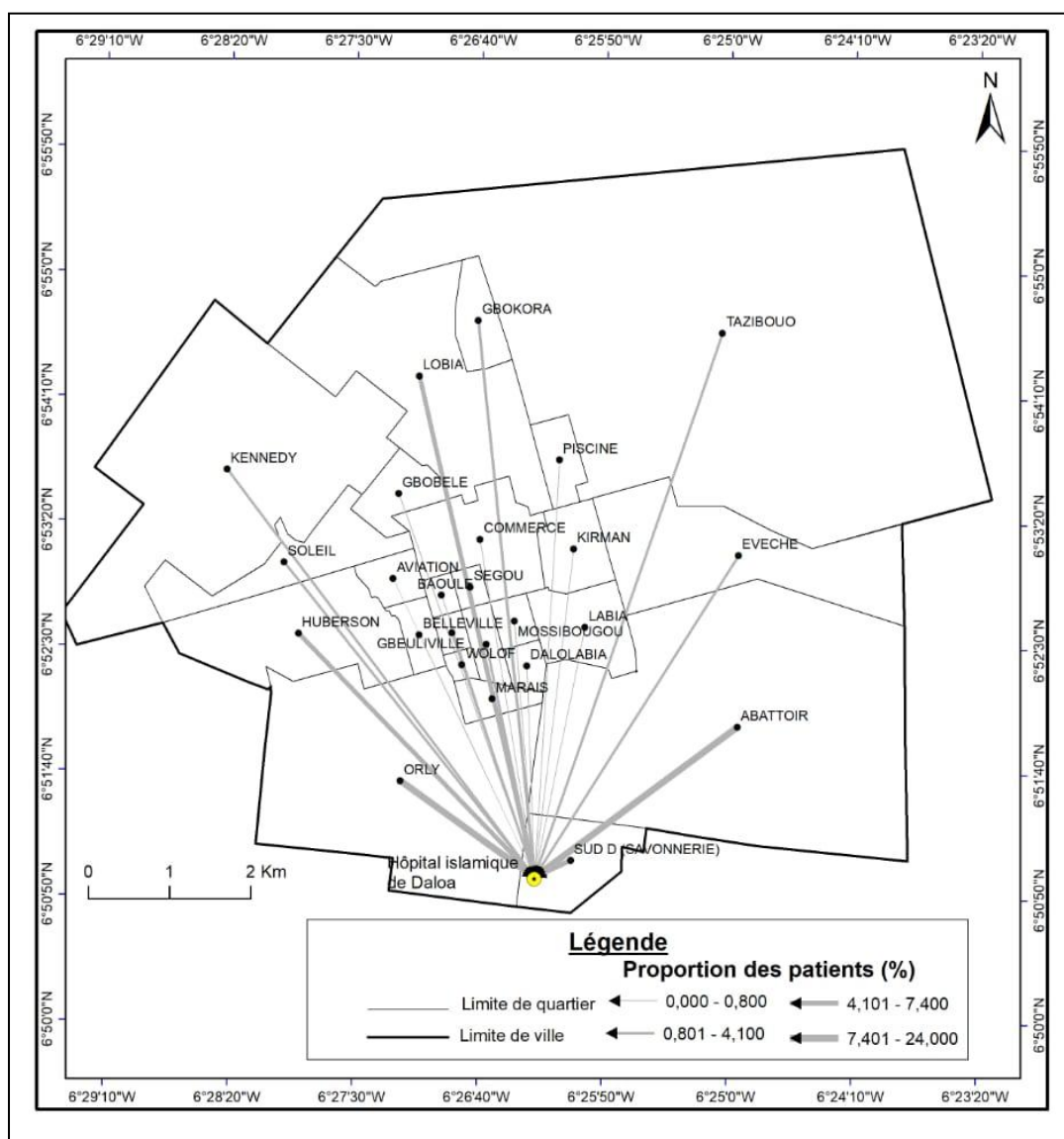
Cette recherche est essentiellement une étude descriptive transversale par questionnaire direct des patients s'étant présentés à l'hôpital islamique de Daloa dans le mois de décembre 2021 (n=121). Les variables analysées portent sur le choix de ce centre de santé comme option de recours aux soins, l'origine géographique des patients (quartier) et les caractéristiques sociodémographiques du patient. Dans le cas des patients âgés de moins de 15 ans, certaines variables comme la religion et le revenu, ont été collectées sur la personne en charge de ces patients (généralement chef du ménage).

Les données recueillies ont permis de constituer une base exhaustive des consultations par quartier de provenance du patient. La répartition des consultants de cette structure sanitaire entre les différents quartiers de la ville permet de délimiter son bassin de recrutement. Par ailleurs, un entretien semi-structuré avec les responsables de l'hôpital islamique a permis de mieux cerner le contexte de création et le fonctionnement de cette structure sanitaire. Les données issues du questionnaire-patient ont été saisies sur Epidata 3.1 puis transférées sur SPSS.19 pour en extraire des tableaux (simples, croisés dynamiques) et graphiques liés aux caractéristiques sociodémographiques et économiques des patients. Les données relatives aux proportions de patients par quartier ont permis de faire la carte du bassin de recrutement de l'hôpital islamique de Daloa à l'aide du logiciel Arcgis 10.5.

### III. RÉSULTATS

#### 1. Un bassin de recrutement révélateur d'une fréquentation de proximité.

La Figure 2 montre que les quartiers Abattoir, Orly et Sud D qui sont les quartiers les plus proches de l'hôpital islamique, enregistrent les plus grands nombres de patients.



Source : INS, 2019

Réalisation : Guele et Kouassi, 2022

Figure 2 : Répartition des patients de l'hôpital islamique selon le quartier de provenance

Le bassin de recrutement de l'hôpital islamique paraît donc assez circonscrit à son environnement immédiat. Cette tendance reste toutefois conforme à l'une de ses missions de base c'est à dire une structure chargée de donner des soins de santé à des quartiers distants du CHR.

## 2. Des patients aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques relativement différenciées.

### 2.1. Une proportion de patients de sexe masculin plus forte

Avec 55,40% de l'effectif total, les patients de sexe masculin sont en prédominance (Tableau 1).

**Tableau 1 :** Répartition des patients selon le sexe

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Masculin	67	55,4	55,4	55,4
Féminin	54	44,6	44,6	100,0
Total	121	100,0	100,0	

Source : Nos enquêtes (Décembre, 2021)

### 2.2. Une proportion de patients infanto-juvéniles marginale

Le Tableau 2 met en évidence une large prépondérance des patients ayant 15 ans et + (82,60%). La proportion de patients issus de la population infanto-juvénile (0-14 ans) se situe donc en dessous de 20%.

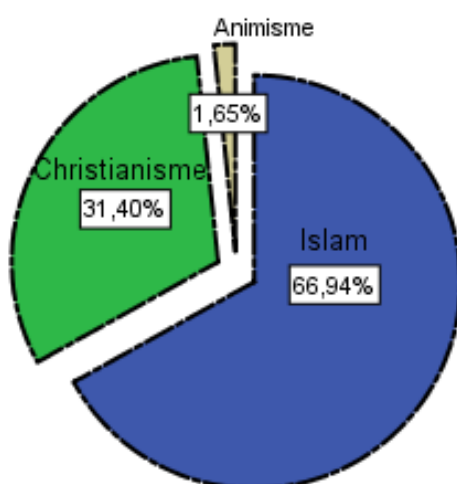
**Tableau 2:** Répartition des patients suivant la tranche d'âge

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
0 à 4 ans	13	10,7	10,7	10,7
5 à 14 ans	8	6,6	6,6	17,4
15 ans et +	100	82,6	82,6	100,0
Total	121	100,0	100,0	

Source : Nos enquêtes (Décembre, 2021)

### 2.3. Une prédominance de l'Islam expression d'une relative corrélation santé et religion

L'Islam est en nette prépondérance avec 66,94% contre 31,40% pour le Christianisme et 1,65% pour l'Animisme (Figure 3).



Source : Nos enquêtes, décembre 2021

Figure 3 : Répartition des patients selon la religion

La confession religieuse de base de l'hôpital islamique semble influencer sur cette variable dans la mesure où 49% des patients ont estimé que le nom islamique a motivé leur choix de recours (Tableau 3).

Tableau 3: Répartition des patients suivant la relation entre la religion et le choix de l'hôpital islamique.

		Le nom islamique a-t-il motivé le choix de ce centre de santé ?		Total
		Non	Oui	
Religion du patient:	Islam	27	54	81
	Christianisme	33	5	38
	Animisme	1	1	2
Total		61	60	121

Source : Nos enquêtes (Décembre, 2021)

#### 2.4. Une proportion assez importante de patients non alphabétisés

Les niveaux Supérieur (28,90%), Secondaire (27,30%) et les non alphabétisés (25,60%) sont les niveaux d'étude qui prédominent (Tableau 3). Les patients de niveau primaire (8,30%) ou coranique (9,90%) sont en proportion marginale.

Tableau 4 : Répartition des patients suivant le niveau d'étude

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Coranique	12	9,9	9,9	9,9
Aucun	31	25,6	25,6	35,5
Primaire	10	8,3	8,3	43,8
Secondaire	35	28,9	28,9	72,7
Supérieur	33	27,3	27,3	100,0
Total	121	100,0	100,0	

Source : Nos enquêtes (Décembre, 2021)

#### 2.5. Des revenus mensuels globalement inférieurs à 200 000 F CFA

Les patients dont les revenus oscillent entre 100 et 200 000 F CFA le mois sont les plus nombreux avec une proportion avoisinant 40% (Tableau 6). Les revenus inférieurs à 100 000 F CFA et ceux supérieurs à 200 000 F CFA sont en proportion relativement équilibrée (30% en moyenne).

Tableau 6 : Répartition des patients suivant le revenu

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Moins de 100	36	29,8	29,8	29,8
100 à 200	48	39,7	39,7	69,4
Plus de 200	37	30,6	30,6	100,0
Total	121	100,0	100,0	

Source : Nos enquêtes (Décembre, 2021)

#### 2.6. Une population consultante majoritairement nationale

Avec une proportion de 85,10%, les nationaux ont une nette prépondérance sur les étrangers dont la proportion se situe en dessous de 15% (Tableau 7).

Tableau 7 : Répartition des patients selon la nationalité

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Ivoirien	103	85,1	85,1	85,1
Etranger	18	14,9	14,9	100,0
Total	121	100,0	100,0	

Source : Nos enquêtes (Décembre, 2021)



#### **IV. DISCUSSION**

Les études visant les questions relatives aux aires d'attraction ou bassins de recrutement, sont généralement disponibles pour les structures sanitaires publiques, socles du système de soins. Des données similaires sur les structures sanitaires privées particulièrement confessionnelles, sont beaucoup plus rares dans la littérature. Une recherche sur un hôpital islamique (innovant dans le paysage sanitaire local), ajouté à l'offre de soins en 2019 soit à peine 3 ans de fonctionnement, apparaît comme une piste quasiment inexplorée qui offre peu de possibilités de comparaison des résultats. Le bassin de recrutement de l'hôpital islamique de Daloa reste circonscrit aux quartiers situés dans ses environs. Ce bassin traduit donc une fréquentation de proximité qui conforte les initiateurs du projet dans leur politique de donner des soins aux populations riveraines assez distantes du CHR traditionnellement sollicité pour leurs besoins de santé.

Ce résultat rappelle celui d'autres études comme celle de Pikine au Sénégal où le recrutement des patients reste circonscrit à de petits espaces proches de la structure (Salem, 1998). À l'échelle de la région de Dakar qui comprend les villes de Dakar, Pikine, Guédiawaye et Rufisque, l'analyse de l'aire d'attraction des structures sanitaires urbaines, souligne un recrutement de proximité des patients (Dramé, 2006). En effet, la confrontation des aires d'attraction réelle et des aires sanitaires, montre que pour une structure donnée, les patients des quartiers environnants sont les plus nombreux aux consultations. Dans la ville de Yamoussoukro, les bassins de recrutement des structures sanitaires de premier contact sont en adéquation avec les aires sanitaires. N'ayant pas vocation à recruter très loin leurs patients, les bassins de recrutement de ces structures sont modestes et se chevauchent très peu. Ainsi, la répartition des patients présente-t-elle une distribution géographique assez concentrée (Kouassi et al., 2019). Les tendances observées à Ouagadougou au Burkina Faso vont dans le même sens dans la mesure où les aires de responsabilité définies par l'administration sanitaire coïncident avec les aires d'attraction réelle des structures sanitaires publiques. Aussi, ces structures sont-elles fréquentées essentiellement par les patients résidant dans leurs aires sanitaires (Harang, 2007). La carte sanitaire est alors effectivement respectée dans le secteur sanitaire public. En ce qui concerne l'offre privée de soins complémentaire à la précédente, les structures de soins infirmiers jouent également la carte de la proximité. Cependant, les cabinets de soins infirmiers proches n'ont pas toujours les mêmes aires d'attraction. La localisation ne détermine donc pas de manière exclusive, l'aire d'attraction. À celle-ci, se couple parfois le volume d'activité pour engendrer un recrutement plus large et des différences dans l'influence des structures. Dans le cas du Centre médical de l'INPHB de Yamoussoukro situé à la périphérie nord de la ville, la gratuité des consultations et la disponibilité des médicaments essentiels attirent une proportion non négligeable de patients en provenance du quartier Kokrenou à la périphérie sud (Kouassi et al., 2019).

À Libreville au Gabon par contre, la carte des flux de patients montre que les aires d'attraction sont assez vastes ; les malades ne provenant pas exclusivement des quartiers proches des centres de santé, mais parfois de bien plus loin (Makita-Ikouaya et al., 2010). Pour ces auteurs, le manque d'équité spatiale dans l'offre de soins, amène les patients à parcourir de longues distances pour prendre une consultation dans une structure sanitaire de premier recours. Aussi, convient-il de faire la différence entre une aire d'attraction théorique et une aire d'attraction réelle. Cette dernière dépend des facteurs comme les relations humaines, la capacité de financement de soins, la disponibilité des structures et met ainsi en lumière les limites d'un découpage sanitaire fondé sur une logique administrative.

En somme, hôpital islamique de Daloa remplit pleinement l'une de ses missions de base définie par ces initiateurs puisqu'il recrute la majorité de ses patients dans les quartiers environnants.

Le profil sociodémographique des patients a très rarement été abordé à l'échelle des consultations générales d'un centre de santé. Les données disponibles portent plutôt sur des cas d'étude ayant ciblé des pathologies spécifiques. Toutefois, les tendances de fréquentation enregistrées à l'hôpital Catholique Saint Camille de Bouaké en 1999, sont proches de celles de l'hôpital islamique de Daloa au niveau de l'âge, mais les résultats sur le sexe, sont contrastés (Oulai et Tagliante-Saracino Chapman, 1999). En effet, dans cet hôpital catholique, les patients âgés de 15ans au moins, représentent 69,70% et ceux de sexe féminin occupent une proportion de 63,20%.

#### **V. CONCLUSION**

À travers le bassin de recrutement de l'hôpital islamique de Daloa, cette étude vise à contribuer à une meilleure organisation de l'espace sanitaire en vue de dynamiser la performance du système de santé. Elle permet in fine, de faire une planification sanitaire qui se fonde sur l'influence des services de santé et non sur des logiques administratives. Destiné à assurer des soins aux populations environnantes, l'hôpital islamique recrute effectivement la majorité de ses patients dans les quartiers proches. Si cette tendance est conforme à l'orientation de base des initiateurs, elle paraît surtout déterminante dans la réduction des inégalités d'accessibilité géographique aux soins. Dans un contexte universel de promotion des soins de santé primaires, les politiques sanitaires locales devraient davantage encadrer la croissance urbaine par un véritable processus de

mise en place de structures sanitaires de proximité. Ce processus passe par une nécessaire intégration de la dimension santé publique dans l'aménagement urbain comme levier d'amélioration pour l'accès aux soins.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. COULIBALY, M. 2016. Dégénération de l'environnement et santé à Daloa, thèse doctorat géographie, Université Felix Houphouët-Boigny, 416p.
- [2]. DRAMÉ, FM. 2006. « Attraction des services de soins de santé primaires et des centres de dépistage du VIH à Dakar (Sénégal) », Espace populations sociétés, [En ligne], <http://eps.revues.org/1788>, (Page consultée le 30 novembre 2015).
- [3]. ELEAZARUS, ALM & GUELE, GP. 2021. Les formes de mobilité spatiale des étudiants dans la ville de Daloa au centre-ouest de la Côte d'Ivoire, Actes du colloque International du Groupe de Recherche Interdisciplinaire pour le Développement du Centre-ouest de la Côte d'Ivoire (GRIDCOCI) sur le thème : Gouvernance, Economie et Société : l'Afrique face aux défis du XXI ème siècle volume 2, Nouvelles Editions Balafons, 4ème trimestre.
- [4]. GRUÉNAIS, M-É. 2004. Les qualités de l'offre de soins professionnelle en Afrique subsaharienne, Presses de Sciences Po | « Autrepant » vol1, n29, pp29-46.
- [5]. HARANG, M. 2007. « La carte sanitaire à l'épreuve des pratiques sanitaires des citoyens : analyse des aires d'attraction des structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement, [En ligne], <http://tem.revues.org/874>, (Page Consultée le 29 novembre 2015).
- [6]. HOUÉTO, D. & VALENTINI, H. 2014. La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir, *Revue Santé publique* 26 (1) : 9-20.
- [7]. JEANNÉE, E. & SALEM, G. 1991. Soins de santé primaires en ville: l'expérience de Pikine au Sénégal, *In* : La santé dans le tiers-monde. *Prévenir* 12 : 81-88.
- [8]. KOUASSI, KA., SY, I., LOBA, ADFV., ALOKO-N'GUESSAN, J. 2019. « Analyse des bassins de recrutement des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dans la ville de Yamoussoukro en Côte d'Ivoire, *Revue des Sciences Sociales du PASRES*, 7<sup>e</sup> année, Numéro 22, pp83-93.
- [9]. MAKITA-IKOUAYA, E., MOMBO, JB., RUDANT J-P., MILLELIRI J-M. 2010. « L'offre et l'accès aux soins publics dans les villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon », *Médecine Tropicale* Vol 70, n°2, pp123-129.
- [10]. NITIÉMA, AP., RIDDE, V., GIRARD, J. 2003. L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review* 24 (2) : 237-256.
- [11]. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). 1991. Organisation des systèmes de santé urbains. Discussions techniques sur les stratégies de la santé pour tous face à l'urbanisation galopante, 23 p.
- [12]. OULAI, H., TAGLIANTE-SARACINO CHAPMAN JAF. 1999. Etude de l'activité de l'hôpital confessionnel catholique Saint-Camille de Bouake de Mars 1998 à Mars 1999, UFR des Sciences Médicales, Université d'Abidjan, Résumé, 1p.
- [13]. Pepesoupe. 2019. La communauté musulmane offre un hôpital aux populations, en ligne, <https://pepesoupe.com/societe/la-communauté-musulmane-offre-un-hopital-aux-populations/>, consulté le 8 novembre 2021.
- [14]. SALEM, G.1998. *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris, Karthala, 460p.
- [15]. SY, I., KEITA, M., TALEB, OM., LO, B., TANNER, M., Cisse, G. 2010. « Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie) : inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? » *Cahiers Santé*, vol. 20, n°1 (janvier-février-mars), 8p.

Kouamé Armand KOUASSI, **et. al.** "L'hôpital islamique de Daloa en Côte d'Ivoire : bassin de recrutement et profil sociodémographique des patients.." *International Journal of Humanities and Social Science Invention (IJHSSI)*, vol. 11(11), 2022, pp 59-66. Journal DOI-10.35629/7722