



**Revue des Sciences humaines  
et sociales, Lettres, Langues et  
Civilisations**

**ISSN  
2958-2814**

**Numéro 006, Mars 2024**

**Université Alassane Ouattara  
UFR Communication Milieu et Société**

*[revue.akiri-uao.org](http://revue.akiri-uao.org)*



**ISSN-L: 2958-2814**  
**ISSN-P: 3006-306X**

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>

E-mail : [revueakiri@gmail.com](mailto:revueakiri@gmail.com)

**Editeur**

UFR Communication, Milieu et Société  
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)



**ISSN-L: 2958-2814**  
**ISSN-P: 3006-306X**

## INDEXATIONS INTERNATIONALES

Pour toutes informations sur l'indexation internationale de la revue *AKIRI*, consultez les bases de données ci-dessous :

**auré HAL**  
accès aux données  
de référence de HAL

<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946>

**Mir@bel**  
“(RE)CUEILLIR  
LES SAVOIRS”

<https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>



<http://sjifactor.com/passport.php?id=23334>

**ORCID**

<https://orcid.org/0009-0002-6794-1377>

ISSN-L: 2958-2814  
ISSN-P: 3006-306X

REVUE ELECTRONIQUE

**AKIRI**

Revue Scientifique des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations

E-ISSN 2958-2814 (Online ou en Ligne)

I-ISSN 3006-306X (Print ou imprimé)

**Equipe Editoriale**

Coordinateur Général : BRINDOUMI Kouamé Atta Jacob

Directeur de publication : MAMADOU Bamba

Rédacteur en chef : KONE Kiyali

Chargé de diffusion et de marketing : KONE Kpassigué Gilbert

Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen

**Comité Scientifique**

SEKOU Bamba, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny

OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny

LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST,

ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny

KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny

ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly

SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville

KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville

DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I

N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny

BA Idrissa, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

KAMARA Adama, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny

DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

M'BRA Kouakou Désiré, Maître conférences, Université Alassane Ouattara

## Comité de Lecture

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé  
 N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville  
 CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop  
 BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop  
 BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop  
 GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches,  
 DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara  
 ALABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara  
 DEDE Jean Charles, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara  
 BAMBA Abdoulaye, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny  
 BAKAYOKO Mamadou, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara  
 SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou  
 GOMA-THETHET Roval, Maître-Assistant, Université Marien N'gouabi de Brazzaville  
 GBOCHO Roselyne, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara  
 SEKA Jean-Baptiste, Maître-Assistant, Université Lorognon Guédé,  
 SANOGO Tiantio, Maître-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle  
 ETTIEN N'doua Etienne, Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny  
 DJIGBE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara  
 YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara

## Comité de rédaction

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville  
 KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara  
 KONÉ Kiyali, Maître-Assistant, Histoire, Université Péléforo Gon Coulibaly  
 BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférences, Philosophie, Université Alassane Ouattara  
 OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara  
 MAMADOU Bamba, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara  
 TOPPE Eckra Lath, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Alassane Ouattara,  
 ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Félix Houphouët-Boigny,  
 KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Espagnol, Université Alassane Ouattara  
 SIDIBÉ Moussa, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara  
 ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara  
 KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférences, Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny  
 MEITÉ Ben Soualiouo, Maître de Conférences, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny  
 BALDÉ Yoro Mamadou, Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar  
 MAWA Miraille-Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

## Contacts

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>

E-mail : [revueakiri@gmail.com](mailto:revueakiri@gmail.com)

Tél. : + 225 0748045267 / 0708399420/ 0707371291

### Indexations internationales :

**Auré HAL :** <https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946>

**Mir@bel :** <https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>

**Sjifactor :** <http://sjifactor.com/passport.php?id=23334>

**ORCID :** <https://orcid.org/0009-0002-6794-1377>

## PRESENTATION DE LA REVUE AKIRI

Dans un environnement marqué par la croissance, sans cesse, des productions scientifiques, la diffusion et la promotion des acquis de la recherche deviennent un impératif pour les acteurs du monde scientifique. Perçues comme un patrimoine, un héritage à léguer aux générations futures, les productions scientifiques doivent briser les barrières et les frontières afin d'être facilement accessibles à tous.

Ainsi, s'inscrivant dans la dynamique du temps et de l'espace, la revue « **AKIRI** » se présente comme un outil de promotion et de diffusion des résultats des recherches des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités et de centres de recherches de Côte d'Ivoire et d'ailleurs. Ce faisant, elle permettra aux enseignants-chercheurs et chercheurs de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur à travers la diffusion de leurs productions intellectuelles et scientifiques.

**AKIRI** est une revue à parution trimestrielle de l'Unité de Formation et de Recherches (UFR) : Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Alassane Ouattara. Elle publie les articles dans le domaine des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations. Sans toutefois être fermée, cette revue privilégie les contributions originales et pertinentes. Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture.

## **PROTOCOLE DE REDACTION DE LA REVUE AKIRI**

La revue *AKIRI* n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

### **Structure générale de l'article :**

Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

### **Présentation de l'article :**

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («... »), mais sans italique.

**N.B.** : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de ...



### Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2<sup>nde</sup> éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :  
Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.
- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.  
Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.
- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.  
Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

**NB** : Les articles sont la propriété de la revue.

## SOMMAIRE

### LANGUES, LETTRES ET CIVILISATIONS

#### Études hispaniques

1. **La pragmática en la enseñanza del ELE/ L2:  
aproximación a algunos manuales diseñados y usados en Camerún y España**  
Roseline FOUODJI WAGOUM Epse DJATSA ..... 1-19

#### Lettres Modernes

2. **Problématique de l'emploi de la virgule dans *Les Sept douleurs*  
de William Aristide Nassidia Combarry**  
Tilado Jérôme NATAMA..... 20-36
3. **La masculinisation de l'esprit féminin :  
réalisme ou surréalisme dans *Le Deuxième sexe* de Simone de Beauvoir**  
Vincent NAINDOUBA & Serge Simplicie NSANA..... 37-50
4. ***Le roi de Kahel* de Tierno Monénembo : un roman historique à tonalité épique**  
Komi Seexonam AMEWU..... 51-72
5. **Dynamique des langues et politique éducative au Mali**  
Ousmane Ag NAMOYE & Aldiouma KODIO, ..... 73-88

### COMMUNICATION, SCIENCE DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

#### Sciences du langage et de la communication

6. **Description morphosyntaxique de l'adverbe du marka**  
DAO Nébremy ..... 89-107
7. **Cadre stratégique pour la refondation au Mali :  
reconstruction et déconstruction d'une communication**  
Adama KODJO..... 108-124

### SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

#### Archéologie

8. **Protection des sites archéologiques au Burkina Faso :  
le cas du chantier école de Wargoandga**  
Lassina SIMPORÉ & Fonyama Elise THIOMBIANO, épouse ILBOUDO ..... 125-138

#### Histoire

9. **Coopération néerlandaise et développement socioéconomique  
du Burkina Faso : cas du PDI/Z (1983-2006)**  
Sébastien GUIPO..... 139-155
10. **Le contrôle de la production d'huile par le monopole d'état dans  
l'Égypte antique sous domination gréco-romaine**  
YAPI Fulgence Thierry ..... 156-167
11. **Eschine et la paix à Athènes au ive siècle avant Jésus-Christ :  
dialogue et négociations avec le royaume de Macédoine**  
OULAI Fabrice & DAGO Thomas DADIE..... 168-180

- 12. Crises de succession au *Moogo*, de 1897 à 1983 :  
cas du *Konkiistēnga* et *Tema***  
François RIBOU..... 181-199
- 13. L'art plastique contemporain burkinabè sous l'influence de l'école  
des *Avant-gardes* : analyse de quelques productions d'artistes**  
Boukary DABAL & KY Jean Célestin..... 200-218
- 14. Les relations controversées entre les musulmans et l'administration  
française dans la région de Grand-Bassam (1922-1949)**  
Amon Jean-Paul ASSI,..... 219-236
- Géographie**
- 15. Des classes sous paillotes pour étendre l'accès à l'éducation  
en milieu rural burkinabè**  
Issiaka OUEDRAOGO, Goama NAKOULMA & Aude NIKIEMA ..... 237-254
- 16. Impact des mesures barrières du covid-19 sur les revenus agricoles  
des paysans dans la sous-préfecture de Lakota**  
Jean-François Aristide GBODJE..... 255-271
- 17. Analyse de la dynamique spatio-temporelle de l'occupation du sol  
dans la commune de Niakhar (Fatick, Sénégal) entre 2000 et 2022,  
à travers des outils de la télédétection**  
Ibrahima DIOUF & Mohamed Lamine NDAO ..... 272-290
- 18. Variabilité climatique dans la Province du Mouhoun  
au Burkina Faso de 1991-2021**  
Amadou ZAN, Abdoul-Azize SAMPEBGO & Joachim BONKOUNGOU..... 291-302
- 19. Impacts des stations de lavage de véhicules sur l'environnement  
et la santé à Korhogo**  
DIOMANDE Gondo, Lacina Adama FOFANA & SORO Nambé Arouna..... 303-320
- 20. Exploitation agricole et dégradation forestière dans le département  
de Soubré (sud-ouest de la Côte d'Ivoire)**  
Mathieu Jonasse AFFRO, Assoh Hortance Aman Epse N'GUESSAN,  
Nambegué SORO & Kouamé Felix KOUADIO..... 321-337
- 21. Disparités spatio-temporelles des formations sanitaires publiques  
À Brazzaville en république du Congo**  
Berchmans Giraldo Audron & Clotaire Claver Okouya..... 338-356
- 22. Recourir aux soins traditionnels à Ouagadougou :  
une question de distance ?**  
Sidbéniwendé Esaïe Yanogo ..... 357-371
- 23. Des initiatives comportementales pour une gestion organisée  
des déchets en commune V de Bamako (Mali)**  
Seydou A. TOGOLA, Baba COULIBALY & drissa KELLY ..... 372-386

### Philosophie

- 24. Ce que la paix veut dire chez Nietzsche**  
 Ndéné MBODJI ..... 387-398
- 25. Vers un auto-impérialisme du développement durable :  
 une analyse bioéconomique de la crise environnementale**  
 ABLO Ange & OUATTARA Attchoumounan Paulin ..... 399-417
- 26. Platon, Abû Nasr al-Fârâbî et Rousseau :  
 à propos de l'éducation. Enjeux de la réflexion pour Afrique**  
 Pamphile BIYOGHE & Alain BOULINGUI MOUSSAVOU ..... 418-429

### Anthropologie et sociologie

- 27. Les facteurs explicatifs du retour à la défécation à l'air libre  
 dans la commune de Karimama au Nord-Bénin**  
 Soulé EL HADJ IMOROU..... 430-443
- 28. Crise sécuritaire, écoles bilingues et irrédentisme linguistique  
 au Burkina Faso**  
 Zomenassir Armand BATIONO..... 444-457
- 29. Pratiques potières dans le District de la vallée du Bandama en Côte d'Ivoire**  
 Dja Flore KOUASSI-LAGO, Drissa DIARRASSOUBA Bintou TIOTE,  
 Saran CISSOKO COULIBALY & Lacina COULIBALY ..... 458-475
- 30. Perceptions du VIH et non-observance au traitement antirétroviral  
 chez les personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital de jour  
 du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)**  
 Yéchinmèdjo SORO..... 476-488
- 31. Perceptions sociales de la gravité de l'ulcère de Buruli chez les  
 communautés Baoulé et Bété de Taabo, Djébonoua et Daloa (Côte d'Ivoire)**  
 Navouon FANNY & Koffi Dermane KOUAKOU..... 489-502
- 32. Analyse des tendances lourdes à l'objectivation du projet  
 de gestion durable des mangroves à Ouidah au Bénin**  
 Appolinaire D. GNANVI ..... 503-519
- 33. Structures publiques et privées dans la lutte contre  
 le VIH/sida à Bouaké : ambivalences et logiques**  
 Affoua Toutouwa Marie ADOU, Dimi Théodore DOUDOU,  
 Zié Adama OUATTARA & Lorraine Nadia KOUADIO..... 520-543

### Science de l'éducation

- 34. Les difficultés de l'expression orale des étudiants arabophones libyens,  
 cas des étudiants du département de français de Waddan**  
 Fodé Baba KEITA..... 544-557

### Sciences juridiques et politiques

- 35. An assessment of the challenges of representation  
 of Cameroonian women in politics**  
 Stanley Chung DINSI..... 558-575

## **Disparités spatio-temporelles des formations sanitaires publiques À Brazzaville en république du Congo**

**Berchmans Giraldo Audron**

*Doctorant en géographie de la santé,  
Université Marien Ngouabi  
Brazzaville - Congo,  
Email : [giraldoaudron@gmail.com](mailto:giraldoaudron@gmail.com)*

&

**Clotaire Claver Okouya**

*Maitre de conférences CAMES,  
Université Marien Ngouabi  
Brazzaville - Congo*

### **Résumé**

L'inégale répartition spatio-temporelle des formations sanitaires publiques dans la ville de Brazzaville en république Congo, a été le corollaire du modèle d'urbanisation coloniale française. Par ailleurs elle fut accentuée lors des applications des politiques sanitaires postcoloniales dont le privilège de desserte médicale fut accordé aux espaces centraux de par leur fonction et leur enjeu. Ceci se traduit par une territorialisation des faits de santé. D'un côté les anciens quartiers mieux aménagés avec une gamme de soins hétérogène et abondante, de l'autre côté les nouveaux quartiers mal aménagés ayant une offre de soins de santé homogène de faible qualité. Nous avons utilisé les techniques d'observation, d'entretien et enquêtés à l'aide des questionnaires 118 professionnels de santé, ménages (1014), les professionnels d'urbanisme (20) ainsi que les 33 CSI (18enquêtés) et 8 hôpitaux (2 de références enquêtés) où nous avons dépouillées les registres de juin 2021 à avril 2022. De même avons utilisé ici la méthode diachronique pour appréhender primo les conditions d'installations et de développement spatio-sanitaire. Les principaux résultats de cette étude indiquent que le modèle de planification urbaine fut fondé sur le principe de ségrégation d'où les disparités de desserte et de couverture médicale à l'échelle des arrondissements avec un taux de 21,5 %, limité par plusieurs déterminants.

**Mots-clés** : disparités spatio-temporelles - formations sanitaires - urbanisation - Brazzaville - république du Congo

### **Abstracts**

The unequal spatio-temporal distribution of the public health in the city of Brazzaville in Republic of Congo was the corollary of the french colonial urbanization model. Furthermore, the latter was accentuated during the applications of different postcolonial health policies through which the privilege of medical service was granted to central spaces due to their stake. This results in a territorialization of health facts. On the one hand, the old, better-developed neighborhoods with a Homogeneous low-quality healthcare offering. We surveyed sample of 1152, made up of 118 health professionals, households (1014), town planning professionals (20) as well as 33 CSIS (18 surveyed) and 8 hospitals (2 reference surveyed) where we analysed the registers from June 2021 to April 2023. We used the systematic method in order to integrate all aspects of the question. The main results of this study indicate that the urban planning model was based on the principle of segregation, hence the existence of these health care disparities in space and time. 21,5 % is the rate of medical cover limited by many factors.

**Keywords**: spatio-temporal disparities - health facilities - urbanization - Brazzaville - republic of Congo

## **Introduction**

L'urbanisation et la santé ont un lien très étroit qui, ne date pas d'aujourd'hui mais depuis l'antiquité. Si la santé influence la morphologie de la ville à travers la taille des rues, des avenues de façon à faciliter la circulation de l'air qui, est source de certaines maladies comme le prévoit l'hygiène publique, l'urbanisation quant à elle modèle la géographie des soins de santé. Cependant, ces deux domaines ont choisi chacun son chemin il y a des milliers d'années même si à ce jour ce lien tend à se renouer. Ceci c'est en raison des problèmes qui découlent de cette séparation.

Le terme urbanisation signifie l'action d'urbaniser, c'est-à-dire de favoriser la croissance des villes (dictionnaire petit robert). Cette dernière n'est guère un phénomène très ancien en Afrique noire. En effet, entre les années 1000 et 1500 avant notre ère, il existait déjà en Afrique les villes comme Djenné-Djenno au Mali dans la vallée du Niger, au nord et au sud de l'actuel Nigeria. Les cités telles que Gao, Kano et Kumasi atteignaient probablement 100.000 habitants (Y. Marguerat, 1992 cité par Audron Berchmans Giraldo, 2019). Cependant, ce système de planification des villes africaines fut opacifié au déterminant du nouveau modèle de planification urbaine française dès l'ère coloniale.

De 1950 et aux années des indépendances en 1960 en Afrique en générale, en particulier en Afrique subsaharienne, on assiste ainsi à une croissance urbaine mettant en avant ce modèle d'urbanisme français, dominant en raison de ses nombreuses colonies dans la région. C'est à travers celle-ci que vont naître des villes françaises d'Afrique dont s'inscrit le Congo-Brazzaville. En effet, dès sa création, la fabrication de cette ville ne s'était pas faite selon les principes urbanistiques au sens strict du terme, ni d'après le modèle français même sur son propre territoire. On note toutefois des points concordants car la ville française d'Afrique est calquée de celle de la métropole ceci en terme de processus de production de territoires (techniques et outils). Il s'agit entre autres du choix du site de préférence le long des cours d'eaux, le plan en damier (rues et avenues se coupant en formant un angle droit) de même que quelques outils de planification urbaine qui sont la copie du colonisateur (SNAT, PLU, SDAU, POS et autres). Pourtant, cette urbanisation amorcée durant l'ère coloniale est ségrégationniste tant en matière spatiale que sanitaire. C'est ainsi, que naissent primo des inégalités spatiales et les disparités sanitaires entre ces espaces occupés par les blancs dit centre-européen (mieux aménagés et doté d'offre de soins diversifiée et abondante) et ceux des noirs appelés quartiers indigènes (mal aménagés, spontanés surtout ayant une offre de soins homogène et de faible qualité). Par ailleurs durant la période postcoloniale, les premiers plans

nationaux de santé ne se font pas conformément aux recommandations l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Initiative de Bamako. Hélas acteurs impliqués opèrent des choix plus politiques et géostratégiques pourtant l'idéal est de réduire ces écarts de santé malheureusement ils sont aussi partielle ce qui renforce d'avantage ladite situation.

Au vu et au su de ces disparités spatiales le Congo, par le biais du ministère de la santé et de la population s'emploie depuis des années à réduire cette inégale répartition des formations sanitaires publiques dans la ville qui demeure très marquée. Ceci en renforçant le dispositif sanitaire. En effet, ce problème de disparités spatio-temporelles des formations sanitaires publiques se pose avec acuité et est un problème de santé publique. De E. D. April (1993), B.G. Audron (2019) passant par les travaux de F. Ndzani (2018) et les autres, cette question du lien urbanisation est santé connaît un regain d'intérêt. Parce que ces deux domaines sont indissociables. En effet, la répartition l'offre de soins de santé est dictée par l'aménagement spatial qui obéit au poids démographique, la fonction, l'enjeu et influence des espaces. C'est dans cette perspective que s'inscrit ce présent travail dans la ville Brazzaville. Pour se pencher sur la corrélation qui existe entre la planification urbaine et la répartition des soins dans la ville nous sommes posé des questions ci-après : Quel est le modèle de planification spatiale de la ville de Brazzaville ? Autour de celle-ci jouxtent les questions spécifiques suivantes : Comment sont réparties spatiale les formations sanitaires publiques dans l'espace et dans le temps à Brazzaville ? et enfin quel en est l'impact de l'inégale répartition spatiale des formations sanitaires publiques sur l'accès aux soins adéquats publics dans la ville de Brazzaville ?

Pour répondre à ces questions nous nous sommes assigné les objectifs ci-après. L'objectif général s'agit d'appréhender le modèle de planification spatiale de la ville Brazzaville. Les deux objectifs spécifiques sont : connaître la répartition spatio-temporelle des formations sanitaires publiques à Brazzaville et enfin évaluer l'impact de l'inégale répartition spatiale des formations sanitaires publiques sur l'accès aux soins adéquats publics dans la ville de Brazzaville. Les hypothèses sont les suivants : la planification spatiale à Brazzaville est basée sur un modèle de ségrégation, il y a une inégale répartition spatio-temporelle des formations sanitaires publiques à Brazzaville et pour finir l'inégale répartition des formations sanitaires publiques expliquent le faible accès aux soins adéquats à Brazzaville.

## **1. Méthode**

### **1.1. Revue de la littérature**

Elle a permis de comprendre la manière dont les précédents ont été abordés la problématique de la distribution spatiale des soins de santé en milieu urbain.

- La collecte de données de terrain et leur traitement.

En 2020, une première partie de l'enquête a permis de faire un état de lieu de la géographie des soins de santé publique à Brazzaville à travers la base de données de la direction générale de la population ajouter à cela ceux des neuf (9) districts sanitaires de la ville, capitale politique. Ce travail de terrain a constitué dans un premier par un stage de recherche au ministère de l'urbanisme, de l'habitat et du cadre de vie ainsi que son service décentralisé à la mairie de Talangaï dans le but d'appréhender l'urbanisation de ladite ville et son lien avec la planification sanitaire, par ailleurs nous avons fait le terrain afin de circonscrire les formations sanitaires publiques de l'ère coloniale à nos jours et connaître leurs historiques. Et enfin nous avons administré des questionnaires spécifiques pour chaque catégorie des enquêtés et eu des entretiens avec les personnes ressources à savoir les professionnels de santé, les spécialistes urbains (aménageurs, architectes, gestionnaire urbains et urbanistes) mais aussi avec la population (chef des quartiers, représentants du COSA et ménages). Les logiciels de système d'information géographique (map info et QGIS) nous a permis de réaliser la cartographie de la zone d'étude et le logiciel sphinx pour la saisie des masques de données et l'analyse. Enfin le logiciel Word pour le traitement du texte.

### **1.2. Sources des données**

Les données démographiques : les statistiques de la population proviennent de la DGPOP (direction générale de la population), de la carte sanitaire 2017 et recensement général de la population, 2023

### **1.3. Echantillon**

Nous avons travaillé sur un échantillon de 1152 soit 118 professionnels de santé, population (1014) et les professionnels d'urbanisme (20), ainsi que les 33 et 8 hôpitaux de références enquêtés.

### **1.4. Corpus théorique et techniques**

Dans cette présente étude nous avons mis l'accent sur la méthode diachronique, en effet celle-ci nous permet d'appréhender les conditions d'installations et de développement de l'espace



ainsi celui du dispositif sanitaire en un mot le développement spatio-temporelles des soins de santé publique. Nous avons utilisé entre autres l'observation, les entretiens et les questionnaires.

## 2. Résultats

### 2.1. Présentation de la zone d'étude

Brazzaville est la capitale administrative et politique du Congo, avec une population 2.145.783 habitants (recensement général 2023). La ville est composée de neuf (9) districts sanitaires terme sanitaire oud arrondissements du point de vue administratif. Tous fonctionnels avec 33 aires de santé ou quartiers. Dans ces districts on trouve un centre hospitalier universitaire, huit (8) hôpitaux généraux, trente et trois (33) centres de santé intégrés, six postes de santé, huit (8) cabinets dentaires, trente et un (31) cliniques et quatre (4) cabinets médicaux soit un total de 120 formations sanitaires inégalement répartition sur l'espace.

**Figure n°1 : Découpage administrative de Brazzaville (2011)**



## **2.2. Modèle de planification spatiale à Brazzaville**

La fabrique de la ville de Brazzaville est le fruit de la colonisation française. En effet, suite au traité protectorat signé entre Makoko, roi de Mbé et Pierre Savorgnan de Brazza en 1880, l'ancien village Mfoa (actuelle Brazzaville) va être aménagé. De ce fait les conditions d'installations et de développement de cet espace comme dans toutes les colonies françaises sont basés sur le principe ou modèle de segregation. À ce propos la circulaire du 15 juin 1909 du gouverneur général Martial Merlin impose officiellement une ségrégation spatiale d'où il écrit « les villages indigènes sont un foyer de contagion, un réservoir inépuisable de virus de toutes endémies qui menacent l'européen d'où le village indigène et la ville européenne doivent occupés des quartiers distincts ». C'est dans cette perspective qu'au Sénégal par exemple précisément à Dakar en 1858, certains villages dont Lébou ont été évacués pour que les européens s'y installent. Les autorités coloniales rachètent des espaces auprès des indigènes qu'ils exproprient. (Catherine Coquery-Vidrovith, 1969 :21). Dans la même perspective Catherine C.V écrit entre les années 1923 à 1925 : « en Côte- d'Ivoire les postes à vocation administrative et militaire sont aménagés par les français séparés des espaces noirs ». Tout comme ces villes, Brazzaville n'échappe pas à cette logique de l'urbanisation coloniale. En effet, E. Spanner (1992) cité par D. M. Kodia (2011 :15), cet architecte du gouvernement de l'Afrique équatoriale française écrivait « les quartiers de Poto-poto et Bacongo, les agglomérations indigènes sont séparées du centre européen par le ravin de la glacière et la ligne du chemin de fer ». Ici il ressort bien ce modèle de ségrégation spatiale de la part de l'acteur chargé de la planification urbaine, en particulier spatiale. Cette pratique de production des territoires va influencer le développement de l'espace dans la ville de l'ère coloniale à nos jours. Ainsi, nous avons un espace colonial et postcolonial. Il faut avant tout comprendre que l'homme noir est vu inférieur au colonisateur français. Pour marquer cette différence hiérarchique l'habitat blanc doit différer de l'habitat noir.

## **2.3. Conditions d'installations et de développement de Brazzaville durant l'ère coloniale**

### **2.3.1. Centre européen**

Cet espace est implanté au centre de la ville sur le site de plateau et de plaine, sur des terrains saints, propres. Il est constitué des quartiers tels que : plateau, la mission ou Aiglon, plateau des 15 ans, quartier général, quartier Tchad et le quartier plateau. Séparé des quartiers noirs. ce dernier est mieux aménagé par rapport aux quartiers indigènes puisqu'il est bâti par la société immobilière d'Afrique équatoriale française (SIAF) qui, donnera la naissance au fil du temps à la section immobilière du Congo (Si Congo). Son plan est en damier avec les tracés des ruelles

sont perpendiculaires avec des avenues qui forment un angle droit (Direction générale d'urbanisme et de d'habitat : enquête de terrain, 2021) à proximité du fleuve-Congo. Ce sont les topographes, les géomètres et architectes sans oublier la main d'œuvre indigène qui se s'étaient employé. Ici les immeubles destinés à loger les administrateurs français tels que la première case construit dans le quartier plateau, les villas individuelles et les logements publics sont construits en matériaux durables (ciment, béton, carrelage, fer, feuilles etc.). Toutes ces opérations sont financées à hauteur de 49 % par la banque de paris et les Pays-Bas ainsi que les établissements privés et aussi la caisse centrale de la France d'outre-mer à 25 % (B. Toulhier, 1996 :10).

### **2.3.2. Habitat noir (villages indigènes)**

Parfois dit Brazzaville- noire, cet espace est moins aménagé, constitué dès sa création des quartiers Poto-poto et Bacongo. Ceux-ci sont situés à la périphérie du centre-europeen, séparé par des obstacles (ravin et chemin de fer). Il est implanté sur un site mal salubre contrairement aux sites des espaces blancs. C'est le cas du quartier Poto-poto implanté sur un terrain marécageux d'où tiré son nom qui est la traduction de marécage en langue véhiculaire (Lingala). Les parcelles sont spacieuses, cinq (5) fois plus grandes que celles du centre européen. (E. D. April, 1993 : 34) de manière à ce que leur développement se fasse vers la périphérie afin de maintenir cette ségrégation spatiale. La trame des rues et des avenues sont parallèles les unes aux autres en mot en plan damier, délimitent les blocs de parcelles qui, sont constitués de plusieurs parcelles de même taille en un mot cette portion homogène. La construction des habitations est faite par les indigènes avec des matériaux de fortune comme : planches, feuilles, pailles etc. (Direction générale d'urbanisme et de d'habitat : enquête de terrain, 2021).

Cet espace s'est étalé durant l'ère coloniale. En effet, d'autres quartiers vont voir le jour suite à l'extension de ces deux premiers des migrations des hommes de l'intérieur vers Brazzaville pour des grands travaux d'aménagement (chemin de fer par exemple). Au nord à partir de Poto-poto sort des terres Ouenzé et MOUNGALI à l'Ouest. Au sud à partir de Bacongo voit le jour Makélékélé, Mfilou. Tous ces nouveaux quartiers furent naguère des portions des anciens quartiers. Le tracé des rues si spacieux et rectiligne facilitait le contrôle des indigènes de façon à voir tout ce qui s'approchait du centre européen de loin donc un esprit rationaliste qui tranche avec les villes européenne (Milandou, 1983) cité par Jean Pierre Banzouzi. Les parcelles indigènes ont des dimensions plus importantes que celles du centre européen, construites à 50 % du coefficient d'occupation du sol (COS). Noté bien des camps militaires furent implantés

à périphérie de ces quartiers aux fins de saper les possibles soulèvements ou représailles des noirs.

**Figure n°1 : Brazzaville pendant la période coloniale**



Source : *Brazzaville la verte 33 -51 -1 -1*, Bernard Taulier, 1996, 14 p

#### **2.4. Nouvelle configuration spatiale (actuelle)**

L'espace urbain va s'étendre après l'ère coloniale. Les nouveaux quartiers voient le jour dans les zones périphériques. La production de ces espaces est avant tout non planifié c'est-à-dire non pas fait l'objet d'une quelconque construction urbanistique en un mot spontané mais surtout anarchique. Elle est l'œuvre d'une politique de laisser faire sans respect des règles d'urbanistiques (occupation des zones interdites zones de collines, inondables le long des rivières) quoique fait partir des traces des colons c'est-à-dire bâti à partir du même plan en damier. Ici on assiste à une extension spectaculaire du foncier caractériser par le manque de financement, l'anarchisme le cas de la politique « tout pour le peuple rien que pour le peuple » qui stipule que la terre appartient au peuple, c'est ainsi que chacun s'est rué sur les espaces voire à occuper les sites vulnérables tels que les collines, les abords de la Tsiémé etc. Il sied de le préciser l'aménagement de l'espace n'a pas su réduire les écarts spatiaux nées du modèle

ségrégationniste dès la création de la ville, principale cause de ces distorsions. Cependant étant mal encadré celui-ci accroît les disparités spatiales. En effet, ceux qui sont à pied d'œuvre ne maîtrisent pas et ne respect guère les règles urbanistiques car leur but est de ne pas perdre les maigres recettes des taxes de permis d'occuper et les transactions foncières quand l'urbanisme se fait hors territoires officielles. Les années 1980 et 1982 la plupart des lots ont été revendus (Dorrier Appril, 1980 :14). Ainsi, on a aménagé vaille que vaille que la partie nord sur les collines de 300 à 500 mètres d'altitudes en 1974 (Dorrier. Appril, 1993 : 114), les collines Batéké défriché, loti et tracé par les chefs coutumiers en quadrillage, les rues délimitent les blocs de parcelles de 400 à 500 m<sup>2</sup>. Il eut des arpenteurs les après- midi ainsi que les agents municipaux qui travaillent pour eux-mêmes dans le nouveau quartier de Talangaï. Ce fut le cas pour d'autres espaces. Trois nouveaux quartiers naissent le premier cité et Djiri au nord, au sud Mfilou et Madibou. Avec cette nouvelle configuration le centre-européen fini par être intégré dans le quartier Poto-poto.

Il sied de noter que conformément au découpage administratif les anciens quartiers sont dits arrondissements ou communes. Depuis 2011 tout l'espace urbain est constitué de neuf (9) arrondissement comme le montre la figure (n°1).

### **2.5. Inégale distribution spatio-temporelle des formations sanitaires publiques à Brazzaville**

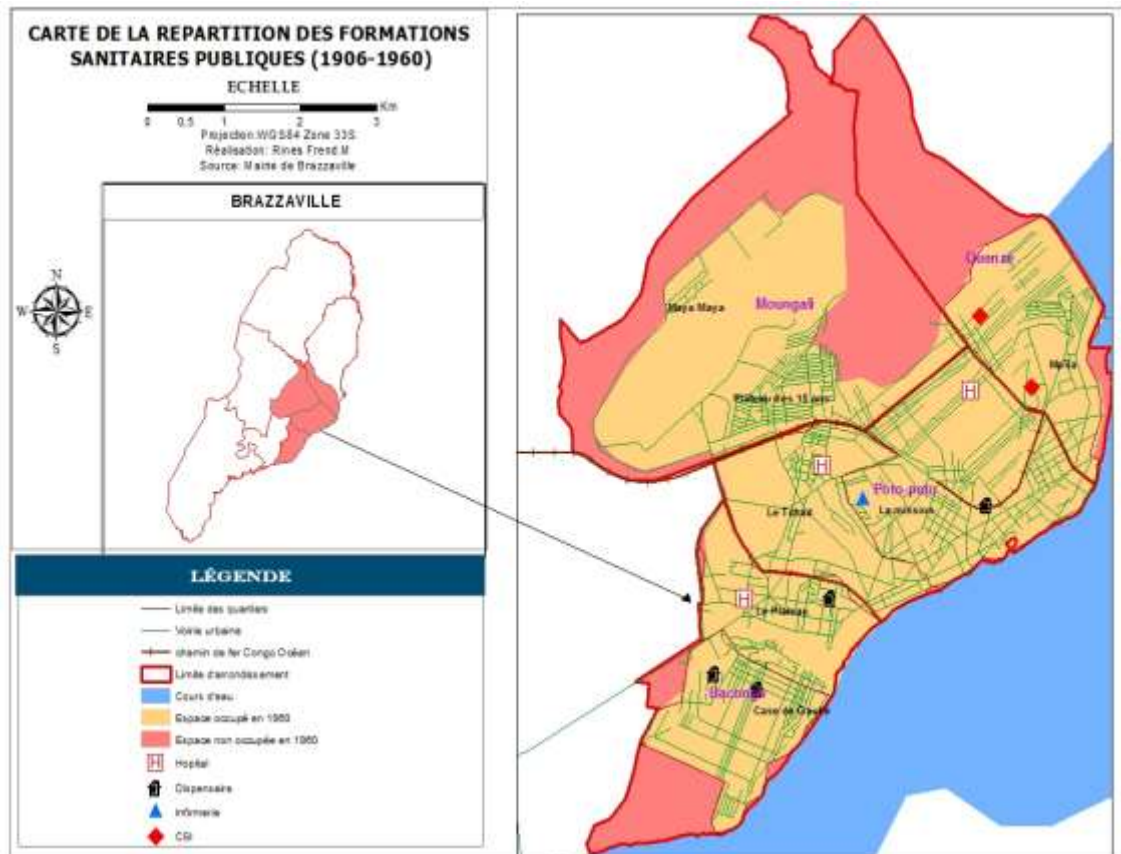
La répartition des infrastructures publiques de santé est calquée à l'image de la planification spatiale. Il faut avant tout savoir la planification urbaine en générale, en particulier à travers son ministère de tutelle dicte toutes les actions sur l'espace en milieu urbain. Par ailleurs c'est à travers l'urbanisme que sont réservés les espaces censés abriter certains équipements sociaux dont sanitaires. Ainsi, c'est de cette raison que l'organisation spatiale a une incidence sur la géographie des soins de santé qui en dépend. Tout comme l'espace, la planification sanitaire est aussi ségrégationniste. En effet, le but c'est de garder cette catégorisation raciale, l'idée est de mieux desservir les espaces d'occupations blanches, mais aussi rechercher à gagner les faveurs des noirs on les offrant les soins et surtout de les traiter car ils constituent un enjeu c'est-à-dire la main d'œuvre lors des travaux lourds voire des petits travaux chez les blancs (nounou, boyesse etc.). C'est ainsi que nous avons une territorialisation de santé c'est-à-dire une inégale desserte médicale dont l'accent est mis sur le centre européen d'abord que l'espace indigène pendant la période coloniale. Par ailleurs durant la période postcoloniale ce sont les espaces centraux qui sont privilégiés au détriment des nouveaux ou espace péricentraux. Sur

l'ensemble des quarante et six (46) formations sanitaires publiques réparties dans les neuf (9) districts sanitaires il y a des écarts de l'offre de soins sur espace au fil du temps.

**Dans les anciens quartiers ou arrondissements mieux aménagés (Bacongo, Poto-poto, Makélékélé, Moungali et Ouenzé de 1907 à 1960)**

On a implanté le CHU/B, l'hôpital de référence de drépanocytose, 5/8 des hôpitaux soit 62,5 % et 16/36 des centres de santé intégré soit 44,75 % en un mot nous avons 22 formations sanitaires soit 47,82 % mais cette desserte est plus qualitative en ce sens ou on trouve dans cet espace les établissements de santé des échelons 1,2, 3 et 4 de la pyramide sanitaire. En réalité les centres ci-après ont été implantés : la clinique saint Cluny, première formation sanitaire, implantée au centre-ville, le centre médical pour les maladies sexuellement transmissibles (MST) dans l'enceinte de l'actuelle FLASH ou Bayardelle, l'hôpital Saint Joseph, l'institut Louis Pasteur, les dispensaires qui deviendront dans le temps des centres de santé intégré pour desservir les locaux ou congolais. Il s'agit de BISSITA dans quartier Bacongo et Madame dans le quartier Poto-poto. Dès la mise en place du nouveau système qui désigne circonscription socio-sanitaire, on organise les établissements de santé s'ajoutent. Il s'agit de l'hôpital Général sur son premier site (actuel commissariat central dit le central), l'infirmierie de la Garnison de soins des militaires qui, deviendra l'actuel hôpital militaire dans le quartier Tchad. Toutes ces formations sanitaires sont situées à moins d'un (1) kilomètre des résidences de la population. Ces formations sanitaires avaient un personnel médical qualifié qui assuraient aussi des soins ambulatoires par équipes. Dans les quartiers péricentraux, on a implanté le dispensaire puériculture à Poto-poto. Dans l'arrondissement Poto-poto, on note la délocalisation du site du l'hôpital général qui, devient le centre hospitalier universitaire et son centre psychiatrique, la réhabilitation de l'infirmierie de la garnison qui devient l'hôpital des armées, l'implantation de l'hôpital mère et enfant Blanchés Gomes, le laboratoire national de santé publique, le centre national de la drépanocytose. Dans Bacongo fut implanté l'hôpital de référence du même nom et enfin au niveau de Ouenzé il fut implanté deux CSI.

**Figure n°2 : répartition des formations sanitaires publiques durant l'ère coloniale**



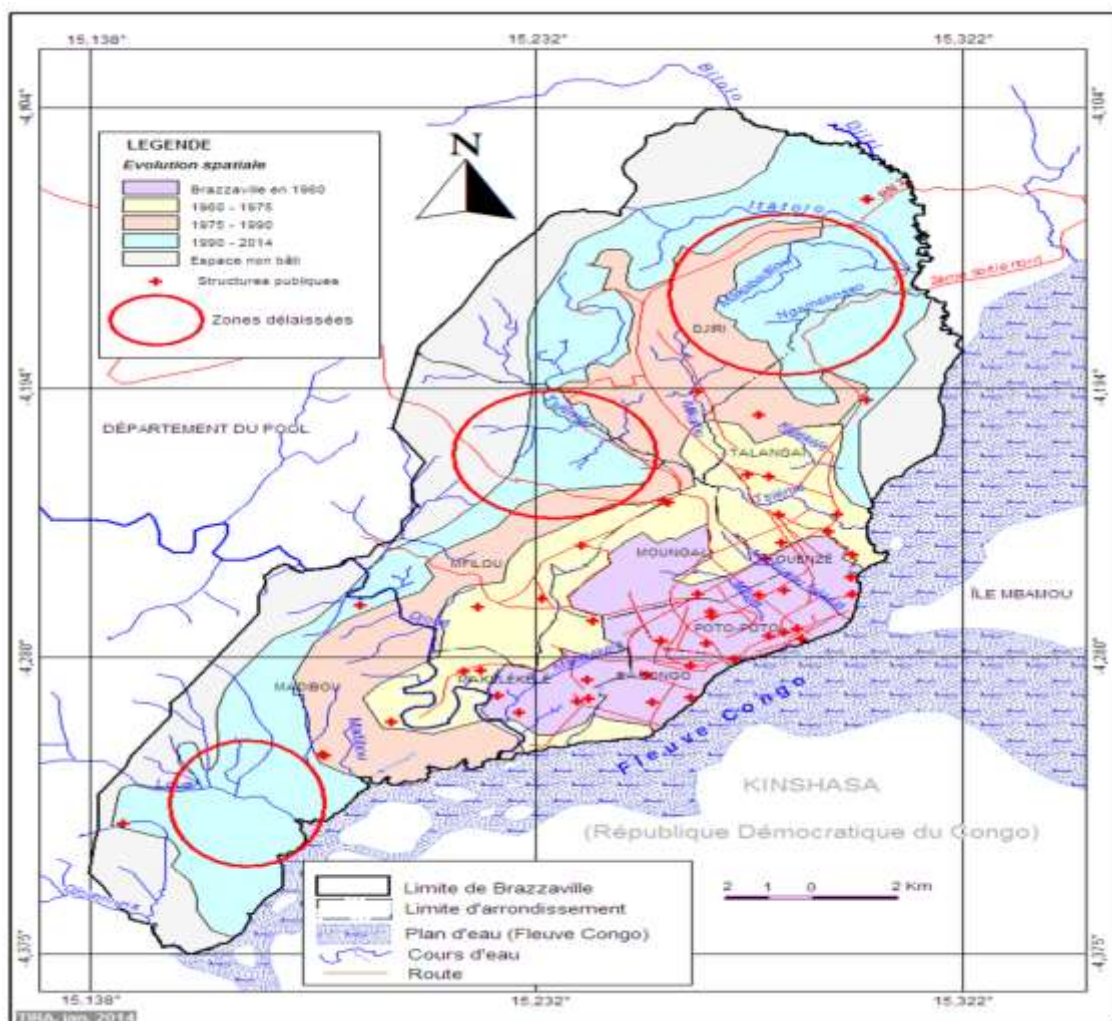
Source : enquête de terrain, 2021

**Dans les nouveaux quartiers ou arrondissements périphériques (Talangaï, Mfilou, Djiri, Madibou de 1960 à nos jours)**

Le contexte de desserte ou implantation des soins après la colonisation cadre avec celle des orientations de l'OMS qui, recommande à chaque état d'affecter 9 % de son budget à la santé, de celles de l'initiative de BAMAKO et surtout des premiers plans nationaux de développement sanitaire ( Audron Berchmans Giraldo, 2019 : 40). Hélas comme la planification spatiale la mise en pratique est aussi ségrégationniste ou partielle. Parce que ce sont les anciens quartiers ou espaces centraux qui sont privilégiés en laissant en reste les nouveaux quartiers ou arrondissements. Ainsi, dans ceux-ci l'offre de soins de santé est plus quantitative donc 24/46 soit 52,28 % de l'offre de soins locale. On y trouve 3/8 des hôpitaux donc 37,5 %, une léproserie et enfin 20/36 des centres de santé intégré soit 55,55 %. Cette distribution de l'offre de soins s'observe dans le temps et l'espace ou de manière diachronique. Dans ces quartiers furent implantés les équipements suivants : Au niveau du district sanitaire de Ouenzé on a deux CSI et la clinique municipale, dans Talangaï : un hôpital de référence et sept centres de santé intégré, district sanitaire de Mfilou-Ngamaba, c'est dans la partie sud -Est qu'on trouve

l'hôpital de référence et les deux centres de santé publique, alors que dans la partie nord et au centre il n'y a aucune structure de soins de santé publique. Dans le district sanitaire de Djiri, les disparités spatiales des formations publiques sont remarquables. Les parties périphériques nord et sud n'ont pas d'établissements de santé publique. Sur cet espace on trouve trois centres de santé intégrés et un hôpital de référence inégalement répartis. En somme, l'inégale répartition spatiale des formations sanitaires publiques est plus accentuée à l'échelle des arrondissements en particulier et au niveau des aires de santé ou quartiers qu'au niveau du département de Brazzaville. Elle est la conséquence de la planification et organisation urbaine.

**Figure n° 3 : Formations sanitaires publiques de Brazzaville durant la période postcoloniale**



Source : CERGEC, réalisée par Tira Alfred, 2018

En somme, l'offre de soins est inégale sur l'espace et dans le temps. Elle est constituée d'un centre hospitalier universitaire qui est aussi l'hôpital général, huit (8) hôpitaux de référence, un centre national de référence de drépanocytose, une léproserie ou hôpital de référence Raymond Poaty et trente et six (36) centres de santé intégrés. Les anciens arrondissements ont une gamme



diversifiée alors les nouveaux arrondissements ont une offre de soins de santé homogène avec des centres de premier contact ou échelon.

## 2.6. Impact de l'inégale distribution spatiale des formations sanitaires sur l'accès aux soins adéquats à Brazzaville

Les disparités spatio-temporelles des formations sanitaires influence négative l'accès aux soins adéquats dans cette ville. La résultante de celles-ci est la faible couverture médicale sur l'ensemble de l'espace, marquée par des disparités en termes de couverture médicale à l'échelle des arrondissements. Cet accès aux soins est de 21 %, il est très loin des standards de l'OMS fixé à 70 % ou il est dit acceptable. Etant implantées sur le principe de ségrégation, ces formations sanitaires publiques n'obéissent ni aux critères sanitaires (contact avec une artère, distance, plateau technique), ni géographie (environnement, type site d'implantation surtout pas urbanistiques (taille de la population, architecture et autres). Ainsi, malgré leur présence physique l'accessibilité ou utilisation n'est guère effective. Le taux de couverture est possible parce que formations sanitaires respectent plus ou moins certains critères quoique dans l'ensemble ce n'est guère le cas

### Utilisation ou fréquentation des formations sanitaires publiques

Pour évaluer la fréquentation des structures sanitaires il faut faire la différence entre la population cible ou population théorique avec la population réelle. Cela sous-entend connaître l'écart entre la population que l'on doit soigner à celle qui est réellement reçue dans les centres de santé. Ceci pour apprécier l'ajustement entre l'offre et la demande de soins. La fréquentation est donc un indice qui permet d'évaluer l'efficacité d'un système de soins de santé. Pour ce faire nous allons nous appuyer sur les différents taux de fréquentation des neuf (9) districts sanitaires du département sanitaire de Brazzaville. Plusieurs facteurs facilitent l'utilisation de ces centres de santé (figure n°2)

**Tableau n°2 : Accès aux soins de santé publics à Brazzaville**

Numérotation	Districts sanitaires	Couverture médicale(%)
1	Makélékélé	9
2	Bacongo	19,33
3	Poto-poto	24,47
4	Moungali	22
5	Ouenzé	13,7
6	Talangai	21,4
7	Mfilou-Ngamaba	29,5
8	Djiri	41,95
9	Madibou	14
Total	9	100

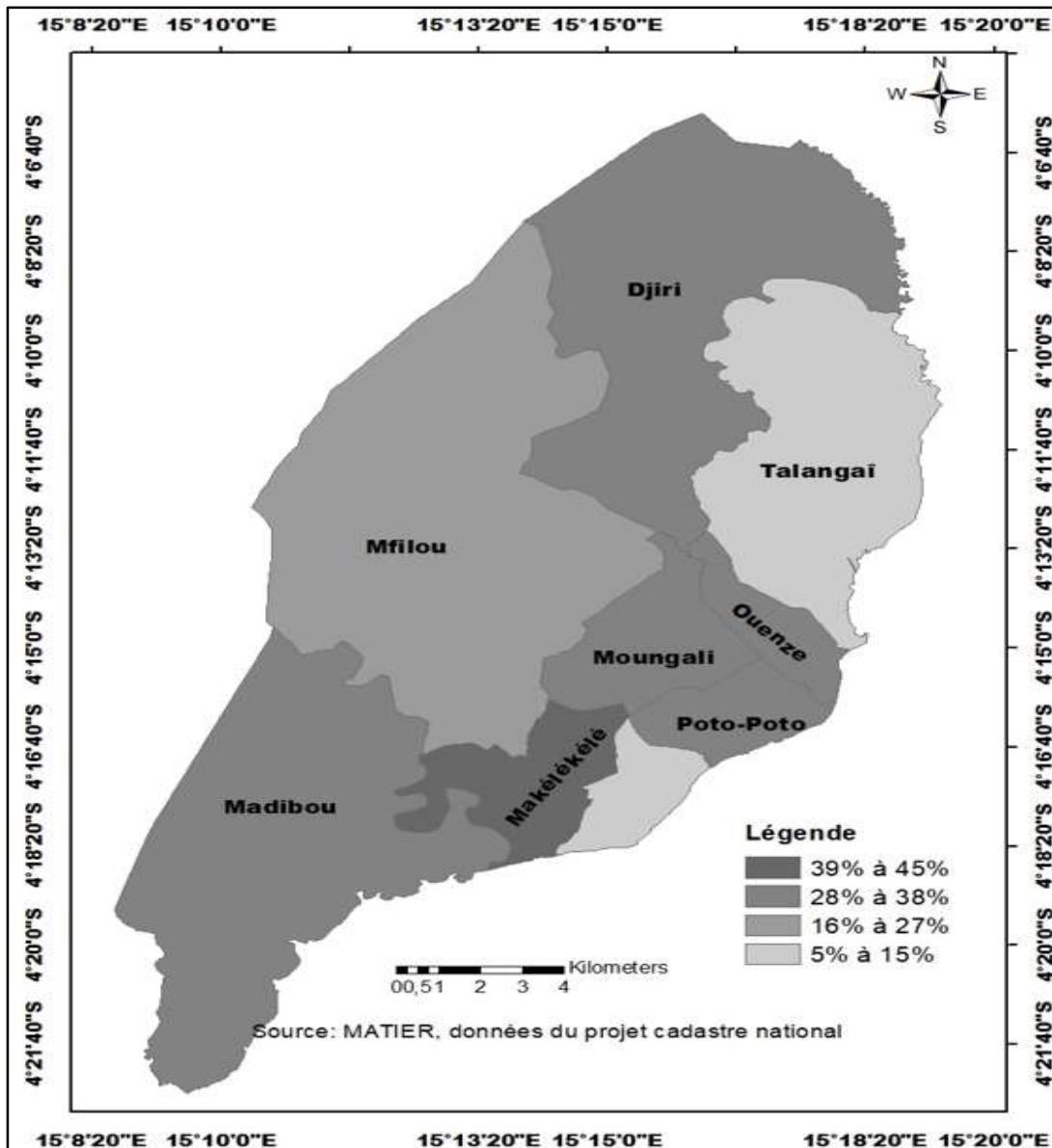
Source : enquête de terrain, 2021

Ainsi pour l'ensemble l'accès aux soins de santé à Brazzaville, on a la moyenne qui est égale à : Moyenne ou  $X = \frac{\sum ni}{N} = \frac{9+19,33+24,47+22+13,7+21,4+29,5+41,95+14}{9} = \frac{194,85}{9} = 21,5 \%$  .

Ce dernier varie à l'échelle des districts sanitaires ou arrondissements ainsi qu'à l'échelle des aires de santé ou quartiers enquêtés. Il ressort que sur plus deux millions d'habitants ou population théorique vivant dans la ville de Brazzaville avec ses neuf(9) arrondissement à peine 21,5 % de celle-ci a accès à la couverture médicale dans les formations sanitaires publiques. Cette couverture médicale présente des inégalités spatiales à l'échelle des districts sanitaires et des aires de santé. En effet, l'Etat étant le premier garant de la santé et le bien-être humain autrement dit le premier responsable censé à offrir des soins de qualité à tous est très loin du compte ou n'a jusqu'ici atteint son objectif. En effet, conformément aux normes édictées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) l'accès aux soins de santé moderne est jugé acceptable lorsque celui-ci couvre 70% de la population cible ou théorique du territoire. Sur ce dernier est insuffisant et surtout très loin du compte que ce soit à l'échelle de la ville, ni à l'échelle des arrondissements ou des districts sanitaires ainsi que au niveau les quartiers ou aires de santé enquêtées où sont implantés les formations sanitaires enquêtés excepté le quartier ou l'aire de santé Kombo qui a une couverture médicale acceptable atteignant 79% soit plus que le seuil de 70% fixé par l'OMS.

Parce que aucun district sanitaire tout comme la ville n'atteint ce seuil ni n'est proche de ce dernier. Le district sanitaire le mieux couvert est à 41,95 de couverture médicale qui équivaut presque à la moitié du seuil normal (OMS). Ainsi, l'accès aux soins demeure un véritable problème de santé publique d'où la nécessité de proposer des alternatives, pistes de sortie sa fin d'améliorer cet accès aux soins qui se pose avec acuité dans la ville-capitale ainsi que dans le reste du pays tout comme partout en Afrique, Europe par exemples. En conclusion, encore appelée couverture médicale, l'accès aux soins de santé dans le secteur public de la santé est faible. En effet, à peine 21% de la population est couvert (source : enquête de terrain, 2022) ce qui loin des standards de l'OMS car ce dernier est dit acceptable dans la mesure où 70% de la population est prise en charge. Cependant, on note des inégalités d'accès aux soins à l'échelle des arrondissements.

Figure n° 3 : Couverture médicale à Brazzaville :



Source : enquête de terrain, 2022

L'accès aux soins de santé modernes dans les formations sanitaires publiques dont l'hôpital universitaire le cas du CHU/B, généraux, spécialisés (blanches Gomes et Raymond Poaty), ceux de références (Talangai, Makélékélé, Mfilou, Bacongo) et centres de santé intégrés de toutes les catégories (les PMAE et PMAS) et les postes de santé, est le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs qui influent positivement ou négativement. C'est-à-dire des facteurs ou raisons qui favorisent la fréquentation de ces formations sanitaires (confère le tableau n°2).

Par ailleurs ceux qui limitent l'utilisation d'un centre sont la mobilité spatiale, l'accessibilité financière et la distance notamment l'éloignement entre le domicile et le centre de santé dépassant 10Km, l'absence d'une artère pour ne citer que ces facteurs (Audron B.G, 2019 : 99) de même que (E.D. April, 1993 : 45).

Dans la ville de Brazzaville suite à notre travail de terrain il ressort, que l'accès aux adéquats est facilité par 17. En d'autres termes cela signifie que l'utilisation ou la fréquentation des différents lieux de prestations publiques de soins sont rendues possible à travers les facteurs identifiés parmi lesquels s'inscrivent ceux-ci: la proximité au centre (c'est le rapprochement avec le lieu de soins), la qualité des soins (on dit que les soins sont de qualité lorsqu'ils améliorent l'état de santé du malade), les actes médicaux, le profil du centre, la rapidité d'accueil, le coût des soins (accessible ou raisonnable ou pas assez cher), la mobilité (mouvements sur l'espace), la disponibilité du personnel et son effectif notoire, la disponibilité des spécialistes, l'intervention chirurgicale, la relation avec une tierce personne, proximité avec le lieu de travail, le fait d'être soi-même un agent, accessibilité géographique (facilité de se rendre au centre sans contrainte), la référence...

Au nombre de ces facteurs identifiés il y a trois d'entre eux qui sont les plus déterminants. Il s'agit la distance ou proximité ; en effet plus un centre est moins éloigné de la population cela facilite sa fréquentation d'où le PNDS fixe la norme à respecter en termes à moins ou égale 10Km en milieu urbain. la qualité des soins, il est plus que déterminant, car peut pousser les patients ou la population à parcourir des grandes distances par exemple à laisser un centre situé à proximité pour celui qui est situé plus loin. C'est ainsi 1/3 de nombreux brazzavillois (Ouenzé, Mougali etc.) préfèrent se rendre au centre hospitalier universitaire de Brazzaville et les hôpitaux de références pour les problèmes de santé parfois les plus simples comme le paludisme qui se traite dans les formations sanitaires de premier contact (enquête de terrain) ;

Et pour finir le profil du centre ou établissement de santé. Le fait qu'un centre soit situé à un niveau élevé de la pyramide ou un plateau technique qui, lui confère une certaine capacité de traiter, constitue de ce fait un atout dans son utilisation par la population sanitaire.

En sommes, d'après nos enquêtes la proximité représente un pourcentage de 47,93%. Le premier facteur d'utilisation des lieux publics de soins de santé est la proximité, le deuxième est la qualité de soins qui représente 21,44% et enfin le troisième avec un pourcentage de 8,1%, il s'agit du profil des établissements de soins (CSI PMAS ou PMAE, hôpital de référence

**Tableau<sup>o</sup>2 : répartition des facteurs favorisant la couverture médicale**

Districts sanitaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9 bis	Pourcentage (%)	Total
Proximité avec le centre	34	123	46	41	45	172	40	27	40	47,93	523
Qualité des soins	16	58	21	17	27	26	22	23	24	21,44	234
Coût	3	19	0	0	0	3	3	3	0	2,84	31
Mobilité	4	4	0	3	2	4	3	0	0	1,83	20
Proximité au travail	0	0	4	0	0	1	1	0	0	0,54	6
Relation	2	3	0	2	0	0	0	2	2	1,00	11
Actes médicaux	3	18	5	7	0	29	2	4	5	6,9	73
Horaire	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0,36	4
Référence	3	3	0	0	0	1	0	0	2	0,82	9
Rapidité	8	9	0	2	1	3	1	7	1	2,93	32
Habitudes	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0,27	3
Spécialiste	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,09	1
Disponibilité	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0,36	4
Chirurgie	0	8	0	0	0	0	4	0	0	1,09	12
<i>Je travaille là</i>	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0,54	6
<i>Parent travail</i>	1	7	0	4	4	10	2	3	2	3,02	33
<i>Profil du centre</i>	6	21	3	7	3	40	3	6	0	8,15	89
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>257</b>	<b>81</b>	<b>83</b>	<b>88</b>	<b>294</b>	<b>81</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>1091</b>

Source : enquête de terrain, janvier à septembre 2022

### 3. Discussion

Les données recueillies lors des travaux de terrain montrent que l'aménagement urbain à Brazzaville a créé des disparités spatio-temporelles de santé. Les processus de production des espaces et d'implantation des formations sanitaires sont ségrégationnistes et n'ont que fait du respect de des normes architecturales et sanitaires c'est ainsi il y a une territorialisation des équipements de santé en ce sens où il y a une opposition entre les anciens quartiers mieux desservis en face les nouveaux quartiers moins desservis. Au niveau des quartiers anciens on y a implanté le CHU/B, l'hôpital de référence de drépanocytose, 5/8 des hôpitaux soit 62,5 % et 16/36 des centres de santé intégrés soit 44,75 % en un mot nous avons 22 formations sanitaires

soit 47, 82 % mais cette desserte est plus qualitative en ce sens ou on trouve dans cet espace les établissements de santé des échelons de la pyramide sanitaire. Par contre dans les nouveaux quartiers nous avons une offre plus quantitative donc 24/46 soit 52,28% de l'offre de soins avec deux de plus. On y trouve 3/8 des hôpitaux donc 37,5%, une léproserie et enfin 20/36 des centres de santé intégrés soit 55,55 %. Cette distribution de l'offre de soins s'observe dans le temps et l'espace ou de manière diachronique. La conséquence de tout ceci est la faible couverture médicale ou accès aux soins modernes dans la ville qui est loin des normes édictées par l'OMS à savoir 70 % signifie qu'elle est acceptable. A peine 26 % de la population est encadré, ceci est favorisé par dix et sept paramètres dont la proximité, la qualité de soins, le profil du centre et autres...

### **Conclusion**

La ville de Brazzaville a été aménagée selon un modèle de ségrégation. Ceci a pour conséquence les disparités spatiales entre les quartiers ou espaces d'habitations. Tout comme la planification spatiale et l'organisation sanitaire furent ségrégationnistes au fil du temps. Ainsi, n'acquies une territorialisation de santé autrement dit des espaces mieux desservis et ceux moins desservis en un mot une inégale répartition spatio-sanitaire. Cette inégale répartition des soins ne reste pas sans conséquence en matière d'accès aux soins. Cela sous-entend, elle est en corrélation avec la faible couverture médicale. Pour ce faire, la solution serait de réduire ces disparités mettant en place les nouvelles bases d'aménagement à savoir géographiques, sanitaires et urbanistiques aux fins de renforcer le dispositif sanitaire. Ce n'est qu'à ce prix que ces disparités seront réduites même si l'enjeu reste de taille en termes de sources de financement, volonté politiques et spécialistes en aménagement des soins de santé.

### **Références bibliographiques**

- AUDRON Berchmans Giraldo, 2019, *offre de soins de santé dans l'arrondissement 5 Ouenzé (Brazzaville-Congo)*, mémoire de master, Université Marien NGOUABI, 154 p.
- DIANZINGA Scholastique, 2009, « Santé et maladies en situation coloniale. L'exemple du moyen-Congo (1908-1958) », *Présence Africaine*, 1-16 p
- DORRIER-Appril Elisabeth, 1993, *Environnement et santé à Brazzaville (Congo). De l'écologie urbaine à la géographie sociale*, thèse de doctorat, Université de Bordeaux, 659 p.



MANCKESSI KODIA Dreid Miché, 2011, *La politique sanitaire à Brazzaville de 1906 à 1960*, mémoire de maîtrise, Université Marien NGOUABI, 96 p

NDZANI Ferdinand, 2018, *Le secteur privé de santé à Brazzaville (république du Congo). Étude géographique*, thèse de doctorat, Université Marien NGOUABI, 350p

OUEDRAGO Jean, 1998, *Les problèmes d'urbanisation au Burkina Faso : les enjeux des tensions urbaines à Ouagadougou*, mémoire de master, Université de Ouagadougou, 123 p

TOULIER Bernard 1996, « *Brazzaville la verte vol°1* », inventaire général, centre culturel français, Paris, 15 p

[WWW.Google.fr](http://WWW.Google.fr)