



**Thèse Présentée
par Monsieur
Maïmouna YMBA**

**UNIVERSITÉ FÉLIX
HOUPHOUËT-BOIGNY
D'ABIDJAN-COCODY**

**ACCÈS ET RECOURS AUX SOINS DE
SANTÉ MODERNES EN MILIEU URBAIN :
le cas de la ville d'Abidjan – Côte d'Ivoire**

30/03/2014



Université d'Artois - Arras
UFR Histoire - Géographie
École doctorale : Sciences Économiques, Sociales
De l'Aménagement et du Management (SESAM)
Laboratoire : Dynamique des Réseaux
et des Territoires – **DYRT** (EA 2468)



Université Félix Houphouët Boigny - Cocody - Abidjan
Institut de Géographie Tropicale (I.G.T)
Laboratoire de Géographie des Risques (LAGERIS)

THÈSE DE DOCTORAT

Spécialité : **Géographie de la santé**

Présentée par

Maimouna YMBA

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ FHB

ACCÈS ET RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ MODERNES EN MILIEU URBAIN : le cas de la ville d'Abidjan – Côte d'Ivoire



Soutenue publiquement le 30/03/2014

Sous la Direction de :

Yao Télésphore BROU, Professeur, Université de la Réunion
Kouassi Paul ANOH, Professeur, Université Félix Houphouët Boigny - Cocody - Abidjan

Devant le jury composé de :

| | | |
|---------------------------|--|-------------------------|
| M. Jérôme N'Guessan ALOKO | Professeur à l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan | (Rapporteur) |
| M. Kouassi Paul ANOH | Professeur à l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan | (Co-Directeur de thèse) |
| M. Yao Télésphore BROU | Professeur à l'Université de la Réunion | (Directeur de thèse) |
| M. Sébastien FLEURET | Directeur de Recherche au CNRS à Angers | (Président) |
| M. François MOULLE | Maître de Conférences à l'Université d'Artois-Arras | (Examineur) |
| M. Laurent VIDAL | Directeur de Recherche à l'IRD à Marseille | (Rapporteur) |

THÈSE DE DOCTORAT

Spécialité : **Géographie de la santé**

ACCÈS ET RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ MODERNES EN MILIEU URBAIN : le cas de la ville d'Abidjan - Côte d'Ivoire

Thèse écrite et soutenue par Maimouna YMBA

Cette thèse a été soutenue et financée en partie par le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA).



Photographies en couverture : Kakou Aimé (février 2010) et Ymba Maimouna (septembre 2010 ; mars 2011)



« Chacun a le droit de préférer une explication qui ne modifiera en rien l'affirmation que l'accès à la santé est à la fois un droit des citoyens et une condition du développement des nations ».

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Rima SALLAH, 2004

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma plus vive gratitude aux nombreuses personnes et institutions en France et en Côte d'Ivoire qui, de diverses manières, ont permis la réalisation de cette thèse.

Je tiens à témoigner ma gratitude dans un premier temps à mes deux directeurs de thèse, les professeurs Brou Téléphore et Anoh Paul, qui ont accepté d'encadrer mon travail. Je vous suis reconnaissante pour le suivi attentif de mon travail, pour votre disponibilité, votre patience, vos précieux conseils et vos remarques pertinentes qui m'ont permis de mener à bien cette thèse.

Je remercie d'ailleurs, particulièrement Monsieur Anoh Paul d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir recommandé au professeur Brou Téléphore qui m'a aidé à mettre en place la cotutelle de thèse Abidjan-Arras.

J'adresse de sincères remerciements à Monsieur Fleuret Sébastien (Chargé de Recherche au CNRS à Anger) et à Monsieur Laurent Vidal (Directeur de Recherche à l'IRD) d'avoir aimablement accepté de faire partir de mon comité de thèse, d'avoir consacré de leur temps au suivi de ce travail, ainsi que d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Enfin, je réitère mes vifs remerciements à Monsieur Vidal pour avoir apporté son jugement à ce travail en tant que rapporteur. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

Je tiens aussi à remercier Monsieur Aloko Jérôme pour ses observations en tant que rapporteur. J'adresse de sincères remerciements à Monsieur Moullé François pour avoir accepté de faire partie du membre du jury de ma thèse.

Au professeur Amat Roze et au Docteur Julie Vallée qui ont bien accepté de me rencontrer et de travailler avec moi sur les questions relatives à la problématique et à la méthodologie de ce travail de thèse. Je vous remercie d'avoir partagé avec moi toutes ces connaissances.

Je tiens à remercier le Docteur Kablan N'Guessan Hassy Joseph pour son soutien moral, sa disponibilité et ses conseils qui ont accompagné mes premiers pas à l'institut de géographie tropicale (IGT) jusqu'à l'aboutissement de ce travail. Plus que des remerciements, c'est toute ma reconnaissance et mon amitié que je lui adresse.

C'est aussi l'occasion d'adresser toute ma reconnaissance à mes professeurs de l'IGT à Abidjan, qui ont contribué à ma formation et m'ont toujours encouragé depuis mon arrivée à l'IGT. Je veux nommer Mme Céline Yolande Koffi-Bikpo, Mme Douka, MM. Kolibi Zuéli, Aloko Jérôme, Alla Della, Serhan Nasser, Dobé Lobognon, N'Gotta N'guessan, Kra Yao, Augustin Tiyébo Touré, etc.

Je tiens à remercier le Docteur Kouadio Eugène à l'IGT pour m'avoir offert des données cartographiques et les fonds de cartes. Je lui en suis très reconnaissante, car cette base de données a été d'une aide précieuse.

Compte tenu de l'accessibilité difficile aux données épidémiologiques pour non médecins, j'adresse mes sincères remerciements à M. Traoré Métahan, Administrateur et Manager des projets et programmes au Ministère de la santé publique qui m'a fourni les données épidémiologiques, les documents et les rapports sanitaires indispensables à la réalisation de mon travail. Je le remercie pour tous ses efforts et sa disponibilité malgré ses multiples occupations. C'est l'occasion pour moi de remercier également le Directeur régional de la santé d'Abidjan, tous les médecins chefs des districts sanitaires qui ont facilité la mise en œuvre de mes enquêtes sanitaires dans les structures de santé d'Abidjan.

Je tiens à remercier tous les professionnels de santé et administratifs en poste dans les structures de soins enquêtées, notamment Dr. Diarrassouba Korotoumou, Dr. Kouakou Christophe, pour leurs implications, leurs disponibilités et leurs conseils au bon déroulement de nos enquêtes. Leurs remarques m'ont beaucoup aidé dans les interprétations de certains aspects

épidémiologiques. Merci également à tous les patients qui ont bien voulu répondre à nos questions lors de nos passages dans les différents services de santé choisis pour notre enquête. Un grand merci à toutes les équipes médicales et paramédicales rencontrées, qui m'ont beaucoup appris et qui ont su se rendre disponible pour répondre à mes attentes. Je remercie tous les tradi-praticiens d'avoir gentiment accepté de répondre à toutes mes questions, même les plus indiscretes. J'ai énormément appris au cours de ses différents échanges sur cette médecine.

Je tiens à présenter mes gratitudes à CODESRIA, qui m'a accordé une bourse pour financer mes recherches documentaires et mes missions de terrain à Abidjan. Je dis particulièrement merci à madame Virginie Niang, assistante de programme pour sa marque d'attention illimitée envers les boursiers. Je remercie le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique de la Côte d'Ivoire pour la bourse de thèse hors Côte d'Ivoire, qui a permis de couvrir mes années de thèse en France. Je remercie particulièrement l'administratrice du programme en France, Mme M'Bra pour son attention et sa gentillesse envers les boursiers ivoiriens.

Je tiens à remercier Mme Dorothee Topart de l'école doctorale de l'université d'Artois. La grande gentillesse et la disponibilité que vous avez manifestée à mon égard durant ma formation à l'université d'Artois m'ont profondément marqué. Soyez-en remerciée.

Je souhaite remercier chaleureusement Aboké Hilaire pour ses conseils éclairés sur la gestion des compétences des différentes communes et du district de la ville d'Abidjan en ce qui concerne le domaine de la santé.

Merci également à Berté Noufou pour le temps qu'il a consacré à m'initier au logiciel Map-info.

Je ne saurais oublier tous ceux qui ont gracieusement mis à ma disposition la documentation qui m'a permis d'élaborer ce travail. Je pense aux différents responsables des bibliothèques, des responsables techniques des mairies de la ville d'Abidjan et autres institutions visitées pour le temps qu'ils m'ont consacré dans les secteurs relatifs à leurs compétences.

Je tiens aussi à gratifier ma reconnaissance aux enquêteurs de terrain, sans qui, ce travail n'aurait bien sûr pas été possible. Je les remercie pour leur motivation, leur implication mais aussi, pour tous les bons moments que l'on a pu partager. Je remercie tout particulièrement Bamba Hamed, Konan Martin, N'Dri Nadège et Yao Venance, avec qui, j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler.

Nous ne saurions clore ce chapitre sans mentionner l'incalculable compréhension de la population de la ville d'Abidjan et plus singulièrement des responsables des quartiers. Notre reconnaissance à tous les ménages de la ville d'Abidjan, qui ont accepté d'être interrogés lors de l'enquête sur les recours thérapeutiques malgré les moments difficiles de la crise.

J'adresse un grand merci à mes parents pour leurs conseils, leurs encouragements et leurs soutiens tout au long de ces années d'études. Je pense ici, à la grande famille YMBA en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, en Italie et en France et à ma tante Zoma Antoinette et à son défunt mari Ouedraogo Désiré.

Je remercie tous les amis en Côte d'Ivoire et ceux que j'ai rencontrés en France. Je pense tout particulièrement à Traoré Ali et à Sako Nakouma.

Au fil des longues années d'études et d'enquêtes, j'ai accumulé des dettes de reconnaissance à l'égard de nombreuses personnes que je ne peux pas toutes nommer, qu'elles trouvent ici, mes sincères remerciements.

Je ne saurais terminer sans exprimer toute ma gratitude et mon Adoration à notre Seigneur. Oui, cette œuvre est dédiée avec la plus grande considération à notre Seigneur Dieu Tout Puissant, qui a toujours été auprès de moi. Seigneur, merci du fond du cœur pour toutes ses grâces et ses miracles que vous avez formulés à mon égard, afin de me permettre de réaliser cette thèse, qui me tenait tellement à cœur. Cet ouvrage est le vôtre, car sans votre présence et votre bénédiction au quotidien, je n'y serais jamais arrivée.

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------|----|
| REMERCIEMENTS..... | 4 |
| LISTE DES SIGLES..... | 9 |
| Résumé/Abstract..... | 10 |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE..... | 11 |

PREMIÈRE PARTIE

| | |
|--|------------|
| OFFRE DE SOINS ET ORGANISATION DU TERRITOIRE, QUELLES CONSÉQUENCES POUR L'ACCÈS AUX SOINS À ABIDJAN..... | 48 |
| <u>Chapitre I.</u> Contexte de l'étude : du pays à la ville d'Abidjan..... | 49 |
| <u>Chapitre II.</u> Croissance urbaine et dynamique de l'offre de soins moderne dans la ville d'Abidjan..... | 102 |
| <u>Chapitre III.</u> Une offre de soins dense mais inégalement répartie, révélatrice d'un espace "fragile" pour l'accès aux soins..... | 137 |
| Conclusion : Première partie..... | 197 |

DEUXIÈME PARTIE

| | |
|---|------------|
| L'OFFRE DE SOINS MODERNE AU REGARD DES BESOINS ET DE LA DEMANDE EN SOINS DANS LES LIEUX DE RÉSIDENCES DES ABIDJANAIS | 198 |
| <u>Chapitre I.</u> Adéquation entre offre et besoin en soins de santé dans les lieux de résidences..... | 200 |
| <u>Chapitre II.</u> Disparités d'utilisation des services de santé : analyse de la demande de soins.. | 239 |
| <u>Chapitre III.</u> Volume et variation saisonnière de l'activité des structures de soins | 271 |
| Conclusion : Deuxième partie..... | 312 |

TROISIÈME PARTIE

| | |
|--|-----|
| LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS DES MÉNAGES DE LA VILLE D'ABIDJAN | 314 |
| <u>Chapitre I.</u> Cadre et enjeu de l'enquête domiciliaire à Abidjan..... | 318 |
| <u>Chapitre II.</u> Les pratiques thérapeutiques des ménages face à la maladie..... | 351 |
| <u>Chapitre III.</u> Déterminants des recours thérapeutiques étudiés..... | 417 |
| <u>Chapitre IV.</u> Aptitudes des structures de soins à soigner les malades à Abidjan..... | 442 |
| Conclusion : Troisième partie | 463 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE | 464 |
| Bibliographie | 472 |
| Table des matières | 492 |
| Table des illustrations | 502 |
| Annexes | 510 |

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

- ACP** : Analyse en Composante Principale
- BNETD** : Bureau National d'Études Techniques et de Développement
- CAH** : Classification Ascendante Hiérarchique
- CCT** : Centre de Cartographie et de Télédétection
- CHR** : Centre Hospitalier Régional
- CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CNTIG** : Comité National de Télédétection et d'Information Géographique
- CPN** : Consultation PréNatale
- CSI** : Cabinet de Soins Infirmier
- CSM** : Cabinet de Soins Médical
- CSU** : Centre de Santé Urbain
- CSR** : Centre de Santé Régional
- CSUS** : Centre de Santé Urbain Spécifique
- CREDES** : Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
- DIPE** : Direction de l'Information de la Planification et de l'Évaluation
- ENSEA** : École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée
- ESPC** : Établissement Sanitaire de Premier Contact
- FSU** : Formation Sanitaire Urbaine
- Hbt** : Habitant
- HG** : Hôpital Général
- IB** : Initiative de Bamako
- IGT** : Institut de Géographie Tropicale
- INS** : Institut National de la Statistique
- IRD** : Institut de Recherche et de Développement
- Km** : Kilomètre
- N ou n** : Effectifs
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- ORSTOM** : Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer, organisme aujourd'hui remplacé par l'IRD
- PEPFAR** : Plan d'urgence du Président Bush pour la lutte contre le SIDA
- PMI** : Protection Maternelle Infantile

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNPMT : Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome de l'Immuno-Déficiéncie Acquisé

SIG : Système d'Information Géographique

SPSS : Stastical Package for Social Sciences

SSP : Soins de Santé Primaire

TF : Taux de Fréquentation

Trad : Traditionnel

TU: Taux d'Utilisation

VIH : Virus d'Immunodéficiéncie Humaine

VGE : Valéry Giscard d'Estaing

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

WHO: World Health Organization

% : Pour-cent

‰ : Pour-mille

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Résumé

La ville d'Abidjan est localisée au Sud de la Côte d'Ivoire. Elle est la capitale économique depuis 1983 et la première ville du pays. Elle concentre le potentiel humain et une offre de soins dense et diversifiée répartie sur de faibles distances physiques, donnant l'impression que tout est accessible. En effet, l'État Ivoirien a consenti d'importants investissements pour construire et équiper des services de santé depuis l'émergence de la ville au début du siècle dernier pour améliorer l'accès aux soins des abidjanais. Pourtant, malgré une augmentation considérable du nombre d'infrastructures sanitaires et de leur disponibilité, les taux d'utilisations et de fréquentations des services de santé modernes dans les communes de la ville d'Abidjan restent faibles et les indicateurs de santé demeurent très préoccupants et les besoins de soins sont importants. En plus, la croissance spatiale et démographique accélérée que connaît la ville entraînent des changements rapides dans son organisation territoriale empêchant les autorités publiques chargées de la planification de suivre le rythme de sa croissance urbaine. Ils ne sont pas toujours parvenus à équiper en services urbains les nouveaux espaces au fur et à mesure de leur création et à intégrer les nouveaux citoyens aux origines diverses.

Cette thèse permet d'étudier, comment, dans un contexte considéré comme privilégié, se pose la problématique de l'accès et du recours aux services de santé modernes. Pour réaliser ce projet, cette étude, à partir des combinaisons d'analyses spatiales, statistiques, et d'un travail de terrain, analyse les inégalités socio-spatiales d'accès aux services de santé pour mettre en exergue le problème de l'accessibilité aux soins, tant physique, culturelle, matérielle que sociale. Elle mesure également l'adéquation de cette offre de soins moderne aux besoins de soins des populations pour identifier les zones et les populations défavorisées pour l'accès aux soins. Et enfin, cette étude analyse les pratiques citoyennes du recours aux soins, ainsi que les déterminants qui limitent ou facilitent l'accès aux soins dans la ville d'Abidjan.

Les résultats des études montrent que les services de santé existent, ils sont denses et diversifiés, mais ils ne sont pas répartis là où il y a le plus de besoins de soins. Dans notre étude, on souligne aussi une prédominance de la prise en charge à domicile des épisodes morbides notamment à travers l'automédication et une diminution de l'utilisation des services de soins modernes. Le recours aux structures de soins se fait rare dans les quartiers où les besoins en soins de santé sont les plus importants. L'automédication ou la médecine de rue sont généralement les plus privilégiées. Les structures de soins sont sollicitées que lorsque la maladie devient très grave. Nos résultats montrent également qu'il est difficile d'attribuer à un facteur le rôle déterminant des recours thérapeutiques, car les comportements sont à la fois déterminés par les caractéristiques socio-démographiques de l'individu, de sa famille et par des paramètres contextuels, mais aussi par les caractéristiques de l'épisode morbide, par la connaissance du système de soins environnant et les attitudes vis-à-vis du système de soins. Néanmoins, nous pouvons dire qu'à Abidjan, les pratiques citoyennes du recours aux soins sont tributaires de la capacité économique des ménages avec le risque accru de marginaliser les personnes les plus vulnérables.

Mots clés : Croissance spatiale et démographique – Offre de soins – Accès aux soins – Recours aux soins – Activité du système de soins – Demande de soins – Besoins en soins de santé – Inégalités d'accès – Comportements vis-à-vis de la maladie.

Access and health care seeking in the modern health care in urban space : the case of the city of Abidjan - Ivory Coast

Abstract

The city of Abidjan is located in the South of the Ivory Coast. It is the economic capital since 1983 and the first city of the country. It concentrates human potential and health of dense care supply modern and diversified divided on weak physical distance, giving the impression that everything is approachable. In effect, the State of the Ivory Coast approved important investments to construct and equip services of health care since the emergence of the city at the beginning of last century to improve the access to health care of abidjanais. However, in spite of a considerable increase among health facilities and among their availability, the rates of uses and company of the services of modern health care in the spaces of the city of Abidjan remain weak and the indicators of health remain very worrying and the needs in care of health are important. On top of that, the space and demographic speeded up growth which knows the city draw away quick changes in her territorial organization preventing the public authorities made responsible with planning for following the rhythm of its urban growth. They did not always manage to equip new urban spaces with timely urban services and to integrate new citizens at the various origins.

This thesis allows to be studying, how, in a considered context as privileged, settle the problems of access and health care seeking in the services of modern health. To accomplish this plan, this study, from the combination of spatial analysis, statistics, and field work, analyses the socio- spatial inequality of access to the services of health to head with the problem of accessibility in care, so physical, cultural, material that social. It also measures the adequacy of health care supply at the needs in care of health of populations to identify zones and populations discriminated for the access to health care. And finally, this study analyses the city practices in the use of health care, as well as the determinants that hinder or facilitate access to health care in the city of Abidjan.

Study results show that the services of health exist, they are dense and manifold, but they did not leave again where there are most needs in care of health. In our study, they also underline a predominance of the taking care at home of morbid episodes notably across self-medication and a reduction of the use of the services of modern care. The seeking in structures of health care becomes rare in the space where the needs in care of health are the most important. Self-medication or street medicine are the most favouring in general. Structures of health care are solicited that when illness becomes very serious. Our results also show that it is difficult to allocate to a factor the role determining therapeutic seeking, because behaviours are determined at the same time by the socio-demographic characteristics of the individual, his family and by contextual parameters, but also by the characteristics of morbid episode, by the knowledge of the ambient the health care system and attitudes in relation to the health care system. However, we can say that in Abidjan, the city practices of health care seeking are depend on the economic capacity of household with risk augmented to marginalize the most vulnerable persons.

Key Words : Spatial and demographic growth – Health care supply – Access to health care – Health care seeking – Activity of the health care system – health care needs – Needs in care of health – Inequality of access health care – Illness-related behaviour.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les populations de l'Afrique de l'Ouest connaissent de réelles difficultés d'accès aux soins de santé [Kouassi, 2008]. Les gouvernements de ces États et de nombreux partenaires au développement (UNICEF, OMS, PNUD, FNUAP, UNFPA, ONUSIDA, PEPFAR, etc.) ont fait le choix de soutenir d'importants investissements pour construire et équiper des centres de santé de base pour un meilleur accès et une utilisation plus appropriée des services de santé. Ces efforts visent l'amélioration de l'état de santé de la population, par la diffusion des soins préventifs et curatifs du type moderne.

Pourtant, malgré une augmentation considérable du nombre de centres de santé, leurs fréquentations n'ont pas beaucoup varié et les indicateurs de santé demeurent très désastreux dans ces États (le taux de mortalité infantile par exemple était de 107 pour mille en 2008 et l'espérance de vie à la naissance 51 ans en 2008, [OMS, 2009]).

Les efforts visant à améliorer l'accès aux soins reposeraient-ils sur une meilleure couverture sanitaire qui conduirait à une utilisation plus appropriée des services de santé ? Il s'agit là d'une condition nécessaire, mais pas suffisante. La question de l'accès peut prendre en compte d'autres critères tels que les facteurs culturels, sociaux, psychologiques, environnementaux et économiques, sans compter le point de vue des gestionnaires de la santé publique qui n'est pas celui de la population.

Une définition opératoire du concept d'accès devient dès lors nécessaire. Il convient donc de s'interroger ici sur les facteurs qui conditionnent ou freinent l'accès aux services de santé. Une telle approche, permettant de définir des groupes sociaux ou des zones à risques pour l'accès aux soins, se révèle fort utile pour la planification sanitaire.

I. Le concept d'accès

L'accès aux services de santé est une problématique complexe et spécifique à chaque contexte [Malengreau, 2005]. La littérature s'attachant à définir ce concept est très abondante. Cela est dû à la position centrale qu'occupe ce concept pour les sciences humaines, sociales et médicales qui traitent des soins et des services de santé. Pour comprendre ce concept et lui donner un contenu pratique et opérationnel, avec toutes les dimensions qu'il implique, nous allons baser nos propos sur une définition plus large de l'accès, en nous appuyant sur les travaux de [Thomas et Penchansky, 1981] (développés par Jean-Luc Richard dans sa thèse de doctorat, 2001). Bien que datant de 1981, ces travaux présentent encore à l'heure actuelle l'avantage de proposer un cadre conceptuel pertinent dans l'analyse du concept d'accès. Thomas et Penchansky proposent ainsi de décomposer ce concept en cinq dimensions : **Disponibilité** (*Availability*), **Accessibilité** (*Accessibility*), **Commodité** (*Accommodation*), **Capacité financière** (*Afordability*) et **Acceptabilité** (*Acceptability*).

Nous prenons chacune des cinq dimensions de l'accès, sous l'angle des barrières à surmonter pour que le malade accède à un thérapeute. Nous allons caractériser chacune de ces dimensions dans notre étude sur « l'accès et le recours aux soins de santé moderne dans la ville d'Abidjan ».

I.1. Définition générale du concept d'accès

Définie brièvement comme l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins [Picheral, 1984], la géographie des soins repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité.

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier, culturel ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles. Dans la littérature américaine, l'accès aux soins est un des déterminants de la qualité du système de soins [Gold, 1998].

L'équité est également une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographiques, économiques, culturelles et sociales.

La ponctualité est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement. Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins).

L'accès et l'accessibilité dans cette définition sont synonymes, mais pour certains auteurs ces deux termes ne sont pas nécessairement équivalents. L'accès et l'accessibilité sont tous les deux en rapport avec le concept de l'action. Mais l'accès est une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soins), tandis que l'accessibilité est une notion théorique considérée comme le potentiel d'accès au service.

La position clé occupée par le concept de l'accès, explique sans doute la multiplicité de ces définitions, tantôt très étroites, tantôt extrêmement larges. Frenk [1992] affirme à juste titre qu'une revue de la littérature à ce sujet laisse l'impression d'un inextricable réseau de mots et de signification. Il expose quelques-unes des raisons, renvoyant à la multiplicité des approches, qui empêchent toute élaboration d'un cadre conceptuel unifié. Tout d'abord, différents termes, notamment accessibilité et disponibilité, sont utilisés par certains auteurs comme synonymes d'accès, de plus, l'accès est tantôt considéré comme la propriété des ressources sanitaires, tantôt comme celle des utilisateurs potentiels et tantôt encore [Donabedian, 1973 ; Fiedler, 1981 ; Penchansky et Thomas, 1981] comme le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celles des ressources sanitaires.

Finalement, le champ couvert par le concept d'accès reste mal défini, notamment quant à ses limites avec celui d'utilisation. Small et Witherick [1986] ajoutent encore qu'ainsi définie en termes de transport, "l'accessibilité est la qualité relative possédée par un lieu résultant de sa localisation particulière dans un réseau de transport". Mais ils élargissent aussitôt cette définition en précisant que dans un contexte social, l'accessibilité renvoie à la capacité, pour différents groupes sociaux, d'obtenir des biens et des services. Ils rejoignent ainsi Gessler [1984] qui voit l'accessibilité comme un potentiel pour qu'un lien s'établisse ou encore [Parker et Khan, 1988], qui définit l'accès comme la capacité à atteindre un service et d'y être admis. Dans sa définition, le bureau of Health planning [1988] insiste à la fois sur la disponibilité préalable des services que suppose leur accès et sur les déterminants de l'accès, vus comme des barrières ou des facilitateurs : *la capacité de la population ou d'un segment de population d'obtenir les services de santé disponibles. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, géographiques, des facteurs temporels de localisations, architecturales, culturels, organisationnels et informationnels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services.*

Un peu plutôt, Lewis et Khan [1988] avaient déjà relevé que le moyen le plus efficace, quoique indirect de définir l'accès, est de le considérer comme des barrières qui doivent être surmontées pour obtenir un service. Ces barrières sont liées tant à la production de services (nombre de fournisseurs, distribution géographique, types et spécialisations, etc.) qu'à leur consommation (disponibilités financières, comportements de recherche de soins propres à chaque individu, aux groupes, etc.). Mais, l'approche de l'accès aux services de santé ou de leur utilisation à travers la notion de barrière remonte au moins aux travaux d'Aday et Andersen¹ [1974].

Thomas et Penchansky [1981] prolongent cette réflexion, en concevant l'accès comme un degré de concordance entre les patients potentiels et le système de santé, en décomposant ce concept en **cinq dimensions** bien définies que nous allons détailler et illustrer dans le contexte des pays en voie de développement.

¹ Le modèle fondateur dû à Andersen et à Aday est issu de l'approche Donabedian, que l'on peut qualifier de comportementaliste. L'individu est doté d'une prédisposition à consommer des soins (ses préférences, en quelque sorte, qui peuvent être culturellement déterminées) et d'un besoin de consommer, lié à son état de santé ; il réalise alors sa demande de soins latente plus ou moins bien selon les obstacles qu'il rencontre. Dans ce modèle, le rôle de l'évaluateur de l'accès aux soins consiste à estimer l'impact de ces obstacles, c'est-à-dire à « expliquer » le recours aux soins, en ce qui concerne les préférences et les besoins, par les différents obstacles.

Deux critiques sont adressées à cette analyse : D'une part, elle restreint la problématique d'accès à l'accès au système, et, d'autre part, elle définit l'accès comme le recours moyen et non selon une norme de résultat clinique [Grignon et Naudin, 1999].

Nous posons l'hypothèse que les efforts visant à améliorer l'accès aux soins à Abidjan reposent sur la prise en compte dans les politiques sanitaires des cinq dimensions de l'accès à savoir : la disponibilité, l'accessibilité, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité.

I.2. Définition de l'accès selon les cinq dimensions de Thomas et Penchansky

I.2.1. Disponibilité

Cette dimension proche de la notion de couverture sanitaire est définie comme **la relation entre, d'une part, le volume et le type des services existants et, d'autre part, le volume et le type de besoins des patients**. *À l'existence d'un besoin de santé doit donc répondre celle d'une offre de santé effective*. La disponibilité des services de santé comporte au moins trois composantes principales : présence **physique, disponibilité temporelle et fourniture de prestations adaptées en volume et en nature aux besoins**. Ce sont ces indicateurs que nous allons chercher à mesurer dans notre travail.

Par disponibilité, il ne faut en effet pas seulement entendre la simple présence physique d'une infrastructure sanitaire mais sa capacité réelle à produire un service [Donabedian, 1973]. Cependant, surtout dans les pays en développement, il convient de vérifier tout d'abord l'existence effective d'une infrastructure de santé d'une part, et d'un personnel adéquat la desservant, d'autre part, avant même de considérer le volume et la qualité des prestations fournies, ou même le niveau d'équipement médical. Comme le remarque Phillips [1990], la mention d'un dispensaire, d'un hôpital dans un rapport ou sur une carte sanitaire ne prouve pas qu'il soit desservi ni même qu'il existe. En Côte d'Ivoire, certains centres de santé de base ne sont pas (ou plus) dirigés par un médecin. De plus, l'absentéisme du personnel de santé, parfois de longue durée, est assez fréquent dans les structures de soins. Le manque de moyens techniques et de médicaments, l'encadrement aléatoire, l'absence de plan de carrière, les bas salaires, peuvent justifier cette négligence de la part du personnel de santé.

La qualité des soins dispensés doit également être prise en compte dans la notion de disponibilité. Dans les pays en développement, beaucoup d'infrastructures sanitaires de base sont gérées par des aides-soignants, des infirmiers ou des sages-femmes jouant le rôle dévolu à un médecin généraliste. Leur formation est souvent d'un niveau assez bas et d'un contenu mal adapté aux conditions réelles de travail [Ymba, 2011].

La supervision des services de santé est généralement très rare et ne correspond pas toujours aux besoins les plus criants du personnel de santé (par exemple, les supervisions sont souvent plus axées sur des tâches administratives que médicales). Ainsi, certains agents du fait d'une absence de contrôle et d'encadrement des tâches qui leur sont dévolues, s'adonnent à des pratiques (corruption, surfacturation, favoritisme, etc.) qui vont à l'encontre de la déontologie professionnelle et de l'éthique médicale.

La disponibilité en soins de qualité est le plus souvent restreinte par l'insuffisance et/ou l'absence de matériels et plus encore, de médicaments essentiels.

Lorsqu'une infrastructure de santé existe effectivement et **qu'elle est desservie en permanence, encore faut-il qu'elle délivre des services correspondant aux besoins du moment du patient potentiel**. Plus que la disponibilité, le bâtiment, le matériel, le médicament et le personnel, c'est la **disponibilité des soins qui importe**. Or, parfois la non-réhabilitation des structures sanitaires ne permet pas de dispenser des soins

appropriés aux malades. Par exemple, dans la ville d'Abidjan, la plupart des services de santé ont été construits après l'indépendance. Ces infrastructures qui ont été installées ne sont pas parvenues à suivre le rythme de la progression démographique de la ville. En effet, ces équipements sont actuellement dans des états de délabrement très avancés et parfois sous-équipés [Ymba, 2011]. Deschamps [2000] indique que dans ce contexte, les conditions d'hygiène sont très déplorable dans la plupart des services de santé publics en ville. Les soins n'y sont souvent qu'une caricature de médecine mettant en péril la santé des soignés et des soignants eux-mêmes.

Les villes sont relativement suréquipées en infrastructures sanitaires, avec un quasi-monopole sur les services de deuxième et troisième recours, avec des soins de santé primaires eux-mêmes de meilleure qualité à ceux des régions rurales [Phillips, 1990].

La couverture sanitaire des populations urbaines est globalement meilleure, mais **elle n'en demeure pas moins souvent fort inégale d'une ville à une autre, notamment en fonction de leur taille et de leur statut administratif, et d'un quartier à l'autre au sein d'une même ville**. Pour Eyckmans [2003] cette offre de soins abondante n'est bien souvent que virtuelle : tous les citoyens n'ont pas le même accès à ces soins, faute d'argent, de couverture sociale, etc. Ainsi, à Abidjan, les quartiers périphériques, où s'installent les nouveaux arrivants, sont moins bien pourvus en infrastructures sanitaires que les quartiers centraux ou anciens de la capitale [Ymba, 2011]. Cette mauvaise couverture relative et parfois absolue des marges des villes et des zones périurbaines est fréquente dans les pays en développement. Elle a par exemple été relevée à Pikine [Salem, 1990] et à Kingston [Bailey et Phillips, 1990]. En effet, les nombreuses recherches sur les niveaux de couverture médicale concluent toutes qu'il existe de grandes inégalités de couverture, quels que soient les systèmes politiques ou économiques, le niveau de développement et l'échelle d'analyse.

Par ailleurs, remarquons que **la disponibilité étant définie aussi comme la relation entre le volume de l'offre et de la demande de soins, l'existence d'une sur-disponibilité peut être envisageable**. Autrement dit, une offre plus importante que la demande peut être possible. Cette possibilité reste envisageable en milieu urbain tropical du fait de la concentration des ressources sanitaires dans les villes et du dysfonctionnement quasi généralisé du système de référence. Une offre supérieure à la demande est plus plausible en milieu urbain, surtout pour certains services spécialisés ayant une attractivité régionale, nationale et internationale (Afrique de l'Ouest).

Beaucoup d'études de couverture sanitaire ne font cependant pas ressortir l'influence de l'échelle d'analyse dans leur conclusion. La plupart se contentent en effet, de comparer pour un niveau administratif donné, à une échelle unique, le volume de population à celui des ressources, que ce soit le nombre d'infrastructures sanitaires par type de lits d'hospitalisation, ou de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes, etc. [El-Bushra, 1985 ; Mesa-Lego, 1985 ; Akhtar et Izhar, 1994 ; Okafor, 1987, 1991 ; Stevenson, 1987]. Par ailleurs, rares sont les auteurs qui s'intéressent à la densité de ressources sanitaires, non seulement en fonction de la taille de la population, mais aussi, de celle de l'unité administrative à desservir [Gershenberg et Haskell, 1972 ; Okafor, 1990].

De plus, comme le fait remarquer Phillips [1990], les mesures de couvertures sanitaires montrent seulement comment une certaine quantité de ressource est distribuée parmi la population. Elles ne prennent pas en compte les besoins relatifs des différents sous-

groupes de la population, alors que la définition de la disponibilité retenue ci-dessus, fait clairement référence au volume et au type de besoins des patients et non pas à la population générale, qui n'est qu'une approximation grossière. Des facteurs comme la structure démographique et l'environnement influencent aussi le niveau de besoins. En d'autres termes, si les mesures de couverture nous renseignent sur l'égalité et, sur l'inégalité de la distribution des ressources notamment, elles ne nous disent rien, en revanche, sur l'équité, qui voudrait que des équipements soient disponibles pour chaque individu et que chaque population ait recours selon ses besoins aux soins. Cet objectif est encore plus difficile à réaliser que celui de l'égalité.

1.2.2. Accessibilité

L'accessibilité aux soins, selon Picheral [2001], « c'est **la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé**, elle présente au moins deux dimensions : **matérielle et sociale**. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (**desserte**). Il est surtout fonction du couple **distance/temps** donc de la **proximité** ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur **social (inégalités)** et indicateur de **santé** fréquemment utilisés, **l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins, mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif** [Dever et Shannon, 1974 ; Phillips, 1986].

L'accessibilité se dit aussi de la possibilité **financière** de recourir à des services de santé (**couverture, assurance sociale**) ou à une **innovation** médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). Ces indicateurs seront mesurés dans notre travail.

La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (**équité**). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un **déterminant de santé** et un éventuel "**facteur de risque**".

Les auteurs regroupent la plupart des notions en faisant référence aux deux dimensions, géographique et économique. Concernant l'accessibilité géographique, c'est la notion de distance/temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours (la notion de desserte bien que l'intégrant est limitée). Concernant l'accessibilité financière ou économique, on doit remarquer que plusieurs choix de services sont en général possible et, donc, arbitrés dans un système de santé concurrentiel (libéral) et mixte, ou que l'on a affaire à un choix obligé mais gratuit (contraint) dans le cas des systèmes de santé directs.

Kashala, en 2005, va plus loin en définissant l'accessibilité comme la capacité d'un malade à recourir aux soins de santé nécessaires à son état. Elle est mesurée en fonction de la disponibilité des services de santé, de l'acceptabilité culturelle, de la distance à parcourir pour les atteindre et du coût à payer pour les services obtenus.

Penchansky et Thomas [1981], la définissent **comme la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet. L'accessibilité est une mesure de proximité**. C'est tout naturellement cette dimension de l'accès que **les géographes ont le plus explorée**. Leurs travaux consistent d'abord à mesurer et à modéliser. Il s'agit souvent de modèles du type gravitaire exprimant l'effet de la distance sur les contacts entre prestataires de services et patients. Autrement dit, il s'agit de quantifier la friction de la

distance, qui devrait progressivement diminuer l'interaction entre les services de santé et leurs patients potentiels au fur et à mesure que croît la distance les séparant. Cet effet de dissolution par la distance existe toujours. Mais son intensité est fort variable en fonction d'autres facteurs, comme le niveau hiérarchique du service de santé, l'âge et le sexe du malade, la disponibilité d'un véhicule ou le type de problèmes de santé [Mulvihill, 1991 ; Gesler, 1984].

Le but de ses recherches est largement opérationnel. Elles cherchent à proposer des découpages des territoires, à différentes échelles, afin d'y délimiter des aires de desserte de services publics selon des impératifs d'équité et d'efficacité. L'optimum idéalement aisé consiste à fournir des services dont l'accessibilité est aussi homogène que possible, pour un coût minimal [Dory, 1990].

L'accessibilité peut être considérée comme équitable lorsque des variables non contrôlables comme l'âge, le sexe ou la nature de la maladie peuvent expliquer l'utilisation des services. Par contre, elle ne l'est pas si cette dernière est liée à des variables comme l'éducation, le revenu ou l'absence de ressources [Thovez, Munan et Nabahi, 1981].

Différentes mesures de la distance séparant les services de santé de leurs utilisateurs potentiels sont communément utilisées pour décrire l'accessibilité. Certaines d'entre elles sont fortement influencées par la densité et la qualité des voies de communication, ainsi que par le mode de transport utilisé.

Les mesures de l'accessibilité potentielle de divers types de services de santé sont utiles pour planifier et localiser de nouveaux services de santé [Gould et Leinbach, 1966 ; Annis, 1981 ; OkaFor, 1984 ; Mehretu, 1985].

En milieu urbain, 84% de la population habite à moins de deux kilomètres d'un service de santé et à peine 3% habite à plus de cinq kilomètres [Kouassi, 2008]. En Côte d'Ivoire, la population urbaine habite à moins de cinq kilomètres d'un service de santé dans les grandes villes et à plus de quinze kilomètres dans les petites villes [DIPE, 2009]. Taidi [1985] indique que 99,8% de la population urbaine pakistanaise habite à moins de deux kilomètres d'un service de santé public ou semi-public. Ce type de données, à des échelles nationales et provinciales distinguant ou non les zones rurales et urbaines, sont sans doute insuffisantes pour localiser les sites de nouveaux services de santé devant améliorer l'accessibilité générale. Elles permettent toutefois aux politiciens et administrateurs de définir des priorités générales entre provinces et zones rurales et urbaines.

Les mesures a posteriori de l'effet de la distance sur le niveau d'utilisation effective des services de santé permettent de quantifier précisément la friction de la distance, souvent en relation avec d'autres facteurs tels que le niveau hiérarchique des services de santé, le sexe, l'âge, la pathologie et le niveau socio-économique du malade ou encore les moyens de locomotion à disposition [Walker et Gish, 1977 ; Gesler, 1979 ; Stock, 1983].

Ces études analysent la provenance des patients dans les services de santé en fonction de la distance du domicile. Haynes et Bentham [1979], ont relevé que le nombre de visites aux patients hospitalisés en Angleterre diminue avec la distance, alors que l'insatisfaction des visiteurs à propos de l'accessibilité des hôpitaux augmente avec celle-ci. Une mesure indirecte de la friction de la distance consiste à recenser les réponses relatives à l'accessibilité dans les enquêtes visant à élucider les motifs de choix d'un service ou d'un type particulier de service [Egunjobi, 1983], puis à les analyser en fonction de la distance séparant les répondant des services concernés. Ces informations a posteriori sur la friction de la distance sont, elles aussi très utiles pour la planification et la localisation d'autres services de santé, dans un contexte culturel et économique similaire.

Dans les pays en développement, la disponibilité et l'accessibilité des différentes formes de médecines traditionnelles sont souvent meilleures que celles de la médecine moderne [Good, 1987]. Il s'agit là d'une des causes du vif attrait qu'elles connaissent encore presque partout, attrait très rarement pris en compte dans les études de l'accessibilité des soins.

L'accessibilité géographique prend en compte l'accessibilité théorique, et non les pratiques réelles des patients. De plus, l'accessibilité géographique est une condition de l'accès aux soins et ne détermine pas à elle seule le recours effectif aux soins. D'autres paramètres doivent être considérés : la qualité des infrastructures routières, l'existence d'un réseau de transports collectifs, l'accessibilité économique et culturelle des populations, etc. [Credes, 2003].

I.2.3. Commodité

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. La notion de commodité renvoie à la possibilité d'un contexte pratique et facile (ou non !) entre le patient et le système de santé.

Les aspects temporels sont ici souvent prépondérants (les jours et les heures d'ouverture des services de santé, la présence régulière d'un agent de santé², le temps d'attente), mais non exclusifs. Il faut aussi prendre en compte le système de paiement, la prise en charge des urgences, les consultations téléphoniques, les systèmes de référence, etc.

En milieu urbain, on a la chance d'avoir un centre de santé ouvert en cas d'urgence. En plus, les médecins et infirmiers du secteur privé, ainsi que les tradi-praticiens, se montrent généralement plus souples que les professionnels du secteur public quant aux horaires. Contrairement au milieu urbain, en milieu rural les heures d'ouverture des services de santé sont souvent peu adaptées au rythme de travail des paysans. Ceux-ci quittent le village le matin pour les champs, avant même parfois que les centres de santé n'ouvrent et rentrent à la tombée de la nuit, lorsqu'ils sont déjà fermés. Consulter ou emmener son enfant en consultation entraîne donc la perte d'au moins une demi-journée de travail [Richard, 2001].

Dans les sociétés peu monétarisées, l'impossibilité de payer en nature les praticiens de la médecine moderne en limite fortement l'accès [Diakité, 1993]. Dans les quartiers pauvres des grandes villes africaines, par exemple, caractérisées par de grandes variations saisonnières de revenu, il en va de même de l'impossibilité d'obtenir des prestations à crédit auprès du secteur public. Ici encore, les tradi-praticiens et parfois les praticiens du secteur privé montrent davantage de souplesse. De plus, les tradi-praticiens d'Afrique subsaharienne percevaient et perçoivent encore pour certains d'entre eux, surtout dans les quartiers pauvres où il existe encore la "solidarité africaine", l'essentiel de leur rétribution, parfois sous une forme symbolique, après la guérison. Nul besoin alors, comme nous l'avons observé en Côte d'Ivoire (lors de nos enquêtes) par un homme mordu par un serpent, de quitter l'hôpital, sans avoir été traité, à cause du manque d'argent nécessaire à l'achat d'un sérum antivenimeux.

² Nous sommes ici à la limite entre les dimensions "disponibilité" et "commodité" de l'accès.

La quasi-totalité des systèmes de santé étant hiérarchisés, il existe presque partout une organisation préétablie "**appelé système de référence**". Ce système permet de rediriger les patients, si le besoin s'en fait sentir, des services de santé de base vers des services de plus en plus spécialisés et qualifiés. Une telle organisation de l'utilisation des services de santé permet, d'une part, d'offrir des prestations de base relativement bon marché et proches, et, d'autre part, de ne pas encombrer (comme c'est le cas en Côte d'Ivoire), les hôpitaux et les services spécialisés au sommet de la hiérarchie disposant de ressources rares et coûteuses.

Rigoureusement appliqué, le système de référence limiterait considérablement la variété des itinéraires thérapeutiques, en canalisant les malades selon des filières préétablies. Il s'ensuivrait une baisse sensible de la commodité d'utilisation des services de santé pratiquant un tel système. Or, on constate que ce système de santé, offre l'avantage de ne pas dresser de barrières supplémentaires devant les patients potentiels. Un premier contact, qui passerait obligatoirement par un service de base, souvent mal perçu par la population, risque de décourager le recours à un thérapeute "moderne". Il ne faut en effet pas oublier que l'automédication "moderne" ou "traditionnelle" constitue généralement le premier recours et que l'on ne s'adresse à un thérapeute qu'en cas d'aggravation ou de persistance de la maladie [Richard, 2001]. L'automédication se substitue ainsi largement à l'échelon sanitaire de base, et l'éventuelle entrée dans le système de santé à tendance à s'effectuer à un niveau intermédiaire.

I.2.4. Capacité financière

La capacité financière peut se définir comme la relation entre **le prix des prestations et la capacité du patient** (ou de sa famille, ou de son assurance) **à payer** (ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage). Ces indicateurs seront évalués et mesurés dans le cadre de notre travail.

Dans les pays en développement, très rares sont des personnes couvertes par une assurance-maladie. De plus, les bénéficiaires d'une telle prestation sociale (fonctionnaires, employés du secteur formel, etc.) ne se recrutent généralement pas dans les couches les plus démunies de la population ni les plus à risques. Les tentatives de créer des mutuelles ouvertes à tous, ou presque, [Moens, 1990 ; Criel, 1993 ; Ouégnin, 2004] ont souvent rencontré de nombreuses difficultés : réticences à cotiser pour une hypothétique future maladie, crainte "d'appeler" la maladie sur soi en la prévoyant, manque de confiance, malheureusement assez souvent justifié par les gestionnaires, rigidité du mode de paiement, sélection des groupes à risques, etc.

Dépourvus de ressources, à l'image de leurs habitants, les États du tiers-monde tendent à faire porter une part croissante du coût de la santé directement par les malades, notamment par le biais du financement dit communautaire, comme cela a été le cas dans le cadre du projet "Santé Abidjan". Les concepteurs du projet "Santé Abidjan" ont, en effet, proposé une idée sous la forme des Formations ou Centres Sanitaires Urbains à gestion communautaire (FSU-Com, CSU-Com). Ces formations ou centres offrent un système d'abonnement qui ne constitue pas encore une véritable mutuelle ou partage de risque, mais représentent plutôt un système naissant de prépaiement non mutualisé. Ces centres sont privés à but non lucratif et fonctionnent avec une gestion communautaire bénévole. La plupart des recettes sont générées par la tarification des actes de soins et la vente de médicaments.

La gratuité des soins de santé³, d'ailleurs assez souvent synonyme de médiocrité et de médicaments rares, laisse de plus en plus souvent place à une médecine publique payante, devant davantage s'autofinancer.

Si cette politique éloigne les plus pauvres des centres de santé, elle peut aussi y attirer de nouveaux patients par une disponibilité accrue en médicaments et en équipements offerts par les nouvelles ressources, en promouvant parallèlement aux financements communautaires, l'utilisation des médicaments essentiels vendus sous désignation commune internationale (DCI). Née de l'initiative de Bamako (1987), cette politique a contribué à limiter dans plusieurs pays en développement, l'augmentation du coût de la santé, tout en améliorant la qualité de l'offre des soins.

De nombreuses enquêtes dans les pays en développement ont démontré que la **capacité financière de la population constitue souvent une des principales, sinon la première, raison de l'inaction thérapeutique face à la maladie ou du choix d'un recours particulier** [Saverborn, Adams et Hein, 1996 ; Kouassi, 2008 ; Masasu, 2005] ou tout simplement du renoncement aux soins, en particulier chez les populations pauvres [Carrin, Perrot, et Sergent, 1994 ; Castro, et *al.*, 2000].

L'introduction d'un paiement ou d'une rapide augmentation des tarifs se répercute fortement sur le choix thérapeutique surtout si elles ne sont pas accompagnées d'une amélioration de la qualité des soins.

1.2.5. Acceptabilité

L'acceptabilité est l'une des conditions qui détermine le recours aux soins. Toujours selon Penchansky et Thomas (1981), l'acceptabilité est la relation entre **les caractéristiques des patients potentiels** (sexe, ethnie, langue, religion, localisation, etc.) et **les attitudes des parents des patients et celles du personnel des structures de santé**. L'acceptabilité fait essentiellement référence à la capacité, à la fois du prestataire de services et du patient, à surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux.

Cette dimension de la définition de l'accès donne parfois les vrais éléments de réponse aux déterminants du recours ou non recours aux soins [Richard, 2001]. Ce sont donc les variables qui caractérisent cette dimension, qui seront étudiées dans notre travail.

L'acceptabilité prend aussi en compte les attentes réciproques des uns et des autres et renvoie aux notions de qualité de l'accueil et d'efficacité thérapeutique.

Ce contact sera difficile lorsque ni la langue, ni la nosologie et l'étiologie des maladies ne sont pas partagées. Or, il est fréquent d'observer que dans les pays en développement, les agents de santé du système moderne exercent en dehors de leurs aires linguistiques. Des difficultés de communications avec les patients peuvent subvenir dans certains cas où les populations ne parlent que la langue locale ou si elles ont une conception de la maladie ne relevant pas de la biomédecine.

Au regard du problème de santé qui se pose, tous les recours thérapeutiques ne sont pas équivalents, comme l'a bien montré Mwabu [1986] pour le Kenya. *Un hôpital peut être plus acceptable qu'un autre, en raison de son affiliation religieuse, de la présence de proches parmi les*

³ La gratuité n'est quelquefois que la face officielle d'une réalité malheureusement plus mercantile [Killingsworth, Hossain, Wong et *al.*, 1999].

employés, gage d'un meilleur accueil, ou des parents à proximité, ce qui facilite l'hébergement et la pension des accompagnateurs [Lasker, 1981 ; Egunjobi, 1983 ; Jaffré et Sardan, 2003].

I.3. Accès et localisation

Des cinq dimensions caractérisant l'accès, c'est l'accessibilité et aussi la disponibilité qui intéresse en priorité le géographe.

Le cadre conceptuel proposé par Thomas et Penchansky offre l'avantage de distinguer clairement l'accès, concept général, de l'accessibilité, composante strictement géographique de l'accès. Ainsi sans nécessité de lui adjoindre un qualificatif, le terme accessibilité est équivalent à l'accessibilité géographique, à l'accessibilité physique et dans une certaine mesure à l'accessibilité potentielle, concept utilisé par d'autres auteurs.

La friction de la distance n'épuise pas la dimension spatiale de l'accès. En plus de la distance, la localisation des services de santé joue un rôle dans leur accès. Toutes les localisations ne sont en effet pas équivalentes, et à distance égale, une localisation peut être plus attractive ou répulsive qu'une autre [Shannon et Dever, 1974]. Par sa localisation plus favorable relativement aux voies de communication et aux réseaux de transport public, un service de santé peut être plus accessible qu'un autre, pourtant plus proche.

La formation sanitaire urbaine (FSU) d'Abobo à Abidjan est implantée dans l'un des plus grands marchés publics de la ville, ce qui a augmenté le taux de fréquentation de la formation sanitaire de 25%, à telle enseigne, qu'elle a développé de nouvelles activités [DIPE, 2006]. Cela peut se justifier, par le fait qu'il est possible pour les patients d'effectuer des déplacements à but multiple à cause de la présence du marché. La FSU d'Abobo est aujourd'hui devenue l'hôpital général d'Abobo-Ouest [Ymba, 2011]. Cette localisation judicieuse, des services de santé, répond bien à l'exigence de commodité, mais aussi partiellement à celle d'acceptabilité : les patients n'ont pas de réticences à se rendre dans un espace qu'ils fréquentent régulièrement et qu'ils comprennent⁴.

Par ailleurs, Baley et Phillips [1990] relèvent un cas de figure dans lequel la dimension spatiale de l'accès fait davantage référence à la localisation qu'à la distance. Ils constatent que les personnes ayant déménagé à l'intérieur de Kingston, en Jamaïque, restent souvent fidèles à leur ancien pourvoyeur de soins de santé, bien que cette fidélité implique généralement de plus long déplacement. Il y a donc une certaine inertie dans le comportement de recherche de soins, et la localisation de l'ancien domicile devient l'un des facteurs explicatifs du modèle d'utilisation actuel.

Des diverses études du CREDES ont démontré que l'on ne va pas en effet, systématiquement près de son habitation pour se soigner, mais que divers facteurs peuvent influencer le choix des patients [Lucas, Tonnellier, 1995]. Ce n'est pas parce qu'un hôpital ou un dispensaire est localisé dans un lieu que l'utilisation ou le recours par les populations environnantes y est nécessairement effectif. Un coût élevé, des temps d'attente longs, l'impossibilité pour les personnes ne parlant pas français de se faire comprendre et de communiquer, des horaires de consultations inadaptés, des moyens de transport inadéquats rendent certaines structures moins accessibles que d'autres en fonction des caractéristiques sociales et culturelles des usagers [Charreire, 2006].

Ces quelques exemples montrent bien que l'accessibilité, au sens où le définissent Thomas et Penchensky, ***n'est pas la seule dimension de l'accès incluant des composantes***

⁴ Le sens du mot "comprendre" ici pour montrer que les patients se sont appropriés l'espace de vie dans lequel est localisé l'hôpital général d'Abobo-Ouest.

spatiales. *La localisation des services de santé peut aussi influencer leur acceptabilité, ainsi que leur commodité et leur coût d'utilisation.*

I.4. Relation entre accès et recours (*utilisation des services de santé*)

Les cinq dimensions de l'accès que nous venons de définir déterminent le recours aux soins. Ces dimensions de l'accès agissent le plus souvent en combinaison [Gesler, 1984 ; Khan et al., 1998]. Elles sont d'ailleurs si étroitement liées qu'il devient difficile de les distinguer l'une de l'autre. Par exemple, disponibilité et accessibilité se confondent là où le patient doit parcourir un long trajet pour atteindre un agent de santé, comme c'est souvent le cas dans les pays en développement. Pour Lewis et Khan [1988] il est difficile à estimer l'importance relative des différentes dimensions et a fortiori des multiples barrières qu'elles recouvrent, car elles sont inextricablement liées. Elles peuvent de plus être d'une importance variable pour différents types de problèmes. Pour un service des urgences, par exemple, la localisation, le volume du personnel et l'équipement sont plus importants que les barrières psychosociales ou économiques, alors que pour un service de prévention ou de réhabilitation, les barrières psychosociales sont les plus importantes.

Thomas et Penchansky [1981] vont plus loin encore. Non seulement ils insistent sur l'étroite interrelation entre les cinq dimensions de l'accès, mais encore, ils définissent ces dimensions, elles-mêmes en termes d'interrelation entre le système de santé et la population à desservir.

La prise en compte de cette double interrelation entre pourvoyeurs de soins de santé et patients, d'une part, et des dimensions de l'accès, d'autre part, s'avère nécessaire en raison de la complexité même des liens qui se tissent entre les caractéristiques des uns et des autres, liens qui détermineront l'utilisation des services de santé.

Il devient évident que, si la définition du concept d'accès de Thomas et Penchansky [1981] clarifie le débat théorique, il reste malheureusement difficile de l'utiliser globalement pour mesurer concrètement l'accès d'une population aux services de santé et encore plus pour en prédire le niveau d'utilisation. Et cela d'autant plus que, d'un malade à un autre, mais aussi souvent, chez un même malade, c'est l'une ou l'autre dimension ou combinaison de dimension de l'accès qui déterminera l'utilisation au non d'un service de santé.

Puisque, selon Donabedian [1973], l'utilisation est la preuve de l'accès, ne serait-il pas possible d'employer des taux d'utilisation des services de santé comme mesure de l'accès ? Répondre à cette question nécessite d'élucider, brièvement, l'articulation entre accès et utilisation.

Pour certains auteurs, le concept général d'accès englobe aussi l'utilisation, la fréquentation des services, entant qu'aboutissement éventuel d'un processus décisionnel déterminé par les dimensions de l'accès. L'étroitesse du lien entre accès et utilisation est d'ailleurs mise en évidence par l'emploi fréquent du même substantif pour les désigner. Par exemple, Aday, Anderson et Fleming [1980], Fiedler [1981], Joseph et Bantock [1982] et Phillips [1990], distinguent l'accès probable ou potentiel, qui reflète l'existence d'un lien potentiel entre une démarche, les besoins de santé et une offre. Les services de santé présentent simultanément dans un même espace, de l'accès effectif, réel, réalisé ou révélé, c'est-à-dire l'utilisation. L'accès est alors défini *comme les dimensions qui décrivent simultanément l'entrée potentielle et effective d'une population dans le système de soins de santé* [Aday, Andersen et

Fleming, 1980] de niveau d'utilisation. Certains rajoutent aussi que *la satisfaction est alors une mesure indirecte de l'accès* [Andersen et Aday, 1978], bien qu'elle ne saurait seule suffire.

Cette conception n'est pas partagée par tous, comme le relèvent Penchansky et Thomas [1981]. Ces auteurs finissent par identifier la mesure et le phénomène mesuré ; *l'accès égale alors à l'entrée, autrement dit à l'utilisation*. Cette deuxième définition de l'accès, réductrice à nos yeux, peut par contre s'accommoder, de manière passablement tautologique, des seuls modes d'utilisation comme mesure de l'accès. Cette proximité, voire cette confusion, entre les concepts d'accès et d'utilisation, expliquent pourquoi les modèles agençant les déterminants de l'accès ou de l'utilisation se recourent fortement [Gross, 1972 ; Andersen, Aday et Fleming, 1980 ; Penchansky et Thomas, 1981 ; Dutton, 1986].

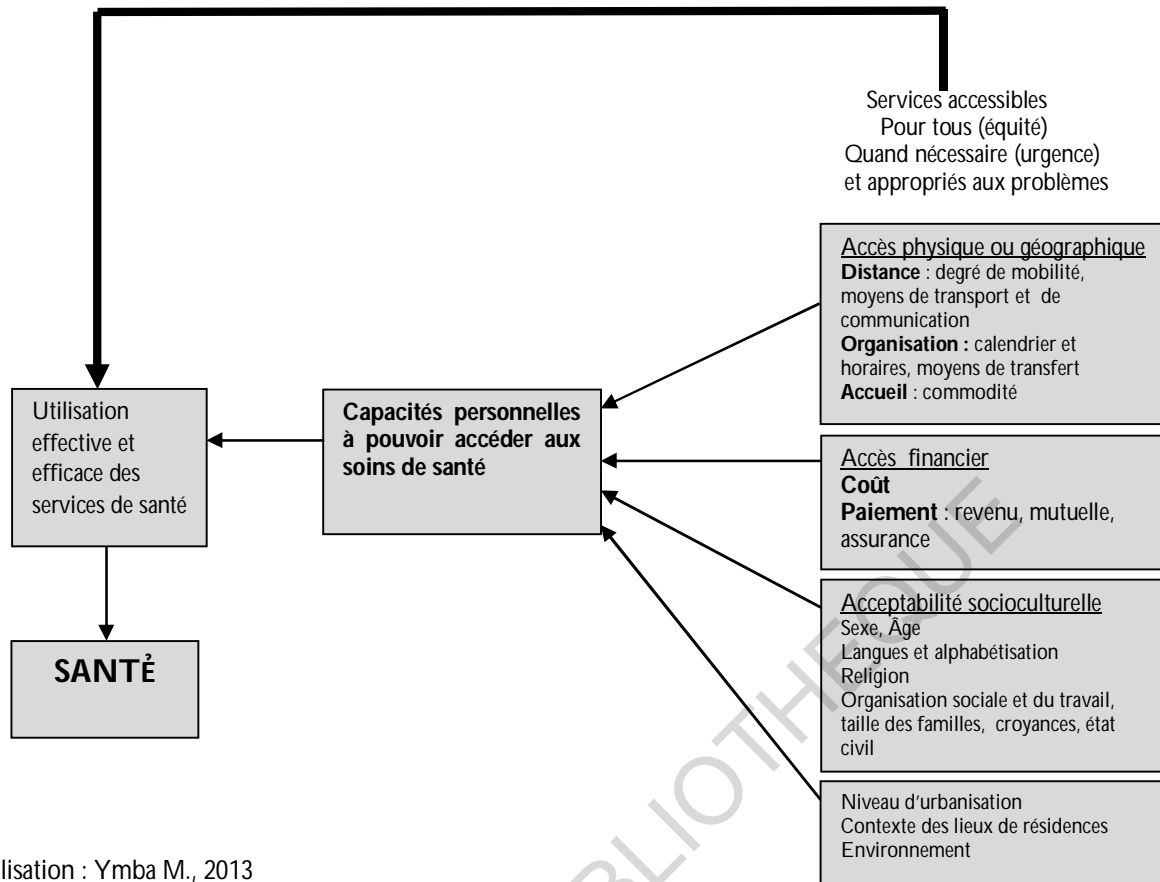
Cette analyse sur l'accès que Penchansky et Thomas proposent est cohérente. Néanmoins, la définition des cinq dimensions n'accorde pas d'attention aux relations qui pourraient exister entre les contextes des lieux de résidences des patients et l'accès aux soins. Notre étude en s'appuyant sur le modèle de Penchansky et Thomas pour définir son cadre de recherche et conceptuel, prend également en compte, l'influence des caractéristiques des différents contextes de résidences des abidjanais et les différents changements d'échelles sur l'accès aux soins et les comportements de santé des individus (Figure 1). Nous considérons la dimension contextuelle comme une dimension de l'accès, car elle peut influencer la demande de soins.

En effet, de par les différents groupes sociaux que le lieu de résidence met en contact, de par les équipements qu'il présente et de par les normes sociales qu'il véhicule, dispose, sans doute d'une influence sur les comportements (consommation de soins) et les problèmes de santé qui leur sont associés. L'espace est en effet plus qu'un simple « espace d'affectation » qui abriterait des populations aux caractéristiques sociales différenciées [Graftmeyer et Joseph, 2004], plus qu'un simple « support inerte de distribution de phénomènes » [Lussault, 2000 ; p 313]. Il est indispensable de considérer l'espace comme un acteur potentiel afin de voir dans quelle mesure les caractéristiques du lieu de résidence peuvent influencer les comportements de santé des individus et être ainsi « responsables » des disparités intra urbaines de santé. Il s'agit donc ici de mesurer « l'effet du contexte de résidence » sur les inégalités spatiales d'accès et du recours aux soins, en accordant une attention particulière au niveau d'urbanisation du lieu de résidence. Nous essayons en effet, de démontrer que ce dernier joue un rôle essentiel dans la production des inégalités spatiales d'accès aux soins et sur la consommation de soins des ménages.

Toutefois, il convient de se méfier de l'approche déterministe lorsque l'on étudie l'influence du contexte de résidence sur la santé. Différents auteurs soulignent en effet, que cette influence est souvent considérée à tort, comme opérant de façon identique sur tous les individus. Certains individus pourraient être plus sensibles que d'autres à leur environnement, aux équipements, à leur disposition, aux normes sociales en vigueur. Pour que l'espace puisse exercer une influence sur l'état de santé des individus, il faut en effet, que celui-ci soit vécu, pratiqué : on peut supposer que celui qui demeure étranger à son espace, ne se laisse guère influencer par lui [Vallée, 2009 ; Vallée et al., 2010]. L'espace est un support que les hommes façonnent tandis que l'individu est façonné par l'espace où il réside, par les contraintes et les occasions ou opportunités qui y existent.

Nous pensons que, l'étude sur l'accès et le recours aux soins est plus complète et précise lorsque des variables contextuelles y sont intégrées.

Figure 1. Modèle conceptuel de notre étude



I.5. Des conditions sanitaires particulières en ville

En Afrique de l'Ouest, un habitant sur trois vivait dans une ville en 2010 contre un sur treize en 1950 [Denis et Moriconi, 2009]. Le taux de croissance des villes africaines reste très important, de l'ordre de 4% à 5% l'an. La moitié de la population ouest-africaine pourrait vivre en milieu urbain d'ici 2015 [Fournet, Meunier et Salem, 2007].

La Côte d'Ivoire ne fait pas exception à cette situation. Le taux d'urbanisation du pays a presque doublé en 30 ans. Il était de 28,1% en 1970, et a atteint 50% en 2000 [Banque Mondiale, 2001]. Ce taux d'urbanisation est important, au regard de celui des pays voisins comme le Burkina Faso et le Sénégal qui comptaient respectivement 30% et 47% de citadins en 2000 [Banque Mondiale, 2001].

L'essor d'Abidjan, capitale économique, joue un rôle déterminant dans cette explosion urbaine en Côte d'Ivoire : l'effectif de la population de la ville a presque triplé en dix ans, passant de 1 929 080 habitants en 1988 à 3 371 295 habitants en 1998. En 2010, il est estimé à près de 5 878 609 millions d'habitants [d'après les dernières estimations de l'INS, 2010].

La majorité des études sur l'accès aux soins dans les pays en développement s'intéresse davantage au milieu rural qu'au milieu urbain où des efforts ont été entrepris par les États, les ONG, les organisations internationales, tant l'idée d'une meilleure couverture sanitaire en ville demeure fortement ancrée dans les esprits [Cadot et Harang, 2006].

Il est vrai que, par opposition au monde rural, les villes concentrent une offre de soins moderne⁵, multiple et variée. Cependant, au sein d'une même agglomération, la situation se révèle plus complexe. Une ville se subdivise en sous-espaces, dont les caractéristiques (type de construction, niveau d'équipement, densité de population, etc.) diffèrent considérablement et se distinguent les uns des autres, constituant « des villes dans la ville » [Salem, 1998].

La croissance rapide et plus ou moins contrôlée d'une ville engendre de véritables recompositions économiques, sociales et spatiales des fonctions urbaines et modifie radicalement et de manière différentielle la forme et l'organisation de la ville [Boiteux-Orain et Huriot, 2000], ainsi que les habitudes et les comportements de la population.

En outre, les villes, sous le poids de l'urbanisation, sont caractérisées par un changement environnemental, démographique, social, culturel et sanitaire majeur, qui n'a pas toujours été bien mesuré ni pris en compte.

Les villes abritent ainsi à la fois une population jeune (près de 50% de la population a moins de 20 ans) et des groupes à risque, le plus nombreux est celui des pauvres. Dans les grandes villes, la santé des groupes les plus démunis se détériore par rapport à celle des plus nantis et l'urbanisation accélérée donne à cette tendance un caractère de plus en plus inquiétant.

Abidjan, sous le poids d'une croissance démographique et spatiale rapide, est soumise à des mutations à la fois dans sa forme et son organisation qui entraînent de nouvelles combinaisons de l'espace urbain avec pour conséquence, l'émergence de nouvelles centralités et la naissance de nouvelles périphéries.

La volonté d'organisation, voire de contrôle et de maîtrise, du système de soins sur ce territoire urbain spécifique en pleine croissance, est clairement visible. L'augmentation de la couverture sanitaire, l'ouverture du système de soins vers d'autres types d'offre par la libéralisation du secteur privé ou la reconnaissance de l'offre de soins traditionnelle, la mise en place de mesures sanitaires structurantes (décentralisation du système de soins, recouvrement des coûts) sont autant de stratégies illustratives de cette volonté de contrôle. Mais face à la croissance démographique et spatiale d'Abidjan, d'autres mouvements et forces entrent en jeu.

La demande de soins des citoyens est plus importante tandis que les besoins de santé se diversifient avec l'arrivée massive de nouveaux citoyens. Une augmentation des besoins en soins et de nouveau problème de santé⁶ auquel le système de soins doit répondre. Au regard des besoins de soins ressentis et potentiels posés par l'urbanisation, l'étude des comportements de recours aux soins en cas de maladie à Abidjan revêt d'un intérêt important.

Par ailleurs, les caractéristiques de la population varient suivant le niveau d'urbanisation des espaces où elle réside d'une part et d'autre part parce que le mode de vie des individus est déterminé par les opportunités que lui offre son lieu de résidence, opportunités qui diffèrent selon le niveau d'urbanisation.

⁵ « Moderne », pour désigner la médecine occidentale, qui prend en compte l'offre de soins publique et l'offre de soins privée.

⁶ Pendant la crise socio-politique, les autorités en charge de la santé ont été complètement dépassées par l'augmentation de la population abidjanaise et le nombre croissant de besoins en soins de santé.

Le système de soins doit répondre à la fois à la prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires connues, mais aussi, à l'émergence de pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle, les affections bucco-dentaires, l'alcoolisme, en partie dû à ce mode de vie urbain.

Face à ces constats, le système de soins doit s'adapter aux spécificités urbaines, mais il connaît au contraire de nombreux dysfonctionnements. La transition urbaine et sanitaire que traverse la capitale pourrait être la cause de cette crise.

Notre hypothèse est que l'organisation et la répartition de l'offre de soins moderne ont été modifiées par la croissance urbaine. Quelles sont donc les conséquences de la croissance urbaine sur l'organisation du système de soins et sur l'accès et le recours aux soins dans l'espace urbain ? Comment s'organise le système de soins au sein des différents lieux de résidences pour répondre aux besoins en soins de santé des populations ? Les transformations sous le poids de la croissance démographique et spatiale de la ville et son système sanitaire complète notre réflexion sur la problématique de l'accès et du recours aux soins.

II. Problématique

En Côte d'Ivoire, seulement 35% des Ivoiriens ont accès aux soins de santé [DIPE, 2006]. Les autorités sanitaires et politiques font souvent le choix de multiplier les services de santé, afin de répondre aux besoins des populations. Comme cela été le cas d'Abidjan, bénéficiant de son statut de capitale économique et de plus grande agglomération du pays, Abidjan paraît toujours mieux lotie, mieux administrée, plus et mieux étudiée. Une analyse approfondie des données révèle une autre réalité.

En effet, malgré un investissement important (financements conséquents accordés aux établissements hospitaliers) de l'État dans les années 1960 à 1980 à Abidjan pour améliorer la santé des populations, la fréquentation des structures sanitaires modernes par la population est faible dans cette ville. Le taux d'utilisation du système de soins moderne n'y est que de 29% [DIPE, 2006].

La démographie médicale et l'effectif des structures sanitaires sont toujours inférieurs à celle de la ville. Abidjan, la ville la mieux desservie du pays, en nombre d'infrastructures sanitaires publiques (175) et privées (800), réparties sur de faibles distances, présente cependant, les ratios les plus forts du pays à cause de la croissance démographique et spatiale : un poste de santé pour 33 398 habitants contre un centre de santé pour 11 714 habitants sur le niveau national, un médecin pour 14 000 habitants contre un médecin pour 8 039 au plan national. Des ratios qui sont inférieurs à ceux qui sont préconisés par l'OMS (1 centre de santé/5 000 Habitants). Ce paradoxe pose d'emblée la question de l'accessibilité des ressources et de l'adéquation de l'offre aux besoins de santé de la population.

En plus, il n'y a pas d'aménagement spécifique du dispositif de soins malgré l'importance de l'urbanisation galopante et de la dégradation générale des indicateurs de santé (le taux brut de mortalité de 12,3% en 1988 est passé à 13,9% en 1998, le taux de mortalité infantile, qui en 1988 est déjà de 97 pour mille monte à 104 pour mille en 1998, l'espérance de vie à la naissance qui était de 55,7 en 1988 est descendue à 49,5 ans en 1998).

En effet, les autorités sanitaires ne prévoient pas d'adaptation et d'implantation de structures pour les communes et les quartiers de la ville et n'ont aucune vision globale de

la situation sanitaire, ni d'éléments de jugement sur les priorités (populations ou zones défavorisées dans l'accès aux soins, populations à risques, zones pathogènes, etc.) en vue d'action de santé effective et réaliste. Cette situation s'est aggravée avec la crise politique que connaît le pays depuis le 19 septembre 2002 et qui a eu un impact négatif sur la physionomie du système de santé avec, l'augmentation du taux de mortalité brut de 20%, de morbidité de 25% et le taux de pauvreté de 15%.

Pourtant, il existe dans la ville d'Abidjan des besoins de santé bien spécifiques [DIPE, 2010]. Dans ce contexte de pauvreté grandissante, de persistance des maladies infectieuses et parasitaires connues, de l'émergence de pathologies chroniques et de croissance urbaine non maîtrisée qui caractérise Abidjan, nous pensons que cette organisation de l'offre est génératrice d'inégalité socio-spatiale en matière d'accès aux soins de santé. Et quelle n'est pas adaptée qualitativement et quantitativement aux besoins de soins de santé des populations de la ville d'Abidjan en pleine croissance et aux identités culturelles multiples. Ce qui pourrait justifier les pratiques plurielles de recours aux soins chez ces dernières.

L'exemple de la plus importante ville de la Côte d'Ivoire nous permettra d'étudier, dans cette thèse, comment, dans un contexte considéré comme privilégié, se pose la problématique de l'accès et du recours aux services de santé moderne. Pour réaliser ce projet, cette étude analyse les liens entre la distribution de l'offre de soins, les étapes de la croissance urbaine et de ses conséquences sur l'accès et le recours aux soins à Abidjan. Elle mesure également l'évolution de l'offre de soins, dans une double dimension chronologique et spatiale, pour mettre en évidence les dynamiques spatiales et les stratégies (les logiques d'implantation) qui ont déterminé sa répartition. Elle s'intéresse aussi aux conséquences de ses anciennes et nouvelles implantations d'équipements sanitaires qui modifient les structures spatiales de la ville et dont la répartition non aléatoire induit des inégalités, reflets de ségrégations socio-spatiales. L'inégale répartition des structures de soins dans une grande ville comme Abidjan mettra en exergue le problème de l'accessibilité aux soins, tant physique, culturelle, matérielle que sociale [Bailey et Phillips, 1990].

L'étude de l'adéquation entre l'offre de soins moderne et les besoins de soins des populations dans cette étude mettra en relief les zones et les populations défavorisées pour l'accès aux soins.

Enfin, cette étude va analyser le recours effectif et efficace à l'offre de soins moderne et aux autres types de soins et caractériser les « barrières » qui limitent ou qui conditionnent l'accès à ses différentes offres thérapeutiques à partir d'une enquête réalisée auprès des ménages de la ville d'Abidjan.

L'analyse à une échelle fine intra-urbaine de l'offre de soins, la conduite d'une étude rétrospective d'une ville capitale économique et la possibilité de mener une véritable étude en géographie des systèmes de soins de la ville d'Abidjan constituent l'originalité de cette étude.

Les évènements socio-politiques intervenus depuis 2002 en Côte d'Ivoire n'enlèvent rien à l'intérêt scientifique de nos travaux. Bien au contraire, ils apportent aussi une originalité à cette étude. Cette situation de crise politique nous a en effet, permis de mener notre étude dans des conditions particulières et d'analyser par exemple les pratiques thérapeutiques de quelques ménages déplacés de guerre.

III. Objectifs

III.1. Objectif général

De façon générale, notre étude cherche à étudier la géographie du système de soins⁷ à Abidjan en mesurant son offre de soins, en analysant la consommation de soins à partir de l'adéquation entre offre et besoin en soins de santé et en décrivant les comportements des citoyens vis-à-vis de la maladie.

De façon spécifique, notre étude poursuit quatre objectifs complémentaires :

III.2. Objectifs spécifiques

- 1) Faire l'analyse spatiale et diachronique de la répartition de l'offre de soins moderne de la ville d'Abidjan, de la période coloniale jusqu'à nos jours (1912-2009), afin de faire ressortir les inégalités d'accès aux soins, de mettre en évidence les différents facteurs de l'environnement urbain qui justifie cette répartition et des conséquences de ces localisations sur le recours aux soins dans l'espace et dans le temps ;
- 2) Mettre en évidence les carences ou les points forts du système de soins à Abidjan et notamment son adéquation à travers l'offre et les besoins en soins de santé, afin d'identifier des zones et les populations considérées comme « fragiles⁸ » pour l'accès aux soins, qui nécessiteraient la mise en place d'actions spécifiques qui permettraient d'obtenir une équité socio-spatiale dans l'accès aux services de santé ;
- 3) Analyser les comportements de recours aux soins de la population (ménages) en matière de consommation de soins en considérant la nature⁹ des différents actes thérapeutiques pratiqués, le rang, le délai et la durée de leur mise en œuvre ; dans le but d'identifier les déterminants de l'utilisation ou non des services de santé et des autres offres de soins ;
- 4) Rechercher les facteurs pouvant participer durablement à l'amélioration de l'équité socio-spatiale d'accès aux soins dans la ville d'Abidjan.

⁷ Le système de soins, représente les caractéristiques et l'organisation de la distribution des soins d'un point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial [Brücker et Fassin, 1989 ; Phillips, 1990]. Il est donc plus réducteur que le système de santé, mais est une de ses composantes essentielles. Le système de santé est quant à lui l'organisation réglementaire des services de santé et de protection sociale (assurance sociale) relevant d'un choix politique et d'une conception morale et éthique (équité). Le système de santé détermine pour l'essentiel le degré de médicalisation d'une population. On en distingue plusieurs types (libéral, socialiste, mixte, etc.) avec de multiples formules intermédiaires qui se traduisent par une couverture sociale et spatiale plus ou moins inégalitaire des populations [Picheral, 2001].

⁸ Expression empruntée à l'étude sur « Démographie des professions de santé : Quelles zones « fragiles » pour l'accès aux soins dans la Champagne Ardenne ?, réalisé par Marie-Antoinette Tallet et Magniez Coswalt, en 2007.

⁹ La nature ici, pour désigner l'ensemble de l'offre de soins de la ville d'Abidjan. Cette offre peut être moderne, traditionnelle, chinoise, etc.

IV. Approche méthodologique générale

Cette étude repose sur cinq hypothèses.

IV.1. Hypothèses de recherche

IV.1.1. Hypothèse générale

Notre hypothèse générale est que, l'accès et le recours aux soins à une quelconque forme de médecine dépendent de tout un ensemble de facteurs (environnementaux, économiques, sociaux, culturels, psychologiques, contextuels, etc.).

IV.1.2. Hypothèses spécifiques

De façon spécifique notre étude cherche à vérifier les hypothèses suivantes :

- 1) Nous pensons qu'il existe des disparités de l'offre de soins suivant les profils environnementaux urbains des quartiers et des groupes sociaux de la ville d'Abidjan ;
- 2) L'offre de soins moderne ne répond pas aux besoins de soins de santé de plus en plus croissants et inégalement répartis des populations de la ville d'Abidjan à cause de l'organisation du système de soins et de l'impact de l'expansion urbaine mal contrôlée ;
- 3) Les choix des consommations de soins dans la ville d'Abidjan sont fortement influencés par les caractéristiques environnementales, et urbaines dans lesquelles vivent les ménages et les déterminants sociaux qui les caractérisent ;
- 4) Le faible taux d'utilisation des services de santé moderne est dû à l'existence d'une offre de soins diversifiée, à bon prix et à proximité, dans les différents quartiers de la ville d'Abidjan ;
- 5) Les problèmes d'accès aux soins à Abidjan sont liés au fait que, les autorités sanitaires n'intègrent pas l'ensemble des facteurs environnementaux, économiques, sociaux, culturels et contextuels qui conditionnent l'utilisation des services de santé et les besoins en soins de santé locaux des populations dans les politiques de santé.

IV.2. Justification du choix du lieu et de l'étude

IV.2.1. Abidjan : un terrain atypique

L'agglomération d'Abidjan est située au Sud de la Côte d'Ivoire, au bord du Golfe de Guinée, dans la région des lagunes. L'emplacement de la ville présente quatre éléments morphologiques distincts : la zone côtière, la péninsule de Petit-Bassam, la lagune Ébrié et les plateaux qui s'enchaînent du Sud au Nord sur environ 30 kilomètres. La ville isole plusieurs îles, dont les plus importantes sont : l'Île de Petit-Bassam composé par les communes de Treichville, Marcory et Koumassi et l'Île-Boulay à Yopougon. Elle est

comprise entre les latitudes 5°00' et 5°30' N et les longitudes 3°50' et 4°10' W (Carte 1). Elle s'étend sur une superficie de 422 km², soit 0,1 % du territoire national.

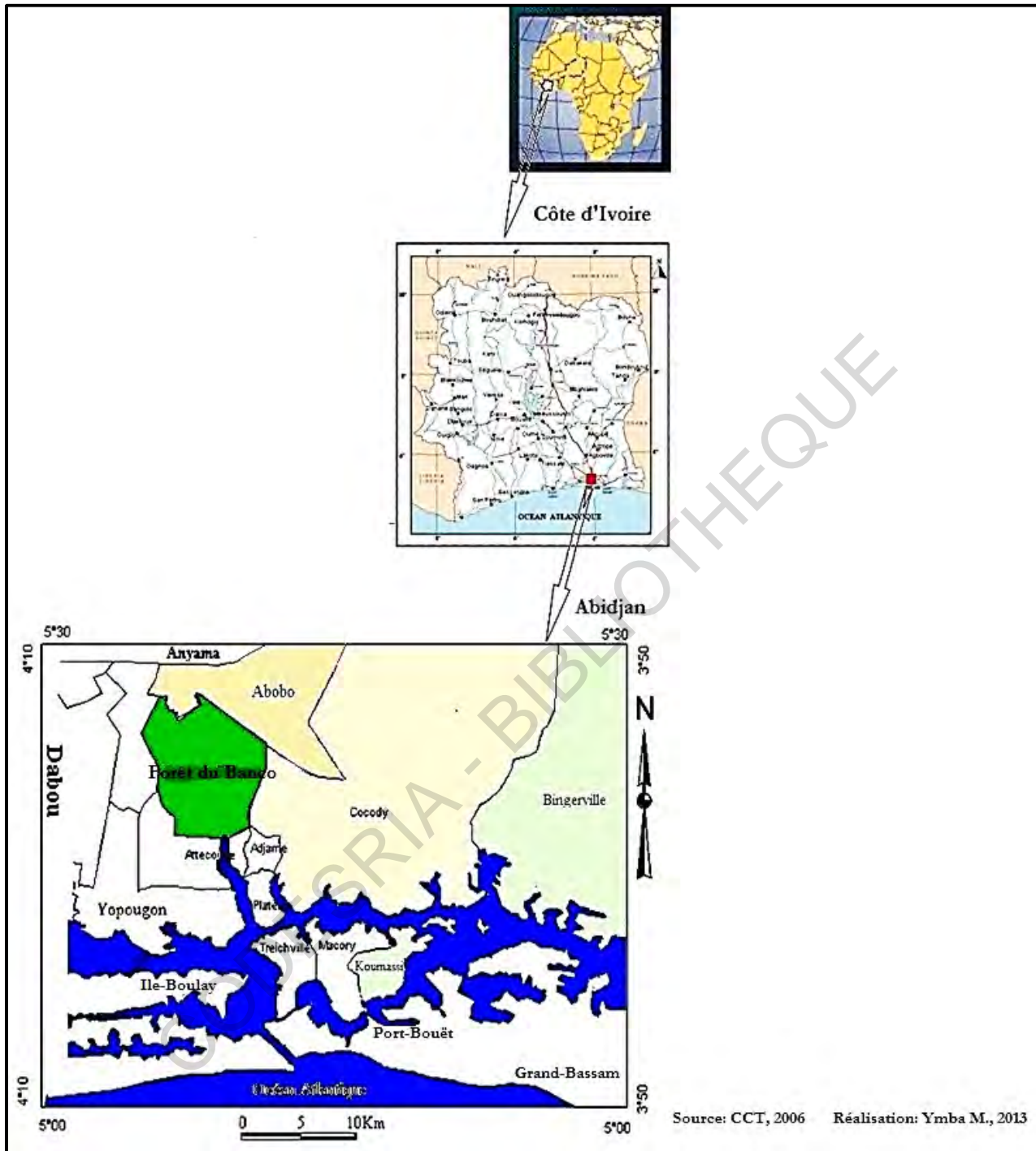
Abidjan est la capitale économique de la Côte d'Ivoire, et la ville la plus peuplée de l'Afrique de l'ouest francophone. Elle est également la deuxième plus grande ville francophone et la troisième plus grande agglomération d'Afrique. Elle compte, selon les autorités du pays, en 2009, 5 878 609 habitants, soit 20% de la population totale du pays.

Elle est considérée comme le carrefour culturel ouest-africain, voire africain, car elle accueille la majorité des ressortissants de l'Afrique. Le taux d'immigration est d'environ 40% [INS, 2006]. Cette diversité culturelle est particulièrement prise en compte dans l'étude des déterminants sociaux du recours ou non aux services de santé moderne.

Abidjan connaît une perpétuelle croissance caractérisée par une forte industrialisation et une urbanisation galopante. Premier pôle économique du pays et poumon portuaire rassemblant les principales activités industrielles et des services, la ville d'Abidjan reçoit plus de 50% du PIB et accueille 52% de l'emploi moderne [PNUD, 2005]. Elle est le lieu de concentration de la plupart des emplois et des grands établissements : c'est le siège des grandes sociétés et multinationales, des organismes internationaux, des principaux commerces et services modernes. Cet essor économique dû à la combinaison de plusieurs facteurs (richesse du site, réseaux d'axes structurants, présence de la zone portuaire, etc.) a rendu la ville d'Abidjan très attractive au regard de toutes ses activités industrielles et informelles.

Cette croissance est un lourd fardeau pour l'État ivoirien qui n'a pas su gérer dans le temps, par manque de moyens souvent, l'équipement et l'accueil de ces nouveaux citoyens. Aujourd'hui, il doit assurer l'accès aux structures de soins et autres services urbains sociaux à plus de 6 millions de citoyens.

Carte 1. Localisation géographique de la ville d'Abidjan aux différentes échelles : Afrique de l'Ouest, Côte d'Ivoire et District d'Abidjan



IV.2.2. Pourquoi choisir la ville d'Abidjan pour mener une étude sur la problématique de l'accès et du recours aux soins ?

Plusieurs raisons expliquent le choix d'Abidjan pour étudier les relations entre espace urbain et santé à travers une étude sur l'accès et le recours aux soins de santé.

La première tenait à notre volonté de travailler sur une ville représentative des formes d'urbanisation : grande ville, urbanisation irrégulière, pauvreté, carences du système de soins, croissance démographique, ville « sollicitée », dynamique spatiale, milieu urbain hétérogène dense et ouvert, où les ségrégations spatiales et sociales sont fortement

présentes et rarement étudiées pour mettre en évidence les problèmes d'accès aux soins rencontrés.

En effet, très peu de travaux de thèses de géographie de la santé¹⁰ y ont été consacrés et les ouvrages généraux et articles concernant des études en géographie de la santé de la Côte d'Ivoire sont rares [Weil et *al.*, 1999 ; Cadot et *al.*, 2001].

En matière de santé, nombreuses sont les thèses de médecine qui concernent, les centres hospitaliers de la ville, et les maladies, aucune analyse spatiale sur l'organisation de l'offre de soins moderne de la ville n'est pris en compte dans ces études [Boni, 1998 ; Lhite, 2001 ; Dayo, 2004].

Quelques recherches ont été menées par les élèves ingénieurs statisticiens de l'ENSEA (École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée) [Barry et Fofana, 1998 ; Keoula, 2000 ; Gueu, 2004], mais leurs problématiques se limitent à l'influence des facteurs économiques sur le recours aux soins et ces études sont à l'échelle nationale.

Parmi les travaux de thèses de géographie, c'est l'option environnement et aménagement qui s'est intéressée à l'espace sanitaire abidjanais en s'attachant à comprendre l'impact de la dégradation de l'environnement urbain sur la santé des abidjanais. L'Institut de Géographie Tropicale (IGT), s'est tardivement intéressée à la géographie de la santé. Il n'y a pas de thèse écrite dans cette discipline de la géographie. Nous avons voulu travailler dans cette spécialité de la géographie encore peu exploitée en Côte d'Ivoire. Cette thèse s'inscrit donc en géographie de la santé et plus particulièrement en géographie des soins que Picheral [1984] définit, comme l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins.

L'étude plus fine met en évidence les inégalités (socio-spatiales) d'accès aux soins. Or, les bases de données de santé intéressant un micro-territoire, les communes et leurs quartiers et permettant de caractériser finement l'état de santé des populations ainsi que les problèmes liés à l'accès aux soins n'existent pas à ce jour à Abidjan, comme ailleurs dans les autres villes de la Côte d'Ivoire. Les modèles et les méthodes utilisées dans cette étude pourront donc servir à d'autres villes ivoiriennes dans la planification sanitaire.

IV.3. Définir une échelle d'analyse

Quelle échelle pour notre étude ?

L'analyse à une échelle plus fine intra urbaine de l'offre de soins d'une ville capitale économique constitue l'originalité de cette étude. L'espace sera étudié à des échelles différentes et avec des variables supposées pertinentes par rapport aux objectifs à atteindre. La question des échelles est même cruciale pour la prestation des services de santé et la mise en œuvre de mesures de santé publique [Dummer T., 2008]. Les actions de santé publique gagnent en efficacité lorsqu'elles sont élaborées à partir d'une connaissance fine des problèmes spécifiques de santé par sites. En effet, l'état de santé des populations varie d'un territoire à un autre en fonction de multiples facteurs : l'offre de

¹⁰ La géographie de la santé est la synthèse de la géographie des maladies et de la géographie des soins. Elle a pour objet l'analyse spatiale des inégalités de santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé [Pichéral H., 2001].

soins et de prévention, ainsi que la configuration démographique, socioculturelle et économique des populations.

IV.3.1. Choisir les différentes échelles d'analyse

IV.3.1.1. Délimiter et caractériser la ville

L'approche géographique, qu'elle concerne les faits de santé ou tout autre phénomène nécessite de choisir une unité spatiale à partir de laquelle il est possible d'agréger les informations individuelles et d'étudier ainsi la répartition spatiale du phénomène.

Il importe de discuter de l'unité spatiale de référence avant même la collecte des données. En effet, *le plan d'échantillonnage d'une enquête doit tenir compte de l'unité spatiale de référence afin que des données soient recueillies en nombre suffisant (en termes de représentativité statistique) dans chacune d'entre elles.* L'unité spatiale de référence constitue alors l'unité primaire d'échantillonnage de l'enquête de santé et celle qui permettra de mettre en évidence les inégalités spatiales d'accès.

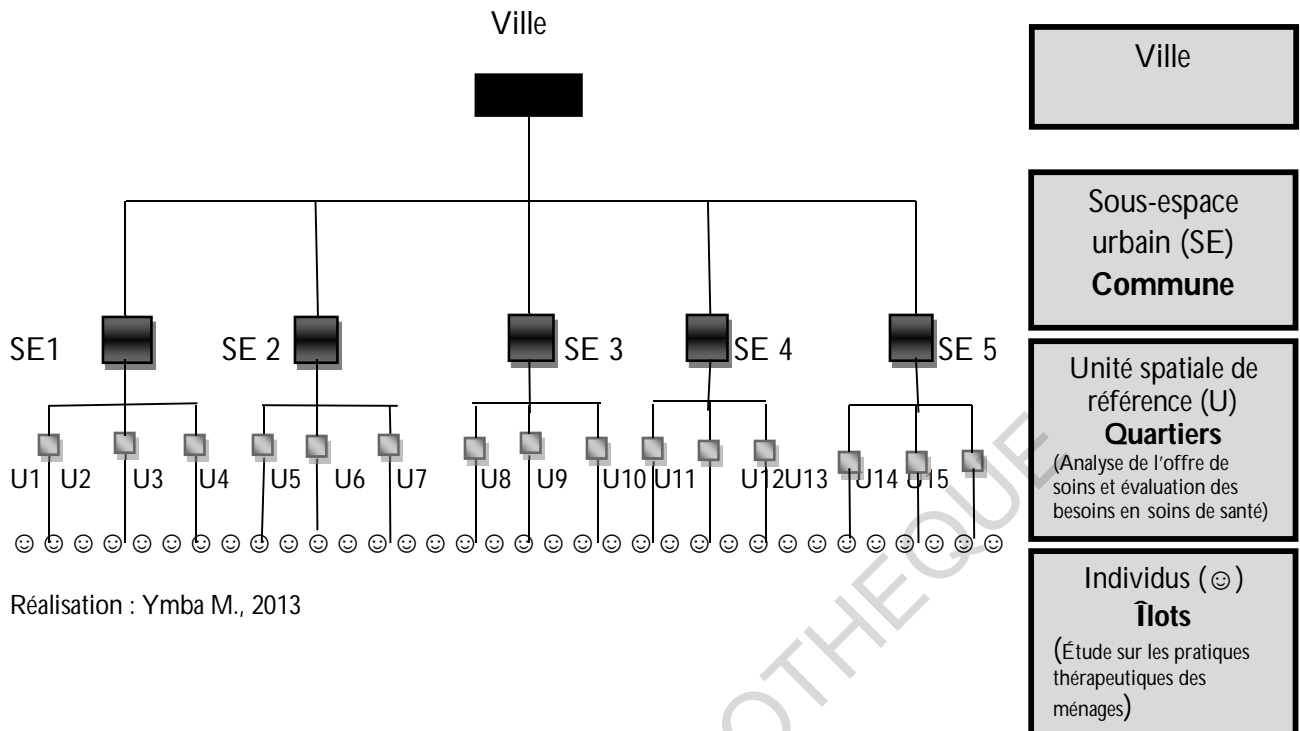
Mais avant de définir l'unité spatiale de notre étude, il convient de délimiter précisément notre zone d'étude. Notre espace de recherche se limite à l'échelle de la ville d'Abidjan et non à son district. Le choix d'une échelle pertinente nous impose d'écarter les autres communes qui composent le district d'Abidjan, c'est-à-dire Anyama, Songon et Bingerville, qui mériteraient à elles seules, une étude complète.

Il importe aussi de s'appuyer sur des critères aussi précis que possible pour délimiter la ville.

Notre hypothèse de recherche étant que les inégalités spatiales d'accès aux soins soient liées à l'expansion urbaine de la ville et le recours à l'offre de soins moderne au niveau d'urbanisation des espaces de vie des ménages, il importe de distinguer, au sein de la ville, les espaces avec un profil urbain différencié.

Cette caractérisation de l'espace urbain pourra ensuite être utilisée dans le plan d'échantillonnage de l'enquête domiciliaire sur le recours aux soins de manière à ce que les données recueillies soient collectées en nombre comparable dans chaque sous-espace urbain (Figure 2). Il s'agit alors d'un plan de sondage stratifié qui permettra de comparer l'accès à l'offre de soins moderne des populations vivant dans des espaces plus ou moins urbanisés. Il est également préférable que la caractérisation de l'espace urbain utilise l'unité spatiale qui sera choisie, afin que les échelles puissent être emboîtées.

Figure 2. Les différentes échelles d'analyse considérées pour l'étude des inégalités spatiales à l'offre de soins en ville et le recours aux soins : des unités spatiales à emboîter



À chaque échelle, s'expriment des disparités d'accès différentes, des profils démographiques variés, avec des consommations de soins diversifiées. Une fois choisit, les différentes échelles d'analyses en fonction des spécificités de la ville étudiées, il convient de décrire les disparités spatiales de santé à partir des données collectées lors de l'enquête.

IV.3.1.2. Décider d'une unité spatiale de référence

Nous allons considérer le quartier comme l'unité spatiale de référence. *Le quartier constitue le niveau d'analyse le plus fin pour la géographie du système de soins. En effet, le seul nom du quartier est mentionné comme lieu de résidence des patients dans les registres de consultations des formations sanitaires.* Ainsi, les aires d'attraction des services de santé et les profils sanitaires des sous-espaces de la ville sont déterminés à l'échelle des quartiers. Cette approche locale de la santé permet de réaliser des diagnostics territorialisés et de mener des actions ciblées d'aménagement du territoire et de santé publique. Le quartier est également le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux principaux services et à l'emploi. On compte 282 quartiers à Abidjan, leur répartition est inégale. En effet, certaines communes possèdent plus de quartiers que d'autres (Tableau 1).

À partir d'information caractérisant le bâti (sa densité et son évolution durant la dernière décennie, les types de matériaux de construction, etc.), les infrastructures commerciales et routières et les équipements des ménages (eau courante, électricité, etc.), il est possible d'identifier les quartiers proprement urbains parmi les « 282 quartiers » et de les classer selon leur niveau d'urbanisation. Cette caractérisation va influencer le choix des quartiers pour les enquêtes de terrain auprès des ménages.

Tableau 1. Répartition du nombre de quartiers par commune

| Communes | Nombre de quartiers |
|--------------------|---------------------|
| Abobo | 29 |
| Adjamé | 20 |
| Attécoubé | 29 |
| Cocody | 45 |
| Koumassi | 15 |
| Marcory | 16 |
| Plateau | 15 |
| Port-Bouët | 46 |
| Treichville | 39 |
| Yopougon | 28 |
| Total | 282 |

Source : RGPH, 1998

Par ailleurs, il faut préciser que chacun de ces quartiers regroupe plusieurs îlots. L'échelle de l'îlot est utilisée pour l'étude des pratiques thérapeutiques auprès des populations (l'enquête domiciliaire). Ce découpage présente l'avantage d'autoriser par sa finesse, le regroupement de plusieurs îlots en zones plus vastes qui constituent un niveau d'analyse supplémentaire et qui reflètent mieux la réalité d'un découpage par quartiers.

Une répartition fine de l'espace urbain permet les changements d'échelle par agrégation raisonnée, c'est-à-dire l'étude successive des indicateurs aux différents niveaux d'analyse que sont les îlots. Ces changements d'échelle enrichissent et précisent l'analyse de la distribution spatiale des indicateurs en confirmant des tendances ou en introduisant de nouvelles hypothèses [Thouez, 1987].

IV.4. Liste des variables d'étude retenue

Les objectifs énumérés ci-dessus rendent nécessaire l'utilisation des indicateurs quantitatifs et qualitatifs dont l'analyse individuelle ou combinée, nous permet de comprendre les indicateurs qui influence l'accès et le recours aux soins, donc, l'utilisation des services de santé à Abidjan.

Le choix des variables les plus aptes à construire notre argumentation suivent la logique de notre cadre conceptuel d'étude et de recherche, basé sur les cinq dimensions qui définissent l'accès aux soins.

IV.4.1. Les indicateurs de l'offre de soins moderne

Ces variables permettent d'étudier l'organisation du système de soins de la ville d'Abidjan et souligner ses forces et ses faiblesses vis-à-vis de l'accès aux soins. L'utilisation des services de soins est la variable dépendante de ce groupe d'indicateur et de notre étude, car l'utilisation ou non d'une structure de soins est conditionnée par les autres variables explicatives.

- la répartition spatiale des professionnels de santé est définie à partir des effectifs et des densités de praticiens par quartier et par commune ;
- la répartition spatiale des structures sanitaires est définie par l'effectif et la densité des structures sanitaires par type (public, privé, etc.) et nature ;
- le type d'activité des services de santé ;

- les taux d'utilisation des services de santé (le volume de consultation, le nombre de consultants, les lieux de résidences des consultants, le coût des prestations) ;
- l'attraction des services de santé selon les pathologies ;
- le volume du matériel (lits d'hospitalisations et d'observations, plateau technique, etc.) ;
- le niveau de qualité des soins ;
- la distance d'accès, la distance de clientèle, la distance d'implantation des services de santé.

IV.4.2. Divers autres indicateurs

Ce deuxième groupe de variables complètent la première. Ces indicateurs ont été définis afin d'étudier la structure et les caractéristiques de la population, des lieux de résidences d'Abidjan, de confronter l'offre aux besoins de soins réels et potentiels, de déterminer les facteurs qui influencent la consommation de soins et les comportements du recours aux soins. Ce sont les variables indépendantes retenues dans le cadre de cette étude.

IV.4.2.1. Les premiers indicateurs concernent les variables démographiques, il s'agit entre autres de :

- la structure par âge et par sexe (la part des classes d'âge 0-19 ans, 20-59 ans, 20-74 ans et 75 ans et plus dans la population totale par sexe) ;
- l'évolution de la population par commune ;
- la composition ethnique ;
- le niveau d'instruction ;
- la taille des ménages ;
- la densité de la population ;
- l'état civil ;
- la date d'arrivée dans le lieu de résidence.

IV.4.2.2. Les variables épidémiologiques et de la morbidité diagnostiquée sont :

- les types de pathologies ;
- la fréquence des pathologies ;
- les groupes infectés ;
- la répartition des maladies suivant l'âge et le sexe ;
- la gravité de la maladie ;
- la nature des soins ;
- les taux de mortalités généraux masculins et féminins ;
- le taux de mortalité infantile ;
- le taux de vaccination ;
- le poids des affections parasitaires et infectieuses.

IV.4.2.3. Enfin les variables socio-économiques et les variables relatives à l'environnement urbain viendront renforcer cette étude. Ces deux types de variables définissent : le niveau d'urbanisation (contexte urbain) et le niveau social (contexte social). Ces variables retenues sont susceptibles d'influencer directement ou indirectement les besoins de soins, les comportements de recours aux soins et l'accès aux soins des populations. Ces variables sont :

- le taux de chômage ;
- le niveau d'équipement des logements ;
- le niveau d'éducation ;
- le revenu des ménages ;
- la profession du chef de ménage ;
- l'appartenance à une assurance-maladie ;
- la prise en charge des soins ;
- les types d'habitat ;
- les matériaux de construction des maisons
- la localisation des points d'eaux usées et ordures ménagères par rapport aux lieux d'habitation des populations dans les quartiers ;
- le mode de gestion des ordures ménagères ;
- le mode de gestion des eaux usées et fluviales ;
- le niveau d'assainissement des quartiers ;
- la promiscuité dans les logements ;
- le mode d'approvisionnement en eau ;
- les proportions de ménages avec l'eau courante, avec l'électricité ;
- la durée de résidence dans le quartier ;
- le réseau routier ;
- le réseau social.

IV.5. Données utilisées et méthode générale

IV.5.1. Les données utilisées

Quatre types de sources de données à la fois quantitative et qualitative ont permis de vérifier nos hypothèses énumérées ci-dessus :

- Les données sanitaires ;
- Les données socio-démographiques ;
- Les entretiens ;
- Les autres sources de données.

IV.5.1.1. Les données sanitaires

IV.5.1.1.1. Localisation et hiérarchisation exhaustive de l'offre de soins moderne de la ville d'Abidjan

Nous avons obtenu une liste des coordonnées des structures sanitaires modernes de la ville d'Abidjan grâce au CNTIG (Comité National de Télédétection et d'Information Géographique) en 2009 (Annexe 4), mais cette liste était incomplète. En effet, pour éviter l'omission d'un service de santé, nous avons comparé cette liste du CNTIG, à la liste exhaustive des services de santé du Ministère de la santé. Il s'est trouvé que plusieurs structures sanitaires ne figuraient pas dans la liste du CNTIG. Nous avons donc complété la liste en relevant la position de chaque structure de santé manquante (latitude et longitude) à l'aide d'un GPS. Ces relevés de terrain ont eu lieu d'octobre 2010 à décembre 2010 à Abidjan.

Nous avons eu également recours aux données de la direction des ressources humaines du Ministère de la santé pour l'effectif des professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes, médecins, etc.).

IV.5.1.1.2. L'exploitation des registres de consultations des services de santé moderne de la ville d'Abidjan par niveau de référence

Les différentes communes de la ville sont théoriquement bien desservies en infrastructures sanitaires. Cette desserte peut se justifier par les objectifs de la planification sanitaire qui consiste à distribuer l'offre de soins en fonction de la répartition de la population. Mais cette distribution de l'offre de soins est-elle suivie d'un recours aux soins homogène (un accès), car il est généralement constaté que la fréquentation dépend en grande partie de la qualité de la desserte médicale. Pour répondre à cette question, nous avons fait l'analyse du recours aux soins comme indice de comparaison temporelle et spatiale. Cette estimation du recours aux soins repose sur l'exploitation des registres de consultation des structures des districts de santé.

L'exploitation des données brutes des registres et des fichiers de patients s'est révélée fort utile pour décrire les patients fréquentant les divers services de santé moderne, notamment leur provenance. Ce qui ouvre la porte à l'analyse de l'espace médical des services de santé et de l'espace de soin formel de la population.

Selon le Ministère de la santé, la ville d'Abidjan dispose de plus 175 structures sanitaires publiques et plus de 800 structures sanitaires privées. Pour mener à bien l'étude, nous avons considéré les principaux centres de santé (CHR, CHS, CHU, CSU, FSU, HG) de chaque commune. Chaque service de santé public dispose d'un registre de patients dans lequel chaque nouveau cas est consigné. Nous y trouvons le nom, le prénom, le domicile par commune ou par quartier, le sexe et les catégories d'âge¹¹ du patient, de même que, le diagnostic, le traitement prescrit et, généralement le coût de la consultation et celui des médicaments. Les hôpitaux publics utilisent encore un registre séparé pour les hospitalisations. Les services de santé publics disposent d'une feuille quotidienne de gestion comptable des consultations. Elles nous permettent de calculer le coût officiel d'un épisode de maladie par établissement. Le système d'enregistrement est différent parfois d'un centre à un autre.

Aussi détaillée et fiable soit-elle, l'information issue du seul système de soins formel est incapable de rendre compte globalement de la quête thérapeutique d'une population. Si l'utilisation constitue l'évidence que l'accès est réalisé, les taux d'utilisation ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure les services n'ont pas été utilisés [Pangu, 1988].

Les données sanitaires officielles ne disent rien des modalités d'utilisation des services et des facteurs associés aux choix des patients.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu avoir les registres de soins des structures sanitaires privées. Nous avons réalisé des entretiens auprès des médecins de l'offre privée pour avoir des informations sur les caractéristiques des patients qu'ils accueillent (âge, sexe, lieu de résidence, maladies, etc.).

Afin d'embrasser la complexité des faits et des processus impliqués dans le recours à des systèmes de soins pluralistes, Dory [1992] propose, comme outil méthodologique, l'étude systématique des itinéraires thérapeutiques, qu'il définit comme l'ensemble des initiatives prises par un individu et/ou par un groupe social concerné par un problème de santé durant l'épisode de la maladie. Une telle étude, très exigeante en matière d'information sur les périodes de soins ou fréquentation des ménages, passe par une enquête auprès de la population générale de la ville d'Abidjan. Par cette enquête, nous avons la possibilité de

¹¹ Les catégories d'âge concernent les moins d'un an, de 1 à 4 ans, de 5 à 14 ans et 15 ans et plus.

juger de la morbidité diagnostiquée sur une année, de la représentativité démographique et caractéristique de la population consultante (groupe ethnique, religion, âge, sexe, etc.), des variations saisonnières d'activité et des aires d'attraction de chacun des postes de soins.

IV.5.1.1.3. Les données des annuaires statistiques sanitaires

Nous avons utilisé les données des annuaires statistiques sanitaires de la DIPE (Direction de l'Information de la Planification et de l'Évaluation), de 1999-2000, 2001-2006 et 2007-2009.

Ces annuaires permettent de recueillir systématiquement des données sanitaires dans les districts sanitaires de la ville d'Abidjan.

Les services de santé des districts sanitaires de la ville d'Abidjan produisent mensuellement des statistiques sur différents éléments relatifs à la santé. Les motifs de consultation sont classés selon une nomenclature assez détaillée, par type de maladies (maladies infectieuses et parasitaires, du sang, de la nutrition, de l'appareil respiratoire, etc.), par sexe et par grand groupe d'âge. Sur ces rapports statistiques, figure le nombre global de consultants. Les consultations prénatales et postnatales sont également notifiées. On a aussi des informations sur les vaccinations, les accouchements (pour les maternités), les taux de mortalité infantile et maternelle, les taux d'utilisation et de fréquentation, le nombre de lits d'hospitalisations, l'effectif du personnel soignant, etc.

Cependant, cette source de données est parfois incomplète. Bien que fournissant un corpus de données important, ces statistiques sanitaires présentent quelques limites. Elles ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des pathologies prévalentes dans la population, puisque pour certaines pathologies, le recours aux centres de santé n'est pas la règle. Ainsi, pour des maladies jugées bénignes (par exemple certains types de diarrhées), pour celles dont la cause n'est pas considérée comme naturelle, ou encore, du fait de l'éloignement géographique des centres de soins, le traitement se fait le plus souvent au sein de la famille ou après avoir consulté des thérapeutes traditionnels.

En outre, ces statistiques concernent le nombre de consultations mensuelles pour un ensemble global de maladies par district sanitaire, mais il n'est pas possible de connaître le nombre de consultants par épisodes de maladie et par services de santé, ni les caractéristiques socio-démographiques des patients. Ces données sanitaires passent aussi sous silence l'ensemble des soins dispensés par les établissements privés.

Une autre faiblesse des statistiques sanitaires concerne la complétude annuelle des séries mensuelles qui est parfois imparfaite et leur exploitation qui reste souvent assez limitée. En effet, l'analyse est faite à un niveau souvent global et rare sont les données publiées par sexe, âge et par service de santé. Cette absence d'information selon l'âge des consultants peut masquer l'importance de certaines pathologies. Ainsi, la prévalence d'une maladie peut être faible pour l'ensemble de la population de consultants, mais élevée pour la population concernée, tel est le cas par exemple des maladies infantiles.

Ces statistiques présentent néanmoins l'avantage de fournir des données sur la prévalence de certaines pathologies : leur analyse peut permettre de mesurer l'efficacité des programmes de santé et de définir les actions de prévention à renforcer. Elles complètent les informations sur l'exploitation des registres de consultations des services de santé moderne de la ville d'Abidjan par niveau de référence que nous avons utilisé. Elles fournissent également des informations sur la saisonnalité de certaines pathologies et leur

évolution dans le temps, en supposant qu'il y ait une constance dans la fréquentation des centres de santé pour des maladies précises.

Une amélioration de la collecte de ces données, ainsi qu'une exploitation plus fine permettrait d'obtenir un corpus de données plus performant pour l'analyse de l'accès et du recours aux soins à Abidjan. Malgré tout, les statistiques sanitaires restent d'une portée limitée, les résultats sont donnés par districts sanitaires de la ville d'Abidjan, ce qui ne nous permet pas de faire des analyses à l'échelle retenue, des enquêtes complémentaires sont nécessaires pour mieux cerner les déterminants des comportements en matière des pratiques thérapeutiques.

IV.5.1.1.4. L'enquête dans les services sanitaires de la ville d'Abidjan et l'observation participative

Nous avons collecté des données dans certaines structures sanitaires sélectionnées à travers la ville à l'aide d'un questionnaire structuré et d'une observation participative.

Les recherches ont été réalisées pendant quatre semaines, dans sept structures de soins publiques et privées, composées de quatre SSP (Service de Santé Primaire) et de trois hôpitaux généraux (HG). Nous avons choisi des centres dont l'utilisation est jugée satisfaisante (les taux d'utilisation atteignent plus de 50%, enquêtes de terrain, 2011) et des centres dont l'utilisation est jugée non satisfaisante, avec des taux de fréquentation de moins de 25% (enquêtes de terrain, 2011). Chacun de ces centres devait aussi posséder une ancienneté de plus de cinq ans, car nous pensons que cette période permet de savoir si le centre est utilisé par les populations environnantes, surtout en ce qui concerne l'offre de soins de premier niveau.

Concernant l'offre de soins de deuxième niveau, nous avons retenu trois HG pour l'enquête qui présentent des particularités différentes tant sur leurs activités que leur localisation.

Le contact avec le terrain nous a donné l'occasion de vérifier l'état des lieux des structures de soins. Nous avons observé l'état de ces équipements sanitaires, leurs zones de localisations, afin de mettre en évidence l'accessibilité de l'offre (enclavement, etc.).

Aussi, il s'agissait pour nous de mesurer, sur quatre semaines, l'activité de toutes ces structures de soins retenues et leurs aires d'attraction, ainsi que les pathologies les plus fréquentes. Cette recherche nous permet d'évaluer la part de chacune des structures dans l'activité générale du système de soins et ainsi d'obtenir des informations sur les taux de consultations.

Par ailleurs, nous avons assisté les professionnels de santé dans la prise en charge du malade dans quelques services de santé. Cela nous a permis de répondre à cette préoccupation « l'aptitude des services de santé à soigner ou à prendre en charge les malades à Abidjan ».

Enfin, nous avons administré un questionnaire directement à des patients venus en consultation (Annexe 4). Nous avons inclus dans cette enquête tous les patients vus en consultation pour les soins infirmiers, les CPN et post-natales, les soins pédiatriques, les soins gynécologiques, les soins dentaires et les soins ophtalmologiques dans les établissements de soins retenus dans la période considérée (2 novembre 2010 au 5 janvier 2011) et ayant donné leur consentement éclairé pour répondre à nos questions. Ils sont interrogés au cours ou à la fin de leur consultation, pour avoir leur avis quant à la

satisfaction des soins dispensés, la qualité des soins, la prise en charge et l'accueil du service de santé. Quelques personnes accompagnant les malades ont été questionnées également. Nous avons interrogé 410 patients lors notre enquête.

IV.5.1.2. Les données socio-démographiques

IV.5.1.2.1. Les recensements généraux de la population

Notre étude a bénéficié des bases de données existantes de l'Institut Nationale de la Statistique (INS) de Côte d'Ivoire de 1975, 1988, 1998 et des estimations de 2006 et 2009. Les recensements de population réalisés en 1975, 1988, et 1998, fournissent des données socio-démographiques intéressantes aussi bien pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire, que pour la ville d'Abidjan. Rapportées aux communes de résidence des individus interrogés, ces données permettent en particulier de caractériser l'espace urbanisé d'Abidjan et de décrire les recompositions socio-spatiales entre 1975 et 1998.

Le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation de Côte d'Ivoire date de 1998 (RGPH-98). Cela fait donc treize ans qu'il n'y a pas eu de recensement en Côte d'Ivoire, à cause de la crise socio-politique que vit le pays depuis 2002. Pour suivre les changements sociaux de la ville, nous avons utilisé les estimations de l'INS de 2006 et 2009 sur la structure de la population abidjanaise (âge, sexe, ethnie, effectif, etc.).

IV.5.1.2.2. L'enquête domiciliaire

Une collecte complémentaire de données sur le terrain est nécessaire. Une enquête est réalisée auprès des ménages de la ville d'Abidjan pour analyser les comportements thérapeutiques de ces derniers.

Il s'agit ici, de présenter de façon générale la méthodologie de notre technique et les résultats de l'enquête domiciliaire¹².

Les données de santé utilisées pour l'étude de l'accès et le recours aux soins à Abidjan proviennent d'une enquête réalisée de 2009 à 2011 dans 35 quartiers, dont 10 quartiers résidentiels, 10 quartiers populaires, 9 quartiers précaires et 6 villages Ébriés à l'aide d'un questionnaire.

Nous avons au préalable, en nous appuyant sur la stratification des quartiers réalisée par les démographes de l'INS (Institut National de la Statistique), regroupé les quartiers en fonction de leur niveau d'urbanisation, des caractéristiques de l'habitat et des profils sociaux économiques des ménages, en quatre groupes. On a les quartiers précaires, résidentiels, populaires et les villages.

Nous avons voulu respecter cette hétérogénéité des espaces de la ville qui peut être déterminant dans l'identification des facteurs limitant le recours aux soins et des ménages « fragiles » pour l'accès aux soins.

Le plan d'échantillonnage de cette enquête a été mis au point de manière à considérer les sous-espaces urbains (les communes) comme des strates au sein desquels un nombre comparable d'individu est enquêté. Au sein de chaque strate, un sondage est réalisé : une strate correspond à un quartier, puisque celui-ci a été choisi comme l'unité spatiale de référence. Ce plan d'échantillonnage à deux degrés permet ainsi de disposer de données

¹² Pour encore plus de détaille sur le déroulement de l'enquête, se référer au *Chap.I, Partie III, p 318*.

de santé qui peuvent être analysées aussi bien à l'échelle des quartiers qu'à celle des sous-espaces urbains retenus plus haut (communes, ville).

Avant d'entamer l'enquête proprement dite, nous avons procédé à une pré-enquête pour vérifier l'adéquation du questionnaire à s'appliquer aisément à tous les ménages. Celle-ci nous a permis de retirer les questions incompréhensibles pour les enquêtés, afin de les rendre plus accessibles et faciliter leur administration.

Au final dans le questionnaire, on a des questions relatives aux caractéristiques des ménages et à leur concession, aux maladies contractées par les ménages les 15 ou 30 derniers jours précédents notre passage, des questions relatives aux pratiques thérapeutiques du ménage, les raisons qui justifient ses pratiques et ce qu'ils attendent du système de santé. Le questionnaire élaboré à cet effet comporte des questions, aussi bien fermées qu'ouvertes, dont les réponses ont fourni des données quantitatives et/ou qualitatives (Annexe 1).

Dans chaque quartier, des enquêteurs préalablement formés soumettent le questionnaire aux différents ménages (responsable de ménage ou toute autre personne susceptible de répondre valablement aux questions). Le ménage était éligible si et seulement si, le chef de ménage résidait dans le quartier depuis plus de cinq ans.

Pendant 20 semaines d'enquête¹³, 1 706 concessions ou îlots¹⁴ ont été enquêtés dans les différents types de quartiers, 1 981 ménages étaient éligibles et 4 649 personnes ont répondu aux questionnaires individuels. Ces ménages sont répartis en quatre groupes d'âge : les enfants de 6 mois à 5 ans, les enfants de 6 à 12 ans, les jeunes de 15 à 25 et les adultes de plus de 30 ans¹⁵.

IV.5.1.3. Les entretiens réalisés à Abidjan

Nous avons eu des entretiens avec les agents de santé des services de soins sélectionnés pour notre enquête. Pour mener à bien les entretiens et les enquêtes dans les services de santé, des autorisations d'investigation nous ont été remises par les responsables des districts sanitaires de ces structures et par le Ministère de la santé (Annexes 8 et 9).

Les questions adressées aux agents de santé moderne sont axées sur le profil du professionnel de santé interrogé et des patients qu'ils soignent. Nous avons posé également des questions relatives à leurs conditions de travail et à leur attente vis-à-vis du système de santé ivoirien. Nous avons terminé notre entretien en posant des questions sur les relations qu'ils entretiennent avec la médecine traditionnelle (les malades adressés aux tradi-praticiens, les malades adressés par des tradi-praticiens, la "prescription" de traitements traditionnels aux patients, la collaboration entre les deux médecines, et leur connaissance sur l'existence du PNPM (Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle) (Annexe 3).

Ces entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail du personnel de santé. Ils étaient parfois interrompus par des consultations, ce qui nous a permis d'observer les pratiques du personnel soignant et leurs relations avec les patients.

¹³ Pendant ces 20 semaines, nous avons distingué les périodes de saisons sèches et des saisons pluvieuses, dans l'objectif de voir si certaines pratiques thérapeutiques sont liées uniquement aux saisons.

¹⁴ Îlots : Comme nous l'avons mentionné plus haut (cf. *Introduction générale*, p34), l'îlot représente le ménage à interroger.

¹⁵ Les critères d'âge ont été déterminés en fonction des pathologies enquêtées (HTA, paludisme, états nutritionnels, états bucco-dentaires) et de l'état matrimonial des jeunes chefs de ménages.

En outre, nous avons effectué des entretiens avec des tradi-praticiens. Nous avons interrogé à l'aide d'un questionnaire (Annexe 2), trente-cinq tradi-praticiens sur leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs activités professionnelles : la spécialité, la formation, les compétences, les pathologies traitées, les méthodes de diagnostics et thérapeutiques, la consultation, les critères de guérison et leurs relations avec la médecine moderne.

Les entretiens ont également concerné les représentants locaux en charge de la ville d'Abidjan (maires des communes, chefs de quartiers, chefs de villages Ébrié), afin de recueillir des informations sur, l'historique et l'organisation des communes et des quartiers, les infrastructures en place, les transformations urbaines, les activités communautaires et les priorités et préoccupations en matière de santé des populations locales. Ces informations permettent d'appréhender l'importance accordée à la santé et à l'amélioration des conditions de vie des résidents par les autorités locales.

Les entretiens avec les autorités locales se déroulent généralement sur leurs lieux de travail. Au contraire, les entretiens avec les membres de la population générale se sont tous déroulés au domicile des personnes interrogées.

Les entretiens étaient généralement semi-directifs, et souvent très ouverts, afin de ne pas imposer d'emblée une grille de lecture sur la perception de la gestion de la commune, du quartier ou du village.

IV.5.1.4. Les autres sources de données

IV.5.1.4.1. Les documents d'urbanismes

Les rapports de la direction régionale de la construction et de l'urbanisme d'Abidjan donnent les renseignements sur l'évolution des lotissements et la typologie de l'habitat de la ville d'Abidjan de 1950 à nos jours (2010). Pour étudier les étapes de la croissance de la ville d'Abidjan de 1912 à 2009, des documents d'urbanisme ont été analysés et des cartes de bâties, de l'occupation du sol, de l'évolution de la population et de la typologie de l'habitat de la ville d'Abidjan des années 1950 et 2000 aux échelles 1/50 000, nous ont été fournies.

Et en complément, des documents d'archives sur les aménagements et les politiques d'aménagements nous ont permis de retracer les différentes étapes de l'expansion de la ville et les aménagements qui ont été mis en place.

Pour répondre aux objectifs et en fonction de la disponibilité des données, l'analyse spatiale et temporelle, s'est faite en tenant compte de neuf années témoins¹⁶.

IV.5.1.4.2. Les unités d'observation

La présente étude entend recouvrir des cibles d'enquête qui permettent d'obtenir les informations dont nous avons besoin pour vérifier nos hypothèses.

Nous avons observé les territoires et les territoires d'actions en suivant notre découpage.

a. Les équipements sanitaires

Lors de nos enquêtes de terrain, nous avons fait des observations sur l'état des équipements sanitaires de la ville d'Abidjan. Ces équipements sont vieillissants, insalubres, sous-équipés et dans un état de dégradation très avancé (c'est le cas des formations

¹⁶ 1912-1958, 1960, 1975, 1983, 1988, 1992, 1998, 2002, 2009.

sanitaires urbaines de Port-Bouët, Abobo, Attécoubé, et des CHU de Cocody et Treichville où des services sont inaccessibles). C'est pour la plupart des équipements construits après l'indépendance de la Côte d'Ivoire. Ils ne sont pas entretenus et sont parfois situés sur des sites insalubres et accidentés (l'Hôpital Général d'Attécoubé) pouvant mettre en mal la santé de la population consultante.

Par ailleurs, l'accueil laisse à désirer dans certains services de santé. Dans les services publics, les malades sont mal reçus par les médecins et souvent confiés à des internes ou des étudiants stagiaires. Cela amène certaines populations à se tourner vers les structures sanitaires privées. Ici encore, l'observation montre qu'elles ne sont pas toutes bien entretenues et correctement équipées en fonction des besoins des populations. Il y a là aussi, des problèmes même si certaines d'entre elles font l'exception à la règle.

Concernant les thérapeutes traditionnels, il ressort des observations que ces derniers exercent pour la plupart à leur domicile. Ainsi, ils reçoivent les patients dans leur salon ou dans une maison isolée à pièce unique. À ce niveau également, la pratique médicale suscite des interrogations. Ces thérapeutes n'observent aucune hygiène pour la préparation de leur médicament. Pire encore, les conditions d'hygiène de leur domicile sont fort inquiétantes et cela pourrait constituer des risques sanitaires pour les usagers de soins.

b. L'environnement urbain

Nous avons effectué des observations dans nos différentes zones d'enquête, afin de décrire d'une part, les caractéristiques de l'environnement urbain, et d'autre part d'évaluer réellement les risques sanitaires qui pourraient être à l'origine des besoins potentiels de soins chez les ménages.

Pour atteindre ce but, nous avons observé les modes de gestion des ordures ménagères, le mode d'assainissement des eaux usées et pluviales dans les communes et les quartiers, ainsi que, l'emplacement des équipements et des infrastructures par rapport aux domiciles des populations. En effet, nous avons cherché à savoir si les ordures étaient couramment enlevées, si le système d'évacuation des eaux usées et pluviales était fonctionnel, et que ce système ne laisse pas apparaître les stagnations d'eaux usées qui constituent un lieu de propagation des vecteurs de transmission de maladies comme les moustiques, les mouches, les moucherons, les souris, les cafards, etc.

Nous avons porté également un regard sur l'état des voiries des communes et des quartiers.

Par ailleurs, nous avons mené une observation pointue sur l'environnement immédiat des ménages, c'est-à-dire, le cadre de vie de ceux-ci. Il s'agissait précisément d'observer, l'état d'hygiène des habitations, les matériaux utilisés pour la construction des habitats, l'état des toilettes, et des cuisines, les combustibles utilisés pour la cuisson des repas, ainsi que, les touffes d'herbe aux alentours des maisons qui ne sont presque jamais entretenues. Nous avons insisté sur ces éléments, car selon l'OMS, l'environnement qui nous entoure est la cause principale de l'apparition de certaines maladies chez l'être humain et des besoins en soins potentiels.

Au-delà des observations relatives au cadre de vie des ménages, nous avons observé également leur comportement, leur habitude, leur mode de vie, leurs réseaux sociaux, les activités qu'ils pratiquent dans leur domicile, le nombre de personnes vivant dans leur ménage, l'attention que la mère accorde à son enfant, les aires de jeu de ces derniers, la propreté de l'enfant, c'est-à-dire s'il se chausse avant de sortir, s'il se lave les mains avant

de manger, si ses vêtements sont propres, etc. En somme, il s'agissait de savoir si les parents prenaient soin de leurs enfants. Aussi, avons-nous voulu chercher à comprendre à travers ces indicateurs, les pratiques spatiales de consommation de soins des ménages et l'importance qu'ils accordent à leur santé. Connaître le profil de la population étudiée dans les différentes zones géographiques est capital pour notre étude, car il est le début de la compréhension des pratiques thérapeutiques des ménages.

Ces observations complètent les autres sources de données retenues pour notre étude. Nous avons à chaque étape de nos observations réalisées des photographies pour mieux expliquer certaines réalités (l'état de dégradation très avancé des structures sanitaires, la mauvaise gestion des ordures ménagères et des eaux usées, etc.).

IV.5.2. Méthode générale

L'étude de l'accès et le recours aux soins à Abidjan s'appuie sur diverses méthodes statistiques et spatiales qui permettent premièrement d'étudier la répartition de l'offre dans l'espace et dans le temps pour en faire ressortir les inégalités sociales et spatiales. Les méthodes utilisées permettent deuxièmement, de confronter l'ajustement de cette offre à la demande par l'évaluation de l'adéquation entre l'offre et les besoins de soins de santé dans les lieux de résidences.

Elles permettent enfin, d'analyser les comportements thérapeutiques des abidjanais et d'identifier les facteurs qui déterminent ou justifient ces comportements.

Dans ce chapitre, nous décrivons d'une manière générale notre méthode d'analyse, principalement à travers les sources de données utilisées. Des considérations méthodologiques plus ponctuelles sont dispersées dans le corps de la thèse, en introduction de l'exposé des différents résultats.

IV.5.2.1. La démarche suivie pour étudier l'inégale répartition spatio-temporelle de l'offre de soins moderne et de l'accès aux soins

L'étude sur la répartition de l'offre de soins moderne à Abidjan s'appuie sur les méthodes statistiques et spatiales pour décrire les inégalités spatiales d'accès aux soins intra-urbaines, et pour identifier les facteurs qui en sont à l'origine. Pour permettre cette analyse, une base de données géo référencées est créée, intégrant les coordonnées des services de santé, les informations collectées sur les autres services urbains et le réseau routier, le profil de la population et de l'environnement urbain dans un système d'information géographique (SIG), pour permettre leur mise en relation et leur interprétation.

IV.5.2.2. Démarche suivie pour analyser l'adéquation entre l'offre de soins moderne et les besoins de soins des populations

Notre méthode implique dans un premier temps, l'évaluation des besoins de soins de santé dans les lieux de résidences. Et dans un second temps, la confrontation entre ces besoins et l'offre de soins.

Une approche par combinaison d'indicateur a été retenue pour définir des niveaux relatifs de besoins en soins. Les déterminants influant sur l'état de santé des individus, donc, définissant les besoins en soins de santé d'une population, sont les suivants : l'âge, le sexe, les femmes en âge de procréer (FAP), les morbidités diagnostiquées, les taux d'utilisation

brutes des services de santé et les variables qui caractérisent l'environnement social, économique, culturel et urbain des lieux de résidences des quartiers.

Pour évaluer les besoins, nous avons utilisé premièrement les bases de données existantes du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 1998), de l'Institut Nationale de la Statistique (INS, 2006) et de la Direction de l'Information et de la Planification Évaluation (DIPE, 2009) pour faire une analyse à composante principale (ACP). Les résultats obtenus à partir de l'ACP ont permis de construire une typologie de nouveaux territoires par niveau de vie par le biais d'une classification ascendante hiérarchique (CAH).

Par la suite, nous avons fait une CAH pour construire une échelle des besoins de soins à partir des déterminants influençant les besoins. Les résultats obtenus à partir de la CAH vont nous permettre de constituer des classes par rapport au niveau de besoins en soins de santé des espaces de vie. Les résultats obtenus sur les indices sociaux viennent en complément pour atténuer ou aggraver le niveau des besoins dans les lieux de résidences.

Enfin, les résultats obtenus à partir de la CAH sur le niveau de vie des populations dans les espaces vont être structurés sous forme de base de données avec les résultats obtenus à partir de la CAH sur les niveaux de besoins en soins de santé, pour être confrontés à l'offre de soins dans un système d'information géographique, que nous avons déjà construit ci-dessus, pour permettre leur mise en relation.

L'analyse croisée des différentes couches de données à l'intérieur du SIG, va permettre de faire ressortir les inégalités sociales et spatiales dans la distribution de l'offre dans les lieux de résidences, de confronter l'offre aux besoins en soins de santé dans les lieux de résidences des populations, d'identifier et cartographier les zones fragiles pour l'accès aux soins et de les classer.

On peut donc espérer trouver des quartiers "favorisés", parce qu'ils présentent de "bons" indicateurs d'accès aux soins ou le niveau de besoins en soins est faible et l'offre importante, ou à l'inverse des quartiers "défavorisés" parce qu'ils présentent de "mauvais" indicateurs d'offre de soins ou de besoins en soins.

IV.5.2.3. Méthode pour analyser les comportements thérapeutiques des ménages et les déterminants du recours aux soins dans la ville d'Abidjan

Si elle s'arrêtait là, notre analyse serait encore très incomplète. Ayant expliqué les méthodes pour identifier les centres de diffusion de soins et les agencements spatiaux qu'ils impliquent et son adéquation aux besoins, il nous reste à évaluer plus précisément si cette offre est utilisée efficacement et effectivement par la population (ménages) de la ville d'Abidjan.

Pour analyser les comportements vis-à-vis de la maladie et identifier les déterminants du recours aux soins, nous avons eu recours aux modèles conceptuels et aux techniques statistiques.

L'analyse suit un raisonnement logique. La stratégie d'analyse s'appuie sur trois étapes successives, liées entre elles et dégageant des connaissances complémentaires. Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse statistique traditionnelle décrivant de manière générale, les maladies les plus fréquentes, le cadre de prise en charge et les pratiques thérapeutiques au sein des quartiers.

Nous nous sommes intéressés, dans un second temps, aux itinéraires thérapeutiques et aux déterminants individuels des pratiques thérapeutiques, en analysant leur influence au niveau univarié.

Aussi, nous avons procédé à une analyse spatiale et contextuelle, articulée autour des caractéristiques des quartiers pour définir des espaces sanitaires de recours aux soins.

Le test du khi2 est utilisé pour déterminer si la distribution des comportements est la même selon le niveau d'urbanisation des quartiers.

Enfin, au terme de cette exploration descriptive, nous avons construit des modèles d'analyse multivariée

Dans un troisième temps, nous avons procédé à l'analyse des déterminants du recours aux soins. Nous avons fait une analyse multivariée et plus précisément une régression logistique binaire entre notre variable dépendante et les variables explicatives énumérées ci-dessus pour comprendre les mécanismes et les déterminants qui caractérisent l'ensemble des recours aux soins. De plus, la régression logistique nous a permis d'évaluer l'influence du contexte urbain et social sur les comportements des ménages de la ville d'Abidjan.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel 2010 et l'analyse ACP et la CAH avec le logiciel SPSS10.4 (Statistical Package for social sciences).

Le SIG a été construit à partir du logiciel Map-info Professional 8 © en utilisant les fonds de cartes numérisées fournies par le CCT (Centre de Cartographie et de Télédétection) et le BNETD (Bureau National d'Études Techniques et de Développement) pour la réalisation de nos cartes thématiques.

IV.6. Plan de notre travail de thèse

Ce travail est divisé en trois parties :

- ❖ **La première partie** décrit la ville d'Abidjan ainsi que les différentes échelles spatiales considérées dans cette recherche, à savoir les communes et les quartiers. La première partie parle des généralités sur le système de santé en Côte d'Ivoire. Il s'agit ici de présenter les grandes lignes de la politique sanitaire, l'organisation, le fonctionnement et le financement du système de santé. Le profil démographique de la population d'Abidjan est étudié en rapport à celui du reste du pays, pour montrer l'importance des besoins des populations dans les sous-espaces et les plus vulnérables d'entre elles. Nous ferons l'analyse de la répartition spatiale de l'offre de soins moderne, afin de mettre en évidence les inégalités potentielles et les disparités nées de cette distribution de l'offre de soins. Les éléments qui concourent à l'existence de ces inégalités spatiales dans la répartition de l'offre à Abidjan sont décrits et discutés.
- ❖ Dans **la deuxième partie**, nous mesurons l'ajustement de cette offre à la demande et aux besoins de soins des populations, afin de mettre en évidence « les zones fragiles » à privilégier dans la planification sanitaire de la ville.
- ❖ Dans **la troisième et dernière partie** de ce travail, nous étudions les itinéraires thérapeutiques des ménages, pour relever les déterminants du recours et du non recours à l'offre de soins moderne et proposer des pistes pour améliorer l'accès aux soins de santé moderne de la population de la ville d'Abidjan.

PREMIÈRE PARTIE

**OFFRE DE SOINS ET ORGANISATION
DU TERRITOIRE, QUELLES
CONSÉQUENCES POUR L'ACCÈS AUX
SOINS À ABIDJAN**

Introduction de la première partie

La première partie traite la question des dynamiques spatiales et temporelles de l'offre de soins et l'organisation territoriale et ses conséquences sur l'accès aux soins.

Elle tente de comprendre l'articulation entre l'offre de soins et les structurations spatiales de la ville par une succession de changements d'échelle, du pays à la région, de la région à la ville et de la ville aux quartiers, afin de faire ressortir les inégalités spatiales dans la distribution de l'offre de soins.

Pour atteindre notre objectif, nous répondrons à cette question :

Depuis plusieurs décennies, des efforts ont été engagés par le gouvernement ivoirien dans le domaine de la santé. Quel est l'état actuel de cette offre de soins ?

CHAPITRE I. CONTEXTE DE L'ÉTUDE : DU PAYS À LA VILLE D'ABIDJAN

De nombreux facteurs influencent plus ou moins l'état de santé et les comportements thérapeutiques de la population. C'est pourquoi dans ce premier chapitre, nous allons décrire le cadre territorial, politique, juridique et administratif de l'offre de soins à la lumière de l'organisation sanitaire et de ses découpages. La description nous donne les premiers indices sur les inégalités socio-spatiales de la distribution de l'offre de soins.

Après une brève description du contexte national, nous verrons concrètement comment le système de soins s'organise sur le territoire urbain de la ville d'Abidjan.

I. Présentation de la Côte d'Ivoire

I.1. Contexte géographique : une zone géographique propice au développement des maladies

La République de Côte d'Ivoire est située dans la zone intertropicale en Afrique de l'Ouest, entre les 2° 30' et 8° 30' de longitude Ouest et par les 4° 30' et 10° 30' de latitude Nord. C'est un pays chaud (de 27 à 32° C de moyenne annuelle) et relativement humide (de 1 000 à 2 000 mm de pluie par an selon les régions).

Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km², soit environ 1% du continent africain. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria et au Sud par la côte atlantique du Golfe de Guinée (Carte 2).

D'abord protectorat français en 1843 puis colonie française en 1893, la Côte d'Ivoire acquiert son indépendance le 7 août 1960, sous la houlette de Félix Houphouët-Boigny, premier président du pays.

La capitale politique du pays est Yamoussoukro, située au centre du pays et à 248 kilomètres d'Abidjan, la capitale économique. Sur le plan de l'administration territoriale, la Côte d'Ivoire compte depuis fin septembre 2008, 19 régions (dont la région des lagunes, avec pour capitale Abidjan, carte 2), 70 départements et 296 sous-préfectures fonctionnelles sur 335 et plus de 12 000 villages¹⁷.

¹⁷ Source : décret n° 97-19 portant changement de dénomination des circonscriptions administratives régionales.

La langue officielle est le français et la monnaie le franc CFA (1 franc CFA = 0,0015 centimes d'Euro).

Par ailleurs, sa position géographique intertropicale explique la diversité des milieux naturels rencontrés (zone de forêt guinéenne au Sud qui couvre 47% de la surface du territoire national et une zone de savane soudano-sahélienne au Nord qui couvre 53% de la superficie du pays) et la variété des climats (climat équatorial humide au Sud, climat tropical de type soudanais au Nord). Le relief de la Côte d'Ivoire est peu contrasté avec des plaines au Sud, des plateaux étagés au Centre et au Nord et des montagnes à l'Ouest.

Cette situation géographique est un fardeau et une contrainte majeurs sur le plan sanitaire pour le pays, car la zone intertropicale est réputée pour le développement rapide des maladies, des bactéries, des microbes, d'agent pathogène (moustiques, mouches, ver de guinée, etc.), et autres. Cette diversité du milieu naturel est de ce fait responsable de la présence de maladies endémiques, parasitaires habituellement rencontrées sous ces types de climat (paludisme, bilharziose, trypanosomiase humaine africaine, etc.), ainsi que de certaines affections particulières à chaque zone (comme la méningite à méningocoque au Nord et le pian au Sud).

Cette justification de l'analyse du contexte national va au-delà de la présentation du milieu et de ses composantes comme préalable à l'aménagement et au développement. Elle constitue la trame matérielle sur laquelle se superposent les espaces de vie produits par les sociétés et c'est ce que nous étudierons dans la partie qui suit.

I.2. Contexte socio-démographique

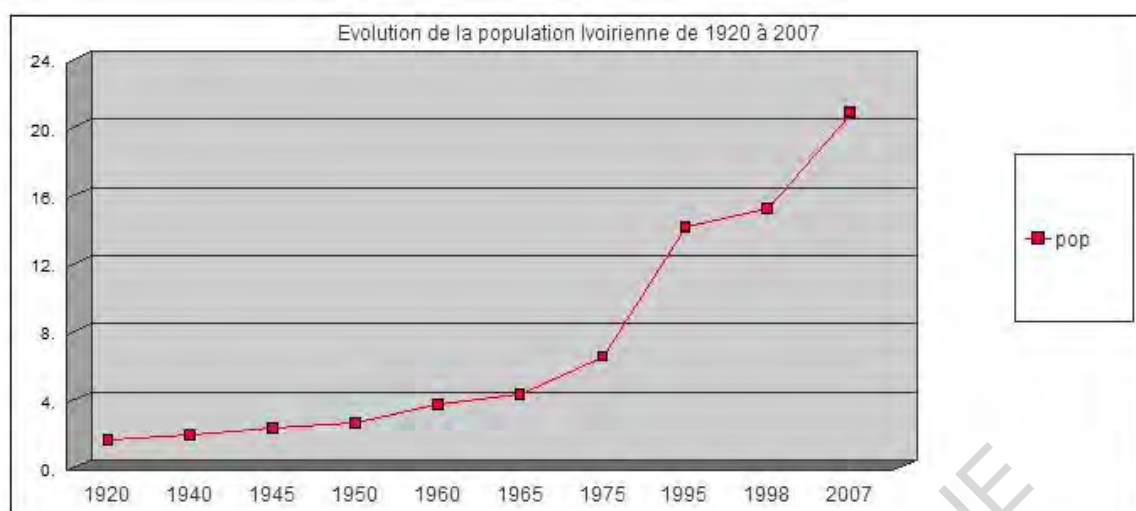
I.2.1. La croissance démographique : une exception en Afrique de l'Ouest

La population de la Côte d'Ivoire connaît globalement une évolution soutenue, marquée par un accroissement naturel élevé, un apport migratoire important. Mais aussi, par une inégale répartition sur le territoire de la population, puisque la région des lagunes (avec la ville d'Abidjan) compte à elle seule 34% de la population totale; avec 25% de la population ivoirienne qui vit dans la ville d'Abidjan (5 088 890 habitants) où la densité est de 1 457 habitants au km². Le taux d'accroissement annuel moyen de la population totale est de 3,3% sur la période 1988-1998, stable jusqu'en 2005¹⁸. Ce taux marque un ralentissement de l'accroissement de la population par rapport aux périodes antérieures : pour mémoire, ce taux était de 3,8% sur la période 1975-1988 et de 3,6% sur la période 1965-1975. Il demeure toujours l'un des plus élevés de l'Afrique sub-saharienne. Si ce rythme perdure, la population pourrait doubler en moins de vingt-trois ans.

Le ralentissement de l'accroissement de la population, essentiellement dû au fléchissement de la croissance naturelle vers le début de la décennie 90, s'est accéléré au cours des cinq dernières années. La population ivoirienne a connu une croissance rapide (2,85% entre 1997 et 2007 ; DSRP, 2009). De 6 709 600 habitants en 1975, elle est passée en l'espace de trois décennies à plus de 20 018 037 habitants en 2007, avec un taux de croissance démographique estimé en 2006, à 2,6% par l'INS (Graphique 1).

¹⁸ Source : Institut National de la Statistique.

Graphique 1. Croissance démographique de la Côte d'Ivoire de 1920 à 2007



Source : INS, 1998

Cette dynamique de la population a largement été influencée par les performances économiques que le pays a connues durant les décennies 1960 et 1970 d'une part et, d'autre part, par une fécondité forte et précoce (l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) était de 5,7 enfants par femme en 2000). Toutefois, l'ISF est plus faible à Abidjan avec 3,5 enfants par femme.

L'urbanisation est très forte avec un taux estimé à 42,5% en 1998 et qui se situait à 46% en 2001.

La population ivoirienne se caractérise par sa jeunesse. Plus de 43% de la population a moins de 15 ans.

En ce qui concerne l'alphabétisation, on note qu'en 2008, plus de 51% des Ivoiriens étaient analphabètes et les disparités sont énormes à la fois entre homme et femme, mais aussi entre les milieux de résidence du pays. Le taux d'analphabétisme est de 67,4% en milieu rural contre 35,4% en milieu urbain (Abidjan, 27,3%). Pourtant, il existe une relation étroite entre l'état de santé d'une population et le niveau d'instruction¹⁹.

Par ailleurs, l'accès à l'eau potable, c'est considérablement amélioré ces dernières années en Côte d'Ivoire. Au total, 76% de la population a accès à une source d'eau salubre améliorée en 2006, avec 90% en milieu urbain et 65% en milieu rural. Le milieu urbain est influencé à la hausse par la ville d'Abidjan (99%). Si l'on se réfère à la définition d'eau potable selon l'OMS, ce sont seulement 55% de la population ivoirienne qui a accès à l'eau potable en 2006 contre 56% en 2000. En 2002, selon les résultats de l'enquête « niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire », 51,2% de la population avaient accès à une eau potable.

La prise en compte des caractéristiques de la population dans les programmes de développement et dans les processus de planifications sanitaires est essentielle et conditionne très souvent la réussite de ceux-ci.

¹⁹ Extrait du discours du SG de l'ONU à l'occasion de la célébration de la journée internationale de l'alphabétisation du 8 septembre 2001.

I.2.2. La Côte d'Ivoire : "un véritable melting-pot"

Carrefour d'échange économique et culturel de par sa situation géographique et historique, la Côte d'Ivoire est le premier pays en Afrique en matière d'immigration, avec un taux d'immigration de 30% selon le dernier Recensement Général de la population réalisé en 1998.

En effet, la population ivoirienne est caractérisée par sa diversité ethnique et culturelle. Cette population originelle ivoirienne se compose de 70 ethnies réparties en quatre grandes familles ethno-linguistiques : les Akan (au Sud, à l'Est, et au Centre de la Côte d'Ivoire), les Krou et les Mandé (à l'Ouest et au Nord de la Côte d'Ivoire) et les Voltaïques (au Nord de la Côte d'Ivoire).

À cette diversité ethnique, s'ajoutent les étrangers. La Côte d'Ivoire a mis en place une politique migratoire pour encourager durant une longue période²⁰ la venue des étrangers pour promouvoir le développement économique. En vue de faciliter leur intégration, le président Houphouët²¹ avait proposé, en 1966 la double nationalité aux ressortissants d'Afrique Occidentale Française (AOF) pour leur donner le sentiment d'appartenir à la nation. De par cette politique, la Côte d'Ivoire est devenue en moins de trente ans, le principal pays d'immigration en Afrique.

Cinq ans après son indépendance, elle comptait déjà 700 000 étrangers ; effectif supérieur à la population Gabonaise à l'époque. Cette population a doublé dix ans plus tard, et en 1988, un individu sur trois était étranger. Les plus importants sont les migrants des pays limitrophes que sont le Burkina Faso, le Mali et la Guinée. Les ressortissants de ces trois pays représentaient au début des années 1980, plus de 80% des étrangers. Il faut aussi citer les contingents de réfugiés Libériens, Sierra Léonais et des Grands Lacs.

Actuellement, plus de 4 millions d'étrangers vivent en Côte d'Ivoire, soit 26,5% de la population ivoirienne [Estimations INS, 2009].

L'augmentation rapide des étrangers a contribué à la croissance des villes ivoiriennes. En 1975 ils représentaient près de 40% de cette population. Entre 1978 et 1979, deux étrangers sur trois immigraient en ville dont 41% à Abidjan. Les Maliens se sont installés majoritairement en ville avec un quart de leur effectif à Abidjan. Contrairement à ceux-ci, les Burkinabés se sont installés dans les régions à forte production de culture d'exportation. Plus de la moitié des Sénégalais et des Nigériens résident actuellement dans la capitale économique.

Un brassage culturel important dans les espaces de vie ivoiriens, avec des modes de vie différents, auxquels le système de soins doit s'adapter pour satisfaire les besoins en soins de santé de ses différentes communautés.

²⁰ Les flux migratoires sont liés à l'histoire de la Côte d'Ivoire. Les colonisateurs français pour garantir une production en quantité des matières premières comme le bois, le café et le cacao dans une agriculture non mécanisée, ont eu besoin d'une main-d'œuvre abondante et suffisante. Celle-ci proviendra, pour la mise en œuvre de cette politique de développement, de toutes les régions de la colonie, plus particulièrement du Nord du pays et des territoires des colonies voisines (la Haute-Volta actuel Burkina Faso, le Mali, le Sénégal, et la Guinée). Depuis trois quarts de siècle, ces courants migratoires participent à la recomposition de l'occupation du territoire. L'accession de la colonie de la Côte d'Ivoire à l'indépendance en 1960 ne va pas constituer une rupture véritable du mode de développement choisi par le colonisateur.

²¹ Félix Houphouët-Boigny a été le premier Président de la République de Côte d'Ivoire de 1960 à 1993.

Carte 2. Carte de la Côte d'Ivoire et localisation géographique de la région des Lagunes et Abidjan



Source : Division géographique du Ministère des Affaires Étrangères de Côte d'Ivoire, 2004

I.3. Contexte socio-économique : la Côte d'Ivoire, un pays pauvre

La Côte d'Ivoire est un pays stratégique dans le dispositif ouest-africain. Elle occupe une position déterminante dans l'Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), qui constitue pour elle l'extension naturelle de son marché intérieur.

Prospère au cours des années qui ont suivi son accession à l'indépendance, l'économie de la Côte d'Ivoire repose essentiellement sur l'agriculture, et l'État déploie d'importants efforts dans la diversification des cultures de rente (café, cacao, hévéa, palmier à huile, coton, anacarde, etc.). La conjonction des effets de la crise sociopolitique et de la chute du cours des matières premières ont profondément influé sur la croissance économique qui était de -1,85% en 2004.

Compte tenu de cette situation et malgré le contexte socio-politique difficile, des mesures de redressement ont été consenties par le pays. Ainsi en 2007, le produit intérieur brut qui était de 8 178,5 milliards de Fr CFA en 2004 est passé à 9 602,9 milliards de Fr CFA. Le taux de croissance économique est monté à 0,32% et le stock de la dette est passé de 501,8 milliards de Fr CFA en 2005 à 402,8 milliards de Fr CFA en 2007.

Le rapport du PNUD de 2006 sur le développement humain, indique pour la Côte d'Ivoire, un Indice de Développement Humain (IDH) de 41,5% et un rang de 166^{ème} sur 177 pays, alors que cet indice était de 42,7% en 2000. L'IDH de 2000 classait le pays dans le monde au 154^{ème} sur 174 pays [Banque mondiale, 2009].

La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté a été évaluée à 38,4% en 2002 selon l'enquête menée par l'INS. Ce taux est actuellement estimé à plus de 40% selon le PNUD, avec comme principales victimes les jeunes. Est pauvre en 2008, en Côte d'Ivoire, toute personne qui a dépensé moins de 661 Fr CFA²² par jour, soit moins de 1 Euro par jour. En 2008, une personne sur deux était pauvre en Côte d'Ivoire. Le nombre de pauvres a été multiplié par deux en l'espace d'une génération [ENV, 2008 ; DSRP, 2009].

Selon les dernières estimations sur les indicateurs économiques pour l'année 2010, l'évolution négative de la consommation des ménages (-3,1%) et celle du PIB par tête d'habitant (-4,7%) témoigneraient d'une aggravation du phénomène de pauvreté du fait de l'impact de la guerre.

L'aggravation de la pauvreté en Côte d'Ivoire a entraîné une détérioration des indicateurs sociaux notamment l'espérance de vie, la mortalité sous toutes ses formes, car la privation de ressources induit une incapacité à se soigner correctement ce qui concourt à accentuer la vulnérabilité des individus. Ainsi, le lien entre la pauvreté et la santé est très évident²³.

Par ailleurs, les crises économiques de la Côte d'Ivoire ont contribué à enfoncer le système de soins. La santé n'était plus une priorité dans les dépenses budgétaires de l'État comme ça a été le cas les décennies passées, malgré le fait que tout développement de toute nation repose sur une population en bonne santé. La décennie 1980 a été marquée par l'incapacité de l'État à poursuivre ses efforts de développement sanitaire, du fait d'une crise économique persistante et d'une démographie galopante. La crise politique de 1999 a

²² 241 145 Fr CFA/an seuil de pauvreté relatif, c'est-à-dire, calculé sur le montant le plus élevé des dépenses de consommation des 10% des plus pauvres.

²³ In Pauvreté et santé : une stratégie pour la Région Africaine, OMS, 2003.

aggravé la situation à cause de la rupture des relations financières internationales consécutive aux problèmes de bonnes gouvernances dans la gestion des dépenses publiques et entre autres de la perte de confiance des investisseurs et de la suspension presque de la totalité des financements extérieurs attendus.

Le budget alloué au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) par le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) au titre de l'exercice 2007 est de 94 690 971 383 Fr CFA et celui de 2008 est de 85 479 138 604 Fr CFA. Ce budget a connu une baisse de 14% de 2007 à 2008. Cette Situation préoccupante est dramatique, selon le Ministère de la santé à cause des indicateurs qui sont positionnés en rouge.

I.4. Profil sanitaire : les principaux problèmes de santé en Côte d'Ivoire

Même si la Côte d'Ivoire semble avoir amorcé sa transition épidémiologique, près de 60% des décès sont encore liés dans ce pays à des maladies infectieuses, parasitaires et à des causes périnatales.

Tous âges confondus, la mortalité avait baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 12,3‰²⁴ en 1988 à 14‰ en 2006²⁵. Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. Entre autres, on relève la dégradation continue des conditions de vie des populations, la recrudescence des grandes endémies tropicales et le VIH-Sida²⁶. La tuberculose (TB) constitue également une préoccupation majeure. Le risque annuel d'infection est estimé à 3,5% à Abidjan et 1,5% à l'intérieur du pays. La co-infection TB/VIH-Sida chez les malades tuberculeux est estimée à 46% en 2003. La co-infection TB/VIH-Sida pose un problème de santé publique en Côte d'Ivoire [DIPE, 2008].

Les causes de l'augmentation de la mortalité sont aussi liées au mode de vie moderne (consommation excessive d'alcool, accidents divers, mauvaise nutrition, etc.).

L'espérance de vie à la naissance qui était de 55,7 ans en 1988 est passée à 50,9²⁷ ans en 1998 puis à 51,8 ans en 2007²⁸.

Par ailleurs, ces décès évitables sont largement liés au paludisme. Les données statistiques disponibles font ressortir que le paludisme représente la première cause de consultations et d'hospitalisations dans les formations sanitaires du pays. Toutes les tranches d'âges et les deux sexes sont concernés, le paludisme constituait 57% des états morbides enregistrés dans les formations sanitaires en 2009.

La malnutrition, les infections respiratoires aiguës (IRA) (la région des lagunes compte de forts taux de personnes atteintes d'IRA, 100 à 200‰) et les diarrhées sont liées également aux causes de décès des ivoiriens.

Les problèmes de santé en Côte d'Ivoire, c'est aussi la santé de la mère et de l'enfant.

En dépit des efforts fournis par l'État, les partenaires au développement et les ONG, la mortalité maternelle reste encore élevée. En effet, de 597 décès maternels pour 100 000

²⁴ RGPH 1998, volume 4 : analyse des résultats, tome 5 : mortalité.

²⁵ Base de données de l'annuaire statistique de la DIPE/MSHP 2001-2006.

²⁶ La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par le VIH-SIDA en Afrique de l'Ouest, avec une prévalence de l'infection au VIH-SIDA chez les adultes, estimée à 4,7% dans la population générale et figure parmi les 15 pays les plus affectés au monde [DIPE, 2008 ; Annuaire statistique, 2001-2006]. En Côte d'Ivoire, c'est la région des lagunes qui est la plus touchée par le VIH-SIDA.

²⁷ RGPH 1998

²⁸ Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009

naissances vivantes en 1994, elle est passée à 690 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2000. Cette situation s'explique par : les maternités trop précoces, trop rapprochées et trop nombreuses, l'insuffisance de la surveillance de la grossesse et du travail, ainsi que la mauvaise qualité des soins obstétricaux d'urgence. Le taux d'accouchement assisté, intervention considérée comme essentielle pour réduire la mortalité maternelle, n'est que de 57%, ce qui est, l'un des taux les plus faibles de la sous-région. La fréquentation des services de santé est une des plus basses de la sous-région (13%).

S'agissant de la mortalité infantile, elle est passée de 103 pour 1000 en 1978 à 167 pour 1000 en 2002. Il convient de noter que les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme et la rougeole sont les principales causes de la mortalité infantile et de la mortalité infanto-juvénile en Côte d'Ivoire.

En outre, la couverture vaccinale sur l'ensemble du territoire ivoirien des enfants de 0 à 11 mois en 2008 s'élevait à 93,92%, un taux satisfaisant selon le Ministère de la santé.

Ces vaccins concernent principalement, le vaccin Bacille de Calmette et Guérin (BCG) chez les enfants de moins d'un an et les vaccins contre la tuberculose, la rougeole, la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie et le tétanos, etc.

Par ailleurs, on note un nombre important de malades atteints de cancer. Les cancers (15 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année) les plus fréquents sont : les cancers du sein et du col de l'utérus chez la femme, les cancers de la prostate et le primitif du foie chez l'homme, le lymphome de Burkitt chez l'enfant. Ils sont probablement sous-diagnostiqués [PNDS, 2008].

Une mention spéciale doit également être faite aux maladies mentales dont la prévalence a augmenté de manière substantielle depuis la crise militaro-politique²⁹ qu'a connue le pays, avec ses conséquences sociales et psychologiques pour les populations [OMS, 2004].

Les insuffisances en matière d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable contribuent aussi à l'aggravation de ces problèmes de santé, notamment avec les diarrhées. Par rapport aux autres pays africains, la Côte d'Ivoire reste dans une situation médiane en ce qui concerne le taux de couverture en moyens d'assainissement améliorés.

²⁹ La République de Côte d'Ivoire, traditionnelle terre d'immigration, de paix et de stabilité politique, connaît une série de perturbations sociopolitiques depuis 1999. La plus grave de celles-ci est sans doute, la crise militaro-politique survenue le 19 septembre 2002. En effet, elle a divisé le pays en deux nations : le Sud sous contrôle gouvernemental et le Centre-Nord sous contrôle de la rébellion. Cette nouvelle situation occasionne une paralysie totale du pays, et un dysfonctionnement dans tous les domaines notamment le secteur de la santé. La crise armée de 2002 a contribué à fortement ébranler tout le dispositif du système de santé ivoirien et à aggraver la situation sanitaire déjà préoccupante avec la destruction, le pillage des infrastructures sanitaires, le déplacement massif des populations des zones de conflit vers les régions du sud et plus particulièrement à Abidjan. Dans le domaine de l'information sanitaire, il a été noté une perte importante de données et le non-renseignement des indicateurs mais également, la fin de certains accords de financement notamment, de la coopération française, de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) et de la Banque Mondiale avec la Côte d'Ivoire.

II. Les politiques sanitaires et l'organisation du système de soins en Côte d'Ivoire

Dans cette partie, nous expliquons l'influence des politiques sanitaires sur l'organisation du système de soins ivoirien. Nous décrivons par la suite les composantes du système et son fonctionnement.

II.1. L'apport des politiques de santé au système de santé ivoirien

La médecine moderne est héritée de la période coloniale. Le système de soins de type occidental a été construit entre une médecine européenne dite "moderne" et une médecine indigène dite "traditionnelle", avec une nette division sociale entre les services curatifs plutôt destinés aux colons et des mesures d'hygiène et de prévention à l'endroit des indigènes [Van Dormael, 1997]. Mais, afin de ne pas réduire la force et la qualité de la main d'œuvre indigène destinée à mettre en valeur la colonie, le système médical s'est ouvert peu à peu. À partir de 1925, les colons mettent en place les premiers services médicaux à l'intention des populations autochtones.

Dès l'indépendance, la Côte d'Ivoire a adopté une politique sanitaire qui vise à consolider l'infrastructure coloniale et la formation du personnel hautement qualifiée. En effet, le premier gouvernement de la Côte d'Ivoire conduit par le président Félix Houphouët-Boigny a investi dans la construction d'une université de médecine, l'une des plus performante de la sous-région à l'époque et même aujourd'hui pour la formation du personnel soignant ivoirien et même des étudiants de médecine du Burkina-Faso, du Mali et de la Guinée.

Avec la croissance économique sans précédent, le système sanitaire ivoirien a connu un essor important, les autorités ont investi dans la construction et le développement des services de santé de base pour le bien-être et l'amélioration de la santé de la population ivoirienne, en particulier dans le milieu rural. L'État ivoirien a donc mis en place des plans pour réduire les inégalités sur le territoire national.

L'une des grandes lignes de la politique sanitaire était également la lutte contre les maladies transmissibles endémo-épidémique. La santé devient alors un des postes majeurs des dépenses de l'État dans les années 1960 à 1975. L'État ivoirien dans sa politique sociale a même opté au départ pour la gratuité des soins et des médicaments à la population, cette option a été progressivement abandonnée à partir de 1978. Alors que, le système de protection sociale reste très limité et ne concerne qu'une infime partie de la population. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), qui couvre les travailleurs du privé, la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI), le Fond de Prévoyance Militaire et les assurances privées ne couvrent que 15% de la population.

En effet, dans le milieu des années 70, les politiques dites d'ajustements structurels (PAS) conduites par la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International (FMI), ont contraint les pays du Sud à réduire leurs dépenses en matière de santé et d'éducation, domaines jugés moins importants à développer que celui de l'économie [Stiglitz, 2002].

La crise économique que traversait dans le même tant la Côte d'Ivoire n'a rien arrangé, bien au contraire. Les dépenses publiques consacrées au secteur de la santé ont considérablement baissé. Ils représentent à peine 5,4% du budget de l'État et 1% du

Produit Intérieur Brut (PIB) contre 2,2% en moyenne dans tous les pays d'Afrique. Aussi, la répartition du budget par niveau sanitaire n'accorde pas la priorité à la santé de base (27,8% en 1992 ; 32,5% en 1998 et 27,7% en 1999).

De plus, avec un taux de croissance annuel de la population de l'ordre de 3,8% et un indice synthétique de fécondité de 6,8 enfants en moyenne par femme [RGPH, 1988], l'offre de soins de santé s'est trouvée de plus en plus en déphasage avec la demande de la population en soins de santé.

Dans ce contexte de crise socio-économique, la Côte d'Ivoire a donc fait appel aux aides internationales dont elle est devenue dépendante jusqu'à aujourd'hui. Aussi, est-elle forcée de se soumettre, conséquence, parfois les priorités en matière de santé des organismes internationaux ne sont pas toujours celles du pays ? Le rôle joué par les bailleurs de fonds et par l'OMS dans la construction et la régulation du système de santé ivoirien est aujourd'hui important.

La Côte d'Ivoire a donc souscrit à divers objectifs et principes définis à des niveaux internationaux pour affiner et conduire sa politique sanitaire nationale. Quelles sont donc ces politiques ?

II.1.2. L'influence des politiques de santé internationales

II.1.2.1. La conférence d'Alma-Ata (1978)

L'OMS et l'UNICEF organisent, en 1978 une conférence à Alma-Ata pour faire un bilan des expériences et parler de la gravité de la situation sanitaire dans de nombreux pays africains. Cette conférence donne naissance à la fameuse déclaration d'Alma-Ata [WHO, 1978]. La Côte d'Ivoire, comme bon nombre de gouvernements des pays du Sud décide de souscrire à la déclaration d'Alma-Ata dont les objectifs étaient basés sur les Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie principale pour atteindre l'objectif de « *la santé pour tous en l'an 2000* ». En participant à cette conférence, l'État ivoirien avait affiché la volonté de s'éloigner du modèle colonial en prenant des distances avec la vision hospitalo-centrée et urbaine de la médecine curative et « *d'orienter les réformes sanitaires vers une prise en charge globale et interdisciplinaire de la santé* » [Ridde, 2005]. Il s'agit aussi de lutter contre les maux du système de santé : lourdeurs administratives, centralisation extrême et privilège donné aux centres urbains au détriment de l'accès aux soins des populations rurales et vulnérables.

Les SSP sont définis lors de la conférence à Alma-Ata comme :

Des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social de l'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Les soins de santé primaires ont été mis en avant dans cette politique, car ils étaient censés selon Van Dormael [1997] « *réhabiliter le potentiel des savoirs populaires et comportements*

spontanés dans l'amélioration du bien-être et de la santé » de telle sorte que les individus et les communautés deviennent sujets de santé et non objets de soins. L'État ivoirien tente d'appliquer cette politique, mais la part du budget de la santé consacrée aux soins de santé primaires n'a jamais atteint les recommandations souhaitées parce que le secteur hospitalier continue d'absorber la majorité des dépenses totales de santé [Watty, 1993].

On assiste à une révolution de la gestion du système sanitaire ivoirien qui connaît un début de déconcentration. Cette politique a renforcé l'organisation du système de santé. Désormais, on trouve à l'échelon de base des postes de santé primaire tenus par un agent de santé infirmier et au sommet des directions régionales. Plusieurs centres de santé primaires ont été construits en particulier en zone rurale. Nous ne disposons pas de chiffres sur le nombre des centres de santé primaires construits à cette période. Mais, à en juger par les documents du Ministère de la santé, la plupart des postes de santé ont été mis en place lors de l'application de cette politique de santé.

Le renforcement des services de santé primaires aide à diriger les malades vers les établissements proches de leurs résidences. Cette amélioration doit permettre, en principe, de réduire l'accessibilité géographique et permettent à la grande masse de la population de fréquenter de manière adéquate les structures sanitaires primaires.

La décennie 1980, du fait d'une crise économique persistante et d'une démographie galopante, a été marquée par l'incapacité de l'État à poursuivre ses efforts de développement. Ce qui a eu pour corollaire la réduction des ressources allouées aux secteurs sociaux, notamment le secteur de la santé.

Ainsi, le pays n'avait pas mis tous les moyens financiers et humains nécessaires au développement de cette politique toutefois ambitieuse et coûteuse en faveur des soins de santé primaires.

En effet, lors de la conférence d'Alma-Ata, rien n'est dit sur le financement de la stratégie des SSP. Il est simplement stipulé que des ressources suffisantes doivent être mobilisées [Flori et Tizio, 2000]. De fait, la crise économique qui débute dans les années 1980 a largement hypothéqué les chances de succès d'une telle politique. La baisse du budget de l'État, emporté par le remboursement de la dette extérieure et la baisse des coûts des matières premières, s'est accompagnée d'une baisse du revenu moyen des ménages et malgré plusieurs tentatives de financement, les fonds continuèrent de manquer cruellement pour l'application des directives d'Alma-Ata. Vers la fin des années quatre-vingt, les résultats ne sont plus à la hauteur des espoirs formulés en 1978, la conception égalitariste est abandonnée au profit de l'efficacité financière et technique des systèmes de soins. Prenant acte de l'essoufflement des soins de santé primaires et en particulier des problèmes d'accessibilité des populations aux médicaments, l'OMS fait du recouvrement des coûts et du recours aux médicaments essentiels génériques (MEG), les fondements d'un mouvement pour la relance des soins de santé primaires, baptisé Initiative de Bamako.

II.1.2.2. L'initiative de Bamako (1987)

L'Initiative de Bamako (IB) adoptée en septembre 1987, a été mise en œuvre en Côte d'Ivoire en 1992. Son principe directeur est la création de formations sanitaires accessibles à tous, gérées et financées essentiellement par leurs utilisateurs de sorte à relancer le processus d'amélioration de la santé dans les pays du Sud à travers une approche intégrée et participative des soins de santé. Dans ce sens, l'IB vient relancer les Soins de Santé

Primaires promus à Alma-Ata dont la mise en place restait confuse un peu partout en Afrique sub-saharienne. Le postulat de base de l'IB est que le malade doit être prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de santé de qualité adaptés à sa demande. Trois axes furent identifiés pour réussir cette mission : l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, le financement des soins par la communauté et la décentralisation [Clarival et al, 1999].

II.1.2.2.1. L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques

Comme la politique des soins de santé primaires avait échoué en partie à cause du manque de médicaments dans les postes de santé, les services publics de distribution se sont donc orientés vers les médicaments essentiels génériques qui coûtent environ cinq fois moins chers que les spécialités; l'approvisionnement régulier des stocks et l'accessibilité financière des médicaments étant devenus cruciaux. L'approvisionnement des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif en médicaments essentiels génériques est assuré par la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), créée en 1984. En 2006, elle constitue toujours le lieu essentiel de la promotion des médicaments génériques. La PSP a également le monopole de la distribution des autres produits pharmaceutiques en Côte d'Ivoire.

II.1.2.2.2. Le recouvrement des coûts

Durant plusieurs décennies, le financement du secteur était presque exclusivement à la charge de l'État. La population bénéficiait de la gratuité des soins et des médicaments qui étaient entièrement pris en charge par le budget de l'État. La mise en œuvre, en 1992, de l'Initiative de Bamako, a favorisé la généralisation du recouvrement des coûts des actes de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dès 1994. Cette politique a également contribué à la rationalisation des soins au niveau des centres de santé et à une plus grande implication des communautés dans la gestion par l'intermédiaire des comités. La mise en place de ce système de tarification à l'acte apparaît comme la meilleure solution pour sortir de la crise et constitue de ce fait, un marqueur de la cohésion sociale dans les différents quartiers par rapport à la capacité des populations à se réunir et à définir les bases d'une meilleure santé. Cette initiative, n'ayant pas été accompagnée ni des mesures adéquates pour la prise en charge des indigents ni d'un système de partage des risques, a souvent abouti à une baisse de l'accessibilité des démunis aux soins de base.

L'Initiative de Bamako se voulait une politique de renouveau pour les soins de santé primaires tout en renforçant l'équité dans l'accès aux soins. Si de multiples définitions de l'équité coexistent depuis fort longtemps dans le domaine de la santé, elles tentent toutes de mesurer des différences entre les individus. La définition la plus couramment utilisée est celle de Whitehead, reprise par l'OMS, qui consiste à ne pas vouloir égaliser les niveaux de santé des individus, mais à créer les conditions nécessaires pour la réduction des facteurs considérés comme injustes ou évitables [Whitehead, cité dans RiddeV., 2005]. Par ailleurs, la définition de l'équité relative à l'accès aux services de soins correspond à un accès égal pour un même besoin, sans autre considération politique, sociale ou économique. L'Initiative de Bamako, pourtant guidée par ces travaux sur l'équité, ne s'est pas traduite par un meilleur accès aux services de santé pour les plus démunis [Ridde et Girard, 2004], car dans cette conception de l'équité d'inspiration libérale, les inégalités d'accès aux soins n'ont pas été appréhendées comme un problème. En revanche,

l'efficacité a été promue au rang de priorité dans les interventions de santé, au détriment de l'équité [Flori et Tizio, 2000].

Enfin, une énième tentative de l'OMS pour faire évoluer les systèmes de soins dans les pays en développement eut lieu à Harare (au Zimbabwe) en 1987. Les résolutions de cette conférence placent le district sanitaire en « clef de voûte » des systèmes de santé [Gruénais, 2001].

II.1.2.2.3. L'importance de la politique de décentralisation : le district sanitaire

Le concept de district sanitaire émerge progressivement de la réflexion qui fait suite aux difficultés rencontrées par la mise en œuvre des politiques de l'OMS [Grodos, 2004]. Afin d'améliorer la participation des collectivités locales, de responsabiliser les communautés dans le domaine de la santé, l'OMS souhaite rompre avec la centralisation des systèmes de soins et délègue une part de l'action à des niveaux périphériques. Le district sanitaire, qui devient la nouvelle norme, correspond à une zone où les programmes de soins sont organisés à l'échelle d'une communauté rurale ou urbaine.

Le processus de décentralisation sanitaire initié, en 1992 en Côte d'Ivoire, vise à « *orienter la décentralisation vers les échelons intermédiaires (province, district, etc.), qui sont suffisamment proches des communautés et plus réceptifs à leurs problèmes et à leurs besoins concrets* » [Ministère de la Santé, 1992]. À partir de 1994, le processus se met concrètement en place avec la création des districts sanitaires. La mise en place des districts sanitaires par l'arrêté n° 137 du 1er juin 1994 a constitué une étape importante dans le processus de déconcentration.

Sous l'autorité de l'équipe cadre, le district sanitaire assure la planification opérationnelle, le système d'information sanitaire, l'intégration des programmes verticaux, les prestations des soins, le développement des capacités de gestion, la formation des personnels et la participation communautaire.

Ce nouveau dispositif marque donc particulièrement l'organisation territoriale de la politique sanitaire qui définit pour chaque échelon de soins, des aires de responsabilité sur lesquelles une structure de soins et sa communauté font autorité.

L'administration locale doit assumer les responsabilités de la mise en place des projets pour le compte des services du gouvernement central. Selon cette conception, le district devrait transcender les limites administratives puisqu'il se dessine en fonction du territoire d'une communauté. Or, le plus souvent, nous allons voir que les districts ont été tracés à partir des découpages administratifs. La carte sanitaire s'appuie sur cette organisation territoriale pour organiser le découpage du territoire en régions sanitaires, lesquelles sont composées de districts sanitaires. Les 19 régions administratives sont regroupées en 19 régions sanitaires, qui prendront à terme l'appellation des régions administratives de référence. On dénombre 83 districts sanitaires, dont le district sanitaire d'Abidjan, administrés par une direction départementale de la santé publique ; 68 d'entre eux se superposent exactement aux départements, les autres regroupent deux à plusieurs départements³⁰.

Les orientations des politiques sanitaires préconisées par l'OMS tant à Alma-Ata qu'à

³⁰ Source : décret n°98/649 du 25 novembre 1998 portant sur l'organisation du Ministère de la santé publique (MSP) ; arrêté n°382 MSP/CAB du 8 octobre 1998 fixant le ressort territorial des directions départementales de la santé publique ; arrêté n°417/MSP/CAB du 22 décembre 1999 portant changement de dénomination et fixation des limites territoriales des directions régionales de la santé publique.

Bamako sont en rupture avec les modèles coloniaux « hospitalo-centrés ». Si depuis le début du 21^{ème} siècle, l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des soins a été reconnue, nous sommes en mesure de nous demander si la tarification des actes de soins n'a pas constitué une source de marginalisation des groupes les plus vulnérables. À ce propos, Ridde [2004] montre comment l'aspect équitable de l'accès aux soins a été occulté lors de la mise en place de ces politiques sanitaires exogènes, notamment après l'Initiative de Bamako. Entre le poids de l'héritage colonial et les pressions des nouveaux acteurs de financements des soins, la Côte d'Ivoire n'a de fait pas encore connu un système de soins adapté à ses réalités socio-économiques et culturelles.

II.1.3. Politique nationale : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

Devant la persistance de nombreuses insuffisances malgré les efforts consentis, le gouvernement ivoirien a élaboré et adopté en 1996, un plan national de développement sanitaire dont l'objectif général est « d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population ». Le PNDS couvre dans un premier temps, la période 1996-2005.

Pour atteindre cet objectif général, trois objectifs spécifiques ont été fixés, à savoir :

- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux grands problèmes de santé ;
- Améliorer l'efficacité du système de santé ;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires.

Le PNDS a pour but d'explicitier, sous une forme opérationnelle, les orientations stratégiques de la politique sanitaire nationale. Sa mise en œuvre qui devrait être assurée par des plans triennaux a connu de nombreuses difficultés. Plusieurs activités planifiées n'ont pas pu être mises en œuvre du fait d'une part, de la crise économique avec son cortège de plans d'ajustement structurel et, d'autre part, des crises socio-politiques qui ont entraîné une baisse drastique des investissements de l'État et particulièrement dans le secteur de la santé. Néanmoins, quelques acquis méritent d'être soulignés malgré la crise économique et politique que traversait le pays : l'amélioration de la gestion du système sanitaire par l'accroissement du nombre de districts qui est passé de 28 en 1994 à 39 en 1998, 65 en 2001 et 66 en 2003. Cependant, l'opérationnalisation des districts sanitaires accuse encore un retard. Une réelle harmonie entre la décentralisation sanitaire et la décentralisation administrative reste à assurer.

Le PNDS 1996-2005 est arrivé à échéance en décembre 2005 dans un contexte de crise socio-politique et de situation sanitaire aggravée.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a donc élaboré le PNDS 2009-2013, qui traduit la volonté et la vision du gouvernement en ce qui concerne le développement du système de santé.

Le PNDS 2009-2013 a pour objectif général, d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations dans un contexte de post conflit.

Après la crise politico-militaire qui a fortement ébranlé la Côte d'Ivoire, l'État aspire à disposer d'un système de santé responsable, équitable et efficace dans lequel tous les Ivoiriens auraient accès à des soins de qualité sur tout le territoire national [PNDS 2009-2013]. Cette vision est soutenue par des valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique et de solidarité.

II.2. Organisation et fonctionnement du système de santé ivoirien

Le système sanitaire ivoirien est de type pyramidal avec deux versants, le versant administratif et le versant offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux. Le niveau offre de soins a une composition mixte, on distingue le secteur public et le secteur privé (Tableau 2). Chaque niveau de la pyramide sanitaire exerce une compétence particulière sur une portion bien définie du territoire.

II.2.1 Le niveau administratif

Le niveau central comprend, le cabinet du Ministre de la santé et de l'hygiène publique, les services rattachés au cabinet, 2 directions générales, 8 directions centrales (la Direction de l'information de la planification et de l'évaluation (DIPE), la Direction de la population et de la santé communautaire (DPSC), la Direction des établissements et des professions sanitaires (DEPS), la Direction de la pharmacie et du médicament (DPM), la Direction des infrastructures des équipements et de la maintenance (DIEM), la Direction des ressources humaines (DRH), la Direction des affaires financières (DAF) et la Direction de la formation et de la recherche (DFR)) et 23 programmes de santé. Le niveau central a en charge de définir la politique sanitaire en assurant la coordination technique et administrative des services centraux. Il assure également, la planification, la mobilisation des ressources, la gestion et l'évaluation des performances.

Le **niveau intermédiaire** comprend 19 directions régionales chargées de coordonner les activités des services de santé existants dans leur zone. Les directions régionales sanitaires sont le relais entre le niveau central et les districts sanitaires. Une direction couvre deux à quatre districts sanitaires. Elles sont dirigées par un médecin de santé publique et ont la charge de coordonner, superviser et contrôler toutes les activités des établissements de santé publics ou privés sur leur territoire de responsabilité. Elles doivent veiller au développement de bonnes relations de travail entre les autorités administratives, les représentants des autres ministères et tous les acteurs de santé opérant sur cet espace.

Le **niveau périphérique** dépend de l'autorité des districts sanitaires. Il est composé de 83 districts sanitaires depuis 2008. C'est l'unité opérationnelle pour la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. À chaque district sont rattachées des structures sanitaires de premier niveau et un hôpital de référence pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Ce niveau reste le plus important en termes de quantité de structures et de personnels de santé. À Abidjan, les structures de premier contact constituent 60% de l'offre totale de soins.

II.2.2. Le niveau offre de soins

Selon le décret N°96-876 du 25 octobre 1996 portant sur la classification des établissements sanitaires, on distingue trois niveaux.

Le premier niveau de référence est composé des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). Il faut entendre par « premier contact », le premier diagnostic et la porte d'entrée vers des soins de spécialistes. Les établissements sanitaires de premier contact regroupent, les dispensaires, les infirmeries, les Centres de Santé Urbains et Ruraux (CSU, CSR), les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) et les Centres de Santé Urbaine Spécialisé (CSUS) au niveau du secteur public. Les ESPC fournissent aux malades des soins de base. Globalement, en 2008, on comptait 1518 ESPC en Côte d'Ivoire, dont 1467 fonctionnels.

Le secteur privé est représenté par des cabinets de soins infirmiers (813) ; des cabinets médicaux (175) ; des cabinets dentaires (113), des pharmacies (463), des centres de santé des entreprises (417) et des dispensaires confessionnels (environ 50 établissements).

Les structures de soins de premier niveau de référence comprennent théoriquement un dispensaire ou une infirmerie, une unité de Protection Maternelle et Infantile (PMI), une maternité et un dépôt pharmaceutique.

Le personnel de santé des ESPC se compose, de médecins généralistes, de pédiatres, de gynécologues-obstétriciens, de sages-femmes, d'infirmiers, de garçons et filles de salle et de techniciens de laboratoire.

Ils assurent des soins curatifs et préventifs de base tels que, les consultations prénatales, les vaccinations, les accouchements, la planification familiale, la surveillance staturo-pondérale des enfants, les soins ambulatoires et les hospitalisations.

Ce niveau primaire de référence est censé pourvoir, répondre à 90% aux problèmes de santé des populations.

À Abidjan, on a des services de santé de premier niveau de référence qui sont représentés par un Centre Médical ou une FSU avec antenne chirurgicale, dirigé par un médecin chef, une quarantaine de lits d'hospitalisations, un bloc opératoire et un laboratoire d'analyses.

Le premier niveau de référence évacue les patients vers le deuxième niveau de référence lorsque ces derniers nécessitent des soins dépassant son domaine de compétence.

Le deuxième niveau de référence est représenté par les Hôpitaux Généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS).

Ils offrent en complément des consultations médicales, une batterie de soins spécialisés et leur capacité d'accueil, s'élève à plus de 200 lits d'hospitalisations.

Il y a 58 hôpitaux généraux pour 102 districts sanitaires en Côte d'Ivoire. Les HG offrent un service complet de soins primaires, c'est-à-dire de soins généraux et ont des activités de prévention diversifiées (vaccination, planning familial, test de dépistage du VIH-SIDA, hygiène du milieu, etc.). Neuf HG sont localisés à Abidjan pour 10 districts sanitaires [DIPE, 2008], soit 15,51% de l'effectif national.

À côté des HG, nous avons les CHS. Sept CHS sont répartis sur le territoire ivoirien, tels que l'hôpital psychiatrique de Bingerville, les structures du service de santé des forces nationales de défense et de sécurité, etc.

Le CHR est l'hôpital représentatif de la région. Il fournit un service complet, semblable aux hôpitaux généraux. Il existe 17 CHR en Côte d'Ivoire. La ville d'Abidjan ne dispose pas de CHR.

Par ailleurs, dans le secteur privé, nombre de cliniques occupent ce deuxième niveau de référence en tant qu'hôpitaux spécialisés, où exercent des médecins de diverses disciplines (gynécologie, dermatologie, cardiologie, chirurgie, ophtalmologie, etc.). On dénombre en Côte d'Ivoire, 21 laboratoires et 75 cliniques, dont plus de la moitié sont localisés à Abidjan.

Le troisième niveau de référence comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les instituts spécialisés. Ce dernier échelon de soins constitue la référence nationale. Il accueille les malades du premier et du deuxième niveau de référence. Les CHU ont une vocation universitaire (formation et recherche). Ils offrent un système de soins performant, diversifié, avec des plateaux techniques intéressants. Il y a 4 CHU en Côte d'Ivoire, dont 3 à Abidjan, soit 75% de cette offre de soins. Il faut ajouter à cela, les

institutions spécialisées à savoir : l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau (IRF) d'Adzopé, l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) avec une représentation centrale et 22 représentations régionales, l'Institut National de la Santé Publique (INSP), l'Institut National de Formation des Agents de la Santé (INFAS) avec une représentation centrale et 3 représentations régionales, la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ayant une représentation centrale et 3 représentations régionales, le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP) et le Service d'Aide Médical d'Urgence (SAMU) comptant une (1) représentation centrale et une (1) représentation régionale. Il faut noter également, l'existence d'établissements sanitaires au sein de certains ministères : Éducation Nationale, Intérieur (6), Justice (14), Économie et Finances (3) et la Défense (49). Au niveau du tertiaire privé, on dénombre 11 polycliniques, dont 10 sont localisées à Abidjan.

L'organisation du système sanitaire permet de comprendre l'itinéraire thérapeutique recommandé par les autorités sanitaires à la population en cas de maladie :

Niveau Primaire → **Niveau secondaire** → **Niveau tertiaire**

Le problème de cet itinéraire de référence est le lieu où le patient prend contact avec le système et dépose son problème, c'est à dire la première ligne. En Côte d'Ivoire, même s'il existe un itinéraire à respecter pour se faire soigner, l'accès aux différents niveaux n'est pas échelonné et est libre. La première ligne peut donc se situer à plusieurs endroits, y compris dans le niveau secondaire et même tertiaire.

Tableau 2. Organisation du système de santé ivoirien en 2009

| Niveau administratif | Institution | Échelle territoriale | Niveaux de soins | Secteur sanitaire public | Secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif | Spécialités |
|-----------------------|---|----------------------|-------------------------------|--|--|------------------------|
| Niveau central | Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) | Nationale | Troisième niveau de référence | Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Institutions Spécialisées (IS) | Polycliniques | Médecine générale |
| | Cabinet du Ministre | | | | | Pédiatrie |
| | 2 Directions Générales (DG) DG de la population DG des prestations sanitaires | | | | | Des blocs chirurgicaux |
| | 8 Directions centrales DIPE, DPSC, DPM, DEPS, DRH, DAF, DFR, DIEM | | | | | Gynéco-obstétriques |
| | Les directions de coordination de programme | | | | | Radiologie |
| | Les directions des établissements publics nationaux | | | | | Laboratoire |
| | 12 services rattachés | | | | | ORL |
| | | | | | | Optomologie |
| | | | | | | IRM |
| | Pharmacie | | | | | |
| | Autre soins spécialisés | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|---|--|---------------------------|---------------------------|
| Niveau intermédiaire | 19 Directions régionales de la santé (DRS) | Régionale | Deuxième niveau de référence | Centre Hospitalier Régional (CHR) | Cliniques | Médecine générale | | | |
| | | | | Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) | | Soins spécialisés | Hospitalisation | | |
| Pédiatrie | | | | | | | | | |
| Des antennes chirurgicales | | | | | | | | | |
| Gynéco-obstétriques | | | | | | | | | |
| Radiologie | | | | | | | | | |
| Laboratoire | | | | | | | | | |
| Ophthomologie | | | | | | | | | |
| Pharmacie | | | | | | | | | |
| Niveau périphérique | 102 Districts sanitaires ou Directions départementales de la santé | Locale : Districts sanitaires | Premier niveau de référence | Hôpital Général (HG) | Cabinet de soins médicaux (CSM) | Médecine générale | | | |
| | | | | Formation Sanitaire Urbaine (FSU) | | antenne chirurgicale | | | |
| | | | | Centre de santé urbain (CSU) | Cabinet de soins dentaires (CSD) | Maternité | | | |
| | | | | Centre de santé urbain Spécialisé (CSUS) | | Formation Sanitaire Urbaine Communautaire (FSU-Com) | Activités planning familiales | | |
| | | | | | Centre de santé Régional (CSR) | | Centre de santé urbain Communautaire (CSU-Com) | Gynéco-obstétriques | |
| | | | | Premier contact | Dispensaire | Radiologie | | | |
| | | | | | | Infirmérie | | Dispensaire confessionnel | Pharmacie |
| | | | | | | | | | Dépistage SIDA |
| | | | | Premier contact | Infirmérie | Dispensaire confessionnel | Centre de santé urbain Communautaire (CSU-Com) | Hospitalisation | |
| | | | | | | | | Infirmérie | Dispensaire confessionnel |
| Premier contact | Infirmérie | Dispensaire confessionnel | Centre de santé des entreprises | Centre de santé des entreprises | | | | | |
| | | | | Premier contact | Infirmérie | Dispensaire confessionnel | Centre de santé des entreprises | Premier soins | |
| Premier contact | Infirmérie | Dispensaire confessionnel | Centre de santé des entreprises | | | | | Caisse de pharmacie | |
| | | | | Premier contact | Infirmérie | Dispensaire confessionnel | Centre de santé des entreprises | Dépistage SIDA | |
| Premier contact | Infirmérie | Dispensaire confessionnel | Centre de santé des entreprises | | | | | Vaccination | |

Source : Enquête, Accès et recours aux soins à Abidjan, 2010-2011 ; DIPE, 2009

Globalement en 2007, la couverture en infrastructures sanitaires demeure faible et très disparate sur l'étendue du territoire (un ESPC pour 13 831 habitants), avec un déficit plus marqué pour les maternités en milieu rural. Quarante-quatre pour-cent (44%) de la population vit à moins de 5 km d'un établissement sanitaire, 27% entre 5 et 15 km et 29% à plus de 15 km [DIPE, 2009].

En ce qui concerne les ressources humaines, le déficit est moins important. On comptait, en 2009, un médecin pour environ 15 000 habitants, un infirmier pour 2 959 habitants et une sage-femme pour 3 221 femmes en âge de procréer [DRH, 2009].

Par ailleurs, ce système présente, des problèmes d'ordre organisationnel et fonctionnel. En effet, le Ministère de la Santé est soumis à de nombreuses et fréquentes restructurations liées à la grande mobilité des premiers responsables.

Le système de santé ivoirien présente également des faiblesses au plan législatif, réglementaire et institutionnel. Au plan institutionnel, la problématique concerne l'inexistence d'une loi d'orientation sur la santé publique, l'absence d'un document de politique sanitaire et l'absence d'un code de la santé publique. Au niveau organisationnel, il s'agit des dysfonctionnements observés au niveau des services déconcentrés.

Ces dysfonctionnements concernent d'un côté, l'installation inadéquate par absence de locaux et d'équipements de la majorité de ces services, et de l'autre, l'absence de moyens et de ressources qualifiées au niveau des directions régionales et départementales.

On a aussi le problème de la gestion des infrastructures et des équipements qui reste confronté aux récurrentes problématiques de la maintenance, du renouvellement des équipements et de la réhabilitation.

Aujourd'hui le taux d'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire est estimé à 17,85% [DIPE, 2009].

En plus, la crise socio-politique qui secoue le pays depuis septembre 2002 a profondément désorganisé le système de santé qui connaissait déjà plusieurs faiblesses tant au niveau de l'accessibilité géographique et financière, des ressources humaines, du système d'information sanitaire que du financement et de la mise en œuvre des programmes de santé. Ces faiblesses ont pour conséquence la prédominance des maladies endémo-épidémiques et une mortalité maternelle et infantile élevée.

À côté du secteur étatique, la médecine traditionnelle joue un rôle important, notamment en zone rurale où elle constitue le principal recours en matière de soins [Konan, 2012]. Le programme de promotion de la médecine traditionnelle créé le 28 décembre 2001 témoigne de l'intérêt que les autorités sanitaires portent à ce domaine.

II.3. La médecine traditionnelle³¹

Après avoir été pendant longtemps le souci des seuls chercheurs, la médecine traditionnelle devient une composante de la politique sanitaire en août 1995 en Côte d'Ivoire.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a intégré la médecine traditionnelle dans son Plan National de Développement Sanitaire et fait d'elle, une de ses priorités. Cette

³¹ La médecine traditionnelle est définie par l'OMS comme étant l'ensemble de toutes les connaissances pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération. [OMS, 1976].

reconnaissance s'est traduite par la création d'une sous-direction de la médecine traditionnelle, rattachée à la Direction des Établissements et Professions Sanitaires. Les premières tentatives de collaboration ont débuté, en 1998, avec le recensement des tradi-praticiens de santé, des pratiques thérapeutiques, des pathologies et des plantes médicinales en Côte d'Ivoire. En décembre 2001, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle a été créé (arrêté 409/CAB/MSPH du 28 décembre 2001) par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

La mission assignée à ce programme est l'amélioration de la couverture sanitaire nationale par une utilisation effective et efficace de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle à travers la réglementation, la réhabilitation et l'organisation de ce secteur, afin d'aboutir à une véritable collaboration entre les acteurs de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005 prévoit alors un financement de la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle.

Le gouvernement ivoirien a instauré une collaboration des services publics de santé avec les tradi-praticiens à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) créé par arrêté ministériel en 2001. Sur 600 tradi-praticiens recensés en 2001, 450 ont été formés et œuvrent pour une meilleure collaboration avec la médecine moderne. En 2007, 8 500 tradi-praticiens étaient recensés et en 2010, ils étaient près de 10 000.

Par ailleurs, la médecine traditionnelle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire acquis par l'observation et l'expérience pratique transmise de génération en génération par voie orale, rarement par écrit [Konan, 2012]. En pratique, il faut considérer l'art traditionnel de soins, comme un ensemble de connaissances empiriques, acquises par la famille, par les relations d'alliance, par l'apprentissage de plusieurs années auprès de guérisseurs compétents. En dehors du cercle familial, l'art traditionnel est acquis par l'achat d'une recette jugée efficace après le traitement d'une affection donnée, par la promotion de personnes prédisposées dans des écoles de tradi-praticiens de santé (cinq centres existent en Côte d'Ivoire), dans des instituts de formation de médecine naturelle à l'étranger. Il peut être acquis par le pouvoir inné, dans ce cas, la transmission se fait par les esprits (initiation, choix mystique), par révélation, après un rêve, par auto-apprentissage dans des livres, par des recherches personnelles.

Ces différentes acquisitions permettent de définir les différents types d'acteurs de la médecine traditionnelle et leurs compétences en Côte d'Ivoire. Ils se classent soit dans la "médecine traditionnelle néoclassique ou moderne" (cf. *Partie III, Chap.II, p 352*), soit dans la "médecine traditionnelle classique". On a pour le premier groupe :

Les phytothérapeutes, ils utilisent uniquement les vertus préventives et curatives des plantes pour soigner les maladies. Ils sont nombreux en milieu rural.

Les psychothérapeutes, leurs techniques sont basées sur le vécu socioculturel du malade et sur la relation entre le tradi-praticien et le malade. Ils utilisent la puissance du verbe et les incantations. Ils peuvent provoquer des chocs psychologiques libérateurs dans le mental du malade afin de rétablir l'harmonie et la santé du corps et de l'esprit.

Les naturothérapeutes, il s'agit d'une catégorie de spécialistes disposant de méthodes basées sur l'hygiène, la nutrition, le régime alimentaire et le choix approprié des aliments en fonction de l'état de santé. Ces spécialistes se rencontrent beaucoup plus à Abidjan où

la formation est assurée sur des données scientifiques. Leur présence en Côte d'Ivoire est récente.

Les spécialistes des thérapies manuelles, ils donnent des soins avec les mains nues ou armées d'instruments spécifiques. Ce sont des spécialistes des massages et des manipulations du corps visant à guérir les parties malades.

Pour le deuxième groupe, nous avons :

Les spiritualistes, dans ce groupe, on identifie des acteurs spéciaux des troubles humains. Certains ont la faculté de poser le diagnostic métaphysique des affections. Ils sont des ritualistes, des devins, des spiritistes, des voyants, des occultistes et des féticheurs. D'autres se distinguent de ce groupe en ce sens qu'ils ont recours uniquement à des prières pour le rétablissement de la santé du malade.

Les sorciers ou devins, cités à tort parmi les tradi-praticiens de santé, sont des êtres humains doués de puissance surnaturelle qui agissent dans le sens de la nuisance de leurs semblables, guidé par un instinct de jalousie, de méchanceté et de cruauté.

Les herboristes, ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine essentiellement végétale et assurent leur vente à ceux qui en ont besoin.

Les médico-droguistes, ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine végétale, animale et minérale, et en assurent la vente à ceux qui les recherchent. On peut y classer les vendeuses(rs) de médicaments traditionnels sur les marchés.

Les accoucheuses traditionnelles, elles procèdent aux accouchements, et prodiguent à la mère et au bébé, des soins traditionnels qui sont reconnus et en vigueur dans leur collectivité.

Les guérisseurs, ce sont des thérapeutes traditionnels qui traitent par des méthodes extra-médicales. Ils sont capables de diagnostiquer les infections et de prescrire les plantes médicinales appropriées. Ils acquièrent leur pouvoir par initiation et par transmission.

Les rebouteux, ils guérissent par des procédés empiriques, les luxations, les fractures, les entorses et les douleurs articulaires.

La reconnaissance de la médecine traditionnelle a permis de faire la promotion de cette médecine surtout en zone urbaine. La modernisation de la médecine traditionnelle a permis également de dépasser certains préjugés sur les modes d'utilisations des médicaments traditionnels.

Cependant, l'impossibilité pour les autorités sanitaires de recenser de façon exhaustive les tradi-praticiens comme c'est le cas à Abidjan, rend moins efficace cette collaboration. En effet, il existe une partie des praticiens traditionnels qui ne sont pas pris en compte et qui par ailleurs sont plus consultés que les tradi-praticiens recensés par l'État. Parfois, les praticiens traditionnels recensés par l'État sont confondus aux médecins et détestés par la population, car les médicaments qu'ils proposent sont jugés trop chers au même titre que les médicaments de la médecine moderne, mais aussi, la population juge ces médicaments trop modernes. Les tradi-praticiens qui pratiquent la médecine dite "traditionnelle classique" sont le premier recours aux soins des populations [Konan, 2012].

Aussi, cette modernisation de la médecine traditionnelle laisse apparaître des contradictions et des luttes opposant les deux médecines (médecine traditionnelle et moderne). Une opposition globale, qui divise les deux médecines, est de type culturel fondé sur la croyance en la toute-puissance de la tradition. Toutefois, l'opposition se situe plus fréquemment dans l'hétérogénéité des méthodes (l'une universelle et expérimentale, l'autre initiatique et symbolique) et des techniques (précision du diagnostic et du dosage

là, contre imprécision ici ; ou une spécialisation de plus en plus pointue d'un côté contre l'omniscience de l'autre côté).

Au-delà de ces oppositions, se dessinent des rapprochements entre les personnels de santé modernes, les personnels de santé traditionnels et les malades. Et cela peut jouer un rôle important dans l'itinéraire thérapeutique des malades.

Notre étude sur les pratiques thérapeutiques à Abidjan nous permettra de répondre à cette question (*cf. Partie III*) : Quelle est la place tenue par la médecine traditionnelle dans les pratiques et les itinéraires thérapeutiques des malades ?

II.4. Les autres composantes du système de soins ivoirien

II.4.1. La médecine chinoise

Elle apparaît en Côte d'Ivoire dans les années 1970. Elle se fait connaître d'abord par l'acupuncture,³² puis diversifie progressivement son champ d'intervention en l'étendant entre autres, à l'homéopathie et à la phytothérapie. Dans la plupart des cas, ce sont des « cliniques chinoises » ou même la rue, qui procurent à bon marché des médicaments traditionnels chinois à ceux qui se détournent, pour diverses raisons, de la médecine et de la pharmacothérapie moderne. Le médecin chinois, en quête de légitimité, se présente comme un médecin, prend la tension, la température, le poids et prescrit des médicaments. Le fait de procéder ainsi apparaît pour la population être des gestes suffisamment techniques pour lui accorder sa confiance.

Un vaste réseau constitué de milliers de distributeurs locaux, appuie la diffusion de ces produits dont la politique de vente repose sur un système de vente multiniveau et de bénéfiques à la chaîne. Les « pharmacies par terre » de médicaments chinois sont tenues par des individus, qui n'ont pas fait, pour la grande majorité, d'études médicales ou pharmaceutiques. Parmi eux, se trouvent de plus en plus d'ivoiriens. Il leur suffit d'intégrer « le circuit », ce qui revient à se procurer les médicaments chez des grossistes chinois de la place. Ces derniers apprennent auprès d'instructeurs chinois qui sont plus des commerçants que des professionnels de la santé, les noms des médicaments, leur posologie, les indications et contre-indications. Ce transfert d'information que les bénéficiaires appellent « formation » peut durer 3 à 4 mois pour certains, voire une année pour d'autres [Louamy J., 2006].

Une série de reproches sont adressés aux différents acteurs de cette médecine ; en particulier, leur manque de qualification professionnelle, la commercialisation sans discernement de produits chimiques aux effets méconnus, la vente de ces produits dans les véhicules de transport en commun ou dans les coins de rue, l'encouragement à une forme d'automédication d'autant plus dangereuse que de nombreux produits peuvent engendrer des effets toxiques. La plupart de ces produits n'ont jamais été soumis à des contrôles de qualité ou à des tests d'innocuité [Louamy J., 2006].

Bien que l'on parle généralement de médicaments chinois, il faut savoir que ces produits proviennent non seulement de la Chine, mais aussi de plusieurs autres pays d'Orient.

³² L'acupuncture est une discipline médicale d'origine chinoise, qui consiste à piquer certains points du corps, situés le long des méridiens, avec des aiguilles spéciales [Le petit Larousse, 2012].

L'identification du médicament chinois pris par le patient est un véritable problème : la langue originale utilisée pour identifier le produit, sa composition, la posologie et les contre-indications ou effets secondaires, s'il y a lieu, varie d'un produit à l'autre.

Aujourd'hui, on peut retrouver des informations en anglais sur l'emballage ou sur les feuillets d'informations de plusieurs médicaments chinois. Cependant, la traduction, essentiellement phonétique, est très approximative. L'utilisation des dénominations latines des ingrédients naturels n'est pas toujours exacte, puisque plusieurs plantes portant le même nom sont différentes.

De plus, plusieurs médicaments brevetés chinois contiennent non seulement des produits naturels, mais aussi des médicaments provenant de la médecine occidentale, comme des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des corticostéroïdes, des benzodiazépines, des barbituriques et des analgésiques [Konan, 2012]. Ces médicaments très répandus en Chine, où ils sont utilisés sous contrôle médical, se retrouvent en Côte d'Ivoire, en vente libre et sont utilisés sans aucune surveillance. Ils peuvent donc entraîner des effets secondaires ou être à l'origine d'interactions avec les médicaments prescrits par le médecin si celui-ci n'est pas informé de l'usage des médicaments chinois par ses patients [Lefebvre L., 1996].

Dans une tentative d'organisation et d'assainissement du secteur de la médecine chinoise, il a été créé en 1999, l'Association Nationale des Auxiliaires de Médecine chinoise en Côte d'Ivoire (ANADAMCI). Devant l'ampleur du développement de la vente des médicaments chinois, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique a organisé un recensement de tous les acteurs de ce secteur d'activité en 2005, mais il reste difficile d'avoir un nombre exact des acteurs exerçant dans ce domaine.

II.4.2. Les lieux de cultes thérapeutiques et les vendeuses(rs) de médicaments de la rue ou pharmacie de la rue

Les lieux de cultes sont soit des églises, des temples ou des mosquées thérapeutiques. Il est difficile d'estimer le nombre exact de ces lieux de cultes thérapeutiques. Nous en parlons parce qu'ils rencontrent un vrai succès auprès des populations ivoiriennes, surtout en milieu urbain [Konan, 2012]. Dans ces lieux de cultes, on rencontre les personnels de santé religieux selon les confessions religieuses, des prêtres (catholiques), des pasteurs (protestants), des visionnaires (christianisme céleste), des marabouts et des waliyus musulmans, détenteurs de don de guérison. Ce sont pour la plupart des cas, des généralistes. Leurs thérapies sont diverses selon les religions, mais la prière est la méthode la plus utilisée pour aider le malade à recouvrer la santé. Les visionnaires par exemple reçoivent de Dieu des messages pour chacun des malades présents. Les waliyus écrivent des versets coraniques sur une tablette. Ces versets sont ensuite effacés avec de l'eau, qui, recueillie, guérira le malade qui la boit ou se frotte avec [Memel F., 1999]. Le coût des actes médicaux est différent selon les religions, pour le christianisme, le patient ne doit rien, si ce n'est que de remercier Dieu. Pour l'islam, le patient doit donner ce qu'il peut sans aucune contrainte et faire les sacrifices demandés, mais le refus de récompense peut entraîner la rechute.

Bien que rencontrant un succès auprès des populations, les études sur les lieux de cultes thérapeutiques et les vendeurs de médicaments sont rares en Côte d'Ivoire.

Pour des informations plus fournies, et plus localisées nous renvoyons le lecteur directement aux pratiques thérapeutiques des ménages de la ville d'Abidjan (*cf. Partie III*,

Chap.II, p 351), idem pour les vendeuses(rs) de médicaments de la rue, avec en plus pour référence (*cf. Partie I, Chap.III, p 192*).

Le contexte national décrit et caractérisé, nous nous intéressons maintenant à l'inscription du système de soins dans la ville d'Abidjan.

III. Découpages urbains et sanitaires de la ville d'Abidjan

Le découpage urbain et le découpage sanitaire d'Abidjan traduisent des choix institutionnels à travers les politiques de santé publique nationale de la part des professionnels de la santé. Ceci a pour conséquence une hiérarchisation spatiale des services de santé sous la forme d'un ou plusieurs réseaux aux mailles plus ou moins denses. Simultanément ces choix peuvent avoir un impact sur les niveaux d'équipement et de desserte (médicale, hospitalière, sociale, etc.) des populations et donc sur leur accessibilité aux soins et sur la mise en place de la carte sanitaire. Le but de cette étude n'est pas seulement l'observation et l'évaluation des contrastes intra communaux, elle concerne également les mécanismes qui animent le champ de la santé à Abidjan.

III.1. Le découpage administratif

L'analyse de la structuration spatiale de la ville va témoigner de la difficulté pour l'État à maîtriser et à anticiper sa croissance massive et rapide.

L'analyse repose également sur la présentation des caractéristiques de l'espace d'étude. Nous étudions ces éléments, car l'état de santé d'une population ne peut être compris et maîtrisé qu'en analysant l'environnement immédiat dans lequel elle vit. L'organisation de la ville d'Abidjan est le fruit d'un long processus de décentralisation.

III.1.1. Le district d'Abidjan

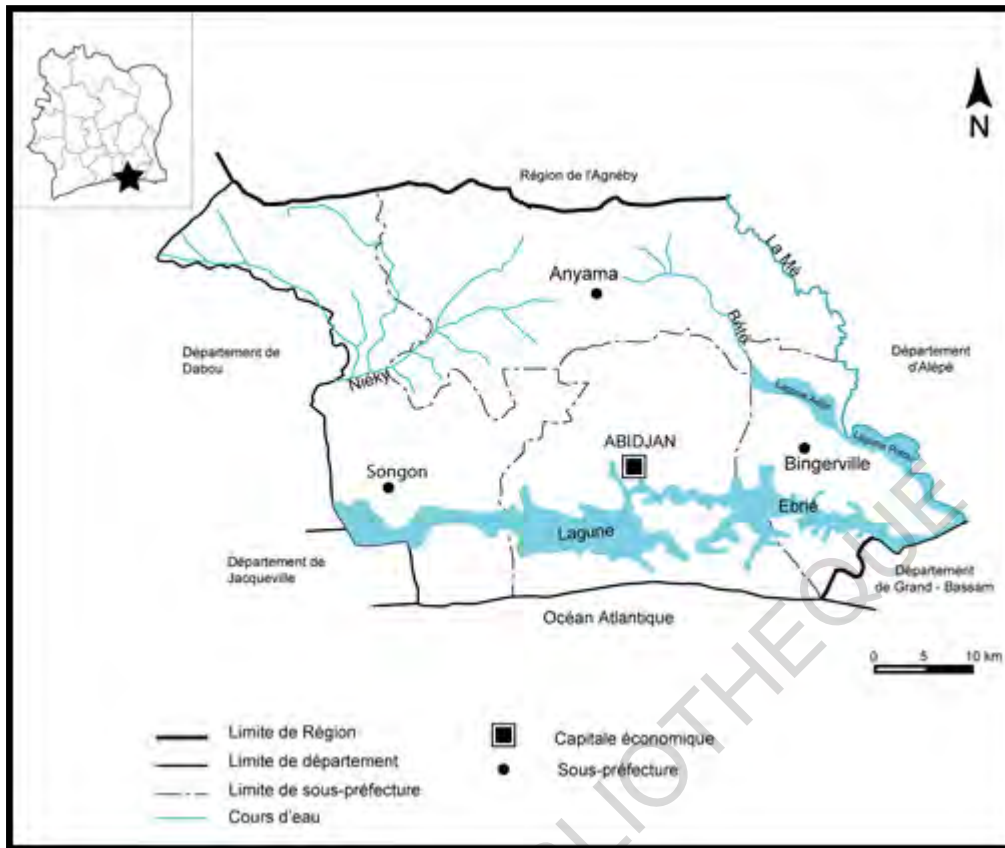
Le District d'Abidjan est une collectivité territoriale de type particulier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financier. Il couvre une superficie de quelque 2119 km², soient 0,6% du territoire de la Côte d'Ivoire. La population est en constante croissance puisqu'elle est passée de 3 125 890 habitants en 1998 à 3 660 682 en 2003 et près de 6 000 000 en 2008, soit un taux de croissance de 3,7%. L'immigration est estimée à 40%. La densité est de 1475 habitants par km².

Il compte quatre noyaux urbains. Le principal est la ville d'Abidjan (avec ses 10 communes). Les trois autres noyaux urbains sont constitués des sous-préfectures d'Anyama au Nord, de Bingerville à l'Est et de Songon à l'Ouest de la ville d'Abidjan (Carte 3).

L'administration du District dispose de compétences en matière d'environnement, de gestion des déchets solides, d'aménagement du territoire, de promotion du développement (économique, social et culturel), de sécurité publique et de coopération internationale. Elle mène également à bien les actions complémentaires nécessaires à l'ajustement des politiques nationales et locales.

Le district d'Abidjan constitue un pôle de développement économique de la Côte d'Ivoire et une source potentielle d'emplois pour les femmes et les jeunes.

Carte3. Le district de la ville d'Abidjan



Source : Ministère de l'intérieur et de la décentralisation, 2009

III.1.2. Abidjan : une ville fragmentée

Autrefois, Abidjan était érigée en une commune dans le contexte de la loi-cadre de 1956 et le premier maire était Félix Houphouët-Boigny, le premier président de la République de Côte d'Ivoire. Mais depuis 1980, une loi institua vingt-sept communes de plein exercice sur le territoire du pays dans les zones urbaines. Cette politique de décentralisation fait appel à la délégation des responsabilités concernant les questions d'intérêt local, vers des entités appelées « communes », qui ont un statut juridique autonome. Leurs représentants sont élus par la population locale. C'est en application de cette nouvelle organisation que la structure administrative de la ville d'Abidjan est composée aujourd'hui de 10 communes réparties sur 422 km². Chacune des 10 communes possède son propre conseil municipal, dirigé par un maire et est donc autonome. Ces communes sont à leur tour subdivisées en quartiers et villages.

■ Compétences de la commune sur la santé et l'hygiène publique

Avant d'entamer la présentation des communes, nous allons faire un petit arrêt sur les compétences de celles-ci en matière de la santé et de l'hygiène publique, question d'avoir une idée beaucoup plus nette et précise sur le rôle joué par chaque entité administrative de la ville et son importance dans l'organisation du système de santé Abidjanais (Tableau 3). Les communes constituent le socle et la base du système institutionnel de la décentralisation. Elles ont en charge la réalisation des équipements de proximité.

Tableau 3. Compétences transférées aux communes

| | |
|--|---|
| 1. Santé et hygiène publique | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Création, construction d'équipement et gestion des dispensaires, centre de santé et maternité de quartiers ◆ Contrôle sanitaire du transport et de la vente des produits et denrées d'origine animales. |
| 2. Éducation | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Création, construction d'équipement et gestion des écoles maternelles et primaires, cantines scolaires, logements du personnel et installations sportives. |
| 3. Urbanisme et construction | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Propositions et avis préalable sur le plan d'urbanisme directeur ◆ Élaboration du plan d'urbanisme de bétail et financement des travaux (Abidjan) ◆ Projet de lotissement sur le domaine de l'État, ◆ Délivrance du permis de construire à Abidjan |
| 4. Culture et action sociale | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Création, construction d'équipement et gestion des bibliothèques, musées, théâtres et centres sociaux et d'éducation préscolaire, crèches et foyers féminins, ainsi que la gestion du personnel. |
| 5. Environnement et eau potable | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Création, construction d'équipement et gestion des pépinières, espaces verts, parcs et jardins, ◆ Création, construction, équipement et gestion des bornes-fontaines et puits à eau. |

Source : Ministère de l'intérieur et de la décentralisation, 2009

Le transfert des compétences est ineffectif dans les différents domaines [Ousmane S., 2005]. Si nous prenons le cas du domaine qui nous intéresse à l'occurrence « santé et hygiène publique ».

En effet, les responsabilités en matière de santé sont très claires, les communes sont chargées de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme de développement communal en matière de santé et d'hygiène publique en harmonie avec le plan de développement de la ville, du district ou du département ; de la construction, la gestion et l'entretien des centres de santé, des formations sanitaires et des établissements d'hygiène publique et alimentaire ; de l'adoption des mesures de prévention en matière de santé et d'hygiène publique et alimentaire et de l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire. Bien que ces compétences soient clairement définies par l'État, sur le terrain, ce n'est qu'un leurre, les communes donnent l'impression d'ignorer complètement ces obligations. Sur le terrain, elles privilégient les tâches qui leur sont confiées, la collecte des taxes sur les marchés et le ramassage des ordures.

Lors de nos enquêtes de terrain, dans les centres de santé que nous avons visité, le constat est amer, les responsables de santé critiquent le manque de responsabilité des élus locaux dans la gestion des équipements sanitaires. En reprenant par exemple, les propos du médecin chef de la formation sanitaire urbaine de Koumassi qui nous disait que depuis la création de ce centre aucun élu local n'est venu faire l'état des lieux des locaux de l'établissement.

La mairie a seulement trouvé un terrain pour la construction du centre de santé, mais ne l'a pas financé. Les populations ont l'habitude de dire que les élus locaux sont beaucoup plus dynamiques pendant les campagnes électorales, où ils utilisent les missions qui leur sont confiées pour battre leur campagne en faisant des promesses.

Revenons à la description de nos communes, agglomération de dix communes, Abidjan a vu se développer, au fil des années, une répartition fragmentée de son urbanisation. La complexité de la ville tient au fait que non seulement les dix communes présentent une physionomie, un dynamisme complexe et des populations fortement contrastées, mais encore qu'au sein même de ces communes les contradictions abondent, d'ordre économique, foncier, culturel ou social.

Abidjan est un espace aux mille facettes et complexes, auquel le système de santé doit s'adapter et répondre aux besoins des populations.

III.1.2.1. Les communes de la ville d'Abidjan

Depuis 1980, dix communes sont créées à Abidjan (Carte 4) : la commune de Port-Bouët est une commune populaire³³ et pauvre localisée au Sud-Est, elle fait 69 km², et sa population représente 7,35% de la population totale de la ville. Elle est caractérisée par ses logements HLM, décrépits et insalubres et ses vastes quartiers précaires où sont venues s'agglutiner les populations les plus pauvres de la ville. Elle abrite cependant, l'aéroport international Félix Houphouët-Boigny. Elle est la seule des dix communes à s'étendre le long du littoral, sur près de 30 km d'Est en Ouest au-delà du canal de Vridi, jusqu'au lac Brakré.

Au Nord de Port-Bouët, se situe la grande île lagunaire de Petit-Bassam qui abrite les communes de Treichville, Koumassi et Marcory. L'île de Petit-Bassam est la zone la plus industrialisée d'Abidjan. Poumon économique de la ville, l'île concentre l'essentiel de l'activité industrielle, commerciale et portuaire du pays. Elle abrite près de 70% du parc industriel ivoirien. Elle assure 60% des emplois du secteur moderne. Le trafic de son port représente 90% du trafic maritime national, 66,2% des exportations et 95% des importations. L'île de Petit-Bassam compte, 787 805 habitants soit 21% de la population Abidjanaise. Cette forte densification de cette zone est due au rôle de moteur de développement à travers les activités économiques.

Ces quartiers se caractérisent par un tissu urbain très contrasté, comportant à la fois des quartiers de bas, moyen et haut standing, ainsi que des habitats précaires. Cette diversité nous permettra de travailler de manière comparative les risques sanitaires liés à l'environnement sur des sites qui diffèrent fortement et donc sur d'éventuels besoins potentiels. Ces quartiers sont dans leur ensemble de vraie cité-dortoir populaire caractérisés par l'habitat de type cour (48,2% des surfaces occupées) et l'habitat évolutif et moyen standing à forte densité de population (plus de 5 117 habitants/km²).

La commune du plateau est le centre des affaires de la ville, elle fait seulement 5 km² et sa population ne représente que 0,36% de la population d'Abidjan. Plateau abrite les institutions de la République, elle est le centre administratif, commercial et financier de la Côte d'Ivoire.

À l'Ouest du plateau s'étend la commune de Cocody, renommée pour ces quartiers résidentiels, elle abrite 8,74% de la population abidjanaise sur 65 km².

Adjamé au Centre est l'une des plus petites communes de la ville, 9 km², mais elle est la commune la plus densément peuplée avec 28 253 habitants au km². Cette commune est aujourd'hui un centre des activités commerciales intenses et le lieu de la plus importante

³³ "Populaire" ici, pour désigner les communes dortoirs de la ville d'Abidjan. Ces communes sont caractérisées par leur loyer moins cher et par une classe sociale moyenne [INS, 1998].

gare routière du pays à partir de laquelle les lignes irriguent tout le pays, ainsi que les pays voisins. Malheureusement, Adjamé connaît de graves problèmes d'insalubrité, de désordre de tous genres et d'insécurité. Adjamé, se trouve être la plus vieille souche Abidjanaise.

Attécoubé, à l'Est, est une commune à cheval sur deux rives de la lagune, dont la population, particulièrement défavorisée et pauvre, vit aujourd'hui dans des conditions sanitaires difficiles. Elle s'étend sur 33 km², et sa population représente 7,21% de la population totale de la ville d'Abidjan. La plupart des rues sont en terre, le bitumage ne concerne que les grands axes. Le réseau d'assainissement est inexistant, la collecte des ordures est difficile en raison des problèmes de voirie. La commune d'Attécoubé est la plus accidentée, avec des pentes très raides, les risques urbains causent chaque année en saison des pluies de nombreuses pertes en vies humaines. Le très faible taux d'équipements scolaires et sanitaires, comme à Adjamé, restent les problèmes majeurs d'Attécoubé. Par ailleurs, la commune englobe la totalité des 3 000 hectares constituant le parc national du Banco.

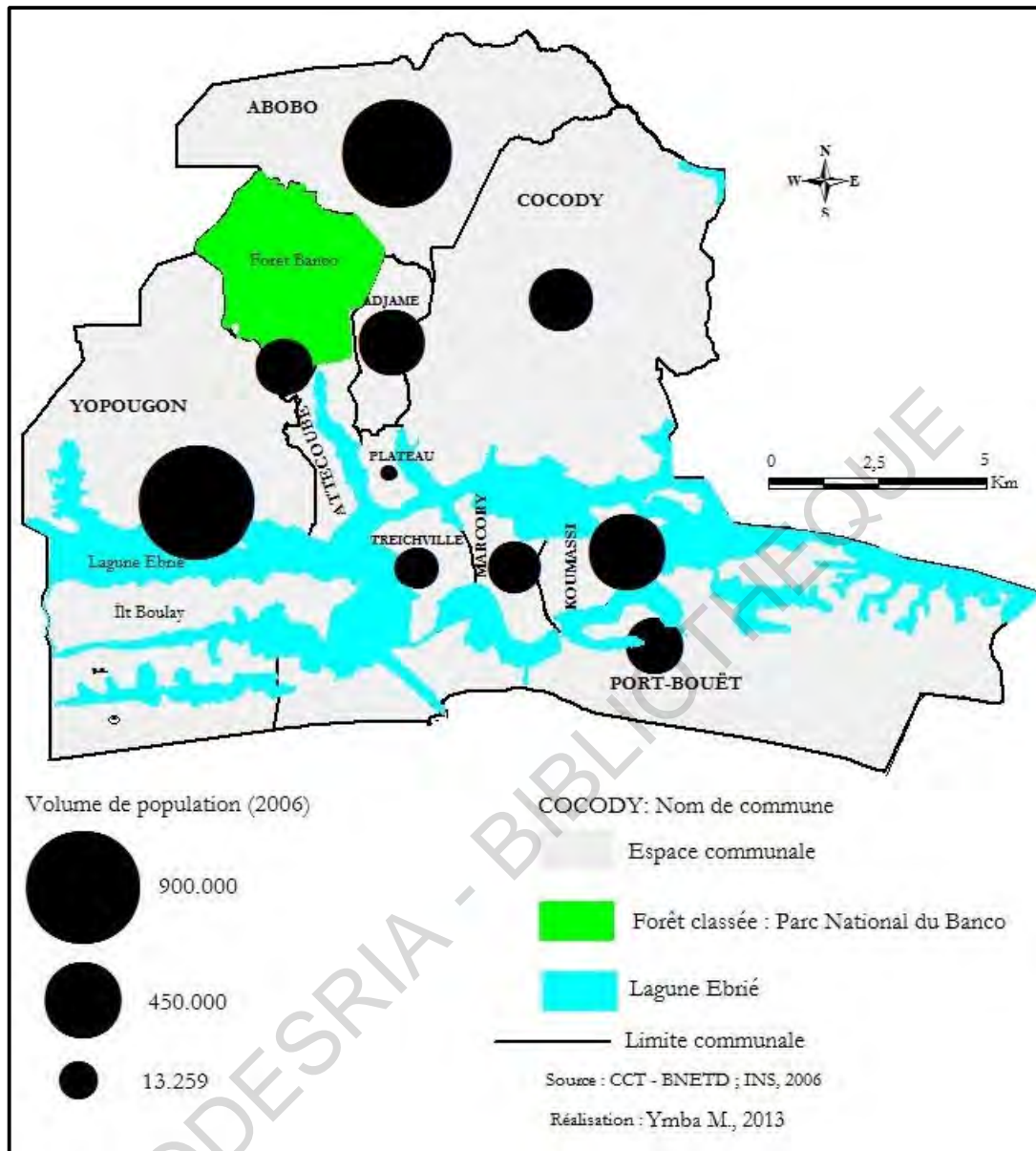
Yopougon à l'Est représente la commune la plus grande, 119 km² et la plus peuplée d'Abidjan, 880 421 habitants soit 23,91% de la population totale de la ville. Commune très populaire, elle abrite les classes moyennes d'Abidjan. La plupart de ses habitants travaillent en dehors de la commune, ils parcourent chaque jour plusieurs kilomètres pour regagner leurs lieux de travail. La commune de Yopougon reste cependant, assez mal reliée aux autres communes de la ville d'Abidjan.

Enfin, la commune d'Abobo est localisée au Nord. Elle abrite 22,17% de la population abidjanaise sur 82 km², c'est la deuxième commune la plus peuplée de la ville. Elle est reconnue pour son niveau de vie abordable, sa solidarité et l'entraide africaine. La commune est essentiellement constituée d'habitat populaire.

Les communes de l'île de Petit-Bassam, Plateau et Adjamé, qui ont été le berceau de la ville d'Abidjan, se vident au détriment des communes d'Abobo et de Yopougon.

L'ensemble des facteurs qui caractérisent chacune des administrations territoriales définies, seront-ils à l'image de l'identité de l'offre de soins moderne, des niveaux de besoins et de la demande en soins de santé ?

Carte 4. Les communes de la ville d'Abidjan depuis 1980 avec leur nombre d'habitants respectif

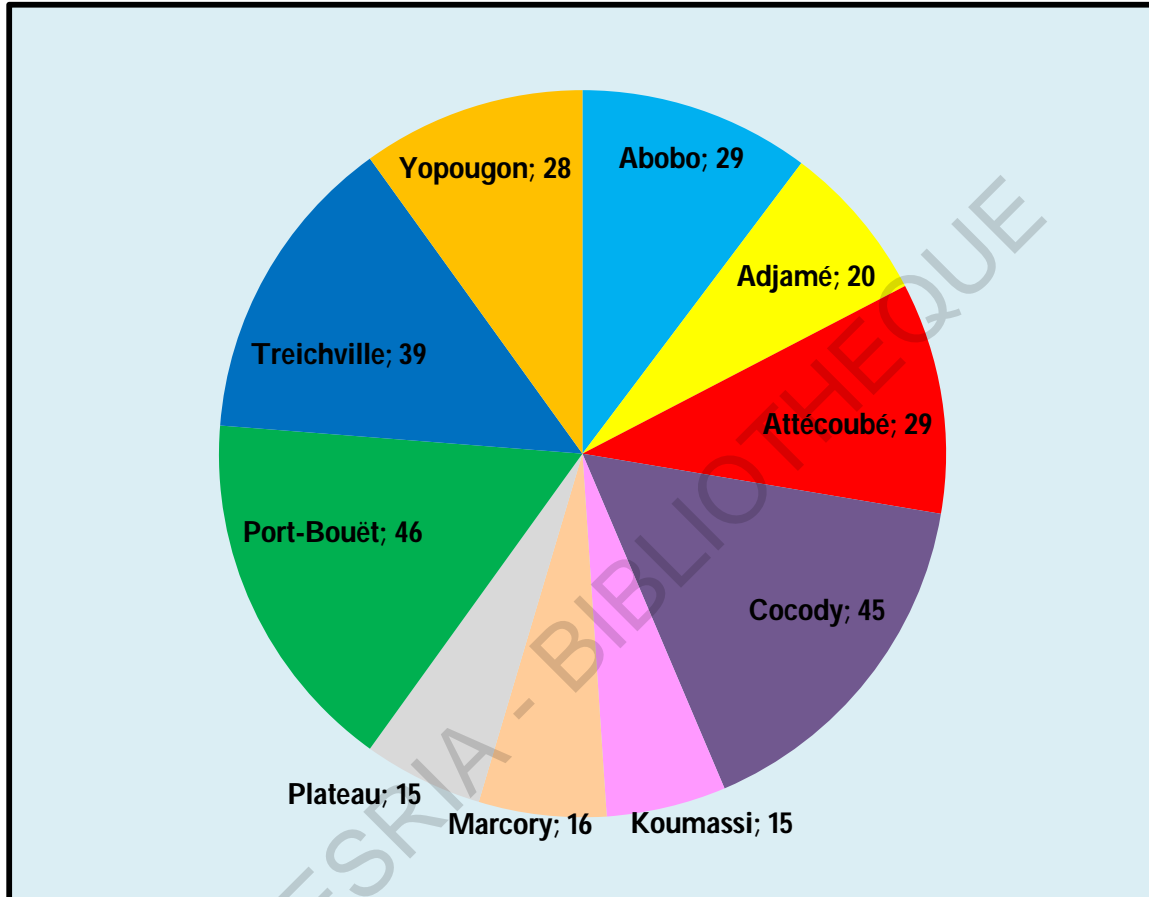


III.1.2.2. Les quartiers de la ville d'Abidjan

La ville d'Abidjan compte 282 quartiers, fruits d'un long processus d'urbanisation. Chacun de ces quartiers regroupe plusieurs îlots. Chaque quartier est dirigé par un chef de quartier, ces espaces se caractérisent par leur organisation et l'ancienneté des quartiers. Les quartiers ont des noms bien précis qui ont une signification. Leur répartition est inégale. En effet, certaines communes possèdent plus de quartiers que d'autres (Graphique 2). Ce sont les communes de Cocody et de Port-Bouët qui ont un nombre important de quartiers, cela est dû à la possibilité d'extension de ces communes. Koumassi et Marcory ont très peu de quartier, cela s'explique par l'absence d'espace dans ces communes pour créer de nouveau espace urbain. La densification est très forte dans cette partie de la ville. Une étude réalisée par l'INS en 1998 a permis de classer ces 282 quartiers en trois sous-groupes urbains à partir du niveau d'urbanisation et de principales variables (habitat,

chômage, activité socio-économique, etc.), les types de quartiers trouvés sont : les quartiers résidentiels, les quartiers populaires qui appartiennent à la ville lotie et les quartiers précaires à la ville non lotie. Nous allons dans la deuxième partie de la thèse faire une autre classification de ses 282 quartiers, en nous appuyant sur ces travaux de l'INS. La distribution géographique des quartiers témoigne de l'urbanisation accélérée de ces communes.

Graphique 2. Répartition du nombre de quartiers par commune en 1998



Source : RGPH, 1998 ; Archives des mairies des 10 communes de la ville d'Abidjan

III.1.2.3. Les villages Ébriés d'Abidjan : des villages dans la ville

Pourquoi ouvrir un paragraphe sur les villages Ébriés, alors que ces derniers sont considérés comme des quartiers de la ville d'Abidjan ?

Considérer ces villages Ébriés comme des quartiers, c'est faire une grosse erreur, car comme nous l'avons mentionné plus haut, pour comprendre le comportement des populations en ce qui concerne la consommation des soins, il faut chercher d'abord à s'approprier, à comprendre leur espace de vie et leur mode de vie. Or, les villages Ébriés, bien qu'ils soient confondus aux autres quartiers de la ville d'Abidjan, ont un mode de vie bien particulier, qui, nous allons le voir dans la troisième partie de cette thèse a un impact sur l'itinéraire thérapeutique des villageois. Aussi, les villageois considèrent jusqu'à aujourd'hui, ces quartiers comme leurs villages [Ymba M., 2008].

Les villages Ébriés sont habités par le groupe ethnique Ébrié, de la tribu des Bidjan. Ils représentent les autochtones de la ville d'Abidjan.

Ils se démarquent des autres quartiers de la ville d'Abidjan à cause de leur organisation et de l'activité principale des femmes, à l'occurrence la fabrication d'attiéké³⁴.

Les villages Èbriés ont une structure sociale bien organisée autour des lignages et des classes d'âge. Le grand intérêt du système des classes vient de la répartition des droits et des devoirs ; c'est par exemple l'homme le plus âgé du village qui conduit les cérémonies rituelles et notamment les sacrifices et conseille le chef du village et ses notables.

Cette organisation, nous le verrons à un impact sur le fonctionnement des équipements sanitaires implantés dans ses villages, car les personnels sanitaires travaillent en étroite collaboration avec les autorités du village, quand il s'agit des campagnes de vaccination, de prévention, de l'utilisation des services de santé, etc.

Les villages Èbriés sont au nombre de 25 à Abidjan (Carte 5). Ces villages sont inclus au sein de la ville et ils y maintiennent une identité culturelle particulière. À l'exception des communes du Plateau et de Treichville, toutes les autres communes de la ville d'Abidjan ont en plus des quartiers, des villages Èbriés. Le plus grand nombre se trouve dans les communes d'Attécoubé et de Yopougon. Pourtant, les communes du Plateau et de Treichville ont été créées, en 1903 par les Èbriés, mais ces sites furent abandonnés suite à la décision des colons d'y construire le chemin de fer Abidjan-Niger à Treichville.

En effet, les études de terrains effectuées par les capitaines Houdaille et Crosson Duplessis ont jugé cet endroit propice au démarrage des travaux du chemin de fer, et d'y installer leur quartier général au Plateau. C'est ainsi que, les peuples Èbriés furent obligés de traverser la lagune pour s'installer sur l'île de Petit-Bassam. Le village ainsi créé fut appelé Anoumabo c'est-à-dire "Forêt aux roussettes". Oui, il faut le préciser, tous les noms donnés par les villageois à leur village ont une signification, pour expliquer leur histoire. On a aussi des villages dont les noms tiennent compte de l'inclinaison du terrain sur lesquels ils sont bâtis. "atô" par exemple est le nom donné aux quartiers qui se trouvent sur les terrains élevés et "até" pour ceux qui se trouvent sur les terrains bas.

Les villages Èbriés ressemblent à de gros quartiers populaires dominés par l'habitat de type cour dans leur grande majorité. Mais ces habitats de type cour sont beaucoup plus modernes et moins insalubres que les quartiers populaires de la ville. Le niveau de vie dans ces villages est modeste, même s'il existe quelques familles aisées.

Les Èbriés tirent la grande partie de leurs revenus dans la fabrication de l'attiéké, mais surtout dans la location de magasins et de maisons, ainsi que la vente de terrains urbains. Ces villages accueillent les autres groupes ethniques de la Côte d'Ivoire et des étrangers à cause de la qualité et du niveau de vie qu'ils offrent.

Ces villages sont organisés en « village-rue », c'est-à-dire se caractérisant par une rue principale. Les maisons sont ordonnées de part et d'autre de cette rue principale. Cette rue est en quelque sorte la porte d'entrée et de sortie des villages Èbriés. C'est dans cette rue que se déroulent les principales manifestations du village (fête de génération (photo 1), les funérailles, les veillées de prières, etc.). La rue est un lieu de vie, d'échange, d'affirmation, de danse, dans la tradition Èbrié.

³⁴ L'attiéké est un mets à base de manioc. Spécialité culinaire des peuples lagunaires du Sud de la Côte d'Ivoire, l'attiéké est traditionnellement produit par les femmes. Sa consommation est tellement forte que des usines ont été construites pour le fabriquer. L'attiéké connaît non seulement le succès en Côte d'Ivoire, mais il est aussi exporté sous forme déshydratée vers les pays européens, et sous forme de boules (sa présentation locale habituelle) vers les autres pays africains de la sous-région.

Ces villages ont la chance de bénéficier d'un certain nombre de services urbains tels que la voirie, les écoles, le transport, les marchés et les équipements sanitaires qui participent à l'organisation de ces espaces culturels traditionnels.

Les villages Ébriés occupent des emplacements stratégiques dans la ville, ils sont faciles d'accès, car proche des voies de communication et des différents moyens de transport. On peut rejoindre facilement les principales zones d'activités et de loisirs : le Plateau, Treichville, Marcory, le port autonome, le marché populaire d'Adjamé, etc.



Source : Aka Konin, 2004

Photo 1. Fête de génération à Bidjan Santé : Profusion de culture ancestrale en pleine capitale.

Chef guerrier exécutant des pas de danse guerrière taprognan bi, au cours de la fête de génération afatchué (Agban village, d'Abidjan).

La fête de génération est une fête initiatique. Elle est marquée par une cérémonie à l'issue de laquelle, ces jeunes, désormais adultes, sont aptes à prendre la parole au cours des assemblées, à gérer les affaires du village.

Les Ébriés comptent encore parmi les rares groupes ethniques en Côte d'Ivoire à avoir conservé leur patrimoine culturel. Malgré la croissance urbaine la culture perdue dans les villages Ébriés.

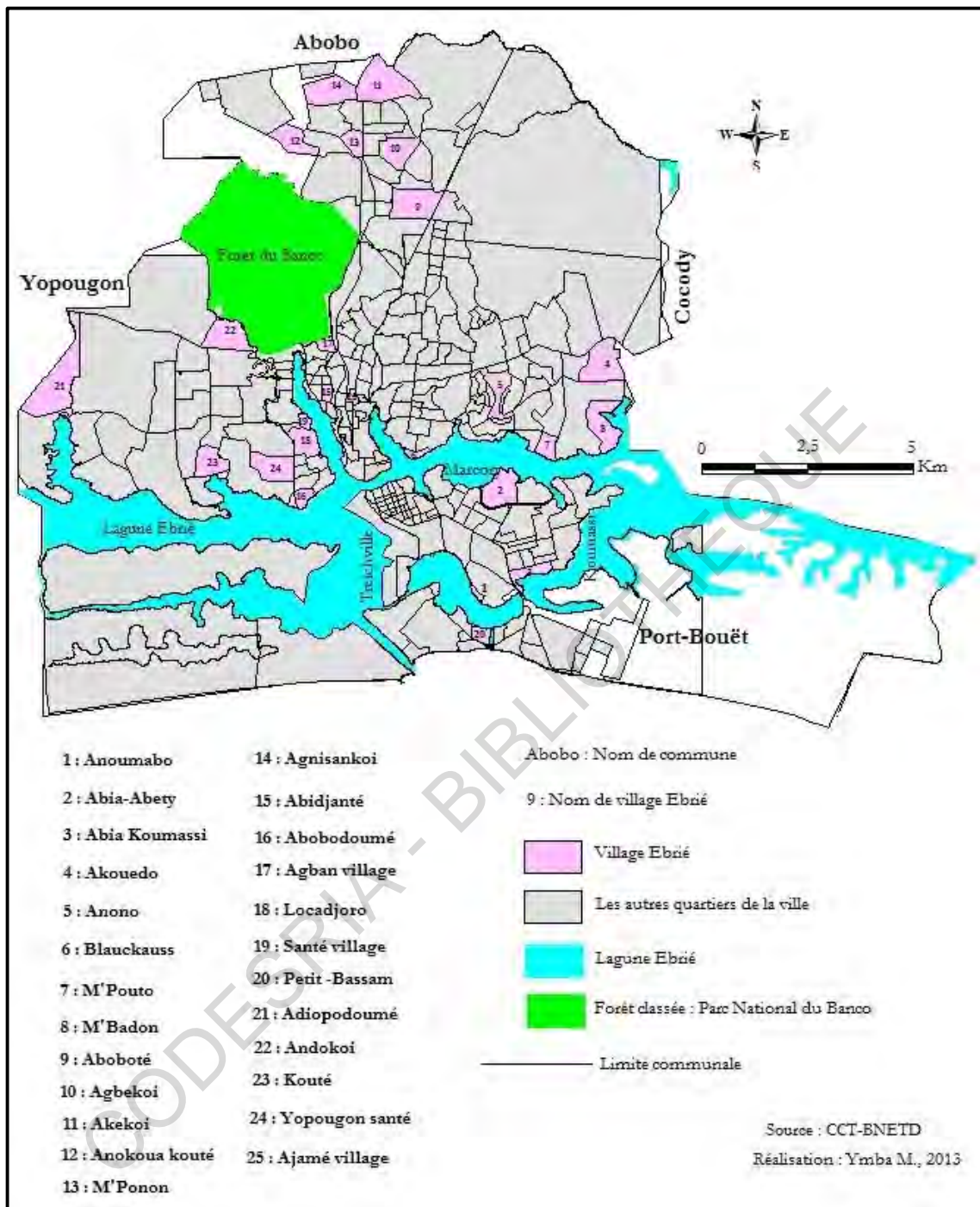
Les Ébriés ont eu à s'adapter à un environnement socioculturel en perpétuelle évolution de la ville. Cette adaptation à un nouvel environnement et la cohabitation avec d'autres peuples aboutissent à une transformation de leur culture et de leur mode de vie. Comme ça été le cas de Blokosso, la proximité de la ville et en particulier de l'hôtel Ivoire³⁵ a complètement changé le village, en un espace très urbanisé et résidentiel.

Cependant, les pratiques traditionnelles qui existent encore dans ces villages ne montrent-elles pas que ces espaces sont encore traditionnels, avec le maintien des pratiques ancestrales ?

Nous allons chercher à répondre à cette question lorsque nous étudierons les itinéraires thérapeutiques des ménages dans les différents espaces de vie de la ville d'Abidjan.

³⁵ L'hôtel Ivoire, avec ses quatre étoiles, est le plus important complexe hôtelier du pays. C'est l'endroit privilégié des touristes. L'hôtel est en pleine rénovation actuellement.

Carte 5. Les 25 villages Ébriés de la ville d'Abidjan en 2009



Chaque entité doit remplir ses fonctions dans cette organisation territoriale de la ville d'Abidjan, afin de répondre aux nombreux besoins des populations. Mais ces différentes administrations ne travaillent pas en réseau, ce qui devrait pourtant être le cas. La mauvaise foi, le refus des responsabilités, la mésentente, les conflits politique³⁶, bloquent le bon fonctionnement de cette administration.

³⁶ Les communes sont gérées par des maires qui sont élus par la population. Les maires viennent de divers partis politiques de la Côte d'Ivoire. Les maires ne mettent pas en avant les intérêts généraux de la ville et de la population qu'ils ont en charge, ils tiennent plutôt compte des enjeux politiques. Généralement, ils sont en rivalité avec les autres maires qui ne sont pas du même parti politique qu'eux.

III.1.2.4. Le domaine lagunaire

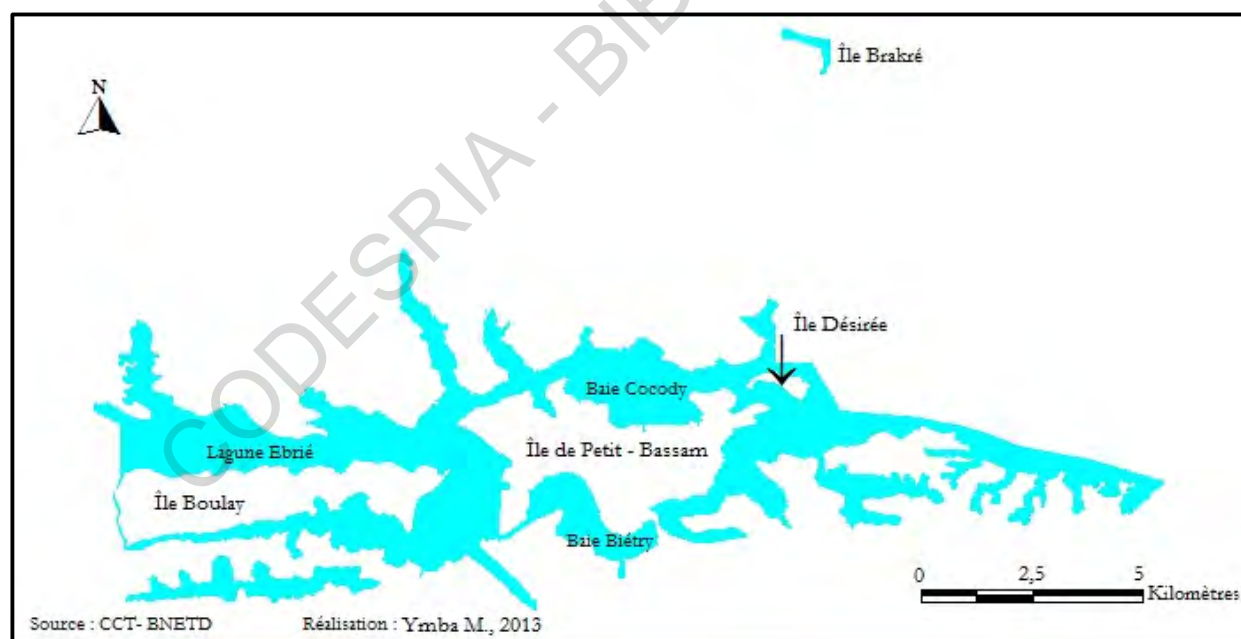
III.1.2.4.1. La lagune Ébrié : un obstacle pour l'aménagement de la ville

La lagune a joué un rôle important dans la morphologie et le développement de la ville d'Abidjan. Elle fait partie du paysage urbain d'Abidjan, et influence considérablement l'organisation territoriale de la ville. La croissance de la ville s'est faite autour de ce plan d'eau lagunaire. De façon générale, la ville est étalée et divisée en deux grandes parties à cause de la lagune. On a Abidjan nord et Abidjan sud. Cette division de la ville non seulement rend difficile la mobilité des citoyens, mais elle accroît également l'inégale répartition des équipements sociaux dans la ville.

a. La lagune Ébrié

La lagune Ébrié est le plus important système lagunaire ivoirien et l'élément du relief le plus caractéristique qui originalise le site de la ville d'Abidjan. Elle s'étend sur 120 km de part et d'autre de la ville. Dans le cordon littoral, la lagune s'est insinuée dans toutes les dépressions créant ainsi un paysage d'arabesques avec de multiples baies et faisant apparaître quatre îles, l'île de Petit-Bassam qui abrite les communes de Treichville, Koumassi et Marcory ; l'île Boulay est peu habitée, elle a une vocation touristique peu exploitée et abrite près de ses côtes le cimetière des navires, l'île Désirée et l'île Brakré (Carte 6).

Carte 6. Le plan d'eau lagunaire de la ville d'Abidjan



Ce complexe lagunaire Ébrié est le plus urbanisé, car il regroupe le cinquième de la population ivoirienne soit 5 200 000 Habitants [INS, 2006]. La lagune Ébrié a été mise en valeur grâce au percement du canal de Vridi en 1950 et a attiré près des deux tiers des activités dites modernes du pays [Dufour, 1974].

La lagune Ébrié présente au plan urbanistique des avantages et des inconvénients. Au niveau des avantages, la lagune a permis grâce à l'ouverture d'un canal dans le cordon

littoral, la création d'un port en eau profonde. C'est le meilleur site portuaire en eau profonde du golfe de Guinée. Sur le plan touristique, la lagune donne à la ville un cachet esthétique particulier. Bien qu'ayant une façade maritime assez large, la ville a tourné le dos à la mer et s'est entièrement donnée à la lagune. C'est pourquoi on l'a surnommé la « perle des lagunes », tant la lagune la baigne et la sert de miroir (Photo 2).

Encadré 1 : Abidjan, perle des lagunes

Perles des lagunes, c'est le nom que l'on donnait à la ville d'Abidjan. Abidjan a été la vitrine de l'Afrique de l'Ouest. La croissance économique qu'a connue la Côte d'Ivoire dans les années 80 a permis de donner à la ville une allure très moderne. Elle était une belle ville caractérisée par ses grattes-ciels, ses rues bitumées, bien entretenues et bien marquées, ses quartiers chics comme Cocody, Plateau, Marcory Zone 4, Bietry, etc., par ses rues propres et salubres, ses immeubles et autres bâtiments aux façades toujours peintes, par ses échangeurs. Tellement belle qu'elle a été surnommée "la perle des lagunes" en référence à la lagune qui la traverse (Photo 2).

Photo 2. Abidjan surnommée " perle des lagunes "



Source : District d'Abidjan, 2006

Tout le monde voulait voir Abidjan. Tout le monde rêvait d'Abidjan. D'ailleurs, Abidjan était choisie par beaucoup de jeunes mariés africains comme destination de voyage de noces, car il y avait aussi des hôtels de luxes, qui n'enviaient rien aux palaces européens.

Abidjan la perle des lagunes a vécu. Abidjan la propre a existé. Abidjan l'enchantée a connu ses heures de gloire comme ville organisée, disciplinée et respectée. Mais aujourd'hui, elle n'est plus que l'ombre d'elle-même. Elle est plutôt reconnue par son insalubrité, la pollution de la lagune et sa mauvaise gestion.

Au niveau des inconvénients, la lagune constitue un sérieux obstacle pour la bonne structuration et le fonctionnement de la ville. Les nombreuses baies et les thalwegs, qui les prolongent, créent des ruptures dans l'organisation interne de la ville et y maintiennent des zones marécageuses insalubres et impropres à l'urbanisation. À cela, il faut ajouter le manque de pente et la proximité de la nappe phréatique qui ne favorise guère l'assainissement de l'île de Petit-Bassam. Ainsi, les inondations sont courantes à Marcory, Koumassi et certains secteurs de Treichville pendant les saisons des pluies. Ces communes sont inaccessibles pendant cette période, cette situation est aggravée par le mauvais état des routes et l'absence d'assainissement des quartiers. Cela peut constituer un risque pour l'accès aux soins pendant la saison pluvieuse, où l'espace est théoriquement pathogène.

Par ailleurs, l'allongement des distances dû à la présence de la lagune Ébrié pose à son tour des problèmes de circulation, de déplacement dans l'espace et dans le temps. Sur le

plan des transports, la lagune constitue un obstacle au niveau des relations inter-communales. Elle impose de longs détours aux déplacements et un transit obligé par le centre-ville pour qui veut rallier le Nord au Sud de la ville d'où les fréquents embouteillages au niveau de certaines communes, comme le Plateau, Yopougon. Pour mieux illustrer ce que nous disons, prenons par exemple l'accès à l'offre de soins de troisième niveau. Il faut noter qu'Abidjan compte trois CHU, deux sont répartis aux Nord de la ville (le CHU de Cocody et le CHU de Yopougon) et un au Sud de la ville (le CHU de Treichville). Ces structures sanitaires ont des spécialités différentes, il y a parfois des évacuations entre les CHU, l'effet de la distance, constitue un problème pour l'accès aux soins, car parfois les évacuations sont à la charge des patients quand les ambulances ne sont pas disponibles.

Les moyens de transport de la ville ne facilitent pas non plus la situation.

III.1.2.4.2. Un découpage territorial guidé par la morphologie du paysage lagunaire

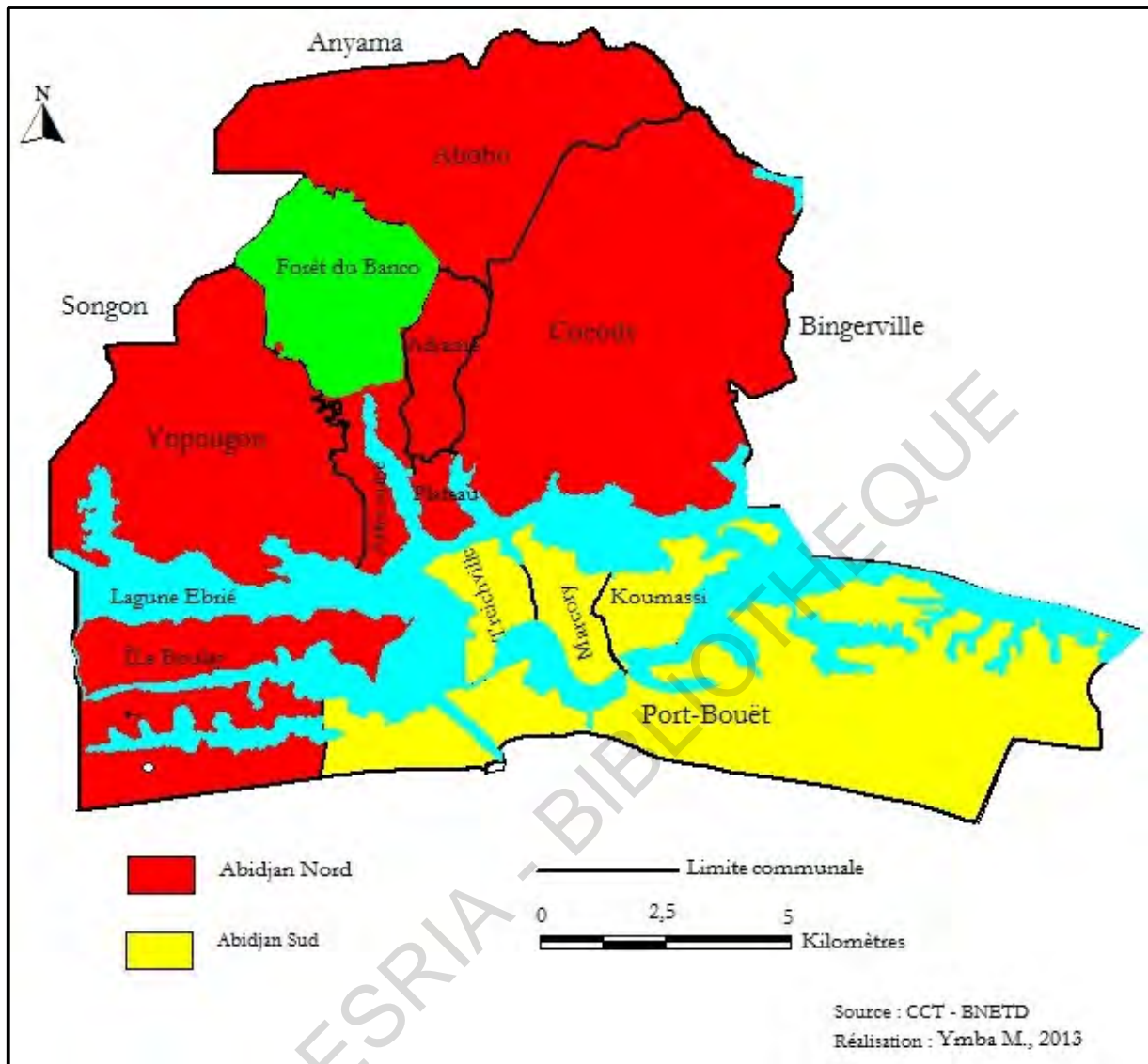
La lagune Ébrié divise la ville d'Abidjan en deux zones géographiques distinctes : Abidjan nord et Abidjan sud (Carte 7).

Abidjan nord, très découpée, abrite six communes d'Abidjan (Yopougon, Abobo, Adjamé, Plateau, Attécoubé et Cocody). Les communes nord d'Abidjan rassemblent plus de deux tiers de la population de la ville soit 2 050 454 habitants.

Abidjan sud est composé des communes de Koumassi, Treichville, Marcory et Port-Bouët.

Si les premières ne connaissent pas de difficultés majeures d'urbanisation, elles présentent cependant, le défaut d'être globalement éloignées des principales zones d'activités industrielles et commerciales de la ville [Lanusse et Guirald, 1988]. Les secondes sont, par contre très proches des zones d'activités. Ce sont ces communes qui regroupent ce qu'il y a d'essentiel en matière d'investissements industriels du pays (environ 80% des industries de l'agglomération y sont implantées [Djué, 2002]). Elle renferme cependant, les densités les plus fortes 21 170 hbt/km² et les plus faibles de la ville 3 067 hbt/km².

Carte 7. Découpage territorial de la ville d'Abidjan en fonction du domaine lagunaire



III.1.3. Les voies et moyens de communications de la ville d'Abidjan

III.1.3.1. Le réseau routier et fluvial

Le réseau routier est dense, hiérarchisé et bien réparti dans la ville, mais il est beaucoup plus développé dans les quartiers centraux de la ville où l'aménagement a été le plus important avant et après l'indépendance du pays que dans les quartiers périphériques. Il est cependant inexistant dans les quartiers non lotis de la ville (Carte 8). C'est autour et parfois hors de ce réseau que va s'organiser l'offre de soins (Carte 21, Partie I, Chap.III).

Les installations, à l'exclusion des réseaux routiers, occupent 2 825 hectares ; les routes, qui représentent environ le cinquième de la superficie d'Abidjan, forment un réseau de 2 042 kilomètres, dont 272 kilomètres de routes principales bitumées, 940 kilomètres de routes secondaires bitumées et 830 kilomètres de chemins de terre. Ce réseau de la ville d'Abidjan est constitué de plusieurs boulevards, avenues et rues qui relient les communes les unes aux autres, et le district aux quatre coins du pays. Nous pouvons citer entre

autres, le boulevard Valéry Giscard d'Estaing (VGE), le boulevard Mitterrand, le Boulevard Latrille, le boulevard de France, le boulevard Nangui Abrogoua, le Boulevard de Gaulle, le boulevard lagunaire, le boulevard de la paix, le boulevard des martyrs, etc. Abidjan nord et Abidjan sud sont reliés par les ponts Félix Houphouët-Boigny et Charles de Gaulle. Ces deux ponts se situent entre Treichville et le Plateau. Le pont Charles de Gaulle se prolonge par l'immense Boulevard Valéry Giscard d'Estaing (VGE) qui conduit à l'aéroport.

Malheureusement, la capacité du réseau reste nettement insuffisante, surtout aux heures de pointe, pendant les saisons pluvieuses ou à l'occasion des barrages policiers ou militaires lorsqu'ils sont le lieu d'immenses embouteillages. Ce constat a incité le gouvernement à étudier un projet de construction d'un troisième pont qui se situerait entre Cocody et Marcory. Ce pont en construction depuis le 7 septembre 2011 porte déjà le nom d'Henri Konan Bédié.

Au fil des années, ce réseau routier s'est dégradé par faute d'entretien, sans réaction de l'État. D'énormes nids-de-poule rendent difficile la circulation et créent des accidents de routes. Le dernier programme de renforcement et d'entretien de la voirie à Abidjan, qui a conduit au raffermisssement de certaines voies de la capitale, date de 1994. Depuis le mois de mai 2011, des projets sont en cours pour réhabiliter les routes très dégradées qui souffrent du manque d'entretien, des manifestations des fortes pluies, l'absence de caniveaux, le bitumage des routes en terre et l'assainissement de la ville par la construction d'égout.

Ces réhabilitations concernent l'ensemble des communes abidjanaises, certaines ont déjà débuté : à Yopougon et à Abobo, les deux communes les plus touchées. En effet, selon la société AGEROUTE (Agence de Gestion des Routes de la ville d'Abidjan), la moitié du réseau routier de ces deux communes est impraticable, en particulier en saison des pluies. Des milliers de personnes peuvent ainsi se retrouver couper du reste de la ville. Les services urbains et les services de santé singulièrement de ces communes doivent pouvoir de façon autonome répondre dans ce cas, aux besoins des populations, sans solliciter l'aide des autres services de santé de la ville pour des cas extrêmement graves. Difficile, car comme le montre l'analyse de la distribution de l'offre de soins moderne dans le chapitre III de la partie I, c'est dans ces communes que les inégalités spatiales de l'offre de soins sont les plus importantes, en particulier dans les quartiers périphériques où le réseau routier est inexistant.

Abidjan est également dotée d'un réseau de transport fluvial urbain (Photo 3). Le transport fluvial s'est développé, grâce aux plans d'eau lagunaire. Chaque jour, c'est plus de 10 000 passagers qui rejoignent les communes de Yopougon, plateau, Treichville et Attécoubé grâce aux bateaux bus gérés par la compagnie de transport SOTRA [Archives SOTRA, 2008].



Photo 3. Un bateau bus de la compagnie de transport SOTRA.

Ce bateau bus transporte des passagers en provenance d'Abobodoumé à Attécoubé vers le Plateau.

Source : Ymba M., 2011

Le réseau ferroviaire et aérien de la ville n'a pas été pris en compte dans notre étude. En effet, ils sont beaucoup plus utilisés par la population pour effectuer de longs voyages et pas les mobilités quotidiennes. Ils peuvent donc influencer difficilement l'accès aux soins.

III.1.3.2. Les moyens de transports Abidjanais sont denses et diversifiés

On ne peut pas parler des infrastructures routières sans évoquer les moyens et les types de transport de la ville, qui sont des éléments qui caractérisent un bon réseau routier. Comment les moyens de transport peuvent influencer l'accessibilité à l'offre de soins ?

■ **La SOTRA** (*Société des Transports Abidjanais*) assure régulièrement les déplacements urbains à Abidjan par le biais de bus, taxi bagage, bateau bus et ligne expresse. C'est le moyen de transport le plus utilisé par les citoyens. Les bus desservent les quartiers centraux et périphériques de la ville. Même si les bus restent insuffisants pour les populations, leur itinéraire a suivi l'étalement de la ville. Les bus relient aujourd'hui, les trois sous-préfectures du district à la ville d'Abidjan. Par contre, ils sont absents des espaces non lotis de la ville.

Le prix du ticket de transport est de 200 Fr CFA, soit 0,30 Centimes d'euros. Les étudiants payent 3 000 Fr CFA par mois (soit 4,57 Centimes d'euros) et peuvent circuler librement sur tout le réseau desservi par la SOTRA. Ce moyen de transport reste insuffisant à cause de la croissance démographique et est caractérisé par la vétusté des véhicules, qui tombent régulièrement en pannes. Les heures d'attente d'un bus sont longues. Les populations patientent plus d'une heure à l'arrêt d'un bus, parfois même plus dans les communes densément peuplées comme Abobo et Yopougon. L'accès à ce moyen de transport est difficile pour les abidjanais.

■ **Les gbaka**³⁷ sont des mini-cars qui transportent les populations d'une commune à une autre, sauf dans la commune du Plateau. Les responsables territoriales ont refusé la circulation des gbaka dans ladite commune pour éviter le grand désordre orchestré par ce moyen de transport, comme c'est le cas dans les autres communes qu'ils desservent. Le coût de transport varie entre 100 Fr CFA et 500 Fr CFA soit 0,15 à 0,76 Centimes

³⁷ Le gbaka est un mini car de transport de 18 ou 32 places (modèles de voitures : Toyota, Izizu, Mazda, etc.) . Le terme gbaka caractérise en langue malinké, "ce qui est en mauvais état".

d'euros. Les prix varient en fonction également des heures de pointe où il y a beaucoup de clients, des heures creuses où il y a très peu de clients et des communes. Il coûtait par exemple à partir de Ciporex Yopougon à Adjamé à 7 heures du matin, 300 Fr CFA soit 0,45 Centimes d'euros. Mais pour ce même trajet entre 11 heures et 14 heures, le passager ne paiera que 150 Fr CFA soit 0,22 Centimes d'euros.

Le nombre de "gbaka" est estimé à 4 000, ils sont principalement localisés dans les communes de Yopougon, Adjamé, Abobo (Carte 8). Les "gbaka" sont exploités par des transporteurs opérant de façon artisanale [Adoléhoumé et Zoro, 2002]. Les "gbaka" permettent de relier rapidement les communes nord de la ville au centre-ville. C'est le moyen de transport le plus utilisé par les populations d'Abobo et de Yopougon.

Les "gbaka" restent aussi insuffisants pour les citadins, car pendant les heures de descentes, les citadins peuvent attendre plusieurs heures un "gbaka".

Les "gbaka" sont indispensables pour les abidjanais, mais les mini-cars sont dans leur grande majorité insalubres et en mauvais état, comme en témoigne Abasse, chef de garage à Abobo « les gbaka sont très fréquents dans mon garage. Ces véhicules ont souvent des problèmes mécaniques sérieux dus à la manière de conduire des chauffeurs qui entraînent ces vieux engins dans toutes les crevasses sur leur chemin. Il y a aussi les accidents qui sont quasi quotidiens ».

Il faut dire que les chauffeurs ne se soucient pas vraiment de l'état du véhicule, bon ou mauvais, l'engin doit rouler et rapporter de l'argent. Certains chauffeurs sont réputés pour être de véritables "voyous" au volant sur certaines lignes de transport [Kahofi S., 2010].



Photo 4. Des gbaka roulant sur le tronçon Abobo-Yopougon.

Les gbaka assurent autour de 70%, le transport des personnes sur le tronçon d'Abobo-Yopougon.

Source : Ymba M., 2011

Les taxis : Il est très difficile d'imaginer les rues de la ville d'Abidjan sans les taxis. Il en existe deux sortes : on a d'une part, les « taxis compteurs » ou taxis « inter-communaux », qui sont munis d'un compteur qui indique le tarif à payer en fonction de la distance parcourue par l'utilisateur. Ces taxis desservent toute l'agglomération d'Abidjan.

D'autre part, on a les taxis communément appelés « woro-woro³⁸ » ou encore « taxis communaux » dans le contexte local, qui desservent les différents quartiers et/ou secteurs d'une commune. Contrairement aux taxis inter-communaux, ils ne disposent pas de compteurs et ne circulent qu'à l'intérieur des communes selon les réglementations en vigueur. Ils sont souvent utilisés en mode taxi collectif. Il convient d'indiquer que les taxis

³⁸ Expression malinké signifiant « 30 francs 30 francs », soit le tarif initial du trajet. Actuellement, le tarif varie entre 150 et 500 francs CFA. Ces véhicules ont cinq places assises.

communaux occupent une place de choix dans le système de transport public surtout pour les ménages défavorisés et pour les distances courtes et moyennes.

Les «woro-woro» sont nombreux, 5 000 unités [Lombard J., 2006] réparties dans neuf communes de la ville (Carte 8).

Les taxis « inter-communaux » sont les plus coûteux, car ils sont munis d'un compteur. Ils sont les premiers moyens de transport utilisés pour se rendre dans un service de santé par les malades (*cf. Partie III, Chap.II*), car ils jouent un rôle de plus en plus important avec l'allongement des distances à parcourir et les évacuations de malades d'un service de santé à un autre. Les « taxis compteurs » sont les moyens de transport de la ville à être disponible 24/24. Les autres moyens de transport publics circulent généralement jusqu'à 23 heures.

En 2002, on a recensé 4 000 taxis dans la ville, ce nombre reste insuffisant et parfois destiné à une classe sociale aisée de la population. Encore, pour avoir accès parfois aux taxis compteurs, il faut être à proximité des routes goudronnées, sinon, les conducteurs de taxis refuseront de se rendre à l'endroit demandé ou bien le passager devra payer plus que le tarif normal. Cela explique leur absence dans les quartiers périphériques ou précaires de la ville encore pas bitumés, où pour avoir un taxi compteur est un vrai parcours du combattant. En effet, il faut souvent marcher plus de 2 kilomètres pour atteindre une route goudronnée ou emprunter un «woro woro» pour se rapprocher des quartiers centraux pour pouvoir avoir la chance d'avoir un taxi compteur. Les populations résidentes dans ces quartiers pourraient faire appel à une société de taxis, mais il n'en existe pas à Abidjan.

En outre, si les taxis compteurs sont les plus demandés, c'est à cause de leur utilité illimitée, contrairement aux «woro-woro», «gbaka» et bus, les taxis compteurs transportent le passager à la destination demandée.

La mobilité conférée aux malades par la présence de taxis est fort variable d'une commune à une autre, selon la localisation d'un quartier à un autre, au bord de la route goudronnée ou non, selon la présence d'un arrêt, selon le niveau social des quartiers et enfin selon les flux et les horaires. Il est indéniable que les malades potentiellement les plus mobiles sont ceux qui résident au bord de la route goudronnée, auxquels il convient d'ajouter ceux qui bénéficient de la proximité de l'offre de transport.

La mobilité procurée par les taxis à un coût. Pour un trajet par exemple entre l'HG de Port-Bouët et le CHU de Yopougon, le taxi compteur va coûter 7000 Fr CFA soit 10,65 Euros aux malades. C'est trois fois plus cher que le prix des consultations sans les médicaments. Une évacuation personnelle d'un malade peut s'élever à plus de 20 000 Fr CFA soit 30,50 Euros après minuit à Abidjan, car les taxis compteurs doublent leur tarif après minuit. En fonction du moyen de transport, de la distance à parcourir, le malade devra prendre en compte hormis les coûts des soins, les frais de transport, qui sont parfois plus importants que le prix de l'ensemble de la consultation. Les malades, qui le peuvent, préfèrent regagner le service de santé le plus proche à pied ou prendre un «woro-woro» (entre 150 Fr CFA à 500 Fr CFA soit 0,22 à 0,76 Centimes) pour réduire la distance et faire le reste du chemin à pied quand le service de santé est éloigné (*cf. Partie III, Chap.II*).

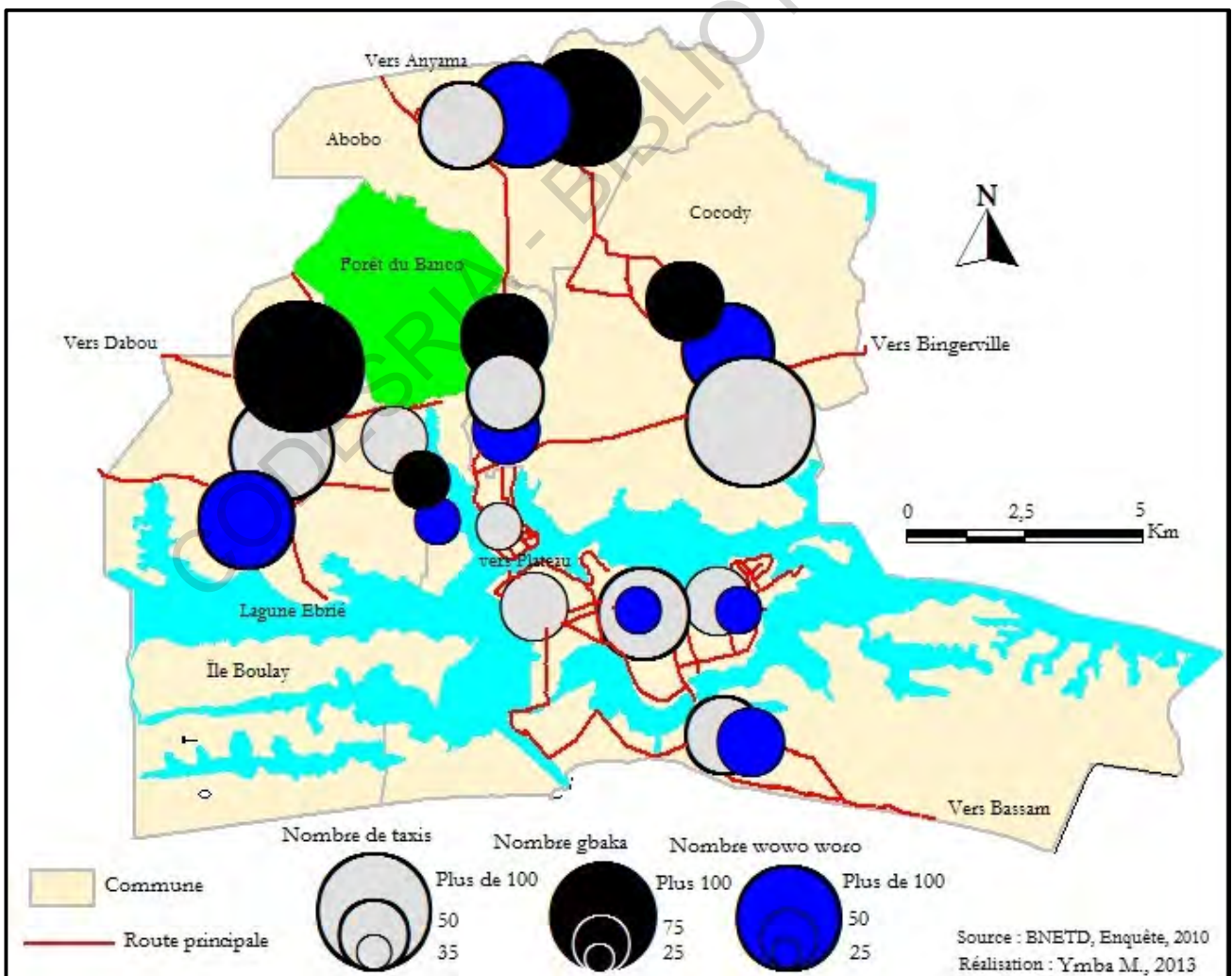
Les prix du transport à Abidjan sont régulièrement sujets à des augmentations temporaires. Cela a été par exemple le cas, lorsque le prix de l'essence est passé à 700 Fr

CFA soit 1,06 Euros en 2010. Difficile de l'accepter par les populations quand on sait qu'il existe à Abidjan la Société Ivoirienne de Raffinerie (SIR) qui approvisionne tout le pays et les autres pays de l'Afrique de l'Ouest en essence et en gaz.

Par ailleurs, il faut noter que le nombre de ménages disposant de voitures privées à augmenter à Abidjan. Nos enquêtes sur les pratiques thérapeutiques nous a permis de le constater. Les ménages, qui disposent de voitures, fréquentent plus rapidement un service de santé dès les premiers symptômes de la maladie par rapport aux ménages qui ne disposent pas de voitures (*cf. Partie III, Chap.II*).

Dans l'ensemble, les moyens de transport bien que diversifiés et nombreux, restent insuffisants et mal organisés dans la ville. En effet, les taxis compteurs, les "gbaka" et les bus en plus de desservir les abidjanais, sont également aux services des populations des trois sous-préfectures du district. Aussi, les grèves qui sont observées chaque année dans le domaine du transport rendent difficile la circulation des citoyens et à un impact considérable sur le bon fonctionnement des services urbains, en particulier des services de santé.

Carte 8. Nombre de taxis et de gbaka par commune en 2009 et les principales voies de communication de la ville d'Abidjan



Dans ce contexte urbain complexe, marqué par des ruptures fortes et par un double découpage en communes et en quartiers, quels seront les découpages qui vont encadrer le système de soins à Abidjan ? Quelles frontières seront données aux districts sanitaires ? Comment sera organisée l'offre de soins dans ces milieux complexes ?

III.2. L'élaboration des districts sanitaires d'Abidjan

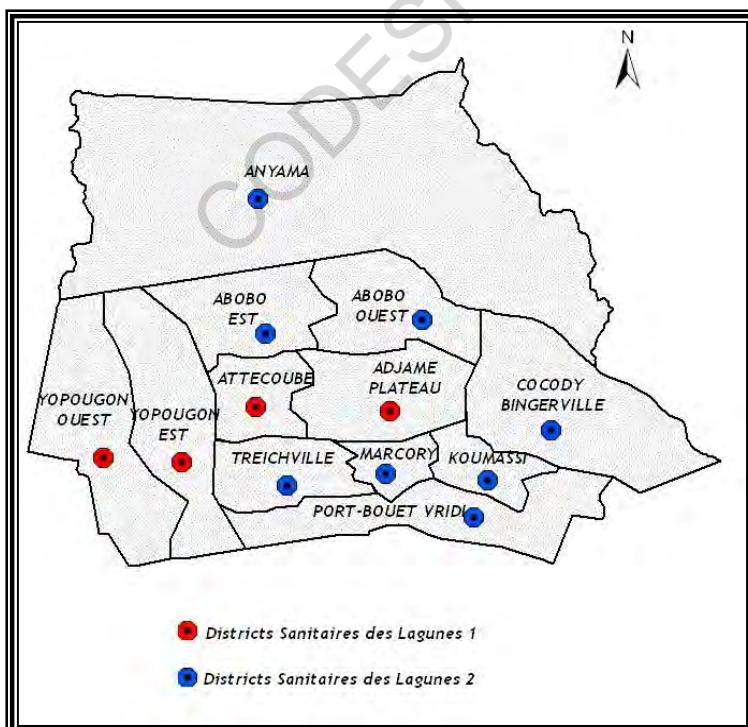
III.2.1. Leur création, fonctionnement et organisation : Comment sont organisés et gérés les systèmes de soins des districts à Abidjan ?

III.2.1.1. Leur création

À Abidjan, la création des districts sanitaires a été un véritable outil d'encadrement du système de soins moderne de la ville et le rapprochement des infrastructures sanitaires. Si le découpage sanitaire a utilisé les limites du district de la ville d'Abidjan, il ne s'est pas superposé aux limites de ces communes et sous-préfectures. Des principes ont été observés. En effet, sept districts ont été créés dans la région sanitaire de la lagune dans la ville d'Abidjan. La création des districts sanitaires a donné lieu à un texte de loi.

La création des districts est guidée par la présence d'un Hôpital Général dans une commune pour une tranche de 150 000 habitants, avec la proximité de moins de 5 km d'un centre de santé de base. Les communes qui possèdent un HG sont systématiquement désignées comme district sanitaire. Les autres communes ou sous/préfectures qui n'ont pas d'HG sont associées à la commune frontalière la plus proche qui a un HG, c'est le cas de la commune de Cocody et Bingerville, Adjamé et Plateau, Treichville et Marcory. Jusqu'en 2006, les noms donnés aux districts sanitaires font référence à leur position géographique, ainsi nous avons : Abidjan-centre, Abidjan-est, Abidjan-nord, Abidjan-ouest, Abidjan-sud 1, Abidjan-sud 2, Abidjan-sud 3 (Carte 9 a. Tableau 4 a).

Carte 9 a. Tableau 4 a. Districts sanitaires de la ville d'Abidjan de 2001 à 2006



| Districts sanitaires de 2001 à 2006 |
|--|
| Abidjan-centre : Adjamé, Attécoubé, Plateau |
| Abidjan-est : Cocody, Bingerville |
| Abidjan-nord : Abobo, Anyama |
| Abidjan-ouest : Yopougon |
| Abidjan-sud 1 : Marcory, Treichville |
| Abidjan-sud 2 : Koumassi |
| Abidjan-sud 3 : Port-Bouët |

Source : DIPE, 2001

Jusqu'en 2006, on avait sept districts sanitaires qui comprenaient les 10 communes de la ville et deux sous-préfectures du district d'Abidjan. Mais, depuis 2007, pour rendre le découpage plus pertinent, un nouveau découpage, de douze districts sanitaires a été créé (Carte 9 b) dans la région sanitaire de la lagune, avec cette fois les 10 communes de la ville et les trois sous-préfectures du district de la ville.

Comme dans le premier découpage, c'est le principe de la présence d'un HG et d'une population de 150 000 habitants dans la localité et la proximité de moins de 5 kilomètres d'un centre de santé qui rend éligible le territoire en district sanitaire. Les deux communes les plus peuplées et les plus grandes (Yopougon et Abobo) ont chacune deux HG sur leurs territoires respectifs, on a dans ces deux différents secteurs deux districts sanitaires, les districts sanitaires de Yopougon-Est et Ouest et les districts sanitaires d'Abobo-Est et Ouest avec la sous-préfecture d'Ayama (Tableau 4 b).

Les districts sanitaires sont bien desservis en termes d'accessibilité géographiques. Cependant, le district sanitaire d'Abobo-Ouest, a 13% de sa population située entre 5 et 15 kilomètres d'un centre de santé et le district d'Abobo-Est a 4% de sa population qui est située à plus de 15 kilomètres d'un centre de santé, constituant ainsi les districts les moins bien couverts en structures sanitaires [DIPE, 2009].

Dans ce nouveau découpage, les limites des districts sanitaires de Koumassi, Marcory, Treichville et Porte-Bouët se confondent avec les limites administratives de la ville d'Abidjan.

Carte 9 b. Tableau 4 b. Districts sanitaires de la ville d'Abidjan en 2007



Les critères arrêtés par les autorités sont-ils suffisants pour une bonne organisation du système de soins et une amélioration de l'accès ? Avec ces seuls critères, les districts sanitaires qui sont censés apporter des réponses aux besoins exprimés par les populations et en particulier à l'amélioration de l'accès aux soins primaires sont loin de leur objectif. En effet, les districts de santé ne tiennent pas compte des réalités sociales des communes, de la croissance démographique des communes, des fortes densités de population, des mobilités, des axes de passages, des lieux de socialisation, des concurrences entre prestataires et des pôles d'attraction de la population.

Par ailleurs, les populations ne tiennent pas compte des limites des districts sanitaires dans leur itinéraire thérapeutique. Nous le verrons dans la troisième partie de la thèse sur l'analyse du recours aux soins, elles n'en connaissent même pas l'importance et l'existence. Ces districts permettent plutôt aux autorités de pouvoir collecter les données dans les différents services de santé par niveau de référence. Chaque district sanitaire est doté d'un centre de surveillance épidémiologique (CSE) équipé d'ordinateurs et chargé de la collecte et de l'analyse des données fournies par les formations sanitaires de premier contact, les HG et les CHR mensuellement.

Malgré les efforts consentis, il persiste quelques insuffisances qui entravent le fonctionnement du système. Il s'agit des ruptures fréquentes de supports de recueil de données, de l'insuffisance du personnel formé, de la faible analyse des données, de l'exclusion de certaines données des CHR, des hôpitaux généraux et des structures privées.

Aujourd'hui, avec la crise politique, le système de santé rencontre des difficultés : si les centres de santé d'une manière générale sont fonctionnels, le flux des populations déplacées de guerre entraîne une surcharge des services de prise en charge.

Ces districts englobent en outre, quelques villages des trois sous-préfectures, en plus de ceux de la ville d'Abidjan. Ils se caractérisent par une très grande hétérogénéité de formations sanitaires et d'état de santé, d'où certaines difficultés à mettre en œuvre une politique sanitaire adaptée aussi bien aux zones urbaines qu'aux zones rurales.

III.2.1.2. Des districts sanitaires différents dans leur ensemble

Il existe des disparités entre les districts sanitaires (Tableau 5). Ce tableau rend bien compte des situations diverses rencontrées dans les douze districts de la région sanitaire de la ville d'Abidjan. Ces districts ont pour particularité de gérer des zones de responsabilité et des populations de références fortement inégales. Les districts sanitaires de Yopougon-Ouest et Cocody administrent les sous-préfectures de Songon et Bingerville, alors que les autres communes gèrent leur population de référence, sauf le district sanitaire d'Adjamé-Plateau. Les deux plus importants districts sanitaires sont les districts des communes de Yopougon et d'Abobo, qui ont chacun deux districts sanitaires à cause de l'importance de leur population. Ces districts sanitaires s'occupent des zones urbaines, des départements ruraux et périurbains alors que les sept autres districts ne s'occupent que des zones urbaines. Aussi, le nombre de services de santé par district est différent. Ces disparités spatiales entraînent aussi des différences en termes de populations et de responsabilités.

Tableau 5. Caractéristiques des douze districts sanitaires de la ville d'Abidjan

| | DISTRICTS SANITAIRES D'ABIDJAN 2007 | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|---|--|--|---|--|--|---|
| | Adjam é Platea u | Attécou bé | Yopoug on Est | Yopoug on Ouest | Abobo Est | Abobo Oues t | Anyama | Cocody Bingervil le | Koumassi | Marco ry | Port Bouët | Treichvil le |
| Population Totale 2009 | 368.48 1 | 289.024 | 566.127 | 466.304 | 475.41 4 | 413.21 0 | 192.551 | 428.967 | 442.145 | 247.48 0 | 294.69 4 | 167.810 |
| Nombre Établisseme sanitaires | 22 ESPC 7 MAT 2 HG | 6 ESPC 6 MAT 1 HG | 19 ESPC 10 MAT 2 HG | 19 ESPC 13 MAT 1 HG 1 CHU | 13 ESPC 9 MAT 1 HG | 11 ESP C 9 MAT 1 HG | 17 ESPC 13 MAT 2 HG | 30 ESPC 11 MAT 1 HG 1 CHU | 11 ESPC 8 MAT 1 HG | 4 ESPC 4 MAT 1 HG | 19 ESPC 11 MAT 2 HG | 12 ESPC 4 MAT 1 HG 1 CHU |
| Ratio pop. totale/ESPC | 16.749 | 48.171 | 24.542 | 29.796 | 36.57 0 | 37.56 5 | 11.327 | 14.299 | 40.195 | 60.870 | 15.510 | 13.984 |
| Ratio pop. totale/HG | 122.82 7 | 289.024 | 466.304 | 283.064 | 475.41 4 | 413.21 0 | 96.276 | 428.967 | 442.145 | 247.48 0 | 147.34 7 | 167.810 |

Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire de 2009 et la DIPE, 2009

ESPC : Établissement Sanitaire de Premier Contact ; MAT : Maternité ; HG : Hôpital Général ; pop : Population.

La charge démographique par district sanitaire montre que les zones sont densément peuplées.

Seuls le district de Treichville et Anyama (167 810 habitants et 192 551 habitants) respectent les normes de l'OMS (100 000 à 200 000 individus par district). Tous les autres districts ont un nombre d'habitants supérieur à 200 000 individus. Le district sanitaire de Yopougon-Ouest est le district le plus surchargé avec plus 500 000 individus, viennent ensuite les districts d'Abobo-Est et Ouest, de Cocody-Bingerville et Koumassi, avec plus de 400 000 habitants (Tableau 6). Cela a bien entendu un impact sur la disponibilité en service de santé. On observe en effet, que les ratios sont très élevés avec plus d'un ESPC pour 13 000 habitants à plus de 60 000 habitants, des chiffres une fois de plus qui ne respectent pas les normes de l'OMS (1 ESPC pour 5 000 habitants).

Par ailleurs, les budgets de ces douze districts sanitaires sont-ils pour autant adaptés à la situation et aux caractéristiques de chaque district ?

Cela ne semble pas évident, car certains districts manquaient cruellement de matériels humains ou techniques en 2009. Situation aggravée par la crise socio-politique, avec le dépouillement de certains services de santé et l'absence de renouvellement du matériel par manque de moyen.

Par exemple, le district sanitaire d'Adjamé-Plateau ne possède pas d'ambulance pour évacuer en cas d'urgence les malades vers les CHU. En 2010, lors de notre passage au CHU de Yopougon dans le district sanitaire de Yopougon-Est, l'ambulance n'était pas fonctionnelle. S'il existe une ambulance comme c'est le cas dans les autres CHU, il n'y a pas les moyens pour y mettre du carburant ou de l'essence. Certains districts ne possèdent pas d'ordinateur, c'est le cas de Koumassi et Marcory (Tableau 6).

L'autre difficulté à laquelle sont confrontés les districts est d'une part le délabrement très avancé des équipements sanitaires et en particulier les services de santé de premier niveau. Quand on sait que l'offre de soins de premier contact joue un rôle très important pour le bon fonctionnement du système de référence, à la prévention des maladies, on pourrait se poser les questions de l'impact de tous ces problèmes sur l'accès aux soins. D'autre part, l'absence répétée et la démotivation des personnels de santé, qui, il faut le rappeler sont en nombre insuffisant dans ces districts sanitaires posent des problèmes aux districts. Selon la DIPE, on a un médecin à la charge d'environ 29 112 habitants ; ce qui correspond à près de trois fois la charge de travail recommandée par l'OMS. Un infirmier est à la charge d'environ 12 510 habitants. La norme recommandée par l'OMS étant d'un (1) infirmier pour 5 000 habitants. Un infirmier travaille donc 2,5 fois plus que la norme recommandée. Une sage-femme (SF) a quant à elle, la charge d'environ 5 551 femmes en âge de procréer (FAP). Comparé à la norme de l'OMS (1 SF pour 2 000 FAP), cela correspond à un peu moins de trois fois sa charge de travail recommandée.

Tableau 6. Ressources matérielles fonctionnelles disponibles dans les districts au 31 décembre 2009

| RÉGIONS | DISTRICTS SANITAIRES | Véhicules | Ambulances | Motos | Ordinateurs | Réfrigérateurs | Congélateurs |
|------------------|----------------------|-----------|------------|-----------|-------------|----------------|--------------|
| LAGUNES 1 | | 1 | 7 | 9 | 5 | 26 | 4 |
| | ADJAMÉ-PLATEAU | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 |
| | ATTECOUBÉ | 0 | 2 | 2 | 0 | 5 | 0 |
| | YOPOUGON-EST | 0 | 2 | 4 | 2 | 8 | 2 |
| | YOPOUGON-OUEST | 1 | 3 | 2 | 3 | 9 | 2 |
| LAGUNES 2 | | 10 | 19 | 38 | 31 | 52 | 17 |
| | ABOBO-EST | 2 | 3 | 17 | 0 | 11 | 3 |
| | ABOBO-OUEST | 2 | 1 | 2 | 3 | 7 | 1 |
| | ANYAMA | 0 | 4 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| | COCODY-BINGERVILLE | 1 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | KOUMASSI | 1 | 1 | 2 | 0 | 6 | 7 |
| | MARCORY | 0 | 3 | 5 | 0 | 7 | 2 |
| | PORT BOUËT-VRIDI | 2 | 2 | 2 | 24 | 21 | 3 |
| | TREICHVILLE | 2 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 |

Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire de 2009 et la DIPE, 2009

III.2.2. Les limites des découpages sanitaires

Les districts sanitaires sont des unités spatiales sur lesquelles il devrait être possible de s'appuyer pour une analyse cartographique, pour avoir une idée générale sur l'état de santé

de la population. Cependant, à l'échelle de la ville, ils apparaissent comme des découpages grossiers qui ne permettent pas de mettre en évidence l'hétérogénéité des situations sanitaires et ils ne constituent pas non plus une échelle d'analyse des inégalités de santé satisfaisante. Comme nous l'avons mentionné plus haut, les districts sanitaires servent beaucoup plus à collecter des données sanitaires dans les ESPC et les HG.

En outre, comme Vaillant le fait remarquer « la carte ne fait pas non plus le territoire. Elle ne rend pas compte des interrelations entre espaces et groupes sociaux dont le territoire résulte et dans lequel se construit, s'entretient et se détériore la santé » [Vaillant, 2006]. Quelle solution pourrait alors être envisagée ? Les données à l'échelle du district de la ville, c'est-à-dire des communes et des sous-préfectures n'apparaissent pas non plus adaptées aux réalités et aux structures urbaines. Ce serait donc au niveau du quartier que tout pourrait se jouer, comme nous l'avons dit. Jean-Marie Marconot dans son article « La fin des villes, la durée des quartiers » se rapproche de cette problématique. Il estime que « les villes et les quartiers ne relèvent pas de la même logique, ni du même niveau de réalité » [Marconot, 2003]. Sa théorie consiste à percevoir le quartier avec une forme et une fonction historique et aire sociale spécifique, alors que les communes sont construites que pour « la commodité de la gestion municipale ou administrative ». Nous allons travailler à l'échelle des quartiers de la ville d'Abidjan, comme nous l'avons indiqué en introduction générale.

Par ailleurs, l'étalement ou l'extension de la ville est un problème dans la délimitation des quartiers périphériques dans les communes, sauf dans les communes de l'île de Petit-Bassam. Les populations de ces quartiers sont à cheval entre deux communes et généralement entre deux environnements sociaux complètement différents, est-ce un avantage ou un inconvénient ? Nous allons le savoir dans la troisième partie de la thèse, sur le recours aux soins. La délimitation est floue pour les quartiers périphériques des communes de Cocody et Abobo, du Plateau et Adjamé et de Yopougon et Attécoubé. La commune d'Attécoubé rencontre un autre problème à cause de la lagune Ébrié, un certain nombre de ces quartiers se retrouve de l'autre côté de la lagune, confondu à la commune de Yopougon. Nous pourrions grâce à l'analyse de l'activité du système de soins repérer en profondeur les incohérences des découpages actuels au regard d'une analyse prospective des flux de population tant pour la consommation de soins que pour les lieux de vie et de travail. La gestion de ces nouveaux territoires sanitaires rencontre plusieurs types de difficultés.

III.2.3. Les problèmes rencontrés par les districts sanitaires

Les districts de la région sanitaire d'Abidjan couvrent à la fois une aire urbaine et une aire rurale composée de villages localisés dans les sous-préfectures, juxtaposés aux zones d'habitat irrégulier de la ville. Ces districts étant très hétérogènes, on peut s'interroger sur la pertinence de ce découpage qui englobe milieu urbain et milieu rural quand on sait d'une part, que chaque milieu connaît des problèmes de santé spécifiques liés à son environnement physique, social, culturel, économique, politique et que d'autre part, ces zones à parcourir sont immenses. Cela ne vaut pas seulement pour les malades, mais aussi pour les équipes cadres de district situées en zone urbaine qui doivent effectuer de longs trajets pour rejoindre les centres de santé de la zone rurale qu'ils doivent superviser.

Lors de nos passages sur le terrain, certains cadres de la DIPE, nous ont avoué ne pas aller régulièrement sur le terrain, ils supervisent par téléphone avec les cadres des autres

districts sanitaires. D'ailleurs, ce sont les responsables qui ont signé des contrats avec des maisons de téléphonies mobiles pour bénéficier d'un forfait abordable pour les cadres qui y travaillent. Et pour les cadres qui se rendent sur le terrain, le problème devient particulièrement difficile en saison pluvieuse, car certaines routes accédant aux sous-préfectures et en particulier aux villages deviennent impraticables, voire dangereuses. La difficulté relève donc de l'élaboration d'une politique sanitaire qui tienne compte à la fois des spécificités de la zone urbaine et de la zone rurale. Une politique sanitaire qui devrait faire en sorte que la proximité de la ville d'Abidjan soit un avantage pour les sous-préfectures, surtout en ce qui concerne le travail en réseau.

Cela est-il possible ? Difficile de le dire, car les politiques sanitaires accordent un privilège aux zones urbaines plus nombreuses et qui rapportent plus d'argent.

Quelles sont les conséquences de cette organisation ?

III.2.4. Des citadins mobiles

Les déplacements dans la ville sont une nécessité quotidienne pour la grande majorité des abidjanais et des populations des trois sous-préfectures, qui sont des milliers à regagner la ville chaque jour, aux moyens des transports connus sous le nom de gbaka, woro-woro, taxis, bus et bateaux bus. Les déplacements sont parfois longs et les moyens de transport ne sont pas toujours disponibles et adaptés. Ces déplacements naissent des besoins d'activités, choisies ou subies par l'individu selon sa position sociale et la santé est l'un de ces besoins fondamentaux qui engendre des déplacements. Concevoir des chemins de recours aux soins rigides est illusoire s'ils ne sont pas en accord avec les mobilités citadines comme les déplacements journaliers (liés au travail ou à la corvée d'eau) ou réguliers (liés aux jours du marché) ou plus rares (liés à une visite familiale).

Cette mobilité citadine rend compte de la difficulté d'organiser et de planifier un ou des territoires de santé pertinents. La mobilité découlant du fonctionnement social et spatial de la ville concourt à en donner une image différente, révélant de nouveaux contours, de nouvelles frontières.

La mobilité des abidjanais ne rend-elle pas obsolète les frontières des districts sanitaires ? Les limites des districts ne sont des barrières ni physiques ni mentales importantes, si bien qu'un citadin, censé recourir à une structure de soins de base appartenant à son district, ne respecte pas nécessairement ces contraintes. L'application de normes administratives, c'est-à-dire au moins un HG par district, conduit à ne pas tenir compte de la mobilité de la population et des choix qu'elle opère. La seule présence d'une structure de soins dans un district n'induit pas systématiquement son utilisation par la population si d'autres semblent mieux répondre aux besoins de celle-ci ailleurs.

III.2.5. Un système de référence non fonctionnel

L'objectif visé par l'organisation pyramidale est de guider le patient dans un parcours de soins coordonné. Aussi, vise-t-elle à faire en sorte que pour chaque individu avec un problème de santé donné corresponde un recours aux soins et aux médicaments adaptés et au meilleur coût. Ainsi, plus une structure se situe près du sommet, plus elle est rare et son utilisation coûteuse. Afin d'éviter le gaspillage des ressources sanitaires et l'engorgement des structures au sommet de la pyramide, un système de référence et de contre référence a été conçu [Harang, 2007, cité dans Richard, 2001].

À Abidjan, le système de référence s'organise de telle sorte que le patient doit s'adresser en premier recours à l'échelon de base, c'est-à-dire à l'ESPC, structure de proximité. Si le patient présente des problèmes de santé ne pouvant être traités à ce niveau de soins, la structure joue son rôle de filtrage et juge de l'orientation du patient vers une structure de référence, au niveau de soins supérieur, c'est-à-dire aux HG du district (Figure 3). Le transfert du malade d'un échelon à un autre se fait par l'ambulance de la structure si elle en a une ou le cas échéant par l'ambulance de la structure de référence, mais dans tous les cas les frais sont à la charge du patient. Ce processus peut ainsi se répéter jusqu'au CHU. Le coût des soins pour le patient peut alors être triplé.

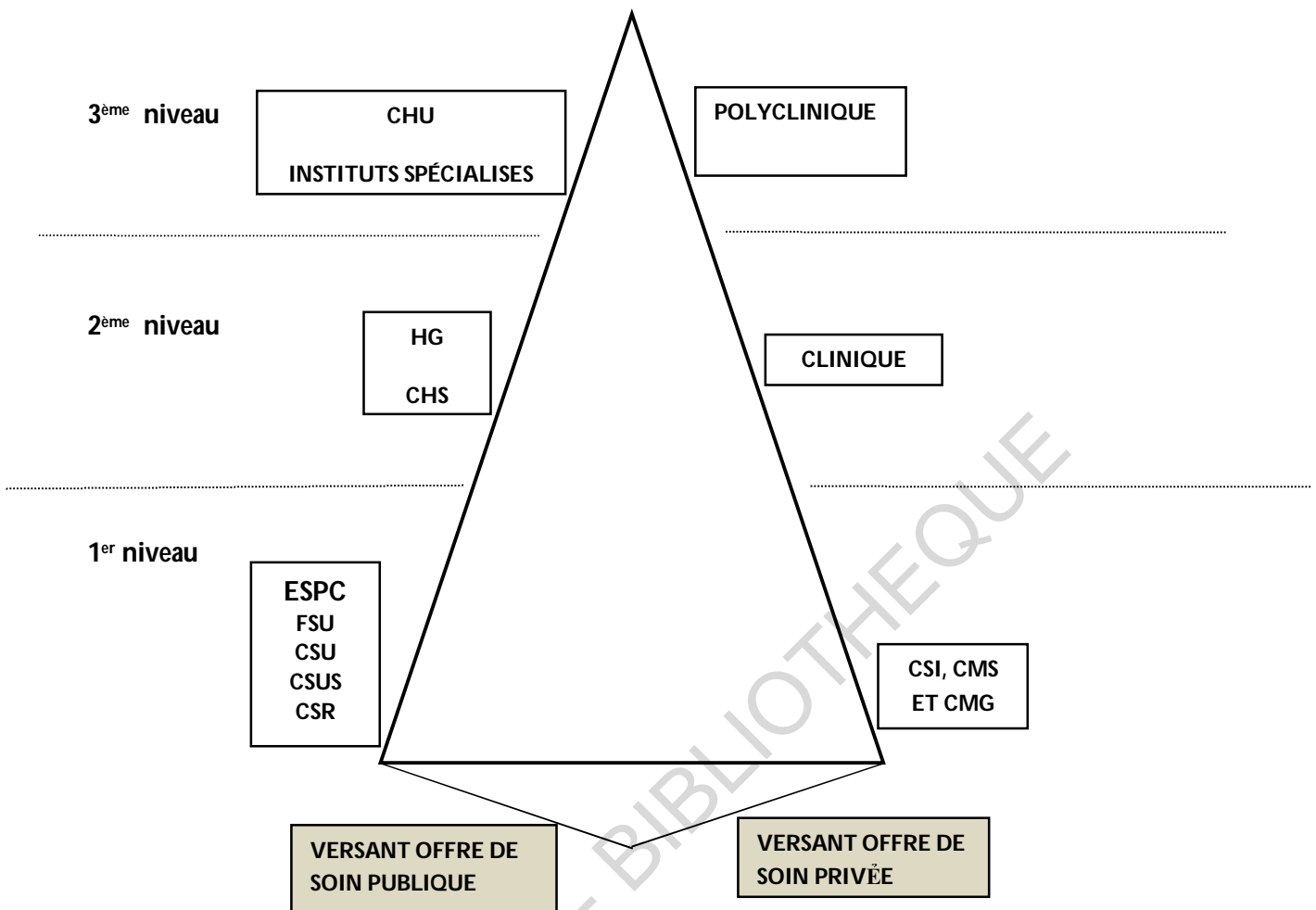
De ce circuit théorique des patients à travers les échelons de soins découle un problème majeur : la fragmentation des services de soins, car dans la majorité des districts sanitaires, cette organisation n'est pas fonctionnelle. L'insuffisance et le manque de moyens de liaison entre les structures sanitaires, le coût élevé des évacuations, l'insuffisance du plateau technique des HG et enfin la mauvaise qualité des soins d'urgences entravent ce système [Ouattara, 2003].

Dans cette pyramide sanitaire hiérarchisée (Figure 3), nous pourrions nous demander quels sont les niveaux qui sont mis en valeur ou mis en marge dans cette organisation. Les courts-circuits de ce système de référence sont nombreux, car rien n'empêche un individu de se rendre directement au CHU ou dans le centre de soins de base de son choix, même si celui-ci ne fait pas partie de son district sanitaire. Avec la mauvaise réputation des ESPC des districts sanitaires (services de santé insalubres, délabrés, sous-équipés, personnel non qualifié, etc.), les populations sont de plus en plus nombreuses à se tourner directement vers les HG et les CHU, pour des demandes de soins, qui pouvaient être prises en charge par les services de santé de premier niveau de référence. Il existe des dysfonctionnements dans ce système de référence. La distance, le coût du déplacement, la connaissance de parenté sont autant de facteurs ayant plus de valeurs que le respect de la carte sanitaire, le plus souvent d'ailleurs complètement méconnue des citoyens.

L'organisation sanitaire mise en place afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaire et qui est censée guider le patient dans son itinéraire thérapeutique n'est qu'un leurre. Les pratiques spatiales des citoyens en matière de recours aux soins ne respectent pas cette organisation et les frontières conceptuelles des districts sanitaires, nous le verrons d'ailleurs plus en détail dans les deuxième et troisième parties de la thèse. Les découpages sanitaires restent en effet, méconnus et leurs limites fréquemment traversées.

Par ailleurs, le système de contre-référence, c'est-à-dire le retour d'information au niveau inférieur ne fonctionne pas correctement à Abidjan. Le suivi des patients n'est pas correctement effectué et les données existantes sur ce système de référence ne sont ni fiables, ni exhaustives. Chaque année, la DIPE produit des annuaires statistiques sanitaires sur les activités des districts sanitaires, mais les données sont incomplètes et manquent souvent de précision. De 2001 à 2006, la DIPE n'a pas pu produire de document à cause de la crise politique. Les services de santé n'ont pas pu fournir des informations sur leurs activités. Ce manque d'information constitue une lacune dans l'évaluation de l'activité du système de soins. Comment en effet prendre en compte cet ordre de référence puisque aucune donnée n'existe ? Comment contrôler cette information pour rendre les résultats plus efficaces ?

Figure 3. L'organisation théorique de l'offre de soins moderne de la ville d'Abidjan



Réalisation : Ymba M., 2013

III.2.6. Des découpages qui ont un impact sur l'accès géographique

Le découpage des districts sanitaires ne favorise pas les populations qui n'ont pas, par exemple, un HG ou CHU dans leur commune (Carte 10). Ces dernières sont obligées de se rendre dans l'HG le plus proche pour se faire soigner. C'est le cas des communes de Treichville et du Plateau. Pour se rendre en consultation les habitants dépassent les frontières de leur commune et parcourent plus de 50 kilomètres. Là encore, c'est lorsque, l'habitant se rend dans l'hôpital le plus proche.

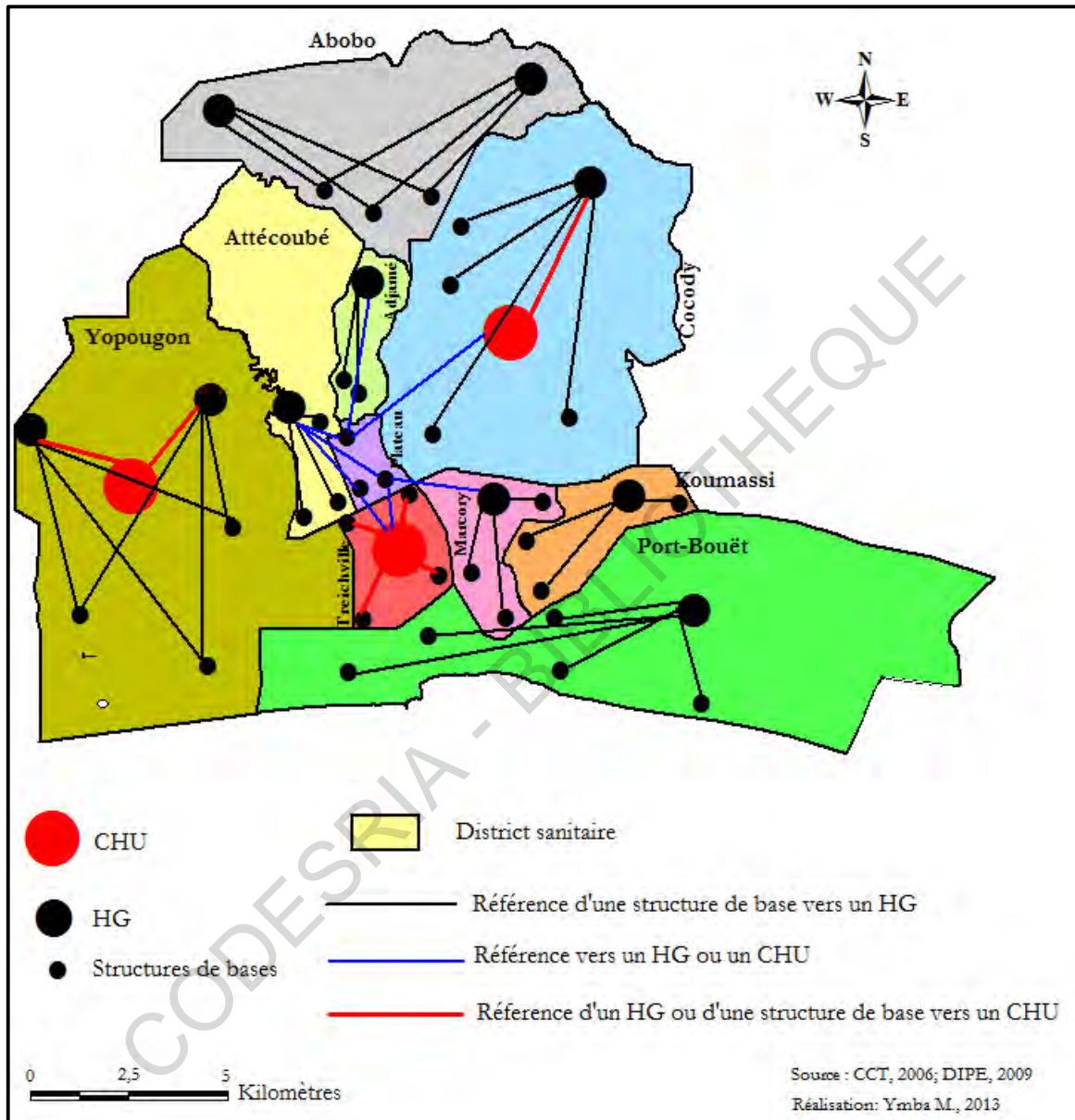
On ne sera pas étonné de voir les populations de la commune de Treichville utiliser le CHU comme un établissement de second niveau à cause de l'absence d'un HG. Les limites des districts sanitaires nous ramènent à la question de l'accessibilité géographique des services de santé en milieu urbain où le rôle de la distance est généralement présenté comme moindre. Nous avons schématisé ces problèmes d'accès à travers la carte 10.

À partir de cette carte, nous avons voulu montrer théoriquement que chaque commune possède son propre itinéraire indépendamment du découpage des districts sanitaires.

Comme le montre une quantité d'études, plutôt que de multiplier les structures sanitaires, les autorités sanitaires ne devraient-elles pas renforcer la capacité des structures existantes et y améliorer la qualité des soins dispensés ?

Les districts sanitaires sont suffisamment intégrés dans le paysage urbain de la ville d'Abidjan, mais ils restent mal maîtrisés par les populations. Les autorités ne gagneraient pas en efficacité, si elles créaient uniquement des districts sanitaires pour la ville sans inclure les sous-préfectures du district de la ville d'Abidjan.

Carte 10. Le système théorique de référence à Abidjan en 2010



Conclusion du chapitre I

Les districts sanitaires en Côte d'Ivoire correspondent-ils à des « territoires de santé » pertinents pour la planification sanitaire ? Si nous ne pouvons pas répondre totalement par la négation, nous sommes tentés néanmoins de douter de leur efficacité.

Premièrement, ces territoires doivent offrir une certaine cohérence en termes de géographie humaine. Si la définition des districts de santé s'appuyait sur les comportements des patients à l'égard de l'offre de soins, et sur une étude des flux de consommation médicale, ne dessinaient-ils pas de tous autres territoires peut-être plus conformes aux pratiques sanitaires des citadins ?

Deuxièmement, si ces découpages tenaient compte de l'évolution rapide et récente de l'offre de soins, ainsi que de la croissance et de l'étalement urbain, ne dépasseraient-ils pas des logiques très cloisonnées pour embrasser l'ensemble de l'offre de soins et y planifier l'ensemble des activités ? Ils gagneraient ainsi en flexibilité et permettraient sûrement de mieux capter la restructuration des espaces urbains et d'y intégrer l'offre de soins dans son ensemble.

Enfin, la prise en compte de tous les acteurs du système de soins qu'ils soient privés, confessionnels, traditionnels, chinois ou communautaires, ne permettrait-elle pas une meilleure organisation des soins, c'est-à-dire une complémentarité entre les différents secteurs et niveaux de soins et une meilleure prise en compte des besoins de soins ?

En respectant ces différentes recommandations, ces territoires construits représenteront de véritables lieux de définition des besoins de santé de la population.

Le découpage sanitaire est un outil de l'organisation territoriale, mais aussi un outil du contrôle territorial dans le sens où le territoire est défini comme un espace dont un opérateur peut en contrôler l'accès. Le quadrillage de l'espace urbain en régions sanitaires, districts puis zones de responsabilité est caractéristique de cette forme de contrôle.

On pourrait même penser qu'à Abidjan, la multiplication des découpages est une forme de « sur » contrôle territorial, Salem [1998] qui place d'ailleurs l'espace au centre « *des relations entre contrôle social et contrôle territorial* ». La carte sanitaire est le principal outil de cette relation et de cet encadrement, elle est en outre nécessaire à l'exercice d'un pouvoir, dont le contrôle constitue le fondement. La délimitation de frontières sanitaires abstraites est le « *reflet de la mise en place d'un réseau territorialisant* » [Lévy et Lussaut, 2003]. Or, ce réseau, cette multiplication des lieux, échappe aux contrôleurs, se distend, se déforme sous l'impact d'une offre de soins multiforme et de pratiques citadines de recours aux soins spécifiques que nous analyserons dans les chapitres suivants.

Quel est le sens de ces territoires sanitaires, issus plus d'une volonté politique que des pratiques citadines ?

Par la multiplication des différents découpages urbains ou sanitaires, les politiques successives ont aussi ancré le système de soins sur le territoire abidjanais selon des mécanismes que nous verrons dans les chapitres deux et trois. Dans la ville, les différentes orientations données au fil des temps ont contribué à l'émergence de disparités socio-spatiales de santé. Ce phénomène sera développé du point de vue de la répartition des infrastructures sanitaires et des ressources humaines et matérielles dans le troisième chapitre de la partie I.

La dynamique spatiale très peu maîtrisée de la ville, ajoutée à la croissance démographique sont telles, que l'État ne parvient pas à mettre en place assez vite des services de santé pour répondre aux besoins des populations. L'État pour faire face à cette situation a mis en place des politiques sanitaires, mais faute de moyens à cause de la crise économique qui s'accroît, l'État ne parvient à rien.

Pour comprendre la répartition des équipements sanitaires et des conséquences de ses localisations sur l'accès aux soins de la ville, il faut se référer à sa croissance urbaine.

CHAPITRE II. CROISSANCE URBAINE ET DYNAMIQUE DE L'OFFRE DE SOINS MODERNE DANS LA VILLE D'ABIDJAN

Comment vont s'intégrer les équipements sanitaires dans l'organisation territoriale complexe de la ville d'Abidjan ?

Introduction

La distribution d'un service résulte le plus souvent de causes multiples agissant dans des directions différentes [Grasland, 2001]. Contrairement à certaines idées reçues, la localisation des équipements de santé n'est pas neutre [Domergue C., 1998].

Nous posons l'hypothèse que les services de santé ne sont pas distribués de façon aléatoire dans l'espace abidjanais. Mais que leur distribution relève d'un long processus mêlant héritages coloniaux, croissance de la ville, croissance économique et politiques de santé successives et enfin que cette distribution, fruit de toutes ces évolutions, nous informe en retour des caractéristiques de la ville et des sources des inégalités spatiales de la distribution de l'offre de soins moderne.

L'étude concomitante des dynamiques de l'offre de soins et de la ville révèle des liens qui unissent la ville et le système de soins. La ville réunit en effet, certaines caractéristiques qui conditionnent l'existence de l'offre de soins : des services urbains (adduction d'eau et d'électricité), un personnel de santé formé et des citoyens qui concourent à la demande de soins. En retour, la ville nécessite une offre de soins efficiente pour répondre aux besoins de santé d'une population croissante. Ainsi, l'offre de soins, à l'instar des autres équipements comme les écoles, les marchés, les bornes fontaines, les lieux de cultes, est un service qui façonne le paysage urbain et construit le territoire.

Dans le chapitre précédent, nous avons montré qu'Abidjan était un espace fragmenté, complexe qui était soumis à des modifications et à des recompositions dans sa forme et son organisation entraînant de nouvelles combinaisons de l'espace urbain. Face à ces mutations, les autorités tentent d'équiper les espaces au fur et à mesure de leur extension, mais sans toujours y arriver. Le système de soins doit maîtriser ces différents espaces et s'adapter pour répondre au mieux ou efficacement aux besoins en soins et faciliter l'accès aux soins des populations.

L'évolution de l'offre de soins suit-elle les dynamiques urbaines de la capitale ? Une réponse positive à cette question sera la condition *sine qua non* pour affirmer que l'offre de soins est en mesure de répondre aux besoins de santé croissants de cette ville de plus de cinq millions d'habitants. Comment l'offre de soins participe-t-elle à la recomposition des espaces ? Y a-t-il des phénomènes de concentration ou de dispersion de l'offre de soins sur le territoire ? De quelle manière ces phénomènes s'inscrivent-ils dans l'espace urbain ? Quelles sont les conséquences des nouvelles implantations d'équipements de soins qui modifient les structures spatiales de la ville et dont la répartition non aléatoire induit des inégalités, facteur de ségrégation socio-spatiales ? Quels changements et quelles continuités peut-on percevoir dans cette évolution « explosive » de l'offre de soins ? Quels sont les mécanismes des dynamiques urbaines et sanitaires ? Telles sont les questions auxquelles nous tenterons de répondre à travers l'examen historique et spatial de l'offre de soins et des espaces urbains.

L'étude des dynamiques spatiales de la ville et de l'offre de soins repose sur une analyse diachronique de l'histoire politique urbaine, économique et des politiques sanitaires nationales et internationales de la ville et même du pays. De manière concrète, l'étude repose sur les étapes de la croissance urbaine qui sera associée à la croissance économique et des dates d'ouverture des structures de soins de 1912 à 2009.

Grâce à la double analyse de l'histoire sanitaire et urbaine, nous apporterons une réponse aux inégalités de l'offre de soins dans les différents espaces de vie des populations.

Pour mener à bien ce chapitre et atteindre nos objectifs, nous avons mis en place une méthodologie, que nous allons détailler.

Encadré 2 : Cadre méthodologique

Nous avons collecté des données et informations dans plusieurs et différentes structures. En Côte d'Ivoire les structures de la planification sont nombreuses et diversifiées. Après l'indépendance, la ville d'Abidjan a fait l'objet de nombreuses études, de la part de ces structures et des documents d'urbanisme ont été mis au point par ces organismes spécialisés. Nous avons pu retracer les étapes de la croissance de la ville grâce au recensement des archives de ces structures à savoir : les documents du Ministère de la construction et de l'urbanisme qui a été créé, en 1958 avec le gouvernement colonial, il est aujourd'hui connu sous le nom de la Direction de l'Urbanisme (DU), le Bureau National d'Études Techniques et de Développement (BNETD), la Direction et Contrôle des Grands Travaux (DCGTx), l'Atelier d'Urbanisme d'Abidjan (AUA) ex l'AURA et les archives du journal fraternité matin.

En examinant les plans d'aménagement cadastraux de la ville, on a pu suivre l'évolution des formes et des superficies pour les années 1930, 1951, 1961, 1970, 1983, 1998 et 2003 qui marquent les croissances de la ville.

Par ailleurs, pour étudier l'évolution de l'offre de soins, nous avons, en plus des dates de la croissance de la ville d'Abidjan, ajouté les périodes de la croissance économique (1950-1980), de la crise économique (1980, 1990, 2000) et politique (1999, 2002, 2010) et des grandes dates des politiques de santé (1978, 1987, 1992, 1996), ce sont des périodes qui marquent l'histoire de la ville d'Abidjan.

Comme nous l'avions évoqué un peu plus haut, nous voulons voir si l'offre de soins a suivi la croissance urbaine et économique de la ville. N'ayant pas suffisamment de moyen et de temps pour balayer toutes les rues de la ville d'Abidjan pour s'informer sur la création des centres, nous avons utilisé les annuaires statistiques produits par la DIPE pour avoir la liste exhaustive et les dates d'ouverture des services de santé. Le CNTIG nous a fourni la liste des coordonnées des centres de santé publics et privés de la ville d'Abidjan. Nous avons ajouté à cette liste les coordonnées des services de santé que nous avons relevées sur le terrain. Cette liste a été comparée à la liste de la DIPE. Ces données spatiales et thématiques ont été par la suite intégrées dans un SIG afin d'en faciliter le traitement.

Avant de présenter une cartographie de la distribution des structures de soins et de leurs évolutions dans la ville, il apparaît primordial de revenir sur la croissance rapide qu'a connue Abidjan et de préciser les limites de cette ville.

I. L'offre de soins moderne dans un contexte de dynamique démographique et spatiale exceptionnelle

I.1. La croissance démographique de la ville d'Abidjan

Petit village Ébrié³⁹ de 1 000 âmes en 1920, Abidjan est devenue en moins d'un siècle, l'une des plus grandes métropoles de l'Afrique. En 1950, elle venait tout juste de dépasser le seuil des 50 000 habitants (fin 1948). Pour atteindre le million d'habitants à la fin de l'année 1975, il fallut qu'elle progressât avec un taux de croissance urbain annuel moyen de 10 à 12% par an, ce qui correspond à un doublement tous les six ou sept ans.

De 1 026 738 habitants en 1975 la population est passée à 2 187 560 habitants en 1988 pour atteindre 3 125 890 habitants en 1998, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 5,25% entre 1975 et 1988 et 3,75% entre 1988 et 1998 (moyenne nationale 3,3%) (Graphique 3).

Même si sa croissance n'avoisine maintenant plus que les 4,5% par an contre 3,3% au plan national, sa population est estimée à plus 6 millions d'habitants aujourd'hui [Estimation INS, 2010], soit 30% de la population totale du pays répartie sur une surface de 422 km². Malgré cette diminution, la ville est le plus important centre démographique et urbain de la Côte d'Ivoire en comparaison à la seconde ville la plus importante du pays, Bouaké (1 500 000 habitants) ou à la capitale politique, Yamoussoukro (100 000 habitants).

Avec un taux d'urbanisation de 95,8% contre 42,5% au plan national, Abidjan représente 45% des citadins du pays et aujourd'hui près de 50% du fait des déplacés de guerre qui y ont trouvé refuge. Elle a accueilli sept (7) déplacés sur dix (10) [ENSEA, 2005]. De ce fait, un citadin sur deux vit à Abidjan en ce moment.

Les flux migratoires constituent aussi, l'une des principales causes de la croissance démographique de la ville, le taux d'immigration est d'environ 40%. Les immigrés sont en majorité les ruraux et les ressortissants des pays de la sous-région. Sa population est composée de plus de 160 nationalités [INS, 1998].

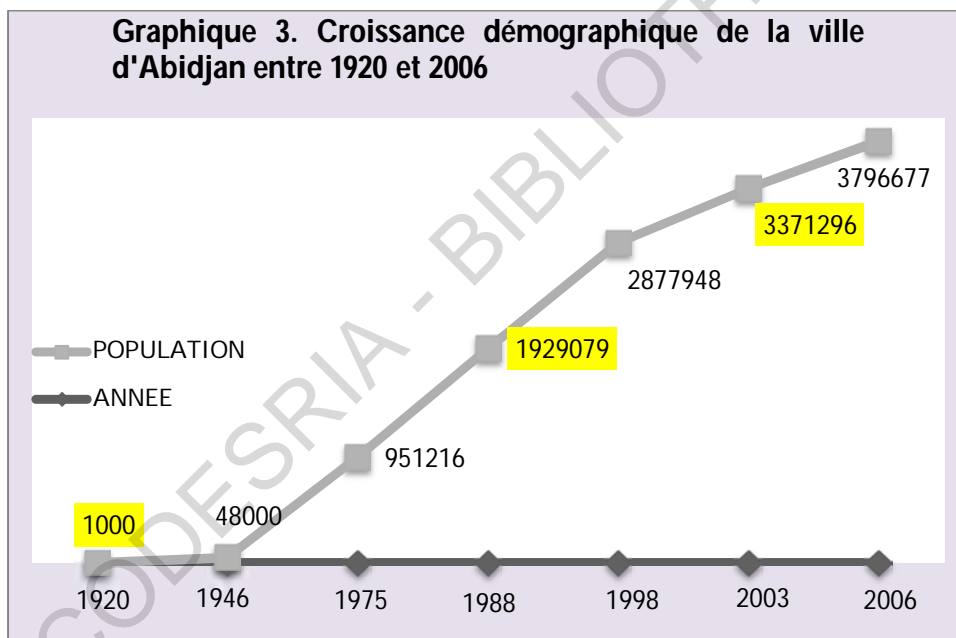
Lieu des opportunités, de foisonnement d'activités et de services, mais aussi, lieu des libertés où les contraintes du milieu traditionnel sont moins pesantes, la ville attire les ruraux. Et à l'inverse, le sous-équipement du milieu rural, la mauvaise diffusion des techniques et l'insuffisance des services sanitaires et scolaires, ont contribué à cet exode rural massif.

³⁹ C'est le Blanc, l'explorateur égaré, qui a l'initiative de la question « où nous sommes ? » inquiet l'Étranger qui cherche son chemin, « Mbidjan » (je viens de couper des feuilles), s'explique le Tchaman. L'un parle en français, l'autre écoute dans sa propre langue. L'un interroge, l'autre s'explique comme un enfant pris en faute. Et comme on s'entend si bien, on finit par penser qu'on s'est compris. Tandis que, sans se douter du quiproquo, la plume sûre et alerte du voyageur se précipite et grave « *Abidjan* », le visage de son hôte s'éclaire du sourire gluant de celui qui cherche à noyer une forte gêne. Et le malentendu enveloppe toute la scène, y compris les approximations de la transcription. Voilà pourquoi et comment de paisibles villages de pêcheurs, le long de la lagune, ont progressivement donné naissance à Abidjan. En plein malentendu nous sommes, si nous tenons cette histoire pour vraie arrivé au nom d'Abidjan. « Le nom Abidjan, loin d'être une création française, est le nom propre du lieu où habitent les Bidjan [Yacouba K., 2005, p 319 à 328].

Par ailleurs, la migration forcée des centaines de milliers de déplacés de guerre à provoquer également un gonflement tout à fait exceptionnel de la population d'Abidjan. La ville d'Abidjan fut la principale destination des déplacés de guerre des populations du Nord, de l'Ouest et du Centre (avec près d'un million de déplacés, ENSEA, 2005). Cela s'explique par le fait que la ville d'Abidjan apparaît être la localité la mieux sécurisée. La majorité des déplacés internes voient en la zone gouvernementale, la région où ils espèrent trouver une famille d'accueil de même qu'une activité génératrice de revenu, ayant tout perdu pour la plus part d'entre eux, en raison de la crise.

Les ménages d'accueil ont essentiellement hébergé des parents proches, mais on note une solidarité qui s'est étendue au-delà de la sphère familiale. Dans l'ensemble, environ un ménage sur cinq a participé à l'effort national de soulagement des personnes en difficulté du fait de la crise en les acceptant dans leurs unités familiales malgré les multiples difficultés rencontrées par les ménages eux-mêmes (22% de familles d'accueil à Abidjan ENSEA, 2005).

Avec la durée de la crise, des habitudes ont été prises, une adaptation s'est faite et de nouveaux équilibres trouvés. Ainsi, une réponse adéquate doit être faite aux demandes engendrées par ces nouveaux arrivants, en particulier dans le domaine de la santé.



Source Philippe A., et Claude Herry 1983 ; RGPH, 1965, 1975, 1988, 1988, 1998, estimation INS, 2006

Les responsables, en charge de la planification urbaine ivoirienne, éprouvent beaucoup de difficultés à contrôler et à maîtriser la croissance rapide de la ville d'Abidjan. Les prévisions de la planification ont été à chaque fois dépassées et contrariées par la rapidité et le volume des arrivées migratoires. Il en résulte une dynamique spatiale urbaine incontrôlée.

I.2. Croissance spatiale de la ville d'Abidjan

Si l'on veut mesurer l'ampleur du phénomène urbain, il est indispensable de s'intéresser à la croissance spatiale d'Abidjan. La croissance démographique fulgurante observée depuis l'indépendance s'est en partie matérialisée par un étalement de la ville de part et d'autre de

la lagune Ébrié, dépassant ainsi à chaque fois les prévisions et les limites des plans d'aménagements de la ville.

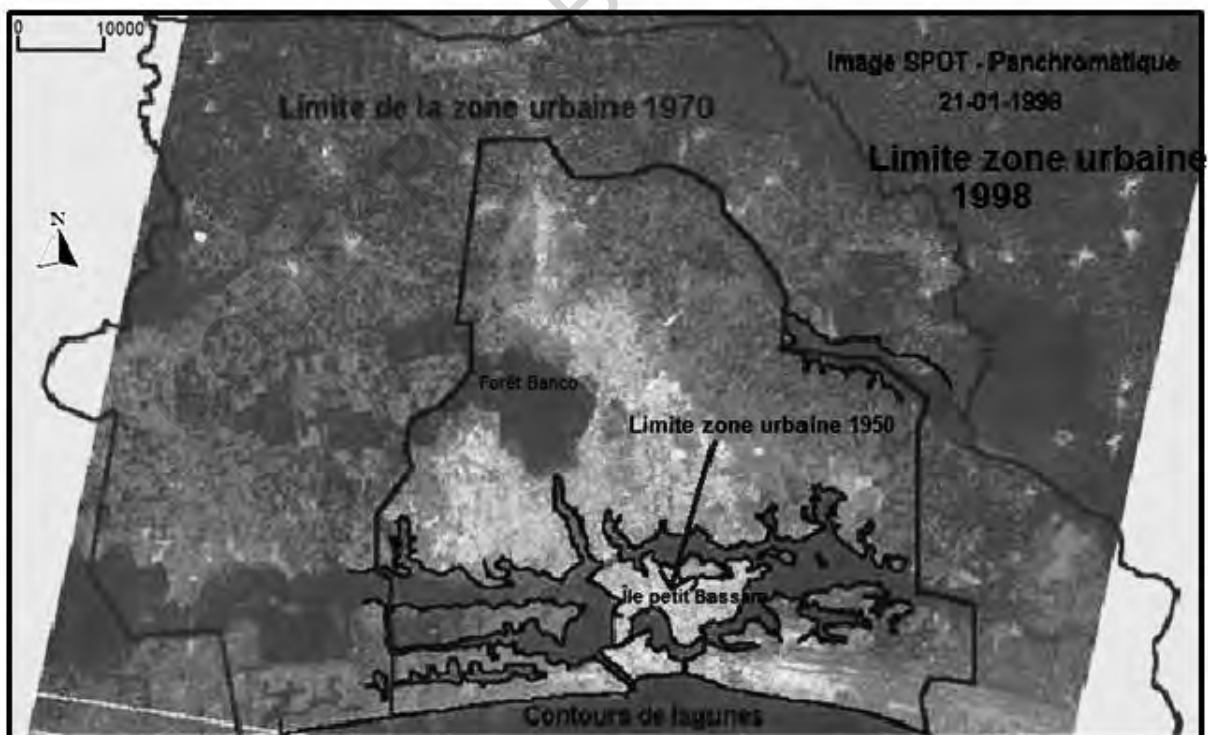
En 1928, la surface de la ville était estimée à 600 ha et la population à 5 400. À cette époque, la ville se limitait à Treichville destiné au quartier africain, Plateau et Cocody à l'administration coloniale et également au quartier résidentiel des européens et les maisons de commerce. La ville se développe de façon linéaire (horizontale) tout au long de la lagune Ébrié à cause des activités économiques et industrielles de la colonie.

À partir de 1955 tous s'accélérent, Abidjan s'étendait sur une superficie de 1 350 ha d'habitation et abritait une population de 125 000 habitants. La croissance spatiale ici est à la fois la conséquence de la dynamique démographique et aux activités économiques et industrielles. L'étalement de la ville n'est pas seulement horizontal, elle est également verticale, elle s'étend de part et d'autre de la lagune Ébrié (Carte 11).

En 1998, cette superficie est passée à 19 359 ha d'habitation pour une population de 2 877 948 habitants. En 43 ans, la superficie a été multipliée par plus de 14 ha, soit un taux d'accroissement moyen de 6,21% par an et la population a été multipliée par plus de 23, soit un taux d'accroissement moyen de 7,45% par an. Aujourd'hui, plus de 6 millions de personnes se répartissent sur une surface de 20 000 ha.

L'ampleur de l'étalement de la ville s'illustre par exemple, en observant la situation du plan d'eau lagunaire et de l'île de Petit-Bassam qui représentent le noyau autour duquel s'est développé la ville qui se sont trouvés peu à peu englobés dans la ville d'Abidjan (Carte 11).

Carte 11. Les étapes de l'étalement de la ville d'Abidjan en 1950 et 1998



Source : Archive cartotheque de l'IRD, Côte d'Ivoire Réalisation : Ymba M., 2013

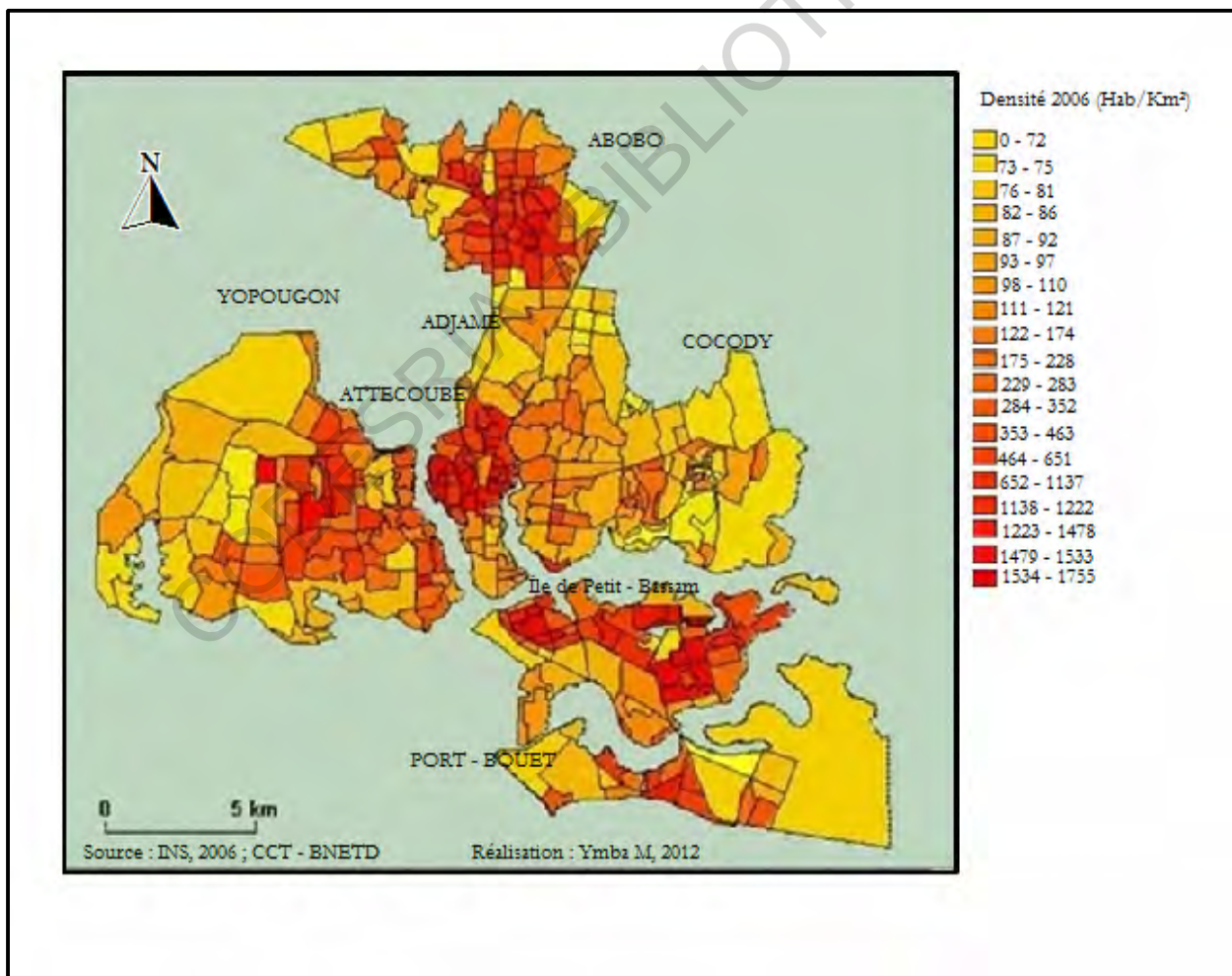
L'accroissement de l'aire métropolitaine abidjanaise s'est fait principalement au dépend des espaces ruraux Ébrié. Dès la création de la ville au début du siècle dernier, une

distinction a été établie entre l'aire villageoise et l'aire urbaine. Ainsi, les premiers villages Ébriés touchés par l'urbanisation ont été repoussés loin de la cité naissante et dépossédés d'une grande partie de leur terre.

L'extension de la capitale a été accélérée et cela malgré la présence de nombreux obstacles naturels. Le plus important, le domaine lagunaire Ébrié d'Abidjan, qui a été un facteur encombrant dans la planification de la ville, fut cependant incontournable pour le développement et la croissance de la ville.

La croissance spatiale se traduit par une croissance démographique très rapide, caractérisée par de fortes densités humaines dans les espaces. La densité de population est à la veille de l'indépendance du pays (1955) de 930 habitants par km². En 1975, elle passe à 1120 habitants par km². Cette forte densité humaine s'explique principalement par la croissance économique de la ville. Aujourd'hui cette densité s'est quadruplée en passant à 4953 hbt/km². Cependant, à Abidjan, cette densité moyenne à l'échelle de la ville cache de nombreuses disparités, car dans certains quartiers centraux, elle atteint plus de 1700 hbt/km² contre des densités très faibles de l'ordre de 72 hbt/km² dans les quartiers périphériques (Carte 12).

Carte 12. Densité de la population de la ville d'Abidjan en 2006



Les conséquences de cet accroissement démographique et spatial non maîtrisé sur l'offre de soins et les états de santé sont indéniables. Sans politique urbaine soutenue, les risques d'insalubrité, d'assainissement, de pollution de tous genres et de taudification du bâti

augmentent et entraînent des risques sanitaires liés à la promiscuité, à l'hygiène, à la perte du lien social, etc. Sans politique sanitaire globale, comment fournir des soins de santé aux nouveaux citadins installés sur les marges de la ville ? Comment répondre aux besoins de ces populations en demande de soins ?

I.3. Quelles limites donner à la ville d'Abidjan ?

Abidjan a été une ville planifiée dès le début de son expansion. Différents schémas d'aménagement urbains ont été mis en place pour maîtriser sa croissance spatiale. Mais ont-ils été déterminants ? Comment limiter la ville à partir de ces plans d'aménagements ?

Selon les plans d'aménagements, trois types de zones se sont formées (Tableau 7). Nous avons les anciennes couronnes d'urbanisation avec les anciens quartiers lotis, appartenant à la ville coloniale et la ville portuaire. Les nouveaux espaces, qui constituent la ville mégapole et les quartiers périphériques qui appartiennent à la nouvelle périphérie (Carte 13).

Tableau 7. Croissance d'Abidjan selon les plans d'aménagements

| Divisions territoriales | Plans d'aménagements | Période d'exécution | Population (hbts) | Superficies urbanisées (ha) |
|-------------------------|--|---------------------|-------------------|-----------------------------|
| Ville coloniale | Plan d'aménagement (1928) | 1928 | 1 800 | 600 |
| | | 1934 | 5 400 | 730 |
| Ville portuaire | Plan Badani (1950) | 1955 | 125 000 | 1 350 |
| | Plan SETAP (1960) | 1965 | 363 000 | 3 585 |
| Ville Mégapole | Plan d'aménagement de (1969) | 1975 | 949 000 | 8 145 |
| | Plan de l'AURA de (1974) | 1979 | 1 269 000 | 11 355 |
| | Perspectives décennales (78/79) | 1980 | 1 411 000 | 12 000 |
| | Schéma de structure à long terme de (1985) | 1984 | 1 646 000 | 13 620 |
| | | 1989 | 1 934 000 | 15 970 |
| | | 1993 | 2 286 000 | 17 190 |
| | | 1998 | 2 877 948 | 19 359 |
| Nouveau périmètre | Plan directeur de (2000) | 2010 | 6 000 000 | 20 000 |

Source : Haeringer Ph., 1978 ; Ph Antoine et al., 1983 ; BNETD, 1998 et Estimation INS, 2006

Le tableau 7 résume les étapes de la croissance spatiale à Abidjan. Pendant la première étape qui s'est échelonnée de 1912 à 1950, Abidjan était une ville coloniale et avait un port desservant le vieux centre (comprenant Treichville, Marcory, Adjamé et le Plateau). Elle affichait un taux moyen de croissance de 12%. La constitution

de la ville coloniale « cœur historique » de la cité s'étend de la naissance du chemin de fer au choix d'Abidjan comme capitale puis au percement du canal de Vridi. Cette période se caractérise par le rôle administratif de la ville. Trois quartiers se sont développés : le plateau affecté à l'administration, au commerce, à l'habitat résidentiel, et deux quartiers populaires, Adjamé au Nord et Treichville au Sud [Ph Antoine et *al.*, 1983]. Ainsi, la dynamique de la ville coloniale est surtout marquée par le plan d'aménagement de 1928 qui voit la réalisation de quelques projets.

La ville portuaire 1950-1970, pendant la deuxième étape, lors de laquelle Abidjan est devenue la capitale politique et économique du nouvel État de la Côte d'Ivoire, Abidjan a consolidé et modernisé son infrastructure, entrepris son expansion et connu un taux moyen de croissance de 11% entre 1960 et 1980.

Elle correspond au boom économique et politique de la ville, consécutif à l'ouverture du canal de Vridi et à l'aménagement du meilleur port en eaux profondes du golfe de Guinée. L'accession à l'indépendance et sur le plan social, la construction des premiers grands programmes d'habitat économique marquent cette période qui a vu la création de nouveaux quartiers.

Outre l'extension d'Adjamé vers le Nord, il s'agit des quartiers d'Attécoubé, Williamsville, Cocody, Marcory, Koumassi et de la Zone 4. Ces grands programmes d'habitat sont le reflet des plans d'aménagements de Badani et SETAP qui viennent apporter des corrections au milieu social du plan de 1928. En plus, dans cette même veine, une large zone d'habitat spontané située à Port-Bouët a totalement disparu, mais quelques campements subsistent sur le littoral de Port-Bouët à Vridi.

L'aspect résidentiel l'emporte en zone 4, Marcory Nord et dans une moindre mesure à Cocody, le plus « prestigieux », pourtant de nombreux programmes d'habitats sociaux groupés ont été réalisés dans ce quartier. De vastes zones du même type économique groupé ont vu le jour à Adjamé Nord, Koumassi et Marcory. Les quartiers d'habitats traditionnels, et surtout leurs extensions illégales, se sont implantés dans des zones souvent peu favorables à l'urbanisation comme Attécoubé, très enclavé et de configuration tourmentée et aussi à Koumassi partiellement construit sur des bas-fonds inondables dont le drainage est particulièrement difficile et onéreux.

De cette dynamique démographique et économique, il s'ensuit une croissance spatiale sans précédent. La ville dès 1970 « explosait » hors de ses limites pourtant récentes et se développait dans divers sites à partir de pôles spontanés ou volontaires, créant de véritables « cités dortoirs », des zones industrielles et un centre administratif.

Le schéma de structure à long terme est mis en place en 1985. Le début des années 80 est le début de la crise économique, les programmes prioritaires prévus par les études des prospectives décennales ne sont pas réalisés. Le développement de la ville étant lié aux possibilités d'investissement des puissances publiques et à celles des habitants eux-mêmes. En 1985, l'atelier d'urbanisme d'Abidjan, élabore un schéma de développement à long terme de l'agglomération. Celui-ci reprend, à quelques aménagements près, les perspectives décennales d'Abidjan de 1978, sans préciser l'affectation des grandes zones d'extension, mais en actualisant les occupations grâce à une campagne de photos aériennes menée de mars à novembre 1984.

La ville mégalo-pole 1970-2000 la troisième étape, celle de la crise économique, qui a commencé à la fin des années 70, a vu l'arrêt soudain de l'expansion d'Abidjan tant sur le plan de la superficie que de la population. Le taux moyen de croissance annuelle s'établissait à 4%.

Les différents plans d'urbanismes et le schéma de structure à long terme de 1985 en particulier ont mis l'accent sur la programmation des investissements publics.

L'élaboration d'un schéma directeur d'Abidjan s'inscrit dans la continuité des plans précédents, mais, diffère de ces derniers. En effet, le nouveau schéma directeur corrige les imperfections des plans précédents à travers un aménagement de la ville fondée sur l'économie des moyens, la valorisation de l'existant, l'adaptation aux évolutions futures.

Le présent schéma de structure se propose de poursuivre et de conforter les orientations retenues aux derniers schémas de structure à long terme de 1985.

Le nouveau périmètre à partir de 2000 avec la création de quartiers périphériques.

Il s'agit de l'extension de la ville d'Est en Ouest et du Nord au Sud. Cette croissance spatiale est l'apanage des sociétés immobilières, qui avec la crise immobilière en Côte d'Ivoire ont investi le marché ivoirien afin d'apporter une réponse à cette crise. Ainsi, les réserves foncières de certaines communes sont mises à rude épreuve. C'est-à-dire que son extension se fait désormais à partir des communes de Cocody vers l'Est dans la sous-préfecture de Bingerville, Yopougon vers l'Ouest dans la sous-préfecture de Songon ; Abobo vers le Nord dans la sous-préfecture d'Anyama et Port-Bouët vers le Sud dans la sous-préfecture de Grand-Bassam.

On observe à travers la croissance de la ville d'Abidjan un processus de transformation spatiale et socio-économique des villages Ébriés périphériques. Ces villages qui constituent les franges rurales de la banlieue abidjanaise sont progressivement rattrapés par l'extension de la ville [Adjoba K., 2007]. Ce nouveau périmètre est dicté par le plan directeur de 2000 et couvre déjà une superficie urbanisée d'environ 20 000 ha avec une population estimée à plus de cinq (5) millions aujourd'hui.

L'incessante croissance des zones périphériques renforce le constat d'insuffisance de ces plans urbanistiques.

Les superficies prises comme base dans les plans d'urbanismes pour l'agglomération abidjanaise ont été largement dépassées à chaque étape de sa croissance. Cela marque l'extension de la ville, en particulier dans les directions Nord (Abobo) vers Anyama, Ouest (Yopougon) vers Songon, Est (Cocody) vers Bingerville et le Sud (Port-Bouët) vers Grand-Bassam.

L'étalement de la ville est un obstacle pour le déplacement des citoyens. De l'extrême Sud-Est (Port-Bouët) à l'extrême Nord-Ouest (Yopougon), la distance atteint 50 km. Du nord au Sud, elle dépasse 50 km. Les zones résidentielles et les lieux d'activités sont très éloignés les uns des autres et imposent aux citoyens de longs parcours pour leurs déplacements professionnels et privés pour les nouveaux espaces et les quartiers périphériques.

Tous les plans reposent sur des projections qui ont largement sous-estimé la croissance de la population, les classes sociales, les équipements sociaux, qui nous le verrons n'ont pas toujours suivi l'évolution de la ville et à laisser subsister dès le départ des zones sous équipées en services de santé et surestimé en revanche les moyens d'agir sur elle et les besoins relatifs aux zones d'emploi. La SETAP prévoit une population de 400 000 habitants pour la ville en 1980 alors que ce chiffre est atteint dès 1967.

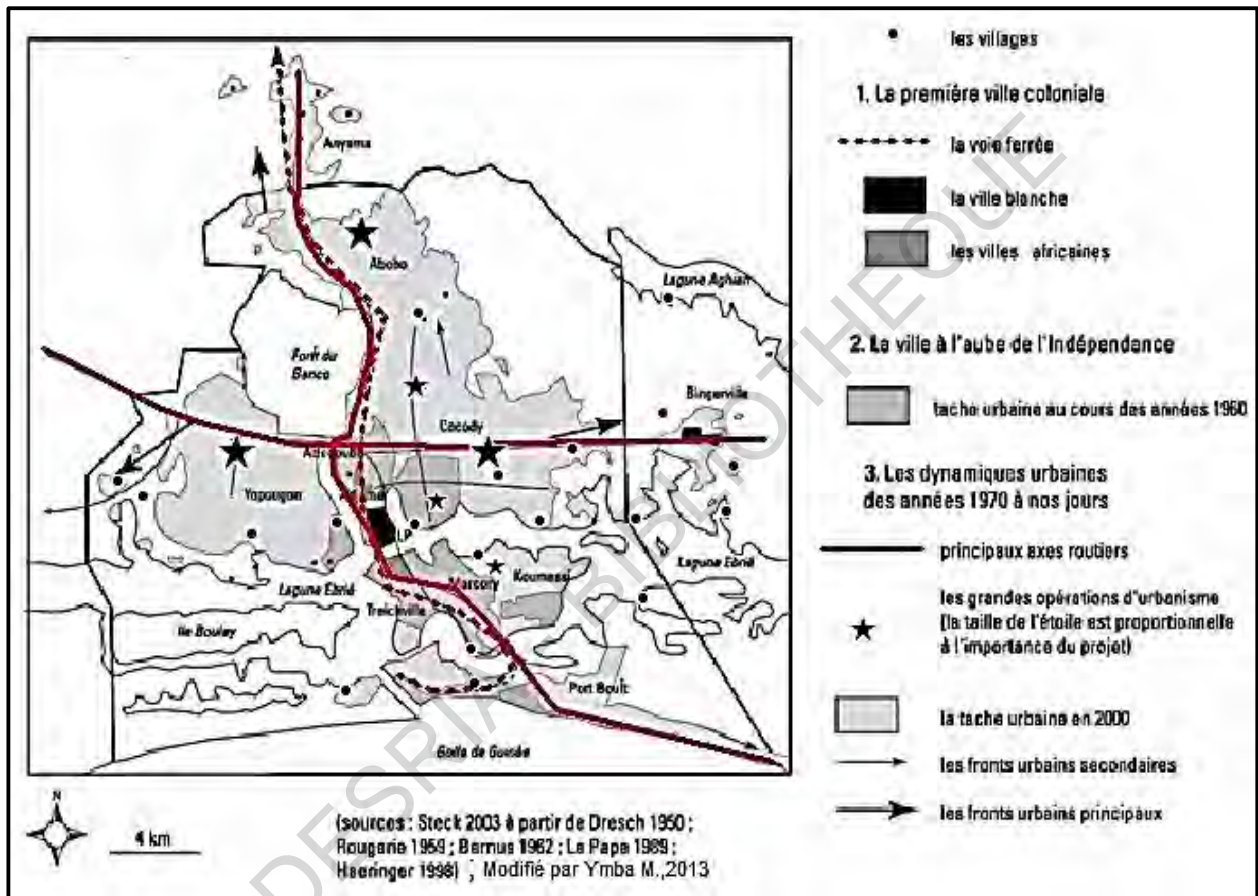
La SEMA et le schéma de structure en 1967 retiennent une population de 1 100 000 habitants pour 1980, ce chiffre est atteint en 1976.

La croissance Nord-Sud, qu'il est prévu de contenir à chaque plan d'urbanisme, dépasse de loin toutes les prévisions. Aussi, les différents cadres d'exécution de la ville établis par

les plans d'urbanismes sont conçus dans des limites trop étroites pour contenir la croissance réelle de la population. Les surfaces d'extension définies par les plans sont aménagées selon les normes fixées, ils accaparent la majorité des investissements publics [Savina, 1985].

La conséquence de ce développement planifié est que la croissance non prévue de la population se fera sur les espaces non planifiés et en dehors des normes fixées ; elle se fera aussi sur des espaces inclus dans les plans d'urbanismes, mais affectés à d'autres usagers.

Carte 13. La croissance spatiale d'Abidjan selon les plans d'aménagements



L'étalement urbain continu pose avec acuité la question de la délimitation de la ville, étape essentielle pour déterminer notre zone d'étude. Quelle est la limite de l'espace urbain de la ville d'Abidjan ? Le critère pour asseoir notre délimitation de la ville et celle de notre zone d'étude sont les limites administratives des 10 communes de la ville d'Abidjan. Ce découpage correspond aux réalités historiques fondées, de vécu économique qu'a connu la ville. Ce Tracé s'adapte à la croissance de la ville, il englobe complètement le noyau urbain. Nous avons donc choisi ces découpages, ce choix de sélection pose tout de même un problème majeur lié à l'extension des communes du Nord, de l'Ouest, de l'Est et du Sud (Yopougon, Abobo, Cocody et Port-Bouët) qui tendent à se confondre aux trois sous-préfectures du district et à la ville de Grand-Bassam.

Aujourd'hui, l'expansion de la ville d'Abidjan aux autres localités est un véritable problème pour les autorités ivoiriennes. La prise de conscience tardive de cette croissance urbaine s'est traduite par un développement anarchique des espaces en périphérie. L'expansion de la ville d'Abidjan ne s'est pas accompagnée de la croissance adéquate des équipements.

Comment les équipements sanitaires se sont intégrés dans cette expansion rapide de la ville ? Quelles sont les zones les moins loties en infrastructures sanitaires ?

II. Dynamique urbaine et offre de soins

Selon Picheral [1996], « la répartition géographique des ressources sanitaires contribue à l'organisation de l'espace et détermine le niveau de desserte, d'accessibilité et de recours aux soins de la population ».

La répartition de l'offre de soins, telle qu'elle apparaît aujourd'hui, est issue d'un long processus ancré à la fois dans l'histoire de la ville, de sa croissance urbaine, économique et celle des politiques de santé. L'analyse de l'offre de soins et la croissance urbaine dans ce travail vont faire ressortir l'effet de concentration et de dispersion de l'offre de soins dans la ville.

Pour l'étude de l'analyse de l'évolution de l'offre à Abidjan, nous allons chercher à répondre à une seule question ici, qu'est-ce qui explique ou justifie la répartition des équipements sanitaires actuelle dans la ville ?

Pour mener à bien cette analyse, nous avons choisi des dates témoins qui nous aident à expliquer la mise en place progressive de l'offre de soins à Abidjan.

Encadré 3 : Justification des années retenues

Pourquoi ces dates ?

L'objectif de cette partie est de faire une analyse diachronique de l'offre de soins moderne de la ville d'Abidjan, afin de mettre en évidence les inégalités et son ajustement aux besoins de santé des populations. Pour répondre à notre objectif et en fonction de la disponibilité des données, l'analyse s'est faite en tenant compte de douze années témoins :

1912 – 1934 : Ville coloniale

1934 – 1950 : Correspond à l'ouverture des soins aux indigènes et à la situation avant la mise en service du Port Autonome d'Abidjan (PAA).

1950 – 1960 : Elle correspond au boom économique et politique de la ville, consécutif à l'ouverture du canal de Vridi et à l'aménagement du meilleur port en eaux profondes du Golfe de Guinée. Aussi, c'est la période des plans sociaux avec la construction des premiers grands programmes d'habitat économique.

1960 : Qui correspond à l'indépendance de la Côte d'Ivoire et où Abidjan devient capitale administrative. L'année 1960 correspond également à la mise en valeur du PAA et au début d'une croissance économique fulgurante.

1970 : C'est la période du « miracle ivoirien », de l'État providence, de la gratuité des soins, et du premier recensement général de la population et de l'habitat en Côte d'Ivoire.

1978 : La conférence d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP).

1983 : Abidjan devient capitale économique. C'est aussi le début d'une longue crise économique en Côte d'Ivoire.

1988 : Deuxième recensement général de la population et de l'habitat en Côte d'Ivoire.

1992 : Persistance de la crise économique et qui succède à la mise en place de l'initiative de Bamako (nom donné à la politique de santé qui consiste à responsabiliser les communautés dans l'approvisionnement des médicaments et dans la gestion de soins de santé Primaire).

1998 : Dernier recensement général de la population et de l'habitat en Côte d'Ivoire.

2002 : Crise socio-politique qui a fortement ébranlé le système de santé à Abidjan et en Côte d'Ivoire.

2010 : Accalmie de la crise sociopolitique dans le pays. Nouvel espoir pour la paix, mais persistance de la crise économique avec un taux de chômage élevé et une pauvreté extrême de la population.

II.1. Avant 1934 : Une médecine coloniale à l'origine des ségrégations socio-spatiales de santé

À partir de 1871, les puissances européennes se lancèrent dans l'aventure coloniale en Afrique et la Côte d'Ivoire fut conquise 1893 par Marcel Treich-Laplène⁴⁰, malgré une forte résistance des peuples autochtones. En 1896, à la suite d'une série d'épidémies de fièvre jaune meurtrières, les colons français qui étaient installés à Grand-Bassam⁴¹ décidèrent de partir vers un endroit plus salubre et plus sécurisant pour installer une nouvelle capitale. Le choix s'est porté sur Abidjan et plus particulièrement à Adjamé Santé « le village Ébrié d'Adjamé ».

Leur déménagement fut suivi par celui du gouvernement colonial qui créa en 1899, à cet endroit, le comptoir de Bingerville, capitale de la colonie française de 1900 à 1934. La future Abidjan, toute proche, également située sur le bord de la lagune Ébrié, offrait plus d'espace et de plus grandes possibilités d'expansion commerciale. Le wharf de *Petit-Bassam* (l'actuel *Port-Bouët*) au sud de l'agglomération, fit rapidement concurrencer au wharf de Grand-Bassam, jusqu'alors le principal accès économique de la colonie.

À partir de 1904, alors que Bingerville n'est pas encore achevée, Abidjan devient le principal pôle économique de la colonie de Côte d'Ivoire et un relais privilégié pour la diffusion des produits européens vers l'arrière-pays, au sacrifice de plusieurs villages Ébriés qui sont alors désertés.

L'administration coloniale décide d'installer la nouvelle capitale Abidjan qui regroupait en un seul endroit les atouts de la mer, de la lagune et des plateaux bien ventilés.

À cette période, Abidjan n'était qu'un gros village, constitué de plusieurs habitats traditionnels abritant près de 1 000 habitants. Dès 1934, lorsque Abidjan fut érigée en capitale de la colonie, elle accueille l'essentiel des activités économiques et des travaux de développement.

À l'époque, la colonie est marquée par de faibles densités humaines, une pratique soutenue des activités agro-pastorales.

Le peuplement de la ville d'Abidjan s'ouvre sur l'arrivée des Ébriés, lesquels ne furent cependant pas les premiers habitants du territoire qu'ils occupent de nos jours. Ils ont trouvé, au moment de leur installation deux peuples aujourd'hui disparus, les Tchassa et les Blékègonin. Les premiers ont été décimés par un mal mystérieux et les seconds ont été anéantis par une coalition des Badjan et des Djèpo [Diabaté et al, 1991].

Abidjan se positionne aussi comme le véritable centre économique de la colonie et ce, au détriment de Grand-Bassam première capitale de la colonie et de Bingerville capitale provisoire dont le choix était déjà fortement contesté du fait de son positionnement géographique par les maisons de commerce métropolitain. Ainsi, le 1^{er} juillet 1934, le

⁴⁰ De 1860 à 1890, Marcel Treich-Laplène a été le premier explorateur de la Côte d'Ivoire et son premier administrateur colonial. Il est considéré comme son fondateur.

⁴¹ Grand-Bassam est une ville historique et une ancienne capitale de la colonie de la Côte d'Ivoire de 1893 à 1900. Située au Sud-Est d'Abidjan, aujourd'hui la localité de Grand-Bassam est le chef-lieu du département de Grand-Bassam dans la région du Sud-Comoé. Le 3 juillet 2012, le quartier de France de Grand-Bassam, considéré comme le cœur historique de la ville, a été classé au patrimoine mondial de l'UNESCO.

transfert du chef-lieu est effectif et cela donne, lieu à une fête⁴² présidée par le Gouverneur Reste⁴³ le 17 août. Dans son discours marquant le transfert de la capitale de la Côte d'Ivoire de Bingerville à Abidjan, le gouverneur Reste, après avoir brossé un nombre de tableaux du pays à l'époque précoloniale, magnifie l'œuvre civilisatrice de la France et déclare devant les représentants de la population autochtones, des chefs coutumiers, tel que Boa Kouassi d'Abengourou : « *Regardez la carte, jetez un regard sur toutes ces routes créatrices de vie, routes porteuses de peuples. Voyez toutes ces villes : Grand-Bassam, première capitale de la colonie ; Bingerville, thébaïde splendide au milieu des jardins magnifiques ; Abidjan, la capitale que nous fêtons aujourd'hui, la grande ville de l'avenir, car le jour est proche où les navires mouilleront dans son port : alors elle deviendra le grand entrepôt de tout un monde ;(..)* ».

Abidjan était, de par sa situation géographique, un centre de développement économique et humain. Elle devint un centre de commerce, avec l'influence d'une puissante maison de commerce, la C.F.A.O⁴⁴ qui vint s'établir à Abidjan. Elle était une ville coloniale très importante pour l'évacuation de produits primaires et pondéreux : en fonction du produit dominant de la région, elles sont « spéciales » dans la commercialisation d'un ou de deux produits primaires. Abidjan, la nouvelle ville coloniale devient un « carrefour » indispensable pour les échanges entre colonies. La ville s'est développée autour de la mer et de la lagune. Un nouveau Wharf y a été construit à Port-Bouët pour servir d'ancrage aux activités maritimes d'importation et d'exportation de biens pour toute la colonie.

Le quartier administratif et commercial s'y est installé sur les hauteurs d'un plateau qui est devenu la nouvelle ville européenne. Tout autour séparé du quartier du Plateau par un pont flottant, les quartiers africains de Treichville et d'Adjamé ont été les fondements de la ville. L'année 1934 marqua l'histoire de la ville qui devint juridiquement la capitale de la colonie. La ville vit sa population augmenter considérablement. Ces trois éléments, Plateau, Adjamé et Treichville résument la ville en 1934. La ville qui ne comptait que 1 400 habitants en 1912, est passée à 22 000 habitants en 1934. En tant que lieu de recrutement de main d'œuvre, elle attira des flux de populations. La volonté d'en faire une capitale moderne a contraint l'administration à doter la ville sociale de l'époque en infrastructure moderne.

Du point de vue de l'équipement sanitaire, les gouverneurs Houdaille et Crosson Duplessis augmentèrent le nombre de services de santé qui se répartirent entre des dispensaires, des hôpitaux et des maternités. Ce n'est qu'après la première guerre mondiale que fut mise au point une doctrine alliant médecine préventive et médecine curative, et organisée une médecine mobile associant prospection, dépistage, traitement et surveillance des malades, ainsi que la prophylaxie du milieu biogéographie. On lui doit la régression considérable de la trypanosomiase. Devant le succès de la lutte contre cette maladie, considérée à l'époque comme le fléau numéro un, furent créés, au lendemain de la deuxième guerre, des organismes polyvalents : les Services Généraux d'Hygiène Mobile

⁴² Le transfert que nous fêtons aujourd'hui est plus qu'un acte administratif ; c'est un symbole. C'est aussi un acte de foi en pérennité de notre beau domaine. C'est la nouvelle porte d'entrée largement ouverte à tous les hommes de bonne volonté, à tous ceux qui veulent contribuer à la grandeur de la France ». (Extrait du discours prononcé par le gouverneur Reste le 17 août 1934, lors de la fête du transfert).

⁴³ Gouverneur de la Côte d'Ivoire de 1931 à 1935, il occupa le premier, le palais construit à Abidjan.

⁴⁴ CFAO, Compagnie Française de l'Afrique Occidentale est une maison de commerce française exerçant dans le secteur de la distribution des matières premières entre les colonies.

(SGHM) dont l'action s'élargissait bien au-delà de la trypanosomiase et, permirent de lutter efficacement, contre d'autres endémies comme le paludisme et la lèpre.

Entre 1918 et 1934, les changements furent significatifs aussi en matière de ressources humaines. Le nombre de médecins européens doubla et huit médecins africains pouvaient désormais exercer. Dès ses débuts, la répartition des services de santé était lente (1918), mais à 1934 la distribution des équipements sanitaires apparaît rapide et fortement liée d'une part, à l'organisation administrative de la colonie tournée vers des places stratégiques (les chefs-lieux), et d'autre part à la situation économique de la sous-région.

La politique de santé coloniale s'inspire alors du système de santé de la métropole. Elle s'appuie sur des soins curatifs avec un système hospitalier localisé dans les centres urbains. Monique Van Dormael [1997] explique que durant la première période d'expansion coloniale l'enjeu est « *d'abord de chercher à protéger et à rassurer les Européens en luttant contre la propagation des maladies [...] et ensuite de veiller à ce que la main-d'œuvre nécessaire aux travaux des plantations ou à l'acheminement des matières premières vers les ports ne soit pas décimée par la maladie* ». Houdaille et Crosson Duplessis entreprennent de transformer la ville selon leurs propres conceptions influencées par les nouvelles idées urbanistiques. En effet, « *la prise de conscience hygiéniste en métropole associée aux progrès médicaux du début du XXe siècle, incitèrent les urbanistes à faire du traitement sanitaire de la cité une priorité tant en Europe qu'en Outre-mer* » [Ricard, 2002].

Afin de faire chuter le taux de mortalité, ils souhaitent appliquer un strict « contrôle des flux » (flux liquides ou solides, humains ou animaux) par l'instauration d'un cordon sanitaire et la multiplication des places publiques. Les taux élevés de mortalité constituent en effet, un frein au projet colonial. L'application de cette nouvelle conception de la ville eut pour conséquence une accélération de la ségrégation socio-spatiale avec l'édification de quartiers en fonction des activités spécifiques (quartier administratif, résidentiel, commercial) puis en fonction des origines (quartier européen et quartier africain).

Le premier dispensaire créé fut celui de la mission catholique, mis en œuvre, en 1918 peu de temps après l'arrivée des religieuses françaises. Ce dispensaire, actuellement localisé dans la commune du plateau, est devenu la formation sanitaire urbaine du plateau. Les missionnaires chrétiens ont joué un rôle majeur dans la mise en place et le développement des premières formations sanitaires [Monné, 1999].

À cette époque, on fait la promotion de la médecine des "blancs"⁴⁵ et à convaincre les indigènes, car il faut le rappeler, les autochtones se soignaient à l'aide de la médecine traditionnelle. La médecine occidentale est une nouvelle pratique thérapeutique (offre de soins moderne), auxquels les indigènes doivent s'adapter.

En 1928, Abidjan disposait, en plus des dispensaires appartenant au secteur confessionnel, d'un hôpital central, de quelques services locaux d'hygiène, nécessaire à l'assainissement d'une ville insalubre où la prolifération des maladies infectieuses et parasitaires était notable.

Ces services d'hygiène procédaient à l'inspection des voies publiques et privées, surveillance des habitations et au respect des mesures d'assainissement. En mai 1928, une équipe sanitaire fut par exemple envoyée dans le centre de la ville (Treichville et Adjame) pour assurer la prophylaxie palustre.

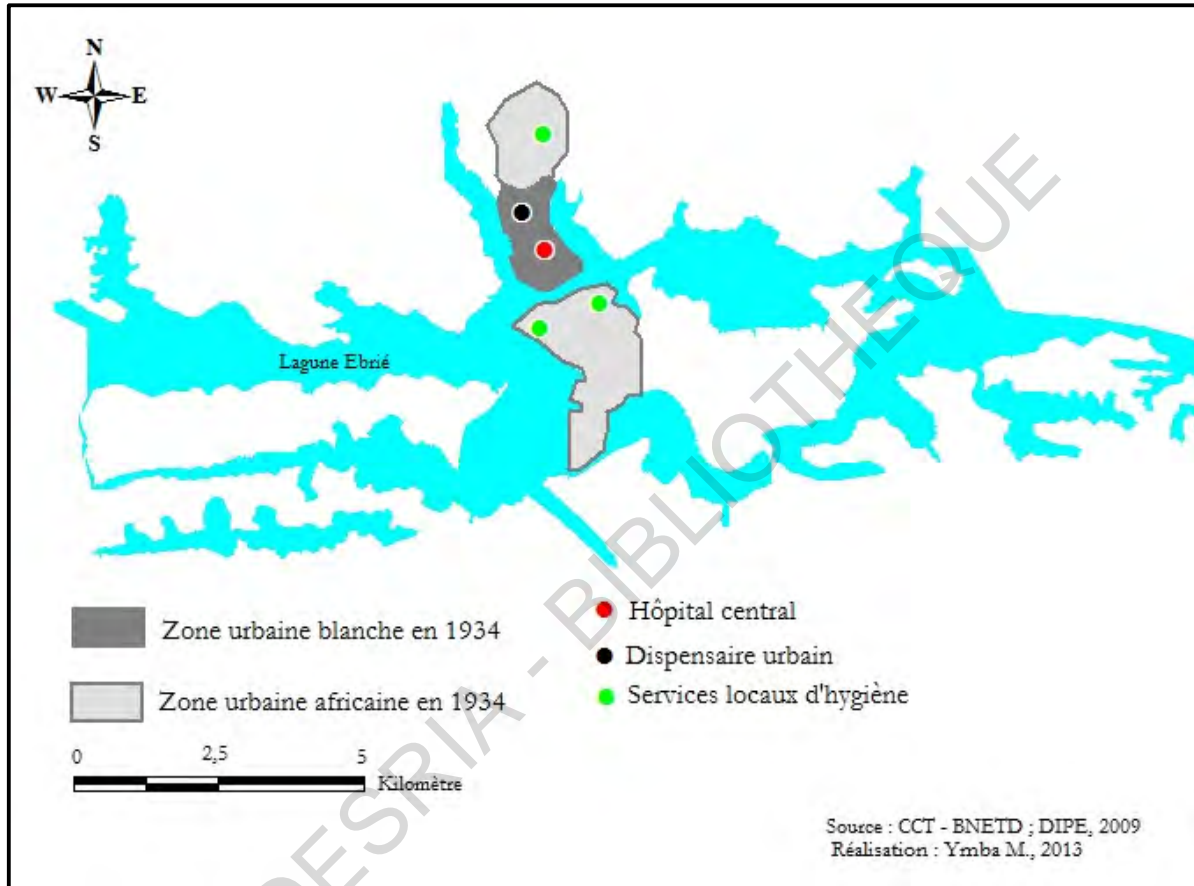
Comme le résume Monique Van Dormael (1997), les services médicaux sont à l'image de la ville, c'est-à-dire marqués par une nette division sociale, distinguant d'un côté les

⁴⁵ La médecine des "blancs" est le nom donné à la médecine occidentale à l'époque coloniale.

services de santé réservés aux Européens et de l'autre les opérations d'assainissement menées à l'encontre de la population autochtone, mais toujours en conservant l'idée d'une meilleure protection de la santé du personnel colonial (Carte 14).

La localisation des services sanitaires et l'application inégale des mesures sanitaires dans la ville coloniale participèrent sans aucun doute à l'affirmation d'une différenciation raciale des quartiers urbains. La santé a donc été un facteur de ségrégation socio-spatiale dès le début de la période coloniale.

Carte 14. Limites de la ville en 1934 et distribution des structures de soins ouvertes



L'administration française a développé le projet de faire d'Abidjan la tête de pont de l'aménagement de la colonie de Côte d'Ivoire par la création en 1950, du canal de Vridi et l'aménagement de l'un des rares ports africains en eaux profondes.

La mise en service du port a déclenché une forte économie d'agglomération faisant d'Abidjan la métropole du pays et la plus importante ville sur la côte du golfe de Guinée [Dembélé, 2008]. Ce qui n'est pas sans conséquence sur la répartition des services de santé.

II.2. 1934 - 1950 : Une ouverture des soins aux populations autochtones

Après la phase d'expansion qui dura jusqu'à la fin des années 1934, l'idéologie coloniale se tourna vers une période de consolidation dont l'objectif était d'apporter « la civilisation » aux populations colonisées et à exploiter les matières premières. Le système de soins alors uniquement réservé aux « blancs » s'ouvre aux populations locales avec la création de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) [Bado, 1996]. Cette organisation, conçue comme une action inhérente au processus de colonisation, visait à offrir des soins aux populations

autochtones, et même gratuitement pour les indigents. Dirigé par un médecin français, assisté d'un médecin indigène, le service local avait pour mission d'assurer les soins de base de la population indigène. Dans cet objectif, les autorités réalisèrent un maillage de formations sanitaires qui, en milieu rural, furent placées sous la responsabilité des "médecins de brousse".

Abidjan bénéficia de sa position de capitale de la colonie pour la création des services sanitaires de l'AMI. Les localisations des premières infrastructures sanitaires montrent un privilège donné aux lieux fréquentés par les colons et les militaires, l'idée de mieux desservir la population autochtone n'apparaissant donc pas tout à fait comme un consensus acquis et collectif.

Néanmoins, le statut flou de la colonie retarde l'équipement de services sanitaires adéquats et efficaces et il fallut attendre 1950, date à laquelle le commerce devient florissant, le trafic portuaire augmente rapidement avec le percement du canal de Vridi et où Abidjan est considéré par l'administration coloniale comme le pôle de développement industriel et portuaire du pays et de la sous-région.

Les surfaces réservées aux activités ont donc été multipliées par 28 et celle de l'habitat seulement par 2. En effet, les activités industrielles et portuaires qui couvraient une surface de 80 ha en 1934 sont passées à 2 240 hectares et les surfaces réservées à l'habitat de 625 ha à 1 250 ha. Le caractère ségrégatif est moins présent et fait place à une surexploitation des ressources naturelles, à un développement intense du trafic portuaire et à des échanges commerciaux avec l'Occident. Ce statut de la ville lui apporte un réel changement. Abidjan connaît à partir de cette époque une croissance spatiale et démographique importante. De 1 400 individus répartis sur une surface de 650 ha en 1912 elle passe à 65 000 habitants répartis sur un espace de 3 000 ha en 1950, soit un taux de croissance de 12% [Philippe A., et Claude H., 1983], signe de besoins de santé grandissants.

La santé des populations locales devient alors un vrai leitmotiv pour la mise en valeur économique de la colonie. En 1950, les centres de santé urbains sont majoritaires⁴⁶. Au total, on a sept structures de soins réparties de façon à répondre à la demande de la population. Les bâtisseurs sont l'administration coloniale et les congrégations religieuses. Les infrastructures sanitaires installées entre 1934 et 1960 sont situées dans quatre centres urbains, Plateau, Treichville, Adjamé et Cocody (Carte 15) au cœur de la ville, sauf le centre urbain du Plateau⁴⁷, qui possédait un centre réservé uniquement aux colons qui habitaient le centre urbain. Deux structures cependant, apparaissent dans le nouvel espace d'extension de la ville du côté du centre urbain de Cocody, ce sont les centres de santé urbain Est et le centre de santé urbain (Laboratoire et technique).

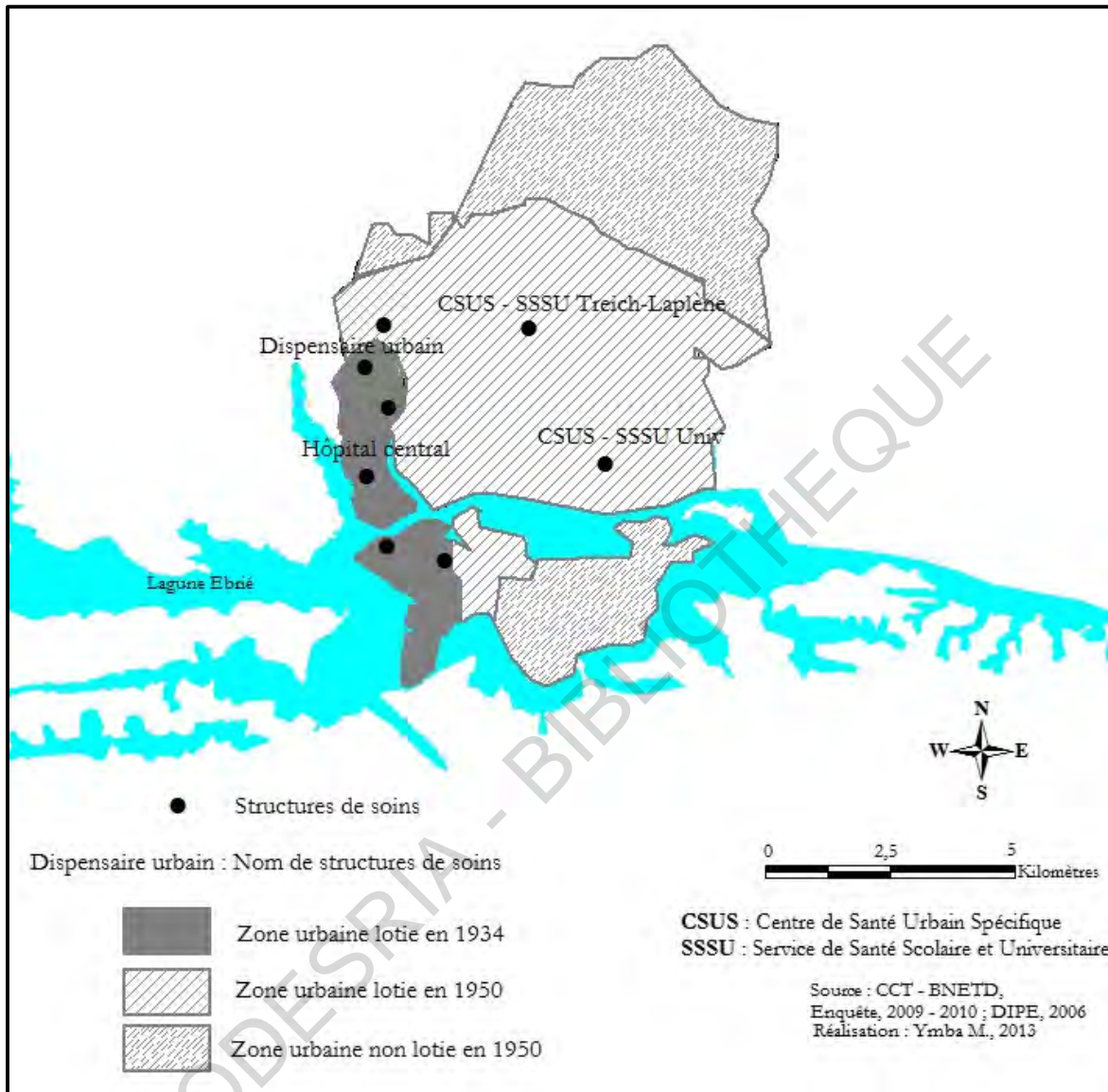
Certains de ces dispensaires créés à cette époque n'apparaissent plus aujourd'hui sur la carte sanitaire de la ville. Le départ des missionnaires ayant provoqué de nombreuses

⁴⁶ Ces centres sont devenus des services de santé scolaire et universitaire (SSSU) et sont toujours fonctionnels.

⁴⁷ Plateau est le premier noyau historique de la ville autour duquel les autres quartiers sont venus se greffer. L'histoire du Plateau est indissociable de celle d'Abidjan. C'est la Mission Houdaille (1897-1899) qui découvre le site du Plateau et ses baies lagunaires. Les conclusions de la mission prévoient la possibilité de créer un port intérieur dans l'une des baies et de bâtir sur le plateau une ville salubre. Ce port sera relié aux régions intérieures par une ligne de chemin de fer et à la mer par un canal de jonction. Pour des raisons économiques et sanitaires évidentes, le Ministère des Colonies affirme sa préférence pour le site.

fermetures, ainsi que le manque d'entretien et l'insalubrité de certains sites.

Carte 15. Limites de la ville en 1950 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1934 et 1950 à Abidjan



C'est aussi à cette époque qu'en réponse à la pression démographique (la population de la ville quadruple entre 1934 et 1950 pour atteindre 65 000 habitants), que les autorités décident de lotir plusieurs quartiers africains dans les centres urbains de Cocody et de l'île de Petit-Bassam. À la veille de l'indépendance, la répartition des structures de soins montre une nette concentration dans les limites de la ville coloniale des années 1930 et annonce une nouvelle ère de distribution dans les espaces nouvellement lotis.

II.3. 1951 - 1975 : L'indépendance, mais la continuité du modèle colonial sous l'influence de la prospérité économique

Après l'indépendance en 1960, l'ancienne ville des colons devient le centre administratif et des affaires et le siège de la présidence. Le fonctionnement du système de soins ne rompt pas avec la politique coloniale. Les choix demeurent orientés vers les soins curatifs et

hospitaliers. Parallèlement, à l'échelle nationale, les efforts sont orientés vers la lutte contre les grandes endémies en collaboration étroite avec les organismes internationaux.

Les colons considèrent la ville d'Abidjan comme « la colonie la plus riche » de l'Afrique Occidentale Française (AOF). En raison de cela, elle attire du monde. L'effectif de la population est estimé à 362 600 habitants en 1965, justifié par l'arrivée massive de migrants à partir de 1954 avec l'ouverture du canal de Vridi, à l'aménagement du Port Autonome d'Abidjan (PAA) et à l'accroissement des exportations des matières premières.

Ainsi, pour accompagner cette croissance démographique et urbaine des infrastructures ont été mises en place. L'ancien palais du gouverneur (1934) a été rasé et un nouveau fut construit en 1961, le pont Félix Houphouët-Boigny en 1957 a remplacé le pont métallique construit en 1931. L'Université de Cocody (1964), l'Assemblée nationale (1955), l'hôtel de ville (1955), l'Aéroport d'Abidjan (1959) ; le Grand moulin d'Abidjan (1960), etc., ont été construits à cette époque. Ces équipements montrent que la ville est en plein chantier de développement. À ces équipements, il faut ajouter l'extension du port autonome d'Abidjan, qui représentait à la fin de l'année 1964 un investissement public de 15 milliards de Fr CFA. C'est le boom économique de la ville et du pays.

En novembre 1960, à la veille de l'indépendance de la Côte d'Ivoire, Massieye M., Président de la Chambre de Commerce déclarait : « ... De 1950 à 1960, notre commerce d'exportation a presque quintuplé. Notre parc automobile a triplé au cours des dix dernières années, tandis que notre consommation d'électricité augmente régulièrement de 30% par an. En 1960, on a déterminé le PNB à environ 120 milliards de Fr CFA⁴⁸... ». D'un exercice à l'autre, les recettes du budget ivoirien sautent 8 402 429 000 à 210 723 000 000 de Fr CFA. Pour évaluer correctement l'importance de ce dernier chiffre et fournir un point de repère, il suffira de préciser qu'à la même époque, en 1958, le budget total du Niger, avec une population équivalente à celle de la Côte d'Ivoire, s'élevait à 3 573 000 000 de Fr CFA.

La Côte d'Ivoire connaît ce que le monde entier a appelé le « Miracle ivoirien⁴⁹ ». C'est la période la plus glorieuse du pays jusqu'à aujourd'hui. Le développement du pays s'accélère, en particulier dans la ville d'Abidjan. L'espace s'accroît rapidement pour représenter 70% de l'espace urbain total, avec la création de nouveaux quartiers.

Outre l'extension d'Adjamé vers le Nord, il s'agit des quartiers d'Attécoubé, Williamsville, Koumassi. Des habitats de types résidentiels prestigieux sont construits dans les communes de Marcory Nord, Cocody et en Zone 4. Parallèlement, de large zone non lotie, constituée d'habitat spontané se crée, peu favorable à l'urbanisation (bas-fonds inondables dont le drainage est particulièrement difficile et onéreux). Ces zones non loties sont situées à Port-Bouët, à Vridi, à Koumassi et à Attécoubé. Tous ces espaces sont

⁴⁸ 1 Euro = 655,55 Fr CFA.

⁴⁹ « Le miracle ivoirien n'est pas un mirage comme le prétendent certains détracteurs, mais une réalité », déclarait le président Houphouët-Boigny en mars 1974. Le « miracle ivoirien » est le nom donné à une période de prospérité économique survenue en Côte d'Ivoire dans les années 1960-1970. Le pays bénéficiait de plusieurs facteurs simultanés : la hausse du prix des matières premières, notamment du café et du cacao dont le pays était le premier producteur mondial, le fait que la France avait besoin d'une vitrine de sa politique de l'Afrique et le manque de stabilité des pays environnants (marasme de la Guinée de Sékou Touré, instabilité au Ghana, etc.) [Fonds d'archives Baulin [<http://www.fonds.baulin.org>].

érigés en une seule commune dirigée par un maire central, le premier fut le Président Félix Houphouët-Boigny.

En outre, les bénéficiaires de la croissance économique ont profité au domaine sanitaire. En effet, l'évolution de l'offre de soins est rapide, plus de 35 structures sont ouvertes en plus de 27 ans. L'organisation de l'offre de soins se diversifie et suit l'étalement de la ville, on a plus de 28 centres de santé de premier niveau, deux HG et deux CHU (CHU de Treichville et de Cocody) (Carte 16). C'est l'époque de la mise en place des CHU, au détriment des centres de santé primaire. Les autorités voulaient construire dans la ville des structures sanitaires à l'image de la Côte d'Ivoire moderne et prospère. La santé tient une place importante pour le gouvernement de cette époque, qui protège et anticipe les besoins de soins et de santé des populations. Les soins de santé sont gratuits pour les populations malgré le pouvoir d'achat élevé des ménages et les taux d'utilisation des services de santé sont très élevés (plus de 70%, archives Ministère de la santé, 1960). Les populations ivoiriennes et plus particulièrement abidjanaises se sentent privilégiées et sont fières de leur nouveau mode de vie, envié par les autres populations de la sous-région.

L'État semble partager équitablement les richesses du pays avec la population en investissant dans tous les secteurs sociaux, c'est le cas de l'éducation. L'éducation tient également une place importante pour l'État, avec la politique de l'école gratuite. Plus de la moitié des ivoiriens sont scolarisés dans des écoles, lycées et universités où l'enseignement est de qualité et de haut niveau. Cette politique a peut-être contribué aussi, à accroître le taux d'utilisation des services de santé de la ville. L'éducation de la population ayant une influence importante sur le taux d'utilisation et de fréquentation des structures sanitaires.

Les activités sont en effet, très importantes dans les structures de soins, car elles sont très bien équipées, avec des plateaux techniques très modernes. Des médecins, des infirmiers et sages-femmes sont formés à l'extérieur du pays grâce à des bourses d'excellences gouvernementales et dans le pays à l'universitaire de médecine d'Abobo-Adjamé.

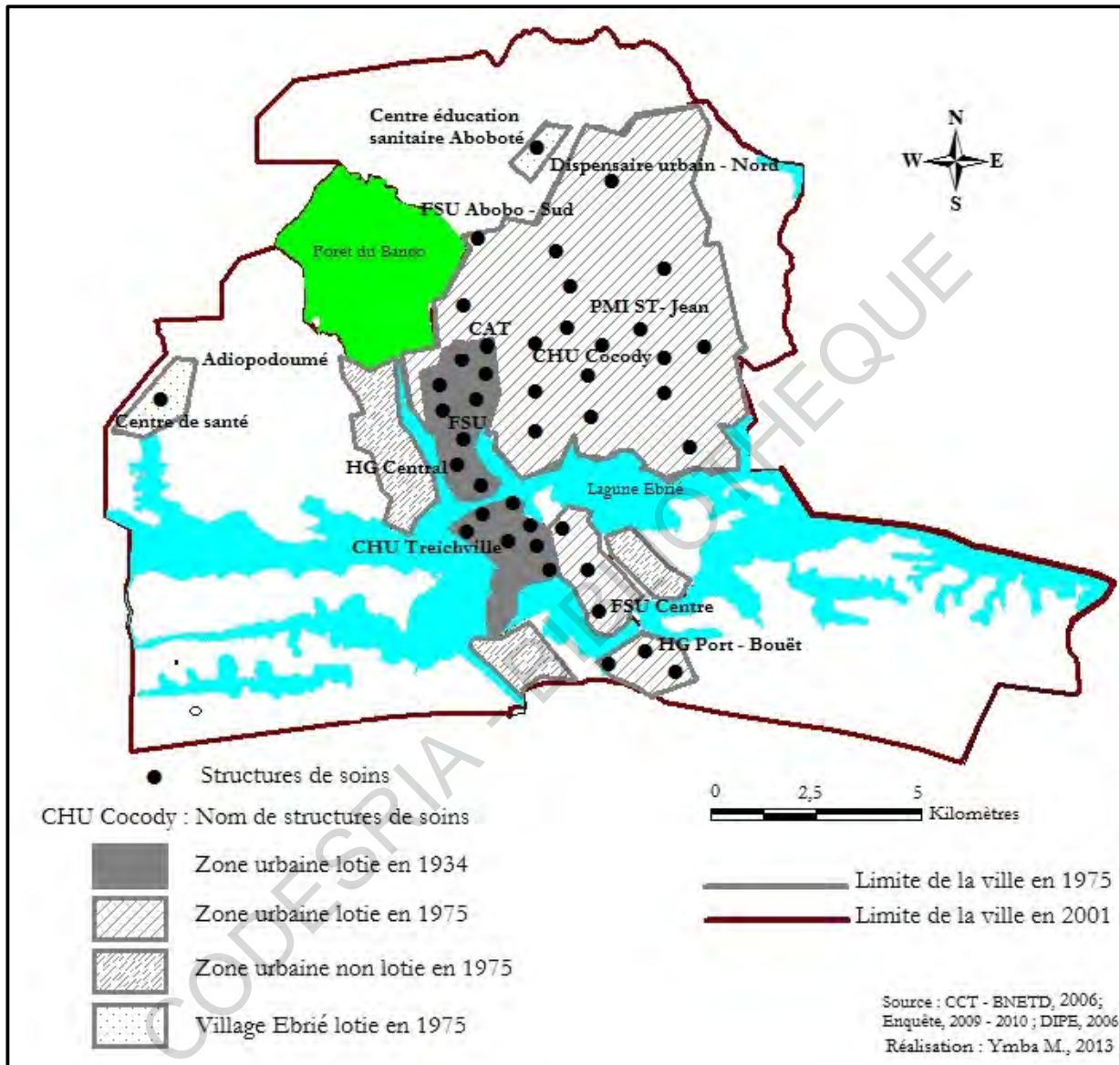
Les centres de soins ont une bonne réputation et sont accessibles à tous. On pourrait être prétentieux et affirmer qu'à cette époque, l'offre de soins répondait aux besoins en soins de santé des populations.

En 1978, comme nous l'avons précédemment évoqué, la Côte d'Ivoire, à l'instar de nombreux États africains, adhère à la politique de mise en valeur des soins de santé primaires (SSP) d'Alma-Ata avec l'objectif d'atteindre « *la santé pour tous d'ici l'an 2000* ». Entre 1980 et 1990, le pays s'engage dans un dispositif sanitaire fondé sur la multiplication des structures de soins de base, en l'occurrence les ESPC. Le gouvernement tentera les premières expériences marquantes. Toutefois, la mise en œuvre de cette politique probablement trop ambitieuse ne sera pas possible à cause de la crise économique qui commence à traverser le pays en 1983, avec l'effondrement des coûts des matières premières. L'offre de soins commence à être inégalement répartie et insuffisante pour la population.

Abidjan devient petit à petit une ville extrêmement mixte. La libéralisation économique et l'ouverture au monde extérieur qui se développent à Abidjan depuis la fin des années 1950 modifient le caractère de la ville. Les réformes économiques entreprises et la politique d'ouverture initiée dès les années 1950 grâce à l'ouverture du PAA, ont engagé un nouveau cycle d'urbanisation à Abidjan. Les zones forestières disparaissent progressivement pour laisser la place aux routes, à l'habitat, aux commerces et aux équipements sanitaires. Abidjan est donc une ville en pleine croissance, où la pression foncière s'intensifie du fait de la densification du bâti et de la spéculation croissante.

L'analyse approfondie de ces recompositions et des logiques d'implantation des structures sanitaires permettent de comprendre dans quelle mesure celles-ci participent à la production des inégalités spatiales d'accès aux soins.

Carte 16. Limites de la ville en 1975 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1930 et 1975 à Abidjan



II.4. 1976 - 1988 : La santé publique devient une priorité

En 1983, Abidjan devient la capitale économique de la Côte d'Ivoire. Un grand changement va s'opérer et cela aura un impact sur les autres villes de la Côte d'Ivoire. Malgré le début de la crise, cela n'empêche pas l'État de mettre en place une politique de santé publique.

Entre 1980 et 1990, sous la direction du Président Félix Houphouët-Boigny, le système sanitaire connaît une série de réformes fondamentales. De grandes orientations sont privilégiées, toutes sont plus ou moins inspirées de la conférence d'Alma-Ata : la santé à la portée de tous, la protection maternelle et infantile (PMI), la politique d'immunisation contre les maladies transmissibles et l'acquisition de bonnes attitudes hygiéniques.

Les soins de santé sont toujours gratuits pour toute la population. L'offre de soins moderne se diversifie et pour guider la population dans la consommation de soins, une organisation sanitaire est mise en place par le Ministère de la santé en février 1977, comprenant l'ensemble des infrastructures publiques et privées, du personnel de santé, des autres moyens d'équipements matériels de soins et des médicaments... permettant son fonctionnement. La structure de l'organisation sanitaire est basée sur une hiérarchisation des diverses formations médicales sanitaires caractérisées par la distinction entre une médecine sociale comprenant des éléments fixes et des éléments mobiles et une médecine hospitalière, centrée sur l'agglomération.

L'organisation de la santé publique repose donc sur deux types de médecine : médecine hospitalière et la médecine sociale (Figure 4). À ces deux types de médecine correspondent deux types d'organisation administrative.

La structure de la médecine hospitalière s'appuie sur trois catégories de formations sanitaires : les dispensaires urbains, les hôpitaux et les institutions spécialisées. Le nombre des dispensaires (plus 25 structures) a considérablement augmenté dans les communes (à cette époque les centres urbains deviennent des communes) qui s'étendent désormais à l'Ouest avec la commune de Yopougon et au Nord avec la commune d'Abobo. Mais l'implantation des services de santé est très timide dans ces deux nouveaux espaces créés de toutes pièces par l'État pour accueillir la trop grande population attirée par l'eldorado d'Abidjan (Carte 17). Justement, la population avait doublé, passant de 948 000 habitants en 1975 à 1 934 342 en 1988 [RGPH, 1988].

Cette organisation sanitaire a pour objectif d'éduquer la population à une meilleure utilisation des différents services de santé. Les dispensaires s'adressent obligatoirement au médecin du dispensaire de la ville qui trie le tout-venant, détermine les cas à hospitaliser, soigne dans la mesure de ses moyens les malades moins gravement atteints. Il exerce en étroite collaboration avec ses confrères de l'hôpital dont il est principal pourvoyeur.

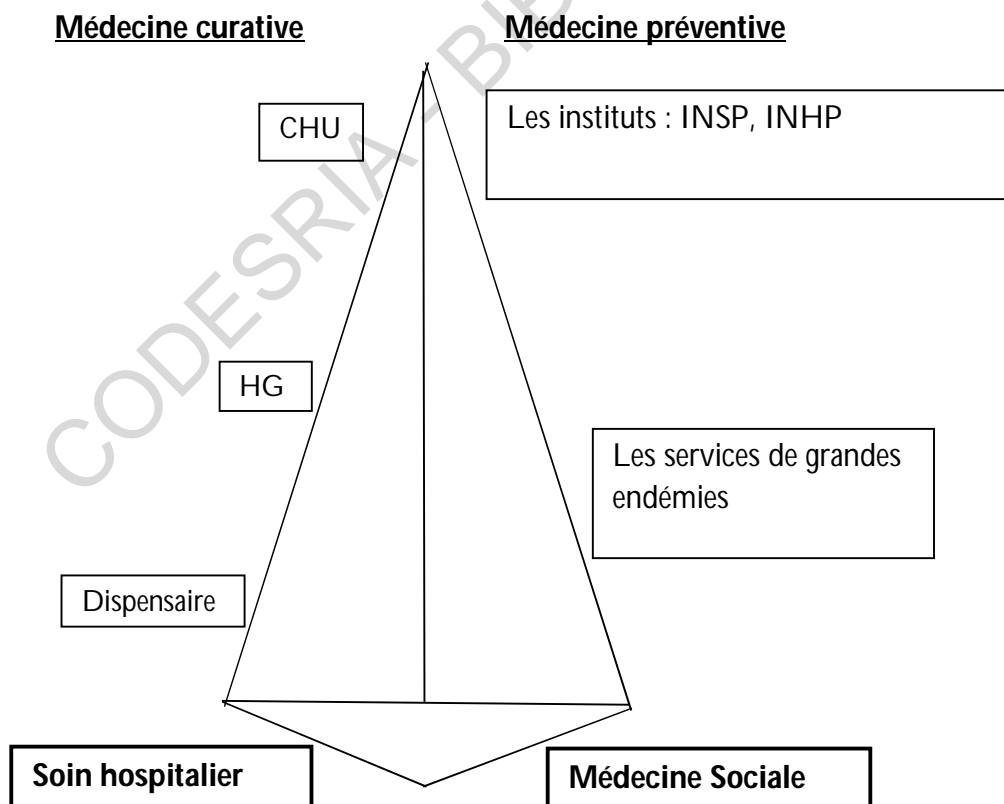
La répartition des hôpitaux se calque sur l'armature urbaine de la ville et le découpage administratif qui ont servi de base et de cadre à leur hiérarchisation fonctionnelle. On a deux hôpitaux à Abidjan à l'époque implantés dans les communes de Cocody et Yopougon et qui desservent des populations de plus 10 000 habitants avec une capacité de 100 à 200 lits. Ces formations comprennent en plus des services déjà citées, un groupe chirurgical et des lits parfois individualisés. Certains comprennent un secteur pédiatrique et un secteur pour les maladies contagieuses. Ces hôpitaux accueillent non seulement les malades de leur circonscription, mais aussi, les cas chirurgicaux du département qu'ils desservent, ainsi que les malades que leur évacuent les hôpitaux ruraux. Au sommet de cette organisation sanitaire se situe les CHU. Abidjan avait deux centres hospitaliers et universitaires, Treichville et Cocody, qui regroupent l'ensemble des disciplines médicales ainsi que la faculté de Médecine, les unités de recherches et les écoles de formations paramédicales.

La structure de la médecine sociale est différente de la structure de la médecine hospitalière. La médecine « sociale » coiffe tous les aspects de la santé de la population. Médecine de masse, elle s'adresse davantage à la collectivité bien portante (préventive, éducation sanitaire) qu'à l'individu malade, bien que les soins ne soient pas exclus de ses activités. Son action dans ce domaine se singularise sur deux points : elle concentre essentiellement la lutte contre les maladies transmissibles dues au milieu ou à retentissement social et se pratique surtout sous forme de traitement « ambulatoire ». Ces activités multiples s'appuient sur une armature diversifiée, composée de formations à

vocation plus spécifiquement préventive : hygiène et assainissement du milieu, éducation sanitaire, protection mentale, ou associant tous les types d'intervention : dans le cadre de formations spécialisées (CAT, PMI, SSSU, bases de secteur et étiques mobiles des grandes endémies) ou de dispensaires polyvalents (centre de santé ruraux : CSR).

À la base de sa structure, se trouvent des formations fixes représentées par une section administrative et des secteurs techniques : pharmacie, laboratoire, services spécialisés dans les dépistages des principales endémies, service de consultation et de soins qui sont des centres spécialisés réservés aux maladies endémo-épidémiques, des formations mobiles comprenant des équipes de prospection et de vaccination, des contrôleurs lèpre effectuant des circuits de traitement à intervalles réguliers et selon des itinéraires déterminés. Pour les instituts, on a l'Institut National de Santé Publique (INSP) et l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), tous deux créés, en 1960 et fonctionnelle en 1976. L'INSP a essentiellement une vocation d'enseignement et de recherche. Elle définit des programmes de santé publique à l'échelle nationale. L'institut d'hygiène est l'une des unités les plus importantes de la médecine préventive. À ce titre, elle regroupe des activités multiples ; surveillance épidémiologique du territoire et contrôle sanitaire des frontières, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de vaccination (variole éradiquée depuis 1969, programme de vaccination fièvre jaune, rougeole, et choléra, surveillance de la salubrité générale notamment à Abidjan et dans les plus importantes agglomérations de l'intérieur grâce à ses antennes).

Figure 4. Organisation théorique du système sanitaire de la ville d'Abidjan de 1975 à 1988



Réalisation : Ymba M., 2013

Si les inégalités n'existaient presque pas dans la répartition des structures de soins jusqu'en 1975. L'analyse de la desserte en 1988, révèle des disparités géographiques aussi bien dans la répartition des services de santé, des lits que dans la distribution de leurs spécialités. Néanmoins en 1988, Abidjan conserve une place confortable en termes d'effectif de structures sanitaires par rapport à l'ensemble des autres villes de la Côte d'Ivoire. La ville comprend 33 formations sanitaires de plus et des établissements d'envergure nationale comme deux CHU et un nombre important du personnel de santé, plus de 75% exercent à Abidjan. Créant ainsi de grandes disparités entre la capitale et les autres villes de l'intérieur (Tableau 8).

Tableau 8. Disparité de l'encadrement médical, desserte médicale et paramédicale (Santé publique et médecine privée)

| Villes des Régions | Nord | Centre | Est | Ouest | Centre-Ouest | Sud | Abidjan | Moyenne sans Abidjan | Moyenne nationale |
|---------------------|---------|--------|--------|---------|--------------|--------|---------|----------------------|-------------------|
| Nb. D'habit. pour | | | | | | | | | |
| 1969 | 59.000 | 33.000 | 38.875 | 58.880 | 25.800 | 43.600 | 3.148 | 39.200 | 17.325 |
| 1 médecin | | | | | | | | | |
| 1977 | 28.600 | 33.300 | 34.210 | 54.750 | 34.990 | 40.600 | 2.700 | 37.200 | 15.847 |
| 1969 | 109.700 | 50.900 | 16.370 | 132.500 | 34.400 | 51.300 | 5.312 | 56.300 | 27.300 |
| 1 sage-femme | | | | | | | | | |
| 1977 | 45.000 | 25.670 | 36.490 | 36.500 | 26.840 | 32.170 | 4.730 | 31.000 | 3.300 |
| 1969 | 6.730 | 3.990 | 2.900 | 7.570 | 3.530 | 4.400 | 996 | 4.600 | 3.300 |
| 1 infirmier | | | | | | | | | |
| 1977 | 4.360 | 3.540 | 3.770 | 5.180 | 3.640 | 4.476 | 307 | 4.160 | 1.820 |

Source : Archives annuaires statistiques du Ministère de la santé publique, 1975⁵⁰

La desserte⁵¹ est importante. La ville d'Abidjan concentre plus de 75% des services de santé, avec des ratios les plus bas. Elle obtient le monopole de la médecine spécialisée et de la médecine privée.

Avec un médecin pour 2 700 habitants, on pourrait estimer normal l'encadrement de la ville d'Abidjan (en progrès par rapport à 1969 compte tenu de l'accroissement de la population), s'il ne se soldait pas une sous-médicalisation dans le reste du pays.

Le nombre de la démographie médicale a doublé en moins de 10 ans. Il y'avait en 1969, 1 564 médecins, en 1976 ce nombre est passé à 3 519 soit un taux d'accroissement de 100%. Cependant, la structure du corps médical d'Abidjan présente certaines caractéristiques à cette époque, qui remettent en cause la notion même de densité. En effet, près de 14% des médecins sont des chercheurs, des enseignants ou exercent des

⁵⁰Les annuaires statistiques du Ministère de la Santé Publique, les chiffres les plus récents datent de 1975, ne concernent que le personnel fonctionnaire, sujets à caution et ne donnent qu'un état global pour l'ensemble du pays ne permettant pas de connaître sa répartition par région et par type de médecine.

⁵¹ Selon Picheral (1985), évaluer la desserte médicale c'est mesurer la distribution du corps médical et paramédical. Cet indicateur permet de cerner la clientèle théorique et potentielle de chaque praticien. La desserte médicale est le rapport de la population sur le nombre de praticiens (un médecin pour 500 habitants, un infirmier pour 500 habitants, etc.).

fonctions administratives et 34% sont des spécialistes. La nature des soins prodigués aussi bien que la qualité des moyens dont ils disposent attirent une clientèle beaucoup plus large que la population citadine ou régionale. Leur renommé dépasse même pour certains, les limites nationales (cardiologie, pneumo-phtisiologie, neuropsychiatrie, chirurgie, etc.). L'État a mis les moyens pour équiper les services de santé à l'image de la capitale économique (Tableau 9). De ce fait le calcul d'un taux de desserte limité à la seule ville d'Abidjan n'a pas grande signification. Le nombre des médecins hospitaliers a augmenté de 65% (82% si l'on inclut les pharmaciens) depuis 1969 et celui des médecins sociaux de 26% seulement.

Tableau 9. Capacité d'accueil (desserte) des formations hospitalières de la ville d'Abidjan et de la Médecine Préventive en 1969 et 1979

| | Médecine Générale | Chirurgie | Spécialistes | Maternités hôpitaux | Total hospitalisation 1969 | Total hospitalisation 1979 | Total maternité 1969 | Total maternité 1979 |
|----------|-------------------|-----------|--------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Nb. lits | 396 | 451 | 684 | 488 | 1 021 | 1 531 | 360 | 488 |
| Desserte | 635 | 1 520 | 1 000 | | 517 | 479 | 1 359 | 1 409 |

Source : Archives annuaires statistiques du Ministère de la santé publique, 1975

Toutefois la proportion des Ivoiriens varie selon les spécialités, le type de médecine et le lieu d'exercice. Inexistant en 1970, le corps professionnel ivoirien s'est considérablement développé et représente 60% du total des enseignants en 1988. Par contre, les médecins ivoiriens sont en minorité dans toutes les disciplines, excepté la chirurgie et la gynécologie. Ils sont également absents dans le domaine de la médecine sociale, 90% des médecins relevant de la médecine sociale sont des étrangers (français pour la plupart).

Ces chiffres montrent d'une part, la lenteur de la relève par les médecins ivoiriens, car cela a mis du temps pour former des médecins. Créée en 1969, la faculté de médecine d'Abidjan comptait environ 500 inscrits en 1976. La formation hospitalière suit la demande malgré la croissance démographique. La création également, en 1974 d'une école d'infirmiers adjoints et la décision de rabaisser au brevet⁵² le niveau d'entrée requis pour les écoles d'infirmiers et de sages-femmes, augmentera les effectifs à venir. Et d'autre part, la désaffectation pour certaines disciplines comme la pneumo-phtisiologie, la neuropsychiatrie, la dermatologie, la stomatologie etc., qui sont exercés par des étrangers.

À côté de cela, il existe à Abidjan une médecine libérale relativement développée puisqu'elle représente 20% de l'effectif des médecins, 35% des chirurgiens-dentistes, 57% des pharmaciens, sans oublier les laboratoires d'analyses médicales et le centre de radiologie Houphouët-Boigny inauguré en 1976. Les médecins et chirurgiens-dentistes installés (trois cabinets dentaires) à leur propre compte en cabinet ou en clinique, répondent à une demande croissante, mais limitée à une classe sociale encore restreinte de la population citadine.

⁵² Le brevet correspond au diplôme de fin d'études du premier cycle, il correspond aujourd'hui au brevet d'entrée en sixième. Le niveau d'étude était très élevé à cette époque.

Par ailleurs, l'État donne plus de pouvoir et de légitimité aux municipalités (communes) : c'est à cette époque qu'ils placent par exemple les maternités sous leurs responsabilités. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, aujourd'hui encore, la majorité des maternités, du secteur public sont sous le joug de l'autorité municipale alors que l'ensemble des structures du secteur public sont placées sous l'autorité du district sanitaire. Au cours de cette période, 25 nouveaux centres de soins sont encore ouverts, dont plus de la moitié relève du secteur public, avec la création de trois HG dans les communes d'Adjamé, Koumassi et Marcory. Seuls quelques cabinets privés de soins infirmiers, médicaux et dentaires importants, sont ouverts, établis le plus souvent dans les quartiers résidentiels (Carte 17). Ces établissements où exercent plus ou moins légalement quelques médecins sont à l'époque réservés aux populations aisées et occupés par les médecins étrangers [Feldmann, 1982]. Mais déjà, certains cabinets, malgré la qualité discutable de leurs soins, connaissent en ville une influence qui n'est pas négligeable à cause du niveau de vie élevé de la population à l'époque.

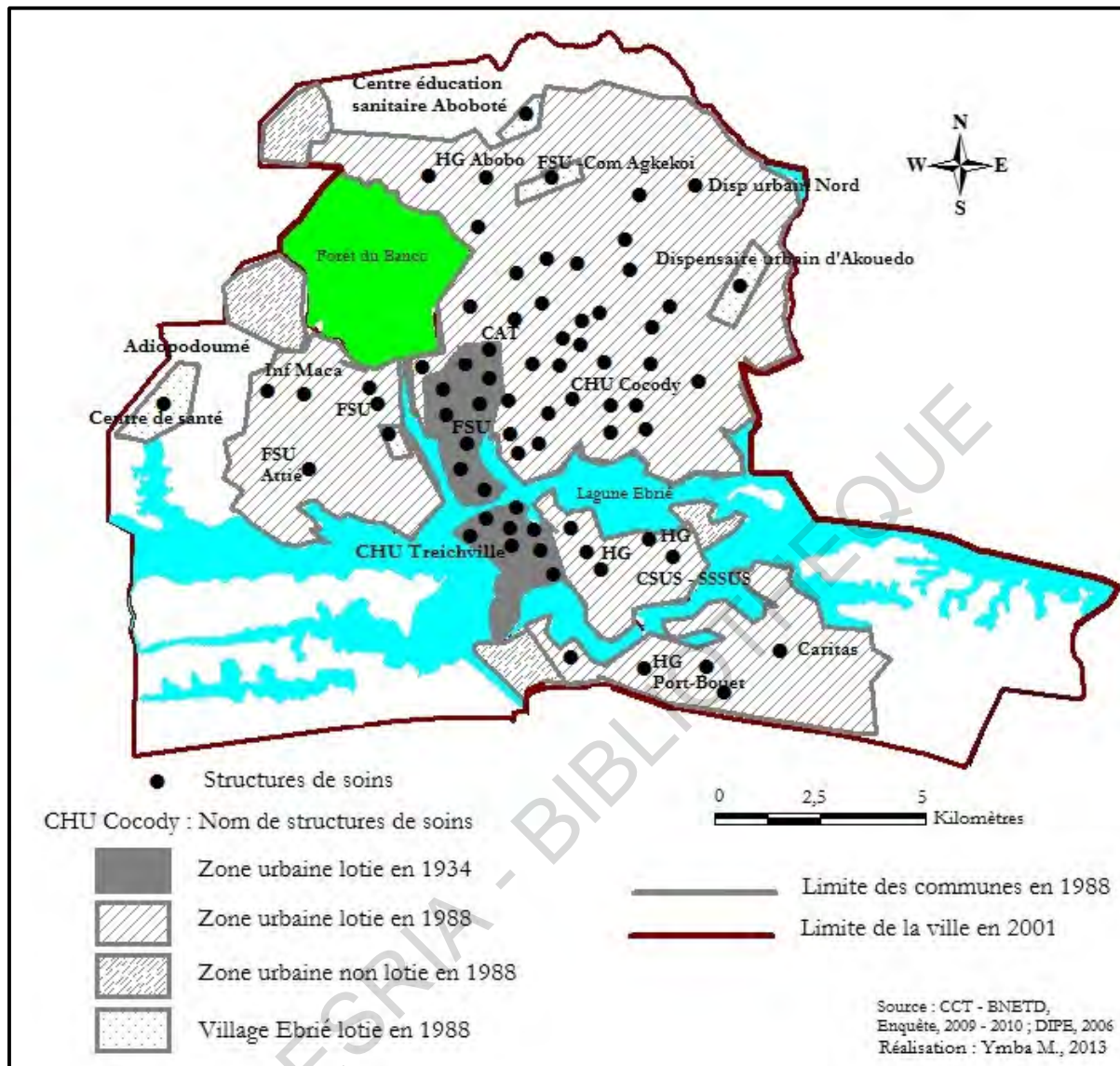
Les services de santé ont difficilement suivi cet incroyable étalement de la ville vers l'Ouest avec la commune de Yopougon et au Nord avec la commune d'Abobo. Ces communes nouvellement aménagées laissent plus d'espace à l'habitation, mais très peu aux équipements sociaux en particulier aux services de santé. Pourtant, ces zones ont été aménagées pour accueillir une population importante et modeste.

Nous sommes alors dans une phase de concentration de l'offre de soins dans les anciens quartiers centraux au détriment des quartiers périphériques. L'apparition de noyaux de densification de l'offre présage déjà de l'avantage donné à certaines périphéries au détriment d'autres.

C'est alors que le Ministre de la santé ivoirien, avec d'autres Ministres des États d'Afrique, ont eu l'initiative de se réunir à Bamako en 1987 afin de revitaliser la stratégie des SSP et d'engager le processus de participation communautaire par le recouvrement des coûts des soins, la santé « gratuite » ne pouvant plus fonctionner dans les centres de santé de base. Cette initiative intervient au moment où les besoins de santé augmentent en ville, et posent avec acuité, les problèmes de l'accessibilité de tous à l'appareil sanitaire et aux hôpitaux en particulier.

Avec la crise économique qui persévère, et la pauvreté qui augmente au sein des couches sociales de la population, l'introduction des coûts de recouvrement des soins ne facilitera pas l'accès aux soins.

Carte 17. Limites de la ville en 1988 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1934 et 1988 à Abidjan



II.5. 1989 - 1997 : La libéralisation du secteur sanitaire

Jusqu'à la fin des années 1970, la Côte d'Ivoire a une situation économique enviable. Le taux de croissance de sa production intérieure brute est de 10,2% entre 1960 et 1965 et de 7,2% entre 1965 et 1975. Entre 1970 et 1975, alors que ceux de l'Afrique sub-saharienne et des pays riches occidentaux sont respectivement de 4% et 6% en moyenne. Le taux de croissance du PIB en Côte d'Ivoire est de 6,8% par an. Cette performance particulière s'explique en partie par la stabilité politique qui la caractérise, contrairement à bon nombre d'États africains.

L'économie présente toutefois des symptômes révélateurs d'une faiblesse structurelle : elle est en effet, caractérisée par une forte dépendance extérieure et présente des inégalités de productivités dans ses différents secteurs. La chute des cours des produits agricoles de bases constitués par le café et le cacao, principaux produits d'exportation qui dominent l'économie du pays, entraîne une récession économique à la fin des années 1970. La crise

économique perdue encore au cours des années 1990, produisant des conséquences sociales néfastes.

En 1990, les choses ne s'arrangent pas pour la Côte d'Ivoire sur le plan économique, la crise s'aggrave et l'État n'a d'autre choix que d'adopter les PAS. Le premier Plan d'Ajustement Structurel (PAS) est signé avec la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International (FMI), ce qui a pour conséquence immédiate la reconnaissance du secteur privé de soins de santé.

Le secteur privé est timide dans sa mise en place en 1975, même s'il était reconnu par l'État. La santé est le premier domaine précurseur dans la libéralisation, puisque l'eau et l'électricité résisteront encore une dizaine d'années à la vague de privatisation.

Dans le domaine sanitaire, cette privatisation est rapidement perçue comme un atout pour compléter la carte sanitaire et les instances internationales encouragent donc largement son développement afin d'assurer, en théorie, un meilleur accès aux soins à l'ensemble de la population [Benson, 2001].

Le véritable essor du secteur privé débute donc au début des années 1990. Deux phénomènes marquent les localisations des nouvelles structures privées : une densification au centre de la ville de cabinets de soins infirmiers, des cliniques, des cabinets dentaires et des orientations particulières vers des quartiers favorisés (*220 logements, Zone 4, Marcoray résidentiel et Cocody*) et le long des axes de communications (Carte 18).

Au même titre que les structures privées, les équipements publics gagnent, eux aussi du terrain vers les périphéries et les nouvelles zones d'extension de la ville. Avec l'ouverture du CHU de Yopougon en 1990, à l'Ouest d'Abidjan. Durant cette période, les autorités mises également sur la construction de l'offre de soins de second niveau pour réduire les disparités dans la ville, cinq HG sont implantés dans les communes de Yopougon, Abobo et Attécoubé (Carte 18).

L'organisation du système de soins est de type pyramidal désormais, mieux structurée, afin de répondre aux besoins des populations, avec un versant dédié à l'offre publique et un autre versant à l'offre privée.

En 1992, la Côte d'Ivoire traverse une crise politique avec le multipartisme. Cela n'arrange pas les choses dans le domaine de la santé, les contestations sont de plus en plus fréquentes. Des grèves générales sont organisées par le corps médical pour dénoncer des salaires bas et des conditions de travail difficiles. La santé est donc délaissée, elle n'est plus une grande priorité pour l'État à cause des difficultés économiques importantes. Depuis 1970, l'action sanitaire est en grande partie financée par les budgets de l'État, ce qui représente une charge très lourde. Avec la crise, l'évolution du budget de l'État de fonctionnement accuse un retard par rapport aux prévisions. Son taux de croissance est en régression. La croissance de la demande et l'augmentation des coûts (un lit est évalué à 10 millions de Fr CFA en 1977 alors qu'il était de 3 ou 4 millions en 1974) semblent dépasser les moyens de l'État et remettre en cause le principe fondamental de la gratuité des soins pour tous les citoyens.

Un séminaire est alors organisé à Yamoussoukro⁵³ pour une nouvelle réforme des paiements des soins : la médecine préventive est gratuite pour tous, la médecine curative (consultations, soins et pharmacie) est gratuite pour les indigènes et les économiquement faibles, elle est payante proportionnellement aux revenus ou aux salaires pour les autres

⁵³ Actuelle capitale administrative et politique de la Côte d'Ivoire depuis 1983.

catégories sociales. La participation individuelle et collective est devenue une réalité, durement ressentie par la classe la plus défavorisée.

Depuis l'Initiative de Bamako (IB), les autorités sanitaires misent sur l'amélioration de la qualité des soins. Elles souhaitent par ailleurs, développer d'autres structures et diversifier leurs activités. Des comités de gestion sont placés dans chaque structure de soins pour responsabiliser et faire participer les communautés de quartier. Des récompenses remises sur des critères d'accueil, de propreté, de prise en charge des soins sont créées et permettent une meilleure supervision de la qualité des soins. C'est dans cette optique, que le projet « santé Abidjan » est mis en place. Le projet « santé Abidjan » est un projet bilatéral entre la France et la Côte d'Ivoire. Il a été mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique de la Côte d'Ivoire (à travers la direction régionale de la santé, région sud) et la Coopération française depuis 1992⁵⁴. Ce projet comporte plusieurs composantes avec un volet diversification de soins qui a appuyé la création des Formations Sanitaires Urbaines et Centre de Santé à gestion communautaire (FSU-Com, CSU-Com).

En 1988, la ville d'Abidjan comptait une population d'environ 2 millions habitants répartis dans 10 communes [RGPH, 1988]. Il existait alors 11 formations sanitaires urbaines publiques de base dans la ville. Le vide sur la carte sanitaire était particulièrement aigu dans les communes d'Abobo et Yopougon, les nouvelles zones de peuplement de la ville à l'époque. En 1992, deux structures sanitaires publiques fournissaient des soins de santé de premier niveau pour une population de 530 000 à Abobo. Seule une structure publique dispensait des soins de santé de base à la population de Yopougon alors de 543 000 personnes.

Dans le souci d'élargir l'accessibilité géographique aux soins de qualité à moindre coût à travers la diversification de l'offre de soins, les concepteurs du projet « santé Abidjan » ont proposé une idée novatrice sous la forme des Formations Sanitaires Urbaines à gestion communautaire (FSU-Com). Ces formations offrent un système d'abonnement qui ne constitue pas encore une véritable mutuelle ou partage de risque, mais selon le schéma décrit dans l'article de Galland, Kaddar et Debaig [1997], représentent plutôt un système naissant de prépaiement non mutualisé.

Ces centres sont privés à but non lucratif et fonctionnent avec une gestion communautaire bénévole. La plupart des recettes sont générées par la tarification des actes et la vente de médicaments. Dans plusieurs centres, un système d'adhésion est à la base de l'implication de la communauté. Des prestations de première intention sont fournies, ainsi que des consultations curatives, de suivies des accouchements, des soins infirmiers, d'activités préventives et de la vente de médicaments essentiels génériques. La gamme de prestations offertes s'élargit au-delà du paquet minimum d'activités établi par le Ministère de la santé dans quelques centres en fonction de ses possibilités et de la demande des clients (consultations de gynécologie et d'autres spécialités, services d'échographie etc.).

Deux FSU-Com ont ouvert leurs portes en 1994. Un autre centre de santé déjà fonctionnel depuis 1991 a été incorporé dans le réseau des centres de santé urbain communautaire en 1994. Cinq établissements ont commencé à fournir des soins au début de l'année 1996. Deux viennent de démarrer (décembre 1997 et avril 1998) et un autre sera fonctionnel prochainement, essentiellement dans les deux communes citées plus haut (Carte 18).

⁵⁴ Tano-Bian A., Amadi N., Brunet-Jailly, et al., *Projet Santé Abidjan*, Ministère de la Coopération et du Développement de la République Française et le Ministère de la Santé Publique de la Côte d'Ivoire, 1992.

Le Ministère de la Santé Publique a favorisé la création des FSU-Com en soutenant le partenariat entre la Direction Régionale de la Santé Sud et l'assistance technique fournie par la Coopération française. Plusieurs interlocuteurs se sont présentés pour aider à la mise en place des associations, parmi eux des assistants sociaux, des notables, des organisations non gouvernementales, et dans un cas des religieuses. L'objectif général des FSU-Com tel qu'il est dans la charte des FSU-Com est de « contribuer de façon permanente et durable à l'amélioration de la santé des populations qu'elles servent ». L'association qui gère le centre est censée travailler au profit des résidents des quartiers, et non à son propre profit. Il est généralement accepté par les associations que les FSU-Com et CSU-Com fournissent des soins à des tarifs abordables (en fonction de la capacité contributive des ménages), et soignent sans discrimination sociale, ethnique, religieuse ou raciale.

L'objectif global de cette initiative est resté inchangé, mais l'expérience acquise a suscité une volonté d'élargir le champ d'action de la part de quelques présidents dynamiques par la création d'une fédération des FSU-Com, dont un premier projet de statuts et règlement intérieur a déjà été établi en 1998. La Fédération aurait pour but de promouvoir l'expérience et mener des actions au profit de l'ensemble des FSU-Com.

L'objectif du chantier FSU-Com était de combler le vide de prestations sanitaires de premier niveau à Abidjan. L'implantation de ces structures va actuellement au-delà de la zone géographique initialement identifiée (Abobo et Yopougon). Même si chaque centre a ses spécificités, globalement nous pouvons dire que l'objectif générique est de fournir des soins de santé de base de qualité à une population cible de faible revenu. Quelques centres s'orientent aujourd'hui vers une politique d'accessibilité maximale et d'autres, vers une médecine de haute qualité. Onze FSU-Com sont déjà en place à Abidjan.

Les données de l'observatoire des bénéficiaires montrent que globalement les utilisateurs des FSU-Com et CSU-com sont satisfaits de la qualité des soins dans ces établissements. L'élément qui provoque le plus de commentaires négatifs est le temps d'attente dans les centres où la fréquentation est importante [Ortiz et Dogaud, 1998].

En 1993, le président Henri Konan Bédié arrive au pouvoir, après le décès de l'ancien président Félix Houphouët-Boigny, avec de grands projets baptisé « les douze chantiers de l'éléphant d'Afrique⁵⁵ ». Une politique qui devrait relancer l'économie du pays, mais qui s'intéresse très peu à la santé. En 1996, le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) est mis en place. Ce programme s'articule autour de six objectifs, à savoir : l'amélioration de l'accessibilité aux services sanitaires, la promotion des soins de santé primaires, l'amélioration de la gestion des services de santé, l'amélioration de la multi-sectorialité et du partenariat, le développement et l'utilisation optimale des ressources humaines et la promotion de la recherche. Certes, ambitieux, ces objectifs sont difficilement réalisés sur le terrain. Le constat fait dans les différents centres de santé publics est le suivant : en plus du mauvais état des appareils médicaux, leur maintenance se fait de plus en plus difficilement. Par ailleurs, les matériaux techniques d'appoint sont quasi inexistantes. Les responsables administratifs interrogés sur le sujet déplorent la

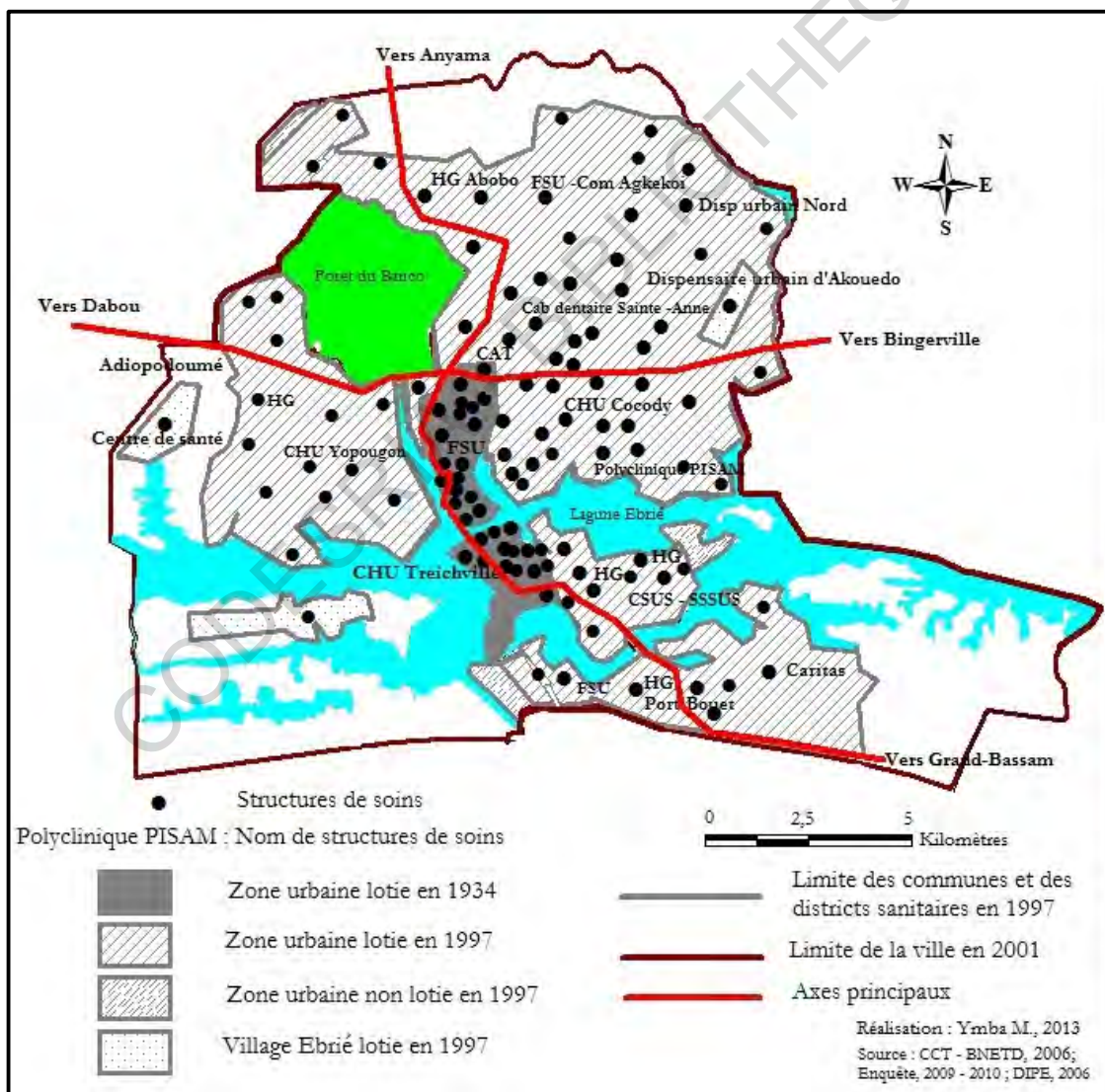
⁵⁵ Dès le mois de février 1996, le gouvernement du président Henri Konan Bédié lance les "douze travaux de l'éléphant d'Afrique". Ce programme de grands travaux vise à transformer l'image d'une Côte d'Ivoire essentiellement agricole à une Côte d'Ivoire plus moderne et industrialisée. Au menu : modernisation et l'extension de l'aéroport d'Abidjan, plusieurs autoroutes, voies express et ponts à péage, une gare routière interurbaine, un train urbain, une troisième centrale thermique, une transformation des matières premières agricoles, un parc des expositions et un stade olympique, tous situés à Abidjan ou à sa périphérie.

faiblesse des budgets alloués par l'État. Certes, la coopération de partenaire financier extérieur a permis de restaurer de façon notable les hôpitaux publics, mais à elle seule, cet appui se révèle insuffisant.

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé, on relève l'incapacité pour une grande proportion de malades, à s'acquitter des frais médicaux et autres prises en charge. En raison de leurs conditions sociales modestes, voire précaires, ils ne peuvent pas recevoir des soins. Or, dans sa pratique, la médecine doit garantir la dignité du malade.

Par ailleurs, certaines pratiques de mauvaise gouvernance sont décriées : détournements de fonds, de médicaments et surfacturations des soins. Les grèves fréquentes du personnel de santé paralysent gravement le fonctionnement des services de santé et ont plusieurs fois conduit à des situations déplorables, dont la plus dramatique est la perte de vies humaines.

Carte 18. Limites de la ville en 1997 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1934 et 1997 à Abidjan



En 1999, le gouvernement d'Henri Konan Bédié est renversé par un coup d'état. La Côte d'Ivoire rentre alors dans une longue crise socio-politique qui va durer dix ans. Si tous les domaines ont été touchés par cette crise, la santé l'a été encore plus. L'accès aux soins

devient encore plus problématique pour les plus pauvres à cause du recouvrement des coûts des soins et d'autres facteurs (taux d'utilisation estimé à 30% en 1998, *Annuaire statistiques sanitaires*, 2000).

II.6. 1998 - 2009 : L'explosion du secteur privé

L'accroissement des infrastructures privées se confirme pendant cette période par une véritable explosion. Le phénomène devient même incontrôlable. Les cabinets de soins infirmiers ouvrent aussi vite qu'ils ferment. On relève par ailleurs, l'existence de nombreux cabinets clandestins et dangereux. Tous les secteurs centraux et périphériques sont touchés par cette tendance. La frange Ouest et Nord de la ville rattrape son retard en équipements sanitaires avec près de 35 ouvertures dans le secteur public et plus de 50 dans le secteur privé (Carte 19). L'implantation des services de santé est dynamique dans les quartiers, avec de diverses spécialités (cabinet ORL, cabinet dentaire, cabinet de soins ophtalmologique, etc.). Plusieurs cliniques et polycliniques de grandes envergures ouvrent également au centre-ville et en périphérie à Abidjan.

Dans le même temps, l'implantation des services de santé publics est timide dans la ville. L'offre de soins publique ne suit plus la croissance urbaine de la ville, elle subit plutôt la pression de la dynamique urbaine d'Abidjan (Carte 20). Néanmoins, d'autres ESPC voient le jour dans les secteurs centraux et dans les périphéries. Les FSU d'Abobo et Yopougon deviennent des HG, à cause de l'évolution de leur plateau technique et de leurs activités.

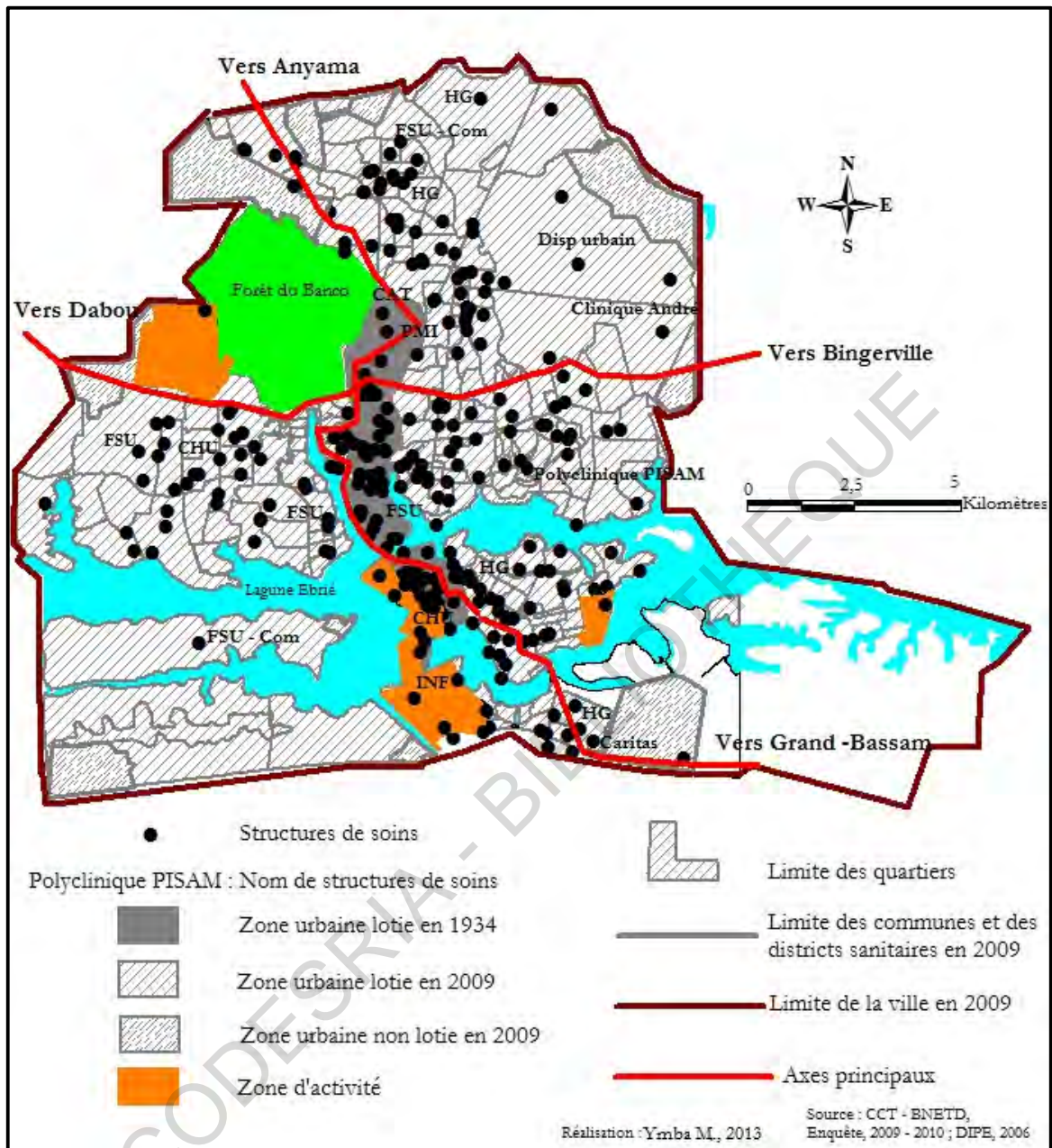
Pendant cette période, un double phénomène de dispersion et de concentration a lieu : l'offre de soins est concentrée au centre-ville et le long des axes de communications tandis qu'elle se disperse dans les périphéries. Dans les secteurs centraux, la concentration est telle que la concurrence commence à jouer sur la rentabilité de certaines structures privées les poussant à s'implanter en périphérie. Ces nouvelles implantations pourraient permettre aux gérants de ces structures à la fois de toucher une nouvelle clientèle, mais aussi de diminuer le coût de leurs charges, les loyers étant moins chers en périphérie. L'étalement de la ville profite bien "aux affaires" des propriétaires des services de santé privés.

L'explosion du secteur privé n'a pas amélioré la répartition de l'offre de soins dans la ville, bien au contraire, elle a agrandi les inégalités dans les espaces de vie.

En effet, l'implantation des services de santé privés est beaucoup plus guidée par la rentabilité de ces établissements sanitaires que par l'équité dans l'accès aux soins comme c'est le cas avec les équipements sanitaires publics.

Par ailleurs, il existe un phénomène inquiétant à Abidjan, commencé très timidement dans les années 1994, il prend de l'ampleur en 1998, c'est l'explosion des marchés des médicaments de la rue. Les rues sont occupées par les pharmacies par terre, des médicaments vendus par des femmes illettrées. L'État a fait remarquer que le taux d'utilisation de ces médicaments avait augmenté de (30%), il a donc interdit ces ventes. Malgré des sanctions, ce phénomène est devenu incontrôlable aujourd'hui.

Carte 19. Limites de la ville en 2009 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1934 et 2009 à Abidjan



Le découpage par district sanitaire aboutit en 2001, à une nouvelle carte sanitaire et permet à sept districts urbains sanitaires de voir le jour. De nouveaux centres de santé viennent élargir la couverture sanitaire de la ville dans le même temps (Carte 19).

II.7. 2002 - 2011 : Vers la sortie de la crise socio-politique et un nouvel espoir pour l'accès aux soins

La crise socio-politique est marquée par un ralentissement, voire stagnation des activités sanitaires et l'absence de création de centre de santé, à part quelque rénovation. Et cela, malgré la croissance démographique de la ville (plus de 6 millions d'habitants), des besoins de soins croissants, de l'émergence de maladies infectieuses et parasitaires et de l'absence de partenaires extérieurs et bailleurs de fonds. Les autorités de la ville n'étaient

pas préparées à une telle croissance démographique depuis les années 1970, en plus, le contexte n'était pas propice pour accueillir de nouveaux arrivants. Cela se manifeste par l'absence de politique de prise en charge. Livrés à eux-mêmes, pour les résidents qui n'ont pas les moyens, c'est la méthode du « système D » pour survivre, pour se loger, pour se soigner, etc. Dans ces conditions, la santé n'est pas la préoccupation première des populations, même si les besoins en soins sont énormes.

Aujourd'hui, le calme est revenu dans le pays. Le nouveau gouvernement du président Alassane Dramane Ouattara a lancé un vaste plan d'urgence pour la ville d'Abidjan, qui a été le théâtre de violents affrontements.

Des réformes dans le domaine de la santé ont débuté depuis le 16 avril 2011, pour améliorer et préserver la santé des populations ivoiriennes et plus particulièrement celles des victimes de guerre. Le gouvernement a décidé de rendre gratuit les soins de santé pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq. Cette politique connaît un succès, mais les difficultés se font sentir sur le terrain, car les établissements ne sont pas tous fournis régulièrement en médicaments. Même si le gouvernement demande des efforts aux médecins, le manque de citoyenneté du personnel soignant et de certaines populations rendent difficile la tâche.

Le gouvernement pourra-t-il continuer pendant longtemps cette politique de gratuité des soins ? Difficile de le dire, car le pays sort d'une crise politique et économique et le PIB de la Côte d'Ivoire est encore en baisse. Ces réformes porteront leur fruit dans quelques années à condition que les moyens de financements soient à la mesure et qu'il est une paix durable dans le pays.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Conclusion du chapitre II

L'image de l'offre de soins en 2010 est le résultat d'une évolution récente et rapide résumée par la carte 20. La restriction de la répartition des structures de soins modernes à l'espace urbain loti est l'une des caractéristiques les plus remarquables de cette distribution spatiale. Seules quelques structures privées font exception (Carte 20).

Depuis l'émergence de la ville au début du siècle dernier, la dynamique spatiale du système de soins suit les étapes de l'aménagement de la ville. Deux principaux processus spatiaux caractérisent l'implantation des structures de soins.

Après les phases de lotissement, les structures de soins s'étalent dans la ville puis, lors des phases de moindre croissance, les équipements sanitaires se densifient. La répartition des structures de soins traduit donc les mouvements de la ville.

Ces dynamiques s'expliquent par l'influence des politiques sanitaires et urbaines de l'État, mais aussi, par des influences extérieures : la politique internationale de l'OMS, la politique d'ajustement structurel (PAS).

Le temps est donc une notion indispensable à la compréhension des mécanismes qui ont présidé à la mise en valeur de certains espaces pendant que d'autres étaient ignorés [Meunier, 1999].

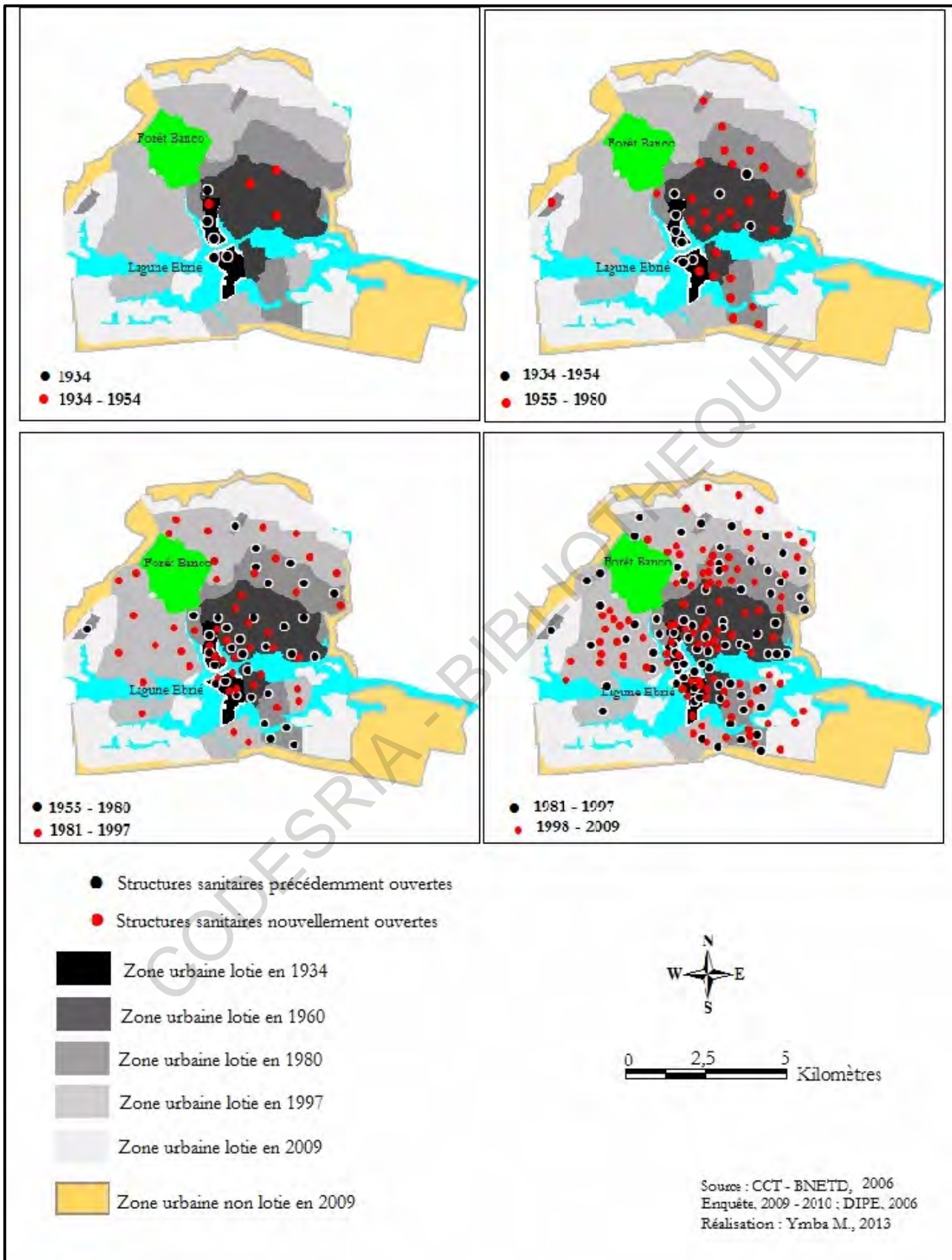
La double évolution du système de santé et des politiques urbaines a entraîné de profonds changements dans la spatialisation des activités urbaines dont l'offre de soins.

L'amélioration de l'accès aux soins en milieu urbain constitue l'enjeu final de cette réflexion sur l'offre de soins en ville. L'analyse diachronique des dynamiques qui sous-tendent l'organisation spatiale de l'offre de soins et la croissance de la ville montre qu'au travers d'une succession de phases de diffusion et de concentration, une certaine régulation de l'offre s'opère dans la ville régulière. L'offre publique respecte ces objectifs de planification tandis que l'offre privée se régule elle-même selon les lois du marché et de la concurrence. Néanmoins, le problème de l'accès aux soins des populations des marges urbaines demeure crucial et renvoie à un nécessaire contrôle de l'étalement urbain.

La dynamique spatiale très peu maîtrisée de la ville, ajoutée à la croissance démographique, sont telles que l'État ne parvient pas à mettre en place assez vite des services de santé pour répondre aux besoins des populations. L'État pour faire face à cette situation a mis en place des politiques sanitaires, mais faute de moyens à cause de la crise économique qui s'accroît l'État ne parvient pas à respecter ses engagements.

Quelle conséquence cette croissance urbaine a eu sur la distribution de l'offre de soins actuelle ?

Carte 20. Évolution de l'offre de soins à Abidjan en 1934 et 2009



CHAPITRE III. UNE OFFRE DE SOINS DENSE MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIE, RÉVÉLATRICE D'UN ESPACE "FRAGILE" POUR L'ACCÈS AUX SOINS

Introduction

Après avoir défini le cadre spécifique dans lequel se développe l'offre de soins à Abidjan, nous allons maintenant analyser l'offre moderne dans son ensemble. Les indicateurs de santé décrivent une situation « non favorable » à Abidjan en matière de démographie médicale (nombre de formations sanitaires par habitant, nombre de médecins par habitant, nombre de lits par habitant), l'hétérogénéité des situations sanitaires à travers des indicateurs comme l'équipement, le plateau technique, les types de soins et les ressources humaines des établissements sanitaires sont encore plus préoccupants. Le territoire de la ville d'Abidjan est un espace à privilégier dans les politiques de santé publique. L'idée ici est donc de caractériser l'ampleur des disparités d'offre de soins, car bien que l'offre de soins soit dense et diversifiée, le citoyen n'y a peut-être pas accès de façon égale. En analysant les structures spatiales qui se dégagent de la cartographie de l'offre de soins, nous mettrons en évidence les zones attractives et défavorisées de la ville d'Abidjan en ce qui concerne l'accessibilité aux soins.

I. Le privilège de la ville d'Abidjan : une offre de soins dense et complète

Les politiques privilégient systématiquement les grandes villes au détriment des campagnes et des petites villes. L'exemple le plus probant est celui des disparités d'équipements entre ville et campagne. D'ailleurs, la ville dans ses multiples définitions ne repose-t-elle pas déjà sur ce concept « *d'accumulation de productions, d'activités et de richesses* » [Burgel, 1999]. Ce parti pris urbain existe-t-il en matière de ressources sanitaires à Abidjan ?

Tous les auteurs soulignent que la ville bénéficie le plus souvent d'un environnement privilégié en matière d'équipements sanitaires par rapport à la campagne [Salem, 1998].

Raynault [1987], dans son étude sur le Niger, montre que l'avantage dont bénéficient les citoyens en matière de santé est considérable. Tandis que l'urbanisation s'accompagne du renforcement de l'infrastructure sanitaire [Gentilini et Duflo, 1986], les inconvénients ne sont pour autant pas négligeables, du fait de la promiscuité de l'habitat, de l'entassement des populations, de l'insalubrité de l'environnement, du coût de la vie en ville, autant de facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé d'une population. La ville peut en effet, être à la fois la pire et la meilleure des choses pour la santé des citoyens [Beaujeu-Garnier, 1980].

La meilleure parce qu'elle concentrerait des équipements performants, des services de santé spécialisés et autoriserait ainsi une prise en charge rapide des soins. Et la pire, car elle favoriserait la propagation des épidémies et contribuerait à l'émergence de nouvelles pathologies « sociales » ou « dégénératives ».

Ce tableau épidémiologique nouveau est lourd de conséquences pour l'offre de soins qui doit répondre à la fois aux pathologies infectieuses couramment rencontrées en milieu rural, mais dont les formes se modifient en ville, et aux maladies dégénératives qui nécessitent une prise en charge particulière et un équipement coûteux qui pourtant sont destinés à un nombre réduit de patients.

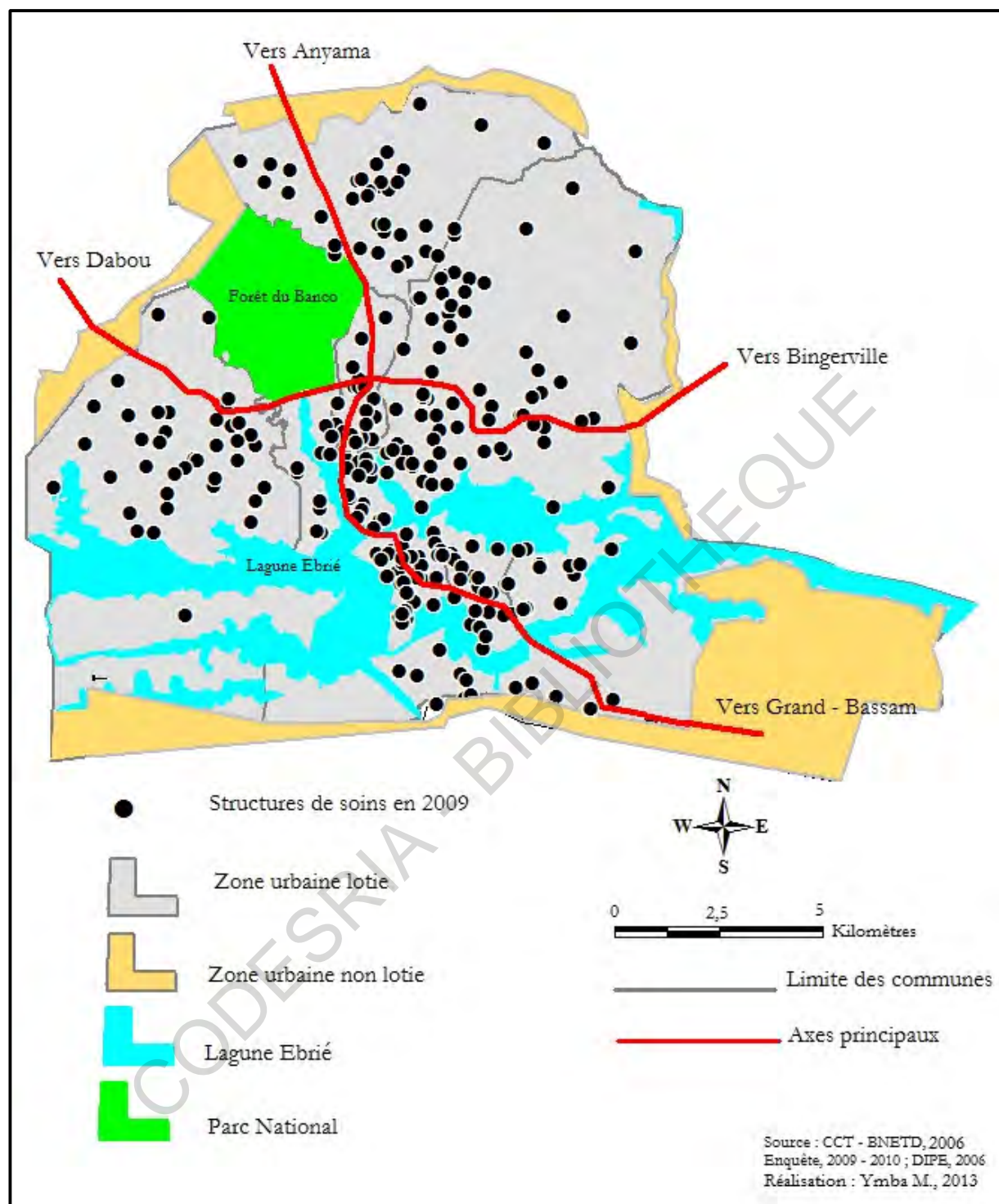
Notre propos n'est pas de montrer les effets nocifs ou protecteurs d'un mode de vie urbain sur la santé qui constitue un sujet à part entière, mais plutôt de dévoiler que les bénéfices d'un environnement privilégié en ressources sanitaires ne sont pas répartis uniformément sur le territoire de la ville. Étant donné l'hétérogénéité des situations intra-urbaines, il devient utopique de considérer la ville comme une entité unique : elle se compose de quartiers et de villages dont les caractéristiques (types de construction, niveaux d'équipement, densités de population, etc.) diffèrent considérablement et les distinguent les uns des autres, constituant « des villes dans la ville » et des villages dans la ville [Salem, 1998]. Avec cette prise de conscience, on accepte volontiers l'idée selon laquelle, la distribution des équipements ne se fait pas de façon aléatoire et de surcroît, cette répartition révèle des espaces différenciés qui peuvent être causes et conséquences d'inégalités de santé.

I.1. Les équipements sanitaires : des ressources matérielles importantes

La première caractéristique de l'offre de soins moderne à Abidjan est sa densité. En effet, 1 044 structures de soins modernes ont été relevées et recensées au cours de notre étude de 2009 à 2011 sur un espace de 422 Km² (Carte 21). Les structures de soins se répartissent davantage sur l'espace loti estimé à 262 Km² si l'on soustrait les espaces non habités, tels que la lagune Ébrié et la forêt du banco. La densité de l'offre de soins est donc d'une structure pour 5 747 personnes et de 3,98 établissements de soins par Km² habité.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Carte 21. L'offre de soins moderne à Abidjan en 2009



Les raisons de cette importante couverture sanitaire sont multiples et liées au fait qu'Abidjan est une capitale économique, industrielle et culturelle attractive en matière d'immigration du pays et dans la sous-région.

Mais, si la ville a bénéficié d'une amélioration progressive de la couverture sanitaire des équipements de santé, c'est surtout grâce au développement sans précédent de l'offre de soins privée que l'on peut parler de grande densité de l'offre de soins.

L'ensemble des structures de soins modernes publiques représentent presque 17% de l'offre de la ville (soit 177 structures). Le secteur privé qui rassemble ici à la fois les structures lucratives et non lucratives domine à 83% (soit 867 structures).

Quel que soit le type d'offre publique ou privée, l'offre de premier contact est la plus répandue avec 87% de l'offre de soins modernes (soit 908 structures). Le deuxième et le troisième niveau de référence, c'est-à-dire les polycliniques, les cliniques, les HG et les CHU, représentent 13% de l'ensemble, soit 137 structures (Tableau 10).

L'explosion du secteur privé apparaît comme un phénomène similaire dans d'autres villes de pays en développement. Dans l'enquête de Gami [2005] à N'Djaména (Tchad), sur 77 structures de soins modernes recensées pour une ville bientôt millionnaire, le secteur privé représentait 67% de l'offre totale. À Ouagadougou, capitale économique et politique du Burkina Faso, les services de santé privés représentent 80%, contre seulement 20% pour le secteur public [Harang, 2007]. À Vientiane, capitale du Laos, les services de soins du secteur public ne représentaient que 23% contre 77% pour l'offre privée du total de l'offre [Mobillon, 2006].

Tableau 10. Différents types d'établissements sanitaires à Abidjan en 2011

| | Secteur public | | Secteur Privé lucratif et non lucratif | |
|--------------------------------------|---|-----|---|-----|
| Premier niveau de référence | Centre de santé urbain (CSU) | 51 | Cabinets de soins infirmiers | 370 |
| | Formation sanitaire urbaine (FSU) | 25 | Cabinets de soins dentaires et ophtalmologiques | 81 |
| | Centre de santé rural (CSR) | 12 | Cabinets de soins médicaux | 214 |
| | Centre de santé urbain spécialisé (CSUS) | 57 | Cliniques chinoises | 54 |
| | Dispensaire et infirmerie | 14 | Cabinet de soins pré et post-natals | 24 |
| Deuxième niveau de référence | Hôpital général (HG) | 9 | Cliniques | 114 |
| | Centre hospitalier spécialisé (CHS) | 4 | | |
| Troisième niveau de référence | Centre hospitalier et universitaire (CHU) | 3 | Polycliniques | 10 |
| Total | | 177 | | 867 |

Source ⁵⁶ : DIPE, CNTIG, 2008, 2009 ; Enquête « Accès et recours aux soins », Abidjan, 2009-2011

D'après les données enregistrées, en 2009 par le Ministère de la Santé, la place occupée par Abidjan en matière d'équipements publics n'est pas si privilégiée au regard de la taille de sa population, bien au contraire, elle présente les ratios les plus élevés du pays 1 centre pour 33 853 habitants. Des ratios supérieurs aux normes de l'OMS (Organisation

⁵⁶ Le Ministère de la Santé dispose des informations sur le recensement des structures sanitaires, mais le plus souvent l'offre privée n'est pas prise régulièrement en compte. C'est pourquoi nous avons complété ces informations avec les données sanitaires du CNTIG, issues d'une enquête de terrain en 2007 sur le recensement exhaustif des établissements sanitaires de la ville d'Abidjan, financé par des bailleurs de fonds.

Mondiale de la santé) qui considère comme acceptable une desserte d'un poste de santé pour 5 000 habitants. Si Abidjan représente environ 20% de la population de la Côte d'Ivoire, la ville ne regroupe que 9,97% de l'ensemble des structures publiques, tous niveaux de soins confondus (Tableau 11). En revanche, en ce qui concerne le troisième niveau de référence, trois des quatre centres hospitaliers d'envergure nationale sont localisés à Abidjan, le quatrième étant situé à Bouaké, seconde ville économique du pays.

L'influence des bailleurs de fonds et des aides extérieures dans la localisation de ces établissements d'envergure dans le grand centre urbain d'Abidjan dessine une carte sanitaire non équitable que l'État ne peut pas toujours maîtriser. Le privilège d'Abidjan tient donc moins au nombre de formations sanitaires publiques qu'à celui des structures privées. Ainsi, 58% des services de santé du secteur privé et 53% des officines pharmaceutiques privées se trouvent à Abidjan.

Tableau 11. Synthèse des structures de soins privées et publiques entre la Côte d'Ivoire et Abidjan

| Types de structures sanitaires | Effectif National | Effectif Abidjan | % |
|--------------------------------|-------------------|------------------|-------|
| CHU | 4 | 3 | 75 |
| CHR | 18 | 0 | 0 |
| HG | 58 | 9 | 15,51 |
| CHS | 7 | 4 | 57,14 |
| ESPC | 1 663 | 165 | 9,92 |
| TOTAL | 1 750 | 177 | 9,97 |

Source : Direction de l'Information de la Planification et de l'Évaluation (DIPE), 2008

I.2. Des ressources humaines

En 2006, le ratio médecin/population était de 1 médecin pour 8 039 habitants ; 1 infirmier pour 3 833 habitants et 1 sage-femme pour 2 654 femmes en âge de procréer. Des ratios qui respectent les normes de l'OMS. Le ratio personnel soignant/nombre d'habitants quoique correct, reste insuffisant.

Une fois de plus, la ville constitue le lieu de prédilection des professions médicales et paramédicales. Un médecin sur deux et une sage-femme sur deux exercent en effet, dans les deux plus grandes villes du pays, mais le corps médical et paramédical se concentrent surtout à Abidjan.

En 2009, on avait 60% des médecins qui exerçaient dans la capitale. Ce phénomène s'explique en partie par la présence des trois centres hospitaliers universitaires de Cocody, Yopougon et de Treichville et des onze HG, important pourvoyeur d'emplois, qui compte près de 1 550 médecins en 2009. Plus la profession est rare, plus la suprématie de la capitale est marquée. Ainsi 60% des chirurgiens-dentistes et 40% des attachés de santé en odontologie du secteur public et privé sont concentrés à Abidjan. Deux chiffres résumés de fait assez bien la situation : Abidjan concentre 55% du personnel de santé de la Côte d'Ivoire alors que seulement 20% de la population y réside.

Cet écart en ressources humaines s'est accentué entre Abidjan et le reste de pays, avec la crise militaro-politique qui a touché le pays en 2002 et qui a ébranlé le système de santé. Les médecins des autres régions exercent pour la plupart, dans les services de santé de la ville, augmentant ainsi le nombre de médecins (Tableau 12). Avec la stabilité du pays, certains médecins retournent à leur poste d'origine, mais la reprise est difficile, car la plupart des services de santé localisés au Centre et au Nord de la Côte d'Ivoire ont été brûlés, détruits et pillés.

Tableau 12. Personnel de santé du secteur public en Côte d'Ivoire et à Abidjan en 2002 et 2009

| Personnel soignant* | 2002 | | 2009 | |
|---------------------|---------------|------------|---------------|-------------|
| | Côte d'Ivoire | Abidjan | Côte d'Ivoire | Abidjan |
| Médecins | 2 464 | 1 165 (47) | 4 328 | 2 011 (46) |
| Attachés de santé | 1 362 | 786 (57) | 2 077 | 819 (39) |
| Inf. Diplômé d'État | 4 379 | 2 461 (56) | 6 358 | 3 217 (50) |
| Infirmiers Brevetés | 5 384 | 1 994 (37) | 7 935 | 2 335 (29) |
| Sages-femmes | 4 369 | 1 874 (42) | 5 699 | 2 074 (36) |
| Dentistes | 1 055 | 503 (47) | 1 351 | 809 (59) |
| Total | 19 013 | 8 783 (46) | 27 748 | 11 265 (41) |

* : Pourcentages du personnel soignant en 2002 et 2009 entre parenthèses.

Source : Direction de l'Information de la Planification et d'Évaluation (DIPE), 2009

La valorisation de l'exercice de la médecine dans les structures sanitaires renommées des grandes villes explique les effectifs importants de personnels de santé en milieu urbain. Dès la fin de leurs études à l'université de Cocody-Abidjan, les médecins sont généralement affectés dans les services de santé de la ville, où ils ont effectué leur stage pour la plupart. Ils préfèrent tous travailler dans la capitale à cause des conditions de travail difficile dans les autres villes du pays. Et même s'ils y exercent, ils usent leurs relations ou s'orientent vers des spécialités afin d'obtenir une affectation dans la capitale. La capitale économique leur offrent en plus d'autres perspectives d'emploi (acquérir leur propre centre de santé ou travailler à temps partiel dans un établissement privé, etc.). La qualité des conditions de vie est également une des raisons qui motivent leur demande d'affectation en milieu urbain et en particulier dans la capitale.

Par contre, pour les infirmiers et les sages-femmes, ils sont pour la plupart affectés directement à l'intérieur du pays et plus particulièrement dans les zones rurales. Ceci s'explique par le dysfonctionnement de l'offre de soins de premier niveau à Abidjan (équipements délabrés, sous équipés, insalubres, sous utilisés et mal réputés). Dans les villes de l'intérieur et les zones rurales, c'est très différent, l'offre de premier niveau tient

au contraire une place importante dans l'organisation du système de soins. Ces structures sont mieux structurées, leur taux de fréquentation est supérieur à 40% [DIPE, 2006]. L'absence dans certaine zone de l'offre de second niveau augmente davantage les aires d'attraction des services de santé de premier contact ou de référence.

II. La répartition géographique de l'offre de soins : la subsistance d'inégalités

Cette analyse permettra de mettre en évidence les inégalités intra-urbaines de l'offre de soins et d'émettre des hypothèses concernant l'origine de ces inégalités afin de mieux pouvoir cerner les axes d'intervention.

Abidjan possède une meilleure couverture sanitaire que la Côte d'Ivoire dans son ensemble, mais des disparités existent au sein de la ville. Le nombre et le type de personnel soignant, la présence de lits d'hospitalisation, le type de soins, le nombre et le type de structures sanitaires peuvent être des indicateurs éclairant ces disparités spatiales de santé. Ces informations thématiques ont été collectées à partir des annuaires sanitaires statistiques de la DIPE de 2006 à 2009 et sur le terrain.

II.1. La démographie des professionnels de santé

Les professionnels de santé ont dans l'ensemble vu leurs effectifs augmenter fortement dans les années 60 à 80, un peu plus de 35 000 praticiens en 20 ans [DIPE, 2009] ; par la suite, cette évolution notable des effectifs s'est cependant ralenti ces dernières années sous l'effet conjugué de la baisse du *numerus clausus*⁵⁷, du taux de chômage de certains professionnels à cause de la crise économique et des mauvaises conditions de travail de certains professionnels de la santé.

Cette progression des effectifs de praticiens aurait pu et dû permettre de réduire les inégalités géographiques en termes d'offre de soins. Mais, des disparités intra urbaines s'observent aussi bien chez les généralistes que chez les spécialistes.

Les cartes qui suivent ont été réalisées sur la base des effectifs des différentes catégories de professionnels et acteurs de santé dans les différents services de santé de la ville d'Abidjan.

L'étude de ces cartes a mis en évidence des inégalités spatiales au niveau de la répartition des effectifs des différents praticiens à l'échelle intra-urbaine. Peut-on dire pour autant que ces inégalités de répartition induisent des inégalités d'offres et d'accès aux soins, et à quelle échelle ?

Pour tenter d'apporter des éléments de réponses à cette problématique, nous nous proposons d'étudier ces cartes d'offre de soins à différents niveaux géographiques, pour certaines catégories de praticiens.

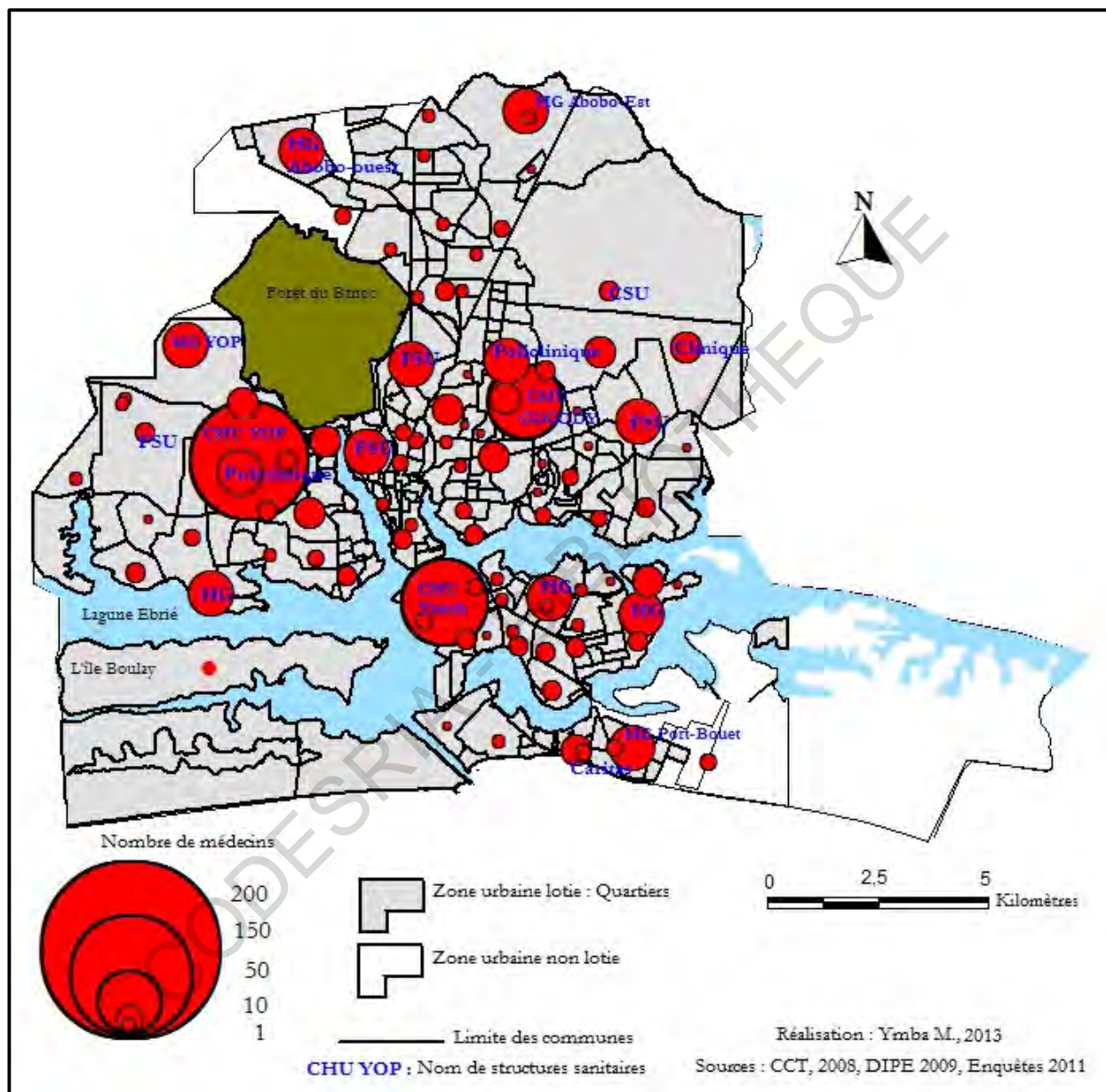
Il faut noter cependant, que se limiter à ces cartes de répartitions des effectifs n'est pas suffisant pour émettre des conclusions et proposer des mesures d'intervention pour réduire d'éventuelles inégalités. Par la suite, des cartes de répartition des équipements sanitaires, des cartes d'accessibilité, de flux et de consommation de soins seront réalisées ; l'ensemble de ces cartes formera un support suffisamment exhaustif et rigoureux pour permettre d'identifier les facteurs qui facilitent ou qui limitent l'accès aux soins et de formuler certaines propositions pour intervenir notamment sur les inégalités de soins.

⁵⁷Le « numerus clausus » est le nombre défini de diplômé par faculté de médecine.

II.1.1. Distribution spatiale des médecins

À partir de la carte 22, nous pouvons constater une assez bonne répartition des médecins dans l'espace urbain, même si la densité est beaucoup plus importante dans les quartiers centraux de la ville que dans les quartiers périphériques.

Carte 22. Nombre de médecins dans les structures de soins à Abidjan en 2009



En observant la carte, on constate que les services de santé de la ville ne possèdent en majorité qu'entre un et dix médecins par service de santé.

Cependant, la répartition des médecins par formation sanitaire présente de très fortes disparités en raison de l'activité hospitalière. On distingue trois pôles de concentration des médecins, imputables aux activités hospitalières des établissements de troisième niveau (CHU et polyclinique) et deuxième niveau (HG et cliniques) qui emploient les deux tiers des médecins de la ville. Le premier pôle où on trouve le plus de médecins se localise dans le Centre-Est, plus particulièrement dans la commune de Cocody, avec justement le CHU

de Cocody, la polyclinique internationale la PISAM qui emploie à eux deux 341 médecins. L'île de Petit-Bassam est notre deuxième pôle de concentration de médecins, avec le CHU de Treichville, la polyclinique Hôtel de Dieu, les HG de Marcory et Koumassi qui comptent 244 médecins. Enfin, nous avons au Centre-Ouest avec le CHU de Yopougon, les deux HG de Yopougon Ouest et Est et la FSU d'Attécoubé qui emploient 241 médecins.

Par ailleurs, les quartiers centraux retiennent notre attention, car ils rassemblent de fortes concentrations de médecins (10 à 50 médecins) et également de fortes densités de populations. En revanche, certains quartiers restent sans médecins comme les quartiers périphériques du Nord, de l'Ouest et du Sud de la ville, qui renferment pourtant des densités importantes de population (Carte 23). Cela implique pour les populations des marges de la ville lotie un déplacement de plusieurs kilomètres pour consulter un médecin.

Nous n'avons pas dressé les cartes de l'ensemble des spécialistes (chirurgiens, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologistes, ORL, pédiatres, dermatologues, pneumologues, cardiologues, nutritionnistes, Psychologie et psychiatres, etc.) de la ville, mais elles présenteraient une apparence similaire à la distribution des médecins dans les services de santé, concentré pour la plupart dans les équipements de deuxième niveau et plus particulièrement de troisième niveau.

Il existe de fortes disparités d'accès aux spécialistes qui se situent en moyenne entre 10 et 15 km de la population, soit moins de 35 minutes par la route principale sans embouteillage.

Le nombre total de médecins, selon nos enquêtes, s'élève à 2 801 médecins, avec plus de la moitié employée dans le secteur public. Ce chiffre est bien supérieur aux données de la Direction de l'Information de la Planification et de l'Évaluation qui comptabilisait 2011 médecins en 2009 pour l'ensemble d'Abidjan (cf. *Tableau 12, p 142*).

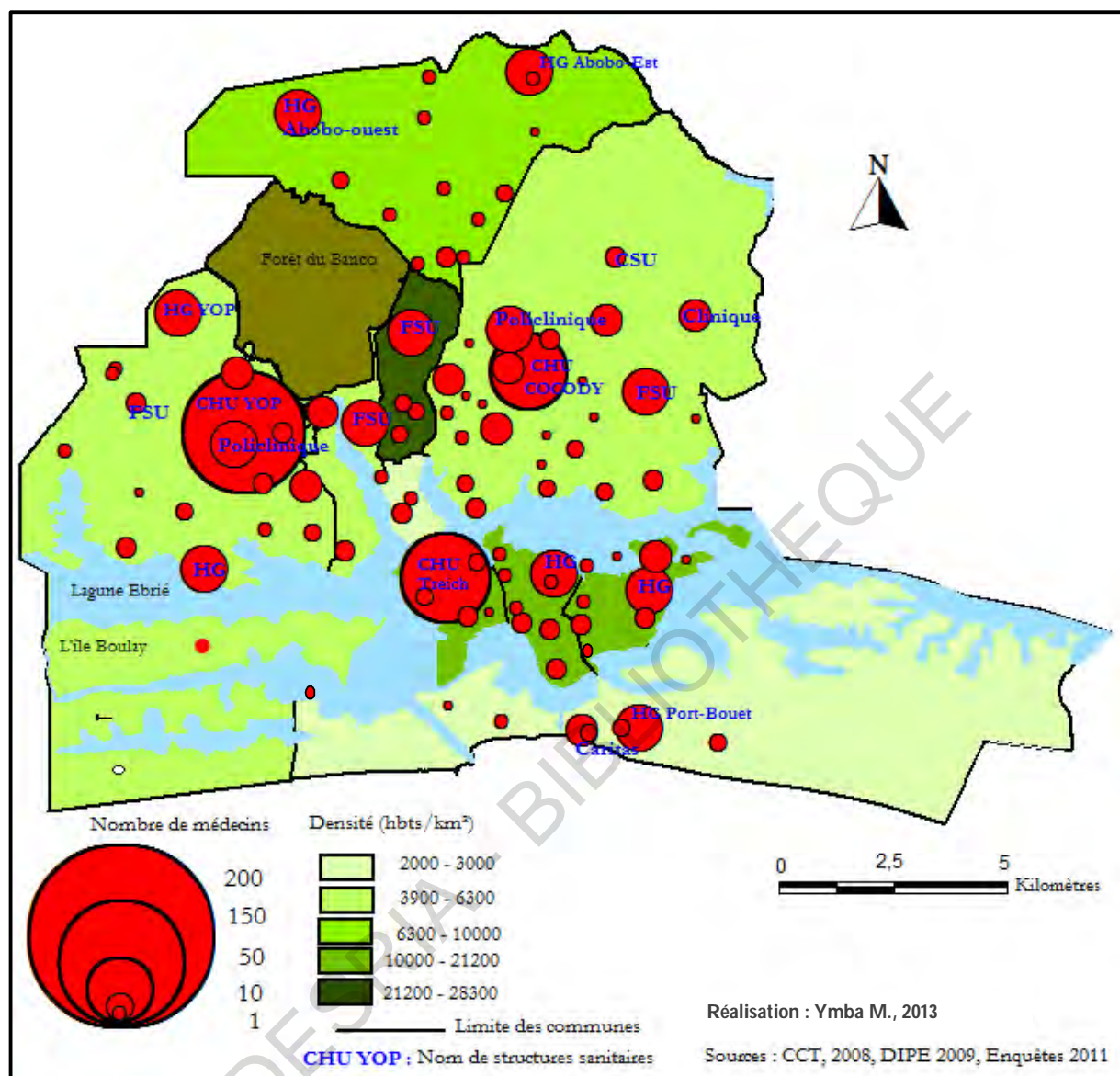
Si la grande partie des médecins exerce dans le secteur public en tant que fonctionnaire du Ministère de la Santé, il est fréquent qu'un médecin exerce aussi des vacations dans le secteur privé, fortement rémunérateur.

L'absence physique du personnel de santé dans les infrastructures publiques est en grande partie due à leur présence dans les structures privées. Si l'on ajoute à cette double activité, l'absentéisme pour raison de formations, des cours, des séminaires ou de réunions, la perturbation du fonctionnement des services est manifeste.

La répartition inégale des médecins révèle parfois des stratégies privilégiant le clientélisme plutôt que des objectifs de rationalisation des ressources, ou des tentatives de détournement des malades du secteur public vers des cliniques privées moyennant des commissions [DIPE, 2006]. Cette situation met en exergue toute la difficulté à gérer le secteur hospitalier qui doit à la fois réduire les coûts des soins pour permettre au plus grand nombre d'avoir recours à ces soins hospitaliers, et revaloriser l'activité salariale du personnel de santé de façon à en réduire l'absentéisme.

La marge de manœuvre des autorités sanitaires sur les ressources humaines est faible et la concentration des efforts en milieu urbain au préjudice du milieu rural demeure un des problèmes majeurs du pays. Mais avec une grille salariale faible, on ne peut pas se permettre de blâmer les médecins qui partagent leur temps de travail entre l'hôpital public, les cliniques privées, les organismes de recherches et les programmes de lutte contre telle ou telle maladie. Parfois, les médiocres conditions d'exercice à l'hôpital poussent le

Carte 23. Distribution des médecins dans les structures de soins à Abidjan en 2009 et densité de population



II.1.2. Distribution spatiale des infirmiers

De la lecture de la carte 24, il ressort deux idées. D'une part, les infirmiers constituent la spécialité la plus représentée sur le territoire d'Abidjan ; elle est également celle qui, en termes d'effectifs, possède la meilleure couverture. Les infirmiers sont répartis de manière homogène sur la ville, seuls l'Ouest et le Nord sont moins bien desservis. De plus, cette situation induit le fait que plus les effectifs de praticiens sont importants, plus la couverture du territoire est dense. D'autre part, la carte de répartition des infirmiers est sensiblement la même que celle des médecins.

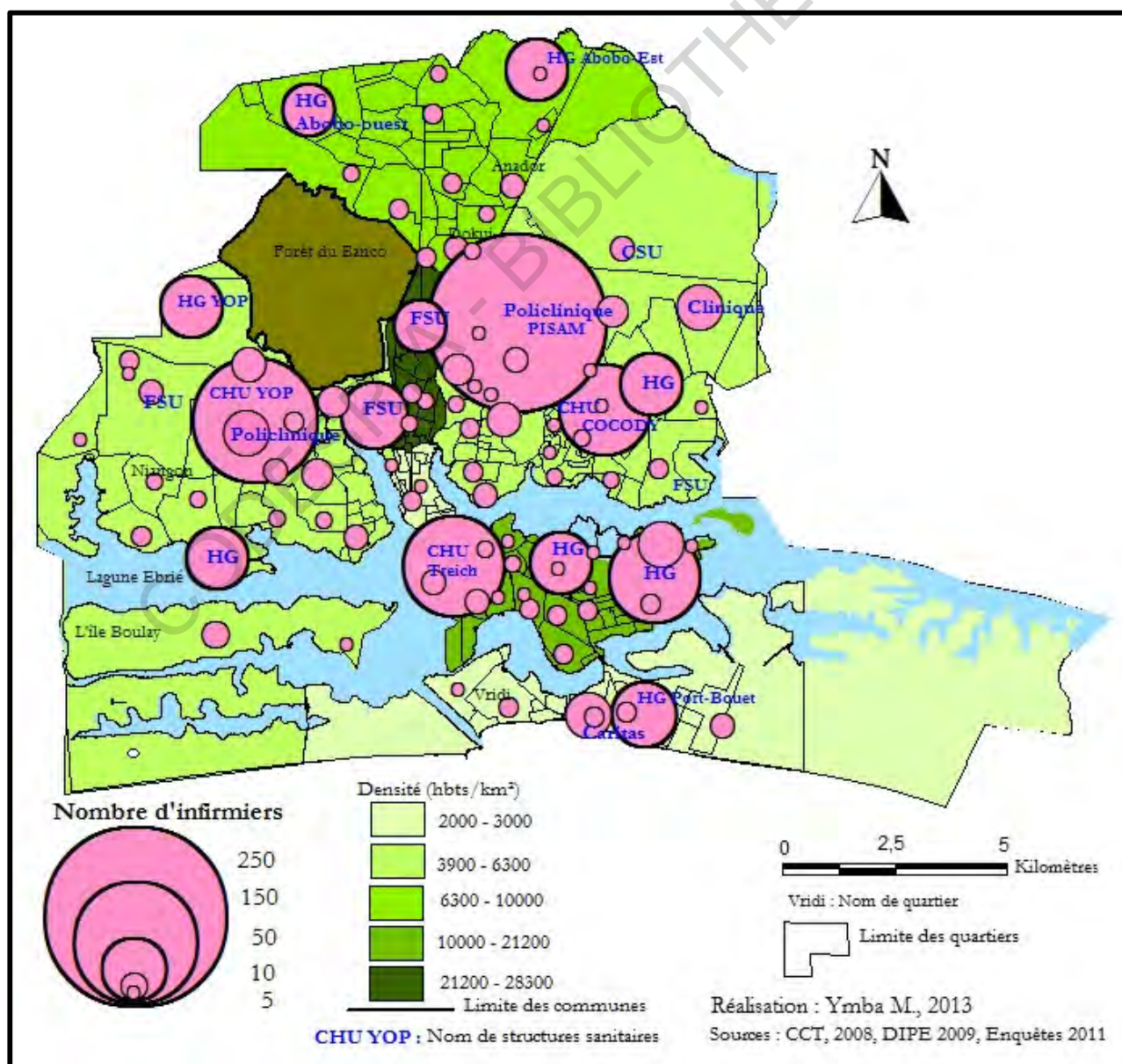
Il faut dissocier le cas des infirmiers des autres catégories de professionnelles à cause de leur nombre largement supérieur à toute autre catégorie. Du fait également de la nature et de la consommation de soins à laquelle il se rattache : soins primaires, premiers diagnostics, etc. Leur densité est aussi importante dans les équipements de troisième et deuxième niveau que dans les équipements de premier niveau. Cette situation illustre les phénomènes de concentration en milieu urbain de ces professionnels. Les services de

santé disposant des infirmiers en ont au moins entre cinq et deux cent cinquante, suivant les types d'établissements sanitaires. Le plus grand nombre se trouvant dans la polyclinique internationale Pisam à Cocody et les trois CHU de la ville.

Pourtant, on a en moyenne 1 infirmier d'État pour 7 237 habitants. Dans les quartiers centraux où l'offre est dense, c'est 15 341 habitants pour 1 infirmier d'État. Les effectifs sont donc en deçà des normes internationales (1 infirmier d'État pour 5 000 habitants).

Contrairement à la répartition des médecins par rapport à la densité des populations, celle des infirmiers semble être induite par la densité de population par commune. On trouve une offre importante des infirmiers aussi bien dans les zones densément peuplées, que moins peuplées (Carte 24). Elle est même parfois très forte dans les zones moins peuplées comme le Nord-Est dans la commune de Cocody. Pouvons-nous conclure qu'il existe un lien entre l'installation d'un infirmier et les besoins de soins des populations ? Difficile d'y répondre, car cette offre génère des inégalités d'accès aux soins dans les quartiers n'ayant pas d'infirmier et isolés de la commune d'Abobo.

Carte 24. Nombre d'infirmiers diplômés d'État dans les structures de soins à Abidjan en 2009 et densité de population



Pour l'ensemble de la ville, le nombre d'infirmiers s'élève à 2 987. La présence d'établissements privés contribue énormément à gonfler ce chiffre. Parmi les infirmiers, les plus hauts gradés de la profession, c'est-à-dire les Infirmiers Diplômé d'État (IDE), occupent une place tout à fait intéressante puisque leur niveau les autorise à effectuer des soins curatifs et à prescrire des médicaments. Pour cette raison, ils sont présents dans des structures de soins beaucoup plus diverses que les médecins comme les FSU, CSU, CSUS, les cabinets privés de soins infirmiers, mais aussi dans les structures de deuxième niveau de référence comme les HG, les cliniques ou de troisième niveau telles les polycliniques. Les infirmiers moins diplômés sont localisés dans les infirmeries et les dispensaires. Leur nombre est beaucoup plus important dans les infirmeries scolaires et universitaires de la ville.

Les infirmiers sont souvent sous-estimés dans le corps médical dans la capitale. Ils sont beaucoup plus valorisés dans les structures de soins de l'intérieur du pays et dans les zones rurales. À Abidjan, la plupart des ESPC, où on trouve les infirmiers sont sous-utilisés, car les populations les accusent d'être incompetents. Le niveau de formation des infirmiers s'est en effet, dégradé au cours de ces 10 dernières années. Ces derniers aussi, ne font aucun effort pour augmenter leur côte de popularité, car ils sont démotivés par leur grille salariale (150 000 Fr CFA soit 229 Euros). La corruption est très importante dans leur domaine.

Par ailleurs, ces effectifs importants voire pléthoriques, observés dans certaines structures publiques constituent des obstacles au bon fonctionnement des établissements, entraînant une situation de quasi chômage technique pour une partie du personnel dans certaines structures surpeuplées. Cette situation se répète aussi pour la profession de sage-femme dont les effectifs en milieu urbain présagent ces mêmes situations. Faute de données, les autorités sanitaires ne semblent avoir qu'une faible influence dans la répartition du personnel soignant alors qu'une meilleure utilisation des données statistiques permettrait peut-être de réorganiser le personnel médical en fonction des activités et des besoins réels de santé.

II.1.3. Distribution spatiale des sages-femmes

La carte de répartition des sages-femmes est différente des deux autres cartes que nous venons d'analyser. La couverture est plus inégale et accuse un retard plus important au niveau des effectifs, on a en moyenne 1 à 150 sages-femmes suivant le type de structures sanitaires (Carte 25).

On retrouve néanmoins quelque ressemblance au niveau de la concentration des effectifs. Comme dans les autres cas, c'est dans les services de santé secondaire et tertiaire et dans les quartiers centraux que se localise le nombre important de sages-femmes. Pour le reste, leur répartition est faible et inégale.

La desserte reste insuffisante, avec en moyenne 1 sage-femme pour 8 872 habitants, voire 12 504 habitants dans les quartiers de l'île de Petit-Bassam. Des ratios supérieurs aux normes de l'OMS (1 sage-femme pour 5 000 habitants) même avec un effectif élevé des sages-femmes dans les services de santé privés.

La relation entre densité de population et distribution des sages-femmes montre qu'il n'existe aucune relation entre l'installation des sages-femmes et la densité des populations bien qu'elles dispensent l'un des soins les plus consommés par la population. La

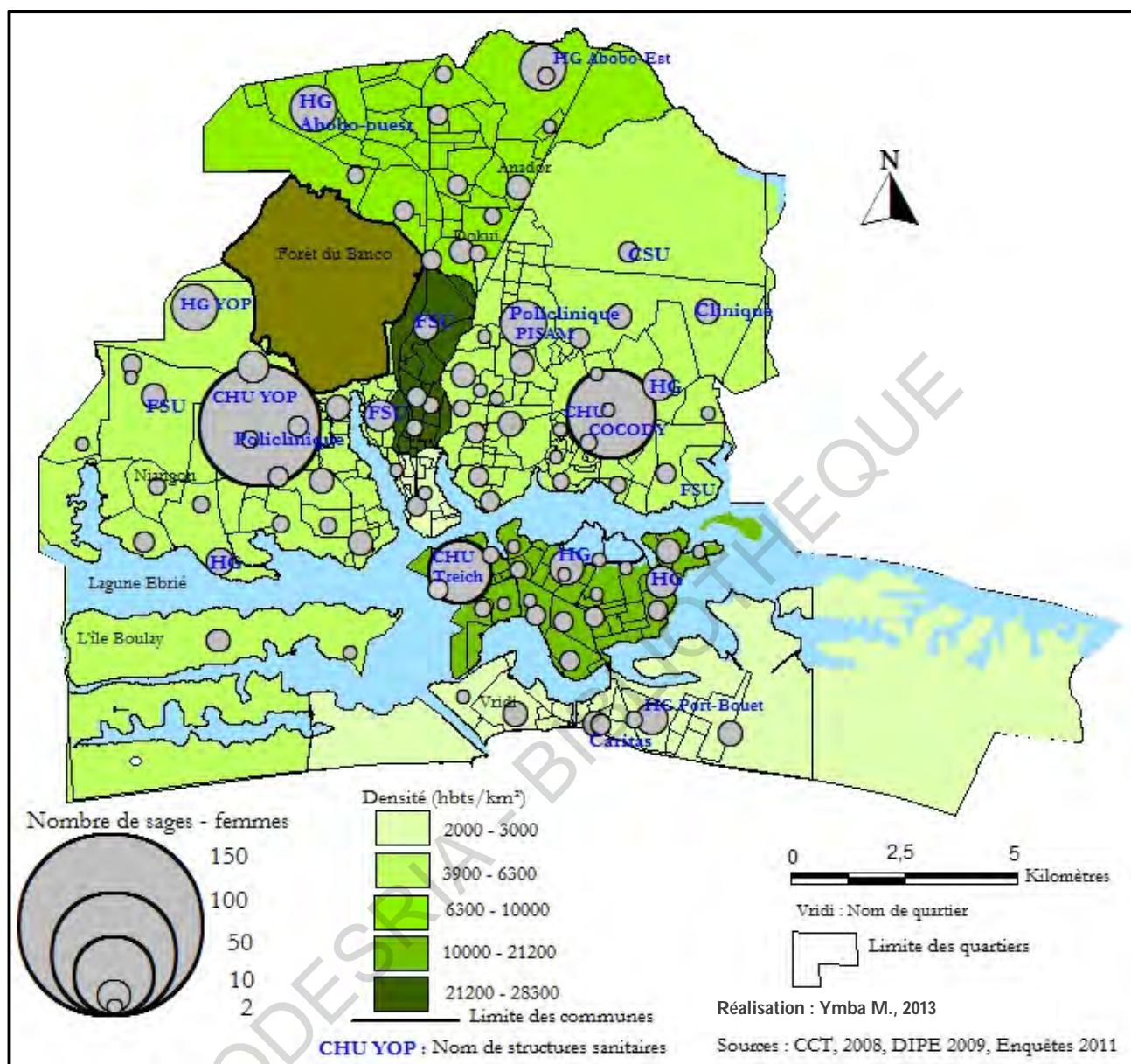
distribution et le nombre de sages-femmes ne respectent aucune logique. Leur répartition suit plutôt le type et le niveau des établissements sanitaires à Abidjan. Plus, le service de santé à un niveau élevé et plus l'effectif est important. Et moins il est important et plus il est sous équipé et sous-estimé par les autorités en charge de la planification sanitaire, même si son taux d'utilisation est élevé (cf. *Partie II, Chap.II*). Cela expliquerait l'engorgement des CHU et des HG par rapport aux ESPC.

De façon générale, les professionnels de santé sont fortement concentrés dans les services de santé des quartiers centraux, sans pour autant appauvrir le reste de la ville en termes d'effectifs de professionnels de santé. Ceci se vérifie par une relativement bonne couverture du territoire, excepté pour les catégories de spécialistes et des sages-femmes. L'offre de soins, en termes d'effectifs de professionnels de santé, présente deux visages caractéristiques : plus les effectifs de praticiens sont importants, plus ils présentent une meilleure homogénéité dans leur localisation ; et inversement pour les catégories dont les effectifs sont les moins nombreux. En somme, il apparaît moins d'inégalités géographiques dans l'offre de soins pour les catégories les mieux représentées.

Néanmoins, la répartition des professionnels de santé subit le fait urbain. Les différences d'effectifs concernent essentiellement les marges nord, sud et ouest de la ville, c'est à dire les zones périphériques. L'étalement de la ville crée donc des inégalités d'accès aux soins, induites par la localisation de l'offre. Pour ces zones, le constat concernant les spécialistes est le même : faibles effectifs et concentration centraux.

Cependant, cette observation sera-t-elle confirmée par les données sur la consommation de soins ? Quelles conséquences impliquent cette répartition des professionnels de santé sur l'accessibilité et la consommation de soins de la population d'Abidjan, et plus particulièrement dans les espaces sociaux défavorisés ? Le recours aux soins sera-t-il plus important dans les quartiers où le volume d'effectif des professionnels de santé est le plus important ? (cf. *Partie II, Chap.I et II, Partie III, Chap.II*).

Carte 25. Nombre sage-femme dans les structures de soins à Abidjan en 2009 et densité de population



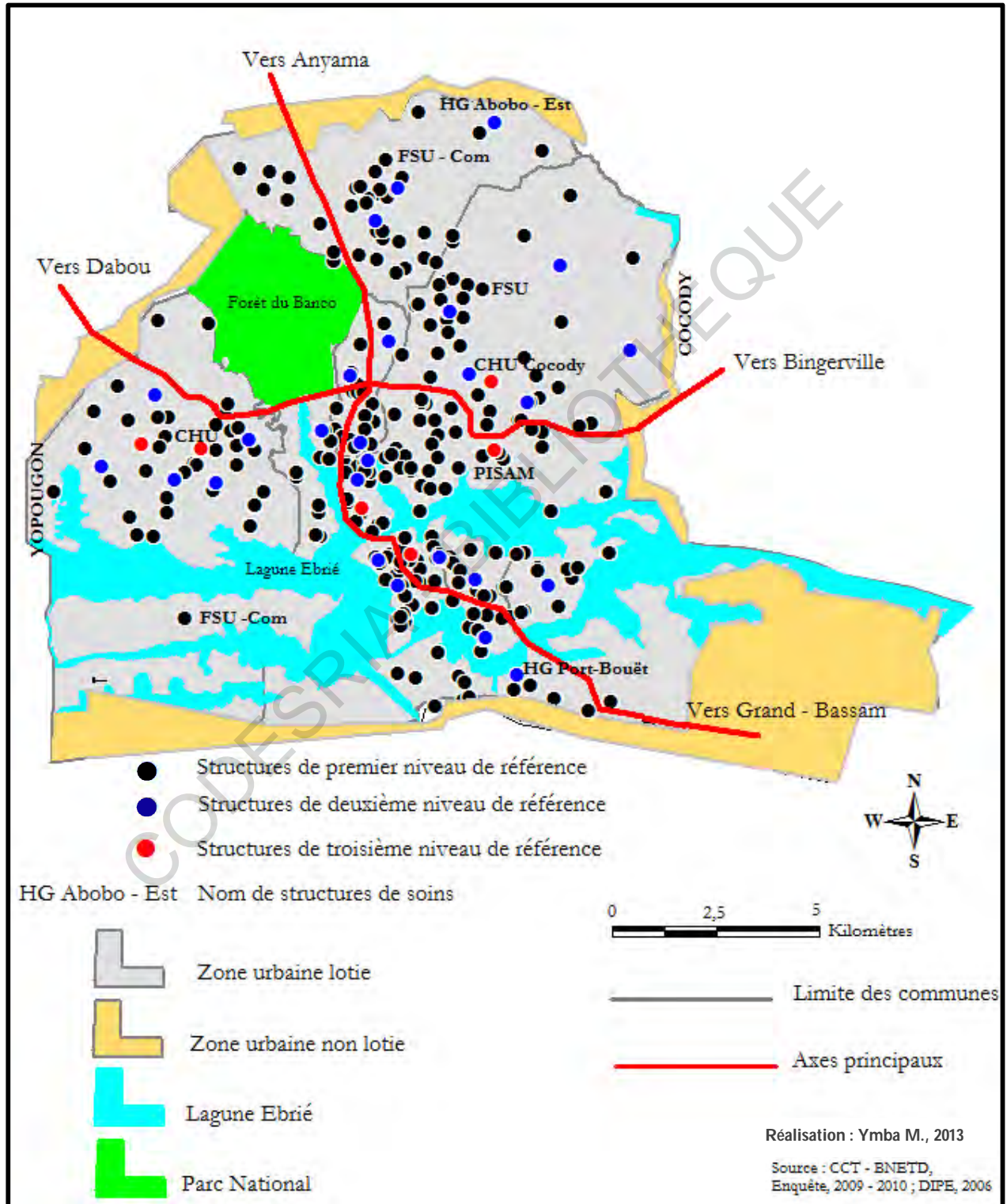
II.2. La prise en compte des caractéristiques de l'offre de soins, accentue les disparités d'accès aux soins

II.2.1. Distribution spatiale des structures par niveau de soins

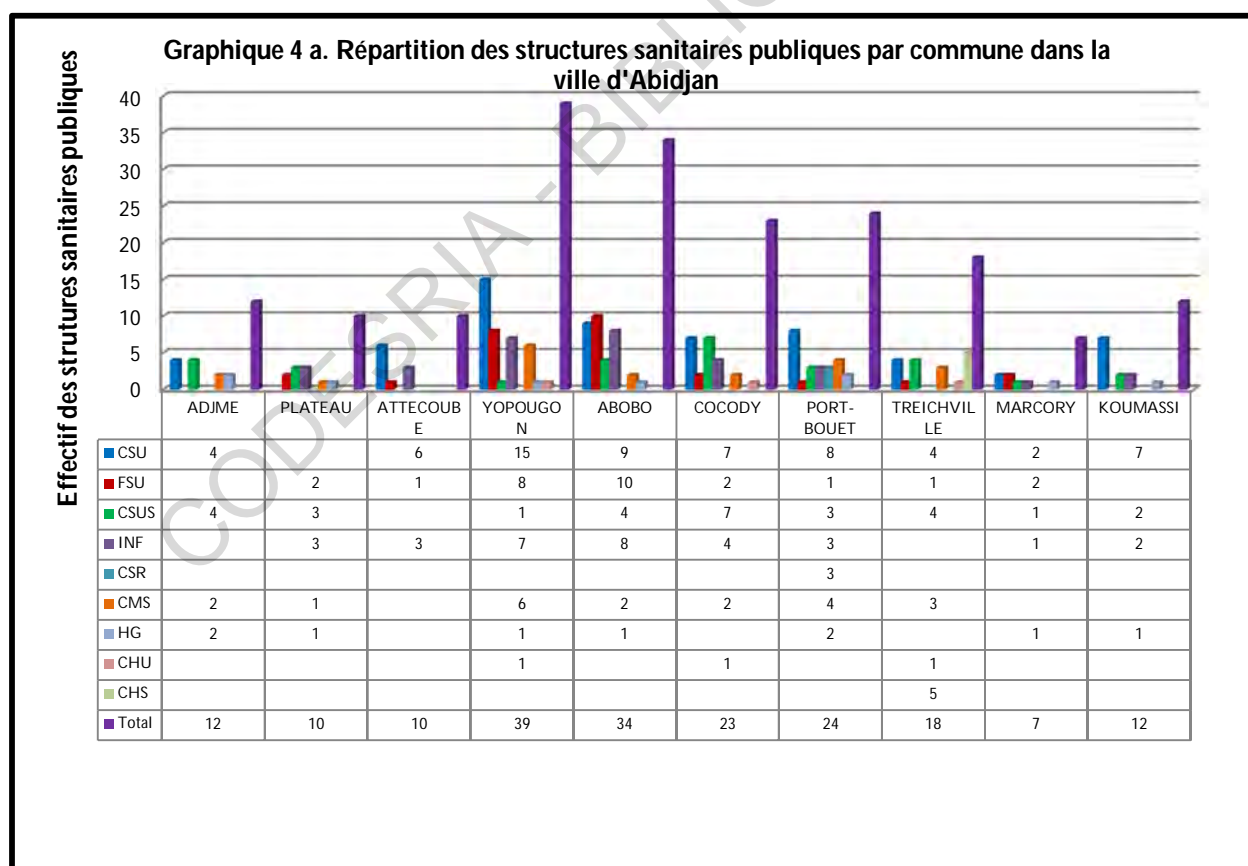
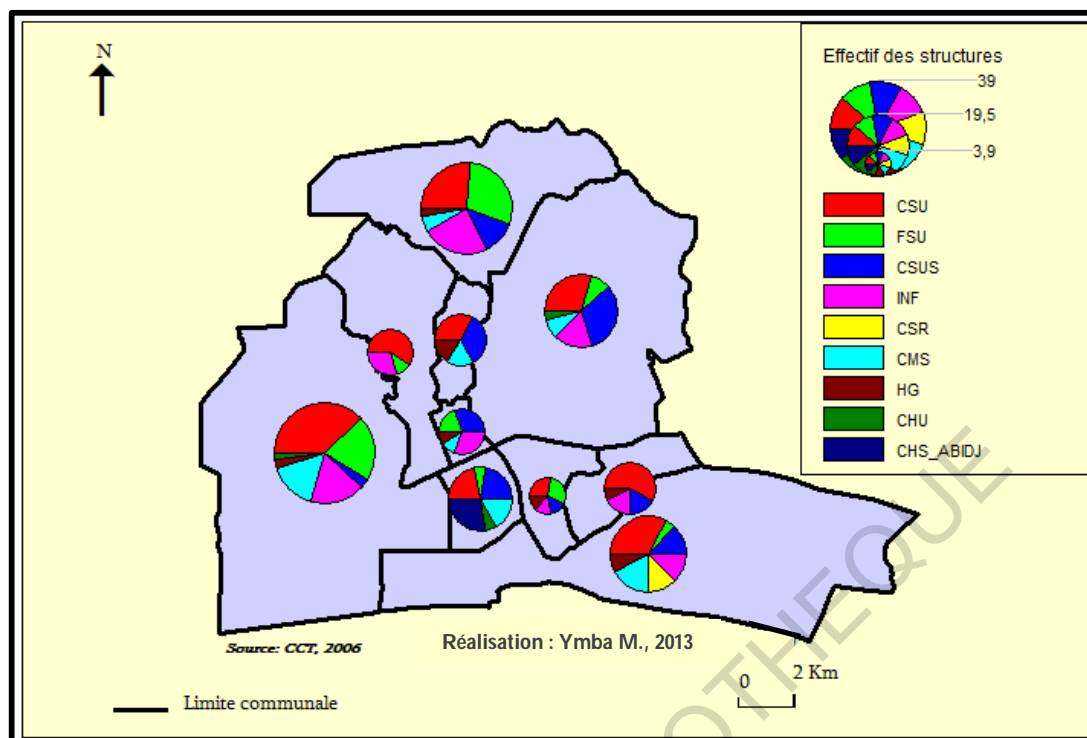
La couverture sanitaire des structures de premier contact, uniforme sur l'ensemble de la ville, est la plus dense et la plus homogène dans l'espace urbain. Les secteurs périphériques comme les secteurs centraux sont équipés par ces services de soins de santé primaires qu'ils appartiennent au secteur privé ou public (Carte 26). Dès le premier niveau de référence, des disparités intra-urbaines apparaissent. L'offre de soins primaires publiques et privées sont les plus importants dans toutes les communes, les inégalités sont négligeables à ce niveau. Mais, on observe quand même une petite disparité sur le type de services de santé. Les CSU par exemple n'existe pas dans la commune de Treichville, mais sont présents dans les autres communes, où ils sont nombreux, 15 structures à Yopougon

et 9 à Abobo. Les FSU existent et sont en nombre important dans toutes les communes. Au niveau des infrastructures privées, les CSI sont majoritaires, ainsi que les cabinets dentaires et CM. Leur nombre est plus important au nord de la ville (Carte 27 a et 27 b, Graphique 4 a et 4 b).

Carte 26. Localisation des structures sanitaires par niveau de soins à Abidjan en 2009



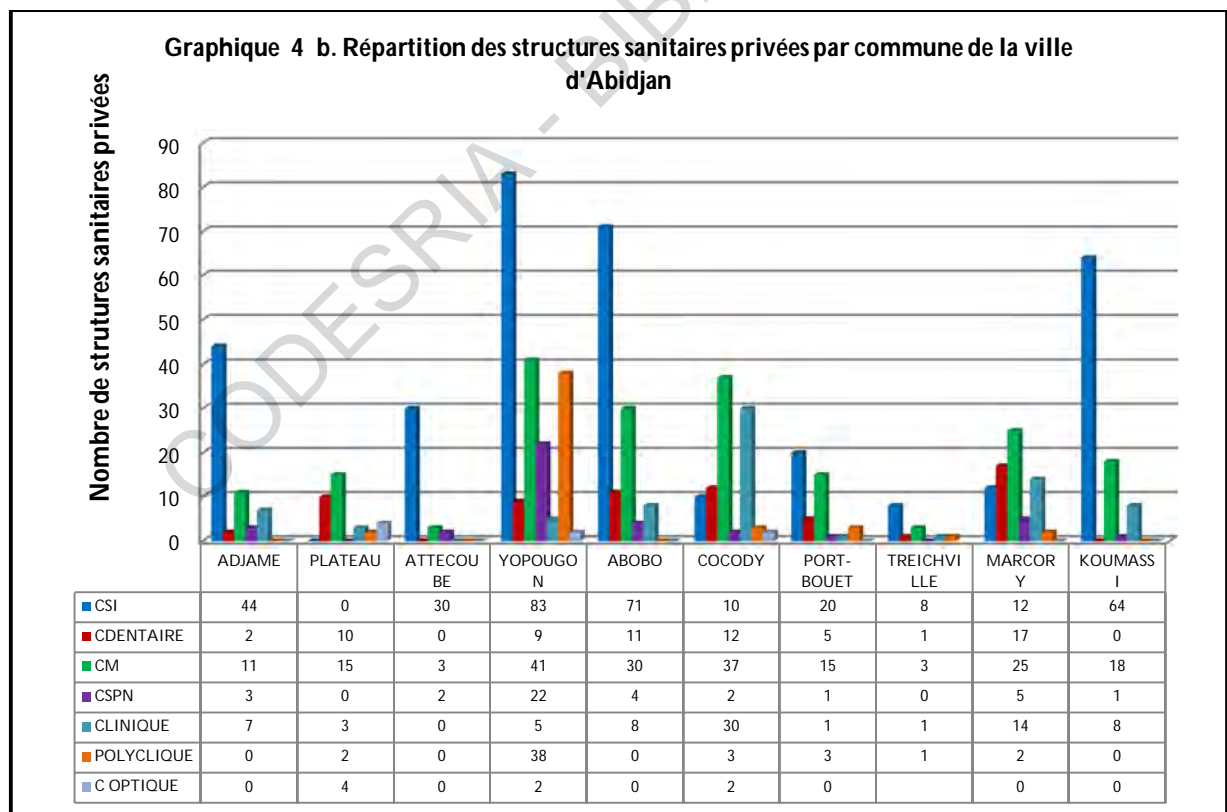
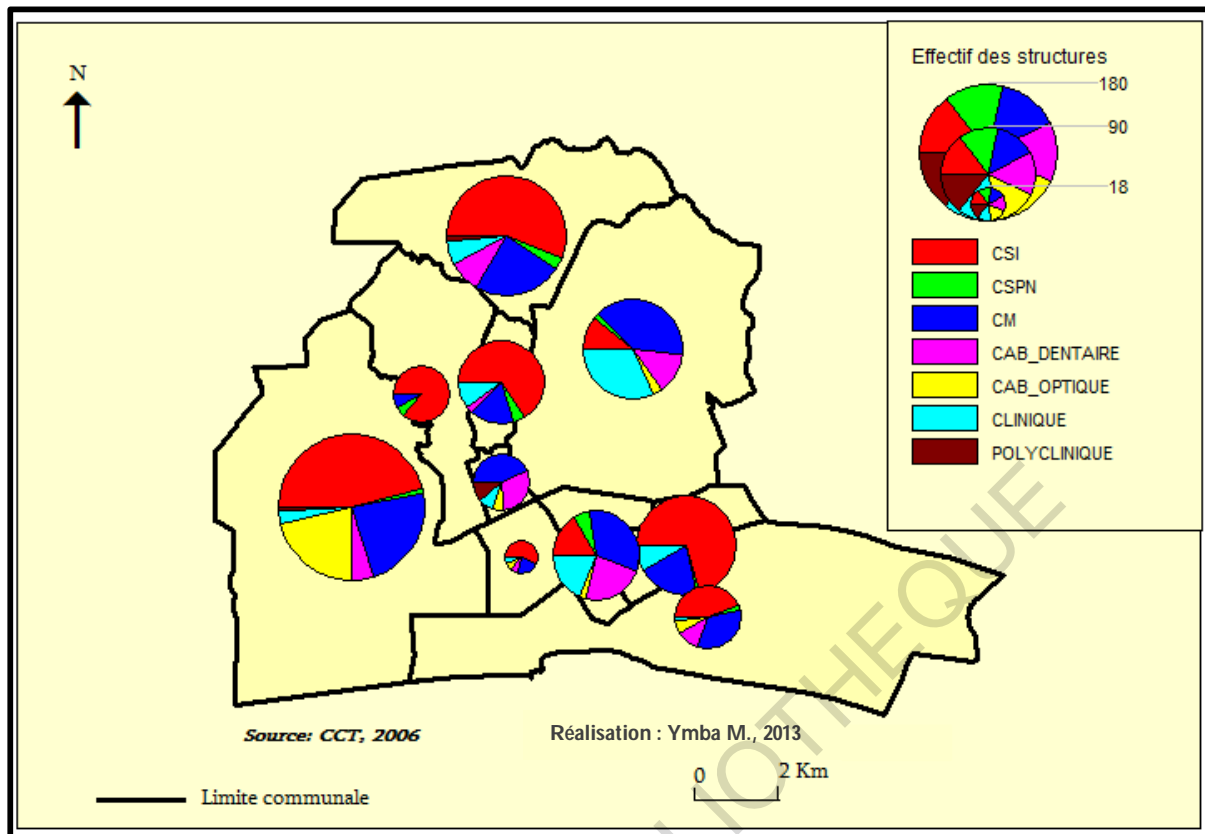
Carte 27 a. Effectif de l'offre de soins publique par niveau de soins à Abidjan en 2009



Source : DIPE, CNTIG, 2008, 2009 ; Enquête « Accès et recours aux soins », Abidjan, 2009-2011

CSU : Centre de Santé Urbain ; FSU : Formation Sanitaire Urbaine ; CSUS : Centre de Santé Urbain Spécifique
 INF : Infirmerie ; CSR : Centre de Santé Rural ; CMS : Centre Médical Spécifique ; HG : Hôpital Général
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire ; CHS : Centre Hospitalier Spécifique.

Carte 27 b. Effectif de l'offre de soins privée par niveau de soins à Abidjan en 2009



Source : DIPE, CNTIG, 2008, 2009 ; Enquête « Accès et recours aux soins », Abidjan, 2009-2011

CSI : Cabinet de Soins Infirmier ; CM : Cabinet Médical ; CSPN : Centre de Santé PréNatal.

Concernant le deuxième niveau de référence, l'offre est répartie dans neuf communes à l'exception de la commune de Treichville. L'offre de soins de troisième niveau se regroupe dans trois communes. On retrouve les CHU et les polycliniques du secteur privé lucratif dans les communes de Cocody, Yopougon et Treichville.

Les activités pratiquées dans les centres de santé publics sont fonction du niveau de soins de référence. Faute de centre de santé de proximité, les CHU sont utilisés comme des hôpitaux de quartier. On y vient pour des soins qui relèvent d'un simple dispensaire. Les heures de travail sont différentes d'un niveau à un autre niveau de référence. Les CHU, les structures de soins du secteur privé et les HG sont ouverts 24/24.

Deux types d'activités sanitaires sont pratiqués dans les centres : on a les soins préventifs dominés par les vaccinations infantiles, visites prénatales et les lieux d'accouchements des mères et les soins curatifs. Les soins préventifs ont connu ces dernières années un grand succès à travers la vaccination (BCG, VAR, POLIO, etc.).

Les soins curatifs sont analysés par rapport aux taux d'utilisations et de fréquentations dans les services de santé. Améliorer l'accès, étant une priorité nationale, l'État et de nombreux autres partenaires du développement ont soutenu d'importants investissements pour construire et équiper des centres de santé de base. Pourtant, malgré une augmentation considérable du nombre de dispensaires, la fréquentation n'a pas beaucoup variée et les indicateurs de santé demeurent très préoccupants. La tendance actuelle ne permettra pas à la Côte d'Ivoire d'atteindre les objectifs du millénaire. Tant que la population n'utilisera pas davantage les services de soins préventifs et curatifs, il est fort probable que cette tendance ne se modifie pas significativement. Tenter de se rapprocher des objectifs du millénaire, exige des mesures permettant une évolution positive des taux de fréquentations des services.

II.2.2. Répartition des lits d'hospitalisations dans les services de santé de la ville d'Abidjan

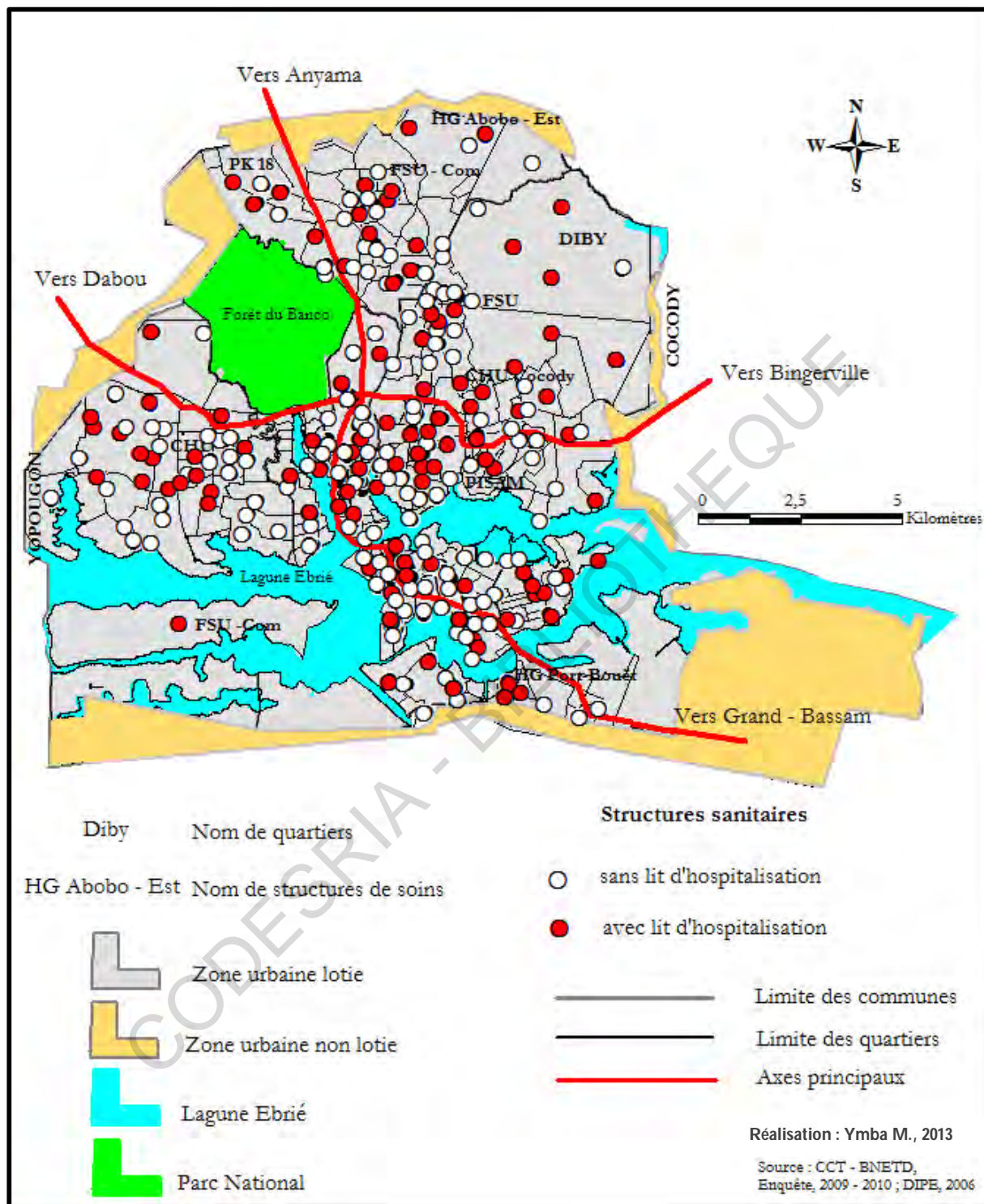
La distribution des lits d'hospitalisations indique la faiblesse de l'équipement matériel des formations sanitaires d'Abidjan. En effet, si la couverture sanitaire à Abidjan paraît dense, finalement peu de structures sont en mesure d'offrir une hospitalisation. On constate que seule les HG, les cliniques, les polycliniques, les CHU et quelques FSU ou FSU-Com et CM du centre de la ville sont capables d'hospitaliser les malades (Carte 28). C'est une des raisons pour lesquelles les HG et les CHU connaissent régulièrement un engorgement entraînant le plus souvent des attentes interminables et des retards dans la prise en charge des patients. Les CHU sont beaucoup plus surchargés, car ils proposent des activités beaucoup plus diversifiées et complètes.

La distribution des lits d'hospitalisations dans les services de santé serait-elle plus liée au niveau de l'offre de soins qu'à la prise en charge des malades ?

À cette question, le Ministère de santé répond en disant que le matériel hospitalier étant très coûteux, les autorités font ce qu'ils peuvent pour équiper les établissements sanitaires afin de prendre en charge les malades.

Une répartition plus efficace des lits d'hospitalisations dans les FSU ou CSU ne serait-elle pas plus judicieuse ? Car on vient de le voir, cette offre de premier niveau est plus ou moins bien répartie dans la ville et plus proche des populations.

Carte 28. Distribution des lits d'hospitalisations dans les formations sanitaires de la ville d'Abidjan en 2009



Nous avons au total, 2 504 lits d'hospitalisations [DIPE, 2009], mais deux tiers et demi de cette capacité se concentrent dans les trois CHU, et plus particulièrement dans le CHU de Treichville avec 658 lits d'hospitalisations, les deux autres CHU ont une capacité d'hospitalisation évaluée entre 90 et 150 lits.

La polyclinique PISAM⁵⁸ se démarque en bénéficiant d'une forte capacité hospitalière de haut standing (Photo 5 et 6). La PISAM offre des prestations de santé d'une qualité et d'une technicité conformes aux normes internationales, ainsi qu'une infrastructure hospitalière présentant une large gamme de soins. La PISAM a un espace très bien aménagé pour accueillir les patients, un environnement sain et des matériaux hospitaliers de qualité, contrairement aux HG et aux CHU publics qui offrent des hospitalisations minables aux malades à cause des équipements vétustes et délabrés dans certains services de santé (Photo 7).

La polyclinique à une renommée internationale, à cause de la qualité de ses équipements, de son plateau technique bien fourni et de ses médecins aux renommés internationales [Kachou A., 2010]. Avec ses coûts de soins très élevés, la polyclinique est aux services des malades aisés et non des malades pauvres qui ne pensent même pas y accéder. La politique marketing de cet établissement sanitaire est d'ailleurs fait pour attirer les malades riches, venus parfois de toute l'Afrique.

Photo 5. La Pisam, un centre hospitalier de référence en Afrique de l'Ouest



Source : Aimé Kachou, 2010

Photo 6. Chambre d'hospitalisation de haut standing à la Pisam

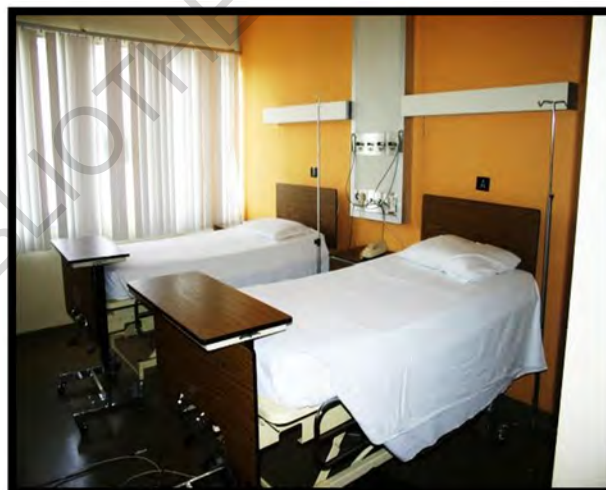


Photo 7. Des lits d'hospitalisations à l'hôpital général de Port-Bouët

Cette salle d'hospitalisation peut accueillir plus de six malades. À voir sur la photo, les lits et l'état de la chambre sont vieillissants, mal entretenus et insalubres. Cela peut constituer des risques sanitaires pour l'ensemble des malades hospitalisés.

Source : Ymba M., 2011

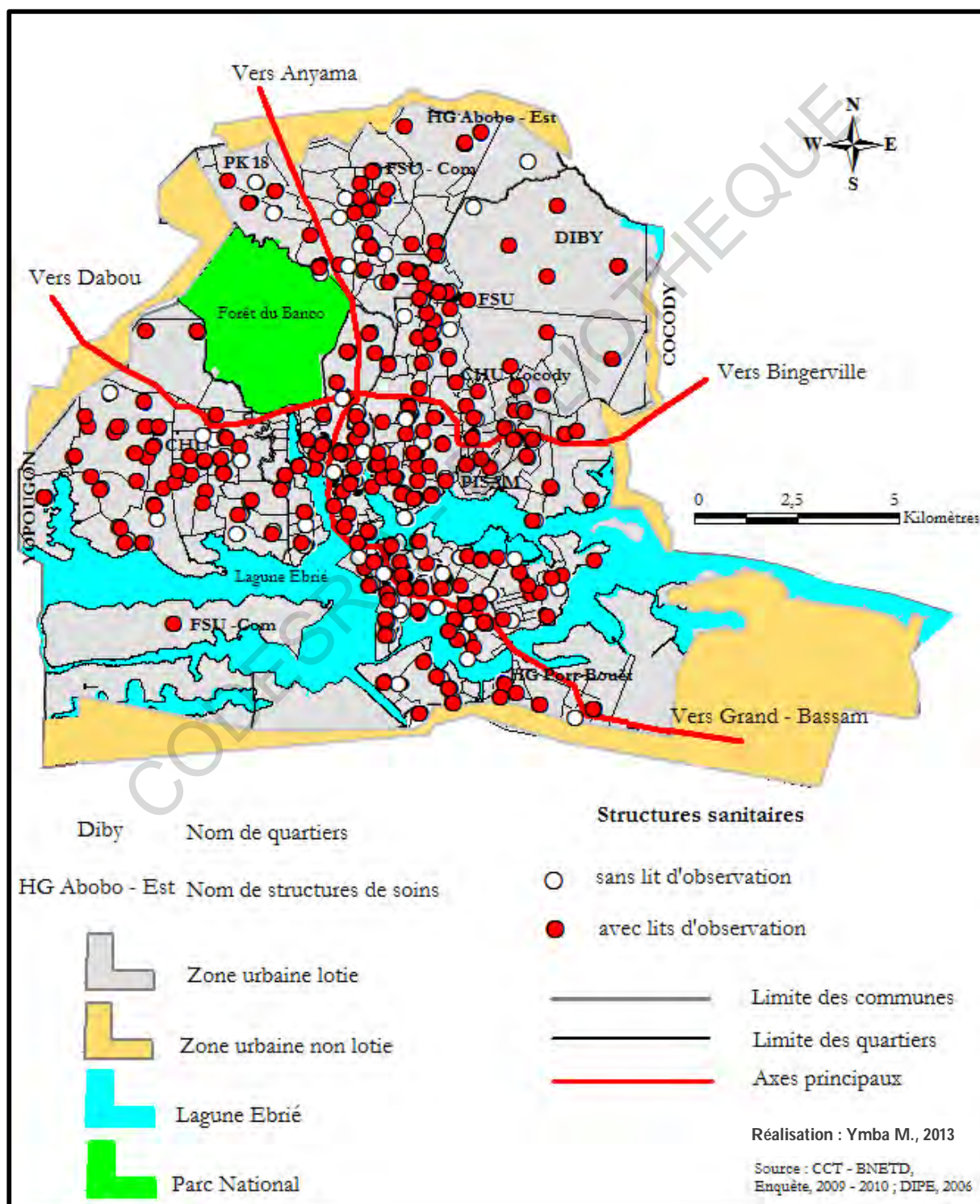


⁵⁸ La polyclinique internationale Sainte Anne Marie (PISAM) a été inaugurée au début de l'année 1985. La PISAM offre une gamme complète de soins. La compétence des médecins spécialistes, les équipements sanitaires de pointes et une organisation au service des patients sont le gage de l'efficacité et de la qualité des soins qui ont fait de la PISAM, depuis sa création jusqu'à aujourd'hui, un des fleurons de la médecine moderne en Afrique. C'est dans ce cadre qu'elle a obtenu plusieurs distinctions, dont le prix international qualité Crown Award 2004 BID de Londres.

II.2.3. Distribution spatiale des lits d'observations

Les lits d'observations remplissent un rôle non négligeable dans la prise en charge des malades. Ils permettent de poser une perfusion à un patient et de le garder alité quelques jours. Nous avons enregistré 571 lits d'observations dans 177 structures de soins. La majorité des structures de soins possèdent un ou deux lits. Les lits d'observations sont majoritaires dans les ESPC (Carte 29).

Carte 29. Distribution des lits d'observations dans les formations sanitaires de la ville d'Abidjan en 2009



La majorité des structures sanitaires de la ville possède des lits d'observations, mais nous sommes peu certains de leurs opérationnalités.

En période de fortes consommations de soins par exemple, la capacité des lits d'observations n'est plus suffisante et certains infirmiers n'ont d'autres choix que de poser des perfusions à des patients à même le sol, dans les couloirs des salles d'attente des services de santé. La poche de perfusion étant alors fixée au mur avec du scotch (Photo 8).



Photo 8. Un malade hospitalisé à même le sol

Avec l'insuffisance des lits d'observations, un enfant de 13 ans souffrant du paludisme est hospitalisé à même le sol au CHU de Treichville.

Source : Ymba M., 2011

II.2.4. Les équipements matériels lourds : de fortes disparités d'accès

Les équipements matériels lourds les plus courants tels que les scanners, les appareils d'imageries par résonance magnétique, les tables de radiologies, les tables d'opération, les équipements de salle d'opération, etc., sont situés en moyenne entre 15-25 kilomètres de la population, soit moins d'une heure par la route. Les équipements matériels lourds constituent les équipements sanitaires les plus difficiles d'accès géographiquement, puisque seules les CHU, les institutions spécialisées, quelques HG, polycliniques et cliniques sont dotés de ce type d'équipement matériel hospitalier.

Par ailleurs, les équipements lourds ou « équipements huppés » qui ont été construits spécialement pour les CHU d'Abidjan avant même leur ouverture sont aujourd'hui vieux, de mauvaises qualités, en nombre insuffisants et peu fonctionnels à cause des pannes fréquentes enregistrées.

Cependant, certaines cliniques et polycliniques de la ville se démarquent de cette situation, c'est le cas de la polyclinique, la PISAM. En effet, cet établissement concentre des équipements huppés, mais fonctionnels. La PISAM permet de prodiguer des soins adaptés à la population ivoirienne et même de l'Afrique qui a les moyens. Elle possède également un « hélicoptère », qui permet d'accueillir les malades venant de l'intérieur et de l'extérieur du pays en hélicoptère. C'est le seul établissement sanitaire dans le pays et même dans la sous-région à avoir de tels équipements (Photo 9 et 10).

Photo 9. L'une des 7 salles chirurgicales de la PISAM



Source : Ymba M., 2010

Photo 10. L'héliport de la PISAM, à l'arrière du bâtiment principal



Source : Aimé Kachou, 2010

À l'échelle de la ville, l'offre de soins, tous statuts et tous niveaux de soins confondus, est dense et répartie sur l'ensemble de la zone urbaine lotie. Grâce à la mobilité croissante des citadins, les irrégularités de sa distribution ne devraient pas jouer comme des obstacles à l'accès physique aux soins.

Cependant, cette série de cartes, illustrant la répartition de l'offre de soins moderne en fonction des six indicateurs (la distribution des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des niveaux de soins, des lits d'hospitalisations ou d'observations de santé et des facteurs qui caractérisent l'offre de soins), montrent que pour juger du niveau d'équipement sanitaire d'une ville, le critère de la densité des structures de soins n'est pas suffisant. En effet, quantité ne rime pas nécessairement avec qualité des infrastructures et des soins, et le nombre important de formations sanitaires cache effectivement de nombreuses disparités intra-urbaines de santé qui affectent Abidjan où certaines périphéries possèdent des formations sanitaires faiblement équipées en ressources humaines ou équipements techniques, au profit des formations sanitaires des secteurs centraux mieux équipés.

Comme les sociétés développées, les autorités ivoiriennes doivent faire de la réduction des inégalités un souci permanent, car cela est déterminant dans l'amélioration de l'accès aux soins.

Nous devons, par ailleurs, confronter la répartition des ressources sanitaires et les besoins de soins des populations dans la deuxième partie de la thèse. On pourra vérifier si cette offre dense est en adéquation ou non avec les besoins en soins de santé des populations. Mais, pour l'heure, nous analysons l'impact des stratégies d'implantation sur la distribution de l'offre de soins de la ville qui n'est pas sans conséquence sur l'accès aux soins.

III. Les logiques d'implantation de l'offre de soins dans la ville d'Abidjan

L'analyse des stratégies d'implantation de l'offre de soins passe dans un premier temps à une connaissance précise des caractéristiques du système de soins de la ville d'Abidjan. En effet, la mise en place des services de soins est différente quand on prend la typologie, le

secteur, le niveau ou la nature de l'offre de soins.

III.1. Un système de soins complexe qui accentue les inégalités

L'offre de soins modernes est dense à Abidjan. Mais elle est aussi diversifiée et cette diversité peut avoir un impact considérable sur l'accès aux soins et rendre complexe l'élaboration d'une typologie. La complexité du système de soins est telle, que désormais s'établissent des rapports de forces concurrents qui se projettent dans l'espace au détriment de l'intérêt du patient et creuse davantage les inégalités dans les zones de la ville.

De ce fait, que ce soit les structures de soins, l'administration sanitaire ou les usagers du système de soins, chacun a sa propre pratique de l'espace et revendique son territoire. Une approche globale du système de soins est donc indispensable pour prendre en compte l'ensemble des services de soins qui s'offrent aux citoyens.

L'établissement de typologie des services de santé modernes officiels nous permettra dans la suite de ce travail de réaliser l'étude sur l'activité du système de soins. La connaissance précise du statut des structures, des types de soins, devrait nous permettre premièrement de construire notre échantillonnage à partir d'un choix raisonné. Deuxièmement, afin de traiter les données, il nous a paru nécessaire d'opérer des regroupements pour que chaque catégorie statistique reste pertinente et représentée.

Différents critères sont habituellement utilisés pour hiérarchiser les prestataires de soins, car il n'existe pas de classification idéale, car il est impossible d'intégrer tous ces facteurs pour réaliser une typologie unique tant les combinaisons peuvent être nombreuses [Harang, 2007]. Nous allons classer les structures de soins selon la propriété de l'établissement (gouvernementale ou non), son orientation financière (à but lucratif ou non), ou médicale (soins modernes ou traditionnels, etc.), par rapport à la complexité de la formation sanitaire (niveau de soins) ou encore par rapport au type de soins (curatifs ou préventifs) en prenant l'exemple de quelques structures de soins (Tableau 13). Cette nouvelle répartition de l'offre de soins de la ville, en plus de faire ressortir les inégalités par typologie de l'offre dans les espaces, nous permettra de mettre en avant les problèmes d'accessibilité à ces différents types d'offres. Analyse, qui nous permet de justifier le recours thérapeutique des populations de la ville d'Abidjan dans la troisième partie de notre thèse.

Tableau 13. Typologie des services de soins selon le niveau, la nature et le secteur de la ville d'Abidjan en 2009

| Secteurs sanitaires | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|------------------------------|--|--|
| Niveau De soins | Secteur public et parapublic | Secteur privé à but non lucratif | Secteur privé à but lucratif | Secteur traditionnel | Secteur chinois | Lieux de cultes thérapeutiques | Pharmacie de rue ou vendeuses(rs) de médicaments de la rue |
| Soins tertiaires | CHU de Yopougon CHU de Treichville CHU de Cocody | | Polyclinique PISAM Polyclinique Hôtel de Dieu | Médecine Traditionnelle classique : Guérisseurs Tradipraticiens Sorciers Spiritualistes (devins, féticheurs) | Clinique Chinoise Ten thi | Églises Protestante de Koumassi Prodomo Temple assemblée de Dieu de Yopougon | Pharmacie de rue de Roxi à Adjamé |
| Soins secondaires | HG de Port-Bouët HG d'Abobo Ouest Hôpital Militaire D'Abidjan (HMA) | | Clinique Sainte – Marie Laboratoire D'analyses Médicales Et biologiques Du plateau | Médecine Traditionnelle néoclassique : Naturopathes Phytothérapeutes Psychothérapeutes | Yen à Cocody | Marabouts | |
| Soins primaires | FSU du Plateau CSU de Cocody CSUS d'Abobo Dispensaire Urbaine de Cocody Nord Centre Médical du Port Autonome Centre médico-social (CNPS) | FSU-Com D'Avocatié à Abobo CSU-Com Aboboté Dispensaire urbain la Caritas de Port-Bouët ONG internationale santé pour tous | Cabinet Médical Longchamp Cabinet soin infirmier Saint Raphaël Pharmacie Phare de Port-Bouët Cabinets clandestins | | | | |

Source : DIPE, CNTIG, 2008, 2009, Enquête « Accès et recours aux soins », Abidjan, 2009-2011

La classification a pris en compte également les autres types de soins (traditionnel, chinois et informel), indispensable pour analyser les pratiques thérapeutiques des populations dans la dernière partie de cette thèse. Une prise en compte complète de tous les types de soins semble donc justifier pour comprendre les différentes consommations des populations.

Par ailleurs, pour compléter cette typologie, nous proposons une autre classification basée sur les recherches de Berman et Hanson [1993]. Il propose de prendre en compte les critères de « propriété » et de « financement » comme points de départ pour distinguer le secteur public et le secteur privé et identifier des combinaisons se présentant souvent dans la pratique (Tableau 14).

Tableau 14. Typologie des services de soins selon le financement et la propriété

| Typologie des services de soins selon le financement et la propriété | | |
|--|--|---|
| Financement | | |
| Propriété | Public | Privé |
| Public | <i>Services fournis par les formations sanitaires publiques, moyennant le recouvrement des coûts des soins</i> <i>Ex : FSU, CSU, CSUS</i> | <i>Services payants fournis par les formations sanitaires publiques</i> <i>Ex : HG, CHU</i> |
| Privé | <i>Services fournis par une structure professionnelle, une association ou une ONG avec des subventions du gouvernement pour les salaires du personnel soignant et les autres dépenses de fonctionnement</i> <i>Ex : FSU-Com, Caritas, ONG</i> | <i>Services fournis par des praticiens privés financés directement par les patients et leurs familles</i> <i>Ex : Polycliniques, cliniques</i> <i>Cabinets de soins</i> |

Source : Enquête « Accès et recours », Abidjan, 2009-2011 ; d'après Berman et Handson, 1993 (modifié par Ymba, 2010)

Si nous nous sommes inspirés de ces deux classifications pour analyser les données récoltées sur l'ensemble du système de soins, c'est parce qu'il n'est pas toujours évident de classer les structures sanitaires abidjanaises dans ces catégories, la connaissance du statut ou du type de financement manquant parfois de transparence. Nous avons adapté cette classification à notre situation. Ces classifications, nous allons le voir par la suite, jouent un rôle important dans les recherches des recours thérapeutiques. Il était donc important de les définir au préalable.

Outre le secteur public, le système de soins abidjanais englobe un secteur parapublic et un secteur privé. Le secteur parapublic se résume au service de santé des forces armées et à celui des travailleurs. Le secteur privé se divise en structures de soins à but lucratif et non lucratif. Ces dernières sont majoritairement associées aux milieux communautaires en

grandes majorités associatives et confessionnelles. Ces services de santé privés sont pour la plupart sous contrat de partenariat avec l'État ivoirien.

Si certaines formations sanitaires du secteur privé ivoirien ont un niveau d'équipement comparable, voire supérieur à celui des formations sanitaires publiques, d'autres en revanche constituent de véritables dangers pour les populations.

III.1.1. Définir le secteur de soins d'une structure sanitaire

À Abidjan, la situation peut s'avérer relativement claire quand le même secteur détient la propriété et le financement. Dans les formations sanitaires publiques fonctionnant avec des fonds publics, on distingue pour le niveau primaire, les Infirmeries, les Dispensaires, les CSU, les FSU, CSU-Com, les FSU-Com, le CSR et les CSUS ; pour le second niveau, les HG et le CHU et Institution spécialisée (IS) pour le troisième niveau. Dans les formations sanitaires privées et financées par le patient, on trouve aussi, selon le niveau des soins, des cabinets de soins infirmiers ou des cabinets de soins dentaires et ophtalmologiques ou des cabinets de soins médicaux ou des cabinets de soins pré et post nats, des cliniques et des polycliniques.

Mais, sur le terrain les situations intermédiaires sont fréquentes. Par exemple, de nombreuses structures privées à but non lucratif gérées par des organismes volontaires ou des missions religieuses s'autofinancent, mais reçoivent aussi des subventions gouvernementales pour les salaires du personnel soignant. Selon leur position dans la pyramide sanitaire, ces établissements sont considérés comme des biens publics bien que des organisations privées soient propriétaires des locaux.

À Abidjan, ces structures, le plus souvent communautaires et confessionnelles, représentent une part importante de l'activité sanitaire comme la Caritas de Port-Bouët tenue par une congrégation catholique ou les Centres de santé communautaire d'Abobo, Yopougon, Koumassi Port-Bouët et Marcory. Les structures confessionnelles fonctionnent sur le principe de dons et d'investissements d'autres bailleurs. Les centres de santé communautaires sur fond propre et l'aide de l'État.

Ces structures accueillent un nombre important de patients et se faisant, elles attisent la jalousie des structures du secteur public qui sont moins fréquentées. Chaque année, ces centres enregistrent des taux de fréquentations très importants (65%) [DIPE, 2009].

On comprend bien, dès lors, pourquoi les autorités ont accordé aux structures confessionnelles et communautaires une place en les intégrant à la pyramide sanitaire publique.

Il existe par ailleurs, des formations sanitaires appartenant à des organisations parapubliques ou à des sociétés privées qui prennent en charge à moindres frais la santé de leurs employés et de leurs familles. Ces « infirmeries » fournissent des soins payants pour les consultants extérieurs. L'hôpital militaire d'Abidjan, la caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) par exemple, illustrent cette situation. Il est cependant plus difficile de recenser et localiser ces structures qui n'ont aucune visibilité extérieure.

III.1.2. Définir le niveau de soins d'une structure sanitaire

Pour définir le niveau de soins de la structure, d'autres difficultés se présentent. Il est indispensable de veiller aux qualifications du personnel soignant. À Abidjan, un infirmier reste très souvent un médecin aux yeux des populations et se laisse appeler « docteur », en particulier s'il s'agit d'un cabinet privé de soins infirmiers. En ce qui concerne la

signalétique, de nombreux cabinets dirigés par un infirmier se font appeler cabinet de soins médicaux. Fréquemment, les structures déclarent un médecin généraliste au sein de leur établissement alors que dans les faits, celui-ci ne consulte qu'une demi-journée par semaine, les soins étant donc assurés par un infirmier le reste du temps.

Ces quelques exemples illustrent la difficulté de réaliser une typologie de l'offre de soins modernes à Abidjan, mais aussi, plus globalement dans les grandes villes africaines et la nécessité d'être très précis concernant le statut de la formation sanitaire, son type de financement et le niveau de formation du personnel soignant exerçant au sein de l'établissement sanitaire dès lors que l'on cherche à hiérarchiser et ordonner l'offre de soins.

III.2. D'une multiplicité de secteurs de soins aux stratégies d'implantation différenciées

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'offre de soins telle qu'elle apparaît, en 2010 est issue d'un long processus ancré à la fois dans l'histoire de la ville, et des politiques de santé d'où résultent des disparités socio-spatiales. Au-delà des techniques d'analyse spatiales qui vont nous permettre d'étudier la distribution spatiale de l'offre de soins, nous devons nous interroger sur les stratégies politiques, économiques qui déterminent la répartition différentielle des structures de soins : une analyse de l'organisation des structures selon leur secteur d'appartenance (public, privé ou confessionnel) devrait faire ressortir les logiques d'implantation spatiales distinctes qui les sous-tendent et des inégalités spatiales.

À Abidjan, seul le secteur public est soumis à la planification sanitaire, le secteur privé libéral, le secteur confessionnel et autres secteurs de soins (traditionnels, chinois, etc.) y échappent presque totalement. S'intéresser aux stratégies d'implantation des acteurs de santé prend alors toute sa signification : cela apporte un éclairage de la ville sous différents points de vue car chaque acteur du système de soins possède et nourrit sa propre vision et ses pratiques de la ville. Les acteurs du privé bénéficient d'une plus grande liberté d'installation sur le territoire de la ville et ils ne connaissent pas les mêmes contraintes territoriales qu'impose le respect de la carte sanitaire. Dès lors et nous le vérifierons, « *leur localisation est moins guidée par des impératifs de santé, des données épidémiologiques et des besoins de santé réels que par des aspirations individuelles déconnectées de ces besoins* » [Picheral, 1998].

Étudier les stratégies d'implantation des structures sanitaires par secteur de soins nous permet de mettre subtilement en évidence à quel point l'espace n'est pas seulement un support pour leur implantation et leur évolution, mais constitue bien le lieu où s'expriment les jeux de pouvoir, un enjeu à part entière des stratégies décrites [Salem, 1998]. Comme le disait Picheral, « *l'inégale valeur de l'espace et sa différenciation en font ainsi l'enjeu de multiples stratégies* ». L'étude des stratégies d'implantation est une des caractéristiques de l'offre de soins, qui complique davantage l'accès aux soins. Pour analyser la distribution spatiale de l'offre de soins, nous avons utilisé les techniques d'analyse spatiale de processus ponctuels. Ces analyses nous ont permis de mieux appréhender la structuration de leur distribution dans la ville.

III.2.1. Secteur public et secteur privé, des stratégies d'implantation distinctes

Notre but est de décrire les configurations spatiales observées au sein de la distribution des services de santé. Quel est le type de structuration spatiale ? La distribution est-elle aléatoire ? Le but est d'expliquer la répartition géographique des services de santé en

fonction de leur localisation, afin de mesurer l'accessibilité géographique aux équipements sanitaires.

III.2.1.1. Le secteur public : respect de la carte sanitaire de la ville

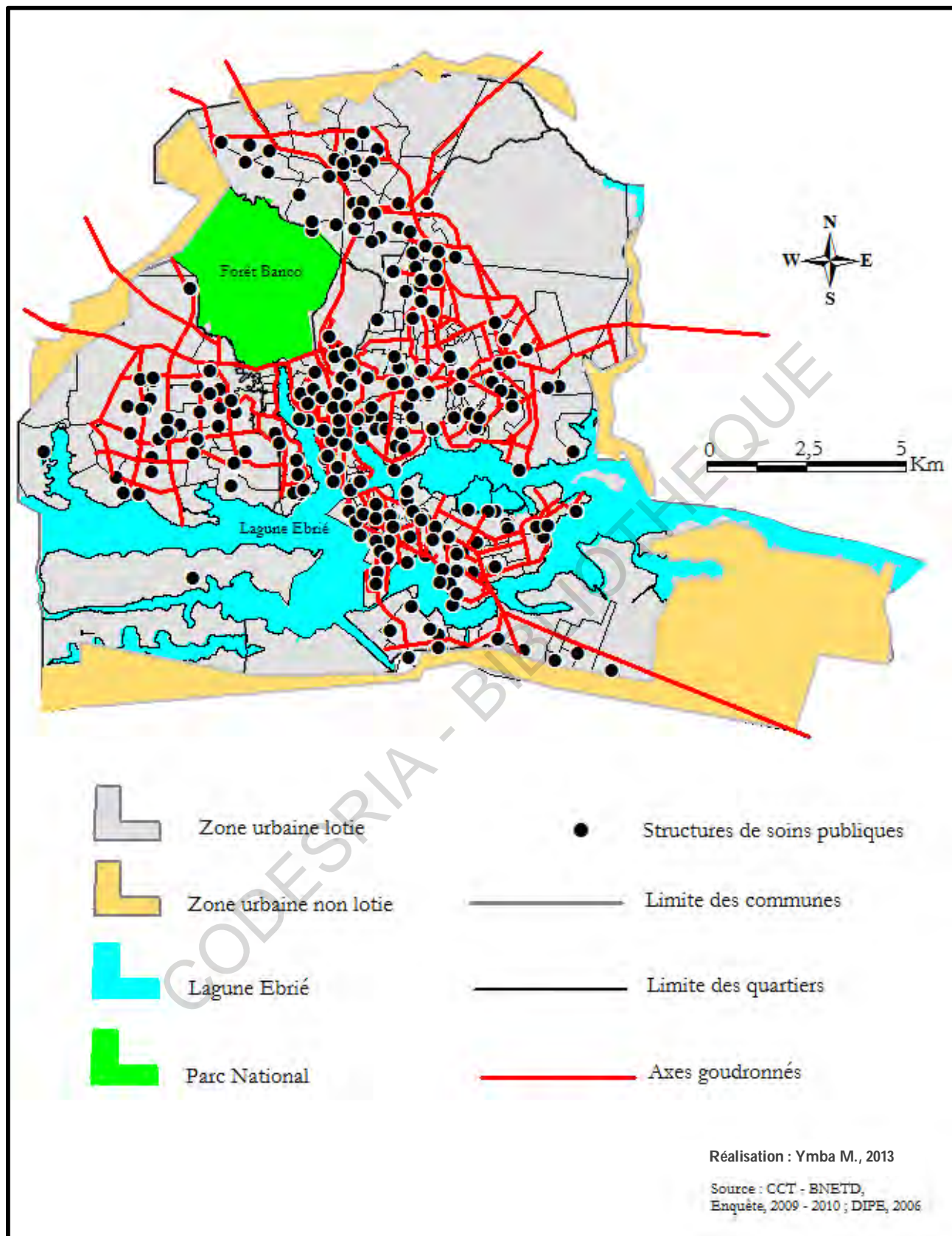
Le secteur public poursuit des objectifs bien précis, de ce fait, la distribution des structures de santé publiques apparaît dans l'espace abidjanais comme aléatoire. Le secteur public a en effet, pour mission de couvrir l'ensemble des espaces de la ville et d'être ainsi en adéquation avec les besoins de santé de la population. La hiérarchie sanitaire prévoit pour cela qu'à chaque niveau de soins, existent des structures adaptées et réparties uniformément sur le territoire. Cette organisation souligne par ailleurs, l'importance de la carte sanitaire au sein de laquelle chaque structure publique relève de l'autorité d'un district.

Par une répartition homogène des établissements sanitaires, le secteur public fait preuve de sa volonté d'assurer un accès équitable aux soins. De façon plus pragmatique, il s'agit plutôt d'une politique égalitaire, car la notion d'équité, au cœur de la politique des Soins de Santé Primaires, exige la reconnaissance de besoins différents. Les politiques de santé mises en place à Abidjan prônent une justice sociale plus proche de l'égalité que de l'équité, le but poursuivi étant un accès géographique aux soins pour le plus grand nombre.

Il en résulte à Abidjan que n'importe quel citoyen de la ville lotie se trouve à moins de cinq kilomètres d'une structure publique de soins proche du réseau routier (Carte 30). Cependant, les populations de la commune d'Abobo localisées dans les districts d'Abobo-Ouest sont situées entre 5 et 15 kilomètres d'un centre de santé et Abobo-Est à plus de 15 kilomètres d'un service de santé. C'est la zone de la ville la moins bien couverte en structures sanitaires. Il faut également préciser que le statut de certaines communes joue un rôle dans la distribution de l'offre publique.

En revanche, pour un habitant du secteur non loti, il faut compter en moyenne dix kilomètres pour atteindre une structure publique. Par ailleurs, l'accessibilité aux soins aux structures secondaires et tertiaires est plus médiocre.

Carte 30. Distribution des structures de soins publiques à Abidjan en 2009



III.2.1.1.1. Les stratégies d'implantation diffèrent en fonction du niveau de soins

Au sein du secteur public, les stratégies d'implantation diffèrent en fonction du niveau de soins :

- Le quadrillage de l'espace urbain par les découpages sanitaires se traduit par la présence de structures de premier contact dans presque toutes les communes de la ville. Les établissements sanitaires de premier contact sont en majorité constitués par :

Les Centres de Santé Urbain (CSU), c'est une formation de soins préventifs et curatifs, assurant des activités de santé maternelle et infantile, de santé scolaire et universitaire, ainsi que tous les traitements ambulatoires généraux et les accouchements courants. Il comprend au moins un dispensaire urbain et une maternité urbaine et est placé sous l'autorité d'un médecin ou à défaut, d'un infirmier ou d'une sage-femme⁵⁹.

Il y a également les Formations Sanitaires Urbaines (FSU), c'est une formation plus complète que le CSU, comprenant un dispensaire, une maternité et une PMI assurant des consultations médicales, pédiatriques, hospitalisations, gynéco-obstétriques et éventuellement d'autres spécialités.

Et enfin, les Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS), qui peuvent être, un Centre Anti Tuberculeux (CAT) ou un Service de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU).

Les critères d'implantations des établissements sanitaires urbains de premier niveau selon le Ministère de la santé diffère.

Un (1) Centre de Santé Urbain (CSU) par tranche de 15 000 habitants dans chaque commune ; une (1) Formation Sanitaire Urbaine (FSU) par tranche de 20 000 habitants dans chaque commune. En ce qui concerne le Centre de Santé Urbain Spécialisé (CSUS): un (1) Centre Anti Tuberculeux (CAT) dans chaque commune ; un (1) Service de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU) dans chaque chef-lieu de département. Toutes les communes de la ville semblent respecter ce critère. Aucune commune n'est lésée, c'est une politique de l'État de rapprocher les centres de santé au plus près de la population et d'assurer une meilleure couverture sanitaire primaire.

Cependant, certains centres de base construits au cœur des quartiers centraux (les centres de santé des communes de Marcory, Koumassi et Treichville) et périphériques restent difficiles d'accès en saison des pluies, étant situés pour les premiers dans les zones inondables et pour les seconds loin des axes goudronnés.

Si les centres de santé de premier niveau sont prévus pour desservir une population variant de 5 000 à 10 000 habitants, il ne semble plus adapté pour les communes et en particulier des secteurs centraux de plus faibles superficies et dont les populations variaient, en 2009 entre 10 000 et 100 000 habitants par commune [INS, 2006].

Établissements de proximité, on enregistre de très fortes concentrations humaines autour des structures sanitaires de premier contact au niveau de la ville, ce qui témoigne de la charge importante qui pèse sur ces structures en théorie. En réalité, les ESPC sont réputés pour leurs équipements vieillissants, le manque de motivation de leur personnel soignant (malgré un niveau acceptable) et de leur faible productivité : 10 à 20 consultations par jour et par médecin, contre 25 dans les FSU-Com [Ministère de la santé, 2010]. Aujourd'hui, pour accroître leur aire d'attraction d'autres activités leur sont associées, comme le test de dépistage gratuit du VIH-SIDA ou les services de soins dédiés aux conseils comme le planning familial (Photo 12).

⁵⁹ Selon le décret N° 91 du 14 novembre 1991 portant classification des établissements sanitaires et modifié par le décret n° 98-379 du 30 juin 1998 [Ministère de la santé, 1998].



Photo 11. Un exemple d'équipement sanitaire de premier niveau

Le centre de santé urbain (CSU) de Williamsville

Source : Ymba M., 2011



Photo 12. FSU d'Abobo, les locaux de la planification familiale

Dans ces locaux, les femmes reçoivent des conseils relatifs au planning familial ou à l'espacement des grossesses. Chaque femme est prise en charge de façon individuelle par une sage-femme ou une infirmière pour être conseillée et suivie.

Source : Ymba M., 2011

■ Au Second niveau de référence (HG), les formations sanitaires doivent comprendre au moins 60 lits et assurer des activités de consultations et d'hospitalisations en médecine générale, pédiatrie, chirurgie, gynécologie-obstétrique et éventuellement d'autres spécialités.

L'implantation des structures ne respecte aucun espacement régulier dans la ville. L'implantation répond aux critères imposés par le Ministère de la santé. Un (1) Hôpital Général (HG) par district sanitaire ou par tranches de 150 000 habitants dans les chefs-lieux de district autonome. Cependant, ce critère n'est pas respecté, deux communes (Plateau et Treichville) n'ont pas d'HG, pourtant ce sont des districts sanitaires. Heureusement que la proximité des communes de Treichville et du Plateau aux autres communes permet aux populations de se rendre dans l'HG le plus proche (environ 2 km). Ce sont d'ailleurs, les deux communes les mieux desservies en infrastructures routières et moyens de communications à cause de leur statut administratif et commercial. En outre, d'autres structures prennent le relais dans ces deux communes mal desservies. Dans la commune du Plateau, c'est parfois l'hôpital militaire ou l'hôpital des fonctionnaires et à Treichville, c'est le CHU qui remplace l'HG.

Aussi, les HG doivent s'occuper de plus de 150 000 habitants dans les communes et être localisés à 50 kilomètres des populations, ces critères ne sont pas respectés dans les

communes de Yopougon et d'Abobo, malgré la présence de deux HG. Le ratio est de 1 HG pour plus de 350 000 habitants et les populations sont localisées en moyenne à plus de 50 kilomètres d'un HG. Dans les quartiers des autres communes, les populations sont situées en moyenne à 20 kilomètres d'un HG. La distribution des HG, est l'exemple parfait pour traduire à quel point les autorités sont dépassées par la croissance urbaine et démographique de la ville d'Abidjan.

■ Enfin, le troisième niveau de référence est représenté à Abidjan par trois CHU : le CHU de Cocody, le CHU de Treichville et le CHU de Yopougon. L'implantation des CHU a été très influencée par la politique de l'État. Leur présence est le fruit d'une politique prestigieuse de l'époque du Pr Félix Houphouët-Boigny et de la croissance économique, qui entendait doter la capitale économique ivoirienne de structures de santé de niveau occidentale. Cette politique n'a pas tenu compte des besoins réels des populations avant l'installation des structures. Aujourd'hui, les CHU remplissent difficilement leur rôle d'équipement de troisième niveau. L'absence de travail en réseau de ses services de santé rend difficile l'accès aux soins. Par exemple, si un patient est hospitalisé au CHU de Cocody à l'Est et s'il a besoin de faire un certain nombre d'analyses médicales, ses parents sont obligés d'aller les faire au CHU de Treichville au Sud d'Abidjan. L'évacuation des patients d'un CHU à un autre est complexe, car les établissements sont éloignés les uns des autres. Les voies de communications et les moyens de transports même s'ils sont diversifiés et nombreux dans la capitale restent insuffisants et trop coûteux pour les malades. Le mauvais état des routes complique davantage cette situation. Ces centres hospitalo-universitaires ont un caractère national, ce qui augmente les besoins et la demande en soins.

Aujourd'hui l'implantation des CHU a incité de nombreuses autres structures et directions sanitaires à s'installer dans leur aire de rayonnement comme les centres de recherche sur le paludisme et le VIH/SIDA, le centre de transfusion sanguine, l'INHP, l'INFAS et la PSP. La clientèle, parfois par manque de structures de premiers soins ; vient la plupart du temps y recevoir des soins qui relèvent d'un simple dispensaire. La vocation même du CHU, structure de dernier recours, s'en trouve pervertie.



Photo 13. Le Centre Hospitalier et Université (CHU) de Cocody au Nord-Est d'Abidjan

Source : Ymba M., 2010

La crise militaro-politique de 2002 à 2009 a fortement touché le fonctionnement des CHU, l'exemple le plus parlant est le CHU de Yopougon, qui est aujourd'hui l'ombre de lui-même. En effet, grâce à nos enquêtes, nous avons constaté que le service de

réanimation qui, comme son nom l'indique, est au premier plan des urgences, était fermé. La pédiatrie était également fermée. Les travaux de réhabilitation du service de pédiatrie se sont arrêtés, on ne sait pour quelle raison. Le service de gynécologie et sa salle d'accouchement étaient aussi fermés. Au CHU de Yopougon, la radio et le scanner ne sont plus fonctionnels parce qu'il n'y a plus de film. Le service de stérilisation du matériel médical avant leur utilisation au bloc opératoire ne fonctionne pas depuis plus de 3 mois. "Sans la stérilisation, on ne peut pas opérer un malade", clarifie un agent de la santé. Depuis plus de 2 mois, la pharmacie du CHU était à "sec" parce qu'il n'y avait plus de médicaments. La gratuité des soins que prône le nouveau gouvernement sera difficile à mettre en place avec cet état du CHU [Benjamin Koré, 2011].

Depuis 2009, un vent de privatisation souffle sur les établissements publics de la santé. Ce mouvement est perceptible sur les CHU de Yopougon, Treichville et Cocody, ainsi que les hôpitaux généraux de Grand- Bassam et Bonoua où les laboratoires sont désormais aux mains de personnes privées. Ce qui n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement et l'organisation des établissements publics de santé.

III.2.1.1.2. La morphologie du paysage abidjanais : conséquence pour l'accessibilité aux soins

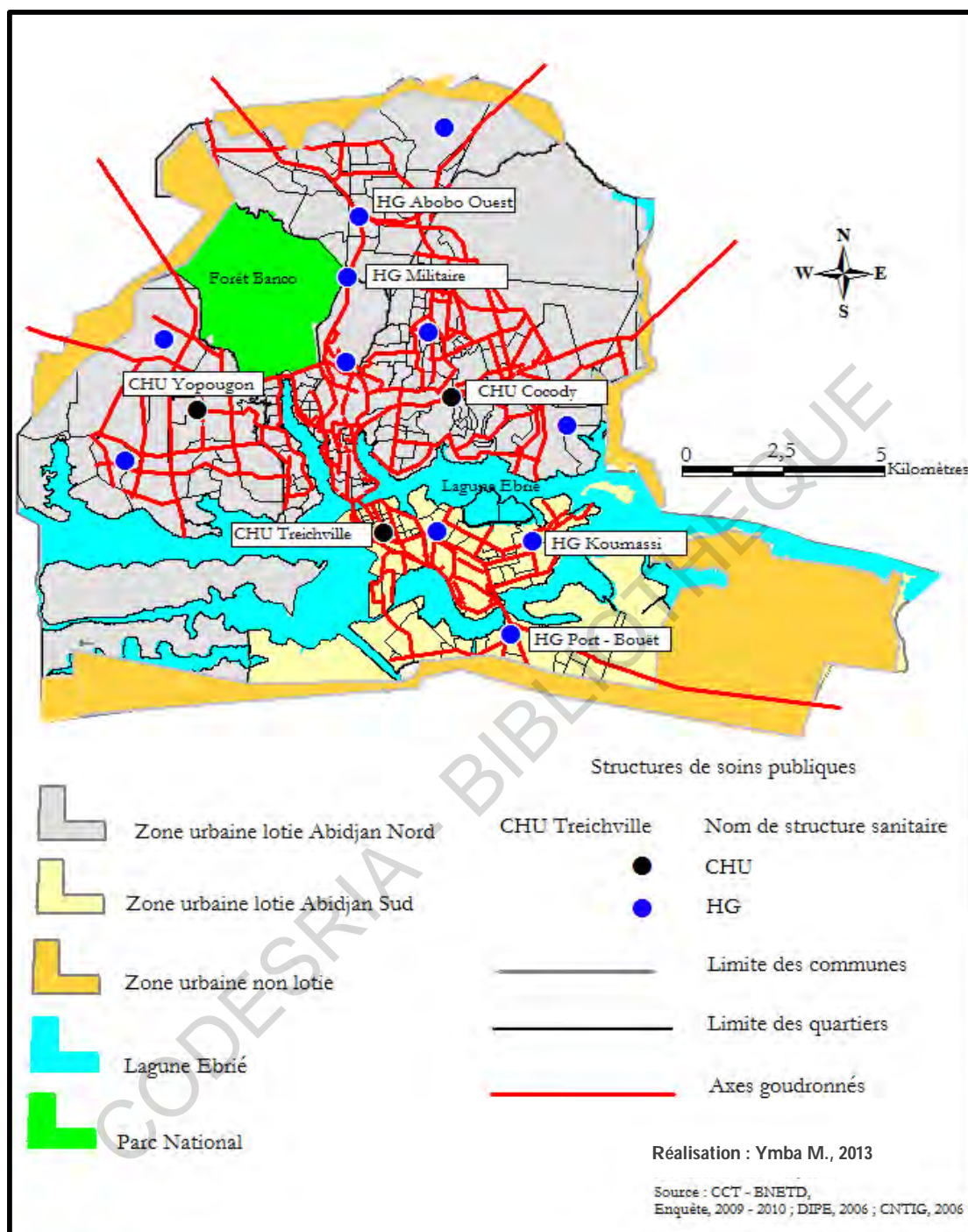
Le profil spatial de la ville limiterait-il l'accès aux soins ?

À cause de la lagune, la ville d'Abidjan est divisée en deux parties, on a d'une part Abidjan Nord et d'autre part Abidjan Sud. Cette lagune apparaît comme un obstacle dans la distribution de l'offre de soins. Ce découpage n'est pas sans conséquence sur la distribution de l'offre et donc sur l'accessibilité aux soins, en particulier pour l'offre de soins du deuxième et du troisième niveau (Carte 31).

Toutes les communes de la ville d'Abidjan sont bien équipées en ESPC, huit d'entre elles le sont en établissement sanitaire de second niveau (HG). Mais le relais entre les HG est difficile. En effet, les HG d'Abidjan Sud sont mieux équipés et ont un plateau technique beaucoup plus riche et diversifié, que les HG d'Abidjan Nord, mais il est difficile pour les malades d'être pris en charge par ces HG, à cause de la distance qui sépare ces services les uns des autres et le manque d'ambulance pour les évacuations des malades dans certains établissements sanitaires.

Les médecins des HG d'Abidjan Nord ou Abidjan Sud préfèrent demander aux malades d'aller au CHU, même si l'HG le plus proche est capable de prendre en charge le patient. Mais là encore, la tâche s'avère plus compliquée. À Abidjan Nord se trouve les CHU de Yopougon et de Cocody avec leurs spécialisations et au Sud le CHU de Treichville avec sa spécialisation. Les activités sont très dispersées dans l'espace et augmentent la distance à parcourir par un citoyen pour se faire soigner, s'il est localisé au Nord ou au Sud dans l'un des CHU (Carte 31). Ici la Distance/Temps/Coût est mis en relief.

Carte 31. Morphologie de l'espace et accessibilité théorique des services de santé à Abidjan en 2009



III.2.1.1.3. Les stratégies d'implantation de l'offre publique et les autres services urbains

Les services sanitaires doivent être organisés, afin de permettre l'accès à tous quelle que soit la proximité de la personne aux structures de recours. Ceci suppose, en particulier, que l'offre soit disponible partout, qu'elle soit organisée de façon à fournir une gamme de services relevant de la proximité.

L'analyse des logiques d'implantation et les autres services urbains, permettent de mieux mettre en évidence l'accessibilité théorique des populations aux services de santé et les

enjeux politiques qui accompagnent leur localisation. Nous posons comme hypothèse ici, que les autres équipements sociaux de la ville ont un impact sur l'accessibilité aux soins de l'offre de soins publique. Nous cherchons à voir s'il existe un lien dans les logiques d'implantation entre ces différents équipements urbains de la ville avec celle de l'offre de soins.

En outre, la localisation de ces équipements par rapport aux structures de santé permet de définir le cadre dans lequel s'inscrivent les pratiques spatiales en matière de santé comme les recours aux soins qui seront étudiés dans la troisième partie. En matière d'équipements collectifs, notre choix s'est porté sur les écoles et les équipements économiques, plus particulièrement les marchés.

a. Distribution de l'offre de soins publique et les équipements éducatifs

Les équipements éducatifs (écoles) sont les plus importants dans la ville, 2 629 écoles, tous niveaux confondus. Pendant l'année scolaire, c'est plus d'un million d'élèves et étudiants qui sont mobiles dans la ville. Cette densité des établissements éducatifs permet de localiser les services de santé à moins de 500 m d'un service de santé (Carte 32).

Difficile à dire si les équipements éducatifs suivent la distribution de l'offre de soins. Aujourd'hui, les nouvelles écoles qui se créent ne construisent pas à leur sein d'équipement sanitaire, par faute de moyen financier. Les écoles en majorité privées s'installent de façon stratégique et anarchique dans la ville. Il n'y a aucun lien avec les services de santé. La plupart des écoles sont localisées dans les quartiers de façon à être plus visibles et plus rentables.

Pourtant, dans les années 70 à 90, les lycées et les universités étaient soit, construits à proximité d'une offre de soins ; soit ils possédaient un CSUS ou une infirmerie ou un dispensaire. L'objectif recherché par les autorités à cette époque, était d'entretenir la santé des futures élites du pays. Les équipements sanitaires situés au sein des écoles dispensaient gratuitement les soins et les médicaments aux étudiants et élèves.

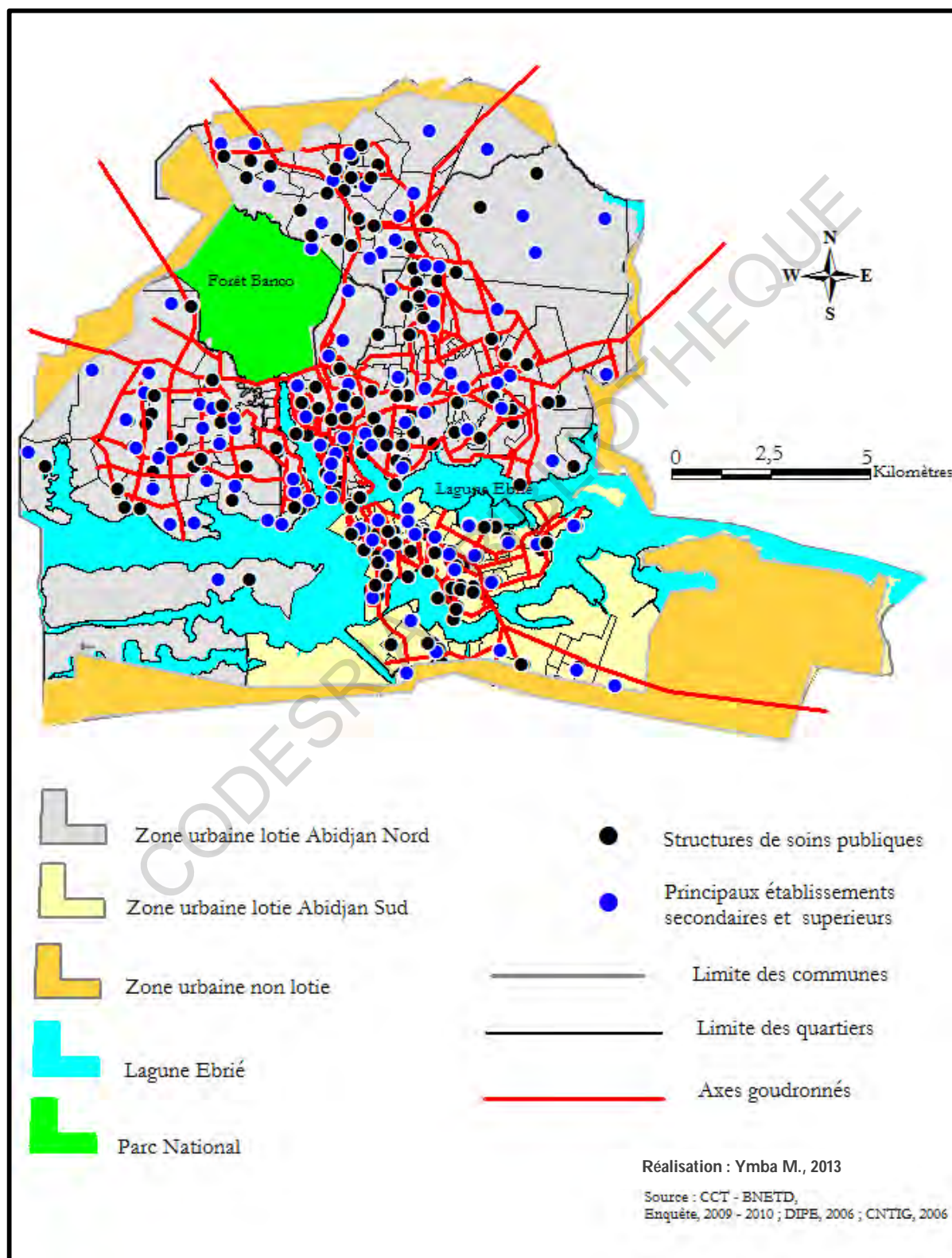
Les deux CSUS par exemple des universités de Cocody et d'Abobo-Adjamé, les deux plus importantes universités d'Abidjan, dispensent aux étudiants les soins variés et diversifiés (soin dentaire, suivi psychologique, soin gynécologique, hospitalisation, etc.). Avec des médecins en charge de chaque département. Cependant, les deux CSUS restent insuffisants pour les 60 000 étudiants. Dans ces deux universités, les soins sont gratuits, mais les médicaments essentiels⁶⁰ sont payants à moindre coût. C'est un fait paradoxal, parce qu'auparavant, où les soins étaient gratuits, les étudiants étaient pour la plupart boursiers et pouvaient prendre en charge le paiement des consultations. Maintenant que les conditions de vie des étudiants sont précaires, l'accès aux soins est devenu payant. Nous allons le voir dans la troisième partie de notre travail, que les étudiants ont parfois une manière bien particulière pour se faire soigner à moindre coût que nous avons appelé « médical low-cost ». Au sein des CSUS localisés dans les lycées et les universités, sont également associés des activités de lutte contre le SIDA et les moyens de contraception.

Cependant, fort est de constater la fermeture de ces structures sanitaires ces dernières années par manque de moyens matériels, de médicaments et de patients. Le mauvais état de ses structures fait fuir les élèves qui se font aujourd'hui une mauvaise idée de ses

⁶⁰ Ces structures ne disposent que de médicaments essentiels, de première nécessité. "Essentiels" ici, pour préciser que ses CSUS, donnent aux étudiants les médicaments génériques. Ce sont en quelque sorte des calmants, mais les médecins prescrivent une ordonnance si le mal est grave ou persiste.

services de santé. L'absentéisme des médecins aggrave cette situation. Espérons que le vaste programme de santé du nouveau gouvernement, mis en place depuis avril 2011, prenne en compte la réhabilitation des services de santé scolaire et universitaire de la ville d'Abidjan.

Carte 32. Distribution de l'offre de soins publique par rapport aux équipements éducatifs



b. Distribution de l'offre de soins publique et les équipements économiques

Nous avons choisi aussi les équipements économiques (les marchés). Le marché est connu de tous, pour son ambiance et ses couleurs. C'est un lieu vivant qui anime la totalité de nos sens. Les discussions, les marchandages, le vacarme des déballages, les conseils et les palabres créent une atmosphère sonore bien particulière [Poyau A., 2005]. Les marchés dans la ville d'Abidjan, en plein air ou couverts, répondent aux besoins de la population en matière d'approvisionnement en produits frais et périssables pour des ménages disposant de très peu de moyens de conservation. Nous avons plus de 200 marchés à Abidjan. Nous nous intéressons aux grands marchés des communes et aux seconds marchés, mais pas aux petits marchés des quartiers, parce qu'ils ne drainent pas assez de monde. Le plus grand des marchés d'Abidjan est, le marché d'Adjamé.

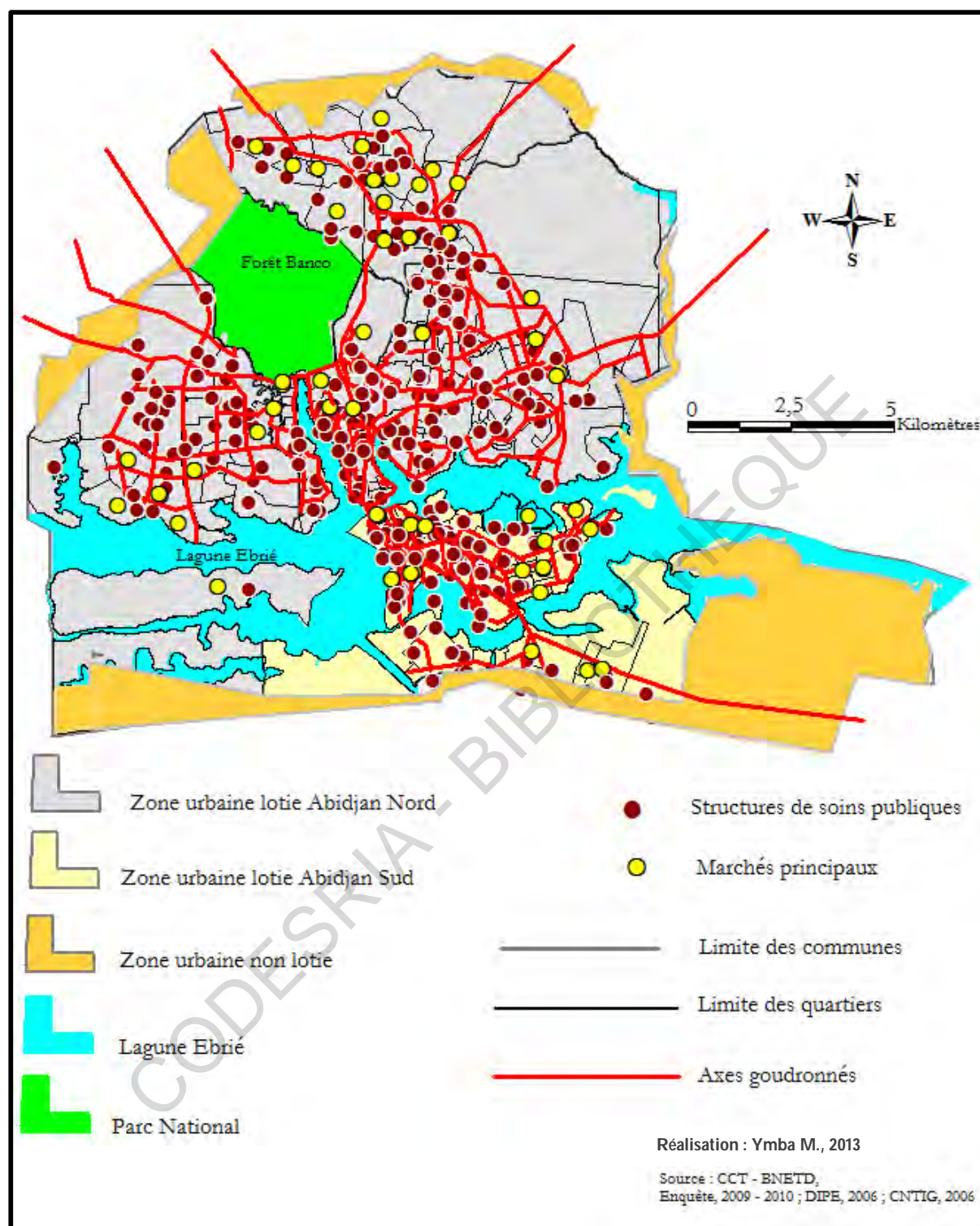
Quand on regarde la carte 33, on constate que l'implantation des marchés dans la ville est stratégique, il n'y a aucun lien avec les services de santé. En effet, la plupart des marchés sont localisés au centre-ville des communes pour plus de visibilité et de rentabilité. Les centres ville des communes sont généralement, le point de passage, d'entrée ou de sortie des populations. Ils sont plus proches des voies de communications et des moyens de transports. Les marchés sont des équipements économiques à but lucratif, il est donc normal que leurs localisations soient guidées par le profit.

Cependant, lors de nos enquêtes de terrain, il nous a été donné de remarquer que la cohabitation entre le grand marché d'Abobo et l'HG d'Abobo-Ouest a augmenté les taux de fréquentations et d'utilisations de cet équipement sanitaire de 50%. Cela a eu pour conséquence, l'accroissement des activités du service de santé et le changement de son statut de référence (il est passé d'une FSU à un HG). Selon le médecin-chef Korotoumou, la proximité du marché a joué un rôle important, car 43% des patients sont des personnes qui fréquentent le marché. Elle a également précisé que le centre recevait aujourd'hui, les malades des autres communes de la ville d'Abidjan.

Le centre anti tuberculeux d'Adjamé (CAT) est aussi situé au sein du grand marché d'Adjamé. Mais, les situations sont différentes, car selon le responsable en charge de l'environnement de la commune d'Adjamé, Monsieur Aboké, ce centre ne devrait pas être localisé à cet endroit, mais pas faute d'espace dans la commune d'Adjamé, le centre a été implanté dans le marché.

Il faut noter que les marchés sont toujours situés à quelque mètre des mairies et des autres équipements urbains importants (pharmacies, centres commerciaux, commissariats de police, postes, etc.) dans les communes, mais ce sont des endroits réputés pour leur insalubrité et leur désordre. Cela peut expliquer l'absence de création des services de santé au sein des marchés dans les communes, où les équipements sanitaires sont localisés néanmoins, à moins de 1 km, voire 2 km des marchés.

Carte 33. Distribution de l'offre de soins publique par rapport aux marchés



Les structures sanitaires publiques couvrent l'ensemble de la ville lotie d'Abidjan, permettant de procurer premièrement une bonne couverture sanitaire à la capitale et deuxièmement un accès physique facilité par un espacement régulier et un axe routier dense et diversifié. Néanmoins, une partie des citoyens, les résidents de la périphérie et de la ville non lotie, restent délaissés par le secteur public. Aucune structure de soins publique n'apparaît en effet dans la ville non lotie. La croissance incontrôlée des couronnes d'habitat irrégulier ne permet pas aux équipements de santé de suivre cet étalement à la même vitesse. En outre, la législation n'autorise pas non plus à une

structure de soins de s'y installer, ces espaces irréguliers étant voués à être rasés en cas de lotissement, comme c'est le cas de *Boribana* à Attécoubé. Les habitants des marges urbaines se rendent alors dans les services de santé les plus proches, quel que soit son niveau de référence pour se faire soigner.

III.2.1.2. Le secteur privé lucratif : un développement anarchique

Nous posons comme hypothèse, que la répartition des services de santé privés n'est pas aléatoire, mais est guidée par la recherche de rentabilité. La carte 34 de la distribution de l'offre de soins privée montre que, les structures privées lucratives n'observent pas le même espacement régulier dans l'espace urbain abidjanais, mais bien au contraire, leur répartition souligne une tendance à la concentration. On admet donc que la distribution des structures privées n'est pas aléatoire.

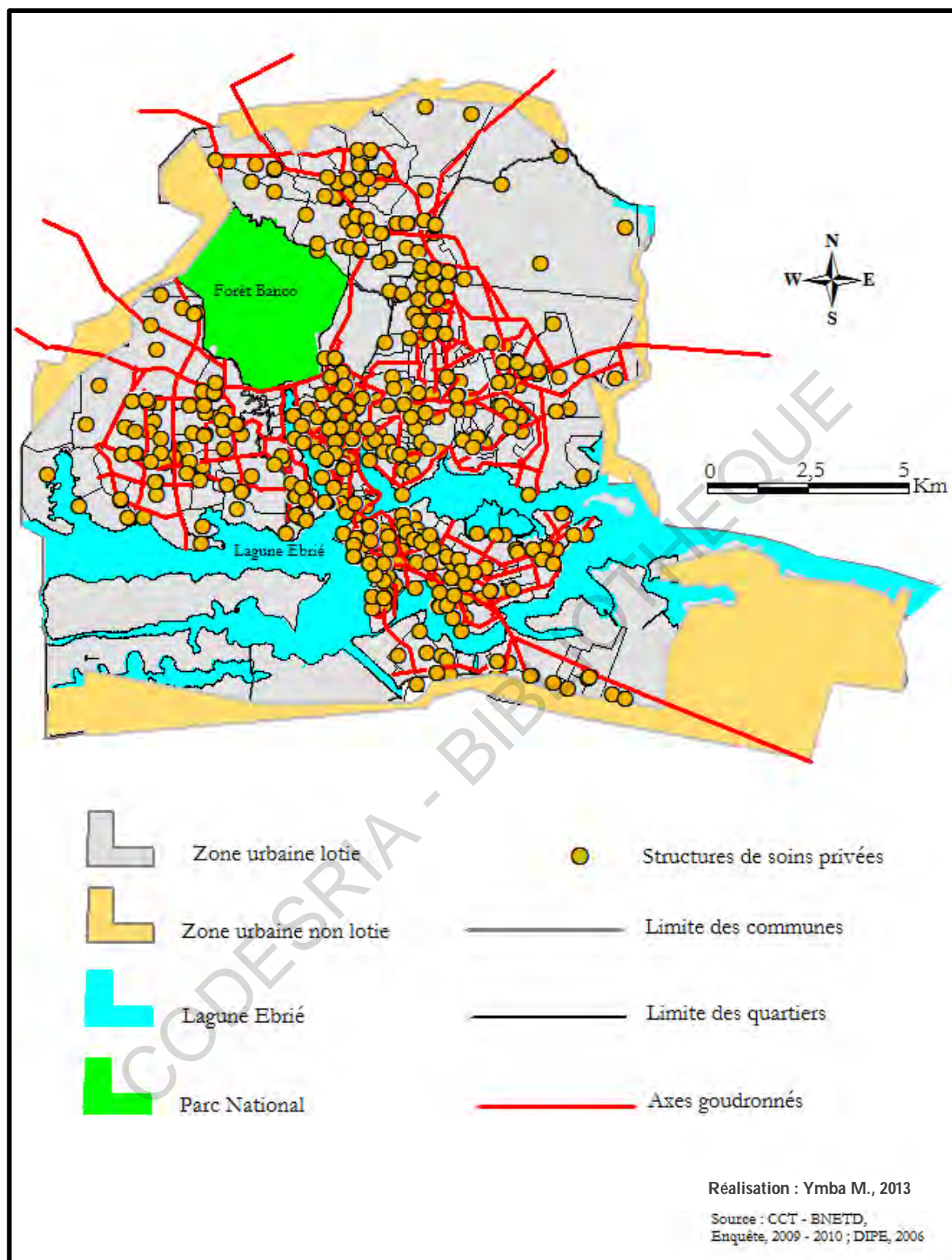
Celle-ci se matérialise dans les quartiers des communes densément peuplés de Yopougon, Abobo et Koumassi, mais aussi, dans les quartiers du centre-ville et en proche périphérie dynamique et attractive pour des activités commerciales accueillant une population favorisée comme les *220 Logements, Niangon-nord*. Les quartiers centraux des communes de Treichville, Marcory, et Port-Bouët enregistrent les concentrations les plus faibles dans la ville. Sans doute, parce qu'ils sont les moins densément peuplés. Les services de santé privés, plus particulièrement les cabinets de soins infirmiers ont même investi quelques zones non loties du Nord de la ville. **Une offre privée très accessible à la fois en distance et en temps d'accès à l'échelle des communes et des quartiers.**

Par ailleurs, l'offre privée a tendance à se fixer le long des voies de communications, en particulier, dans les secteurs périphériques. Le secteur privé semble moins se soucier d'une répartition régulière des structures de soins à travers la ville que d'une logique de rentabilité, favorisant ainsi, l'apparition de zones de fortes concentrations et délaissant certaines zones qu'il juge moins attractif. Sous l'influence d'une législation souple en matière d'ouverture de structures de soins⁶¹, les responsables des structures privées n'obéissent visiblement pas à des logiques professionnelles les poussant à exercer là où se situeraient *a priori* les besoins [Picheral, 1998].

La mauvaise gestion du système de soins public a incité le corps médical à s'intéresser davantage à l'offre de soins privée.

⁶¹ Selon le décret N° 91 du 14 novembre 1991 portant l'implantation des structures de soins privées.

Carte 34. Distribution des structures de soins privées à Abidjan en 2009



Comme dans le secteur public, les stratégies de déploiement des formations privées diffèrent selon le rang qu'elles occupent dans la pyramide sanitaire.

■ **Les cabinets de soins infirmiers ou médicaux** fondent leur développement en misant sur une demande de soins de proximité. Le responsable est un infirmier ou un médecin qui a quitté le service public ou qui a été mis en disponibilité (par périodes déterminées ou parce qu'il a atteint l'âge de la retraite). Les infirmiers retraités sont les

plus représentés dans ces cabinets de soins. Ils s'installent le plus souvent au sein même de leur concession, libérant un des bâtiments donnant dans la rue pour recevoir les patients. Cette stratégie leur permet d'assurer des gardes de week-end et de nuit alors qu'en raison de sous-effectif, certains ESPC n'y sont pas autorisés. Ils travaillent le plus souvent avec des étudiants en médecins de 4^{ème} et 5^{ème} année de formation.

Très fortement représentés dans les communes les plus peuplées de la ville, ces cabinets ont investi au cours des dix dernières années les secteurs lotis périphériques. La saturation des secteurs centraux en structures de soins privées semble être un élément déterminant des implantations les plus récentes en périphérie et dans les autres communes moins peuplées. La concurrence entre les formations sanitaires privées est sévère dans certains quartiers centraux de Yopougon et Abobo, où se concentrent parfois cinq ou six structures de soins privées dans un rayon de moins d'un kilomètre comme dans le quartier de *Toit rouge* à Yopougon et *Avocatier* à Abobo. Ces structures de premier contact privées se concentrent dans les communes et quartiers populaires où les contrôles sanitaires sont flexibles pour dispenser souvent des soins douteux, à risques pour les populations. Plusieurs centres privés clandestins ont été fermés en 2009 et 2010 par les autorités sanitaires.

■ **Les polycliniques et les cliniques** ont privilégié des implantations en fonction des statuts des communes ou des quartiers économiques (Photo 14). Toutes les communes possèdent une clinique, mais localisée dans les quartiers résidentiels où les ménages sont considérés comme solvables. Les polycliniques quant à elles, ont opté pour les communes résidentielles (PISAM) ou quartiers résidentiels des communes de Yopougon, Abobo.

Certaines cliniques ou polycliniques sont obligées de s'implanter en périphérie pour la simple raison qu'elles ne trouvaient plus au moment de leur installation des espaces libres et constructibles suffisamment grands pour asseoir leurs activités dans les secteurs centraux. Certains secteurs périphériques lotis leur offrent de surcroît de meilleures conditions d'installation en termes de cadre de vie et, parfois, de solvabilité des populations, c'est l'exemple de la grande clinique de Dokui à Abobo (GCD).



Photo 14. Polyclinique Hôtel de Dieu en plein centre de Treichville

La Polyclinique Hôtel de Dieu est située à quelques mètres du grand marché, de la gare routière en plein cœur du centre urbain de la commune de Treichville.

Source : Kachou Aimé, 2010

Les cliniques et les polycliniques présentent deux pôles de concentration : le premier se situe à l'Est et au Nord de la ville, dans des quartiers résidentiels. Le second pôle apparaît au Centre-ville, cœur administratif et commercial de la capitale.

Pour atteindre leur objectif de rentabilité, les polycliniques et les cliniques privées s'équipent de matériels de dernière génération dans la ville. Ils optent pour un confort simple, propre et agréable aux patients. Les plateaux techniques sont sophistiqués et diversifiés. Ces établissements déploient d'énormes moyens pour attirer plus de clients et ainsi influencer la consommation des soins des citadins (Photo 15 a). Des prestations difficiles à trouver dans le secteur public. Elles font tout, pour attirer de plus en plus de patients. La grande clinique de Dokui par exemple, a enregistré 30 000 patients en 2010 contre seulement 12 000 en 2007. L'augmentation des activités, grâce à l'achat de nouveaux matériels, a joué un rôle déterminant dans l'augmentation de l'effectif des clients en 2010 (Photo 15 b). Certains établissements privés vont jusqu'à innover, en créant de nouvelles prestations, c'est le cas de l'Institut de Chirurgie Plastique Reconstructive de la main créée fin 2000 dans la nouvelle zone d'extension de la *Riviera-Palmerais* à Cocody.

La disponibilité 24/24 et la proximité des cliniques à Abidjan à un impact sur l'augmentation des fréquentations. Les cliniques et les polycliniques développent une politique marketing pour attirer plus de patients, à la télévision, à la radio et de plus en plus sur internet, où ils ont créé leur site internet pour vanter les performances de leurs services de santé. Elles utilisent l'audio-visuel et internet pour vendre l'image de leur institution à travers des photos attractives qui présentent leurs établissements. Une concurrence que l'on pourrait qualifier de déloyale vis-à-vis du secteur public. Ce qui est paradoxal, c'est que l'État les laisse faire et les encouragent, en disant que « Notre système de santé est dual, reposant à la fois sur un secteur public et sur un secteur privé. Il s'agit pour nous de réaffirmer cette dualité, conviction fondée sur l'histoire et sur le fait que les cliniques prennent en charge une part importante, des patients hospitalisés. ». Il est important de souligner que les services de santé privés exercent une activité de soins tout en étant confrontés à une réalité d'entreprise. Les services de santé privés en Côte d'Ivoire sont en majorité des PME et représentent environ 30% des consommations de soins de santé. Ils sont soumis à une double logique. Les services de santé privés obéissent d'une part, à une logique de service en faveur de l'État, sans bénéficier de subventions, et d'autre part, à une logique de gestion, avec des contraintes d'équilibre financier et d'adaptation à la concurrence. Ces établissements ont un souci de favoriser l'accès des populations à des soins de qualité, dans un cadre sécurisé. Cependant, toutes entreprises de soins présentent des particularités, notamment celles de ses relations aux finances.

**Photo 15 a. Chambre d'hospitalisation
Clinique la rochelle au Plateau**



Source, Ymba M., 2011

**Photo 15 b. Une des salles chirurgicales
entièrement rénovée avec l'achat de nouveaux
matériels médicaux dans la grande clinique
d'Abobo - Dokui**



Ainsi, au sein même de l'offre privée, les logiques d'implantation varient tout autant qu'entre le secteur privé et le secteur public. Les petits cabinets s'installent sur une parcelle familiale, alors que les cliniques investissent sur des biens fonciers en achetant des parcelles loties. Ces cliniques ou polycliniques nées d'un important investissement financier ont donc des objectifs de rentabilité très poussés. À l'inverse du secteur public, quelques structures privées ont investi certaines marges de la ville lotie à la recherche de nouveaux marchés ou dans le but de répondre aux besoins des populations. Nous ne saurions trancher à l'état actuel de nos connaissances.

La couverture de l'offre de soins privée est plus dense et plus large, mais elle ne garantit pas pour autant une véritable amélioration de l'accès aux soins pour la population. Les cabinets de consultations privés ont d'ailleurs une activité essentiellement curative. Ces structures, qu'elles soient tenues par un médecin ou un infirmier, privilégient les activités génératrices de revenus. Le secteur privé n'offre donc pas le même accès aux soins préventifs et promotionnels que le secteur public et les coûts de consultations y sont parfois beaucoup plus élevés, renforçant encore les inégalités sociales de santé (*cf. Partie III, Chap.II*).

L'excessive libéralisation du système de santé ivoirien, si elle n'est pas contrôlée et encadrée, risque donc fort d'accentuer encore les disparités socio-spatiales d'accès aux soins.

III.2.1.3. Le secteur communautaire et confessionnel : l'intérêt des lieux isolés et délaissés

III.2.1.3.1. Le secteur communautaire

La distribution des FSU et CSU communautaire est le fruit d'un projet bilatéral entre la France et la Côte d'Ivoire nommé « santé Abidjan » (*cf. Partie I, Chap.II, p 129*). La ville d'Abidjan compte 89 services de santé communautaires, dont 62 CSU-Com et 27 FSU-Com. La commune d'Abobo et la commune de Yopougon concentrent les services de santé les plus nombreux, on décompte respectivement 19 et 23 centres communautaires dans chaque commune. Cela est normal, car à l'origine, ce projet voulait augmenter la couverture sanitaire dans ces deux communes. La réussite du projet s'est étendue aux autres communes avec l'implantation de ces structures à Port Bouët et Cocody, qui comptent neuf structures communautaires, Attécoubé et Koumassi, sept services de santé, Treichville, cinq structures et Adjamé et Marcory, quatre services de santé communautaire chacune. Plateau est la seule commune qui dispose d'une seule structure communautaire (Carte 35). Le projet « santé Abidjan » a permis, selon les autorités de combler le vide de prestations sanitaires de premier niveau à Abidjan.

Les services de santé communautaires sont parfois éloignés des routes goudronnées importantes de la ville. Ils sont localisés au sein des quartiers, à côté des routes aménagées ou non, mais plus proches des populations. Leur faible nombre dans les communes rend l'accès plus difficile. Dans les quartiers de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Centre, les populations qui ont recours au FSU-Com et au CSU-Com parcourent en moyenne plus de 2,5 km pour accéder à ses services de santé communautaires.

L'objectif général des FSU-com et des CSU-com tel qu'il est dans la charte est de « fournir des soins à des tarifs abordables (en fonction de la capacité contributive des ménages), et de soigner sans discrimination sociale, ethnique, religieuse ou raciale ». Dans le but

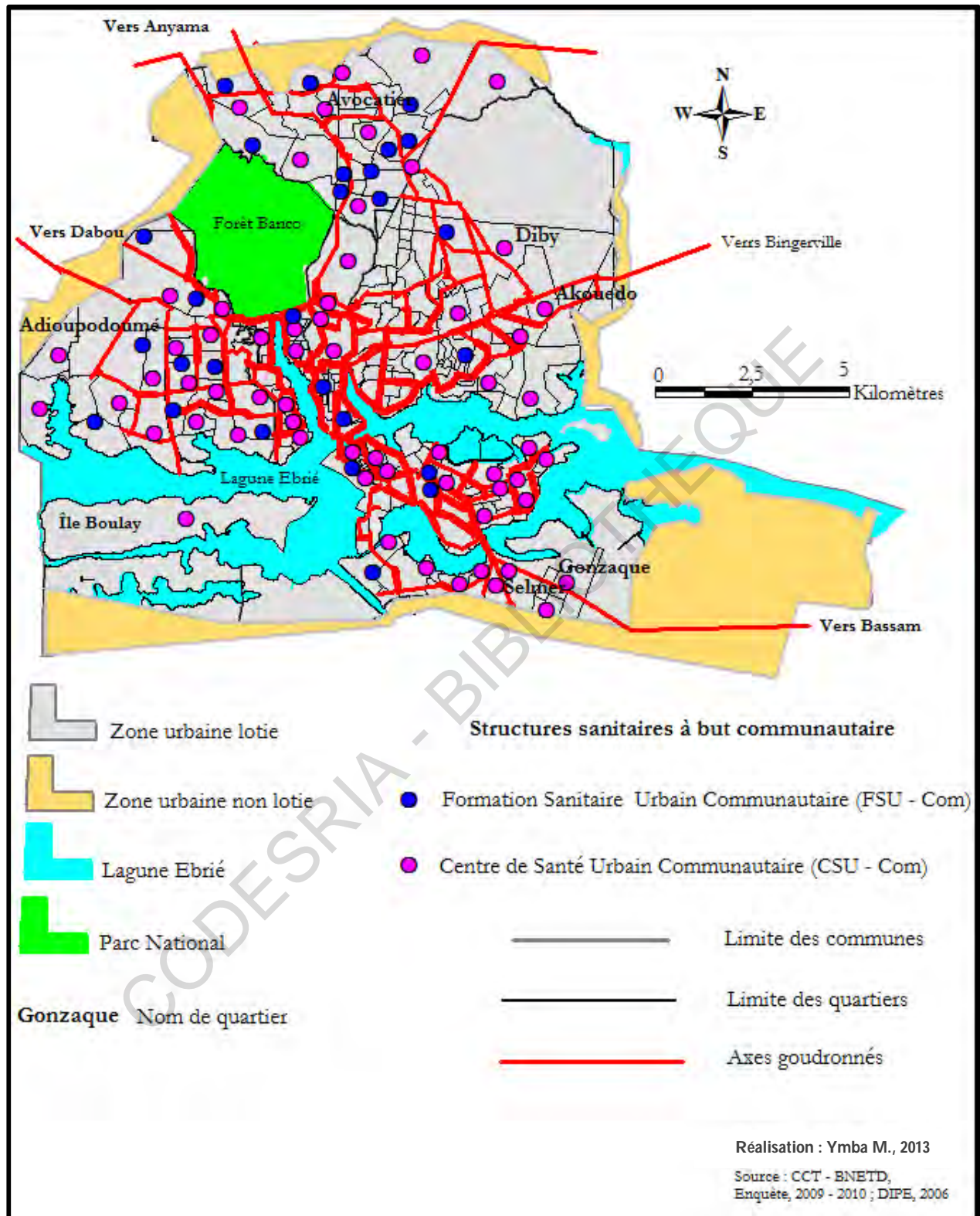
d'atteindre cet objectif, les villages Ébriés et les quartiers sensibles de la ville ont été privilégiés dans ce projet. Tous les villages possèdent un service de santé communautaire, ce système de gestion est le plus réussi dans cette communauté et leur convient, car toute la communauté s'implique dans la gestion du service de santé grâce aux autorités coutumières. Mais, dans les quartiers sensibles, c'est beaucoup plus compliqué, ces services, même s'ils sont ouverts et donnent l'impression de fonctionner, le délabrement, le sous-équipement et la mauvaise gestion font qu'ils sont moins utilisés et moins fréquentés.

Aujourd'hui, les FSU-com et CSU-com ne veulent plus être relégués aux rangs des prestations de base. Plusieurs centres ont ainsi orienté leur politique vers une accessibilité maximale et d'autres, vers une médecine de haute qualité en diversifiant leurs activités (consultations curatives, hospitalisation, suivi des accouchements, soins infirmiers, activités préventives, vente de médicaments essentiels génériques, consultations en gynécologie, services d'échographie, test de dépistage du VIH-SIDA et de tuberculose, service de laboratoire, des activités de planning familial et d'autres spécialités).

Le nombre d'adhérents n'est pas à la hauteur de ce qui était attendu par les initiateurs du projet et les autorités sanitaires ivoiriennes. Il est possible que les conseils d'administration ne fassent pas d'efforts pour augmenter le taux d'adhésion par souci d'équilibre financier. Il est également possible que la population elle-même ne se sente pas concernée par une vie associative. D'autres difficultés subsistent dans ce type de gestion, car les conseils d'administration, une fois élus, ne facilitent pas une adhésion massive dans le souci de conserver leurs places.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Carte 35. Distribution des structures de soins à but communautaire en 2009 à Abidjan



III.2.1.3.2. Les structures confessionnelles : une réponse aux attentes des plus pauvres

Ces structures constituent le « troisième secteur » (third sector), terme adopté internationalement pour parler des structures de soins non gouvernementales et non lucratives [Crampton *et al.* 2001]. Il est difficile de qualifier la distribution des formations

sanitaires urbaines confessionnelles. Les structures confessionnelles sont peu nombreuses (15 structures au total dans la ville). Parmi les structures du troisième secteur, se trouvent des formations sanitaires gérées par des communautés religieuses (11 structures au total). Ces structures confessionnelles comportent à leur sein, un lieu pour la pratique religieuse et les patients peuvent trouver aussi un accompagnement spirituel auprès du personnel soignant. Les structures confessionnelles sont également gérées par les ONG spécialisées en santé (3 structures), ou par des associations (1 structure).

La commune de Port-Bouët concentre le plus de structures confessionnelles, ce sont : le Dispensaire urbain Caritas à *Port-Bouët centre*, le Centre de santé Père Carmes à *Gonzagueville* et l'ONG Centre Espoir, à *Adjoufou*, ce dernier centre encadre également les jeunes mères seules en leur apprenant un métier. La commune de Koumassi compte un centre confessionnel (CSU Thérèse, enfant Jésus) situé dans le quartier *Aklomiabla* et la commune de Cocody, un centre confessionnel localisé dans le quartier *Palmerais*, c'est le CSU de la *Palmerais* (Carte 36).

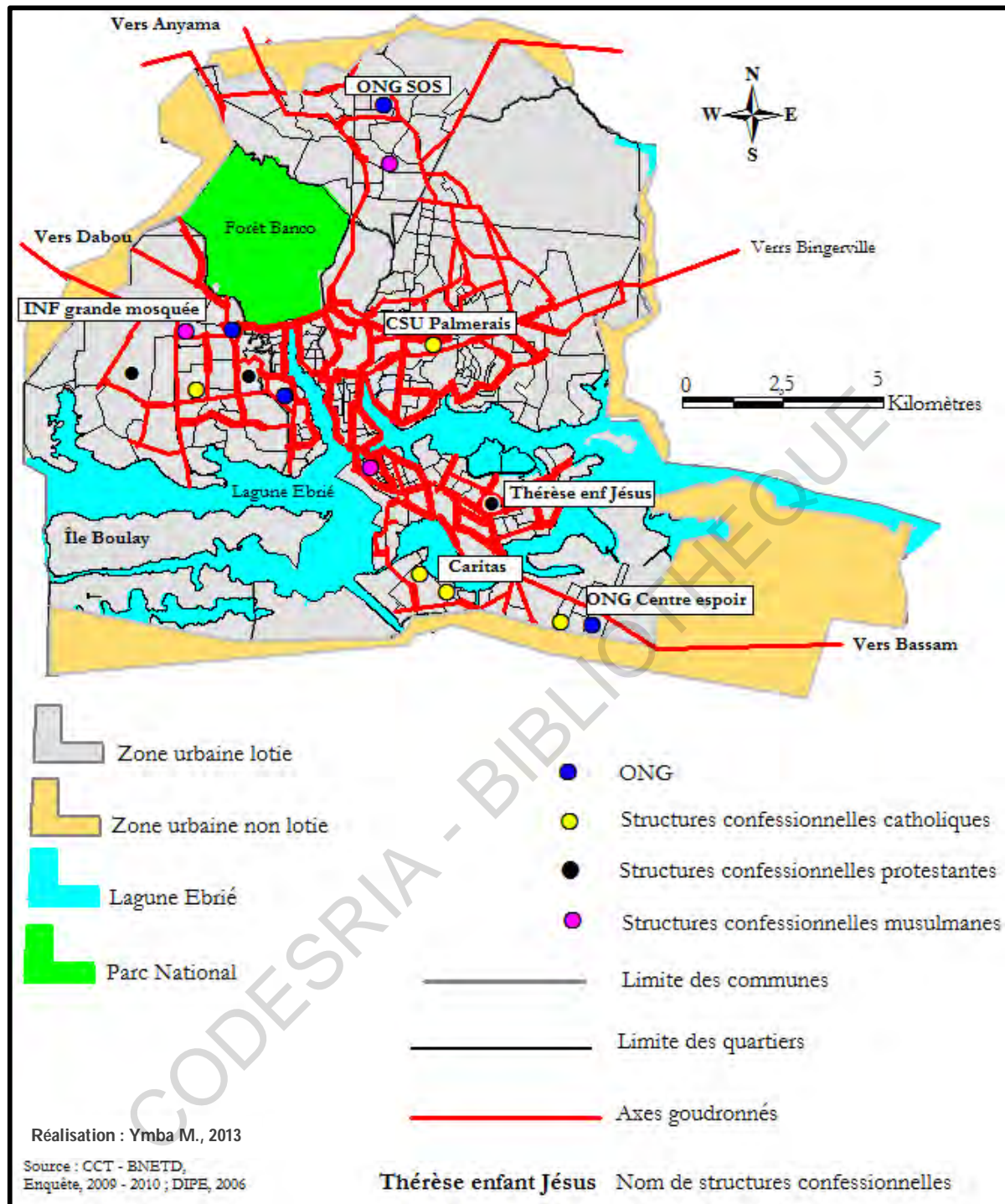
Ces structures confessionnelles conservent une bonne image aux yeux des populations. Elles offrent un service de qualité, des soins accessibles financièrement et un accueil respectable, car le personnel soignant travaille dans ce domaine par vocation. Grâce à leur rayonnement, elles contribuent de manière notable à désengorger les structures publiques et sont un palliatif à l'inaccessibilité financière des structures privées et au rejet social ou culturel de certaines structures publiques. L'importance des structures confessionnelles est telle, que certaines ont même été intégrées dans la pyramide sanitaire publique en signant des conventions de collaboration avec le Ministère de la Santé. Par ce geste, les structures confessionnelles répondent aux besoins en soins de santé des populations de la ville dépourvues de ce type de structure.

Vu la faible répartition de ces structures, on peut dire que leur implantation au sein de la ville ne reflète pas de logique spatiale particulière. L'implantation des structures confessionnelles semble guidée par des objectifs sociaux plutôt que par les lois du marché. Par exemple, au moment de leur installation, les structures confessionnelles visaient des quartiers défavorisés et sensibles, voire insalubres (par exemple, le Centre de santé Père Carmes à *Gonzagueville* et l'ONG Centre Espoir, à *Adjoufou*) ou des quartiers périphériques éloignés de la ville (le CSU de la palmerais à Cocody).

En contraste avec l'offre publique et son approche égalitaire, l'offre privée et son approche mercantile, les logiques d'implantation de l'offre confessionnelle portent le souci de leur mission : la charité par la conversion ou par l'adhésion. À Abidjan, l'action missionnaire chrétienne a mis volontier en avant son œuvre sanitaire. S'installer dans les quartiers « pauvres » est indirectement une approche pour venir en aide aux populations et plus particulièrement aux enfants, femmes enceintes et personnes âgées qui ont plus besoins de soins.

Dans un contexte de décentralisation et d'ajustement structurel, le rôle et l'investissement des centres de santé confessionnels dans le développement local urbain sont indéniables. Ces institutions s'imposent *de facto* comme des pièces centrales du dispositif des soins de santé [Otayek, 1999].

Carte 36. Distribution des structures de soins confessionnelles



III.2.1.4. Le secteur pharmaceutique : un souci de visibilité

Les études sur la distribution de l'offre de soins privée ou la distribution de l'offre de médecins généralistes en zones urbaines sont nombreuses [Jones et Moon, 1987 ; Kearns et Barnett, 1997]. Elles sont nettement plus rares en ce qui concerne les pharmacies dont la répartition reste un indicateur pertinent des liens ville et santé au même titre que d'autres services de santé. L'organisation du secteur pharmaceutique en Côte d'Ivoire repose sur les relations entre les producteurs, les fournisseurs, les pharmaciens et l'État qui fixe la réglementation et les orientations politiques. L'État a le monopole de

l'approvisionnement en médicaments à travers la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (PSP-CI) situé à Treichville sur le Bd de Marseille.

La PSP-CI est placée sous la double tutelle du Ministère de la santé et de l'hygiène publique et du Ministère de l'économie et des finances et est membre de l'Association des Centrales d'Achats Africaines des Médicaments Essentiels (ACAME).

Elle a été mise en place par la volonté de l'État ivoirien de rendre accessibles et disponibles les médicaments à moindre coût à la population, partout en Côte d'Ivoire. Les 75% à 85% des références des médicaments de la PSP-CI sont des génériques, donc théoriquement accessibles financièrement à la population.

La PSP-CI a pour mission de centraliser, programmer et effectuer les approvisionnements en médicaments, vaccins, contraceptifs, consommables médicaux et de laboratoire et en matériels techniques nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires publiques et des structures ou organisations participant au service public sanitaire ; organiser la distribution de ces produits dans les formations sanitaires supervisées ; organiser et gérer le recouvrement des coûts de ces produits auprès des usagers des formations sanitaires ; fabriquer et conditionner certains médicaments. La production locale reste cependant minime. La majorité des produits pharmaceutiques est donc importée. Le consommateur individuel peut quant à lui se fournir dans les officines pharmaceutiques ou les dépôts pharmaceutiques. La dualité entre ces deux offres pharmaceutiques s'exprime sur le statut, le prix et le type de médicament.

■ Selon le statut, la vente des médicaments dans les dépôts pharmaceutiques se déroule au sein des structures de soins sous l'autorité du district sanitaire et elle est gérée par un infirmier détaché à la gestion du dépôt. Les officines pharmaceutiques appartiennent quant à elles, exclusivement au secteur privé et sont gérées par un pharmacien diplômé.

■ Selon le prix et le type de médicament. Le dépôt pharmaceutique n'est censé vendre que des MEG alors que les officines pharmaceutiques vendent à la fois des génériques et des spécialités. La tarification diffère selon qu'il s'agit de génériques, dont le prix est fixé par arrêté conjoint du Ministère de la Santé et du Ministère du Commerce, ou de spécialités vendues dans les officines privées, dont les prix sont libres, avec une marge fixée à un maximum de 32% du prix d'achat au grossiste.

III.2.1.4.1. Les officines privées

Comme nous l'avons évoqué, l'offre de soins du secteur privé a connu un incroyable développement depuis une trentaine d'années. L'évolution du nombre d'officines pharmaceutiques ne fait que confirmer ce phénomène.

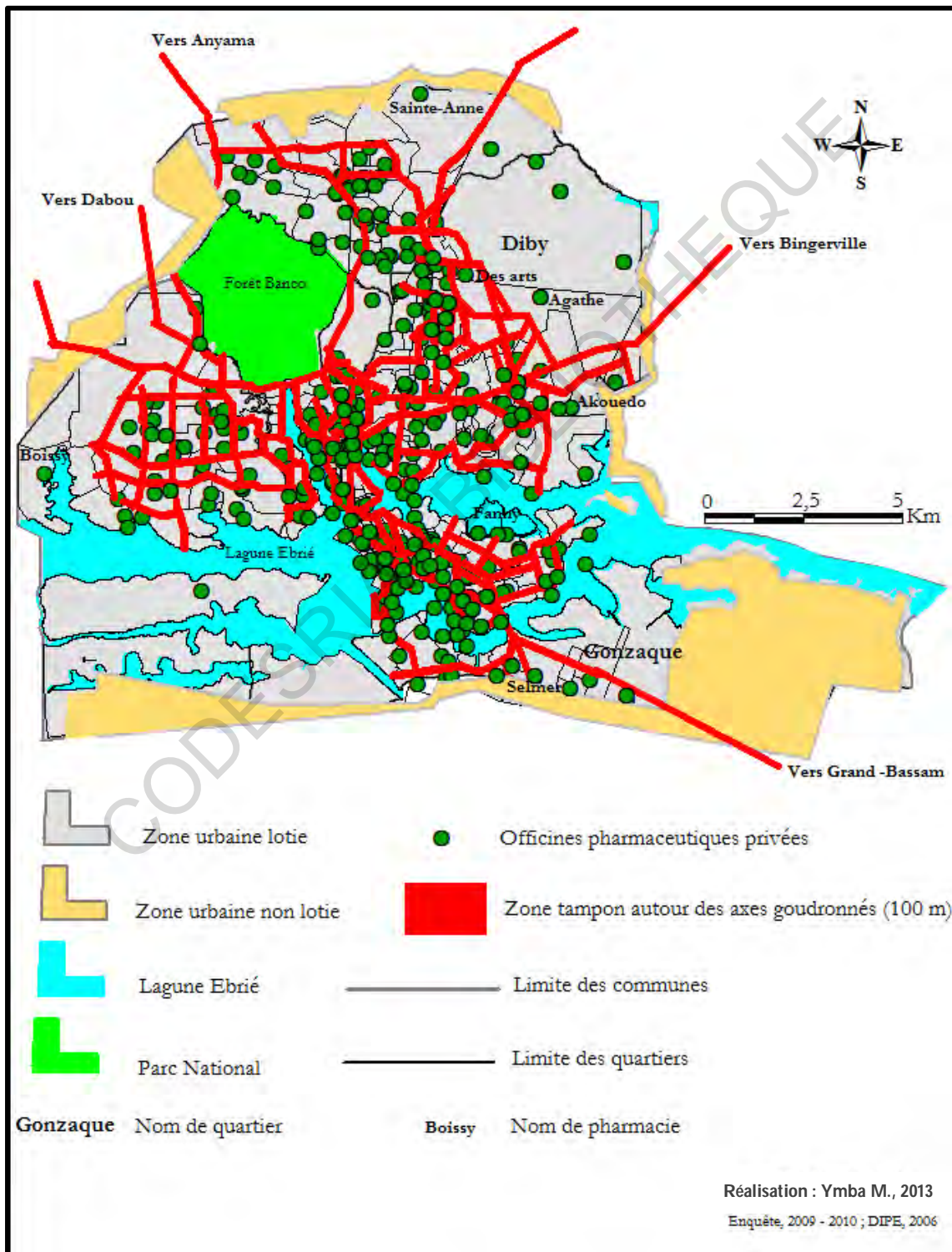
En Côte d'Ivoire, la loi pharmaceutique française en vigueur avant l'indépendance avait été conservée dans le code de la santé publique de 1970, mais depuis 1994, une nouvelle loi régit l'installation des officines privées. La répartition des pharmacies dépend largement de cette législation qui délivre la licence d'exercice et d'ouverture. Un plan prioritaire pour déterminer les nouvelles implantations des officines avait été établi, mais n'a pas été respecté, si bien que l'essentiel des créations d'officines a eu lieu à Abidjan. Abidjan compte 347 pharmacies, soit 53% de l'offre pharmaceutique du pays.

En ville, un critère de distance de 500 m entre les pharmacies est théoriquement obligatoire. Si cette distance est approximativement respectée dans les quartiers périphériques, dans le centre, on trouve une pharmacie à tous les 100 m (Carte 37).

Compte tenu du faible contrôle des autorités sur l'ouverture des officines privées en zone urbaine, la répartition des pharmacies répond plus à des objectifs de rentabilité, de visibilité, de découverte de nouveaux marchés qu'aux réels besoins en soins de santé de la population abidjanaise.

Les logiques d'implantation sont limpides. En appliquant une zone tampon de 100 mètres autour des axes bitumés, on observe que 90% des officines privées se situent sur des voies de communications goudronnées (Carte 37). L'accessibilité physique et le repérage visuel sont les objectifs visés par ces localisations (Photo 16).

Carte 37. Distribution des officines pharmaceutiques privées à Abidjan en 2009



En observant la carte 37, on voit que le réseau de pharmacies est très dense dans tous les secteurs centraux des communes : 50% des pharmacies se concentrent dans cet espace, allant jusqu'à 35 pharmacies pour les communes de Yopougon et de Cocody. Ce sont les communes qui concentrent le plus de pharmacies dans la ville d'Abidjan, qui, rappelons-le, concentrent aussi un ensemble de directions sanitaires ainsi que les CHU de Yopougon et Cocody, le tout formant un pôle sanitaire très attractif.

L'implantation des pharmacies ne coïncide pas avec la carte des densités de populations, mais plutôt avec le dynamisme et la fréquentation des lieux. Les zones commerciales, les zones de circulations et d'afflux de populations que produit le centre-ville attirent sans aucun doute ces implantations. La route permet en effet, un approvisionnement plus facile et rapide des stocks. La publicité, l'enseigne lumineuse suscite l'arrêt des clients potentiels (Photo 16).



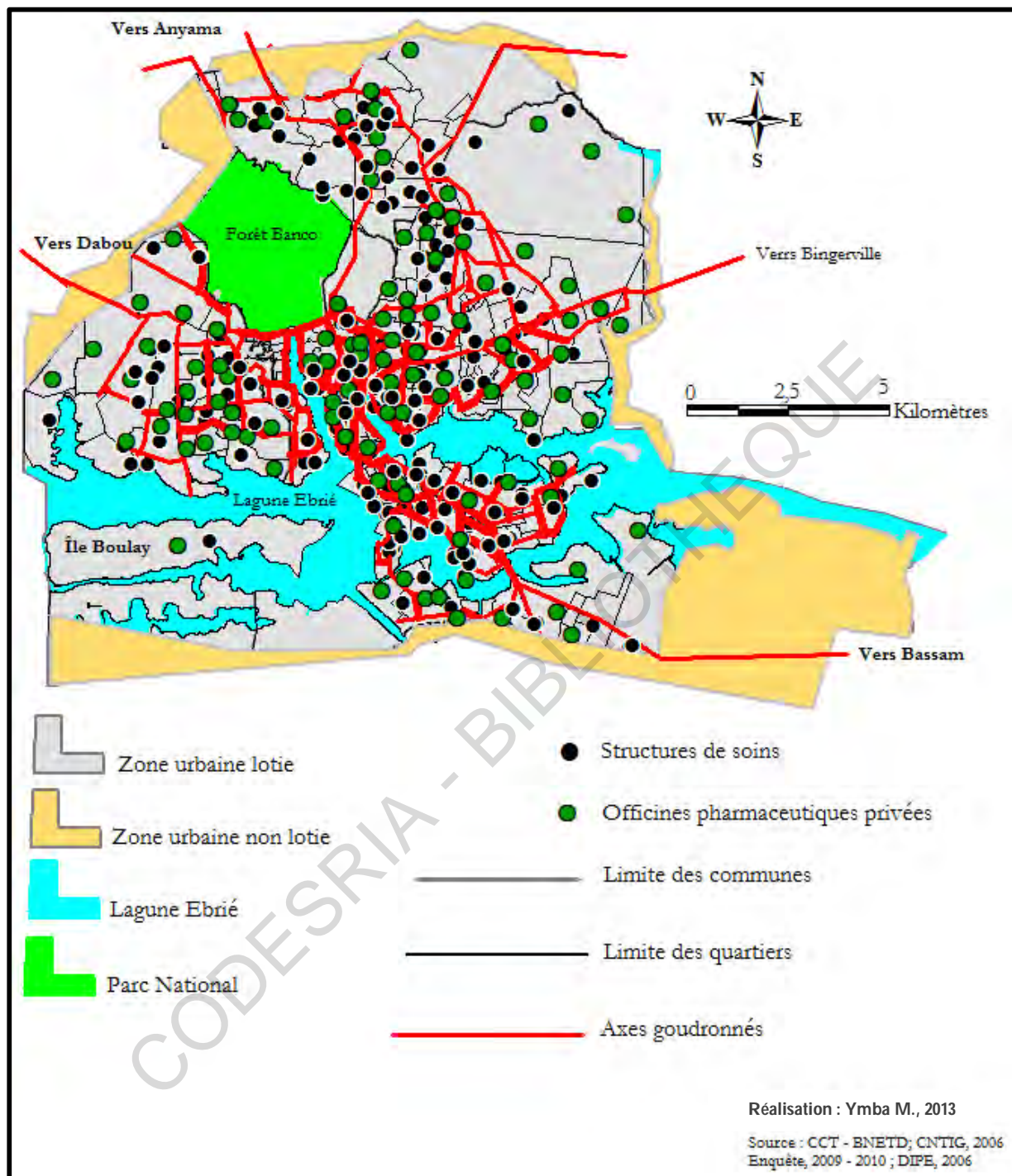
Photo 16. Pharmacie Saint Martin située à Yopougon SIDECI

Pour atteindre leurs objectifs de rentabilités, les pharmacies multiplient les signalisations dans la ville d'Abidjan.

Source : Ymba M., 2011

Au cours de nos enquêtes de terrain, nous avons constaté que les pharmacies se localisaient aussi à proximité des structures de soins, en particulier des services de santé à forte activité (Carte 38).

Carte 38. Distribution des officines pharmaceutiques et des structures sanitaires à Abidjan en 2009



L'ouverture de l'officine privée est souvent postérieure à celle de la structure de soins, pour répondre à la demande en médicaments, pas toujours disponibles dans les dépôts pharmaceutiques publics des services de santé.

Avec un ratio d'environ une pharmacie pour 530 habitants, la couverture en offre pharmaceutique privée semble largement suffisante dans les communes. Même si ce ratio est un peu élevé (1 pharmacie pour 4 954 habitants) dans les communes d'Attécoubé, Abobo, Koumassi et Port-Bouët.

Ainsi que cela a été signalé, la distribution des officines privées dans la ville fait apparaître de fortes disparités entre les secteurs centraux et les secteurs périphériques et ces disparités s'accroissent lorsque l'on s'intéresse au système des pharmacies de garde.

Quarante-neuf (49) pharmacies assurent à tour de rôle les gardes en dehors des heures d'ouverture officielles des pharmacies. Cette répartition de l'offre pharmaceutique de garde est encore un privilège pour les communes les mieux dotées en pharmacies. Les communes les moins bien dotées en pharmacies ont très peu de pharmacies de garde, seules une ou deux pharmacies sont ouvertes et accessibles dans ces zones (Tableau 15). Il en résulte que les populations de ces quartiers doivent parcourir plus de deux kilomètres pour rejoindre les premières pharmacies de garde. Autant dire que si la famille ne possède pas de moyens de transports individuels, rejoindre les pharmacies devient un exploit, car le tarif de nuit des taxis compteurs est insurmontable pour les populations (la tarification à double tarif la nuit). Les bus de la Société de Transports en Commun d'Abidjan (SOTRA) arrêtent de circuler à partir de 22 h 30, heure locale. Les "woro-woro" et les "gbaka" quant à eux vont jusqu'à 23 heures, mais cela dépend des communes et des jours de la semaine, le week-end, ils peuvent circuler jusqu'à 2 heures du matin.

Tableau 15. Nombre de pharmacies de garde par commune en 2011 à Abidjan

| Communes | Population totale 2006 | Nombre de pharmacies en 2011 | Les pharmacies de garde en février 2011 |
|-------------|------------------------|------------------------------|---|
| Koumassi | 406.240 | 27 | 5 |
| Port Bouët | 270.762 | 14 | 2 |
| Attécoubé | 265.553 | 8 | 2 |
| Abobo | 816.461 | 35 | 8 |
| Adjamé | 325.299 | 31 | 5 |
| Marcory | 227.383 | 31 | 4 |
| Yopougon | 880.421 | 81 | 11 |
| Treichville | 154.182 | 30 | 2 |
| Cocody | 322.038 | 65 | 9 |
| Plateau | 13.259 | 25 | 1 |
| Total | 3.681.598 | 347 | 49 |

Source : SNPPCI*, 2011 ; INS, 2006

*Syndicat National des pharmaciens de Côte d'Ivoire

III.2.1.4.2. Les dépôts pharmaceutiques

On retrouve des dépôts pharmaceutiques au sein de toutes les structures de bases, des HG et des CHU de la ville d'Abidjan, pour faire bénéficier des médicaments à moindre coût aux patients. Ces structures sont responsables du bon fonctionnement de ces dépôts. Mais, les dépôts pharmaceutiques cumulent des contraintes susceptibles de nuire à leurs images et donc à leurs fréquentations, telles l'irrégularité de l'approvisionnement et l'insuffisance des stocks de médicaments (Photo 17 a et Photo 17 b).

Photo 17 a. Des malades patientent devant la caisse du dépôt pharmaceutique du CSU de Williasville à Adjamé pour acheter des médicaments, qu'ils ne sont pas sûrs de trouver, car les rayons sont vides (photo 17 b)



Photo 17 b. Dépôt pharmaceutique dans le CSU de Williasville à Adjamé

Les rayons sont vides.

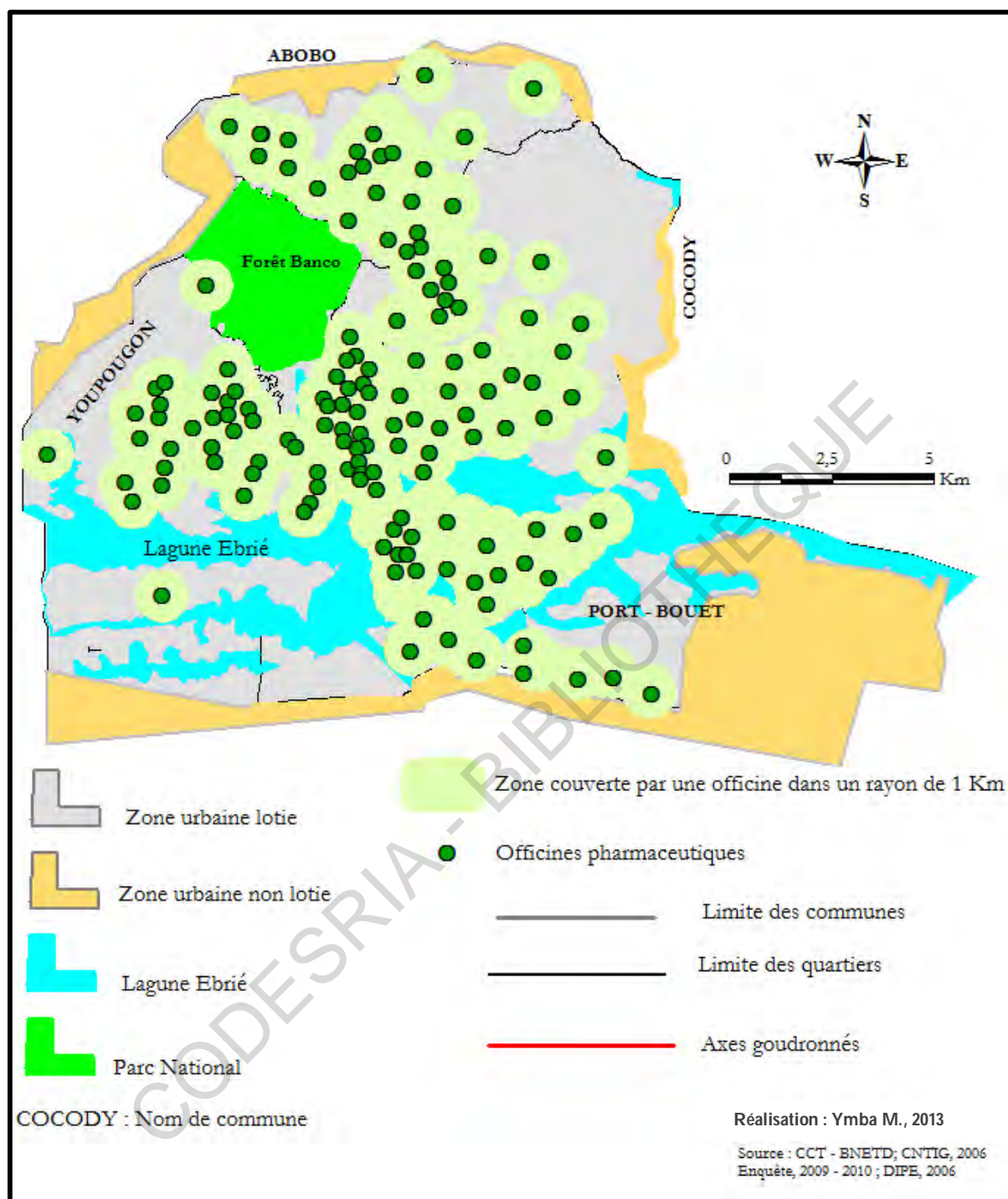


Source : Ymba M., 2011

Nous allons nous intéresser maintenant à l'accès aux médicaments. La carte 39 montre une « zone tampon », correspondant à une aire théorique d'accessibilité d'un rayon de 1 Km autour des établissements pharmaceutiques privés ou publics. Si Abidjan reste privilégiée par rapport aux autres villes de la Côte d'Ivoire, la comparaison de ces espaces souligne l'insuffisance de la couverture des officines pharmaceutiques dans certaines zones de la capitale. Les officines pharmaceutiques, dans certains quartiers périphériques et non lotis, se situent à plus de 1 kilomètre de l'offre (Carte 39).

Le recours aux officines privées n'est pourtant pas plus sollicité, car il dépend principalement des capacités financières du patient. D'après une enquête des Pharmaciens Sans Frontières, le choix des populations s'oriente dans un premier temps vers le dépôt pharmaceutique pour ses prix bon marché, puis vers l'officine privée pour des médicaments que l'on ne trouve pas ailleurs, pour la qualité du produit ou pour respecter le conseil du médecin [Loukova et Tranduc, 1995]. Pour certaines pathologies et pour certaines spécialités, l'officine pharmaceutique sera considérée comme une structure de proximité et de référence.

Carte 39. L'accès théorique aux médicaments à Abidjan en 2009



III.2.2. Les médicaments de la rue ou « pharmacie de rue », un acteur clé de la diffusion des pharmacopées

Enfin, on ne peut parler d'accès aux médicaments sans faire une référence à l'offre informelle qui constitue encore sans doute le moyen de prédilection pour se procurer des produits pharmaceutiques. En effet, le secteur informel participe également à la circulation des médicaments, mais de façon illégale.

Selon leur origine, deux catégories de médicaments sont vendues sur le marché illégal.

La première catégorie représente les médicaments que l'on peut trouver à la fois dans les officines et sur le marché de rue. Ils sont en majorité fournis par le secteur pharmaceutique officiel qui serait la source d'environ 48% des médicaments disponibles sur le marché parallèle [Aka E., 2009]. En effet, certains grossistes du pays ont mis en place un réel système de distribution à destination de ces marchés, ce qui explique que l'on puisse y retrouver les mêmes produits que ceux qui sont vendus en pharmacie, mais à des prix inférieurs. Ce nouveau commerce est favorisé par le fait que les vendeurs de rue payent les marchandises au comptant, tandis que les pharmaciens sont approvisionnés à crédit. La livraison des médicaments se fait à la faveur de la nuit ou tôt le matin, de façon à passer inaperçue.

Dans d'autres cas, les médicaments sont volés par les travailleurs en pharmacie pour être revendus sur le marché. Ce sont des échantillons gratuits originellement destinés aux médecins, mais détournés par des représentants médicaux peu scrupuleux. Il est en effet, assez commun de retrouver la mention « échantillon gratuit, ne peut être vendu » sur les médicaments de la rue.

Les médicaments non utilisés collectés par les ONG ou d'autres associations sont aussi retrouvés sur le marché illicite, car ceux-ci étant souvent peu adaptés aux besoins locaux, ils sont revendus pour financer les frais de fonctionnement de ces organismes. Enfin, certains médicaments fabriqués en Europe sont présents sur le marché de rue, alors qu'il existe une production locale sous licence. Le directeur d'une industrie pharmaceutique locale a remarqué ce phénomène qu'il expliquerait par l'utilisation frauduleuse de certains systèmes d'assurance maladie européens. Par exemple, la Couverture Maladie Universelle (CMU) française permettrait à certains étrangers et résidents de recevoir, partiellement ou totalement gratuitement, des médicaments qu'ils exporteraient et vendraient via les filières illégales des pays en voie de développement.

La seconde catégorie est constituée par les médicaments trouvés uniquement sur le marché illicite. Cette catégorie est représentée essentiellement par des médicaments passés en contrebande par des trafiquants, et qui, le plus souvent, ne sont donc pas enregistrés en Côte d'Ivoire. Pour la plupart, ils viennent de pays voisins tels que le Ghana et le Nigeria, mais aussi de l'Inde, un des plus gros exportateurs de médicaments au monde. Ces importations illicites sont favorisées par la perméabilité des frontières où les agents de contrôle, la police et les douaniers sont souvent corrompus. Parmi ces produits pharmaceutiques passés en fraude, on trouve aussi les médicaments chinois dont la présence sur le marché parallèle ivoirien n'a fait qu'augmenter ces dernières années, pour devenir maintenant un trafic important et prospère. Incapables de lire les noms (car écrits en caractères chinois sur les boîtes), les vendeurs usent des appellations fictives, qui sont ensuite reprises par les utilisateurs pour identifier chaque produit. Pour les mêmes raisons, les importantes informations médicales de la notice ne sont pas accessibles aux consommateurs. C'est sans doute la pire situation à laquelle un patient puisse être confronté : en effet, peu de chose sont plus dangereuses que la dispensation aveugle de médicaments dont la composition et l'origine sont inconnues.

Peu d'études se sont penchées sur le problème des marchés illicites, mais celles qui l'ont faites ont unanimement noté qu'une proportion non négligeable des médicaments de la rue était de mauvaise qualité. Le fait que certains médicaments soient vendus après la date de péremption ou soient conservés dans de mauvaises conditions, explique en partie cette observation.

La vente de médicaments par des marchands ambulants dans la rue et les « pharmacies

par terre » sont à l'origine du trafic de produits illicites et constituent une entrave à l'amélioration de l'état de santé des populations. " Worou-fator ", " bon appétit ", " gris-gris ", " sur place ", " Fator chê," les qualificatifs ne manquent pas pour qualifier ces médicaments. Les conséquences de la consommation des médicaments de la rue sur la santé des populations sont indénombrables : résistances aux antibiotiques et aux antipaludiques, intoxications, destruction du foie, du cœur et des reins. D'ailleurs, la circulation de ces produits et celles des amphétamines et autres drogues vont de pair.

Nous n'avons pas pu avoir un entretien avec les vendeurs de médicaments de rue. Ils se méfient, car la vente de médicaments de ce genre est sanctionnée en Côte d'Ivoire. Ces revendeurs peuvent être condamnés à plus de cinq années d'emprisonnements. Comme nous n'avons pas pu échanger avec les vendeurs de médicaments, nous nous sommes fait passer pour des acheteurs pour avoir plus d'informations.

Photo 18. Médicaments de la rue, "fatô chê"

Source : Ymba M., 2011



Nous avons essayé de payer des médicaments à une dame à Adjamé Roxi⁶² (Photo 19). « Madame, j'ai mal à la tête, qu'est-ce que vous pouvez me donner ? Dans un mauvais français, elle me répond, ça "té" fait mal comment, fort ou un "pé", fort Madame. Alors, en regardant l'image d'un emballage de médicament où l'on voit un homme attrapé sa tête en se tordant de douleur, elle me dit voilà, prend ça, on a appelle ça "fatô chê", qui

signifie en langue malinké « homme fou » (Photo 18). Selon la dame, cette appellation pour montrer la puissance du médicament. Elle me dit de prendre "dé" le matin et "dé" le soir, tu vas voir sa va "allé" ». Elle m'a prescrit un médicament sans lire la notice qui était en anglais. Pour les quatre comprimés, je n'ai payé que 200 Fr CFA (0,30 Centimes), soit un comprimé à 50 Fr CFA (0,07 Centimes). Elle me proposait même le paquet des 20 comprimés à seulement 350 Fr CFA (0,53 Centimes).

La faible accessibilité et les prix attractifs des médicaments de la rue attirent de plus en plus de consommateurs comme nous avons pu le constater lors des enquêtes sur les pratiques thérapeutiques des ménages. Ils constituent 16% de la provenance des médicaments utilisés dans l'automédication par les ménages (cf. *Partie III, Chap.II*).

⁶² Située dans le quartier *Marché* d'Adjamé, la « pharmacie par terre ROXY » est bien connue de la population d'Abidjan et, en réunissant près de 30% des vendeurs de rue de Côte d'Ivoire, il représente le plus grand marché illicite de médicaments du pays.

Depuis le début de la crise politique et économique, la vente des médicaments représente la source de revenus principale de plusieurs catégories de personnes comme les jeunes scolarisés et non scolarisés, les chômeurs, les retraités, etc. Conséquence, les médicaments de la rue ont envahi tous les espaces abidjanais, on retrouve des revendeurs à tous les coins de la rue (arrêt de bus, sortie de super marché ou d'une administration, devant les écoles, etc.). Cette distribution est répandue et n'épargne aucune commune.

Photo 19. Le plus important marché des médicaments de la rue, la « pharmacie Roxy » à Adjamé à Abidjan

Des centaines de vendeurs de tout âge, abrités sous des parasols, présentent aux clients des médicaments entassés dans des paniers ou des cartons dans un fouillis indescriptible. Toutes les formes galéniques sont disponibles : comprimés, gélules, sirops, poudres, suppositoires, crème et même médicaments injectables. Ils sont conservés dans des conditions extrêmement précaires, constamment exposés à la saleté, à l'humidité et au soleil, ce qui accélère la détérioration des produits. Il est aussi tout à fait habituel de trouver des médicaments vendus sans leur boîte et sans leur notice. Ils sont reconditionnés dans des sacs en plastique qui ne portent aucune précision sur leur nom, leur principe actif ou sur leur date de péremption.



Source : Aka E., 2009

L'offre de soins à Abidjan, c'est aussi la médecine traditionnelle. Nous avons interviewé une trentaine de tradi-praticiens traditionnels et modernes dans la ville d'Abidjan. Les résultats que nous avons obtenus ont été croisés avec l'analyse des pratiques thérapeutiques des ménages interrogés. C'est pourquoi, pour des informations plus fournies, détaillées, et plus localisées, nous renvoyons le lecteur directement aux comportements thérapeutiques des ménages de la ville d'Abidjan (cf. *Partie III, Chap.II*). Cela est également pareil pour les lieux de cultes thérapeutiques et les cliniques chinoises.

Conclusion du chapitre III

L'analyse de l'offre de soins nous a permis à partir des indicateurs de l'offre, de mettre en évidence les disparités spatiales et les zones "fragiles" pour l'accès aux soins. La distribution de l'offre sanitaire met en avant les quartiers centraux par rapport aux quartiers périphériques de la ville. La population périphérique aura-t-elle moins recours à l'offre moderne que les populations abidjanaises les plus avantageuses dans la répartition de l'offre de soins ? Dans le cas d'une réponse positive, ce sous-recours sera-t-il attribuable à des comportements ou des représentations particulières dont la population seule serait porteuse, ou existe-t-il un problème d'adéquation entre les attentes de la population et l'offre dispensée par les prestataires de soins, leur positionnement ? L'offre de soins ne suit pas cet étalement et cette croissance démographique incontrôlée de la ville. Dans la deuxième partie, nous allons continuer cette analyse de l'offre de soins dans les lieux de résidence des populations à partir des variables socio-démographiques pour évaluer son adéquation avec les besoins en soins des populations. Cela permettra de mettre en relief cette fois-ci les inégalités socio-spatiales d'accès aux soins.

En définitive, on peut dire aussi que l'offre de soins privée reste un moyen limité pour l'amélioration de l'accès aux soins, et ce, pour plusieurs raisons : les structures sanitaires privées s'établissent surtout dans les quartiers attractifs, le prix des soins est élevé (obstacle économique), la concentration des efforts ne se fait que sur les soins curatifs, la main d'œuvre salariale du privé ne reçoit pas toujours la même formation médicale, et enfin, la conjoncture économique limite le recours aux services du secteur privé. Ce qui entraîne une importante concurrence entre les structures et parfois une sous-fréquentation de certaines d'entre elles. L'offre de soins privée ne compense pas les inégalités spatiales.

L'offre professionnelle, quant à elle, ne répond pas non plus à tous les besoins en soins de santé des populations. Par exemple, elles ne fournissent pas toutes, certains services comme les soins ophtalmologiques et dentaires. La gamme complète des soins de santé primaires n'est donc pas atteinte pour certaines d'entre elles.

Enfin, l'État, garant de l'équité, est censé contrôler l'ensemble des structures sanitaires d'Abidjan en régulant l'offre avec des mesures parfois contraignantes, parfois souples ou plus diplomatiques. La législation quant aux ouvertures des structures privées, professionnelles ou des pharmacies existe, mais en réalité, très peu de contrôles sont exercés. L'espace sanitaire ne semble donc pas encore tout à fait maîtrisé à Abidjan.

Chaque secteur de soins entreprend son activité de façon singulière. Les stratégies d'implantation des structures de soins nous ont révélées des géographies spécifiques pour chaque acteur et ces stratégies différenciées révèlent des territoires urbains répulsifs ou attractifs. Les structures de soins ne sont alors plus considérées comme de simples équipements désignés par la politique sanitaire, mais comme des services associés à des lieux de pouvoir économiques ou sociaux. À cet égard, les marges urbaines non loties fonctionnent comme de véritables repoussoirs et constituent de vrais « déserts médicaux » [Picheral, 1998]. À l'exception de quelques établissements privés professionnels et lucratifs, ces zones sont totalement dépourvues de structures de soins. Or, le problème de l'accès aux soins pour les populations des quartiers périphériques, non lotis, apparaît d'autant plus crucial qu'ils représentent, en 2009, près d'un tiers de la superficie de l'espace urbain. Cette image défavorable est cependant facilement compréhensible pour des acteurs du secteur privé pour lesquels, la solvabilité, le niveau social des populations constituent des déterminants importants de leur localisation tandis que, pour le secteur public ces zones en cours de lotissement ne constituent pas des lieux d'implantations prioritaires.

Conclusion de la première partie

Nous nous sommes intéressés dans cette première partie, d'une part, au développement rapide d'une ville et à ses conséquences sur l'offre de soins en tant que service urbain et, d'autre part, de l'impact de la localisation de l'offre de soins moderne sur l'accès aux soins. L'étude des liens entre la croissance de la ville et celle du système de soins a permis de dessiner une certaine géographie de la ville. L'offre de soins n'est, en effet, pas épargnée par les transformations liées au développement de l'urbanisation. Ceci se traduit par une offre de soins moderne caractérisée par une extrême diversité. La multitude et la complexité de l'offre de soins rendent son analyse difficile, sans oublier que les offres thérapeutiques parallèles et informelles ont progressé.

Les spécificités de la répartition des équipements sanitaires au cours du siècle, entre eux ont montré quels étaient les facteurs et les acteurs qui font et participent aux processus de différenciation de la ville. Il ne faut plus poser comme hypothèse que les structures de soins se distribuent de façon aléatoire dans la ville, mais qu'au contraire, elles sont causes et conséquences de la différenciation de la ville : l'offre de soins est un moteur des dynamiques territoriales.

Le temps et les événements qui ont sous-tendu toutes les étapes de la construction d'Abidjan, ont aussi orienté l'organisation de son système de soins. L'offre de soins actuelle à Abidjan est donc le résultat d'une évolution amorcée avec la colonisation, avec la croissance économique, jusqu'à l'extrême libéralisation de l'offre privée et à la crise politico-militaire de 2002. Les stratégies d'implantation de l'offre de soins montrent aussi, l'influence des différentes politiques sanitaires mises en place depuis l'indépendance relativement à l'organisation du système de soins. Dans le contexte de la mondialisation, l'impact des grands organismes internationaux de financement se fait de plus en plus sentir. La ville capitale devient le lieu de prédilection pour l'efficacité et la rentabilité des structures sanitaires.

Cependant, il nous faut rappeler que cette répartition avantageuse de l'offre de soins par son importance n'engage en rien son utilisation. La localisation des services de santé n'est pas l'unique facteur clé de l'accessibilité. En milieu urbain où la distance physique joue un rôle moindre, la localisation de la structure de soins ne semble pas toujours avoir une incidence sur son utilisation. La proximité seule d'un service de santé ne suffit pas pour son utilisation, il faut tenir compte d'autres paramètres, en particulier dans les grandes villes des pays africains comme Abidjan.

De la même façon, les états de santé ne sont pas nécessairement meilleurs là où l'offre de soins est quantitativement plus importante. Quantité ne veut pas dire utilisation, ni qualité.

Les deuxième et troisième parties de cette étude apporteront d'autres éléments pour juger l'accessibilité de l'offre de soins et des liens entre états de santé, quantité et qualité de l'offre de soins.

DEUXIÈME PARTIE

**L'OFFRE DE SOINS MODERNE AU
REGARD DES BESOINS ET DE LA
DEMANDE EN SOINS DANS LES
LIEUX DE RÉSIDENCES DES
ABIDJANAIS**

Introduction de la deuxième partie

Amorcée par l'analyse de l'offre de soins, cette étude se poursuit par celle de l'identification des zones de besoins en soins de santé des populations dans les environnements sociaux de vie de la ville d'Abidjan. L'objectif de cette deuxième partie est de confronter l'offre de soins aux besoins de santé des populations en fonction de leurs lieux de résidences et d'évaluer la demande de soins dans les services de santé.

Pour cela, nous allons dans un premier temps caractériser les lieux de résidences des citadins, afin de les classer par type de quartiers. Ensuite, une analyse de la distribution de l'offre de soins moderne dans ces espaces sera nécessaire, ainsi que les activités⁶³ des structures de soins pour identifier les espaces sociaux défavorisés dans la répartition de l'offre de soins moderne. En effet, nous pensons qu'Abidjan, il existe une inégale répartition de l'offre de soins en fonction des profils environnementaux et sociaux des quartiers. Il sera déduit de ça, une classification pour définir le niveau de la couverture sanitaire dans les lieux de résidences des populations.

Par la suite, à partir de variables définies, nous allons identifier les besoins des populations, toujours dans les lieux de résidences. L'objectif ici, est de définir les zones, où le besoin est le plus élevé ou le plus faible dans la ville. Établir un diagnostic sur les besoins de santé permet de définir des territoires de santé les plus défavorisés et de rechercher des solutions adaptées à l'ensemble des usagers du système de santé. Enfin, nous allons identifier les lieux de résidences fragiles ou à risques pour l'accès aux soins de santé moderne, pour cela, on va confronter l'offre de soins et les besoins de santé des populations.

Nous voulons proposer un découpage territorial qui soit le mieux adapté aux besoins de la population en y intégrant à la fois le volet offre de soins. L'objectif opérationnel est d'orienter vers la définition de zones à privilégier pour mettre en place des actions visant à améliorer l'offre de soins.

⁶³ Nous entendons par activité, le nombre, le type et la nature des actes médicaux pratiqués dans les différents services de soins que nous aurons sélectionnés à Abidjan.

CHAPITRE I. ADÉQUATION ENTRE OFFRE ET BESOIN EN SOINS DE SANTÉ DANS LES LIEUX DE RÉSIDENCES

La ville d'Abidjan dispose d'une ressource sanitaire importante et diversifiée. Mais l'analyse nous a montré que le nombre important de formations sanitaires cachait de nombreuses disparités intra-urbaines.

Nous voulons maintenant, mettre en relation la distribution des équipements sanitaires et les ressources humaines avec les besoins en soins dans les lieux de résidences des abidjanais. En confrontant la répartition des équipements sanitaires et la répartition spatiale des besoins en soins de la population, nous pourrions voir si l'offre est en adéquation avec les besoins en soins ou pas et cibler les zones et populations "fragiles" pour l'accès aux soins.

I. Évaluation et identification des zones de besoins en soins dans les lieux de résidences

Comment évaluer les besoins en soins ? Comment identifier les zones de besoins en soins ?

L'identification et la quantification des besoins en soins ont fait l'objet de nombreux travaux. Les difficultés rencontrées lors de l'étude des besoins sont les limites méthodologiques, car les études ont montré qu'il n'existe pas d'indicateurs de besoins universels. Cependant, on peut distinguer deux types d'approches.

- La première est basée sur l'étude de la consommation de soins, c'est à dire sur les besoins exprimés. Elle occulte donc les besoins non exprimés pour diverses raisons relatives à l'accès géographique, à la culture ou encore aux contraintes financières.
- La seconde approche est fondée sur les déterminants du besoin de soins. Par l'identification des principaux facteurs liés à la consommation de soins, elle cherche à prévoir les besoins en soins. Dans ces méthodes, la structure par âge, sexe, la morbidité et la mortalité sont les principales données utilisées. Les facteurs socio-économiques comme le niveau socio-économique et le taux de chômage ou encore les facteurs culturels ou environnementaux sont aussi couramment utilisés pour appréhender les besoins en soins.

Dans notre cas, nous nous sommes appuyés sur la seconde approche, mais nous l'avons adaptée à notre situation, par faute de données complètes sur certains indicateurs de santé tels que le taux de mortalité. Cela ne fausse en rien nos résultats et notre méthode s'avère être pertinente pour évaluer les besoins en soins de notre espace et à l'échelle d'analyse retenue (les quartiers).

Une approche par combinaison d'indicateurs a été retenue. Les déterminants influant sur les besoins de soins des individus, donc sur la demande de soins, sont les suivants : les facteurs socio-économiques, les facteurs démographiques, les facteurs environnementaux, les facteurs urbains, l'âge, le sexe, la consommation de soins et les femmes en âge de procréer, correspondant chacun, à un déterminant permettant d'évaluer et d'identifier le niveau de besoin en soins relatif à chaque lieu de résidence, et aussi de définir les disparités de santé sur l'ensemble de la ville.

Les résultats obtenus de cette analyse ont été mis en relation avec l'offre de soins des lieux de résidences et les taux d'utilisation des services de santé pour évaluer l'adéquation entre cette offre de soins et les besoins en soins de santé des populations et identifier ainsi les zones à risques ou défavorisées pour l'accès aux soins.

De telle étude contribue à faciliter l'intervention des décideurs dans le domaine sanitaire et social et à réduire des inégalités de santé entre les lieux de résidences.

I.1. Typologie des profils des lieux de résidences des populations

Le système de soins et les soins curatifs contribuent à hauteur de 20% à l'état de santé des populations, ils exercent donc une influence importante mais non décisive sur la santé des individus [OMS, 1998]. Pour le reste, l'état de la santé des populations dépend des différents aspects de l'environnement qui l'entoure. Les aspects de vulnérabilité (ou qui peuvent déterminer l'état sanitaire des populations) portant sur plusieurs déterminants (la pauvreté, l'analphabétisme, l'accès à l'eau potable, etc.), dont la présence et/ou l'absence peut constituer des menaces réelles pour la santé des populations, et accroître leurs besoins de soins potentiels, sont examinés dans cette partie.

L'idée ici est de décrire et caractériser l'ensemble des déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui influencent l'état de santé et donc sur la demande de soins de la population dans les lieux de résidences. Pour cela, nous mettons l'accent sur des variables que nous considérons pertinentes pour décrire davantage les espaces de vie des populations. Il ne faut pas oublier que l'objectif est de caractériser les lieux de résidence des populations afin de faire ressortir les besoins de santé et de les confronter à l'offre de soins et de voir si celle-ci est en adéquation avec les besoins de santé.

En choisissant les quartiers comme échelle d'analyse et en les classant par type de lieux de résidences, nous avons en même temps recherché un découpage pertinent pour répondre à la question de l'évaluation des besoins et des pratiques citadines du recours aux soins.

Encadré 4 : Méthodologique

Les caractéristiques sociales, économiques et environnementales des quartiers sont traduites à partir du recensement de la population de 1998 et des estimations de la population de 2006 réalisées par le RGPH et l'NS. À partir des données disponibles, nous avons retenu, celles pouvant occasionner des besoins ou des demandes de soins chez les populations et celles qui sont considérées comme des facteurs aggravants (Les facteurs aggravants : sont des indicateurs qui pourraient augmenter potentiellement la demande de soins et qui rendraient les populations encore plus vulnérables). Les facteurs liés à la gestion du cadre de vie et les caractéristiques socio-démographiques, économiques et culturels jouent sur les besoins de soins potentiels des populations.

Ce sont :

- Les catégories socioprofessionnelles : Fonctionnaire, cadre, ouvrier, travailleur indépendant (secteur informel), transporteurs, artisans, ménagères, sans emploi ; - Le taux de chômage (homme et femme) ; - Le niveau d'étude des populations par quartiers (primaire, collège, lycée et études supérieures) ; La situation matrimoniale (célibataire, marié, union libre et polygame) - La famille monoparentale dirigée par une femme (avec ou sans emploi) ; - Le fait de ne pas posséder de véhicule personnel qui peut être un indicateur de difficultés d'accès aux soins ou un révélateur des particularités sociales (difficultés financières) ;
- Le niveau d'équipement pour définir les commodités, le standing et la qualité de l'habitat : (matériaux de constructions, le mode d'éclairage (l'électricité, éclairage à lampe à pétrole), le mode d'approvisionnement en eau (eau courante (les abonnés), puits, borne fontaine), latrine, eaux fosse septique.) ; - Le statut d'occupation du logement (propriétaire ou locataire) ; - La durée de résidence dans le quartier ; - Les indicateurs pour définir les risques environnementaux en ce qui concerne le mode d'évacuation des déchets solides, liquides et l'assainissement (les déchets rues, tas, fossés, eaux usées rues, caniveaux, eaux fosse septique, eaux usées rues, bennes d'ordures) et le critère de lotissement (zone lotie et zone non lotie). Ces variables permettent de différencier et de caractériser très bien les milieux sociaux et environnementaux des populations dans les quartiers.

Pour percevoir les différents niveaux d'urbanisation des quartiers de la ville d'Abidjan et les regrouper par type d'espace social, les analyses ont été menées à une échelle fine (les quartiers). Pour analyser les données retenues et identifier les relations entre les variables ainsi que l'existence éventuelle de groupes de variables ou de groupes d'individus, nous avons utilisé une analyse en composante principale (ACP). Les résultats obtenus à partir de l'ACP ont permis de construire une typologie de quartier par le biais d'une classification ascendante hiérarchique ou CAH. Cette méthode statistique permet de regrouper les zones « ayant un même profil et des caractéristiques proches (pour les variables de la base de données) » [Tonnellier, 2002]. La typologie a pour objectif « de repérer des zones où se produit un cumul des inégalités, c'est-à-dire la présence simultanée de mauvais indicateurs sociaux, environnementaux et économiques, qui peuvent avoir un impact sur la demande de soins ou l'accès aux soins avec les caractéristiques sociales qui leur sont associées ».

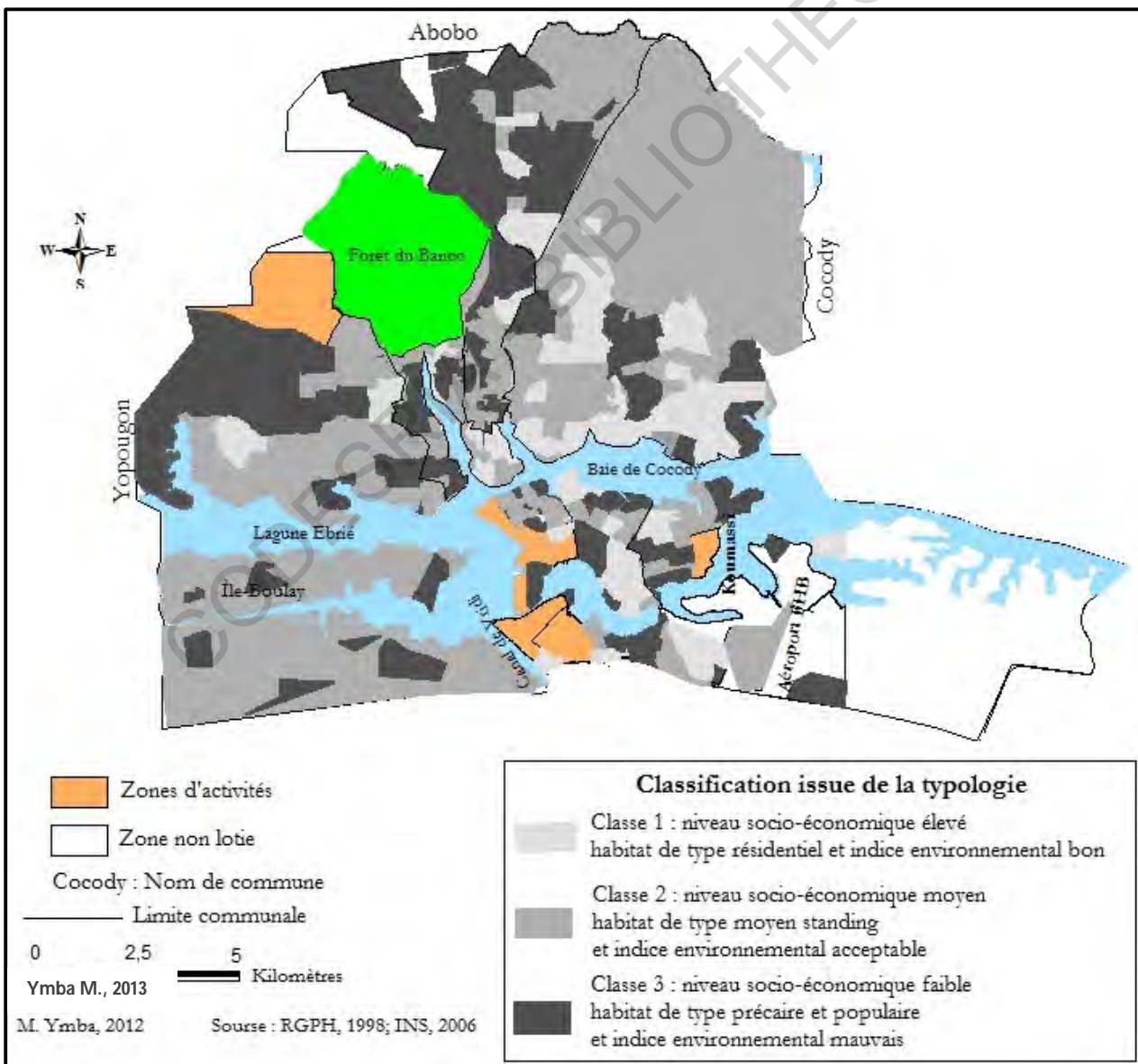
Pour finir, nous avons inséré les données dans un système d'information géographique (ou SIG) pour l'analyser conjointement avec la distribution de l'offre de soins, la consommation des soins (taux d'utilisation, c'est-à-dire le volume de consultation générale des services de santé), les données sur les femmes en âge de procréer et la répartition des différentes catégories d'âge qui nécessitent a priori des soins particuliers (0 à 5 ans et 55 ans et plus).

I.1.1. Résultats de la typologie des lieux de résidences des populations

L'analyse de la CAH sur les indicateurs retenus nous a permis d'identifier trois classes, décrivant le niveau de vulnérabilité des populations, celle-ci pouvant avoir un impact direct sur la demande en soins dans les lieux de résidences. La confrontation par la suite du niveau de besoins en soins appartenant à ces différentes classes à l'offre de soins et aux taux d'utilisation nous permettra de comprendre si l'offre est adaptée à la demande aux soins. Le but de cette typologie est donc de localiser et de relier les inégalités de l'offre de soins avec la composition sociale entre densités de services et le niveau social.

La carte 40 résume l'ensemble des informations relatives à la typologie des lieux de résidences des populations. De par leur profil, les habitants ne sont pas exposés aux mêmes niveaux de demande de soins.

Carte 40. Typologies des profils des lieux de résidences de la population de la ville d'Abidjan



La classe 1 : La première classe de la typologie identifiée regroupe des quartiers dont les taux de cadre, fonctionnaire et de profession intermédiaire pour les deux sexes, sont fortement sur-représentés par rapport à la moyenne générale. Le taux de femmes avec un niveau d'étude élevé (études supérieures) est de 27% contre 16,4% dans l'ensemble de la population féminine. Le niveau d'éducation y est excellent également pour les hommes (50,7% équivalent au supérieur). La structure matrimoniale indique 58,1% de mariés contre 21,4% de célibataires et 20,5% d'unions libres. Par ailleurs, les taux de chômage chez les hommes (6,3%) et les femmes (7,2%) sont inférieurs à la moyenne générale (respectivement 18,6% et 19,6%).

Cette classe se caractérise également par ses habitats de types résidentiels et un indice environnemental meilleur par rapport aux autres typologies des lieux de résidences de la ville lotie.

Les habitats résidentiels se distinguent par le type de construction, ce sont des maisons individuelles avec des villas somptueuses. Leurs architectures ostentatoires, construites avec des matériaux solides et infrastructures complètes, ne cachent rien de l'aisance de leurs propriétaires.

L'équipement des concessions en termes de latrines (WC avec chasse d'eau aussi bien à l'intérieur du logement qu'à l'extérieur) et de raccordement à l'électricité est très bon avec respectivement 100% et 100% des concessions équipées. Ce type d'habitat se distingue par son style architectural et son organisation interne (salon, salle à manger, toilettes, douches, etc.). Ces habitats sont conçus pour une "vie à l'intérieur" [Atta, 1978]. Généralement, les ménages sont propriétaires de leur logement (45%), ils peuvent se permettre de se doter des commodités qui entretiennent et participent au bien-être dans les logements (Télévision, climatiseur, etc.). Les ménages disposent d'un moyen de transport individuel (36%), qui leur permet d'avoir accès aux équipements urbains rapidement. Généralement, on trouve par pièce (chambre) au plus trois personnes.

La place de ce type d'habitat est modeste quantitativement dans la ville. Seulement, 7% des ménages habitent ce type d'habitat à Abidjan. La commune de Cocody avec les quartiers *Riviera, II Plateaux* au Nord-Est concentre le plus grand nombre d'habitats résidentiels de la ville. On a également les communes de Marcory (*Zone 4, Biétry*) et Port-Bouët (*Vridi-cité*) au Sud qui enregistrent un nombre important de ce type d'habitat (Carte 40).

Si Cocody est par excellence la commune résidentielle de la ville d'Abidjan, avec l'implantation des résidences des autorités politiques et diplomatiques du pays, il existe dans les autres communes de multiples poches de prospérité et de dynamisme économique que l'analyse a effectivement fait ressortir. Les communes de Yopougon et d'Abobo respectivement situées à l'Ouest et au Nord de la ville accueillent une petite partie des populations appartenant à la classe 1, ce sont les nouvelles élites de la ville.

Les quartiers de la classe 1, ne sont-ils pas d'ailleurs amenés à être la vitrine du pays ?

On imagine aisément que du point de vue de l'offre sanitaire, les quartiers de la classe 1 seront un lieu d'implantation privilégié pour le secteur privé. L'activité économique domine également ces quartiers avec les autres infrastructures urbaines privées.

La présence de ces équipements répond à des besoins locaux et est dépendante de la structure sociale de ces quartiers. La solvabilité des citoyens encourage les opérateurs économiques à privilégier ces quartiers pour l'implantation de leurs affaires. Cette stratégie met ainsi en évidence des conditions de vie et des comportements différents aux multiples

conséquences. Chaque service urbain participe à la bonne gestion urbaine et aux dynamiques territoriales des espaces des quartiers résidentiels.

Au niveau de la voirie et du drainage, les quartiers de la classe 1 ont une voirie bitumée, développée et bien hiérarchisée, non défectueuse et bien entretenue avec des caniveaux latéraux à ciel ouvert. Elle sert de voie de circulation aux véhicules et aux rares piétons. En outre, ces quartiers bénéficient d'un système de collecte des ordures organisé. Le ramassage des ordures ménagères est régulier dans ce type de quartier. Les ménages disposent également d'infrastructure d'assainissement pour l'évacuation de leurs eaux usées.

C'est surtout dans les quartiers résidentiels de la ville d'Abidjan que la quasi-totalité des ménages sont raccordés à la Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire (SODECI) et ont donc accès à l'eau potable (100% des ménages).

Cependant, les quartiers périphériques de l'Est (*Palmerais*), bien que bénéficiant d'un branchement, souffrent des défaillances des raccordements. Cela entraîne très souvent, de fréquentes baisses de la pression de l'eau, la mauvaise qualité de l'eau distribuée, etc. Dans ces zones, les ménages sont parfois privés d'eau potable pendant plusieurs jours à cause des coupures d'eau intempestives inhérentes au dysfonctionnement du réseau de raccordement. Comme ce fut le cas en 2009.

En un mot, les lieux de résidences de la classe 1 se caractérisent par un mode de vie occidentale, matérialisé par l'individualisme, l'organisation de l'espace, par la propreté des rues et la tranquillité. Un environnement propice au bien-être des populations et à une bonne santé. Les populations de la classe 1 sont moins vulnérables et elles disposent d'un cadre de vie plus sain et d'une situation économique (53,7% d'actifs) qui leur permet de se prendre en charge en cas de maladies.

La classe 2 : est composée de quartiers dont les caractéristiques de la population sont dans l'ensemble proche de la moyenne. Le taux de femme monoparentale est cependant sur-représenté (9,1% pour 6,9% dans la population générale). Ces quartiers regroupent des habitats de type moyen standing qui représentent des cités-dortoirs et concentrent les couches sociales modestes, ainsi que toutes les différentes catégories socio-professionnelles. Ces quartiers, sont bruyants et la vie ne s'y arrête jamais. Les relations entre les individus sont très fortes « Ici, on se dit tout et on partage tout, on ne se sent jamais seul ici », affirme une interlocutrice. Cette culture citadine particulière que les populations se partagent dans les quartiers peut influencer leur mode de vie et leur consommation, surtout dans la pratique des soins. On aura tendance à faire d'abord ce que son voisin fait avant de prendre sa propre décision.

Les taux de cadre pour les deux sexes sont sous-représentés par rapport à la moyenne. Les ménages exercent plus dans le secteur informel (29,1%) et ont sensiblement un niveau d'éducation élevé (39,9% équivaut au lycée).

Le nombre d'abonnés à l'eau potable et à l'électricité est respectivement de 29,5% et 26,1%. Cela s'explique par le prix du coût de l'abonnement qui reste élevé, 28 472 Fr CFA soit 43,43 Euros pour un compteur de diamètre 15, auquel il faudrait ajouter le prix du branchement qui lui s'élève à 147 630 Fr CFA soit 225,20 Euros.

Malgré qu'ils sont abonnées, les ménages utilisent l'eau du puits pour faire la vaisselle, la lessive, la cuisine et pour se laver (11,3%). L'eau du robinet est réservée uniquement à la boisson chez la plupart des ménages qui utilisent l'eau de puits.

Depuis la crise socio-politique, des coupures d'eau et des baisses de pression sont fréquemment annoncées à Abidjan par la SODECI [Dominique F., 2011], rendant le quotidien des populations des quartiers populaires des communes de Yopougon, Abobo et Koumassi et certains quartiers résidentiels périphériques très difficiles. Ces derniers parcourent plusieurs kilomètres comme on peut le voir sur la photo 20, pour s'approvisionner dans les puits ou pour acheter l'eau chez des revendeurs, qui profitent de cette situation pour augmenter le prix de l'eau.

L'eau achetée chez les revendeurs n'est pas hygiénique, car l'eau est exposée à la poussière et autres polluants de l'air de la ville. Le mauvais accès à l'eau a des conséquences directes sur l'état de santé de la population. Quand l'eau mise à la disposition des individus n'est pas en quantité suffisante ou bien si son approvisionnement nécessite beaucoup d'énergie (éloignement des points d'eau, profondeur des puits, etc.), il n'est pas aisé pour les individus d'entretenir une hygiène corporelle décente. L'eau ne suffit pas pour les bains personnels, la lessive et la vaisselle. Ce manque d'hygiène va favoriser la survenue de trois types pathogènes : Les infections intestinales qui se transmettent par la voie féco-orale ; les infections cutanées et oculaires : ulcères de la peau, les mycoses, le trachome, les pyodermites, etc. ; et les infections véhiculées par des parasites externes : la gale, les teignes, etc.

Par contre, on a plus de biens durables (la télévision, le poste radio, le ventilateur, etc.) dans les logements que chez les ménages de la classe 3 (30% contre 9,8%). Le taux de chômage atteint cependant, 22% chez les hommes et 27,6% chez les femmes. La structure matrimoniale indique 41,1% de célibataires contre 31,4% de mariés et 7,6% d'unions libres. Dans les habitats les ménages disposent de toilettes avec chasse d'eau, l'élimination des excréments se fait par la fosse septique (25,26 %).

Deux types d'habitats composent la classe 2. On a d'une part, l'habitat de cour et, d'autre part, l'habitat évolutif, appartenant tous deux à l'habitat moyen standing.

L'habitat cour est le type d'habitat le plus répandu dans la typologie 2, avec 48,2% des surfaces occupées pour seulement 23,2% pour l'habitat évolutif⁶⁴ ou habitat collectif de type économique. Ces habitats se concentrent plus dans les communes d'Abobo, Yopougon au Nord, Adjamé au Centre et Treichville au Sud. Les populations sont dans leur grande majorité locataires dans ces types de logement (55%). Avec des revenus moyens, être locataire constitue des dépenses supplémentaires et peut avoir un impact dans la prise en charge des malades dans le ménage.

Ces habitats sont certes, construits avec des matériaux solides (ciment, brique, fer à béton, etc.), mais ils sont généralement délabrés et le sol est rarement carrelé ou cimenté. Cela rend difficile l'évacuation des eaux usées à l'intérieur des concessions. On imagine les problèmes d'assainissement que cela peut engendrer. L'offre de ces logements devient cependant importante à la suite de la surélévation de plus en plus de certains bâtiments entraînant un désordre dans l'espace.

Les voies de communications dans les quartiers sont bien hiérarchisées, mais dans certains quartiers les routes ne sont pas goudronnées ou sont dans de très mauvais états, cela rend difficiles la circulation et les déplacements. Cela cause également, d'énormes problèmes en saison des pluies, car la plupart des quartiers sont victimes d'inondations.

L'état de l'environnement est plus ou moins acceptable dans les lieux de résidences. Ces quartiers de la ville sont confrontés à des problèmes d'assainissement liés d'une part, à la

⁶⁴ Évolutif, en ce sens que le bâti y est naturellement appelé à évoluer au gré de l'initiative individuelle.

vétusté et à l'insuffisance du réseau d'assainissement et, d'autre part, aux pratiques citadines des populations. Dans les quartiers, l'évacuation des eaux usées est laissée aux initiatives individuelles. Plusieurs techniques sont alors utilisées par les ménages pour leur évacuation. Un ménage sur quatre, soit 25% verse les eaux usées dans un réseau d'égout. Les eaux usées sont rejetées directement dans la rue par 39,6% des ménages, comme le montre la photo 21; ou recueillies par les fosses des latrines (18,2%). C'est 15,1% des ménages qui ont recours à un caniveau pour se débarrasser de leurs eaux usées. L'insuffisance des infrastructures de gestion des eaux usées et leur manque d'entretien posent un problème d'insalubrité du cadre de vie, des nuisances qui sont des odeurs nauséabondes et constituent un lieu idéal à la prolifération des moustiques et des insectes vecteurs de transmissions de maladies.

En outre, ces pratiques citadines de mauvaise gestion des eaux usées ont un impact sur les infrastructures routières. Les voies à l'intérieur des quartiers sont dans un état de dégradation très avancé rendant ces lieux inaccessibles et impraticables pour les automobilistes et les habitants (Photo 21).

Par ailleurs, la gestion des ordures ménagères dans ces lieux de résidences est mauvaise. Les ordures ménagères ne sont pas enlevées régulièrement par les camions de bennes d'ordures dans les quartiers. Les services municipaux qui doivent évacuer ces ordures n'enlèvent qu'une faible partie. Les bennes métalliques qui sont déposées dans certains quartiers ne sont malheureusement pas entretenues, rendant ainsi ces quartiers insalubres (Photo 22). Les ménages trouvent la solution en jetant les ordures dans la nature, c'est près d'un ménage sur deux (47%). Certains ménages (39%), n'ayant pas accès, ni aux dépotoirs d'ordures (bennes ou conteneurs d'ordures), ni aux camions de collectes d'ordures, se retrouvent dans l'obligation de payer 150 Fr CFA, soit 0,22 Centimes par jour à des pré-collecteurs d'ordures⁶⁵ pour l'enlèvement de leurs ordures ménagères (Photo 23).

Il faut noter que parmi tous les problèmes environnementaux que vit Abidjan, la gestion des ordures ménagères occupe une place majeure. Les ordures sont partout et font partir du quotidien des abidjanais. Le problème de la gestion des ordures s'est exacerbé depuis la crise socio-politique. Le long des voiries, les espaces publics, ainsi que les terrains vagues de la ville sont de plus en plus jonchés de toutes sortes d'ordures. Il conviendrait de remédier à cette situation, eut égard aux problèmes de salubrité que cela provoque et de leurs conséquences sur la santé des populations. Ce sont les lieux de prolifération de d'agents pathogènes ou vecteurs de transmission de maladies (moustiques, mouches, rats, souris, moucheron, etc.).

Le problème est tel, que l'INHP a fait un rapprochement entre les ordures et la réémergence d'un certain nombre de maladies autrefois moins contracté par les populations de la ville d'Abidjan, telles que le choléra, la fièvre typhoïde, la méningite, les IRA, etc. [DIPE, 2010]. Le nombre de cas de fièvre typhoïde par exemple, est passé de 398 en 2005 à 489 en 2006 puis à 771 cas en 2007.

Les populations qui habitent les quartiers de la classe 2 sont vulnérables aux risques sanitaires liés à l'insalubrité de leurs lieux de résidences et cela pourrait augmenter leurs

⁶⁵ Les pré-collecteurs sont apparus dans le système de gestion des ordures ménagères à Abidjan en faveur des programmes HIMO (haute intensité de main d'œuvre) mis en place par les autorités compétentes dans les années 85-90. Ils reçoivent une formation du Ministère de l'environnement et du soutien technique des communes comme Yopougon, Abobo et Koumassi qui ont la responsabilité d'accorder des autorisations pour cette occupation sur leur territoire.

demandes en soins. Mais le niveau de vie modeste et le niveau d'instruction moyen (39,9%) des populations les rendent moins vulnérables que les populations des quartiers précaires, même si la durée de résidence dans les quartiers est plus élevée (52,2% habitent le quartier depuis 10 ans).



Photo 20. Pénurie d'eau dans certains quartiers d'Abidjan

Jeudi 7 avril 2011 à *Prodomo* à Koumassi, corvée d'eau dans les puits du quartier, suite à la défection de la Sodeci.

Source : Dominique, 2011



Photo 21. Présence d'eaux usées dans la rue, devant une cour, dans le quartier populaire d'Adjamé à Williamsville III

On y voit la dégradation avancée de la voirie à cause des eaux usées. Cette photo montre l'enlèvement du revêtement. Ce quartier reste difficilement praticable pour les automobilistes et les habitants. Cette situation entraîne des odeurs nauséabondes dans le quartier.

Source : Ymba M., 2010



Photo 22. Ordures débordant d'une benne métallique à Adjamé

Les populations se bouchent le nez pour pouvoir passer comme on peut le voir sur cette photo.

Source : Dominique, 2011

Photo 23. Les différents parcours des pré-collecteurs d'ordures ménagères à Abidjan, l'exemple d'un pré-collecteur de Treichville

1



La première étape pour un pré-collecteur d'ordures ménagères est de passer chaque matin ou le soir devant le domicile des citoyens qui sont abonnés à leur service.

2



Une fois la collecte terminée, certains collecteurs se rendent à la grande décharge comme cela leur a été indiqué. D'autres trichent en déversant leurs ordures un peu partout dans la ville comme le montrent ces deux photos. Sur ces deux photos, on voit de petits dépôts d'ordures sur le boulevard VGE, du côté de Treichville et à côté des points de vente de nourritures.

Dans de telle condition se nourrir hors de la maison représente des risques de maladies telles que la diarrhée, la fièvre typhoïde, la dysenterie, etc.

Sans justifier leurs actes, ces pauvres pré-collecteurs ont-ils vraiment le choix ? Les centres de collectes sont très souvent, si ce n'est toujours le cas, très éloignés des habitations. Et il n'est pas facile de tirer une charrette remplie d'ordures sur ces distances-là, par tous les temps et parfois en montant ou en descendant des pentes avec un matériel qui n'est pas toujours adapté.

3



Pour les pré-collecteurs qui se rendent à la décharge, les charrettes pleines d'ordures sont tirées jusqu'au centre de collecte. Ici, le centre est au marché de Belleville (Treichville).

Les ordures sont triées, avant d'être déversées.

Ces pré-collecteurs sont exposés à tous les stades de la collecte des ordures à des risques sanitaires énormes, car ils exercent leur métier sans aucune protection minimum (gants, vêtements et chaussures adaptés, etc.).

Source : Ymba M., 2010

Classe 3 : Les quartiers de la classe 3 sont ceux où les taux de chômage chez les hommes (37,1%) et chez les femmes (39,3%) sont largement supérieurs à la moyenne générale (respectivement 11,6% et 12,6%), tout comme le taux de femme monoparentale (21,1% pour 6,9% dans la population générale) et la proportion de ménage qui ne possède pas de véhicule personnel. La population est majoritairement célibataire (47,1%) contre 29,4 % de mariés et 23,4 % d'unions libres. Les ménages ont considérablement moins de biens (9,8%) (P.ex. radio, télévision, réfrigérateur, voiture ou téléphone), un faible niveau d'éducation scolaire (36,3% ont un niveau primaire et 43,02% sont analphabètes) et travaillent majoritairement dans le secteur informel (54,1%), très peu de ménages sont abonnées à la distribution d'eau potable (19,6%), signe que les ménages de ces quartiers sont pauvres. Le reste achète l'eau auprès des revendeurs ou ils utilisent l'eau de puits.

La répartition des populations par mode d'alimentation en eau selon le type de quartier de résidence met en exergue les disparités de la ville en matière d'accès à l'eau potable. La distribution des modes d'approvisionnement en eau ne fait donc que confirmer la dualité urbaine persistante qui caractérise la ville. L'opposition entre la ville régulière et irrégulière prend à nouveau ici tout son sens. Les zones précaires sont inévitablement défavorisées en matière d'accès à une eau de qualité, car dépourvues d'équipement. Dans les quartiers précaires, le fait que les ménages soient installés de façon illégale ou dans les zones à risques ne leur permet pas d'avoir un abonnement correct en eau potable.

Cette classe se singularise par l'habitat de type précaire, populaire et par un environnement malsain. La part de ces quartiers dans la surface totale de la ville est plus ou moins importante, puisqu'il représente 12% de la surface de l'habitat. Cette ville informelle occupe soixante-douze (72) poches précaires réparties de manière inégale. On localise principalement ces lieux de résidences dans le Nord, le Sud et l'Ouest de la ville. Elle accueille 30% de la population, près d'un abidjanais sur dix habite ce type de quartiers.

La ville irrégulière ne possède pas d'agencement spatial structuré, seules quelques pistes entremêlées permettent d'y circuler. Les lieux de cultes ou les écoles sont les principaux éléments structurants de l'espace. Le secteur non loti ressemble à certains égards aux paysages de « boîtes d'allumettes » des townships sud-africains, caractérisés par une pesante monotonie. Le paysage se résume à une distribution de petites maisons carrées en dur avec un toit en tôles délabrées, une porte et une fenêtre, avec des ruelles très étroites (Photo 24 et 25).

Le phénomène de promiscuité est réel dans les quartiers précaires de la ville, sur une surface de 400 m² environ et dans une cour fermée cohabitent plusieurs familles qui partagent tout. La « promiscuité » joue un rôle dans la propagation des maladies à transmission directe, telles que la tuberculose, la rougeole et les oreillons. L'absence d'hygiène dans ces types d'habitats et le faible niveau d'éducation au niveau environnemental et sanitaire aggravent les risques de santé et de contaminations des populations.

Photo 24. Construction anarchique dans le quartier précaire *Boribana* dans la commune d'Attécoubé au Nord de la ville. On constate un délabrement, une "taudification" avancé des habitats.



Photo 25. Étroitesse et insalubrité des pistes piétonnes entre les maisons à *Abia abetty* dans la commune de Marcory



Source : Ymba M., 2010

Dans ces quartiers défavorisés aucun système d'évacuation des eaux usées n'est construit, les populations évacuent leurs eaux usées et vannes dans les rues, dans l'espace habité ou dans la lagune. Avec l'absence des lieux d'aisances (21,7% n'ont pas de lieux d'aisances) la défécation anarchique dans la nature et l'utilisation des WC sur pilotis sont importants. Il convient également de préciser que les zones les plus polluées en matière fécale (plus de 17 000 germes/l en streptocoques fécaux) de la lagune sont occupées pour la plupart par des quartiers précaires. Le niveau de pollution élevé observé dans ces zones est une source de maladies, notamment le paludisme, les affections de l'appareil digestif, les affections respiratoires, les affections de la peau, du choléra et de la fièvre typhoïde. [Ymba, Brou, Anoh., 2013]. Il nous a été donné de voir tout au long des berges de certains quartiers, l'existence de latrine sur pilotis ou les excréments humains sont déversés directement dans les plans d'eau qui servent pourtant à la pêche, aux baignades, aux zones d'activités et aux promenades (Photo 27).

À cela, il faut ajouter la négligence des parents qui laissent les enfants jouer dans les stagnations des eaux usées pieds nus, comme nous l'avons vu sur la photo 26. Pourtant, eux-mêmes reconnaissent que ces flaques d'eaux sont polluées et qu'elles peuvent favoriser un gîte larvaire pour les moustiques vecteurs de transmission du paludisme.

En considérant, le milieu de résidence des ménages, on note que c'est dans les quartiers précaires ou populaires que les ordures ménagères ne sont pas ramassées, car 95,5% des ménages de ce milieu jettent leurs ordures dans la nature. Le système de collecte des ordures ménagères est quasi inexistant dans les quartiers précaires. Dans ces types de quartiers, la gestion des déchets est laissée à l'initiative privée et communautaire qui ne dispose d'aucun bac à ordures. Avec l'absence de piste pouvant permettre la pénétration des véhicules de dépôt de bennes d'ordures, un service traditionnel de ramassage est mis en place par les jeunes de ces quartiers contre le paiement d'un droit financier. Certains ménages refusent de s'inscrire par manque de moyen ou simplement parce qu'ils ne s'y intéressent pas. Ils trouvent donc la solution au bord de la lagune ou dans la rue.

De telles situations rendent vulnérables les populations aux risques sanitaires et offrent dans une certaine mesure, des conditions favorables à la prolifération et à l'accumulation des vecteurs de maladies.



Photo 26. Des enfants du quartier Cimetière-Williamsville I dans la commune d'Adjamé, à la recherche d'objets « précieux » dans les eaux usées

Cette photo montre les mains des enfants dans les eaux usées à la recherche du métal et de l'aluminium pour les revendre.

Source : Ymba M., 2011



Photo 27. La lagune est souvent considérée comme l'exutoire « naturel » des effluents d'une ville sous équipée du point de vue de l'assainissement

Ici, à Yobourt Lambert (Treichville), les latrines construites sur pilotis illustrent une pratique courante qui consiste à évacuer directement en lagune les excréments humains.

Source : Ymba M., 2011

Au vue de la description ci-dessus, on ne peut ignorer plus longtemps qu'à Abidjan la « ségrégation sociale et spatiale fait désormais partie du paysage urbain », les quartiers de la ville n'observent pas les mêmes risques sanitaires.

Si nous faisons un cocktail de tous ces problèmes environnementaux, socio-économiques, on constate que les populations sont très vulnérables. Étymologiquement, la vulnérabilité dans le domaine de la santé est le fait d'être sensible aux blessures, aux attaques ou d'éprouver des difficultés pour retrouver une santé mise en péril [Thouret et d'Ercole, 1996]. On dit qu'un ménage, un individu, une communauté est vulnérable s'il n'a pas la capacité de réaliser les ajustements nécessaires pour protéger sa santé lorsqu'il est exposé à des événements externes défavorables. La capacité des populations à se rendre invulnérable pourrait dépendre de leur capacité ou leur potentialité à se protéger contre les problèmes environnementaux. Or, les capacités à répondre aux risques sanitaires ne sont pas les mêmes d'un quartier à un autre. Les caractéristiques des quartiers montrent que les populations les plus vulnérables sont issues des quartiers précaires et des quartiers populaires. La précarité dans laquelle vivent ces populations peut avoir un impact sur leur santé. Toutes ces pathologies sont favorisées par les mauvaises conditions de vie, l'analphabétisme et la pauvreté. Le caractère populaire des quartiers constitue un facteur de risque pour la santé des populations.

Les comportements qu'adoptent les populations face aux questions sanitaires et d'hygiène sont déterminantes pour le maintien ou l'amélioration de leur santé. On note cependant que les pratiques auxquelles ont eu recours les populations à l'égard de certaines questions comme l'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères ou l'approvisionnement et l'utilisation de l'eau, se sont avérées inadéquates. La pauvreté et l'ignorance demeurent les principales raisons évoquées par les populations, mais aussi reconnues par d'autres études. Les populations des quartiers résidentiels ne sont pas pour autant épargnées, car elles subissent la pollution de la lagune Ébrié.

Nous pensons que l'environnement des différents lieux de résidences des ménages accroîtrait les besoins et les demandes en soins. Nous avons vérifié notre hypothèse, l'environnement dans lequel vit ces populations est donc, un facteur aggravant les besoins en soins de santé et peut augmenter les demandes en soins.

L'offre de soins répondra-t-elle à cette exigence des différentes caractéristiques des lieux de résidences ? Ce niveau de besoins de soins aura-t-il un impact sur la consommation en soins des populations abidjanaises et sur les morbidités diagnostiquées dans les services de santé ?

I.2. La distribution de la population par âge : de nombreuses disparités spatiales

L'âge de la population est un paramètre important dans cette étude, car il permet de mesurer les besoins en soins des populations dans les quartiers de la ville d'Abidjan. Pour l'indicateur âge, 3 classes ont été définies (0 à 5 ans, 15-25 ans et 50 et plus).

Nous avons considéré que ces tranches d'âge ont des besoins de soins beaucoup plus importants que les autres tranches.

I.2.1. Répartition de la population de 0 à 5 ans

La ville d'Abidjan comptait, en 2009 un peu plus de 389 700 enfants de 0 à 5 ans [Estimations, INS 2006]. Cela n'est pas négligeable pour la charge de travail potentielle des dispensaires, ESPC, PMI, lorsque l'on sait que les enfants, surtout les plus jeunes d'entre eux, sont plus souvent malades que les adultes, et que comme nous le verrons, ils utilisent plus souvent qu'eux les services de santé (*cf. Partie III, Chap.II*).

La distribution spatiale de la population des enfants de 0 à 5 ans révèle de nombreuses disparités dans la ville d'Abidjan. La carte 41⁶⁶ nous montre que les enfants de 0 à 5 ans sont très présents dans les zones périphériques de la ville et particulièrement dans le Nord, l'Ouest et l'île de Petit-Bassam. À l'inverse, les personnes âgées de plus de 50 ans vont se concentrer nettement dans le Centre et à l'Est de la ville (Carte 42).

Les jeunes enfants représentent jusqu'à 21% de la population en particulier dans les périphéries du Nord et l'Ouest de la ville. Par comparaison, la part des enfants de 0 à 5 ans à l'Est et dans les secteurs centraux reste très faible en poids.

⁶⁶ Pour les cartes 41 et 42, la représentation cartographique des données relatives à la population utilise la méthode de discrétisation Q6, basée sur le découpage de la distribution en intervalles interquantiles. Cette méthode, qui découpe systématiquement la série statistique en 6 classes, permet de rendre les deux cartes comparables entre elles.

Les structures dispensant des soins de santé primaires devraient donc occuper prioritairement les marges de la ville alors qu'au contraire ces zones périphériques sont désertées par les services de soins (Carte 21). Ces espaces de vies ayant un fort cumul de besoins en soins sont considérés comme espaces fragiles pour l'accès aux soins, car ils ont peu de professionnels de santé du fait de besoins en soins plus importants.

Le détail par lieux de résidences montre que les quartiers précaires et populaires abritent plus d'enfants que les quartiers des classes moyennes et résidentielles, sauf au nord où les enfants sont plus nombreux dans les quartiers populaires. Cependant, dans les quartiers centraux, quels que soient les lieux de résidences, on a les quartiers qui ont tantôt beaucoup, tantôt moyen, tantôt peu d'enfants.

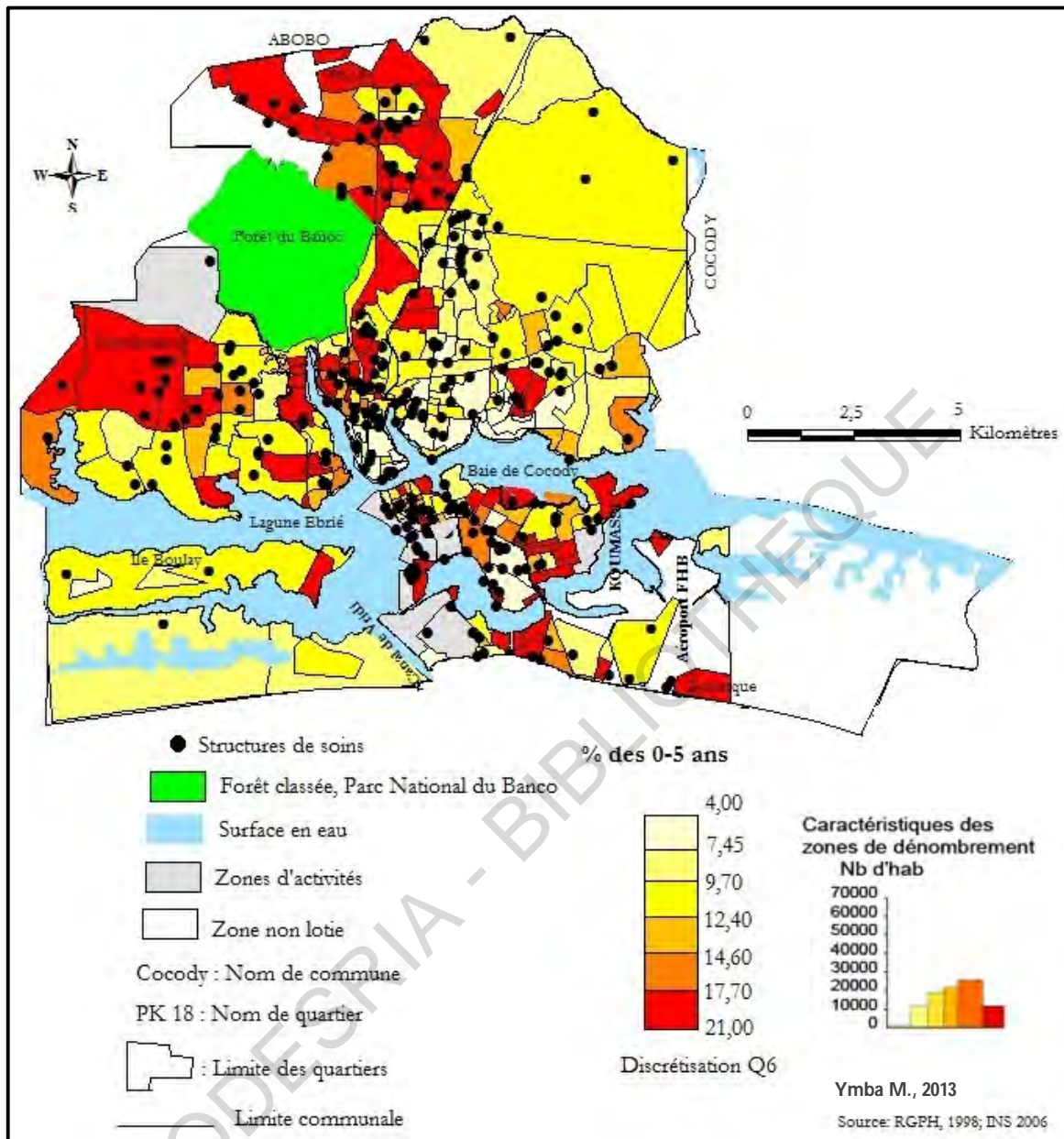
Ces variations de la proportion d'enfants, pourraient avoir une double influence sur l'utilisation des services de santé. D'une part, les besoins en soins de santé sont plus élevés là où il y a beaucoup d'enfants, surtout s'il s'agit de très jeunes enfants. D'autre part, une proportion importante d'enfant pourrait constituer des barrières à l'accès aux soins, dans la mesure où le niveau économique des ménages disposant plus d'enfants sont plus bas comme nous l'avons décrit ci-dessus et que le temps disponible pour s'occuper de chaque enfant est plus limité. Ces enfants représentent potentiellement des populations à risques pour l'accès aux soins.

Le nombre important de cette tranche d'âge nécessite des soins surtout préventifs pour une bonne santé des enfants. Des structures dispensant des soins de santé primaires devraient occuper donc prioritairement les quartiers populaires et précaires de la ville où se concentrent le plus grand nombre d'enfants, afin d'adapter l'offre de soins en fonction des besoins en soins de santé caractéristiques de cette catégorie d'âge.

Alors qu'au contraire on remarque sur la carte 41 que ces zones sont un peu désertées par les services de soins, même si par endroits l'offre de soins est assez bien répartie.

On voit sur la carte, que les autorités sanitaires essayent de privilégier cette tranche d'âge en installant à moins de 5 km des structures de soins, en particulier de premier contact. Mais ces services sanitaires ne fonctionnent pas correctement et sont sous équipés. Quand on sait que dans les zones sensibles, c'est-à-dire dans les quartiers populaires et précaires les conditions sociales et environnementales sont médiocres, et que les populations ont difficilement accès aux soins, cela représente un problème réel de santé publique.

Carte 41. Distribution spatiale des structures de soins et de la population des enfants de 0-5 ans par zone de dénombrement en 2009 à Abidjan



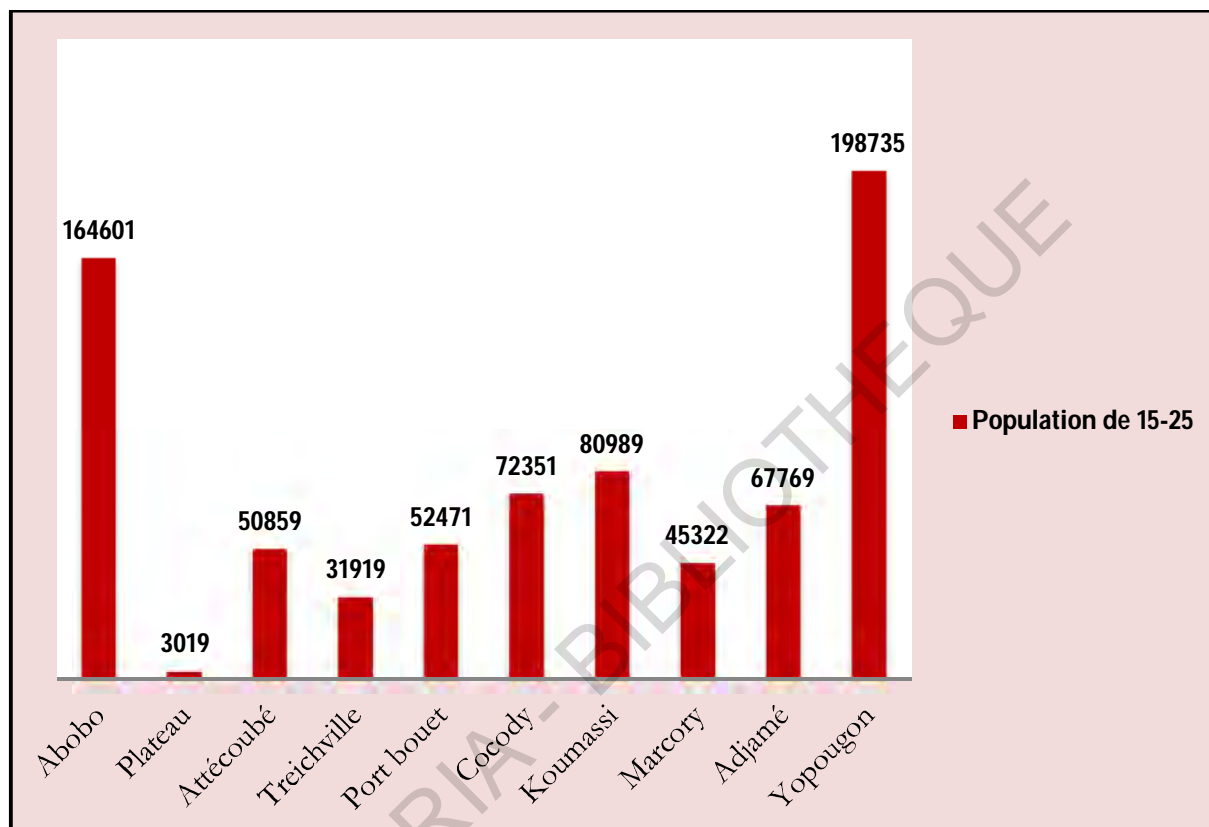
I.2.2. Répartition de la population de 15 à 25 ans

Très peu d'études sur l'évaluation des besoins de soins prennent en compte cette catégorie d'âge. Nous l'avons inclus dans notre étude, car, c'est la tranche d'âge la plus touchée par le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire [DIPE, 2006]. Quand on sait que la Côte d'Ivoire est le deuxième pays africain le plus touché par cette maladie, il est important de s'intéresser à cette population. La ville compte 768 035 jeunes. La population de la ville d'Abidjan est très jeune, en comparaison avec l'effectif des enfants (389 700) et des personnes âgées (140 407). Ainsi, près de la moitié de la population abidjanaise est à risque, de par son appartenance à cette catégorie d'âge.

La proportion des 15-25 ans varie entre 198 735 et 3 019 dans les communes (Graphique 5). Elle est très importante dans les communes de Yopougon et Abobo, deux zones qui renferment le plus de quartiers sensibles de la ville où les conditions sociales sont précaires, exposant ainsi ces jeunes à tout genre de risques. Selon le RGPH (1998), les

jeunes de cette tranche d'âge ne travaillent pas ou sont au chômage et vivent encore en famille, dans des conditions très difficiles, car ils se débrouillent pour s'occuper d'eux-mêmes. La grande précarité qui les frappe pourrait leur freiner l'accès aux soins. Pourtant, des structures devraient exister pour accompagner ces jeunes dans leurs choix et leurs expliquer davantage les risques liés à leurs modes de vie, aux maladies sexuellement transmissibles, etc. Beaucoup de jeunes ne sont pas informés.

Graphique 5. Répartition des 15-25 ans par commune en 2009 à Abidjan



Source : RGPH 1998, INS, 2006

I.2.3. Répartition de la population de 50 ans et plus

Les personnes de 50 ans et plus, comme nous l'avons évoqué, constituent un groupe à risques. Une partie de ces personnes peuvent paraître bien jeunes pour être rangées parmi les adultes âgés. Mais il ne faut pas oublier que l'espérance de vie à la naissance est de 55 ans en Côte d'Ivoire pour la période en 1998. Une espérance de vie qui baisse de 5 ans en 2005 [INS, 2006] avec la crise politico-militaire de 2002. C'est donc sous cette base, que nous avons choisi cette dernière tranche d'âge (50 et plus).

Les personnes âgées de plus de 50 ans se concentrent nettement dans les quartiers du Centre et de l'Est de la ville (Carte 42). Dans les quartiers historiques du Centre et l'Est, les personnes de plus de 50 ans vont jusqu'à représenter 15% de la population, alors qu'ils ne sont que 6% à l'échelle de la ville. Dans ces zones où la proportion des personnes âgées est importante, on pourrait y voir le niveau économique élevé des ménages qui habitent ces quartiers et qui ont assez de ressources pour prendre soin de leur santé et ainsi allonger leur espérance de vie.

Cependant, la cartographie nous apprend que les personnes âgées sont faiblement représentées dans les quartiers périphériques du Nord et l'Ouest de la ville, où l'on enregistre qu'une proportion de 2% à 4% des personnes âgées.

La répartition spatiale de la population présente donc une opposition très marquée entre le Centre et l'Est où se regroupent les populations de plus de 50 ans et une périphérie peuplée majoritairement de populations jeunes. La carte nous renvoie de toute évidence à la question des besoins de soins.

Cette tranche d'âge nécessite des besoins particuliers, son nombre important dans les quartiers centraux et les quartiers de l'Est nécessite donc une offre adaptée à la demande de soins, car les personnes âgées, à mobilité réduite, souffrent davantage de maladies chroniques et cardiovasculaires qui nécessitent une offre de proximité, de médecins spécialistes de ces problèmes de santé.

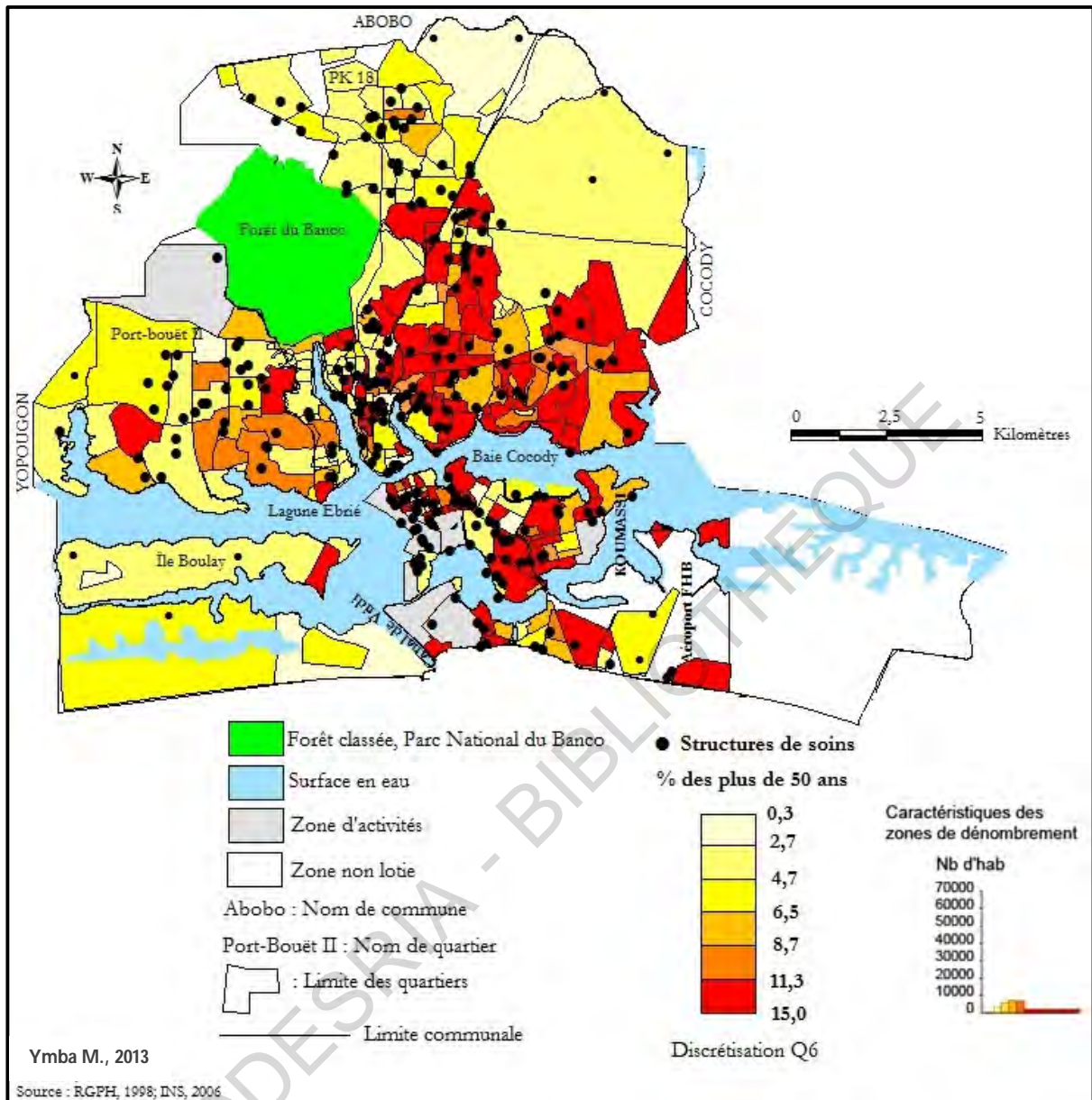
Par ailleurs, la population senior se concentre dans les quartiers où l'offre de soins est dense, diversifiée et à proximité (Carte 42). Mais les conditions sociales difficiles dans les quartiers populaires et précaires du Centre peuvent freiner l'accès des personnes âgées aux soins, ce qui pourrait constituer un risque vu l'état de l'environnement de ces quartiers. Dans les autres quartiers où les services de santé de proximité n'ont pas de spécialistes, les personnes âgées de ces dites zones devront effectuer en moyenne 25 kilomètres pour se rendre dans un HG pour rencontrer un spécialiste ou plus de 35 kilomètres pour consulter un spécialiste dans un CHU. Avec leur mobilité réduite et les conditions de déplacements difficiles dans les quartiers d'Abidjan, l'accès aux soins pour cette catégorie d'âge reste difficile. L'offre de soins n'est pas adaptée aux besoins de soins spécifiques de cette tranche d'âge.

Les services de santé existent, ils sont denses et diversifiés, mais ils ne sont pas repartis là où il y a le plus de besoin de soins. L'offre de soins est éparpillée et ne répond pas aux nombreux besoins en soins potentiels des enfants, des jeunes et des personnes âgées dans les lieux de résidences.

Avec cette répartition de la population par âge si marqué, ne serait-il pas indispensable d'adapter l'offre de soins en fonction des besoins de santé caractéristiques de certaines catégories d'âge ?

Les jeunes enfants, les jeunes et les personnes âgées devraient en termes de consommations de soins et aussi de planification de l'offre de soins jouer un rôle important. Ils induisent des besoins particuliers et fréquents en soins préventifs, vaccination, soins curatifs, suivie de croissance, etc. Le nombre de ces catégories d'âge influence donc fortement la demande de soins adressée à la fois aux ESPC, au HG et au CHU.

Carte 42. Distribution spatiale des structures de soins et de la population des plus de 50 ans par zone de dénombrement en 2009 à Abidjan



I.3. Structure par sexe dans les espaces de vie des populations

Le sexe est aussi un déterminant de besoin en soins. Il est donc indispensable d'adapter l'offre de soins en fonction de ce besoin de santé. La répartition de la population par sexe dans les lieux de résidences est sensiblement égale. Le sex-ratio nous indique qu'on a de façon générale 51% d'hommes contre 49% de femmes, ce dernier est proche du sex-ratio national. À titre d'hypothèse, nous suggérons que cette différence provient à la fois de la forte immigration que connaît la ville, immigration qui serait plus masculine que féminine et de la forte attractivité qu'exerce la ville sur les hommes.

Mais il faut noter que les femmes sont plus nombreuses dans les quartiers du Nord, et de l'Ouest de la ville (Carte 43).

La forte concentration de la femme dans ces espaces peut s'expliquer par le statut matrimonial de certains ménages qui sont polygames et le nombre important des ménages monoparentaux de sexe féminin (21,1%), en particulier dans les quartiers précaires et populaires. Les femmes vivant seules avec leurs enfants habitent ces quartiers aux loyers

modérés pour pouvoir s'occuper d'eux. La forte présence des femmes dans les espaces sensibles où le niveau d'instruction est faible (43,02%) et où le taux de chômage est élevé (39,3%) constitue un risque pour l'accès aux soins.

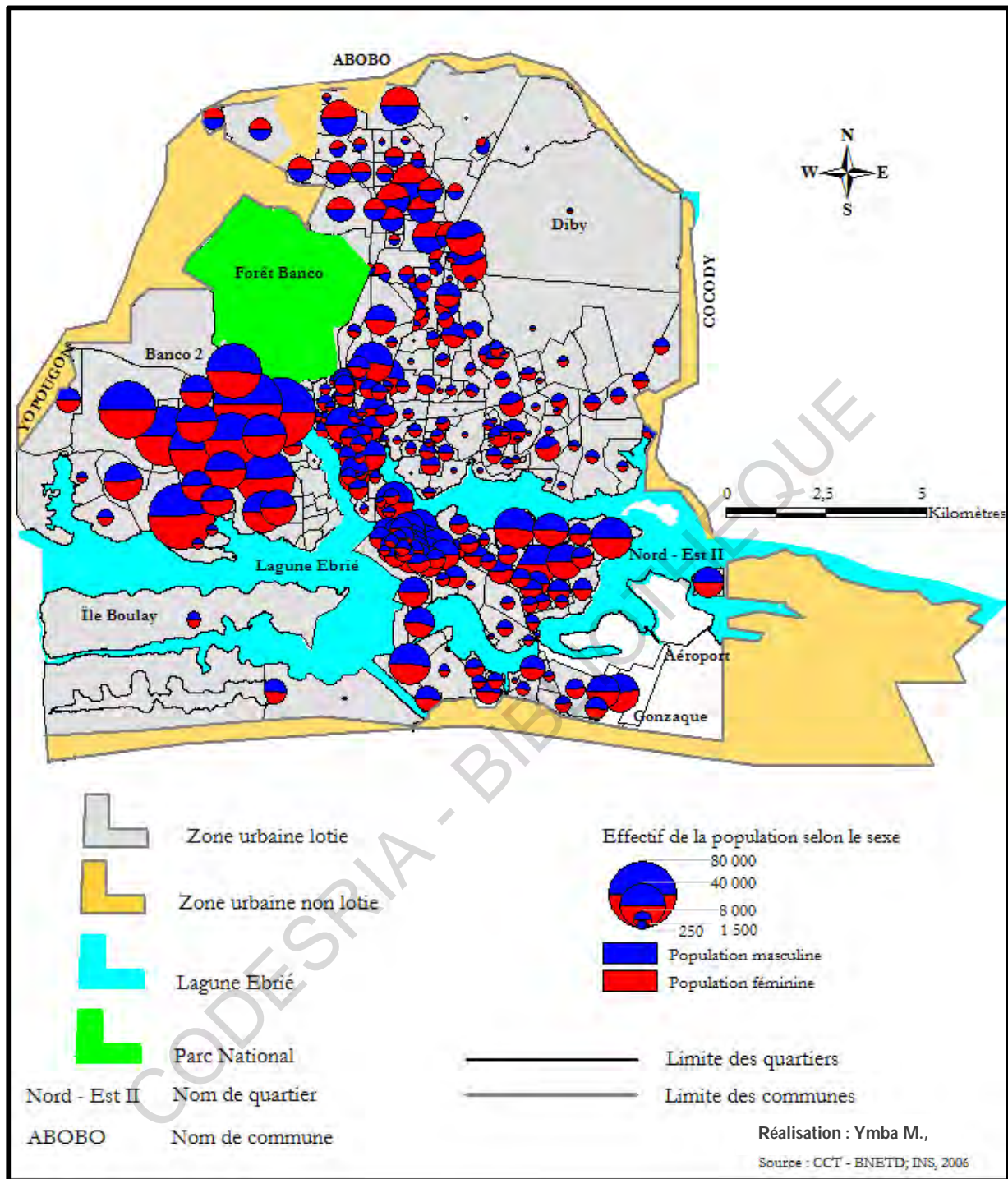
Par ailleurs, les femmes comptent tenu de leur morphologie biologique expriment généralement une plus grande demande de soins de santé que les hommes.

Elles ont en effet, besoin de beaucoup plus de soins spécialisés (soin gynécologique, soin sur les moyens de contraception, etc.) que les hommes. À part les FSU-Com et les FSU, les services de santé de premier contact par exemple, n'offrent pas les soins gynécologiques aux femmes. Elles doivent se rendre forcément dans les HG pour en bénéficier. Le faible niveau d'instruction des femmes de ces dites zones, a un impact sur l'utilisation de ces types de soins, selon la DIPE, plus de 30% des femmes souffrent de multi-infections vaginales sans le savoir. À long terme, ces infections peuvent causer des cancers, comme le cancer du col de l'utérus, si celui-ci n'est pas vite diagnostiqué à temps par un médecin.

L'effectif élevé des hommes est aussi un problème, car le chômage touche plus d'homme que de femmes à Abidjan [RGPH, 2001]. Cela pourrait être un obstacle à l'utilisation des services de santé à cause du manque de moyens financiers.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Carte 43. Répartition de la population par quartier selon le sexe en 2006 à Abidjan



I.4. Répartition des femmes en âge de procréer (FAP)

La proportion des femmes en âge de procréer par quartiers prolonge notre réflexion sur la répartition spatiale des facteurs qui pourraient avoir des répercussions sur les besoins potentiels de soins et la demande effective en soins de santé.

En termes de consommation de soins et donc aussi de planification de l'offre de soins, les femmes de 15 à 44 ans devraient jouer un rôle important à un double titre. Elles induisent des besoins particuliers et fréquents en tant que reproductrices (suivie de grossesse (soins prénatals), accouchement, soins post-natals, planning familial, etc.) et mères de jeunes

enfants (soins curatifs, suivie de croissance et vaccination, etc.). Le nombre de jeunes femmes dans les quartiers influence donc fortement la demande de soins adressée à la fois aux dispensaires, aux ESPC et aux maternités (PMI) qui constituent les structures de soins de premier niveau.

La proportion des femmes en âge de procréer est importante à l'échelle de la ville, chaque quartier compte 5,4% à 31% de FAP de 15 à 44 ans parmi ses habitants (Carte 44). C'est particulièrement dans le Nord et l'Ouest que se concentrent les femmes en âge de procréer, leur proportion atteint 35%. Ces femmes se répartissent également dans les quartiers centraux, mais leur nombre n'est que de 26%. Dans les quartiers périphériques du Nord-Est et Nord-Ouest, leur proportion s'élève à près de 15%. L'Est se caractérise par les proportions le plus souvent proches de la moyenne (20%).

Par sa structure, cette carte (44) est proche de celle illustrant la proportion des enfants de 0 à 5 ans dans la population générale (Carte 41). Cela signifie que le nombre de naissances par quartiers dépend plus du nombre de femmes en âge de procréer que de comportements spécifiques à chaque quartiers. Il existe quelques écarts à cette règle générale. Le rapprochement de la carte des profils des lieux de résidences montre que les femmes en âge de procréer se concentrent aussi bien dans les quartiers aisés que dans les quartiers pauvres. Cependant, on pourrait assister à une sous-natalité chez les femmes appartenant à la classe sociale aisées par rapport au nombre de femmes fécondes. Les caractéristiques sociales (niveau d'instruction élevé (41%), cadres supérieurs (31%)) de ces femmes, les prédisposent à faire moins d'enfants par rapport aux autres femmes des classes sociales moyennes et pauvres.

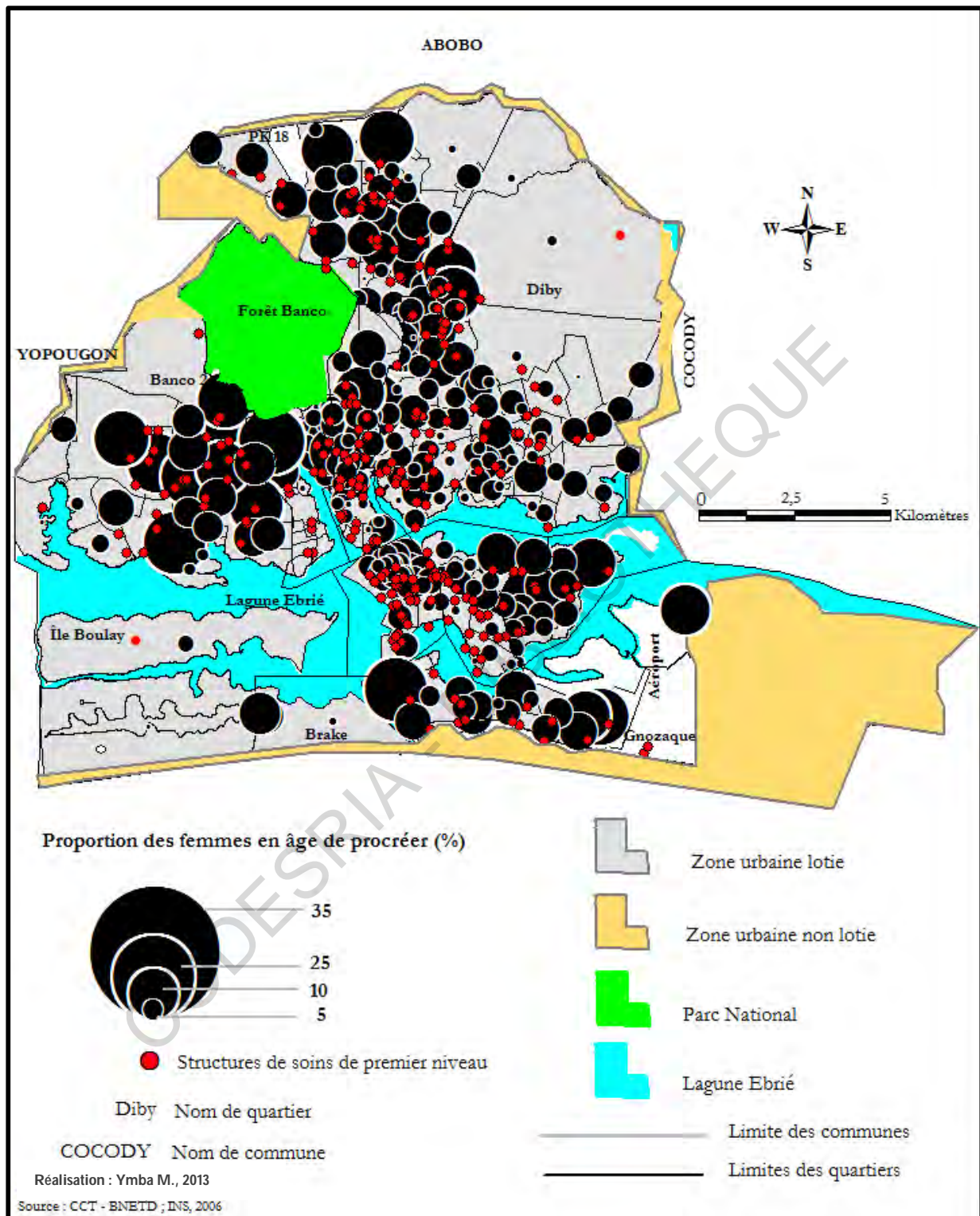
Les disparités par quartiers prennent toutefois toute leur signification lorsque l'on compare le nombre de FAP et la distribution des établissements sanitaires habilités à répondre à leur demande de soins (Carte 44). Les jeunes femmes sont potentiellement de très grosses utilisatrices des services de santé, non seulement du fait de leur double rôle de procréatrice et de mère, mais aussi de leur simple poids démographique.

Pour le Nord, environ 67% de FAP se partagent officiellement 22 ESPC, dont 10 cumulent des PMI. À l'ouest, les ESPC, sont un peu plus important pour accueillir les FAP (36). Pour le Centre et l'Est, autant de FAP se partagent plusieurs ESPC desservis par plusieurs infirmiers et sages-femmes. Les agents de santé desservent potentiellement une population féminine plus limitée (moins de 2 000 FAP au Centre et à l'Est).

Ainsi, au regard de ces deux catégories de populations à risques, les jeunes femmes et leurs plus jeunes enfants, la clientèle potentielle peut presque passer du simple au double dans les ESPC. Nous insistons sur le fait qu'il s'agit bien là d'un volume de clientèle potentielle, comme nous le verrons par la suite, le volume effectif d'activité des services de santé n'est que partiellement lié à la taille de la clientèle potentielle, telle que définie l'organisation spatiale officielle du système sanitaire public.

De par son aire de desserte, les espaces pour les soins de bases sont de loin, les services de santé publics qui possèdent la population à risque la plus nombreuse (48 000 FAP, 416 637 enfants de 0 à 5 ans, 179 615 personnes de 50 et plus). La forte population à desservir est au-dessus de ses compétences, car ses structures sont dans leur grande majorité sous-équipées et dispensent souvent des soins de mauvaise qualité.

Carte 44. Proportion des femmes en âge de procréer (FAP) et distribution des structures de soins de premier niveau par quartier à Abidjan en 2009



Quand nous étudions les profils démographiques des populations, la répartition spatiale par âge et par sexe, ainsi que les caractéristiques environnementales des lieux de résidences, nous pouvons constater que ces indicateurs de santé n'ont pas été nécessairement pris en compte pour l'allocation des ressources matérielles et pour l'implantation des services de soins spécialisés alors que les besoins en soins de santé sont élevés dans les lieux de résidences. L'organisation de l'offre de soins ignore les besoins de

santé des individus ; ce qui est quelque peu paradoxal, puisque la finalité du système de santé est de produire des soins en réponse à une demande traduisant des besoins humains. Elle a du mal à respecter les spécificités et les caractéristiques des espaces sociaux des populations.

L'offre de soins moderne depuis plus d'une décennie évolue difficilement dans les lieux de résidences et en particulier dans les zones sensibles de la ville comme nous l'avons vu dans l'étude sur l'évolution de l'offre et la croissance urbaine, alors que l'espace abidjanais lui est en perpétuel changement, évolution et transformation. Les autorités ont du mal à suivre ce rythme de croissance qui dépassent leur domaine de compétence et leurs capacités d'intervention.

Il faut pour une meilleure adéquation de l'offre de soins intégrer les besoins en soins de santé à toute démarche planificatrice.

II. Distribution de l'offre de soins dans les espaces sociaux et identification des inégalités socio-spatiales d'accès aux soins

Au préalable, nous avons analysé les profils des différents lieux de résidences et faire ressortir les espaces où se cumulent un nombre important de besoins en soins de santé. Nous voulons maintenant identifier les inégalités socio-spatiales pour l'accès aux services de santé dans un milieu urbain très hétérogène en tenant compte de ces environnements sociaux. Pour cela, nous avons confronté la carte de la typologie des profils des lieux de résidences à la carte de la distribution de l'offre de soins. L'utilisation d'un système d'information géographique permet de spatialiser les résultats des analyses factorielles et donc de localiser les différents environnements décrits dans les classes de la typologie (Carte 40) en y associant l'offre de soins (Carte 45). Nous pensons qu'Abidjan, il existe une inégale répartition de l'offre de soins en fonction du statut, des profils environnementaux et sociaux des quartiers.

On pourra ainsi mettre en évidence les espaces sociaux les mieux dotés et les moins dotés en infrastructures sanitaires, en professionnels de santé et donc à risques qui nécessiteraient en priorité des actions spécifiques, pour répondre à une plus grande équité socio-spatiale lors de l'accès aux services de santé.

Nous essayerons de répondre à ces questions suivantes : L'offre de soins est-elle adaptée aux différents lieux de résidences des populations de la ville d'Abidjan ? Est-elle correctement, voire équitablement répartie dans les lieux de résidences des populations ?

II.1. La localisation des services de santé dans les lieux de résidences

La comparaison entre la typologie de l'environnement des quartiers et les indicateurs de santé (structures de soins et professionnels de santé), en utilisant conjointement des méthodes statistiques (typologie) et des outils d'analyse géographique (SIG) à une échelle très fine a mis en exergue des particularités d'accessibilité aux soins.

La répartition de l'offre de soins est inégalement répartie dans les lieux de résidences des populations (Carte 45). Cette carte révèle que tous les quartiers ne sont pas logés à la même enseigne. L'offre de soins se concentre dans les quartiers centraux de type résidentiels, où l'on observe des zones de polarisation forte de l'offre et plus particulièrement de l'offre privée, proche des voies principales et des routes goudronnées. La solvabilité des populations de ces quartiers permet cette concentration. Les quartiers

résidentiels situés par contre dans la périphérie de la ville ne sont pas très bien dotés en infrastructures publiques, mais ils le sont en services de santé privés.

L'offre publique se répartit plus dans les quartiers centraux des classes moyennes et faibles, accessible par les routes secondaires, mais elle est rare à la périphérie où sont localisées d'une part, les populations pauvres et à risques et, d'autre part, les populations des classes moyennes. L'offre de soins publique n'a pas accompagné cette expansion urbaine pourtant encouragée par les autorités pour désengorger les quartiers centraux. Ce sont les structures de soins privées qui dominent l'espace. L'offre privée plus nombreuse ne diminue pas l'inégale répartition dans les quartiers, bien au contraire, elle augmente les discriminations dans l'accès aux soins, parce qu'elles s'intéressent beaucoup plus à une catégorie de classe sociale plus aisée.

Les quartiers des classes moyennes sont plus ou moins bien dotés en infrastructures sanitaires publiques comme privées, l'équilibre semble parfait, mais les quartiers de types précaires et populaires, eux sont très mal dotés en services de santé, ce qui est totalement paradoxal, car les ménages sont pauvres dans leur grande majorité. Ces espaces de vies ayant peu de services de santé et des besoins en soins importants sont considérés comme des espaces fragiles pour l'accès aux soins.

Ils doivent, du fait d'un fort cumul de besoins en soins, avoir une présence plus importante de structures de soins adaptées et efficaces. Par exemple, les structures de soins sociaux à but non lucratif de type confessionnelles existent dans quelques quartiers populaires et précaires, mais leur nombre reste faible et insuffisant pour prendre en charge les malades démunis (*cf. Partie I, Chap.III*). Vu les risques auxquels les populations sont exposées à cause de l'état de leur environnement et de leur niveau de vie, ce type d'offre devrait être plus important dans ces lieux de résidences.

Quelques structures de soins privées en particulier des soins infirmiers se sont installées dans ces zones précaires. Mais, selon le Ministère de la santé ces établissements exercent dans la clandestinité et sont dangereux pour les populations, car pour la plupart, ils ne sont pas des médecins habilités à dispenser des soins. Même si certains quartiers des classes moyennes sont mieux dotés en infrastructures sanitaires, la situation globale des indicateurs qui caractérisent les ménages peut rendre difficile, voire impossible l'accès aux soins.

Par ailleurs, l'offre de soins publique est dominée par les établissements sanitaires de premier niveau. L'offre de soins de second et troisième niveau est mal distribuée dans les quartiers quel que soit le type du lieu de résidence. Les populations n'auront pas d'autre choix que de parcourir plusieurs kilomètres pour se rendre à l'hôpital général le plus proche ou directement au CHU. Quand on sait que les HG et les CHU sont débordés et restent insuffisants pour les populations locales, il sera difficile d'en accueillir d'autres, venant des autres communes.

La mauvaise performance et l'inefficacité légendaire de l'offre de soins de premier contact ne permettent pas un accès aux soins de qualité aux populations, or lorsque nous avons étudié l'état environnemental des milieux de résidences, nous avons mis en relief les problèmes environnementaux des quartiers en particulier des milieux populaires et précaires. L'inégale distribution, couplée à l'inefficacité de l'offre de soins de premier niveau dans ces lieux de résidences, exposent davantage les populations aux maladies, car une offre de premier contact efficace et suffisamment utilisée par les populations peut permettre de prévenir les maladies.

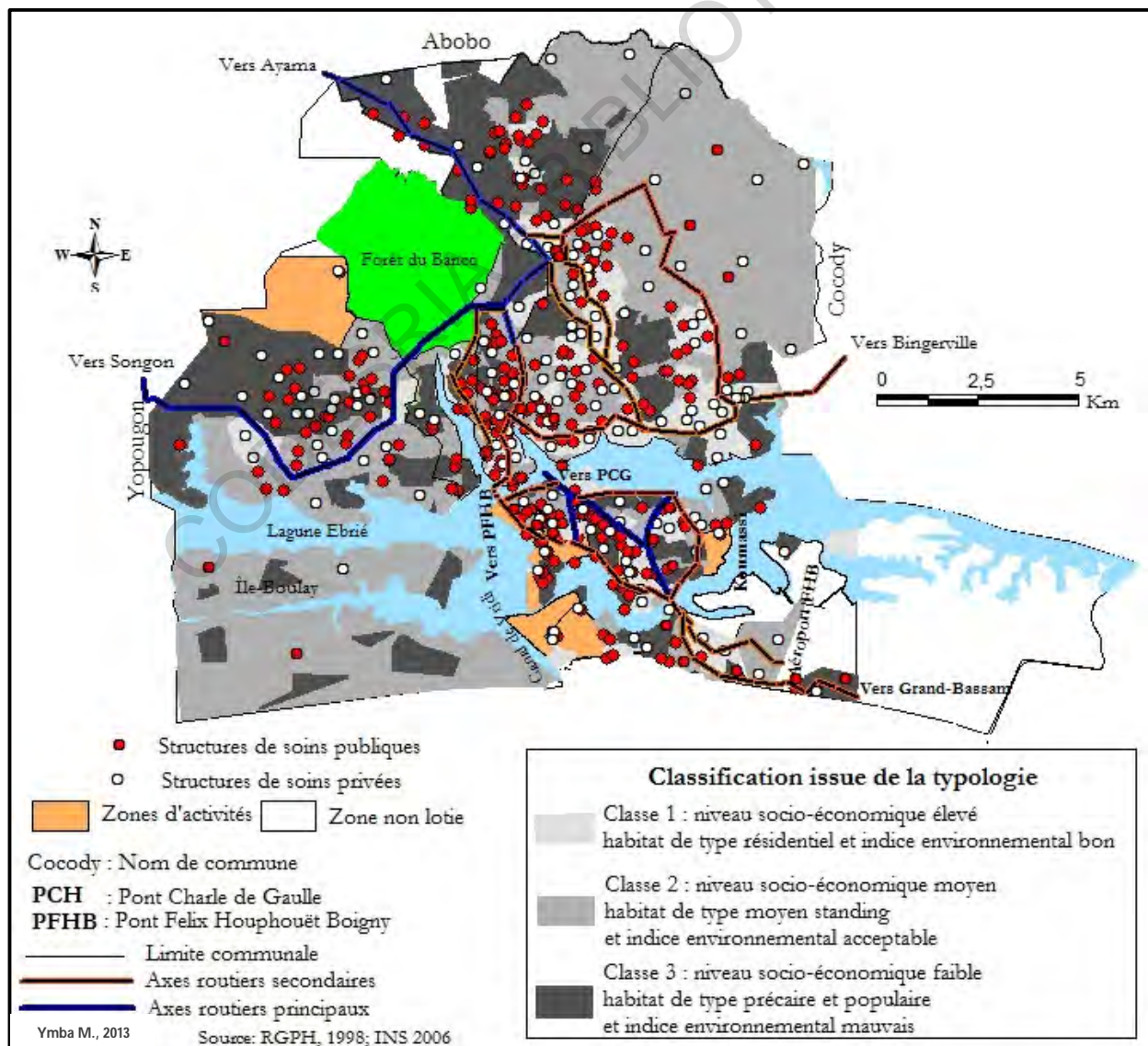
L'offre devrait être performant et disponible où les risques sanitaires sont les plus

importants, mais au vu de l'analyse de la carte 45, c'est le contraire, l'offre est abondante plutôt dans les milieux résidentiels où la population est plus aisée. Même si elle est concentrée dans les quartiers populaires des classes moyennes, elles sont dominées par une offre de soins primaire qui n'est pas adaptée aux besoins de soins des populations. On ne sera pas donc étonné de voir des patients des quartiers populaires et précaires arrivés à l'hôpital ou au CHU dans un état très avancé de la maladie pour se faire soigner après avoir essayé d'autres types de recours (*Partie III, Chap.II*).

Ou bien, ces ménages devront pour recouvrer la santé se rendre dans les structures sanitaires des quartiers résidentiels, qui sont généralement mieux équipés en services de santé de qualité. Mais l'accès à ses structures reste au-dessus des moyens financiers des ménages de ces quartiers, car les soins sont souvent très coûteux.

Nous pensons que les milieux de vie déterminent l'implantation des équipements urbains dans la ville, mais ils sont également un facteur discriminant dans la répartition de l'offre aux soins modernes. Cette politique urbaine laisse très peu de place à la classe modeste majoritairement dominante pour s'occuper de la population aisée minoritaire, beaucoup plus choyées que les autres. L'offre de soins serait dans ce cas adéquat dans ces espaces aisés.

Carte 45. Distribution de l'offre de soins moderne dans les typologies des profils des lieux de résidences de la population de la ville d'Abidjan

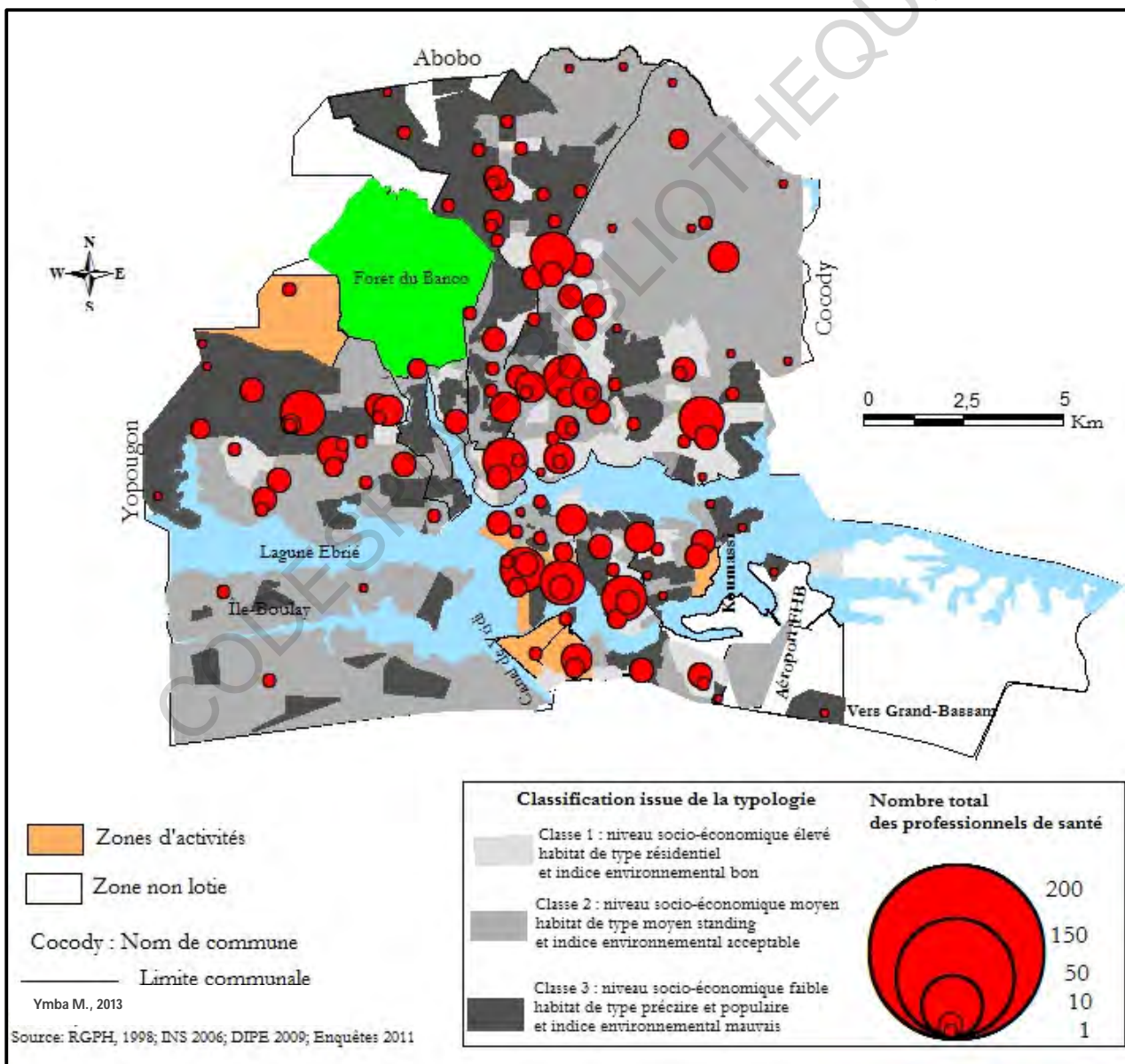


II.2. La distribution des professionnels de santé dans les lieux de résidences

Le nombre des professionnels de santé représenté, sur la carte 46, est la somme des médecins, des infirmiers et des sages-femmes des services de santé localisés dans les différents lieux de résidences.

On observe deux pôles de concentrations des professionnels de santé. Le premier est localisé au Centre et le deuxième au Sud-Est de la ville, majoritairement dans les quartiers des classes moyennes et aisées. Ici encore, les espaces de vies ayant un fort cumul de besoins en soins, ne justifient pas une présence plus importante de professionnels de santé. Les zones du Nord, de l'Ouest et du Sud restent des espaces fragiles pour l'accès aux soins, car le nombre de professionnels de santé est faible (en moyenne 10), alors que les besoins en soins sont importants.

Carte 46. Distribution des professionnels de santé dans les typologies des profils des lieux de résidences de la population de la ville d'Abidjan



À l'échelle de la ville, l'offre est dense et répartie plus sur les espaces de vie des classes sociales moyennes et aisées, délaissant les quartiers pauvres, en particulier ceux de la

périphérie. Grâce à la mobilité croissante des citoyens, les irrégularités de sa distribution ne devraient pas jouer comme des obstacles à l'accès physique aux soins. Cependant, les indicateurs sociaux et économiques qui caractérisent les ménages de ces quartiers pauvres peuvent leur freiner l'accès aux services de santé. De plus si cette offre dense existe, elle ne garantit en rien les caractéristiques et les qualités de chaque formation sanitaire. Ainsi, la cartographie de la distribution des professionnels de santé, des structures de soins par niveaux de soins, des lits d'hospitalisations ou d'observations nous a permis de montrer que les disparités spatiales de santé qui affectent Abidjan où certaines périphéries et quartiers sensibles possèdent des formations sanitaires faiblement équipées en ressources humaines ou équipements techniques, au profit des formations sanitaires des secteurs centraux mieux équipées (*cf. Partie I, Chap.III*).

Par ailleurs, les cartes de la répartition spatiale de la population ont aussi permis de montrer l'inadéquation entre l'offre et les besoins de soins suscités par une répartition spécifique de la population (âge et sexe).

II.3. Analyse du taux d'utilisation globale des structures sanitaires dans les typologies des profils des lieux de résidences

L'analyse des besoins de soins, nous révèle des besoins énormes dans les lieux de résidences, prédisposant ainsi les populations à une demande de soins importante. La prochaine analyse nous permettra de répondre à cette hypothèse par l'étude des taux d'utilisation des services de santé par les citoyens les plus vulnérables.

Les taux d'utilisation représentés, sur la carte 47, sont la proportion du nombre total de consultations pour les soins curatifs dans les services de santé en 2006. Cette analyse sur le taux d'utilisation des établissements sanitaires sera complétée par les différents chapitres sur les activités des services de santé et les recours thérapeutiques des ménages pour évaluer réellement le recours effectif, efficace des ménages aux services de santé moderne et les motifs de soins. Nous voulons ici, évaluer de façon générale, le niveau de la demande de soins des populations par rapport aux risques sanitaires auxquels elles sont exposées. En principe, on devrait s'attendre à un niveau élevé de demande de soins dans les espaces présentant des risques sanitaires énormes pour les populations et au contraire moins de consultations pour les populations qui vivent dans un environnement plus sain. Autrement dit, est-ce que le niveau de besoin de soins influence la demande de soins des populations des différents lieux de résidences ?

Malgré un niveau de besoins de soins important, l'utilisation des services de santé reste faible dans les lieux de résidences (2% à 40%), ce qui rend les populations plus vulnérables. C'est dans le Centre et Sud-Est que les taux d'utilisation sont les plus élevés. Il n'y a rien de surprenant, car c'est dans ces zones que se concentre l'offre de soins diversifiée et à proximité des routes principale et secondaire. Dans les zones périphériques, les taux sont de 2% à 10%, sauf à l'Est où ils atteignent 20%. Par ailleurs, dans le secteur Centre où l'offre de soins est importante, c'est la zone qui regroupe le plus de médecins généralistes de la ville, et pourtant ce secteur concentre une partie importante des faibles taux d'utilisation (10% à 20%).

En considérant les lieux de résidences, les taux d'utilisation sont beaucoup plus élevés dans les quartiers modestes (30%) et aisés (40%) que dans les quartiers pauvres (10%). Or, c'est dans ces zones où résident une population avec un niveau socio-économique faible (fort taux de chômage, faible niveau d'instruction, etc.) et où les femmes cumulent les

facteurs de risques (niveau d'étude faible, famille monoparentale, etc.). Par ailleurs, on a enregistré à l'Ouest, un taux d'utilisation estimé à 45% dans les espaces défavorisés. Ce taux d'utilisation est lié à la présence de CHU de Yopougon dans les quartiers.

La situation observée dans ces zones est caractéristique de l'inadéquation entre l'offre et les besoins de soins particuliers d'une population.

Les déterminants socio-économiques, culturels qui caractérisent ces quartiers pauvres jouent un rôle important. En effet, le faible niveau d'instruction, la barrière de la langue ou le manque d'informations peuvent constituer des problèmes majeurs d'accès aux services de santé. Pour ces populations des quartiers socio économiquement défavorisés, l'accès aux services de santé peut être limité par des difficultés d'ordre financier, les coûts globaux de soins peuvent être jugés élevés, notamment pour les actes chirurgicaux et certains médicaments.

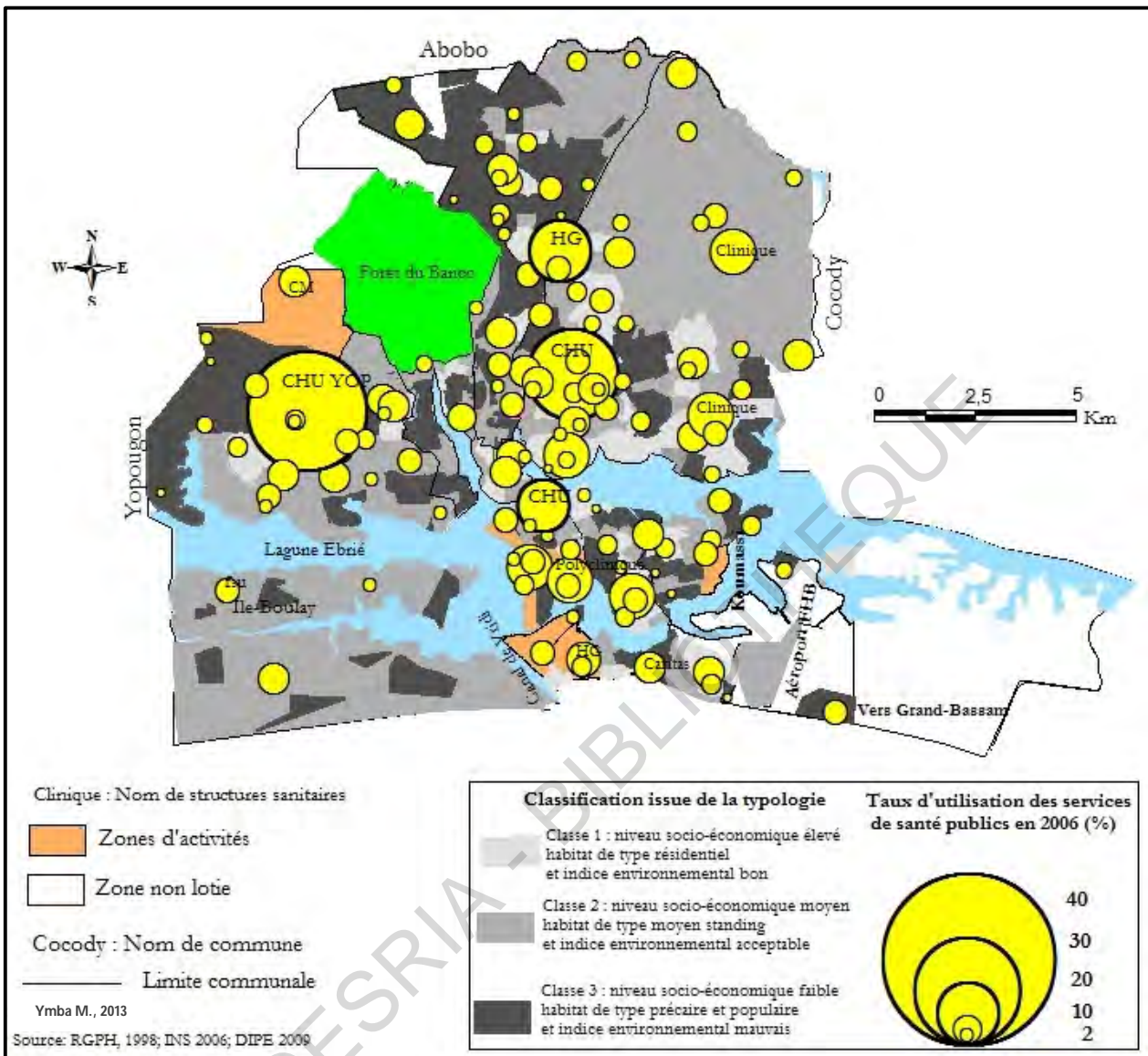
D'autres hypothèses ont été émises pour comprendre cette situation inattendue. L'une d'entre elles est l'effet de saturation que connaissent les services de santé qui se traduisent par des délais d'attente importants et des retards dans la prise en charge. De la mauvaise qualité des soins ou la vétusté des équipements, de l'effet de la distance du domicile au centre de santé, de la mauvaise opinion des populations sur les structures de soins publique, etc. L'analyse de nos enquêtes de terrain (*Partie III*), nous apporte plus de précisions sur les déterminants de l'accès aux soins qui caractérisent les groupes sociaux.

On pouvait s'attendre à un taux d'utilisation faible dans les lieux de résidences les moins vulnérables, mais la réalité est tout autre. Ces zones enregistrent les taux d'utilisation les plus élevés. Le niveau de vie élevé des ménages des quartiers résidentiels, ainsi que le niveau d'instruction important leur permettent d'être informés de leur état de santé et de se prendre en charge, contrairement aux ménages des deux autres groupes de quartiers, qui ont beaucoup plus de mal à avoir accès aux soins à cause de leurs conditions sociales difficiles. Ce ne sont pas seulement les risques sanitaires qui amènent les populations à consulter, puisque le taux d'utilisation est plus élevé dans les espaces les moins à risques, d'autres déterminants l'expliquent.

La répartition des taux d'utilisation est en inadéquation avec la description du niveau de besoins de soins des lieux de résidences des populations que nous avons analysées plus haut. Suivant nos résultats, le niveau de besoins de soins augmente avec les risques sanitaires des lieux de résidences, mais le taux d'utilisation des services de santé modernes diminue avec le niveau social des ménages dans les quartiers. Ainsi, il a été constaté que plus le niveau de risque sanitaire est important dans les quartiers, moins les taux d'utilisation sont faibles dans les lieux de résidences. Ces espaces posent le problème de l'absence de demande de soins, alors que les besoins de soins existent. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les problèmes de santé des populations auraient évolué ou changé du fait des caractéristiques de leurs lieux de résidences. L'étude de la demande peut améliorer notre connaissance des besoins et réorienter les services existants.

C'est pourquoi nous allons prolonger l'analyse des taux d'utilisation avec l'étude sur les activités de quelques services de santé enquêtés et les morbidités qui y sont diagnostiquées ainsi que leurs aires d'attraction.

Carte 47. Taux d'utilisation des structures de soins publics pour les soins curatifs en 2006 dans les typologies des profils des lieux de résidences à Abidjan



III. Identifications des zones "fragiles" pour l'accès aux soins

La dernière étape de ce chapitre I de notre étude consiste à cibler des zones « fragiles ». Pour identifier les espaces et populations fragiles pour l'accès aux soins, nous avons confronté tous les indicateurs des besoins de soins étudiés aux indicateurs de l'offre de soins étudiés également. La première phase, qui consiste à croiser les indicateurs d'offre et de besoins de soins, a pour but d'établir un classement et de sélectionner les espaces de vie « fragiles » (Tableau 16). La seconde phase est une typologie des espaces de vie qui prend en compte les variables d'offres et de besoins de soins ainsi que les caractéristiques démographiques, socio-économiques et environnementales (Tableau 17).

Le fait d'étudier les caractéristiques démographiques et de les mettre en rapport avec l'offre met en évidence l'inéquité dans l'accès aux soins. Ces résultats vont nous conforter dans notre argument dans l'étude de l'adéquation entre offre et besoin.

La confrontation par la suite de ces différentes classes aux résultats sur la morbidité diagnostiquée dans les services de santé étudiés (*Partie II, Chap.III*), nous permettra de justifier nos résultats sur les espaces vulnérables pour l'accès aux soins.

Les résultats de l'ACM puis de la CAH ont permis l'identification de neuf classes (Carte 48).

Le tableau 16 résume l'ensemble des informations relatives aux espaces fragiles pour l'accès aux soins à Abidjan.

Tableau 16. Bilan caractéristique des besoins et de l'offre de soins de la ville d'Abidjan

| Classes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--|-------------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Indicateurs | | | | | | | | |
| Sexe (%) | | | | | | | | | |
| Homme | 7,1 | 7,3 | 11,4 | 9,0 | 14,4 | 17,0 | 21,6 | 28,0 | 31,9 |
| Femme | 6,8 | 5,2 | 10,0 | 8,7 | 12,7 | 15,3 | 17,0 | 29,0 | 33,3 |
| Âge (%) | | | | | | | | | |
| 0 à 5 | 4,4 | 11,2 | 22,0 | 20,0 | 31,0 | 19,9 | 40,8 | 39,4 | 48,2 |
| 15 à 25 | 25,4 | 27,8 | 29,1 | 26,2 | 33,4 | 27,9 | 43,3 | 37,4 | 42,8 |
| 50 et plus | 2,1 | 3,8 | 10,0 | 9,9 | 7,7 | 14,7 | 15,7 | 23,1 | 8,8 |
| Femmes en âge de procréer (FAP) (%) | 3,6 | 6,1 | 17,8 | 9,9 | 21,0 | 11,5 | 20,8 | 24,7 | 26,0 |
| Densité (hbts/km²) | 500 | 1 073 | 1 475 | 988 | 2 044 | 1 875 | 3 067 | 3 826 | 5 245 |
| Tailles des ménages (personnes en moyenne) | 3,1 | 4,7 | 5,1 | 5,4 | 8,0 | 7,0 | 9,1 | 10,0 | 11,0 |
| La situation matrimoniale (%) | | | | | | | | | |
| Célibataire, | 5,8 | 10,0 | 14,2 | 11,0 | 14,0 | 12,3 | 13,1 | 17,1 | 19,2 |
| Marié, | 31,5 | 31,0 | 28,0 | 32,1 | 27,9 | 33,0 | 30,1 | 25,8 | 25,0 |
| Union libre | 29,8 | 33,4 | 36,0 | 14,7 | 35,0 | 13,4 | 37,0 | 38,0 | 37,2 |
| Polygame | 11,0 | 15,7 | 21,0 | 22,7 | 27,0 | 23,3 | 34,0 | 33,0 | 36,8 |
| La famille monoparentale dirigée par une femme avec emploi | 29,8 | 21,0 | 14,7 | 14,0 | 9,1 | 13,7 | 5,4 | 3,3 | 1,9 |
| La famille monoparentale dirigée par une femme sans emploi | 2,9 | 4,1 | 10,0 | 9,4 | 18,9 | 10,9 | 15,0 | 17,1 | 22,0 |
| Niveau d'instruction (%) | | | | | | | | | |
| Équivaut au primaire | 56,3 | 19,2 | 7,3 | 17,0 | 29,9 | 18,6 | 31,8 | 30,0 | 58,0 |
| Équivaut au collège | 29,0 | 28,0 | 20,3 | 24,4 | 30,0 | 25,4 | 27,0 | 28,9 | 24,0 |
| Équivaut au lycée | 41,1 | 39,9 | 31,5 | 33,0 | 20,0 | 36,7 | 26,0 | 19,1 | 11,0 |
| Équivaut au supérieur | 38,4 | 24,8 | 21,7 | 12,2 | 5,2 | 8,0 | 4,0 | 0,8 | 0 |
| Durée de résidence (%) | | | | | | | | | |
| 0 à 5 ans | 35,4 | 34,2 | 48,7 | 35,4 | 21,1 | 32,1 | 19,7 | 17,0 | 14,1 |
| 5 à 10 ans | 48,7 | 52,2 | 30,5 | 28,7 | 31,0 | 48,7 | 33,0 | 47,0 | 45,0 |
| 10 et plus | 25,7 | 33,4 | 20,6 | 15,7 | 34,0 | 30,0 | 34,0 | 48,1 | 49,4 |

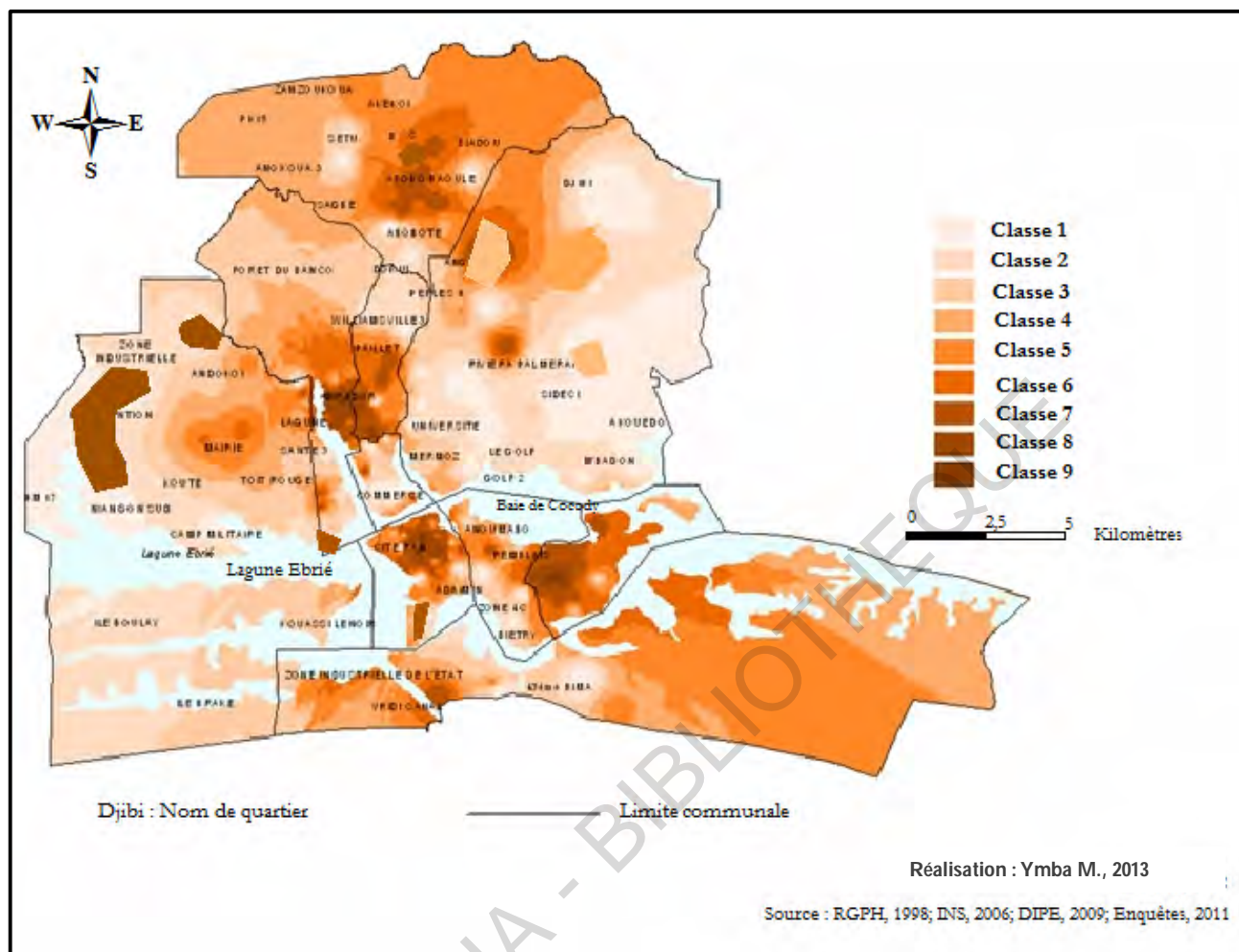
| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--------------|--------------|-------------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|
| | Niveau d'équipement (%) | | | | | | | | | |
| | Bas | 0,7 | 9,1 | 23,4 | 4,0 | 19,0 | 5,4 | 49,7 | 50,7 | 47,1 |
| | Moyen | 39,4 | 48,7 | 34,1 | 45,1 | 41,2 | 41,8 | 29,1 | 29,4 | 24,0 |
| | Haut | 69,8 | 44,0 | 22,4 | 36,0 | 10,0 | 36,4 | 5,0 | 9,8 | 6,4 |
| | Équipements en termes de (%) : | | | | | | | | | |
| | Latrines | 100 | 100 | 97 | 99 | 79,7 | 100 | 68,0 | 37,0 | 32,3 |
| | Électricité | 100 | 98,0 | 96,0 | 96,0 | 88,0 | 100 | 66,0 | 46,1 | 42,1 |
| | Éclairage lampe à pétrole | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,8 | 9,5 | 11,6 |
| | Eau courante (abonnés) | 100 | 89,7 | 85,9 | 86,0 | 77,7 | 99,0 | 70,0 | 39,1 | 19,0 |
| | Eau de puits, Eau (revendeurs), | 0 0 | 10,0 12,4 | 14,0 18,0 | 9,9 10,0 | 29,4 25,9 | 0 1,1 | 32,8 33,3 | 39,2 47,0 | 49,9 59,0 |
| Construction en (%) | | | | | | | | | | |
| Dur | 100 | 100 | 100 | 100 | 89,0 | 100 | 81,0 | 67,0 | 39,0 | |
| Semi dur | 0 | 0 | 0 | 0 | 11,0 | 0 | 14,0 | 21,0 | 22,0 | |
| Construction en banco | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,8 | 0 | 3,0 | 5,0 | 29,4 | |
| Le statut d'occupation du logement (%) | | | | | | | | | | |
| Propriétaire | 69,0 | 65,0 | 70,0 | 60,0 | 70,0 | 59,9 | 33,0 | 30,0 | 22,0 | |
| Locataire | 41,0 | 39,1 | 29,2 | 38,0 | 49,0 | 50,0 | 65,0 | 69,0 | 69,0 | |
| Assainissement (%) | | | | | | | | | | |
| Eaux usées fosse septique, | 100 | 100 | 89,0 | 79,0 | 60,0 | 100 | 58,0 | 29,0 | 22,0 | |
| Eaux usées rue, caniveaux | 0 | 0 | 22,3 | 5,2 | 22,0 | 0 | 33,1 | 60,0 | 74,1 | |
| Ordures dans cour | 100 | 99 | 46,0 | 55,8 | 39,0 | 99 | 19,7 | 54,0 | 55,0 | |
| Ordures dans rue, les déchets tas, fossé | 0,1 | 3,3 | 24,0 | 11,4 | 20,0 | 3,0 | 44,0 | 69,0 | 78,0 | |
| Bennes d'ordures | 97,3 | 98,0 | 45,9 | 62,0 | 59,0 | 98,0 | 45,1 | 10,9 | 1,0 | |
| Catégories socioprofessionnelles (%) | | | | | | | | | | |
| Fonctionnaire | 79,3 | 59,2 | 43,2 | 53,0 | 50,0 | 65,0 | 47,0 | 24,2 | 3,0 | |
| Employé : ouvrier | 4,2 | 15,7 | 33,2 | 30,0 | 50,0 | 10,0 | 39,9 | 60,0 | 69,4 | |
| Travailleur indépendant (secteur informel) | 64,1 | 45,1 | 37,4 | 24,7 | 29,7 | 60,0 | 24,7 | 67,0 | 40,9 | |
| Transporteurs | 8,7 | 15,7 | 31,9 | 34,1 | 39,4 | 11,3 | 39,0 | 47,1 | 67,1 | |
| Artisans | 4,8 | 6,8 | 22,9 | 21,5 | 28,7 | 8,8 | 27,4 | 39,7 | 27,0 | |
| Ménagères | 11,3 | 3,4 | 34,4 | 29,0 | 30,4 | 14,9 | 33,0 | 48,4 | 59,4 | |
| Sans emploi | 3,3 | 8,8 | 14,7 | 17,0 | 20,0 | 7,2 | 27,0 | 38,4 | 47,0 | |
| Taux de chômage (%) (Hommes) | 5,7 | 7,9 | 19,1 | 17,2 | 14,5 | 9,0 | 24,8 | 29,2 | 41,6 | |
| Taux de chômage (%) (Femmes) | 5,1 | 6,0 | 21,0 | 17,0 | 18,0 | 8,9 | 28,1 | 35,7 | 49,7 | |
| OFFRE DE SOINS | Proportion des médecins (%) | 52,0 | 41,6 | 51,5 | 14,5 | 28,7 | 29,0 | 10,9 | 9,8 | 2,2 |
| | Proportion des infirmiers (%) | 61,0 | 54,1 | 59,0 | 17,0 | 34,0 | 38,4 | 12,9 | 10,0 | 4,0 |
| | Proportion des sages-femmes (%) | 55,0 | 49,7 | 48,7 | 21,2 | 36,4 | 36,0 | 7,4 | 5,0 | 3,1 |
| | Proportion des lits d'observations (%) | 54,0 | 50,2 | 64,0 | 20,1 | 33,0 | 32,9 | 3,0 | 2,0 | 1,8 |
| | Proportion des lits d'hospitalisations (%) | 78,0 | 34,7 | 57,4 | 11,8 | 29,3 | 34,7 | 2,1 | 2,0 | 0 |
| | Proportion des structures publiques (%) | 49,0 | 51,9 | 50,0 | 31,7 | 32,0 | 38,0 | 13,8 | 9,2 | 2,0 |
| | Proportion des structures publiques de premier contact (%) | 39,1 | 42,4 | 38,3 | 24,3 | 25,0 | 32,5 | 8,8 | 6,1 | 3,7 |
| | Proportion de structures privées (%) | 87,4 | 50,1 | 71,1 | 33,0 | 37,1 | 38,3 | 10,9 | 5,2 | 1,4 |
| | Taux d'utilisation (%) | 59,9 | 50,0 | 49,8 | 29,9 | 38,4 | 41,8 | 19,2 | 11,3 | 6,0 |

Tableau 17. Confrontation entre offre et besoin de soins

| Classes | Niveau de l'offre | Niveau des besoins | Caractéristiques Socio-économiques | Caractéristiques environnementales | Profil sanitaire |
|---------|-----------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1 | Offre Très importante | Besoin faible | Favorable | Environnement favorable | Offre très importante Besoin faible |
| 2 | Offre importante | Besoin faible | Favorable | Environnement favorable | Offre Import. Besoin faible |
| 3 | Offre Très importante | Besoin moyen | Moyen ou acceptable | Environnement acceptable | Offre très importante Besoin moyen |
| 4 | Offre faible | Besoin moyen | Favorable | Environnement favorable | Offre faible Besoin moyen |
| 5 | Offre moyenne | Besoin moyen | Légèrement défavorable | Environnement légèrement défavorable | Offre moyenne Besoin moyen |
| 6 | Offre moyenne | Besoin faible | Favorable | Environnement favorable | Offre moyenne Besoin faible |
| 7 | Offre Faible | Besoin moyen | Légèrement défavorable | Environnement légèrement défavorable | Offre faible Besoin moyen |
| 8 | Offre faible | Besoin élevé | Défavorable | Environnement défavorable | Offre faible Besoin élevé |
| 9 | Offre Très faible | Besoin très élevé | Défavorable | Environnement très défavorable | Offre très faible Besoin très élevé |

En répartissant ces neuf classes dans les lieux de résidences respectifs, nous localisons des zones et populations vulnérables pour l'accès aux soins (Carte 48).

Carte 48. Identification des zones fragiles pour l'accès aux soins à partir de la typologie en neuf classes des lieux de résidences des populations



➤ **Classe 9 : Des besoins de soins très élevés, une offre de soins très faible et des caractéristiques socio-économiques et environnementales très défavorables**

C'est dans le centre ville à l'île de Petit-Bassam, au Nord dans la commune d'Abobo et au Nord-Ouest dans la commune de Yopougon qu'on localise les zones appartenant à la classe 9. Les besoins de soins sont très élevés, notamment du fait des proportions importantes des enfants de 0 à 5 ans (48,2% contre seulement 4,4% pour la classe 1), des femmes (33,3%) et des FAP (26,6%) et d'une proportion importante de personnes en situation précaire vivant dans un environnement à risque pour leur santé. D'après les caractéristiques socio-économiques prises en compte, la population de cette classe est très défavorisée : le taux de chômage est très élevé (41,6% pour les hommes et 49,7% pour les femmes) ; la part des personnes sans emploi et celle des ouvriers sont nettement supérieures à la moyenne de la ville (respectivement 47% contre 30,4% et 69,4% contre 32 %) ; la part de cadres est inférieure à la moyenne (3% contre 31,5%).

L'offre de soins est très faible. Les structures sanitaires censées répondre aux besoins de soins sont très rares dans les espaces (2% contre 49% pour la classe 1). Les ressources humaines restent insuffisantes. La proportion de médecins, des infirmiers et des sages-femmes est faible (2,2% de médecins, 4% d'infirmiers et 3,1% de sages-femmes). Les

ressources matérielles sont inexistantes (1,8% de lits d'observations contre 54% pour la classe 1). Le taux d'utilisation des services de santé est très faible dans ces espaces (6%). Cette classe peut être qualifiée comme zone fragile pour l'accès aux soins de santé, qu'il faudra privilégier dans la planification sanitaire.

➤ **Classe 8 : Des besoins de soins élevés, une offre de soins faible et des caractéristiques socio-économiques et environnementales défavorables**

Les caractéristiques des lieux de résidences de la classe 8 se rapprochent légèrement de celles de la classe 9. Les zones appartenant à cette classe se localisent principalement dans les quartiers centraux des communes de Treichville et Koumassi, des quartiers Sud d'Abobo et Port-Bouët et enfin des quartiers Ouest de Yopougon.

Les besoins de soins sont élevés, pourtant le taux d'utilisation est l'un des plus bas de la ville (11%). La proportion des personnes âgées est légèrement supérieure ici par rapport à la classe 9 (23,1% contre 8,8%). L'offre de soins est faible. La densité des ressources sanitaires est insuffisante (proportion des médecins 9,8% ; lit d'observation 2,0%).

➤ **Classe 7 : Des besoins de soins moyens, une offre de soins faible et des caractéristiques socio-économiques et environnementales légèrement défavorables**

Cette classe regroupe les lieux de résidences Est des communes d'Abobo et Koumassi et Centre-Ouest d'Adjamé et Yopougon. Les besoins de soins sont moyens avec une proportion de 20,8% des FAP en charge dans les espaces de vie. La classe d'âge de 15 à 25 ans est légèrement importante (43,3%).

La part des personnes vivant en situation de précarité est moins importante dans cette classe par rapport aux classes 8 et 9. L'offre de soins reste néanmoins faible comme dans les classes 8 et 9. La proportion des médecins est seulement de 10,9%, celle des infirmiers et des sages-femmes sont respectivement de 12,9% et 7,4%. Mais, les établissements sanitaires sont moins rares dans ces zones, ils sont même diversifiés (13,8% de structures de soins publiques et 10,8% de structures de soins privées). Cependant, cela reste insuffisant puisque le taux d'utilisation n'est que de 19,2% dans cette classe.

Les caractéristiques socio-économiques et environnementales montrent que la population de cette classe est légèrement défavorisée : la part des personnes avec le niveau primaire et celle des ouvriers sont importantes (respectivement 31,8% et 39,9%) ; la proportion de cadres est légèrement inférieure à la moyenne (47% contre 49,9%) ; le taux de chômage est inférieur à la ville (26% contre 43,4%). Dans cette classe les populations ont une mauvaise gestion des déchets solides et liquides, 33% des résidents déversent leurs eaux usées dans les rues et 44% des ménages y déversent leurs ordures ménagères. C'est beaucoup moins important que chez les ménages de la classe 9 où 74% des ménages utilisent la rue pour évacuer leurs eaux usées et 78% leurs ordures ménagères.

➤ **Classe 6 : Des besoins de soins faibles, une offre de soins moyenne et des caractéristiques socio-économiques et environnementales favorables**

Les quartiers appartenant à cette classe se localisent au Nord d'Abobo, au Centre de Yopougon et Adjamé et au Nord de la commune de Port-Bouët et de Cocody.

Les besoins de soins sont faibles. La part des enfants, des personnes âgées et des FAP ne représentent respectivement que 19,9% ; 14,7% et 11,5%. Les personnes en situation précaire sont largement inférieures ici, avec un bon niveau d'équipement des résidents (41,8%).

L'offre de soins est moyenne. La part des médecins (29%) ; des infirmiers (38,4%) et des sages-femmes (36%) est importante dans cette classe. Les autres ressources sanitaires sont également présentes pour faciliter l'accès aux soins aux résidents. La part des structures de soins publiques est de 32,5%, les SSP représentent 32,5%. L'offre de soins privée domine l'espace avec 38,3%. Ce qui justifie le taux d'utilisation important des structures de soins par les résidents (41,8%)

La population de cette classe est favorisée par rapport aux caractéristiques socio-économiques et environnementales. Le taux de chômage est inférieur à la ville (9,2% contre 43,4%) ; la part de cadres est de 65% et des ouvriers seulement de 10%. Plusieurs résidents ont un niveau secondaire (36,7%), le niveau supérieur est un peu plus important dans cette classe (8%) par rapport aux trois premières classes.

➤ **Classe 5 : Des besoins de soins moyens, une offre de soins moyenne et des caractéristiques socio-économiques et environnementales légèrement défavorables**

Nous avons localisé les espaces de cette classe dans le Nord-Est de Cocody, le Sud de Port-Bouët et le Centre-Est de Yopougon.

Les besoins de soins sont moyens (part des FAP : 21% et part des personnes âgées 7,7%). L'offre de soins est également moyenne. La part des médecins, infirmiers et sages-femmes est respectivement (28,7% ; 34% ; et 36,4%). Les proportions des structures sanitaires publiques et privées sont également importantes, respectivement 32% et 38,4%. Les établissements sanitaires ont une part importante de lits d'observation et d'hospitalisation pour prendre en charge les malades de la classe 5 (part de lits d'observations, 33% et lits d'hospitalisation, 29,3%). Les résidents sont 38,4% à fréquenter les structures sanitaires.

Les caractéristiques socio-économiques indiquent que la population de cette classe est légèrement défavorisée, car les parts de personnes avec le niveau primaire et d'ouvriers sont légèrement importantes (respectivement 29,9% et 50%). Le taux de chômage touche 16% des résidents dans cette classe.

Enfin, la population de cette classe est confrontée à de forte densité de population (2 044 Hbts/km²) et à la grande taille des ménages (8 personnes en moyenne par foyer).

➤ **Classe 4 : Des besoins de soins moyens, une offre de soins relativement faible et des caractéristiques socio-économiques et environnementales favorables**

C'est au Nord-Ouest d'Abobo, au Sud de Port-Bouët, au Nord de Yopougon et au Sud de Marcory que se localisent les espaces appartenant à la classe 4.

Les besoins de soins sont moyens, du fait d'une faible proportion de personnes âgées (9,9%) et des enfants de 0 à 5 ans (22%).

L'offre de soins est relativement faible. Les parts des médecins (14,5%) et des sages-femmes (17%) restent insuffisantes. La classe est mal dotée en infrastructures sanitaires (la proportion des SSP n'est que 24,3%) et pauvres en ressources matérielles, la part des lits d'observations et d'hospitalisations ne représente que 21,2% et 20,1%. Ce qui a pour conséquence, une faible utilisation des structures sanitaires (29,9%). Enfin, Les caractéristiques socio-économiques montrent que la population de cette classe est

favorisée. En effet, la part des fonctionnaires est importante (53%), alors que celle des ouvriers n'est que de 33,2%. La proportion des personnes qui ont un niveau supérieur est acceptable par rapport à celle des classes précédentes que nous avons décrites (12,2% contre 0,8% ; 4% et 5,2%). Le taux de chômage ne concerne que 17,1% des résidents.

➤ **Classe 3 : Des besoins de soins moyens, une offre de soins très importante et des caractéristiques socio-économiques et environnementales acceptable**

La classe 3 regroupe les quartiers localisés au Sud des communes de Cocody, de Port-Bouët, d'Abobo et au Sud-Est de Marcory.

Les besoins de soins sont moyens, les parts des enfants (22%), des personnes âgées (10%) et des FAP (17,8%) sont plus ou moins élevées.

L'offre de soins est très importante. La proportion des médecins (51,5%) et des sages-femmes (48,7%) est importante. Cette classe est très bien dotée en structures de soins publiques (50%), privées (71,1%), et en ressources matérielles, car les établissements sanitaires sont très bien équipés en lits d'observations (64%) et en lits d'hospitalisations (57,4%). Cependant, les besoins potentiels en soins peuvent être élevés, car les résidents n'ont pas une très bonne gestion de leur environnement de vie, 22,3% continuent encore de déverser leurs ordures ménagères et eaux usées (24%) dans la rue. Peut-être que cette situation pourrait justifier ce taux d'utilisation important des services de santé (49,8%) que nous avons enregistré dans ces espaces.

Les caractéristiques socio-économiques de la population restent acceptables puisque 43,2% des résidents sont cadres et que le niveau d'étude supérieur est élevé (17,3%). Le taux de chômage est légèrement élevé (20%).

➤ **Classe 2 : Des besoins de soins faibles, une offre de soins importante et des caractéristiques socio-économiques et environnementales favorables**

C'est au Sud de Marcory, au Sud-Ouest de Cocody et à l'Est de Yopougon que l'on localise les espaces qui appartiennent à la classe 2.

Les besoins de soins sont faibles ici. Les parts des enfants (11,2%), des personnes âgées (3,8%) et des FAP (6,1%) à prendre en charge restent faibles en comparaison aux autres classes. Les caractéristiques sociales indiquent un bon niveau de vie des résidents avec un haut niveau d'équipement (44%) et un aménagement excellent en termes d'équipement en eau courante (98%) et en latrines (100%). Aussi, les résidents ont une bonne maîtrise de leur environnement, car ils éliminent leurs déchets solides et liquides respectivement dans les bennes à ordures et dans les fosses septiques et non dans les rues.

L'offre de soins est importante. Les ressources sanitaires existent pour prendre en charge les populations. Les parts des médecins (41,6%), des infirmiers (54,1%) et des sages-femmes (49,7%) restent l'une des plus importantes de la ville. Les structures publiques (51,9%) et privées (50,1%) ne sont pas sous équipées, elles concentrent 50,2% des lits d'observations et 34,7% des lits d'hospitalisations. Elles ont une très bonne fréquentation (taux d'utilisation, 50%).

Ici, on peut dire que les ressources sanitaires sont disponibles pour prendre en charge une population moins vulnérable que les résidents des autres classes que nous avons analysées. Les caractéristiques socio-économiques soulignent le fait que la population de cette classe est favorisée. Le taux de chômage est faible (7%), le niveau d'instruction des résidents est

élevé (niveau secondaire (39,9 %) et supérieur (24,8 %)) et la part des fonctionnaires est élevée (59,2 % par rapport à celle des ouvriers (15,7 %)).

➤ **Classe 1 : Des besoins de soins faibles, une offre de soins très importante et des caractéristiques socio-économiques et environnementales favorables**

La classe 1 regroupe les quartiers localisés pour la plupart à Cocody. On trouve également dans la ville des différentes poches qui sont réparties au Centre-Est de Yopougon et au Sud-Ouest de Marcory.

Cette classe se distingue de toutes les autres classes que nous avons décrites. Les besoins de soins sont faibles. En effet, les proportions des personnes âgées (2,1%), des enfants (4,4%) et des FAP (3,6%) sont-les plus bas. Les indicateurs qui agissent sur les besoins de santé sont également faibles. Le taux de chômage n'est que de 5%. Le niveau d'instruction est le plus élevé avec 38,4% des résidents qui ont un niveau supérieur. Les résidents bénéficient d'un bon niveau de vie (niveau d'équipement, 69,8%) et d'un environnement favorable. En plus, l'offre de soins est abondante dans les espaces. Les proportions des structures de soins publiques (49%) et des structures de soins privées (87,4%) sont importantes et elles disposent de ressources humaines abondantes (médecins (52%), infirmiers (61%) et sages-femmes (55%)). Les établissements sanitaires disposent d'une part importante des lits d'observations (54%) et d'hospitalisations (78%), pour prendre en charge les malades. Cette classe est donc très bien dotée en offre de soins moderne, ce qui expliquerait le taux élevé d'utilisation des structures sanitaires (59,9%).

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Conclusion du chapitre I

Le modèle proposé qui allie l'analyse spatiale et l'analyse statistique met en exergue des zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins. Les mauvais indicateurs de santé sont localisés dans les quartiers défavorisés où l'offre de soins est pourtant absente. Dans ces quartiers, quelques services de santé sont présents, mais ne sont pas adaptés aux besoins et à la demande des populations (type de structure et localisation). Ainsi, la combinaison des déterminants sociaux et spatiaux a mis en exergue des territoires qui présentent des risques de difficultés d'accès aux services de santé pour la population locale.

L'interprétation de ces résultats permet d'identifier les territoires où des actions spécifiques pourraient être menées en priorité, pour assurer une plus grande équité dans l'accessibilité aux services de santé en milieu urbain. Les méthodes d'analyses spatiales et les SIG permettent de soulever des hypothèses et de proposer des actions de santé. En effet, « la diffusion de cartes où apparaissent les inégalités les plus choquantes peut faciliter la prise de décision politique indispensable pour y remédier » [Giblin, 1999]. Cette meilleure évaluation facilite les arbitrages lors de l'aménagement des villes (implantation, déplacement, fermeture de structures sanitaires, etc.) pour limiter les effets des ségrégations socio-spatiales.

L'analyse des besoins de santé des populations, nous révèle des besoins de santé énormes dans les lieux de résidences, prédisposant ainsi les populations à une demande de soins importante. Le prochain chapitre nous permettra de répondre à cette hypothèse par l'étude des activités et des aires d'attraction des structures sanitaires.

En analysant les activités, la morbidité et les aires d'attraction des structures sanitaires dans les espaces de vie, par quelques exemples des services de santé, on verra si la demande de soins est suivie par un recours ou consommation de soins réelles.

Nous essayerons de répondre à ces questions suivantes : est-ce que les populations utilisent efficacement et effectivement les structures de soins pour répondre à leurs besoins de santé ? Si oui, pour quel problème de santé ? Quelle est la caractéristique de la population consultante ?

Comment la population évalue-t-elle la qualité des soins dans les établissements sanitaires ?

Ces analyses ayant toujours pour objectif d'évaluer l'adéquation entre offre et besoin de soins.

CHAPITRE II. DISPARITÉS D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ : ANALYSE DE LA DEMANDE DE SOINS

Amorcée par l'analyse de l'adéquation entre offre et besoins de soins, cette partie se poursuit par celle de l'activité des structures sanitaires abidjanaises. Nous entendons par activité, le nombre, le type et la nature des actes médicaux pratiqués dans les différents services de soins d'Abidjan. Les équipements de soins se placent donc au centre de ce chapitre, car ils « *sont des lieux où s'élaborent à travers l'accueil, le traitement, la prise en charge des personnes souffrantes, des enjeux à la fois scientifiques, sociopolitiques, économiques et éthiques* » [Boileau et Eboko, 2000]. En milieu urbain, les structures de soins se situent à l'intersection de diverses formes de cultures : une culture dite traditionnelle avec ses institutions, son organisation sociale, ses rites et une culture dite moderne avec un système biomédical inspiré du monde occidental.

Au-delà de certains indicateurs chiffrés de l'activité du système de soins que nous allons présenter, cette analyse permet aussi de caractériser la demande de soins des citoyens et de la mettre en rapport avec les niveaux de besoins de soins que nous avons identifiés dans le chapitre précédent. Elle constitue un indicateur pertinent des disparités socio-spatiales de santé qui illustre à son tour les évolutions du système de soins sous l'effet d'un environnement politique, institutionnel, économique et urbain en recomposition. Nous montrerons que la demande de soins est très disparate, ce qui constitue une autre spécificité des espaces urbains de la ville d'Abidjan.

I. La méthodologie de l'enquête sur l'activité du système de soins à Abidjan

L'étude sur la demande de soins moderne dans la ville d'Abidjan va prendre en compte les activités des structures sanitaires et la qualité des soins prodiguées.

Quand nous parlons d'activité, nous faisons allusion à l'utilisation, à la fréquentation des services de santé et surtout aux consultations de soins. La consultation est définie comme le contact entre un patient et le médecin, l'infirmier ou tout autre personnel soignant. Cet acte médical a lieu dans un cabinet ou une salle de consultation au sein d'une structure de soins. Il a pour cause un « *épisode représentant un problème de santé perçu ou objectif donnant lieu à un traitement qui se traduit par la délivrance d'un ensemble de prestations* » [Naiditch, 2000].

Notre instrument d'étude s'appuie sur les registres de consultations qui fournissent des indications sur les caractéristiques des patients, sur le diagnostic établi à l'issue de la consultation et sur la période de consultation. Nous avons opté pour l'analyse des activités curatives dans les structures de soins publiques qui restent la principale activité des centres de santé bien qu'avec les politiques des soins de santé primaires, les activités préventives auraient dû prendre le pas sur ces dernières. Les responsables des structures sanitaires privées nous ont refusé l'accès aux registres de peur que nous ayons accès à certaines informations personnelles de leurs patients. Cet argument est injustifié, car les registres protègent l'anonymat des patients, ils ont cependant accepté de répondre à certaines de nos questions.

I.1. L'enquête et le recueil de données utilisées pour l'élaboration de cette partie

Une partie des données des consultations des formations sanitaires publiques ont été recueillies auprès de la DIPE dans l'annuaire des statistiques de 2009. L'annuaire des statistiques sanitaires constitue une photographie de l'état de santé des populations des districts de la ville d'Abidjan, et même de tout le pays. Cet annuaire donne de précieux renseignements sur la disponibilité des ressources, les activités à partir de l'utilisation des services de santé, et la morbidité sur les services de santé publics uniquement à l'échelle des districts. Les registres de consultations sont des outils indispensables au suivi de l'activité pour l'équipe cadre du district. Ils permettent notamment de conserver une trace écrite de l'activité et d'organiser la surveillance épidémiologique des services de santé.

Par ailleurs, nous avons collecté des informations complémentaires en nous rendant dans les services de santé pour mieux apprécier le profil de la population consultante, la qualité des soins et la satisfaction des patients qui n'apparaissent pas dans les annuaires des statistiques de la DIPE. Pour cela, nous avons recueilli des données auprès des patients. L'implication et la collaboration des responsables des différents services hospitaliers enquêtés ont permis de mener l'enquête auprès des malades et de leurs proches. Aussi, pour faciliter la compréhension du questionnaire pour les malades et pour limiter les biais d'information, nous avons opté pour un entretien individuel, au lit du malade ou en dehors des chambres (salle, jardin, terrasse des hôpitaux, etc.) selon la mobilité du patient. Le recueil de données concernant les patients de pédiatries a été réalisé en interrogeant les mères sur la santé de leurs enfants hospitalisés. L'étude des dossiers « papiers » des patients a été possible pour recueillir d'autres informations, notamment sur la prise en charge de la pathologie présentée.

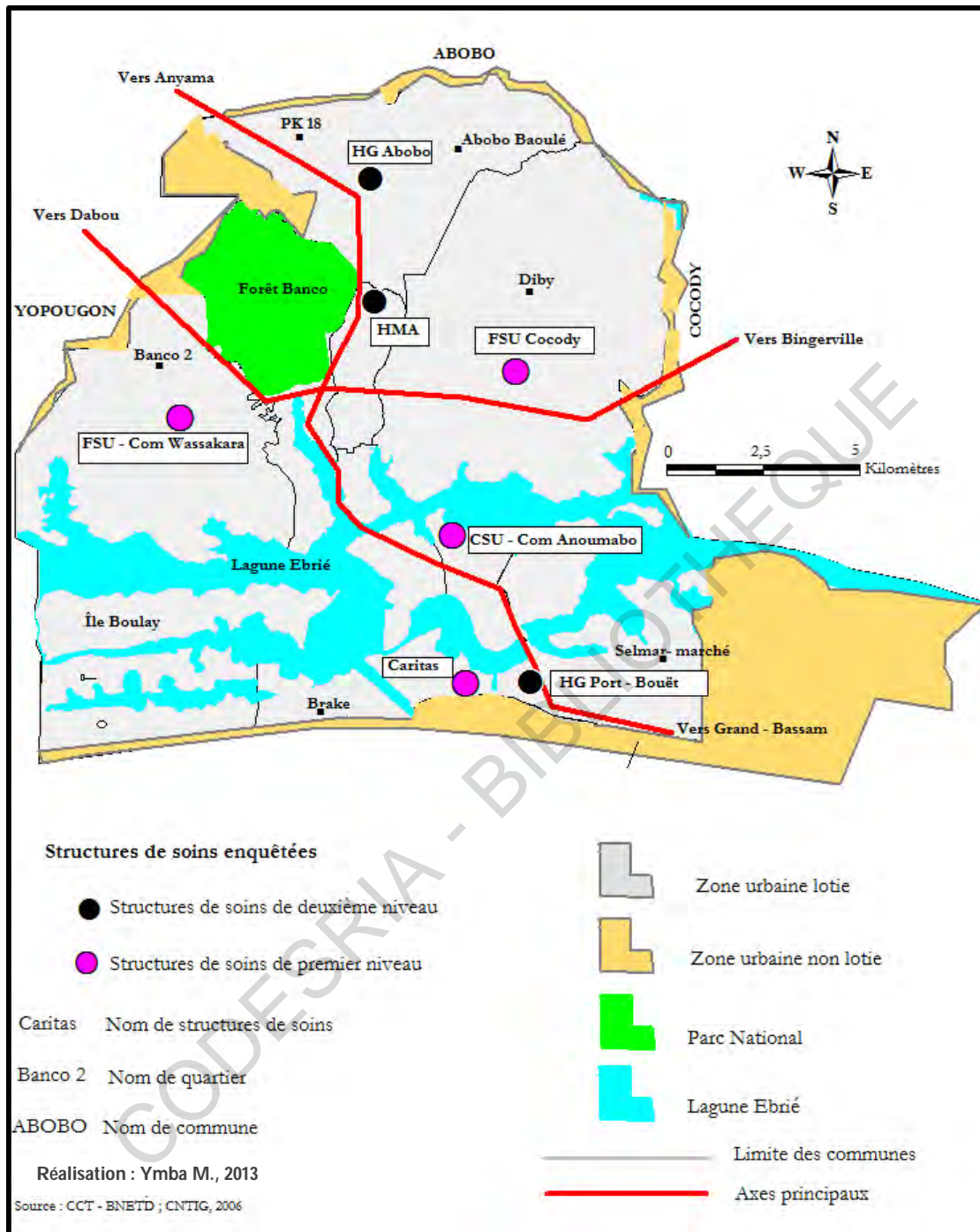
Nous avons mis en place une méthodologie qui nous permet de sélectionner un certain nombre d'équipements pour notre analyse de la demande de soins. Cette enquête exclut les CHU parce que leur aire d'influence dépasse celle de la ville, et même du pays.

L'échantillonnage des structures de soins a été fondé sur plusieurs critères : la prise en compte de la diversité de l'offre de soins (structures publiques, privées, confessionnelles, communautaires), celle du niveau des soins dispensés (consultations de soins infirmiers, de soins de médecine générale ou de soins de spécialité médicale), la représentativité des structures de soins sur tous les secteurs de la ville et des caractéristiques des lieux de résidences. Enfin, nous avons également considéré le volume de l'activité des services de santé. À partir de ces critères et de la disponibilité des données sur les équipements sanitaires, nous avons retenu sept structures sanitaires.

Nous avons dans la liste trois HG, une formation sanitaire urbaine, une formation sanitaire urbaine à but communautaire, un centre de santé urbain à but communautaire et un dispensaire confessionnel (Carte 49).

La carte 49 nous montre que nous avons retenu des établissements sanitaires de part et d'autre de la capitale. Notre objectif est de comparer la demande de soins dans les espaces en tenant compte des caractéristiques des lieux de résidences de la population. Concernant les services de santé de premier niveau les quatre équipements ont été choisis en fonction des milieux sociaux.

Carte 49. Les structures sanitaires de l'enquête « activité du système de soins » à Abidjan en 2010



Nous avons mené notre enquête dans l'HG d'Abobo-Est, localisé dans le Nord de la ville, L'HG de Port-Bouët localisé dans le Sud d'Abidjan et l'Hôpital militaire d'Abidjan situé entre les communes d'Adjamé et d'Abobo. Ces trois hôpitaux pour l'enquête, parce qu'ils enregistrent des activités importantes au-delà même de leur aire géographique. À cela, nous avons ajouté un centre de santé confessionnel, la Caritas de Port-Bouët, c'est le centre social le plus fréquenté de la ville, à cause de ces prestations qui vont au-delà de celles d'un établissement de premier contact. Enfin, trois centres de santé de premier contact ont été retenus pour l'enquête. Nous avons la FSU-Com de Wassakara au Nord-Ouest, CSU-Com de Marcory au Sud d'Abidjan à *Anoumabo* et la FSU de Cocody au Nord-Est de la ville. Nous avons choisi ces trois structures sanitaires de premier contact à

cause de leur influence, mais aussi parce que les responsables de ces structures ont répondu très favorablement à notre présence dans leurs établissements pour nos travaux et pour nos enquêtes.

Pour les autres centres de santé, nous avons essuyé des refus ou de multiples rendez-vous manqués de la part des responsables malgré les documents d'autorisation d'enquête fournis par le Ministère de la santé (Annexes 8 et 9).

Ces abandons, ces refus traduisent diverses situations. Pourquoi certains centres de soins refusent-ils de participer à ce genre d'enquête ? Il faut souligner que les services de soins sont très sollicités par les organismes de recherche, les ONG et par les autorités du district à travers les supervisions et les évaluations. Ils étaient également sollicités par les organismes nationaux et internationaux pour la mise en place de politiques de prise en charge des déplacés de guerre. Les structures sanitaires doivent en permanence organiser les campagnes de vaccination dans leur quartier, répondre aux autres campagnes de prévention et former les stagiaires de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS⁶⁷). Les établissements doivent tenir les rapports mensuels issus des registres journaliers. Devant le supplément de travail occasionné par la collecte de données complémentaires, certains responsables ont donc refusé franchement notre présence dans leurs établissements.

Nous savons que le faible effectif des services de santé enquêtés pour l'analyse de la demande de soins peut rendre notre étude incomplète, mais cette lacune sera rattrapée dans l'étude sur les pratiques citadines du recours aux soins.

I.2. Descriptions des sept structures retenues pour l'étude de la demande des soins

I.2.1. L'hôpital général d'Abobo

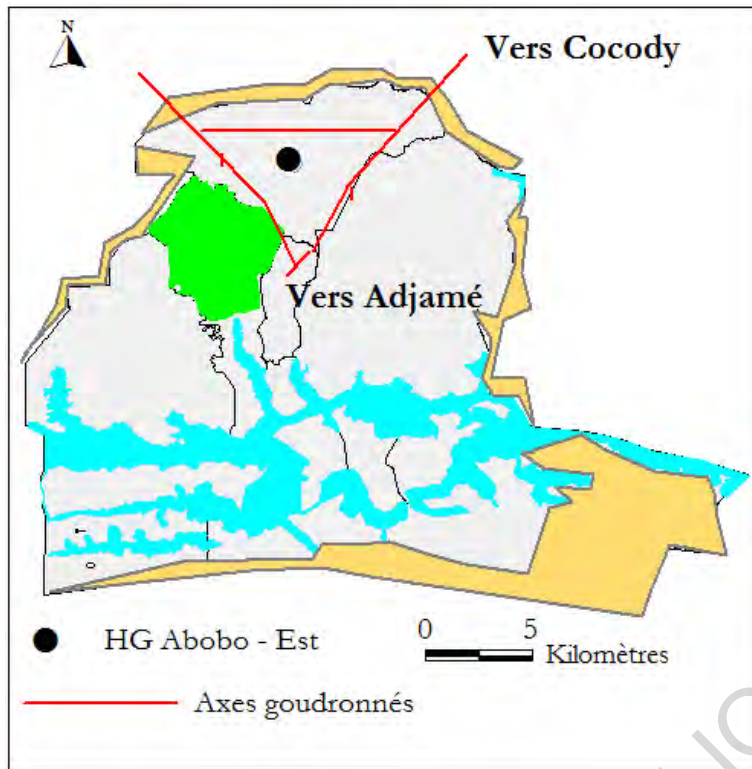
I.2.1.1. Situation géographique, structuration architecturale et prestations délivrées

L'hôpital général d'Abobo-Est est implanté dans la commune d'Abobo-Gare au cœur du quartier populaire du grand marché d'Abobo au Nord de la ville d'Abidjan (Carte 50). Une localisation géographique très attractive pour l'hôpital. Est-ce que cette implantation à proximité d'un marché aura-t-il un impact sur la fréquentation de l'hôpital ?

Pour l'enquête, nous avons enquêté sur les consultations des soins infirmiers au sein du dispensaire ainsi que les consultations de médecine générale et certaines consultations spécialisées médicales. Les prestations délivrées par cette formation sanitaire localisée dans le plus grand marché de la commune d'Abobo est l'une des plus importantes de la ville d'Abidjan, en particulier pour les consultations de médecine générale, gynécologiques, prénatales, de suivis des enfants sains et de vaccination, ainsi que le suivi nutritionnel. Des consultations de planification familiale, post-natales, la réalisation des accouchements, d'exams de laboratoire, des accueils d'urgences médicales et chirurgicales, la réalisation d'intervention chirurgicale d'urgence, la mise en observation, l'hospitalisation en suite de couches et en post opératoire, la délivrance des médicaments et enfin l'évacuation des urgences par un service d'ambulance sont également à la disposition des patients.

⁶⁷ L'INFAS a pour but de former les infirmiers, les infirmières, les sages-femmes, les techniciens de laboratoire et les techniciens d'assainissement.

Cette formation sanitaire assure toutes les formations d'accueil, de traitements et les fonctions d'un hôpital de référence.



Carte 50. Localisation de l'hôpital Général d'Abobo dans la ville d'Abidjan

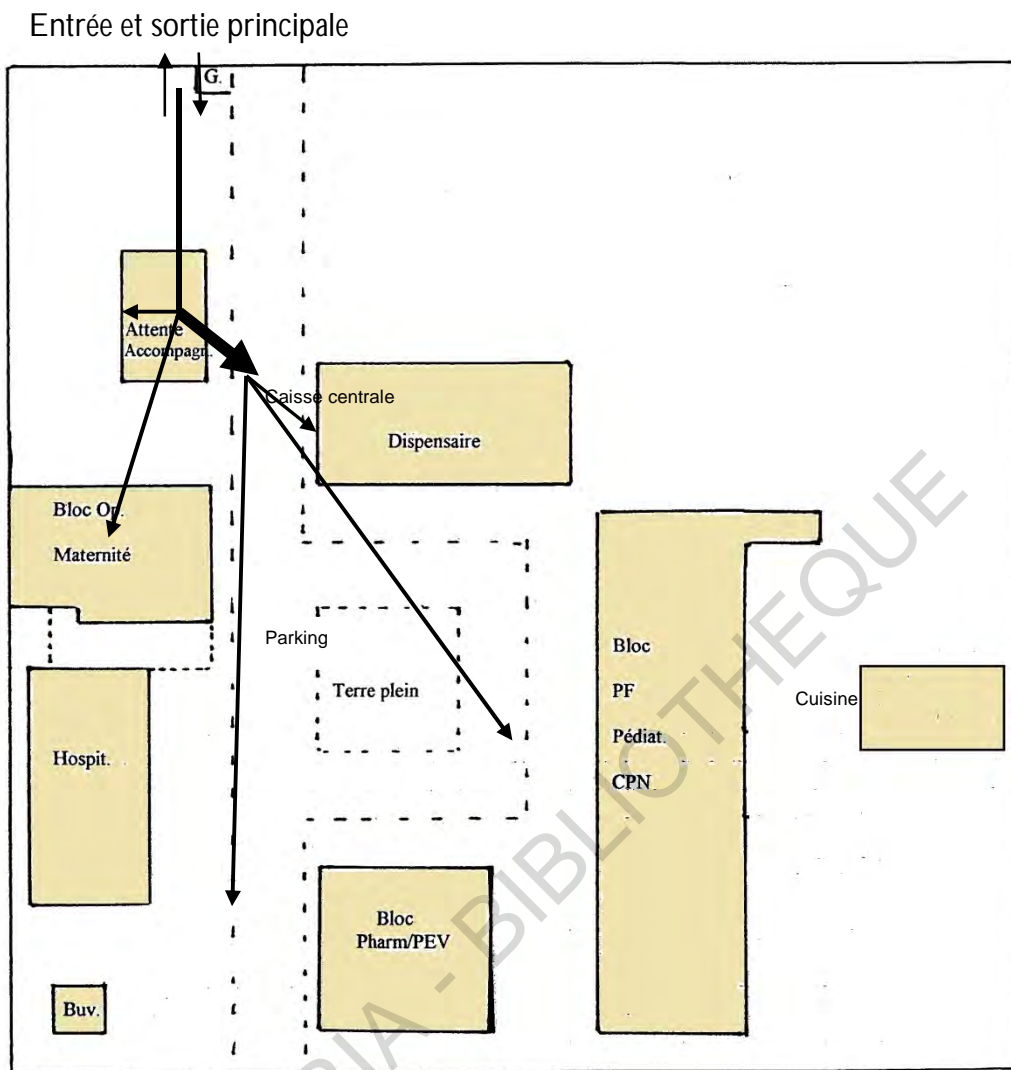
L'hôpital général d'Abobo-Est est l'un des établissements sanitaires les plus fréquentés dans le district d'Abidjan [District sanitaire Abobo-Est, 2009].

Cet établissement occupe une vaste concession clôturée. Il est structuré autour de quatre grandes entités disposées en carré et délimitant une cour intérieure qui comprend : le dispensaire ; le bloc planification familiale/pédiatrie/CPN/laboratoire ; le bloc opératoire/hospitalisation et enfin le bloc de surveillance préventive « enfant »/ pharmacie (Figure 5).

Le bloc « dispensaire » abrite les services de consultations externes de médecine générale et de chirurgie, le bureau des entrées, la salle des archives, les salles de mise en observation, de pansements et d'injection. Ces différentes unités sont organisées autour d'un vaste hall central servant de salle d'attente.

Le bloc « planification familiale/pédiatrie/CPN/laboratoire » abrite le bloc maternité/bloc opératoire/hospitalisation et enfin le bloc surveillance préventive enfant/pharmacie.

Figure 5. Croquis du plan de l'hôpital général d'Abobo-Est à Abidjan en 2010



Réalisation : Ymba M., 2013

- Bloc du bâtiment
- Flux et mouvement des patients
- Direction des patients
- Flux de patients vers la caisse centrale (étape obligatoire pour les consultations aux dispensaires, afin de s'acquitter du tarif en vigueur et d'un ticket de consultations).

Le nombre de pièces par bâtiment ainsi que la surface estimée figurent dans le tableau ci-dessous.

Les surfaces des bâtiments sont modestes. Il faut noter que cet HG était une formation sanitaire urbaine, c'est suite à la création de quelques fonctions et spécialités telles que la gynécologie, la chirurgie et la pédiatrie en 2007 que cet établissement est devenu un hôpital de référence de la commune d'Abobo-Est.

Tableau 18. Nombre de pièces et surface approximative

| Situation | Nombre de pièces | Estimation surface (m ²) |
|------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| Bloc dispensaire | 17 (dont hall) | 430 |
| Bloc PF/ CPN Pédiatrie/ Labo | 25 | 850 |
| Bloc Maternité | 13 (dont attente) | 230 |
| Bloc opératoire | 5 | 150 |
| Hospitalisation | 13 | 390 |
| Bloc pesé vaccination pharmacie | 6 | 300 |
| Total | 79 | 2 350 |

Source : Service d'information de l'hôpital général d'Abobo-Est, 2011

1.2.1.2. Les coûts des soins

Les tarifs officiels en vigueur pour les actes sont différents d'un acte médical à un autre, et même d'un HG à un autre, comme nous le verrons avec l'HG de Port-Bouët. Seule la vente des médicaments se fait au tarif officiel du Ministère de la santé publique. Mais le coût de l'ordonnance varie en fonction des prestations.

Tableau 19. Tarif en vigueur à HG d'Abobo-Est en 2010

| Type de prestation | Tarifs (Fr CFA*) |
|--|-----------------------------------|
| | * : 1 000 francs CFA = 1.52 Euros |
| Consultation dispensaire (heures ouvrables : 7 H 30 à 12 H avec infirmier/ médecin, accueil adultes /enfants | 500 |
| Consultation dispensaire (heures non ouvrables : 12 H à 14 H et de 18 H à 7 H30) | 1 000 |
| Consultation gynécologique | 1 000 |
| Consultation prénatale | 650/300 |
| Accouchement (avec kit) | 2 000 |
| Mise en observation | 1 000 |
| Pansement (forfait) | 500 |
| Petite chirurgie (circoncision) | 5 000 |
| Carnet mère-enfant | 300 |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins 2010-2011

Les patients, qui arrivent pour une demande de soins médicale à l'HG d'Abobo, doivent d'abord se diriger vers la caisse centrale ouverte en permanence située au sein du bâtiment dispensaire pour payer les tarifs en vigueur, ce n'est qu'après qu'ils pourront se diriger vers le dispensaire si c'est un adulte ou vers le service dit de pédiatrie si c'est un enfant.

Concernant les autres activités (CPN, maternité, laboratoire, gynécologie), les patients s'adressent directement dans ces services où ils payent soit auprès d'un agent de la caisse détaché, soit auprès de la sage-femme, etc.

Ces premières étapes sont primordiales pour le patient, s'il veut être reçu par un professionnel de la santé dans cet hôpital.

En effet, les malades après avoir payé à la caisse y laissent leur carnet et attendent dans le hall. Puis la caissière se charge de répartir ses carnets dans les différents box de

consultations infirmiers en fonction de la demande du patient. Il est à noter que les injections sont gratuites, seuls les consommables sont achetés par le patient.

À la fin de la consultation, si une ordonnance interne lui est délivrée, le patient se rend à la pharmacie du centre pour acheter ses produits. Si une ordonnance externe lui est délivrée ou si les produits de l'ordonnance interne ne sont pas disponibles au centre, le patient aura à acheter les produits dans une officine privée de la ville, généralement le plus proche de l'hôpital général.

En pédiatrie, après avoir payé le ticket à la caisse centrale, le carnet est remis à l'accompagnant qui se rend en pédiatrie. L'accompagnant remet alors le carnet à une fille de salle. Enfants et accompagnants attendent leur tour dans le hall. Ils sont appelés par ordre d'arrivée, mais auparavant les enfants sont appelés pour la prise du poids et de la température.

Quand nous expliquons la procédure pour être reçue par un médecin, cela paraît simple, mais pour les patients ce n'est pas évident, c'est un vrai parcours du combattant surtout quand ces derniers ne savent ni lire, ni écrire. Plusieurs patients viennent accompagnés, ils laissent le soin à l'accompagnant de prendre le ticket pour eux pendant qu'ils attendent sur un banc dans le hall pour gagner du temps.

Les femmes enceintes sont reçues directement sous le préau des CPN, sans passer par la caisse centrale. En ce lieu, les carnets sont ramassés par des filles de salle qui dans un second temps pèsent les femmes et font les examens d'urine. Bien qu'officiellement, la prestation CPN soit gratuite, les femmes enceintes ont des frais à payer lors de leur consultation. Les femmes payent en fonction du numéro de la CPN le tarif de 600/650 Fr CFA (0,91/0,99 Centimes) ou de 200 Fr CFA soit 0,30 Centimes (CPN ultérieures). Puis les carnets sont repartis dans les box de consultations tenus par les sages-femmes. Chaque femme est ensuite reçue par ordre d'arrivée par la sage-femme dans un box de consultation. La durée de validation du ticket de consultation pris à la caisse centrale est de 15 jours.

Ce n'est pas le prix des consultations qui fait peur aux patients, car 51% jugent ces prix abordables, mais c'est plutôt les ordonnances prescrites par les médecins ou les examens à faire. L'ordonnance d'un malade souffrant du paludisme peut s'élever à plus de 10 000 Fr CFA, soit 15,25 Euros lors d'une première visite à l'hôpital.

Les prix des examens des laboratoires sont abordables, les prix des prestations varient entre 500 et 3 000 Fr CFA soit 0,76 Centimes à 4,51 Euros.

Cependant, les coûts des actes chirurgicaux sont plus élevés, les tarifs varient en fonction de l'acte chirurgical. Le patient peut dépenser plus de 150 000 Fr CFA soit 228,81 Euros pour une césarienne par exemple ou 75 000 Fr CFA soit 114,40 Euros pour une opération de hernie. On donne l'impression au malade que s'il n'a pas les moyens financiers, il ne peut pas se faire soigner. On ne demande même pas au patient « Quel est ton mal ? » et on lui demande directement de payer d'abord la consultation avant d'être pris en charge. Cela peut s'avérer paradoxale, car on devrait soigner le malade avant de lui demander de payer. Quand nous avons posé cette question au médecin-chef, il nous a répondu qu'il procédait ainsi auparavant, mais que la mauvaise foi de certains patients a pénalisé tous les autres, car ces derniers s'enfuyaient de l'hôpital sans payer les consultations. Est-ce une raison valable pour procéder ainsi ? L'accès économique est décrit par les auteurs comme l'un des premiers facteurs de frein à l'accès aux soins dans les pays en développement. Est-ce le cas à l'hôpital général d'Abobo-Est ? L'analyse des pratiques thérapeutiques des ménages, nous permettra de répondre à cette question.

1.2.1.3. Les ressources et l'organisation

L'hôpital compte au total, 135 personnels qualifiés dont 19 infirmiers, 55 sages-femmes. La répartition des médecins par spécialité est la suivante, nous avons quatre médecins généralistes, sept médecins gynécologues-obstétriciens, quatre chirurgiens et cinq anesthésistes.

Le plateau technique est diversifié et varié. L'hôpital possède deux ambulances pour évacuer les patients et plus de 50 lits d'hospitalisations. L'hôpital est ouvert 24/24 aux patients, ainsi que la pharmacie.

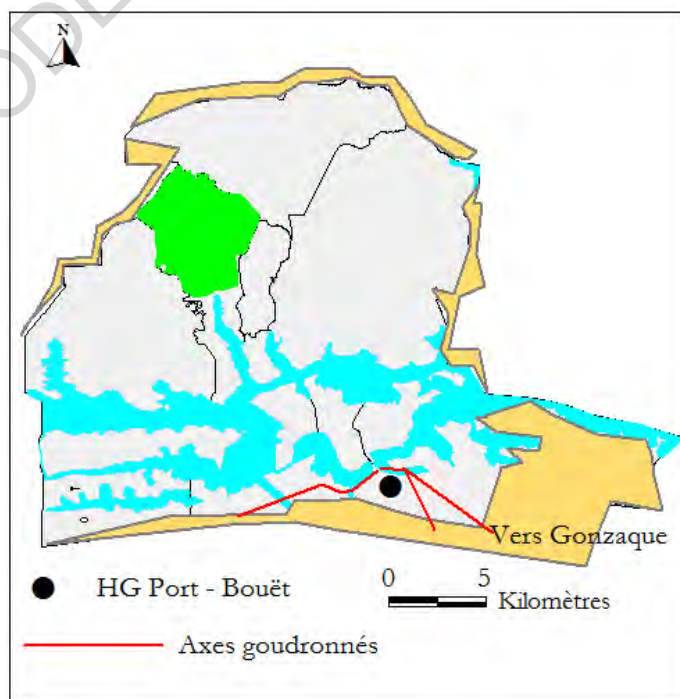
1.2.2. L'hôpital général de Port-Bouët

1.2.2.1. Situation géographique, structuration architecturale et prestations délivrées

L'hôpital général de Port-Bouët est implanté dans la commune de Port-Bouët dans le quartier moyen standing *Centre pilote* à la porte d'entrée de la commune, au Sud de la ville d'Abidjan (Carte 51). L'hôpital a ouvert ses portes en 1967, autour d'un site marécageux rendant le site insalubre. Néanmoins, c'est une localisation géographique très attractive pour les usagers, car l'hôpital est à proximité des voies et moyens de communications, des services administratifs et commerciaux (la poste, le grand marché de Port-Bouët, la mairie, le commissariat, la supérette, l'abattoir d'Abidjan). Cet établissement sanitaire est également proche de l'aéroport international Félix Houphouët Boigny d'Abidjan. Il s'étend sur un vaste terrain d'une superficie de plus de 3 000 m² en face de l'abattoir de Port-Bouët, cela occasionne des odeurs nauséabondes autour et dans l'hôpital. L'hôpital général de Port-Bouët bénéficie et est sollicité dans de vastes programmes nationaux et internationaux de lutte contre le VIH-SIDA, la protection de la mère et de l'enfant vivant avec le VIH-SIDA, de l'amélioration de la qualité des soins, etc.

Pour l'enquête, nous avons enquêté sur les consultations de soins infirmiers au sein du dispensaire, des sages-femmes ainsi que les consultations de médecine générale et certaines consultations spécialisées.

Carte 51. Localisation de l'hôpital général de Port-Bouët dans la ville d'Abidjan



Les prestations délivrées par cet hôpital sont indiquées en grand caractère sur le mur de l'hôpital à l'entrée, comme nous le montre la photo 28. Au total, dix prestations sont offertes dans cet établissement, ce n'est pas mentionné sur le mur, mais l'hôpital accueille des urgences médicales et chirurgicales pour des interventions.

Photo 28. Le mur d'entrée de l'hôpital général de Port-Bouët affichant les prestations sanitaires



Source : Ymba M., 2010

Ces prestations sont possibles grâce au bloc « dispensaire » qui abrite, les services de consultations externes de médecine générale, les salles de mise en observation, de pansements et d'injection, aux trois blocs chirurgicaux et au bloc pédiatrie et le bloc maternité, gynécologie, hospitalisation et enfin le bloc surveillance préventive enfant et la pharmacie.

L'hôpital compte au total, 115 personnels de santé qualifiés dont 18 infirmiers, 53 sages-femmes. La répartition des médecins par spécialité est la suivante, nous avons quatre médecins généralistes, sept médecins gynécologues-obstétriciens, six chirurgiens et sept anesthésistes. Le plateau technique est diversifié et varié. L'hôpital possède deux ambulances pour évacuer les patients et plus de 75 lits d'hospitalisations. L'hôpital est ouvert 24/24 aux patients, ainsi que la pharmacie.



Photo 29. Chambre d'hospitalisation à l'hôpital général de Port-Bouët

L'état de la chambre d'hospitalisation est délabré et les équipements dans un mauvais état. Un confort minimum qui oblige les patients à apporter avec eux des ventilateurs pour améliorer eux-mêmes leur confort dans les chambres d'hospitalisations.

Source : Ymba M., 2010

1.2.2.2. Les coûts des soins

Les tarifs officiels en vigueur pour les actes sont différents des tarifs de l'hôpital général d'Abobo. Ici, on applique les tarifs arrêtés par le Ministère de la santé publique⁶⁸ (Photo 29). L'hôpital à même des tarifs particuliers pour les élèves et les étudiants comme le demande le Ministère de la santé publique.



Photo 30. Les tarifs en vigueur à l'hôpital général de Port-Bouët en 2010

La tarification des actes de santé est affichée sur le haut du premier bâtiment, à l'entrée de l'hôpital. Impossible pour un patient de ne pas voir ces prix avant de s'adresser aux personnels soignants. Cela indique implicitement aux malades, qu'ils devraient payer avant d'être soignés, comme c'est le cas à l'HG d'Abobo-Est.

Source : Ymba M., 2010

Les patients à leur arrivée partent à la caisse pour payer leur ticket de consultation, avant de se diriger vers les blocs de soins. Concernant les autres activités (CNP, maternité, laboratoire, gynécologie), les patients s'adressent directement dans ces services, où ils payent soit auprès d'un agent de la caisse détaché, soit auprès de la sage-femme comme à l'hôpital d'Abobo-Est. Les actes chirurgicaux sont beaucoup coûteux.

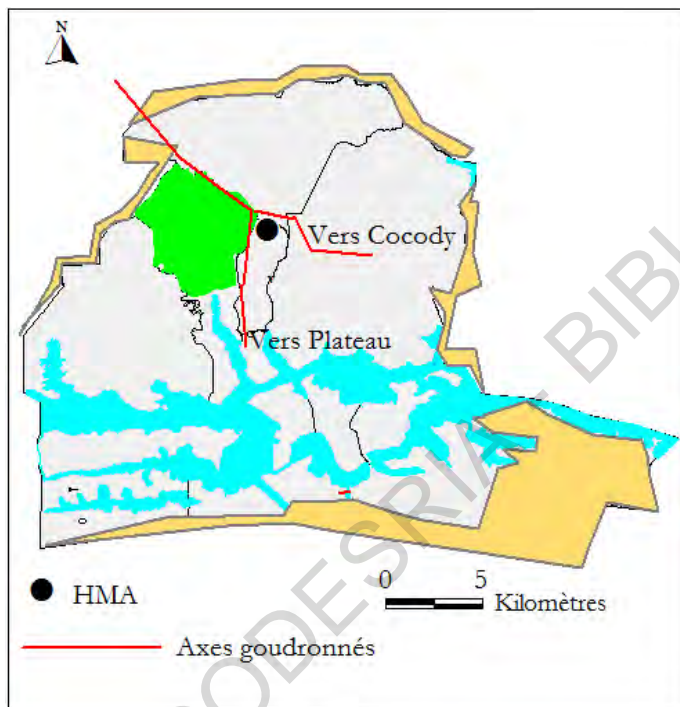
1.2.3. L'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA)

L'Hôpital militaire d'Abidjan a été construit en 1980 dans le but de recevoir les militaires de l'armée ivoirienne et leurs familles. C'est un établissement sanitaire parapublic. Il est

⁶⁸ Arrêté N°284/MSPAS/MIC/MEFP du 03/07/1995

l'un des deux hôpitaux militaires de la Côte d'Ivoire. Jusqu'en 1984, cette institution était située dans la commune du Plateau à Abidjan et connue sous la dénomination d'infirmerie de garnison d'Abidjan (IGA) avec 5 médecins dont un chirurgien. De 1984 à 1995, il sera transféré de son ancien site sur un nouveau site plus aéré et plus vaste sur l'axe Abobo-Adjamé dans le quartier moyen standing *Paillet* (Carte 52). Il sera connu sous la dénomination de Centre Médical des Armées (CMA) avec de nouvelles spécialités qui vont s'ajouter aux dispositions du CMA notamment l'ophtalmologie et la radiologie. Depuis 1995, le CMA est devenu HMA (Hôpital Militaire d'Abidjan) par le nombre croissant de médecins spécialistes ayant la volonté d'évoluer vers un hôpital et surtout par la détermination de la Direction des Services de Santé des Armées (DSSA). C'est un établissement, certes, dédié aux militaires et à leurs familles, mais il est aussi ouvert à la population civile. Aujourd'hui, cet hôpital dispose d'un plateau technique performant qui répond aux exigences de la population en matière de santé de proximité, désengorgeant ainsi les CHU et les HG d'Abidjan.

L'HMA est sous la tutelle du Ministère de la défense et est supervisé par la direction des services de santé des armées.



Carte 52. Localisation de l'HMA dans la ville d'Abidjan



Photo 31. Les locaux Chirurgicaux de l'HMA

Source : Ymba M., 2010

1.2.3.1. Les ressources humaines et matérielles

L'HMA s'étend sur une superficie de 3 hectares. C'est un hôpital pavillonnaire comportant : quatorze (14) bâtiments, soixante (60) lits, quatorze (14) services cliniques et paracliniques, cinq (5) services administratifs et techniques, un (1) restaurant de cent-cinquante (150) couverts par jour pour le personnel et les malades. Il dispose d'une unité d'urgence assurant les premiers soins avant une quelconque hospitalisation. L'HMA dispose d'un véhicule pour l'évacuation des malades vers les CHU. Cette unité est fonctionnelle 24h/24.

Outre l'unité d'urgence, ce service dispose d'une consultation externe assurée par des infirmiers chargés de trier les malades et de les orienter vers les différentes spécialités médicales. Cette unité siège dans le grand bloc de consultation. On note aussi pour ce service une unité d'hospitalisation de trente-cinq (35) lits.

Le service de gynécologie obstétrique est composé d'une unité de consultation prénatale et de gynécologie, animée par des médecins et des sages-femmes qui donnent également des conseils en planning familial et contrôlent l'état vaccinal des parturientes.

L'HMA a un bloc d'accouchement disposant de trois (3) box de pré-travail, 1 box d'accouchement et une salle de soins aux nouveau-nés.

On lui décrit deux (2) salles opératoires entièrement équipées d'un plateau technique moderne permettant les interventions chirurgicales. Il est supporté par un service anesthésique, une salle de réveil comprenant quatre (4) lits de réanimation post opératoire, une salle de stérilisation qui abrite l'essentiel des moyens matériels du service de chirurgie et d'une unité d'hospitalisation avec dix (10) lits pour les suites de couches et pour les soins post-opératoires en cas de césariennes ou d'interventions gynécologiques.

L'unité d'hospitalisation dispose de quatre (4) types de locaux, une infirmerie, une salle de garde pour le personnel infirmier et aide-soignant, des toilettes publiques, dix (10) chambres climatisées abritant vingt-cinq (25) lits.

Le service de pédiatrie : ce service ne dispose pas de locaux propres et connaît une difficulté dans ses activités. Il n'a pour le moment qu'une seule unité à savoir la consultation. Il siège dans le service de gynécologie-obstétrique.

Les services spécialités de l'HMA comprennent le cabinet dentaire, le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL), le service d'ophtalmologie, le service d'odontostomatologie, le service d'anesthésie-réanimation, le service de cardiologie et le service de dermatologie. En dehors du cabinet dentaire, les services de dermatologies et de cardiologies, qui ont leurs activités limitées aux soins et à la consultation et les autres services, hospitalisent la plupart leurs patients dans le service de chirurgie.

Les militaires et à leur famille bénéficient de Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) qui a été créé en 1985 dans la prise en charge de leurs soins. Mais, pour les autres clients les soins sont payants. L'HMA fonctionne comme une clinique privée, l'étude sur l'utilisation des services sera l'occasion pour nous d'analyser les déterminants du recours de ce type de structure.

Après nos enquêtes à l'HMA en janvier 2011, l'établissement a payé un lourd tribut dans la crise socio-politique que vient de traverser la Côte d'Ivoire. Suite aux violents affrontements à l'arme lourde en son sein, l'HMA n'arrive plus à remplir véritablement sa mission. C'est une structure sanitaire qui présente encore les séquelles de la crise. Actuellement, l'HMA ne peut plus faire face aux urgences, car les services d'hospitalisations et le bloc opératoire ne sont plus opérationnels, du fait des dommages qu'ils ont subis durant la crise. On note des dégâts au niveau du matériel médical et aussi

des bureaux, qui ont été mis à sac par les pillards. La conséquence de cette situation est qu'actuellement l'HMA ne peut plus garder des malades et fonctionner normalement.

I.2.4. Les établissements sanitaires de premier niveau de référence

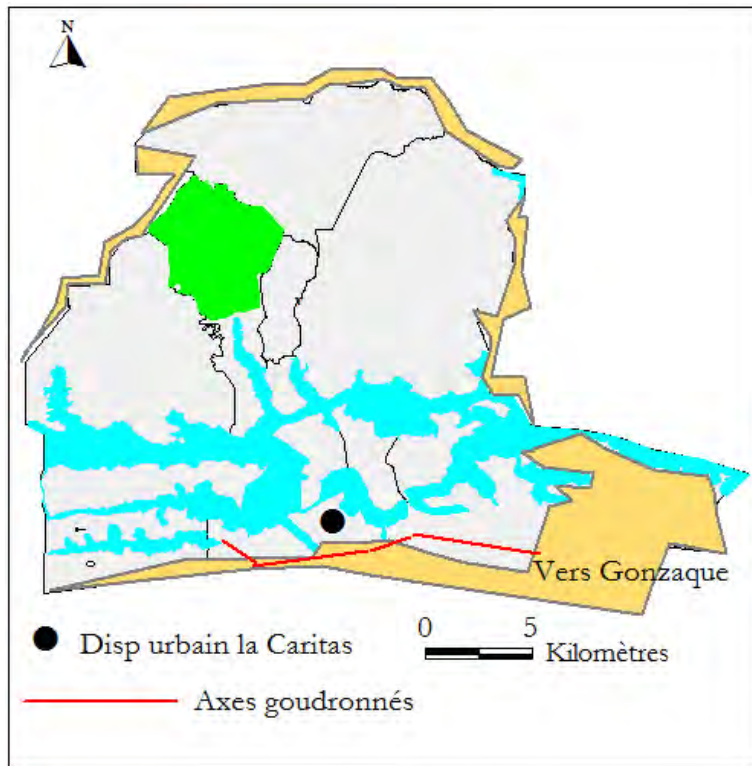
I.2.4.1. Le Centre médical Caritas de Port-Bouët

Le Centre médical Caritas est le fruit d'un partenariat entre l'Organisme Monaco Aide et le Groupe de la Caritas de Port-Bouët. Il a été inauguré le 22 novembre 1997. La Caritas est un établissement de soins confessionnel de la paroisse catholique Sainte-Anne de Port-Bouët, c'est un lieu de service pour toute bonne volonté. Ce centre est situé au Sud de la ville d'Abidjan (Carte 53). Cette structure confessionnelle connaît une forte attractivité. Son statut est particulier, car malgré son appartenance au secteur confessionnel, il occupe la place d'une formation sanitaire urbaine au sein du district sanitaire de Port-Bouët. Cette responsabilité auprès du secteur public sera pour nous l'occasion de comprendre les liens tantôt complémentaires, tantôt concurrentiels qui unissent le secteur public au secteur confessionnel. Ce double statut a permis aux personnels de la Caritas de recenser toutes les formes de pauvretés, de les analyser, de les classer, afin de faire des choix de priorité et d'organiser des services spécifiques d'intervention à l'intérieur du Groupe Caritas pour les différents besoins de soins des démunis. La régularité dans l'évaluation du travail a permis à la Caritas d'adapter sa structure et son organisation aux nouveaux besoins et défis se présentant sur son espace médical.



Photo 32. Centre médical confessionnel la Caritas de Port-Bouët

Source : Ymba M., 2010



Carte 53. Localisation du dispensaire urbain la Caritas dans la ville d'Abidjan

Les prestations délivrées par ce service de santé sont diversifiées et denses. Le centre propose des consultations en pédiatrie, des consultations médecine générale, des consultations d'ophtalmologie, des consultations de cardiologies, des consultations de gynécologie, des consultations en médecine sportive, des examens d'échographies, des examens d'électrocardiogrammes (ECG), des analyses médicales et biologiques au laboratoire, des soins dentaires, des soins physiothérapies pour la rééducation fonctionnelle, des soins dermatologies et des soins infirmiers.

La Caritas dispose d'un véhicule pour l'évacuation des malades vers les HG et les CHU. Ces prestations sont dignes de celles d'un HG.

Il existe en plus de ses prestations, un secteur social et de promotion humaine qui offre les services suivants : suivies des filles-mères, prise en charge psychosociale et médicale des personnes vivant avec le VIH-SIDA, suivis des enfants et jeunes handicapés (opérations chirurgicales-appareillages, insertion socio-économique), service de lunetterie pharmaceutique avec une participation forfaitaire (montage des verres, centrages des verres et la vente de montures et lentilles.).

Le Centre Médical fonctionne 24/24. Le centre a en projet d'avoir un bloc opératoire, une maternité et faire les consultations prénatales sur place. Comme son nom l'indique, la Caritas offre des prestations sanitaires aux tarifs très avantageux et sociaux.

1.2.4.1. 1. Les ressources humaines

Comme souligné plus haut, les services du Centre médical du Groupe la Caritas, qui sont l'instrument de la pastorale sociale de l'église catholique, sont assurés par des hommes de bonne volonté, désireux de se mettre par le volontariat ou le bénévolat au service de leurs frères démunis ou en situation de pauvreté extrême. Ainsi, des professeurs de spécialités médicales, des chirurgiens, des médecins, des infirmiers et infirmières, des techniciens de laboratoire, d'imagerie, d'Échographie ou de cardiogramme, des aides-soignants, et même des volontaires en service ou en retraite, en attente d'affectation ou sans emploi, assurent

de façon volontaire et bénévole des présences de supervisions et de service tout le long de l'horaire d'ouverture du Centre.

I.2.4.2. Les Formations Sanitaires Communautaires (FSU-Com)

I.2.4.2.1. FSU-Com Wassakara

La formation sanitaire urbaine à base communautaire de Wassakara est implantée dans le quartier populaire *Wassakara*, dans la commune de Yopougon au Nord-Ouest de la ville d'Abidjan (Carte 54). Elle est située derrière le marché du quartier. La voie est bitumée jusqu'à l'entrée de la formation. Le centre a ouvert en décembre 1995. Il est géré par une association de droit privé (date de déclaration en juin 1995), qui a signé une convention de service public avec l'État. Cette association de la formation urbaine à base communautaire de Wassakara-Attie, comptait en 2010, 11 000 membres à jour de leurs cotisations. Nous l'avons dit plus haut lorsque nous étudions la répartition des structures sanitaires par type d'activité dans la première partie de cet travail que les FSU-Com fonctionnaient comme des associations où la gestion était confiée à la population. La structure est implantée dans une vaste concession entièrement clôturée, avec un grand bâtiment central, le reste de l'espace est occupé par un jardin gazonné, à l'exception d'un parking bétonné situé devant le bâtiment principal. Le bâtiment central qui est le cœur de la structure est organisé autour d'un vaste hall, véranda qui est destinée à l'entente des usagers (Figure 6). Le nombre de pièces par bâtiment ainsi que la surface estimée sont résumés dans le tableau 20.

Carte 54. Localisation de la FSU-Com de Wassakara-Attie

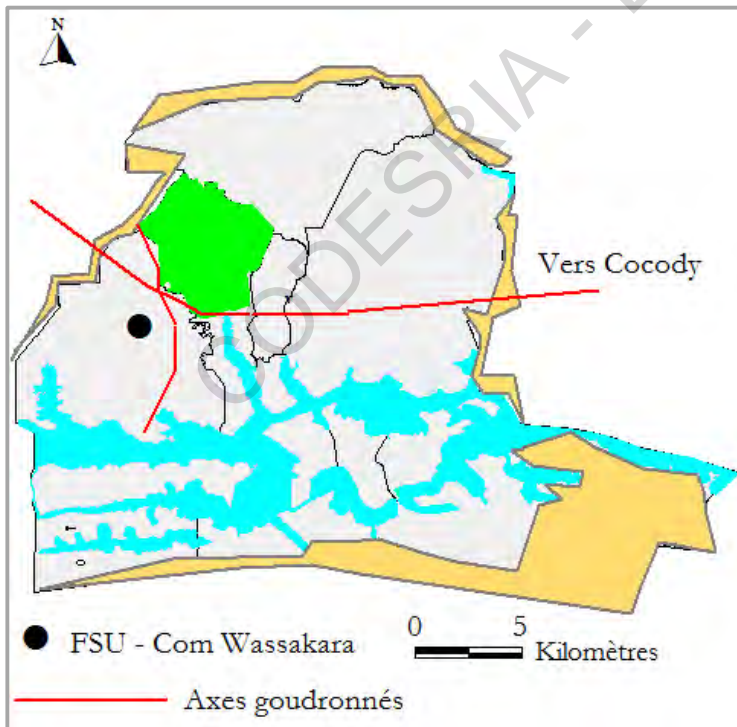
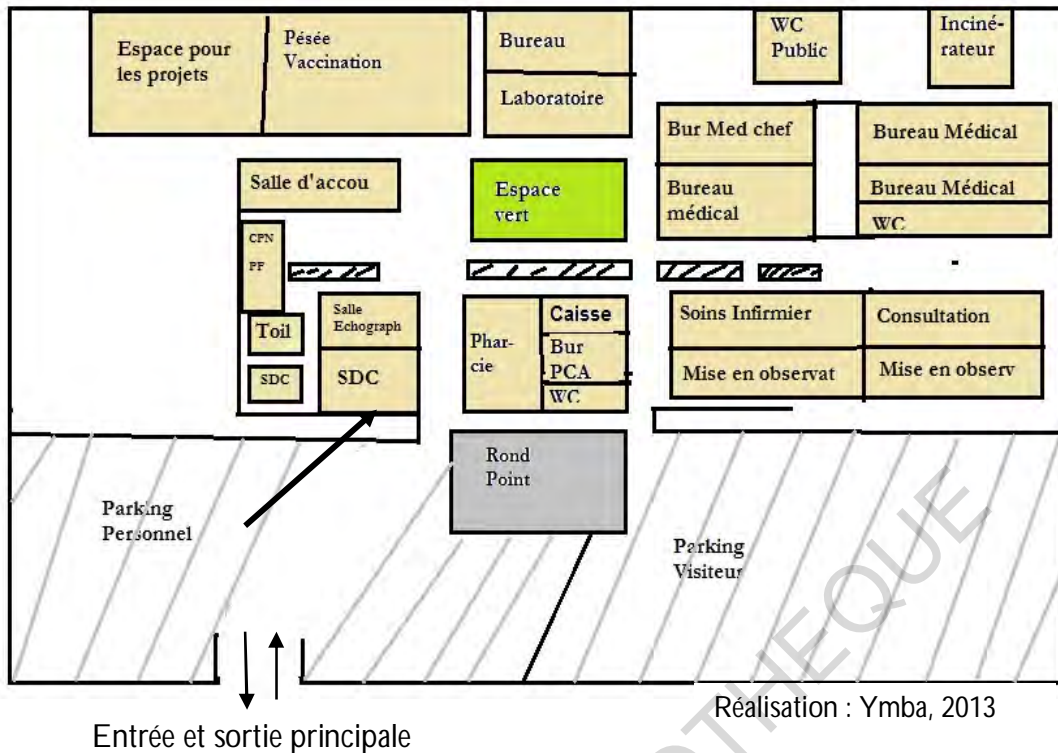


Tableau 20. Nombre de pièces et surface approximative du centre de la formation sanitaire urbaine communautaire

| Situation | Nombre de pièces | Estimation surface m² |
|------------------|-------------------------|---|
| Dispensaire | 10 | 253 |
| Maternité | 8 | 253 |
| Bloc central | 6 | 93 |
| Espace de projet | 6 | 189 |
| Total | 30 | 788 |

Source : Service d'information de la FSU-Com de Wassakara, 2011

Figure 6. Croquis du plan de masse FSU-Com Wassakara



Bloc du bâtiment

→ Direction des patients, Flux des patients vers la caisse centrale

Les prestations délivrées par cette formation sanitaire sont nombreuses. Le centre offre des consultations de médecine générale, prénatale, de suivi des enfants sains et de vaccinations, ainsi que le suivi nutritionnel, des consultations post-natales, de planification familiale. Elle réalise des accouchements, des examens échographiques, des hospitalisations en suite de couches, des réalisations de quelques examens de laboratoire, l'accueil des urgences médicales, la mise en observation et la délivrance des médicaments. Cette formation assure toutes les fonctions d'accueil et de traitement d'une formation de premier niveau. Ne disposant pas de bloc chirurgical, elle réfère ses urgences vers les HG et les CHU de la ville, en particulier celui de Yopougon. Il convient de noter que ne disposant pas de véhicule, les évacuations ne sont pas prises en charge par la structure, mais sont assurées par les malades eux-mêmes ou leurs familles (véhicules personnels, taxis, etc.). La formation assure également la prise en charge des tuberculeux (dépistage, traitement et suivi).

a. Les coûts des soins

Les tarifs sont fixés par le centre de santé en fonction des consultations et du statut du patient. Les adhérents à la FSU-Com bénéficient d'une réduction des frais de consultation. De façon générale, les prix sont bas et abordables, c'est la logique même des formations sanitaires urbaines à but communautaire. La vente des médicaments se fait au tarif officiel du Ministère de la santé publique. Le coût de l'ordonnance varie en fonction de la prescription et de la maladie. Le tableau 21 récapitule les principales activités avec leurs prix.

Tableau 21. Tarifs en vigueur à la FSU-Com de Wassakara en 2010

| Type de prestation | Tarif normal (Fr CFA) | Tarif Adhérent (Fr CFA*) |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| | | * : 1000 francs CFA = 1.52 euros |
| Consultation adulte ou enfant | 1 200 | 600 |
| Consultation prénatale | 1 250/900 | 1 050/700 |
| Accouchement avec kit | 3 700 | 2 000 |
| Urgence dispensaire (heures de garde 18 h à 7 h 30 et jours fériés) | 1 500 | 1 500 |
| Consultation gynécologie | 2 000 | 1 000 |
| Injection (quel que soit l'âge) | 400 | 200 |
| Pansement (quel que soit l'âge) | 400 | 200 |
| Perfusion | 1 500 | 750 |
| Abcès | 1 000 | 1 000 |
| Circoncision | 5 000 | 5 000 |
| Carnet, mère, enfant | 300 | 300 |
| Carnet Consultation médecine | 150 | 150 |
| Examen échographique | 9 500 | 9 500 |
| Mise en observation | 800 | 400 |
| Pesée, vaccination | 150/150 | 150/150 |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins, 2010-2011

De façon générale, tout usager qui arrive à la FSU-Com de Wassakara pour une demande de soins se rend à la caisse située dans le central du grand bâtiment de cette formation sanitaire. À la caisse, en fonction du motif de consultation, l'usager s'acquitte du tarif en vigueur et se dirige vers le service concerné. Il est à noter qu'il existe des panneaux indicateurs pour orienter les usagers, mais seuls ceux qui savent lire peuvent les consulter. Par ailleurs, la FSU-Com compte quatre médecins, cinq infirmiers d'état, six sages-femmes, deux aides-soignants, onze garçons et filles de salle, deux auxiliaires et deux pharmacies.

Les ressources matérielles sont simples et permettent de répondre aux prestations offertes par le centre, telles que les tables d'accouchements, d'examen, des peses personnes et bébés, des boîtes d'accouchements, etc.

1.2.4.2.2. Le CSU-Com Henri Konan Bédié (HKB) d'Anoumabo

Le CSU-Com d'Anoumabo est situé à Abidjan dans la commune de Marcory, précisément dans le village Ébrié d'Anoumabo (Carte 55) à proximité de l'église Méthodiste-Unie. Cette structure sanitaire était un dispensaire municipal. Il deviendra le Centre de Santé Urbain Communautaire Henriette Konan Bédié⁶⁹ après son inauguration le 8 Avril 1998.

Le centre fonctionne de la même manière que la formation sanitaire urbaine communautaire de Wassakara, avec les mêmes prestations sanitaires. L'établissement possède une ambulance grâce à un don d'une ONG internationale. Il fonctionne 24/24. Il est très bien localisé et très attractif [DIPE, 2009].

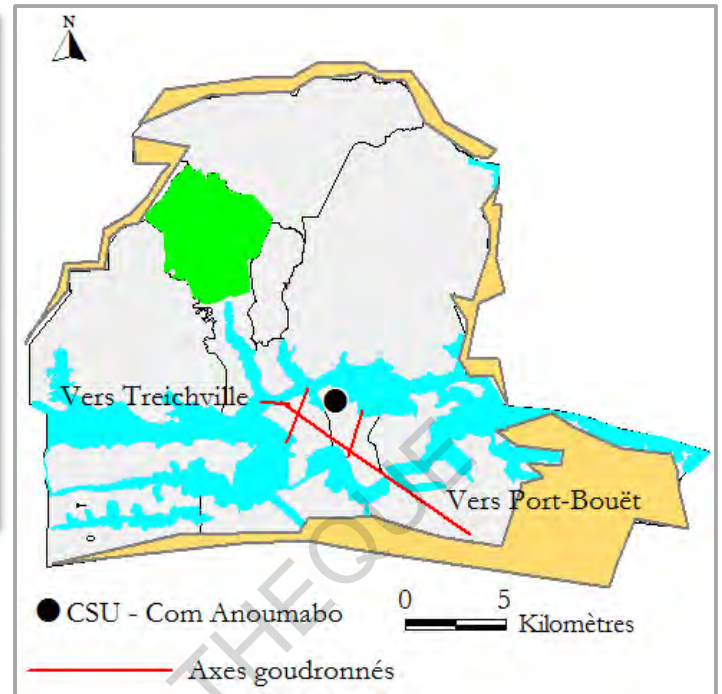
⁶⁹ Henriette Konan Bédié est l'épouse de l'ex président Henri Konan Bédié de la République de Côte d'Ivoire.

Photo 33. Entrée du CSU-Com HKB d'Anoumabo



Source : Ymba M., 2010

Carte 55. Localisation du CSU d'Anoumabo dans la ville d'Abidjan



Contrairement à la FSU-Com de Wassakara, le CSU-Com d'Anoumabo pratique des prix beaucoup plus intéressants et abordables pour les malades (Photo 34). Comme indiqué sur la photo 33, tous les patients doivent au préalable prendre leur ticket ou reçu de consultation à la caisse avant d'aller voir le médecin. Dans ce type de structure, chaque établissement fixe ces prix. L'établissement compte 35 personnels de soins au total dont cinq médecins, six infirmiers d'État et sept sages-femmes.

 A photograph of a price list sign for the CSU-Com HKB in Anoumabo. The sign is titled "Tarif des Prestations" and has a table with three columns: "Prestations", "Horaires", and "Montant".

| Prestations | Horaires | Montant |
|--|--|-------------------|
| Consultation | 7 ^{H30} à 12 ^H | 500 ^F |
| | 14 ^{H30} à 18 ^H | 500 ^F |
| Assuré social: 5000 ^F | 12 ^H à 14 ^{H30} | 1000 ^F |
| Urgences | 18 ^H à 7 ^{H30} Jours Fériés Samedi, Dim. | |
| Carnet + Couverture = 200 ^F | | |
| Timbre Anti Tuberculeux = 100 ^F | | |
| N'oubliez pas votre Reçu | | |

Photo 34. Affichage des tarifs des prestations sanitaires au CSU-Com HKB d'Anoumabo

Des tarifs qui varient en fonction du type de consultations et des heures.

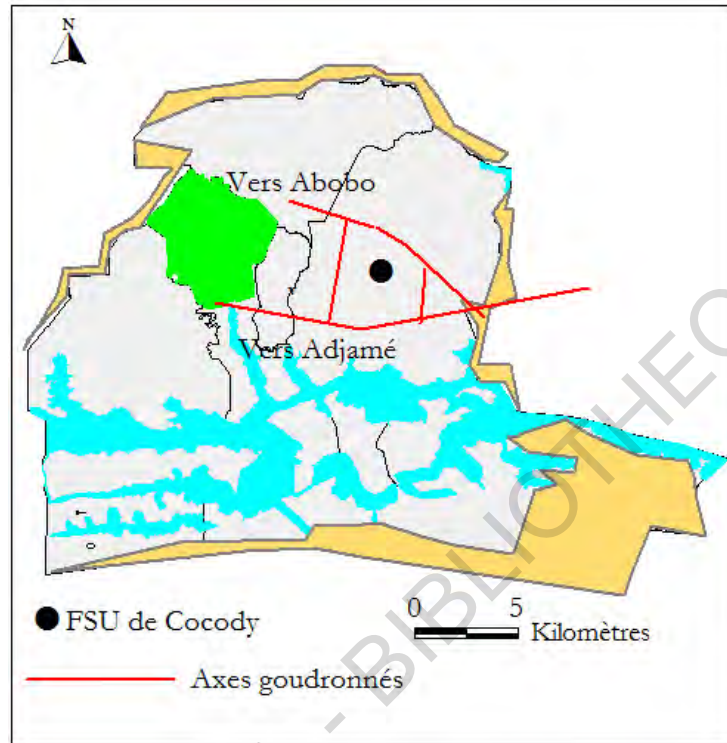
1 000 francs CFA = 1.52 euros

Source : Ymba M., 2010

1.2.4.3. Formation sanitaire urbaine de Cocody

La formation sanitaire urbaine de Cocody est implantée au cœur du quartier résidentiel *Angré* dans la commune de Cocody dans le Nord-Est de la ville d'Abidjan (Carte 56).

Carte 56. Localisation de la Formation Sanitaire Urbaine (FSU) de Cocody dans la ville d'Abidjan



Elle a été créée en 1985. La structure comprend deux entités, le dispensaire et la maternité localisés sur une surface de 800 m. Toutes les voies d'accès au centre sont goudronnées et à proximité de la mairie et des moyens de communications.

Le bâtiment abritant le dispensaire central est à deux niveaux, mais la déclivité de la colline sur laquelle est construit ce bâtiment permet un accès de plein-pied avec la rue aussi bien par l'entrée nord que par l'entrée sud. Un escalier intérieur permet de relier les deux niveaux. Ce bâtiment ne dispose pas de terrain attenant, toutes les activités, y compris l'attente des usagers ayant lieu dans le bâtiment (Annexe 9).

Le centre offre des consultations de médecine générale, prénatale, de suivis des enfants sains et de vaccination ainsi que le suivi nutritionnel, des consultations post-natales et de pédiatrie. Il réalise des accouchements, des examens échographiques, des hospitalisations en suite de couches, des soins dentaires, des réalisations des examens de laboratoire, l'accueil des urgences médicales, la mise en observation et la délivrance des médicaments. Cette formation assure toutes les fonctions d'accueil et de traitement d'une formation de premier niveau de référence. Ne disposant pas de bloc chirurgical, elle réfère ses urgences vers le CHU de Cocody. Les prises en charge des évacuations sont assurées par les patients ou leurs familles.

1.2.4.3.1. Les coûts des soins

Les tarifs des consultations à la formation sanitaire urbaine de Cocody sont très abordables en comparaison avec les deux autres services de santé communautaire (Tableau 22). Cela est un peu paradoxal parce que les FSU à but communautaire sont censées avoir des tarifs sociaux très attractifs pour une grande utilisation du centre et d'adhérents.

Tableau 22. Tarif en vigueur à la FSU de Cocody en 2010

| Type de prestation | Tarif normal (Fr CFA*) * : 1 000 francs CFA = 1.52 euros |
|--|---|
| Consultation adulte ou enfant | 500 |
| Consultation prénatale | 1 000 |
| Accouchement avec kit | 2 250 |
| Urgences dispensaire (heures de garde 18 h à 7 h 30 et jours fériés) | 1 000 |
| Consultation gynécologie | 500 |
| Injection (quel que soit l'âge) | 50 |
| Pansement (quel que soit l'âge) | 50 |
| Perfusion | 300 |
| Pesée, vaccination | Gratuit (100) |
| Consultation dentaire | 1 000 |
| Petite chirurgie | 1 000 |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins 2010-2011

Comme dans les autres services de santé, les malades passent d'abord à la caisse centrale pour acheter leur ticket de consultation. Il faut préciser que les CPN sont gratuites dans ce centre.

La FSU compte en son sein, 51 personnels de santé dont sept médecins, cinq infirmiers, vingt sages-femmes et neuf filles de salle. Le centre possède au total 39 lits d'hospitalisations et une ambulance pour les évacuations.

1.2.5. La non-prise en compte des autres secteurs de soins

Nous n'avons pas pris en compte le secteur privé, traditionnel, chinois et informel pour l'étude sur la demande de soins.

Cela est dû au fait que les responsables des structures privées ont de façon générale refusé notre présence dans leurs locaux. La DIPE ne prenant pas en compte les registres des services de santé privés, il nous a été impossible d'étudier la demande de soins sur cette offre de soins. Pour avoir une idée de l'utilisation dans ce type d'établissement, nous avons choisi de travailler sur l'HMA.

Cet établissement ne fournit pas ces registres à la DIPE, et fonctionne comme un établissement privé, car réservé en priorité aux militaires et à leur famille, le reste des malades payent les frais de consultations fixés par l'hôpital.

Nous avons enquêté sur une trentaine de tradi-praticiens pour évaluer la demande de soins. Nous avons préféré utiliser les résultats de l'enquête pour les confronter aux pratiques thérapeutiques des ménages dans la troisième partie de cette thèse.

Les cliniques chinoises par méfiance ont refusé notre présence dans leur centre. L'offre informelle de santé nous échappe carrément, car impossible de les localiser, ni de les

quantifier. Leur diversité comme leur dynamique nous mettent devant le problème de leur recensement. Bien souvent, l'installation sommaire et clandestine d'un « cabinet de soins » rime avec sous-qualification du personnel soignant. Après une formation auprès des grossistes des médicaments des rues, ils sont envoyés en ville, comme à la campagne à la recherche de nouveaux marchés. Dans ces conditions, aucune structure clandestine n'a été intégrée dans nos enquêtes.

Cependant, l'étude sur les pratiques citadines nous permettra de revenir sur tous ces différents types de soins.

I.2.6. Résumé des caractéristiques des structures sanitaires étudiées

Le tableau 23 présente synthétiquement les structures de soins enquêtées.

Tableau 23. Caractéristiques des structures sanitaires enquêtées

| | Secteur public | Secteur privé non lucratif : le secteur confessionnel | Secteur communautaire | Secteur privé lucratif |
|------------------------------|--|---|--|---|
| Soins infirmiers | FSU de Cocody | Dispensaire urbain de la Caritas ou FSU Caritas | FSU-Com de Wassakara CSU-Com d'Anoumabo | l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA) |
| Médecine générale | Méd. Gén. Hôpital général d'Abobo Méd. Gén. Hôpital général de Port-Bouët | Méd. Gén. de la Caritas | Méd. Gén. FSU-Com de Wassakara Méd. Gén. CSU-Com d'Anoumabo | Méd. Gén. HMA |
| Spécialités médicales | Génycy. HG Port-Bouët Génycy. HG d'Abobo Pédiatrie. HG Port-Bouët Pédiatrie. HG d'Abobo Examen Méd. HG d'Abobo Examen Méd. HG Port-Bouët Dermato. HG Port-Bouët Radiologie HG Port-Bouët Actes chirurg. HG d'Abobo Actes chirurg. HG Port-Bouët Pédiatrie. Genycy. FSU de Cocody Soin dentaire FSU de Cocody Examen Méd. FSU de Cocody | Pédiatrie. Caritas Soin dentaire Caritas Génycy. Caritas Soin ophtalmologique Caritas Cardio. Caritas Examen Méd. Caritas Dermato. Caritas Suivi psychosocial Caritas | Génycy. CSU-Com d'Anoumabo Génycy. FSU-Com de Wassakara Examen Méd. FSU-Com de Wassakara Pédiatrie FSU-Com de Wassakara Pédiatrie CSU-Com d'Anoumabo | Génycy. HMA Pédiatrie. HMA Cardio. HMA Examen Méd. HMA Dermato. HMA Actes chirurg. HMA Odonto. HMA Soin dentaire HMA Soin ophtalmologique HMA |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

I.3. Les variables choisies pour l'étude de la demande et de la qualité des soins

Pour pouvoir analyser la demande et la qualité des soins, ainsi que la satisfaction des patients, dans les établissements sanitaires étudiés, nous avons dû mettre une méthode en place. Chaque structure tient différemment ces registres de santé, ce qui ne nous permet pas de faire des comparaisons entre les structures de soins.

Pour remédier à cela, nous avons, nous-mêmes construit un questionnaire unique sous forme de registre pour tous les services de santé étudiés. Cela nous a permis de choisir nos variables pour pouvoir enregistrer nos données. Le recueil des données a commencé le 2 novembre 2010 au 5 janvier 2011, il s'est étendu sur une période de trois mois. Nous avons inclus dans cette étude tous les patients vus en consultation pour les soins infirmiers, les CPN et post-natales, les soins pédiatriques, les soins gynécologiques, les soins dentaires et les soins ophtalmologiques dans les établissements de soins retenus dans la période considérée et ayant donné leur consentement éclairé pour répondre à nos questions. Nous avons exclu les autres patients venant pour les autres types de consultations.

L'étude a été menée par nous et un groupe d'enquêteur de vingt-une personnes, soit trois enquêteurs par structures de soins, tous les jours ouvrables aux heures de début des consultations jusqu'à la fin de celles-ci.

Avant 8 heures, nous prenons place avec la complicité du personnel soignant sur les sièges disposés dans les services au même titre que les malades.

Le malade ayant donné son consentement pour répondre au questionnaire avant sa consultation, après que nous lui ayons expliqué brièvement le but et le bien-fondé de notre étude, est immédiatement interpellé à sa sortie de la salle du personnel soignant. Si le malade, c'est lire et écrire, nous lui remettons un stylo et une fiche d'enquête, dans le cas contraire, nous faisons le remplissage nous-mêmes en fonction des réponses données par le patient, en prenant soin de ne pas influencer son jugement.

Nos entretiens avec les patients était difficile dans l'ensemble, car la plupart des malades paraissaient gênés (34%) ou donnaient l'impression de ne pas vouloir parler (22%), certains paraissaient presser (18%) et répondaient rapidement à nos questions, d'autres se méfiaient (9%) un peu à cause de la crise post-électorale que traversait le pays en ce moment-là. Mais, c'était aussi l'occasion pour certains de se faire entendre et dire ce qu'ils pensaient du fonctionnement et de l'organisation des services de santé qu'ils fréquentaient.

I.3.1. Les données recueillies dans chaque structure prennent en compte les paramètres suivants :

- Le profil socio-démographique des consultants
 - Âge
 - Sexe
 - Niveau de scolarité, niveau d'instruction
 - Le jour de consultation
 - L'accompagnant

Nous avons exclu l'origine ethnique, la nationalité et la religion à cause de la situation politique tendue durant la période de l'enquête.

- Niveau socio-économique du patient. Estimation d'une disponibilité financière, déterminante dans le choix de la consommation de soins
 - Profession, statuts sociaux professionnels
- Bassin de recrutement, aire d'attraction des structures de soins
 - Provenance (secteur, quartier, estimation de la distance parcourue)
 - Moyen de transport utilisé
- Profil de la morbidité diagnostiquée, est la morbidité du patient interrogé, les raisons, le motif qui l'amène à utiliser un centre de santé pour avoir une vue d'ensemble des maladies les plus fréquentes dans les structures sanitaires étudiées et de les comparer avec les besoins et les caractéristiques sociaux, environnementaux des zones de provenances des patients.
 - Motif de consultation
 - Morbidité diagnostiquée
- Coûts
 - Mode de paiement
 - Prise en charge par une mutuelle (oui/non)
- Influence positive ou négative de la vie urbaine sur la santé

Hypothèse : longue résidence dans le quartier = modes de vie transformés = meilleure connaissance et/ou utilisation du système de soins moderne = soumis à un nouveau contexte épidémiologique.

- Ancienneté de résidence à Abidjan (plus ou moins 10 ans)
- Nouveau patient = nouvelle consultation pour un nouvel épisode morbide ; Ancien patient = nouvelle consultation pour un ancien épisode morbide
 - Ancien ou nouveau patient
- Perception de la qualité et de la satisfaction du service
 - Le confort et la propreté du service
 - L'orientation des clients
 - La rapidité aux différents services : heure d'arrivée, le temps d'attente dans les différents blocs, durées des consultations
 - Horaire d'ouverture
 - L'accueil
 - Appréciation des coûts de consultations
 - La confidentialité
 - Le respect et la dignité
 - L'appréciation du personnel soignant consulté
- Les raisons du choix du service de santé
 - Satisfait par les soins
 - Connait le personnel soignant
 - Moins coûteux
 - Médicaments gratuits

- Attente moins longue
- Service à proximité

I.4. Méthode d'analyse

Nous avons interrogé 410 patients lors notre enquête (Tableau 24).

Les données ont été saisies sous le logiciel Excel après avoir été codées. Pour les variables qualitatives discrètes comme la profession, et le diagnostic, il a fallu opérer par classe, c'est-à-dire regrouper les données, afin d'enregistrer le plus correctement possible la diversité des termes recueillis. Les données ont été ensuite exportées sous SPSS pour être analysées.

Tableau 24. Répartition des patients interrogés selon le type de structure

| Structures enquêtées | Nombre de patients interrogés |
|-------------------------------|-------------------------------|
| HG Abobo | 65 |
| HG Port-Bouët | 65 |
| HMA | 65 |
| Dispensaire urbain la Caritas | 60 |
| FSU-Cocody | 50 |
| FSU-Com Wassakara | 50 |
| CSU-Com d'Anoumabo | 55 |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

La répartition des patients s'est faite de manière inégale en tenant compte des flux des patients dans les services de santé et des malades qui ont bien voulu accepter de nous répondre.

I.5. Les traitements statistiques

Les traitements statistiques ont été réalisés sous SPSS 10[©]. Une analyse descriptive des fréquences des différentes variables a tout d'abord permis d'obtenir une vision d'ensemble de la population consultante de notre échantillon. Dans un second temps, des analyses uni-variées ont permis de croiser l'ensemble des variables socio-démographiques et celles de la morbidité diagnostiquée des patients. Les comparaisons entre les pourcentages ont ensuite été effectuées par le test du Khi². La comparaison des proportions nous semble indispensable pour voir si le pourcentage de femmes qui consultent dans le secteur public est vraiment différent du pourcentage de femmes qui consultent dans le secteur privé à but non lucratif par exemple. Comme ces proportions ont été observées dans des échantillons différents, il faut savoir si la différence entre les deux proportions est attribuée aux fluctuations d'échantillonnage ou si elle correspond à une différence entre les valeurs vraies du pourcentage dans les deux populations dont sont issus les échantillons.

II. Caractéristiques générales de la population consultante

Nous nous intéresserons ultérieurement aux facteurs déterminants des recours aux soins, mais nous pouvons dès maintenant analyser les profils de la population consultante, ce

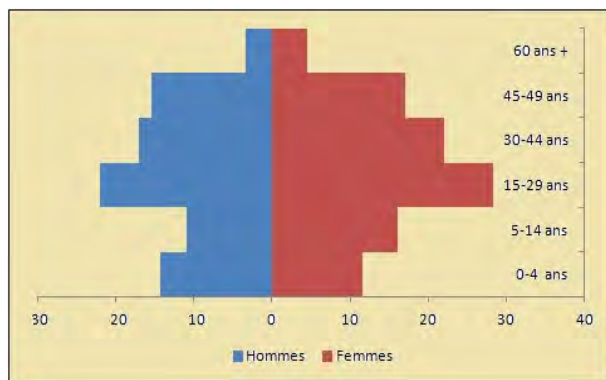
qui permettra d'identifier une éventuelle demande de soins différenciée en fonction du statut de la structure et du niveau des soins qui y sont pratiqués.

Dans un premier temps, nous allons présenter nos principaux résultats à travers des tableaux et des graphiques pour les analyser dans un second temps en tenant compte de toutes les variables.

II.1. Distribution des patients par catégorie de variables

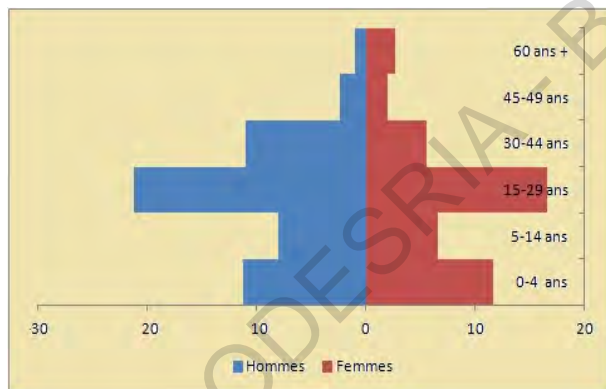
II.1.1. L'âge et le sexe des patients : des femmes majoritaires

Figure 7. Comparaison des pyramides des âges de la population consultante en 2010 dans les sept services de santé étudiés à Abidjan



HG d'Abobo

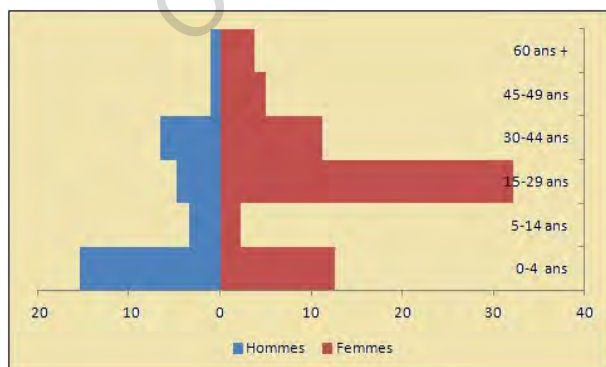
À l'hôpital général d'Abobo, ce sont les femmes qui fréquentent le plus l'hôpital. Les femmes dont l'âge varie entre 15 et 29 ans sont les plus nombreuses.



HG de Port-Bouët

L'hôpital général de Port-Bouët est bien fréquenté par les hommes que par les femmes.

Les hommes de 15-29 ans sont cependant les plus nombreux.

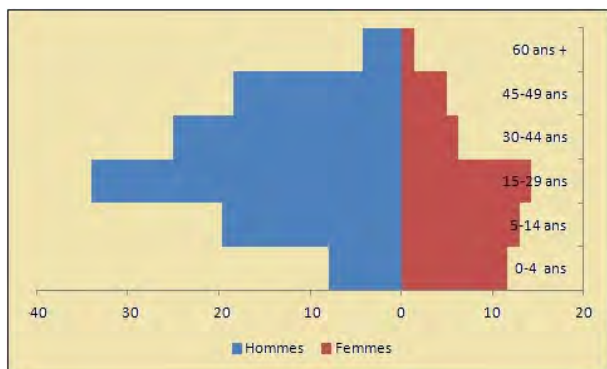


FSU de Cocody

Les femmes sont très nombreuses à aller à la formation sanitaire urbaine de Cocody pour se faire soigner. Les plus nombreux sont les enfants, les jeunes et les adultes.

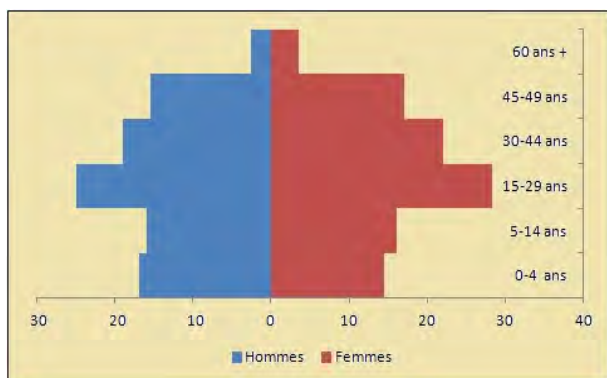
Pourquoi cette forte fréquentation par les femmes ?

Nous répondrons à cette question dans la partie discussion.



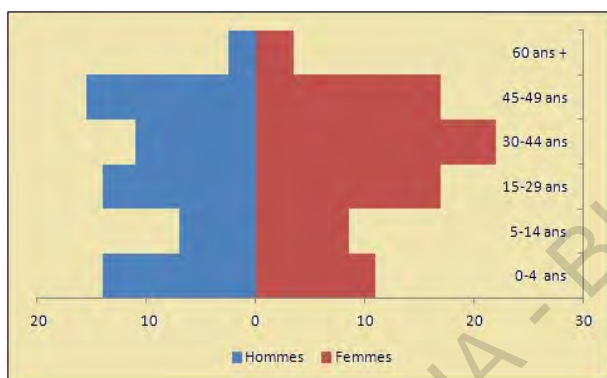
HMA

À l'HMA, c'est plutôt les hommes qui sont les plus nombreux à se faire soigner dans cet établissement.



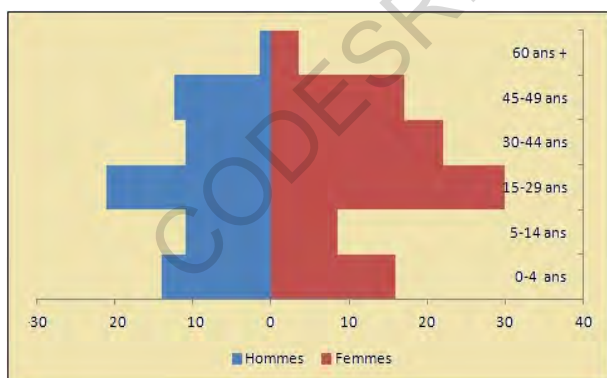
Caritas

À la Caritas la répartition des patients par sexe et par âge est équilibrée. Les hommes et les femmes de tout âge utilisent ce centre de santé pour se faire soigner.



FSU-Com de Wassakara

Ce sont les jeunes et les adultes hommes comme femmes qui sont les plus nombreux à venir consulter dans cet établissement sanitaire. Mais les enfants de 5 à 14 ans sont moins nombreux, en particulier chez les femmes.



CSU-Com d'Anoumabo

Le centre de santé urbain à but communautaire est beaucoup sollicité par les femmes pour les soins. Les plus nombreuses sont les jeunes filles de 15 ans et les adultes de 29 ans. L'effectif des patients du sexe masculin n'est pas négligeable.

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

II.1.2. Niveau de scolarité, niveau d'instruction

De façon générale, les patients du niveau secondaire sont les plus nombreux à fréquenter les services de santé étudiés (Tableau 25). Les patients non-scolarisés sont également nombreux, surtout à l'HG d'Abobo.

Tableau 25. Répartition des patients par niveau d'instruction dans les services de santé étudiés

| Structures de soins | HG Abobo | HG Port-Bouët | HMA | Disp. urb. Caritas | FSU-Com Wassakara | CSU-Com Anoumabo | FSU-Cocody |
|---------------------|----------|---------------|------|--------------------|-------------------|------------------|------------|
| Primaire | 28% | 23% | 19% | 18% | 24% | 22% | 27% |
| Secondaire | 22% | 34% | 29% | 35% | 24% | 31% | 25% |
| Supérieur | 9% | 26% | 35% | 37% | 17% | 21% | 15% |
| Non-scolarisé | 42% | 17% | 16% | 10% | 35% | 25% | 34% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soin et l'évaluation des activités des structures de soins 2010-2011

II.1.3. Distribution des patients selon la profession

Nous présentons à partir du tableau 26, les principales activités des patients interrogés dans les services de santé.

Tableau 26. Regroupement des patients interrogés selon la profession

| | |
|---|---|
| Salarié/employé du secteur public-para public | Enseignants |
| Salarié/employé du secteur privé | Ménagères |
| Commerçants | Élèves/Étudiants |
| Agriculteurs | Pêcheurs |
| Artisans | Vendeurs/Vendeuses (petits commerçants) |
| Autres métiers et professions | Sans profession |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

II.1.4. Le motif de consultation

La Classification Internationale des Maladies [WHO, 1993] a constitué une base de travail de référence avec les regroupements de maladies issus des rapports mensuels du Ministère de la Santé, pour correspondre davantage avec les réalités du tableau épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Cependant, nous dirons que c'est surtout par l'étude descriptive générale de nos données que la classification a été effectuée. Pour catégoriser la morbidité diagnostiquée dans les services spécialisés, nous avons au préalable travaillé avec un représentant de chaque spécialité médicale.

- Pour les soins infirmiers, généralistes et pédiatriques, les motifs de consultations ou les pathologies diagnostiquées ont été classés comme suit :

| | |
|---|--|
| - Maladies de l'appareil digestif | - Accidents, traumatismes, douleurs |
| - Maladies de l'appareil respiratoire et sphère ORL | - Paludisme |
| - Maladies de l'appareil cardio-vasculaire | - Anémie |
| - Affections de l'appareil génito-urinaire et pathologies mammaires | - Malnutrition |
| - Affections de la peau | - Autres |
| - Affections de l'œil | - HTA |
| - Affections de la cavité buccale | - Fièvre |
| - Maladies sexuellement transmissibles | - Circoncision |
| - Autres maladies infectieuses et parasitaires (en dehors des problèmes digestifs et respiratoires) | - Non précisé, contrôle, résultat, bilan |
| - Troubles mentaux, troubles du comportement | - Certificat médical, dispense |

- Pour les soins en gynécologie :

| | |
|-----------------------------------|--|
| - Consultations prénatales (CPN) | - Tumeur utérine et ovarienne |
| - Algies et douleurs pelviennes | - Désir de grossesse et infertilité |
| - Complications de la grossesse | - Planning familial et contraception |
| - Pathologies mammaires | - Consultations post-opératoires (CPO) |
| - Troubles du cycle et aménorrhée | - Pathologies tubaires |
| - Infection génitale | - Autres |
| - Prolapsus génital | - Résultats, Contrôle, examen de routine |

III. Discussion des résultats

Les consultations de soins infirmiers représentent 49%, les consultations médicales 26,6% et le reste est constitué par les consultations de soins spécialisés qui se répartissent de la façon suivante : 14,3% en gynécologie ; 9,1% en pédiatrie ; 2% en soin dentaire et 3,9% en ophtalmologie.

Les données collectées comprenaient 80% de nouveaux patients et 20% d'anciens. Un plus grand pourcentage de femmes (53,7%) a eu recours à une consultation comparée aux hommes (46,3%). Les patients ont généralement le niveau secondaire (31%), mais

les non-scolarisés sont également nombreux (42%). Les patients qui ont un niveau supérieur sont relativement faibles. Les consultants appartenait principalement à la classe d'âge 0-4 ans (28,2%). 61,3% des patients avaient moins de 24 ans, alors que seulement 5,2% des patients avaient plus de 55 ans, contrairement à une proportion élevée que l'on escompterait compte tenu de la forte morbidité à cet âge. 29,1% des patients se déclaraient sans profession (dont les ménagères), constituant ainsi la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée suivie par celle des élèves et des étudiants (26,3%), des enseignants (22,9%) puis celle des employés du secteur privé (17,8%).

Le coût élevé des consultations pourrait constituer un frein aux recours aux soins pour les plus démunis, car 34% des clients ont trouvé les prix abordables. Seulement, 4,5% des patients bénéficiaient d'une assurance de santé leur permettant d'être remboursés de leurs frais. 74,8% des patients résidaient à Abidjan depuis plus de 10 ans. 73,9% des consultants arrivent dans les services de santé accompagnés par un parent en taxis compteurs (32%) ou en "woro woro" (49%).

La qualité des soins est définie par Bruce et Jain [1990], comme étant la manière dont les individus et les clients sont traités par le système qui offre les services. Dans les structures enquêtées, 65% des patients se sont plaints de l'accueil et du temps passé à la consultation. Le mauvais accueil dans un service de soins constitue pourtant la première barrière dans la relation soignant-soigné. L'un des facteurs motivant les malades à fréquenter les services de santé est l'accueil qui leur est réservé. Ils pourront alors exposer toutes les inquiétudes concernant leur pathologie et seront plus disposés à suivre les recommandations qui leur seront faites. Cette exigence est légitime du moment que, du statut du patient le malade devient client contribuant aussi au financement des actes de santé et à la croissance de l'établissement sanitaire.

Les patients qui ont participé à l'entrevue affirment, avoir reçu de la part des soignants des informations nécessaires durant la visite (55%), surtout quand les consultations concernaient la prévention. Quant à l'orientation au sein des structures, 73% des clients ont eu des difficultés, car ils étaient à leur première visite. À cela, il faut ajouter l'existence de la barrière linguistique qui est source de frustration pour ces malades qui n'arrivent pas à s'orienter et se faire comprendre. Les clients ont déploré le fait que dans les services de soins, il n'existait pas de personnel d'accueil pour les orienter. Les gardiens qui sont à l'entrée ne peuvent pas le faire, parce qu'ils ne peuvent pas quitter leur poste et sont pour la plupart non scolarisés ou corrompus. Les clients instruits considèrent que les affiches murales sont suffisamment claires pour être informées.

Les heures d'ouverture sont appréciées par les patients (58%), par contre les temps d'attente sont jugés trop longs, une heure en moyenne pour être reçu par un médecin. Les patients ne sont pas satisfaits par la qualité et le confort des services de consultation (51%), leur dignité et leur confidentialité n'étaient pas respectées à 45,1% des cas. Les clients veulent être traités avec respect, courtoisie et dignité, cela fait partie de la satisfaction et de la mise en confiance du patient. Dans 44,2% des cas, les malades disent avoir gardé un bon souvenir de l'établissement de soins. Ce résultat montre que les efforts restent à faire pour mieux servir la clientèle et garantir la bonne santé des consultants.

Comme attendue, la population consultante de notre échantillon ne correspond pas aux besoins de soins étudiés dans les lieux de résidences et n'est pas vraiment à l'image de la population générale de la ville d'Abidjan (Figure 8).

D'après l'analyse sur les besoins de soins, la part des femmes était de 49%, tandis que les 0-5 ans ne représentaient que 15% de la population et les adultes et les vieux 29% et 11%.

La consultation des personnes âgées est pourtant faible dans tous les services de santé que nous avons visité. Mais rappelons par ailleurs, que nos données ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population consultante, mais de la seule population qui consulte les services de santé que nous avons enquêté. Les enquêtes sur les pratiques thérapeutiques des ménages compléteront ces résultats (*Partie III*).

III.1. Identifier les groupes vulnérables

Étymologiquement, la vulnérabilité dans le domaine de la santé est le fait d'être sensible aux blessures, aux attaques ou d'éprouver des difficultés pour retrouver une santé mise en péril [Thouret et d'Ercole, 1996].

On dit qu'un ménage, un individu, une communauté est vulnérable s'il n'a pas la capacité de réaliser les ajustements nécessaires pour protéger sa santé lorsqu'il est exposé à des événements externes défavorables. La capacité des populations consultantes à se rendre invulnérables pourrait dépendre non seulement des ressources financières dont elles disposent, mais aussi de leur accessibilité aux soins et de leur aptitude à utiliser efficacement ce recours aux soins pour obtenir une meilleure santé. Or, les capacités de répondre à la maladie par une consommation médicale efficace ne sont pas les mêmes d'un individu à un autre, d'un groupe à un autre.

Les variables sélectionnées pour cette enquête sur l'activité du système de soins permettent de définir les caractéristiques de ces groupes au travers de leur capacité ou leur potentialité à se protéger. Ces groupes ont des caractéristiques physiques du fait de leur âge, de leur sexe et de leur motif de consultation. Mais, ils connaissent aussi des dispositions sociales qui accroissent leurs libertés dans le choix de la structure et dans le niveau de soin consulté.

D'après nos résultats, il apparaît clairement que le fait d'être une femme ou une fille, de ne pas avoir d'activité rémunératrice, de ne pas posséder une couverture sociale, sont des facteurs qui renforcent la vulnérabilité et qui restreignent le choix de la demande de soins. Les femmes et les filles sont victimes d'un manque d'attention en matière de santé, qui s'accompagne par ailleurs, d'une mise à l'écart par rapport à l'éducation, voire même parfois à l'alimentation.

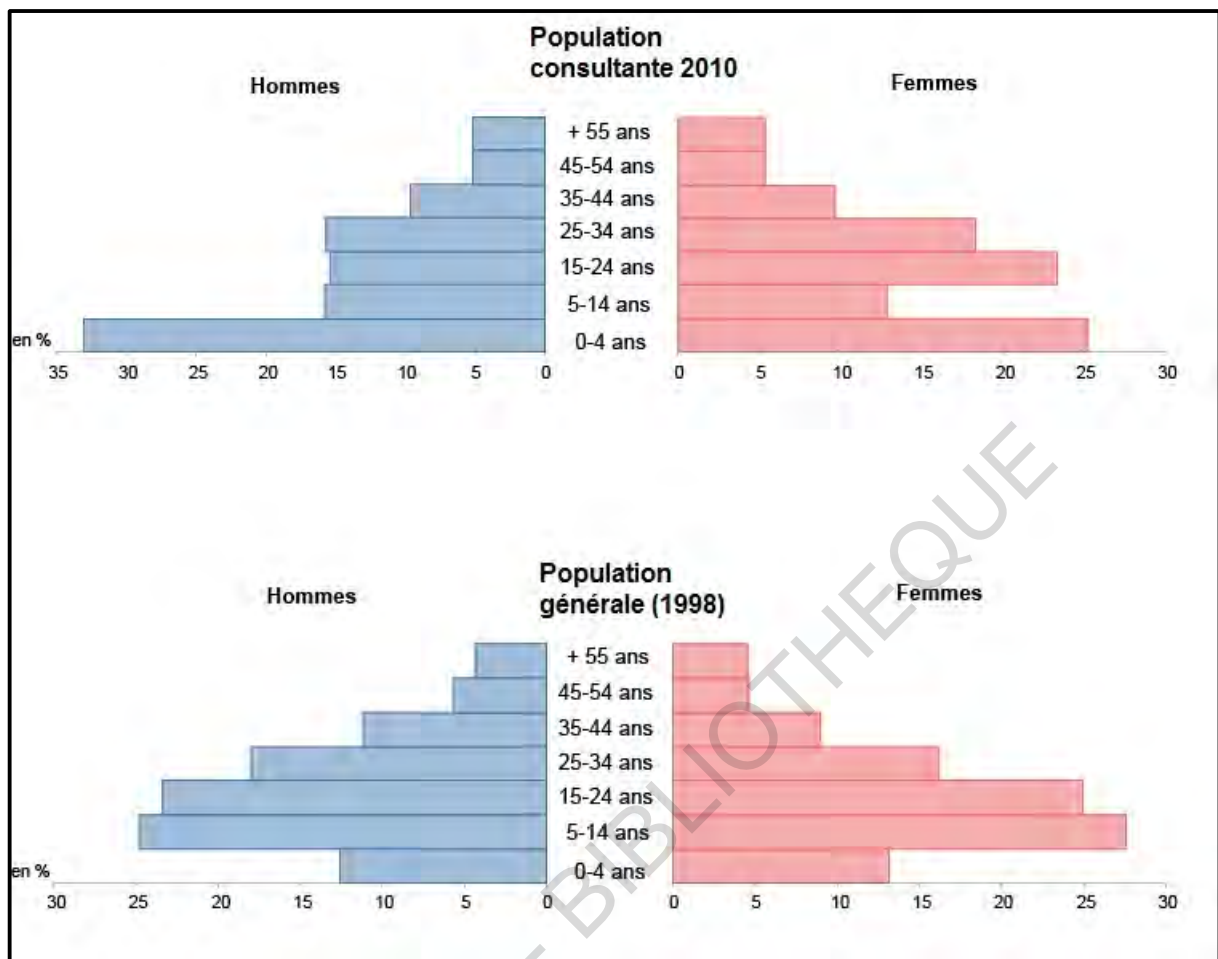
Les personnes âgées constituent aussi un groupe vulnérable : elles sont très peu représentées dans tous les types de structures ambulatoires.

Nous avons achevé ce chapitre sous l'angle des populations vulnérables, mais nous devons aussi nous intéresser aux prestataires de soins qui connaissent une marge de manœuvre plus ou moins grande. Le prochain chapitre va chercher à répondre à cette question.

Cette enquête met en évidence l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins : les choix des individus en matière de santé sont guidés par des impératifs financiers plutôt que par un choix libre et conscient.

La vulnérabilité est souvent la conséquence d'un risque [Sen, 2000]. Mais ce risque ne peut être exprimé dans ce genre d'enquête. En revanche à partir de nos enquêtes domiciliaires, les expositions au risque et les prédispositions de chaque individu ou ménage pourront être analysés et cela nous permettra d'aborder concrètement la question des déterminants du recours aux soins.

Figure 8. Comparaison des pyramides des âges de la population consultante en 2010 et de la population générale en 1998 à Abidjan



Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins 2010-2011

Conclusion du chapitre II

Si faute de moyens matériels, humains, financiers et du contexte socio-politique difficile l'ensemble de l'offre de soins à Abidjan n'a pu être enquêtée, notre échantillon reste conséquent et permet d'effectuer de nombreuses analyses statistiques. Nous obtenons ainsi une bonne représentativité de la population consultante par type de soins et par secteur de soins, la représentativité à l'échelle de la ville ne pouvant pas être techniquement atteinte. Grâce à cette enquête, nous aurons la possibilité de juger du volume et des variations saisonnières de l'activité, de la morbidité diagnostiquée ainsi que ses variations temporelles, des caractéristiques socio-démographiques de la population consultante et enfin des aires d'attraction des structures de soins dans le prochain chapitre de cette deuxième partie. Par l'ensemble de ces indicateurs, nous avons pu déterminer les profils de la population consultante par secteur et type de soins et ainsi évalué et cerné plus efficacement les fonctions de l'offre de soins.

Pour chaque secteur ou niveau de soin, nous mettrons en évidence la capacité des structures à prendre en charge la demande de soins à Abidjan. Cette demande pourra ensuite être mise en perspective avec les besoins de santé exprimés et enregistrés lors des enquêtes domiciliaires que nous aborderons ensuite.

CHAPITRE III. VOLUME ET VARIATION SAISONNIÈRE DE L'ACTIVITÉ DES STRUCTURES DE SOINS

Afin de comparer les populations consultant selon le niveau et le secteur de soins, les volumes bruts d'activités et les variations saisonnières de l'activité nous ont paru deux indicateurs pertinents des disparités d'utilisation du système de soins. Ils permettent en effet, de s'interroger sur les facteurs justifiant une utilisation différentielle des services de soins de la capitale.

I. Les volumes d'activités : une combinaison de facteurs influençant la fréquentation

À notre connaissance, très peu de travaux ont été publiés quant à l'analyse des volumes d'activités au sein des services de santé de base ou de premier niveau de référence, l'analyse de l'activité hospitalière étant bien plus répandue [Fleuret, 2000]. Pourtant, l'activité du système de soins constitue un indicateur pertinent pour la mise en valeur des disparités de santé à l'échelle urbaine. Pourquoi à niveau de soins égal ou à tarification identique des soins, les volumes d'activité peuvent-ils apparaître si différents ? Au niveau hospitalier, l'étude réalisée par Halm *et al.*, [2002], montre que de forts volumes d'activités impliqueraient de bons résultats cliniques. Mais qu'en est-il au niveau des structures de soins de base ? La qualité des soins explique-t-elle seule de meilleurs taux de fréquentation ? La localisation de la structure et son accessibilité jouent-elles un rôle ? La présence d'autres centres de santé peut-elle expliquer une fréquentation moindre, laissant ainsi une part forte au jeu des concurrences ? Quelles sont les influences des caractéristiques socio-démographiques de la population d'un quartier sur la fréquentation d'une structure de soins ?

Parmi les structures enquêtées pendant l'année 2010, les volumes d'activités diffèrent fortement au sein de tous les types de structures déterminés par notre typologie. En milieu urbain, les distances entre les utilisateurs et les centres de santé sont moindres, quels sont les facteurs qui expliquent les variations de volumes d'activités dans ce cas ?

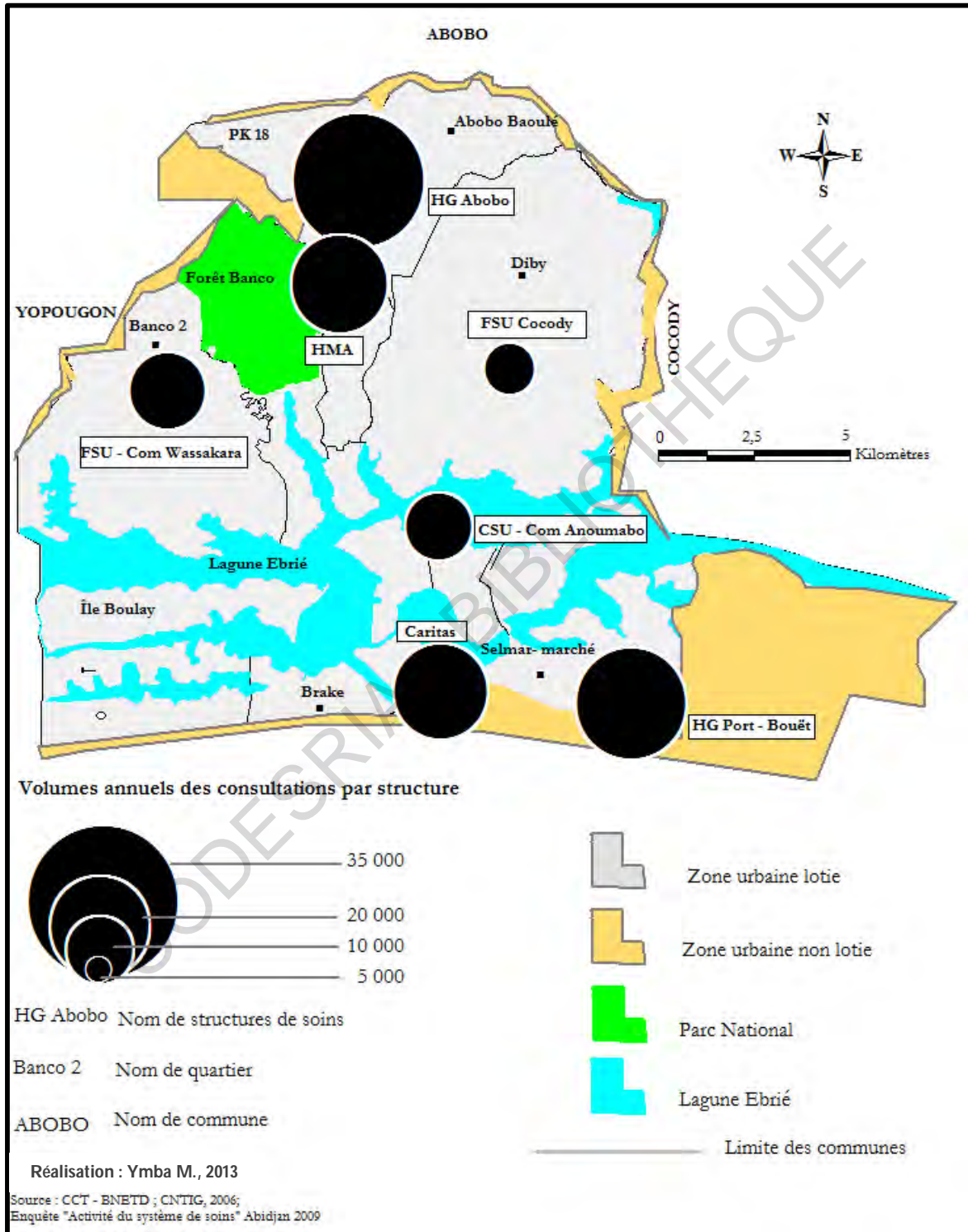
À Abidjan, une enquête approfondie sur chaque structure aurait sans doute permis d'établir un indicateur de « qualité » ou d'attractivité de la structure et des soins. Cette enquête qualitative n'a pu être réalisée, mais un passage régulier au cours de l'année 2010 dans les structures sanitaires enquêtées nous a néanmoins permis de déterminer certains éléments importants pour la compréhension des variations des volumes d'activités. Dans cette partie, nous essayerons ainsi de mettre en évidence les facteurs susceptibles d'expliquer les disparités de volumes de soins.

Avant d'analyser les volumes d'activités selon le niveau et le secteur de soins, il convient de rappeler quelques tendances générales. Dans l'ensemble, les volumes d'activités des HG et de soins infirmiers de la Caritas sont largement plus élevés que ceux des FSU et FSU-Com, comme en témoigne la carte 57. Nous sommes interpellés en particulier par la place qu'occupent les activités de soins infirmiers de la Caritas dans le système de soins. Ces disparités s'expliquent par le déséquilibre des capacités d'accueil, les coûts des soins et de la répartition du personnel soignant entre les structures enquêtées.

N'ayant pas enquêté la totalité des structures de soins d'Abidjan, nous ne cherchons pas à mettre en évidence des structurations spatiales en cartographiant les volumes d'activités. Ainsi, nous ne pouvons pas dire par exemple que les structures localisées au Nord de la

ville sont plus fréquentées que celles du Sud de la ville comme le suggère la cartographie de ces volumes d'activités. Les registres de santé annuels des patients nous ont beaucoup aidés à réaliser l'étude sur le volume et les variations saisonnières des services de santé.

Carte 57. Volumes annuels de consultations dans les structures sanitaires étudiées

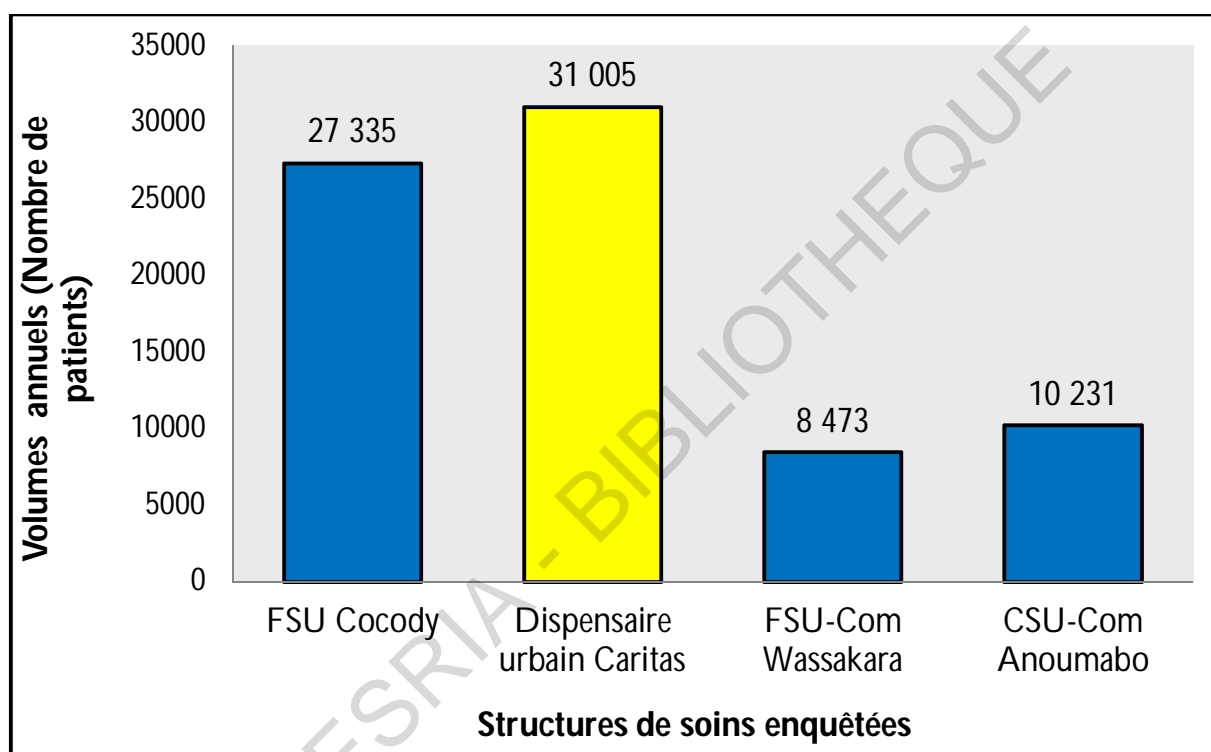


I.1. Structures publiques et communautaires de soins infirmiers : le rôle accru de l'ancienneté de la structure, des tarifs de soins et des services proposés

Le graphique 6 présente les différents volumes bruts d'activités annuelles des structures publiques de premier contact enquêtées en 2010.

Pour ces structures, quatre facteurs pourraient être à la source des disparités des volumes d'activités.

Graphique 6. Volumes annuels d'activités des structures publiques et communautaires de soins infirmiers étudiées



Le dispensaire urbain la Caritas apparaît en jaune pour le distinguer des autres structures du secteur public en tant que structure confessionnelle publique.

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

Nous avons enregistré des volumes annuels de 31 005 consultations pour le dispensaire urbain confessionnel dans le secteur sud de la ville dans la commune de Port-Bouët. Pourquoi ce centre de soin primaire a-t-il des volumes d'activités si importants ? La Caritas est un centre qui s'investit dans la prise en charge de ses patients. Elle est reconnue pour sa disponibilité et la bonne réputation du corps médical. Malgré les prix bas qu'elle propose, l'accueil est chaleureux et le confort est présent. La bonne qualité des soins par rapport aux prix sont les atouts de ce service de santé. En plus des activités du dispensaire, cette structure propose des soins de médecine générale et de spécialité médicale. Le personnel soignant et les postes de consultations sont aussi plus nombreux. La FSU de Cocody accueille 27 335 patients pour les consultations en soins infirmiers, cela n'a rien d'étonnant, cette formation offre des tarifs très abordables aux usagers de soins, par rapport aux deux autres services de santé communautaires. Les patients ne rencontrent pas de difficulté à trouver les médicaments dans la pharmacie de la formation.

Dans la FSU-Com de Wassakara, nous avons 8 473 consultations contre 10 231 consultations pour le CSU-Com d'Anoumabo. Pourtant, ces deux structures offrent les mêmes prestations sanitaires requises par le projet Abidjan santé. Elles sont toutes les deux situées dans des quartiers populaires de la commune de Yopougon et Marcory où nous avons enregistré des besoins de soins importants chez les populations par rapport au quartier résidentiel où est localisée la FSU de Cocody. La demande de soins devrait potentiellement être plus importante dans ces deux services de santé, pourtant c'est le contraire. Les tarifs appliqués dans la FSU de Cocody pourraient jouer sur sa forte fréquentation par rapport aux deux autres qui affichent des prix beaucoup plus élevés.

Par ailleurs, les volumes sont également différents entre les deux services communautaires, c'est parce que les tarifs de soins sont plus élevés dans la FSU-Com de Wassakara que celui d'Anoumabo. Aussi, le CSU d'Anoumabo bénéficie de la gestion très organisée du village Ébrié dans lequel il appartient. La communauté villageoise incite fortement les habitants à fréquenter leur centre de santé de proximité pour participer à son entretien, ce qui semble bien fonctionner (10 231 consultations). Dans ces espaces villageois, la présence d'un service de santé est un symbole de modernité et d'indépendance vis-à-vis de la ville.

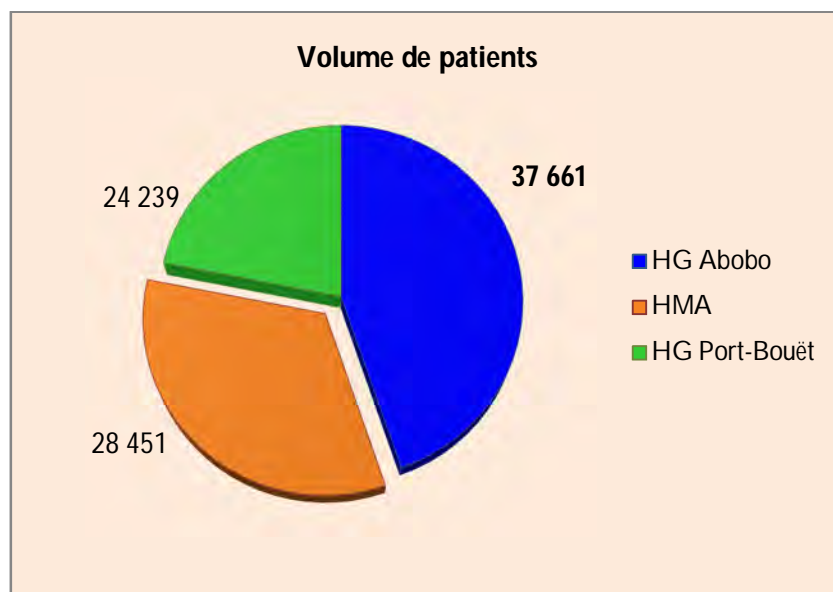
On aurait pu croire que l'état général de la structure, son entretien, son souci d'embellissement soient des éléments en mesure d'influencer le volume d'activité, une structure bien entretenue obtenant des taux de consultations plus élevés. Or, cela ne se vérifie pas systématiquement. Les centres sont détériorés à cause de leur ancienneté, mais ils bénéficient d'une reconnaissance au sein du secteur dans lequel ils sont situés. On imagine que ces structures anciennes font partie des lieux phares du secteur et des pratiques quotidiennes de ses habitants par le biais notamment de relations qui ont pu s'établir entre le personnel soignant et des personnages clés de la communauté. Cette ancienneté dans le quartier, constitue un déterminant supplémentaire justifiant de forts taux d'activités. Les volumes d'activités des structures publiques de soins infirmiers sont très disparates.

En résumé, l'intégration de la structure dans son quartier, par son ancienneté ou sa renommée, et la variété des services et des prix proposés au sein du centre de santé semblent être les principaux facteurs d'une bonne fréquentation.

I.2. Structures privées et publiques de médecine générale : la question des tarifs et l'atout de la personnalité du soignant

D'une façon générale, les volumes d'activités des structures de médecine générale sont supérieurs à ceux des soins infirmiers.

Le graphique 7 présente les différents volumes d'activités annuelles des structures privées et publiques de deuxième niveau de référence enquêtées, en 2010 à Abidjan.

Graphique 7. Volumes annuels d'activités de médecine générale des trois hôpitaux

HMA est mis en évidence ici, car c'est un établissement parapublic qui a le même fonctionnement qu'une structure privée. Nous l'avons mis dans la catégorie des services de santé privée de deuxième niveau de référence.

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins.

Parmi les services de médecine générale enquêtés, les variations du volume de l'activité sont fortes. Cette variabilité s'explique en partie par les disponibilités incertaines des médecins au sein des hôpitaux. Dans le secteur privé, il n'est pas possible de comparer l'activité des médecins entre les structures, parce que l'on n'a qu'un seul établissement sanitaire dans notre étude. Les médecins sont présents tous les jours selon des horaires fixes et ont déjà acquis leur diplôme de spécialités. Dans les hôpitaux, les consultations médicales ont lieu le matin, l'activité étant presque nulle l'après-midi, mais les horaires varient en fonction de la disponibilité des médecins. La relève dans l'après-midi est assurée dans les deux HG publics par des internes.

Dans les structures enquêtées, les informations que nous avons collectées, ne nous permettent pas de déterminer les facteurs susceptibles d'influencer les volumes d'activités. Nous émettons alors trois hypothèses. La première hypothèse est reliée aux coûts des soins. Le recours à une consultation médicale reflète des choix déterminés par le coût de la prise en charge, car la consultation auprès d'un médecin est variable. Le tarif de la consultation médicale pourrait alors être le facteur déterminant de la fréquentation. Pour expliquer une activité plus forte en 2010 à l'HG d'Abobo, il suffit alors de comparer les prix des consultations entre les deux structures qui sont de 500 Fr CFA à l'HG d'Abobo et de 1 500 Fr CFA à l'HG de Port-Bouët. À l'HMA, le prix de consultation est de 3 000 Fr CFA, soit six fois le prix de consultation de l'HG d'Abobo et deux fois celui de l'HG de Port-Bouët.

La deuxième hypothèse concerne la qualité des soins, la réputation et la rigueur du personnel de l'hôpital. L'HMA illustre très bien cet exemple. Nous posons l'hypothèse que la personnalité de santé, sa renommée, son expérience, sa rigueur sont des facteurs qui agissent sur la fréquentation de l'hôpital. En effet, malgré des prix élevés des consultations (3 000 Fr CFA), on enregistre plus de 28 451 patients par an pour les soins généraux à l'HMA.

L'équipement et le plateau technique du cabinet de l'HMA justifient également les variations des volumes d'activités, mais nous n'allons pas le prendre en compte.

La troisième hypothèse est la proximité des autres équipements urbains à proximité des HG. L'HG d'Abobo est situé entre le grand marché d'Abobo et la gare routière, ce qui

permet à la fois aux femmes qui sont d'ailleurs les plus nombreuses à fréquenter cet HG, de venir se faire soigner et de faire leurs courses quotidiennes en même temps au marché. *Ici, la proximité des services de santé aux autres équipements urbains semble jouer un rôle déterminant dans la fréquentation des HG.*

Cette hypothèse n'est pas toujours vérifiée, car parmi les services de santé enquêtés, c'est L'HG de Port-Bouët qui est le plus attractif, car il est proche de tous les principaux services urbains de la commune, et pourtant, il enregistre la plus faible des consultations annuelles par an (24 239). La proximité de la formation sanitaire urbaine la Caritas, localisée à environ 500 m de l'HG, pourrait l'expliquer. Rappelons-le, la Caritas qui est un service de santé confessionnel, propose presque les mêmes prestations de santé que l'HG et en plus, les tarifs sont très avantageux. Certaines prestations sont même gratuites. Aussi, l'esprit de fraternité, de sociabilité qui caractérise cet établissement sanitaire confessionnel lui permet de concurrencer facilement tous les autres services quel que soit le niveau de référence.

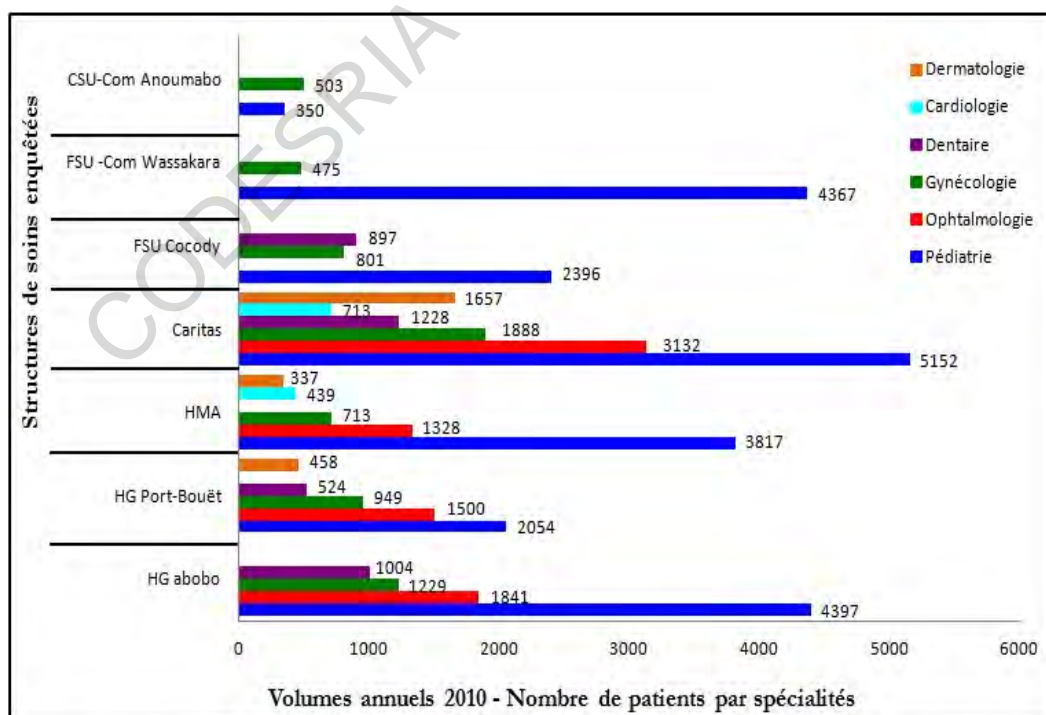
Dans ce cas, la réputation du service de santé et ses activités sociales semblent être les facteurs jouant le plus grand rôle dans la fréquentation des cabinets de soins infirmiers confessionnels.

L'analyse des volumes d'activités des structures de médecine générale nous confirme une fois de plus que la qualité et les coûts des soins jouent énormément sur la fréquentation des hôpitaux.

I.3. Structures privées et publiques de spécialités médicales : des volumes forts différents entre spécialités

Le graphique 8 présente les différents volumes d'activités annuelles des structures privées et publiques de spécialités médicales enquêtées en 2010, à Abidjan.

Graphique 8. Volumes annuels d'activités des structures de spécialités médicales



Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

L'une des caractéristiques la plus frappante des volumes d'activités des services spécialisés, réside au niveau de la variabilité des volumes d'activités en fonction des

spécialités. En effet, la demande de soins est plus élevée pour les consultations en pédiatrie que pour les consultations en gynécologie et plus encore en ophtalmologie, en cardiologie ou pour les soins dentaires.

Ces spécialités médicales bien qu'étant intégrées tôt à la pyramide sanitaire ivoirienne, restent finalement peu connues par les consommateurs de soins, en particulier pour les spécialités comme la cardiologie et la dermatologie. Les disciplines comme la pédiatrie, la gynécologie, l'ophtalmologie et les soins dentaires sont sorties peu à peu du cadre restreint de l'HG et des CHU pour tenter de conquérir les structures de premier niveau de référence. Sur les quatre ESPC de notre étude, trois proposent les soins en pédiatrie et en gynécologie, seule la Caritas possède des postes de consultations en cardiologie, en dermatologie et en soin dentaire.

Ces services de cardiologie, de dermatologie sont par ailleurs sous-utilisés par la population. Plusieurs raisons justifient cela. Premièrement, les examens et les traitements médicaux liés à ces services coûtent chers et constituent un obstacle financier évident à l'utilisation de ces soins. Deuxièmement, les services de santé qui proposent ces soins sont rares. Enfin, les pathologies sont moins bruyantes et les symptômes aigus sont rares, ce qui ne poussent pas le malade à recourir à ces services spécialisés. La demande de soins en cardiologie et dermatologie sont donc faibles même si les rapports du Ministère de la santé montrent que les besoins sont grands, notamment pour l'hypertension [Ministère de la santé, 2006].

Il en va de même pour les consultations en gynécologie, discipline qui doit par ailleurs combattre un certain nombre de tabous.

Au Sénégal, Epelboin fait remarquer que de nombreux médecins hommes refusent de choisir la gynécologie parce que dans le système de pensée mystique sénégalais, regarder de ses yeux le sexe d'une femme est générateur de folie. Ces systèmes de représentation ont baigné l'enfance des soignants et des soignés [Epelboin, 2005].

Par ailleurs, si en milieu rural la majorité des femmes accouchent encore à domicile, en ville, elles sont de plus en plus nombreuses à se rendre dans les maternités et à respecter les quatre consultations prénatales préconisées par le Ministère de la Santé. D'après les données de la DIPE, à Abidjan, 89,4% des femmes ont accouché dans une maternité du secteur public, 13,4% dans une maternité du secteur privé contre seulement 2,7% de femmes qui ont accouché à domicile alors que cette proportion s'élève à 68,5% dans le milieu rural [DIPE, 2009]. Comme se le demandent Cantrelle et Locoh [1990], l'offre de soins changerait-elle donc les comportements ? On pourrait en effet se le demander comme on pourrait le faire par rapport à la scolarisation des filles dont le taux est bien plus élevé en ville qu'à la campagne. Quelle est la part des hommes ou des femmes qui sont prêts à payer pour que la femme aille accoucher dans une structure de soins ? Malgré la persistance d'idées reçues, les gynécologues ont désormais un rôle accru dans la santé des femmes. Les examens coûteux (échographie, prélèvements, frottis, etc.) sont encore un obstacle à l'utilisation de ces soins.

Enfin, il n'est pas étonnant de voir une demande de soins pédiatriques plus importante dans la mesure où les enfants de moins de 14 ans représentaient 38,7% de la population en 2006 [INS, 2006]. Dans les situations d'urgence, les parents seraient prêts à dépenser plus pour l'amélioration de l'état de santé de leur enfant [Tursz ; Crost et al., 1999].

La variation des volumes d'activité au sein d'une consultation spécialisée se justifie principalement par le temps que le médecin accorde à ses prestations de santé tandis que les déterminants de ces variations restent difficilement perceptibles.

L'espace médical d'un service de santé varie en fonction du secteur et du niveau de soins par lequel il est défini. À l'issue de cette analyse, on ne peut pas dire qu'il existe une concurrence à l'échelle de la ville à laquelle ces informations ont été traitées entre les services publics et les services privés, ou les services de soins infirmiers et médicaux puisqu'ils répondent clairement à une demande de soins différente.

II. Les variations mensuelles de l'activité : l'impact des saisons et des activités sociales

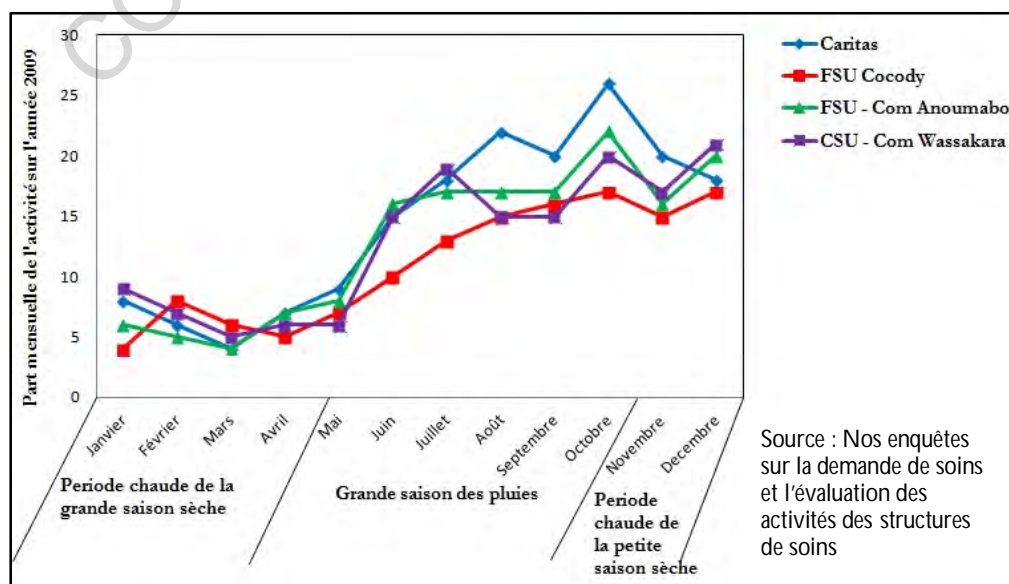
Nous nous intéresserons dans ce sous-chapitre uniquement aux variations mensuelles de l'activité. D'après Mizrahi [2003], la demande de soins varie au cours de l'année en fonction des cycles épidémiologiques, climatiques ou sociaux. Dans notre analyse, nous avons recensé les variations climatiques et leur incidence sur le cycle de certaines pathologies infectieuses.

De par sa position géographique, la Côte d'Ivoire est caractérisée par un climat de type tropical humide avec deux saisons de pluies (une grande saison et une petite saison pluvieuse) et deux saisons sèches (une grande saison et une petite saison sèche). La ville au climat chaud et humide est marquée par une pluviométrie annuelle moyenne de 1 200 mm, une température moyenne d'environ 35°C. Les minimales ont lieu entre décembre et janvier (29°C) et les maximales entre mars à mai (40°C). Nous nous demanderons alors quelles sont les conséquences de ce climat sur l'activité du système de soins à Abidjan.

II.1. Variations des activités dans les structures de soins de premier contact : des variations similaires d'une structure à l'autre

Les variations mensuelles de l'activité des structures sanitaires connaissent globalement les mêmes évolutions et quel que soit leur volume d'activité ou leur localisation dans la ville. Sans exception, toutes les structures ont ainsi connu un pic d'activité en juin et ont été particulièrement marquées par une augmentation de l'activité durant la période d'août à décembre, avec des records qui varient entre juillet et octobre en fonction de la structure. À l'inverse, les périodes allant de février à mars puis d'avril à mai sont marquées par une moindre activité dans l'ensemble des ESPC.

Graphique 9. Variations mensuelles de l'activité dans les structures de soins de premier niveau



Que signifient ces augmentations et ces baisses d'activités dans les services de soins infirmiers?

Pour comprendre les augmentations d'activité, nous avons choisi de regarder les variations des morbidités diagnostiquées les plus rencontrées.

Le graphique 10 présente les variations saisonnières des maladies les plus importantes dans les quatre structures sanitaires de premier contact.

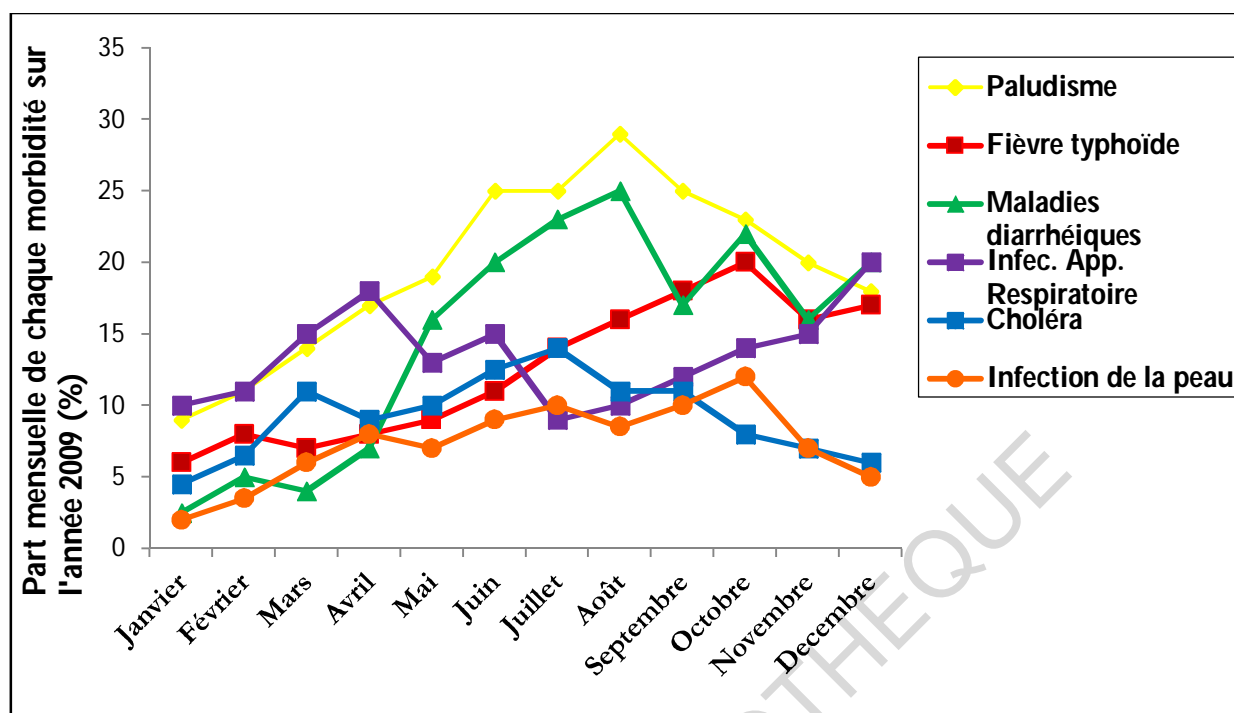
À l'analyse du graphique, on peut dire que des maladies subissent des fluctuations saisonnières et d'autres non.

En effet, le paludisme sévit toute l'année dans les services de santé, mais il est plus important pendant la grande saison des pluies, où le maximum des cas apparaît en juin et en juillet. Cela n'a rien de surprenant à cause du mauvais état de l'environnement et du cadre de vie des patients surtout dans les quartiers défavorisés. Au niveau des maladies diarrhéiques, on observe également une variation saisonnière sur le graphique où, le mois le plus atteint est juillet. Si l'on regarde précisément l'incidence des diarrhées, elle est en effet, plus forte de mai à juin (début de la saison pluvieuse) et en août (maximum de l'intensité de la saison pluvieuse). Ces périodes correspondent à une dégradation de l'accès à l'eau potable pour certains ménages, ce qui justifie la recrudescence des diarrhées.

Pour les IRA, la variation saisonnière est inverse, c'est plutôt en saison sèche et chaude que nous avons les maximums (mars, avril, décembre). La fièvre typhoïde, considérée à tort comme le paludisme fait partie des problèmes de santé notifiés dans les structures sanitaires. Le maximum des cas, s'observe entre juillet et octobre correspondant à la période de précipitation et au début de la saison sèche. Le choléra est la cinquième maladie enregistrée dans les ESPC étudiés, le maximum des cas diagnostiqués s'observe entre mars et juillet durant la saison sèche et le début de la saison des pluies. Enfin, concernant les infections de la peau, c'est pendant le milieu et la fin de la saison des pluies (juillet et octobre) que l'on observe le maximum de cas. La morbidité diagnostiquée nous permettra d'analyser les maladies en associant les problèmes environnementaux aux commentaires.

Néanmoins, doit-on rappeler que nous travaillons sur des cas de morbidité diagnostiquée et que, par conséquent, la présence de biais dans les diagnostics pourrait être à la base d'une mauvaise interprétation de ces chiffres. Le diagnostic de l'infirmier est aussi influencé par les saisons. Par exemple, une forte fièvre en saison sèche conduira le soignant à diagnostiquer une affection respiratoire alors qu'en saison des pluies, il conclura plutôt à un paludisme. Le diagnostic établi n'est donc pas toujours représentatif de la morbidité réelle des populations.

L'augmentation de l'activité constatée pendant l'hivernage simultanément dans les structures de soins infirmiers, constitue une spécificité du milieu urbain. En effet, en milieu rural la baisse relative des consultations entre août et septembre ne correspond pas à une diminution des besoins de soins, mais plutôt à une réduction de l'accès aux soins pour des raisons économiques (période propice aux travaux agricoles durs et aux récoltes). La satisfaction des besoins sanitaires n'est plus la même et les épisodes morbides déclarés sont moins nombreux.

Graphique 10. Variations mensuelles des principaux diagnostics au sein des structures sanitaires de soins infirmiers enquêtées

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

II.2. Structures de soins de médecine générale dans les HG : des variations différentes

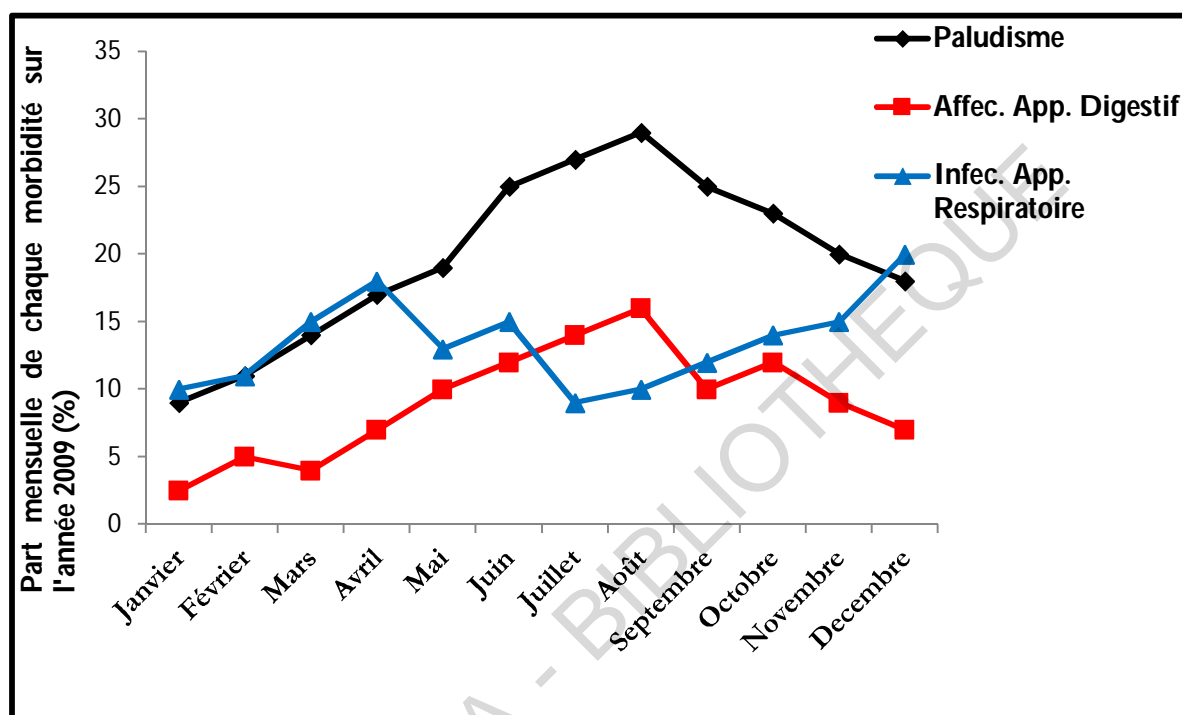
Les volumes d'activités des consultations de médecine générale dans les HG varient fortement en fonction des saisons. En effet, nous avons choisi de regarder les variations des morbidités diagnostiquées les plus rencontrées dans ces services de santé : le paludisme, les affections respiratoires et les affections digestives (Graphique 11) pour expliquer ces différences. Le paludisme et les affections respiratoires apparaissent comme les problèmes de santé qui connaissent les plus fortes variations saisonnières, alors que les affections de l'appareil digestif varient moins au cours de toute l'année. Les cycles du paludisme et des affections respiratoires sont inversés avec un croisement entre mai et juin. Nous distinguons deux périodes où la morbidité diagnostiquée est plus élevée : une au mois de décembre à mars, c'est-à-dire pendant la saison sèche où souffle souvent l'harmattan, quand les maladies respiratoires sont surreprésentées, et une autre pendant la saison des pluies, quand la transmission palustre augmente concomitamment à la consommation de soins. La période de la saison sèche (décembre à mars) rappelons le sont les mois qui correspondent parfois à la période épidémique de la méningite. Des campagnes de vaccinations sont régulièrement organisées pendant cette période. Cependant, le prix du vaccin (3 500 Fr CFA, soit 5,33 Euros), empêche certaines catégories de citoyens à accéder au vaccin pour pouvoir se protéger contre cette maladie, qui touche près de 19% de la population abidjanaise [Ministère santé, 2009].

Par ailleurs, l'analyse de l'activité des structures de spécialités médicales selon les saisons ne fait apparaître aucune tendance concrète et nous avons donc fait le choix de ne pas représenter graphiquement ces résultats.

En outre, si la disponibilité du spécialiste au sein de la structure dans laquelle il exerce explique l'irrégularité des volumes de consultations sur l'année, il ne faut pas oublier que

les pathologies qui font l'objet d'une demande de soins dans les services de gynécologie ou de cardiologie ne sont pas soumises aux variations saisonnières climatiques au même titre que des pathologies infectieuses et parasitaires. Cependant, si la survenue de ces problèmes de gynécologie et de cardiologie reste sans lien avec le calendrier annuel, les pratiques de recours à ces soins spécialisés peuvent quant à elles être soumises à d'autres facteurs d'ordre socio-économiques ou culturels.

Graphique 11. Variations mensuelles des trois principaux diagnostics au sein des HG pour les activités de médecine générale

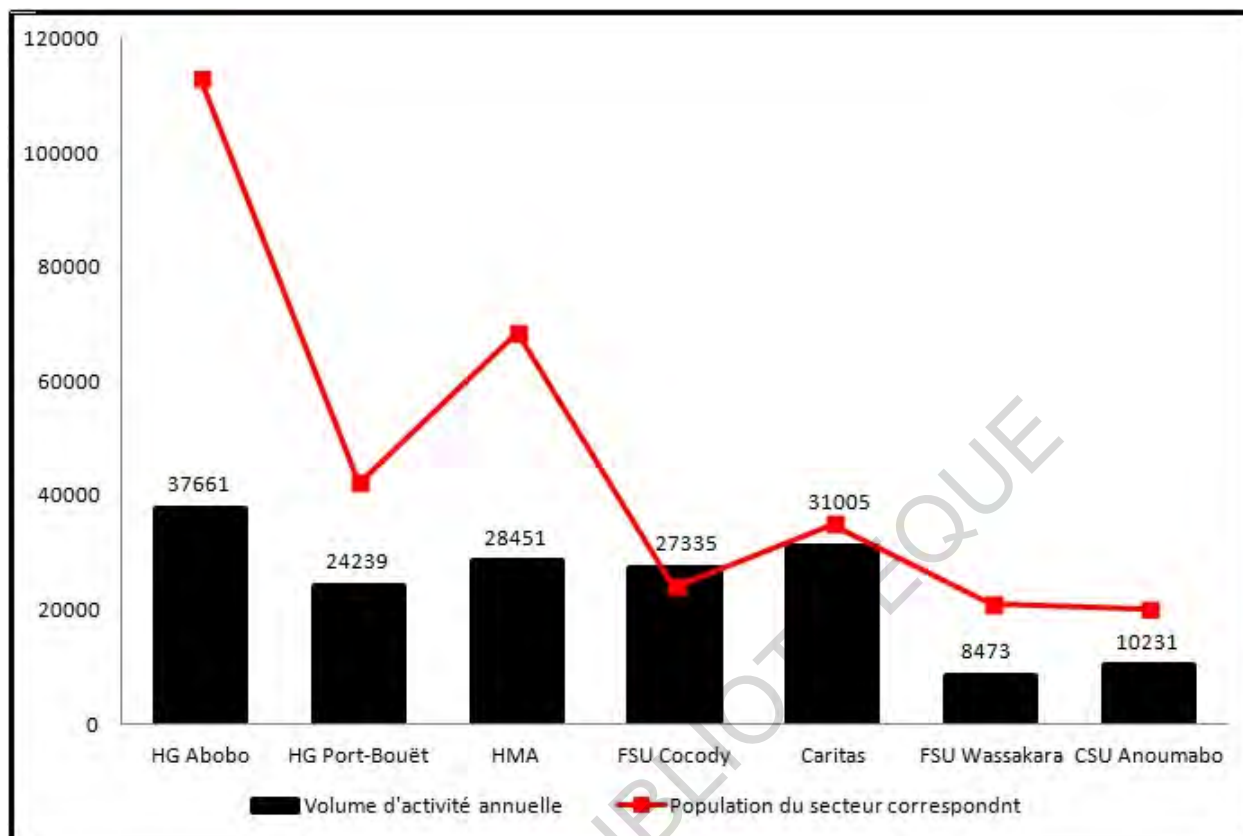


Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

Pour expliquer les disparités des volumes de consultations de l'activité parmi les services enquêtés, nous avons dû faire appel à un ensemble de combinaisons de facteurs. En fonction des caractéristiques du service de soins, ces facteurs jouent des rôles différents.

Le facteur de localisation et la qualité des soins des structures sanitaires semblent avoir une incidence sur l'utilisation de la structure. Cependant, le graphique 12 montre qu'il n'existe pas de relation entre la taille de la population des quartiers dans lesquels sont implantés les structures et leurs volumes d'activités (le coefficient de corrélation est de -0,15). Il n'y a donc pas de lien évident entre le volume de l'activité des structures de soins et la population susceptible de consulter dans la structure de son quartier.

Graphique 12. Volume d'activité des structures enquêtées et population par secteur



Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

III. Morbidité diagnostiquée

Jusqu'à maintenant nous n'avons pas évoqué les états de santé des citoyens de la ville d'Abidjan. Cette partie de notre travail sur la morbidité diagnostiquée nous offre l'occasion de dresser succinctement le tableau épidémiologique de la capitale afin d'en saisir les spécificités urbaines et de les comparer avec l'état du cadre de vie des populations décrit ci-dessus.

III.1. Généralités

III.1.1. Le tableau épidémiologique et ses spécificités urbaines

Les maladies infectieuses et parasitaires représentent 60% de la morbidité diagnostiquée à Abidjan. Malgré les efforts du gouvernement, l'incidence des maladies endémiques reste toujours élevée, principalement chez les enfants. Ces maladies sont le paludisme, le VIH-Sida et la tuberculose.

Les maladies infectieuses restent la cause majeure de mortalité et de morbidité dans les pays du sud, elles sont loin d'être les seuls problèmes de santé rencontrés actuellement [Phillips, 1990]. Un tableau épidémiologique nouveau se présente à la ville et suppose une prise en charge adaptée par le système de soins. Car si la morbidité urbaine reste dominée par les problèmes infectieux et parasitaires connus et traitables, certaines pathologies trouvent des expressions particulières en ville [Salem *et al.*, 2000]. Ainsi, la transmission du paludisme sera moins intense du fait de la réduction des gîtes larvaires en relation avec

l'urbanisation, de l'usage de moustiquaires et d'insecticides rémanents, les épisodes palustres seront moins fréquents, mais la morbidité souvent plus grave et la létalité probablement plus élevée du fait d'une immunité très faible [Baudon *et al.*, 1996 ; Robert *et al.*, 2003].

Avec l'urbanisation croissante et le changement des modes de vie, on assiste à une augmentation progressive des pathologies dites « de développement ». Un nouveau cadre de vie mal maîtrisé, un moindre exercice physique, de nouvelles formes de stress, de nouveaux modes de vie se traduisant par exemple par la diminution de la durée de l'allaitement maternel, le développement du tabagisme, voire l'usage d'autres produits psycho-actifs sont autant de facteurs de risque à l'origine de multiples maladies, fréquentes dans les pays du Nord, mais pour lesquelles les probabilités de décéder dans les pays du Sud sont désormais plus grandes [Walker *et al.*, 2000].

Les pathologies liées aux nouveaux comportements alimentaires sont particulièrement préoccupantes. Ces comportements se caractérisent par une alimentation plus riche en graisse, en sucre et une plus forte consommation de viande. À la fois indicateur de risque et de maladie, l'obésité constitue d'ailleurs un problème émergent, qui n'empêche évidemment pas d'enregistrer des problèmes de maigreur des plus préoccupants [Gardner et Halweil, 2000]. De même, les affections bucco-dentaires (caries, cancers, traumatismes, etc.) méconnues en regard d'autres problèmes de santé prioritaires, sont appelées à prendre une place croissante en milieu urbain en raison du vieillissement de la population et du changement des comportements alimentaires [Khan et Cleaton-Jones, 1998].

Enfin, l'infection au VIH-SIDA qui touche entre 6,1% de la population à Abidjan [DIPE 2006], fait de cette ville la plus touchée par cette pandémie.

La Côte d'Ivoire est parmi les pays les plus touchés par la pandémie du sida en Afrique de l'Ouest avec une séroprévalence du VIH de 4,7%. De plus, l'on assiste à une forte féminisation de la pandémie ; le taux de prévalence est de 6,4% chez les femmes contre 2,9% chez les hommes.

Après avoir décrit succinctement le tableau épidémiologique en ville, nous nous interrogerons sur celui que nous révèle l'analyse de l'activité des structures sanitaires représentatives de la diversité de l'offre de soins que nous avons suivies.

III.1.2. Morbidité ressentie, morbidité réelle ou morbidité diagnostiquée : la subtilité des définitions

Alors que la mortalité est illustrée par le taux de décès, le taux de maladies observées dans une population donnée, pendant un temps donné ou à un moment donné, exprime la morbidité. La morbidité hospitalière est souvent la plus étudiée, mais ne représente pourtant qu'une partie infime de la morbidité totale. Nous procéderons dans ce chapitre à une analyse de la morbidité ambulatoire diagnostiquée au premier contact des soins, au deuxième niveau de référence et au sein des spécialités médicales. Cette analyse doit corroborer l'idée que la demande de soins varie en fonction du problème de santé rencontré. Où consulte-t-on et pour quel problème de santé ? Quelles sont les pathologies qui rencontrent des difficultés, des insuffisances dans leur prise en charge ? Quel secteur de soins attire pour la prise en charge de quelle pathologie ?

Il est cependant indispensable de distinguer la morbidité diagnostiquée de la morbidité réelle et ressentie. Si la morbidité réelle est susceptible d'être appréciée par un examen de santé standardisé qui peut avoir lieu en milieu hospitalier ou lors d'enquêtes domiciliaires,

la morbidité ressentie renvoie quant à elle à la perception d'un individu sur son état de santé. Cette dernière dépend particulièrement des représentations sociales et culturelles de l'individu. La morbidité diagnostiquée que l'on souhaite étudier dans cette partie est mesurée par le système de soins. Elle n'est donc ni représentative de la morbidité réelle ni de la morbidité ressentie car tous les problèmes de santé vécus ou perçus par l'individu ne donne pas nécessairement lieu à un recours aux soins [Lévy, 1975]. En outre, si le recours a lieu, le choix d'un recours au système de soins moderne n'est pas systématique.

Mesurons donc au travers des registres de consultations une morbidité déclarée et non ressentie, le patient pouvant omettre de parler d'un problème de santé qu'il considère minime ou passer lors de la consultation. Si la morbidité diagnostiquée est importante au regard de l'incidence sur les coûts de santé, la morbidité ressentie doit aussi être prise en compte par les planificateurs, car elle est le reflet des besoins de santé non comblés [Pineault et Goulet, 1995].

Il nous semble aussi important de rappeler les conditions de l'élaboration des diagnostics dans les structures de soins d'Abidjan. Pour définir le diagnostic de leurs patients, les médecins posent des questions aux patients, avant de commencer à l'examiner, cette technique leur permet de diagnostiquer la maladie du patient. En effet, la vision des individus (morbidité ressentie ou déclarée) et celle des professionnels de la santé (morbidité diagnostiquée) ne convergent pas nécessairement, mais elles sont complémentaires. Cela est ressenti dans l'enregistrement du diagnostic dans le registre de consultation.

III.2. Une morbidité diagnostiquée en fonction du niveau de l'offre de soins

Le terme de « demande de soins » utilisé pour telle ou telle pathologie est une extrapolation, car le terme exact serait plutôt « consommation médicale » pour un problème de santé donné. En effet, toutes les demandes de soins ne s'expriment pas par un recours au système officiel. Une fois ce problème posé, le lecteur pourra comprendre le sens mis derrière l'expression de la demande de soins dans ce sous chapitre.

Avant de rentrer dans une analyse détaillée, il convient d'évoquer succinctement la morbidité brute générale, liée à l'activité de l'ensemble des structures enquêtées. Dans les registres que nous avons consulté quatre grands groupes de maladies ont été identifiés. Il s'agit tout d'abord du paludisme (24,7%), des affections respiratoires (16,7%), des affections digestives (16,2%) et enfin, les douleurs qui représentent aussi un important motif de consultation (12,2%). Le reste des problèmes de santé enregistré dans l'activité des structures de soins sont les affections dentaires, les affections de la peau, les affections des yeux, les infections génito-urinaires, etc. Ces chiffres bruts cachent d'importantes disparités en fonction du niveau de soins de la structure que nous allons maintenant analyser.

III.2.1. Dans les structures publiques de premier contact de soins infirmiers : le fardeau des maladies transmissibles infectieuses et parasitaires

Incontestablement, le paludisme constitue au premier contact des soins, la pathologie la plus diagnostiquée (Graphique 13). Il représente plus de la moitié de la consommation médicale de soins dans les structures de soins infirmiers. En Côte d'Ivoire, le paludisme est endémique et il est particulièrement dangereux pour le nourrisson et la femme enceinte. Le nombre important des malades atteint du paludisme pourrait s'expliquer par

la mauvaise gestion des ordures et des eaux usées dans les lieux de résidences des patients, comme nous l'avons décrit un peu plus haut. Les affections de l'appareil respiratoire et de la sphère ORL apparaissent comme le second motif de consultations avec 17,7% de la morbidité. Les affections respiratoires aiguës sont aussi une des causes majeures de morbidité et de mortalité à Abidjan.

Les infections respiratoires aiguës sont généralement provoquées par les pollutions de toutes sortes, notamment celles qui rejettent dans l'atmosphère des particules de matières toxiques, de poussière ou qui laissent échapper des gaz que les populations inhalent. Dans le domaine artisanal, certaines activités comme le fumage de poissons près des habitations, les scieries intra habitations génèrent respectivement de la fumée et des poussières très nocives. Le mode de cuisson des repas avec le bois constitue également une source de pollution de l'air entraînant des affections respiratoires aiguës. Dans la ville d'Abidjan, cette maladie est très présente dans les communes de Port-Bouët, Yopougon (100 à 200%). Le bloc Nord essentiellement composé d'Abobo affiche des taux plus modérés, tandis que les zones d'Abobo-Est, Cocody, Plateau et Yopougon-Ouest sont faiblement touchées avec des taux d'incidence allant de moins de 50 à 100%. À Abidjan, les districts comme le Plateau, Treichville et Cocody, en dépit d'une circulation automobile plus intense, affichent des taux d'incidence inférieurs aux autres.

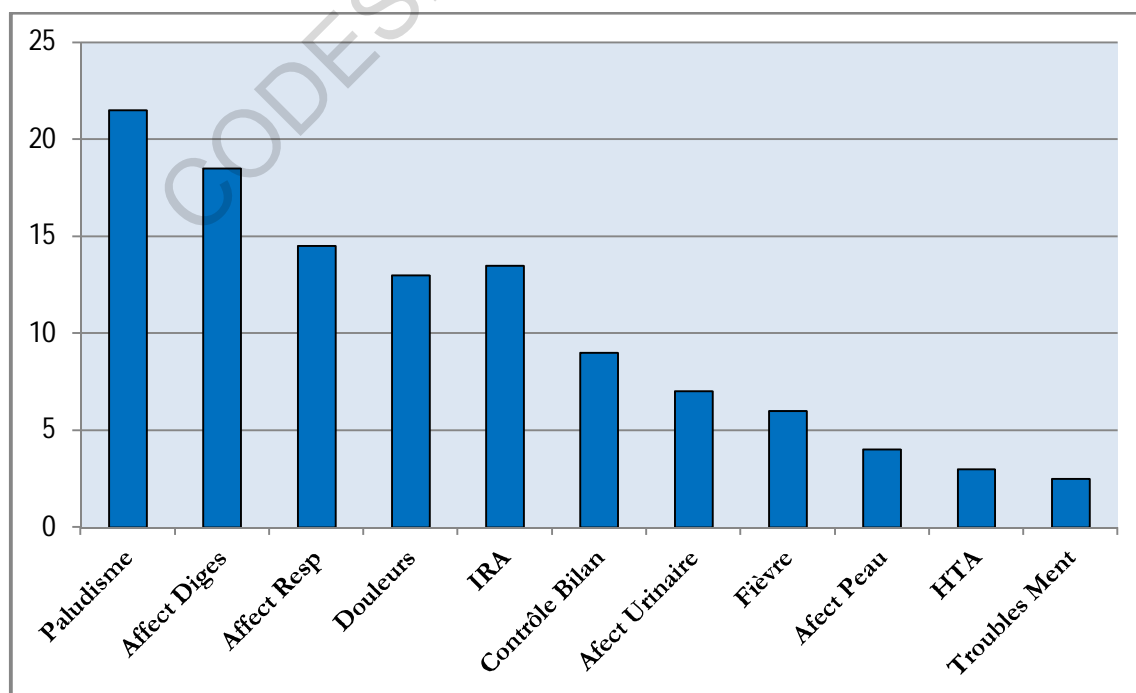
Tandis que les diarrhées ou les affections de l'appareil digestif représentent 15,1% de la demande de soins.

Ces trois ensembles pathologiques composent alors 73,2% de la demande de soins.

Les douleurs, les blessures et les plaies liées aux accidents de la vie domestique ou aux accidents de circulation représentent aussi une part importante de la morbidité diagnostiquée (11,5%).

En revanche, la demande de soins infirmiers est à l'inverse très faible pour des problèmes de santé comme l'hypertension artérielle, les affections de l'appareil cardiovasculaire, les maladies sexuellement transmissibles.

Graphique 13. Morbidité diagnostiquée dans les structures de soins infirmiers publiques et privées



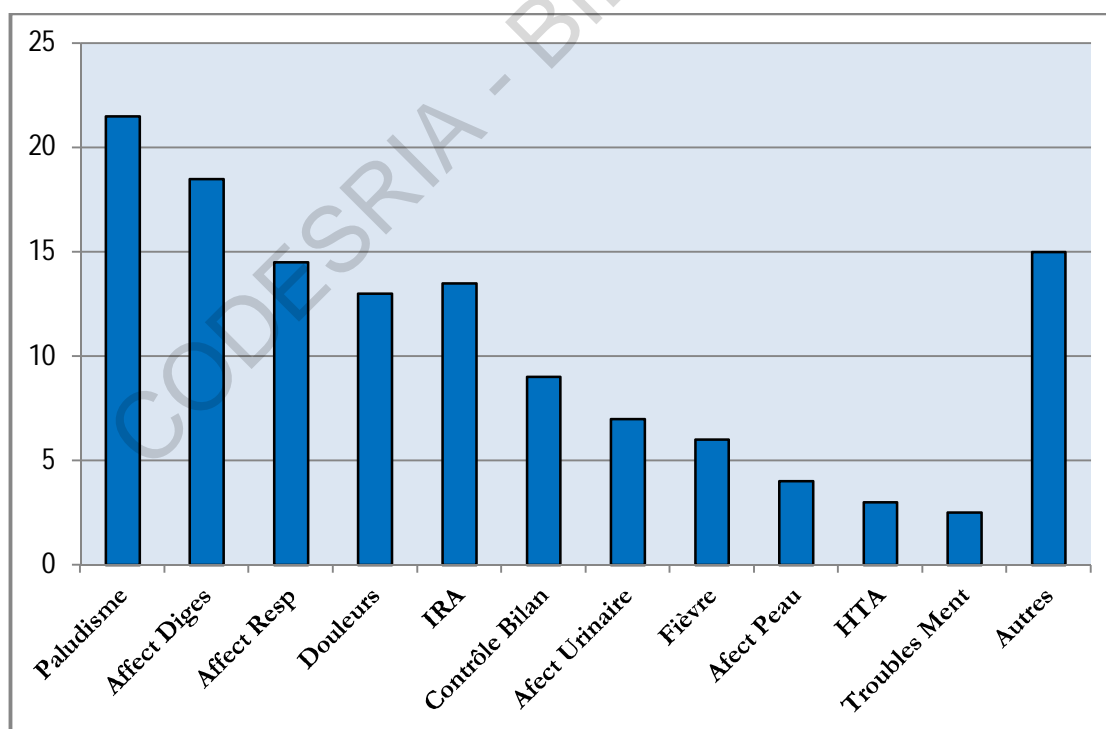
Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

La morbidité diagnostiquée dans les consultations de soins infirmiers est encore largement dominée par des maladies transmissibles infectieuses et parasitaires alors que la demande de prise en charge des pathologies dites nouvelles est faible.

III.2.2. Dans les structures publiques et privées de second niveau de médecine générale : une demande de soins plus variée

La demande de soins évolue avec le niveau de soins. Au sein des structures offrant des consultations médicales, cette demande se matérialise par une prépondérance de problèmes liés au paludisme (21,5%), à l'appareil digestif (18,5%) et aux Infections Respiratoire Aiguës (14,5%), majoritaires aussi bien dans les structures publiques que dans les structures privées (Graphique 14). Le paludisme, premier motif de consultations dans les structures de soins infirmiers apparaît toujours en première position, mais avec un faible taux de malades. Dans les hôpitaux, les trois maladies citées plus haut laissent une place plus importante aux accidents, aux douleurs et aux autres traumatismes. La part des affections cardiovasculaires et de l'hypertension artérielle est aussi sensiblement plus élevée (3,9% ensemble). Les demandes de soins pour l'anémie, la malnutrition ou encore les infections sexuellement transmissibles sont également importantes (2,7%). Nous pouvons aussi noter le suivi plus régulier des patients, car 9,3% de la demande de soins sont consacrés à la remise de résultats d'examens ou à un contrôle de la pathologie précédemment diagnostiquée.

Graphique 14. Morbidité diagnostiquée dans les structures de soins de médecine générale publiques et privées



Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

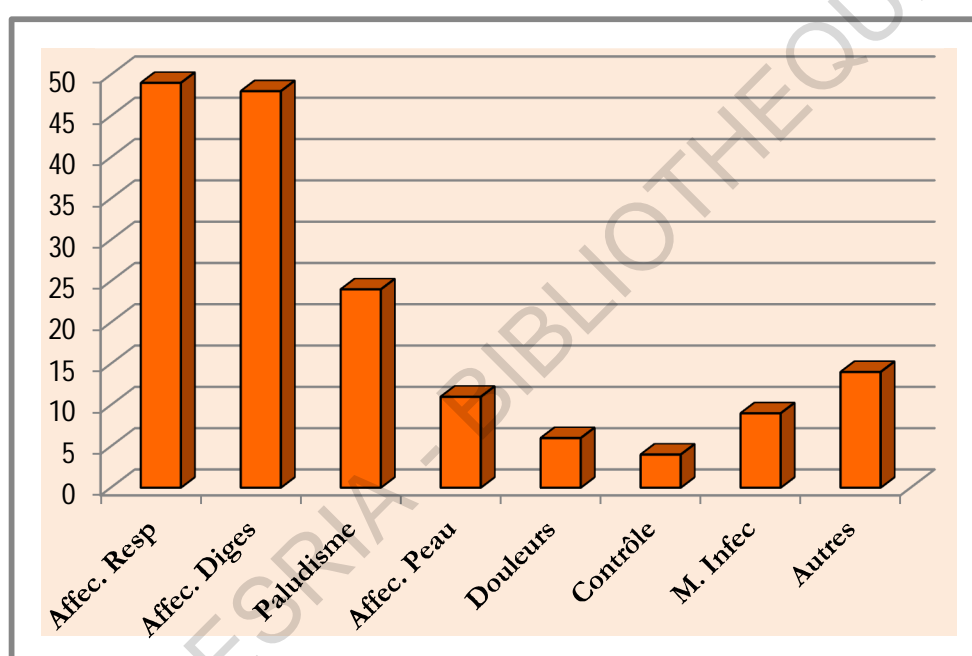
La demande de soins apparaît plus variée dans les structures de soins de médecine générale, mais, finalement reste dans la même veine que celle observée dans les structures de soins infirmiers puisque le fardeau des maladies transmissibles infectieuses et parasitaires est toujours présent.

III.2.3. Dans les services publics ou privés de spécialité médicale : une utilisation pas toujours à bon escient

➤ Pédiatrie

Pour les enfants, les affections respiratoires et digestives sont les plus rencontrées (49,7%) alors que le paludisme ne constitue que 23,3% de la demande (Graphique 15). Ainsi, pour une maladie comme le paludisme, la population a plus facilement recours à un niveau de soins inférieurs y compris pour les enfants. Les maladies infectieuses comme la rougeole, les oreillons, la varicelle sont plus représentées dans les consultations de pédiatrie que dans les soins infirmiers ou généralistes où elles rentreraient dans la catégorie « autres », compte tenu de leur faible part. Les douleurs, traumatismes et blessures ne constituent que 4,1% de la demande de soins pédiatriques. Cette part s'élevait entre 12% et 17% de la demande de soins infirmiers ou médicaux.

Graphique 15. Morbidité diagnostiquée des services de pédiatrie



Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

➤ Gynécologie

Dans les services de santé qui proposent les soins gynécologiques, les consultations prénatales (CPN) constituent le premier motif de consultation avec 26% des consultations (Graphique 16). Cette consultation consiste à vérifier l'état des yeux et la présence d'œdèmes, à pratiquer un toucher vaginal, à écouter le cœur du fœtus et à mesurer la taille du ventre. Les séances de consultations prénatales durent en moyenne, moins de 10 min. Les consultations pour désir de grossesse s'ensuivent avec 17,3% de la demande de soins. Cette catégorie de prestation comprend non seulement toutes les pathologies liées à la fertilité des femmes, mais elle concerne également celles qui sont relatives à la fertilité masculine.

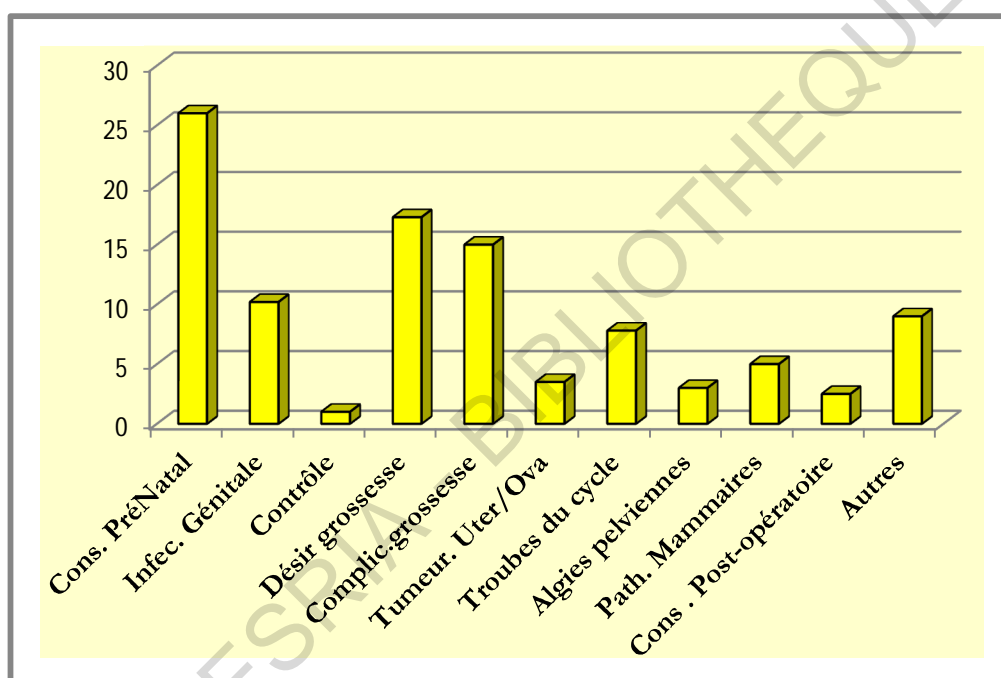
Les consultations pour contrôle, bilan ou remise de résultats, sont nombreuses. Cette information montre un suivi plus régulier des patients dans les services gynécologiques.

Les infections génitales et les troubles du cycle représentent respectivement 10,2% et 7,8% de la demande de soins, tandis que les algies pelviennes et les tumeurs sont moins

représentées. Très peu de cas de pathologies tubaires ou de prolapsus génital ont été enregistrés et ils ont été regroupés dans la catégorie « autres ». Les prolapsus génitaux sont surtout causés par des accouchements mal contrôlés, mais aussi par la précocité des unions. Ces complications entraînant des difficultés dans les rapports sexuels et des disgrâces dans la vie quotidienne, ont des conséquences sociales notables, comme la séparation des couples [Cantrelle et Locoh, 1990]. Les prolapsus génitaux étant plus fréquents après la ménopause, la faible représentation des femmes de plus de 45 ans (4,7%) dans ce type de consultations justifie probablement en partie cette situation.

Il faut souligner aussi que peu de consultations ont relevé la présence de mutilations génitales comme l'excision qui consiste dans sa forme la plus courante à l'ablation du clitoris et des petites lèvres. Dans notre enquête, les activités des services de gynécologie se sont révélées surtout marquées par les activités obstétriques et les suivis de grossesses.

Graphique 16. Morbidité diagnostiquée des services de gynécologie



Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

Nous avons émis l'hypothèse que les services de spécialités médicales n'étaient pas utilisés à bon escient à Abidjan. Il ressort en effet que la consommation de soins ne reflète pas vraiment les besoins de santé de la population. Les individus qui consultent les médecins spécialisés ont une bonne connaissance de l'offre de soins de leur ville et ont aussi les moyens financiers de se procurer ces soins et leurs traitements. Mais combien de personnes hypertendues s'ignorent-elles encore ? Combien de femmes vivent-elles avec des déséquilibres hormonaux ou des difficultés dans leur vie sexuelle sans jamais se rendre à une consultation de gynécologie ?

III.3. La morbidité diagnostiquée en fonction de l'âge, du sexe et des catégories socio-professionnelles

La demande en soins en relation avec l'âge nous permet d'une part, de voir pour chaque groupe d'âge, quelles sont les morbidités les plus fréquentes et d'autre part, de voir l'impact d'une pathologie au sein des différents groupes (Tableau 28). On remarque que la fréquence de certains groupes de maladies diminue avec l'âge comme le paludisme, les

fièvres, les affections de la peau alors que d'autres comme les douleurs, l'hypertension artérielle augmentent avec l'âge.

Certaines catégories de pathologies ont des fréquences plus élevées à des classes d'âge spécifiques. Il s'agit par exemple des affections respiratoires pour lesquelles la demande de soins est plus forte chez les 0-5 ans, chez les femmes adultes de 34 ans et chez les plus de 55 ans, ou encore des affections de l'appareil urinaire et génital plus fréquentes chez les jeunes adultes entre 15 et 34 ans.

L'évolution de la demande de soins est caractéristique de l'histoire des pathologies chez un individu au cours de la vie [Harang, 2007]. L'âge a une incidence biologique qui détermine des morbidités différentes.

Si l'allongement de la vie s'accompagne d'une augmentation des maladies et des handicaps, toutes les consommations médicales n'augmentent pas avec l'âge. Dans les pays du Nord, les personnes âgées ont un recours aux soins plus fréquent [Mizrahi, 1997], mais ce n'est pas le cas en Afrique sub-saharienne comme dans notre étude. Les personnes âgées ne sont pas des populations mobiles si elles ne sont pas accompagnées, mais aussi financées dans leur démarche de soins, leur recours au système de soins sera très faible, voire inexistant.

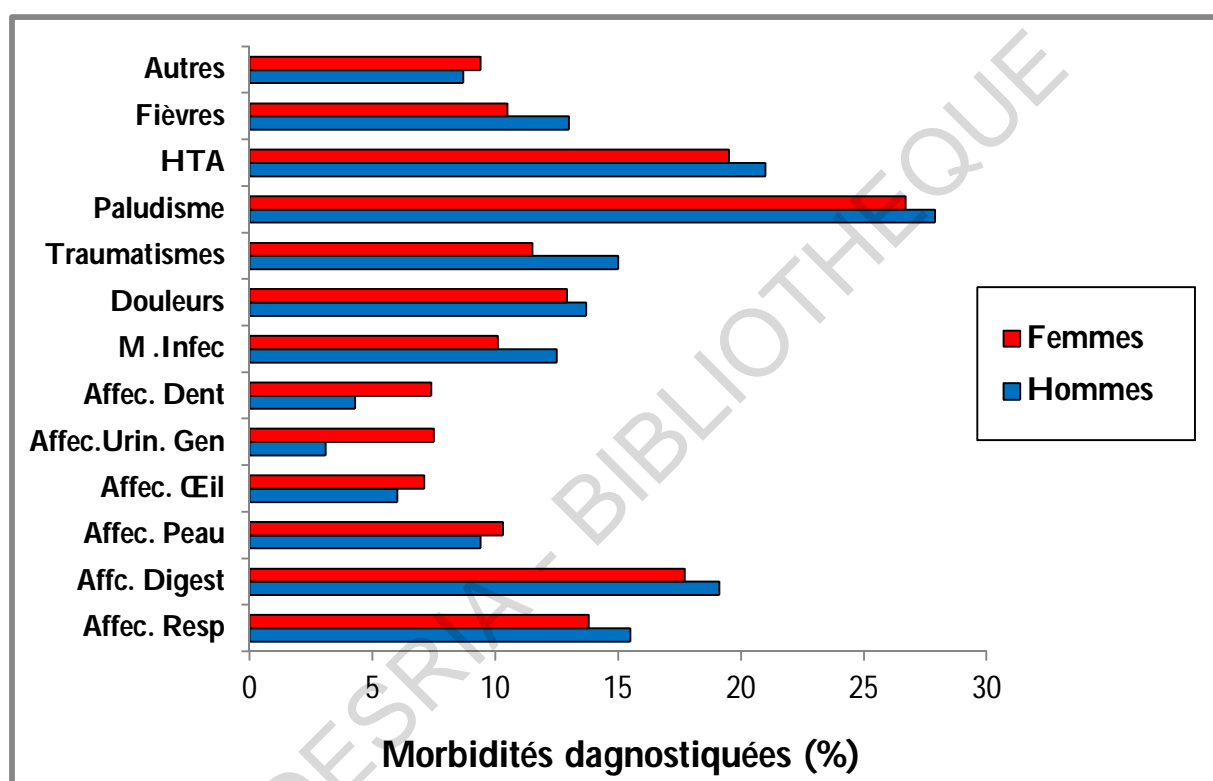
Tableau 28. Répartition de la morbidité diagnostiquée selon le groupe d'âge des consultants

| Groupe d'âge (ans) | 0 - 5 | 5 - 15 | 15 - 25 | 25 - 35 | 35 - 45 | 45 - 55 | > 55 |
|---------------------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|------|
| Affec. Resp. (%) | 16,5 | 12,4 | 11,0 | 10,2 | 12,0 | 12,3 | 14,9 |
| Affec. Digest (%) | 14,7 | 9,1 | 11,3 | 12,9 | 10,5 | 11 | 12,2 |
| Affec. Peau (%) | 9,0 | 8,1 | 6,3 | 6,9 | 5,5 | 5,0 | 4,2 |
| Affec. Œil (%) | 4,5 | 3,9 | 3,0 | 3,3 | 2,9 | 2,5 | 3,9 |
| Affec. Urin Gen (%) | 1,9 | 1,5 | 1,1 | 10,5 | 10,0 | 8,7 | 6,5 |
| Affec. Dent (%) | 0,9 | 1,5 | 3,5 | 3,0 | 5,3 | 5,0 | 3,2 |
| M. Infec (%) | 2,1 | 3,0 | 3,7 | 4,5 | 4,0 | 1,3 | 1,5 |
| Douleurs (%) | 4,4 | 17,2 | 15,3 | 15,0 | 16,5 | 16,0 | 28,0 |
| Paludisme (%) | 26,6 | 23,7 | 29,1 | 21,5 | 20,8 | 18,0 | 20,0 |
| HTA (%) | 0,0 | 0,5 | 0,5 | 0,1 | 2,9 | 4,1 | 9,9 |
| Fièvres (%) | 5,9 | 5,0 | 10,0 | 10,2 | 13,0 | 9,9 | 17 |
| Autres (%) | 11,1 | 9,9 | 9,8 | 8,5 | 14,3 | 17,5 | 16,3 |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins 2010-2011

Le graphique 17 met en relation la répartition des morbidités diagnostiquées avec le sexe. Si en général, les hommes et les femmes présentent des maladies spécifiques [Jeangros et Hausser, 1990], dans notre étude, la consommation médicale entre les genres est sensiblement la même. Il n'y a pas de différence significative par exemple pour les affections de l'appareil digestif ou respiratoire, pour le paludisme, les fièvres, l'HTA, etc. En revanche, les femmes consultent plus que les hommes pour des affections de l'appareil urinaire et génital (7,5% contre 3,1%). Quant aux hommes, leur demande de soins pour les douleurs et les traumatismes est plus importante que celle des femmes (13,2% contre 12,9%).

Graphique 17. Répartition de la morbidité diagnostiquée selon le sexe du consultant



Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins

Enfin, dans la mise en relation entre la morbidité diagnostiquée avec les groupes socio-professionnels, les étudiants et les élèves consultent fréquemment pour un paludisme (27,3%). Les employés de secteur public ont une demande forte pour l'hypertension artérielle, mais faible pour les problèmes de peau ou les affections de l'œil. Les employés du secteur privé ont une demande de soins forte pour les douleurs et les traumatismes (20,1%), alors que les patients « sans profession » semblent plus touchés par les affections urinaires et génitales (Tableau 29). Ce dernier résultat est en accord avec les variations observées selon le sexe, puisque les ménagères dominent largement cette catégorie. Elles consultent également souvent pour un accès palustre (22,8%).

Il est délicat de se lancer dans des explications sur les liens entre catégories socio-professionnelles et morbidités. On ne peut pas en effet conclure qu'une catégorie de profession soit plus touchée par une maladie qu'une autre, en revanche, on pourrait dire qu'un groupe socio-professionnel aura plus de chances qu'un autre de se rendre en consultation pour un problème de santé type. Nous nous en tiendrons juste au fait que la catégorie socio-professionnelle est un indicateur parmi d'autres du niveau de vie.

On remarque ainsi que les consultants qui travaillent et bénéficient d'un revenu ont consulté pour des problèmes de santé chroniques et handicapants comme des douleurs articulaires par exemple.

Comme beaucoup de cas de paludisme ont été recensés chez les étudiants, on pourrait supposer que les autres catégories ont appris eux-mêmes à soigner leur paludisme par l'automédication.

Enfin, nous pourrions dire aussi que les individus sans profession ne bénéficient pas des meilleures conditions matérielles, comme un accès à de l'eau potable en quantité suffisante et que leurs problèmes de santé sont dus à ces mauvaises conditions d'hygiène.

Tableau 29. Répartition de la morbidité diagnostiquée selon la catégorie socioprofessionnelle des consultants

| Catégories socio-professionnelles | Employé du secteur public | Employé du secteur privé | Commerçant Vendeur | Élève Étudiant Apprenti | Autre Profession | Sans Profession |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------|------------------|-----------------|
| Affec. Resp (%) | 13,9 | 7,4 | 11,5 | 10,2 | 8,0 | 5,3 |
| Affec. Digest (%) | 10,70 | 10,1 | 7,7 | 11,9 | 6,5 | 3,4 |
| Affec. Peau (%) | 3,0 | 7,1 | 5,3 | 9,9 | 5,5 | 3,0 |
| Affec. Œil (%) | 4,5 | 3,9 | 3,0 | 11,3 | 2,9 | 2,5 |
| Affec. Urin Gen (%) | 2,9 | 0,5 | 1,1 | 5,5 | 6,0 | 13,7 |
| Affec. Dent (%) | 0,9 | 1,5 | 3,5 | 3,0 | 5,3 | 5,0 |
| M. Infec (%) | 2,1 | 3,0 | 3,7 | 4,5 | 4,0 | 1,3 |
| Douleurs (%) | 4,4 | 17,2 | 15,3 | 14,0 | 12,5 | 10,0 |
| Traumatisme (%) | 11 | 15,0 | 4,1 | 3,3 | 2,9 | 1,8 |
| Paludisme (%) | 21,6 | 20,7 | 30,1 | 27,3 | 18,8 | 19,0 |
| HTA (%) | 18,7 | 12,5 | 10,5 | 7,1 | 3,9 | 4,1 |
| Fièvres (%) | 5,9 | 5,0 | 10,0 | 10,2 | 13,0 | 9,9 |
| Autres (%) | 7,1 | 10,2 | 9,4 | 6,5 | 10,3 | 5,5 |

Source : Nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités des structures de soins 2010-2011

Si toutes les catégories de populations se retrouvent peu dans la population consultante, toutes ne sont pas affectées de la même façon. Nombre de problèmes de santé touchent de manière sélective certains groupes de populations. La notion de vulnérabilité est aussi étroitement liée à la notion de risque et au degré d'exposition au risque encouru par les individus. Un individu vulnérable est particulièrement prédisposé à certains risques, particulièrement exposé à certains dangers [Rousseau, 2003]. Et la survenue d'une maladie est considérée comme un risque. L'accès aux soins, les conditions de vie des ménages, le type de maladie (bénigne ou grave, courte ou longue, ponctuelle ou fréquente) sont autant

de facteurs qui influencent à la fois le risque et l'exposition des individus au risque [Harang, 2007].

III.4. Bilan sur la morbidité diagnostiquée

L'analyse de la morbidité diagnostiquée dessine un large spectre de maladies qui affectent les patients qui consultent dans les services de soins infirmiers, de médecine générale ou de spécialités médicales. La consommation de soins reste encore très importante pour les maladies parasitaires, transmissibles, le VIH-SIDA, la tuberculose et cela semble en accord avec la situation endémique nationale. Cette analyse confirme par ailleurs, une sous-estimation des pathologies dites de « développement » comme l'HTA, les troubles psychiques. Quand une maladie est sous représentée dans l'enregistrement des diagnostics, cela traduit surtout l'incapacité du système de soins à prendre en charge ces pathologies. Il faut lire dans ces résultats émanant du système de soins, d'une part, les difficultés de celui-ci à identifier ces cas et à prendre en charge ces maladies. D'autre part, le poids des facteurs culturels et sociologiques qui font que certains états de santé comme les troubles du comportement ne sont pas perçus de sorte à susciter un recours au système de soins.

La morbidité liée au VIH-SIDA entraîne depuis une dizaine d'années un accroissement sensible de la demande de soins globale. Elle se traduit concrètement par une forte occupation par les malades du sida des services hospitaliers et de certains services spécialisés. La prise en charge de ces « nouvelles » pathologies entraîne un coût financier plus important que les maladies transmissibles connues et l'utilisation d'un matériel technique plus performant. Ce déséquilibre s'instaure de surcroît dans un contexte particulier où la population ne possède pas d'assurance sociale et ne peut donc financer ce type de soins. Les insuffisances du système de soins sont dévoilées : toute une partie des besoins de soins n'est pas exprimée. La relation patient/système de soins apparaît donc à sens unique : le système de soins est incapable de répondre à tous les besoins.

Les populations consultantes des établissements publics et privés étaient structurellement différentes, ainsi que les volumes de consultations liés à telle ou telle pathologie.

L'analyse de la morbidité diagnostiquée nous a permis de confirmer l'existence de groupes de populations vulnérables établis dans le chapitre précédent : les enfants, les femmes en général, les petites filles en particulier, et les personnes âgées apparaissent comme des groupes à risques touchés par un large spectre de pathologies à la fois anciennes et nouvelles.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu comparer les profils des patients qui consultent les structures de soins privés aux structures de soins publiques pour déterminer les raisons qui expliquent pourquoi s'orienter davantage vers un type de structure donné pour un motif de morbidité, plutôt qu'un autre. L'enquête domiciliaire que nous avons conduite à Abidjan nous permettra d'approfondir cette analyse et de répondre à cette question.

IV. Les aires d'attraction des services de santé

Cette partie a pour objectif d'analyser l'influence des services de soins en général, et des services enquêtés en particulier, sur leurs espaces environnants par la mesure de leurs aires d'attraction⁷⁰.

⁷⁰ L'aire d'attraction est définie par Picheral comme : "la force dont fait preuve tout ou une partie des ressources sanitaires situées en un lieu donné pour attirer des patients, des usagers, en fait leur clientèle".

L'implantation d'un service de soins n'est jamais neutre comme nous avons pu le voir précédemment dans la première partie de cet ouvrage. Si un service de santé attire les individus en tant que consommateurs potentiels de soins de santé, il attire aussi d'autres activités, d'autres services urbains. On appelle alors aire d'attraction, l'espace construit autour de la structure de santé. La connaissance des aires d'attraction permet de décrire la relation entre les praticiens et les utilisateurs du système de soins.

Selon Salem, l'intérêt d'une analyse des aires d'attraction des structures de santé est de vérifier si les variations des profils de populations consultantes, des profils de morbidités diagnostiquées ou encore des volumes d'activités différentiels sont « à l'image d'une aire de recrutement particulière » [Salem, 1998]. Et à Meunier d'ajouter que ces « aires d'attraction permettent de vérifier si le recrutement variable est une image des dynamiques territoriales » [Meunier, 1998]. Cette partie sera donc l'occasion de juger de l'importance de la localisation d'une structure de soins dans la ville. Si nous avons montré dans le chapitre qu'il n'y avait pas de liens entre la localisation d'une structure et son volume d'activité, il s'agit dorénavant de s'intéresser aux liens entre la localisation et l'étendue de l'influence d'une structure.

Les structures sanitaires marquent fortement l'espace de plusieurs façons et à plusieurs échelles. À une grande échelle, Fleuret [2000] en prenant l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, a montré que l'hôpital participait au dessin de l'aire d'influence de la ville. À l'échelle intra urbaine, on pourrait s'interroger sur les impacts des services de soins au niveau des quartiers, des secteurs, des districts sanitaires. Quels sont les liens entre le volume d'activité et l'étendue de l'aire d'attraction ? Une forte activité implique-t-elle un recrutement diversifié et étendu des patients ? Cette aire est-elle fonction de la localisation dans la ville ou du type de soins, du type de structure, de la qualité de la prise en charge ou encore de la tarification ? Au contraire, la faible activité d'une structure a-t-elle pour cause le fait que les patients qui s'y rendent ne viennent pas de loin ?

La délimitation des aires d'attraction des structures de soins est essentielle à l'étude de l'accès et du recours aux soins, car elle contribue à la planification sanitaire. Au regard de la localisation des autres services de santé et de la distribution de la population, la cartographie des aires d'attraction permet par exemple de déterminer la localisation optimale d'une nouvelle structure sanitaire [Akhtar, 1987]. D'identifier les espaces hors de toute aire d'attraction, les espaces aux confins d'aire d'attraction, mais aussi certains espaces proches des services de santé dont les habitants restent de modestes utilisateurs, tant il est vrai que d'autres facteurs que la distance jouent sur le niveau de recours.

Une multitude de termes peuvent être recensés pour évoquer l'espace médical d'une structure de soins comme l'aire d'attraction, l'aire de rayonnement, l'aire d'influence, l'aire de recrutement, l'emprise de la structure. Nous choisirons celui d'aire d'attraction qui fait référence aux traitements d'analyse spatiale que nous allons utiliser et qui représente un enjeu de concurrence entre les structures de soins, un enjeu territorial en terme politique. Dans ce sens, la définition des aires d'attraction des structures de soins répond le mieux à nos attentes.

Nous délimiterons l'aire d'attraction des structures de soins enquêtées. La comparaison de ces espaces et de leurs rayons d'attractivité renforcera notre typologie des structures de soins. Les FSU-Com de soins infirmiers ont-elles la même influence qu'une FSU de base du secteur public ? L'étendue de l'aire d'attraction est-elle due au type de structure ou dépend-t-elle d'autres facteurs ? La définition des aires d'attraction est une valeur ajoutée

à la position hiérarchique de chaque élément. Cela nous autorisera-t-il pour autant à remettre en cause la pyramide sanitaire ? Est-ce que l'aire d'attraction d'un HG englobe l'ensemble de la population du district ? Tous les espaces de la ville sont-ils couverts ? Autant de questions que cette partie tentera d'aborder.

IV.1. Les aires d'attraction théoriques : une multitude de méthodes

Pour définir l'attraction potentielle d'une structure sanitaire, plusieurs méthodes sont disponibles. En d'autres termes, la mesure de l'accessibilité physique peut se lire au travers de multiples modèles comme l'analyse des temps de trajet, la mesure de la distance euclidienne entre les soins et les consommateurs potentiels, les polygones de Thiessen et aires de Reilly, Les courbes isochrones, les zones tampons, etc.

Pour illustrer l'accessibilité physique aux structures de soins, nous utiliserons donc la méthode des zones tampons pour mesurer et définir les aires d'attraction théoriques des structures de soins grâce aux systèmes d'informations géographiques qui offrent une large gamme de méthodes d'analyse spatiale .

L'aire d'attraction théorique dessine autour du service de santé concerné une zone où la population devrait préférentiellement utiliser ce service.

Comme nous avons pu le voir dans les chapitres précédents, la carte sanitaire s'est appuyée sur les limites administratives pour délimiter les districts sanitaires. À l'intérieur des districts, la politique sanitaire a longtemps été celle d'une distribution égalitaire des équipements avec une structure de base dans chaque secteur. Ce découpage équivaut donc à ce qu'un secteur corresponde à l'aire de responsabilité, c'est-à-dire l'aire d'attraction, de la structure sanitaire.

Au départ, ces aires sont définies afin de réguler l'offre de soins et de limiter un afflux conséquent vers certaines structures aux dépens d'autres. Mais ces aires d'attraction déterminées par la politique sanitaire correspondent-elles aux mobilités urbaines et surtout aux comportements des citoyens vis-à-vis de la maladie ? Ces espaces calqués sur les découpages administratifs ne reflètent pas vraiment l'emprise territoriale des structures de soins à Abidjan sur la mobilité des patients. C'est pourquoi nous allons nous intéresser à une autre manière de délimiter les aires d'attraction.

IV.1.1. La méthode des zones tampons

Le *buffer* ou la zone tampon est une méthode d'analyse spatiale qui consiste à créer une zone d'extension, aux dimensions définies par l'opérateur, autour d'un point, d'une ligne ou d'un polygone. Le tracé d'une zone tampon autour de services urbains constitue une méthode des plus répandues, car elle est très facile à utiliser et à interpréter. La zone tampon permet ainsi de mettre en évidence des liens de proximité entre la structure et son espace environnant. La difficulté de cette technique est de déterminer la taille du rayon autour de chaque structure de soins. Comment définir en effet une distance pertinente ?

Nous avons fixé à un kilomètre le rayon des « buffers » autour des structures publiques aussi bien qu'autour des structures privées, en estimant que cette distance était suffisamment petite pour être parcourue à pied avec de jeunes enfants et en peu de temps. Bien entendu, cette distance est toute relative : en cas d'urgence et sans moyen de transport, un kilomètre peut paraître long.

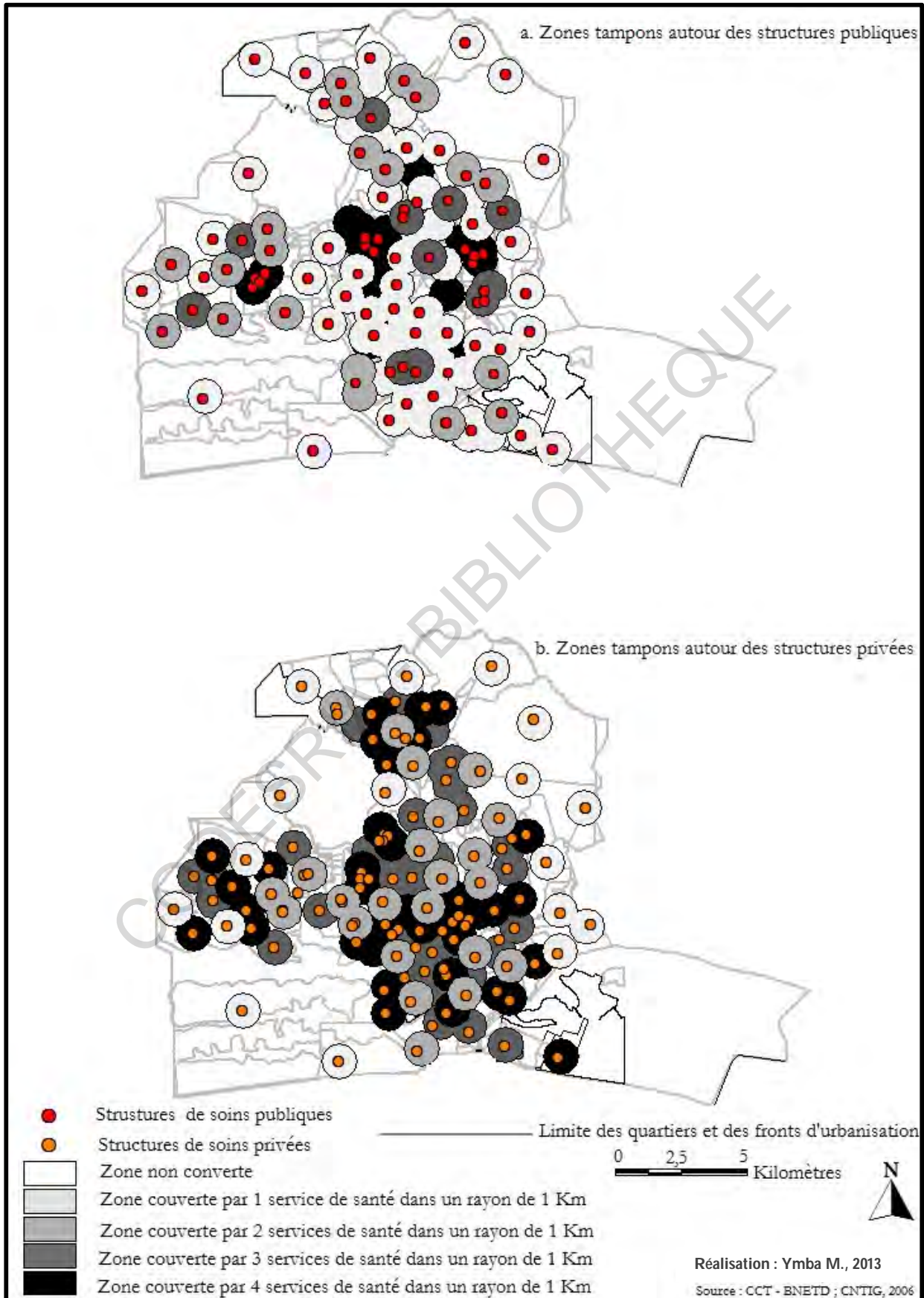
Les aires d'attractions théoriques créées à partir des zones tampons dessinent une toute autre image de l'accessibilité physique (Carte 58) que celle observée à travers les zones de

responsabilité que nous avons vues précédemment. La technique des zones tampons permet de visualiser les espaces où la couverture sanitaire est très dense, donc, l'accessibilité physique très bonne. Comme nous avons pu le constater dans les chapitres précédents, la couverture du secteur privé est très large à Abidjan (*cf. Carte 34, p 189*). Les zones couvertes par les services de santé privés ou plus dans un rayon d'un kilomètre sont observées partout, au centre-ville comme en périphérie. Dans les secteurs centraux, on trouve jusqu'à onze structures privées dans un rayon d'un kilomètre (Carte 58 b). La densité de la couverture sanitaire des structures privées de premier contact laisse présager une concurrence accrue, leurs aires d'attraction se chevauchant.

À l'opposé, la couverture de la ville par les structures publiques de premier contact reste très disséminé çà et là (Carte 58 a). Seules quelques zones, où des structures publiques au plus se recouvrent, ressortent dans les secteurs centraux.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Carte 58. Aires d'attractions théoriques définies par des zones tampons de 1 Km de rayon autour des structures sanitaires publiques et privées de premier contact à Abidjan en 2009



Quand bien même celle-ci est déterminée, la méthode des zones tampons pour définir les aires d'attraction potentielles autour des structures possède des inconvénients. Cette analyse aurait été, par exemple, plus pertinente si elle prenait en compte le réseau routier qui joue un rôle fondamental dans la capacité à être mobile, et à utiliser le système de soins.

Aujourd'hui, chaque patient doit pouvoir se soigner où il le souhaite et non dans le territoire d'attraction théorique auquel il est censé appartenir. Cette liberté dans le choix de son prestataire, dans un contexte urbain de forte diversification de l'offre de soins, met en exergue la désuétude des zones théoriques d'emprise autour des structures de soins. Démentis par l'usage et les pratiques effectives de l'espace, bon nombre de découpages territoriaux perdent ainsi de leur fonction opérationnelle en matière de planification sanitaire. C'est ce que nous souhaitons montrer par l'étude des aires d'attraction réelles des structures enquêtées.

IV.2. Les aires d'attraction réelles

IV.2.1. Les structures de premier niveau de soins infirmiers : des structures à faible et moyen rayonnement

Les cartes 59, 60 et 61 représentent pour chaque structure l'aire d'attraction, exprimée par la part de la population consultante provenant des divers quartiers de la ville. Nous avons travaillé uniquement sur les nouveaux consultants. Afin de comparer les aires d'attraction des structures de soins, il a fallu prendre en compte le poids démographique de chaque quartier et atténuer les déséquilibres aux extrêmes, les quartiers centraux comptent en moyenne 35 000 habitants et les quartiers périphériques seulement en moyenne 1 500 habitants. Nous avons donc procédé à une pondération des pourcentages de la population consultante par le pourcentage de gens qui consultent par quartier. Cela a permis de modérer le poids des quartiers périphériques ou autres, beaucoup plus peuplés que les secteurs centraux.

Pour une meilleure représentation cartographique des données statistiques pour définir les aires d'attraction des structures de soins, nous avons utilisé la méthode de discrétisation. La discrétisation doit permettre de conserver au mieux l'information géographique contenue dans la série statistique tout en permettant sa transmission par la carte, avec la meilleure lisibilité possible [Pumain et *al.*, 2004]. Pour cela, nous avons fait le choix de travailler sur la méthode des classes rondes. La multiplication du nombre de classes nous a permis de pouvoir travailler sur toutes les distributions et de pouvoir les comparer.

Les structures de soins infirmiers respectent la carte sanitaire. Les ESPC respectent en partie la zone de responsabilité qui leur a été définie par la carte sanitaire puisque la grande majorité des patients proviennent du secteur d'implantation de la structure. Par exemple pour le CSU-Com d'Anoumabo (Carte 59 a), 83,7% des nouveaux consultants proviennent du quartier et 6,9% proviennent des autres quartiers limitrophes. L'aire d'attraction de cette structure est très réduite, mais elle est en concordance avec la zone de responsabilité que lui a accordé la carte sanitaire. La localisation des FSU et FSU-com au sein du quartier semble avoir son importance. Si elles ont une position centrale dans ces espaces, elles auront plus de chances d'attirer la population environnante. Au contraire, si elles se situent à proximité d'une frontière, leur aire d'influence sera partagée entre ces deux quartiers.

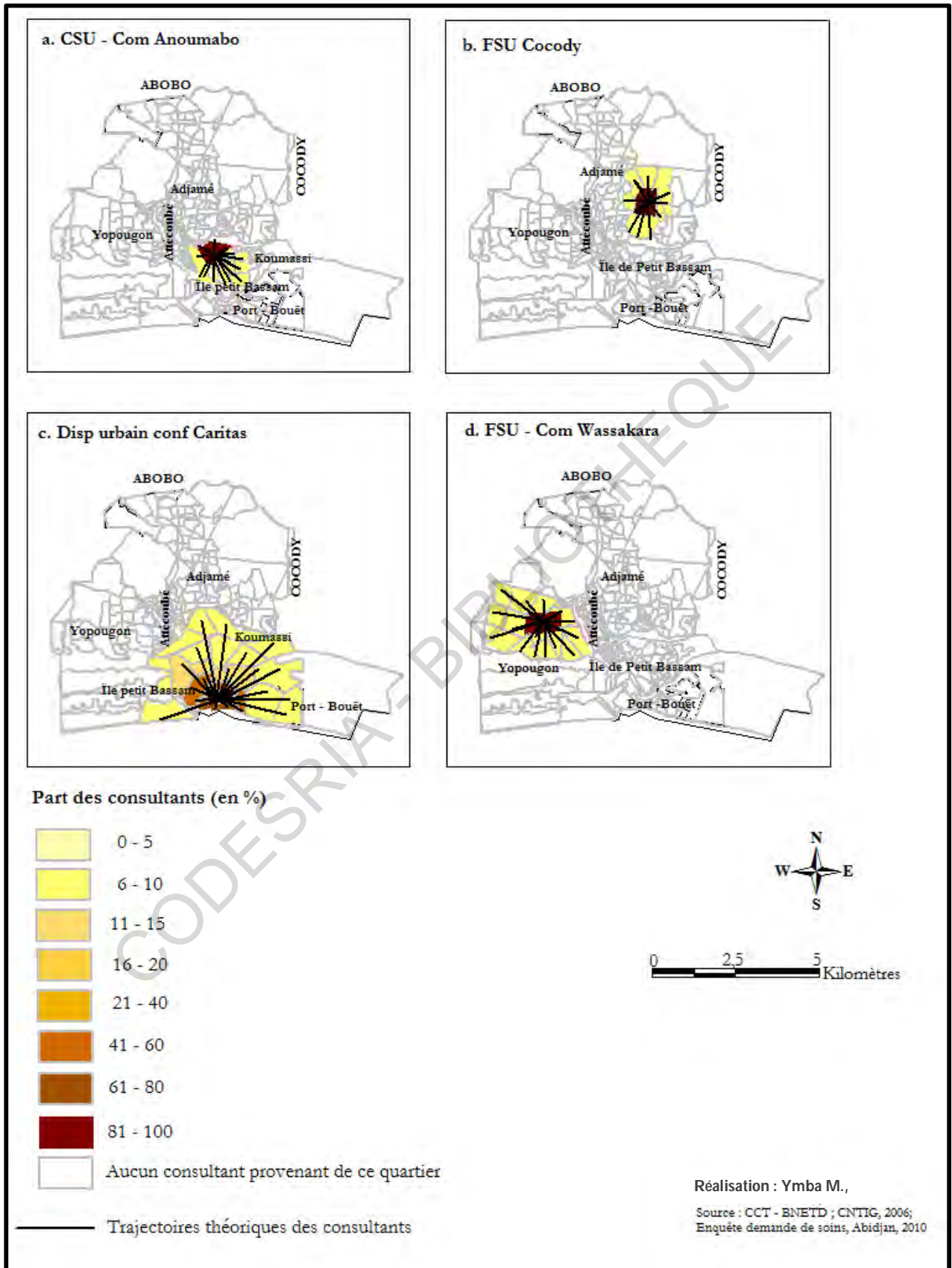
Les FSU-Com jouent également un rôle de proximité dans les zones qu'elles desservent. L'HG de Yopougon est situé dans les quartiers centraux de la commune de Yopougon, ainsi que les autres services de santé. C'est la FSU-Com de Wassakara qui est localisée en pleine porte d'entrée de la commune, à proximité des équipements urbains, qui lui confère une visibilité et une attraction importante des quartiers « enclavés » (Carte 59 d).

En ce qui concerne l'aire d'attraction du dispensaire urbain la Caritas de type confessionnel, associée au Ministère de la santé, il semble que l'influence soit plus large. L'aire d'influence de ce dispensaire s'étend à de nombreux autres quartiers pourtant plus éloignés, 35,8% des patients sont recrutés dans les quartiers nord de la commune. Néanmoins, la Caritas joue un grand rôle de proximité, elle recrute la majorité de ses patients au sein même du secteur où elle est installée (68%). Cependant, certains patients viennent même des quartiers des communes voisines (Carte 59 c). L'HG de Port-Bouët en tant qu'hôpital de district est censé couvrir l'espace du district sanitaire de Port-Bouët qui comprend la zone de localisation du dispensaire urbain la Caritas. Il est étonnant de voir que l'aire d'influence de la Caritas est plus grande que l'HG dans la diversité des provenances des patients, 15% des patients sont recrutés hors de la commune contre 7% pour l'HG de Port-Bouët. La Caritas, avec une forte activité, implique parfois un recrutement plus large, mais ce phénomène ne se vérifie pas pour l'ensemble des structures enquêtées.

Plusieurs facteurs tels que la localisation de la structure, les soins proposés, la réputation, l'ancienneté de la structure et les volumes d'activités déterminent les aires d'attraction des structures de soins.

Certaines structures de soins infirmiers jouent vraiment un rôle de proximité dans l'offre de soins, car ainsi que le montrent différentes études comme celle de Pikine au Sénégal, « *le recrutement des malades reste circonscrit à de petits espaces proches de la structure* » [Salem, 1998]. D'autres, grâce à la renommée de leur activité, ont une plus forte attractivité, tel est le cas de la Caritas.

Carte 59. Aires d'attraction des structures de premier niveau de soins infirmiers à Abidjan en 2009



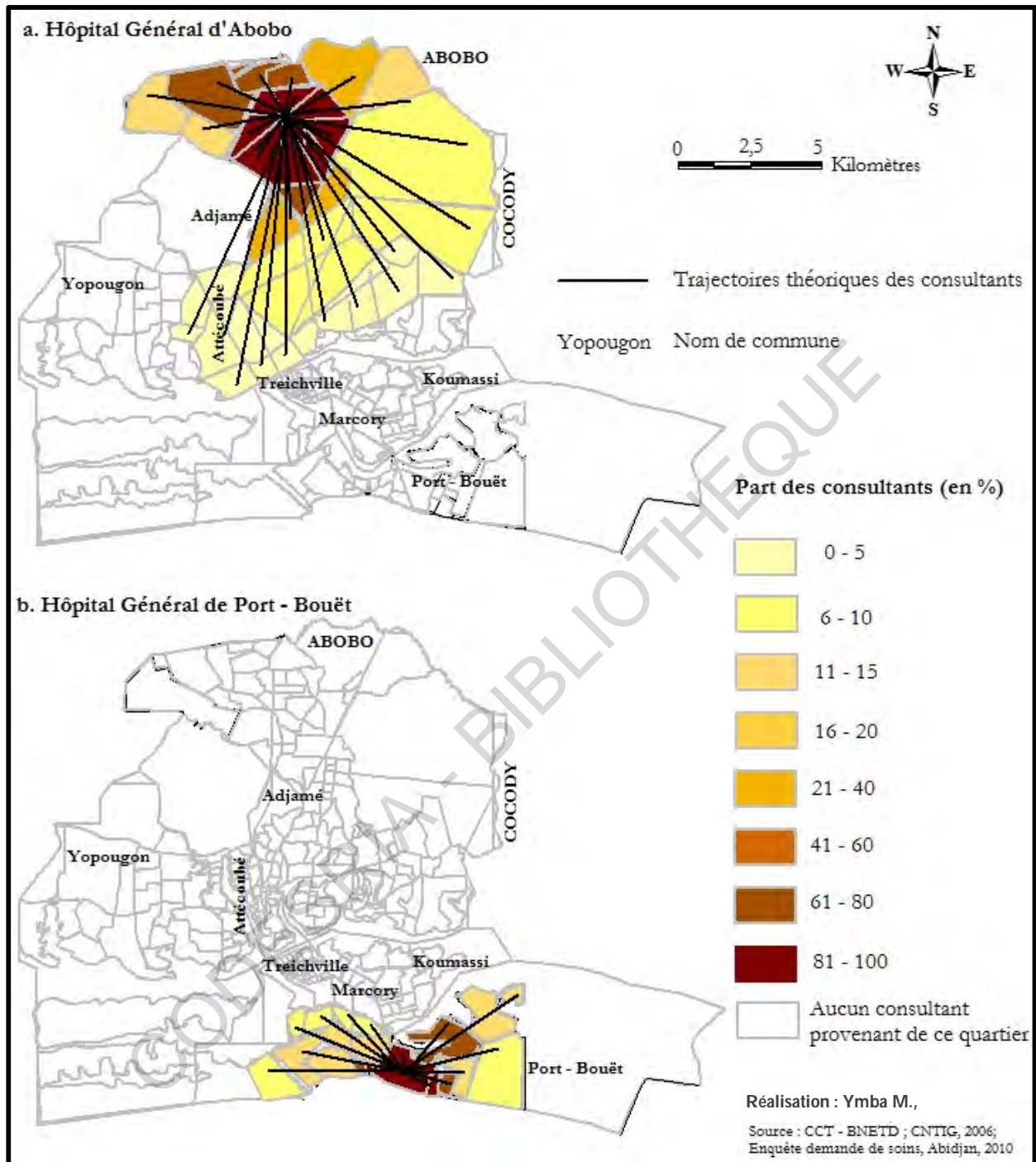
IV.2.2. Des structures à plus fort rayonnement

Les structures de soins de médecine générale des HG ont une influence plus étendue à travers la ville, en particulier à cause des services de spécialités médicales qui leur sont associés. La principale différence des aires d'attraction des services de soins infirmiers avec celles des services de médecine générale est que l'attraction ne s'arrête pas au seul secteur d'implantation de la structure. Nous ne sommes donc plus devant une offre de proximité.

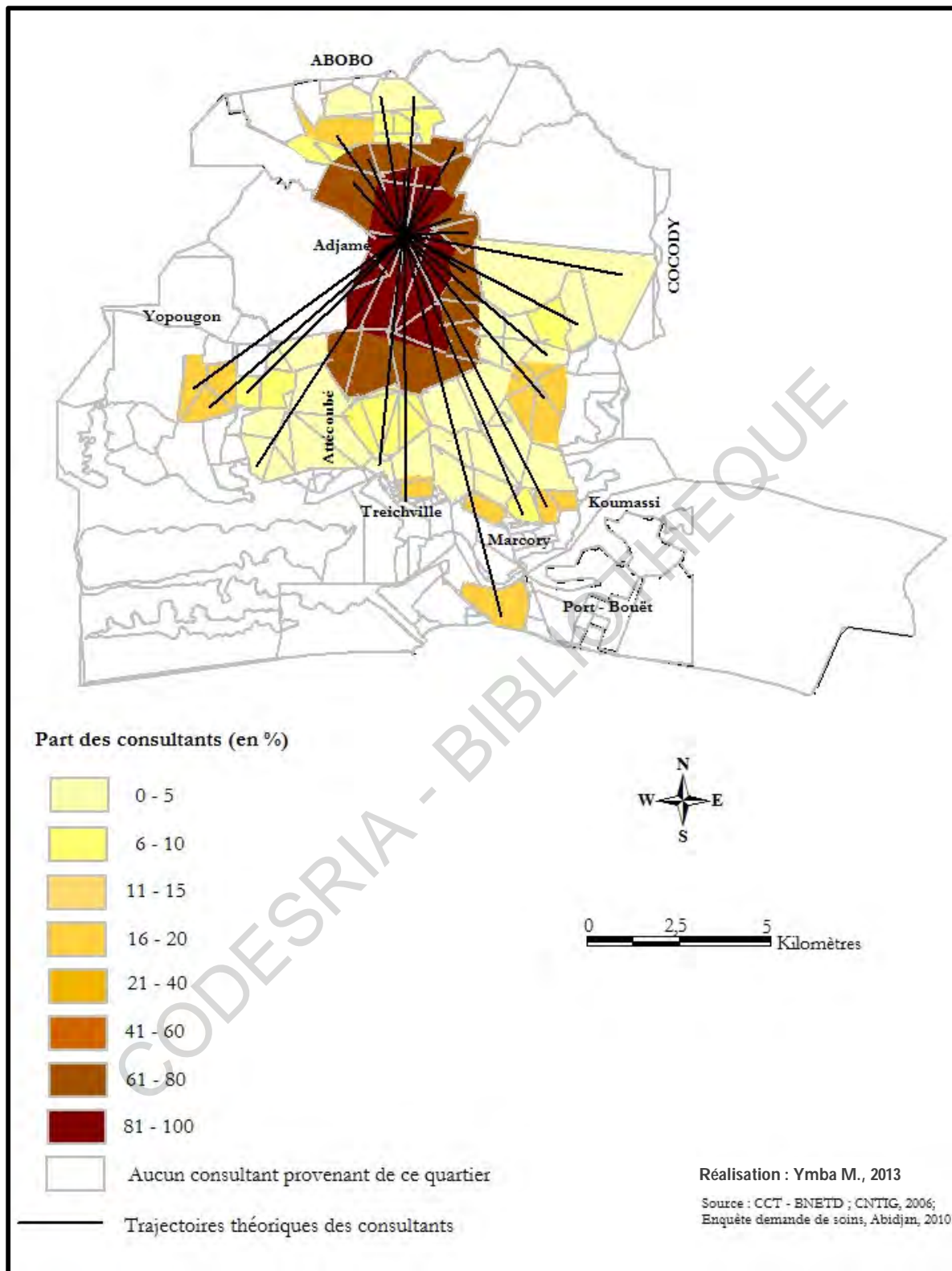
La part de la population consultante est beaucoup mieux répartie à travers la ville. Sur la carte 60, on peut déjà remarquer que l'ensemble des secteurs centraux ou périphériques est intégré à l'aire d'attraction du service de médecine générale. Le service de médecine générale dont la population consultante est la mieux répartie est celui de l'hôpital général d'Abobo. L'aire d'attraction du service se matérialise par une influence sur toute la moitié nord (Carte 60 a). Ce service recrute 75,4% des consultants dans les quartiers centraux et 45,3% représentant des consultants de l'ensemble des quartiers périphériques. Mais le recrutement ne s'arrête pas là, puisque les patients n'hésitent pas à défier les embouteillages dont souffre régulièrement la commune pour se faire soigner. La répartition de la population consultante met en avant une classe sociale moyenne et favorisée qui n'hésite pas à se déplacer pour consulter dans cet établissement.

Le service de médecine générale de l'HMA a visiblement une influence plus marquée sur les secteurs du Nord et du Centre de la ville (Carte 61). Enfin, l'aire d'attraction du service de médecine générale de l'hôpital de Port-Bouët se matérialise par une influence sur toute la commune (Carte 60 b). Les quartiers populaires fournissent plus de 78% des patients dans ce service de santé.

Carte 60. Aires d'attraction des structures (HG) de soins de médecine générale à Abidjan en 2009



Carte 61. Aires d'attraction de l'hôpital militaire d'Abidjan (HMA) en 2009



Les structures de soins enquêtées couvrent des territoires de tailles variables. L'analyse des aires d'attraction met en avant trois principaux facteurs déterminant de leur étendue : la localisation, le niveau de soins et le type de structure.

La localisation de la structure est un des facteurs définissant l'aire d'attraction d'un service de santé. D'après nos résultats, il apparaît clairement que les structures installées dans les

secteurs centraux possèdent une clientèle plus diversifiée que les structures installées dans les secteurs périphériques. Mais cette tendance n'est pas toujours vraie, car d'autres facteurs influencent l'emprise d'une structure de soins. Tout dépend en outre du niveau de soins : les FSU, les dispensaires et les FSU-Com, c'est-à-dire l'ensemble des structures de premier contact, n'ont pas vocation à recruter très loin leurs malades. Au premier contact des soins, la majorité des consultants reste plus ou moins confinée à l'espace de soins qui leur est dédié. À l'exception de la Caritas qui accueille des patients en provenance des communes environnantes (communes de Marcory et de Koumassi).

Dès le deuxième niveau de référence, les aires d'attraction s'étendent. L'essentiel des structures recrute toujours certains de leurs patients au-delà de l'aire théorique qui leur a été définie. Les patients qui fréquentent ces structures viennent pour la plupart des quartiers populaires et moyens standing de la ville d'Abidjan. Les patients des quartiers résidentiels sont beaucoup plus nombreux dans l'HMA.

Cela met en évidence le lien qui existe entre l'étendue des aires d'attraction et les volumes de l'activité, mais n'est pas une règle systématique pour toutes les structures. En effet, si les ESPC, quel que soit le volume de l'activité du service, ont une influence limitée à des espaces proches ; les HG en revanche, ont une forte attractivité du fait en partie du volume d'activités plus élevé qui suggère un recrutement plus large de patients.

IV.2.3. Aires d'attraction hors de la ville d'Abidjan

La part de la population consultante qui ne résidait pas à Abidjan au moment de la consultation n'apparaît pas dans cette série de cartes. Cette part est tout aussi un bon indicateur des aires d'attraction des structures de soins : plus elle est élevée, plus elle est le signe d'une forte influence sur le territoire. Le tableau 30 présente la part de la population consultante résidant hors d'Abidjan selon le type de structures. Les résultats confirment que le niveau des soins est un facteur important dans l'emprise de la structure sur son espace. La part de consultants résidant hors d'Abidjan est négligeable dans les structures de premier niveau de soins infirmiers alors qu'elle représente presque 17% dans les structures de médecine générale ou de spécialités médicales.

Tableau 30. Part de la population consultante ne résidant pas à Abidjan selon les différents types de structures

| Structures de soins | Part de la population consultante résidant hors de la ville d'Abidjan (%) |
|---|---|
| FSU de Cocody publique de soins infirmiers | 5,3 |
| FSU-Com Wassakara de soins infirmiers privés à but non lucratif | 2,1 |
| CSU-Com Anoumabo de soins infirmiers privés à but non lucratif | 4,6 |
| HG Abobo public de médecine générale | 15,8 |
| HG Port-Bouët public de médecine générale | 1,9 |
| HMA privé de médecine générale | 10,8 |
| Dispensaire urbain confessionnel la Caritas à but non lucratif | 8,9 |

Source : Registres des patients et nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités 2010-2011

IV.2.4. L'interprétation des aires d'attraction selon les caractéristiques de la population consultante et selon la morbidité diagnostiquée

L'objectif ici est de caractériser en fonction du sexe du patient, de son âge, de sa catégorie socioprofessionnelle, selon la possession ou non d'une couverture sociale, selon le type de diagnostic, le comportement spatial des consultants en fonction de la pathologie.

Nous avons émis l'hypothèse dans les chapitres précédents, que des facteurs tels que le sexe, l'âge peuvent influencer l'accès aux soins potentiels, réel d'un malade aux services de santé. Il est en effet, communément admis que certaines catégories démographiques notamment les femmes, les jeunes enfants et les personnes âgées requièrent un volume de soins de santé supérieur à la moyenne. Il s'agit là de différences universelles, fondées sur les caractéristiques biologiques de ces catégories. Pour les femmes, la maternité en est un exemple, qui n'épuise d'ailleurs pas les causes de leurs besoins de santé supérieurs à la moyenne. Force est cependant, de constater que ces catégories sont précisément celles qui passent pour avoir le moins bon accès aux services de santé dans le tiers monde, en particulier les femmes et les enfants [Richard, 2001].

Qu'en est-il réellement pour les habitants d'Abidjan ? Certains groupes démographiques y connaissent-ils une sous-utilisation relative des services de santé ? Quels groupes et pour quels services de santé ?

Pour créer les cartes des aires d'attraction, nous avons pondéré les taux de consultations par la population des quartiers, ceci étant fait, nous n'avons pas réutilisé ces chiffres pour dresser d'autres cartes d'attraction selon l'âge, le sexe ou la profession du patient. Cependant, nous émettrons quelques hypothèses.

Nous avons émis des hypothèses, selon laquelle l'attraction des divers services de santé n'est pas homogène ?

On a remarqué par exemple que les groupes à risques utilisent de façon préférentielle les services de santé les plus proches quel que soit le niveau de référence, pour minimiser les coûts de la distance.

Pour le type de diagnostic, il apparaît évident qu'un individu n'a pas le même comportement vis-à-vis de la maladie si cette dernière est connue et fréquente (paludisme), si elle est plus rare (accident cardiovasculaire) ou chronique (cancer) ou encore si elle est urgente (diarrhée).

Nous avons noté que la part de la population consultante par quartier varie très faiblement selon le sexe et que les différences observées sont principalement dues aux fluctuations d'échantillonnage, les tests du Chi² étant non significatifs. Nous ne pouvons donc pas conclure à des pratiques spatiales différenciées entre hommes et femmes. Pourtant, nous émettions au départ l'idée que les hommes, plus mobiles et disposant de plus d'argent, viendraient de plus loin pour se faire soigner. Cette hypothèse est confirmée dans l'étude de Tursz et Crost [1999]. La distance entre le domicile et le service de santé est un facteur discriminant de la fréquentation des services entre les hommes et les femmes, dans le sens où on parcourt de plus grandes distances pour consulter pour une femme. De nombreux facteurs sont à la source de cette discrimination entre les sexes, déjà maintes fois relevée comme la catégorie socioprofessionnelle du père, le niveau d'étude de la mère et son statut social, la taille et la composition de la fratrie ou encore les facteurs culturels ou religieux.

Nous imaginions aussi aisément que les individus possédant une prise en charge de leurs soins de santé auraient une plus grande liberté dans le choix de leur service de santé et par conséquent n'hésiteraient pas à recourir plus loin.

Nous pensons également que le sexe de l'agent de santé influence partiellement le choix d'un service de santé, les adultes de chaque sexe préférant consulter un agent de leur sexe.

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles, les ménagères, souvent contraintes de rester dans la sphère domestique du ménage, connaissent une mobilité réduite. Ce facteur influencera forcément le choix d'une structure de proximité pour se soigner ou soigner leurs enfants. Quant aux travailleurs, nous pouvons imaginer que leur espace de soins est bien plus large grâce à leurs déplacements journaliers. De plus certains d'entre eux bénéficient d'une couverture sociale. Et pour l'âge, les liens avec la mobilité sont aussi prégnants.

IV.3. Effet de la distance dans la demande de soins

Étudier les aires d'attraction des services de santé, permet aussi de s'intéresser au couple distance/temps [Othingue, 2005]. Intuitivement, la logique voudrait que le trajet le plus court qu'emprunte un individu jusqu'au centre de soins dans lequel il souhaite être pris en charge, soit le meilleur. La réalité est toutefois bien plus complexe.

D'après la géographie comportementaliste, l'influence de la distance varie en fonction de l'utilité que la personne attribue au lieu vers lequel elle se déplace. Le choix en matière de recours aux soins n'est pas toujours celui du service le plus proche. Il est basé sur le principe de « *l'utilité-attractivité* » [Lacoste, 2002].

Notre hypothèse est que l'aire d'attraction des services de santé diminue avec l'accroissement de la distance. La distance joue le plus souvent un rôle frein dans les recours aux soins. Mais la question se pose-t-elle avec la même acuité en milieu urbain ? Quelle est l'influence de la proximité ou de l'éloignement des structures de soins sur l'utilisation des services de santé ?

La question de la distance/temps sera davantage étudiée dans la dernière partie de notre travail consacré aux pratiques citadines du recours aux soins en y intégrant le facteur coût au couple distance/temps.

Pour notre analyse sur les effets de la distance, nous avons choisi d'analyser la distance euclidienne entre le service de santé et le quartier de provenance du consultant. Il s'agit donc d'une distance théorique mesurée en kilomètres que nous avons par la suite regroupée en classe. Grâce aux registres de santé, nous avons pu avoir les informations sur la provenance des patients, car le personnel de santé y indique chaque visite et nouvelle consultation. Il est, dès lors, possible de constituer une base de données de provenance des patients, comme nous l'avons fait pour l'année 2009-2010.

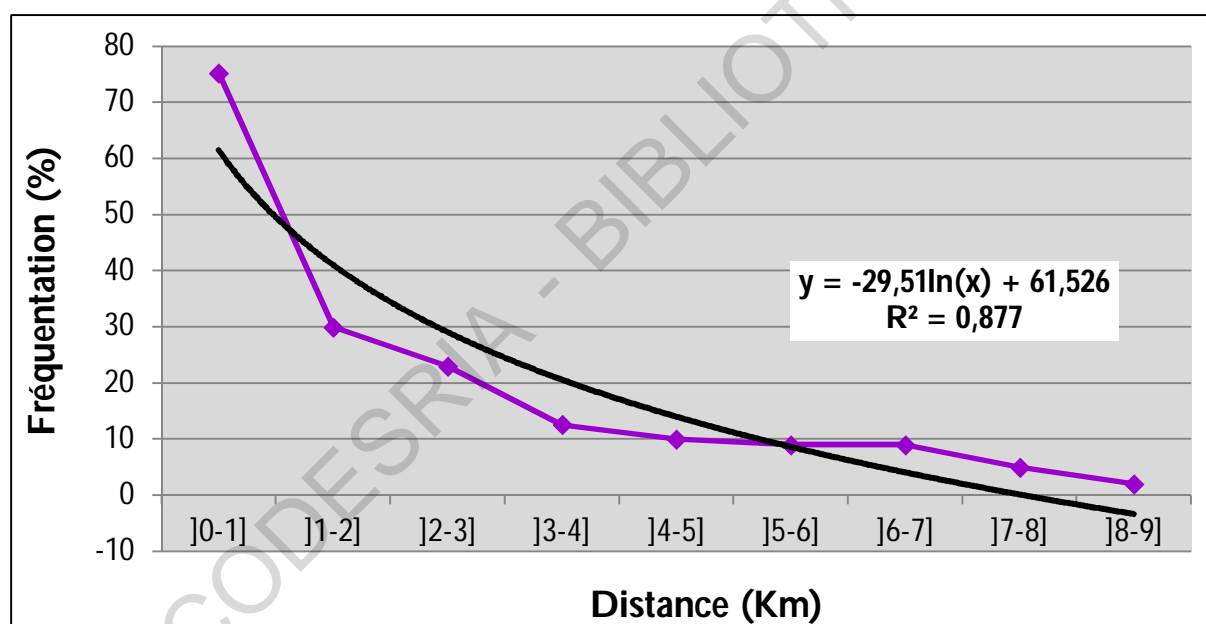
L'objectif poursuivi à travers cette démarche est de définir le rôle déterminant de la distance dans la demande de soins en fonction du type de structure identifiée. Nous ne présenterons donc pas un graphique pour chaque structure enquêtée, mais un graphique pour chaque type de structures selon notre classification, c'est-à-dire un graphique pour la FSU, pour la FSU-Com, pour le dispensaire confessionnel, pour l'HG et pour l'hôpital privé HMA.

Les graphiques mettent en relation la fréquence des consultants pour un service de santé en fonction de la distance parcourue pour se rendre dans ce service.

IV.3.1. Le rôle de la distance sur les comportements des consultants selon les types de services de santé

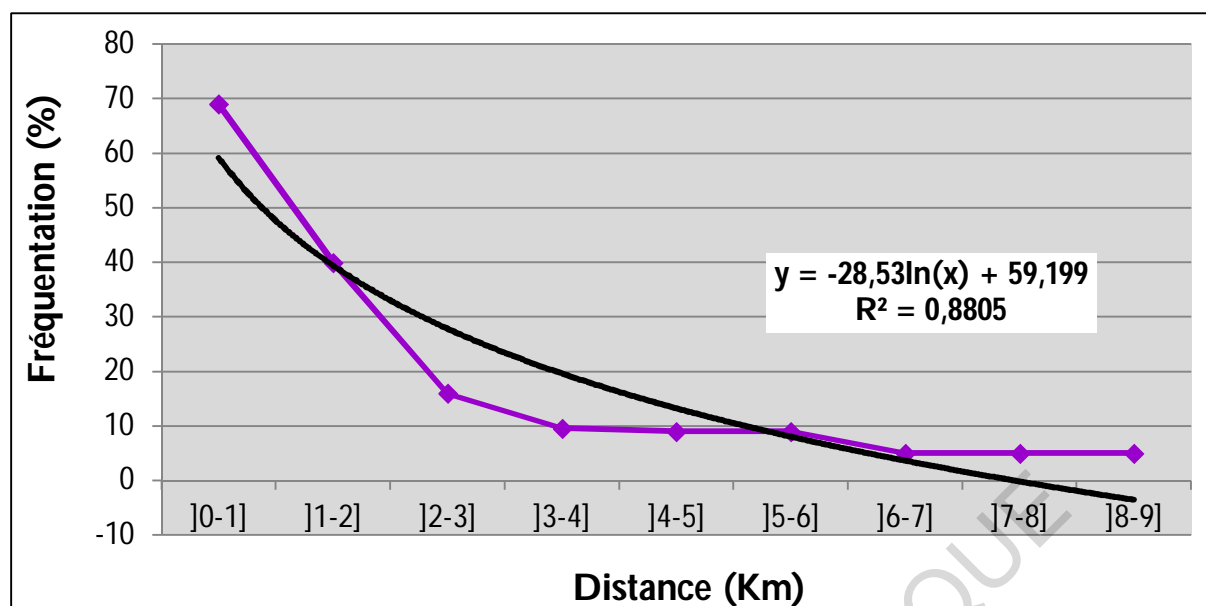
Le graphique 18 représente la fréquentation des services de santé de la FSU à but communautaire (FSU-Com) de Wassakara en fonction de la distance. À la vue des résultats, on peut dire que la FSU-Com de Wassakara joue complètement son rôle de structure de proximité dans la réalisation des soins de santé primaires. En effet, 75,3% des consultants ont été recrutés à moins d'un kilomètre de la structure et 12,6% des consultants ont parcouru entre 3 et 4 Km. Et il en est ainsi pour l'ensemble des FSU-Com et des CSU-Com de la ville. Ainsi, l'aire de responsabilité théorique définie par la carte sanitaire semble correspondre aux vraies pratiques des consultants. On imagine en revanche que pour les FSU-Com situées à la frontière des quartiers, la population consultante se répartit sur plusieurs structures et par conséquent le rayon de recrutement peut s'agrandir. Ici, la fréquentation du service de santé diminue considérablement avec l'augmentation de la distance, plusieurs kilomètres à parcourir représentent un coût important pour les populations que s'ils résidaient plus près du service de santé.

Graphique 18. Fréquentation de la FSU-Com de Wassakara en fonction de la distance



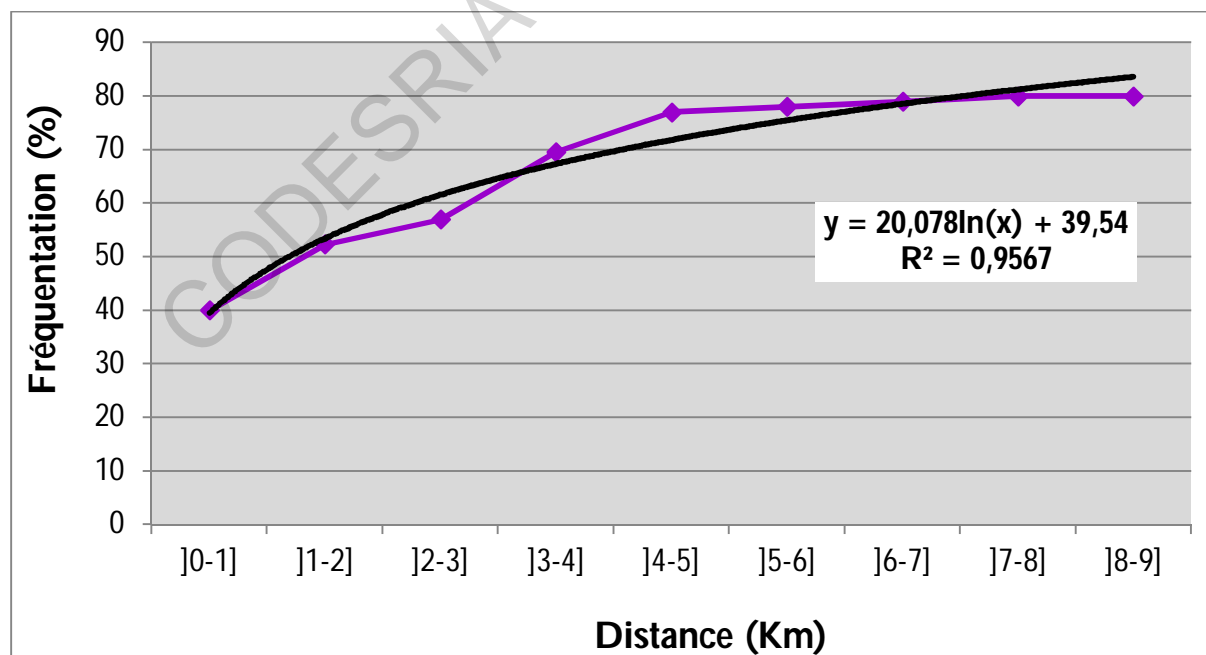
Source : Registres de patients et nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités 2010-2011

Le graphique 19, représente la fréquentation de la FSU de Cocody en fonction de la distance. De la même manière que pour les FSU-Com et des CSU-Com, presque 70% des consultants ont parcouru entre 0 et 1 kilomètre. À moins de 3 kilomètres, la structure n'obtenait que 16% de sa population consultante. L'influence de la FSU à l'échelle du quartier est donc très importante. Le facteur distance est l'un des déterminants de l'utilisation de ce type de structure. La fréquentation de la FSU diminue donc de façon significative avec l'importance de la distance.

Graphique 19. Fréquentation de la FSU de Cocody en fonction de la distance

Source : Registres de patients et nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités 2010-2011

Le graphique 20 représente l'utilisation des services de santé du dispensaire urbain confessionnel la Caritas en fonction de la distance. La courbe est régulière, la preuve en est le fort coefficient de corrélation ($R^2 = 0,9567$) entre la part de la population consultante et la distance. Cette structure obtient 77% de sa population consultante dans un rayon de 5 kilomètres. C'est le plus large recrutement observé parmi les structures de santé de premier contact enquêtées.

Graphique 20. Fréquentation du dispensaire urbain confessionnel en fonction de la distance

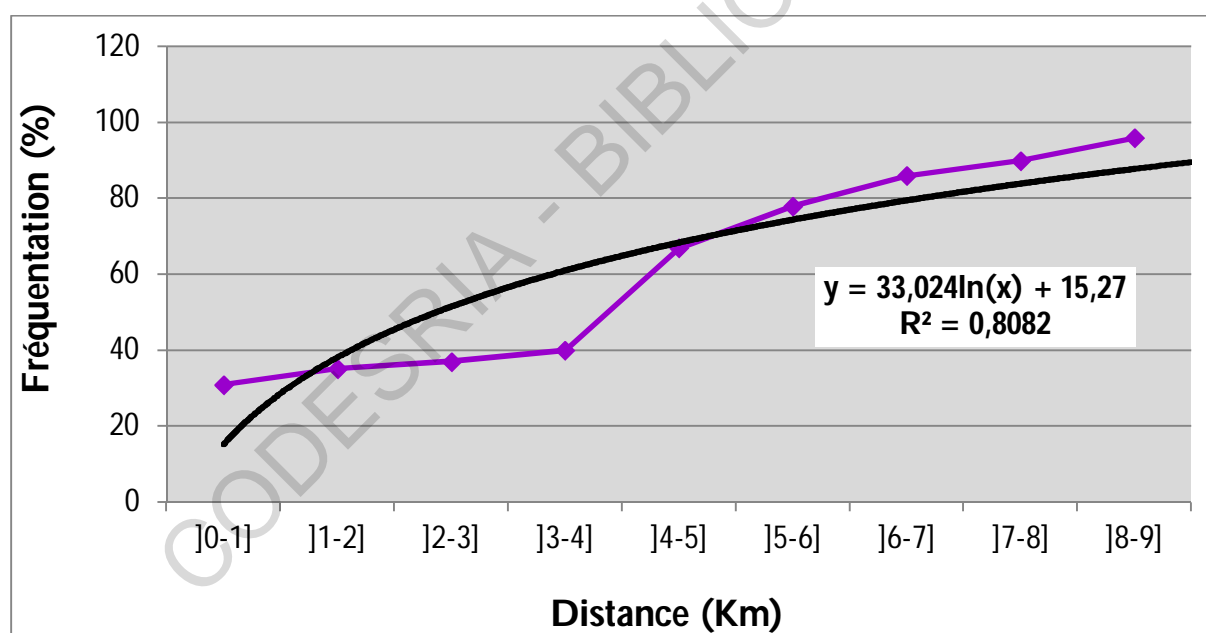
Source : Registres de patients et nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités 2010-2011

Cette structure sanitaire a une aire d'influence importante, pourtant, elle est localisée à 500 m de l'HG de Port-Bouët. Cette implantation crée des relations complémentaires que concurrentielles, dans la mesure où le dispensaire urbain accueille et accompagne les

malades quelle que soit leur classe sociale. Des services difficiles à trouver à l'HG de Port-Bouët, qui demande toujours aux patients de payer avant d'être pris en charge. Sans le savoir, l'HG de Port-Bouët participe à l'aire d'influence de la Caritas dans le district sanitaire de Port-Bouët.

Le graphique 21 représente la fréquentation de l'HG d'Abobo en fonction de la distance. Cette courbe ressemble dans sa forme à celle du dispensaire urbain confessionnel la Caritas, mais les patients ont une provenance diversifiée et viennent de plus loin encore : à quatre kilomètres, le service n'a obtenu que 40% de la population consultante. Le niveau d'utilisation augmente à partir de 6 kilomètres où les consultations atteignent 78%. L'attraction d'une structure de santé sur une population donnée n'est pas seulement fonction du type d'établissement et de sa localisation dans la ville. Elle est également fonction des activités médicales dispensées. L'HG d'Abobo offre diverses spécialités médicales, à des prix de consultations défilants toute concurrence, ce qui attirent des patients hors de son aire d'influence locale. Il accueille 29% de patients venus des autres communes de la ville d'Abidjan. Ici, peu importe l'importance de la distance, ce qui intéresse les patients ce sont les activités et les bas prix des prestations et des médicaments pratiqués par l'HG qui ne désemplit pas. Le facteur distance est donc moins pris en compte par les malades et leurs familles ici.

Graphique 21. Fréquentation de l'HG d'Abobo en fonction de la distance

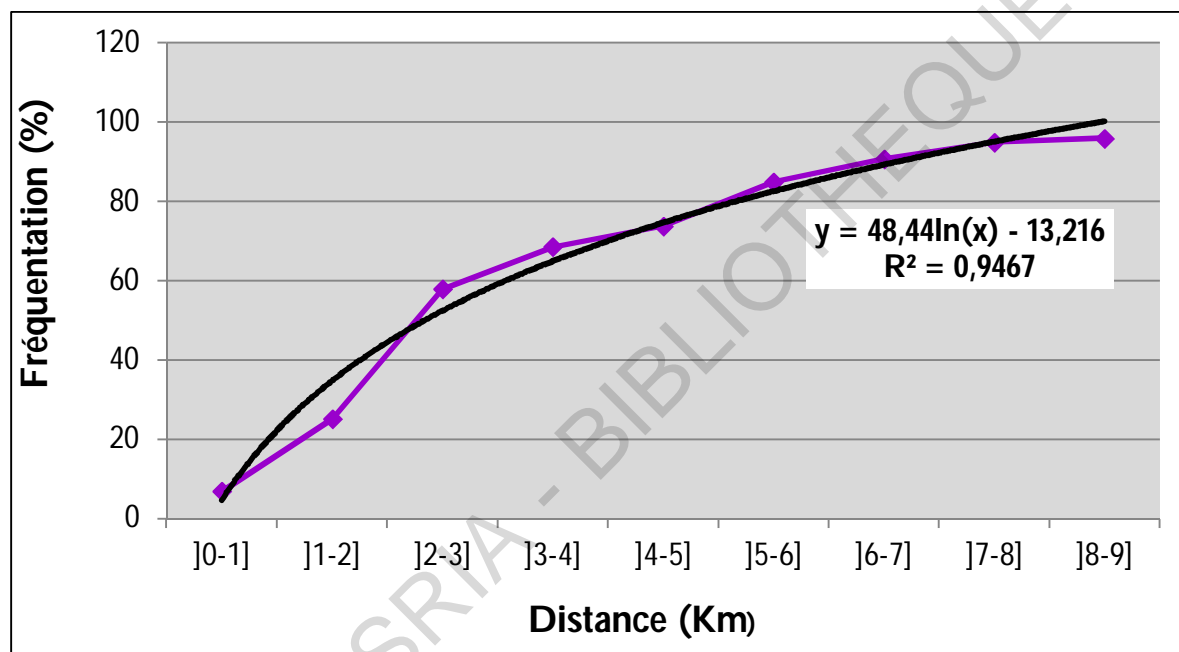


Source : Registres de patients et nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités 2010-2011

Lors de notre enquête, nous avons constaté effectivement que tous les lits d'hospitalisations étaient occupés et même sur-occupés. La salle d'opération était utilisée presque chaque jour ouvrable, sans parler des urgences la nuit et les week-ends. Les files d'attente s'allongeaient également devant le ou les cabinets de consultations de l'HG d'Abobo et les laboratoires d'analyses. Les nombreux accompagnateurs et visiteurs des patients hospitalisés animaient l'HG et sa cour où l'on préparait les repas, faisait la vaisselle, la lessive, causait et se reposait, etc. Si les heures de visites n'avaient pas été mises en place par l'HG comme c'est le cas dans les autres HG, on assisterait à la création de foyer dans l'HG d'Abobo.

Le graphique 22 représente l'utilisation du service de santé de l'HMA en fonction de la distance. La courbe n'a plus la même allure, car dans un rayon de 2 kilomètres, seulement 25,2% des malades ont été recrutés et il faut considérer une distance de 5 kilomètres pour obtenir 85% de la population consultante. Son aire d'influence sur le territoire est donc plus importante. Les malades viennent de plus loin pour consulter à l'HMA, mettant ainsi en évidence le rôle de l'HMA au sein de son district sanitaire. En effet, l'Hôpital Militaire d'Abidjan accueille dans sa grande majorité des militaires et leurs familles couvertes par l'assurance maladie de toutes les communes de la ville d'Abidjan et même des sous-préfectures d'Ayama et de Bingerville. Les patients "normaux" viennent pour la plupart des quartiers situés à proximité de l'HMA. Ici, on pourrait dire que l'utilisation de l'HMA augmente avec l'importance de la distance.

Graphique 22. Fréquentation de l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA) en fonction de la distance



Source : Registres de patients et nos enquêtes sur la demande de soins et l'évaluation des activités 2010-2011

La relation des fréquences de la population consultante et la distance en terme métrique n'est peut-être pas le choix le plus pertinent, car c'est une simple distance géométrique. De nombreuses études ont montré son rôle moindre à l'échelle intra-urbaine [Mizrahi, 1992]. En effet, que vaut la prise en compte de la distance en ville où les moyens de transport sont plus diversifiés et le réseau routier suffisamment dense qu'en milieu rural et où les distances sont réduites du fait de la multiplication des structures de soins et de l'urbanisation croissante. Traduire cette distance métrique par le temps de trajet, le coût du trajet ou par le tarif de la consultation pourrait permettre de s'affranchir des difficultés liées à l'échelle.

Ce travail va se poursuivre d'une part, par l'analyse de la fréquentation des services de santé par sexe, par âge, par diagnostic ou par profession en fonction de la distance dans la troisième partie. L'absence de certaines données dans les registres ne nous a pas permis de faire cette analyse, cependant les enquêtes domiciliaires nous permettront de mettre en rapport le recours à l'offre de soins, les caractéristiques démographiques, la morbidité diagnostiquée chez les ménages et la distance.

Et d'autre part, par l'étude des aires d'attraction des autres offres de soins (tradipraticiens, les cliniques chinoises, les églises thérapeutiques) qui représentent également

des espaces de soins des populations. Ces praticiens ne tiennent pas de registres rigoureux comme les services de santé moderne, mais l'analyse des recours thérapeutiques des ménages nous aidera à mener cette étude.

Conclusion du chapitre III

Finalement, qu'est-ce qui influence vraiment l'aire d'attraction d'une structure : la localisation, la qualité des soins, la qualité de l'accueil, celle du personnel soignant, le type de soins, la pathologie ressentie ? Ces facteurs peuvent-ils l'emporter sur la proximité des soins ? Nous sommes tentés de répondre à cette dernière question par la négative, car la liberté dans le choix de la structure est restreinte pour les populations vulnérables qui n'ont d'autre alternative que de choisir l'offre de soins la plus proche. Et il nous faut rappeler que cette proximité physique ne doit pas être assimilée à une meilleure utilisation de l'offre de santé [Joseph et Phillips, 1984]. Les distances physiques parcourues ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit d'une consultation chez un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou un infirmier. Certains groupes subissent cette distance plus que d'autres comme les femmes qui, au sein des ménages, n'ont pas toujours l'usage d'un moyen de déplacement même s'il existe. Cependant, nous n'avons trop mis ces tendances en exergue. Les enquêtes domiciliaires menées dans les quartiers d'Abidjan expliqueront plus amplement ces différences.

Quant aux activités des différentes structures de soins étudiées, le partage de l'espace se fait selon la taille de la population consultante et sa localisation. À compétences et fonctions égales se dessinent des aires d'attraction délimitées par l'intensité et l'origine des flux de patients. Les trajets qu'empruntent les patients sont plus ou moins longs et dessinent des territoires à géographie variable [Picheral, 1998]. Grâce à ce genre d'enquête, complétée par une localisation précise de l'usager des soins, un enregistrement du trajet qu'il emprunte et le moyen de déplacement utilisé, il serait donc possible de dessiner pour chaque structure sa propre géographie.

Certaines structures marginalisent une population par l'application de tarifs hors de portée des populations des classes moyennes, tandis que d'autres types de structures s'approprient au contraire, certaines spécificités d'une clientèle par la prestation de soins spécialisés, mais aussi par les relations que la structure et le personnel soignant entretiennent avec la communauté du quartier. Chaque structure dessine donc son propre territoire qu'il faut confronter avec les territoires des usagers du système de soins.

Les phénomènes de complémentarité, substitution ou concurrence entre les secteurs de santé doivent s'étudier à des échelles beaucoup plus petites, ce qui n'est pas permis dans le cadre de notre étude puisque nous n'avons pas enregistré l'exhaustivité de l'activité des structures de soins à Abidjan.

Pour les raisons que nous avons précisées précédemment, les aires d'attraction des structures publiques ne se chevauchent pas. Au sein des quartiers, l'offre de soins primaires apparaît plutôt complémentaire de celle des HG. Néanmoins, on pourrait voir parfois dans la faible attractivité de certains dispensaires ou FSU un effet de concentration dans les HG. Tel est le cas de l'HG d'Abobo.

L'aire d'attraction est le reflet de l'image de marque d'un établissement, car plus la renommée d'un établissement est grande, plus son aire d'attraction est étendue. Les

structures ont donc intérêt à gagner en visibilité grâce à des réseaux de connaissances, des affichages publicitaires et à une bonne signalétique. Cette politique est beaucoup plus visible dans les services de santé privés. Le choix de la localisation des établissements privés doit donc être pris en concertation avec l'offre préexistante. Dans l'objectif de rentabilité et d'efficacité des structures de soins, la définition des aires d'attraction est donc indispensable pour une meilleure planification.

Certaines structures s'organisent en réseau comme le groupe la Caritas avec des structures de soins gérées par des ONG. Ils connaissent une renommée bien au-delà des limites de la commune qui concurrence dans certains cas le centre hospitalier de Port-Bouët. Il comble ainsi les insuffisances ou les lacunes du système de soins « officiel », mais contribue aussi à le rendre plus complexe.

Enfin, derrière l'analyse des aires d'attraction se cache la question de l'accès aux soins. En effet, deux des cinq dimensions de l'accès aux soins définis par Penchansky et Thomas [1981] concernent l'analyse des aires d'attraction : la disponibilité et l'accessibilité (les trois autres étant l'ajustement des ressources sanitaires, la capacité financière des utilisateurs et l'acceptabilité des soins). En théorie, l'accès aux services de santé devrait se fonder uniquement sur les besoins de santé, mais de multiples facteurs affectent l'accès aux soins [Roováli et Kiivet, 2006]. La distance et la disponibilité financière sont considérées comme les principaux obstacles des recours aux soins en milieu rural comme en milieu urbain. Et cette accessibilité physique ou matérielle du système de soins ne présume donc pas de son utilisation effective ou efficace.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Conclusion de la deuxième partie

Cette deuxième partie a mis en adéquation l'offre de soins moderne et les besoins de soins dans la ville d'Abidjan. Nous sommes allés très loin dans notre étude, car en général, les études sur l'adéquation entre offre et besoin ne prennent pas en compte le volume de l'activité du système de soins et les aires d'attraction. Cela nous a permis de relever les problèmes de santé et traduire le niveau de l'offre de soins et des principales activités. Nous avons associé l'utilisation des services de santé en tant que processus de choix de traitement et de guérison entraînant une consommation de soins et suscitant un déplacement dans la ville.

C'est sur ce dernier point que notre enquête apporte un bon éclairage à notre étude. En effet, l'étude de la demande de soins forme un important révélateur des relations qu'entretiennent les structures de soins et les potentiels consommateurs de ces soins. Nos analyses offrent donc un vaste ensemble de connaissances sur les caractéristiques des consultants en milieu urbain. Le système de soins est marqué par une sous-fréquentation des structures, alors que nous avons diagnostiqué des besoins de soins réels. La population abidjanaise ne subit pas de la même façon les distances aux services de soins qu'elles soient physiques ou économiques. Enfin, cette étude permet de mettre en évidence des catégories vulnérables comme les personnes âgées très peu présentes dans les structures de soins qu'elles soient privées, publiques, de premier ou deuxième échelon de soins.

Nous sommes passés de l'analyse de l'adéquation entre offre et besoin à l'analyse des disparités d'utilisations relevées au travers des différences de volumes de consommations à une demande de soins différentielle, pour conclure à une différenciation des pratiques. En quelque sorte, le système de soins propose une offre figée et la population en dispose en fonction de ses capacités de réaction face à la maladie.

Dans la première partie, nous avons mis en exergue les zones moins dotées en structures sanitaires à travers l'étude de la répartition et de la distribution des services de santé. Nous avons montré que la localisation de l'offre de soins était porteuse d'inégalité en matière d'accès. Dans la seconde partie, nous avons confronté cette offre aux besoins de soins dans les lieux de résidences des citoyens, afin de relever les inégalités socio-spatiales et identifier les zones et populations fragiles pour l'accès aux soins. Les résultats ont montré que l'offre ne se répartissait pas là où les besoins de soins étaient les plus importants.

L'étude des activités des services de santé nous permettait de voir si la consommation médicale était importante, vu les besoins relevés et si la localisation des établissements sanitaires avait un impact sur leur utilisation. Il est apparu que l'activité des structures de soins dépendait moins de la localisation géographique des structures de soins.

Le volume de l'activité et la nature de la fréquentation d'une structure sont moins reliés aux caractéristiques socio-démographiques du quartier dans lequel la structure est implantée. Une structure de base reste donc une structure de base quelles que soient les caractéristiques du quartier. Si la localisation n'influence pas la demande de soins, celle-ci est avant tout déterminée par le type de structure.

Ce rôle moindre du facteur « localisation » est en partie dû au fait que la distance en ville compte moins dans l'accessibilité aux soins. L'aire de recrutement d'une structure n'est alors pas forcément à l'image du quartier, mais la population consultante d'un service de soins est en réalité clairement déterminée en fonction du niveau et du secteur de soins de celui-ci.

Au final, cette enquête offre une image fixe de la consommation médicale à un moment donné et dans un lieu donné, mais elle ne nous dit rien des raisons qui ont déterminé ces recours, ni du parcours thérapeutique que le patient a pu effectuer avant ou après la consultation enregistrée. Elle n'apporte en outre aucune information sur les vrais états de santé [Fassin et *al.*, 1991]. Les registres de consultations ne fournissent qu'une image de l'activité des structures de soins et ne permettent pas de s'intéresser aux besoins ressentis. Les enquêtes domiciliaires semblent indispensables pour mieux renseigner les conditions dans lesquelles s'inscrivent les pratiques du recours aux soins.

Ainsi, nous pourrions répondre à ces questions :

Comment se soignent les populations abidjanaises ? Qui se soigne où (nature du service de santé et localisation) ? Pour quel problème de santé se soignent-elles (nature du problème de santé et diagnostique) ? Et pourquoi se soignent-elles-là plutôt qu'ailleurs ? À quel stade de la maladie vont-elles chez un professionnel de la santé pour se faire soigner ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TROISIÈME PARTIE

**LES COMPORTEMENTS DE RECOURS
AUX SOINS DES MÉNAGES DE LA VILLE
D'ABIDJAN**

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Introduction de la troisième partie

Nous nous sommes intéressés dans la deuxième partie de cet ouvrage à l'activité officielle du système de soins moderne et son aptitude à répondre aux besoins de soins de santé de la population abidjanaise à travers l'analyse de la consommation médicale des services de santé. Rappelons que le problème n'est pas tant de savoir si le diagnostic enregistré est fiable ou pas, que de savoir si tel problème de santé donne lieu à un recours spécifique tant au niveau des prestations médicales (soins infirmiers, de médecine générale ou de spécialité médicale) que des secteurs de soins (privé, public, parapublic ou confessionnel). Nous avons voulu voir si le niveau de besoins de soins importants décrits dans les lieux de résidences était suivi d'une demande de soins. Or, nous avons pu voir que les enquêtes visant à mesurer le volume d'activités d'une structure et à déterminer le profil de sa population consultante ne nous permettaient pas réellement de décrire des recours spécifiques puisque les résultats étaient simplement le reflet de la consommation de soins par les individus ayant eu recours au système de soins officiel et moderne. C'est pourquoi les enquêtes domiciliaires apparaissent comme un outil indispensable pour compléter cette analyse. Elles restent l'unique moyen d'obtenir des informations sur l'état de santé des utilisateurs, du recours effectif à la médecine moderne et des non-utilisateurs des services de soins, et de fournir des données sur la morbidité perçue et ressentie par une population, qui entraîne une « *recherche en soins de santé* » [Develay, 1993], précepte que nous analyserons.

Nous souhaitons pouvoir fournir à partir des enquêtes domiciliaires, des éléments de compréhension à la mauvaise fréquentation des services de soins, au problème d'accès aux soins, ainsi qu'à la bonne utilisation des services de santé par certains citoyens, à repérer les différents recours thérapeutiques pratiqués et les facteurs jouant sur les différentes alternatives thérapeutiques et les déterminants d'accès aux structures de santé. Nous espérons pouvoir identifier ainsi les principaux facteurs qui limitent l'accès aux soins, les comportements à risques chez les populations lors de leur recherche de soins et les représentations, connaissances, attitudes et pratiques des populations face aux maladies.

Les taux de recours à l'offre de soins moderne sont très faibles dans les pays d'Afrique subsaharienne. En 2000, ils étaient en moyenne de 0,05 à 0,3 consultation curative par personne et par an au Mali, et de 0,4 en Côte d'Ivoire alors que la France enregistrait 3,2 consultations par personne et par an chez un généraliste et le Royaume-Uni 4,9 [PNUD, 2002]. En ville, alors que l'offre de soins est abondante et disponible, les taux de recours ne sont pas pour autant meilleurs. Améliorer l'accès aux soins, a été une priorité nationale, car le gouvernement ivoirien et les partenaires internationaux du développement ont soutenu d'importants investissements pour construire et équiper des services de santé et en particulier les centres de santé de base de tout le pays et plus particulièrement à Abidjan.

Pourtant, malgré une augmentation considérable du nombre d'infrastructures sanitaires et de leur disponibilité, les taux d'utilisations et de fréquentations des services de santé moderne dans les communes de la ville d'Abidjan restent faibles et les indicateurs de santé demeurent très préoccupants et les besoins de soins sont importants.

Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer la sous fréquentation des services de soins. L'inaccessibilité financière aux équipements de soins pourrait être la source majeure de non recours aux soins. Mais d'autres types d'accessibilité doivent être étudiés comme l'accessibilité culturelle ou anthropologique ou sociale. Rappelons-le, nous avons défini l'accès sous cinq dimensions d'après les études de Thomas et Penchansky, 1981. Cette

définition a montré que l'accès ne se limitait pas uniquement à l'accès financier ou physique. Notre objectif dans cet ouvrage est de tenir compte de ces dimensions dans l'analyse du recours aux soins. L'enquête domiciliaire est nécessaire pour nous permettre d'atteindre ce but.

Comme l'utilisation des services de soins dépend de multiples facteurs comme l'environnement culturel, social, économique et domestique, les caractéristiques du malade et de sa maladie, les caractéristiques des services de soins, ainsi que l'interaction entre ces facteurs [Joseph et Phillips, 1984 ; Kroeger, 1985], nos enquêtes domiciliaires se devaient de prendre en compte bien plus que la simple décision de recourir ou non à des soins de santé. Il semblait aussi indispensable d'analyser le déroulement des épisodes de maladies et les « itinéraires thérapeutiques ». Le terme d'itinéraire thérapeutique étant davantage utilisé dans les travaux d'anthropologie médicale, on se doit d'apporter quelques précisions quant à l'usage que nous faisons de ce concept. L'itinéraire thérapeutique fait référence aux différents parcours utilisés par les individus pour l'obtention de soins. Ce sont donc les décisions que prennent les individus en matière de recours aux soins. La première étape de cet itinéraire thérapeutique est la perception par le sujet d'un problème de santé qui est susceptible d'être interprétée en termes de maladie. Cette étape de la maladie vécue comporte déjà une dimension sociale parce que le seuil de perception des symptômes et de leur perception différentielle sont influencés par le milieu culturel ou la position occupée dans la société. Pour répondre à cette interprétation, les individus développent des stratégies les mettant en relation avec divers lieux de traitements (tels les centres de santé publics, les cabinets de soins privés, les guérisseurs, les tradi-praticiens, les pharmacies, etc.) selon une trajectoire qui répond aux exigences de l'individu et de celle de son réseau social [Pinsonnault, 2003]. Plus simplement, les itinéraires thérapeutiques peuvent être considérés comme une succession de recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie [Diakité *et al.*, 1993]. L'étude de l'itinéraire thérapeutique dans ce travail met l'accent sur d'une part, l'offre de soins moderne, et d'autre part sur l'ensemble de l'offre de soins.

Selon Evans [1996, cité dans Franckel, 2004], le lien ténu qui associe les pratiques thérapeutiques et les croyances relie chaque médecine au sein d'un univers culturel particulier. Notre étude sur les comportements vis-à-vis de la maladie s'appuie sur une réflexion articulée autour des oppositions entre les individus ou les groupes qui ont eu recours à un service de soins moderne ou traditionnel, à l'automédication, aux autres offres de soins et ceux qui n'ont bénéficié d'aucune prise en charge. Ce sera l'occasion pour nous de revenir sur tous les autres types de soins de la ville.

Parmi ceux qui choisissent de recourir à la médecine occidentale, « *l'hétérogénéité culturelle, sociale, économique et ethnique en milieu urbain conduit* » les citadins « *à des choix de santé fort variables et complexes* » [Fassin, 1992]. Plusieurs auteurs soulignent en effet le pluralisme thérapeutique comme une des caractéristiques principales des grandes villes en Afrique [Dorier A., 1995]. C'est pourquoi à une plus petite échelle, nous nous intéresserons à la place des différents recours mobilisés par les citadins : l'hôpital, la pharmacie, le centre de santé public, l'infirmier du privé, etc.

L'objectif est de répondre à cette question : comment se soigne-t-on à Abidjan ?

En retour, nous verrons comment on est soigné en ville en analysant les observations faites dans quelques structures de soins de la place. Le développement de ces aspects viendra largement compléter la première et la seconde partie de la thèse où nous avons analysé la répartition des services de santé, exposé les besoins de soins et analysée l'activité officielle des prestataires de soins modernes.

Cette approche élargie des comportements vis-à-vis de la maladie permettra d'une part, de comprendre les fondements des pratiques de soins acquises par les populations de la ville

d'Abidjan. D'autre part, en confrontant les comportements de recours aux soins, nous pourrions déterminer d'éventuelles populations et territoires spécifiques de recours aux soins. Ces « territoires de recours aux soins » seraient plus ou moins subis en fonction des caractéristiques individuelles ou contextuelles. Les pratiques spatiales des citoyens et l'élaboration d'itinéraires thérapeutiques construisent pour chaque citoyen un territoire de soins. Ces territoires de soins sont plus ou moins grands : pendant que certains citoyens sont limités dans le choix de leurs soins en raison d'une mauvaise intégration à la ville, d'une faible appropriation de leur quartier, d'une ignorance de l'offre de soins environnante, d'une mobilité et d'une capacité financière réduite, d'autres citoyens disposent au contraire d'un territoire favorable aux soins, car ils ont les moyens d'élargir et de maîtriser cet espace de soins par une mobilité et une disponibilité financière plus grande, par la présence d'une offre de proximité ou par la participation à un réseau de sociabilité. Face à la maladie, ces derniers ont alors plus de chances de faire les bons choix.

Au regard de la faible utilisation des services de santé moderne dont nous avons parlé plus haut, l'étude des comportements de recours aux soins peut constituer une source de connaissance nécessaire aux acteurs de la santé ivoirienne dans l'élaboration des politiques en matière de santé publique.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I. CADRE ET ENJEU DE L'ENQUÊTE DOMICILIAIRE À ABIDJAN

Cette partie a pour objectif de présenter d'une part, le cadre théorique et méthodologique permettant de conceptualiser les comportements des Abidjanais vis-à-vis de la maladie en vue de leur analyse, et d'autre part d'étudier les espaces d'étude, en faisant ressortir les caractéristiques qui les distinguent, afin de décrire et de comprendre par la suite, les pratiques citadines du recours aux soins, d'identifier les facteurs associés à l'utilisation d'un service de soins et les barrières du recours aux soins.

I. Méthodologie de l'enquête domiciliaire à Abidjan

I.1. L'état des connaissances

Selon Picheral [1984], le recours aux soins est l'expression et la manifestation des comportements individuels et collectifs qui sont fonction de déterminants socio-économiques et socio-culturels (âge, sexe, milieu familial et social, revenus, appartenance religieuse, niveau d'études, éducation sanitaire, etc.), médico-sociales (capacité d'accueil, équipement sanitaire, etc.) et géographiques (milieu urbain, rural ou péri-urbain, espace et lieu de vie, rapport distance/temps au prestataire de services, etc.).

Les études portant sur les comportements de recours aux soins en Afrique sub-saharienne ont mis en avant la notion de soins, des habitudes thérapeutiques et de pluralisme thérapeutique. Ces recherches renvoient également aux multiples stratégies mises en œuvre par la population pour exploiter au mieux l'intégralité de l'éventail thérapeutique disponible [Fainzang, 1986 ; Willems et *al.*, 1999 ; Lovell, 1995 ; Locoh et *al.*, 1999, p.17 ; Ryan, 1998 ; Goldman et *al.*, 2000 ; Adjamagbo et *al.*, 1999 ; Amat, 1986 ; Caldwell et *al.*, 1990, etc.].

Dans ces études, le cadre de recherche est général et prend peu en compte la spécificité des épisodes morbides et des contextes sociaux, culturels, économiques, anthropologiques et épidémiologiques. Ces recherches identifient les déterminants universels de l'utilisation des structures sanitaires et parfois la médecine traditionnelle et négligent la diversité des pratiques thérapeutiques qui peuvent exister, et en particulier dans une grande ville.

Elles ne rendent pas compte du rôle majeur que peut jouer le lieu de résidence dans le choix du recours thérapeutique.

En Côte d'Ivoire des auteurs se sont également intéressés à l'étude sur le recours aux soins ou la demande en soins des ménages [Mariko M., 1999 et 2003 ; Kouadio A., 2005, Kéoula Y., 2000 ; Touré B., 1993, etc.]. Ces études se sont intéressées, à l'aspect monétaire et non monétaire de la demande de soins de santé et aussi à la qualité des prestations de soins. Très peu d'études ont pris en compte la dimension sociale, environnementale, économique et culturelle à la fois dans une même étude en Côte d'Ivoire et dans toute la ville d'Abidjan.

Ces études ont également négligé certains aspects importants du comportement aux soins tels que les différentes actions ou étapes (itinéraire thérapeutique) entreprises par les ménages en cas de maladies pour soigner le malade, l'impact des caractéristiques du milieu d'habitat sur les comportements thérapeutiques et les différents systèmes d'assurance maladies qui prennent en charge les dépenses de santé des ménages.

Nous proposons, pour notre part de porter notre étude sur l'analyse du recours aux soins des ménages de la ville d'Abidjan. Le but est de faire ressortir ici, les spécificités de la ville

en matière de recours aux soins. Il ne s'agit pas de décrire et d'analyser uniquement le comportement du recours aux soins des ménages, mais d'apporter les éléments explicatifs qui permettent de comprendre ces recours, ainsi que les différentes étapes et actions entreprises par les ménages pour se soigner et soigner le malade : c'est l'itinéraire thérapeutique et ceux en tenant compte des lieux de résidences et des caractéristiques propre aux ménages.

Notre analyse prend en compte différents groupes sociaux (enfants, femmes enceintes, adultes et jeunes), différentes catégories de maladies et différents espaces sociaux de vie, ce qui est rare dans les études de recours aux soins en Côte d'Ivoire.

Les pratiques thérapeutiques seront mises en relation avec des variables prédictives caractérisant l'individu ou son groupe du point de vue social, culturel, économique, etc.

Une autre approche sera centrée sur l'acteur : au-delà des déterminations sociales, la réflexion se situe au niveau du choix de l'acteur et des étapes qui l'amènent à la prise de décision dans un environnement contraignant et incertain ou dans son environnement de résidence. Notre étude cherche à analyser d'autres nouveaux déterminants et à mettre l'accent sur l'étude plus fine dans l'étude du recours aux soins.

Cette étude cherche également à dresser le profil des ménages qui se tournent vers les services de santé moderne en cas d'un épisode morbide.

I.2. L'enquête domiciliaire à Abidjan de 2010 à 2011

Une enquête domiciliaire s'avère nécessaire, car elle permet de prendre en compte les pratiques réelles des patients, et d'apporter des éléments de réponses sur l'utilisation effective et efficace des structures modernes par les ménages de la ville d'Abidjan. Pour cela nous avons pris des espaces susceptibles de mettre en évidence des disparités sociales et spatiales de santé en relation avec le processus d'urbanisation de la ville d'Abidjan.

Les enquêtes domiciliaires se sont déroulées en deux périodes, la première en début et fin de saison sèche (12 semaines) et la seconde en début et fin de saison pluvieuse (8 semaines) afin de pouvoir tester l'effet des saisons sur certaines pathologies comme le paludisme, les infections respiratoires ou les diarrhées.

Le plan d'échantillonnage qui détermine la méthode de sélection des individus à interroger est spécifique à chaque enquête : il est créé pour répondre à des hypothèses de recherche précises. Dans le cas de l'enquête de santé à Abidjan, l'approche géographique envisagée suppose de collecter les données de santé à la fois dans un souci de représentativité démographique et spatiale.

Ces questions ne sont pas de simples détails méthodologiques ; les choix effectués lors de l'enquête influencent l'ensemble des analyses conduites et des conclusions énoncées par la suite. Il est donc essentiel de les décrire et les expliquer dès maintenant. Pour identifier les disparités intra-urbaines d'accès aux soins et pour pouvoir distinguer grâce à des analyses multi-niveaux l'influence du niveau d'urbanisation des quartiers de résidence sur les pratiques des individus, il est nécessaire de sélectionner des quartiers situés dans les différents sous-espaces urbains identifiés précédemment et d'enquêter un nombre suffisant d'individu dans chacun de ces quartiers. En ne sélectionnant qu'un nombre restreint de quartiers, on rejoint alors la position des sociologues urbains de l'école de Chicago qui proposent de « comprendre la ville à travers l'observation intensive de quelques-unes de ses parties », de ne choisir que « quelques lieux bien circonscrits pour mieux saisir dans leur interdépendance les divers ordres de phénomènes qui s'y imbriquent » et de privilégier ainsi « l'étude de la localité pour mieux embrasser la complexité » [Graftmeyer et Joseph, 2004].

Les données collectées au cours de l'enquête doivent permettre une généralisation des résultats à l'ensemble de la ville d'Abidjan. L'enquête se doit en effet, d'apporter aux responsables ivoiriens des informations pour éclairer leurs choix et leurs décisions en matière de santé publique.

En étudiant les pratiques thérapeutiques des ménages à différentes échelles et en fonction du niveau d'urbanisation des quartiers, les autorités vont pouvoir adapter les structures de santé aux besoins des populations. Il nous semble donc utile, dans cette perspective de santé publique qui est aussi la nôtre, de veiller à ce que les données collectées lors de l'enquête permettent d'apporter les éléments de réponses dans le choix des itinéraires thérapeutiques des ménages.

Entre les approches géographiques et de santé publique, les priorités ne sont pas les mêmes.

- Dans le cadre **d'une approche de santé publique**, la priorité est accordée à la représentativité démographique de l'échantillon qui doit permettre une généralisation des résultats à l'ensemble de la population avec des intervalles de confiance qu'il faut pouvoir définir.

- **L'approche géographique**, quant à elle, privilégie la représentativité spatiale : il s'agit de sélectionner des espaces spécifiques dont on étudiera les ressemblances et les dissemblances en termes de consommation de soins.

Ces deux approches sont difficilement conciliables du fait de la non-indépendance des observations dans le même lieu : les individus résidant dans un même espace ont plus tendance à se ressembler.

I.2.1. La stratification de l'espace urbain

C'est une enquête d'un échantillon de la population dont on veut connaître les caractéristiques, les opinions, les attitudes, les comportements et les intentions dans les pratiques thérapeutiques. Pour pouvoir vérifier notre hypothèse à savoir que les choix des consommations de soins de santé moderne dans la ville d'Abidjan soient fortement influencés par les profils environnementaux urbains dans lesquelles vivent les ménages et les déterminants sociaux qui les caractérisent, une stratification de la ville s'impose dans la mesure où notre recherche concerne la relation étroite entre consommation de soins des ménages et lieux de résidences.

Afin de sélectionner les quartiers d'enquête, nous nous sommes appuyés sur la stratification de la ville qui a été réalisée par les démographes de l'Institut National de la Statistique (INS) et la classification que nous avons réalisée sur la typologie des lieux de résidences des populations (*cf. Carte 40, p 203*). Pour classer les quartiers, ils ont retenu comme critère de stratification le profil environnemental des quartiers par commune comme nous. La typologie des quartiers tient compte du type d'habitat, du niveau de viabilité en termes d'équipements, la densité, la promiscuité dans les quartiers, le niveau d'urbanisation, le niveau des équipements sociaux, le type et les matériaux de construction des logements, le type de lotissement, la densité du bâti (habitat dense, habitat peu dense), le profil de la population (niveau de vie, activité socio-économique, niveau d'instruction, taux de chômage, etc.). L'analyse a permis d'identifier quatre sous-ensembles, regroupant chacun en leur sein des quartiers homogènes du point de vue de ces critères. Ces quatre strates sont des sous-espaces urbains des lieux de résidences des ménages on a : les quartiers résidentiels, les quartiers évolutifs dits populaires ou modeste et les villages Ébriés dite zone traditionnelle qui appartiennent à la ville régulière et les quartiers

précaires dits pauvres à la ville irrégulière. Nous n'avons pas voulu tenir compte uniquement de la position centrale ou périphérique dans le choix des quartiers, mais des caractéristiques sociales et culturelles qui les définissent. Nous avons voulu respecter cette hétérogénéité des espaces de la ville qui peut être déterminant dans le comportement des ménages.

Par la suite, nous avons tiré au sort dans chaque strate des quartiers à enquêter. Cette opération a pris en compte les dix communes.

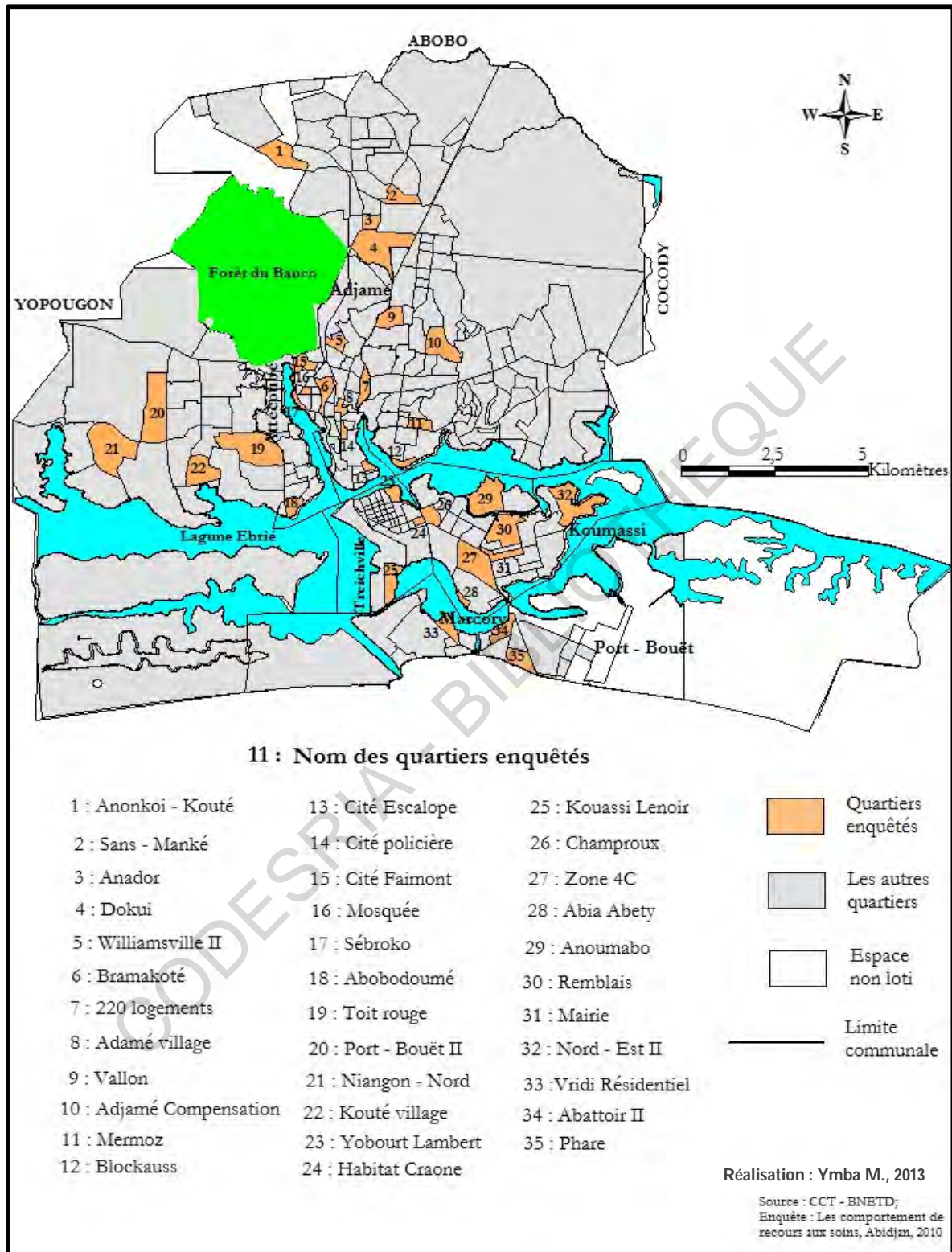
En définitive, nous allons retenir 35 quartiers correspondants à 35 visions différentes de la capitale économique, dont 10 quartiers résidentiels, 10 quartiers populaires, 9 quartiers précaires et 6 villages Ébriés, répartis dans les 10 communes de la ville d'Abidjan (Tableau 31 ; Carte 62).

Tableau 31. Les quartiers sélectionnés pour les enquêtes domiciliaires

| Communes | QUARTIERS ENQUETÉS | | | |
|-------------|---------------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|
| | Espaces lotis | | | Espaces non lotis |
| | Quartiers résidentiels dits « aisés » | Quartiers évolutifs dits « populaires » | Villages Ébriés dans la ville | Quartiers dits « précaires » |
| ABOBO | DOKUI | ANADOR | ANONKOI-KOUTÉ | SANS MANQUÉ |
| ADJAMÉ | WILLIAMSVILLE II | 220 LOGEMENTS | ADJAMÉ VILLAGE | BROMACOTÉ |
| ATTECOUBÉ | CITÉ FAIMONT | MOSQUÉE | ABOBO-DOUMÉ | SÉBROKO |
| COCODY | VALLON II PLATEAU | MERMOZ | BLOCKAUSS | ADJAMÉ COMPENSATION |
| PLATEAU | CITÉ ESCULAPE | CITÉ POLICIÈRE | | |
| YOPOUGON | NIANGON-NORD | TOIT ROUGE | KOUTÉ VILLAGE | PORT-BOUËT DEUX |
| TREICHVILLE | CRAONE | YOBURT LMABERT | | KOUASSI LENOIR |
| KOUMASSI | REMLAIS RESIDENTIEL | MAIRIE | | NORD-EST II |
| MARCORY | ZONE 4C | CHAMPROUX | ANOUMABO | ABIA ABETY |
| PORT-BOUËT | VRIDI RESIDENTIEL | PHARE DE PORT-BOUËT | | ABATTOIR II |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Carte 62. Localisation des quartiers sélectionnés pour les enquêtes domiciliaires



I.2.2. Comment interroger les ménages dans les quartiers sélectionnés

Nous avons choisi des concessions ou îlots à partir du plan cadastral des quartiers étudiés. Nous avons eu la chance d'obtenir les plans cadastraux de tous les quartiers auprès du Bureau National d'Étude et du Développement (BNETD) de Côte d'Ivoire. Les

concessions ont été tirées au sort à partir de ces plans cadastraux parcellaires grâce à l'outil SIG.

Dans les concessions sélectionnées, le ménage était éligible si et seulement si, le chef de ménage avait plus de 30 ans et résidait à Abidjan depuis plus de 5 ans. L'inclusion d'une durée minimale de résidence dans le quartier est apparue comme essentielle dès lors que nous souhaitions mesurer l'influence des caractéristiques du quartier de résidence sur la santé et les comportements des individus. Cette restriction permet d'exclure les individus nouvellement arrivés dans le quartier pour lesquels il aurait été incorrect de rechercher une quelconque influence du quartier de résidence sur leur recours thérapeutique. Cette limite de 5 ans paraît suffisante pour donner aux adultes le temps de s'intégrer dans leur quartier et d'adopter le mode de vie urbain. Au sein de chaque ménage éligible, les enfants de 6 mois à 5 ans, les enfants de 6 à 12 ans, les jeunes de 15 à 25 et les adultes de plus de 30 ans sont interrogés, si et seulement s'ils avaient un lien de parenté avec le chef de ménage et s'ils vivaient dans la cour au moment de l'enquête.

Nous avons considéré le ménage comme un ensemble de personnes vivant dans une même cour, partageant le même repas et dormant au même endroit et s'accordant à reconnaître l'autorité d'une même personne, le chef de ménage.

I.2.3. Les questionnaires

L'étude repose sur des données d'une enquête collectées par questionnaire quantitatif avec des questions fermées et semi-ouvertes (Annexe 1).

Les questionnaires étaient structurés en cinq parties portant sur :

- La concession
- Le ménage et le chef de ménage
- Les enfants du ménage de 6 mois à 5 ans inclus
- Les enfants du ménage de 6 à 12 ans inclus
- Les jeunes de 15 à 25 ans et les adultes du ménage de plus de 30 ans et toutes les mères des enfants enquêtés quel que soit leur âge

Les informations collectées à l'échelon de la concession avaient pour objectif de définir les conditions de vie du ou des ménages, notamment par rapport à la qualité de l'habitat.

En ce qui concerne les ménages, les informations collectées auprès du chef de ménage ou son représentant étaient destinées à nous permettre de définir :

- La taille du ménage
- Le statut du logement (locataire ou propriétaire)
- La composition du ménage en termes de groupes d'âge, de parenté, d'appartenance ethnique, de pays de naissance, nationalité, statut matrimonial et religieuse
- Le niveau de vie du ménage estimé par les revenus du chef de ménage, ceux de ses épouses, par les équipements (mobilier, électroménager, moyens de transports)
- L'insertion du chef de ménage dans le quartier, depuis les raisons de son installation jusqu'à ses éventuels réseaux sociaux, son niveau d'éducation, la durée de résidence dans le quartier.

Pour les jeunes et adultes, le questionnaire abordait les thématiques suivantes :

- L'itinéraire de vie
- La perception du quartier

- Les réseaux sociaux
- Le niveau d'éducation
- Les revenus
- Les déplacements
- Les pratiques de prévention et d'hygiène
- Les comportements alimentaires
- Les maladies les plus fréquentes les 30 derniers jours
- Les recours aux soins généraux et oraux
- Les itinéraires thérapeutiques au cours d'un épisode morbide
- La santé maternelle
- La connaissance de l'offre de soins environnante
- Les connaissances et croyances en matière de santé orale et d'hypertension artérielle

Pour les enfants, l'interrogation portait sur :

- Le niveau d'éducation
- Les déplacements
- Les pratiques d'hygiène orale et de prévention
- Les comportements alimentaires
- La couverture vaccinale
- Les maladies les plus fréquentes des 6 derniers mois
- Les recours aux soins généraux et oraux (chez les plus de 6 ans)
- Les itinéraires thérapeutiques au cours d'un épisode morbide

Notre recherche respecte toute considération d'ordre éthique suggéré dans les enquêtes en sciences humaines et sociales. En effet, notre démarche ne comporte aucun risque pour les participants, dont le consentement a été obtenu avant toute activité de recueil de données. Ceci étant, nous avons eu une discussion avec les chefs de quartiers ou villages pour obtenir leur consentement pour recueillir au moment des activités avec d'autres enquêteurs des informations sanitaires auprès des ménages des quartiers concernés qui avaient reçu au préalable l'information de notre passage grâce à ces derniers. L'anonymat des participants et la confidentialité des données recueillies étaient assurés.

Aussi, la démarche en vue de la connaissance de notre projet auprès des autorités locales a été entamée dès le démarrage de notre projet de thèse.

I.2.4. Les questions : comment les proposer ?

Avant de commencer à interroger les ménages, il a fallu trouver des enquêteurs, pour nous aider à mener à bien ce travail. Au nombre de dix, ces derniers ont suivi une formation, pour se familiariser avec le questionnaire. Dans chaque commune, deux enquêteurs étaient affectés pour soumettre le questionnaire aux différents ménages (responsable de ménage ou toute autre personne susceptible de répondre valablement aux questions) sélectionnés dans les quartiers.

La grande majorité des questions posées incluent des réponses prédéfinies, qui sont lues dans leur intégralité à l'enquêté. L'avantage de cette méthode est de fournir un aide-mémoire à l'enquêté tout en lui offrant un choix important de réponses sans requérir de sa part un effort d'investissement trop important. Cette méthode facilite également le dépouillement et réduit les problèmes d'interprétation. Cependant, l'inconvénient majeur est que ces réponses sont directrices et risquent d'induire des opinions ou orientations

non spontanées, en suggérant à l'enquêté des réponses auxquelles il n'aurait pas forcément pensé au premier abord. De plus, cette méthode ne permet pas de mettre en évidence des phénomènes inconnus.

Il était donc important de tester le questionnaire avant le début de l'enquête, afin de s'assurer qu'aucune réponse fréquente n'était oubliée. Ce que nous avons fait lors d'une pré-enquête en juin 2009 pour vérifier l'adéquation du questionnaire à s'appliquer aisément à tous les ménages. La pré-enquête nous a permis de retirer les questions incompréhensibles pour les enquêtés afin de les rendre plus accessibles et faciliter leur administration.

Pour éviter qu'il n'existe de trop grandes différences liées aux enquêteurs et à leur manière de proposer les réponses, les enquêteurs avaient reçu comme consigne de lire une par une toutes les réponses. Une attention particulière a également été accordée à l'ordre des réponses proposées : la réponse qui semblait la plus évidente, n'était généralement pas proposée en premier. On avait en effet observé, lors du test des questionnaires, une tendance à choisir les premières réponses sans attendre la fin des réponses possibles, en raison d'un relâchement progressif de l'attention.

Le nombre de réponses proposées est également un facteur important. Pour certaines questions délicates, nous avons ainsi veillé à ce que le nombre de réponses soit pair afin d'éviter que les enquêtés choisissent la réponse médiane par facilité.

Par ailleurs, nous avons eu quelques difficultés avec certains quartiers résidentiels. Le style de vie d'intérieur, « de bourgeois » pratiqué par les ménages, nous a amenés à changer de stratégies dans l'administration du questionnaire. Les chefs de ménages étant pratiquement absents, les questionnaires étaient laissés avec une copie de l'autorisation de recherche du Ministère de la santé aux servantes ou aux personnes qui ne faisaient pas partir du ménage pour les chefs de ménages. Cette technique d'enquête a été réalisée dans certains quartiers résidentiels comme le *Vallon, Zone 4C*. Nous passions récupérer les questionnaires une semaine après, ce qui a quelque peu allongé notre période d'enquête. Pour les ménages qui refusaient de répondre aux questionnaires, un autre ménage était choisi à la place en utilisant notre méthode de sélection d'îlots.

Malgré les précautions prises dans la formulation des questions et dans le choix des réponses proposées, pour faciliter l'échange et sa qualité, nous sommes conscients des biais (réactions de désintérêt, de refus, de peur, de mauvaise humeur, de prestige, etc.) qui existent dans cette enquête et qui sont difficilement évitables : il s'agit en effet d'une enquête de sciences sociales et non d'une expérimentation en laboratoire qui peut être contrôlée et reproduite à l'infini.

I.2.5. L'échantillon final

Pendant 20 semaines d'enquête⁷¹, 1 706 concessions ou îlots⁷² ont été enquêtées dans les différents types de quartiers, 1 981 ménages étaient éligibles et 4 649 personnes ont répondu aux questionnaires individuels (Tableau 32). Ces ménages sont répartis en quatre groupes d'âge : les enfants de 6 mois à 5 ans, les enfants de 6 à 12 ans, les jeunes de 15 à

⁷¹ Pendant ces 20 semaines nous avons distingué les périodes de saisons sèches et des saisons pluvieuses, dans l'objectif de voir si certaines pratiques thérapeutiques sont liées uniquement aux saisons.

⁷² Îlots : comme nous l'avons mentionné plus haut (cf. *introduction, Figure 2, p34*) l'îlot représente le ménage à interroger.

25 ans et les adultes de plus de 30 ans⁷³. Au sein des adultes, 3 sous-groupes doivent être distingués : les hommes de plus de 30 ans, les femmes de plus de 30 ans et les femmes de moins de 35 ans qui correspondent aux mères des enfants de 6 mois à 12 ans que nous avons enquêté. Notre échantillon est donc déséquilibré en termes de sexe ratio avec un excédent de femmes (1,59). L'âge moyen chez les adultes est de 40,3 ans et celui des enfants 5,3 ans. Mais il existe des variations selon les quartiers tels que l'on retrouve plutôt des enfants jeunes dans les quartiers précaires.

Nous n'avons pas pu distinguer une ethnie majoritaire dans la ville, cela sera néanmoins possible par quartier étudié, mais la langue la plus parlée est le dioula.

De fait, en zones irrégulières, 22,3% des adultes sont nés à Abidjan alors que dans les zones régulières, ils sont 37,2%.

En ce qui concerne l'appartenance religieuse, on observe globalement 56% de musulmans et 44% de chrétiens. Très peu de personnes ont déclaré être animistes (0,7%) alors que l'on sait pourtant que cette croyance reste forte.

La part des adultes ayant fréquenté l'école est en moyenne de 34% en zones irrégulières et de 57,9% en zones régulières. Chez les enfants de 6-12 ans, 81% sont scolarisés.

Enfin, nous nous sommes intéressés à une autre caractéristique des ménages, qui fournit un indicateur sur leur attitude envers la santé et les soins et qui conditionne partiellement l'une des premières étapes du recours : la disponibilité "d'une pharmacie de maison". Sur les 3 600 ménages interrogés, 47,2% possèdent au moment de l'enquête des remèdes ou médicaments à la maison. Cette proportion est plus importante pour les médicaments modernes (50,01%). Cette situation peut s'expliquer par l'accès facile aux médicaments modernes que l'on trouve dans presque toutes les rues des quartiers.

Tableau 32. Échantillon de l'enquête domiciliaire à Abidjan

| | Enfants 6 mois à 12 ans | | Jeunes 15 à 25 ans | | Adultes | | |
|-----------|----------------------------|---------|-----------------------|---------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | Filles | Garçons | Filles | Garçons | Femmes < 35 ans | Femmes >35 ans | Hommes >35 ans |
| Effectifs | 554 | 422 | 867 | 714 | 650 | 787 | 655 |
| Sexe (%) | 56,76 | 43,23 | 54,83 | 45,16 | 31,07 | 37,61 | 31,30 |
| Âge (%) | 21 | | 34 | | 45 | | |
| Total | 976 | | 1 581 | | 2 092 | | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

⁷³ Les critères d'âge ont été déterminés en fonction des pathologies enquêtées (HTA, paludisme, états nutritionnels, états bucco-dentaires) et de l'état matrimonial des jeunes chefs de ménages.

I.3. Le recueil pour l'analyse des comportements vis-à-vis de la maladie

I.3.1. Les modèles conceptuels de l'analyse du recours aux soins

À partir des années cinquante, divers modèles conceptuels sont apparus pour analyser les déterminants des recours aux soins et les itinéraires thérapeutiques. En 1972, Anderson et Newman présentent un modèle théorique qui sert actuellement encore de base à de nombreuses études sur les déterminants des comportements vis-à-vis de la maladie. Le modèle repose sur des regroupements de déterminants des recours aux soins au sein d'une structure simple visant à mettre en relation des variables individuelles et des comportements de recours aux soins. Ils distinguent alors plusieurs catégories de déterminants.

Les « *predisposing factors* » (nous parlerons de facteurs « *prédisposants* ») sont les principales caractéristiques démographiques de la personne comme l'âge, le sexe, le statut marital. Ils reflètent la propension de chaque individu à utiliser les soins. Les facteurs sociaux comme le niveau d'éducation, l'ethnie, l'activité professionnelle mesurent aussi l'organisation de l'individu à faire face aux problèmes de santé [Andersen, 1995].

Les « *enabling factors* » (nous parlerons de facteurs « *facilitants* » ou « *capacitants* ») constituent la capacité d'un individu à obtenir des soins. Ces facteurs font davantage référence aux attributs de la personne et de la communauté dans laquelle elle vit (niveau de revenu du ménage, lieu de résidence, taille du ménage, intégration dans la vie urbaine, appartenance à des réseaux sociaux, etc.). Les facteurs « *capacitants* » incluent aussi la distribution des structures de soins, la disponibilité, la qualité, le coût des soins, le temps du trajet, la possession d'une assurance santé, etc. L'ensemble des facteurs « *facilitants* » affecte la capacité de l'individu à accéder au système de soins.

Enfin, la nature de la maladie, sa fréquence, sa durée, sa gravité ou encore l'efficacité de certains remèdes déterminent l'ensemble des « *needs factors* » (que nous appellerons également les facteurs de besoins) qui sont les caractéristiques, les perceptions de l'état de santé ou de la maladie de l'individu.

Ces trois groupes de facteurs influencent les pratiques thérapeutiques des individus. D'après Wyss [1994], tous ces facteurs exercent des limites sur les pratiques de santé et orientent les choix des individus. Les stratégies effectives du recours résultent donc de la superposition des bénéfices attendus et des obstacles que rencontre l'individu.

En 1983, Kroeger propose une version adaptée de ce système aux pays en développement. Il articule sa réflexion entre la rencontre de la demande de soins façonnée par les facteurs *prédisposants*, les caractéristiques de la maladie et une offre de soins caractérisée par sa diversité, sa qualité, son accessibilité. De cette rencontre découle quatre grandes modalités de recours : l'automédication traditionnelle, l'automédication moderne, le recours à une structure de soins moderne, le recours à une structure de soins traditionnelle.

D'autres modèles se sont succédés, notamment ceux orientés vers les approches comportementalistes : les « *health belief models* » inspirés des travaux de Becker [1977]. L'hypothèse fondant la mise en place de ce modèle postule que « *tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, et s'il considère la santé comme une dimension importante de sa vie* » [Godin, 1988].

Nous allons nous appuyer sur ces modèles particulièrement sur celui développé par Aday et Andersen [1974], mais nous allons l'adapter à notre étude, car ce modèle est trop

complexe et ambitieux à cause de nombreuses données nécessaires à sa mise en œuvre que nous n'avons pas.

Néanmoins, c'est à partir de ces différents modèles théoriques mettant en avant un ensemble de variables influençant les choix en matière de santé que nous avons construit notre questionnaire sur le recours aux soins.

I.3.2. Un interrogatoire soutenu par des hypothèses spécifiques

Afin de collecter les informations consécutives à un épisode morbide ayant entraîné ou pas des actions censées mener à la guérison, une période de remémoration de deux semaines est le plus souvent préconisée [Kroeger, 1985 ; Ross et Vaughan, 1986 ; Timaeus *et al.*, 1988]. Cette période de rappel est suffisamment courte pour limiter les imprécisions et les biais de sous déclaration.

Nous avons alors posé successivement ces questions (Annexe 1) :

- Avez-vous eu un problème de santé dans les 15 jours précédents ?
- Quels signes vous ont permis de penser qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas ?
- Suite à ce problème, êtes-vous allés consulter dans une structure de soins ?
- Si oui, quel est le type de structure que vous avez consulté ?
- Si non, qu'est-ce que vous avez fait pour vous soigner ?

Ces questions nous ont permis de dégager un ensemble de connaissances sur les comportements thérapeutiques dans le contexte spécifique d'un milieu urbain dans un pays en développement. Plusieurs hypothèses sous-tendent ce raisonnement.

Au sein d'une offre thérapeutique caractérisée par une pluralité d'alternatives, les choix des citoyens en matière de santé et les recours envisageables pour un problème de santé sont divers. Et les déterminants de ces recours aux soins sont le produit de combinaisons de facteurs socio-démographiques, économiques, culturels, contextuels et spatiaux.

I.3.3. Les traitements envisagés et l'analyse statistique

Pour analyser les comportements vis-à-vis de la maladie et identifier les déterminants du recours aux soins, nous avons eu recours aux modèles conceptuels et les techniques statistiques.

L'analyse suit un raisonnement logique. La stratégie d'analyse s'appuie sur trois étapes successives, liées entre elles et dégageant des connaissances complémentaires. Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse décrivant de manière générale les maladies les plus fréquentes et les pratiques thérapeutiques au sein des quartiers. Nous nous sommes intéressés, dans un second temps, aux itinéraires thérapeutiques et aux déterminants individuels des pratiques thérapeutiques, en analysant leur influence au niveau univarié. Dans un troisième temps, nous avons procédé à une analyse spatiale et contextuelle, articulée autour des caractéristiques des quartiers. Enfin, au terme de cette exploration descriptive, nous avons construit des modèles d'analyse multi-variée.

I.3.3.1. Analyse descriptive

Il s'agira de décrire les caractéristiques des populations qui ont fait l'expérience d'un problème de santé, puis leurs comportements de recours aux soins dans leur globalité et leur diversité. Il existe, au sein de la revue de la littérature, plusieurs approches analytiques

pour l'étude des actes thérapeutiques. Dans la lignée des travaux de Kroeger, la plupart des études sur les comportements de recours aux soins distinguent quatre grandes modalités de recours thérapeutiques : l'automédication, l'auto traitement traditionnel, le recours moderne et le recours traditionnel [Kroeger, 1983]. Nous allons nous démarquer en considérant comme Franckel A., 2004 d'une part, les soins à domicile, pratiqués spontanément par les ménages au sein de la concession (l'automédication soin moderne, l'automédication traitement traditionnel) et d'autre part, les recours externes, basés sur la consultation d'un professionnel extérieur à l'environnement familial direct ou indirect, reconnue pour sa capacité à poser un diagnostic et à proposer un traitement curatif approprié (le recours médical) et les autres recours extérieurs tels que le recours traditionnel, la médecine chinoise, la médecine de la rue.

Conformément aux objectifs de l'enquête, les variables décrivant les pratiques thérapeutiques sont la nature des soins, le délai de mise en œuvre, l'ordre chronologique de pratique, le coût et l'observance (durée et quantité) du traitement.

L'analyse descriptive s'est également attachée à dégager une connaissance précise des conditions de production des actes thérapeutiques.

Nous avons étudié les modalités de prise de décision et la répartition des rôles pour la prise en charge de la maladie du malade, en décrivant l'identité des personnes impliquées dans la décision, dans la mise en œuvre, dans le financement et dans l'administration des soins en particulier chez les enfants et les jeunes.

1.3.3.2. Analyse univariée

Afin de comprendre le poids des différents facteurs sur le recours aux soins, nous multiplierons les analyses univariées et corrélationnelles. Ces analyses univariées visent à décrire l'impact de multiples paramètres regroupés en champ thématique. Pour cela, nous nous inspirerons du modèle d'Andersen et de Kroeger en définissant trois catégories de variables : les facteurs *prédisposants*, les facteurs *facilitants* et les facteurs liés aux représentations de sa propre santé et aux caractéristiques de la maladie (les facteurs de besoins). À partir de tableaux croisés et d'associations statistiques, ces dernières analyses concourront à étudier le rôle de ces facteurs dans le processus de détermination des comportements du recours aux soins.

Nous avons évalué la significativité des relations statistiques en soumettant les conséquences que l'on suppose induites par elles au test de khi² de Pearson. Le degré de significativité des associations a été indiqué par la valeur du p de Pearson.

1.3.3.3. Analyse spatiale et contextuelle

L'analyse spatiale et l'analyse contextuelle intègrent à notre réflexion des paramètres qui ne caractérisent pas directement le malade et son ménage, mais qui sont plus généralement liés à son cadre de vie. L'analyse spatiale, qui, de manière classique, est centrée sur les implications de la localisation géographique de l'habitat, permet d'évaluer l'impact de la distance entre les infrastructures et le domicile des malades sur les comportements thérapeutiques. Elle a également permis d'étudier les déplacements associés aux consultations hors de la concession.

Dans une perspective contextuelle, nous utiliserons l'analyse spatiale pour inscrire les pratiques thérapeutiques selon les quartiers ou les villages. Dans son prolongement, nous nous intéresserons aux effets agrégés du contexte de vie, ici mesurés au niveau du quartier et du village, sur les comportements de recours aux soins. L'objectif est de voir s'il existe une corrélation entre espace de soin et recours thérapeutique.

1.3.3.4. Analyse multi-variée

Après avoir décrit et caractérisé l'ensemble des recours aux soins, il faudra comprendre leurs mécanismes et leurs déterminants, tout en nous intéressant aux contributions relatives des différents facteurs. Pour ces raisons, nous optons pour une analyse par régression logistique. La régression logistique binaire est une technique statistique permettant d'établir une relation entre une variable dépendante et des variables explicatives. Dans l'analyse des déterminants du recours aux soins, la régression logistique reste la méthode la plus utilisée dans le sens où le codage de données entre recours ou non recours se prête à ce choix. Nous avons remarqué d'ailleurs dans la littérature beaucoup d'exemples sur ce thème précis [Leyva-Flores *et al.*, 2001 ; Taffa et Chepngeno, 2005].

Ce modèle distingue les facteurs qui jouent un rôle vraiment sur le recours aux soins et permettent de déduire les processus de décision qui président aux recours aux soins.

Nous voulons étudier plus précisément l'influence du contexte de résidence sur les logiques de recours aux soins à travers cette analyse multiniveau. Nous allons savoir si les disparités géographiques du recours aux soins observées entre les quartiers sont dues

« *aux seules caractéristiques des individus, qui varient d'un endroit à l'autre ou si les caractéristiques du contexte de résidence exercent un effet propre* » [Chaix et Chauvin, 2002].

Cette analyse fera ressortir le ou les facteurs explicatifs du choix fait par le ménage pour se soigner ou soigner un malade.

Cette partie a été l'occasion de décrire brièvement notre méthodologie d'analyse et préciser nos hypothèses de travail, elle est une phase indispensable à la compréhension de nos résultats d'enquête. À partir de l'enquête, nous disposons d'une base de données importante sur la ville, les ménages, les individus qui nous permettront de faire le profil de l'environnement de vie des ménages et d'analyser leurs pratiques en matière de recours aux soins. Avant d'arriver à l'analyse concrète des comportements de recours aux soins, il convient de décrire les 35 quartiers d'enquête, de les classer et de faire le profil des ménages interrogés. Il s'agit de trouver les sources, les explications des pratiques différenciées du recours aux soins au sein de ces espaces.

Le comportement des ménages dans le recours passe par leur profil et la description de leur environnement de vie.

Une connaissance globale ou générale des lieux de résidences et des populations interrogées permet de mieux comprendre les pratiques du recours aux soins.

II. Des espaces de vie diversifiés aux modes de vie différenciés : la description des quartiers et des populations d'enquêtes

Dans la démarche classique des géographes, l'étude de l'espace permet de mieux comprendre la société.

On étudie donc l'espace d'étude, en faisant ressortir ses caractéristiques, pour comprendre la société, son mode de vie et pour pouvoir apporter les éléments de réponse aux comportements de soins. L'analyse ici se résume à faire le profil des quartiers, en vue d'une compréhension des recours thérapeutiques des ménages.

La description des quartiers d'enquête et des ménages passe par une lecture spécifique de l'environnement urbain. Savoir comment se caractérisent ces quartiers et les ménages enquêtés est un préalable à l'interrogation de leurs pratiques et des comportements en

matière de recours aux soins qui ne peuvent être compris en dehors de leur contexte. L'objectif de la description des quartiers d'enquête et des ménages est de rendre compte des impacts sociaux, environnementaux, culturels, économiques différenciés sur la santé en général, et sur les recours aux soins en particulier. Quelles relations complexes et originales entre environnement urbain et recours aux soins peut-on mettre en évidence ? Quels sont donc les principaux critères qui différencient nos quartiers d'enquêtes ? La différence entre les espaces de vie (quartiers résidentiels, populaires, villages ou quartiers précaires) fait-elle sens en ce qui concerne le recours aux soins ? L'ancienneté ou le niveau social du quartier sont-ils des facteurs déterminants ? Le critère de densité du bâti est-il porteur de sens concernant les pratiques spatiales des citadins ?

Nous commencerons par décrire les quartiers résidentiels des communes, puis les quartiers populaires et les villages, qui appartiennent à la zone lotie de la ville d'Abidjan et enfin les quartiers précaires, à la zone non lotie. Le profil des ménages enquêtés est à chaque fois associée aux différents quartiers décrits.

La description est basée uniquement sur les caractéristiques des 35 quartiers pouvant influencer le comportement des ménages. Nous pensons que le lieu de résidence a un impact considérable sur le comportement de recours des ménages. En décrivant ces quartiers avec leur population respective, cela nous aidera à expliquer ces comportements de l'utilisation ou non des services de santé moderne.

II.1. Quatre grandes catégories de quartiers, des comportements différents dans la capitale

En survolant l'espace urbain abidjanais du Nord au Sud et de l'Est en Ouest, nous avons un paysage contrasté, diversifié où se côtoient villages traditionnels Ébrié, quartiers résidentiels modernes, quartiers populaires et quartiers précaires. Ces différents types de quartiers représentent le lieu de résidence de milliers d'Abidjanais. Le lieu de vie d'un individu ne se définit pas seulement par le type de logement qu'il occupe, cela va au-delà, c'est aussi son espace de vie, à savoir, son lieu de travail, etc.

Bien des certitudes doivent être révisées en milieu urbain : des comportements qu'on croyait bien connaître prennent des sens différents en ville (des personnes issues des classes favorisées vont plus à l'hôpital pour se faire soigner et les personnes pauvres utilisent plusieurs offres de soins avant de recouvrer la santé, peuvent être modifié ou changé).

Le milieu urbain est considéré comme hétérogène, dense et ouvert [Salem, 1994] où les habitudes, les modes de vie et les comportements sont différents d'un espace à un autre espace, d'un lieu de résidence à un autre, etc.

C'est pourquoi nous allons faire ressortir les spécificités des quatre grandes catégories de quartiers pouvant avoir un impact sur le comportement du recours des ménages. L'analyse se fait séparément, mais au fur et à mesure que nous allons progresser dans le texte, nous ferons des comparaisons entre les différents espaces de vie et des ménages enquêtés. Notre but ici est d'établir les relations entre hétérogénéité socio-spatiale et recours aux soins.

II.1.1. Les quartiers résidentiels, des quartiers pour les classes favorisées

De façon générale, les quartiers résidentiels que nous avons étudiés se caractérisent par des concessions où les ménages sont monogames (77%) et polygames (33%), au sein duquel l'autorité est représentée le plus souvent par le père (90,02%).

Les ménages sont le reflet d'une classe privilégiée où la maison individuelle domine (69%). On note d'ailleurs que 59% de ces maisons individuelles sont des villas. Ces quartiers sont, en effet, occupés par une population dont le niveau de vie est plus élevé que la moyenne des communes dans lesquelles ils sont localisés. En plus, le plus souvent, plus de la moitié (59%) des chefs de ménage sont propriétaires de leur habitation, ce nombre est beaucoup plus important à *Cité fermont* (98%) et à *Niangon-nord* (69%).

Les rues sont calmes, aérées et vertes. Mais, les quartiers résidentiels *Niangon-nord*, *Dokui* et *Williamsville II* sont quelques peu à l'image des communes de Yopougon, Abobo et Adjamé, des communes toujours dynamiques et bruyantes, à caractère populaire et bondé de monde. Contrairement aux autres quartiers résidentiels où la vie est beaucoup plus individuelle, dans ces quartiers la vie sociale y est très importante pour les ménages, 88% participent aux réunions du quartier et à la vie active du quartier.

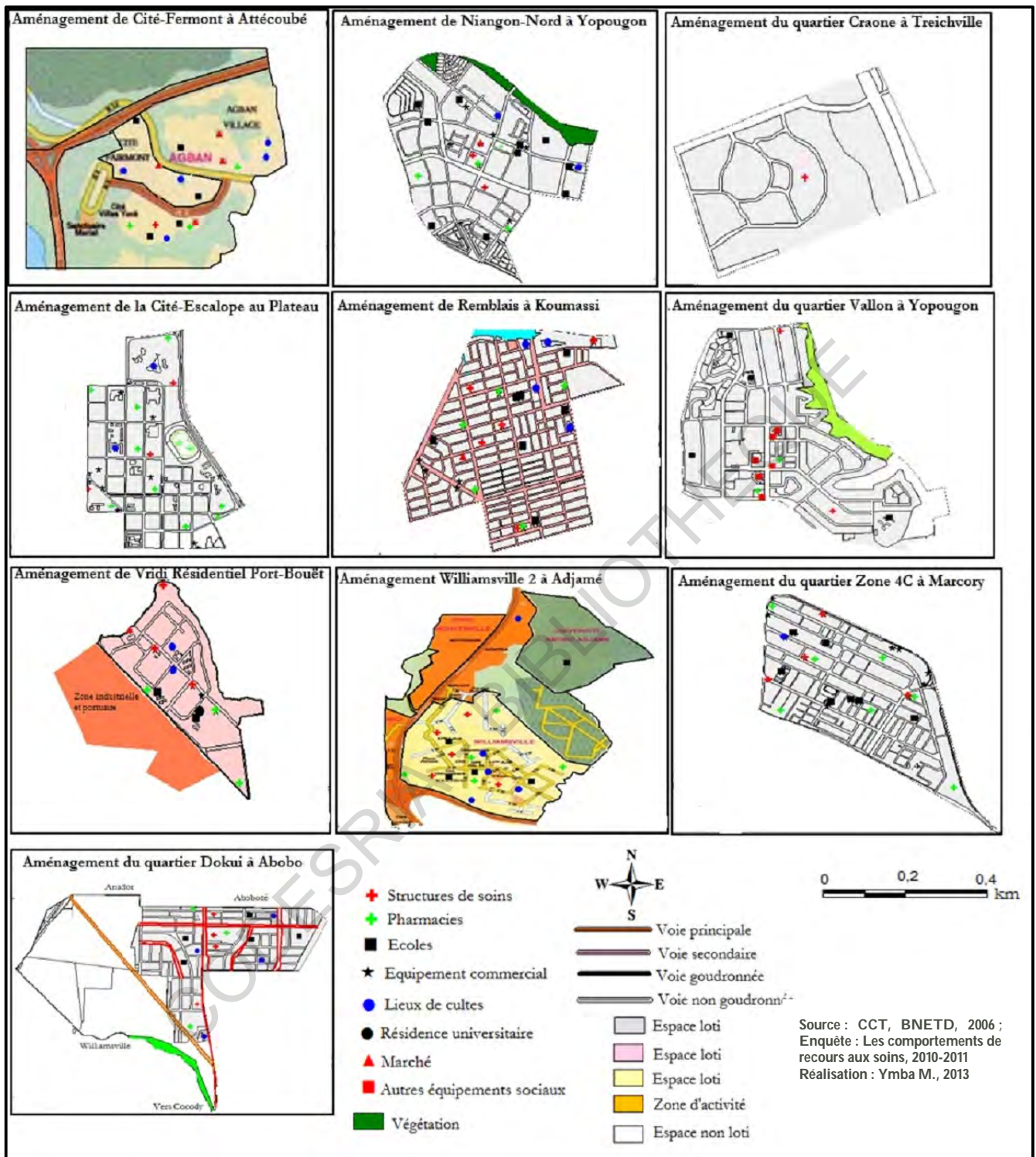
Les enfants jouent rarement dans les rues contrairement aux quartiers populaires et précaires. Les animaux sont rares dans les concessions, hors mis les animaux de compagnie (chiens (11%) et les chats (6%)). La végétation ornementale est très souvent présente et le souci d'embellissement visible dans 87% des concessions.

Très peu de logement possède de puits dans les cours (0,7%). L'équipement des concessions en termes de latrines, de raccordement à l'électricité et à l'eau est très excellent avec respectivement 100%, 100% et 100% des concessions équipés. La preuve supplémentaire que les ménages possèdent des capacités financières plus importantes qui leur permettent de s'acquitter de l'abonnement au fournisseur public. La diversité ethnique est importante, on y trouve des nationaux (63%) et des non-nationaux (47%).

Par ailleurs, 80% des individus recensés résident dans la capitale depuis plus de 5 ans, 61% habitent le quartier depuis 5 ans et 65% des chefs de ménage sont nés à Abidjan. Les personnes recensées sont de confession chrétienne 68% et musulmane 32%, le nombre de musulman est cependant important à *Williamsville II* (60,25%). Les animistes représentent 21,03% des ménages recensés et sont plus représentés au quartier *Plateau centre* (51,03%). Seuls 24% des habitants des quartiers résidentiels déclarent faire partie de réseaux associatifs, religieux, sportifs ou politiques. Le niveau d'instruction est un indicateur important dans la compréhension des comportements quotidiens des populations. Dans les quartiers résidentiels, 97% des chefs de ménage sont allés à l'école, seulement 3% d'entre eux ont un niveau primaire.

En ce qui concerne l'équipement, l'offre scolaire privée est abondante. Les points collectifs d'approvisionnement en eau sont rares. Les lieux de cultes, les marchés, les services de soins en particulier les structures de soins privées et les pharmacies sont installés à proximité des logements et des voies de communications goudronnées (Carte 63) pour améliorer la vie des habitants. En matière d'accès aux soins, les quartiers résidentiels possèdent donc un bon niveau d'équipement privé ou public, mais les quartiers *Craone* et *Cité Fermont* sont les deux quartiers les moins dotés en services de santé. Les ménages disposent dans leur grande majorité de moyens de transports personnels (89%). Les ménages qui disposent de médicaments modernes à la maison représentent 53%. Très peu de ménages (12%) disposent de remèdes traditionnels, car ils s'approvisionnent directement aux marchés en cas de besoin, mais à *Niangon-nord*, *Remblais*, *Cité Fermont* et *Craone*, 39% des ménages gardent des médicaments traditionnels à la maison.

Carte 63. Aménagement et équipements sociaux dans les quartiers résidentiels enquêtés



II.1.2. Les quartiers populaires étudiés

Toutes les communes de la ville d'Abidjan ont en leur sein des quartiers populaires. Les fortes similitudes existent entre les quartiers, toutefois, ils subsistent des différences et c'est ce que nous essayerons de mettre en évidence.

Les quartiers populaires sont dominés par le type d'habitat cour ou la cour commune classique. L'habitat de cour est dans une certaine mesure la formule idéale pour l'épargne

des ménages des classes populaires qui ont pu acquérir une propriété foncière. Il se présente sous la forme d'une dizaine de logements pour une parcelle de 400 m², autour d'une cour où cohabitent des locataires, avec parfois le propriétaire.

Ce sont des espaces dortoirs, dynamiques et très peuplés. Ce type d'habitat représente 67% de l'espace des quartiers enquêtés. Il est plus nombreux à *Yobourt Lambert* (95%), *Anador* (90%), *Mairie* (77%), *Mosquée* (76,89%) et au *Phare* (75%). L'habitat de cour se caractérise dans les quartiers par son fort coefficient d'emprise au sol (de l'ordre de 40 à 60%) et sa forte densité d'habitation (en moyenne 35 à 50 individus sur 300 à 500 m²). Il s'agit d'une forte concentration des populations, généralement d'origines diverses, qui sont contraintes de cohabiter et d'utiliser les mêmes espaces extérieurs, ainsi que certaines utilités. Dans le cas des concessions à ménages apparentés, si l'autonomie de chaque chef de ménage existe, des formes de solidarité les unissent.

Les quartiers populaires sont des lieux de manifestation et de déploiement privilégiés des valeurs culturelles africaines notamment, la solidarité [Adebayo D., 2006]. Les populations ont développé un mode de vie basé sur des relations sociales empreintes de partage et de solidarité, notamment en termes de partage des biens et services, mais aussi, de partage des expériences de vie.

Ce mode de vie diffère de celui des quartiers résidentiels, qui est beaucoup plus individuel. Les parcelles mono-familiales ont laissé place avec l'accroissement démographique à des formes pluri-familiales, où l'autorité dans la famille est exercée par le père (89%).

Dans les quartiers populaires étudiés 69% des ménages sont locataires, les plus nombreux sont à *Anador* (57,02%), au *220 logements* (63,01%) et à *Mermoz* (50,06%).

Le standing de ces quartiers est moyen et le niveau de vie modeste, contrairement aux quartiers résidentiels. Les ménages sont moins instruits (50,09%), mais dans les quartiers comme *Mermoz*, *Champroux*, *220 logements*,⁷⁴ le niveau d'instruction est plus élevé (65%).

On a autant de musulmans que de chrétiens dans ces quartiers, mais dans les quartiers comme *Anador*, *Mosquée*, *Mairie*, les musulmans sont les plus nombreux (71%).

On a une forte présence d'animaux dans les concessions, les ménages cohabitent avec des poulets, des moutons, etc. La forte présence de ces animaux est remarquable à *Yobourt Lambert*, *Mosquée*, *Anador* et *Mairie*.

Les ménages sont abonnés aux réseaux de distribution d'eau courante (69%), mais ils utilisent l'eau du puits pour faire la vaisselle, la lessive, la cuisine ou pour se laver. L'eau du robinet est réservée pour beaucoup à la boisson chez la plupart des ménages. Les ménages disposent d'électricité (77%), mais les délestages sont fréquents et des latrines (88%).

Par ailleurs, 83% résident dans leur quartier depuis plus de 5 ans, nombre important *aux 220 logements* (87%), au *Champroux* (77%) et à *Mermoz* (71%). Nous avons 56% des ménages qui habitent la ville depuis 5 ans et seulement 49,09% qui y sont nés.

Concernant les infrastructures, il faut dire que ces quartiers disposent de réseau routier, mais qui est dans un état de dégradation très avancé. Le mauvais état ou l'absence de réseau de canalisation provoquent des inondations dans certains quartiers tels que *Phare*, *Yobourt Lambert*, *Mosquée*. Les équipements sociaux dans les quartiers populaires sont importants (Carte 64), mais dominées par les équipements éducatifs, culturels et économiques. On a une bonne répartition des équipements sanitaires. Cependant, les quartiers comme *Mosquée*, *Phare*, *Anador* sont mal desservis.

⁷⁴ Le quartier 220 logements est l'un des plus vieux quartiers de la ville d'Abidjan. C'était dans les années 1970 le quartier résidentiel le plus prisé de la ville.

Cependant, on note une forte présence de médicaments de rue dans tous les quartiers. Ces médicaments sont vendus par les femmes ou des enfants devant les concessions ou dans les rues. Certains quartiers comme *Mosquée*, *Toit rouge*, *Anador* ou *220 logements* ont une offre de soins traditionnelle importante. Les ménages qui disposent d'un moyen de transport personnel représentent 38,09% de notre échantillon.

Les communes qui hébergent ces quartiers populaires ont un impact sur certains quartiers populaires. Le caractère populaire par exemple des quartiers de *Mermoz*, *Champroux* ou *Phare* sont moins visibles, parce qu'ils profitent du bon niveau d'aménagement des communes de Cocody, Marcory, et Port-Bouët dans lesquelles ils sont localisés, que les quartiers comme *Mosquée*, *Anador*, *Toit rouge*, *Yobourt Lambert* ou *Mairie*. Les ménages calquent un peu leur mode de vie au statut générale de la commune (par exemple, les ménages de *Mermoz* sont plus individualistes, comme les autres ménages des quartiers résidentiels de la commune de Cocody. On le verra, ce mode de vie s'étend jusque dans les quartiers précaires et les villages).

Les ménages qui disposent de médicaments modernes à la maison représentent 39%. Un nombre important de ménages (29%) disposent de remèdes traditionnels à la maison.

Carte 64. Aménagement et équipements sociaux dans les quartiers populaires enquêtés



II.1.3. Les quartiers précaires étudiés, des espaces marqués par des paysages de pauvretés

Toutes les communes que nous avons étudiées ont au moins un quartier précaire sauf la commune du Plateau. Nous avons donc étudié neuf quartiers précaires, six appartiennent à l'espace régulier loti et deux à l'espace irrégulier non loti (Carte 65).

Les quartiers précaires ont en commun l'absence de structuration et d'aménagement et présentent des paysages de pauvretés. Des enfants sales dans les rues, les déchets et les immondices, l'absence de villas, l'élevage d'animaux au sein des concessions, la présence des eaux usées dans les rues et devant les maisons sont autant de caractéristiques de ces quartiers. Quand on se rend dans ces quartiers, on a l'impression de ne pas être dans la ville d'Abidjan.

Les quartiers précaires sont dominés par le type d'habitat de cour où les matériaux de construction sont moins solides que dans les quartiers populaires. Ces quartiers sont densément peuplés, 550 habitants au kilomètre carré en moyenne, aucun quartier n'est épargné par cette forte densité. Les quartiers précaires *Kouassi Lenoir* ou *Adjamé Compensation* sont construits en matériaux de récupération (le bois, les tôles usagers, les fûtes vides, les sacs en jute ou en plastique, etc.).

C'est le lieu par excellence des classes défavorisées de la ville d'Abidjan. Ces quartiers sont dans une certaine mesure la formule idéale pour les ménages à faibles revenus de pouvoir se loger, car le loyer y est moins cher (deux pièces à *Sébroko* à moins de 10 000 Fr CFA soit 15,25 Euros).

Dans les quartiers étudiés, 83% des ménages sont locataires. Les ménages de ces quartiers ont développé un mode de vie basé sur des relations sociales empreintes de partage et de solidarité, comme dans les quartiers populaires.

La population exerce majoritairement dans le secteur informel marqué par de petits commerces (70% des actifs), par ailleurs, le taux de chômage dans certains quartiers atteint plus de 49%. Le niveau d'instruction reste très faible dans la population, plus de 47% de sans instruit. On a plus de musulmans (69%) que de chrétiens (31%) et 58% des ménages sont polygames.

Les ménages sont moins abonnés aux réseaux de distribution d'eau (9%), ils achètent l'eau auprès des revendeurs (62%) et utilisent l'eau du puits. L'eau est une denrée rare dans ces quartiers. Les ménages disposent d'électricité (51%), mais les délestages sont très fréquents. Quelques privilégiés disposent de latrines (28%) dans leurs logements.

Par ailleurs, 63% résident dans leur quartier depuis plus de 5 ans, 56% des ménages habitent la ville depuis 5 ans et seulement 39,09% y sont nés.

Concernant les infrastructures, il faut dire que ces quartiers ne disposent pas de réseau routier. L'absence d'aménagement provoque des inondations.

Les équipements sociaux dans les quartiers précaires sont rares, ce sont des quartiers clairement délaissés au niveau de l'équipement, mais ils existent dans certains quartiers des services sociaux (Carte 65). Ce sont des quartiers précaires qui ont bénéficié d'un aménagement partiel de leur espace. Ce qui pose la question cruciale de l'accès aux soins dans cette zone non lotie ; surtout que la majorité des ménages ne possède pas de véhicules personnels. Les quartiers précaires sont des territoires enclavés pour les soins modernes. En revanche, et contrairement aux quartiers lotis résidentiels, l'offre de soins traditionnelle et les médicaments de rue sont plus visibles et abondants dans l'espace. Certaines concessions affichent l'activité traditionnelle grâce à des pancartes peintes ou les praticiens se promènent dans les rues pour vanter la guérison de divers maux (Photo 35,

36). Les résidents des quartiers précaires ont tendance à adopter le mode de vie générale de la commune où ils sont localisés. C'est le cas par exemple d'*Abia Abety* localisé à proximité de *Zone 4C*. Est-ce que l'influence des quartiers résidentiels ou populaires à proximité des quartiers précaires aura-t-il un impact sur leur espace de soin en cas de maladies ?

Les ménages qui disposent de médicaments modernes à la maison sont moins nombreux, ils représentent 25% des ménages interrogés, par contre ceux qui disposent de remèdes traditionnels sont un peu plus nombreux (31%).

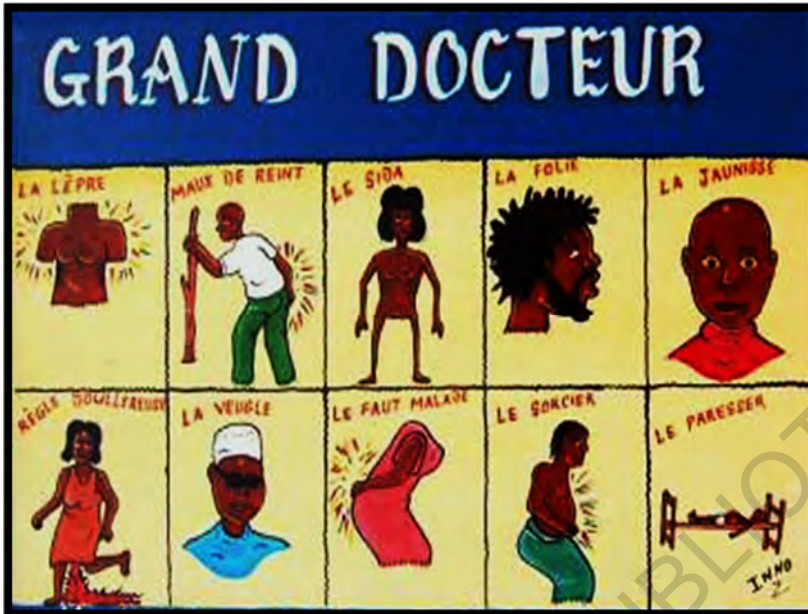


Photo 35. Promotion pour les soins d'un tradi-praticien qui soigne toutes les maladies même la paresse

Ce tradi-praticien affirme à ses patients réussir là où la médecine classique à échouer.

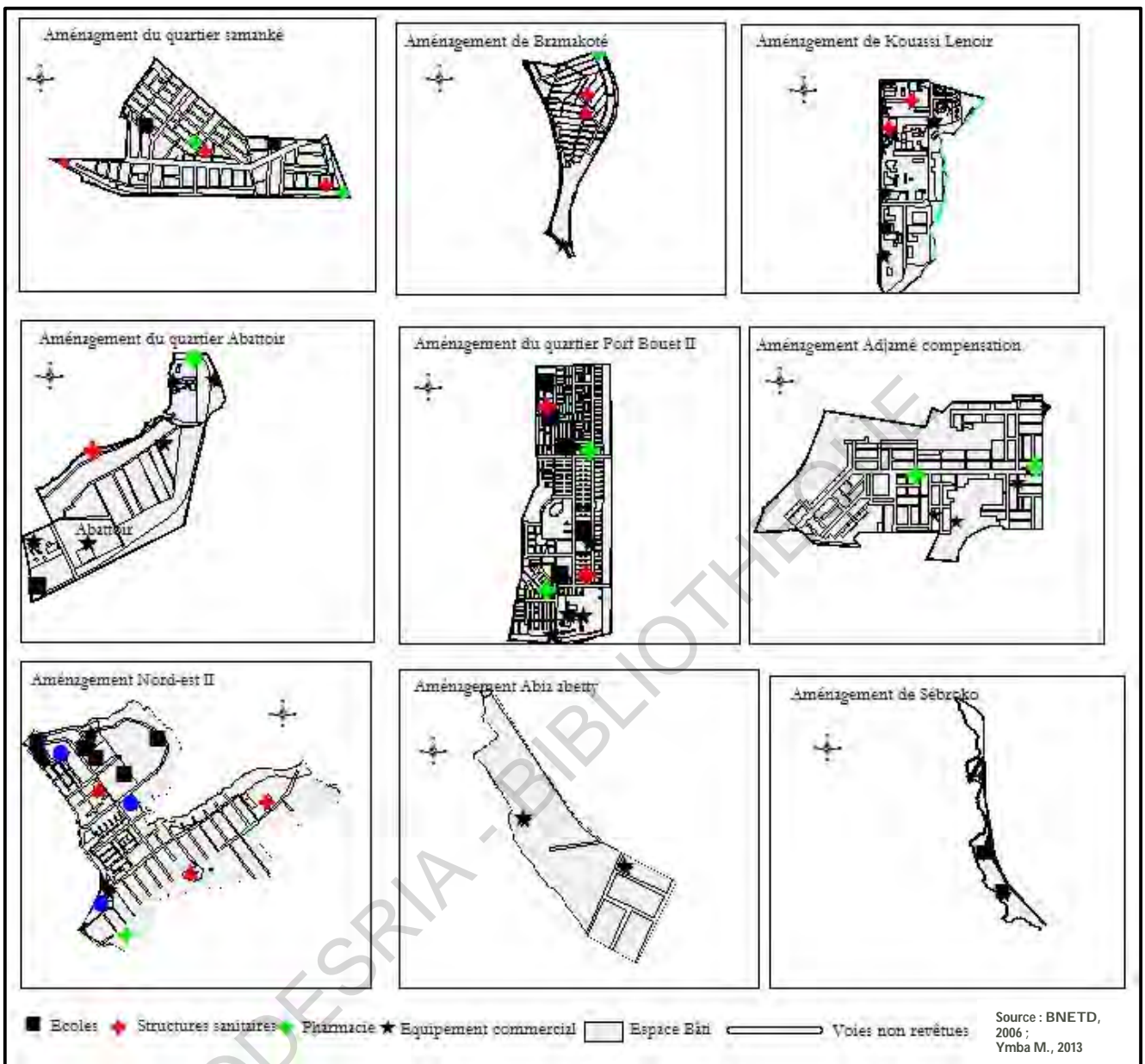
Source : Ymba M., 2011

Photo 36. Un tradi-praticien ambulante. Tous les jours, ce tradi-praticien parcourt les rues de *Port-Bouët II* à Yopougon pour expliquer aux passants à l'aide de photos de patients atteints de maladies graves, ses prouesses de guérison. Il s'installe parfois dans les endroits les plus fréquentés, comme les carrefours ou les marchés et attire la foule à l'aide des mêmes photos. Les gens s'approchent parce qu'ils sont curieux de voir ces photos répugnantes, puis certains peuvent finir par être intéressés et entrer en contact avec le tradi-praticien. Ici, ce sont les praticiens qui vont à la rencontre des patients et cela peut séduire davantage de personnes.



Source : Ymba M., 2011

Carte 65. Aménagement et équipements sociaux dans les quartiers précaires enquêtés



II.1.4. Les villages Ébriés, le rural dans l'urbain

Nous avons enquêté six villages traditionnels Ébrie⁷⁵ (Carte 66) au lieu de dix, car les communes du Plateau, de Koumassi, de Port-Bouët et de Treichville n'ont pas de villages Ébrié parmi leurs quartiers, mais ont des villages créés par d'autres communautés, qui ne nous intéressent pas ici.

Ces espaces restent toujours des villages Ébriés où l'identité culturelle existe et persiste. Ces villages sont de vieux quartiers de la ville. *Anoumabo* est l'un des plus vieux, car il existait avant même l'aménagement de la ville d'Abidjan. Il est considéré comme le berceau d'Abidjan. Localisé en bordure de la lagune Ébrié, ces espaces de vie sont à la fois accessibles par la voie lagunaire et les voies goudronnées où les moyens de transports sont

⁷⁵ Ethnie des populations autochtones de la ville d'Abidjan.

à proximité, ce qui facilite la tâche aux travailleurs et aux jeunes fonctionnaires. Les ébriés représentent ici 65% de la population et sont propriétaires, 35% sont partagés entre tous les autres groupes ethniques ivoiriens et 10% entre les étrangers ressortissants de l'Afrique de l'Ouest qui sont locataires (62%). Les rues des villages sont bondées de petits commerces, plus de 65% des ménages utilisent ces petits commerces pour arrondir leur fin de mois, comme c'est le cas dans les quartiers populaires ou précaires où ces commerces existent. Le niveau d'instruction reste acceptable, 48,08% des ménages sont allés à l'école, cependant, 17,04% des ménages sont des fonctionnaires de l'État.

Comme dans tous les villages Ébriés, on a deux autorités dans les quartiers, une autorité municipale et une autre coutumière. Mais, c'est l'autorité coutumière qui joue un rôle indéniable dans le système de gestion. D'ailleurs, les chefs de ménage ébrié et non ébrié sont obligés d'accepter l'autorité du chef coutumier et les règles établies dans les villages, c'est la condition pour y vivre et y rester. Près de (89%) des ménages respectent et apprécient ces politiques, qu'ils considèrent comme sécuritaire. Ce dernier aspect suggère que les habitants des villages restent attachés à des valeurs traditionnelles.

L'autorité dans le ménage est exercée par le père (58%) et par la mère (35%). Les ménages monogames sont plus nombreux (50,09%), suivent des ménages polygames (25%) et des célibataires (23 %). Plus de 63% des ménages sont chrétiens et 35% musulmans.

Les villageois ont différents modes d'approvisionnement en eau, 49% sont abonnés à la SODECI⁷⁶, 39% achètent l'eau auprès des revendeurs et 12% des ménages utilisent l'eau du puits. Les ménages qui possèdent des latrines représentent 50,9%, et l'électricité 69,02%. Ces indicateurs montrent le caractère populaire et à la fois précaire des villageois, mais aussi les conditions difficiles dans lesquelles vivent certains ménages.

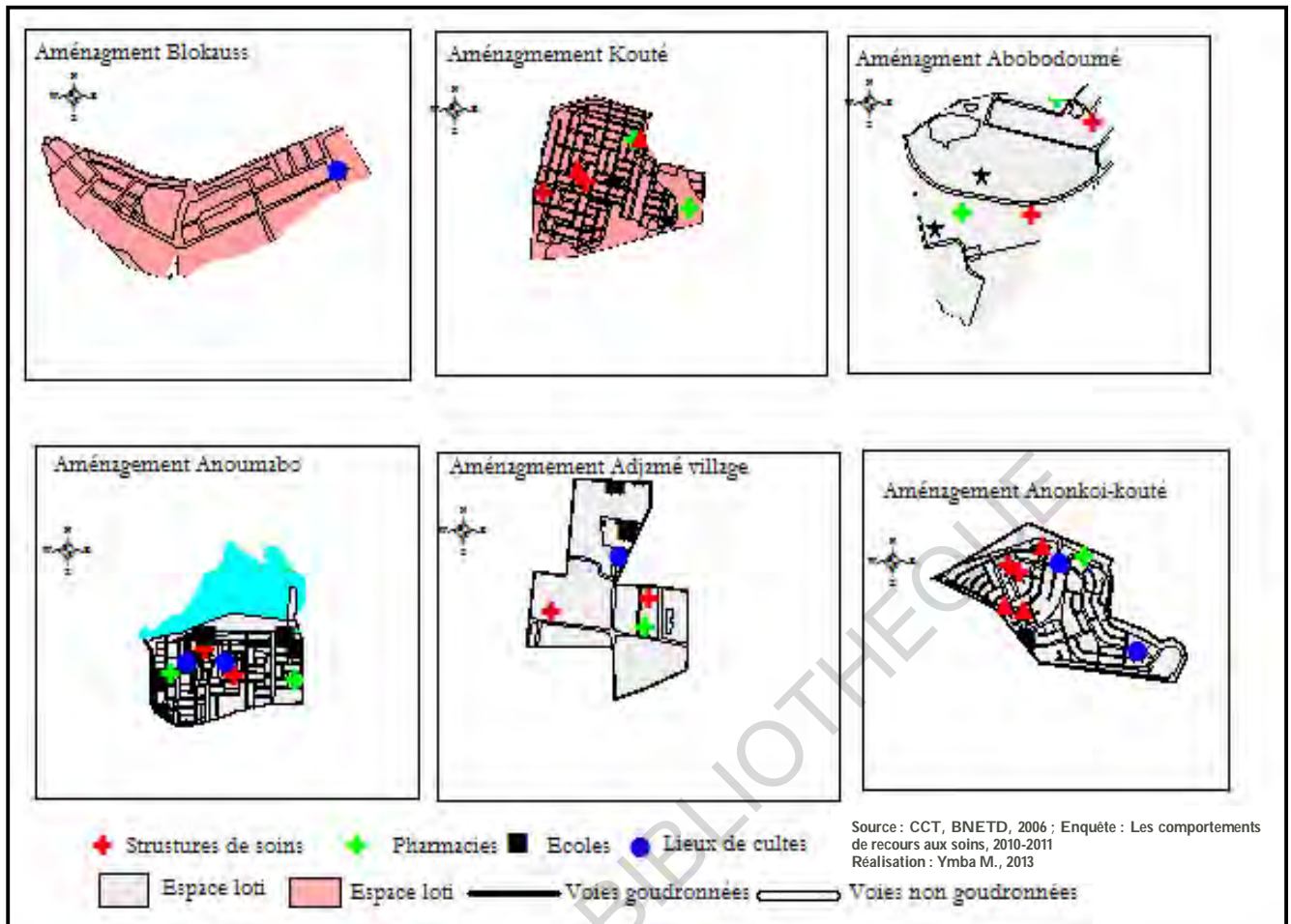
Plus de 78% des ménages vivent dans la ville depuis 5 ans, 52% dans le quartier depuis 5 ans et 72% sont nés dans la ville.

Les ménages qui possèdent un moyen de transport personnel ne représentent que 27,09% des ménages. Mais, les ménages qui disposent de médicaments traditionnels sont particulièrement plus nombreux (47,22%) que les ménages qui disposent de médicaments modernes à la maison (19%). Cela se justifie par le nombre important de vendeuses(rs) de médicaments traditionnels dans les villages.

À part *Blokauss*, les villages ont pratiquement tous un service de santé dans leur espace, en particulier les centres ou formations sanitaires urbains à but communautaires et des cabinets de soins infirmiers, mais nous avons aussi des équipements éducatifs, économiques et culturels (Carte 66). Des avantages que des quartiers résidentiels comme *Cité Fermont* ou populaires comme *Mosquée* n'ont pas.

⁷⁶ SODECI : Société Ivoirienne de Distribution d'Eau.

Carte 66. Aménagement et équipements sociaux dans les villages Ébriés enquêtés



Pour nous, les ménages ont établi des relations avec leur environnement de vie, et ont développé un mode de vie typique à leur espace de vie et en particulier au caractère premier de la commune qui les héberge. Les spécificités que nous avons faites ressortir auront-elles un impact sur le recours aux soins des populations ? C'est à l'une des questions que nous tenterons de répondre dans les prochains chapitres.

II.2. Une typologie des ménages pour caractériser les quartiers d'enquête

Après la description des quartiers étudiés, un accent plus particulier est mis sur les ménages, car rappelons-le, nous sommes partis du postulat que l'offre de soins moderne ne répond pas aux besoins de soins et de santé des ménages de la ville d'Abidjan.

Pour essayer de distinguer les ménages enquêtés dans ces différents espaces de vie et faire des typologies des ménages en tenant compte des espaces de vie analysés, nous avons identifié les variables liées aux caractéristiques socio-démographiques et économiques des chefs de ménages, celles liées à la qualité de l'habitat du ménage, au niveau d'urbanisation et celles liées au cadre de vie et à l'assainissement.

En plus de ces variables de base de l'étude, d'autres variables de synthèse seront créées : l'alimentation en eau potable, le statut socio-économique, et l'accès à l'information.

Afin d'obtenir des classes plus stables, nous avons associé analyse factorielle et classification.

Nous avons d'abord procédé à des analyses des correspondances multiples (ACM) nous permettant de résumer l'information des variables choisies en un nombre restreint d'axes factoriels. Puis nous avons réalisé des classifications ascendantes hiérarchiques (CAH) à

partir des coordonnées des ménages qui se positionnaient sur les axes obtenus par l'ACM. La stratégie « Analyse Factorielle + Classification » permet d'éliminer les fluctuations aléatoires et d'obtenir des classes plus stables.

II.2.1. Des ménages socio-démographiquement différenciés et diversifiés selon les quartiers

On note une forte concentration dans les logements. Les logements ont en moyenne deux à trois pièces et abritent en moyenne 7,2 personnes. Cette moyenne est beaucoup plus élevée chez les propriétaires et atteint environ 10 personnes. Chez les femmes chefs de ménage, la taille moyenne du ménage est comprise entre quatre et six personnes, alors que chez les hommes, elle oscille entre six et huit personnes en général. Il faut noter que la taille du ménage évolue généralement en fonction du quartier, du standing du logement et par la présence d'amis et de parents.

Dans les ménages polygames, la moyenne est de 10,1 personnes. Si nous considérons le lieu de résidence des ménages, nous recensons plus d'individus dans les ménages des quartiers précaires (13 personnes) et populaires (11 personnes) en moyenne. Dans les villages, le nombre de personnes est d'environ 8 et dans les quartiers résidentiels 4 personnes. Le nombre important de personnes dans les logements des quartiers populaires et précaires peut s'expliquer entre autre par la forte présence des déplacés de guerre de 2002 à Abidjan.

Dans l'ensemble, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes par ménage (4,6 femmes pour 4,4 hommes) sauf au *Vallon* et en *Zone 4C* où les moyennes sont similaires.

Par ailleurs la situation professionnelle des ménages nous permettra d'étudier son pouvoir économique qui peut être déterminant dans la demande de soins.

Toutes les catégories socioprofessionnelles sont représentées. Dans les quartiers une large majorité des chefs de ménages est composée de fonctionnaires et commerçants (69,03%). Les transporteurs arrivent ensuite avec 21%. Suivis des étudiants/élèves (8%). Dans la plupart des cas, c'est le secteur principal qui a été demandé aux ménages, mais plus de 71% des ménages tiennent de petits commerces devant la maison ou dans les marchés en complément de leur salaire, gérés par les femmes.

Il faut noter que la plupart des chefs de ménages interrogés exercent leur métier en dehors de leurs quartiers de résidence, la plus grande proportion des travailleurs (78%), ce qui au quotidien occasionne une sortie d'argent pour le transport. Cette charge constitue une très lourde dépense dans le budget familial.

Examinons maintenant les postes de dépenses des ménages. Quels sont leur priorité ? Quels sont les différentes dépenses auxquelles doivent faire face les chefs de ménages ? (Tableau 33 a). Les dépenses concernent essentiellement la nourriture dans le ménage et hors du ménage, les dépenses de santé, le loyer et la scolarité des enfants. Bien que différents d'un quartier à un autre, dans l'ensemble nous pouvons dire que les dépenses de nourriture représentent le plus grand chapitre dans le revenu des habitants comme dans toute la ville d'Abidjan d'ailleurs. 55 000 Fr CFA (83,89 Euros⁷⁷) en moyenne sont effectivement consacrés mensuellement à la nourriture dans le ménage et hors du ménage. Ce qui représente 57,26% du revenu moyen. Parmi les autres dépenses

⁷⁷ 1 Franc CFA = 0,0015 Euro

celles qui sont relativement élevées concernent la scolarité des enfants et on l'estime à 30 000 Fr CFA (45,76 Euros) le niveau moyen de cette dépense.

Il s'agit ici d'une dépense ponctuelle, réalisée à la rentrée scolaire. Elle ne constitue donc pas une charge permanente pour les chefs de ménages comme le sont les dépenses pour la santé et le loyer. Concernant ce dernier cas, on a pu constater que celui-ci coûte en moyenne 25 000 Fr CFA (38,13 Euros). Cependant, on note une variation en fonction du standing du logement, car les villas et les logements économiques coûtent plus chers que ceux des cours communes qui sont souvent mis en location par unité de chambre.

Les dépenses de santé tournent au tour d'une moyenne de 15 000 Fr CFA/mois (22,88 Euros), pour cinq personnes, ce qui représente une vraie fortune, rapportée à l'année. En fait, ces dépenses varient en fonction de l'activité professionnelle du chef de ménage. Elles vont de 8 000 Fr CFA à 16 000 Fr CFA (12,20 à 24,40 Euros) pour certains ménages (Tableau 33 a). Les dépenses consacrées à la santé augmentent également avec le revenu du chef de ménage (Tableau 32 b). Les artisans et les commerçants qui exercent dans l'informel ont un budget de santé nettement inférieur à la moyenne générale. Par contre, les salariés et les entrepreneurs qui ont un revenu relativement important dépensent largement plus pour leur santé (Tableau 33 b).

Au regard des postes de dépenses, la santé ne serait pas une priorité pour tous les ménages. Cela pourrait expliquer les étapes de soins des ménages, si par exemple, un ménage n'a pas de mutuelle, ils devraient avoir des économies pour pouvoir se soigner si une maladie survient. Dans le cas contraire, il peut être amené à utiliser d'autres recours "moins cher" pour recouvrer la santé. Si la situation ne s'améliore pas, emprunter pour arriver tardivement à l'hôpital ou au CHU ou rester à la maison et espérer un miracle.

Tableau 33 a. Les dépenses de santé en fonction de l'activité professionnelle

| Activités économiques | Dépenses de santé en francs CFA |
|-----------------------|---------------------------------|
| Fonctionnaires | 12 321 |
| Commerçants | 8 321 |
| Artisans | 7 045 |
| Petits commerçants | 15 098 |
| Entrepreneurs | 16 036 |
| Autres salariés | 14 562 |

Tableau 33 b. Les dépenses de santé en fonction des revenus

| Activités économiques | Revenus en milliers | Dépenses de santé en francs CFA |
|-----------------------|---------------------|---------------------------------|
| Fonctionnaires | 0 à 35 | 5 911 |
| Commerçants | 35 à 50 | 8 931 |
| Artisans | 50 à 100 | 10 598 |
| Petits commerçants | 100 à 150 | 13 400 |
| Entrepreneurs | 150 à 200 | 15 444 |
| Autres salariés | 200 et plus | 30 000 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Enfin, on note aussi en moyenne par ménage 4,8 personnes âgées de 0 à 14 ans, 6,6 personnes âgées de 15 à 49 ans et 0,9 personnes âgées de plus de 50 ans. La part des 15-49 ans et des plus de 50 ans est plus grande dans les quartiers résidentiels, populaires et les villages, la part des 0-14 ans est en revanche, plus forte dans les quartiers précaires.

Ces différences devront être prises en compte par la suite pour expliquer les comportements de recours aux soins par quartier. En effet, comme nous le verrons au chapitre III, certaines différences s'expliqueront davantage par des structures démographiques différentes que par de réels facteurs contextuels ou individuels. Par exemple, un quartier non loti pourra enregistrer des recours plus importants à un service de soins qu'un quartier populaire ou résidentiel. Mais ces écarts se justifieront davantage par la présence plus nombreuse d'enfants en bas âge dans les quartiers précaires.

II.2.2. La qualité de l'habitat des ménages

Pour réaliser la typologie sur la qualité de l'habitat des ménages, six variables ont été identifiées parmi le questionnaire "ménage": le type de construction, la consommation régulière ou occasionnelle d'eau du robinet, d'eau de la borne fontaine, d'eau « autres » (pompe, puits) pour la boisson, le mode d'évacuation des eaux usées, le mode de stockage des ordures.

La qualité de l'habitat des ménages n'a pas de lien *a priori* avec l'accès et les pratiques de recours aux soins que nous étudierions dans les chapitres suivants. Cependant, la qualité de l'habitat peut être un déterminant des facteurs aggravant des besoins en soins de santé des ménages. Cependant, la qualité de l'habitat des ménages résume d'une part, le niveau socio-économique des ménages (coût du matériau de construction) et d'autre part, leurs pratiques quotidiennes en matière d'hygiène et d'assainissement (consommation de l'eau et gestion des déchets). Si l'assainissement est encore une préoccupation primaire pour la majorité des Abidjanais, tous les ménages ne sont pas égaux devant les pratiques de gestion des déchets. Certains quartiers bénéficient de ramassage collectif des ordures à l'initiative de groupes privés et/ou associatifs. Des ménages favorisés disposeront de fosses septiques alors que certains n'auront d'autres recours que l'évacuation des eaux usées sur la voie publique, la majorité des quartiers n'étant pas équipée de caniveau. Ces problèmes d'assainissement sont donc dus à la fois à un déséquilibre des politiques menées, mais aussi à une mauvaise assimilation par les populations de pratiques imposées par l'extérieur [Fournet *et al.*, 2007]. En effet, l'assainissement et l'environnement sont deux notions récurrentes des projets urbains africains des dernières années qui suivent en cela les modèles urbains occidentaux où la question de l'environnement se pose prioritairement. Leur définition renvoie à la qualité du milieu dans lequel les populations vivent.

À travers l'analyse de la qualité des ménages, il s'agit donc de définir la vulnérabilité des ménages, celle-ci ayant un impact direct sur le fait d'être malade et de recourir à un service de soins moderne. La confrontation des résultats des espaces de soin et de l'itinéraire thérapeutique des ménages appartenant à ces différentes classes, nous permettra de comprendre la demande de soins en fonction des pathologies ou pas. Cette analyse complète la deuxième partie de cette thèse concernant l'adéquation entre offre et besoin de soins.

Les résultats de l'ACM puis de la CAH ont permis l'identification de quatre classes. Le tableau 34 résume l'ensemble des informations relatives à la qualité de l'habitat des ménages.

Tableau 34. Caractéristiques des classes selon la qualité de l'habitat

| Classes | 1 | 2 | 3 | 4 | Total des ménages |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------------|
| Effectifs des classes | 572 | 638 | 301 | 375 | 1 886 |
| Construction en dur, % | 19,0 | 15,5 | 26,2 | 81,5 | 33,7 |
| Construction en banco, % | 77,0 | 84,5 | 72,8 | 15,5 | 70,3 |
| Eau robinet, % | 8,5 | 10,8 | 7,0 | 99,7 | 27,8 |
| Pas d'eau robinet, % | 83,5 | 89,2 | 85,0 | 0,2 | 73,2 |
| Eau (revendeurs), % | 87,9 | 96,1 | 93,7 | 1,5 | 72,3 |
| Eau de puits, % | 5,3 | 14,1 | 3,7 | 0,1 | 24,7 |
| Eau « autre », % | 33,4 | 38,7 | 31,0 | 5,4 | 30,9 |
| Pas d'eau « autre », % | 67,6 | 60,3 | 68,0 | 92,6 | 70,1 |
| Eaux usées fosse, % | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 49,0 | 26,8 |
| Eaux usées rue, % | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 39,0 | 73,2 |
| Ordures dans la cour, % | 100,0 | 0,0 | 54,5 | 92,1 | 58,1 |
| Ordures dans rue, % | 0,0 | 100,0 | 45,9 | 6,7 | 43,5 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

- **La classe 1 : un habitat modeste et une mauvaise gestion des déchets**

Dans la première classe, 100% des ménages évacuent leurs eaux usées dans la rue et stockent leurs ordures dans la cour. Leur habitat est modeste et ils ont des comportements peu hygiéniques pour l'évacuation des eaux usées, mais en revanche de bons comportements pour l'évacuation des ordures. Les ménages de cette classe habitent des constructions de fortune et utilisent l'eau de puits et boivent l'eau achetée chez les revendeurs.

- **La classe 2 : un habitat peu modeste et une mauvaise gestion des déchets**

Dans la deuxième classe, on trouve exclusivement des ménages qui évacuent leurs eaux usées dans la rue et y jettent leurs ordures. Ces ménages habitent des constructions en banco et utilisent l'eau de puits.

- **La classe 3 : un habitat modeste et une bonne gestion des déchets**

Dans la troisième classe, 100% des ménages évacuent leurs eaux usées dans des fosses. Si les ménages habitent encore dans des constructions en dur, ils utilisent toujours l'eau du

puits. Leurs habitudes d'évacuation des déchets sont meilleures, car les eaux usées vont dans une fosse et les ordures ménagères sont stockées dans la cour et non plus dans la rue.

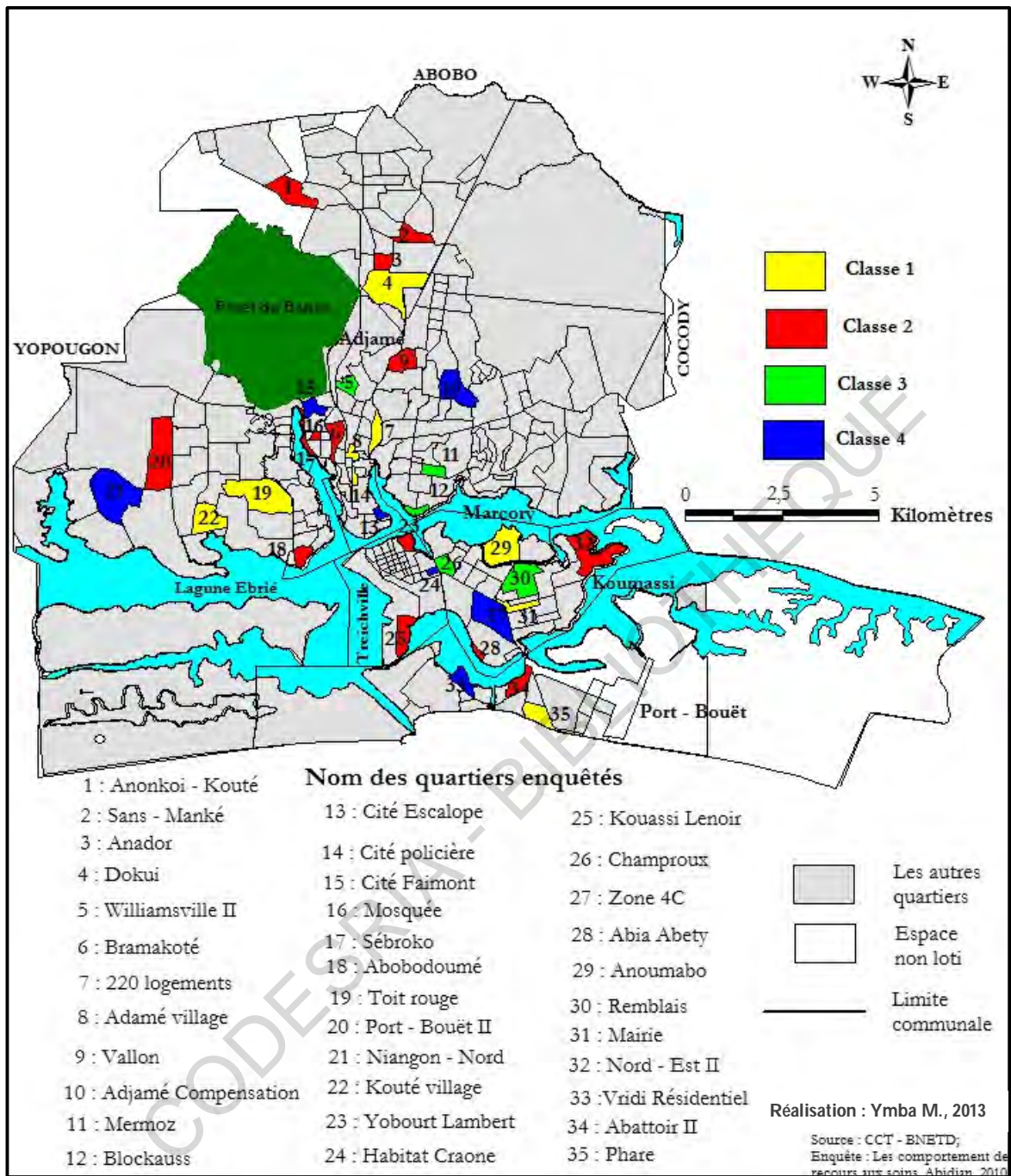
- **La classe 4 : un habitat de qualité et une bonne gestion des déchets**

Enfin dans la quatrième classe, les ménages vivent dans des constructions en dur, boivent exclusivement l'eau du robinet, évacuent leurs eaux usées dans une fosse et stockent leurs ordures dans leur cour. Ce sont donc des ménages ayant un bon habitat et de relatives bonnes habitudes d'hygiène.

En répartissant ces ménages dans leurs quartiers respectifs, nous obtenons des profils de quartier selon le critère de la qualité de l'habitat (Carte 67).

Ainsi les ménages d'habitat modeste et ayant une gestion peu urbanisée des déchets (classe 2) se répartissent dans les quartiers précaires, mais sont surtout plus représentés dans les quartiers précaires non lotis. De façon générale, les ménages ayant de mauvaises habitudes d'évacuation des eaux usées et des ordures et un habitat modeste (classe 1) sont plus fréquents dans les quartiers populaires (66% des ménages) et les villages Ébriés (47% des ménages). Toutefois, le quartier résidentiel *Niangon-nord* enregistre aussi une forte proportion de ménages appartenant à cette catégorie (40%). On retrouve les ménages ayant un habitat modeste et de bonnes habitudes d'évacuation des déchets (classe 3) dans tous les quartiers enquêtés, mais ils sont toutefois absents dans les quartiers précaires, sans doute pour des raisons différentes. Ils pourraient être moins nombreux, car il y a peu d'habitat modeste dans ce quartier, car la gestion des déchets par les ménages est parfois moins bonne dans ce quartier. Enfin, les ménages possédant un habitat de qualité et de bonnes habitudes d'hygiène (classe 4) se retrouvent clairement dans les quartiers lotis résidentiels, surtout au *Vallon* (88%) et en *Zone 4C* (85%).

Carte 67. Répartition des ménages par quartier selon la qualité de l'habitat



II.2.3. Le degré d'urbanisation et d'intégration des ménages

En s'intéressant au "degré d'urbanisation" des ménages, l'objectif visé est celui de la mesure du changement dans les pratiques sanitaires pour les ménages qui sont installés à Abidjan depuis plusieurs années. On pose comme hypothèse que l'urbanisation rapide a défini un changement majeur dans la vie des abidjanais. Les variables intégrées à ce critère réunissent des thèmes qui sont censés évoluer quand la durée de résidence en ville augmente comme la connaissance de l'offre de soins environnante.

Afin de distinguer les ménages selon leur degré d'urbanisation, des variables ont été sélectionnées. Il s'agissait : de mode de vie moderne, d'hygiène de vie, de la connaissance

du système de soins de proximité, de l'appartenance à un réseau social⁷⁸ et de la durée de résidence à Abidjan.

Comme pour la qualité de l'habitat, quatre classes ont été clairement identifiées. Le tableau 35 présente les résultats des traitements par ACM et ACH pour chaque variable.

- **La classe 1 : des citadins par la résidence, mais qui ont gardé des habitudes du monde rural**

Dans la première classe, 50% de ménages ne consomment pas de sucreries gazeuses, la moitié d'entre eux utilisent la moustiquaire, cependant, ils vivent en ville depuis 15 ans ou plus. Dans ces ménages, on se brosse rarement les dents avec une brosse et du dentifrice et on reconnaît l'autorité du chef coutumier, et par conséquent en cas de conflit le ménage pourrait consulter ce représentant pour le résoudre. Ces ménages vivent en ville depuis assez longtemps, mais ils sont restés attachés aux traditions et ne sont pas « urbanisés ».

- **La classe 2 : des citadins par la résidence et par le mode de vie**

Dans cette seconde classe, 40% des ménages ne consomment pas de sucreries gazeuses et vivent en ville depuis 15 ans ou plus. Les ménages mangent de la viande, utilisent une moustiquaire, se brossent les dents avec du dentifrice, connaissent le système de soins de proximité, appartiennent à un réseau social et ne reconnaissent pas l'autorité traditionnelle. Ce sont donc des ménages qui vivent en ville depuis assez longtemps (comme pour la classe 1) et qui ont pris des habitudes urbaines.

- **La classe 3 : de nouveaux citadins aux habitudes mixtes**

La troisième classe est composée à 55% de ménages qui ne consomment pas de sucreries gazeuses. Très peu consomment de la viande, n'utilisent pas de moustiquaire, se brossent les dents avec du dentifrice, reconnaissent l'autorité traditionnelle et connaissent le système de soins de proximité. Ces ménages vivent en ville depuis moins de 15 ans et n'ont pas de caractéristiques particulières.

- **La classe 4 : d'anciens citadins plutôt « urbanisés »**

Dans la dernière classe, 100% de ménages consomment des sucreries gazeuses et une majorité vit en ville depuis plus de 15 ans. Ces ménages consomment de la viande, se brossent les dents avec du dentifrice et connaissent bien le système de soins de proximité.

⁷⁸ On entend par « appartenance à un réseau social », un individu qui participe, qui est intégré à une association de solidarité, à un club sportif, à une réunion d'anciens combattants, à un parti politique, aux réunions de quartiers, etc.

Tableau 35. Caractéristiques des classes selon le degré d'urbanisation

| Classes | 1 | 2 | 3 | 4 | Population |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| Effectifs des classes | 367 | 314 | 182 | 162 | 1 025 |
| Consommation viande, % | 58,6 | 76,0 | 38,3 | 87,4 | 69,8 |
| Pas de consommation viande, % | 41,4 | 25,0 | 61,8 | 9,6 | 30,4 |
| Consommation soda, % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 14,8 |
| Pas de consommation soda, % | 50,0 | 40,0 | 55,0 | 0,0 | 45,2 |
| Moustiquaire, % | 0,0 | 36,8 | 31,2 | 66,9 | 33,4 |
| Pas de moustiquaire, % | 50,0 | 34,2 | 65,8 | 41,1 | 53,6 |
| Brosse et dentifrice, % | 38,9 | 84,8 | 71,1 | 86,1 | 69,6 |
| Pas de brosse et dentifrice, % | 51,1 | 15,2 | 37,9 | 11,9 | 41,4 |
| Reconnaît autorité, % | 61,3 | 32,5 | 51,8 | 21,1 | 58,3 |
| Reconnaît pas autorité, % | 18,7 | 68,5 | 38,2 | 58,9 | 38,7 |
| Appartient réseau, % | 51,6 | 61,2 | 53,0 | 69,1 | 55,2 |
| Appartient pas réseau, % | 46,4 | 39,8 | 49,0 | 39,9 | 44,8 |
| Connaît syst. soins, % | 75,2 | 92,8 | 81,3 | 95,7 | 86,9 |
| Ne connaît pas syst. soins, % | 13,8 | 5,2 | 15,7 | 5,3 | 14,1 |
| Durée résidence ≤ 14 ans, % | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 23,8 | 21,6 |
| Durée résidence ≥ 15 ans, % | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 74,2 | 78,4 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

En répartissant ces ménages dans leurs quartiers respectifs, nous obtenons des profils de quartier selon le degré d'urbanisation (Carte 68).

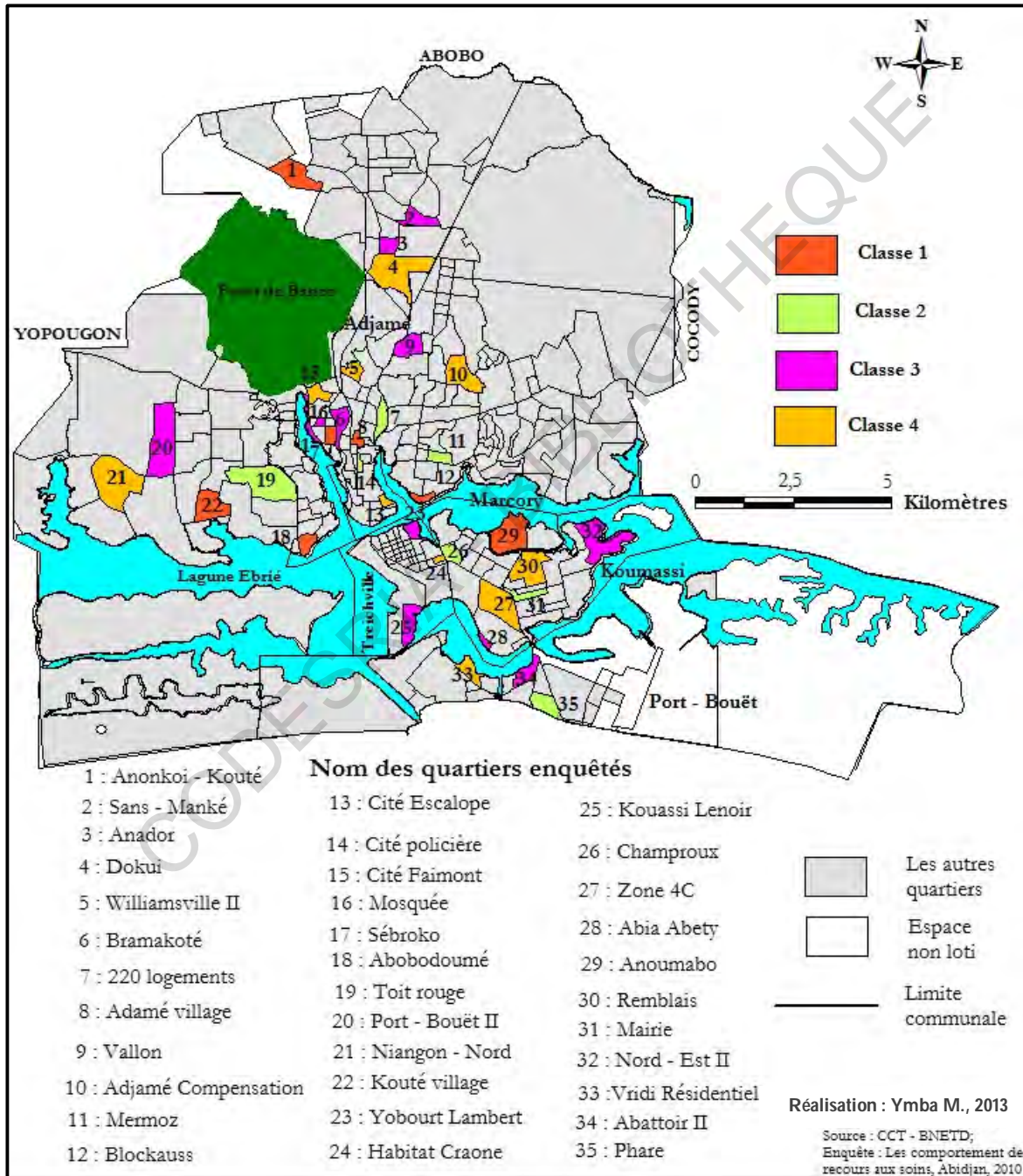
La distribution des ménages selon le degré d'urbanisation au sein des quartiers enquêtés confirme la mise en place de processus d'urbanisation différenciés et respectent la classification distinguée par l'INS.

Les classes 1 et 3 regroupent les villages Ébriés qui sont restés à la fois traditionnels et modernes et où les ménages habitent depuis très longtemps la ville. C'est dans les quartiers populaires que le pourcentage des ménages caractérisés comme "citadins" à la fois par la durée de résidence et le mode de vie est le plus élevé (classe 2). On peut supposer que cela vient du fait que la population est plus hétérogène avec l'existence de niveaux de vie différents. Les ménages de la seconde classe sont aussi présents dans les quartiers précaires, en particulier à *Kouassi Lenoir*, *Abattoir* et *Samanké* qui sont des espaces irréguliers, mais habités depuis longtemps. Enfin, les ménages de la quatrième classe

représentent une proportion importante des ménages qui habitent les quartiers résidentiels, ce qui confirme bien qu'Abidjan est une capitale parmi les plus modernes.

Les classes sont très hétérogènes et urbanisées dans l'ensemble, ce qui montre qu'Abidjan est une capitale urbanisée. Cela aura-t-il un impact sur le comportement des ménages en matière de recours aux soins ? Le niveau d'urbanisation qu'il soit bon ou mauvais ne suppose pas *a priori* que les populations auront systématiquement ou non recours à un service de santé en cas de maladie.

Carte 68. Répartition des ménages par quartier selon le degré d'urbanisation



Conclusion du chapitre I

Dans ce chapitre, nous avons mis en avant avec l'étude de quelques variables caractérisant la concession, le lieu de résidence, le ménage ou le chef de ménage, la pertinence du critère du lotissement pour le choix de nos quartiers d'enquête. Certaines variables différencient de toute évidence nos quartiers comme le raccordement de la parcelle à l'eau et à l'électricité, les constructions en ciment, autant de variables qui signifient que l'on se trouve dans un quartier résidentiel, populaire ou un village Ébrié. À l'inverse, la prédominance de constructions avec des matériaux de fortune, l'approvisionnement en eau de puits évoquent une résidence dans un quartier précaire. Toutes ces caractéristiques rappellent une fois de plus l'hétérogénéité urbaine qui caractérise Abidjan.

Mais au-delà de cette stratification, le choix des quartiers d'enquête en fonction des critères de centralité et d'ancienneté de l'urbanisation se révèle pertinent pour identifier des espaces de vie différenciés qui peuvent avoir un effet sur la santé des populations et leurs pratiques vis-à-vis de la maladie.

Nous aurons intérêt à confronter ces différents profils non pas aux états de santé, mais aux comportements du recours aux soins, ce que nous développerons dans le chapitre suivant. Comment les comportements de recours aux soins vont-ils mettre en lumière ces disparités entre les quartiers ? Le recours aux soins est-il lié à ces effets contextuels de résidence ? Le lieu de résidence a-t-il un impact sur le recours des ménages ? Autrement dit, en quoi le fait d'habiter dans tel ou tel quartier est-il un facteur favorable au recours à un service de soins moderne ?

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

CHAPITRE II. LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES DES MÉNAGES FACE À LA MALADIE

Différents niveaux d'analyse sont pris en compte pour l'étude des comportements de recours aux soins. Dans un premier temps, nous analyserons la morbidité déclarée des enfants et des ménages et les caractéristiques socio-démographiques qui leur sont associées. Une fois cette population décrite, d'autres analyses seront conduites pour décrire les comportements du recours aux soins. Dans un second temps, nous allons insister sur l'itinéraire thérapeutique des ménages tout en mettant un accent particulier sur le recours à l'offre de soins moderne.

Nous avons distingué quatre catégories sociales lors de nos enquêtes, les enfants, les femmes enceintes, les jeunes et les adultes. La différence entre les variables renseignées et sélectionnées chez les enfants, les femmes enceintes, les jeunes et les adultes justifiera tout au long de ce chapitre d'une analyse séparée.

Les individus répondent à la maladie selon différentes modalités qui dépendent de leur culture, de leur niveau social, économique, scolaire, mais aussi de la perception qu'ils ont de la maladie et de leur santé. À travers nos enquêtes, nous avons pu caractériser la perception des individus relativement à leurs états de santé qui est étroitement liée aux facteurs économiques, sociaux et culturels qui eux-mêmes conditionnent les comportements thérapeutiques.

En effet, pour comprendre le comportement des ménages en matière de recours, il importe d'étudier comment ceux-ci perçoivent la maladie.

À Abidjan, les choix thérapeutiques dépendent en premier lieu de la perception de la maladie : « Les codes de comportements face à la maladie seront directement déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes » [Barbiéri, 1991, p.23].

Plus de 85% des groupes ethniques des ménages possèdent des systèmes techniques spécifiques propres à eux, pour la reconnaissance des symptômes des maladies. Les ménages partagent cependant, une conception distinguant les maladies d'origine naturelle et les maladies d'origine surnaturelle, c'est-à-dire impliquant une dimension invisible ou sociale. Les maladies relevant du registre naturel sont généralement associées à un déséquilibre entre l'individu et son environnement physique : l'exposition au vent, au chaud, au froid ou la consommation d'aliments non indiqués : microbes, parasites, dysfonctionnement d'organes. Les maladies surnaturelles sont provoquées par la sanction d'un esprit ou de Dieu, mécontent, offensés d'un manquement aux coutumes ou aux règles de vie ; les maladies inscrites dans une dimension sociale sont provoquées par une tierce personne, à travers un pouvoir de sorcellerie ou magie. Donc pour éliminer la maladie, c'est-à-dire soigner le corps, il faut rétablir l'équilibre ou les relations entre le corps, l'esprit, l'âme, et les forces surnaturelles [Konan, 2012].

Par exemple pour 66% des ménages, le paludisme simple est associé aux maladies naturelles causées par les moustiques ou la fatigue. Les maladies comme l'épilepsie ou même le Sida sont perçues comme l'expression de maladies d'origine surnaturelle par 31% des ménages enquêtés.

L'interprétation de la maladie et le cheminement thérapeutique sont liés pour 75% des ménages. Les services de santé sont généralement considérés comme efficaces pour traiter des maladies naturelles et passagères pour 88% des ménages, mais inopérants sur des maladies provoquées par les esprits ou la sorcellerie. Ces maladies relèveront avant tout de

traitements magiques, de prières ou de délivrance dans les lieux de cultes et associées parfois à des plantes traditionnelles, mais rarement médicales.

Cependant, les stratégies thérapeutiques ne sont pas exclusivement construites à partir des catégories générées par les systèmes nosologiques. Dans une logique pragmatique visant à maximiser les chances de guérison, surtout lorsque la maladie est longue et naturelle, les ménages disent ne pas hésiter à associer les soins médicaux aux soins traditionnels ou autres types de soins.

En effet, pour ces ménages dans la double volonté de guérir le corps malade et d'expliquer l'origine du trouble exprimé par la maladie, ils recherchent des soins auprès d'un thérapeute traditionnel ou des prières, d'une explication et d'une protection magique pour une maladie et pour les manifestations cliniques ils sollicitent à 52% les services de santé.

Cette perception de la maladie si elle est fautive ou mal diagnostiquée à la base peut devenir un problème pour le malade pour le recours aux soins. Dans 26% des cas, les ménages avouent s'être trompés, et par conséquent perdu du temps et de l'argent, car les maladies peuvent s'aggraver et occasionner des thérapies longues et diverses pour le malade, et s'il est trop tard la mort.

À partir de ces déclarations de recours des ménages six comportements de soins possibles ont été considérés dans notre analyse : l'automédication, le recours à un service de soins moderne, le recours à la médecine traditionnelle, le recours à la médecine chinoise, le recours à la médecine de rue et les lieux de cultes (Figure 9). Ces différents recours décrivent parfaitement l'environnement du système de soins de la ville d'Abidjan que nous avons décrit et analysé dans la première partie de cette thèse.

■ **L'automédication**, regroupe tout traitement pris par le malade sans consultation d'un personnel de santé moderne ou traditionnel : cela comprend donc aussi bien l'utilisation de produits pharmaceutiques (la majorité des ménages (51,09%) possède en effet une "pharmacie familiale" ou de maison) ayant été conservés depuis une maladie précédente ou achetés dans une pharmacie sans ordonnance médicale, ou des remèdes traditionnels (plantes, écorces, tisanes, etc.). Nous avons appelé cette pratique de l'automédication le recours à domicile des ménages.

■ **La médecine moderne**, c'est la consultation de tout ménage vers un établissement sanitaire public ou privé de premier, second ou troisième niveau en cas de maladie pour consulter un médecin, une infirmière(rs), une sage-femme ou un spécialiste. Elle prend en compte les hospitalisations et les visites prénatales et les accouchements. Cette catégorie prend également en compte des soins reçus à l'étranger.

■ **La médecine traditionnelle**, concerne la consultation chez un tradi-praticien, un guérisseur ou un herboriste. Selon les réponses des ménages, nous avons distingué deux types de médecines traditionnelles. En effet, nous avons d'une part, "la médecine traditionnelle populaire ou classique". Elle est pratiquée par un tradi-thérapeute, guérisseur, devin ou sorcier avec des plantes, des écorces, des remèdes ou formules magiques pour soigner les malades, chez le tradi-praticien ou au marché (Photo 37). Cette médecine prend en charge les aspects sociaux et culturels de la maladie, ce qui n'est pas le cas de la médecine moderne.

D'autre part, nous avons une nouvelle forme de médecine traditionnelle, que nous avons appelée "médecine traditionnelle moderne". Contrairement à la médecine traditionnelle

classique, la médecine traditionnelle moderne est exercée par des praticiens confirmés, avec des produits bien dosés, plus hygiéniques, et elle se pratique dans des cliniques ou cabinets privés (Photo 38). Cette médecine allie tradition et modernité pour attirer tous les groupes sociaux et classes sociales, car les praticiens savent qu'Abidjan ils ont à faire à des citadins qui n'ont pas forcément une connaissance pointue sur les médicaments traditionnels. Pour cela, ils ont adapté les traitements, pour qu'ils soient faciles à suivre et à administrer. Ces thérapeutes ont transformé les médicaments traditionnels en comprimé, en sirop, en suppositoire, etc. (Photo 39) pour faciliter les traitements. C'est différent par rapport à la médecine traditionnelle classique, car avec la médecine traditionnelle classique les méthodes sont souvent le lavement, le réchauffement, etc. Des pratiques pas faciles à faire pour celui ou celle qui ne connaît pas.

Tous ces détails et précisions sont importants, car on le verra dans la partie sur le recours que c'est parfois l'une des raisons évoquées par les ménages pour choisir l'une des médecines traditionnelles pour se soigner.

Ces deux types de médecines partagent une même approche de la maladie, mais différenciées par des systèmes de représentations, des sources de savoirs et des techniques thérapeutiques hétérogènes.



Photo 37. Vendeuses de médicaments traditionnels au marché du village Ebrié Anoumabo

Source : Ymba M., 2011

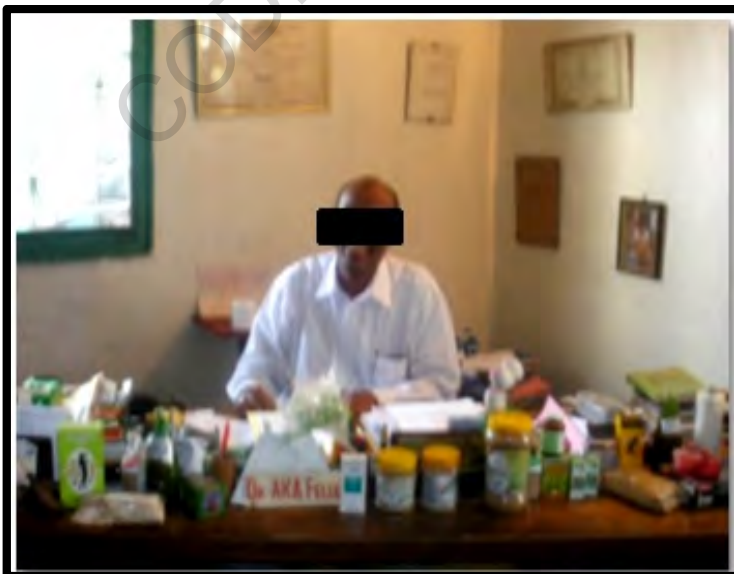


Photo 38. Clinique ou cabinet traditionnel

Dr AKA Félix, naturothérapeute à son cabinet à Treichville.

Source : Ymba M., 2011



Photo 39. Médicament traditionnel de type moderne

Ces médicaments sont représentés ici sous forme de sirop, boisson, tisane, dans des bouteilles ou emballages avec des étiquettes pour expliquer le mode d'emploi.

Source : Ymba M., 2011

■ **La médecine Chinoise**, concerne l'utilisation des cliniques chinoises pour se soigner. Ces cliniques sont tenues par des chinois ou par des ivoiriens formés à cet effet. Dans ces cliniques, on vend exclusivement des médicaments chinois. La prolifération de ces établissements a pris de l'ampleur dans la ville d'Abidjan et sur toute l'étendue du territoire ces dix dernières années.

■ **La médecine de la rue (les vendeuses(rs) de médicaments)**, tous les ménages qui ont acheté au cours d'un épisode morbide des médicaments dans la rue pour se soigner, correspond pour nous à un recours thérapeutique dans la rue. Nous avons utilisé ce terme peu approprié, car la vente des médicaments prend de l'ampleur malgré l'intervention des autorités. Elle est considérée comme une médecine pour nous, car les vendeurs et vendeuses de médicaments sans aucune qualification se permettent avant de vendre un médicament de poser des questions aux malades, afin de diagnostiquer la maladie et par la suite leur prescrire un médicament.

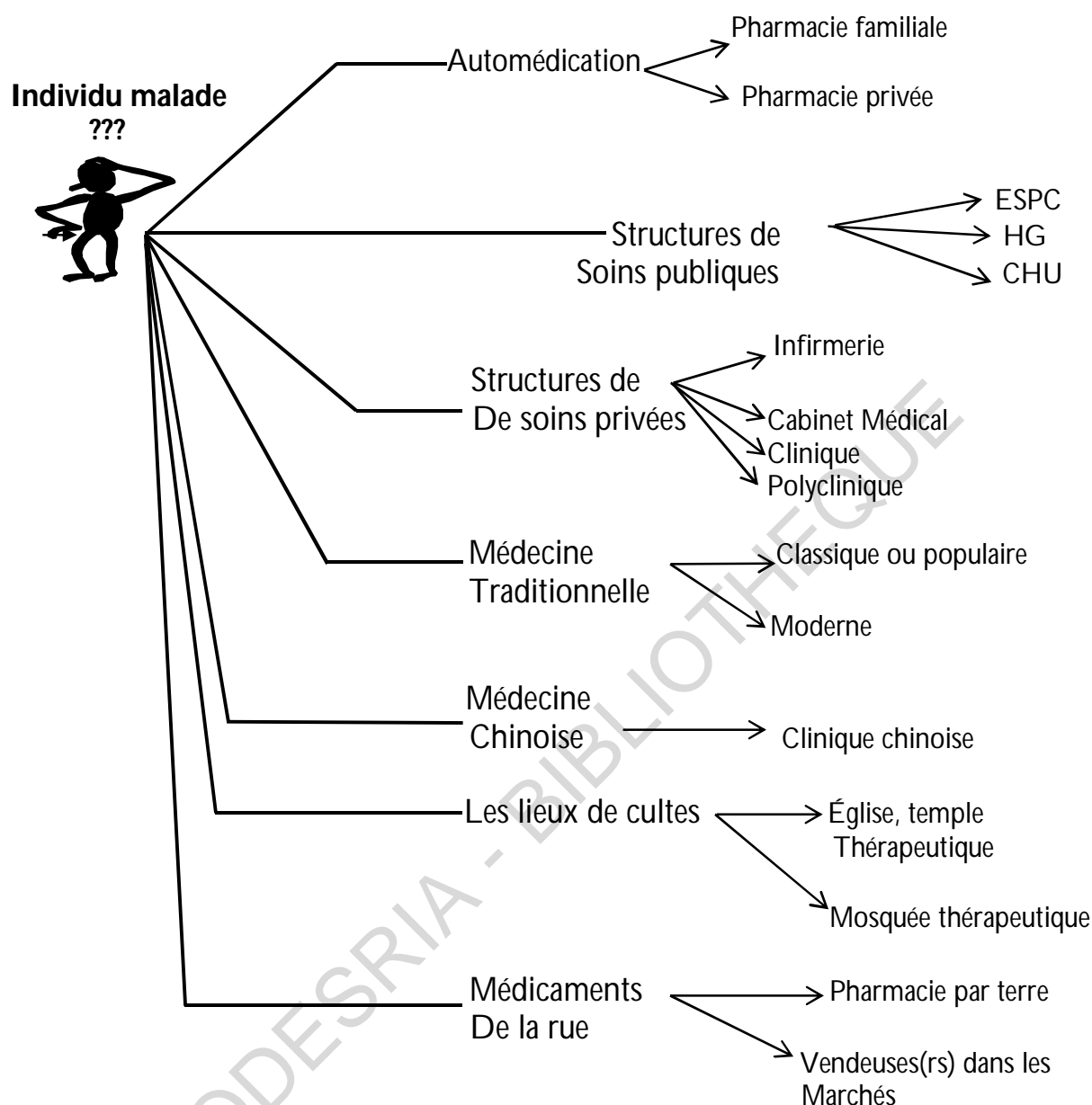
■ **Les lieux de cultes (les églises ou mosquées thérapeutiques)**, c'est tous les ménages qui ont recours à une église thérapeutique ou une mosquée thérapeutique pour se faire soigner. À partir de prières, de versets bibliques ou coraniques, et par le jeûne, des prêtres, des pasteurs, des marabouts ou des imans prient pour les malades.

Ces différentes pratiques thérapeutiques correspondent aux recours extérieurs des ménages, c'est-à-dire qui se font hors du domicile familial.

Enfin, nous regroupons dans la catégorie « **renoncement aux soins** » les individus qui n'ont pas eu recours à des services de soins et qui n'ont pas pris de traitement.

La représentation graphique selon un arbre de décision thérapeutique se présenterait comme telle (Figure 9).

Figure 9. Représentation graphique du choix entre les alternatives de soins pour un individu malade à Abidjan



I. Analyse de la morbidité déclarée pour les enfants de 6 mois à 12 ans

I.1. Épisodes morbides et caractéristiques socio-démographiques des enfants

À la question « avez-vous eu un problème de santé dans les 30 jours précédents ? », 42% des enfants de 6 mois à 12 ans (ou leurs accompagnants) répondent par une affirmation. Leur réponse révèle que 58% des enfants sont déclarés être en bonne santé, 13,2% être tombés malade une fois, 0,9% deux fois⁷⁹ et 2,4% avoir eu une maladie chronique. Sur 890 individus ayant été malades, les maladies les plus déclarées sont le paludisme (335 fois), les

⁷⁹ Lorsque l'enfant a été malade plus d'une fois au cours de la période de référence nous nous sommes intéressés à la première maladie qui les a affectés.

affections de l'appareil digestif (180 fois), la fièvre (101 fois), les affections de l'appareil respiratoires (90 fois), les infections de la peau (90 fois), les douleurs (53 fois) et la toux (41 fois).

Le paludisme est la maladie la plus importante de l'enquête. Il faut y voir un effet de la saison. Une partie de notre enquête s'est déroulée en juin, elle s'inscrit donc en période de grande saison des pluies où le paludisme est en haute progression à cause de la forte présence des eaux usées dans les quartiers. La saison sèche et froide connaît par contre le pic des maladies respiratoires, favorisé par le froid et l'harmattan.

Tableau 36. Les maladies les plus fréquentes chez les enfants

| Maladies | Nombre de cas de maladies | Fréquences relatives (%) |
|--|---------------------------|--------------------------|
| Paludisme | 335 | 38 |
| Affections de l'appareil digestif | 180 | 22 |
| La fièvre | 131 | 15 |
| Les affections de l'appareil respiratoires | 101 | 11 |
| Les infections de la peau | 90 | 10 |
| Douleurs | 53 | 6 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Les résultats de l'analyse univariée présentés dans le tableau 37 permettent d'appréhender les facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui touchent de façon différentielle les enfants qui ont connu un problème de santé.

Nous notons de fortes disparités à l'échelle des quartiers, le taux de morbidité déclaré allant de 41% dans les quartiers précaires, à 37,1% dans les quartiers populaires, 36,5 dans les villages et à 25,5% dans les quartiers résidentiels et viabilisés. On pouvait s'attendre à une proportion d'enfant malade moins grande dans les quartiers viabilisés, que dans les quartiers populaires : du fait de revenus élevés dans ces quartiers, nous supposons que de meilleures conditions d'hygiène et des comportements de prévention plus avertis y étaient réunis comparativement aux autres types de quartiers. Sur la base des déclarations des ménages, c'est le constat inverse que l'on fait. Il est possible comme, le soulignaient Bitran et *al.*, dans une étude comparative entre (1993), et Ellis et *al.*, (1994), qu'il est une relation entre le niveau de revenu et le fait de se déclarer malade : ici plus les revenus des ménages sont élevés et plus ils seraient enclins à déclarer leurs enfants malades du fait probablement d'une plus grande attention portée à leurs enfants et anxiété à leur égard que dans les autres quartiers où la priorité première des ménages est de pouvoir nourrir l'enfant.

Par ailleurs, le nombre moyen de jours qu'à durée la maladie varie également significativement selon les quartiers. Dans les quartiers précaires les épisodes morbides ont été en moyenne les plus longs (20 jours) en particulier pour le paludisme. Dans les quartiers populaires et villages, ces durées sont respectivement égales à 15 jours et 11 jours. Les quartiers résidentiels enregistrent la durée la plus faible en moyenne 5 jours.

Quel que soit le sexe et l'âge, les enfants sont malades. En outre, les enfants de 6 mois à 2 ans sont plus particulièrement touchés par les problèmes de santé ($p < 0,0001$), ainsi que

les garçons par rapport aux filles sans que la différence soit cependant significative. En général, la déclaration de problèmes de santé diminue quand l'âge de l'enfant augmente. Nous ne distinguons pas non plus de différence significative selon l'indice d'équipement, le fait d'appartenir ou non à un groupe ethnique et selon la position de l'enfant dans le ménage ou la fratrie.

En revanche et de toute évidence, les questions liées au ressenti de l'état de santé ou du bien-être sont associées au fait de déclarer un problème de santé. Ainsi, les enfants qui sont déclarés en mauvaise santé ont fait plus souvent l'expérience d'épisodes morbides plus de deux fois précédemment ($p < 0,0001$). Enfin de façon paradoxale, un enfant suivi régulièrement par le corps médical pour un problème de santé chronique, un enfant qui aurait donc une santé plus fragile, a moins souvent déclaré un épisode de maladie au moment de l'enquête (21% contre 31,1%).

Tableau 37. Caractéristiques socio-démographiques des enfants malades

| Variables indépendantes | Effectifs (n) | Pourcentage (%) | Test de significativité: p ns*: Non significatif |
|----------------------------|---------------|-----------------|---|
| Lotissement | | | |
| Loti | 401 | 28,9 | ns* |
| Non loti | 575 | 30,1 | |
| Densité du bâti | | | |
| Dense | 410 | 31,4 | ns |
| Peu dense | 564 | 33,0 | |
| Strate | | | |
| Non lotie dense | 302 | 30,4 | ns |
| Non lotie peu dense | 178 | 31,6 | |
| Lotie dense | 282 | 28,1 | |
| Lotie peu dense | 212 | 27,3 | |
| Quartiers | | | |
| Résidentiels | 268 | 25,5 | p<0,001 |
| Précaires | 306 | 41,0 | |
| Populaires | 277 | 37,1 | |
| Villages | 125 | 36,5 | |
| Sexe | | | |
| Filles | 544 | 57,76 | ns |
| Garçons | 422 | 53,23 | |
| Classe d'âges | | | |
| 6 mois - 2 ans | 263 | 44,0 | p<0,0001 |
| 3 - 5 ans | 328 | 32,9 | |
| 6 - 8 ans | 269 | 27,7 | |
| 9 - 12 ans | 116 | 27,6 | |
| Ethnie | | | |
| Dioula | 516 | 30,7 | ns |
| Autres ethnies | 414 | 33,2 | |
| Niveau d'équipement | | | |
| Bas | 226 | 21,2 | ns |
| Moyen | 432 | 34,0 | |
| Haut | 303 | 32,3 | |
| Durée de la maladie | | | |
| 20 jours | 431 | 47,0 | p<0,001 |
| 10 jours | 294 | 35,4 | |
| 5 jours | 251 | 26,1 | |

| | | | |
|---|------|------|----------|
| L'enfant est-il en bonne santé ? | | | p<0,0001 |
| Oui | 222 | 20,8 | |
| Non | 430 | 64,0 | |
| Plus ou moins | 324 | 54,2 | |
| L'enfant est-il triste ? | | | p<0,0001 |
| Oui | 340 | 56,6 | |
| Non | 290 | 28,1 | |
| Plus ou moins | 346 | 40,5 | |
| L'enfant est-il déjà suivi pour un problème de santé ? | | | p<0,001 |
| Oui | 259 | 22,0 | |
| Non | 717 | 32,8 | |
| Position dans le ménage | | | ns |
| Enfant du couple | 2 54 | 32,0 | |
| Autres enfants | 1 15 | 32,1 | |
| Rang dans la fratrie | | | ns |
| Premier | 263 | 34,2 | |
| Second | 305 | 33,5 | |
| Suivant | 405 | 32,8 | |
| Ensemble | 976 | 31,1 | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

I.2. L'itinéraire thérapeutique des enfants

Comment sont-ils soignés ? Quelles sont les types d'actions thérapeutiques ? Quels sont les enfants qui se soignent ?

Les enfants, sont des groupes sociaux très vulnérables qui demandent des soins dès leur naissance du fait de leur âge, comme nous l'avons précisé dans la deuxième partie de la thèse. Lorsqu'ils sont malades, les parents de ces enfants ont recours à un ou plusieurs types de soins pour soigner l'enfant. Ce sont ces différentes pratiques que nous essayerons d'expliquer.

Nous allons connaître et comprendre l'enchaînement temporel et spatial de toutes les actions entreprises étape par étape par les ménages pour lutter contre un épisode de maladie de leurs enfants et accéder à la guérison. Nous expliquerons également les facteurs qui pourraient motiver le choix d'une action thérapeutique.

I.2.1. Première action thérapeutique⁸⁰ : l'automédication comme première alternative

Le tableau 38 résume l'ensemble des informations sur les comportements thérapeutiques des enfants de 6 mois à 12 ans. Parmi les enfants qui ont déclaré un problème de santé (42%) : 51% ont tout d'abord eu recours à l'automédication, 33,8% sont allés directement consulter un professionnel de santé. Ce sont 12% qui ont eu recours à la médecine traditionnelle délivrée par un tradi-praticien et seuls 3% des enfants n'ont reçu aucune action thérapeutique. Un nombre infime d'enfant malade a eu recours (0,2%) aux autres types de soins.

⁸⁰La première action thérapeutique : nous la définissons comme la toute première action thérapeutique entreprise par les ménages pour soigner les enfants de 6 mois à 12 ans. Si la guérison ne survient pas, une autre étape est sollicitée et c'est ce qu'on appellera la deuxième action thérapeutique.

La proportion des enfants qui ont eu recours à un dispensaire public ou communautaire décroît avec l'âge. À l'opposé, la proportion du recours à l'hôpital augmente avec l'âge, le même phénomène est visible pour le recours au soin à domicile.

La primauté accordée aux soins à domicile, c'est-à-dire à l'automédication est très nette. Cela n'a cependant rien d'exceptionnelle. Selon une étude menée à Ouagadougou, en milieu urbain, l'automédication est de 61% pour les enfants [Harang M., 2007].

Quand le recours aux services de santé des enfants diminue avec l'âge, un recours vers la médecine traditionnelle est parfois privilégié dans ce cas.

Tableau 38. Répartition des enfants malades selon le premier recours thérapeutique

| | 6 mois à 2 ans (%) | 2 ans à 6 ans (%) | 6 ans à 12 ans (%) | Ensemble (%) |
|-------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| N'a rien fait | 0,4 | 0,8 | 1,8 | 3 |
| Automédication | 8,3 | 18,74 | 23,96 | 51,0 |
| Médecine moderne | 15,21 | 10,01 | 8,58 | 33,8 |
| Dispensaire/FSU | 7,16 | 4,99 | 5,63 | 17,78 |
| CS COM | 5,72 | 4,01 | 2,5 | 12,23 |
| Service privé | 2,33 | 1,01 | 0,45 | 3,79 |
| Médecine traditionnelle | 2,22 | 4,11 | 5,67 | 12,0 |
| Autres | 0 | 0 | 0,2 | 0,2 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

On pourrait justifier le fort recours à l'automédication par le fait que certains quartiers étudiés connaissent une mauvaise couverture sanitaire.

En effet, nous avons croisé la carte de la répartition de l'offre de soins des quartiers étudiés et des pratiques thérapeutiques des ménages, on s'aperçoit que la couverture sanitaire ne justifie pas ces premiers recours thérapeutiques. Au vue de la bonne couverture sanitaire dans certains quartiers, la proportion du recours extérieur vers les services de santé relevée par notre enquête peut paraître très faible.

Toutefois, il faut être prudent, car les résultats ici ne s'appliquent qu'à la première action thérapeutique, les taux finaux des recours extérieurs étant sensiblement supérieurs.

La rareté du recours extérieur pour le premier recours est moins importante malgré les maladies graves comme le paludisme, les affections de l'appareil digestif ou les affections de l'appareil respiratoire.

Mais, nous verrons plus loin que les recours aux services modernes vont s'accroître avec la gravité perçue de la maladie. Les recours thérapeutiques infantiles sont beaucoup plus portés sur la gravité que sur le type de la maladie.

Cela peut expliquer aussi sans doute la proportion d'enfant qui ne reçoit aucun traitement, parce que les parents pensent que la maladie est moins grave.

Bien que les agents de santé se plaignent souvent des enfants malades qui trop souvent pratiqueraient l'automédication en plus de leurs propres traitements. Le recours simultané à l'automédication et à une consommation extérieure est pratiquement inexistant dans le premier recours.

Comme nous le verrons plus tard, les récriminations des agents de santé ne concernent non pas la première étape de l'itinéraire thérapeutique, qui verrait un démarrage en

parallèle de deux formes de traitement, mais bien la deuxième étape, lorsque certains ménages s'adressent à eux avec leurs enfants malades tout en poursuivant l'automédication ou un autre type de soin tenté comme premier recours.

Plusieurs médicaments, remèdes ou combinaisons de remèdes sont disponibles pour les malades s'adonnant à l'automédication. Parmi eux, les plus prisés sont les médicaments modernes utilisés seuls (75% des traitements). Les principaux médicaments administrés aux enfants malades sont le paracétamol (36,3%), l'aspirine (28,4%), la chloroquine (15,8%) et d'autres médicaments qui représentent (19,6%). Les médicaments modernes sont suivis par les remèdes traditionnels utilisés seuls durant tout le traitement (31%). La combinaison dans le temps des deux types de remèdes viennent après dans 29% des cas. Que ce soit seul ou en combinaison, les médicaments modernes ont été utilisés dans les traitements des enfants dans 67% des cas et les médicaments traditionnels dans celui de 39%.

La plupart (46%) des recours extérieurs ont impliqué des agents de santé modernes (docteurs, infirmiers et sages-femmes) exerçant au sein d'un service de santé public, privé, communautaire et confessionnel.

Environ 7% des enfants ont directement eu recours à un infirmier ou docteur privé, 8,2% à un infirmier du public et 3% à un docteur du public.

Les tradi-praticiens classiques ont été consultés par 12% des enfants malades.

La médecine chinoise, les églises et les mosquées thérapeutiques n'ont jamais été fréquentées comme première étape d'un itinéraire thérapeutique pour les enfants malades. Mais, 0,2% des mères ont eu recours à la médecine de rue pour soigner leurs enfants atteints principalement de fièvre ou de paludisme. Aucun enfant n'a eu recours à l'étranger pour se faire soigner.

Les entretiens que nous avons mené avec les ménages confirment la très faible utilisation des autres offres de soins, comme en témoigne les propos d'une mère :

Pour les enfants, on va chez le docteur⁸¹ pour tous les types de maladies pour tester. On va chez le guérisseur ou tradi-praticien seulement en cas d'échec du docteur [mère d'un enfant de 9 mois du quartier populaire Toit rouge à Yopougon].

Ceux qui ont consulté un agent moderne dès la première étape de l'itinéraire thérapeutique, 33% sont allés dans la FSU-Com de leurs communes, 15% dans les FSU-Com de leurs quartiers. Environ 37% dans des HG hors de leurs quartiers, 17% dans un établissement confessionnel et 22% dans une clinique hors de leurs quartiers.

Dans les enquêtes de type domiciliaire, la gravité d'une maladie est difficile à jauger, car elle dépend des caractéristiques socioculturelles de l'individu malade. Pour évaluer ce facteur, nous avons choisi d'utiliser plusieurs indicateurs : l'arrêt du jeu pour l'enfant, la douleur et la peur et l'inquiétude ressentie par rapport au problème de santé. Presque la moitié des enfants a dû interrompre ses activités quotidiennes (jeux ou école) suite au problème de santé, 73% ont eu mal et 36% peur. La perception, le ressenti du problème de santé sera donc à mettre en relation avec le comportement vis-à-vis de la maladie. Plus l'individu a mal, plus il aura recours à un service de soins. Plus l'individu a peur, plus il préférera recourir à l'automédication.

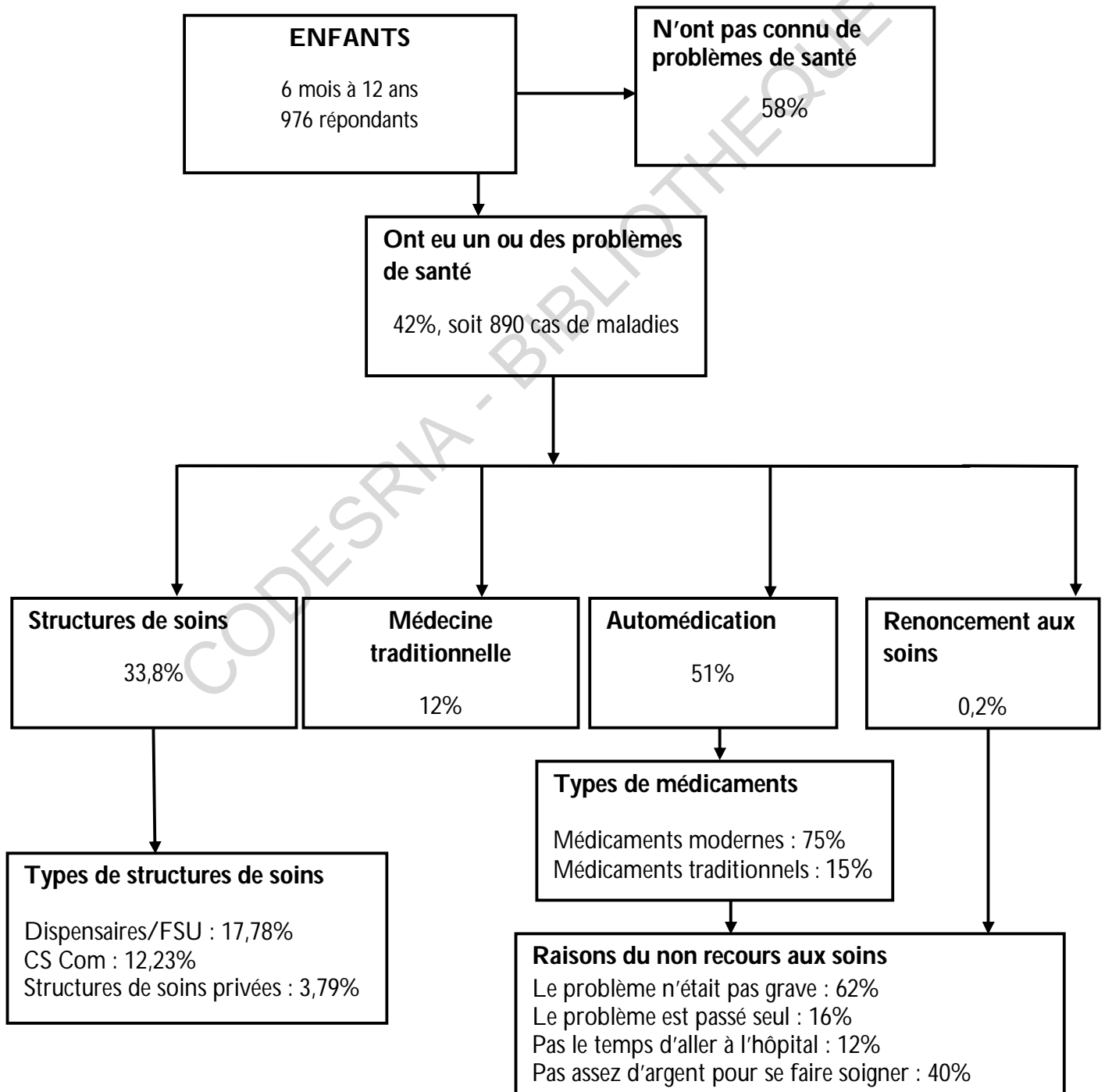
Mais nous avons remarqué un fait, les enfants âgés de dix à douze ans sont beaucoup plus négligés par leurs parents même quand ils sont malades. Ces enfants se prennent en

⁸¹ Cette mère appelle tout le personnel soignant qu'il soit infirmier, docteur, sage-femme, "docteur".

quelques sortes en charge, car ils sont considérés par leurs parents comme « grand ». Malades, ce sont eux qui vont à la pharmacie ou au marché du quartier pour acheter leurs médicaments. Cette pratique est fréquente dans les quartiers précaires étudiés où la mère et le père sont rarement auprès de ces enfants, car ils sont contraints d'aller vendre ou travailler pour ramener de l'argent à la maison. Avec la situation précaire dans laquelle ils vivent, ces métiers qu'ils exercent représentent leurs seules sources de revenus. Apparemment, cette situation ne choc par ces enfants.

Nous avons résumé les problèmes de santé et les réponses de la première action thérapeutique des enfants malades de 6 mois à 12 ans dans la figure 10.

Figure 10. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l'enfant de 6 mois à 12 ans dans le cadre de l'épisode morbide de la première action thérapeutique



1.2.1.1. Analyse du recours thérapeutique des enfants par quartiers

Si l'on examine les premières grandes actions thérapeutiques par quartiers ou par villages, on constate des différences considérables de comportement dans la recherche de soins pour les enfants entre les quartiers et les villages pour cette première étape de l'itinéraire thérapeutique.

L'absence d'action thérapeutique face à la maladie des enfants reste rare dans presque la totalité des quartiers. Elle n'est toutefois pas négligeable à *Yobourt Lambert* (5%). Le recours à l'automédication est important dans les quartiers populaires, les villages et les quartiers précaires comme première action thérapeutique pour les enfants (57%). Si des quartiers populaires et villages comme *Mermoz* (22%) ou *Adjamé Santé* (19%) se différencient du lot, les autres quartiers affichent un recours élevé à l'automédication.

Cependant, l'automédication est faible au *Vallon* et en *Zone 4C*, deux quartiers résidentiels. Pourtant, ces deux quartiers sont isolés et ne disposent pas de nombreuses structures sanitaires dans leurs quartiers, mais affichent des recours élevés en particulier vers les cliniques privées pour faire soigner leurs enfants. Cela peut s'expliquer par le nombre important de ménages disposant de moyens de transports individuels qui leur permettent de se déplacer pour accéder aux autres services de santé hors de leurs quartiers, et même de leurs communes.

Les quartiers résidentiels *Cité fermont* et *Niangon-nord* ou *Remblais* enregistrent un recours important à l'automédication, mais dans ces quartiers, les ménages consultent également les services de santé publics.

Tous les villages ont recours à l'automédication traditionnelle, mais certains villages sont plus attachés que d'autres aux remèdes traditionnels. Si l'on compare par village la fréquence d'utilisation des remèdes traditionnels et des médicaments modernes employés, on constate que les habitants de *Blockauss* et *Abobodoumé* choisissent (test χ^2 , $P \leq 0,05$) plus souvent les remèdes traditionnels et plus rarement les médicaments modernes dans l'automédication. Dans les autres villages, les médicaments modernes sont beaucoup plus utilisés dans l'automédication, peut-être que cela peut s'expliquer par la faible présence des autochtones Ébriés dans ces villages par rapport aux deux premiers villages où leur nombre est plus important.

Cependant, les ménages d'*Anoumabo* ont plus recours à la médecine moderne pour le premier recours pour soigner leurs enfants. Ils fréquentent de préférence les services de santé localisés dans leur village à savoir les CSU-Com.

Nous comparons maintenant le recours extérieur aux soins modernes entrepris par les ménages pour soigner leurs enfants. Globalement, les ménages fréquentent les services de santé de leurs quartiers. Ces structures attirent 40% des enfants malades, 18% les services de leurs communes, et 5% des autres établissements à l'extérieur de leurs communes.

On peut dire que c'est la proximité et les activités des services de santé qui déterminent les choix. En effet, 48% des ménages ont fréquenté les FSU-Com de leurs quartiers qui proposent des prises en charge pour les enfants de moins de 2 ans et qui proposent des coûts faibles en médicament.

Sur les 33,8% qui ont eu recours aux services de santé, 5% sont situés à plus de 15 km de ces établissements, 21% à moins de 5 km. Seulement 8% des 5% situés à 15 km sont véhiculés.

Aucun enfant n'est allé se faire soigner dans les trois CHU de la ville d'Abidjan. On a plutôt pour ce premier recours une fréquentation importante pour les services de santé de proximités, en particulier des FSU-Com.

Cela montre que ces services de santé sont plus attractifs que les dispensaires ou infirmeries publics qui n'arrivent pas à concurrencer avec ces établissements communautaires à but non lucratif.

Le recours aux services de santé privés est lié ici à la qualité des soins et à la disponibilité des moyens financiers, car ce sont les ménages des quartiers résidentiels (*Vallon et Zone 4C*) qui ont eu dès les premiers signes de maladie chez leurs enfants à ce type de structure. Ces ménages n'ont pas tenu compte de la distance à parcourir, car les cliniques se situent à l'extérieur de leurs quartiers. Ces ménages vont hors de leur quartier ou de leur commune pour consulter parce qu'ils considèrent que les services de santé locaux ne sont pas adaptés à la maladie de leurs enfants.

Cependant, les ménages n'ont pas le même recours thérapeutique pour les maladies. L'automédication est pratiquée pour toutes les maladies en particulier pour la fièvre, le paludisme et les diarrhées. Mais pour les IRA, on note un taux important pour les services de santé. Dans la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, cette analyse sera beaucoup plus intéressante.

1.2.1.2. La provenance des médicaments utilisés dans l'automédication des enfants malades

La provenance des médicaments modernes ou médicaments traditionnels utilisés dans l'automédication proviennent de différentes sources. La première source d'approvisionnement des médicaments modernes est la pharmacie (35%) et la pharmacie familiale (31%), suivie par la fourniture de médicaments par les parents ou proches (8%). Les médicaments traditionnels utilisés dans les recours thérapeutiques sont achetés aux marchés auprès des vendeurs (ses) de médicaments traditionnels (41%), dans les cabinets des naturothérapeutes (11%), les produits de la brousse (10%), ou fournis par les parents ou proches (21%).

Les quartiers dont les habitants commencent le plus souvent un itinéraire thérapeutique par un recours extérieur, presque toujours de type moderne, sont également ceux où les gens s'adonnant à l'automédication utilisent le plus souvent les médicaments modernes seuls. À l'inverse, les villages qui pratiquent le plus volontiers l'automédication sont également ceux qui utilisent le plus de médicaments traditionnels seuls.

Nous pouvons dire qu'il existe des quartiers dont le comportement de recherche de soins des habitants est plutôt traditionnel (un nombre infirme), alors qu'il est plutôt moderne dans la majorité des quartiers pour la première action thérapeutique.

Il faut noter qu'il serait hâtif d'attribuer ces différences inter-quartiers de comportement aux seules variations d'attitudes face à la maladie. Celles-ci jouent certes un rôle, mais les différences d'accessibilité des services de santé et des points de vente de médicaments modernes influencent également les composants d'un itinéraire thérapeutique.

On constate en effet, que les ménages habitent à proximité des pharmacies et où il existe plusieurs vendeurs (ses) de médicaments, de tradi-praticiens.

Si le recours à la médecine traditionnelle est important dans certains villages que nous avons énuméré plus haut, c'est parce que les tradi-praticiens résident avec les villageois et y pratiquent leurs activités.

L'enquête nous a révélé l'existence d'un nombre important dans les villages Ébriés de tradi-praticiens, guérisseurs traditionnels. Ils pratiquent depuis très longtemps leurs activités et sont parfois très âgés. Ces derniers contrairement à ce qu'on pourrait croire, guérissent pratiquement gratuitement les malades, car ce qu'ils demandent à l'issue de la guérison, ce sont des sommes symboliques ou dérisoires.

Le vieux Yaba, guérisseur au village de *Blockauss*, demande seulement 5 Fr CFA (soit moins d'un centime) à toute personne qu'il soigne. Pour ce vieux, il ne s'agit pas de s'enrichir, mais d'aider, c'est l'essence même de la guérison par la médecine traditionnelle pour lui. C'est pourquoi il assure la relève de tous ces savoirs médicaux et secrets de soins en les enseignant à son petit-fils.

Par contre, le guérisseur que nous avons rencontré à *Abobodoumé* laisse le choix aux patients de lui remettre ce qu'ils veulent, ça peut être des présents ou de l'argent, mais aucune somme n'est imposée ou exigée.

Cette faible accessibilité financière pourrait attirer plus de villageois, et même les ménages des autres quartiers à avoir recours à ces guérisseurs, nous le verrons dans l'étude sur l'itinéraire thérapeutique des adultes.

Dans les quartiers, les tradi-praticiens que nous avons rencontrés pratiquent leurs activités dans les marchés. Leur popularité est connue dans le quartier de « bouche à l'oreille » grâce à leur performance. Ils sont plus jeunes, plus modernes, et les soins sont beaucoup plus coûteux. Ces praticiens disent avoir appris ou reçu les dons de guérissons d'un parent.

Plus de 51% des ménages ont eu recours à la médecine moderne pour soigner leurs enfants et 28% à la médecine traditionnelle. Pourtant, lors de notre passage les ménages nous ont révélé qu'ils pourraient utiliser d'autres médicaments, remèdes traditionnels en plus, selon la disponibilité de ces médicaments, de l'accessibilité, de la disponibilité de l'argent et des conseils de parents, amis et voisins de quartier.

Par ailleurs, l'utilisation de la médecine de rue par 0,2% de ménages pour soigner leurs enfants n'est pas sans risque, car les vendeurs de médicaments de rue ont des compétences limitées, voire nulles dans la prescription des médicaments. Ils peuvent recommander des médicaments périmés ou surdosés aux enfants qui peuvent causer la mort. Ces derniers, il faut le rappeler exercent leurs métiers sans aucune autorisation.

1.2.1.3. Justification du choix du premier recours thérapeutique par les parents des enfants

Dans le chapitre III de cette dernière partie de la thèse, nous croiserons certaines caractéristiques des malades (enfants, femmes enceintes, adultes) ou des ménages auxquels ils appartiennent aux choix thérapeutiques qu'ils ont effectués afin de dégager les principaux déterminants des itinéraires thérapeutiques.

En complément de cette approche, il nous a aussi paru intéressant de demander directement aux malades ou aux responsables de leurs ménages les raisons qui les ont poussées à choisir telle ou telle pratique thérapeutique pour cette première action thérapeutique.

Lorsqu'un malade n'a rien fait pour se soigner, nous lui avons demandé « Pourquoi n'avez-vous rien fait ? » (Questionnaire en annexe 1). Lorsque l'itinéraire thérapeutique commence par un recours à l'automédication, nous avons demandé « Pourquoi avez-vous décidé de commencer par traiter le malade à la maison plutôt que de consulter tout de suite ? », quand le recours débute par l'utilisation des services de santé, nous avons posé

cette question « Pourquoi avez-vous décidé de consulter tout de suite, plutôt que de commencer par traiter le malade à la maison ? ».

À partir des entretiens préalables et des résultats de l'enquête, une série de réponses potentielles ont été définies et inscrites sur le questionnaire. Ce sont les réponses de ces trois questions que nous allons maintenant analyser.

Pour les 3% des ménages qui n'ont rien fait pour soigner leurs enfants ; les motifs les plus fréquemment cités sont l'absence de gravité attribuée au cas de maladies en question et le manque d'argent. Aucun ménage n'a évoqué comme motif le problème de l'éloignement des services de santé.

Les autres causes sont attribuées à la fatigue de l'enfant. Il n'est pas à exclure que quelques-uns de ces malades n'aient encore rien entrepris tout simplement parce que la maladie était récente lors de notre passage. Il faut néanmoins dire que cette raison n'a pas été évoquée par les ménages.

Le nombre de cas est bien trop limité pour être analysé par quartier ou par village de façon pertinente. Signalons tout de même que les ménages qui n'ont rien fait pour soigner leurs enfants viennent majoritairement des quartiers précaires.

Les 51% qui ont commencé leur itinéraire thérapeutique par l'automédication ont justifié leur choix par deux grands types de causes. Il y a tout d'abord le manque d'accès aux services de santé (15%). Il y a ensuite le motif renvoyant à la capacité des ménages à prendre en charge la santé de leurs enfants (60%), car les ménages disent avoir une bonne connaissance de la symptomatologie de la maladie. Ils sont habitués à utiliser certains traitements pour soigner leurs enfants. Le motif financier ne représente que 25% du non recours à un service de santé et de 17% aux autres recours extérieurs.

Parmi les raisons évoquées sur le manque de l'accès, on retrouve la plupart des dimensions de l'accès et des barrières qui les caractérisent.

Viennent en tête les dimensions économiques : 40% des réponses invoquent le manque d'argent. Si à Abidjan le problème financier a toujours constitué une barrière à l'accès aux soins, il s'est encore aggravé avec la crise socio-politique que le pays et tout particulièrement la ville a vécu. Toutes les classes sociales ont été touchées, s'il est difficile pour notre enquête de mesurer avec précision les effets de cette crise sur l'accès financier, la pauvreté est très visible et c'était la réponse donnée par les ménages.

La crise nous a éloignés davantage des services de santé, car se soigner est plus chère et nous n'avons pas les moyens [homme de 38 ans, chef de ménage, professeur de physique chimie, habitant le quartier populaire Phare de la commune de Port-Bouët].

Les ménages ont insisté sur les conséquences dramatiques des problèmes financiers sur l'état de santé de leurs enfants.

Le manque d'argent est évidemment une donnée passablement relative. Parfois, c'est le coût d'un traitement qui est jugé excessif, sans faire directement allusion à la capacité de le payer. En effet, pour certaines mères pour une simple fièvre on peut leur prescrire une ordonnance d'une valeur de 10 000 Fr CFA (15,25 Euros), alors que pour elles c'est un simple mal qui ne devrait pas coûter cher. C'est une raison qui motive leur absence dans les centres. Certaines précisent qu'elles y vont avec leurs enfants uniquement pour la vaccination.

L'acceptabilité du traitement proposé dans le service de santé pose également problème dans certains cas (4%). Les services de santé modernes, souvent collectivement désignés sous le nom d'hôpital pour certains, sont jugés inefficaces, insalubres, voire dangereux, pour résoudre certains cas de maladie. Ces ménages s'appuient parfois sur des idées

reçues pour ne pas utiliser les services de santé. Ces clichés qu'ils se font des services de santé deviennent un frein pour eux et pour l'accès aux soins. Nous avons remarqué par exemple à Koumassi, que les ménages qui avançaient ces propos étaient à proximité d'une formation sanitaire urbaine rénovée, propre et où les coûts des soins pour les enfants étaient abordables et gratuits pour les moins d'un an.

Pourtant, ces ménages ne rejettent pas les potentialités de la médecine moderne.

Parfois plus que l'inadéquation perçue du traitement proposé au mal dont souffre l'enfant, c'est souvent l'inhospitalité des services qui est dénoncée par les parents de ces enfants.

Par ailleurs, les ménages choisissent l'automédication pour ses avantages. Elle leur permet de minimiser l'effort et le coût et de prendre en charge la maladie dans un cadre familial, voire voisinage. Sans être des spécialistes de la santé, la plupart des ménages sont la mémoire d'un savoir médical moderne ou traditionnel sans cesse réactualisé sur la maladie et les moyens de la traiter. Trente-neuf pour-cent (39%) des réponses font état d'une connaissance de remède efficace pour traiter les cas de maladies rencontrées lors de l'enquête. Il paraît tout naturel aux ménages d'utiliser ce savoir et de ne recourir à un spécialiste que lorsque l'on se sent « dépassé ». C'est sans doute ce qu'il faut entendre par l'expression maintes fois répétée « *il faut d'abord se battre contre la maladie* ». C'est une manière pour ces ménages d'affirmer que dans un premier temps, la maladie est une affaire de famille, de responsabilité. Pour d'autres, elle dépasse même les limites familiales, elle devient communautaire.

La mise en pratique d'un savoir thérapeutique populaire conduit également à jauger la gravité de la maladie et la capacité des ménages d'y répondre. Ainsi, 8% des réponses invoquent le peu de gravité de la maladie pour justifier un début de traitement par l'automédication. D'autres relèvent encore la facilité avec laquelle ces connaissances populaires peuvent être mises en œuvre, contrairement à beaucoup de recours extérieurs. Les remèdes traditionnels se trouvent facilement auprès des vendeurs ou en brousse ou même dans la cour du ménage (7%) et ils sont gratuits ou bons marché (10%).

D'autres motifs très divers ont été évoqués par les ménages. Quelques ménages ont mentionné que la maladie a commencé très tard dans la nuit et avec l'absence de moyen de transport personnel et l'insécurité dans le quartier, ils ont commencé à soigner l'enfant par l'automédication, surtout qu'ils disposaient d'une pharmacie familiale.

Une autre femme affirme que commencer le traitement par l'automédication soulage d'abord l'enfant avant d'aller consulter.

Certains quartiers et villages se démarquent significativement de l'ensemble des autres, par les motifs particuliers de préférence pour l'automédication, mais l'interprétation de ces quelques différences restent difficiles à analyser. La tendance générale montre que les ménages des quartiers précaires, populaires et les villages disent avoir lutté d'abord (43%), 39% invoquent le manque d'argent. On se souvient que dans les quartiers précaires les ménages ne disposaient pas de services de santé et de pharmacies dans leur quartier, sauf pour quelque quartier. Les ménages des villages montrent significativement plus que les autres la gratuité ou le faible coût de l'automédication, car pour eux, il est facile de se procurer des médicaments traditionnels. Nous l'avons déjà évoqué, ces villages possèdent des guérisseurs qui soignent pour des sommes dérisoires.

C'est 33,8% qui ont eu recours à un spécialiste. Parmi les motifs, la gravité perçue de la maladie arrive largement en tête des mentions (48%). Pour 12% des ménages, s'ils consultent dans les services de santé, c'est parce que ces établissements disposent d'un traitement efficace et approprié pour la maladie dont souffrent leurs enfants.

Une partie non négligeable (27%) indique qu'ils commencent systématiquement l'itinéraire thérapeutique de leurs enfants par une consultation. À notre avis, il s'agit là d'une norme, d'un principe général en vigueur dans ces ménages ou de l'éducation parentale qu'ils ont reçue.

Mme Kodjo résidant dans le quartier résidentiel *Remblais* témoigne en disant : « *Moi, depuis mon enfance dès que je suis malade mes parents m'ont toujours envoyé à l'hôpital, pourquoi je n'en ferai pas autant pour mes enfants ? Dès qu'ils sont souffrants, mon premier réflexe est de les conduire à l'hôpital quel que soit la distance à parcourir. C'est ce que m'ont appris mes parents, la santé avant tout* ».

De plus, le très jeune âge de l'enfant, la peur, la fragilité conduit près de 52,08% à consulter directement un spécialiste de la santé, car pour eux les enfants sont vulnérables, moins solides que les adultes. On affirme prendre moins de risques possibles, ce qui montre que l'automédication n'est pas un recours aussi sûr que la consultation d'un spécialiste. De même, beaucoup de parents n'ont pas le courage d'infliger une automédication tâtonnante à un jeune enfant qui « ne parle pas », « ne peut pas dire ce qu'il a », dont ils ne connaissent pas la maladie et son évolution pour cet enfant, parce que « c'est la première fois que l'enfant tombe malade ». Nous avons constaté en effet, que les enfants de moins de 2 ans utilisaient plus les recours extérieurs que les enfants plus âgés (plus de 5 ans).

La recherche d'une guérison rapide pour leurs enfants, incite plus de 38% des ménages à envoyer leurs enfants à l'hôpital directement que de pratiquer l'automédication pour la rapidité des résultats. Pour cette femme du quartier précaire *Sébroko*, « *un enfant malade m'empêcherait d'aller vendre au marché, hors si je ne vends pas personne ne mange à la maison. Je préfère l'envoyer vite à l'hôpital, comme ça, il ne va pas me fatiguer et m'empêcher d'aller travailler* ».

Pour 17,11% des ménages, c'est plutôt les conseils du personnel médical qu'ils ont reçu lors de leur grossesse qui les amènent à consulter les services de santé. Ils préfèrent donc éviter l'automédication, pour ne pas mettre la vie de l'enfant en danger.

Les motifs de préférence extérieurs ne varient pas significativement d'un quartier à un autre ou d'un village à un autre. Cependant, dans les quartiers résidentiels on insiste sur la fiabilité de la médecine moderne pour la guérison de l'enfant.

De façon générale, les ménages attendent moins longtemps pour consulter pour leurs enfants, par rapport à eux, nous allons le voir, ils arrivent très tardivement, voire trop tard pour consulter. En effet, quand nous analysons les services de santé consultés comme première action thérapeutique, on constate que la latence thérapeutique⁸² est le plus bref chez les ménages concernant les enfants (1 jour).

Pour cela, ces ménages fréquentent les services de santé de proximité. La proximité pourrait donc influencer le recours rapide aux soins dès l'apparition de la maladie chez l'enfant, car les ménages bénéficient d'un accès maximal aux services de santé.

Ici plus le recours est rapide plus la guérison est rapide, la durée du traitement est moins longue et moins coûteuse pour le ménage.

1.2.1.4. La distance parcourue et le moyen de transport utilisé

La distance globale parcourue par les ménages qui ont effectué un premier recours extérieur sans automédication préalable est de moins d'un kilomètre (47,3% des recours). Elle correspond aux utilisateurs des services de santé qui disposent d'un établissement

⁸² C'est la durée s'écoulant entre l'apparition des symptômes de la maladie et le début du recours thérapeutique.

sanitaire dans leur quartier ou village. Viennent ensuite les patients qui ont parcouru que deux à trois kilomètres (28,1%). Dans ce cas, les services sont localisés dans la commune. Enfin, (11%) ont parcouru plus de 10 kilomètres pour un service de santé. Dans ce cas, le service est hors de la commune habitée et concerne les ménages qui ont consulté des services de santé où le médecin est une connaissance ou membre de la famille pour des soins gratuits. Plus de 6% des patients n'ont pas eu à se déplacer pour obtenir les services thérapeutiques, la consultation a été effectuée à domicile par un infirmier ou un médecin habitant le quartier.

La distance moyenne parcourue donc lors des premiers recours extérieurs au service de santé est de 5,2 kilomètres.

Cette distance varie d'un quartier à un autre, car elle dépend du service de santé le plus proche et de sa disponibilité. Pour cela tous les ménages des villages qui ont fréquenté les services de santé locaux ont parcouru moins d'un kilomètre à pied.

Dans les villages que nous avons visité la fonctionnalité et la disponibilité des centres de santé sont dues à l'autorité coutumière qui exerce une pression sur les autorités communales dès qu'il y a un problème dans le centre de santé. Des villages comme *Abobodoumé* ou *Anoumabo* vont jusqu'à amener les villageois à cotiser pour rénover les centres de santé. Les ONG de lutte contre la pauvreté et l'inégalité interviennent également dans ces villages pour l'entretien des services de santé.

Dans les quartiers, c'est beaucoup plus complexe, les ménages ont parcouru en moyenne plus de deux kilomètres à cause du non-fonctionnement dans 30% des cas des services de santé de proximité. Certains services de la commune sont beaucoup plus fonctionnels que ceux des quartiers. Les ménages ont donc recours aux « woros woros, gbakas » ou taxis compteurs pour se rendre à l'hôpital. Ils utilisent également le transport en commun, près de 17% des ménages. Le transport personnel pour ce premier recours est utilisé par 10% des ménages.

Les moyens de transports utilisés dépendent de la distance à parcourir pour recourir à un service de santé. Plus la distance est importante, plus les taxis compteurs sont utilisés et moins elle est importante, ce sont les « woros woros » ou « gbakas » ou même la marche à pied qui sont privilégiés quel que soit le lieu de résidence. Le moyen de transport le plus coûteux est le taxi compteur, car le prix est fixé en fonction de la distance à parcourir. Cela représente pour plus de 27% des ménages un coût important dans les dépenses de soins.

Aucun quartier étudié n'est vraiment isolé, car les quartiers sont accessibles par les différents moyens de transports que dispose la ville.

Certains quartiers par contre ne sont pas accessibles directement par ces moyens de transports, il faut en moyenne parcourir 500 mètres ou 1 kilomètre pour avoir un taxi compteur par exemple. Cette situation concerne les quartiers périphériques et moins dynamiques. La distance à parcourir a amené des femmes à conduire leurs enfants dans les cliniques les plus proches pour éviter de prendre en compte le coût du transport dans les soins. Elles n'avaient pas le choix, car l'offre de soins publique le plus proche était à 4 kilomètres, l'enfant ne pouvant pas marcher, elles ont donc opté pour les services de santé privés de proximité.

1.2.1.5. Nombre de visite pour le premier recours extérieur

En moyenne, les enfants malades ont visité une fois les services de santé pour ceux qui ont eu recours aux services de santé. On pourrait attribuer cela à la guérison (21,2%) de l'enfant ou de l'insatisfaction des parents (17,3%) ou le manque de confiance (11,9%) aux

structures de soins visitées. En tout cas, ce sont les principales raisons évoquées par les parents qui ont visité qu'une seule fois les structures.

Pour ceux qui ont eu recours à plus de deux visites dans les services, ils ont attribué cette fréquence à la proximité du centre et à la gravité de la maladie. Les services de santé sont donc utilisés par une clientèle locale.

Par ailleurs, les 29,3% qui ont eu recours directement ou après l'automédication à un service moderne ont débouché à 4% d'hospitalisation. Les maladies prises en compte rassemblent l'ensemble du paludisme et les infections digestives a priori graves ou assez graves.

Le nombre de cas d'hospitalisation par quartier ou village est trop faible pour être exploité de façon statistique. Nous pouvons vérifier toutefois notre hypothèse selon laquelle le taux d'hospitalisation suite à un recours moderne est plus élevé lorsque les patients n'emmènent pas vite l'enfant à l'hôpital (gravité de la maladie) d'une part, et d'autre part lorsque les enfants proviennent des quartiers ou villages dépourvus de services de santé. Ceux-ci différeraient davantage le moment du recours moderne, espérant une amélioration qui ne vient pas toujours, et consulteraient donc pour des cas en moyenne plus graves que les patients bénéficiant d'une excellente accessibilité aux services de santé.

Cette hypothèse n'est pas vérifiée par notre échantillon, car 15,4% des premières consultations extérieures effectuées dans un service de santé par les enfants disposaient localement d'un tel service ont débouché sur une hospitalisation contre 9,66% pour les patients habitants des quartiers qui n'en disposaient pas.

Par contre, l'hypothèse selon laquelle l'hospitalisation est évidente si la maladie est grave est vérifiée par notre échantillon.

Vingt-un pour-cent (21%) d'enfants ont été hospitalisés à cause de la gravité de la maladie. La durée moyenne de consultation est de 7 jours en moyenne, parfois moins, tout dépend de la façon dont l'enfant réagit aux traitements et à la maladie.

Par contre les hospitalisations sont plus longues dans les FSU-Com (9 jours en moyenne) que dans les HG (5 jours en moyenne), mais les coûts d'hospitalisations sont beaucoup plus élevés dans les HG que dans les FSU-Com.

Un enfant qui a pratiqué d'abord l'automédication ne sort pas beaucoup plus tard des services de santé qu'un enfant qui a directement consulté (10 jours après le début de la maladie contre 13 jours).

Dans le premier cas, la maladie était (ou paraissait) assez peu sérieuse au début, ce qui a motivé le recours à l'automédication. Cette stratégie n'est pas toujours efficace, car elle entraîne une aggravation de la maladie et encore une hospitalisation, une souffrance inutile de l'enfant et des coûts de soins élevés.

Motivée le plus souvent par la perception de la maladie comme grave, une autre partie des parents des enfants malades ont opté pour une stratégie différente. Ils ont directement visité un service de santé moderne qui a partiellement confirmé la gravité des cas d'hospitalisation (10%) d'entre eux, pour une assez longue période (15 jours en moyenne). Au bout du compte, cette deuxième stratégie semble à peine plus efficace que la première en termes d'efficacité thérapeutique. Elle l'est par contre beaucoup moins en termes d'efficacité économique, puisque la grande majorité des enfants ayant d'abord pratiqué l'automédication n'ont pas eu besoins d'effectuer ensuite une consultation vers les services de santé quand ils sont guéris.

Le principal « atout » de l'automédication réside sans doute-là : son efficience est bien supérieure à celle d'un recours extérieur, pour une efficacité thérapeutique moindre peut-

être, mais que l'on peut au besoin corriger par la consultation ultérieure d'un spécialiste de la santé.

L'augmentation du risque qu'implique le non-retour immédiat à un spécialiste est largement pondérée par l'expérience que les parents des enfants malades ont de leurs corps, des maladies et des interactions entre les premiers et les seconds.

On ne diffère donc pas une consultation dans n'importe quel cas. Le recours à un spécialiste est plus sûr.

1.2.1.6. Synthèse sur le coût moyen de la première action thérapeutique pour les enfants malades

Les dépenses effectuées dans le cadre de la première action thérapeutique dépendent bien évidemment du type du recours thérapeutique choisi. Ici, nous n'allons pas détailler ses dépenses.

L'automédication domine ce premier recours thérapeutique. Les ménages en effet, ne sont pas parvenus à donner le coût moyen de ses automédications à cause de leurs diverses provenances. Néanmoins, le coût moyen de consultation dans un service de santé s'élève à 2 000 Fr CFA (3,05 Euros). Mais, il varie d'une structure visitée à une autre. Les FSU-Com prennent les enfants de moins d'un an en charge, les parents payent que le carnet de soins, si l'enfant n'en possède pas.

Le coût d'hospitalisation est beaucoup plus important. Le coût est évalué en fonction du nombre de jour passé dans le centre de santé. Le coût moyen pour une durée de sept jours est 14 000 Fr CFA (25,35 Euros) soit 2 000 Fr CFA par jour. Ce prix ne prend pas en compte le prix des médicaments et les moyens de transports utilisés pour l'allé et retour des parents vers les services de santé.

L'accessibilité financière apparaît donc comme une barrière à l'accès aux soins déjà pour cette première action thérapeutique pour les enfants de 6 mois à 12 ans.

Notons que les parents qui disposent d'une assurance privée et ou mutuelle et qui couvre leur progéniture sont plus enclins à conduire leurs enfants vers les services de santé moderne. Ces parents semblent être prêts à payer cher pour offrir des soins de meilleures qualités à leurs enfants.

1.2.2. Deuxième étape du recours thérapeutique : une demande de soins caractérisée par les recours extérieurs

Jusqu'ici, nous nous sommes intéressés à décrire et analyser la première étape des itinéraires thérapeutiques pour les enfants de 6 mois à 12 ans pour les 890 cas de maladies recensés par notre enquête. Pour les premiers recours extérieurs, cette description a parfois empiété sur la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, lorsque les consultations d'un spécialiste suivaient le recours à l'automédication.

Penchons-nous maintenant sur les autres étapes de l'itinéraire thérapeutique des enfants et en l'occurrence à la deuxième étape.

1.2.2.1. Les types d'actions thérapeutiques

Les 890 enfants malades ayant entrepris une action thérapeutique, 2 sont décédés durant la première étape de leur itinéraire thérapeutique, un nombre important d'enfant malade (34%), se sont déclarés guéris au terme de cette première étape d'action thérapeutique, (5%) n'ont pas entrepris une deuxième action thérapeutique, bien qu'ils n'aient pas été guéris, un nombre moins important heureusement et 110 enfants malades

soit 31%, se sont engagés dans une deuxième action thérapeutique. La figure 13 résume l'ensemble des informations sur les comportements de la deuxième action thérapeutique des enfants de 6 mois à 12 ans.

La deuxième action se caractérise tout d'abord par sa rareté, très peu d'enfants ont entrepris une autre action thérapeutique. La deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique ne comprend jamais le recours à l'automédication⁸³ en ce qui concerne les enfants.

On aurait pu penser que déçu, les parents de ces enfants malades qui ont directement commencé leur itinéraire thérapeutique par un recours extérieur moderne se soient ensuite tournés vers l'automédication. Il n'en ait rien, et cela, quel que soit le lieu de résidence des enfants.

Dès le moment où l'on va consulter un spécialiste, que ce soit directement ou après automédication, il n'y a quasi plus de retour à l'automédication dans les étapes ultérieures. Il s'agit là d'une conclusion importante de notre enquête domiciliaire concernant les enfants.

Les recours extérieurs utilisés dans la seconde étape de l'itinéraire thérapeutique sont sensiblement différents de ceux de la première action thérapeutique décrite ci-dessus. Parmi les enfants malades, 48% ont eu recours à la médecine moderne. Si les infirmiers, les sages-femmes des secteurs publics et confessionnels continuent de se tailler la part du gâteau, ils sont toutefois en sensible régression (51% contre 79%). Le recours est plutôt dirigé vers les HG localisés dans les communes. Les recours à la médecine chinoise ou de la rue n'existent pas dans cette deuxième action thérapeutique. Le recours à la médecine traditionnelle subsiste toujours, elle est même importante pour cette deuxième action thérapeutique (13%), mais elle profite plus à la médecine traditionnelle moderne (19% des recours contre 0% pour la première action thérapeutique). Aucun recours n'a été enregistré pour les églises ou mosquées thérapeutiques dans cette deuxième action.

Dans cette deuxième action thérapeutique, on constate une diminution du recours aux services de santé primaire et une augmentation vers les services de santé de second niveau (21% des SSP contre 34% pour les services de santé de second niveau).

Ainsi, l'échec du premier recours thérapeutique extérieur conduit une partie des parents des enfants malades à se tourner vers d'autres types de recours ou vers un autre niveau de qualification de service de santé. Les stratégies thérapeutiques jouent très peu sur la diversification des types de recours, mais sur la diversification des recours à l'intérieur même de la médecine moderne.

Pour la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, la structure d'utilisation des différents services de santé est plus orientée vers les HG. Ce constat semble répondre à l'une de nos hypothèses qui veut que la multiplication des recours thérapeutiques se traduisent par leur diversification et ou leur niveau hiérarchique croissant, ce qui impliqueraient souvent un déplacement plus important. La proximité des services de santé ne constitue pas ici un facteur prépondérant comme pour la première action thérapeutique, c'est plutôt la recherche de la guérison de l'enfant qui motive les parents, peut être la distance à parcourir. C'est la recherche du bien-être de l'enfant qui semble importer les parents. La distance moyenne parcourue ici est plus importante (plus de 10 kilomètres).

⁸³ Rappelons que si plusieurs formes d'automédication se sont succédé, nous avons un peu arbitrairement considéré qu'elles appartiennent toutes à la même étape d'automédication. Par définition, il ne saurait y avoir en tout cas, en ce qui concerne les recours pour les enfants deux étapes d'automédications consécutives.

Par ailleurs, la première étape de l'itinéraire thérapeutique lorsqu'elle est suivie d'une deuxième étape, montre que les parents ont tendance à insister sur la première action thérapeutique, en particulier avec l'automédication que lors d'un recours à un spécialiste, avant de tenter une autre voie. De plus, les agents de santé se plaignent fréquemment de visites trop tardives des enfants dans les services de santé, augmentant d'autant la durée de guérison et la létalité de la maladie.

Les malades dont l'itinéraire thérapeutique comporte au moins deux étapes ont commencé le deuxième recours 5 jours après le constat des premiers symptômes. Les malades sont passés plus rapidement à une deuxième étape lorsque la première consistait à traiter l'enfant par l'automédication (3,8 jours après le début de la maladie) qu'en un recours extérieur (5,7 jours).

Cette différence provient dans une faible mesure du fait que la latence thérapeutique est un peu plus brève avant l'automédication qu'avant un recours extérieur. Elle découle surtout du fait que les malades accordent davantage de temps à un traitement effectué par un spécialiste qu'à l'automédication, avant de passer à une deuxième étape thérapeutique (respectivement 3,9 et 3 jours pour une moyenne de 3,2 jours).

Ce décalage d'environ 1 jour peut sans doute s'interpréter comme la marque d'une plus grande confiance envers un spécialiste de la santé qu'envers l'automédication et les autres recours extérieurs.

Il confirme aussi que certains ménages utilisent surtout l'automédication « juste pour se dépanner », avant de passer à autre chose, si l'effet n'est pas rapide.

Pour certains ménages, cette fonction de dépannage est spécifiquement dévolue aux médecines modernes, en n'attendant non pas un probable recours extérieur, mais une poursuite de l'automédication avec les médicaments modernes que traditionnels. C'est particulièrement le cas lorsque la maladie se déclare la nuit. Il est alors plus facile d'ingérer l'un ou l'autre comprimé de la réserve familiale, que de préparer une tisane, à supposer même que les herbes nécessaires soient disponibles à la maison.

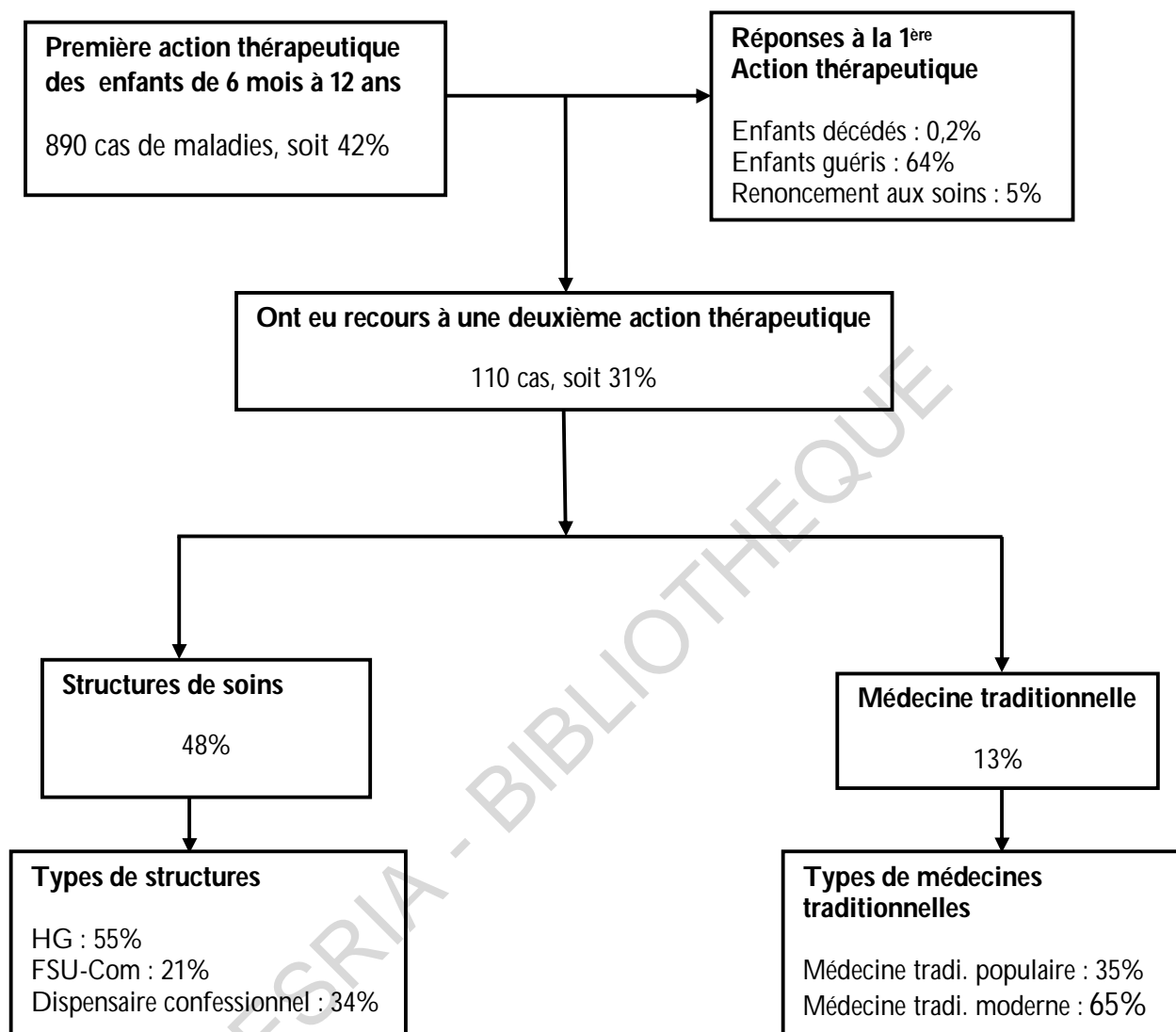
Ainsi, c'est bien tardivement que ces enfants malades entrent en contact avec les agents de santé, du moins la minorité des enfants malades qui parviennent à ce stade.

En effet, nous savons déjà que les malades recourant directement à un spécialiste le contactent après une latence thérapeutique de 2 jours. Nous voyons maintenant que les malades utilisent les services d'un agent de santé après avoir tenté de se soigner dans un cadre familial, enregistrent leur premier contact avec lui après 4 jours. Ces actions thérapeutiques, mettent la vie de l'enfant en danger.

Des programmes d'éducatifs à la santé devraient progressivement raisonner les parents à amener les enfants dès qu'ils sont malades à l'hôpital. À travers les médias, lors des consultations, les agents de la santé devraient expliquer et insister davantage de façon ciblée les avantages à ne pas trop tarder à consulter quand l'enfant est malade.

Certes, ils le font déjà dans de nombreux services de santé de la ville, mais parfois sous une forme inadéquate. Plusieurs parents interviewés ont eu le sentiment de se faire « gronder ou crier dessus » pendant la consultation, ce qui a été efficace dans quelques cas, mais qui rend d'autres parents plus réticents à consulter dorénavant dans un établissement sanitaire quand l'enfant est malade.

Figure 11. Caractéristique de l’itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l’enfant de 6 mois à 12 ans dans le cadre de l’épisode morbide de la deuxième action thérapeutique



Attend-on plus ou moins longtemps avant d’amorcer une deuxième étape de l’itinéraire thérapeutique selon le type du premier recours effectué et celui du deuxième ?

Bien que le nombre de cas (les épisodes de maladies achevés) soit parfois très faible, c’est bien souvent le cas. Les enfants malades ont attendu en moyenne 4 jours avant de commencer une deuxième étape auprès d’un service de santé public ou confessionnel, tous types de premières étapes confondues. Cette période s’élève par contre à 6 jours pour les rares épisodes achevés (7 cas) impliquant un tradi-praticien comme deuxième recours. Même à l’intérieur du secteur de la santé moderne, les écarts sont considérables.

Les malades attendent d’autant plus que le service de santé visité est élevé dans la hiérarchie sanitaire perçue, c’est-à-dire généralement plus éloigné : 6 jours pour l’HG, 4 jours pour les SSP. Cette gradation est surtout vraie lorsque la première étape consistait à faire l’automédication. Il s’agit là d’une nouvelle manifestation de l’effet de la proximité sur l’utilisation des services de santé.

Les malades qui ont choisi de consulter à un niveau local n’ont pas insisté longtemps avec l’automédication (1,5 jour). La proximité aide à aller vers les services de soins rapidement.

Avant une visite aux services de santé ceux qui ont pratiqué l'automédication s'y sont adonnés durant 3,1 jours. En moyenne plus éloignés des utilisateurs de l'HG, qui n'a été visité qu'après 4,6 jours d'automédication.

Plus un service de santé est éloigné, plus on hésite à s'y rendre, mais plus on attend avant de consulter et plus la visite d'un service supérieur s'impose, car la longue résistance de la maladie à l'automédication ou autre soin autre que moderne la faire percevoir comme sérieuse.

Le nombre de visite chez un spécialiste de la santé est important que dans la première action thérapeutique (3 fois en moyenne, contre 1 pour la première action). Cela pourrait s'expliquer par la gravité de la maladie.

On enregistre même 21 cas d'hospitalisations consécutives à un deuxième recours extérieur, alors que les cas d'hospitalisations étaient seulement de 8 cas pour la première action thérapeutique.

Ainsi, plus un enfant malade avance dans son itinéraire thérapeutique et plus la probabilité d'être hospitalisé augmente. La multiplication même des recours prouve parfois qu'il s'agit de cas de maladies difficiles aux traitements, et qui s'aggravent avec le temps.

Les ménages interrogés, lors de la deuxième action thérapeutique disent ne pas continuer l'automédication en plus du traitement prescrit par un spécialiste de la santé.

Pourquoi n'avez-vous pas continué l'automédication ou d'autres types de soins ?

Le sentiment de peur, car ce sont des enfants et, il est difficile de savoir comment est-ce que l'enfant pourra réagir à deux traitements. Si les deux traitements ne fonctionnent pas, ça peut mettre la vie de l'enfant en danger. Ce n'est que dans un deuxième temps, face à l'inefficacité ou à l'action jugée trop lente (des) premier(s) recours testé(s), que certains lui adjoindront ou lui substitueront à un autre recours.

Mais ce n'est pas le cas de tous les parents, car nous avons recensé un cas isolé au quartier résidentiel de *Niangon-nord* dans la commune de Yopougon. Madame TRA-Bi, nous raconte qu'elle utilise toujours les médicaments traditionnels en plus des prescriptions médicales pour soigner son enfant de 6 ans, et ce, depuis sa naissance.

Elle utilise la médecine traditionnelle classique et populaire que lui ont enseigné ses parents, sous forme de bain, de lavements, de boisson, pour protéger et soigner, dit-elle son enfant et « *ça marche* ». Nous savons que madame Tra-Bi n'est pas la seule à utiliser ces genres de pratiques, plusieurs femmes le font, mais ne l'osent pas l'avouer, de peur de passer à nos yeux pour des mères négligentes ou autres. Ce qui est sûr, c'est que nous avons vu plusieurs enfants portés des bracelets sur le poignet ou des cordelettes en talismans autour de la hanche ou des médicaments sur la tête. Après renseignements, on nous a dits que ces objets et médicaments sont conseillés par des guérisseurs ou des parents proches pour protéger l'enfant contre les mauvais esprits.

I.2.3. Troisième étape du recours thérapeutique

Très rares sont les itinéraires thérapeutiques qui ont engendré une troisième étape chez les enfants. Cela montre la détermination des parents à tout faire pour que l'enfant soit en bonne santé.

Nous n'en avons recensé que 15 cas pour les 890 cas de maladie, soit 1,68%.

Sept cas de cette troisième étape constituent un deuxième recours extérieur après une phase d'automédication et un premier recours extérieur vers les services de santé.

Quatre cas de cette troisième étape interviennent après deux recours extérieurs successifs aux services de santé, sans automédication préalable. Les quatre derniers cas consistent à une succession de soins à savoir, l'automédication, la médecine chinoise, la médecine

traditionnelle, qui s'est finalement terminé par un recours vers les services de santé moderne.

Aucun cas ne s'est soldé par un retour à l'automédication dans cette troisième action thérapeutique. Il n'y a donc pas d'itinéraire thérapeutique commençant et s'achevant par l'automédication, après un détour chez un spécialiste de la santé.

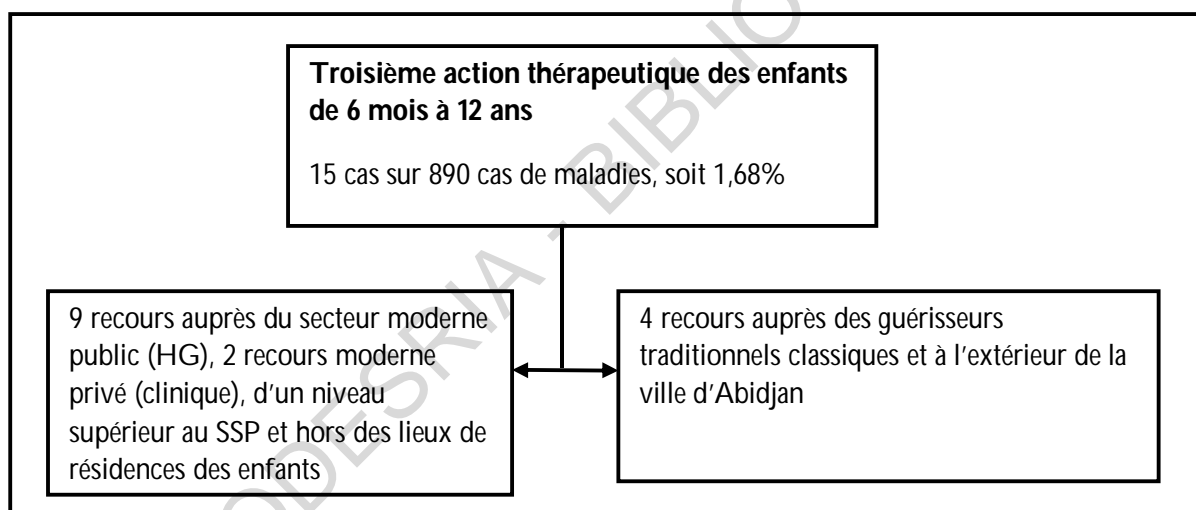
On constate que les services de santé sont sollicités pour cette troisième action thérapeutique pour soigner les enfants, en particulier les HG et les CHU.

Ces trois cas illustrent ce qu'on pourrait appeler la diversification du recours thérapeutique, c'est-à-dire qu'en cas de nouveau recours suite à l'échec ou au semi-échec d'un traitement, le malade se tourne vers un recours thérapeutique aussi différent que possible, du précédent.

Il s'agit pour ces parents de maximiser les chances de guérison de leurs enfants en balayant autant que possible tous les moyens thérapeutiques disponibles.

Les types de recours mise en œuvre dans cette troisième étape de l'itinéraire thérapeutique des 15 patients concernés est décrit dans la figure 12.

Figure 12. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l'enfant de 6 mois à 12 ans dans le cadre de l'épisode morbide de la troisième action thérapeutique



Cette troisième étape de l'itinéraire thérapeutique intervient en moyenne trois semaines après le début de la maladie de l'enfant ou deux semaines après le début de la deuxième étape.

Six des onze recours aux services de santé moderne ont débouché sur une assez brève hospitalisation (4,4 jours en moyenne). Cette proportion élevée prouve bien que ces cas de maladie que les parents laissent « traîner » chez les enfants sont sérieux et qu'ils pouvaient se passer de cette troisième action si le mal de l'enfant était bien pris en charge dès le début de la maladie.

L'itinéraire thérapeutique des enfants malades de 6 mois à 12 ans est plus ou moins caractérisé par le recours à la médecine moderne et à l'automédication. Les traitements dans leur grande majorité s'arrêtent dès que l'enfant à retrouver la santé.

Il faut noter que, l'automédication diminue dans les différentes étapes thérapeutiques pour laisser la place à la médecine moderne, qui est beaucoup utilisée par les parents dès la deuxième étape thérapeutique pour soigner leurs enfants.

Aucun parent n'a eu recours à un quatrième recours thérapeutique et ces derniers ont évité de prendre des risques en suivant de façon simultanée deux ou plusieurs recours thérapeutiques à la fois. Cet itinéraire infantile est plutôt marqué par le changement du recours en cas d'échec du premier.

L'itinéraire thérapeutique des adultes plus complexe et parfois plus long est très différent de celui des enfants.

II. Les pratiques thérapeutiques des jeunes et des adultes

II.1. Épisodes morbides

Durant les 30 jours précédant l'enquête, 32,3% de jeunes et 42% d'adultes ont fait l'expérience d'un problème de santé. Le tableau 39 résume les principaux problèmes de santé déclarés par les jeunes et les adultes lors de notre passage. Le paludisme est le problème de santé le plus fréquent chez les adultes (32%) comme les jeunes (29%). Les problèmes de l'appareil digestif et respiratoire sont moins importants chez les adultes respectivement 6% et 8%, mais un peu élevé chez les jeunes 8% et 23% tandis que les déclarations de fatigue, courbature et douleurs sont plus fréquentes chez les adultes (16% et 20% contre 10% et 12%). Les jeunes souffrent également plus de fièvre que les adultes. Les problèmes de santé recensés sont plus importants et diversifiés chez les adultes. Les problèmes de peaux, des yeux, la toux, le choléra et les affections de l'appareil génital ont été plus recensés dans la catégorie « autres » des adultes.

Tableau 39. Les maladies les plus fréquentes chez les jeunes et les adultes

| Maladies | Nombre de cas de maladies des jeunes | Fréquence relative (%) | Nombre de cas de maladies des adultes | Fréquence relative (%) |
|--|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Paludisme | 354 | 29 | 504 | 32 |
| Les affections de l'appareil digestif | 95 | 8 | 98 | 6 |
| Fièvre | 189 | 16 | 214 | 14 |
| Les affections de l'appareil respiratoires | 275 | 23 | 129 | 8 |
| Fatigue et courbature | 117 | 10 | 250 | 16 |
| Douleurs | 150 | 12 | 311 | 20 |
| Autres | 49 | 4 | 72 | 5 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Comme nous l'avons fait pour les enfants, on va analyser la répartition des principales maladies des jeunes et des adultes en fonction du lieu de résidence et la couverture sanitaire. Sans aucune surprise le paludisme est la maladie la plus importante dans les lieux de résidences. Mais elle est plus élevée dans les quartiers précaires et les quartiers

populaires du nord. La répartition de ces maladies colle bien avec la description des quartiers que nous avons faite plus hauts.

On remarque qu'il existe un certain décalage entre le niveau de besoins de soins de santé (maladies fréquentes) et la localisation des services de santé modernes (cf. *Partie III, Chap. I, Cartes 64 et 65*) censés y répondre dans les quartiers. Ainsi, les quartiers précaires comme *Sébroko*, les quartiers populaires comme *Mairie* où les taux de morbidité sont les plus élevés n'ont aucune ressource sanitaire moderne, alors que le quartier *Remblais* enregistre le taux de morbidité le plus bas, mais bénéficie de services de santé de base, de second niveau publics et privés importants.

Ce décalage relatif en offre et besoin de soins ne doit pas nous étonner, dans la mesure où l'attribution de la localisation des services de santé découle du statut des communes, quartiers ou villages comme nous l'avions mentionné dans la partie I de cette thèse.

Le découpage administratif ne tient pas forcément compte de la taille de la population et de ses caractéristiques, ni de ses besoins.

Ce décalage aura-t-il un impact sur le recours thérapeutique des adultes et des jeunes.

Nous répondrons à cette question, à travers les différentes actions thérapeutiques de ces deux groupes sociaux.

II.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes et des adultes malades

Les résultats de l'analyse présentés dans le tableau 40 permettent d'appréhender les disparités spatiales, sociales ou économiques qui touchent de façon différentielle les jeunes et les adultes qui ont fait l'expérience d'un problème de santé les 15 ou les 30 jours précédant l'enquête.

À l'inverse des enfants, les jeunes et les adultes résidant dans les quartiers précaires déclarent moins de problèmes de santé (29,7% contre 41,1%), mais pour observer une différence significative, il faut regarder la répartition des comportements vis-à-vis de la maladie à l'échelle des quartiers. Une fois de plus le facteur « quartier comme lieu de résidence » est porteur de sens dans l'analyse des états morbides de la population enquêtée. Les adultes des quartiers précaires Nord et populaires du Nord ont déclaré plus souvent des problèmes de santé à l'opposé de ceux du Sud. Dans les quartiers résidentiels, les jeunes comme les adultes déclarent leur problème de santé, à l'exception des quartiers résidentiels de *Dokui*, *Remblais* et *Niangon-nord* où les jeunes sont les plus nombreux à déclarer leur problème de santé. Dans les villages et plus particulièrement à *Blauckauss*, *Kouté* et *Adjamé-Village*, se sont les adultes qui ont déclarés plus souvent des problèmes de santé. Ces états morbides doivent être mis en relation avec la structure par âge des villages qui sont des espaces plus vieillissants où les problèmes de santé sont plus fréquents que dans les autres quartiers où les jeunes sont les plus nombreux.

Si les quartiers précaires et populaires se démarquent des autres types de quartiers avec 41,1% et 35,7% de morbidité déclarée, il faut rappeler aussi que les femmes sont majoritaires dans les ménages enquêtés. Les femmes déclarent en général plus de problèmes de santé que les hommes, ce qui pourrait expliquer cette situation.

Les femmes ($p < 0,001$) et les chrétiennes ($p < 0,05$) déclarent plus de problèmes de santé que les autres.

Si l'indice d'équipement des ménages ne semble pas avoir d'incidence sur la déclaration d'un épisode morbide, d'autres variables socio-économiques comme la catégorie socio-professionnelle de l'individu joue un rôle. Ainsi, les personnes sans emploi et les ménagères, c'est-à-dire les personnes sans activité rémunératrice ou très faible, ont déclaré plus fréquemment des problèmes de santé.

La position de l'adulte ou des jeunes au sein du ménage, comme la participation active ou passive à des associations culturelles, sportives, politiques, religieuses, etc., ou encore la durée de résidence à Abidjan n'ont pas été associées significativement avec la déclaration d'un épisode morbide chez l'adulte.

En revanche, il est ressorti que plus le niveau scolaire était élevé, plus les adultes et les jeunes ont déclaré des problèmes de santé ($p < 0,001$) : le niveau d'étude pouvant être mis en lien avec le fait d'avoir une meilleure conscience de son état de santé.

Enfin, à l'instar des enfants, les variables liées au ressenti négatif de son état de santé ou de son bien-être sont fortement associées au fait d'avoir été malade ($p < 0,001$).

Donc, la déclaration de problèmes de santé augmente avec le niveau d'éducation, mais diminue avec le niveau social des ménages.

Par ailleurs, le nombre moyen de jours qu'à durée la maladie varie également significativement selon les quartiers. Dans les quartiers précaires, les épisodes morbides ont été en moyenne les plus longs (26 jours) en particulier pour le paludisme. Dans les quartiers populaires et villages, ces durées sont respectivement égales à 20 jours et 17 jours. Les quartiers résidentiels enregistrent la durée la plus faible en moyenne 10 jours. La durée de la maladie ne dépend pas forcément du quartier, mais elle est plus liée aux types de maladies et surtout du recours thérapeutique utilisé pour recouvrer la santé.

Tableau 40. Caractéristiques socio-démographiques des adultes et jeunes malades

| Variables indépendantes | Effectifs (n) | Pourcentage (%) | Test de significativité : p *Non significatif |
|-------------------------|---------------|-----------------|--|
| Lotissement | | | |
| Loti | 1 572,5 | 34,7 | ns* |
| Non loti | 2 100,5 | 31,8 | |
| Densité de bâti | | | |
| Dense | 974 | 30,2 | ns |
| Peu dense | 854 | 29,4 | |
| Strate | | | |
| Non loti dense | 811 | 29,1 | ns |
| Non loti peu dense | 709 | 30,9 | |
| Loti dense | 542 | 34,1 | |
| Loti peu dense | 789 | 31,5 | |
| Quartiers | | | |
| Résidentiels | 374 | 27,8 | p<0,05 |
| Populaires | 434 | 35,7 | |
| Précaires | 508 | 41,1 | |
| Villages | 462 | 31,8 | |
| Sexe | | | |
| Hommes | 1 085 | 26,6 | p<0,0001 |
| Femmes | 2 240 | 35,5 | |
| Classes d'âge | | | |
| [15 - 19 ans] | 138 | 33,4 | ns |
| [15 - 24 ans] | 228 | 31,1 | |
| [25 - 34 ans] | 690 | 32,0 | |
| [35 - 44 ans] | 111 | 30,8 | |
| [45 - 54 ans] | 529 | 33,0 | |
| [55 ans et +] | 513 | 34,2 | |
| Ethnie | | | |
| Dioula | 1 037 | 31,0 | p<0,005 |
| Autres ethnies | 634 | 37,9 | |

| | | | |
|--|-------|------|----------|
| Niveau d'équipement | | | ns |
| Faible | 1 920 | 30,8 | |
| Moyen | 754 | 32,1 | |
| Élevé | 654 | 35,7 | |
| Êtes-vous en bonne santé ? | | | p<0,0001 |
| Oui | 1 542 | 18,0 | |
| Non | 818 | 53,5 | |
| Plus ou moins | 769 | 37,1 | |
| Êtes-vous triste ? | | | p<0,0001 |
| Oui | 1 249 | 42,2 | |
| Non | 1 568 | 26,2 | |
| Plus ou moins | 709 | 32,7 | |
| Durée de la maladie | | | p<0,001 |
| 26 jours | 1 022 | 41,3 | |
| 20 jours | 831 | 47,0 | |
| 17 jours | 794 | 35,4 | |
| 10 jours | 651 | 26,1 | |
| Position dans le ménage | | | ns |
| Chef de ménage | 1 186 | 29,5 | |
| Première épouse | 1 166 | 32,8 | |
| Autres membres du ménage | 775 | 35,1 | |
| Niveau scolaire | | | p<0,0001 |
| Non scolarisé | 1 738 | 29,4 | |
| Primaire | 794 | 32,8 | |
| Secondaire ou + | 656 | 38,7 | |
| Catégorie socio-professionnelle | | | p<0,015 |
| Employé de bureau | 159 | 34,0 | |
| Travailleur indépendant | 1 525 | 29,2 | |
| Ménagère | 1 167 | 35,1 | |
| Sans emploi | 272 | 37,8 | |
| Autres (étudiant, retraité, etc.) | 394 | 34,5 | |
| Réseau social | | | ns |
| Ne participe pas | 2 006 | 32,1 | |
| Participation passive | 738 | 33,0 | |
| Participation active | 546 | 35,1 | |
| Temps de résidence à Abidjan | | | ns |
| [0 - 4 ans] | 236 | 33,1 | |
| [5 - 9 ans] | 531 | 32,4 | |
| [10 - 19 ans] | 751 | 31,6 | |
| [20 et +] | 1 928 | 32,5 | |
| Né à Abidjan | | | ns |
| Oui | 1 012 | 33,7 | |
| Non | 2 204 | 32,3 | |
| Ensemble | 3 673 | 30,7 | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Pour résumer, les jeunes et les adultes déclarent donc plus souvent des problèmes de santé lorsqu'ils sont dans une situation précaire (sans travail), mais aussi lorsqu'ils ont été scolarisés.

II.1.2. Perception de leur état de santé vu par les jeunes et les adultes

Les adultes ont déclaré être en bonne santé plus souvent que les jeunes (67,2% contre 47,6%). Est-ce que cela signifie que les adultes s'inquiètent davantage pour leur santé que les jeunes ? Pas si sûre.

Dans notre échantillon, la moitié des adultes déclarait ne pas être en bonne santé et de sentir de fréquentes courbatures tandis que près, des deux tiers se sentaient fatigués. C'est tout à fait le contraire chez les jeunes, c'est plus de la moitié des jeunes qui déclaraient être en bonne santé et se sentaient moins fatigués et tristes. La proportion des jeunes qui a fait l'expérience d'un problème de santé dans les 30 jours précédents est la même que chez les enfants soit près d'un tiers d'entre eux (32,2%). La moitié des adultes a dû stopper ses activités quotidiennes suite au problème de santé déclaré. La douleur était présente dans 71% des cas et la peur ou l'inquiétude dans 65% des cas.

C'est environ 20% des jeunes scolarisés et actifs qui ont dû arrêter leurs activités quotidiennes à cause de la maladie.

II.2. L'itinéraire thérapeutique des jeunes et des adultes

Quels sont les différents types de recours thérapeutiques utilisés par les jeunes et les adultes pour se soigner ?

Dans cette partie, nous allons étudier les différentes thérapies sollicitées par les jeunes et les adultes pour se soigner

L'itinéraire thérapeutique des jeunes et des adultes est caractérisé par sa complexité, sa durée et sa diversité.

C'est cet itinéraire que nous expliquerons étape par étape, afin de comprendre les comportements des recours thérapeutiques de ces deux groupes sociaux, à savoir, les jeunes et les adultes. Nous allons également étudier les recours aux soins par rapport aux principales maladies précédemment décrites. Enfin, nous analyserons les facteurs qui pourraient motiver le choix d'une action thérapeutique chez les jeunes et les adultes.

II.2.1. Les types d'actions thérapeutiques au premier recours

II.2.1.1. L'automédication comme principale action thérapeutique au premier recours chez les jeunes et les adultes

Pour la première action thérapeutique les jeunes et les adultes ont eu plus recours à l'automédication (62%, 54%) comme les enfants. Les jeunes qui ont consulté dans un service de santé pour cette première action thérapeutique représentent 31% de notre échantillon et les adultes 29%. Douze pour-cent (12%) de jeunes ont sollicité la médecine traditionnelle comme solution à leurs maladies, c'est 21% chez les adultes. Même si la plupart des ménages ont jugé parfois les soins traditionnels coûteux, ils préfèrent aller voir les tradi-praticiens, car ces derniers sont plus à leur écoute. Certains choisissent même des tradi-praticiens qui parlent les mêmes dialectes qu'eux, question d'être à l'aise et de se sentir rassurer et en famille.

La médecine de la rue est plus utilisée par les jeunes (8%), chez les adultes c'est moins (6%). La médecine chinoise pour cette première action thérapeutique est sollicitée par les

adultes uniquement (1,97%). Pour ce premier recours, on a un pourcentage non négligeable chez les jeunes qui n'ont rien fait pour se soigner, ils représentent 5,4% et chez les adultes 17%, c'est trois fois plus que chez les jeunes.

Les églises et les mosquées thérapeutiques n'ont jamais été fréquentées dans la première étape de l'itinéraire thérapeutique par les jeunes et les adultes comme chez les enfants.

Le tableau 41 résume l'ensemble des informations sur les pratiques thérapeutiques des jeunes et des adultes.

La proportion des jeunes et des adultes qui ont recherché des soins dans un service de santé de premier contact est décroissante avec l'âge. À l'opposé, la proportion de recours à l'hôpital augmente avec l'âge, le même phénomène est visible pour le recours à l'automédication.

Les entretiens que nous avons effectué avec les jeunes et les adultes montrent la volonté qu'ils ont à vouloir prendre en charge leur maladie avant de consulter un professionnel de santé.

Tableau 41. Répartition des jeunes et des adultes malades selon le premier recours

| | 18 ans à 25 ans (%) | 25ans à 30 ans (%) | 30 ans et plus (%) |
|-------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| N'a rien fait | 3,5 | 4,5 | 17 |
| Automédication | 23 | 39 | 54 |
| Médecine moderne | 31 | 27 | 29 |
| Dispensaire conf/ FSU | 11,12 | 9,87 | 15,65 |
| CS COM | 14,01 | 5,41 | 8 |
| Service privé | 4,12 | 3,33 | 6,14 |
| Médecine traditionnelle | 12 | 17 | 21 |
| Médecine chinoise | 0 | 0 | 1,97 |
| Médecine de la rue | 8 | 5 | 6 |
| Autres | 0 | 0 | 0 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Si la proportion d'adulte ayant eu recours à un service de soin moderne est presque la même que chez les jeunes, les adultes ont en revanche eu moins recours à l'automédication (54% *contre* 62%) et ils ont plus renoncé à rechercher des soins (17% *contre* 8%). Chez les adultes, il semble que les maux doivent durer et se répéter pour être considérés comme sérieux et nécessiter un recours à un service moderne. Ont-ils moins de temps à consacrer à leur santé ? Ou bien font-ils le sacrifice de leurs problèmes de santé pour assurer financièrement la santé des plus jeunes et des dépenses quotidiennes du ménage ? Dans de nombreux cas, avant un recours réel et officiel l'adulte va épuiser les ressources qu'il a pu mobiliser dans son entourage : des conseils, des remèdes traditionnels, etc. Le recours à une structure de soins doit vraiment se justifier et le plus souvent l'incapacité à aller travailler sera un élément déclencheur.

Ainsi, à l'instar des jeunes, la sévérité des épisodes morbides apparaît donc comme un facteur plus incitatif à un recours extérieur chez les adultes que chez les jeunes.

On ne pourra donc pas attribuer ce recours important vers l'automédication à l'inégale répartition des structures sanitaires dans les lieux de résidences, en tout cas pour cette première action thérapeutique.

La rareté du recours extérieur pour le premier recours est importante malgré les maladies graves comme le paludisme, qui affecte plus de 32% de jeunes et 29% des adultes.

Mais, nous verrons plus loin que les recours extérieurs vont s'accroître avec la gravité perçue de la maladie.

Dans cette première action thérapeutique, parmi les 31% des jeunes qui ont eu recours à la médecine moderne, plus de 12% ont continué avec l'automédication. C'est complètement différent chez les adultes, il n'y a pas eu plusieurs recours simultanés en même temps dans cette première action thérapeutique.

C'est 63% des jeunes qui nous ont confié être indépendant dans le choix de leurs recours thérapeutiques. Cela pourrait expliquer le double recours thérapeutique dès la première action. L'envie de vite guérir et l'immaturation amènent les jeunes à recourir dès la première action thérapeutique à divers recours.

Plusieurs médicaments traditionnels, modernes ou de combinaisons de médicaments traditionnels, modernes sont ainsi utilisés simultanément par les jeunes pour l'automédication, en plus du recours aux services de santé. Des médicaments qu'ils achètent dans une officine privée ou souvent au marché ou dans la rue. Mais ils utilisent très peu de médicaments traditionnels classiques, seulement 11% y ont recours pour l'automédication. Les modes d'emploi, les pratiques traditionnelles (lavements, réchauffement, etc.), freinent le recours à la médecine traditionnelle à ces jeunes « *déracinés* » et plus modernes.

Chez les adultes les médicaments modernes sont utilisés plus dans l'automédication (58% des traitements) que les médicaments traditionnels (42% des traitements). La raison évoquée est parfois la facilité d'accessibilité des médicaments modernes par rapport aux médicaments traditionnels. Ces traitements provenaient principalement de la pharmacie privée (51,8%). À l'instar des enfants, peu de médicaments ont été achetés directement au dépôt des médicaments essentiels génériques. En revanche, les adultes ont plus souvent eu recours aux vendeurs de médicaments de rues (14,5%). Faut-il encore rappeler les dangers de cette automédication ? Quand on sait que la posologie est rarement respectée ou la date de péremption des médicaments est largement dépassée, les intoxications médicamenteuses ne sont pas rares.

Que ce soit seul ou ensemble, les médicaments modernes ont été plus utilisés dans les traitements des jeunes (61%) et des adultes (58%) que les médicaments traditionnels 11% pour les jeunes et 42% pour les adultes.

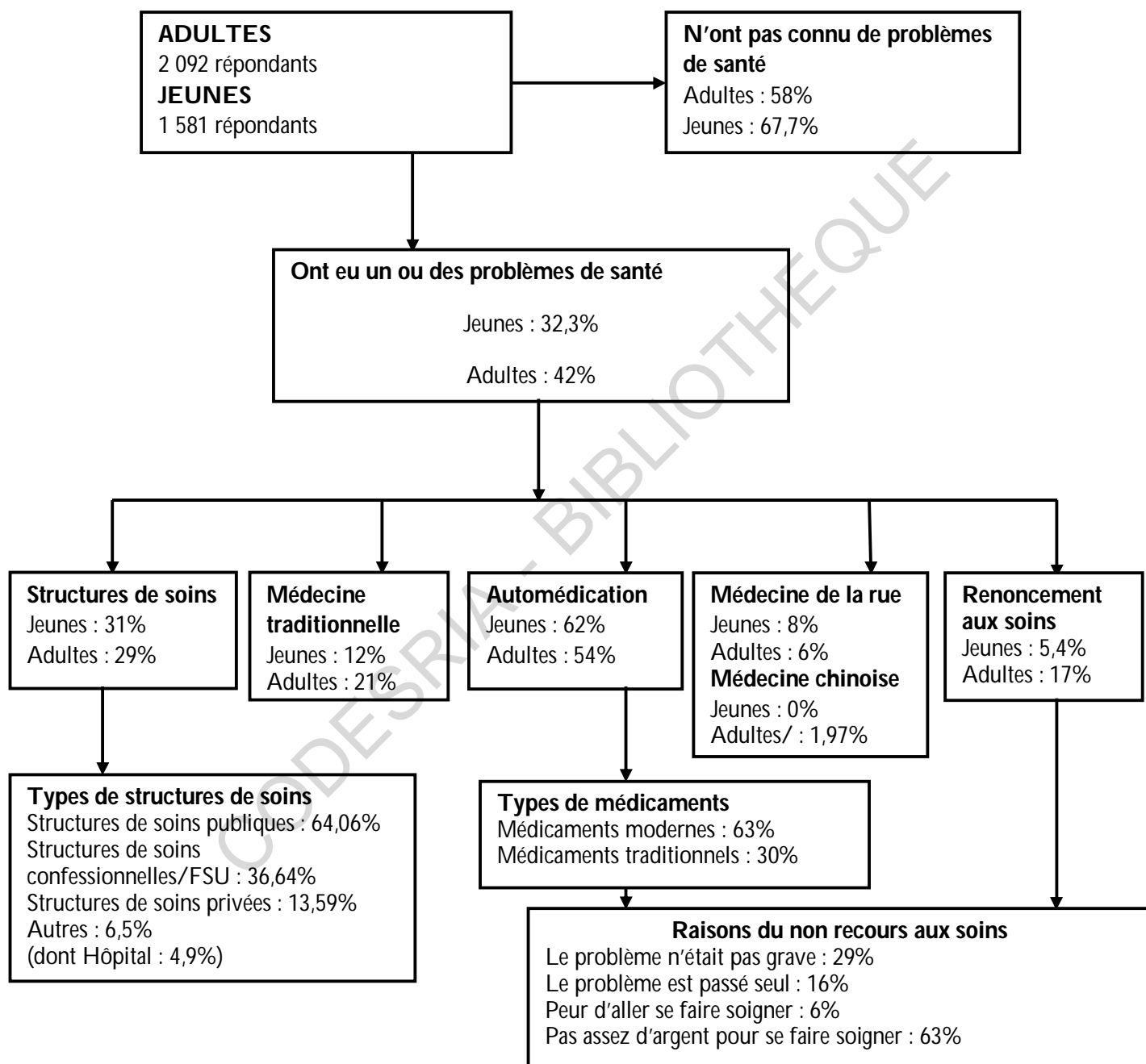
Les jeunes ont plus recours aux infirmiers (15%) exerçant au sein d'un service de santé public d'un lycée ou même d'une université, que les adultes qui ont eu plus recours aux médecins (19%) du secteur public ou privé. Ce qui pourrait également expliquer la combinaison de deux recours à la première action thérapeutique chez les jeunes, car les infirmeries des lycées ou universités sont réputées pour la mauvaise qualité des soins qu'elles prodiguent à cause du manque de moyens pour le renouvellement des équipements. Les structures sont sous-équipées et délabrées, car elles ont été mises en place dans les 1970 lors de la croissance économique de la ville. Avec la crise, ses structures ont complètement été oubliées et leur rénovation tarde. Or, c'est souvent le premier recours des élèves et des étudiants en situation précaires.

Le recours ne se fait pas forcément à proximité, mais plutôt dans l'espace de vie des jeunes ou des adultes, comme ici pour les jeunes à l'école et les adultes sur le lieu de

travail. C'est dix pour-cent (10%) d'adulte qui ont eu recours au service de santé proche de leur lieu de travail et 4% au service de santé du travail.

Aucun des groupes sociaux n'a eu recours à l'étranger pour se soigner dans cette première action thérapeutique.

Figure 13. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par les adultes et les jeunes dans le cadre de l'épisode morbide de la première action thérapeutique



II.2.1.1.1. Des choix de soins en fonction des moyens et de la gravité de la maladie

Le tableau 42 nous résume la perception des adultes et des jeunes sur la gravité de leur maladie.

Tableau 42. Perception de la gravité de la maladie en fonction du premier recours (en%)

| Recours thérapeutique | Pas grave | Moyennement grave | Menaçante pour la vie | Toutes opinions confondues |
|-----------------------|-----------|-------------------|-----------------------|----------------------------|
| N'a rien fait | 13,9 | 4,7 | 2,3 | 5,3 |
| Automédication | 62,5 | 44,0 | 27,1 | 42,5 |
| Soins modernes | 23,6 | 47,7 | 66,8 | 49,0 |
| Tradi-praticiens | 0,0 | 3,6 | 3,8 | 3,2 |
| Médecine de rue | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Ensemble | 100 | 100 | 100 | 100 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

La plupart des malades ont été interrogés une fois leur maladie terminée lors de notre passage. Ceux qui ont eu recours à la médecine moderne, ou traditionnelle ou qui ont reçu les soins à domicile, ont été interrogés après que le diagnostic ait été fait. Il est donc possible que l'expérience de la maladie et/ou le discours du professionnel aient influencé la perception que le malade avait de sa maladie et donc sa réponse à notre question. Mais nous n'avons aucun moyen de contrôler ce biais.

Les malades, dans leur grande majorité, perçoivent leur maladie comme étant moyennement grave. Cependant, 21,9% l'ont considéré comme n'étant pas grave du tout. Si l'essentiel des individus qui n'ont rien fait pour se soigner en première étape considèrent leur mal comme pas grave ou moyennement grave (90,5%), 9,5% d'entre eux considèrent leur maladie comme menaçante pour leur vie et pour ces derniers le motif invoqué pour justifier leur abstention était principalement le manque d'argent.

Il semblerait que plus la perception de la gravité de la maladie augmente, plus les malades recourent à un professionnel de la santé (comme c'est le cas à partir de la deuxième action thérapeutique). Parmi les individus qui ont déclaré leur maladie comme pas grave du tout, moins d'un quart ont recherché les soins dans le secteur moderne. Parmi ceux qui ont déclaré leur maladie moyennement grave et parmi les malades ayant déclaré leur maladie comme étant menaçante pour leur vie, respectivement 47,7% et près de 67% ont eu recours au secteur moderne de la santé.

II.2.1.1.2. Des espaces de vies qui cachent de grande diversité de soins

Quand l'on analyse les premières grandes actions thérapeutiques par quartiers, on note quelques différences dans les différents groupes de quartiers et des quartiers de même famille.

L'absence d'action thérapeutique face à la maladie est très importante dans les quartiers précaires tels que *Sébroko* (22,8%), *Adjamé compensation* (31,02%) et *Port-Bouët II* (19,5%) où elle atteint plus de 33%. Dans ces quartiers, les individus se disent immunisés contre tout. De ce fait, ils repoussent souvent leur limite, négligent leur état de santé. C'est l'une des raisons, qui les amènent à ne pas se rendre rapidement dans une structure médicale. Dans les quartiers populaires, c'est au Sud de la ville qu'on retrouve plus de non recours aux

soins chez les jeunes et les adultes, en particulier dans les quartiers *Mosquée*, *Yobourt Lambert* et *Phare* où les taux sont respectivement de 19,1%, 12,9% et 11%. Au Nord, un quartier populaire se détache du lot avec des taux du non recours aux soins élevés chez les jeunes (21%), que chez les adultes (29%), c'est le quartier *Anador* de la commune d'Abobo. Nous avons commencé l'analyse par le non recours aux soins, car à l'échelle des quartiers, il est important. Les taux sont beaucoup plus élevés dans les quartiers précaires et populaires que dans les quartiers résidentiels et les villages (les taux sont de 7,5% et 10,8%).

Cette situation vient confirmer ce que nous avons dit plus haut, le manque de moyens financiers dans ces lieux de résidences, amènent les jeunes comme les adultes à déclarer tardivement leur maladie.

Un adulte de 53 ans du quartier populaire des *220 logements* à Adjamé nous a dit ceci :

À cette question pourquoi ne faites-vous rien pour vous soigner dès que vous avez mal ? "Mon enfant" ce n'est pas parce que nous négligeons notre santé, mais nous avons d'autre priorité. Il faut penser d'abord à nourrir la famille et à payer le loyer...

Les charges quotidiennes seraient donc un obstacle à la bonne santé des ménages ? Les ménages, en fonction de leur salaire consacrent plus ou moins de l'importance à la santé. La santé occupe en effet, 4% de la part du budget des ménages dans les quartiers précaires, villages et populaires et un peu plus dans les quartiers résidentiels avec 7%.

Le recours à l'automédication est la première action thérapeutique la plus importante dans tous les types de quartiers, il atteint des taux élevés au *Toit rouge* et à *Anador* (45% et 51%). Mais, moins élevé dans le quartier populaire de la *Cité policière* (21%). Ce quartier abrite à 70% les policiers et leurs familles, ces derniers bénéficient de services de santé spécialisés qui leur prennent en charge, ainsi que leurs familles. Le service le plus important est localisé au Plateau à moins d'un kilomètre de ce quartier.

Les adultes ont plus recours de façon générale à l'automédication dans les quartiers résidentiels que les jeunes. À la *Cité-fermont* et *Niangon-nord*, le taux du recours à l'automédication chez les jeunes est important. Ce taux, est dû peut être au fait que ces jeunes ne sont pas les enfants des chefs de ménages. En effet, dans ces quartiers, plusieurs ménages accueillent souvent des enfants de parents proches ou amis, mais ces enfants, généralement des jeunes doivent se prendre totalement en charge.

Les médicaments modernes sont plus utilisés dans cette automédication dans les quartiers, même dans les villages. On aurait pu penser que dans les villages *Èbriés*, le recours à la médecine traditionnelle serait plus important, mais il en est rien (38% des recours modernes contre 17% des recours traditionnels).

Les villages *Èbriés* étudiés bénéficient de services de santé de proximité, où la communauté y est véritablement engagée dans l'organisation et le fonctionnement de ces structures, cela a eu peut-être un impact sur le recours thérapeutique des villageois.

Mais, dans ces villages l'on dénombre un nombre important de recours simultanés de deux au second recours.

C'est peut être exagéré de le dire, mais « les villageois se trouvent peut être engagés dans une transition qui les voit passer de l'utilisation des médicaments traditionnels, à l'utilisation peut être un jour presque exclusif, de médicaments modernes ».

En moyenne, cette transition semble être déjà un peu au-delà de la mi-course puisqu'un peu plus de malades commencent actuellement le traitement avec des médicaments modernes plutôt qu'avec des médicaments traditionnels (50% contre 45%), 6%

commencent simultanément avec les deux types de médicaments, mais cette petite différence n'est pas statistiquement significative d'après le test du χ^2 .

Cependant, selon les propos des sages du village d'*Abobodoumé* et d'*Anoumabo*, le patrimoine culturel dans les villages Ébriés existent toujours. Il suffit d'entendre parler avec passion ces deux sages des pouvoirs des médicaments traditionnels pour comprendre l'importance de la médecine traditionnelle dans la culture des Ébriés. Pour eux, cette connaissance va durer dans le temps et, ils ne craignent pas de voir disparaître les guérisseurs dans les villages, car la relève est assurée par les jeunes du village.

Oui, seulement qu'ils seront plus modernes que nous, car les jeunes essaient à chaque fois d'adapter les anciennes pratiques aux modes de vie actuelle, mais cela prend du temps, à cause parfois de leur manque d'expérience.

C'est dans les quartiers résidentiels *Vallon*, *Zone 4C* et *Cité-fermont* que le recours aux services de santé est important pour cette première action thérapeutique. Il est également important à *Mermoz*, et au *220 Logements*, *Cité policière* et *Adjamé Village*.

Il existe une relation entre la recherche de la qualité de soins et le choix des individus malades qui sont disposés à payer plus pour une amélioration de leur santé.

Dans ce lot de quartiers que nous avons énuméré, c'est le quartier *Cité-Fermont* qui attire plus notre attention. Les adultes et les jeunes qui ont fréquenté un service de santé ont effectué en moyenne plus de trois kilomètres pour avoir accès à un service de santé moderne, car ce quartier résidentiel est isolé et ne dispose pas de structures sanitaires publiques comme privées (*cf. Carte 63*). Les autres quartiers résidentiels enregistrent un recours moins important vers les services de santé alors qu'ils ont des services de santé de proximité.

Dans cette première action thérapeutique, les adultes et les jeunes ont préféré prendre en charge leur maladie à travers l'automédication, mais les adultes et les jeunes vivants dans les quartiers résidentiels, populaires du Nord et villages du Nord, ont préféré les services de santé.

Dès le premier recours, il y a des quartiers résidentiels comme *Williamsville II* et populaires comme *Toit rouge* qui se démarquent, avec un recours élevé vers les structures de santé. Ces quartiers abritent un nombre élevé de nouveaux jeunes fonctionnaires, une classe sociale modeste, mais où les ménages sont très modernes. Ils habitaient les quartiers précaires de la ville autrefois, aujourd'hui, ils habitent les quartiers populaires et résidentiels et ont envie d'améliorer leur condition de vie. La santé est donc placée au cœur de leur budget, une forme d'émancipation pour eux.

Voyons maintenant, où vont se faire soigner les malades qui choisissent un service de santé moderne comme premiers recours thérapeutique.

Globalement, les adultes et les jeunes ne fréquentent pas les services de santé de leur quartier. Ces plutôt les services de leur commune (34%) et des autres communes (18%). La forte mobilité des jeunes et des adultes en particulier pourrait expliquer cette situation. Dans cette première action thérapeutique, les établissements de soins de deuxième recours sont les plus sollicités, très peu de structures de premier recours sont fréquentées par les adultes et les jeunes.

On peut dire qu'ici ce n'est pas la proximité qui détermine le choix thérapeutique des adultes ou des jeunes comme chez les enfants, mais plutôt leur mobilité, le niveau hiérarchique des structures de soins, la qualité et les activités des services de santé.

En effet, 29% des adultes ont fréquenté les HG de leurs communes, 14% des cliniques et 11% les services de santé dans les autres communes. Même si pour le premier recours,

on n'a pas eu de recours vers les CHU, le taux va être élevé au second recours thérapeutique.

Les distances parcourues s'avèrent importantes, mais « s'annulent » en quelque sorte, puisque les adultes comme les jeunes ont recours aux services de santé pendant leurs activités quotidiennes. Ils en profitent et peuvent ainsi minimiser les coûts de transports et choisir les services de santé qui correspondent à leurs besoins.

L'inconvénient, c'est que trop souvent, les adultes, surtout, ne tiennent pas contre du système de référence et utilisent n'importe comment les structures de soins pour se soigner.

II.2.1.1.3. Provenance des médicaments et remèdes traditionnels pour cette première action thérapeutique

Comme chez les enfants, la provenance des médicaments modernes ou remèdes traditionnels utilisés dans l'automédication proviennent de diverses sources. La première source d'approvisionnement est la pharmacie privée (49%) et la pharmacie familiale (31%), suivis des vendeurs (ses) de médicaments au marché (19%) qui occupent encore une place importante. La fourniture de remèdes et de médicaments par les parents ou proches représente (14%), l'entourage à plus d'influence sur les recours thérapeutiques des jeunes. Quinze pour-cent (15%) ont utilisé des médicaments ou remèdes traditionnels classiques conseillés par des amis ou des voisins. Quatre pour-cent (4%) ont acheté des médicaments traditionnels auprès des tradi-praticiens ambulants. Lors de notre passage, les jeunes nous ont révélés qu'ils pourraient utiliser d'autres médicaments ou remèdes en plus selon la disponibilité de ces médicaments. Près de 6% des plantes (feuilles de Nim, écorce de fromager pilée ou feuilles de Quinquéliba, feuille de goyavier, etc.) ont été cueillies directement par les malades adultes et les jeunes ou par un membre de la famille dans la cour ou dans le quartier pour soigner le paludisme et la dysenterie.

La proximité des officines privées pourrait justifier, la consommation importante des médicaments modernes dans l'automédication.

Comme chez les enfants, des médicaments traditionnels classiques sont utilisés dans les villages et les ménages des quartiers populaires, mais également dans les quartiers résidentiels de *Niangon-nord* et *Cité fermont*. Cette situation se comprend, car dans ces quartiers les tradi-praticiens exercent leurs métiers à proximité des ménages.

Bien que notre enquête se soit déroulée en milieu urbain, on observe une utilisation importante des médicaments traditionnels dans le recours thérapeutique des abidjanais.

La tendance est dans certain quartier à l'utilisation de la médecine traditionnelle moderne et cette médecine séduit toutes les catégories sociales. On peut dire que la médecine traditionnelle n'est pas seulement une affaire de ruraux, elles attirent aussi l'urbain.

II.2.1.1.4. Justification du choix du premier recours thérapeutique par les adultes et les jeunes

Cette partie va compléter l'étude sur les déterminants des itinéraires thérapeutiques. Il s'agit de demander pour chaque action thérapeutique les raisons qui poussent les adultes et les jeunes à ces différents recours.

C'est 5,4% de jeunes et 17% d'adultes qui se sont abstenus de tout soin dans cette première action thérapeutique, pourtant ces derniers souffraient de maux plus ou moins graves tels que la fièvre dans 25,4% des cas, le paludisme dans 15,9% des cas, des symptômes liés à « des problèmes de ventres » dans 12,7% des cas. On peut dire que les

maladies sont graves et importantes et donc que cette solution, qui consiste à ne rien faire, à une raison.

Les principaux motifs évoqués pour justifier leurs choix thérapeutiques sont : le manque de gravité perçue (50%), le manque d'argent (30%), le manque de temps (14%) et 4,8% ont déclaré que les soins resteraient inefficaces contre leur maladie. Il n'est pas à exclure que quelques-uns de ces malades n'aient encore rien entrepris tout simplement parce que la maladie était récente lors de notre passage.

Les malades qui se sont auto-médicalisés représentent chez les jeunes 62% des cas contre 54% chez les adultes.

Pour justifier leur recours thérapeutique malgré des symptômes graves, les adultes et les jeunes disent qu'ils "*savaient soigner la maladie (48%)*" ou que "*la maladie était facile à soigner (36%)*", 22% attribuent le recours au manque de moyens financiers, 19,4% déclarent qu'ils se soignent ainsi "*par habitude*" et 17,2% disent l'avoir fait "*sur les conseils d'un parent, d'un ami ou d'un voisin*". Bien qu'en nombre moins important pour cette action thérapeutique (1,4%), certains malades déclarent avoir pratiqué l'automédication parce qu'ils ont une opinion négative des services de santé, surtout des infirmeries et des dispensaires (mauvais accueil, temps d'attente excessivement long avant de pouvoir être examiné, rupture de stock de médicaments, manque de confiance vis-à-vis du personnel de santé).

Quel que soit le motif invoqué par les adultes et les jeunes pour justifier leur choix de l'automédication, 46,5% déclarent l'avoir fait sur le conseil d'un membre de leur ménage. Ils sont 42,4% à avoir fait ce choix sans conseils extérieurs des proches parents et/ou du voisinage.

Parmi les adultes et les jeunes qui ont consulté dans une structure sanitaire, quel que soit le type d'établissement dans lequel les soins ont été recherchés, les motifs de recours les plus fréquemment exprimés pour justifier le choix de l'établissement fréquenté étaient le faible coût des soins (24,4%), la proximité (19,8%), le fait qu'un parent du malade travaille dans l'établissement (13,6%), la perception de la bonne qualité des soins fournis dans l'établissement dont il est question et/ou la confiance au personnel sanitaire (12,9%). Notons également qu'il y avait urgence à recevoir des soins pour 2,5% des recours.

Parmi les malades qui ont eu recours à la médecine moderne, 27% ont été examinés à leur domicile. Près des deux tiers de ces malades sont des jeunes. Dans 85% des cas, la raison évoquée pour expliquer le choix de ce type de recours est que le malade connaît le professionnel de la santé qui l'a ausculté. Dans 8,5% de cas, le malade dit avoir agi par habitude et qu'il connaît le soignant. Dans deux cas, la raison indiquée est que le malade n'était pas transportable.

Dans cette première action thérapeutique, c'est plus de 12% qui ont recherché les soins dans un service de santé où un parent ou un ami travaille, dans l'espoir de bénéficier d'une réduction ou de la gratuité des soins ou bien de se sentir en famille et à l'aise. On pourrait penser que le principal déterminant pour cette première action thérapeutique vers les services de santé est le motif financier.

Les raisons évoquées pour expliquer les choix à la médecine traditionnelle populaire par les 21% des adultes et les 12% des jeunes sont dans 36,8% des cas, liées à l'efficacité de la médecine traditionnelle pour soigner leur maladie, dans 42,1% des cas à un aspect financier (soins moins chers ou gratuits pour diverses raisons). Les prix des médicaments peuvent être discutés, argument auquel les abidjanais sont sensibles. Le traitement peut parfois être payé à crédit, en nature et il arrive même qu'il soit offert par certains

thérapeutes. Dans 10,5% des cas, ils indiquent qu'il leur a été recommandé d'aller consulter un tradithérapeute, enfin dans 7,9% des cas, la connaissance du tradithérapeute a déterminé leur choix. La flexibilité des consultations, les échanges faciles, décontractés ont amené 6,9% à recourir aux tradi-praticiens. Pour 5,8%, l'accès aux tradithérapeutes est facile (*on les trouve pas loin*), dans 3,3% des cas c'est par habitude et parce que la médecine traditionnelle évite de se rendre dans un service de santé.

Le nombre de cas est bien trop limité pour être analysé par quartier ou par village de façon pertinente. Les motifs de préférence extérieurs ne varient pas significativement d'un quartier à un autre ou d'un village à un autre.

Cependant dans les quartiers résidentiels, on insiste sur la fiabilité de la médecine moderne pour la guérison.

II.2.1.1.5. La distance parcourue et le moyen de transport utilisé pour le premier recours chez les adultes et les jeunes

La distance globale parcourue par les adultes et les jeunes qui ont effectué un premier recours extérieur sans automédication préalable est de 1 kilomètre (47,3% des recours). Elle correspond aux utilisateurs des services de santé qui disposent d'un établissement sanitaire dans leur quartier ou village. Viennent ensuite les patients qui ont parcouru que deux à quatre kilomètres (28,1%). Dans ce cas, les services sont localisés dans la commune. Enfin, (11%) ont parcouru plus de 15 kilomètres pour un service de santé. Dans ce cas, le service est hors de la commune et concerne les adultes qui ont consulté des services de santé lors des déplacements journaliers ou quand le médecin est une connaissance ou membre de la famille pour des soins gratuits. Plus de 6% des patients n'ont pas eu à se déplacer pour obtenir les services thérapeutiques, la consultation a été effectuée à domicile par un infirmier ou un médecin habitant le quartier.

La distance moyenne parcourue lors des premiers recours extérieurs au service de santé est de 7,2 kilomètres. Cette distance est plus importante que chez les enfants (5,1 kilomètres).

Cette distance varie d'un quartier à un autre, car elle dépend de la localisation des services de santé et de leur disponibilité. Dans ce cas, tous les villageois qui ont fréquenté les services de santé locaux ont parcouru moins d'un kilomètre à pied. Dans les quartiers, c'est beaucoup plus complexe, les ménages ont parcouru en moyenne plus de 6 kilomètres parce qu'ils fréquentent plus les services de santé à proximité de leur lieu de travail, qui est soit dans la commune ou hors de la commune. *Ici, les adultes pensent plus à gagner du temps que de véritablement se soigner.*

Les adultes et les jeunes ont donc recours aux « woros woros, gbakas » ou taxis compteurs pour se rendre à l'hôpital. Ils utilisent également le transport en commun (2%). Le transport personnel pour ce premier recours est utilisé par 29% des ménages.

II.2.1.1.6. Synthèse sur le coût moyen de la première action thérapeutique pour les adultes et les jeunes malades

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût pour les ménages. Les coûts sont fonction ici du type de recours thérapeutique sollicité par les adultes et les jeunes.

Cinquante pour-cent (50%) des malades qui ont choisi le recours à l'automédication ont déboursé une somme faible de 925 Fr CFA (1,41 Euros). Cependant, 35,3% de ces recours n'ont pas donné lieu à une dépense en médicaments du fait de la disponibilité de ceux-ci dans le stock familial, ou des dons des proches, ou de cueillettes de plantes dans le quartier.

Lorsque le recours a donné lieu à une dépense et que celle-ci a été déboursée par le malade ou par un membre de son ménage (62,5% des cas d'automédication), la dépense médiane pour les médicaments, les remèdes traditionnels ou les plantes est de 1 800 Fr CFA (2,74 Euros).

La recherche de médicaments, de remèdes ou de plantes donne parfois lieu à un déplacement. Dans 77,8% des cas, ils ont été achetés ou cueillis dans le quartier d'habitation. Ainsi, plus des trois-quarts des achats n'ont pas donné lieu à une dépense pour le transport. La moyenne des dépenses de transports pour ces achats n'est pas statistiquement significative.

Toutes dépenses confondues, si l'on ne tient pas compte que des cas ayant donné lieu à une dépense faite par le malade ou un membre de son ménage, la dépense médiane pour les cas d'automédication ne dépasse pas 2 000 Fr CFA (3,05 Euros).

Seuls 56,3% des individus qui se sont automédiqués ont été satisfaits du choix thérapeutique qu'ils ont fait, alors que 11,7% déclarent ne pas l'être du tout. Parmi ces derniers, notons que 22,8% n'ont rien entrepris d'autre après leur premier recours.

Pour tous les malades qui ont été examinés à domicile dans cette première action thérapeutique, il leur a été prescrit des médicaments dans 90% des cas. Dans une très grande proportion des cas, 84,4%, des médicaments ont tous été achetés. Parmi les malades qui n'ont pas acheté les produits prescrits, environ 43% ont quand même reçu les médicaments de quelqu'un gratuitement : il s'agit très souvent du soignant. Par ailleurs, parmi les motifs justifiant le fait que les médicaments n'aient pas été achetés, 41% de malades invoquent un manque d'argent et 14% disent que les médicaments étaient déjà disponibles.

De plus, pour trois quarts des cas, les dépenses pour ces recours ont été faites par un membre du ménage du malade ou par le malade lui-même.

La dépense médiane déboursée par un membre du ménage ou par le malade lui-même, pour les recours au domicile du malade, est de 3 000 Fr CFA (4,57 Euros). Dans 63% des cas, les malades déclarent avoir été très satisfaits des soins qu'ils ont reçus à domicile. Par contre, 6,5% déclarent ne pas l'être du tout.

Les 31% de jeunes et 29% d'adultes qui ont eu recours à la médecine moderne, ont en moyenne déboursé 1 570 Fr CFA (2,39 Euros) pour la consultation, 4 465 Fr CFA (6,81 Euros) pour les médicaments et 585 Fr CFA (0,89 Centimes) pour le transport. Dès la première action thérapeutique il y a des malades qui ont déboursé plus de 10 000 Fr CFA (15,25 Euros) pour se soigner.

Nous n'avons pas pu estimer les dépenses effectuées par les 5 cas d'hospitalisés dans cette première action thérapeutique, car les hospitalisés n'ont pas pu nous donner les coûts exacts à cause de la faible durée de leur séjour à l'hôpital (2 jours en moyenne).

Les jeunes et les adultes qui ont eu recours à la médecine traditionnelle n'ont pas trop dépensé. En effet, 38,9% de ces recours n'a donné lieu à aucun paiement. Dans 55,6% des cas, la dépense a été effectuée en espèce (175 Fr CFA soit 0,26 Centimes). Deux recours ont donné lieu à des sacrifices. 47,7% des recours ont été faits dans le quartier d'habitation, mais pour presque trois-quarts d'entre eux, le tradi-praticien consulté se trouvait dans le district de la ville d'Abidjan. Ces derniers ont dépensé en moyenne pour le transport 1 555 Fr CFA soit 2,37 Euros.

II.2.1.2. Deuxième étape du recours thérapeutique des jeunes et des adultes : des recours en majorité vers les structures de soins publiques

Le deuxième recours thérapeutique analyse tous les recours utilisés par les malades en cas d'échec ou insatisfaction du premier recours thérapeutique.

Ce deuxième recours thérapeutique des adultes et des jeunes est caractérisé par un recours important vers la médecine moderne et l'utilisation simultanée de deux ou plusieurs types de soins.

II.2.1.2.1. Les types d'actions thérapeutiques

Les adultes et les jeunes malades ayant entrepris une action thérapeutique, un nombre moins important de jeunes et d'adultes malades (16%, 23%), se sont déclarés guéris au terme de cette première étape d'action thérapeutique. Le recours important à l'automédication des adultes, des jeunes et de ceux qui n'ont rien fait pour se soigner pourrait expliquer ce faible taux de guérison chez ces deux groupes sociaux. Rappelons que chez les enfants, le nombre de guérison était beaucoup plus important dès la première action thérapeutique. Onze pour-cent (11%) n'ont pas entrepris une deuxième action thérapeutique, bien qu'ils n'aient pas été guéris, un nombre important de jeunes et d'adultes (38%, 34%) se sont engagés dans une deuxième action thérapeutique (Figure 14).

La deuxième action se caractérise donc par un nombre élevé de malade, plusieurs jeunes comme les adultes ont entrepris une autre action thérapeutique.

La deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique est différente de la première action thérapeutique dans les quartiers. Le recours vers les services de santé est beaucoup plus élevé ici qu'au premier recours.

On pourrait penser que c'est parce que la maladie est devenue beaucoup plus grave ou sérieuse que les adultes et les jeunes consultent les services de santé, en tout cas, c'est ce que nous montrent les taux élevés (41%, 52%). Ce sont plus ceux qui n'ont rien fait et ceux qui se sont auto-médicalisés qui se sont orientés plus vers les services de santé (62% des cas). Les malades qui ont eu recours directement aux services de santé, ont continué à consulter, mais ont plus changé de structures de santé ou se sont tournés vers une hiérarchie plus importante à la précédente.

Les ménages qui ont eu recours directement à la médecine moderne dans les quartiers résidentiels, continuent leur second recours dans un service de santé, mais ils ont tendance à changer de type de structure (du public au privé) ou de hiérarchiser (d'un HG à un CHU ou une clinique à une polyclinique). Le recours à la médecine traditionnelle existe dès la première action dans les quartiers résidentiels sauf en *Zone 4C*.

L'automédication reste également importante dans le second recours thérapeutique, en particulier chez les adultes (41%). Chez les jeunes, c'est 29% qui ont eu recours à l'automédication. Parmi les 62% d'adultes qui se sont auto-médicalisés, c'est 41% qui continuent l'automédication dans le second recours.

La continuation de l'automédication en plus du traitement prescrit est fréquente chez les adultes. Cela ne facilite pas la tâche aux agents de santé. Ces derniers perçoivent d'ailleurs l'automédication comme leur principal "concurrent". Non seulement les malades s'y adonnent trop longtemps au lieu de les consulter. Mais lorsqu'ils le font moins, ils continueront à la pratiquer en plus des traitements qui leur sont prescrits. Ce double traitement peut s'avérer dangereux pour les malades, car les médicaments peuvent se mélanger et créer des complications chez les patients.

Le recours à la médecine traditionnelle subsiste toujours, elle est même plus importante pour cette deuxième action thérapeutique (22%), mais elle profite plus à la médecine néo-traditionnelle (29% des recours contre 0% pour la première action thérapeutique). Quinze pour-cent (15%) des ménages nous ont dit avoir eu recours à la médecine traditionnelle car ils ont été recommandés par des agents de santé modernes à des tradi-praticiens pour un complément thérapeutique ou un volet spirituel ou mystique. **Oui, notre étude nous a montrés que les tradi-praticiens et les agents de santé modernes collaboraient ensemble en s'adressant des patients mutuellement pour des diagnostics supplémentaires.**

Les jeunes dans ce second recours ont recherché des solutions à leur maladie dans la médecine moderne (52%).

Dans ce second recours, c'est 21% de jeunes et 29% d'adultes qui ont recours simultanément à deux types de soins en même temps.

Les églises et les mosquées thérapeutiques qui n'intervenaient pas dans la première action thérapeutique, interviennent durant ce second itinéraire, en particulier chez les adultes (4,9%). On dénombre un effectif important de femmes (9,6%).

Par ailleurs, dans cette deuxième étape thérapeutique, on dénombre de grande différence par lieu de résidence. Le recours vers les services de santé est important dans les quartiers, mais le recours est plus élevé dans les lieux de résidences du Nord (avec les quartiers *Vallon, Mermoz, Blockauss et Cité policière*), au Sud, ce sont les quartiers *Vridi, Phare et Zone 4c* qui se démarquent considérablement. Ces personnes disent avoir un budget consacré à la santé.

Les recours aux services de santé restent faibles dans les quartiers précaires et les quartiers populaires que nous allons énumérer (*Anador, Mosquée, Sébroko, Yobourt Lambert et Mairie*).

Dans ces quartiers, les populations ont recours à trois pratiques pour se soigner et c'est lorsque ces différentes pratiques échouent qu'elles partent à l'hôpital, le plus souvent dans un état très critique. Cela est dû au fait que dans ces deux types de quartiers l'on enregistre les taux les plus importants d'analphabètes et aussi les populations les plus pauvres de notre espace d'étude, aucun budget n'est consacré à la santé. La vie précaire que les populations mènent ne leur permet pas de s'occuper de leur santé, selon eux, il y a d'autres problèmes plus importants tels que l'achat de la nourriture, le paiement du loyer, etc. Comme dirait une ménagère du quartier précaire *Samanké* à Abobo « *Quand la vie est dure, la santé l'est également* ».

Les ménages pratiquent alors le système « D » pour se soigner. Terme utilisé par les ménages pauvres pour décrire leurs pratiques thérapeutiques, qu'ils qualifient de chaotiques et désordonnées, mais qui leur permettent de guérir. Se débrouiller comme on peut pour se soigner peut s'avérer dangereux voire mortel, quand on sait qu'un mauvais diagnostic et une mauvaise dose de prise de médicaments peut être fatal pour le patient. Se débrouiller pour se soigner, alors que notre analyse sur les lieux de résidences nous a révélée que les ménages de ces quartiers étaient très vulnérables aux risques sanitaires, montre que ces espaces peuvent être considérés comme "fragiles" pour le recours aux soins de santé moderne.

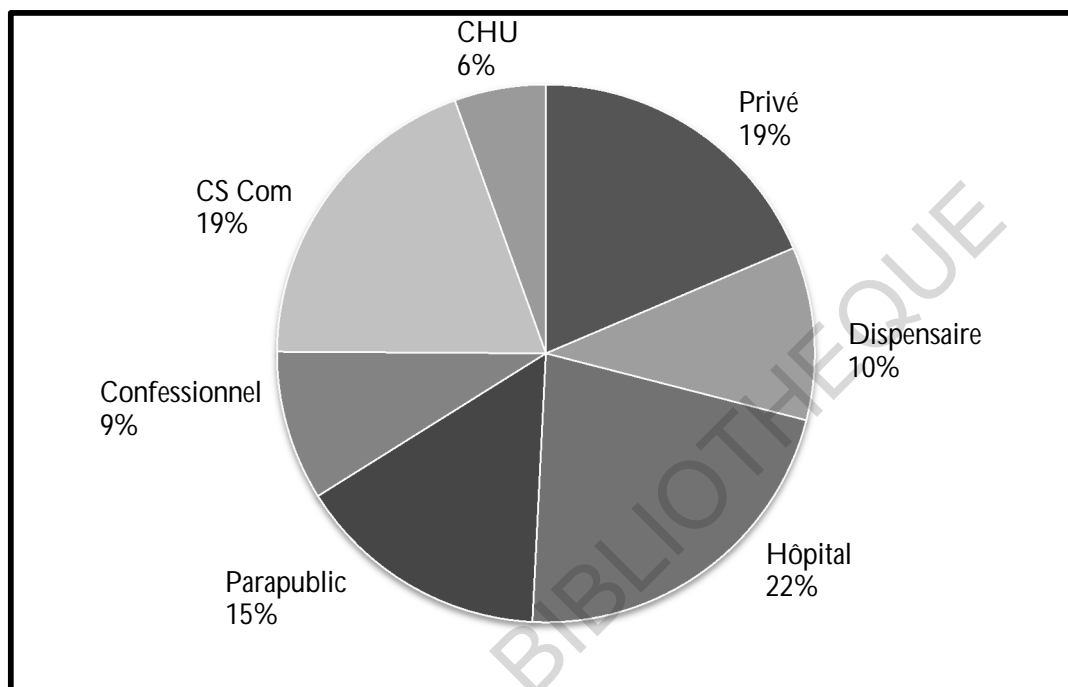
II.2.1.2.2. Les services de santé fréquentés hors hospitalisation

Les recours extérieurs utilisés dans la seconde étape de l'itinéraire thérapeutique sont sensiblement différents de ceux de la première action thérapeutique décrite ci-dessus.

Parmi les 422 cas de recours au secteur moderne dans le second recours thérapeutique hors hospitalisation, les adultes et les jeunes s'adressent plus au secteur public. En

deuxième étape de l'itinéraire, les hôpitaux reçoivent en consultations externes 22% des recours du secteur moderne (Graphique 23). Les centres ou formations de santé communautaires, reçoivent une proportion quasiment comparable à celles des structures privées. Certains ménages semblent être attirés par les SSP (Structures de Santé Primaires) qui disposent de médicaments de bases et de premières nécessités.

Graphique 23. Répartition du deuxième recours thérapeutique entre les services de santé



Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Les médecins sont beaucoup plus sollicités que les infirmiers pour ce second recours. On constate une diminution du recours aux services de santé primaire et une augmentation vers les services de second niveau (10% des SSP contre 22 % au recours secondaire).

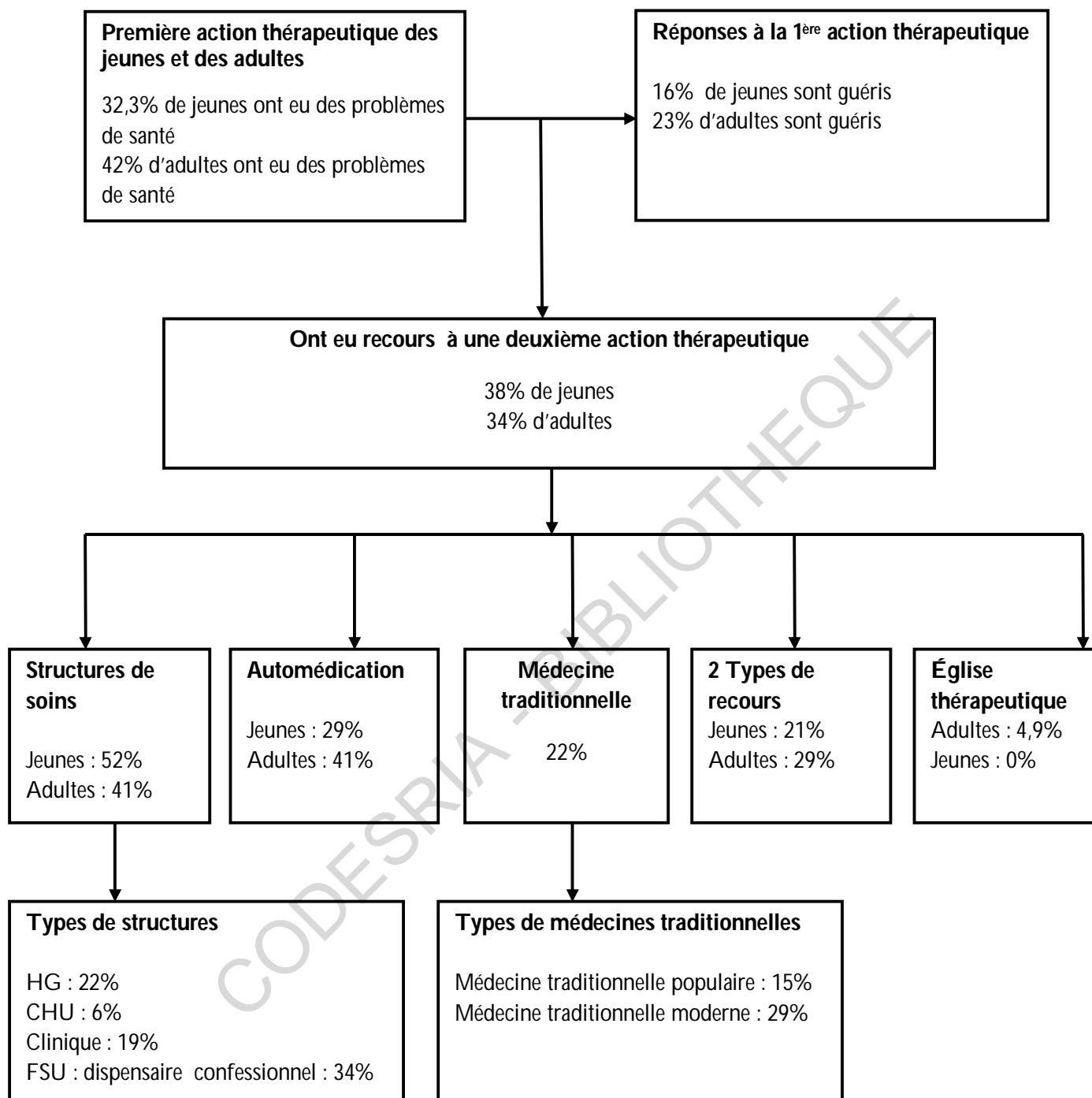
Ainsi, l'échec du premier recours thérapeutique extérieur conduit une partie des adultes et des jeunes malades à se tourner vers un autre niveau de qualification de services.

Les stratégies thérapeutiques jouent très peu sur la diversification des types de recours, mais sur la diversification des recours à l'intérieur même de la médecine moderne.

Par ailleurs, la distance moyenne parcourue est plus importante pour cette deuxième étape thérapeutique (plus de 12 kilomètres).

La proximité des services de santé ne constitue pas ici un facteur prépondérant comme pour la première action, c'est plutôt la recherche de la guérison, peu important la distance à parcourir.

Figure 14. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par les adultes et les jeunes dans le cadre de l'épisode morbide de la deuxième action thérapeutique



II.2.1.2.3. Justification du deuxième recours thérapeutique des adultes et des jeunes du non recours aux services de santé

Voyons sous quelles formes s'expriment les réticences envers la consultation de spécialistes de la santé. Elles expriment bien l'image que les ménages se font des services de santé modernes, la partie la plus critique ou la plus méfiante de la population. Nous avons recensé quelques témoignages.

Les comprimés sont inefficaces (homme de 67ans ayant soigné son paludisme au moyen de médicament traditionnel).

Je ne demande aucune aide, il faut faire l'automédication... car le traitement est inefficace à l'hôpital. J'ai fait l'automédication, car les remèdes de l'hôpital sont inefficaces [mais loin de rejeter les potentialités de la médecine moderne, cette personne souhaite un apport de comprimés efficaces à l'hôpital pour avoir beaucoup de patients à la consultation].

Je connais la maladie donc j'ai pas besoin d'aller consulter à l'hôpital.

Je consulte mais sans succès, si ce n'est qu'une pile d'ordonnance.

Je ne suis pas satisfait des consultations dans les hôpitaux.

On ne regarde même pas ton mal et on te prescrit des médicaments.

J'ai une mauvaise expérience avec les hôpitaux à cause du cas précédent du paludisme, pour certaine maladie mieux vaut ne pas consulter.

Le tableau 43 résume les motifs de recours à l'automédication plutôt qu'aux services de santé moderne.

Les préjugés sont un frein aux recours aux services de santé. Les services de santé incriminés sont du secteur public. Le secteur privé et les autres recours extérieurs ne sont pas pointés du doigt ici.

Le regard critique des malades vers les services de santé est presque supporté par une expérience personnelle ou familiale passée ou du témoignage de voisin. On a vu à Koumassi des adultes aller se faire soigner à l'hôpital général de Port-Bouët, parce qu'ils ont appris que la FSU-Com de proximité n'était pas fournie ni en médicaments, ni en équipements à cause de l'évocation d'une expérience lointaine, qui n'est plus d'actualité depuis quelques années. En effet, la FSU dont il est question a été entièrement rénovée par le Ministère de la santé depuis plusieurs années maintenant.

L'image des services de santé se forge à partir de leur efficacité thérapeutique et de la qualité de l'accueil. Une ou deux expériences malheureuses peuvent suffire à façonner une image négative d'un service de santé chez les adultes ou les jeunes.

Cette mauvaise image à toutes les chances d'être globale, c'est-à-dire que les patients risquent de ne pas relativiser forcément un échec thérapeutique ou un mauvais contact avec le thérapeute, en considérant qu'il s'agissait d'une maladie particulière, prise en charge à un stade particulier, par un agent de santé précis.

Ainsi, alors que certains motivent le recours à l'automédication par l'échec thérapeutique passé de tel ou tel service pour la même maladie dont ils souffrent actuellement, d'autres invoquent une insatisfaction plus générale envers les services de santé, qu'ils ne fréquentent désormais (quasi) plus, quelle que soit la maladie.

L'accessibilité des services de santé, plus particulièrement leur éloignement est également invoqué pour expliquer le recours aux autres offres plutôt qu'aux soins d'un spécialiste.

Dans les quartiers précaires, on met plus l'accent sur le manque de moyens et la distance et dans les quartiers populaires sur l'inefficacité des structures de santé.

Cependant, tout comme pour l'inactivité thérapeutique, cette dimension de l'accès semble jouer un rôle tout à fait marginal, puisqu'elle n'est citée en moyenne que dans 10,25% des réponses.

Il se peut toutefois que l'éloignement des services de santé, soit parfois exprimé sous forme de difficultés financières, l'éloignement se traduit par un coût monétaire au-delà d'une certaine distance.

L'inaccessibilité des services de santé n'est pas invoquée que dans les quartiers sans services de santé, mais toujours marginalement (au max 4% du total des motifs).

Même avec les quartiers résidentiels comme *Niangon-nord* et *Cité-Fermont* qui sont à plus de 12 kilomètres, seul 1,44% des réponses font allusion à la distance, ce qui justifie le recours important aux services de santé.

Dans l'entendement des adultes, l'inaccessibilité des services de santé n'est pas que physique, ils expriment cette inaccessibilité par l'indisponibilité et le dysfonctionnement des services de santé. La barrière financière est aussi évoquée par les ménages.

Tableau 43. Motifs pour les malades qui ont préféré les autres types de soins à une consultation extérieure moderne comme deuxième action thérapeutique (plusieurs réponses possibles)

| | Faut lutter (1) % | Pas d'argent (2) % | Gratuit (3) % | Connait remède ou méd. (4) % | Rep. faciles (5) % | Maladie pas grave (6) % | Service loin (7) % | Hôpital pas efficace pour la maladie (8), % | Autres (9) % |
|------------------------|-------------------|--------------------|---------------|------------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|---|--------------|
| Quartiers résidentiels | 3,59 | 11,22 | 2,22 | 39,77 | 17,17 | 9,11 | 1,44 | 2,01 | 0,83 |
| Quartiers populaires | 29,87 | 48,11 | 34 | 51,30 | 33 | 36,45 | 13,30 | 47 | 4,02 |
| Quartiers précaires | 35,48 | 69,23 | 51 | 67,02 | 38,89 | 53,36 | 15,37 | 28,70 | 9,66 |
| Villages | 18,01 | 52 | 75 | 84 | 69,41 | 31,94 | 7,92 | 6,33 | 2,89 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Légende : (1) : Affirmation explicite de la nécessité d'abord de lutter à domicile avant de recourir à un spécialiste.

(2) : Réponses insistant sur l'incapacité ou à la difficulté financière à effectuer un recours extérieur.

(3) : Réponses insistant plutôt sur la gratuité de l'automédication.

(4) : Capacité à prendre en charge le cas dans le cadre de l'automédication, car le ménage connaît des remèdes traditionnels ou médicaments efficaces pour ces cas de maladies.

(5) : Réponses insistant sur la facilité à se procurer des remèdes en vue de l'automédication.

(6) : Cas de maladie perçue comme pas grave.

(7) : Éloignement physique des services de santé.

(8) : Inefficacité de la médecine moderne pour ce type de cas.

(9) : Tout autre type de réponses non classées.

Par ailleurs, voyons quels peuvent être quelques motifs qui ont amené certains adultes ou jeunes à consulter les services de santé modernes ?

Contrairement aux idées reçues, les structures de soins sont encore largement fréquentées.

Tableau 44. Motifs pour les malades qui ont préféré consulté un spécialiste plutôt que les autres offres de soins

| | Maladie grave (1) % | Incurable (2) % | Toujours (3) % | Traitement efficace et de qualité (4), % | Bon accueil satisfait % | Autres (5) % |
|------------------------|---------------------|-----------------|----------------|--|-------------------------|--------------|
| Quartiers résidentiels | 3,10 | 0,75 | 76,23 | 62,02 | 61,35 | 4,44 |
| Quartiers populaires | 28,93 | 3,44 | 51,11 | 41 | 39,22 | 3,70 |
| Quartiers précaires | 40,99 | 2,11 | 21,14 | 34,64 | 22,53 | 1,65 |
| Villages | 28,49 | 4,73 | 64,89 | 47,98 | 55,69 | 5,14 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Légende : (1) : La maladie est perçue comme grave.

(2) : Le cas est incurable avec les connaissances et les moyens disponibles dans les ménages.

(3) : Les membres de ces ménages consultent toujours directement en cas de maladie.

(4) : Le traitement dispensé par la ressource extérieure est perçue comme efficace pour ce cas de maladie.

(5) : Tout autre type de réponses non classées.

Dix-sept pour-cent (17%) des réponses invoquent divers motifs, renvoyant parfois sous une forme ou un autre à l'efficacité thérapeutique des services de santé pour le cas considéré. Les plus caractéristiques sont reproduits ci-dessous.

J'évite l'automédication

Je préfère la médecine moderne

Je suis agent de santé

On m'a conseillé d'aller à l'hôpital

Je suis satisfait des soins de l'hôpital

J'ai une mutuelle santé.

J'ai un accès facile à l'hôpital, car mon entreprise en possède un et prend en charge ma santé.

Je me méfie des médicaments de la rue.

Je n'ai pas l'habitude des médicaments traditionnels.

Les motifs ne sont pas les mêmes dans les lieux de résidences (Tableau 44). Cependant, les différences ne sont pas trop significatives.

Les ménages qui accordent plus d'importance à la qualité des soins fournis, accordent également un grand intérêt aux relations interpersonnelles (accueil, comportement du personnel dans la communauté, etc.) et à son efficacité dans le traitement des maladies.

Le comportement du personnel de santé pourrait être lié à un comportement de soin. Mais, il est parfois difficile de retrouver et la qualité et un bon accueil dans les services de santé publics. Les ménages qui exigent ces deux facteurs principaux

fréquentent à 71% les structures de soins privées. En effet, dans ces structures privées le client est « roi » et les caprices sont suivis, tant que le malade a la possibilité de payer. Sans vouloir faire la promotion des structures de soins privées, il faut dire que certains malades ont des clichés sur les structures de soins privées (soins coûteux, structures pour les riches et pas pour les pauvres, etc.) freinent l'accès à ce type de structures, alors qu'il existe des services privés avec des coûts moins élevés. Même si l'État a encouragé l'implantation des services de santé privés en libéralisant le secteur, une sensibilisation devrait accompagner le projet pour une utilisation plus efficace de ces structures privées, car en facilitant la construction de ces services de santé l'État voulait améliorer la couverture sanitaire dans les quartiers, permettant ainsi une augmentation de l'accès aux soins.

11.2.1.2.4. Synthèse sur le coût moyen de la deuxième action thérapeutique pour les adultes et les jeunes malades

Pour les adultes et les jeunes malades, il a été prescrit des médicaments à près de 97% de malades qui ont consulté dans le secteur sanitaire moderne, 12,2% des malades n'ont rien acheté de ce qui leur avait été prescrit ou n'en ont acheté qu'une partie. Les deux principales raisons évoquées pour justifier leur attitude sont le manque d'argent (47,4%) et le fait que les médicaments leur ont été donnés (42,1%). Le problème de disponibilité financière est davantage évoqué par ceux qui n'en ont payé qu'une partie, les dons sont plus souvent signalés par ceux qui n'ont rien acheté.

Parmi ceux à qui il a été prescrit des médicaments et qui les ont achetés, 81,5% de ces patients se sont procurés les médicaments dans une officine privée et ont déboursé en moyenne 9 530 Fr CFA (14,53 Euros) et 18,5% des patients dans le centre fréquenté, ils ont dépensé en moyenne 4 245 Fr CFA (6,47 Euros).

La médecine traditionnelle moderne est le deuxième recours qui a coûté le plus cher aux adultes et aux jeunes qui y ont recouru. Ils ont dépensé en moyenne la somme de 7 575 Fr CFA (11,55 Euros).

Dans les églises thérapeutiques consultées, les malades n'ont déboursé aucune somme. Les prêtres ou les pasteurs ont demandé simplement aux patients de prier et d'acheter des bougies.

Les malades hospitalisés dans un HG ont dépensé en moyenne 10 000 Fr CFA (15,25 Euros), ceux qui ont été hospitalisés dans un CHU, ont dépensé en moyenne 25 000 Fr CFA (38,13 Euros).

Bien entendu, l'hospitalisation dépend de la sévérité de la maladie et du nombre de jours passés dans le service de santé.

Parmi les malades hospitalisés, 59% avaient pratiqué l'automédication. Plus de la moitié d'entre eux avaient utilisé des remèdes traditionnels, 17% de médicaments modernes et 36% un mélange de deux types de remèdes traditionnels.

On peut dire que plus le malade tarde avant d'aller à l'hôpital et plus il y a des chances d'être mis en observation, c'est-à-dire hospitalisé lors de la consultation.

Les hospitalisés ont passé en moyenne 7 jours à l'hôpital et 12 jours dans un CHU. Les dépenses générales pour ce second recours thérapeutique sont plus importantes pour les malades qui ont eu recours à la médecine moderne.

Par ailleurs, l'analyse des dépenses selon les types de quartiers de résidences complète l'étude sur ces dépenses de santé pour cette deuxième action thérapeutique.

Comme on peut le lire dans le tableau 45, les dépenses de santé par malades, quel que soit le recours choisi, sont dans 50% des cas supérieures à 1 000 Fr CFA (1,52 Euros). Quel que soit le recours choisi, des différences statistiquement significatives sont enregistrées non seulement entre les types de recours, mais aussi entre les types de quartiers.

C'est dans les quartiers précaires qu'ont été enregistrés non seulement le plus grand nombre de maladies chroniques. Mais, c'est aussi dans ces quartiers que la dépense de santé par malade, supportée par le ménage ou par le malade lui-même est la plus faible. La dépense médiane de santé, par un malade, quel que soit le recours choisi, est d'environ 700 Fr CFA (1,06 Euros).

Bien que ce soit dans les quartiers résidentiels et populaires que la dépense moyenne de santé par malade est la plus élevée (6 730 Fr CFA soit 10,26 Euros), on remarque cependant, que la dépense médiane par malade y est moins élevée que celui des villages. Respectivement cette dépense médiane est égale à 1 135 Fr CFA (1,73 Euros) et 1 500 Fr CFA (2,28 Euros) quand les malades habitent dans un quartier viabilités ou village.

Tableau 45. Dépenses de santé faites par les adultes et les jeunes (Fr CFA)

| Recours thérapeutique | Villages | | Viabilisés ⁸⁴ (Résidentiels et populaires) | | Précaires | | Ensembles | |
|------------------------------|----------|--------|--|--------|-----------|-------|-----------|--------|
| | | | | | | | | |
| Automédication | 1 250 | 200 | 740 | 65 | 480 | 115 | 750 | 125 |
| Moderne hors hospitalisation | 8 510 | 4 810 | 8 475 | 5 000 | 5 265 | 3 100 | 7 775 | 4 245 |
| Dispensaire | 8 585 | 5 920 | 4 990 | 3 700 | 4 480 | 3 200 | 5 525 | 3 875 |
| CSCOM | 2 365 | 2 175 | 4 520 | 2 610 | 4 250 | 3 075 | 4 060 | 2 800 |
| Confessionnel | 4 620 | 3 000 | 2 420 | 810 | 4 900 | 2 375 | 3 980 | 2 250 |
| Informel | 1 400 | 1 400 | 3 655 | 1 000 | 4 250 | 2 000 | 3 250 | 1 000 |
| Domicile | 2 485 | 1 290 | 4 170 | 3 250 | 3 425 | 3 000 | 3 660 | 3 000 |
| Parapublic | 4 900 | 4 950 | 6 770 | 5 450 | 4 425 | 4 425 | 6 160 | 5 450 |
| Hôpital | 11 715 | 7 895 | 14 935 | 8 635 | 8 705 | 8 720 | 1 256 | 8 600 |
| Privé | 17 860 | 17 275 | 12 230 | 10 185 | 11 560 | 8 600 | 12 915 | 10 185 |
| Églises thérapeutiques | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hospitalisation | 24 035 | 15 920 | 72 870 | 34 500 | 15 380 | 8 485 | 49 360 | 29 500 |
| Tradithérapeute populaire | 6 605 | 1 150 | 1 380 | 1 000 | 725 | 0 | 1 830 | 360 |
| Tradithérapeute moderne | 1 500 | 300 | 7 510 | 5 000 | 11 558 | 9 185 | 8 705 | 6 916 |
| Tous recours confondus | 58 651 | 1 755 | 7 150 | 1 500 | 2 940 | 690 | 5 460 | 1 255 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

1 000 francs CFA = 1,52 Euros

⁸⁴ Viabilités, ici pour parler des quartiers résidentiels et populaires qui font partie de l'espace loti de notre zone d'étude.

II.2.1.2.5. Analyse économique des adultes et des jeunes disposant d'une assurance maladie dans l'itinéraire thérapeutique

Les adultes comme les jeunes ont recours à différents modes de paiement pour financer leur santé.

Pour les jeunes, c'est en grande majorité les parents qui payent les frais de consultations ou les médicaments. Pour les adultes, c'est soit l'entraide⁸⁵ ou les moyens personnels ou l'assurance maladie qui couvre les dépenses de santé.

Le type d'assurance prédominant est l'assurance mutuelle ou mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire.

La proportion d'individu disposant d'une assurance dans notre échantillon est de 155 malades, soit 10,92%. Parmi ces 155 individus, 83 soit 53,55% disposent d'une assurance mutuelle qui ne couvre que les prestations liées à l'achat des médicaments et non les consultations.

Les classes d'âge concernant les personnes âgées de 31 à 60 ans sont plus assurées (assurance mutuelle) que les autres classes d'âges à savoir 18 à 30 ans et 61 ans et plus. Ces individus (31 à 60 ans) sont aussi nombreux à bénéficier d'entraide pour financer leur santé. La catégorie de non assurée, est dominée par la classe d'âge 18 à 30 ans. Comparativement à l'assurance mutuelle, les personnes du troisième âge ont une forte couverture en assurance privée.

La classe d'âge de 31 à 60 ans dispose plus d'une assurance mutuelle que d'une assurance privée. Cela s'explique par le fait que cette assurance mutuelle concerne uniquement les fonctionnaires de cette tranche d'âge. La faible couverture de l'assurance mutuelle de la classe 61 ans et plus s'explique par le fait que ces derniers sont à la retraite (l'âge de la retraite dans la fonction publique en Côte d'Ivoire est de 55 ans, en principe, mais peut varier selon les corps professionnels), ils ne sont donc plus éligibles à cette assurance.

La proportion des ménages bénéficiant d'une assurance mutuelle baisse avec le niveau de revenu. Cela se remarque aussi au niveau de l'entraide, de l'assurance privée et des non-assurés.

Pour les ménages dont le revenu est compris par exemple entre 55 000 et 200 000 Fr CFA (83,99 et 305,08 Euros), on a une proportion importante d'individus couverts par une assurance (mutuelle et privée), de manière générale. La proportion d'individu dont le revenu est inférieur au SMIG (moins de 55 000 Fr CFA soit 83,89 Euros) a recours à une organisation d'entraide.

L'assurance moderne (assurance mutuelle ou privée) n'est pas significative pour les recours. Cela pourrait s'expliquer d'une part, par la faible couverture des soins (la mutuelle ne couvre que les prestations liées à l'achat de médicaments et non les consultations) et d'autre part, par la faible proportion d'individu assuré dans notre enquête (fonctionnaires).

Les ménages des quartiers résidentiels tels que *Vallon, Zoné 4C, 220 logements, Toit rouge et Mermoz*, ont recours dès la première action thérapeutique aux services de santé moderne. La chance d'être assuré fait que ces ménages ont recours à plus de services de santé et anticipent parfois la prise en charge. Le comportement de recherche de soins du malade est un comportement économique et de prévention ici.

⁸⁵ L'entraide est un système qui exprime l'expression de la solidarité des communautés et familles face à la maladie ou décès, etc. Cette entraide peut être perçue sous forme de prêts, de cotisation et legs qui permettent aux membres de la famille de faire face aux dépenses de santé, en particulier les frais d'hospitalisations, de consultations, d'intervention chirurgicale et les ordonnances médicales.

La faible proportion d'assurée dans notre échantillon (10,92%) est due à la situation économique qui prévaut dans certains quartiers, les habitants n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour souscrire à une police d'assurance.

II.2.1.3. Troisième étape du recours thérapeutique et plus

C'est environ 16% d'adultes qui ont entrepris un troisième recours thérapeutique. Les jeunes ont été très rares à engendrer une troisième étape thérapeutique.

C'est plus de 66% de jeunes qui ont été guéris lors du deuxième recours thérapeutique. Vingt-un pour-cent (21%) ont choisi de terminer leur itinéraire thérapeutique par l'automédication, parce qu'ils pensent que la maladie est devenue moins grave et qu'elle peut se guérir sans aucune prise en charge extérieure.

Ceux qui ont entrepris un troisième recours ne représentent que 9%. Trente-cinq pour-cent (35%) de ces troisièmes étapes constituent un deuxième recours extérieur après une phase d'automédication et un premier recours extérieur vers les services de santé. Vingt-neuf pour-cent (29%) de ces troisièmes étapes interviennent après deux recours extérieurs successifs, sans automédication préalable (la médecine traditionnelle et moderne). Les 11% consistent à une succession de soins à savoir, l'automédication, la médecine de rue, la médecine chinoise, la médecine traditionnelle, qui s'est finalement terminée par un recours vers les services de santé moderne.

Par ailleurs, un recours important vers "les églises thérapeutiques" est à noter dans cette troisième action thérapeutique, ainsi que la médecine traditionnelle (21%).

Ce sont les jeunes accompagnés par leurs parents ou les adultes qui fréquentent ces lieux de cultes après différents échecs avec les autres recours thérapeutiques (moderne, traditionnel, etc.).

L'église ou "la mosquée thérapeutique" sont considérées comme le dernier recours pour 17,3% d'adultes et 5,5% de jeunes. Les malades sont pris en charge par des prêtres ou des pasteurs ou des imans qui ne demandent rien aux malades. Les malades sont soit des fidèles ou conseillés par des amis ou parents qui fréquentent ces lieux de cultes. 8,9% ont eu recours à des marabouts waliyu généralistes pour se soigner. Le marabout a prié et écrit des versets coraniques qu'il efface avec de l'eau que le malade doit boire. Pour 2,2%, c'est par l'intermédiaire de sable que le marabout à consulter et les génies lui ont dit les noms des plantes qu'il devait leur donner, accompagné de formule pour les soigner. Il faut noter que cette pratique est de plus en plus fréquente à Abidjan, depuis ces dernières années.

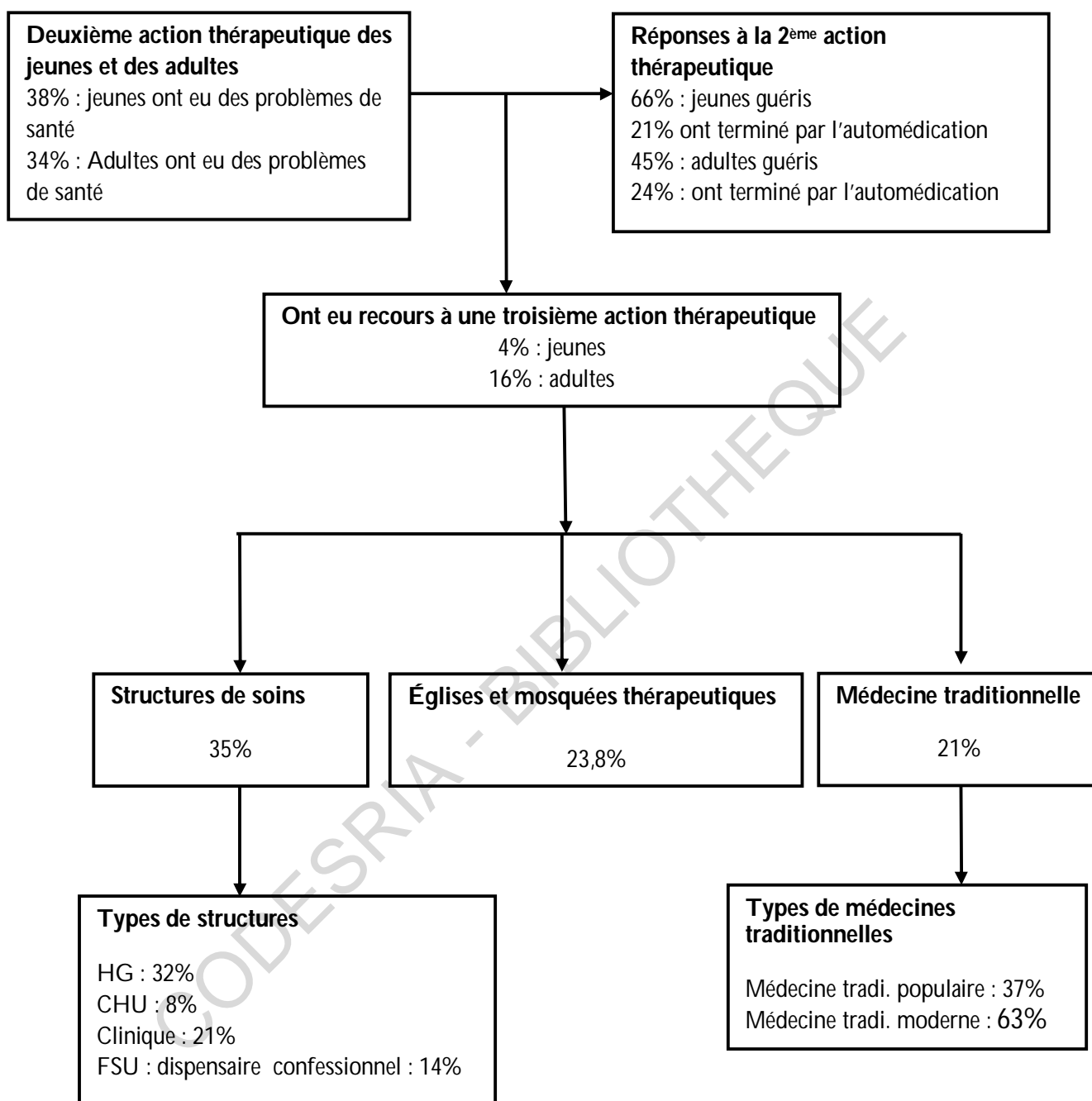
Les adultes sollicitent davantage les services de santé pour cette troisième action thérapeutique pour se soigner, en particulier les HG et les CHU.

Ceux qui ont les moyens vont encore plus loin dans leur recours. Ils vont à l'étranger ou dans les établissements privés de luxe de la ville telle que la PISAM pour se soigner, mais seulement en cas d'extrême gravité ou d'échec répété avec les autres recours modernes.

Ces trois cas illustrent ce qu'on pourrait appeler la diversification du recours thérapeutique, c'est-à-dire qu'en cas de nouveau recours suite à l'échec d'un traitement, le malade se tourne vers un recours thérapeutique aussi différent que possible, du précédent. Il s'agit pour ces malades de maximiser les chances de guérison en essayant autant que possible tous les moyens thérapeutiques disponibles.

Les types de recours mise en œuvre dans cette troisième étape de l'itinéraire thérapeutique des patients concernés est décrit dans la figure 15.

Figure 15. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par les jeunes et les adultes dans le cadre de l'épisode morbide de la troisième action thérapeutique



Ces troisièmes étapes de l'itinéraire thérapeutique interviennent en moyenne quatre semaines après le début de la maladie chez les adultes et trois semaines chez les jeunes comme les enfants ou deux semaines et demi après le début de la deuxième étape. Le nombre d'hospitalisé est moins important que dans le second recours.

Les recours thérapeutiques sollicités dans cette troisième action thérapeutique sont justifiés par les adultes et les jeunes par la recherche de guérison. Tous disent vouloir retrouver la bonne santé.

Par ailleurs, les distances ont été beaucoup plus importantes dans cette troisième action thérapeutique, on estime à 16 kilomètres la distance moyenne parcourue par les malades pour se soigner.

Cela bien entendu à un impact sur les dépenses de santé. Les coûts de dépenses de santé hors hospitalisation moyen sont de 2 325 Fr CFA (3,54 Euros) chez les adultes et 1 985 Fr CFA (3,03 Euros) chez les jeunes.

Les malades hospitalisés ont dépensé 39 500 Fr CFA (60,25 Euros). On note l'importance de la part des médicaments dans ces dépenses : la dépense moyenne pour les médicaments dans les cas d'hospitalisé est de 16 140 Fr CFA (24,62 Euros).

Rapportée au nombre de jours d'hospitalisation, la dépense journalière moyenne déboursée par le malade est estimée à 3 620 Fr CFA (5,52 Euros).

En outre, les adultes et les jeunes qui ont eu recours à un quatrième recours et plus, ont continué le recours sollicité à la troisième action thérapeutique. Mais, quand nous leur avons posé la question à savoir : *Si vous ne retrouvez pas la santé au bout de ce troisième itinéraire thérapeutique, que comptez-vous faire ?*

10,3%, des malades nous ont dit qu'ils continueront à s'adresser dans le futur aux services de santé. Ils ont évoqué comme raison la gravité de la maladie. Huit pour-cent (8%) préfèrent la médecine traditionnelle classique, car la médecine moderne n'a pas trouvé de solution à leur maladie. Seulement 3,5% préfèrent les églises, car pour eux, seul Dieu pourra les guérir.

D'une manière générale, la diversification des ressources thérapeutiques à utiliser ressort nettement des intentions thérapeutiques des personnes non guéries. On affirme volontiers ne pas vouloir se contenter d'un seul recours thérapeutique, surtout si celui-ci est l'automédication.

II.2.1.4. Synthèse des itinéraires thérapeutiques des enfants et des adultes

Comme pour les enfants, trois comportements de recours aux soins ont été identifiés. Ainsi, 29% des adultes sont allés consulter un professionnel de santé, 54% ont eu recours à l'automédication et 17% n'ont rien fait. Si la proportion d'adulte ayant eu recours à un service de soin moderne est presque la même que chez les enfants, les adultes ont en revanche eu moins recours à l'automédication (54% *contre* 61%) et ils ont plus renoncé à rechercher des soins (17% *contre* 11%). Chez les adultes, il semble que les maux doivent durer et se répéter pour être considérés comme sérieux et nécessiter un recours à un service moderne. Dans de nombreux cas avant un recours réel et officiel, l'adulte va épuiser les ressources qu'il a pu mobiliser dans son entourage : des conseils, des médicaments traditionnels, etc. Le recours à une structure de soins doit vraiment se justifier et le plus souvent l'incapacité à aller travailler sera un élément déclencheur. Ainsi, à l'instar des enfants, la sévérité des épisodes morbides apparaît donc comme un facteur plus incitatif à un recours chez les adultes que chez les enfants.

Parmi les symptômes cités par les adultes, beaucoup faisaient références à des douleurs articulaires ou lombaires. Le plus souvent ces douleurs chroniques sont vécues comme des fatalités et les individus ne voient pas toujours la nécessité de les prendre en charge, beaucoup sont aussi résignés face à un système de soins qui ne leur convient pas.

L'automédication moderne a été privilégiée à 83% contre 20% de traitements traditionnels. Ces traitements provenaient principalement de la pharmacie privée (51,8%). À l'instar des enfants, peu de médicaments ont été achetés directement au dépôt de médicaments essentiels génériques. En revanche, les adultes ont plus souvent eu recours aux vendeurs de médicaments de rues (14,5%).

Les médicaments sont mal connus par les adultes qui les consomment. Or, dans les officines privées d'Abidjan, avoir une ordonnance n'est d'ailleurs pas obligatoirement nécessaire pour la délivrance de médicaments dont le mauvais dosage peut être fatal aux patients tels les antibiotiques.

Le manque de moyens financiers est l'argument principal avancé par les adultes pour justifier le renoncement aux soins, devant l'absence de gravité du problème (28%) et sa guérison spontanée (13%). Les autres raisons avancées pour le renoncement aux soins étaient le manque de temps ou l'absence de moyens de transports. Plusieurs adultes ont aussi souligné la connaissance d'un infirmier ou d'un médecin dans leur réseau de connaissance qui pouvait assurer des soins à domicile.

Il apparaît distinctement que le coût des soins constitue une fois de plus le principal obstacle du recours aux soins. La perception de la maladie par l'individu qui la considère comme bénigne ou passagère, ou bien le fait qu'il sait comment la prendre en charge lui-même constituent d'autres raisons du non-recours à des soins.

Enfin, comme les enfants, les adultes se sont davantage orientés vers les structures de soins publiques. Mais contrairement aux enfants, les recours des adultes ont été plus importants en direction des structures privées (22,1%) par rapport aux structures confessionnelles (14,8%). Malgré des soins plus chers, le recours à des soins dans une structure privée est en augmentation, signe d'un changement sanitaire dans la ville. Le recours des adultes au CHU est aussi plus fréquent que celui des enfants (4,9% contre 1,9%), posant de nouveau le problème de la mauvaise utilisation de l'hôpital. Ce recours au CHU pourrait être la conséquence de la perpétuation d'anciennes pratiques de soins lorsque l'hôpital était la structure phare de la ville.

La pyramide sanitaire avec son système de référence n'est donc pas respectée par les adultes dans le recours thérapeutique, même si ces derniers en connaissent l'existence, ils n'en voient pas l'utilité, puisque pour eux, la base si elle est fonctionnelle, elle n'est pas efficace.

Dans l'ensemble, les adultes sont aussi plus mobiles, ils peuvent consulter sur leur lieu de travail, de loisirs ou de résidence, cela explique que leurs pratiques de soins soient plus diversifiées.

Étant donné que les comportements de la population diffèrent selon le type de recours, les distances de recours aux soins ne posent pas de problèmes manifestes.

Les distances effectivement parcourues par les ménages pour entrer en contact avec le système de soins moderne de la ville d'Abidjan n'est pas un déterminant significatif pour les ménages dans les analyses des implications de l'éloignement ou de la proximité dans le recours ou le non-recours aux soins. Des distances de déplacement *a priori* faibles ; déplacements facilités par les infrastructures de circulation et moyens de transports fortement développés.

II.3. Le recours thérapeutique des femmes enceintes, des parturientes et des nouvelles mères de notre enquête

Les parturientes, les nouvelles mères et les femmes enceintes sont au nombre de 102, cela représente 2,83% des personnes interrogées dans notre échantillonnage.

Cet échantillon n'est pas représentatif, mais illustratif d'un certain nombre de situation concernant les pratiques thérapeutiques de ce groupe social.

C'est un groupe social intéressant sur lequel nous avons voulu mettre l'accent, pour analyser les pratiques thérapeutiques, même s'il représente un nombre moins important dans l'échantillon. Nous avons interrogé les femmes sur les recours thérapeutiques concernant les phases prénatales de leurs grossesses et post-natales. Nous définissons l'itinéraire thérapeutique de ce groupe social comme la succession des recours aux soins pendant la grossesse jusqu'au moment où les femmes accouchent et où l'enfant atteint l'âge de 6 mois.

Comment se prennent en charge les femmes enceintes, les parturientes et les nouvelles mères ?

Sur les 102 femmes qui ont répondu à nos questions, douze étaient enceintes de deux mois, six de ces femmes étaient âgées de moins de 20 ans, cinq de moins de 25 ans. Trente-cinq femmes étaient plus ou moins avancées dans leurs grossesses (3 à 6 mois), leurs âges étaient compris entre 20 et 30 ans.

Les femmes presque à terme représentaient l'effectif le plus important de l'échantillon (7 à 9 mois) et sont au nombre de quarante. Ces femmes sont âgées de 25 à 36 ans. Notre échantillon compte seulement quinze femmes qui ont accouché. Tous les enfants étaient âgés de moins de 4 mois.

La répartition des femmes enceintes par lieu de résidence n'est pas représentatif, on compte trois femmes dans les quartiers résidentiels, soit 2,94%, dont une qui avait accouché depuis deux mois, les quartiers populaires comptent trente-trois femmes enceintes soit 32,35%, dont cinq femmes qui ont accouché depuis en moyenne quatre mois et demi. Dans les villages, vingt-neuf femmes, soit 28,43%, dont cinq qui avaient accouché depuis moins de quatre mois. Les quartiers précaires comptent le nombre de femme le plus élevé, trente-sept soit 36,27%, dont quatre qui avaient accouché depuis 5 mois. Le tableau 46 récapitule les effectifs et les pourcentages expliqués ci-dessus.

Tableau 46. Répartition des femmes enceintes, des parturientes et des nouvelles mères selon les lieux de résidences

| Type de quartiers | Quartiers résidentiels | | Quartiers populaires | | Quartiers précaires | | Villages Ébriés | |
|---|------------------------|------|----------------------|-------|---------------------|-------|-----------------|-------|
| | Effectifs | % | Effectifs | % | Effectifs | % | Effectifs | % |
| 2 mois | 0 | 0 | 11 | 10,78 | 9 | 8,82 | 4 | 3,92 |
| 3 à 6 mois | 2 | 1,96 | 14 | 13,72 | 15 | 14,70 | 9 | 8,82 |
| 7 à 9 mois | 0 | 0 | 3 | 2,94 | 9 | 8,82 | 11 | 10,78 |
| Nouvelle mère avec enfant de moins de 6 mois | 1 | 0,98 | 5 | 4,90 | 4 | 3,92 | 5 | 4,90 |
| Total | 3 | | 33 | | 37 | | 29 | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

II.3.1. Le ou les actions thérapeutiques pour la phase prénatale

Les actions thérapeutiques des 87 femmes enceintes sont représentées dans le tableau 47. Selon le tableau, les femmes vont plus dans un service de santé moderne au début de leurs grossesses (69%). Cette tendance, paradoxalement diminue au fur et à mesure que la grossesse avance et est à nouveau élevée lorsque les femmes sont à terme (70,2%). Dix-sept pour-cent (17%) des femmes enceintes ont recours à l'automédication, le taux est plus important à partir du troisième mois de grossesse jusqu'aux septième mois (27%). Les médicaments traditionnels sont beaucoup plus utilisés par les femmes au cours de cette automédication que les médicaments modernes (65% contre 35%). L'automédication est pratiquée par 17% de femmes en début de grossesse, 31% après une visite dans un service de santé et 39% en même temps que la médecine moderne et traditionnelle.

La médecine traditionnelle est utilisée durant tous les stades de la grossesse, mais le taux est plus élevé à la fin de la grossesse (63%).

Les femmes qui ne font rien au début de leurs grossesses représentent 2%, mais jusqu'au septième mois, elles ont recours aux soins dans un service de santé. Aucune n'a recours à la médecine chinoise ou à la médecine de rue durant la phase prénatale.

Tableau 47. Recours thérapeutique des femmes enceintes selon le stade de leurs grossesses

| | 2 mois | 3 à 6 mois | 7 à 9 mois |
|----------------------------------|--------|------------|------------|
| Automédication | 17% | 21% | 27% |
| Médecine moderne Publique | 69% | 42% | 70,2% |
| Médecine moderne privée | 1% | 4% | 3% |
| Médecine traditionnelle | 27% | 52% | 63% |
| N'a rien fait | 2% | 0,5% | 0% |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Cela n'a rien d'étonnant de voir que les femmes ont recours dans leur grande majorité aux services de santé. En 1992, selon le responsable du district sanitaire d'Abobo, les femmes enceintes se réveillaient à 5 heures du matin, elles parcouraient plus de 5 kilomètres pour faire le rang jusqu'à 9 heures, rien que pour un carnet de santé.

Aujourd'hui, c'est différent, les femmes ne font plus tout ça pour avoir accès à une maternité, elles sont informées des risques liés aux accouchements et les bénéfices des CPN (Consultations PréNatales).

À Abobo, le taux des CPN avoisine les 70%. Une vaste campagne a permis d'améliorer considérablement l'accès maternel et infantile à Abidjan et sur toute l'étendue du territoire depuis 1995. Le résultat est spectaculaire, car le taux de CPN atteint 73% à Abidjan et le nombre de femmes assistées en accouchement est plus de 75% [DIPE, 2009].

Les autorités sanitaires ivoiriennes veulent aller plus loin, car depuis 2011 des kits d'accouchement gratuits sont remis à toutes les parturientes, les dépenses sont uniquement à prévoir si des complications surviennent.

Quoi qu'il en soit, la proportion de femmes qui renoncent aux CPN est remarquablement faible, même si notre échantillon n'est pas représentatif.

Ce type de prestation est maintenant ancré dans les habitudes au point de devenir la règle pour beaucoup de femmes « *Il faut consulter quand on est enceinte* ».

II.3.1.1. Nombre de visites pour les CPN

Les futures mères ont en moyenne effectué au total 3,3 consultations prénatales en maternité et ou dans une PMI ou encore dans une formation sanitaire urbaine. Cela représente au moins une CPN par femmes enceintes. Toutes les premières CPN ont lieu dans des maternités locales ou très proches du lieu de résidence des ménages.

Cependant, parmi les 87 femmes, 35 disent aller aux CPN de façon régulière et 12 de façon irrégulière. Ces trente-cinq femmes sont jeunes et sont à leur première grossesse, elles disent vouloir réduire les risques liés à la grossesse. Parmi les 12 femmes, neuf étaient à leur troisième grossesse, peut-être l'habitude et l'expérience font qu'elles fréquentent moins les services de santé pour les CPN. Les trois autres ont dit ne pas venir fréquemment par manque de temps. « *Je suis venue pour une première consultation pour avoir mon carnet pour faire l'extrait de naissance de mon enfant, le reste du temps, je vends au marché, je retournerai à l'hôpital pour l'accouchement* ».

Les charges familiales quotidiennes empêchent certaines femmes d'utiliser régulièrement les services de santé pour leur CPN. Ces femmes sont obligées de prendre en charge leur grossesse malgré qu'elles soient mariées, les ressources du mari étant insuffisantes, elles s'adonnent aux petits commerces pour préparer la venue de l'enfant.

Parmi les femmes qui fréquentent régulièrement les établissements sanitaires, les femmes étrangères sont plus nombreuses que les femmes ivoiriennes (57% contre 43%). Ces femmes pratiquent 5,3 CPN, et ce, dès le début de la grossesse et quel que soit leur lieu de résidence.

Comment expliquer cela ?

Nous allons nous appuyer sur les propos de deux femmes, la première madame Kaboré de nationalité Burkinabé vivant dans le quartier populaire *Mosquée* à Attécoubé et la deuxième Madame Oladepo de nationalité Nigériane vivant dans le quartier précaire de *Bramakoté* à Adjamé.

Mesdames, pourquoi allez-vous à l'hôpital pour vos CPN ? Selon le témoignage de ces femmes, c'est par habitude qu'elles vont à l'hôpital pour les CPN. Elles ont aussi ajouté l'absence d'intégration suffisante dans la société abidjanaise qui les amène à fréquenter spontanément les services de santé. Elles disent être à Abidjan depuis 1 an. C'est vrai, elles ne remplissent pas toutes les conditions, car nous retenons les personnes vivant à Abidjan depuis plus de 5 ans. Il faut bien attendre prendre le témoignage de ces femmes enceintes avec quelques réserves, car elles sont à Abidjan depuis un an.

Peut-être qu'elles ne sont pas suffisamment intégrées, mais nous avons celles qui sont résidentes à Abidjan depuis plus de 6 ans, qui fréquentent elles aussi les services de santé.

Il n'y a pas de différence significative dans notre enquête entre les femmes musulmanes et les femmes chrétiennes qui utilisent les services de santé pour leur CPN (1,3 contre 2).

Par ailleurs, le questionnaire nous apprend que les CPN sont moins importantes à la deuxième, troisième et quatrième CPN. Les CPN diminuent au fur et à mesure que la grossesse progresse.

Les femmes âgées de notre échantillon sont moins attirées par les CPN (1 CPN en moyenne), par rapport aux plus jeunes (3 CPN en moyenne).

Les femmes jeunes évoquent comme motif le manque d'expérience et la peur liée parfois aux risques des grossesses.

L'accouchement demeure dans nos sociétés encore un mystère et effraie les jeunes femmes enceintes, qui sont souvent effrayées par ce que leurs aînés leur racontent sur le déroulement de l'accouchement.

Plus de six femmes ont effectué plus de 5 visites dans un service de santé à cause d'hospitalisation pour un problème de santé.

Les services de santé moderne de proximité sont les plus prisés pour les CPN par les femmes enceintes.

Différents recours thérapeutiques sont utilisés par les femmes enceintes, mais le constat que nous faisons, c'est que, quel que soit le recours, ces femmes ont recours à au moins une fois à un service de santé. On a eu l'impression que recourir à un service de santé paraissait normal et obligatoire pour ces femmes à cause de leur état. Certaines vont jusqu'à rejeter l'automédication, en considérant ces pratiques comme dangereuses pour le bébé.

Pour les femmes enceintes interrogées, les services de santé ont une vocation préventive pour la bonne santé de leurs bébés, c'est pourquoi, elles y ont recours pour leur CPN.

Sur 87 femmes enceintes, 65 prévoient d'accoucher dans la maternité de leur quartier à cause de la proximité. Les autres préfèrent accoucher dans les HG à cause des soins spécialisés dont ils disposent en cas de complications.

En définitive, on peut dire que les recours thérapeutiques des femmes enceintes sont fonction du stade de la grossesse et de l'âge des femmes enceintes.

II.3.2. Le ou les actions thérapeutiques des nouvelles mères : une forte attraction vers les services de santé publics

Les quinze nouvelles mères de notre échantillon âgées de 25 à 36 ans ont toutes accouché à la maternité à l'exception d'une femme. Quatre d'entre elles ont accouché dans la maternité de leur quartier, six ont accouché dans une maternité de leur commune, deux dans la maternité de l'HG localisé dans leur commune par césarienne et une dans une clinique, parce qu'elle bénéficie d'une assurance individuelle.

L'utilisation des différents niveaux hiérarchiques sont donc plus respectés et équilibrés pour les accouchements et mêmes pour les CPN que pour les soins curatifs : le niveau de base assure l'essentiel des visites et des accouchements, alors que le sommet de la pyramide sanitaire ne reçoit que très peu de femmes enceintes et parturientes, souvent référées en cas de complications.

L'HG, regroupe plusieurs activités, en cas de complications les femmes enceintes peuvent être prises en charge, c'est pourquoi deux femmes ont préféré consulter directement dans cet établissement sanitaire de second niveau par rapport à la maternité de proximité.

Dans les choix des maternités, les femmes choisissent pour les services de proximité, où elles s'y rendent même parfois à pied.

Toutes les 14 femmes ont été assistées lors de leur accouchement dans un service de santé. Elles sont restées en moyenne une journée dans les services de santé. Parmi ces quatorze femmes, trois femmes n'ont pas au préalable suivi de CPN plus d'une fois. Ce sont respectivement les femmes des quartiers populaires d'*Anador* et *Mosquée*. Ces femmes habitent chacune à moins d'un kilomètre d'une maternité. On l'a dit, les charges familiales

empêchent ces femmes de fréquenter régulièrement les services de santé comme cela est recommandée. Elles sont pourtant conscientes de tous les risques liés à la grossesse malgré leur faible niveau d'éducation. Selon le Ministère de la santé, le nombre d'accouchement assisté s'est considérablement amélioré ces dernières années en Côte d'Ivoire et plus particulièrement dans la ville d'Abidjan (passant de 62% en 2001 à 72% malgré la crise socio-politique).

Par ailleurs, les actions thérapeutiques vers les services de santé pour ces quatorze femmes sont régulières pour les vaccins et quelques soins post-nataux.

Par contre, plus de la moitié de ces femmes ont recours à la médecine traditionnelle en plus des soins modernes pour s'occuper de leurs bébés. Il s'agit principalement de remède pour le bain, certaine protection contre certaine maladie.

Les médicaments traditionnels proviennent principalement du marché et des professionnels de santé qu'elles consultent. Les femmes enceintes et les parturientes qui fréquentent l'HG d'Abobo ont donné 1 000 Fr CFA (1,52 Euros) pour avoir des remèdes traditionnels qui selon le médecin serait bénéfique pour elles. Pour ces femmes, les médecins encouragent même l'utilisation simultanée des deux types de médecines pour faciliter l'accouchement.

Cependant, il y a encore des femmes qui accouchent sans être assistées. Dans notre échantillon, une femme a accouché à la maison de son deuxième enfant et n'a jamais fait de CPN. Son enfant a quatre mois et n'a jamais été vacciné, elle dit utiliser des médicaments traditionnels depuis qu'elle est enceinte jusqu'aujourd'hui. Cette femme qui réside dans le quartier résidentiel de *Niangon-nord* est un cas isolé certes de notre étude, mais selon le Ministère de la santé, 25% de femmes accouchent sans être assistées. Plusieurs raisons évoquent cela, il y a peut-être l'effet de surprise. Il peut arriver que des femmes n'aient pas le temps de gagner la maternité, notamment parce qu'elles sont à plusieurs kilomètres d'un centre de santé, mais parce qu'elles redoutent aussi les salles d'accouchement ou voire par manque de moyens financiers.

Il y a aussi des femmes qui se rendent très tardivement dans un service de santé au risque d'accoucher sur la route ou de perdre l'enfant une fois à l'hôpital à cause d'une absence de prise en charge correcte.

Il faut noter que les dépenses des CPN varient d'un service de santé à un autre. Les coûts sont compris entre 1 000 Fr CFA et 2 000 Fr CFA (soit 1,52 et 3,05 Euros) pour un carnet et des médicaments. Ces coûts sont parfois négociés par les femmes enceintes auprès des professionnels de santé.

II.3.3. Quelques barrières relevées par les femmes enceintes, les parturientes et les nouvelles mères

Les sages-femmes ne respectent pas certaines règles de pudeur des femmes enceintes en consultations. Dans notre échantillon, 49% se sont plaintes du comportement des sages-femmes qui les ont reçues.

Une femme a particulièrement attiré notre attention avec ce qu'elle nous a racontés :

Moi, je fréquente depuis le premier mois de ma grossesse la maternité de mon quartier (Samanké), mais dans ce centre mon intimité n'est pas respectée pendant les CPN. Les aides-soignantes et autres personnels de santé se permettent de rentrer dans les salles de consultations sans frapper au préalable pendant que je suis nue. Ce qui est inacceptable chez nous les musulmans, car seul notre époux a le droit de nous voir dans ces conditions. Si je raconte cela à mon mari, il m'interdirait de me rendre définitivement dans ce centre de santé. Mais je n'en parle pas, car ce service est proche de mon logement et j'ai l'habitude de le fréquenter depuis ma première grossesse.

La situation expliquée par cette femme n'est pas un cas isolé, plusieurs femmes ont changé de maternité ou de service de santé pour les CPN ou pour l'accouchement à cause de ces comportements déplacés des professionnels de santé et de la méchanceté des sages-femmes. Pour ces femmes, la proximité est un avantage mais à un inconvénient, car les professionnels de santé ne savent pas tenir leurs langues et racontent à qui veut l'entendre le déroulement de l'accouchement de certaines femmes en se moquant.

En Côte d'Ivoire, il n'existe pas encore un code de déontologie régissant la profession de sage-femme. Il semblerait qu'il soit en cours d'élaboration. Cette situation déplorable permet aux sages-femmes de ne pas garder confidentiellement les informations concernant leurs clientes afin de préserver le droit à la vie privée et agissent avec discernement lorsqu'il s'agit de transmettre ces informations.

Les femmes interrogées sont unanimes sur le fait qu'elles ont des relations parfois conflictuelles avec le personnel, même si certains sont courtois. Pour ces femmes, l'agent de santé a une image ternie à cause du mauvais accueil, du racket de la part des agents de santé au sein des centres de santé et souvent à la mauvaise qualité des soins et le manque de l'hygiène.

Le comportement de certains professionnels de santé ternit l'image des sages-femmes. Le non-respect du secret professionnel par les agents de santé crée un manque de confiance et une barrière à l'accès au soins.

En effet, les sages-femmes sont de tous les personnels soignants, la figure la plus universellement connue, car elle pratique une profession à la fois médicale et sociale.

Le Ministère de la santé reconnaît les relations parfois conflictuelles entre les femmes et les sages-femmes. Pour le Ministère, les sages-femmes subissent de fortes pressions alors qu'il y a beaucoup d'insuffisance dans leur formation. Cette formation n'est pas toujours de qualité. Il existe un déphasage entre théorie et pratique. Il n'y a jusque-là pas eu de révision du curricula de formation de 1998 à 2008. La révision du curricula consiste à rechercher les besoins de santé de la population, à recenser les difficultés des praticiens et à déterminer ce qu'ils veulent améliorer dans leur travail. La démarche a été effectuée en 1996, mais il n'y a pas eu de suivi. Les sages-femmes ont besoin d'être enseignées en fonction de l'évolution de la société et de tout ce qui se passe de nouveau dans le secteur de la santé. Il y a de nouvelles maladies qui apparaissent et certaines maladies qui sont en voie de disparition. Mais cela n'est pas fait, et l'inexpérience dans la pratique de certaines, les amènent à commettre parfois des erreurs médicales au point que la population les voit comme des personnes incompetentes qui ne méritent plus d'être sollicitées en cas d'urgence.

Le manque accru de matériel les limite aussi dans leurs tâches. En effet, le taux de mortalité maternelle reste encore élevé (543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005), imputable en grande partie à un faible niveau d'accouchement assisté par personnel qualifié (56%), la santé du nouveau-né (41‰ naissances vivantes) demeure préoccupante malgré les efforts entrepris ces dernières années pour inverser la tendance.

Aussi le nombre de sage-femme reste encore insuffisant pour répondre aux besoins des femmes en âge de procréer (1/9 345 FAP⁸⁶).

Par ailleurs, les femmes ont critiqué l'absence d'hygiène dans les salles de consultations et d'accouchements (Photo 40). La mauvaise qualité des soins décourage encore de nombreuses femmes à utiliser les maternités, et incite les ménages les plus fortunés à se

⁸⁶ 1/9 345 FAP : Une sage-femme pour 9 345 femmes en âge de procréer (FAP), ce nombre est en dessous de celui de l'OMS, qui est de 1/5 000 FAP.

tourner directement vers les structures de soins privées pour les CPN et les accouchements.



Photo 40. Un lit de consultation non protégé sur lequel les femmes enceintes font leurs CPN dans la maternité de la FSU de Koumassi

Source : Ymba M., 2011

L'utilisation importante des services de santé par les femmes enceintes, les parturientes et les nouvelles mères peut s'expliquer par une forte concentration de l'offre de soins primaire en particulier des maternités et PMI privées ou publiques à proximité des lieux d'habitations dans la ville d'Abidjan.

Le recours thérapeutique de cette catégorie sociale ne dépend pas du lieu de résidence, mais plutôt de leurs états.

II.4. Analyse contextuelle et spatiale des comportements de recours aux soins

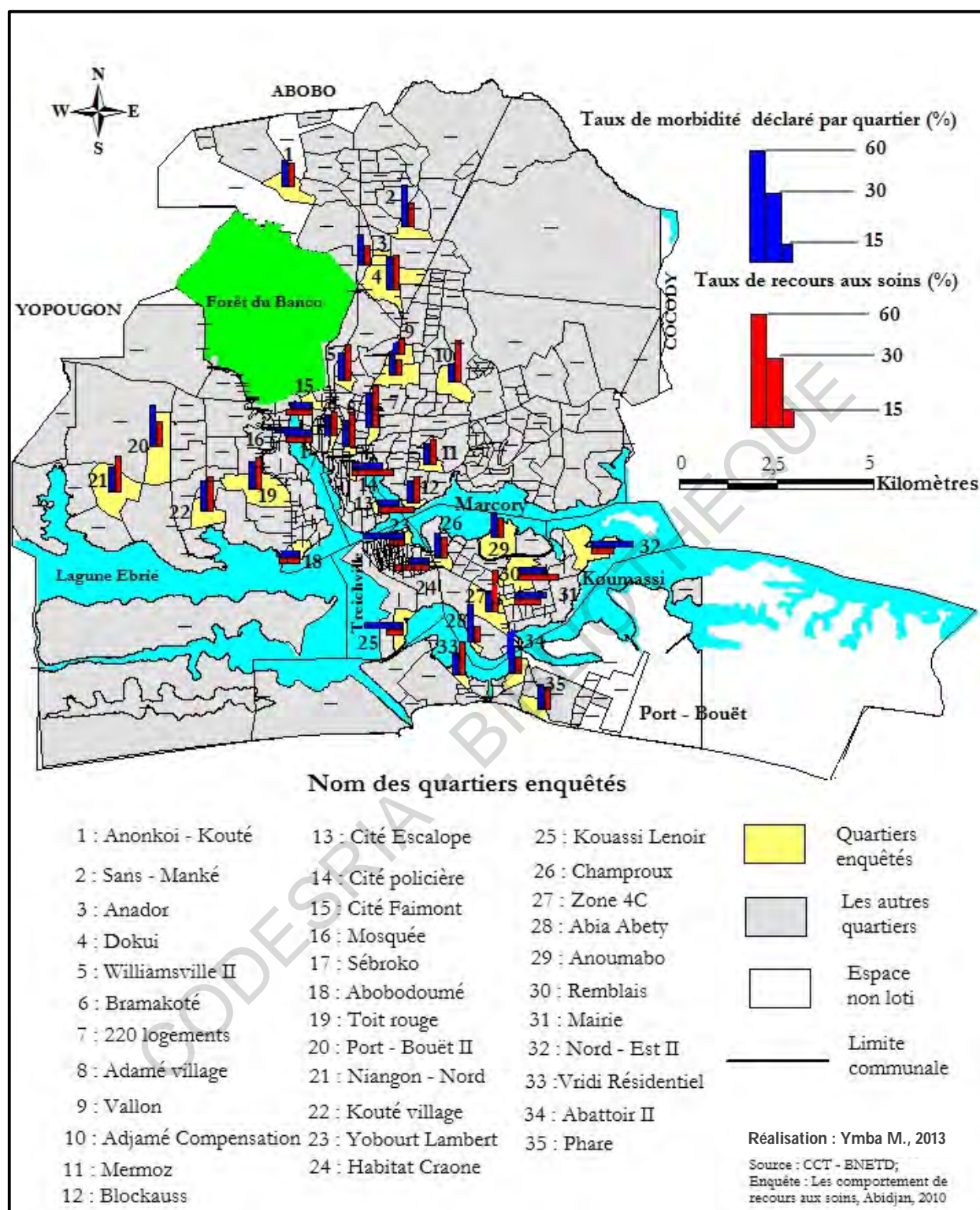
Nous évaluons ici, le rôle réel des facteurs contextuels dans le recours aux soins à Abidjan. Nous allons donc nous recentrer sur une analyse des pratiques citadines du recours aux soins selon les quartiers enquêtés.

II.4.1. Le taux de morbidité *versus* le taux de recours : la situation problématique de certains quartiers

En regardant la prévalence de la morbidité déclarée et le recours à un service de soins par quartiers, nous sommes frappés par les écarts et les situations problématiques de certains quartiers (Carte 69). Nous distinguons clairement que le taux de recours ne suit pas toujours celui de la morbidité déclarée. À *Sébroko* ou à *Adjamé compensation*, deux quartiers du non loti dense, le taux de recours est très faible : 19,6% et 23,6% respectivement alors que la prévalence de morbidité déclarée à *Sébroko* était l'une des plus fortes (41%). *Yobour Lambert* vient rejoindre ces deux quartiers non lotis par un écart plus important entre le taux de morbidité et le taux de recours.

Dokui a l'un des taux de recours le plus élevé avec 38%, mais avait aussi une prévalence de morbidité très élevée (36,8%). Deux quartiers enregistrent un taux de morbidité déclaré assez faible par rapport aux autres, 17,6% au *Vallon* et 13,3% en *Zone 4C* et par ailleurs des taux de recours parmi les plus élevés avec respectivement 54% et 59,8%.

Carte 69. Morbidité déclarée et recours à un service de soins par quartier en 2010



II.4.2. Le choix des services de soins : l'influence de l'offre de proximité

Le choix des structures de soins par les individus est principalement déterminé en fonction du lieu de résidence du malade et de l'offre de soins environnante. Une analyse par quartier d'enquête permet de mettre en exergue les choix différentiels des patients en fonction de leur lieu de résidence.

Tout d'abord, et contrairement aux idées reçues, les structures du secteur public sont encore largement plus fréquentées que les autres services privés et confessionnels. La

majorité des recours y a lieu à l'exception de *Port-Bouët Phare et les villages Ébriés* où les recours à l'offre de soins confessionnelle et les FSU-Com surpassent ceux du secteur public.

Deux exemples illustrent à quel point la localisation d'une structure phare dans le quartier ou village oriente le choix du recours pour les individus. Si à *Mosquée* ou *Cité fermont* la part des individus ayant consulté une structure publique dépasse les 59%, cela s'explique sans difficulté par la présence de la FSU et de l'HG d'Attécoubé dans les quartiers. À *Port-Bouët Phare* (46%), le recours à une structure confessionnelle est un choix de premier ordre. Dans *les villages Ébriés* (53,2%), ce sont les FSU-Com ou CSU-Com qui soulignent l'influence de ces structures de soins dans les quartiers.

Le choix des recours dans le quartier de *Vallon* et de *Zone 4 C* montre par ailleurs, que le niveau socio-économique et la disponibilité des services influencent le choix des recours. Au *Vallon* où l'indice d'équipement qui garantit le niveau économique du ménage et sa capacité à financer le coût des soins est le plus élevé, le recours aux structures privées est de 32,3%. Dans le quartier de *Zone 4 C*, le recours au secteur privé est aussi important (44,2%) par rapport aux autres quartiers, il pourrait s'expliquer entre autre par une offre très importante de cabinets ou cliniques privés dans cette zone centrale (cf. *Carte 34, p 178*). Les recours aux structures privées sont aussi importants à *Remblais* (27,8%) qui bénéficie d'une offre abondante de petits cabinets privés de soins infirmiers dans le secteur loti.

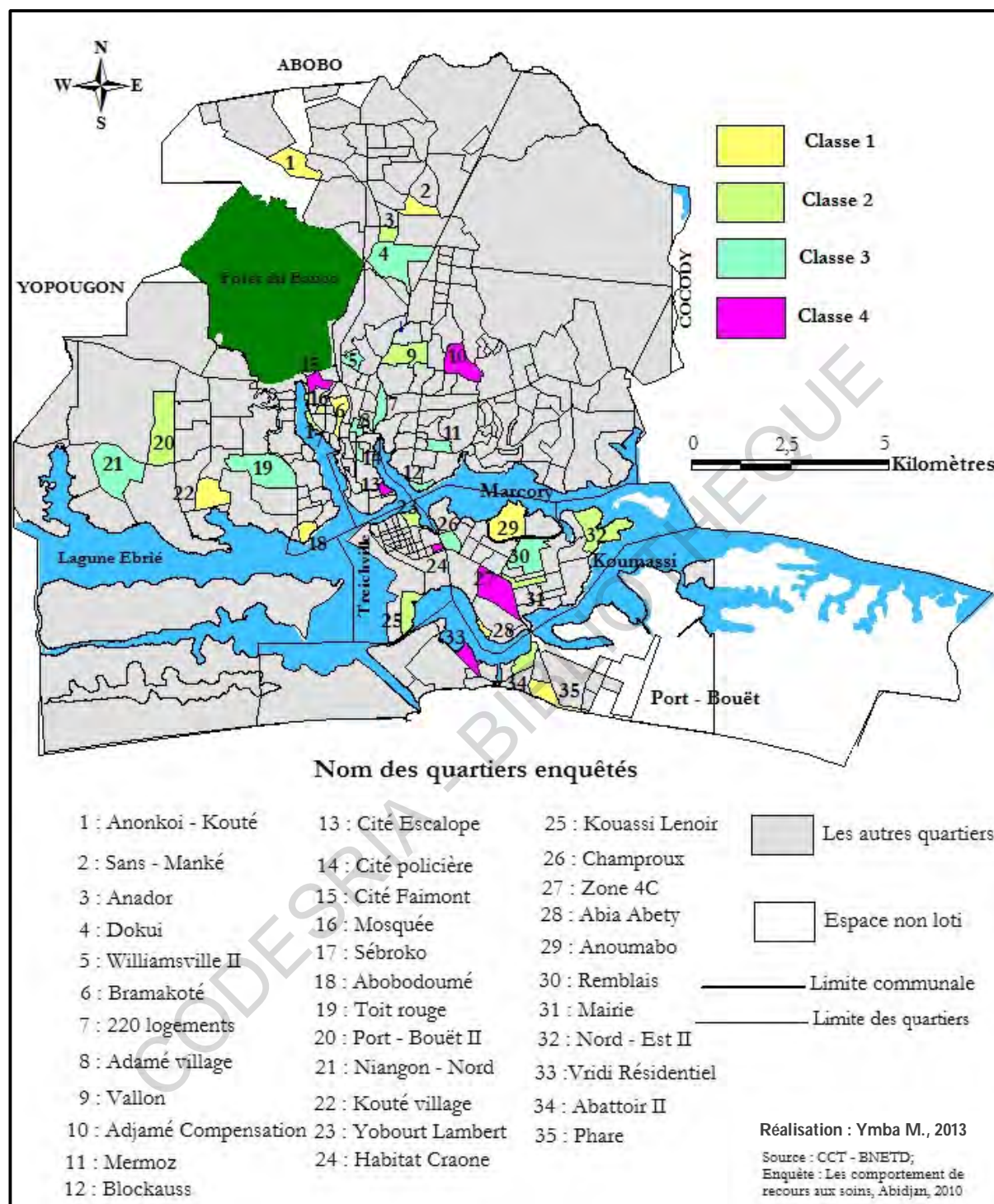
Le type de recours est différent selon le quartier, il est le reflet à la fois de l'offre de service installée dans le quartier ou dans ses alentours, mais aussi le reflet des caractéristiques socio-économiques des ménages. Si nous avons pu dire précédemment que la distance ne jouait pas un rôle notable dans l'accès aux soins en milieu urbain, il semble toutefois que les individus enquêtés ont consulté à proximité de leur domicile, en particulier pour leurs enfants quand l'offre de soins disponible leur paraissait appropriée.

II.4.3. Les pratiques de soins par quartier : l'influence du contexte de résidence

Pour approfondir les variations spatialement marquées des comportements thérapeutiques entre les villages et les quartiers, nous avons procédé à une classification ascendante hiérarchique de l'ensemble des quartiers et des villages, en prenant en compte 3 variables : le recours aux services modernes, le recours à l'automédication (soins à domicile) et le recours traditionnel. La procédure d'analyse mise en œuvre consiste à rapprocher, au cours d'une succession d'étapes à différents niveaux hiérarchiques, des quartiers ou villages qui, en fonction des 3 variables retenues pour caractériser les comportements, se ressemblent, comparativement à l'ensemble.

L'intérêt majeur de cette technique d'analyse, qui réduit la classification naturelle de départ de 35 quartiers à un faible nombre de classes, est de permettre de résumer les principaux découpages concernant le recours thérapeutique des ménages. La carte 70 représente les résultats de la classification ascendante hiérarchique à quatre classes.

Carte 70. Classification des quartiers et des villages étudiés en fonction des différents types de recours thérapeutiques



L'analyse classificatoire à quatre classes propose un découpage spatial des quartiers enquêtés en blocs relativement homogènes. Chaque groupe de quartiers se caractérise par un modèle spécifique de traitement de la maladie : la propension à réaliser plusieurs soins à domicile, à consulter en structure sanitaire et chez les tradi-praticiens est chaque fois différente au sein des quatre groupes de quartiers et pourtant ces quartiers présentent des profils environnementaux qui les rendent vulnérables aux risques sanitaires.

La classe 1 : regroupe plusieurs groupes de villages et quartiers situés au Sud/Nord. Les ménages de cette classe se caractérisent par une tendance marquée à réaliser plusieurs

soins à domicile (automédication avec les médicaments modernes et traditionnels) ; dans une moindre mesure. Ils ont également tendance à privilégier la consultation de thérapeutes traditionnels. En revanche, ils fréquentent moins les structures sanitaires, y compris dès le début de la maladie.

La classe 2 : est caractérisée par une faible activité thérapeutique, avec notamment, une moindre propension à la réalisation de recours externes : plus encore que la consultation en structure sanitaire. Le recours à des thérapeutes traditionnels y est faible. La spécificité de ces quartiers tient au fait que les recours extérieurs sont compensés par l'automédication.

La classe 3 : se distingue par les comportements de recours aux soins en adéquation avec les recommandations des autorités sanitaires. La consultation dans les structures sanitaires est importante. De manière moins marquée, ces quartiers et villages se caractérisent également par une propension légèrement supérieure à consulter auprès de thérapeutes traditionnels et par une mise en œuvre moins fréquente de plusieurs soins à domicile.

La classe 4 : constitue les quartiers les plus proches de la "norme", avec une tendance à réaliser plus de recours aux services de santé modernes. Ils pratiquent en revanche, moins plusieurs soins à domicile et les ménages ont moins recours à la médecine traditionnelle.

Les résultats de l'analyse ascendante classificatoire confirment l'existence de fortes disparités dans les comportements thérapeutiques selon les villages et les quartiers.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Conclusion du chapitre II

Malgré des différences d'ordre méthodologique, nos résultats rappellent ceux d'études antérieures menées dans la sous-préfecture d'Oussène au Bénin. L'étude sur les recours aux soins conduite par Richard [2001], rapporte des tendances similaires. L'automédication constituait la réponse principale au problème de santé (40%) alors que 21% des individus avaient renoncé aux soins. À Kinshasa (Congo Démocratique), 40,3% des personnes avaient eu aussi recours à l'automédication [Manzambi *et al.*, 2000]. Dans l'étude menée à Abidjan par Amani *et al.* [2002], l'automédication représentait la plus fréquente des initiatives (55,6%), suivie de la consultation dans un service de soins modernes (29,5%), la consultation d'un tradi-praticien (2,4%) et le renoncement aux soins (12,5%). Dans une étude sur le Bénin, Ouendo *et al.* [2005] tentent de justifier la place de l'automédication dans les comportements vis-à-vis de la maladie par deux phénomènes : la prolifération de la vente illicite et ambulante de médicaments et la perte de confiance envers les services de soins. Si les services de soins jouissent encore d'une bonne réputation à Abidjan (comme nous le verrons dans le chapitre IV), il est tout à fait probable que l'explosion du commerce illicite de médicaments ait encouragé l'automédication comme première réponse aux besoins de soins.

Dix années après l'étude de Amani *et al.* [2002], les comportements du recours aux soins ne semblent pas avoir vraiment évolué. Nous pouvons même constater une augmentation des pratiques d'automédication et une diminution de l'utilisation des services de soins modernes. D'une manière générale, les individus initient eux-mêmes leurs soins en prenant des décisions : ils décident de la personne à consulter, d'adhérer ou non à un régime thérapeutique suggéré, d'abandonner un traitement pour un autre, d'évaluer l'efficacité et la qualité des soins. Ce sont donc les usagers eux-mêmes qui constituent la source principale et le déterminant le plus immédiat des soins [Keinman, 1980].

Dans notre étude, on constate malheureusement que le recours aux structures de soins se fait rare dans les quartiers où les besoins en soins de santé sont les plus importants. L'automédication ou la médecine de rue sont généralement les plus privilégiées. Les structures de soins sont sollicitées que lorsque la maladie devient très grave.

La crise sociopolitique a davantage rendu les conditions de vie des ménages très difficiles, éloignant les ménages encore plus des structures de soins, malgré les besoins de soins identifiés. Nous n'avons pas mesuré avec exactitude les effets de la crise sur le recours thérapeutique des ménages, mais plus de la moitié des ménages ont fait allusion à la crise politique quand ils n'avaient pas recours immédiatement aux structures de soins pour se soigner quand ils étaient malades.

Les analyses croisées ont mis en évidence de nombreuses corrélations entre les comportements vis-à-vis de la maladie et une multitude de variables caractérisant socio-démographiquement l'enfant ou l'adulte et son ménage, la maladie et le cadre contextuel appréhendé à l'échelle de la concession, du quartier et de la strate d'habitat. Pourtant, à ce stade de l'analyse, il est encore impossible de mettre en avant le rôle et le poids des variables socio-économiques ou spatiales, *prédictives* ou *capacitantes*, dans les comportements du recours aux soins. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi des modèles de régressions logistiques pour déterminer les contributions relatives des différentes variables explicatives dans les comportements du recours aux soins.

CHAPITRE III. DÉTERMINANTS DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES ÉTUDIÉS

Les comportements de recours aux soins sont déterminés par une multiplicité de facteurs. Comme nous l'avons dit, plusieurs modèles mis en place par des auteurs pour étudier les déterminants du recours aux soins l'ont montré. Le plus connu et utilisé est celui développé par Aday et Andersen [1974]. Selon ce modèle, l'utilisation des services de santé résulte à la fois des caractéristiques du système de soins et des caractéristiques de la population.

Nous allons nous appuyer sur ces modèles, mais nous allons l'adapter à notre étude. Nous allons donc, en tenant compte de notre contexte d'étude et des données à disposition appuyer notre modèle d'analyse sur les caractéristiques de la population, que nous avons classées en trois types de facteurs censés influencer les conduites thérapeutiques des populations : les facteurs prédisposants (*avec les variables suivantes : âge, sexe, religion, ethnie, éducation, profession, etc.*), les facteurs liés aux caractéristiques de la maladie ou de besoins (*maladie perçue, évaluée par un agent de santé, etc.*), y compris ceux décrivant l'accessibilité (*les types de services de santé utilisés*) et les facteurs facilitants ou habilitants (*lieu de résidence, durée de résidence et revenu familial, etc.*).

Le choix de ces facteurs pour l'étude des déterminants de soins est logique et pertinent.

En effet, la perception d'un besoin de santé constitue le moteur du processus pouvant conduire à l'utilisation d'un service de santé. Pour qu'il y ait passage à l'acte, encore faut-il que d'autres facteurs soient présents chez les malades et son entourage, tout d'abord des facteurs prédisposant qui incitent à l'utilisation, mais aussi des facteurs d'habilitants, qui permettent à cette propension à consulter de s'exprimer, principalement en levant les barrières liées à l'accessibilité géographique et économique, etc.

Encore faut-il que ces besoins associés à cette prédisposition et à cette capacité à utiliser des services de santé pour y répondre rencontrent une offre, décrite par les caractéristiques du système de soins, et que cette dernière soit considérée comme adéquate.

On reconnaît finalement un modèle proche dans un esprit du modèle de l'accès de Penchansky et Thomas [1981] décrit dans l'introduction. Ces auteurs insistaient davantage sur l'interaction nécessaire entre les caractéristiques de la population et celles des prestations des soins.

Nous analyserons les déterminants de recours aux moyens d'analyse univariée d'une part, puis multivariée d'autre part. L'objectif est d'apporter des éléments explicatifs aux comportements de recours aux soins des populations, de l'utilisation et de la non-utilisation des services de santé.

I. Analyse univariée des déterminants des comportements de recours aux soins

Nous allons chercher à analyser les facteurs ou les associations de facteurs liés aux recours thérapeutiques des trois groupes sociaux étudiés dans le chapitre précédent. Ces trois groupes de facteurs, nous permettrons d'examiner l'impact d'un certain nombre de caractéristiques démographiques, sociales, économiques et culturelles des habitants des quartiers étudiés sur leurs comportements face à la maladie.

L'analyse univariée prend la forme d'une recherche systématique des relations entre différentes variables et les comportements de recours aux soins, mais l'étude de chaque facteur repose sur une hypothèse spécifique, à partir de laquelle nous tentons d'expliquer les mécanismes de détermination des comportements de recours aux soins. Confortés par

les résultats descriptifs ayant mis en évidence le caractère collectif de la conception et de la mise en œuvre des actes thérapeutiques.

I.1. Les caractéristiques de la population comme déterminant du comportement de recherche de soins chez les enfants

Comme dans l'étude sur les itinéraires thérapeutiques, l'étude des déterminants étudiera d'une part, les déterminants liés aux comportements des enfants et d'autre part à celui des adultes.

I.1.1. Comportements de recours aux soins en lien avec des facteurs prédisposants chez les enfants

Les facteurs prédisposants sont des caractéristiques sociales et démographiques du malade ou de son entourage, des opinions sur le système de soins, des croyances et des valeurs concernant la santé et la maladie, des connaissances au sujet de la maladie qui incitent à recourir en cas de besoins, à un type de soins ou à un service de santé donné.

Nous avons retenu les facteurs suivants : *le sexe du malade, l'âge du malade, l'ethnie du ménage, la religion du ménage, la taille du ménage, la profession du ménage, le revenu du ménage, le type de logement, la scolarité du chef de ménage, la disponibilité « d'une pharmacie de ménage contenant des médicaments modernes et traditionnels », les visites antérieures à différents types de recours (services modernes, traditionnels, etc.)*.

Le recours à une structure de soins est plus fréquent pour les filles (32,2%) que pour les garçons (28,6%) (Tableau 48). Le sexe ne joue pas de rôle significatif dans le recours thérapeutique chez les enfants. En revanche, la part des filles renonçant aux soins est plus importante que celle des garçons. Toutefois, il faut noter que la distribution des comportements vis-à-vis de la maladie n'est pas significativement différente selon le sexe. Les comportements de recours aux soins diffèrent significativement plutôt selon l'âge de l'enfant. Plus les enfants sont jeunes, plus ils sont soignés dans une structure de soins moderne. L'âge de l'enfant est en effet un des facteurs *prédisposants* importants du recours à un service de soins [Taffa et Chepngeno, 2005]. Cette tendance doit être soulignée, car les enfants de moins de cinq ans représentent la classe d'âge la plus vulnérable dans tous les pays en développement [Unger et Dujardin, 1992]. Cette classe d'âge nécessite également des soins de santé particulière (suivi de croissance, vaccination, bilan de santé etc.).

Pour estimer l'impact du niveau socio-économique du ménage, nous n'avons pas essayé de travailler sur les revenus des ménages difficilement estimables. En effet, seuls 57,4% des chefs de ménage ont accepté de répondre à la question sur les revenus et par ailleurs le seul revenu du chef de ménage n'est pas suffisant pour caractériser le niveau socio-économique du ménage, car d'autres membres du ménage qui n'ont pas forcément été interrogés peuvent travailler. À partir de plusieurs variables telles que la possession d'un téléphone fixe et/ou mobile, d'une télévision, d'un réfrigérateur, d'un ventilateur, de lits, d'un ensemble de meubles de salon et de moyens de locomotion, nous avons constitué un indice d'équipement du ménage, reflet de son niveau socio-économique.

À la vue de nos données, le lien entre le niveau d'équipement et le recours à un service de santé semble évident, **dans le sens où plus l'indice d'équipement est élevé, plus la part de recours à un service de soins est importante**. Si toutefois, les différences ne sont pas significatives pour cet indicateur, d'autres variables permettent de montrer le lien entre le niveau de vie du ménage et les comportements vis-à-vis de la maladie. Par exemple, le fait d'habiter dans une villa, plutôt qu'une maison individuelle ou un

celibatorium est significativement associé au fait de recourir à un service de soins. En revanche, nous n'enregistrons pas non plus de différence significative dans les comportements vis-à-vis de la maladie selon la religion de l'enfant, son rang dans la fratrie, sa position au sein du ménage ou en fonction de la précarité du logement (type de matériaux utilisé pour la construction de l'habitation).

La taille du ménage, le niveau d'éducation et la profession ne sont pas des facteurs qui influencent significativement le recours aux soins chez les enfants.

Enfin, parmi les groupes ethniques les plus représentatifs de notre échantillon (Akan, Krou, Mandé), ce sont les enfants des groupes ethniques Akan et Krou qui adoptent des pratiques : ils ont plus recours à un service de santé et renoncent moins aux soins que les enfants du groupe ethnique Mandé. Comment expliquer que les enfants d'origine *mandée*, se rendent moins souvent en consultation dans les services de santé de la ville ? Pour comprendre, il faudrait probablement croiser cette variable avec le niveau de vie, la scolarisation, les comportements d'hygiène, les croyances en matière de santé et les perceptions vis-à-vis du système de soins moderne.

Tableau 48. Comportements des enfants malades selon une sélection de facteurs prédisposants

| Facteurs prédisposants | Structures de soins | Automédication | Renoncement aux soins | Population | Degré de significativité |
|--------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------|
| % | % | % | % | N | P *non significatif |
| Sexe | | | | | |
| Filles | 32,2 | 54,1 | 11,9 | 507 | ns* |
| Garçons | 28,6 | 59,9 | 10,3 | 469 | |
| Classes d'âge | | | | | |
| [6 mois - 2 ans] | 45,1 | 44,2 | 5,6 | 337 | p<0,0001 |
| [3 - 5 ans] | 30,3 | 49,7 | 10,3 | 234 | |
| [6 - 8 ans] | 23,1 | 56,5 | 12,4 | 268 | |
| [9 - 12 ans] | 18,5 | 68,0 | 13,3 | 322 | |
| Ethnie | | | | | |
| Ébrié | 26,1 | 62,4 | 14,5 | 190 | p<0,05 |
| Krou | 22,2 | 42,4 | 17,5 | 233 | |
| Mandé | 28,2 | 72,4 | 21,5 | 221 | |
| Akan | 35,4 | 56,2 | 8,4 | 228 | |
| Autres ethnies | 20,5 | 39,5 | 10,2 | 104 | |
| Religion | | | | | |
| Chrétiens | 30,0 | 65,9 | 8,7 | 536 | ns |
| Musulmans | 28,2 | 63,5 | 12,1 | 440 | |
| Position dans le ménage | | | | | |
| Enfant du chef de ménage | 29,3 | 58,8 | 14,2 | 600 | ns |
| Autre enfant du ménage | 31,1 | 60,5 | 13,0 | 376 | |

| | | | | | |
|---|------|------|------|--------------|--------|
| Rang dans la fratrie | | | | | |
| Premier enfant | 31,2 | 54,0 | 12,0 | 311 | ns |
| Deuxième enfant | 29,1 | 63,1 | 8,4 | 287 | |
| Enfant suivant | 27,1 | 61,3 | 11,3 | 331 | |
| Niveau d'équipement | | | | | |
| Bas | 25,0 | 59,6 | 15,6 | 372 | ns |
| Moyen | 30,1 | 53,1 | 11,7 | 271 | |
| Haut | 36,3 | 45,6 | 9,8 | 280 | |
| Type de concession | | | | | |
| Concession à 1 ménage | 17,8 | 58,6 | 13,5 | 307 | ns |
| Concession à plusieurs ménages apparentés | 29,0 | 60,3 | 10,3 | 375 | |
| Concession à plusieurs ménages non apparentés | 31,1 | 59,4 | 8,2 | 294 | |
| Type de maison | | | | | |
| Celibatorium | 30,1 | 67,0 | 11,8 | 159 | p<0,05 |
| Maison | 28,8 | 59,7 | 9,5 | 538 | |
| Villa | 36,3 | 45,0 | 4,6 | 279 | |
| Type de construction | | | | | |
| Dur | 31,8 | 58,6 | 10,6 | 319 | ns |
| Semi dur | 28,5 | 66,8 | 12,7 | 444 | |
| Banco | 24,3 | 69,5 | 13,2 | 176 | |
| Ensemble | 27,1 | 59,9 | 11,2 | 100,0% (976) | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

I.1.2. Comportements de recours aux soins selon les caractéristiques du malade et de la maladie : les facteurs de besoins

Rappelons que les facteurs de besoins sont ceux qui décrivent l'état de santé d'un individu, que ce soit la perception de cet état de santé par l'individu ou ses proches, son évaluation par un médecin ou encore le diagnostic posé.

Dans cette partie, nous proposons une acception restreinte des facteurs de besoins. Notre modèle explicatif étant plus un modèle de l'utilisation que de l'accès potentiel aux services de santé, nous ne chercherons pas à évaluer, à partir des différents facteurs, le volume de malades qui entrent dans le système de soins, mais bien, l'influence de ces facteurs sur les comportements de recherche de soins. Nos facteurs de besoins n'incluent donc pas l'état de santé de la population générale, qui détermine la demande potentielle, tant il est vrai que le besoin constitue la cause la plus immédiate d'utilisation des services de santé [Fiedler, 1981].

Nos facteurs ne concernent que les personnes qui éprouvent un besoin et se contentent d'en décrire certains aspects comme : la gravité perçue de la maladie par le malade ou par les adultes du ménage qui nous ont répondu, le diagnostic posé par eux et la durée de la maladie au moment de la prise de décision.

La grande hétérogénéité des profils symptomatiques n'a pas permis le croisement de cette information avec les comportements de recours aux soins, les individus ayant parfois cité

jusqu'à dix symptômes. Pourtant, le type de maladie influence le type de recours aux soins.

Le rhume ou la diarrhée de l'enfant n'inquiète pas systématiquement la mère et reste souvent sans traitement. Ce résultat est étonnant quand on sait que la diarrhée est une maladie grave et létale même si elle se soigne facilement. La fièvre, quant à elle, donne lieu le plus souvent à un traitement moderne et les maux d'yeux à un recours aux services de soins. Mais la maladie est encore plus prise au sérieux quand les symptômes se multiplient. Par exemple quand la diarrhée ou la toux sont accompagnées de fièvres, les recours à un service médical sont plus importants [Taffa et Chepngeno, 2005]. Des enquêtes qualitatives seraient les bienvenues pour comprendre pourquoi telle ou telle maladie fait moins peur ou à l'inverse inquiète les mères.

En milieu rural, c'est souvent en cas de non-succès du traitement traditionnel ou du traitement à domicile que l'on se rend dans un service de soins moderne, c'est-à-dire une fois que toutes les ressources du milieu sont épuisées. Pour qu'il y ait maladie, il faut qu'il y ait duré du symptôme mais nous n'avons pas collecté cette information au cours de nos enquêtes.

Pour analyser les comportements du recours aux soins en fonction des caractéristiques de la maladie, nous nous sommes donc appuyés sur d'autres variables que les symptômes eux-mêmes, comme la perception de sa santé et le vécu du problème de santé par l'individu.

Les enfants qui se sentaient fatigués sont allés plus fréquemment consulter que les autres (Tableau 49). Les enfants se déclarant en bonne santé ont moins souvent recouru à des services de soins modernes, mais ont plus pratiqué l'automédication. En revanche, le fait de se sentir triste ou de mal dormir ne semble pas être associé aux comportements de soins.

Les liens entre les caractéristiques de la maladie et les comportements vis-à-vis de celle-ci sont plus ténus que ceux qui existent entre le ressenti de l'individu sur sa santé et les comportements de recours aux soins. Ainsi, plus le problème de santé a été douloureux, plus les parents sont allés à la recherche de soins de santé pour leurs enfants et surtout, plus ils ont consulté une structure de soins. Quand le problème de santé est associé à la douleur, l'utilisation d'un service de santé est presque deux fois plus importante (36% contre 16,5%). Si un sentiment d'inquiétude vient à renforcer la douleur, alors l'individu privilégie aussi les recours à un service de soins moderne. Et de façon plus probante encore, si le problème de santé limite les activités quotidiennes comme le jeu ou l'école, la décision du recours à un service de soins est plus souvent prise.

La gravité de la maladie semble donc jouer un rôle primordial dans les comportements thérapeutiques. Nos résultats montrent qu'un épisode morbide associé à une gravité de la maladie affectant la vie quotidienne (comme l'arrêt du jeu de l'enfant) a plus de chances d'aboutir à un recours aux soins.

Tableau 49. Comportements des enfants malades selon une sélection de facteurs caractéristiques des perceptions de l'état de santé et du problème de santé déclaré

| Perception du bien-être et du problème de santé % | Structures de soins % | Automédication % | Renoncement aux soins % | Population N | Degré de significativité p |
|---|-----------------------|------------------|-------------------------|--------------|----------------------------|
| Bonne santé | | | | | |
| Non | 36,1 | 56,3 | 8,34 | 372 | p<0,0001 |
| Oui | 27,0 | 60,4 | 11,6 | 422 | |
| Plus ou moins | 19,8 | 62,1 | 15,4 | 300 | |
| Fatigue | | | | | |
| Non | 25,5 | 63,2 | 11,3 | 588 | p<0,009 |
| Oui | 36,6 | 55,9 | 8,5 | 266 | |
| Plus ou moins | 28,2 | 57,3 | 14,3 | 124 | |
| Dort bien | | | | | |
| Non | 33,7 | 55,0 | 11,5 | 268 | ns* |
| Oui | 26,2 | 61,4 | 10,0 | 606 | |
| Plus ou moins | 29,0 | 57,1 | 12,2 | 102 | |
| Triste | | | | | |
| Non | 30,1 | 63,6 | 12,3 | 799 | ns |
| Oui | 31,5 | 61,2 | 9,2 | 186 | |
| Plus ou moins | 27,3 | 59,8 | 12,9 | 132 | |
| Douleur | | | | | |
| Non | 18,3 | 70,1 | 12,3 | 221 | p<0,0001 |
| Oui | 37,1 | 59,0 | 10,5 | 627 | |
| Ne sait pas | 14,0 | 60,02 | 25,9 | 128 | |
| Peur/inquiétude | | | | | |
| Non | 21,0 | 67,0 | 11,7 | 477 | p<0,0001 |
| Oui | 37,9 | 53,3 | 9,1 | 396 | |
| Ne sait pas | 30,2 | 48,9 | 14,8 | 103 | |
| Arrêt école | | | | | |
| Non | 14,2 | 32,6 | 21,2 | 201 | p<0,0001 |
| Oui | 35,2 | 57,9 | 7,9 | 124 | |
| Arrêt jeux | | | | | |
| Non | 20,4 | 64,6 | 16,0 | 463 | p<0,0001 |
| Oui | 33,2 | 58,7 | 7,1 | 513 | |
| Ensemble | 28,0 | 61,0 | 11,0 | 100,0% (976) | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011 * : Non significatif

I.1.3. Comportements du recours aux soins en lien avec des facteurs facilitants ou habilitants chez les enfants

Les facteurs facilitants sont ceux qui offrent aux malades la possibilité ou la capacité d'utiliser les ressources disponibles pour se soigner. Nous avons retenu : *le lieu de résidence, les moyens de locomotion, la profession du chef de ménage, la pharmacie familiale, la durée de résidence et la personne ayant répondu aux questionnaires, la disponibilité de l'argent.*

Parmi les facteurs *facilitants*, nous nous intéressons dans un premier temps aux facteurs de localisation (Tableau 50). Les pratiques du recours aux soins en fonction du lieu de résidence offrent des résultats complexes. Si l'on n'observe pas de différence significative

selon le lotissement, il en existe une, selon la densité du bâti : les enfants résidant dans des quartiers à faible densité de bâti ont plus fréquenté les services de soins. Mais à l'échelle de la strate, les relations entre ces facteurs de localisation et les comportements de recours aux soins se complexifient. Dans la zone précaire, ce sont bien les quartiers faiblement bâtis qui ont eu plus recours aux soins (34,3%) alors que dans la zone lotie c'est au sein des quartiers résidentiels (43,7%) que les enfants ont eu plus l'habitude de recourir à un service de soins. À l'échelle des quartiers, les disparités se creusent. Les enfants des *quartiers précaires du Nord* n'enregistrent que 17,5% de recours à une formation sanitaire, alors qu'ils sont 38,7% dans les *quartiers résidentiels du Sud*.

Cette répartition des recours aux soins en fonction des variables de localisation est surprenante, car la logique dichotomique qui semble caractériser Abidjan depuis le début de notre analyse ne se vérifie pas sur le recours aux soins. **En effet, comme nous aurions pu le croire, le recours aux services de soins modernes n'est pas plus faible pour les enfants des quartiers précaires que pour les enfants des quartiers résidentiels, populaires ou les villages.** Les situations des quatre groupes de quartiers au sein de ces ensembles sont bien plus contrastées. Cependant, les facteurs de confusion sont nombreux et ils pourraient justifier certains résultats comme ceux que l'on a observés dans les quartiers populaires du Nord où le taux le plus élevé de recours à un service de soins moderne pourrait s'expliquer par la forte représentation de la classe d'âge des 0-5 ans (*cf. Carte 41, p 215*).

Nous nous intéressons dans un second temps au moyen de locomotion. Si le ménage possède un moyen de locomotion, cet équipement constitue un facteur pour un meilleur recours à un service de soins moderne (32,8% *contre* 23,5%). De même, le fait que l'enfant dorme sous une moustiquaire peut être envisagé comme le signe d'une préoccupation de la santé de l'enfant au sein du ménage : quand celui-ci tombe malade, il aura alors plus de chances d'être emmené dans une structure sanitaire. Enfin, quand le ménage possède une pharmacie familiale comprenant les médicaments les plus courants comme le paracétamol, l'aspirine, le sirop et la nivaquine, l'enfant a été conduit plus fréquemment dans un centre de santé ; comme si la pratique régulière d'une automédication moderne était déjà le signe d'une reconnaissance de la médecine « occidentale ».

Comme de nombreuses études qui s'accordent à reconnaître le rôle positif du niveau économique des ménages sur la santé des enfants et le recours à des services de soins modernes [Aye *et al.*, 2002 ; Thind et Cruz, 2003 ; Taffa et Chepngeno, 2005], il apparaît aussi à plusieurs reprises dans nos résultats que le niveau socio-économique de l'enfant et de sa famille favorise le recours à une offre de soins moderne. Ce niveau socio-économique s'exprime au sein de différentes variables comme le moyen de locomotion, le type d'habitat, les moyens de prévention au sein du ménage (moustiquaire, trousse à pharmacie, etc.), autant de variables qui ont été associées positivement au fait de recourir aux soins. Elles renforcent ainsi la capacité des ménages à utiliser les services de soins.

En raison de difficultés statistiques, nous n'avons pas pu mettre en relation les liens mères et enfants. Si de nombreuses études ont montré le rôle indéniable du niveau socio-économique et culturel de la mère sur la santé de l'enfant [Cleland et Van Ginneken, 1988; Tursz et Crost, 1999], d'autres ont souligné son rôle limité dans la gestion des problèmes de santé de l'enfant [Franckel, 2004]. La faible autorité morale de la mère et son autonomie financière limitée réduisent en effet fortement sa capacité à décider et à financer les soins de l'enfant même si son rôle est tout à fait reconnu dans l'identification de la maladie de l'enfant. Quant au père, son rôle concerne principalement le financement des soins, mais aussi parfois la décision du recours aux soins comme il nous l'a été signalé

à plusieurs reprises, l'absence du père est mise en avant comme un facteur de non recours aux soins dans notre enquête dans certains ménages.

La qualité de l'information relative à la personne qui a pris la décision de recourir à un service de soins pour le problème de santé déclaré ne permet pas son analyse, car la personne ayant répondu au questionnaire pour l'enfant ne connaissait pas toujours cette information.

À Abidjan, s'il est possible que la mère n'ait pas dans l'immédiat les capacités financières de soigner son enfant, elle pourra mobiliser dans son entourage une entraide pour les soins et le traitement de son enfant. Varenne [2007] rappelle en effet que les femmes demeurent les personnes clés au sein des ménages pour faire face aux problèmes de santé des enfants.

Tableau 50. Comportements des enfants malades selon une sélection de facteurs facilitants

| Facteurs facilitants | Structures de soins | Automédication | Renoncement aux soins | Population | Degré de significativité |
|--------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|
| % | % | % | % | N | p |
| Lotissement | | | | | |
| Non loti | 28,4 | 65,0 | 21,0 | 552 | ns* |
| Loti | 31,2 | 59,1 | 20,0 | 421 | |
| Densité du bâti | | | | | |
| Dense | 24,1 | 62,5 | 15,0 | 519 | p<0,05 |
| Peu dense | 31,0 | 61,7 | 9,0 | 457 | |
| Strate | | | | | |
| Non loti dense | 22,0 | 63,7 | 14,4 | 299 | p<0,006 |
| Non loti peu dense | 34,3 | 58,8 | 8,5 | 206 | |
| Loti dense | 35,3 | 56,1 | 10,6 | 198 | |
| Loti peu dense | 27,5 | 63,0 | 9,5 | 273 | |
| Quartiers | | | | | |
| Quartiers résidentiels du nord | 43,7 | 60,7 | 13,3 | 143 | p<0,01 |
| Quartiers résidentiels du sud | 38,7 | 34,0 | 5,5 | 121 | |
| Quartiers populaires du nord | 32,9 | 69,9 | 17,2 | 157 | |
| Quartiers populaires du sud | 32,5 | 317,6 | 1,9 | 151 | |
| Quartiers précaires du nord | 17,5 | 60,8 | 26,7 | 100 | |
| Quartiers précaires du sud | 26,9 | 64,1 | 19,0 | 78 | |
| Villages du nord | 25,3 | 64,7 | 13,0 | 150 | |
| Villages du sud | 26,0 | 60,1 | 10,9 | 76 | |
| Souci d'embellissement | | | | | |
| Non | 29,4 | 63,0 | 9,6 | 510 | p<0,05 |
| Oui | 31,7 | 56,2 | 14,1 | 413 | |
| Moyens de transports | | | | | |
| à pied, à vélo | 23,5 | 65,2 | 11,3 | 425 | p<0,05 |
| Voiture | 32,8 | 58,6 | 10,6 | 563 | |
| Dort sous moustiquaire | | | | | |
| Non | 24,3 | 63,9 | 12,8 | 666 | p<0,0001 |
| Oui | 39,6 | 53,5 | 5,8 | 310 | |
| Présence de médicaments | | | | | |
| Aucun | 24,0 | 66,0 | 12,2 | 407 | p<0,0001 |
| Au moins 1type | 30,1 | 55,1 | 9,8 | 569 | |
| Ensemble | 27,0 | 59,2 | 11,0 | 100,0% (976) | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

* : Non significatif

I.2. Les caractéristiques de la population comme déterminant du comportement de recherche de soins chez les adultes

I.2.1. Comportements de recours aux soins en lien avec des facteurs prédisposants

Comme chez les enfants, nous avons retenu les mêmes facteurs pour analyser les déterminants de recours aux soins chez les adultes.

Dans notre échantillon, les femmes ont eu plus souvent recours à un service de soins moderne que les hommes et les hommes ont eu davantage recours à l'automédication que les femmes (Tableau 51). Le nombre important du recours des femmes peut se justifier par leur état physiologique. En effet, les femmes connaissent mieux le système de soins que les hommes notamment parce que les épisodes de grossesses, les visites gynécologiques ou les séances du planning familial les conduisent à recourir plus souvent au corps médical. Ces résultats rejoignent aussi ceux de l'analyse de l'activité du système de soins (*cf. Partie II, Chapitre I*). Cependant, elles ont aussi davantage renoncé aux soins que les hommes. Les femmes sont proportionnellement presque 1,9 fois plus nombreuses que les hommes à ne rien faire en cas de maladie (respectivement, 4,4% et 2,5%). Cette différence est tout juste statistiquement significative ($P < 0,049$). Le renoncement aux soins diminue avec l'âge. Si 27,3% des jeunes femmes (15-19 ans) ont renoncé à tout traitement, seulement 12,2% des plus de 55 ans l'ont fait. Ces résultats montrent donc une prise de conscience plus sérieuse des problèmes de santé, mais aussi l'apparition de problèmes de santé plus graves avec l'âge. On peut dire que l'âge du malade joue un rôle important dans le choix de recours thérapeutique face à la maladie.

Avec une forte significativité, le niveau d'équipement est lié aux comportements de recours aux soins des adultes (il n'était pas significatif chez les enfants) : plus le niveau d'équipement du ménage est élevé, plus les membres du ménage ont consulté un service de soins.

Parmi les catégories socioprofessionnelles, les ménagères, les commerçants et les transporteurs ont plus souvent renoncé aux soins, tandis que les employés de bureau, les fonctionnaires et les jeunes cadres ont davantage utilisé les services de soins. Le système de mutuelle d'état dont bénéficient les fonctionnaires pourrait jouer sur le recours aux soins. Une fois de plus, les ménagères apparaissent comme une population vulnérable. Souvent confinées à l'espace domestique, elles souffrent d'un manque de mobilité, voire de sociabilité, et même de précarité.

Le faible recours des transporteurs et des commerçants est lié à leur absence et leur forte mobilité due à leurs professions.

Les fonctionnaires sont de loin ceux qui utilisent le plus souvent de médicaments moderne et traditionnels ensemble pour se soigner dès le début de l'automédication (15,7%, $p < 0,0003$), alors que les autres catégories professionnelles le font très peu (commerçants) ou pas du tout (transporteurs, artisans). Dans l'ensemble, les fonctionnaires restent moins inactifs face à la maladie.

Les ménages dont le chef bénéficie d'un bon niveau socio-professionnel seraient mieux informés et plus attentif, critique, face à l'offre de soins de santé. Cela, les amèneraient à privilégier les recours extérieurs modernes d'un niveau moyen à élever, plutôt que l'automédication ou la médecine traditionnelle. Cela semble être vérifié par notre étude.

Outre la qualité des soins attendue, la commodité d'utilisation peut jouer un rôle dans ce choix différencié selon les professions, puisque l'accessibilité des services de santé du

secteur privé est meilleure, que le temps d'attente y est inférieur et les horaires plus souples.

Par rapport au type d'habitat, nous constatons que le fait d'habiter dans une construction en dur ou d'habiter dans une villa ou un immeuble semble lier à un plus fort recours à l'offre de soins moderne. La villa est un marqueur d'une position sociale élevée dans la société urbaine abidjanaise, où le paraître a beaucoup d'importance. Une belle construction reflète donc l'aisance de son propriétaire, ainsi que le mode de vie adopté "plus moderne". Ce facteur est testé comme un indicateur de modernisme des ménages.

La position dans le ménage, la taille du ménage ou l'appartenance ethnique ne semblent pas avoir d'effet sur les comportements du recours aux soins. Enfin, les musulmans ont plus souvent renoncé aux soins que les chrétiens (21,8% contre 15,4%) ainsi que les adultes non scolarisés comparativement à ceux qui ont fréquenté l'école primaire ou secondaire et plus.

L'ensemble des variables représentant le niveau socio-économique de l'adulte comme le niveau d'équipement, le type de maison, le type de construction, le niveau scolaire ou encore la religion ont largement appuyé le choix thérapeutique, contrairement aux enfants où ces variables n'avaient pas été significativement associées aux comportements vis-à-vis de la maladie. Nous avons donc mis en évidence chez les adultes bien plus que chez les enfants, le rôle et le poids des variables qui résument le niveau économique des ménages. Toutes les variables affiliées à l'idée d'une capacité financière des ménages ont été significativement associées avec le recours à un service moderne. Chez les adultes, l'aspect financier manifesté par l'évolution du statut social est bien souvent la clé de l'amélioration du recours aux services de soins, bien avant la qualité des soins dans la ville d'Abidjan.

Tableau 51. Comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs prédisposants

| Facteurs prédisposants % | Structures de soins % | Automédication % | Renoncement aux soins % | Population N | Degré de significativité p |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------|-------------------------|--------------|----------------------------|
| Sexe | | | | | |
| Femme | 31,2 | 49,4 | 4,4 | 1 062 | p<0,049 |
| Homme | 24,2 | 57,5 | 2,5 | 852 | |
| Classes d'âge | | | | | ns |
| 15-19 ans | 9,1 | 63,6 | 27,3 | 411 | |
| 20-24 ans | 30,4 | 46,4 | 23,2 | 169 | |
| 25-34 ans | 33,5 | 47,0 | 19,5 | 415 | |
| 35-44 ans | 25,7 | 56,6 | 17,7 | 488 | |
| 45-54 ans | 29,8 | 55,9 | 14,3 | 361 | |
| plus de 55 ans | 29,3 | 57,5 | 12,2 | 167 | |
| Ethnie | | | | | ns |
| Dioula | 29,8 | 52,0 | 18,2 | 788 | |
| Autres ethnies | 27,4 | 57,8 | 14,8 | 423 | |
| Religion | | | | | p<0,005 |
| Chrétiens | 34,2 | 51,4 | 15,4 | 889 | |
| Musulmans | 25,0 | 55,2 | 21,8 | 611 | |
| Position dans le ménage | | | | | ns |
| Chef de ménage | 24,2 | 58,9 | 16,8 | 497 | |
| Première épouse du chef de ménage | 30,8 | 50,5 | 18,7 | 564 | |
| Autres adultes du ménage | 32,4 | 51,8 | 15,8 | 353 | |

| | | | | | |
|---|------|------|------|----------------|----------|
| Niveau d'équipement | | | | | |
| Faible | 25,4 | 53,5 | 18,8 | 751 | p<0,0001 |
| Moyen | 29,9 | 54,8 | 11,9 | 567 | |
| Elevé | 39,5 | 52,5 | 9,3 | 375 | |
| Type de concession | | | | | |
| Concession à 1 ménage | 28,1 | 28,1 | 14,2 | 497 | ns |
| Concession à plusieurs ménages apparentés | 37,3 | 37,3 | 11,1 | 701 | |
| Concession à plusieurs ménages non apparentés | 30,7 | 30,7 | 10,0 | 699 | |
| Type de maison | | | | | |
| Maison | 29,0 | 52,3 | 18,7 | 782 | p<0,05 |
| Celibatorium | 31,4 | 58,6 | 10,0 | 570 | |
| Villa | 40,3 | 51,6 | 8,1 | 462 | |
| Type de construction | | | | | |
| Dur | 34,0 | 54,3 | 11,7 | 282 | p<0,05 |
| Semi dur | 27,6 | 52,9 | 19,6 | 490 | |
| Traditionnel | 24,6 | 54,9 | 20,4 | 142 | |
| Niveau scolaire | | | | | |
| Non scolarisé | 24,7 | 54,0 | 21,3 | 761 | p<0,001 |
| Primaire | 33,8 | 50,7 | 15,5 | 519 | |
| Secondaire ou plus | 37,1 | 53,1 | 9,8 | 394 | |
| Catégorie socio-professionnelle | | | | | |
| Fonctionnaires | 38,8 | 55,1 | 6,1 | 149 | ns |
| Travailleurs indépendants | 27,7 | 55,6 | 16,7 | 419 | |
| Ménagères | 28,8 | 49,8 | 21,4 | 323 | |
| Transporteurs | 37,1 | 51,9 | 11,2 | 149 | |
| Artisans | 25,1 | 48,5 | 19,6 | 222 | |
| Commerçants | 33 | 43 | 24,3 | 510 | |
| Sans emploi | 32,1 | 53,6 | 14,3 | 156 | |
| Autres | 28,6 | 58,7 | 12,7 | 99 | |
| Ensemble | 29,0 | 54,0 | 17,0 | 100,0% (2 092) | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

* : Non significatif

Cela n'apparaît pas dans le tableau 50, mais nos analyses ont révélé qu'en cas d'automédication, les types de médicaments retenus pour les actions thérapeutiques ne sont globalement pas différents selon le sexe ($P < 0,388$).

Les résultats montrent aussi, que les femmes sont proportionnellement un peu moins nombreuses que les hommes à utiliser uniquement les médicaments traditionnels (29,7% contre 33,5%), alors qu'elles sont plus nombreuses qu'eux à recourir aux seuls médicaments modernes (respectivement, 46,6% et 39,5%).

La taille du ménage est une variable très peu étudiée sur les comportements de recherche de soin.

Nous posons comme hypothèse que, eu raison de la grande taille, les ménages choisissent les solutions thérapeutiques moins onéreuses.

Si cette hypothèse n'est pas significative chez les enfants, parce que, quelle que soit la taille, les ménages ont recours aux soins avec leurs enfants, il est significatif chez les

adultes. Les ménages de moins de 5 personnes ont plus recours aux services de santé que les ménages de 10 personnes et plus. Le recours à l'automédication est plus important chez les ménages de plus de 10 personnes. Plus la taille du ménage est importante et moins le recours aux soins diminue ou est inexistant.

Au niveau de l'état matrimonial, les célibataires optent plus pour les centres de santé hospitaliers universitaires (26,5%) tandis que les hommes mariés choisissent les infirmeries et les infirmeries parapubliques (19,8%). Quel que soit le type de recours aux soins de santé et quelle que soit la spécialisation, le statut matrimonial de célibataire du patient n'est pas un facteur influençant le choix du traitement médical dans certains quartiers de la ville d'Abidjan. Cependant, les patients mariés à plus d'une femme ont tendance à préférer davantage la médecine traditionnelle plutôt que les infirmeries et les dispensaires parapublics. En effet, chez les ménages polygames qui sont réputés par leur taille relativement élevée, le revenu par habitant devient beaucoup plus faible si bien que ces ménages ont tendance à abandonner les recours modernes où le coût moyen de prescription est plus élevé que le recours traditionnel.

I.2.2. Comportements du recours aux soins selon les caractéristiques du malade et de la maladie : les facteurs de besoins

Lorsqu'elle a été étudiée, le sens perçu de la maladie s'est révélé un déterminant important des choix thérapeutiques [Sauerborn et *al.*, 1996].

Nous avons distingué trois degrés de gravité : très grave, assez grave, et peu ou pas grave. Notre hypothèse est que la fréquence relative de l'inaction thérapeutique et de l'automédication est d'autant plus importante que la maladie est considérée comme peu ou pas grave, alors que celle des recours extérieurs augmentent avec l'accroissement de la gravité perçue. On devrait de plus assister à une utilisation privilégiée des services de santé les mieux côtés en cas de maladies graves.

En outre, les médicaments modernes devraient être plus utilisés en cas de maladies très graves.

L'action thérapeutique est très significativement associée avec la gravité perçue de la maladie ($p=0,0001$). Il en va de même pour chacune des trois actions thérapeutiques prises séparément ($p=0,043$ pour l'inaction thérapeutique et $p=0,0001$ pour l'automédication et les ressources extérieures).

Partout, on observe une gradation dans la fréquence des comportements thérapeutiques, en fonction de la gravité perçue de la maladie (Tableau 52 a). Mais les différences entre les cas très graves et les cas assez graves sont minimes. Elles sont, par contre, importantes entre ces deux catégories d'une part et celle des maladies peu ou pas graves, d'autre part.

L'inaction thérapeutique diminue avec l'augmentation de la gravité perçue de la maladie (4,6% pour les maladies peu ou pas graves, *contre* 1,9% pour les maladies très graves).

Il en va de même pour l'automédication (77,9% *contre* 63,2%).

Par contre la fréquence des recours vers les services de santé double pour les maladies très graves (34,9% *contre* 17,5%).

Un recours important vers la médecine traditionnelle est également relevé pour les cas graves.

Tableau 52 a. Comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs caractéristiques des perceptions de l'état de santé et du problème de santé déclaré

| Facteurs | Catégories | Rien fait | Automédication | Ressources sanitaires | Recours traditionnels |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------|----------------|-----------------------|-----------------------|
| Gravité estimée $p^*=0,0001$ | Très grave | 1,9 | 63,2 | 34,9 | 11,2 |
| | Assez grave | 2,3 | 64,1 | 33,7 | 8,3 |
| | Peu/pas grave | 4,6 | 77,9 | 17,5 | 6 |
| Diagnostic $p=0,0001$ | Paludisme | 0,5 | 69,7 | 39,8 | 27,6 |
| | Affections de l'appareil digestif | 3,7 | 68,7 | 29,8 | 27,5 |
| | Fièvre | 2,4 | 72,4 | 31,8 | 17,5 |
| | Affection de l'appareil respiratoire | 1,8 | 65,1 | 22,8 | 18,5 |
| | Diarrhée | 7 | 62,9 | 30,1 | 35,2 |
| | Fatigue et courbature | 10 | 80 | 10 | 15,5 |
| | Douleurs | 14,3 | 71,4 | 14,3 | 21,2 |
| Latence Thérapeutique $p=0,0001$ | 1 jour | 63 | 60,5 | 18,5 | 21 |
| | 2 jours | 00 | 60 | 31,8 | 18,2 |
| | 3 jours | 00 | 48,3 | 40,7 | 18,3 |
| | 4 jours | 00 | 45 | 40 | 15 |
| | 5 et 7 jours | 00 | 30 | 40,9 | 29,1 |
| | > 7 jours | 00 | 31 | 36,4 | 32,6 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

p : Test de significativité

Les tendances relevées correspondent toutefois bien avec notre hypothèse : les recours à un service de santé moderne sont les plus fréquents pour les maladies les plus graves.

Le recours traditionnel réservé aux maladies graves à très graves. Les choix thérapeutiques sont donc influencés par la perception de la gravité du cas de la maladie.

Le quasi non recours à la médecine traditionnelle pour les cas peu ou pas grave pourrait aussi s'expliquer par le fait que presque tous les recours aux tradi-praticiens interviennent après une étape d'automédication.

Ainsi, notre hypothèse de départ est vérifiée : l'inaction thérapeutique et l'automédication diminuent avec l'augmentation de la gravité perçue de la maladie, alors que les recours extérieurs deviennent plus fréquents. Cela montre qu'une bonne partie des malades considèrent que la consultation d'un spécialiste de la santé apporte un plus par rapport au traitement à domicile.

Comme nous l'avons déjà relevé ailleurs, la population est généralement stoïque envers la maladie. Il en résulte que même des maladies considérées comme très graves n'entraînent pas immédiatement un recours vers les services de santé.

Par ailleurs, les diagnostics perçus par les malades influencent le choix du recours thérapeutique. Suivant le tableau 52 a, l'automédication comme recours est élevée pour ces maladies, mais les services de santé sont fréquentés pour les soins, en particulier pour les IRA, le paludisme.

La période de latence thérapeutique (temps s'écoulant entre le constat des premiers symptômes et le début du traitement) est significativement plus longue avant un recours extérieur qu'avant l'automédication ($p=0,0001$).

En effet, 81,5% des malades entreprenant une action thérapeutique le jour même du constat des symptômes choisissent l'automédication, qui ne constitue pourtant que 71% de tous les premiers traitements. Mais dès que la latence thérapeutique dépasse 1 jour, la fréquence relative de l'automédication chute (68,2% pour une latence de deux jours, 51,6% pour cinq jours, pour remonter à 63,6% au-delà d'une semaine).

Quelle que soit la durée de latence thérapeutique, l'automédication reste toujours plus fréquemment choisie qu'un recours extérieur.

Il existe donc une tendance à recourir plus rapidement à l'automédication qu'à un spécialiste de la santé. Il faut sans doute y voir une conséquence de la plus grande accessibilité géographique et financière de l'automédication.

Le premier jour sert de période d'observation. Le plus souvent, on ne fait rien, assez fréquemment on prend quelque médicament moderne ou traditionnel en automédication, rarement on se rend chez un spécialiste (*cf. Partie III, Chap.II*).

La plupart des traitements commencent le deuxième jour, lorsque la maladie est bien avérée et que l'on a pu prendre ses dispositions pour la soigner.

La proportion des recours extérieurs augmente alors fortement, puis se stabilise et tendrait même à régresser.

On peut dire qu'il y a une tendance à s'adresser relativement plus souvent à un spécialiste de la santé avec l'augmentation de la durée de la maladie, elle n'implique cependant pas que l'on recherche alors l'action la plus rapidement efficace, que ce soit par la sur-utilisation relative des médicaments moderne, par le choix d'un service de niveau hiérarchique moyen à supérieur.

Plus que la durée écoulée depuis le début de la maladie en tant que telle, c'est alors ce qui a déjà été entrepris pendant cette période qui influence la suite de l'itinéraire thérapeutique.

Parmi les variables caractérisant la perception de l'état de santé par l'adulte, les ressentis sur la santé et la fatigue ont été comme attendus, significativement associés aux comportements vis-à-vis de la maladie (Tableau 52 b), dans le sens où les adultes se sentant fatigués et en mauvaise santé ont eu un recours aux soins plus important. En revanche, et comme chez les enfants, le sentiment de tristesse n'avait pas de lien avec ces comportements de soins.

Enfin, les variables liées aux caractéristiques de la maladie (douleur, inquiétude, arrêt des activités) sont corrélées aux comportements vis-à-vis de la maladie. Si l'épisode morbide n'est pas douloureux, s'il ne suscite pas d'inquiétude ou s'il n'entraîne pas de limitation des activités quotidiennes, l'automédication sera privilégiée.

Tableau 52 b. Suite comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs caractéristiques des perceptions de l'état de santé et du problème de santé déclaré

| Perception du bien-être et du problème de santé % | Structures de soins % | Automédication % | Renoncement aux soins % | Population N | Degré de significativité p |
|---|-----------------------|------------------|-------------------------|-------------------|----------------------------|
| Bonne santé | | | | | |
| Non | 35,2 | 47,0 | 15,0 | 766 | p<0,0001 |
| Oui | 25,4 | 59,2 | 15,4 | 672 | |
| Plus ou moins | 22,8 | 55,1 | 22,1 | 476 | |
| Fatigue | | | | | |
| Non | 23,7 | 56,7 | 19,5 | 315 | p<0,05 |
| Oui | 30,6 | 54,1 | 15,4 | 899 | |
| Plus ou moins | 32,0 | 44,0 | 24,0 | 200 | |
| Triste | | | | | |
| Non | 28,1 | 53,0 | 17,1 | 463 | ns* |
| Oui | 32,4 | 52,4 | 15,2 | 336 | |
| Plus ou moins | 25,6 | 53,5 | 20,9 | 287 | |
| Douleur | | | | | |
| Non | 13,9 | 66,5 | 18,5 | 2 611 | p<0,0001 |
| Oui | 32,1 | 50,9 | 17,0 | 860 | |
| Peur/ inquiétude | | | | | |
| Non | 16,4 | 67,1 | 16,4 | 280 | p<0,0001 |
| Oui | 34,0 | 47,9 | 18,1 | 612 | |
| Arrêt de travail | | | | | |
| Non | 19,6 | 58,0 | 21,4 | 839 | p<0,0001 |
| Oui | 38,4 | 48,5 | 13,1 | 864 | |
| Ensemble | 29,0 | 54,0 | 17,0 | 100,0% (2 092) | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

* : Non significatif

I.2.3. Comportements du recours aux soins en lien avec les facteurs facilitants ou habilitants

En ce qui concerne les variables de localisation, les adultes résidant dans les quartiers résidentiels, populaires ou villages ont davantage privilégié les recours à des services de soins contrairement à ceux des quartiers précaires (Tableau 53).

Nous pouvons déjà noter que la situation était inversée chez les enfants. À l'échelle des strates, les différences se creusent entre les adultes de la zone précaire qui ont beaucoup moins recouru à un service de soins (18,2%) que les autres (de 30,2% à 35,5%). Cette tendance se confirme à l'échelle du quartier où seulement 16,5% des adultes des quartiers précaires Sud sont allés consulter une structure de soins alors qu'ils sont 35,9% dans les quartiers résidentiels du Sud. Le mauvais niveau d'instruction (plus de 47% de sans instruit) ainsi que le taux de chômage élevé (49%) pourraient justifier le faible recours aux services de santé modernes des ménages des quartiers précaires.

La durée de résidence à Abidjan semble aussi avoir un impact sur les comportements vis-à-vis de la maladie. Les nouveaux citadins (entre 0 et 4 ans de résidence) ont beaucoup

plus renoncé aux soins (29,8%) que ceux qui résident à Abidjan depuis plus de 20 ans (13,9%).

La participation active à un réseau qu'il soit associatif, confessionnel ou économique, renforce les capacités de l'adulte à consulter dans une structure de soins moderne, mais le degré de significativité reste relativement faible ($p < 0,08$).

Enfin, le fait de posséder une pharmacie familiale et de connaître l'offre de soins environnante sont des facteurs facilitants le recours à un service de soins. En revanche, le fait de posséder un véhicule motorisé (mobylette, voiture) ou le fait d'être né à Abidjan ne sont pas associés de façon significative avec les comportements de recours aux soins.

Les liens entre les facteurs *facilitants* et les comportements de recours aux soins confirment bien que le niveau socio-économique des ménages est un frein au recours à un service moderne de santé.

Tableau 53. Comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs facilitants

| Facteurs facilitants % | Structures de soins % | Automédication % | Renoncement aux soins % | Population N | Degré de significativité p |
|---------------------------|-----------------------|------------------|-------------------------|--------------|----------------------------|
| Lotissement | | | | | $p < 0,0001$ |
| Loti | 35,0 | 55,0 | 12,9 | 1 051 | |
| Non loti | 23,1 | 53,2 | 21,6 | 963 | |
| Densité du bâti | | | | | ns* |
| Dense | 26,5 | 56,3 | 19,2 | 942 | |
| Peu dense | 31,6 | 51,0 | 15,5 | 972 | |
| Strate | | | | | $p < 0,0001$ |
| Loti dense | 35,5 | 54,0 | 10,4 | 322 | |
| Loti peu dense | 32,9 | 52,1 | 15,0 | 300 | |
| Non loti dense | 18,2 | 54,5 | 27,3 | 488 | |
| Non loti peu dense | 30,2 | 53,9 | 15,9 | 491 | |
| Types de quartiers | | | | | $p < 0,0001$ |
| Populaires | 16,5 | 52,9 | 29,6 | 405 | |
| Résidentiels | 35,5 | 49,6 | 18,7 | 523 | |
| Précaires | 18,2 | 58,7 | 12,8 | 309 | |
| Villages | 30,2 | 53,6 | 10,5 | 353 | |

| | | | | | |
|---|------|------|------|-------------------|----------|
| Quartiers | | | | | |
| Quartiers résidentiels du nord | 43,7 | 34,0 | 13,3 | 243 | p<0,01 |
| Quartiers résidentiels du sud | 38,7 | 69,9 | 5,5 | 321 | |
| Quartiers populaires du nord | 35,9 | 37,6 | 17,2 | 157 | |
| Quartiers populaires du sud | 32,5 | 60,8 | 1,9 | 151 | |
| Quartiers précaires du nord | 17,5 | 64,1 | 26,7 | 222 | |
| Quartiers précaires du sud | 26,9 | 64,7 | 19,0 | 278 | |
| Villages du nord | 25,3 | 60,1 | 13,0 | 150 | |
| Villages du sud | 16,5 | 60,7 | 10,9 | 276 | |
| Durée de résidence à Abidjan | | | | | |
| 0-4 ans | 15,9 | 52,3 | 29,8 | 644 | p<0,05 |
| 5-9 ans | 27,1 | 55,2 | 17,7 | 496 | |
| 10-19 ans | 27,1 | 51,0 | 21,9 | 392 | |
| plus de 20 ans | 31,6 | 53,5 | 3,9 | 557 | |
| Né à Abidjan | | | | | |
| Oui | 34,4 | 48,5 | 17,2 | 662 | ns |
| Non | 26,9 | 55,7 | 18,4 | 1 050 | |
| Réseau social | | | | | |
| Ne participe pas | 29,6 | 52,8 | 18,5 | 604 | p<0,08 |
| Participation passive | 27,4 | 60,6 | 13,0 | 293 | |
| Participation active | 37,0 | 45,4 | 17,6 | 308 | |
| Moyens de transports | | | | | |
| à pied ou vélo | 25,3 | 55,1 | 19,7 | 676 | ns |
| Motorisé | 31,8 | 52,6 | 15,6 | 938 | |
| Présence de médicaments | | | | | |
| Aucun | 23,2 | 54,7 | 22,2 | 819 | p<0,0001 |
| Au moins 1 type | 33,7 | 53,2 | 13,1 | 887 | |
| Connaissance de l'offre de soins | | | | | |
| Non | 21,2 | 51,1 | 28,3 | 880 | p<0,0001 |
| Oui | 34,2 | 54,2 | 14,6 | 1 034 | |
| Ensemble | 27,1 | 52,3 | 16,9 | 100,0% (2 092) | |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

* : Non significatif

La disponibilité de l'argent dans le ménage peut avoir un impact sur le recours aux soins en cas de maladie. Pour estimer la disponibilité de l'argent tout au long de l'année dans le ménage, nous avons demandé lors de l'enquête domiciliaire, « *quels étaient les mois et la période des mois pendant lesquels l'argent manquait le plus dans le ménage ?* »

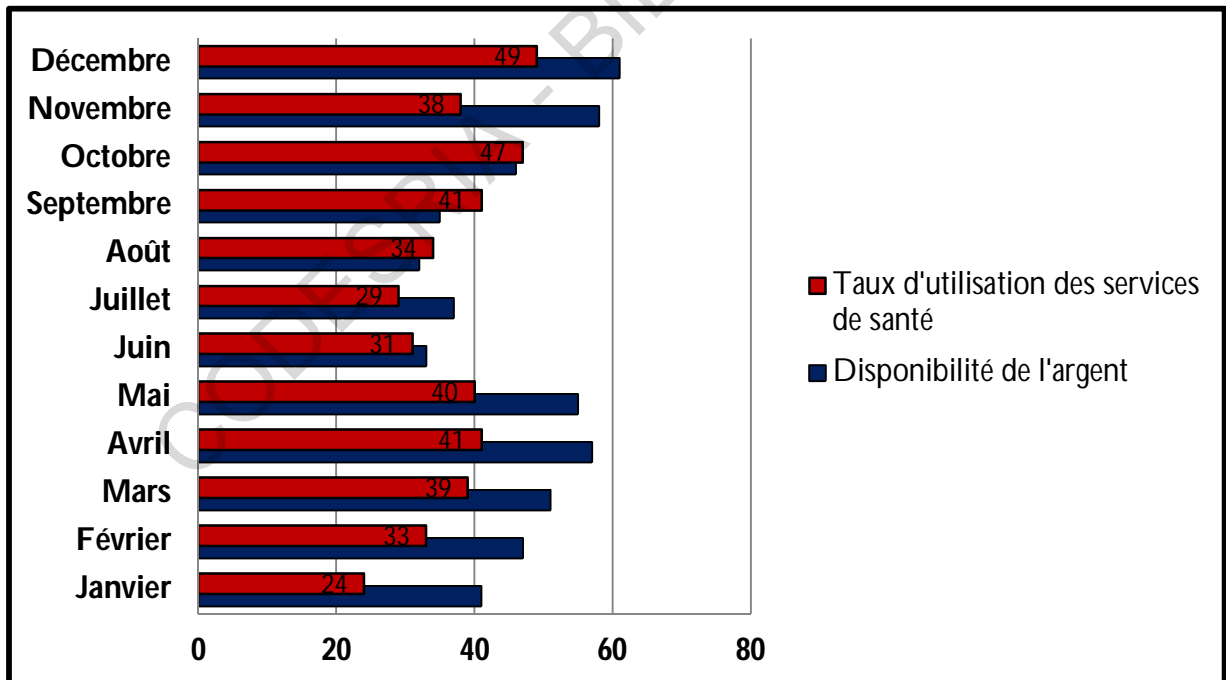
Dans presque tous les ménages l'argent manque au moins durant un mois et plus particulièrement vers la fin du mois. Les mois de vache maigre sont juin, juillet, août et janvier (Graphique 24).

La disponibilité de l'argent est minimale en saison des pluies et en début de saison sèche qui constituent des périodes pendant lesquelles les besoins en soins de santé sont les plus élevés. La saison des pluies (mois de juin à juillet) favorise le développement des vecteurs, notamment des anophèles et la saison sèche les IRA, pourtant le manque d'argent ne favorise pas la fréquentation des services de santé, malgré les besoins importants de soins de santé à ces périodes.

La recherche d'entraide est privilégiée par les ménages pendant les périodes difficiles où l'argent manque dans le foyer.

La précarité et les autres déterminants sont une source de vulnérabilité pour la santé et des facteurs de fragilité pour les ménages, mais également pour l'accès aux soins. Les ménages les plus pauvres, donc les plus vulnérables aux maladies, choisissent l'automédication comme recours aux soins. Si le mal disparaît, aucun médecin n'est consulté jusqu'à la fin de la guérison.

Graphique 24. Mois pendant lesquels l'argent manque le plus dans les ménages, associé aux taux d'utilisation des services de santé



Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Les analyses croisées ont mis en évidence de nombreuses corrélations entre les comportements vis-à-vis de la maladie et une multitude de variables socio-démographiques caractérisant l'enfant ou l'adulte et son ménage, la maladie et le cadre contextuel appréhendé à l'échelle de la concession, du quartier et de la strate d'habitat. Pourtant, à ce stade de l'analyse, il est encore impossible de mettre en avant le rôle et le poids des variables socio-économiques ou spatiales, *prédictives* ou *capacitantes*, dans les comportements du recours aux soins. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi des

modèles de régressions logistiques pour déterminer les contributions relatives des différentes variables explicatives.

II. Analyse multivariée des déterminants des comportements de recours aux soins

L'analyse univariée des déterminants des comportements thérapeutiques n'est pas suffisante pour définir une population à risque de non recours extérieur ou de faible recours.

Beaucoup de variables n'étant pas indépendantes les unes des autres, il n'est par exemple pas possible, avec une analyse univariée, d'affirmer que c'est la profession en soi du chef de ménage qui « explique » le choix d'un recours. Le vrai facteur explicatif pourrait être, par exemple, le niveau de scolarisation ou encore le niveau économique, souvent liés à la profession. Les analyses multivariées surmontent cette limite, en prenant simultanément l'ensemble des variables entrant dans le modèle explicatif.

Comme les choix dichotomiques (ne rien faire ou se soigner par automédication ou en recourant à un spécialiste de la santé, etc.), les régressions logistiques sont particulièrement bien adaptées à leur étude multivariée.

Nous cherchons aussi par une analyse multivariée à dégager le profil général d'une population à risque de se tourner vers l'automédication plutôt que vers un recours extérieur moderne en cas de maladie. Nous considérons le fait de pratiquer l'automédication plutôt qu'un recours moderne direct comme un facteur de risque face à la maladie, en ce sens que, toute chose égale par ailleurs, la probabilité de guérir et la rapidité de la guérison devraient être supérieure en cas de traitement par un spécialiste plutôt que par un profane.

Nous tenterons ensuite de localiser cette population à risque au sein des quartiers étudiés. Nous avons initialement envisagé une autre population plus directement à risque encore : les malades qui n'entreprennent absolument rien pour se soigner.

Nous y avons renoncé à cause de la faiblesse des effectifs de cette catégorie de malades et de la difficulté de définir avec certitude qui appartient à cette population à risque de non recours aux soins.

II.1. Déterminants et barrières du recours aux soins

L'utilisation de la régression logistique permet de mieux appréhender les facteurs qui jouent dans le recours aux soins modernes et de mesurer leur importance tout en contrôlant l'effet des facteurs de confusion qui ont pu être mis en évidence lors des analyses univariées.

Il s'agira essentiellement de répondre à deux questions de recherche. Quels sont les facteurs primant dans la définition de l'intention des recours aux soins ? Quels sont les facteurs agissant comme des barrières aux recours aux soins ? Pour cela, notre modèle de régression logistique s'appuiera sur une variable dépendante : le recours à une structure de soins. Le but de la régression logistique est de prédire la probabilité d'un phénomène, ici il s'agit donc de prédire la probabilité d'un recours à un service de soins moderne en se basant sur un ensemble de variables socio-démographiques individuelles et contextuelles. Plusieurs modèles de régression logistique ont été testés. Nous avons travaillé sur l'ensemble des variables indépendantes qui étaient significatives au seuil de 20% [Bouyer *et al.*, 1995] et désormais exclusivement sur la population adulte.

Tableau 54. Régression logistique sur les facteurs associés aux recours à un service de soins moderne

| Variabiles indépendantes | Odds ratio | 95% Intervalle de confiance | Degré de significativité : p |
|---|------------|-----------------------------|------------------------------|
| Sexe | | | |
| Femmes | --- | | |
| Hommes | 1,09 | 0,75 – 1,59 | 0,695 |
| Âge | | | |
| 15 – 34 ans | --- | | |
| 35 – 54 ans | 0,69 | 0,55 – 1,15 | 0,230 |
| + de 55 ans | 1,05 | 0,63 – 1,74 | 0,855 |
| Religion | | | |
| Musulmans | --- | | |
| Chrétiens | 1,51 | 1,09 – 2,08 | 0,013 |
| Lotissement | | | |
| Non loti | --- | | |
| Loti | 1,31 | 0,94 – 1,82 | 0,107 |
| Scolarité | | | |
| Aucune | --- | | |
| Primaire | 1,33 | 0,89 – 1,98 | 0,162 |
| Secondaire | 1,56 | 1,02 – 2,40 | 0,039 |
| Connaissance de l'offre de soins | | | |
| Non | --- | | |
| Oui | 1,91 | 1,18 – 3,10 | 0,008 |
| Présence de médicaments | | | |
| Non | --- | | |
| Oui | 1,79 | 1,28 – 2,51 | 0,001 |
| Douleur | | | |
| Non | --- | | |
| Oui | 2,52 | 1,42 – 4,48 | 0,002 |
| Peur/inquiétude | | | |
| Non | --- | | |
| Oui | 2,83 | 1,71 – 4,11 | 0,000 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

La religion de l'adulte, le niveau scolaire, la connaissance de l'offre de soins environnante, la présence de médicaments au sein du ménage (pharmacie familiale), mais aussi la perception de la maladie à travers la douleur et l'inquiétude sont indépendamment associés avec le recours à un service moderne (Tableau 54). En revanche, comme nous l'avons déjà montré lors des analyses univariées, l'âge et le sexe de l'adulte n'ont pas d'influence significative sur le fait de se rendre en consultation.

Si le critère du lotissement était significatif en analyse brute, dans le modèle ajusté, résider en zone lotie ne donne pas significativement plus de chance de recourir à un service de soins.

Nos résultats montrent que le fait d'être chrétien renforce les probabilités de consulter un service de soins moderne en cas d'épisode morbide. Plusieurs hypothèses peuvent être émises sur ce lien. Il se pourrait que les personnes d'obédience chrétienne trouvent plus de structures adaptées à leurs attentes dans l'ensemble des structures de soins de la capitale. L'offre de soins confessionnelle catholique et protestante est par exemple plus abondante que celle des musulmans (*cf. Première I, Chap.III*). Les centres de santé

confessionnels reçoivent toutes les confessions religieuses, mais les patients chrétiens, les étrangers et les jeunes mères de toutes confessions religieuses sont les plus nombreux. Les missionnaires chrétiens ont joué un rôle précurseur en matière d'éducation et de santé comparés aux musulmans entrés plus tardivement sur la scène politique et sociale de la ville. Toutefois, comme Gyimah *et al.* [2006] l'évoquent dans leur étude sur les liens entre religion et utilisation des soins maternels et infantiles, si la religion influence les comportements en matière de contraception, en matière de comportements et d'utilisation des services de soins, ils rappellent aussi que les explications doivent être cherchées dans le style de vie qu'entraîne l'appartenance à telle ou telle religion plutôt que dans l'affiliation stricte à une communauté religieuse.

Le lien entre les connaissances en matière de santé (niveau d'éducation, pratique d'hygiène) et les comportements de recours aux soins ne sont pas toujours linéaires et simples, car l'adoption de comportements thérapeutiques modernes ne constitue pas fondamentalement le reflet de progrès en terme de connaissances sanitaires. En revanche, la connaissance de l'offre de soins environnante apparaît comme un élément indispensable aux démarches de soins. La méconnaissance de l'offre de soins environnante réduit la maîtrise de son quartier et de son territoire de soins. Au-delà de la connaissance stricte de l'offre de soins, il faut donc comprendre que l'intégration de l'individu à la ville, à son quartier, à des réseaux sociaux joue un rôle de plus en plus important et particulièrement en ville où les structures familiales sont en pleine mutation, où la « grande » famille africaine s'éparpille et avec elle certaines solidarités et entraides.

Les analyses montrent aussi que l'existence d'une petite pharmacie au sein du ménage, matérialisée par la présence de paracétamol, d'aspirine ou de nivaquine, augmente significativement la probabilité de recourir aux soins. Les ménages déjà familiarisés avec l'automédication ont donc plus de chance de recourir à une structure moderne.

Toutefois, il ne faut pas oublier de mentionner que les individus modulent avant tout le choix du traitement en fonction de la maladie, de sa durée et de sa gravité. Les résultats de la régression logistique soulignent clairement ce trait. Plus la douleur ressentie sera forte, plus le stress lié à cette maladie sera présent et plus les probabilités de consulter seront importantes.

Par ailleurs, il est aussi couramment admis que les causes invoquées par les familles jouent un rôle incontournable dans le choix du recours aux soins.

D'après Richard [2001], « *l'identification de la maladie est capitale, elle permet d'en comprendre la cause, mais aussi de déterminer quel est le traitement le plus approprié pour en soigner les manifestations cliniques et identifier la personne ressource pour dispenser les soins* ». Le symptôme est le signe d'un désordre biologique, mais il peut être aussi le signe d'un désordre social et c'est pourquoi l'entourage du malade recherche toujours en premier lieu la cause de la maladie [Richard, 2001]. Cependant, il est difficile de démontrer ces liens entre les signes, les symptômes et les causes rapportés par les familles d'une part, et les lieux de soins utilisés d'autre part. Dans notre enquête, les principales causes des problèmes de santé évoquées par les familles étaient les piqûres de moustiques, le climat, l'hygiène du quartier, l'alimentation, la fatigue. L'évocation de causes sociales et mystiques (envoûtement, sorcellerie) a été rare.

Enfin, si l'aspect économique a souvent été dominant au sein des variables contraignantes, nous n'avons pas pu le montrer au niveau de ce modèle. Pourtant, plusieurs études ont aussi montré le poids de ces facteurs indépendamment de la sévérité de la maladie [Ayé *et al.*, 2002 ; Taffa et Chepngeno, 2005 ; Baltussen et Ye, 2006]. Dans d'autres modèles que nous avons testés, le fait d'appartenir à un ménage avec un indice

d'équipement élevé a pu être associé aux recours aux soins. L'appartenance à un ménage avec un indice d'équipement moyen n'a en revanche jamais été associée avec l'utilisation d'un service de soins. L'absence d'association entre le facteur économique et l'utilisation du système de soins au sein des analyses multivariées indique que la majorité des ménages enquêtés appartiennent à une classe défavorisée.

Les pratiques citadines du recours aux soins sont donc le produit de multiples facteurs issus de différentes catégories explicatives (facteurs *prédisposants*, *capacitants*, facteurs liés aux caractéristiques de la maladie) qui apportent tous une contribution à l'explication des comportements vis-à-vis de la maladie.

Nous nous sommes attardés sur les lieux de résidences durant toute l'analyse, parce que nous pensons que ce facteur influence le recours aux soins des ménages. Les résultats des analyses univariées ont souvent mis en évidence le rôle du facteur « quartier » au détriment des critères de lotissement et de densité de bâti. Pour continuer dans cette démarche, nous avons construit un modèle de régression logistique avec cette variable de localisation. Si dans un premier temps le fait de résider dans tel ou tel quartier était associé aux recours aux soins, en intégrant d'autres variables indépendantes comme la religion, le niveau d'équipement, etc., l'association a disparu. À niveau d'équipement égal ou à appartenance religieuse identique, il y a moins d'effet quartiers. Nous avons donc mis en évidence un effet de composition (facteurs individuels socio-démographiques) plutôt qu'un effet de contexte (facteurs de localisation). D'autres analyses multiniveaux seraient nécessaires pour approfondir cette question et évaluer le rôle réel des facteurs contextuels dans le recours aux soins à Abidjan.

Cependant, l'analyse de façon descriptive des pratiques thérapeutiques du recours aux soins en fonction du profil des ménages selon les quartiers enquêtés, nous apportera quelques éléments de réponses.

II.2. Les comportements du recours aux soins en fonction du profil des ménages

Le chapitre I a été l'occasion d'établir une classification des ménages enquêtés selon la qualité de leur habitat et leur degré d'urbanisation. Nous souhaitons maintenant confronter les comportements vis-à-vis de la maladie à ces profils de ménage pour en analyser l'influence sur le recours aux soins.

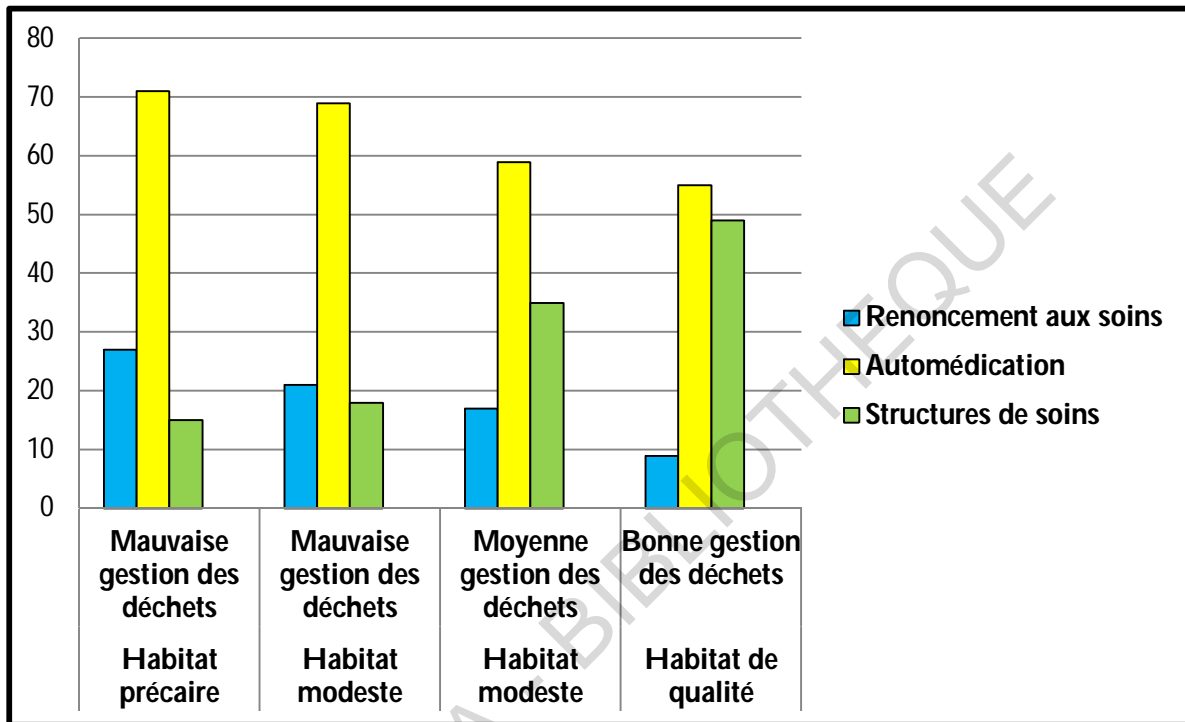
II.2.1. La qualité de l'habitat

La qualité de l'habitat peut être considérée à la fois comme un indice du niveau de vie, mais aussi et surtout, comme un indicateur de bonne ou mauvaise pratique d'hygiène et de connaissance en matière de salubrité, de gestion des eaux usées et des déchets solides. L'habitat sert à déterminer le niveau de vie des ménages.

L'exposition différentielle des individus aux atteintes de la santé, mais aussi aux choix des soins peut être mise en évidence par l'étude de l'hétérogénéité spatiale des conditions de vie et d'hygiène. Ce genre d'indicateur est rarement confronté aux pratiques thérapeutiques alors que si les perceptions en matière de santé et les habitudes d'hygiène ne déterminent pas à elles seuls les comportements de soins, elles peuvent y contribuer. Ces deux facteurs pourraient être des déterminants probables des comportements de recours aux soins.

Ainsi, nous pouvons voir sur le graphique 25 que les comportements vis-à-vis de la maladie varient significativement selon la qualité de l'habitat ($p < 0,05$). Les résultats montrent que plus la qualité de l'habitat est élevée, plus les individus ont recours à une structure de soins. Les ménages possédant un habitat modeste et de mauvaises pratiques d'hygiène ont davantage pratiqué l'automédication et ont largement renoncé aux soins.

Graphique 25. Comportements vis-à-vis de la maladie selon la qualité de l'habitat et des caractéristiques des quartiers des ménages



Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

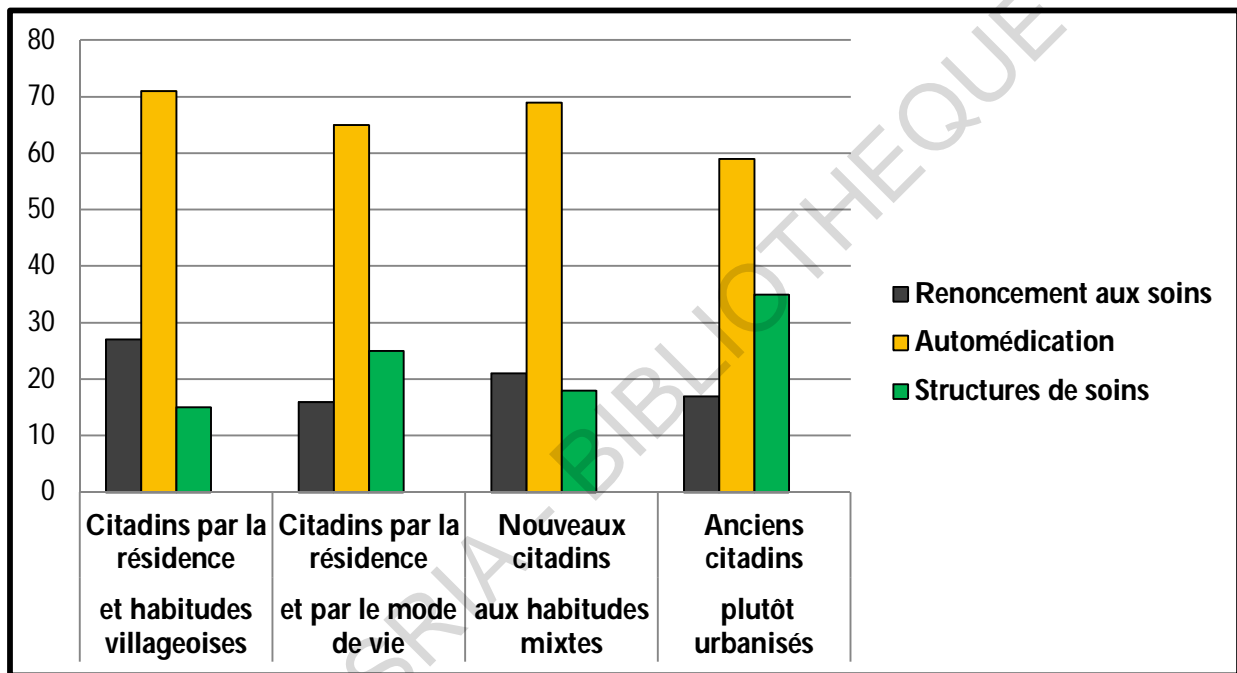
Enfin, les résultats fournis par ce graphique doivent être rapportés aux différents quartiers. Pour cela, il est nécessaire de se référer à la carte 67 du Chapitre I qui montrait la distribution de ces quartiers selon le profil des ménages. La classification avait mis en avant trois quartiers caractérisés par un habitat de qualité et une bonne gestion des déchets : *Vallon*, *Zone 4C* et *Vridi*. Relativement aux autres quartiers, ce sont trois territoires où les ménages utilisent plus les services de soins de la capitale. À l'opposé, *Sébroko*, *Abattoir*, *Port-Bouët 2*, *Yobourt Lambert* et *Samanké* se composaient d'une majorité de ménages vivant dans un habitat modeste et ayant une gestion mauvaise et peu urbanisée des déchets. Ce sont ces mêmes quartiers qui ont eu le plus souvent recours à l'automédication ou qui ont renoncé aux soins.

II.2.2. Le degré d'urbanisation

Y a-t-il un lien entre le degré d'urbanisation des personnes et les comportements vis-à-vis de la maladie ? Plusieurs critères utilisés pour évaluer le degré d'urbanisation des ménages pourraient en effet avoir une influence sur les choix en matière de soins comme par exemple l'ancienneté du séjour en ville, l'intégration urbaine et l'attachement au village [Fassin, 1992]. Le postulat selon lequel plus les résidents sont intégrés à la ville, se sont « citadinisés », plus leurs choix en matière de recours aux soins sont pertinents, est-il vérifiable ?

Le graphique 26, montre les effets du degré d'urbanisation sur les comportements de soins. Les ménages qui résident à Abidjan depuis plus de 15 ans et qui ont adopté des habitudes urbaines (classes 2 et 4) connaissent les taux de recours à une structure de soins les plus forts. À l'inverse, les ménages qui résident aussi en ville depuis longtemps, mais qui ont gardé les coutumes et les pratiques villageoises ont plus renoncé aux soins et ont plus pratiqué l'automédication avec les médicaments traditionnels. Par cette observation, nous ne voulons pas dire que l'automédication est une pratique rurale, car bien au contraire, il semble que les citadins y ont de plus en plus recours, mais les citadins attachés aux valeurs traditionnelles préfèrent toujours la médecine traditionnelle ou ont une moins bonne connaissance de l'offre de soins et, par conséquent, l'utilisent moins.

Graphique 26. Comportements vis-à-vis de la maladie selon le degré d'urbanisation des ménages



Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Niangon-nord est le quartier qui se compose d'une très grande majorité de ménages qui vivent à Abidjan depuis plus de 15 ans et qui ont gardé des habitudes villageoises. En ce qui concerne les comportements de recours aux soins, ces ménages sont marqués par une forte pratique de l'automédication (61,1%) et par un faible recours aux services de soins modernes (24,4%). En revanche, les ménages définis comme citadins par la résidence et le mode de vie ont davantage sollicité l'offre de soins de la capitale, ils étaient présents en particulier à *Vridi* (41%) mais surtout en *Zone 4 C* (68%). Les quartiers précaires de *Samanké* et d'*Abia Abety* avaient obtenu des profils de ménages plus diversifiés, mais marqués par la présence de nouveaux citadins aux habitudes mixtes. Ce sont ces ménages qui ont le plus renoncé aux soins (18,9%).

Conclusion du chapitre III

L'ensemble de ces résultats nous amène à tirer plusieurs conclusions sur les comportements du recours aux soins.

Dans un premier temps, nous avons vu que ces comportements sont à la fois déterminés par les caractéristiques socio-démographiques de l'individu, de sa famille et par des paramètres contextuels, mais aussi par les caractéristiques de l'épisode morbide, par la connaissance du système de soins environnant et les attitudes vis-à-vis du système de soins. Dans ce contexte multifactoriel, il apparaît dès lors « *difficile, voire impossible, d'attribuer à un facteur un rôle univoque* » [Fournier et Haddad, 1995].

L'étude des comportements thérapeutiques souligne la prédominance de la prise en charge à domicile des épisodes morbides notamment à travers l'automédication. Les patients, en particulier les adultes s'administrent des traitements traditionnels auto-prescrits qu'ils alternent avec les traitements prescrits par le médecin ou l'infirmier jusqu'à la guérison. La mixité des comportements rend d'ailleurs complexe ce genre d'étude. Les recours sont variés, complémentaires, parfois contradictoires, mais ces pratiques constituent-elles des spécificités urbaines ?

Il est délicat de parler de pratiques thérapeutiques spécifiquement urbaines sans avoir conduit une enquête similaire en milieu rural. Néanmoins, de nouvelles pratiques de soins se dessinent dans le choix des structures. Si les structures du secteur public occupent encore une grande place dans les choix des citoyens ainsi que la médecine traditionnelle, les recours à l'offre de soins moderne se diversifient avec des trajectoires de soins orientées vers le secteur privé et confessionnel en particulier chez cette nouvelle classe bourgeoise de la ville et l'offre traditionnelle vers la médecine traditionnelle moderne. Pourtant, dans ce contexte caractérisé par une offre plurielle, le recours à l'automédication est en augmentation. L'automédication limite la propension à consulter en structure sanitaire et retarde la prise en charge des soins. Elle est due en partie à la mauvaise connaissance de l'offre de soins environnante qui s'est diversifiée et élargie dans un contexte de croissance urbaine rapide, mais aussi à la situation précaire de nombreux ménages qui s'est encore détériorée avec la crise socio-politique de ces 10 dernières années (incapacité financière). L'automédication apparaît donc comme une pratique concurrente du recours à un service de soins. Enfin, la vente illicite des médicaments dans la rue ou à l'unité sur les différents marchés renforce cette pratique.

Les recours aux guérisseurs ou tradi-praticiens et aux dispensaires ne doivent pas être envisagés en terme de rivalité, mais de complémentarité dans les pratiques thérapeutiques comme l'a pu montrer notre étude et comme le disait Fainzang [1986].

Ces pratiques en évolution sont donc la preuve de l'existence tantôt d'une complémentarité, tantôt d'une concurrence entre les différents comportements de recours aux soins. Elles sont loin d'être archaïques ou irrationnelles, car elles constituent avant tout l'expression de choix pragmatiques au regard du contexte économique de la majorité des ménages. Néanmoins, sans avoir pu le montrer avec les résultats de notre enquête, les comportements tendent de plus en plus vers un « shopping médical », une orientation pas vraiment rassurante pour la santé des abidjanais.

Enfin, ces pratiques de recours aux soins s'établissent dans un cadre géographique spécifique. De par ses propriétés historiques, sociales, politiques, économiques, temporelles et environnementales, la ville induit aussi des comportements spécifiques en fonction du lieu dans lequel l'individu et sa famille sont installés.

CHAPITRE IV. APTITUDES DES STRUCTURES DE SOINS À SOIGNER LES MALADES À ABIDJAN

Nous avons vu dans le chapitre précédent la complexité des comportements de recours aux soins chez les différents groupes sociaux et de leurs déterminants dans un contexte d'offre de soins et de traitements pluriels. À présent, nous allons étudier la façon dont se déroule à proprement parler le recours à une structure de soins. Quels ont été les critères qui ont motivé le recours à la sphère moderne des soins ? Comment a été pris en charge le problème de santé ? Le malade a-t-il été satisfait des soins qu'il a reçus ?

Nous allons terminer ce chapitre en étudiant également l'aptitude des tradi-praticiens à soigner les abidjanais. Il ne faut pas oublier que plus de 30% des ménages ont eu recours à la médecine traditionnelle pour se soigner. Alors, comme la médecine moderne, nous allons nous poser les mêmes questions ci-dessus.

■ Les motivations du recours à un service de soins moderne

Dans notre enquête, nous avons demandé à chaque individu les raisons pour lesquelles il avait choisi telle ou telle structure de soins moderne. Les réponses recouvrent une large gamme de motivations, dont les principales sont l'accessibilité, les coûts engagés ou la qualité perçue des services de soins. Ces trois thématiques font référence à la définition du concept de l'accès aux soins de Penchansky et Thomas [1984] que nous avons défini dans l'introduction de cette thèse.

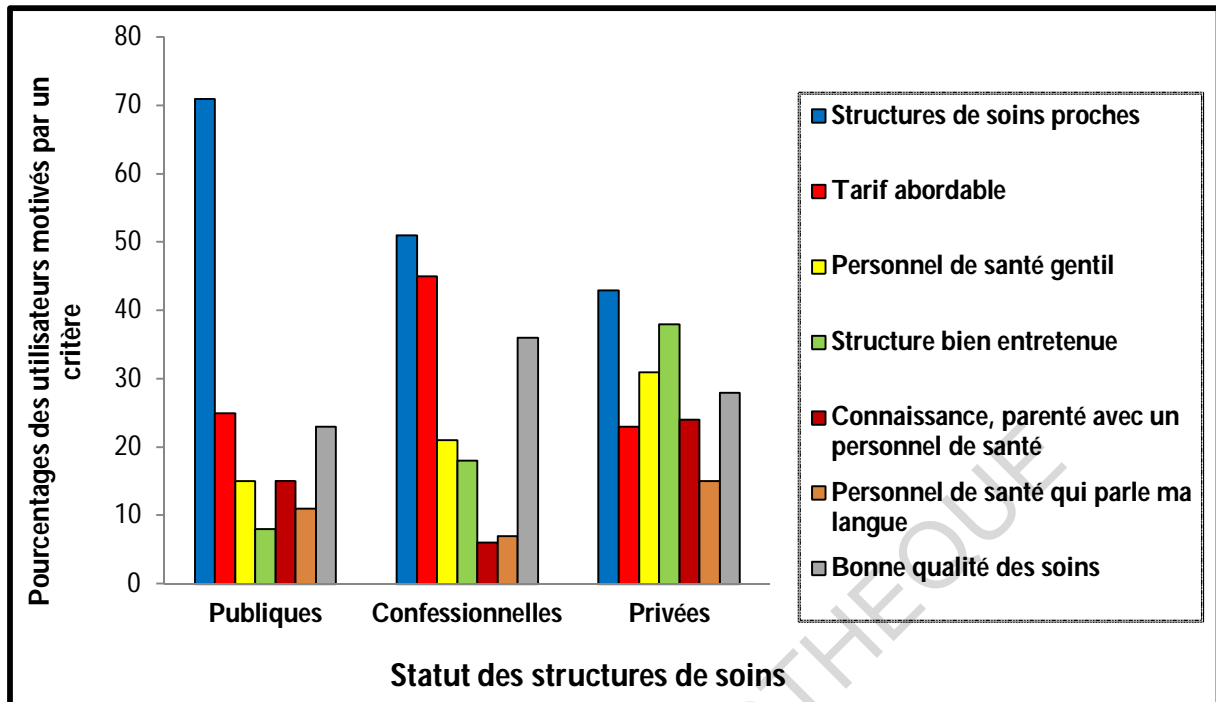
Pour tous recours confondus, enfants et adultes compris et quel que soit le type de structure choisi, différents motifs ont été identifiés. Le choix d'une structure proche du domicile du malade a été la raison la plus souvent citée (63,1%). D'ailleurs, les moyens de transports utilisés pour se rendre à une consultation sont l'illustration de l'importance donnée à la distance entre le domicile et la structure de soins, car 37% des enquêtés sont allés se faire soigner à pied, 28,6% en "woro woro" communale, 18,9% en taxi compteur et seulement 15% en transport personnel.

La qualité des soins est identifiée comme le second motif du choix de la structure (38,6%) tandis que la question des tarifs des soins arrive en troisième position (28,8%).

La connaissance du personnel soignant ou un lien de parenté avec lui constitue aussi une raison non négligeable dans le choix de la structure (12,2%). En effet, dans l'ensemble, les patients cherchent à tout prix à éviter l'anonymat. Connaître un membre du personnel du service de santé ou être au moins recommandé par un parent est un avantage incontestable, car dans bien des cas, cela revient souvent à obtenir des soins de meilleure qualité et d'autres avantages comme un temps d'attente moins long, plus d'assurance, bénéficier de médicaments gratuits, etc. Lorsque l'on connaît quelqu'un dans la structure, l'espoir de ressortir de la structure satisfait est plus grand.

Enfin et dans une moindre mesure, d'autres raisons ont été évoquées comme l'amabilité et la compréhension du personnel soignant envers le malade (9,3%), l'hygiène et l'entretien de la structure sanitaire (7,1%) ou encore l'existence d'une langue commune entre le personnel et le malade (2,4%).

Au-delà du caractère descriptif de ces résultats, il nous paraît intéressant d'analyser les motifs avancés pour le choix des structures de soins en fonction du statut de la structure (Graphique 27).

Graphique 27. Les critères de motivations du recours aux soins selon le statut de la structure

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Si la proximité géographique par rapport au lieu de résidence du malade reste le premier critère d'utilisation du service de soins quel que soit son statut, elle est particulièrement invoquée par les utilisateurs des structures publiques (69,6% contre 59,1% pour les structures confessionnelles et 50,5% pour les structures privées, $p < 0,0001$). Ensuite, les malades n'avancent pas les mêmes motivations selon le type de structure. Par exemple, la qualité des soins est plus primée par les utilisateurs des structures confessionnelles ($p < 0,0001$), ainsi que l'application de tarifs jugés acceptables ($p < 0,05$). Quant aux utilisateurs des structures privées, ils mettent davantage en avant les liens avec le personnel soignant ($p < 0,0001$), mais aussi sur la propreté de la structure et la qualité des soins. Les autres variables ne montrent pas de différence significative entre les structures de soins.

Les notions de coûts, de distance et de qualité des soins sont donc les trois critères principaux de choix des structures de soins.

I. La prise en charge du patient dans les centres de soins

Dans nos enquêtes, 643 individus qui ont eu recours à un service de soins modernes ont répondu aux questions concernant l'accueil au sein de la structure, le déroulement de la consultation et le suivi des soins. À partir de ces informations, nous avons pu évaluer la satisfaction des patients. Certains dysfonctionnements des services de soins dans lesquels ont été pris en charge les individus enquêtés ont aussi pu être identifiés. Ces aspects quantitatifs ont été complétés par une enquête qualitative d'observation qui s'est déroulée dans les sept structures de soins enquêtées dans l'analyse des activités du système de soins dans la ville d'Abidjan (cf. *Partie II, Chap.II, Carte 49*) : l'HG d'Abobo-Est, l'HG de Port-Bouët, l'hôpital militaire d'Abidjan, le dispensaire confessionnel la Caritas, la FSU-Com de Wassakara, CSU-Com Anoumabo et la FSU de Cocody. Le décalage entre les réponses des enquêtés et nos observations est parfois frappant.

I.1. L'accueil et le parcours des patients : une satisfaction apparente

De nombreux auteurs s'accordent sur le rôle déterminant de l'accueil et des contacts avec le personnel de la structure dans le processus de traitement du patient [Jaffré et Olivier de Sardan, 2003]. Si un patient s'est senti écouté, respecté, il aura plus de chance de retourner pour les épisodes de maladies suivants dans ce même service.

Dans l'ensemble des sondés, les patients sont satisfaits du cadre, du contexte et de l'accueil au sein de la structure de soins. Pour 85% d'entre eux, le personnel de santé est aimable et l'accueil est bon. La même proportion d'enquêtés a aussi eu l'impression d'être reçue avec respect.

Par contre, 55,33% des patients jugent que les tarifs appliqués au bureau des entrées sont élevés. Si l'inaccessibilité des soins n'est pas liée exclusivement à des problèmes financiers mais plutôt à la mauvaise qualité de l'accueil comme le rappelle Jaffré et Olivier de Sardan [2003], dans notre étude, la situation est inversée puisque les patients ont été satisfaits de l'accueil, mais 46% d'entre eux ont estimé le coût de la prise en charge trop important, un frein donc à leur accessibilité.

D'après nos observations, le parcours des patients n'est pas toujours très simple. Si certaines structures ont fait l'effort d'organiser le trajet des patients entre son arrivée, son passage à la caisse, sa consultation et son traitement (Photo 41) et donner des informations sur la bonne organisation des services de santé (Photo 42), dans d'autres structures les panneaux d'indication sont absents et les malades peuvent perdre du temps, voire passer à côté des soins. Si le patient vient pour la première fois, il ne saura pas le plus souvent où s'adresser pour obtenir des renseignements et expliquer l'objet de sa visite. Mais, dans les HG et les CHU en plus des panneaux d'orientation, on trouve à l'entrée des vigiles qui aident les patients à trouver leur direction.

Là encore, il y a des plaintes en rapport avec l'encombrement enregistré aux heures de grandes affluences, ajoutée à une mauvaise orientation des patients du fait d'un déficit de communication.

Par ailleurs, dans les FSU, tous les services ne sont pas fonctionnels au quotidien. Certains jours de la semaine sont réservés à la consultation du nourrisson, d'autres aux activités préventives ou encore à la vaccination. Le patient doit donc connaître le rythme des activités de la FSU pour s'assurer de venir le bon jour, aucun planning n'étant affiché pour les utilisateurs des soins. Cette situation supposerait aussi une mauvaise répartition des personnels de santé, qui pourtant en nombres suffisants pourraient répondre aux besoins des usagers. Les patients doivent alors se renseigner les uns auprès des autres pour comprendre le fonctionnement du service de santé.



Photo 41. Entrée du CHU de Cocody

Un panneau d'indication avec des flèches d'orientation qui permettent aux patients et aux visiteurs de s'orienter dans ce très grand établissement de soin.

Source : Ymba M., 2010



Photo 42. Un panneau implanté à l'entrée d'un hôpital

Ce panneau précise aux visiteurs les heures où ils sont autorisés à rendre visite aux malades. Cette organisation, évite les mobilités fortes et inutiles dans l'hôpital.

Source : Ymba M., 2010

Dans l'enquête, aucun patient n'accepte une durée d'attente de plus d'une heure (Tableau 55). 83,87% des patients ayant attendu moins d'une heure dans la salle d'attente ont signalé un temps d'attente trop long avant leur prise en charge. De façon générale, plus de la moitié des malades affirmaient que le temps d'attente n'était pas convenable (51,2%). À cela, il faut ajouter le temps d'attente que les patients passent à la caisse pour prendre leurs tickets sans lesquels ils ne sont pas reçus. Au bureau de caisse les patients ont attendu moins d'une heure dans 84% des cas. Ce temps peut être plus important quand le service de santé accueille plus de malades. Le temps passé en consultation est moins important, 83,3% des patients ont passé moins de 15 minutes dans la salle de consultation et 92,7% des patients trouvent ce temps acceptable.

Pendant l'attente, tous les patients étaient pratiquement à l'abri dans la formation sanitaire et assis sur un banc (97%).

Tableau 55. Appréciation du temps passé en salle d'attente par les patients avant la prise en charge par le personnel soignant

| | Moins de 10 mn | | 10 à 20 mn* | | 20 à 30 mn | | 30 mn à 1 Heure | | Plus de 1 Heure | | Total | |
|------------|----------------|-----|-------------|-------|------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-----|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Trop long | 2 | 8 | 15 | 36,58 | 28 | 59,57 | 26 | 83,87 | 5 | 100 | 76 | 51 |
| Acceptable | 23 | 92 | 26 | 63,42 | 19 | 40,43 | 5 | 16,13 | 0 | 0 | 73 | 49 |
| Total | 25 | 100 | 41 | 100 | 47 | 100 | 31 | 100 | 5 | 100 | 149 | 100 |

Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011 * : minute

En réalité, tout dépend du type de structures sanitaires, du type de soins pour lequel on est venu et l'affluence du service de santé. Dans la FSU enquêtée, l'attente des patients n'est en effet jamais très longue pour la consultation. Mais d'autres services sont parfois plus fréquentés comme les services de vaccination, de consultations prénatales et du nourrisson, si bien que l'espace d'accueil est parfois insuffisant. Nos résultats s'expliqueraient aussi par l'insuffisance des médecins. Ceux-ci sont chargés de recevoir tous les clients qui viennent en consultation peu importe le nombre. Les jours de grande affluence ils peuvent se retrouver en moyenne avec 45 malades par médecin dans un HG.

Aussi, certains patients peuvent trouver la durée trop longue, lorsqu'ils sont déjà présents dans les services de santé sept heures du matin déjà, alors que les professionnels de santé ne viennent qu'à neuf heures pour commencer les consultations. Ils prennent les patients un à un ce qui allonge le temps d'attente.

Mais parfois ces longs moments d'attentes souvent imposés aux patients, sont injustifiés, car ils sont liés aux retards, aux modes de tri des patientes lors de leur passage en consultation, aux occupations annexes du personnel de santé, à la mobilité et bien souvent à l'absentéisme des soignants.

Près de 84% des enquêtés ont déclaré être prêts à retourner dans le même service de soins pour leurs prochains épisodes de maladie, ce qui constitue une preuve de leur satisfaction, mais peut être aussi le signe d'un manque de connaissance des autres services de soins, d'un manque d'opportunité et de liberté en matière de choix de santé.

Les enquêtés ont été majoritairement satisfaits (97,1%) des soins qu'ils ont reçus, mais nous sommes tentés de douter de leur sincérité, car les patients ne possèdent pas toutes les informations techniques nécessaires pour évaluer la satisfaction. C'est la raison pour laquelle ces résultats doivent être interprétés avec attention.

I.2. Un protocole de consultation strict qui ne laisse pas de place à l'échange

“On vient à l'hôpital pour retrouver la santé et non pour perdre sa dignité” (Propos d'une femme Dida de 63 ans souffrant du paludisme).

Dans notre étude 50,87% des patients estiment que leur dignité et la confidentialité de la consultation ont été respectées. Ces résultats sont contraires à celui d'une étude menée au Bangladesh, où la confidentialité n'était respectée que dans 35,1% des cas [Jorge M., Helga P., Ahmed A., 2001].

Les patients veulent être traités avec respect. Être traité avec dignité, courtoisie, considération et prévenance, ainsi que le caractère confidentiel de toute information personnelle fait partie des déterminants majeurs de la satisfaction du patient [Forciol P., 2000].

Dans les structures publiques, un protocole de prise en charge du patient est mis en place et inspiré de documents officiels sur les soins curatifs édités par le Ministère de la santé. Pour les consultations de soins, la procédure consiste à mesurer certaines constantes comme la température, la tension, le poids, la taille, la palpation du ventre, puis à questionner le patient sur son motif de consultation, à réaliser un examen clinique et enfin à établir un diagnostic qui entraîne ou non un traitement.

La prise de la température est la mesure la plus courante (68%). Chez les adultes, la prise de la tension artérielle, plus particulièrement chez les adultes de 15-39 ans, a lieu dans la moitié des consultations (59%) tandis que la mesure du poids et de la taille est un peu plus rare chez les adultes (19% à 16%). À peine plus de la moitié des patients (57%) ont été auscultés ou manipulés. Par conséquent, dans 48,06% des consultations, il n'y a eu aucun contact physique entre le patient et le personnel soignant. Cette situation est très problématique quand on sait que dans un contexte sanitaire de restrictions techniques et financières, l'examen clinique constitue l'élément de base de l'élaboration du diagnostic. Gobatto [1999] écrit d'ailleurs que « *l'auscultation apparaît comme la trame des jugements, la seule base ferme sur laquelle peuvent s'échafauder les avis médicaux* ».

Dans les formations sanitaires de premier contact, nous avons observé que dans le but de gagner du temps, la mesure des constantes (poids, température, tension) a lieu avant la consultation dans la salle d'attente devant les autres patients et leurs accompagnants. Cette activité est aussi souvent reléguée aux élèves stagiaires et allège les tâches de l'infirmier qui se concentre sur l'examen clinique, l'élaboration du diagnostic et le choix du traitement. Les mesures sont inscrites dans le carnet de santé du patient.

Si les agents de santé suivent strictement le protocole standardisé, au final l'interrogatoire du malade est souvent très réduit. Le dialogue entre le patient et le médecin ou l'infirmier consiste en l'explication des symptômes ou des maux ressentis par le patient (79,81%). La prise de renseignements sur les antécédents médicaux du patient n'aurait eu lieu que dans 47% des cas et seuls 60,02% des patients ont compris clairement de quoi ils souffraient à l'issue de la consultation. L'information médicale du client inclut aussi l'explication de la posologie des médicaments. Notre étude a montré que les médecins ont satisfait leurs patients dans 44% des cas. Cette incompréhension du soigné est partagée par les médecins et parfois les infirmiers, car comme le fait remarquer Gobatto [1999], ils n'estiment pas non plus être compris par les malades, ni aidés dans leur exploration.

Cet accueil peut être dissuasif aux soins de santé. Les normes de la sociabilité dans la société ivoirienne (la bonne humeur, les salutations, l'offre de siège, l'écoute, la disponibilité, etc.) qui participent au respect peuvent rassurer et faciliter le dialogue entre soignants et soignés.

Pour la consultation du nourrisson, les mères n'ont pas souvent l'occasion d'entamer un dialogue avec les infirmières, de parler de leurs inquiétudes ou de demander des conseils. L'observation directe des prestations montre que les salutations d'usage ne sont pas faites

lorsque la femme et son enfant se présentent devant l'agent pour bénéficier de la prestation ni quand ils se retirent en fin de prestations. Les femmes qui viennent pour faire vacciner leurs enfants sont cependant invitées à s'asseoir (Photo 43). La consultation mère/enfant est expéditive, exécutée en moins de 10 minutes : le nourrisson est mesuré (taille, tour de tête et tour de torse), pesé, vacciné avant que l'infirmière vérifie le carnet de santé de l'enfant et inscrive les nouvelles constantes. Si le nourrisson est en dessous des normes de poids ou de taille, l'infirmière peut rédiger une ordonnance avec des vitamines. Si le cas est plus grave, l'enfant est réorienté vers un centre plus spécialisé. Lors des actes observés, aucun des agents ne s'est lavé les mains avant la réalisation des gestes techniques, ni en vaccination, ni à la surveillance des enfants.



Photo 43. La consultation du nourrisson.

Une infirmière en pleine vaccination d'un nourrisson dans les bras de sa mère. Tout juste après la vaccination, l'infirmière enregistre dans le carnet de l'enfant les différentes constantes mesurées à l'occasion.

Source : Ymba M., 2010

Concernant les femmes venant d'accoucher que nous avons interrogé, 71% estiment avoir reçu les soins nécessaires. Le cordon de l'enfant a été pansé par la sage-femme dans plus de la moitié des cas (55%). Dans les autres cas, ce pansement a été effectué par la fille de salle. La majorité des nouveaux nés a reçu des gouttes dans les yeux (86%). Cependant, seules 10% des mères venant d'accoucher ont eu des conseils pour l'allaitement de l'enfant dès le premier jour.

Le manque d'échange entre le soignant et le soigné est à la source de ces incompréhensions. Cette relation du corps médical avec les malades subit donc bon nombre de contraintes culturelles autant que sociales. C'est le contraire chez les traditionnels, qui échangent beaucoup avec les malades, souvent dans la langue maternelle du patient comme nous le verrons.

La langue, par exemple, pourrait être au centre de ce hiatus. Le problème de la langue est moins préoccupant dans les centres de santé de base où une infirmière, une fille de salle peut aider à la traduction que lors d'une consultation médicale. Les médecins connaissent souvent une ou deux langues locales, mais préfèrent s'exprimer en français. Quant aux abidjanais, notre enquête a montré que 65,7% des adultes parlaient le *dioula*, et seulement 58,3% le français. Dans ce contexte, l'intervention d'un interprète, d'un autre membre du personnel ou même d'un autre patient, est parfois indispensable mais altère les termes de l'échange. Dans tous les cas, le problème de la transmission des informations, des conseils, de l'explication du diagnostic est patent.

Le face à face entre le soignant et le soigné est parfois le lieu d'expression des tensions et des différences sociales. Des situations extrêmes se déroulent parfois aux yeux de tous : un médecin réprimande une patiente parce qu'elle ne comprend pas son discours et la

femme, honteuse, reste la tête baissée. Souvent ce sont des échanges houleux entre sage-femme et femme enceinte, la sage-femme crie et la femme enceinte réplique et finit par s'en aller du centre de santé. D'une manière générale, des lacunes en termes de qualité des soins sont constatées dans les différentes unités opérationnelles des établissements et, elles concernent les différents champs de la qualité des soins.

Par ailleurs, l'intimité du malade est rarement respectée lors des consultations curatives. La porte de la salle des consultations reste fermée, mais les allées et venues sont nombreuses et gênant pour le malade. Nous avons enregistré parfois jusqu'à quatre personnes (stagiaires et autres soignants) présentes pour un seul malade. Plus de précautions sont prises néanmoins pour les consultations prénatales où la femme enceinte doit se déshabiller complètement pour l'examen. La salle peut même alors être fermée à clé pour éviter les irruptions spontanées.

Derrière l'apparente satisfaction des individus enquêtés qui ont eu recours à un service de soins, plusieurs facteurs handicapent clairement la prise en charge du malade. La barrière de la langue, la complexité du parcours de l'usager, le manque de considération pour les malades sont quelques exemples mais bien d'autres doivent être abordés. Notamment, les comportements du personnel de santé qui sont très souvent montrés comme une des barrières du recours aux soins [Olivier de Sardan, 2003 ; Bachmann *et al.*, 2004].

I.3. La relation médecin-patient

La relation médecin-patient au sein des établissements de santé nous interpelle : Comment inciter la population à consulter lorsque le médecin ne montre pas d'empathie envers le malade ? Nous avons pu constater que les malades étaient très sensibles à la manière de s'adresser à eux, aux explications qu'on leur donnait sur leur pathologie tout en s'assurant de leur bonne compréhension. Les malades sont souvent perçus comme des acteurs passifs devant subir l'action des soignants. Dans l'ouvrage « les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, entre savoirs et pratiques », les auteurs soulignent les problématiques inhérentes à la relation médecin/patient [Vidal L., Fall AS., Gadou D., 2005]. Les rapports soignants/soignés peuvent ainsi drainer des conflits, suite à un manque de communication et des rapports axés sur la délivrance de soins ou de conseils, dont le déroulement est imposé par le praticien : les consultations peuvent être interrompues à tout moment pour des raisons diverses, plus ou moins objectives. Le soignant impose donc son point de vue au patient qui, même s'il n'est pas d'accord, est contraint d'obtempérer. Il ne peut contester le point de vue du médecin « détenteur du savoir ». Le malade se trouve, dans une position d' « assisté », et cette prédisposition du malade à se mettre dans le rôle du demandeur encourage le praticien à considérer son activité comme un service rendu plutôt qu'un devoir, dans le sens où ce service peut être rendu ou refusé au malade. Le *droit* à la santé semble apparaître comme un *service* que l'on rend au malade [Vidal L., Fall AS., Gadou D., 2005].

L'insatisfaction du malade face à un personnel de santé peu empathique peut l'amener à recourir à l'automédication et aux thérapies traditionnelles et ce, tant que son état de santé le lui permet.

I.4. D'autres dysfonctionnements

I.4.1. Un temps d'accueil très réduit

Dans la majorité des services de santé du secteur public, la durée du service est réduite, le plus souvent les consultations n'ont lieu que le matin.

Le médecin-chef de la FSU-Com enquêtée a justifié cela par le fait que certaines femmes étaient occupées par diverses activités domestiques l'après-midi, elles désertent donc les structures sanitaires les après-midi. Cette division de la journée a pour conséquence une forte affluence le matin et une désaffectation des services de soins les après-midi. S'il existe tout de même un service minimum sous la forme de garde, la prise en charge des patients se concentre sur deux heures : entre huit heures à l'ouverture des services jusqu'à dix heures. Dès la deuxième partie de la matinée, le centre se vide et les activités ralentissent.

Dans les formations sanitaires privées les consultations se font à toutes les heures de la journée. Un avantage considérable pour les patients.

I.4.2. L'ordonnance : un casse-tête pour les patients

Dans 95% des cas, la consultation des individus ayant eu recours à un service de soins moderne a donné lieu à une prescription. Cette prescription systématique a donné naissance à un terme caricatural et plutôt péjoratif pour le personnel soignant, celui de « débiteurs d'ordonnance ». Mais finalement, les patients n'attendent parfois pas grand-chose d'autres que cette prescription. D'ailleurs, elle est souvent le seul acte que les patients peuvent payer, à défaut d'autres examens techniques plus poussés quand ceux-ci sont nécessaires.

Malgré l'aspect systématique de la prescription et sans que le personnel soignant ne s'inquiète de la catégorie socioprofessionnelle du patient et donc de sa capacité à prendre en charge l'ordonnance [Tursz *et al.*, 1999], 88% des patients ont déclaré avoir acheté tous les médicaments et 95% avoir suivi le traitement dans sa totalité. Mais, dans 69% des cas, les patients avouent être stressés à cause de ses ordonnances trop chères qui représentent un véritable cauchemar pour eux.

Moi, quand je vais à l'hôpital, ce sont les ordonnances qui me font très peur, j'en suis malade davantage à force d'y penser. [Témoignage d'une femme de 32 ans à la FSU de Cocody].

Ces prescriptions interminables d'ordonnance représentent aux yeux des populations un vrai problème et un mépris pour le personnel soignant. « *Ce sont des escrocs, ils aiment trop l'argent, même quand ils ne peuvent pas te soigner, ils te prescrivent des médicaments* » s'indigne une femme.

Cet effort de la part des ménages pour respecter l'ordonnance montre bien qu'elle est un casse-tête pour les patients. Elle permet l'amélioration de la santé ou la disparition des principaux symptômes, sans toujours mener à la guérison complète, mais elle est indispensable pour pouvoir reprendre ses activités quotidiennes par exemple.

Pour nos enquêtés, l'achat des médicaments a eu lieu en majorité à l'officine pharmaceutique privée (89,5%) et/ou au dépôt pharmaceutique (54,6%). Les individus ayant acheté leurs médicaments dans la rue, ayant pu bénéficier de ceux d'un proche ou les possédants déjà chez eux en stock, représentaient moins de 11,22% des cas. On peut alors se demander si les dépôts pharmaceutiques des hôpitaux ne connaissent pas encore des problèmes d'approvisionnement poussant les abidjanais à se rendre plus fréquemment à l'officine privée bien que les médicaments y soient plus chers. Mais on pourrait voir aussi une certaine réticence ou crainte face aux médicaments génériques, considérés comme moins efficaces par la population.

En conclusion, on peut dire qu'il y'a trop d'intérêt pour les médicaments dans les traitements. Les médicaments ne répondent pas aux besoins des malades, mais plus au profit des pharmaciens.

I.4.3. La corruption

Nous avons pu aborder avec nos données la thématique de la corruption dans le secteur de santé à partir de quelques observations et témoignages de patients lors de l'enquête.

Les pratiques de corruption comme la demande de pots-de-vin exigés pour passer plus rapidement en consultation, la vente d'échantillons gratuits ou de médicaments destinés aux malades, le trafic d'influence, les affectations favorisées restent un problème crucial et constituent le facteur majeur de la sous fréquentation des structures et de la dégradation des liens entre les patients et le personnel soignant dans le processus de guérison. C'est 63,5% des personnes interrogées qui trouvent que le secteur public est corrompu. Cela ne choque pas pour autant certains patients, qui parfois profitent de certaines combines à leur avantage.

La corruption est un fait réel qui est rentré dans les habitudes des personnels soignants, comme des patients ou des accompagnants. Vous pourrez lire à ce propos le témoignage affligeant d'un citoyen sur son expérience vécue au CHU de Yopougon.

Victime d'un accident de la circulation il a été accompagné aux urgences du CHU de Yopougon par un ami qui était véhiculé. Cet ami en question connaissait quelque personnel médical puisqu'il était un ancien infirmier d'État. Arrivé aux urgences, chaque malade est censé s'affranchir d'un « kit » d'urgence comprenant des compresses, des pansements et des antiseptiques. Ce kit qui coûte 7 000 Fr CFA soit 10,67 Euros représente un coût considérable pour les malades mais il est la condition *sine qua non* pour recevoir des soins. Étrangement, grâce à la présence de son ami infirmier, qui connaissait le personnel soignant, son ami qui avait pourtant les moyens de payer le kit, s'est vu remettre gratuitement ce dernier. Est-ce qu'on peut attribuer cela à une stratégie d'entretenir les réseaux professionnels, en tout cas, la note reviendra aux plus pauvres. Les soins à l'hôpital coûtent souvent bien plus chers pour les pauvres sans ressources. Le dicton « *Poverty is expensive*⁸⁷ » est encore bien réel dans le domaine de la santé ivoirien.

I.4.4. Des prises en charges différentes selon le statut de la structure

Existe-t-il des différences dans la façon d'être soigné entre les structures de soins ? Pour la majorité des variables récoltées dans l'enquête domiciliaire, il n'existe pas de différence significative dans la prise en charge du patient selon que la structure est publique, privée ou confessionnelle. Cependant, cela n'est plus vrai pour quelques-unes d'entre elles. Pour le temps d'attente par exemple, 51,02% des patients des structures publiques estiment avoir attendu trop longtemps avant qu'on s'occupe d'eux alors qu'ils ne sont que 25% à avoir cette impression dans les structures privées ($p < 0,007$). À l'inverse, certains gestes cliniques sont plus répertoriés dans les structures publiques où le personnel soignant est amené à respecter un protocole de prise en charge plus strict. Quant aux analyses médicales, elles sont plus prescrites dans les structures privées ($p < 0,002$). Enfin, l'accueil et les échanges entre le soignant et le soigné ont été estimés de meilleure qualité dans les structures confessionnelles ($p < 0,05$).

Les structures sanitaires n'arrivent pas à prendre en charge tous les types de maladies. Pour une prise en charge correcte il faut recourir à des structures de soins beaucoup plus chères et parfois inaccessibles ou aller à l'étranger. Dans 17% des cas, l'état de santé du patient a nécessité une autre consultation complémentaire. Ainsi ces patients devaient être évacués vers le CHU ou l'HG le plus proche à leur propre frais. Parmi les 17% des cas,

⁸⁷ La pauvreté est chère.

24% avaient l'intention d'y aller immédiatement ou le plutôt possible. Mais le reste ne manifestait aucune intention d'y aller.

II. Se soigner et être soigné par les tradi-praticiens (TP)

« Plus vous répandez le nom de votre mal, plus vous avez la chance d'en trouver le remède. » (Propos d'un tradi-praticien à Yopougon)

Nous terminons ce chapitre en ouvrant un paragraphe sur les aptitudes de la médecine traditionnelle à prendre en charge les patients ivoiriens. Ce sera l'occasion de faire quelque comparaison avec la médecine moderne, de revenir sur la place du TP dans le parcours de soins du malade et de faire ressortir les avantages et les inconvénients de la médecine traditionnelle.

À Abidjan, c'est plus de 30% des abidjanais qui ont eu recours à la médecine traditionnelle pour se soigner, cela montre que cette médecine tient une place importante dans les pratiques thérapeutiques des ménages. Elle concurrence par moment la médecine officielle, il est donc important d'analyser aussi son aptitude à prendre en charge ses patients. Nous ne reviendrons plus sur l'historique, la définition et les caractéristiques générales de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire et à Abidjan plus particulièrement, car nous l'avons déjà fait (*cf. Partie I, Chap.I et Partie III, Chap.I*).

Pour mener à bien cette étude nous avons interrogé des TP. Ils ont été recrutés lors de nos enquêtes domiciliaires dans les marchés des dix communes et dans les cabinets ou cliniques de : Cocody, Treichville, Yopougon, Adjamé, Abobo, Port-Bouët, Koumassi, Marcory et Plateau, soit 9 communes sur les 10 que compte la ville d'Abidjan. Les clients⁸⁸ que nous avons trouvés sur place ont été interrogés également avec les TP. Au total, nous avons pu avoir un entretien avec 35 TP dont 12 dans les cabinets et 23 au marché. Cet échantillon n'est pas représentatif des TP de la ville d'Abidjan qui seraient plus de 7 500 selon le Ministère de la santé. L'effectif que nous nous sommes fixés ici tient compte du type de notre étude : exploratoire et descriptive.

Le questionnaire adressé aux TP était composé de 3 parties (voir annexe 2) :

- les caractéristiques sociodémographiques du TP : nom, prénom/sexe/âge/nationalité/religion/niveau d'études ;
- l'activité professionnelle : la spécialité/la formation/les compétences/Comment ils soignent les malades ? Les pathologies traitées, les profils des malades reçus/les méthodes, diagnostiques et thérapeutiques/la consultation/les critères de guérison ;
- Le rôle qu'il joue dans le recours thérapeutique des populations/la relation avec la médecine moderne : les malades adressés par des agents de santé moderne/les malades adressés aux centres de santé/la mise à disposition de la science de leurs savoirs/l'intégration au système de soins ivoirien/ les obstacles à la collaboration entre les deux médecines.

Quant aux malades et aux non-malades que nous avons interrogés chez les TP, nous avons posé des questions relatives aux caractéristiques socio-démographiques : sexe/âge/nationalité/profession/religion/niveau d'études ; à l'utilisation des thérapies traditionnelles ; au parcours de soins actuel ; à la confiance en la médecine traditionnelle et les avantages et inconvénients des deux médecines (traditionnelle et moderne).

⁸⁸ Nous préférons appeler « le patient » client ici, car le client n'était même pas malade lorsqu'il sollicitait le TP. Il était là pour des provisions en médicaments traditionnels ou pour un malade resté à la maison.

II.1. Profil des personnels de santé traditionnels

II.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Les TP étaient de nationalité ivoirienne dans 82% des cas. Les autres nationalités étaient : béninoise (8%), burkinabé (3%), camerounaise (2%), ghanéenne (3%), malienne (2%) et gambienne (0,5%). On comptait plus d'hommes (56%), avec un âge moyen de 45,50 ans que de femmes (44%), l'âge moyen était 44,88 ans.

Le niveau d'étude des TP variait significativement selon le sexe entre l'absence de scolarisation et la réalisation d'étude supérieure, $p=0,002$. Les hommes avaient un niveau d'étude plus élevé que les femmes (26,8% des hommes avaient un niveau secondaire contre seulement 6,8% pour les femmes).

Soixante-deux pour-cent (62%) des TP se déclaraient plus fréquemment chrétiens que musulmans ou animistes. Ceux qui ont répondu n'avoir aucune religion, croyaient en l'existence de Dieu mais refusaient l'appartenance à une religion.

II.1.2. La formation initiale et les compétences des tradi-praticiens

Soixante-dix pour-cent (70%) des TP ont déclaré avoir acquis leurs savoirs par transmission d'un maître. Les modes de formations pouvaient être associées aussi à 13% aux initiations et révélations, 12% à l'école de médecine traditionnelle, 14% ont fait l'auto-apprentissage. Quarante-sept pour-cent (47%) des TP ont répondu avoir étudié des ouvrages de médecine traditionnelle tels que les plantes médicinales ivoiriennes et tropicales du Dr Aké A.; Médecine et magie africaine ou comment le noir se soigne-t-il ? du Docteur Traoré D.

Les TP interrogés avaient différentes compétences. Cinquante-neuf pour-cent (59%) des TP se déclaraient phytothérapeutes, 26% guérisseurs, 22% spiritualistes, et 19% herboristes. Quarante-vingt-quatre pour-cent (84%) étaient spécialisés dans 2 ou 3 domaines d'activité. 16% n'avaient qu'un seul domaine d'activité. L'ancienneté professionnelle moyenne était de 15,85 ans. Ceux qui avaient débuté en préadolescence déclaraient avoir grandi en milieu rural et avoir acquis leurs savoirs par transmission auprès d'un membre du cercle familial ou auprès d'un guérisseur.

Quarante-six pour-cent (46%) des TP ont déclaré enseigner la médecine traditionnelle à d'autres personnes. Un quart des TP (25%) exerçaient une autre activité professionnelle : agriculture, élevage, botanique, commerce, couture, éducation/enseignement.

Les pathologies les plus fréquemment traitées par les TP étaient :

- Infectiologie (78% des TP) : paludisme, fièvre typhoïde, hépatites virales, infections herpétiques, syphilis, tuberculose, maladies opportunistes liées au VIH, panaris, gonococcie, infections urinaires ;
- Hépto-gastroentérologie (80% des TP) : crise hémorroïdaire, constipation, ulcère, douleurs abdominales, diarrhée, hernie ombilicale, hoquet, prolapsus rectal ;
- Troubles de la sexualité (65% des TP) : faiblesse sexuelle, stérilité masculine et féminine, éjaculation précoce, développement de parties corporelles (pénis, fesses, seins) ;
- Gynécologie-obstétrique (61% des TP) : fibromes, kystes, leucorrhées, règles douloureuses, fausses couches répétées, trompes bouchées, désir de grossesse, accouchement facile, suivi de grossesse ;
- Maladies métaboliques (55% des TP) : diabète, hypertension artérielle, obésité, malnutrition, goitre.

Certains TP dans la quête du savoir vont encore plus loin pour améliorer leurs compétences. Quarante-sept pour-cent (47%) des TP déclaraient avoir déjà participé à des formations en Soins de Santé Primaire (SSP) portant sur différents thèmes : l'hygiène, le diabète, la sinusite, l'anatomie, l'allaitement, l'infection VIH, la pédiatrie, le suivi de grossesse, la pathologie hémorroïdaire, les troubles de la sexualité. Ces formations étaient assurées par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers le PNPMT⁸⁹, mais aussi par des ONG. Pour les TP, ces formations sont utiles, à la fois comme un moyen d'amélioration de leurs connaissances et une forme de reconnaissance de leur statut et de leur art par la médecine moderne.

II.2. Les méthodes diagnostiques des tradi-praticiens

Tous les TP enquêtés ont déclaré interroger leurs malades. Dans les cabinets, soixante-quatorze pour-cent (74%) des TP demandaient aux malades de consulter dans un service de santé (« *allez faire vos analyses... et revenez me voir* ») dans le but de poser le diagnostic et si besoin de l'étayer par des analyses biologiques (les plus demandées étant la numération formule sanguine, l'urémie, la glycémie, le frottis sanguin, la goutte épaisse, la cholestérolémie, les sérologies VIH et hépatites virales), et d'imagerie (la radiographie pulmonaire, l'échographie abdominale, l'échographie pelvienne). Après le passage dans le service de santé, le malade revient voir le TP avec le diagnostic.

Cinquante-cinq pour-cent (55%) déclaraient examiner leurs malades : inspection des conjonctives, de la peau, de la cavité buccale, des paumes, des plantes des pieds, des urines ; prise de la température. Le patient n'était pas déshabillé. 8% prenaient la tension artérielle de leurs malades et disposaient donc d'un tensiomètre et d'un stéthoscope. Les touchers pelviens étaient seulement réalisés par les accoucheuses traditionnelles.

L'examen métaphysique était réalisé par un quart (25%) des TP plus fréquemment par les spiritualistes (83% d'entre eux) et les guérisseurs (38% d'entre eux) : il consiste en des incantations, des rituels, des manipulations de cauris et l'intervention des génies ou des esprits.

Dans les marchés, rares sont les TP qui ont demandé aux clients des examens, il suffit aux clients d'expliquer ses symptômes grâce aux questions que lui pose le TP. Paradoxalement c'est cette méthode que 78% des clients ont apprécié. Pour eux, c'est beaucoup plus simple et plus accessible.

Treize pour-cent (13%) des clients ont connu les TP grâce à des proches, pour 11% c'est par l'intermédiaire des médias (télévision, journal, etc.) qu'ils sont rentrés en contact avec les TP. Dans la grande majorité, les clients rentrent directement en contact avec les TP.

II.2.1. Les méthodes thérapeutiques des tradi-praticiens

La médication traditionnelle comprend des plantes médicinales, des parties d'animaux et des minéraux. Les plantes constituent le lot le plus important de l'arsenal thérapeutique traditionnel.

Toutes les parties de la plante sont utilisées à l'état frais ou sec : feuilles, fleurs, fruits, graines, tronc, bois, écorce, tige, racines (Photo 44). Les préparations sont obtenues par macération, décoction ou infusion. Ces matières peuvent aussi être chauffées dans des boissons alcoolisées, et/ou du miel ou dans d'autres matières. Les plantes médicinales sont exploitées habituellement à partir des peuplements sauvages du nord de la Côte

⁸⁹ Le PNPMT est le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle.

d'Ivoire ; mais elles proviennent aussi des pays voisins. Elles ne sont cultivées que lorsqu'elles deviennent rares.

Les produits minéraux d'usage courant sont le kaolin, l'argile, la terre, la potasse, la limaille de fer.

L'utilisation de parties d'animaux était notée chez les spiritualistes et restait un sujet tabou (poulet, serpent, tortue, poisson, chat, etc.).

Le matériel dont disposent les TP se compose de : marmites, pilon et mortier, moulin, canaris⁹⁰, bouteilles en verre ou plastique, flacons à usage unique pour le conditionnement.

Certaines plantes ayant des propriétés conservatrices sont ajoutées à la préparation, permettant une conservation du produit fini pendant six mois.

Les médications obtenues (décoctions, pommades, collyres, comprimés, suppositoires) sont administrées par voie orale, rectale, vaginale, nasale, oculaire, auriculaire, cutanée.

Les posologies pour les produits liquides sont données en verre (que le TP peut montrer au malade), en cuillère à soupe ou à café. La durée du traitement est indiquée au malade.

Quatre pour-cent (4%) des TP interrogés dans les cabinets avaient au moins une de leurs thérapies qui avaient été évaluées par des analyses de toxicologie. Un TP détenait même un brevet d'invention d'un hypoglycémiant oral et d'un antihypertenseur.



Photo 44. Tradi-praticien entrain de découper, piler et sécher des écorces et des feuilles de différentes plantes. Il se fait aider par sa fille. Yopougon (Abidjan)

Source : Ymba M., 2011

II.2.2. Les consultations

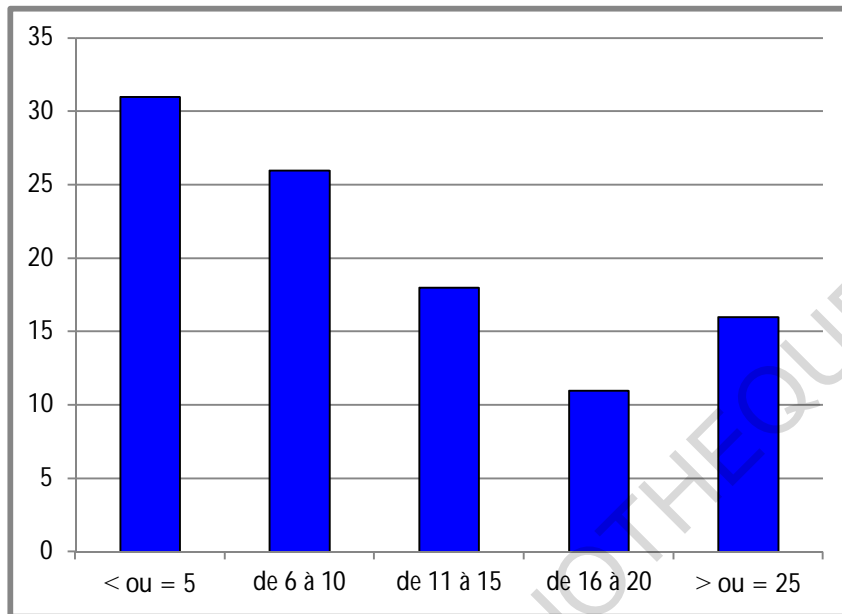
Cinquante-sept pour-cent (57%) des TP avaient moins de dix consultants par jour (Graphique 28). Pour 59% des TP, la consultation était gratuite (Graphique 29). Seul le traitement était payant, en plusieurs tranches, selon les moyens du malade ou après sa guérison. Dans 71,02% les coûts des consultations étaient négociés avec le TP. Sur le coût de la consultation, là où celle-ci est payante, pouvaient être ajoutés 5 à 25 Francs CFA (soit moins d'un centime) représentant la quote-part due aux génies et aux esprits en guise de don.

Par ailleurs, la rémunération en argent n'était pas exigée par tous les soignants et elle était variable selon la nature de la maladie, des médicaments, le séjour thérapeutique, les liens entre le guérisseur et le patient, les moyens de certains patients, l'âge et la conduite. Le

⁹⁰ Le canari est une petite jarre de forme sphérique, fabriquée par les potières essentiellement dans le Nord de la Côte d'Ivoire. Les TP l'utilisent pour préparer des médications qui nécessitent une macération. Il est également employé dans l'art culinaire ivoirien (préparation de plats ou réserve d'eau).

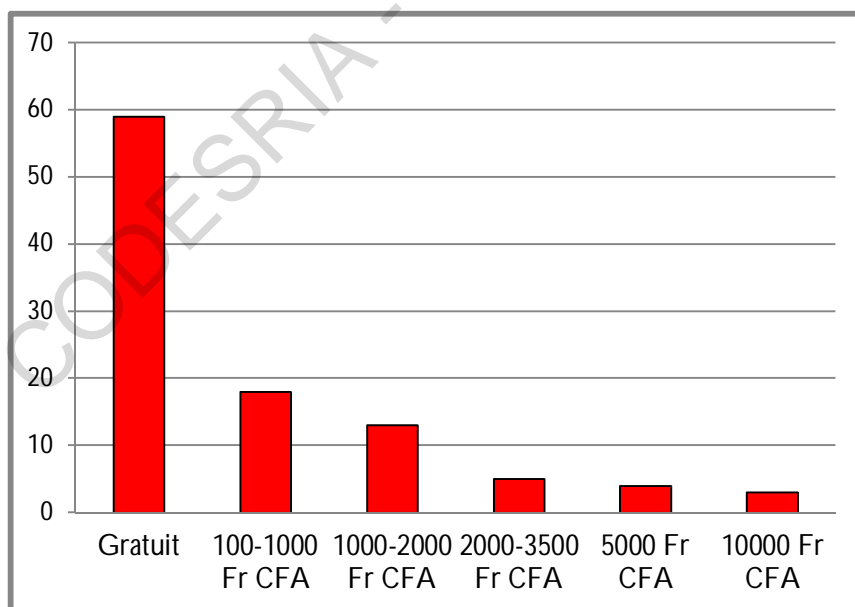
contact relationnel, plus familier, plus traditionnel est plus mis en avant, ce qu'apprécie la population qui ne trouve pas cette écoute chez les personnels de santé modernes souvent trop surchargés.

Graphique 28. Répartition des tradi-praticiens selon le nombre de malades journaliers



Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Graphique 29. Répartition des tradi-praticiens selon le coût de la consultation (1 000 francs CFA = 1.52 Euro)



Source : Enquête domiciliaire, Abidjan, 2010-2011

Les critères de guérison des TP étaient : l'arrêt des plaintes (73% des TP), la confirmation par des examens complémentaires de contrôle (63% des TP), une observance thérapeutique correcte (34% des TP).

Les TP reçoivent aussi des patients adressés par des agents de santé moderne (ASM). Soixante-six pour-cent (66%) des TP ont répondu qu'ils recevaient des malades adressés par des ASM. Les patients étaient adressés par : des médecins (81,5% des TP répondants);

des infirmiers (32% des TP répondants) ; des sages-femmes (31% des TP répondants) ; des chirurgiens (20% des TP répondants) ; d'autres ASM (12% des TP répondants) tels que les biologistes, les techniciens de laboratoire ou les pharmaciens. Quarante-huit pour-cent (48%) de ces TP recevaient moins de 5 malades par mois qui étaient adressés par des ASM. Généralement les agents de santé moderne adressaient des malades aux TP pour un complément thérapeutique dans 74% des cas ; le volet spirituel ou mystique dans 9% des cas ; pour le complément thérapeutique et le volet spirituel ou mystique dans 15% des cas ; une consultation ophtalmologique (concernait un TP).

Des fois, des patients aussi sont adressés aux services de santé par les TP. Quarante-sept pour-cent (47%) des TP ont déclaré collaborer directement avec des ASM tels que des médecins généralistes, des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes.

Quatre-vingt pour-cent (80%) des TP déclaraient adresser des malades aux services de santé lorsque les cas étaient graves (exemples cités par les TP : tuberculose, appendicite, nécessité d'une chirurgie, cancer, insuffisance rénale, SIDA, cardiopathies, anémie profonde, grossesse extra-utérine, crise d'épilepsie, accident vasculaire cérébral, traumatismes oculaires). D'autres motifs sont également évoqués : hors compétences pour la réalisation du diagnostic clinique et para-clinique de la maladie.

Cette collaboration est peu effective en pratique. Notre étude montre que les TP collaborent avec la médecine moderne, soit en adressant les malades à des structures sanitaires (96% des TP), soit en leur recommandant des ASM avec lesquels ils ont l'habitude de travailler (47% des TP). Les ASM ne sont que 8% à déclarer collaborer avec les TP bien qu'ils y soient favorables à 67%. Ces résultats discordants nous interpellent, mettant en doute la sincérité des réponses. Nous avons d'une part, des TP en quête de reconnaissance par le corps médical, et d'autre part, des professionnels de santé réticents à recourir à des agents de santé traditionnels dont les pratiques n'ont pas été scientifiquement éprouvées. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que les professionnels de santé salariés d'établissements sanitaires de 2ème et 3ème niveau sont moins enclins à proposer des soins traditionnels que ceux issus des ESPC. Enfin, il existe des ASM qui, par crainte de l'image qu'ils pourraient véhiculer vis-à-vis de leurs confrères, n'avouent pas qu'ils utilisent les thérapies traditionnelles à titre privé ou professionnel. Cet argument a été soutenu par plusieurs TP qui avaient des ASM dans leur patientèle.

Le déficit d'échange entre les TP d'une part, et entre eux et les professionnels de santé d'autre part, ne favorise pas la recherche et le progrès de la médecine africaine [Yangni-Angaté A., 2004].

La médecine traditionnelle (MT), bien que reconnue et tolérée par les pouvoirs publics, n'est pas encore totalement intégrée au système de soins ivoirien. En effet, les thérapies traditionnelles ne sont pas disponibles dans les structures sanitaires et la formation sur les plantes médicinales n'est pas dispensée dans le système éducatif.

Travaillant sur des bases différentes et ayant des rationalités et des approches différentes, la médecine moderne et la médecine traditionnelle ne peuvent pas se fondre l'une dans l'autre. Toute politique d'intégration ou de fusion est vouée à l'échec. Les deux médecines doivent plutôt collaborer dans un esprit de complémentarité et dans le respect mutuel, pour répondre au mieux aux problèmes de santé des populations, ce qui constitue leur objectif commun.

II.3. Les obstacles à la collaboration entre les deux médecines du point de vue des tradi-praticiens

Si certains professionnels de la santé collaborent avec les TP, de nombreux obstacles subsistent pour rendre cette collaboration une complémentarité.

➤ Le cadre réglementaire de l'activité professionnelle

Les tradi-praticiens dénoncent le manque de textes régissant leur profession. Ils imputent cette lacune à une absence de réelle volonté politique de promouvoir la MT. Ce vide selon eux, les marginaliserait et les relèguerait dans l'informel, empêchant ainsi les ASM de recourir à leurs compétences en cas de nécessité.

➤ Le manque de moyens financiers

Les tradi-praticiens ne peuvent faire évaluer l'innocuité et l'efficacité de leurs thérapies en raison du coût élevé de ces analyses et du manque de subventions en provenance du Ministère de tutelle. L'« evidence based medicine » ne peut leur être appliqué. De plus, la majorité d'entre eux n'est pas en mesure d'acquiescer un cabinet de travail propre à l'accueil des malades qui, le plus souvent, sont accueillis au domicile du TP.

➤ L'intolérance et l'ignorance du personnel de santé

Selon les TP, les ASM méconnaissent la phytothérapie. La médecine traditionnelle africaine n'est pas intégrée au sein de la formation médicale initiale. Le personnel de santé leur reproche de ne pas avoir fait d'études médicales ou de formation en soins infirmiers. Le mépris de certains ASM vis-à-vis des TP car pour certains TP, les ASM verraient en eux des concurrents ; la stigmatisation de la médecine traditionnelle et les idées reçues sur les thérapies traditionnelles par les médecins.

➤ Le lobbying des groupes pharmaceutiques

Selon les TP, ce sont les laboratoires et les pharmaciens qui refusent l'essor des thérapies traditionnelles du fait de la concurrence que cela occasionnerait. Si les médicaments traditionnels étaient reconnus et leur efficacité prouvée, du fait de leur faible coût, l'attrance de la population pour cette thérapeutique serait encore plus grande.

➤ Difficulté de la mise des savoirs traditionnels à la disposition de la science

Êtes-vous prêts à mettre à la disposition de la médecine vos savoirs traditionnels ? À cette question, les TP ont répondu OUI à 57%, à condition que l'on leur reconnaisse la propriété du produit et que celui-ci soit breveté, car plusieurs d'entre eux ont déclaré s'être fait « voler leurs recettes ».

Les raisons du refus des autres TP étaient : la peur du châtime des esprits ; le caractère héréditaire des recettes qui ne peuvent, par conséquent, être livrées à des scientifiques ; les aspects mystiques que comportent plusieurs traitements ; la crainte de se faire tuer.

➤ L'absence de preuves scientifiques

L'innocuité et l'efficacité des thérapies traditionnelles n'ont pas été étudiées. Il n'existe pas de laboratoires de pharmacologie et de pharmacovigilance appropriés à la MT. De

plus, les méthodes traditionnelles empiriques et la médecine moderne rationnelle ne sont pas compatibles.

➤ L'anarchie dans l'exercice de la médecine traditionnelle

Les tradi-praticiens reconnaissent l'existence d'une ouverture anarchique de « cabinets de médecine traditionnelle », avec le risque de voir s'installer de « faux tradi-praticiens ou charlatans » animés par l'appât du gain. Ces derniers peuvent avoir eu connaissance de la préparation d'un nombre limité de plantes et se prévaloir de la qualité de TP. Cela nuit énormément à l'image de la médecine traditionnelle. D'où la nécessité de fixer un cadre réglementaire et d'effectuer un recensement des TP par le PNPMT.

II.4. Caractéristiques des patients

Tous les patients que nous avons rencontrés chez les TP avaient déjà utilisé des traitements traditionnels (dénommés « indigénat » dans le langage populaire ivoirien) à l'âge adulte. De même, tous leurs enfants sont également traités à l'indigénat dès qu'ils sont malades.

Parmi les clients, les femmes enceintes étaient les plus nombreuses. Elles avaient utilisé des médications traditionnelles (à but préventif et curatif) pendant leur grossesse, et ce malgré un suivi médical. Elles toutes nous ont dit utiliser les médicaments traditionnels dispensés par un TP ou achetés auprès de vendeuses sur les marchés pendant leur grossesse pour un bon déroulement de la grossesse (la santé du fœtus, éviter les malformations et prévenir une fausse-couche ; un désir de maternité (rendre l'utérus propre à la nidation, « nettoyer » les organes génitaux internes) ; pour faciliter les contractions utérines lors de l'accouchement, les rendre moins douloureuses ; la menace d'accouchement prématuré et la tocolyse ; la pathologie hémorroïdaire veineuse ; le traitement curatif du paludisme.

La voie d'administration des traitements traditionnels était orale (décoctions), rectale (lavements), cutanée, ou vaginale. Le traitement était quotidien avec des compositions de plantes qui différaient selon l'âge gestationnel.

Cependant, plusieurs études mettent en évidence les effets toxiques potentiels de ces plantes pouvant ainsi induire une souffrance fœtale aigüe et une augmentation du taux de césariennes en urgence. Les effets secondaires de ces plantes peuvent provenir d'une erreur dans le choix de la plante, d'un dosage incorrect, de réactions individuelles, de la contamination des plantes par des micro-organismes, d'erreurs dans la préparation des décoctions [Van der Kooi R et Théobald S., 2006].

Pour le bien-être physique et social des femmes, il est nécessaire que le personnel de santé prenne en compte l'utilisation des traitements traditionnels pendant la grossesse, en discute avec la patiente ouvertement. Bien que certaines sages-femmes ou personnel paramédical conseillent des traitements traditionnels pendant la grossesse, les gynécologues-obstétriciens y sont farouchement opposés, en raison de la multiplicité des plantes et de leurs effets toxiques éventuels inconnus.

Les clients que nous avons interrogés trouvent que la médecine traditionnelle a beaucoup d'avantage. En effet, 49% trouve le coût abordable, à la portée de tous car les prix peuvent être négociés ou payés à crédit, contrairement à la médecine conventionnelle où le personnel de santé néglige le patient s'il n'a pas les moyens financiers, les médecins ne prennent pas le temps d'examiner le malade et ne le mettent pas en confiance. Des

prescriptions qui diffèrent de jour en jour selon les prescripteurs, ce qui entraîne encore des dépenses supplémentaires pour le patient avec pour conséquence des médicaments inutilisés et des coûts de soins élevés. L'accessibilité financière est le principal motif de recours à la médecine traditionnelle. En effet, le coût d'une consultation de médecine générale est de 500 Fr CFA (0,75 euro) en ESPC et de 5 000 Fr CFA (7,50 euros) au CHU. Ces sommes ne sont pas à la portée de tous, le salaire mensuel minimum se situant entre 40 000 (61 euros) et 60 000 Fr CFA (91 euros) dans les secteurs public et privé. Dans ces conditions, les patients se tournent vers la MT où ils ne paieront que 100 Fr CFA environ (0,15 euro) pour un traitement antipaludéen par exemple ou quelques milliers de Fr CFA pour des traitements anticancéreux, ou contre des pathologies prostatiques par exemple. 38% pense que c'est une médecine efficace sur certaines maladies (paludisme, plaie de ventre, hémorroïdes, stérilité, impuissance, maladie de la fontanelle, etc.). Pour 15% des clients c'est une médecine naturelle, fraternelle et chaleureuse. Le TP est proche géographiquement et culturellement de son patient. Il est disponible, vivant dans le même milieu social et professionnel que ses malades, partageant leurs préoccupations. Il prend parfois le malade en charge à son domicile. Il pratique une médecine holistique, prenant en compte à la fois le corps, l'âme et l'esprit.

Les TP sont majoritairement des phytothérapeutes, ceux « qui soignent avec l'indigénat ». Ils sont généralistes : les maladies qu'ils traitent couvrent tout le champ des soins de santé primaires en Côte d'Ivoire, avec en tête les maladies infectieuses qui représentent 50 à 60% de la morbidité [Konan A., 2012]. Cela est différent avec la médecine moderne, avec la position du médecin tout puissant : « *il dicte et le patient doit s'exécuter* ». Pourtant, certains médecins sont incompetents et cela entraînent des retards de prise en charge.

Le délai d'action du traitement est rapide avec une efficacité qui dure dans le temps (6%) et 5% ont eu moins d'effets secondaires que la médecine moderne. Pour 4%, cette médecine a le pouvoir de traiter les maladies mystiques non accessibles à la médecine moderne (mauvais sort, sorcellerie). La médecine conventionnelle ne tient pas compte de certaines réalités telles que l'origine mystique de certaines maladies. L'acquisition facile des produits disponibles sur les marchés et ne nécessitant pas d'ordonnance (7%). Pour 3% le traitement traditionnel « enlève le mal » de manière définitive alors que le traitement moderne « calme la maladie ». La guérison est lente par rapport à la médecine traditionnelle, elle n'est pas totale et permanente, nécessitant le renouvellement des traitements et parfois on aboutit à un stade où le médicament n'a plus d'effet sur la maladie.

C'est une médecine préventive qui pallie aux insuffisances de la médecine moderne et qui fait partie intégrante de notre culture pour 1,5% des clients.

Trente-trois pour-cent (33%) des clients trouvent par contre que la médecine traditionnelle n'a pas que des avantages, ils pensent qu'elle présente quelques inconvénients qui les empêchent d'utiliser à 100% cette médecine pour toutes les thérapies. Les doses et les posologies sont approximatives pour 25% alors qu'elle est plus précise, concrète pour la médecine moderne et les règles d'hygiène ne sont pas respectées dans le conditionnement et la conservation des produits (12%) comme pour la médecine conventionnelle. Pour 10% des clients ils y a beaucoup de faux TP, de charlatans, de faux médicaments. Les effets secondaires des thérapies traditionnelles qui ne sont pas connus ont été cités dans 9% des cas. Le diagnostic non réalisé ou approximatif et des erreurs diagnostiques et thérapeutiques font peur à 15% de clients. Le côté mystique de la médecine traditionnelle fait également peur à certains (fétichisme, jeter des sorts) (7%). Pour d'autre, c'est l'amertume de certaines plantes (10%) et la préparation des médicaments qui est contraignante (écraser les plantes, les faire bouillir pour l'obtention

des décoctions) (6%), et qui leur freine l'accès à la médecine traditionnelle. Pour 1% des clients, la médecine traditionnelle donne de faux espoirs de guérison.

Enfin, pour (3%) des clients, c'est l'absence de réglementation et de contrôle de la médecine traditionnelle et l'absence de formation des TP (1%) qu'ils redoutent.

Les remèdes traditionnels à base de plantes n'auront une place réelle dans le système de soins de santé et un accès plus facile auprès des populations que lorsque le bien-fondé de leur utilisation aura été établi par des études qui les rendront crédibles et acceptables. Aussi, il faudrait que le gouvernement ivoirien assainisse davantage le domaine de la médecine traditionnelle, car certains tradi-praticiens ont des cabinets sans aucune autorisation. Ils y en a qui payent pour passer à la télévision ou à la radio et faire la publicité de leurs exploits. C'est l'anarchie totale, il faut que les autorités réglementent ces pratiques. La frontière entre médecine traditionnelle et charlatanisme peut vite être franchie.

Les recherches scientifiques dans ce domaine permettront d'étayer les constatations des TP observées de génération en génération [OMS, 2000].

Les bénéfices qu'on tirerait d'une approche scientifique des thérapies traditionnelles permettraient une complémentarité entre médecine moderne et traditionnelle.

Nous pouvons citer des exemples de pays africains qui ont su valoriser et moderniser les plantes médicinales :

Au Ghana, le Dr OKU Ampofo créa en 1975 le centre de recherche scientifique en pharmacopée africaine de MAMPONG-AKUAPIM, sous l'impulsion du président KWAME N'Krumah. Ce centre possède plusieurs départements : pharmacologie et toxicologie, développement des plantes médicinales (jardins botaniques), microbiologie, phytochimie, production des médicaments (unité industrielle), un département clinique, un département d'information scientifique et un département administratif. D'autres pays comme la Guinée, le Mali, le Nigeria, le Madagascar ou le Cameroun ont mis en place une législation relative à la production de médicaments traditionnels (MTA) et les conditions sont définies pour une autorisation de mise sur le marché (AMM) à base de plantes et à la protection de la propriété intellectuelle liée au savoir traditionnel. Ces médicaments sont préparés par des pharmaciens ou des laboratoires privés [Abualeth *et al.*, 2007].

Il faut introduire l'enseignement de la médecine traditionnelle dans les établissements scolaires et universitaires et sensibiliser les professionnels de santé sur la médecine traditionnelle ainsi qu'élaborer un code d'éthique et de déontologie en médecine traditionnelle. Les autorités sanitaires ont intérêt à valoriser et encadrer davantage la médecine traditionnelle qui représente près de la moitié des recours thérapeutiques des populations. Peut-être que l'État ne pourra véritablement améliorer l'accès aux soins de toute la population qu'en considérant la médecine traditionnelle comme une médecine à part entière.

Conclusion du chapitre IV

La proximité physique des usagers par rapport à l'emplacement des services de santé à Abidjan a été identifiée comme le facteur motivant le plus le choix d'une structure de soins. Mais cette proximité n'est pas synonyme d'une meilleure qualité des soins, du fait d'une série de contraintes qui limitent leur efficacité. Les dysfonctionnements du système de soins mis en évidence dans ce chapitre sont à la source du blocage thérapeutique qui pousse les citoyens à l'automédication, voire à renoncer aux soins. Si les patients ont été déçus une première fois par le système de soins moderne et officiel, ils ne reviendront que par la contrainte ou l'urgence, une fois épuisées toutes les autres ressources de leur milieu et les autres recours. Par conséquent, alors qu'une offre de soins est abondante et disponible, « *les modalités du dialogue entrayeraient la capacité à atteindre les objectifs sanitaires visés, questionnant l'adéquation du système de soins aux réalités locales* » [Vaillant, 2006].

À Abidjan, les faibles recours aux services de soins ne sont pas dus à une insuffisance de l'offre de soins puisque la ville dispose de nombreuses et diverses structures sanitaires. Le problème pourrait alors résider dans la distance culturelle, l'accessibilité financière qui existe entre les patients et l'organisation des services de soins (temps d'attente, accueil, coûts des soins, etc.). Mais à la vue de nos résultats, l'expression du comportement vis-à-vis de la maladie ne résulte pas que de barrières culturelles, l'aspect économique apparaît primordial. Par conséquent pour compenser l'effet négatif du coût financier, les qualités personnelles des soignants devraient être particulièrement mises en avant, car beaucoup serait prêt à payer plus cher pour une bonne santé.

La médecine traditionnelle qui occupe encore une place prépondérante dans le recours aux soins des populations à Abidjan rencontre elle aussi des contraintes qui limitent son accès. Les faiblesses et les dérives de la médecine traditionnelle, souvent décriées par les professionnels de la santé et par la population, et qui sont à l'origine de nombreux cas de complications chez les patients, constituent des freins majeurs à sa revalorisation. Les pouvoirs publics ont une responsabilité primordiale dans la promotion et la revalorisation de la médecine traditionnelle, afin de lui permettre de répondre plus efficacement aux besoins de santé des populations. Certes, la volonté politique existe et des progrès ont été réalisés dans ce domaine en Côte d'Ivoire. Mais, beaucoup reste encore à faire pour traduire dans les faits cette volonté politique, afin d'exploiter, de façon optimale, les atouts de la médecine traditionnelle, à l'instar de nombreux autres pays africains, car les populations à un moment donné de leur prise en charge y ont recours.

Conclusion de la troisième partie

L'essentiel des éléments de conclusion a déjà été évoqué lors des conclusions de chapitre. Et il serait répétitif d'en faire à nouveau le résumé. Nous pourrions cependant faire le bilan qu'encore trop souvent les pratiques citadines du recours aux soins sont tributaires de la capacité économique des ménages. Dans un système de soins payants, le risque de marginaliser les plus vulnérables est accru. Dans cette situation, la mise en place du recouvrement des coûts dans les structures de soins rajoutée à certaines pratiques « non conventionnelles » a contribué à précariser les plus vulnérables et à faire des indigents des exclus de ce système.

Nous profitons de cette dernière conclusion de partie pour discuter de l'investissement personnel qu'a suscité la collecte des données de l'enquête domiciliaire.

Les six mois passés à sillonner les 35 quartiers avec quelques enquêteurs et parfois seul ont demandé beaucoup d'efforts personnels.

Nos enquêtes se sont déroulées en pleine crise socio-politique ivoirienne. La tension sociale qui régnait dans les quartiers et en particulier dans les ménages nous a atteints.

Nous avons essuyé des refus, des injures, des humiliations, d'une population en colère et qui ne cherchait pas à savoir ce qu'on menait comme étude.

De peur parfois de déranger, ma timidité m'a souvent freinée dans mes démarches, je me suis donc contrainte à poser des questions sans chercher à échanger avec les ménages, sans pouvoir dépasser les différentes barrières dans les débuts de l'enquête.

La perception du chercheur influence en effet sa position, sa façon d'être sur le terrain et l'accueil qui lui est réservé. Nous avons tenté peu à peu de nous intégrer dans l'espace tout en respectant les opinions, les règles, en apprenant les bases du langage local et des salutations qui conditionnent tous les rapports humains. Et le fait de m'être confondue au langage courant, ou parfois à l'idéologie politique de certaines personnes m'a permis de collecter les données dont j'avais besoin. J'ai fini par oublier les frustrations essuyées dans certains ménages, tant les attitudes et les comportements des ménages étaient devenus agréables, avec la nouvelle stratégie adoptée.

C ONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

1. Une géographie de l'accès et du recours aux soins à Abidjan

En introduction, nous avons émis l'hypothèse que le système de soins moderne, n'était pas adapté aux besoins de soins de santé de ses utilisateurs, à cause des transformations, des évolutions incontournables, liées à la croissance urbaine sans précédent observée à Abidjan.

À Abidjan, l'offre, l'activité et le recours aux soins, trois composantes essentielles de l'étude d'un système de soins, changent sous l'impulsion de la croissance démographique et spatiale spectaculaire à l'échelle de la ville la plus urbanisée de la sous-région. L'offre de soins s'est accrue et également diversifiée pour répondre aux besoins des citoyens de plus en plus nombreux. Les autorités sanitaires ont ainsi dû s'adapter à une nouvelle demande et augmenter la capacité d'accueil des structures de soins. Et en tant que capitale économique de la Côte d'Ivoire et donc vitrine du pays, Abidjan a été amenée à développer des services de plus en plus spécialisés et pointus au sein de ses formations sanitaires. En outre, dans ce contexte de grande ville africaine marquée comme les autres par un pluralisme thérapeutique important, les pratiques socio-spatiales du recours aux soins se sont aussi modifiées.

Nous avons construit notre étude autour des cinq dimensions de l'accès aux soins (disponibilité, accessibilité, commodité, capacité financière et acceptabilité) définies par Thomas et Penchansky et des quatre composantes du système de santé que sont l'offre, les besoins de soins de santé, l'activité, et le recours aux soins. Si ces parties se lisent et se comprennent séparément, elles se complètent parfaitement et même s'enrichissent mutuellement.

Ainsi, dans la première partie relative à l'offre de soins, nous avons mis en évidence les liens forts existant entre ce service urbain et l'organisation territoriale de la ville. L'offre de soins, par sa densité et ses caractéristiques, est un excellent révélateur, mais également un moteur des dynamiques et des transformations urbaines qu'a connu Abidjan depuis sa création. Cependant, l'offre de soins ne détermine que très peu la santé des citoyens. Cette offre abondante cache en réalité à la fois une sous-utilisation des structures de soins et une utilisation inadéquate malgré les besoins en soins de santé importants dans les lieux de résidences. C'est pourquoi, l'analyse de l'activité du système de soins apparaît indispensable à la compréhension du fonctionnement des équipements sanitaires et permet de mettre en évidence la demande de soins des citoyens. Mais, s'intéresser au seul point de vue du prestataire de santé ne peut révéler les besoins de santé et les modes de recours des populations. Les besoins de soins ne doivent pas être cantonnés à des besoins médicaux *stricto sensu*. En particulier, les données fournies par le système de soins ne renseignent pas quant aux processus qui ont amené le citoyen malade à se soigner. Enfin, elles ne prennent évidemment pas non plus en compte ceux qui n'utilisent pas le système de soins. Des indicateurs comme celui de la densité médicale ou du taux de consultation, ne constituent donc pas des indicateurs suffisants pour évaluer la réponse aux besoins de santé. C'est par le biais des enquêtes domiciliaires, que l'on approche la définition des besoins de santé des populations. Cependant ici encore, ces besoins sont exprimés par rapport aux indicateurs de santé étudiés sans oublier que tous les individus enquêtés n'ont pas exprimé leurs besoins.

Dans cette recherche, chaque élément a donc apporté une valeur ajoutée au précédent.

Par ailleurs, le choix délibéré d'enquêter l'offre et les activités des structures publiques, privées et confessionnelles, traditionnelles et autre type d'offre, mais aussi les utilisateurs et les non utilisateurs des soins ont constitué une autre originalité de ce travail. Cette démarche s'est en effet révélée indispensable à l'appréhension des dimensions sociales, historiques, économiques et culturelles de la santé à Abidjan. L'attention se porte trop souvent sur l'analyse d'un réseau de soins, d'un réseau hospitalier au détriment du système de soins dans son ensemble.

a. Des outils empruntés à d'autres disciplines et les choix méthodologiques

La disponibilité des données est un problème récurrent dans les pays en développement et Abidjan n'échappe pas à cette difficulté. À divers moments, nos recherches ont souffert de l'absence de valeurs de références, de données sociales et démographiques. Pour l'étude de l'activité du système de soins par exemple, nous aurions pu confronter les aires d'attractions des structures aux données sociales et économiques, mais la croissance spatiale et démographique de la ville a été telle en quatorze ans que les données du RGPH de 1998, les seules alors disponibles, sont désormais obsolètes. Le tout dernier recensement a eu lieu en 1998, mais les données ne sont pas disponibles à l'échelle qui nous intéresse. Même si l'information avait été plus récente, il aurait fallu voir à quelles échelles elles l'étaient de sorte à pouvoir les confronter aux données sanitaires que nous avons collectées sur le système de soins et le recours aux soins.

L'ensemble des outils utilisés montre à quel point une étude géographique requiert à la fois les sciences sociales et celles de la santé. De nombreux outils ont en effet été mobilisés : ceux de l'épidémiologie (tests statistiques, analyses univariées et multivariées), de l'analyse spatiale (le buffer ou zone tampon), et de la cartographie statistique (cercles proportionnels, cartographie thématique, discrétisation).

Ces approches quantitatives et socio-spatiales ont permis une mise à plat de nos données. Toutefois sans l'observation et la prise en compte du terrain et des discussions informelles avec les acteurs de la santé ou les utilisateurs des soins, nous n'aurions pas pu expliquer et nourrir nos résultats.

b. Un éclairage de la géographie de la ville

Cette étude apporte des informations essentielles quant au fonctionnement du système de soins en général, aux problèmes liés à l'accès aux soins et aux adaptations à envisager dans un contexte urbain particulier. Le choix du système de soins pour éclairer la géographie générale de la ville n'est pas anodin. Les structures spatiales fortes dégagées par l'analyse de l'offre de soins et de son activité ont concouru à révéler des sous-ensembles homogènes de la ville, différenciant ainsi des quartiers privilégiés ou défavorisés. Elles ont aussi mis en évidence à maintes reprises la dichotomie entre les différents types de quartiers de la ville. La répartition de l'offre de soins n'a pas uniquement mis en exergue cette opposition, puisqu'au sein de la ville, les quartiers Nord apparaissent comme les parents pauvres de la distribution des services urbains.

Cependant, au regard des pratiques citadines du recours aux soins, une toute autre image de la ville confirmait bien la complexité et l'hétérogénéité intra-urbaine de ce terrain de recherche. En outre, l'étude du système de soins a montré la présence de différents acteurs à chaque échelle de décision et les conflits d'intérêt que cela pouvait entraîner. Enfin, des disparités socio-spatiales de santé ont été identifiées dans les différentes composantes du système de soins et cela malgré la situation privilégiée de la capitale en

terme de ressources sanitaires, humaines et techniques. Abidjan doit donc encore répondre à des enjeux sanitaires et urbains importants.

c. Des disparités aux inégalités socio-spatiales fortes

Nous avons pu montrer dans ce travail la récurrence de ces disparités par la répartition inégale des services de santé, mais surtout par un accès différentiel aux soins. La répartition inégale des services de soins, à l'instar d'autres services urbains, met en exergue des choix politiques visant à mettre en valeur certains quartiers ou lieux de résidences aux dépens d'autres. Ainsi, l'ensemble des quartiers précaires de la ville sont restés en marge du développement abondant de l'offre de soins. L'équipement en services de soins de ces périphéries se fera encore désirer quelques années, car si le lotissement a débuté dans plusieurs quartiers irréguliers, les travaux de viabilisation ne sont pas encore à l'ordre du jour pour tous.

L'analyse de l'activité du système de soins n'a pas mis en évidence le poids du facteur « localisation » des structures de soins dans leur utilisation, leur influence ou le recrutement d'un certain type de patients. Plus fort que l'ancrage du service de soins dans tel ou tel quartier, le statut de la structure (privé, public, parapublic, confessionnel) et le niveau des soins (infirmiers, de médecine générale ou de spécialité médicale) déterminent avant tout la demande de soins. Les disparités observées dans les profils des consultants ont mis en exergue le cloisonnement du système de soins qui cible des catégories de consultants de plus en plus spécifiques.

Quand on passe du point de vue des prestataires de soins à celui des populations, l'analyse du recours aux soins à une échelle plus fine montre des taux de recours et des itinéraires de soins qui diffèrent selon les quartiers ou lieux de résidences que nous avons enquêtés, mettant ainsi en avant des caractéristiques contextuelles qui n'étaient pas apparues du point de vue des prestataires de soins. Ainsi, les individus trouvent ou ne trouvent pas dans leurs environnements respectifs, les moyens et les conditions nécessaires pour se soigner ou conserver leur santé.

Ces logiques de soins sont ancrées dans des territoires qui ont subi de façon différentielle les processus d'urbanisation.

Qu'est ce qui justifie la récurrence de ces disparités socio-spatiales de santé à plusieurs échelles du système de soins ? L'accumulation de ces disparités est en effet à la cause des inégalités socio-spatiale par rapport à l'accès aux soins. Certains citoyens ont ainsi le sentiment d'être de « seconde zone ». Ces citoyens sont moins mobiles, résident dans des espaces moins équipés et les conséquences de leur marginalisation sur la santé sont flagrantes : ils subissent davantage leur environnement et connaissent moins de liberté dans la façon de se soigner. Ces différences ancrées dans certains quartiers de la ville et qui persistent, sont vécues et perçues par les citoyens comme des injustices et sont donc sources d'inégalités. Cette conscience d'être laissé en marge pose donc la question du droit à la ville, à la santé. Traiter de la justice spatiale n'impliquera pas seulement de s'interroger sur une localisation optimale des structures de soins, mais nécessitera une réflexion sur les causes des inégalités entre les territoires. Ces inégalités spatiales de santé sont des inégalités sociales, et leur réduction passe par celle des inégalités dans la société.

2. De nouvelles pistes de recherches

De nombreux facteurs socio-économiques, culturels et contextuels ont été identifiés comme des barrières potentielles au recours aux soins. Ces facteurs peuvent aider à

identifier des groupes de populations vulnérables afin d'aider à la planification des interventions de santé publique dans ce domaine. Toutefois, d'autres facteurs non pris en compte dans l'analyse des déterminants du recours aux soins doivent être évoqués. Tout d'abord, les liens entre la mère et l'enfant n'ont pu être exploités du fait de plusieurs difficultés techniques (données souvent peu précises par rapport au lien de parenté entre l'enfant et l'accompagnant, données manquantes, etc.). L'importance du rôle de la mère dans la prise en charge des soins de l'enfant est cependant clairement reconnue. La mère a la responsabilité d'identifier la maladie et de prodiguer les premiers soins. Son niveau d'éducation, son âge, son expérience en tant que mère ou dans l'éducation des enfants sont donc autant de facteurs à ne pas négliger. En ce qui concerne l'épisode morbide lui-même, plus d'informations auraient été nécessaires relatives à sa gravité, sa durée, car le recours à un service de soins serait d'abord influencé par les caractéristiques de l'épisode morbide.

Enfin, les récents outils d'analyse multiniveau permettraient de connaître la part des facteurs de risques dans la probabilité de recours aux soins en estimant le poids respectif des facteurs contextuels et individuels. Mais au-delà, ce sont surtout des enquêtes qualitatives auprès des ménages qui seraient nécessaires pour analyser les processus dans lesquels sont ancrées les stratégies de recours aux soins. De même, pour comprendre les besoins de soins, et plus loin leur construction sociale, autrement que par les interviews réalisés lors des enquêtes domiciliaires qui portaient sur quelques indicateurs de santé, la réalisation d'enquêtes qualitatives anthropo-sociologiques est nécessaire. Les principales questions posées aux cours de ces enquêtes seraient : Quels sont les éléments qui conditionnent le recours aux soins ? Quelle est la place de la santé au sein des familles ? Nous aurions alors la possibilité de montrer ce qui est producteur de bonne santé ou de mauvaise santé, de comprendre comment se construit ou se détériore la santé.

L'étude a contribué à réaffirmer l'importance d'une spécificité urbaine de la santé, en termes d'état de santé, en termes de multitudes de recours aux soins, mais surtout de modifications, de transformations du système de soins sous l'influence de la croissance urbaine. Peut-on pour autant conclure à une transition sanitaire à Abidjan ? Bien sûr, pour pouvoir répondre à cette question, il aurait fallu conduire une étude similaire en milieu rural et dans une ville secondaire du pays de sorte à mesurer le changement sanitaire.

D'un point de vue épidémiologique, nous pouvons conclure que les maladies infectieuses et parasitaires restent le principal fardeau de morbidité de la population abidjanaise. Cependant, en s'établissant à 42,2%, la prévalence d'hypertension artérielle observée dans les populations de plus de 35 ans que nous avons enquêtées, montre que la transition sanitaire se fait sentir, mais elle n'est clairement pas achevée. Une autre hypothèse serait d'envisager que ce changement sanitaire ne conduira pas dans les pays sub-sahariens au remplacement des pathologies infectieuses et parasitaires par les pathologies de dégénérescence et chroniques mais à leur superposition. On voit d'ailleurs s'accroître la prévalence d'obésité (24,9% chez les femmes de plus de 33 ans) dans le même temps.

3. Des nécessaires prises de conscience à opérer : quelques propositions

Un des objectifs de la géographie de la santé est l'aide à la décision en santé publique. La présente étude doctorale étant effectuée dans ce champ, elle se doit de faire des propositions et des mises en garde à l'une des observations faites sur le terrain.

a. La segmentation du système de soins

Les autorités sanitaires ne devraient-elles pas s’alerter devant la segmentation croissante du système de soins ? La prolifération de l’offre privée lucrative n’améliorera pas forcément l’accès aux soins des citoyens si elle n’est pas contrôlée dans sa distribution, dans la qualité des services de soins fournis et dans la formation du personnel soignant. Si ces nouveaux acteurs de la santé sont une des réponses à l’accroissement des besoins de soins dans les villes, ils ne prennent en charge qu’une partie des citoyens malgré la disponibilité de moyens financiers importants. À côté, le secteur public se dégrade et se confine de plus en plus à la prise en charge des populations les plus pauvres. Que doit-on penser quand en 2011 à l’occasion de visite officielle à l’étranger, les autorités sanitaires préfèrent montrer la technicité et la modernité de la polyclinique internationale Pisam qui soigne quelques rares privilégiés plutôt que de montrer l’hôpital général ou le CHU qui a pour vocation de prendre en charge tous les autres ? Quelle fausse image de la réalité cherche-t-on à promouvoir ici ? Il faut donc mettre en garde contre la naissance d’une médecine à deux vitesses, comme on l’évoque pour de nombreux systèmes de santé au Nord comme au Sud. Si les écarts entre les secteurs de soins se creusent par la baisse de la qualité des soins, les pratiques de corruption gangrènent également le système et sont un réel calvaire pour les familles.

b. La lutte contre la corruption

Le secteur de la santé est par essence celui où la corruption ne devrait pas exister puisque la santé est un objectif pour tous. Cependant, en Côte d’Ivoire, la santé est un des secteurs les plus touchés par ce phénomène. La corruption se manifeste par des privilèges pour les patients au pouvoir d’achat élevé, par la fixation libre du prix des soins, par le détournement des patients vers des cliniques privées, par le chantage ou encore par la prolifération de circuits parallèles. Si la corruption entretient les inégalités dans l’accès aux soins, elle va bien au-delà, en déshumanisant la pratique médicale et en détériorant la qualité des services de soins et celle de leur image aux yeux de la population. Dans le cadre d’une amélioration du recours aux soins des citoyens, il devient urgent de lutter contre ces pratiques par la prévention et aussi la sanction des personnels de santé qui les perpétuent.

c. Éducation et sensibilisation à la santé

Dans l’étude sur les pratiques de soins des populations, nous avons vu que la prise en charge de la santé et de la maladie étaient d’abord du ressort du ménage et de la famille.

Il convient de rappeler l’énorme potentiel que constitue cette volonté et cette capacité de prise en charge autonome de la maladie. Cette volonté doit être encouragée, renforcée et orientée. Cela passe par un énorme travail éducatif en vue de promouvoir la santé, de préserver les maladies et d’assurer les soins de base. Ces points sont en vigueur, mais ils ne sont pas suffisamment maîtrisés. Les services de santé ont indéniablement un rôle important à jouer dans cette éducation à la santé. Mais elle implique au préalable le développement d’un concept global d’éducation à la santé en concertation entre le Ministère de la santé publique et celui de l’éducation nationale.

Une formation spécifique devrait ensuite être dispensée aux agents de santé, incluant une véritable sensibilisation à leur fonction d’agent de santé publique.

Les médias de masse (radio, télévision, panneaux d’affiches, etc.) devraient être associés à ces sensibilisations, comme c’est souvent le cas pour les campagnes nationales de vaccination ou de lutte contre le VIH-SIDA.

d. Le financement des soins et la prise en charge des populations vulnérables

La disponibilité financière ou la capacité à mobiliser des ressources dans son entourage est un des principaux facteurs de recours aux soins que nous avons identifié. L'absence quasi généralisée de toute forme de sécurité sociale favorise systématiquement les recours à l'automédication mais aussi au secteur informel à bas prix et de faible qualité face au secteur formel privé, public ou confessionnel. Il apparaît donc indispensable de promouvoir la mise en place de mutuelles pour améliorer la capacité des ménages à financer les soins de santé afin d'augmenter non seulement les taux de recours à l'offre de soins moderne, mais aussi de favoriser l'observance des traitements thérapeutiques. La promotion de mutuelles doit aussi passer par l'existence de campagnes d'information et de sensibilisation, car de nombreuses initiatives mutualistes existent déjà, comme l'AMU (Assurance Maladie Universelle) par exemple mise en place depuis 2004, qui prend en compte toutes les charges médicales. Ce type d'assurance maladie est le premier en Afrique sub-saharienne. Mais la population a très peu adhéré à cette initiative. Or, le manque de moyens financiers ne peut pas tout expliquer. Les autorités doivent donc trouver des solutions pour recueillir l'adhésion des populations aux mutuelles dans un contexte particulier où les initiatives communautaires ou de quartiers fonctionnent moins bien qu'en milieu rural et où l'on observe une perte des liens sociaux entre les gens et ainsi une moindre solidarité. À ce propos, Salem écrivait pour Pikine qu' « *en ville, un problème de santé est d'abord un problème individuel et familial, pas de la collectivité hétérogène qui habite le quartier. Il n'y a pas de santé communautaire sans communauté !* » [1998]. Se pose donc une fois de plus la question de l'intégration des nouveaux citoyens. De telles initiatives doivent être menées en considérant prioritairement le cas des populations les plus démunies et celui des indigents qui rencontrent des obstacles dans la prise en charge de leurs besoins de soins.

Enfin, cette étude a révélé l'urgence d'inclure la planification sanitaire des villes dans les plans nationaux des politiques sanitaires afin d'améliorer par exemple la coopération entre les différents acteurs de la santé et de contrôler le développement de l'offre privée lucrative. La maîtrise de la croissance urbaine est aussi un gage de bon fonctionnement, car il faut pouvoir offrir aux nouveaux citoyens les mêmes chances d'intégration, le même droit à la ville qu'aux anciens. Les autorités sanitaires et urbaines devront enfin se poser la question du coût social et territorial de la santé, qui a un impact direct sur les dynamiques territoriales. Mais la planification devra aussi penser à l'échelle des quartiers, qui ont pris tout leur sens lors de l'analyse des pratiques citadines du recours aux soins. La récurrence de moins bons niveaux d'équipements ou d'équipements peu fiables, l'enclavement, la perte du lien social dans certains lieux de résidences, le faible niveau d'éducation sont autant de facteurs qui ont justifié la faible utilisation des services de soins dans la capitale. Le sentiment de n'avoir pas le même droit à la ville et d'être en marge des pratiques urbaines se ressent et se partage à cette échelle du quartier.

Si l'on veut améliorer l'accès aux soins à toute la population de la ville, il faut adapter les services de santé à leurs besoins et aux caractéristiques qui les déterminent. Il faut se donner les moyens d'anticiper sur les problèmes de santé pour faciliter l'accès aux soins.

4. Les recommandations faites par les ménages pour améliorer leur santé

Chaque ménage a un rôle à jouer dans la promotion de sa santé et de la santé communautaire. Nous souhaitons leur laisser ici la parole, afin qu'ils puissent exposer leur attitude face à la santé, à leurs besoins, aux moyens de l'assouvir, aux acteurs principalement impliqués, etc.

À cet effet, nous terminons chaque interview auprès des ménages par une question ouverte : « À votre avis, que faudrait-il faire⁹¹ ou avoir pour améliorer la santé de votre ménage ou pour l'aider à se soigner ? ».

Des recommandations qui se rapprochent des solutions proposées dans ce travail. Plus de 72% des ménages ont répondu à ces questions ouvertes relatives aux actions et moyens nécessaires pour promouvoir la santé. Ces réponses varient d'un quartier à un autre. Plusieurs particularités locales sont ressorties.

Plus de 35% des répondants demandent le bon fonctionnement des services de santé publics. Les ménages font allusion à la disponibilité, à l'accueil, aux sous-équipements des établissements publics. C'est seulement 8% des ménages qui ont demandé la construction de services de santé dans les quartiers, demandes plus formulées par les habitants des quartiers précaires. Cette demande est difficile à réaliser, car ces quartiers ne sont pas viabilisés, aménagés pour accueillir ces structures de santé, mais ils pourront jouir des autres établissements de proximité des autres quartiers.

La couverture sanitaire semble ne pas préoccuper les ménages, c'est plus l'efficacité, la qualité des soins dispensés dans les structures de santé qui les préoccupent.

Quarante-sept pour-cent (47%) demandent un aménagement des coûts de soins, 52% se plaignent de la cherté des prestations. Beaucoup de ménages savent que la santé n'est pas gratuite, mais ce qu'ils déplorent ce sont parfois les nombreuses ordonnances ou les diagnostics des médecins, qu'ils jugent parfois inefficaces et inappropriés (exemple de la tendance à la césarienne pour les femmes enceintes qui peuvent accoucher parfois par voie basse). Pour les ménages, les services de santé se présentent comme une véritable entreprise qui cherche à se faire des profits sur le dos des malades, ce qu'ils trouvent inadmissible.

Nous avons vu que pour plus de la moitié des répondants, la promotion de la santé, concerne l'amélioration des prestations des services de santé existants, plus que la construction de nouveaux services de santé. Les médicaments y tiennent parfois une place prépondérante, car ils sont considérés comme l'essence même de l'efficacité thérapeutique des services de santé.

Une attention toute particulière devrait être accordée par les agents de santé à une image négative qui, bien que largement injustifiée actuellement, n'en conditionne pas moins le comportement de recherche de soins des malades.

Pour un tiers des ménages, certains comportements des personnels de santé doivent être changés afin que la population ait plus de facilité à accéder aux soins de santé. Ces modifications doivent toucher notamment les prescriptions, le contact avec les patients et une meilleure planification des campagnes de vaccinations. De même, le traitement doit être correctement expliqué. Les ordonnances doivent pouvoir être le plus souvent possibles satisfaites par les pharmacies de la santé publique proposant des médicaments génériques dont le coût est moindre que ceux achetés dans les autres pharmacies privées. De plus, les personnels de santé doivent faire un effort et prescrire les produits pharmaceutiques les moins onéreux, car selon les personnes enquêtées, il semble que les médicaments génériques ne soient pas ceux qui sont les plus fréquemment prescrits par ces derniers.

⁹¹ Cette question se ramène à ce que le ménage peut faire pour avoir une bonne santé (prévention, hygiène de vie, etc.) et les autorités compétentes.

Beaucoup de souhaits exprimés par les abidjanais ne précisent en effet pas qui doit les réaliser. Plus de 16% des répondants souhaitent une aide contre des problèmes spécifiques, c'est-à-dire surtout recevoir gratuitement des médicaments ou parfois des vaccins qui les guérissent ou les prémuniraient contre les maladies spécifiques frappant leurs ménages ; voire les éradiquer. Trente-un pour-cent (31%) pensent qu'un bon assainissement des déchets et des ordures ménagères de leurs quartiers amélioreraient considérablement leur santé. L'analyse des profils des lieux de résidences, nous a en effet, révélés que l'un des problèmes majeurs dont souffrent les ménages sont les problèmes d'assainissement.

Environ, 25% des ménages pensent que la promotion de la santé passe par la valorisation et la revalorisation ou « l'amélioration de la médecine traditionnelle ». Pour eux, il est important dans les campagnes de sensibilisation de ne pas dévaloriser la médecine traditionnelle, qui est fortement ancrée dans les mentalités et qui traite efficacement certaines pathologies. Certains ajoutent qu'il faut non seulement l'encourager, mais, encore l'associer à la médecine moderne. Ils justifient cette maintenance de la médecine traditionnelle par son efficacité, par son bas coût, et une conservation de l'identité culturelle. Il conviendrait, si un recensement devait être fait, de hiérarchiser leurs compétences afin de distinguer ceux qui ont une véritable connaissance thérapeutique de ceux qui ont des connaissances plus proches de ce que l'on peut qualifier de « recettes de grand-mère ». Tout le monde s'accorde pour dire, et il suffit de se rendre sur les places publiques et d'écouter les radios locales ou regarder la télévision nationale pour s'en rendre compte, que les praticiens traditionnels ont adopté depuis quelques années une stratégie offensive de marketing, notamment dans les villes : utilisant les médias, ils passent des messages publicitaires, ils inventent un schéma thérapeutique traditionnel pour des maladies récentes, laissées sans réponse thérapeutique par les structures modernes [Touré, 2002]. Ils se modernisent en utilisant du matériel médical (tensiomètre, table de consultation, etc.) et vont jusqu'à référer leurs patients (surtout les enfants et les femmes enceintes) au centre de santé [Fournier et *al.*, 2002].

Une partie des répondants (51%) insistent sur l'effet inhibiteur de la paupérisation de la vie sur leur santé. La pauvreté les empêcherait notamment de se soigner comme ils le souhaiteraient. Rejoignant ainsi ceux qui souhaitent explicitement une baisse des prix des prestations dans les services de santé. Ces répondants pensent donc que la promotion de la santé passe par la baisse des prix, voire aussi par la promotion économique de la population.

Ces différentes réponses laissent entendre que l'amélioration de la santé du ménage passe par une action extérieure au ménage. La promotion de la santé n'est pas alors considérée comme un but en soi, mais plutôt, comme la conséquence d'un processus plus général de développement économique, auquel des acteurs extérieurs, comme l'État doivent contribuer. La population attend massivement beaucoup de l'extérieur pour améliorer sa santé. Leur participation se limite beaucoup plus à consommer les prestations ou les médicaments que « une aide extérieure » voudrait ou devrait leur fournir.

Cette faible capacité de prendre davantage en charge au niveau du ménage la santé, résulte du fait que la plupart des ménages pensent que l'amélioration de la santé passe avant tout par des mesures curatives, a posteriori, plutôt que par des mesures préventives à priori. Cette dépendance à cent pour-cent de l'extérieur, est un impact pour l'accès aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

ABAULETH R., KOUAKOU P., KOFFI A., 2007, "La consultation prénatale, analyse de 332 carnets à la maternité du CHU de Cocody", *Médecine Afrique Noire*, 54(4) : 226-230.

ADAY L., ANDERSEN R., 1974, "A framework for the study of access to medical care", *health Services Research*, 208-219.

ADAY L., ANDERSEN R., FLEMING G., 1980, *Health care in the U.S: equitable for whom ?*, Beverly Hills : Sage Publication.

ADAY L., BEGLEY C., LAIRSON D., SLATER C., 1998, "A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and equity of behavioral healthcare", *The American Journal of Managed Care*, 5 : 25-44.

ADJAMAGBO A., GUILLAUME A., KOFFI N., (eds.), 1999, *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, Paris : IRD, 165p.

AKHTAR R., 1987, *Health disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*, Hardwood academic publishers, 520p.

AKHTAR R., IZHAR N., 1994, "Spatial inequalities and historical evolution in health provision: Indian and Zambian examples", in : PHILLIPS D. and VERHASSELT Y. (eds.), *Health and development* : 216-233, London, New York : Rout ledge, 331p.

ALLONIER C., DEBRAND T., LUCAS-GABRIELLI V., AURELIE-PIERRE., 2007, "Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensibles", *Bulletin d'information en économie de la santé*, 17 : 6.

AMAT-ROZE J-M., BUISSON J., GINOT L., [et al], 1994, "Les systèmes de recours aux soins à la plaine Saint-Denis : étude géographique à l'échelle locale", *Cahiers GEOS*, 29 : 1-50.

AMAT-ROZE J-M., 2003, "La santé en Afrique, un continent, deux mondes", in LESOURD M. (coord.), *Afrique, Vulnérabilités et Défis*, Éditions du Temps, 22p.

ANDERSEN R., NEWMAN J., 1972, *Societal and individual determinants of medical care utilization in United States*, Milbank Memorial Fund Waterly : 95-124.

ANDERSEN R., 1995, "Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter ?", *Journal of health and social behaviour*, 36 (1): 1-10.

ANNIS S., 1981, "Physical access and utilization of health services in rural Guatemala", *Social Science and Medicine*, 15D (4) : 515-523.

ANTOINE P., DITTEN A., HENRY C., 1983, *Abidjan une population qui double tous les 7 ans*, ORSTOM, Abidjan, 37-61.

AUDIBERT M., ROODENBEKE E., 2005, *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives*, Région Afrique/Banque mondiale, 128p.

AUTHIER J., 2001, "Les rapports au quartier", in Authier J. (éds.), *Du domicile à la ville, Vivre en quartier ancien*, Paris-Anthropos, 133-169.

- AYE M., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P.**, 2002, "Economic role of solidarity and social capital in accessing modern health care services in the Ivory Coast", *Social Science and Medicine*, 55 : 1929-1946.
- BAILEY W., PHILLIPS D.**, 1990, "Special patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaica", *Social Science and Medicine*, 30 (1) : 1-12.
- BARRY A., FOFANA L.**, 1998, *Analyse de la qualité des soins de santé en Côte d'Ivoire : Etude comparative de l'opinion des utilisateurs des services de santé et de l'opinion du personnel soignant dans deux zones : le Sud-Ouest et le Centre-Ouest d'une part et le Nord, le Nord-Ouest et le Nord-Est de l'autre*, ENSEA, 69p.
- BACHMANN M.O., COLVIN M.S., NSIBANDE D., CONNOLLY C., CURTIS B.**, 2004, "Quality of primary care for sexually transmitted diseases in Durban, South Africa: influences of patient, nurse, organizational and socioeconomic characteristics", *International Journal STD AIDS*, 15 : 382-394.
- BADO J-P.**, 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Karthala, 432p.
- BALTUSSEN R., YE Y.**, 2006, "Quality of care of modern health services as perceived by users and non-users in Burkina Faso", *International Journal of Quality in Health Care*, 18 (1) : 30-34.
- BAMBA K., YAPI A., DOUCOURE I., KOUYE P.**, 2004, *La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire*, Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris, 17p.
- BANQUE MONDIALE**, 2001, *Human Development Report*, 301p.
- BANQUE MONDIALE**, 2009, *Rapport sur le Développement Humain, Corruption et Développement Humain*, Côte d'Ivoire, 207p.
- BARBIERI M.**, 1991, *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*, Paris, Ceped, n°18, 40p.
- BAUDON D., LOUIS F.J., MARTET G.**, 1996, "En Afrique, le paludisme urbain est le paludisme de demain", *Médecine Tropicale*, 56 : 323-325.
- BAVOUX J-J.**, 2002, *La géographie : Objets, Méthodes, Débats*, Armand Colin (2), Paris, 301p.
- BEAUJEU-GARNIER J.**, 1980, *Géographie urbaine*, Armand Colin, Collection U, 360p.
- BECKER S., MAIMAN L.A., KIRSCHT J.P., HAEFNER D.P., DRACHMAN R.H.**, 1977, "The health belief model and prediction of dietary confidence : a field experiment", *Journal of health and social behaviour*, 18 (4) : 348-366.
- BÉGUIN H.**, 1979, *Méthodes d'analyse géographique quantitative*, Paris, Litec, 252p.
- BEGUIN M., PUMAIN D.**, 1994, *La représentation des données géographiques*, Armand colin, Paris, 191p.
- BENIE J., TIEMBRE I., ANDOH H., TETCHI O., KPEBO D., TRAORE Y., ET TAGLIANTE-SARACINO J.**, 2005, "Qualité de l'offre des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) dans le district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire", *Santé publique*, 20 (5) : 425-432.

- BENOIST J., (dir.)**, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Khartala, (Medicine du Monde), 520p.
- BENSON J. S.**, 2001, "The impact of privatization on access in Tanzania", *Social Science and Medicine*, 52 : 1903-1915.
- BERCHE T.**, 1986, "Les centres de santé de l'église catholique en Afrique noire francophone", *La santé dans le tiers-monde*, Prévenir, 12 : 55-60.
- BERMAN S., HANSON K.**, 1993, *Assessing the private sector. Using non-government resources to strengthen public health goals, Methodological guidelines*, Harvard University, Data for decision-making project.
- BOILEAU C., EBOKO F.**, 2000, "Enjeux sociaux et structures de soins : raison et déraison sociales des institutions sanitaires", *Face à face : Regards sur la santé*, Université de Bordeaux, 2 : 1-5.
- BOITEUX-ORAIN C., HURIOT J.-M.**, 2000, "Modéliser la suburbanisation", LATEC-Université de Bourgogne-CNRS, *Table ronde Intégration et désintégration urbaines*, Aussois, 6-8 janvier 2000.
- BONNET P.**, 2002, *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*, Mémoire DEA, Université Paul Valéry Montpellier 3, 25p.
- BONI C.**, 1998, *Rôle des CHU dans le système sanitaire de Côte d'Ivoire*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Cocody-Abidjan, 124p.
- BORDIN P.**, 2002, *SIG, concepts, outils et données*, Lavoisier, Paris, 259p.
- BOUYER J., HEMON D., CORDIER S., DERRIENNIC F., STUCKER B., STENGEL B., CLAVEL J.**, 1995, *Épidémiologie. Principes et méthodes quantitatives*, Paris, Inserm, 498p.
- BOURY F.**, 2000, *Géographie de l'offre de soins et aménagement du territoire en Aquitaine*, Mémoire de DEA, Université Paris-Sorbonne, 145p.
- BRÜCKER G., FASSIN.**, 1989, "Santé publique", *Science sociales et santé*, Volume 8 : 98-92.
- BRUNET-JAILLY J.**, 1996, "La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement", in : *Crise et population en Afrique*, Paris : Ceped 13 : 233-272.
- BRUNET-JAILLY J.**, 1997, *Innovations dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris : Karthala.
- BRUNET-JAILLY J.**, 2002, "Sciences au Sud", IRD, *Hors-série développement et environnement*, 2002 : 12-18.
- BURGEL G.**, 1993, *La ville aujourd'hui*, Hachette, Coll. Pluriel, 224p.
- BUTERA, DAMASCENE, FIENO J., DIARRA S., KOMBE G., DECKER C., OULAI S.**, 2005, *Évaluation des besoins en ressources humaines pour réaliser les objectifs du Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le SIDA (PEPFAR) et offrir des services de santé de base en Côte d'Ivoire*, Bethesda, MD : The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc, 65p.
- CADÈNE P.**, 2004, *Le commentaire de cartes et de documents géographiques*, édition Belin, 216p.

CADOT E., FOURNET F., TRAORÉ S., N'GUESSAN N., HERVOUËT J.-P., 1998, "Approche géographique de la schistosomiase urinaire dans une ville moyenne, Daloa (Côte d'Ivoire) ", *Cahiers Santé*, 8 : 447-453.

CADOT E., 2001, *Espace urbain, santé et offre de soins : géographie d'un centre régional africain (Daloa, Côte d'Ivoire)*, Thèse de doctorat, Université de Paris-X-Nanterre, 301p.

CADOT E., HARANG M., 2006, "Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso)", *Espace, Populations, Sociétés*, 2 (3) : 229-239.

CALDWELL J.C. (ed.), FINDLEY S.E. (ed.), CALDWELL P. (ed.), SANTOW G. (ed.), COSFORD W. (ed.), BRAID J. (ed.), BROERS FREEMAN D., 1990, "What we know about health transition : the cultural, social and behavioural determinants of health", Canberra : Australian National University, Vol.2 : 500-933.

CANTRELLE P., LOCOH T., 1990, *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, Dossiers du CEPED, 10, 39p.

CASTEL TALLET M., MAGNIEZ C., OSWALT N., 2007, *Démographie des professionnels de santé : Quelles zones « fragiles pour l'accès aux soins ?*, ORS, 2, 225p.

CHADULE G., 1997, *Initiation aux pratiques statistiques en géographie*, Armand Colin, Paris, 200p.

CHAIX B., CHAUVIN P., 2002, "L'apport des modèles multiniveaux dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de littérature", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 50 : 489-499.

CHAIX B., CHAUVIN P., 2005, "Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins. L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales", *Bulletin d'information en économie de la santé*, N°104, 6p.

CHAPELET P., 2006, "L'accès aux médicaments à Delhi", *Espace populations sociétés*, Numéro 2006/2-3, 15p.

CHARREIRE H., COMBIER E., 2006, "Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire", *Espace populations sociétés*, Numéro 2006/2-3, 16p.

CHAUME R., CHAMPAUD J., CHEREL J.-P., TISSANDIER C., BARRET E., ATKINSON A., MUSCAT G., 1993, *Croissance urbaine, environnement et imagerie satellite*, Paris, Orstom, 301p.

CLARINVAL B., ARNOLDUSSEN D., HUYGENS P., GRODOS D., MARET P., TONGLET R., 1999, *L'organisation du système de santé dans les villes d'Afrique sub-saharienne : modèles et pratiques*, Etude interuniversitaire en Appui à la Politique de Coopération, ULB/UCL, Bruxelles.

CLELAND J.G., VAN GINNEKEN J.K., 1988, "Maternal education and child survival in developing countries : the search of pathways of influence", *Social Science and Medicine*, 27 : 1357-1368.

CONFERENCE aux XIVème J.U.F.P.M. de Ouagadougou, 2 au 5 avril 2001, *Analyser les besoins de santé de la population/communauté pour définir des buts de formation médicale : qui, quoi et comment ?*, 9-17.

CREDES., 2003, "Santé, soins et protection sociale en 2002", *Bulletin d'information en économie de la santé*, N°78, 8p.

CRIEL B., 1993, *Financement des soins de santé primaires : cas d'un schéma de pré-paiement au niveau du premier échelon*, Centre international de l'enfance, Argent de santé : expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 septembre, 1991 : 123-136, Paris : CIE, 321p.

DAYO R., 2004, *Évaluation du degré de satisfaction des besoins et des attentes des usagers des urgences du CHU de Yopougon*, Thèse de doctorat en médecine, Université Cocody-Abidjan, 158p.

DELCROIX S., GUILLAUME A., 1993, *Statut des femmes et comportements de santé en Côte d'Ivoire*, in : *Women and demographic change in sub-saharan Africa*, Vol.1, UIESP, Belgique.

DEVELAY A., 1993, *Repérage des modes et des facteurs d'utilisation des différents types de soins par la population de la ville de Ouagadougou*, Thèse de doctorat en médecine, Université René Descartes, 131p.

DEVELAY A., SAUERBORN R., DIESFELD H.J., 1996, "Utilization of health care in an african urban area : Results from a household survey in Ouagadougou, Burkina Faso", *Social Science and Medicine*, 43 (11) : 1611-1619.

DIABATE H., KODJO L., 1991, *Notre Abidjan toujours plus haut*, Mairie d'Abidjan, Ivoire média, 256p.

DIAKITÉ B., 1993, *Problèmes des nomades au Gourma*, in : BRUNET-JAILLY JOSEPH (éds), *se soigner au Mali : une construction des sciences sociales, douze expérience de Terrain* : 193-209, Paris, Karthala, Orstom, 342p.

DIARRA T., 1993, *Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni*, in : *Se soigner au mali*/Brunet-Jailly J. (dir.), Paris : Khartala ; Orstom, 343p.

DJEGUEMA A., 2006, *Crises et recompositions dans les modes d'habiter et les pratiques sociales à Abidjan*, 42nd ISoCaRP Congress 2006, 19p.

DJUÉ N., 2002, *Économie Industrielle et problèmes d'environnement dans la partie méridionale*, Abidjan, Projet de thèse, 75p.

DOMERGUE-CLOAREC D., 1998, *L'infrastructure de santé : l'héritage colonial à Abidjan*, in DELER J.P., LE BRIS E., SCHNEIER G., *Les métropoles du Sud au risque de la culture planétaire*, Karthala : 175-184.

DONABEDIAN A., 1973, *Aspects of medical care administration : specifying requirements for health care*, Cambridge, Harvard University Press, 649p.

DORIER-APPRILL E., 1995, "Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique Noire", *Espace, Populations et Sociétés*, 1 : 135-141.

DORY D., 1990, "À propos d'un aspect de l'accessibilité aux soins psychiatriques en France", *Hommes et Terres du Nord*, 2 : 103-107.

- DORY D.**, 1992, "Toward a geographic analysis of pluralistic health care systems", *Geographic Medica Suppl*, 8 : 61-63.
- DRAME F.**, 2006, "Attraction des services de soins de santé primaires et des centres de dépistage du VIH à Dakar (Sénégal). Améliorer l'approche par zone de polarisation", *Espace populations sociétés*, Numéro 2006/2-3, 12p.
- DSRP**, 2009., *Stratégie de relance du développement et de réduction de la pauvreté*, République de Côte d'Ivoire, 198p.
- DUFOUR.**, 1974, *Étude préliminaire de la pollution de la lagune Ébrié autour d'Abidjan*, Rapport de mission, CRO, Abidjan, 65-69.
- DUMOLARD P.**, 2011, *Données géographiques : analyse statistique multivariée*, Lavoisier, Paris, 204p
- DUTTON D.**, 1986, "Financial, organization and professional factors affecting health care utilization", *Social Science and Medicine*, 23 (7) : 721-735.
- EGUNJOBI L.**, 1983, "Factors influencing choice of hospitals : a case study of the Northern part of oyo State, Nigeria", *Social Science and Medicine*, 17 (9) : 585-589.
- ELLAWAY A., MACINTYRE S.**, 1996, "Does where you live predict health related behaviours ? A case study in Glasgow", *Health Bulletin*, 54 : 443-446.
- ELLAWAY A., MACINTYRE S.**, 2001, *Women in their place. Gender and perceptions of neighbourhoods and health in the West of Scotland*, in *Geographies of women's health*, Dyck I., Davis Lewis N., McLafferty S. (eds.), London : Routledge, 265-281.
- EL-BUSHRA El-Sayed.**, 1985, "The distribution of population and medical facilities in the Arab republic of Yemen", *Geo Journal*, 11 (2) : 161-164.
- EPELBOIN A.**, 2005, *Médecine et croyances en Afrique*, Revue Science et croyances, CNRS, n°6.
- EVANS R.G., BARER M.L., MARMOR T.O.**, 1996, *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Presses de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotext, 359p.
- FAINZANG S.**, 1986, *L'intérieur des choses, maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan, 204p.
- FASSIN D., CANTRELLE P., FERRY B.**, 1991, "Utilisation des statistiques sanitaires dans les structures périphériques dans les pays en développement", *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 84 : 368-374.
- FASSIN D.**, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique : une anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, 359p.
- FASSIN, D.**, 1997, *L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme*, Esprit, Paris, février 1997.
- FELDMANN L.**, 1982, *La médecine occidentale africaine en 1980, l'Hôpital de Ouagadougou*, Doctorat de Médecine, Université de Paris VI, 117p.

- FENELON J.-P.**, 1999, *Qu'est-ce que l'analyse des données ?*, SEISAM, Paris, 311p.
- FIEDLER J.**, 1981, "A review of literature on access and utilization of medical care with special emphasis in rural primary care", *Social Science and Medicine*, 129-142.
- FLEURET S.**, 2000, *Espaces hospitaliers, autour de l'exemple angevin : Essai d'une hospitalographie*, Thèse de Doctorat, Université d'Angers, 488p.
- FLEURET S., THOUÉZ J.-P.**, 2007, *Géographie de la santé : Un panorama*, Economica-Anthropos, Paris, 301p.
- FLEURET S., HOYEZ A.-C.**, 2011, *Santé et géographie : Nouveaux regards*, Economica-Anthropos, Paris, 251p.
- FLORI Y.A., TIZIO S.**, 2000, "Les politiques sanitaires subsahariennes : Efficacité versus équité ou efficacité ergo équité ? ", in ALCOUFFE A. et al., *Efficacité versus équité en économie sociale*, Le Harmattan : 467-490.
- FOURNET F., MEUNIER-NIKIEMA A., GERARD S.**, 2007, *Des processus d'urbanisation aux inégalités spatiales : géographie d'une capitale, Ouagadougou*, Petits atlas urbains, Éditions IRD, Paris, 150p.
- FOURNIER P., HADDAD S.**, 1995, "Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement", in GERARD H., PICHÉ V., *Sociologie des populations*, Montréal, PUM/AUPELF-UREF : 289-325.
- FRANCKEL A.**, 2004, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar*, thèse de doctorat Démographie, Université Paris-X-Nanterre, 465p.
- FRENK J.**, 1992, *The concept and measurement of accessibility*, WHITE Kerr, Health Services Research : an anthology : 842-855, Washington : Pan American Health Organization, 1082p.
- GAMI J.-P.**, 2005, *La croissance urbaine et l'offre de soins à N'Djaména (Tchad)*, Mémoire de DEA, Université de Paris-X-Nanterre, 101p.
- GARDNER G., HALWEIL B.**, 2000, *Underfed and overfed : the global epidemic of malnutrition*, Worldwatch Paper 150, Washington DC : Worldwatch Institute 2000, 80p.
- GASTINEAU B.**, 2004, "Offre de soins, recours aux soins et santé des femmes en Tunisie", Université de Paris-X-Nanterre, France, CERPOS D321, 408-424.
- GENTILINI M., DUFLO B.**, 1986, *Médecine Tropicale*, Flammarion Médecine Sciences, 839p.
- GEORGE P., VERGER F.**, 2009, *Dictionnaire de la géographie*, Édition(3), Quadrige, 480p.
- GERSHENBERG I., HASKELL M.**, 1972, "The distribution of medical services in Uganda", *Social Science and Medicine*, 6 : 353-372.
- GESLER W.**, 1979, "Illness and health practitioner en use in calabar, Nigeria", *Social Science and medicine*, 13 D1 : 23-30.
- GESLER W.**, 1984, *Health care in developing countries*, Washington : Association of American Geographers, Resource Publications in Geography, 88p.

- GNAN-KOUASSI A.**, 2008, *Utilisation des services de santé par les mères en cas de diarrhée*, Doctorat de Médecine, Université de Cocody-Abidjan, 101p.
- GUILLAUME A.**, 1991, *Rôle des femmes dans les soins portés aux enfants en milieu rural ivoirien*, Communication à la conférence Femme, famille, population, Ouagadougou, Burkina Faso, Avril 1991.
- GUILLAUME A., KASSI N., KOFFI N.**, 1997, "Morbidity, therapeutic behaviors and mortality in Sassandra", in : *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra*, ORSTOM, GIMIS-CI, Abidjan, 287-310.
- GBOTTA O.**, 2006, *Délai d'attente et satisfaction des patients en consultation à la PMI enfants malade de L'INSP d'Adjamé*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Cocody-Abidjan, 198p.
- GOBATTO I.**, 1999, *Être médecin au Burkina Faso, Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Le Harmattan, 304p.
- GODIN G.**, 1988, "Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements liés à la santé", *Santé Société*, 2 : 5-20.
- GOLDMAN N., HEUVELINE P.**, 2000, *Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala*, Tropical and International Health, vol.5, n°2, 153p.
- GOOD C.**, 1987, "Community health in tropical Africa : is medical pluralism a hindrance on a resource ? ", in AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa : geographical and medical viewpoints* : 13-50, chur [etc.], Harwood Academic Publishers, 520p.
- GOULD P., LEINBACH T.**, 1966, "An approaches to the geographic assignment of hospital services", *Tijdschrift Voor Economische en Sociale Geografie*, 57 : 203-206.
- GRAFTMEYER Y., JOSEPH I.**, 2004, *L'école de Chicago, Naissance de l'écologie urbaine*, Champs Flammarion, 377p.
- GRASLAND C.**, 2001, Organisation de l'espace : analyse spatiale et modélisation des phénomènes géogr, <http://www.grasland.cicrp.jussieu.fr/grasland/go303/ch1/ch1.htm>.
- GRODOS D., MERCENIER P.**, 2000, "La recherche sur les systèmes de santé : mieux comprendre la méthodologie pour mieux agir", *Studies in Health Services Organization and Policy*, 14, Anvers, Institut de médecine tropicale.
- GRODOS D., TONGLET R.**, 2002, "Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le districts de santé à l'épreuve", *Tropical Medicine and International Health*, 7 (11) : 977-992.
- GRODOS D.**, 2004, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne, Enjeux, pratiques et politiques*, Karthala-UCL, 448p.
- GRUENAI M-E.**, 1996, "À quoi sert l'hôpital africain ? L'offre de soins à Maman Buval (Brazzaville)", *Annales de la recherche urbaine*, 73 : 119-128.
- GUERMOND Y., (dir)**, 2005, *Modélisations en géographie déterminismes et complexités*, Lavoisier, Paris, 379p.

GUESSAN BI G., PORTAL J-L., 1996, *Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire) : deux ans après la dévaluation du Franc CFA*, Abidjan, Direction Régionale de la santé publique et des affaires sociales du sud, Mission française de coopération et d'action culturelle, 23p.

GUEU L., 2004, *Étude de l'accessibilité aux soins de santé moderne en Côte d'Ivoire*, DESS Option : développement social, ENSEA, 33p.

GYIMAH S.O., TAKYI B.K., ADDAI I., 2006, "Challenges to the reproductive-health needs of African women : On religion and maternal health utilization in Ghana", *Social Science and Medicine*, 62 (12) : 2930-2944.

HADDAD S., FOURNIER P., 1995, "Qualité, coût et utilisation des services de santé en pays en développement une étude longitudinale au Zaïre", *Ruptures revue transdisciplinaire*, 3 (1) : 88-105.

HAGGETT P., 1973, *L'analyse spatiale en géographie humaine*, Armand Colin, Collection U, 390p.

HALM E.A., LEE C., CHASSIN M.D., 2002, "Is volume related to outcome in health care ? A systematic review and methodologic critique of the literature", *Annals of internal medicine*, 137 (6) : 511-520.

HARANG M., 2007, *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation Le cas de Ouagadougou (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat en géographie de la santé, Université Paris-X-Nanterre, 507p.

HAYNES R., BENTHAM C., 1979, "Accessibility and the use of hospitals in rural areas", *Area*, 11(3) : 186-191.

HÉRODOTE, 2011, *Santé publique et territoires, revue de géographie et de géopolitique*, N°143, Éditions la Découverte, Paris, 219p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 1975, Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), 132p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 1988, Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), 118p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 1998, Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), 218p.

JAFFRE Y., OLIVIER de SARDAN J-P., (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Apad-Karthala, 462p.

JEANVAU C., 1985, *L'enquête par questionnaire*, Bruxelles, de l'Université de Belgique, 138p.

JEANGROS C., HAUSSER D., 1990, "La population consultante en milieu ambulatoire", *Soz Preaventivmed*, 35 : 24-33.

JONES K., MOON G., 1987, *Health, Disease and Society : a Critical Medical Geography*, Routledge and Kegan Paul, London.

JOSEPH A., BANTOCK P., 1982, "Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas : a method and case study", *Social Science and Medicine*, 16 (1): 85-90.

JOSEPH A. E., PHILLIPS D. R., 1984, *Accessibility and utilization : geographical perspectives on health care delivery*, London, Harper and Row.

JUILLET A., 1998, *Approche économétrique de la demande de soins dans les pays en développement : les recours aux services de santé à Bamako*, Thèse de doctorat, Université Paris I, 224p.

KAMBAJI I., 2008, *Analyse des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services de soins curatifs dans les structures de santé de la zone de santé de Lemba*, Thèse Médecine, Chirurgie et Accouchements, Université de Kinshasa, 84p.

KEARNS R.A., BARNETT R.J., 1997, "Consumerist ideology and the symbolic landscapes of private medicine", *Health and Place*, 3 (3) : 171-180.

KEOULA Y., 2000, *Niveau de vie et recours aux soins d'après les enquêtes de niveau de vie financées par la Banque Mondiale en Côte d'Ivoire*, Rapport de stage intermédiaire, ENSEA, IRD, 101p.

KLEINMAN A., 1980, *Patients and healers in the Context of Cultur*, Berkeley, University of California Press, 427p.

KHAN A., 1988, *Evaluating the performance of regional health care service system : a geographic methodology*, Dissertation Information Service, 319p.

KHAN M. N., CLEATON-JONES P. E., 1998, "Dental caries in African preschool children : social factors as disease markers", *Journal Public Health Dent*, 58 (1) : 7-11.

KILLINGSWORTH J., HOSSAIN N., HEDRICK-WOMG Y et al., 1999, "Unofficial fees in Bangladesh : price, equity and institutional issues, Health policy and Planning", 14(2) : 152-163.

KOMBE G., STEFFEN M., TAYE A., HATT L., SRINATH K., 2008, *Côte d'Ivoire : Évaluation des Prestations de Services*, Bethesda, MD : Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc, 79p.

KONAN A., 2012, *Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse III-Paul Sabatier, 118p.

KOUASSI B., 2008, *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, et Togo*, Paris, Karthala, 281p.

KROEGER A., 1983, "Anthropological and socio-medical health care research in developing countries", *Social Science and Medicine*, 17 (3) : 147-161.

KROEGER A., 1983, "Health interview surveys in developing countries : a review of methods and results", *International Journal of Epidemiology*, 12 (4) : 465-481.

KROEGER A., 1985, "Reponses errors and other problems of health interview surveys in developing countries", *World Health Statistical Quart*, 38 : 15-37.

LACOSTE O., SALOMEZ J-L., 1999, "Peut-on déterminer les besoins locaux de santé?", *Adsp*, N° 29 : 43-46

LACOSTE O., 2002, *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins*, CREDES, Contact Santé, 173 : 18-19.

LANUSSE A., GUIRALD, 1988, *Suivi annuel de la contamination bactérienne et virale des eaux et des sédiments lagunaires au niveau d'Abidjan*, 87p.

LASKER J., 1981, "Choosing among therapies : illness behavior in the Ivory Coast", *Social Science and Medicine*, 15 A : 157-168.

LE GUIDE DE L'INFIRMIER AFRICAIN., 2000, *Le mode de prévention des maladies*, France, Paris, n°8, 158 p.

LEFEBVRE L., 1996, *Les médicaments traditionnels chinois*, Bulletin d'information toxicologique, Institut national de santé publique, Québec 12 (3).

LE PAPE M., 1993, "L'attraction urbaine soixante-cinq ans d'observations sur Abidjan", *Cahiers Sciences Humaines*, 29 (Z-3) : 333-348.

LE PETIT LAROUSSE, 2012, Édition Larousse, Paris.

LEVY E., 1975, *Économie des systèmes de santé*, Paris, Dunod.

LEVY J., LUSSAUT, M., (dir.), 2003, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Belin.

LEYVA-FLORES R., KAGEYAMA M.L., ERVITI-ERICE J., 2001, "How people respond to illness in Mexico : self-care or medical care ? ", *Health Policy*, 57 : 15-26.

LOHITE S., 2001, *Évaluation de la satisfaction des patients ; Quelles place dans la performance d'un hôpital ? Exemples des consultations externes de PPH du CHU de Cocody*, Doctorat de Médecine, Université de Cocody-Abidjan, 77p.

LOUAMY J., 2006, La médecine chinoise inonde le marché, Consultable à l'URL : <http://www.rezoivoire.net/news/enquete-article/1258/la-medecine-chinoise-inonde-lemarche>.

LOUKOVA-CHORLIET S., TRANDUC-MARTINEZ N., 1995, *Étude sur la demande en médicaments en Côte d'Ivoire*, Pharmaciens Sans Frontières.

LOCOH T., KOFFI N., RAKOTOMALALA M., 1999, *Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest*, Abidjan, ENSEA, FNUAP, 169p.

LOVELL N.I., 1995, *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo*, Paris : Ceped, N°33, 20p.

LUCAS V., TONNELIER F., 1995, *Distance d'accès aux soins en 1990*, Paris : CREDES, 72p.

LUSSAULT M., 2000, "Ville, santé et politiques sanitaires", in *La ville et l'urbain : L'état des savoirs*, Paquot T., Lussault M., Body-Gendrot S. (eds.), La Découverte, 313-322.

MACINTYRE S., 2000, "The social patterning of exercise behaviours : The role of personal and local resources", *British Journal of Sports Medicine*, 34-6.

MACINTYRE S., 2001, "Inequalities in health : is research gender blind ? ", in *Poverty, Inequality and health*, Leon D., Walt G. (ed.), Oxford : Oxford University Press.

MADORÉ F., 2004, *Ségrégation sociale et habitat*, Presses Universitaires de Rennes, Coll. Géographie Sociale.

MALENGREAU M., 2005, *L'accès aux soins : problème de base en santé publique*, Université Catholique de Louvain IFMT, 37p.

MANZAMBI J. K., TELLIER V., BERTRAND F., ALBERT A., REGINSTER J. Y., VAN BALLEEN H., 2000, "Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo", *Tropical Medicine and International Health*, 5 (8) : 563-570.

MARCONOT J-M., 2003, "La fin des villes, la durée des quartiers", *Natures Sciences Sociétés*, 11 : 266-275.

MARIKO, MAMADOU, CISSÉ, BOUBOU, 1999, *Équité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capitales ouest africaines*, IRD, UNICEF, Coopération française, Abidjan.

MASASU B., 2005, *Problématique des coûts des soins dans des hôpitaux publics : cas de l'hôpital provincial général de référence de Kinshasa*, Mémoire en santé publique, Option : économie de la santé, 74p.

MC KEOWNT T., LOWE C., 1979, *The Role of medicine : dream, mirage or nemesis*, Oxford : Blacwell Scientific Publication (2ème éd), 25p.

MC LAFFERTY, 2003, "GIS and Health Care", *Annual Reviews of Public Health*, Vol. 24 : 25-42.

MEHRETU A., 1985, "A spatial framework for recessing disparities in rural service delivery systems", *Tijdschrift Voor Economische en Sociale Geografie*, 76 (5) : 363-373.

MEMEL-FOTE H., 1999, "Dossier : Politiques de santé et valeurs sociales : la modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire", *RISS*, 161 : 379-392.

MESA-LEGO C., 1985, "Health care in Costa Rica : boom and crisis", *Social Science and medicine*, 21 (1), 13-21.

MEUNIER A., 1998, *Système de soins public et organisation territoriale, Approche de l'espace burkinabè*, Thèse de Doctorat, Université de Rouen, 490p.

MEUNIER A., 1999, *Système de soins au Burkina Faso, Le paradoxe sanitaire*, Le Harmattan, 288p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1998, *Statistiques sanitaires de la DIPE*, Année 1998-2000, Abidjan : Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 122p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 2005, *Système national d'information sanitaire en Côte d'Ivoire*, Document de politique, 28p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ et de l'HYGIÈNE PUBLIQUE, 2006, *Activités VIH/SIDA dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire*, Rapport annuel, Direction de l'Information de la Planification et de l'Évaluation (DIPE), Abidjan, Côte d'Ivoire, 246p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 2008, *Statistiques sanitaires de la DIPE*, Année 2001-2006, Abidjan : Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 312p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ et de l'HYGIÈNE PUBLIQUE, 2008, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, 175p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 2010, *Statistiques sanitaires de la DIPE*, Année 2007-2009, Abidjan : Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 375p.

MIZRAHI A., 1992, "Les champs d'action des équipements médicaux : distances et consommations médicales", *Espace, Populations, Sociétés*, 3 : 333-343.

MOBILLON V., PEYRONNIE K., VALLEE J., 2006, "L'offre de soins à Ventiane (RDP Loa) : entre contrôle territorial et économie marchande", *Espace, Populations, Sociétés*, 2 (3) : 341-349.

MOENS F., 1990, "Design implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries : a pre-paid plan in the Bwamanda health zone, Zaïre", *Social Science and Medicine*, 30 (2) : 1319-1327.

MONNE R., 1999, "Secteurs sanitaires confessionnels et publics. Quelle articulation ? ", in OTAYEK R., (dir.), *Dieu dans la cité : dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais*, Centre d'Études d'Afrique Noire, Bordeaux-Talence : 57-90.

MULVIHILL J., 1991, "The access and utilization of public health centers in Guatemala city", in : AKHTAR Rais, *Health care patterns and planning in developing countries* : 171-182, New York, Greenwood press, 334p.

MWABU G., 1986, "Health care decisions at the household level : results of a rural health survey in Kenya", *Social Science and Medicine*, 22 (3) : 315-319.

NAIDITCH M., 2000, "Modélisation des trajectoires : problèmes méthodologiques", *ITBM-RBM*, 21 : 307-312.

OKAFOR S., 1984, "Accessibility to general hospital in rural Bendel State Nigeria", *Social Science and Medicine*, 18 (8) : 661-666.

OKAFOR S., 1987, "Inequalities in the distribution of health care facilities in Nigeria", in : AKHTAR Rais, *Health and disease in tropical Africa : geographical and medical viewpoints* : 383-401, chur (etc), Harwood Academic Publishers, 520p.

OKAFOR S., 1990, "The spatial dimensions of accessibility to general hospitals in rural Nigeria", *Socio-economic planning Sciences*, 24(4) : 295-306.

OKAFOR S., 1991, "Spatial aspect of health care provision in Nigeria", in : AKHTAR Rais, *Health care Patterns and Planning in developing countries* : 264-276, New York, Greenwood Press, 334p.

OMS, 2000, Rapport annuel sur la situation du paludisme dans le monde.

OMS, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un service de santé plus performant*, Genève.

OMS, 2000, *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*, Genève, 79p.

OMS, 2004, Stratégie OMS de coopération avec la république de la Côte d'Ivoire.

OMS/AFRO., 2009, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays africains*, République de Côte d'Ivoire 2009-2013, 49p.

ONU, 2004, Perspectives de l'urbanisation mondiale: la Révision 2003, Communiqué de Presse, www.un.org/esa/population/publications/wup2003/POP899_French.doc.

OTHINGUE N., 2005, *Étude épidémiologique et spatiale du paludisme en milieu urbain au Sahel : N'Djaména (Tchad)*, Thèse de doctorat, Université de Basel, Suisse, 177p.

OUATTARA F., (coll.), 2003, *Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement*, Projet FSP 2001-149, Document interne IRD-Ouagadougou, 103p.

OUENDO E-M., MAKOUTODE M., PARAISO M. N., WILMET-DRAMAIX M., DUJARDIN B., 2005, "Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé)", *Tropical Medicine and International Health*, 10 (2) : 176-186.

PAKA E., IHERVOUËT J-P., 1998, "Contribution aux études sur le système de soins modernes en République du Congo : approche géographique", *Cahiers Santé*, 8 : 454-460.

PANGU K., 1988, *La santé pour tous d'ici l'an 2000 c'est possible, Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre*, Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, École de Santé Publique, 322p.

PENCHANSKY R., THOMAS J.W., 1981, "The concept of access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Medical Care*, 19 (2) : 127-140.

PICHERAL H., 1984, "Mots et concepts de la géographie de la santé", *Cahiers GEOS*, 2 : 1-26.

PICHERAL H., et SALEM G., 1992, "De la géographie médicale à la géographie française (1960-1991)", *Cahiers GEOS*, 22 : 1-41.

PICHERAL H., 1995, "Le lieu, l'espace et la santé", *Espace, populations, société* 1995 : 19-24.

PICHERAL H., 1998, *Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé*, 5ème colloque géographie et socio-économie de la santé, Paris, CREDES : 39-45.

- PICHERAL H.**, 2001, *Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*, Université Montpellier 3, Cahiers GEOS, 308p.
- PINEAULT R., GOULET L.**, 1995, "Les indicateurs de santé : les utiliser, oui, mais ne pas en abuser", *Rupture*, 2 (2) : 140-150.
- PINSONNAULT N.**, 2003, "L'éclatement géographique des itinéraires thérapeutiques : la perspective écologique est-elle en mesure d'y faire face ?", *Vertigo*, 4 (1).
- PHILIPPE A., CLAUDE H.**, 1983, "La population d'Abidjan dans ses murs : Dynamique urbaine et évolution des structures démographique entre 1955 et 1978", In Abidjan au coin de la rue ; *Éléments de la vie citadine dans la métropole ivoirienne*, Cahier ORSTOM, série science humaines, 1983, 371-395.
- PHILIPPE LE F., LUCAS-GABRIELLI V.**, 2004, *L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors Île-de-France)*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Biblio n° 1553, 92p.
- PHILLIPS D.R.**, 1981, "Primary health care in the Philippines : banking on the barangays?", *Social Science and Medicine*, 23(10) : 1015-1117.
- PHILLIPS D.R.**, 1990, *Health and Health care in the Third World*, Longman Development Studies, 334p.
- PNUD**, 2002, *Human Development Report, Rapport sur le Développement Humain*, 276p.
- PNUD**, 2005, *Rapport sur le Développement Humain, Corruption et Développement Humain*, Côte d'Ivoire, 219p.
- PUMAIN D., SAINT JULIEN T.**, 2004, *L'analyse spatiale : Localisations dans l'espace*, Armand Colin, Cursus, 167p.
- QUESNEL B.**, 2002, *Géographie de pratique spatiales hospitaliers dans la région Nord-Pas de Calais : un modèle gravitaire de calcul d'aires d'attraction hospitaliers*, Thèse de doctorat, Université de Lille I, 521p.
- RAYNAULT C.**, 1987, "Le privilège urbain : conditions de vie et santé à Niger", *Politique Africaine*, 28 : 42-52.
- REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE.**, 2008, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, 169p.
- RICAN S.**, 1998, "La cartographie des données épidémiologiques. Les principales méthodes de discrétisation et leur importance dans la représentation cartographique", *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 8 (6) : 461-470.
- RICAN S., SALEM G., JOUGLA E.**, 2003, "Villes et santé respiratoire en France", *Géocarrefour*, vol.78/3 santé et territoires, 9p.
- RICHARD, J-L.**, 2001, *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*, Thèse de Doctorat Géographie, Université de Neuchâtel, 1134p.

RIDDE V., GIRARD J-E., 2004, "Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains", *Santé Publique*, 15 (1) : 37-51.

RIDDE V., 2005, *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso*, Thèse de Doctorat, Université de Laval (Québec), 661p.

ROBERT V., MACINTYRE K., KEATING J., TRAPE J.F., DUCHEMIN J.-B., WARREN M., BEIER J.-C., 2003, "Malaria transmission in urban sub-Saharan Africa", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 68 : 169-76.

ROOVALI L., KIIVET R.A., 2006, "Geographical variations in hospital use in Estonia", *Health and Place*, 12 : 195-202.

ROSS D.A., VAUGHAN J.P., 1986, "Health interview surveys in developing countries : a methodological review", *Stud. Fam. Plann.*, 17 (2) : 78-94.

ROUSSEAU S., 2003, "Capabilités, risques et vulnérabilité", in **DUBOIS J.-L., LACHAUD J.-P., MONTAUD J.-M., POUILLE A.** (eds), *Pauvreté et Développement Socialement Durable*, Presses Universitaires de Bordeaux : 11-22.

RYAN G.W., 1998, "What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process ? Modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village", *Social Science and Medicine*, Vol. 46, N°2 : 209-225.

SALLAH R., 2004, *Qualité et accès aux soins en milieu urbain*, UNICEF, 216p.

SALEM G., JEANNÉE E., 1989, *Urbanisation et santé dans le tiers monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, ORSTOM, 549p.

SALEM G., et LANG T., 1993, "Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine, Sénégal", *Sciences sociales et santé* : 27-40.

SALEM G., 1998, *La santé dans la ville, Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, ORSTOM, Karthala, 360p.

SALEM G., CADOT E., FOURNET F., 2000, "Villes africaines et santé : de la jeunesse des vieilles endémies, à l'émergence de nouvelles épidémies", in **GRUENAISS M.-E. et POURTIER R.**, *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, La documentation Française, 195 : 60-70.

SALOMEZ J. L., LACOSTE O., 1999, "Du besoin de santé aux besoins de soins, la prise en compte des besoins en planification sanitaire", *Hérodote*, N°92 : 101-120.

SAUERBORN R., NOUGTARA A., HIEN M., 1996, "Seasonal variations of household costs of illness en Burkina Faso", *Social Science and Medicine*, 43 (3) : 281-290.

SCHULZ A. J., WILLIAMS D. R., ISRAEL B. A., LEMPERT L. B., 2002, *Racial and spatial relations as fundamental determinants of health in Detroit*, University of Michigan, The Milbank Quarterly, Vol. 80, N°4.

SEN A., 2000, *Repenser l'Inégalité*, Seuil, 281p.

SHANNON G., DEVER A., 1974, *Health care delivery : spatial perspectives*, New York (etc), McGraw Hill Book Company, 141p.

SMALL J., WITHERICK M., 1986, *A modern dictionary of geography*, London : Edward Arnold, 233p.

SOOMAN A., MACINTYRE S., 1995), "Health and perceptions of the local environment in socially contrasted neighbourhoods in Glasgow", *Health and Place*, 1 : 27-40.

STEVENSON D., 1987, "Inequalities in the distribution of health care facilities in Sierra Leone", in AKHTAR Rais, *Health and disease in tropical Africa*, Geographical and medical viewpoints: 403-413, chur (etc.), Harwood Academic Publishers, 520p.

STIGLITZ J.E., 2002, *La grande désillusion*, Paris, Fayard.

STOCK R., 1983, "Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria", *Social Science and medicine*, 17 (9) : 563-570.

TAFFA N., CHEPNGENO G., 2005, "Determinants of health care seeking for childhood illness in Nairobi slums", *Tropical Medicine and International Health*, 10 (3) : 240-245.

THOUEZ J-P., 1987, *Organisation spatiale des systèmes de soins*, Presses de l'Université de Montréal, 166p.

TIMAEUS I., HARPHARM T., PRICE M., GILSON L., 1988, "Health surveys in developing countries : the objectives and design of an international programme", *Social Science and Medicine*, 27 (4) : 359-368.

TONNELIER F., VIGNERON E., 1999, *Géographie de la santé en France*, Que sais-je ?, PUF.

TONNELIER F., 2002, *Les différents niveaux géographiques d'action, le niveau cantonal : santé et milieu rural*, Communication présentée à la 5e journée d'assurance maladie de la CANAM, 25 mars 2002.

TOURÉ A., 1985, *Les petits métiers à Abidjan. L'imagination au secours de la conjoncture*, Karthala, Paris, 288p.

TOURÉ B., 1993, *Analyse de la morbidité déclarée et le recours aux soins des ménages de Yopougon au cours de la période allant d'octobre 1991 à mai 1992*, École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée (ENSEA), 48p.

TOURÉ B., KOFFI N.-M., GOHOU V., DAGNAN S. ET DIARRA-NAMA A.-J., 2005, "Identification des dysfonctionnements dans la prise en charge de la morbidité maternelle grave à Abidjan (Côte d'Ivoire)", *Santé publique* 2005/1, N° 51 : 135-144.

THIND A., CRUZ A.M., 2003, "Determinants of children's health service utilization in the Philippines", *Journal of Tropical Pediatrics*, 49 : 260-273.

THOUEZ J-P., MUNAN L., NABAHI I., 1981, "Facteurs associés avec l'utilisation des soins de santé en milieu rural", *Social Science and Medicine*, 15D : 379-387.

THOUÉZ J-P., 1987, *Organisation spatiale des systèmes de soins*, Presses de l'Université de Montréal, 166p.

THOURET J-C., D'ERCOLE R., 1996, "Vulnérabilité aux risques naturels en milieu urbain : effets, facteurs et réponses sociales", *Cahiers Sciences Humaines*, 32 (2) : 407-422.

TRA BI F., IRIE G., N'GAMAN K., MOHOU C., 2008, "Études de quelques plantes thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'hypertension artérielle et du diabète : deux maladies émergentes en Côte d'Ivoire", *Sci. Nat*, 5 (1) : 39-48.

TURSZ A., CROST M., KERMANI S., REGHAL M., GRANGAUD J-P., 1999, "Étude épidémiologique du recours aux soins curatifs des enfants de moins de 5 ans en Algérie : quelles leçons pour le système de santé", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 47 (2S): 18-37.

UNGER J-P., DUJARDIN B., 1992, "Epidemiology's contribution to health service management and planning in developing countries: a missing link", *Bulletin Of The World Health Organization*, 70 : 487-497.

UNICEF, 2010, *Statistics*, Côte d'Ivoire.

VAILLANT Z., 2001, *Approche géographique des inégalités socio sanitaires en Île de France*, Mémoire de DEA, Université de Paris-X-Nanterre.

VAILLANT Z., 2006, *La Réunion, Komen i lé ? Les constructions socio-territoriales de santé à l'île de la Réunion*, Thèse de Doctorat, Université de Paris-X-Nanterre, 521p.

VAILLANT Z., SALEM G., 2008, *Atlas mondial de la santé, Quelles inégalités? Quelles mondialisation ?*, Éditions Autrement, 80p.

VAN DER KOOI R, THEOBALD S., 2006, "Traditional medicine in late pregnancy and labour : perceptions of *kgaba* remedies amongst the Tswana in South Africa", *Afr. J. Trad. CAM*, 3 (1) : 11-22.

VAN DORMAEL M., 1997, "La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde", *Studies in Health Services Organization and Policy*, 1.

VALLEE J., FOURNET F., MEYER P-E., HARANG M., PIROT F., SALEM G., 2006, "Stratification de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) à partir d'une image panchromatique Spot 5 : une première étape à la mise en place d'une enquête de santé", *Espace, Populations, Sociétés*, 2 (3) : 393-401.

VALLÉE J., SIMMALA C., BARENNE H., 2006, "L'influence du contexte urbain et social sur les comportements des femmes lors de leur grossesse et après leur accouchement, en périphérie de Vientiane (RDP Lao)", *Espace Populations Sociétés*, 2-3 : 351-359.

VALLÉE J., CADOT E., GRILLO F., PARIZOT I., CHAUVIN P., 2010, "The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities : The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France)", *Health and Place*, 16 : 838-852.

VALLÉE J., CADOT E., ROUSTIT C., PARIZOT I., and CHAUVIN P., 2011, "The role of daily mobility in mental health inequalities : The interactive influence of activity

space and neighbourhood of residence on depression", *Social Science and Medicine*, 73 (8) : 1133-1144.

VIDAL L., FALL AS., GADOU D., (dir.), 2005, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, entre savoirs et pratiques*, Paris, Le Harmattan, 328p.

VIGNERON, EMMANUEL (dir.), 1995, *La géographie de la santé en question*, Dijon, Espace Populations Sociétés, N°1, 148p.

WALLACE P., PASVOL G., 2004, *Médecine tropicale et parasitologie*, Éditions Flammarion, 325p.

WALKER G., GISH O., 1977, "Inequality in the distribution and differential utilization of health Services : a Botswana case study", *Journal of Tropical medicine and Hygiene*, 80 (11) : 238-243.

WALKER R. W., MACLARTY D. G., KITANGE H. M., WHITING D., MASUKI G., MTASIWA D. M., MACHIBYA H., UNWIN N., ALBERTI K.G.M.M., 2000, "Stroke mortality in urban and rural Tanzania", *Lancet*, 355 : 1684-1689.

WATY M. O., 1993, "États des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique : quelles perspectives pour le financement communautaire ?", in : CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Argent et Santé : *expérience de financement communautaire en Afrique*, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 septembre 1993 : 33-46, Paris, CIE, 321p.

WEIL O., VERRIERE V., VIDAL L., KONE M., DÜRR U., 1999, *Projet santé Abidjan : Évaluation des formations sanitaires urbaines à base communautaire FSU-Com (1993-1999)*, Direction générale de la coopération internationale et du développement, 10p.

WERNER J.F., 1996, "D'un itinéraire à l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique", in : Soigner au pluriel, *Essais sur le pluralisme médical*/Benoist J. (dir.), Paris, Karthala, 363-392.

WHO, 1978, *Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, WHO.

WHO, 1993, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Tenth Revision, vol.2, Geneva.

WILLEMS M., MASUY-STOOBANT G., TONGLET R., 1999, *La santé des enfants de moins de 5 ans et les recours thérapeutiques dans un district sanitaire urbain de Ouagadougou*, Chaire Quételet, Population et défis urbains.

WYSS K., 1994, *Utilisation des services de santé en milieu urbain à N'Djaména (Tchad) : Étude des déterminants et des interactions*, Basel/Suisse, 243p.

YANGNI-ANGATE A., 2004, *La revalorisation de la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire*, Abidjan, CEDA, 182p.

YAO J., 1994, *Pauvreté et Reformes Économiques en Côte d'Ivoire : Cas des Ménages d'Abidjan*, CIRES, Abidjan, 79p.

YAPI D., 1984, *Bidonvilles d'Abidjan : origines géo-culturelles et profils socio-économiques de 65 locataires du quartier Zoe Bruno*, ORSTOM, Abidjan, 89p.

YMBA M., 2008, *Environnement et Santé : cas des populations abidjanaises riveraines de la lagune Ébrié*, Mémoire de DEA, IGT, Université de Cocody-Abidjan, 92p.

YMBA M., BROU Y. T., ANOH K. P., 2013, "Intérêt de l'analyse spatiale dans l'approche éco-systémique de la santé : le cas de la santé des populations riveraines de la lagune Ébrié de l'île de petit Bassam à Abidjan-Côte d'Ivoire", dans la revue internationale *Vertigo*, à paraître en septembre 2013.

ZEYNEP O., COM-RUELLE L., 2008, *La qualité des soins en France : Comment la mesurer pour l'améliorer ?*, IRDES DT n°18, 20p.

Site internet consulté :

Ministère de la santé Côte d'Ivoire : www.sante.gov.ci

OMS :

www.who.ci

www.who.int

Site IRD : www.documentation.ird.fr

Revue Espace Populations Sociétés www.revues.org

Quotidien ivoirien : www.fratmat.ci

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS | 4 |
| SOMMAIRE | 6 |
| LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS | 9 |
| RÉSUMÉ/ ABSTRACT | 10 |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE | 11 |
| I. LE CONCEPT D'ACCÈS | 12 |
| I.1. Définition générale du concept d'accès | 12 |
| I.2. Définition de l'accès selon les cinq dimensions de Thomas et Penchansky | 14 |
| I.2.1. Disponibilité | 14 |
| I.2.2. Accessibilité | 16 |
| I.2.3. Commodité..... | 18 |
| I.2.4. Capacité financière | 19 |
| I.2.5. Acceptabilité..... | 20 |
| I.3. Accès et localisation | 21 |
| I.4. Relation entre accès et recours (utilisation des services de santé) | 22 |
| I.5. Des conditions sanitaires particulières en ville | 24 |
| I. PROBLÉMATIQUE | 26 |
| II. OBJECTIFS | 28 |
| III.1. Objectif général | 28 |
| III.2. Objectifs spécifiques | 28 |
| III. APPROCHE METHODOLOGIQUE GÉNÉRALE | 29 |
| IV.1. Hypothèses de recherche | 29 |
| IV.1.1. Hypothèse générale | 29 |
| IV.1.2. Hypothèses spécifiques..... | 29 |
| IV.2. Justification du choix du lieu et de l'étude | 29 |
| IV.2. 1. Abidjan : un terrain atypique | 29 |
| IV.2.2. Pourquoi choisir la ville d'Abidjan pour mener une étude sur la problématique de l'accès et du recours aux soins? | 31 |
| IV.3. Définir une échelle d'analyse | 32 |
| IV.3.1. Choisir les différentes échelles d'analyse | 33 |
| IV.3.1.1. Délimiter et caractériser la ville | 33 |
| IV.3.1.2. Décider d'une unité spatiale de référence | 34 |
| IV.4. Liste des variables d'étude retenue | 35 |
| IV.4.1. Les indicateurs de l'offre de soins moderne | 35 |
| IV.4.2. Divers autres indicateurs..... | 36 |
| IV.4.2.1. Les premiers concernent les variables démographiques; il s'agit entre autres | 36 |
| IV.4.2.2. Les variables épidémiologiques et de la morbidité diagnostiquée | 36 |
| IV.4.2.3. Enfin les variables socio-économiques et les variables relatives à l'environnement urbain... .. | 36 |
| IV.5. Données utilisées et méthode générale | 37 |
| IV.5.1. Les données utilisées..... | 37 |

| | |
|---|-----------|
| IV.5.1.1. Les données sanitaires..... | 37 |
| IV.5.1.1.1. Localisation et hiérarchisation exhaustive de l'offre de soins moderne de la ville d'Abidjan | 37 |
| IV.5.1.1.2. L'exploitation des registres de consultations des services de santé moderne de la ville d'Abidjan par niveau de référence | 38 |
| IV.5.1.1.3. Les données des annuaires statistiques sanitaires | 39 |
| IV.5.1.1.4. L'enquête dans les services sanitaires de la ville d'Abidjan et observation participative | 40 |
| IV.5.1.2. Les données socio-démographiques | 41 |
| IV.5.1.2.1. Les recensements généraux de la population..... | 41 |
| IV.5.1.2.2. L'enquête domiciliaire..... | 41 |
| IV.5.1.3. Les entretiens réalisés à Abidjan | 42 |
| IV.5.1.4. Les autres sources de données..... | 43 |
| IV.5.1.4.1. Les documents d'urbanismes..... | 43 |
| IV.5.1.4.2. Les unités d'observation | 43 |
| a. Les équipements sanitaires..... | 43 |
| b. L'environnement urbain | 44 |
| IV.5.2. Méthode générale | 45 |
| IV.5.2.1. La démarche suivie pour étudier l'inégale répartition spatio-temporelle de l'offre de soins moderne et de l'accès aux soins | 45 |
| IV.5.2.2. Démarche suivie pour analyser l'adéquation entre l'offre de soins moderne et les besoins de soins des populations..... | 45 |
| IV.5.2.3. Méthode pour analyser les comportements thérapeutiques des ménages et les déterminants du recours aux soins dans la ville d'Abidjan | 46 |
| IV.6. Plan de notre travail de thèse | 47 |
| PREMIÈRE PARTIE : OFFRE DE SOINS ET ORGANISATION DU TERRITOIRE, QUELLES CONSÉQUENCES POUR L'ACCÈS AUX SOINS À ABIDJAN | 48 |
| Introduction de la première partie | 49 |
| Chapitre I. Contexte de l'étude : du pays à la ville d'Abidjan | 49 |
| I. Présentation de la Côte d'Ivoire | 49 |
| I.1. Contexte géographique : une zone géographique propice au développement des maladies | 49 |
| I.2. Contexte socio-démographique | 50 |
| I.2.1. La croissance démographique : une exception en Afrique de l'Ouest | 50 |
| I.2.2. La Côte d'Ivoire : "un véritable melting pot" | 52 |
| I.3. Contexte socio-économique : la Côte d'Ivoire, un pays pauvre | 54 |
| I.4 Profil sanitaire : les principaux problèmes de santé en Côte d'Ivoire | 55 |
| II. Les politiques sanitaires et l'organisation du système de soins en Côte d'Ivoire | 57 |
| II.1. L'apport des politiques de santé au système de santé ivoirien | 57 |
| II.1.2. L'influence des politiques de santé internationales | 58 |
| II.1.2.1. La conférence d'Alma-Ata (1978) | 58 |
| II.1.2.2. L'initiative de Bamako (1987) | 59 |
| II.1.2.2.1. L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques | 60 |
| II.1.2.2.2. Le recouvrement des coûts | 60 |
| II.1.2.2.3. L'importance de la politique de décentralisation : le district sanitaire | 61 |
| II.1.3. Politique nationale : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) | 62 |
| II.2. Organisation et fonctionnement du système de soins ivoirien | 63 |
| II.2.1. Le niveau administratif | 63 |
| II.2.2. Le niveau offre de soins | 63 |

| | |
|---|-----|
| II.3. La médecine traditionnelle | 67 |
| II.4. Les autres composantes du système de soins ivoirien | 70 |
| II.4.1. La médecine chinoise | 70 |
| II.4.2. Les lieux de cultes thérapeutiques et les vendeuses(rs) de médicaments de la rue ou pharmacie de la rue | 71 |
| III. Découpages urbains et sanitaires de la ville d'Abidjan | 72 |
| III.1. Le découpage administratif | 72 |
| III.1.1. Le district d'Abidjan | 72 |
| III.1.2. Abidjan : une ville fragmentée..... | 73 |
| III.1.2.1. Les communes de la ville d'Abidjan..... | 75 |
| III.1.2.2. Les quartiers de la ville d'Abidjan | 77 |
| III.1.2.3. Les villages Ébriés d'Abidjan : des villages dans la ville | 78 |
| III.1.2.4. Le domaine lagunaire | 82 |
| III.1.2.4.1. La lagune Ébrié : un obstacle pour l'aménagement de la ville | 82 |
| a. La lagune Ébrié | 82 |
| III.1.2.4.2. Un découpage territorial guidé par la morphologie du paysage lagunaire | 84 |
| III.1.3. Les voies et les moyens de communications de la ville d'Abidjan | 85 |
| III.1.3.1. Le réseau routier et fluvial | 85 |
| III.1.3.2. Les moyens de transports Abidjanais sont denses et diversifiés | 87 |
| III.2. L'élaboration des districts sanitaires d'Abidjan | 91 |
| III.2.1. Leur création, fonctionnement et organisation | 91 |
| III.2.1.1. Leur création..... | 91 |
| III.2.1.2. Des districts sanitaires différents dans leur ensemble | 93 |
| III.2.2. Les limites des découpages sanitaires | 95 |
| III.2.3. Les problèmes rencontrés par les districts sanitaires..... | 96 |
| III.2.4. Des citoyens mobiles | 97 |
| III.2.5. Un système de référence non fonctionnel..... | 97 |
| III.2.6. Des découpages qui ont un impact sur l'accès géographique..... | 99 |
| Conclusion du chapitre I | 100 |

Chapitre II. Croissance urbaine et dynamique de l'offre de soins moderne dans la ville d'Abidjan..... 102

| | |
|---|-----|
| I. L'offre de soins moderne dans un contexte de dynamique démographique et spatiale exceptionnelle | 104 |
| I.1. La croissance démographique de la ville d'Abidjan | 104 |
| I.2. Croissance spatiale de la ville d'Abidjan..... | 105 |
| I.3. Quelles limites donner à la ville d'Abidjan ? | 108 |
| II. Dynamique urbaine et offre de soins | 112 |
| II.1. Avant 1934 : Une médecine coloniale à l'origine des ségrégations socio-spatiales de santé | 113 |
| II.2. 1934 - 1950 : Une ouverture des soins aux populations autochtones | 116 |
| II.3. 1951 - 1975 : L'indépendance mais la continuité du modèle colonial sous l'influence de la prospérité économique | 118 |
| II.4. 1976 - 1988 : La santé publique devient une priorité | 121 |
| II.5. 1989 - 1997 : La libéralisation du secteur sanitaire | 127 |
| II.6. 1998 - 2009 : L'explosion du secteur privé | 132 |
| II.7. 2002 - 2011 : Vers la sortie de la crise socio politique et un nouvel espoir pour l'accès au soin | 133 |
| Conclusion du chapitre II | 135 |

Chapitre III. Une offre de soins dense mais inégalement répartie révélatrice d'un espace "fragile" pour l'accès aux soins 137 |

| | |
|---|-----|
| I. Le privilège de la ville d'Abidjan : une offre de soins dense et complète | 137 |
| I.1. Les équipements sanitaires : des ressources matérielles importantes | 138 |
| I.2. Des ressources humaines | 141 |
| II. La répartition géographique de l'offre de soins: la subsistance d'inégalités | 143 |
| II.1. La démographie des professionnels de santé | 143 |
| II.1.1. Distribution spatiale des médecins..... | 144 |
| II.1.2. Distribution spatiale des infirmiers | 147 |
| II.1.3. Distribution spatiale des sages-femmes | 149 |
| II.2. La prise en compte des caractéristiques de l'offre de soin, accentue les disparités d'accès aux soins | 151 |
| II.2.1. Distribution spatiale des structures par niveau de soins..... | 151 |
| II.2.2. Répartition des lits d'hospitalisations dans les services de santé de la ville d'Abidjan | 155 |
| II.2.3. Distribution spatiale des lits d'observations..... | 158 |
| II.2.4. Les équipements matériels lourds : de fortes disparités d'accès | 159 |
| III. Les logiques d'implantation de l'offre de soins dans la ville d'Abidjan | 160 |
| III.1. Un système de soins complexe qui accentue les inégalités | 161 |
| III.1.1. Définir le secteur de soins d'une structure sanitaire | 164 |
| III.1.2. Définir le niveau de soins d'une structure sanitaire..... | 164 |
| III.2. D'une multiplicité de secteurs de soins aux stratégies d'implantation différenciées | 165 |
| III.2.1. Secteur public et secteur privé, des stratégies d'implantation distinctes | 165 |
| III.2.1.1. Le secteur public : respect de la carte sanitaire de la ville..... | 166 |
| III.2.1.1.1. Les stratégies d'implantation diffèrent en fonction du niveau de soins | 167 |
| III.2.1.1.2. La morphologie du paysage abidjanais : conséquence pour l'accessibilité aux soins | 171 |
| III.2.1.1.3. Les stratégies d'implantation de l'offre publique et les autres services urbains | 172 |
| a. Distribution de l'offre de soin publique et les équipements éducatifs..... | 173 |
| b. Distribution de l'offre de soin publique et les équipements économiques | 175 |
| III.2.1.2. Le secteur privé lucratif : un développement anarchique..... | 177 |
| III.2.1.3. Le secteur communautaire et confessionnel : l'intérêt des lieux isolés et délaissés | 181 |
| III.2.1.3.1. Le secteur communautaire | 181 |
| III.2.1.3.2. Les structures confessionnelles : une réponse aux attentes des plus pauvres | 183 |
| III.2.1.4. Le secteur pharmaceutique : un souci de visibilité | 185 |
| III.2.1.4.1. Les officines privées | 186 |
| III.2.1.4.2. Les dépôts pharmaceutiques | 190 |
| III.2.2. Les médicaments de la rue ou « pharmacie de rue », un acteur clé de la diffusion des pharmacopées | 192 |
| Conclusion du chapitre III | 196 |
| Conclusion de la première partie | 197 |
| DEUXIÈME PARTIE : L'OFFRE DE SOINS MODERNE AU REGARD DES BESOINS ET DE LA DEMANDE EN SOINS DANS LES LIEUX DE RÉSIDENCES DES ABIDJANAIS | 198 |
| Introduction deuxième partie | 199 |
| Chapitre I. Adéquation entre offre et besoin en soins de santé dans les lieux de résidences | 200 |
| I. Évaluation et identification des zones de besoins en soins dans les espaces de vie | 200 |
| I.1. Typologie des profils des lieux de résidences des populations | 201 |
| I.1.1. Résultats de la typologie des lieux de résidences des populations | 203 |
| I.2. La distribution de la population par âge : de nombreuses disparités spatiales | 213 |
| I.2. 1. Répartition de la population de 0 à 5 ans | 213 |
| I.2. 2. Répartition de la population de 15 à 25 ans | 215 |
| I.2. 3. Répartition de la population de 50 ans et plus | 216 |

| | |
|---|-----|
| I.3. Structure par sexe dans les espaces de vie des populations | 218 |
| I.4. Répartition des femmes en âge de procréer (FAP) | 220 |
| II. Distribution de l'offre de soins dans les espaces sociaux et identification des inégalités socio-spatiales d'accès aux soins | 223 |
| II.1. La localisation des services de santé dans les lieux de résidences | 223 |
| II.2. La distribution des professionnels de santé dans les lieux de résidences | 226 |
| II.3. Analyse du taux d'utilisation globale des structures sanitaires dans les typologies des profils des lieux de résidences | 227 |
| III. Identifications des zones fragiles pour l'accès aux soins | 229 |
| Conclusion du chapitre I | 238 |
| Chapitre II. Disparités d'utilisation des services de santé : analyse de la demande de soins | 239 |
| I. La méthodologie de l'enquête sur l'activité du système de soins à Abidjan | 239 |
| I.1. L'enquête et le recueil de données utilisées pour l'élaboration de cette partie..... | 240 |
| I.2. Descriptions des sept structures retenues pour l'étude de la demande des soins | 242 |
| I.2.1. L'hôpital général d'Abobo | 242 |
| I.2.1.1. Situation géographique, structuration architecturale et prestations délivrées | 242 |
| I.2.1.2. Les coûts des soins | 245 |
| I.2.1.3. Les ressources et l'organisation | 247 |
| I.2.2. L'hôpital général de Port-Bouët | 247 |
| I.2.2.1. Situation géographique, structuration architecturale et prestations délivrées | 247 |
| I.2.2.2. Les coûts des soins | 249 |
| I.2.3. L'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA) | 249 |
| I.2.3.1. Les ressources humaines et matérielles | 251 |
| I.2.4. Les établissements sanitaires de premier niveau de référence | 252 |
| I.2.4.1. Le Centre médical Caritas de Port-Bouët | 252 |
| I.2.4.1.1. Les ressources humaines | 253 |
| I.2.4.2. Les Formations Sanitaires Communautaires (FSU-Com) | 254 |
| I.2.4.2.1. FSU-Com Wassakara | 254 |
| a. Les coûts des soins | 255 |
| I.2.4.2.2. Le CSU-Com Henri Konan Bédié (HKB) d'Anoumabo | 256 |
| I.2.4.3. Formation sanitaire urbaine de Cocody | 258 |
| I.2.4.3.1. Les coûts des soins | 259 |
| I.2.5. La non prise en compte des autres secteurs de soins | 259 |
| I.2.6. Résumé des caractéristiques des structures sanitaires étudiées | 260 |
| I.3. Les variables choisies pour l'étude de la demande et de la qualité des soins | 261 |
| I.3.1. Les données recueillies dans chaque structure prennent en compte les paramètres suivants..... | 261 |
| I.4. Méthode d'analyse | 263 |
| I.5. Les traitements statistiques | 263 |
| II. Caractéristiques générales de la population consultante | 263 |
| II. 1. Distribution des patients par catégorie de variables | 264 |
| II. 1.1. L'âge et le sexe des patients : des femmes majoritaires..... | 264 |
| II. 1.2. Niveau de scolarité, niveau d'instruction..... | 266 |
| II. 1.3. Distribution des patients selon la profession..... | 266 |
| II. 1.4. Le motif de consultation | 266 |
| III. Discussion des résultats | 267 |
| III.1. Identifier les groupes vulnérables | 269 |
| Conclusion du chapitre II_..... | 270 |
| Chapitre III. Volume et variation saisonnière de l'activité des structures de soins | 271 |

| | |
|---|-----|
| I. Les volumes d'activités : une combinaison de facteurs influençant la fréquentation | 271 |
| I.1. Structures publiques et communautaires de soins infirmiers : le rôle accru de l'ancienneté de la structure, des tarifs de soins et des services proposés | 273 |
| I.2. Structures privées et publiques de médecine générale : la question des tarifs et l'atout de la personnalité du soignant | 274 |
| I.3. Structures privées et publiques de spécialité médicale : des volumes forts différents entre spécialités | 276 |
| II. Les variations mensuelles de l'activité : l'impact des saisons et des activités sociales | 278 |
| II.1. Variations des activités dans les structures de soins de premier contact : des variations similaires d'une structure à l'autre | 278 |
| II.2. Structures de soins de médecine générale dans les HG : des variations différentes | 280 |
| III. Morbidité diagnostiquée | 282 |
| III.1. Généralités | 282 |
| III.1.1. Le tableau épidémiologique et ses spécificités urbaines | 282 |
| III.1.2. Morbidité ressentie, morbidité réelle ou morbidité diagnostiquée : la subtilité des définitions | 283 |
| III.2. Une morbidité diagnostiquée en fonction du niveau de l'offre de soins | 284 |
| III.2.1. Dans les structures publiques de premier contact de soins infirmiers : le fardeau des maladies transmissibles infectieuses et parasitaires | 284 |
| III.2.2. Dans les structures publiques et privées de second niveau de médecine générale : une demande de soins plus variée | 286 |
| III.2.3. Dans les services publics ou privés de spécialité médicale : une utilisation pas toujours à bon escient | 287 |
| III.3. La morbidité diagnostiquée fonction de l'âge, du sexe et des catégories socioprofessionnelles | 288 |
| III.4. Bilan sur la morbidité diagnostiquée | 292 |
| IV. Les aires d'attraction des services de santé | 292 |
| IV.1. Les aires d'attraction théoriques : une multitude de méthodes | 294 |
| IV.1.1. La méthode des zones tampons | 294 |
| IV.2. Les aires d'attraction réelles | 297 |
| IV.2.1. Les structures de premier niveau de soins infirmiers : des structures à faible et moyen rayonnement | 297 |
| IV.2.2. Des structures à plus fort rayonnement | 300 |
| IV.2.3. Aires d'attraction hors de la ville d'Abidjan | 303 |
| IV.2.4. L'interprétation des aires d'attraction selon les caractéristiques de la population consultante et selon la morbidité diagnostiquée | 304 |
| IV.3. Effet de la distance dans la demande de soins | 305 |
| IV.3.1. Le rôle de la distance sur les comportements des consultants selon les types de services de santé | 306 |
| Conclusion du chapitre III | 310 |
| Conclusion de la deuxième partie | 312 |
| TROISIÈME PARTIE : LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS DES MÉNAGES DE LA VILLE D'ABIDJAN | 314 |
| Introduction troisième partie | 315 |
| Chapitre I. Cadre et enjeu de l'enquête domiciliaire à Abidjan | 318 |
| I. Méthodologie de l'enquête domiciliaire à Abidjan | 318 |

| | |
|--|------------|
| I.1. L'état des connaissances | 318 |
| I.2. L'enquête domiciliaire à Abidjan de 2010 à 2011 | 319 |
| I.2.1. La stratification de l'espace urbain | 320 |
| I.2.2. Comment interroger les ménages dans les quartiers sélectionnés | 322 |
| I.2.3. Les questionnaires | 323 |
| I.2.4. Les questions: comment les proposer ? | 324 |
| I.2.5. L'échantillon final | 325 |
| I.3. Le recueil pour l'analyse des comportements vis-à-vis de la maladie..... | 327 |
| I.3.1. Les modèles conceptuels de l'analyse du recours aux soins | 327 |
| I.3.2. Un interrogatoire soutenu par des hypothèses spécifiques | 328 |
| I.3.3. Les traitements envisagés et l'analyse statistique | 328 |
| I.3.3.1. Analyse descriptive | 328 |
| I.3.3.2. Analyse univariée | 329 |
| I.3.3.3. Analyse spatiale et contextuelle | 329 |
| I.3.3.4. Analyse multi-variée | 330 |
| II. Des espaces de vie diversifiés aux modes de vie différenciés : la description des quartiers et des populations d'enquêtes | 330 |
| II.1. Quatre grandes catégories de quartiers, des comportements différents dans la capitale | 331 |
| II.1.1. Les quartiers résidentiels, des quartiers pour les classes favorisées | 331 |
| II.1.2. Les quartiers populaires étudiés | 333 |
| II.1.3. Les quartiers précaires étudiés, des espaces marqués par des paysages de pauvreté..... | 336 |
| II.1.4. Les villages Ébriés, le rural dans l'urbain | 338 |
| II.2 Une typologie des ménages pour caractériser les quartiers d'enquête | 340 |
| II.2.1. Des ménages socio-démographiquement différenciés et diversifiés selon les quartiers | 341 |
| II.2.2. La qualité de l'habitat des ménages, un indicateur | 343 |
| II.2.3. Le degré d'urbanisation et d'intégration des ménages | 346 |
| Conclusion de chapitre I | 350 |
| | |
| CHAPITRE II. LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES DES MÉNAGES FACE À LA MALADIE | 351 |
| I. Analyse de la morbidité déclarée pour les enfants de 6 mois à 12 ans | 355 |
| I.1. Épisodes morbides et caractéristiques socio-démographiques des enfants | 355 |
| I.2. L'itinéraire thérapeutique des enfants | 358 |
| I.2.1. Première action thérapeutique : l'automédication comme première alternative..... | 358 |
| I.2.1.1. Analyse du recours thérapeutique des enfants par quartiers..... | 362 |
| I.2.1.2. La provenance des médicaments utilisés dans l'automédication des enfants malades | 363 |
| I.2.1.3. Justification du choix du premier recours thérapeutique par les parents des enfants | 364 |
| I.2.1.4. La distance parcourue et le moyen de transport utilisé | 367 |
| I.2.1.5. Nombre de visite pour le premier recours extérieurs | 368 |
| I.2.1.6. Synthèse sur le coût moyen de la première action thérapeutique pour les enfants malades | 370 |
| I.2.2. Deuxième étape du recours thérapeutique : une demande de soin caractérisée par les recours extérieurs | 370 |
| I.2.2.1. Types d'actions thérapeutiques | 370 |
| I.2.3. Troisième étape du recours thérapeutique | 374 |
| II. Les pratiques des jeunes et des adultes | 376 |
| II.1. Épisodes morbides | 376 |
| II.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes et des adultes malades | 377 |
| II.1.2. Perception de leur état de santé vu par les jeunes et les adultes | 380 |
| II.2. L'itinéraire thérapeutique des jeunes et des adultes | 380 |
| II.2.1. Les types d'actions thérapeutiques au premier recours | 380 |
| II.2.1.1. L'automédication comme principale action thérapeutique au premier recours chez les | |

| | |
|--|------------|
| jeunes et les adultes | 380 |
| II.2.1.1.1. Des choix de soins en fonction des moyens et de la gravité de la maladie | 383 |
| II.2.1.1.2. Des espaces de vies qui cachent de grande diversité de soins | 384 |
| II.2.1.1.3. Provenance des médicaments et remèdes traditionnels pour cette première action thérapeutique | 387 |
| II.2.1.1.4. Justification du choix du premier recours thérapeutique par les adultes et les jeunes | 387 |
| II.2.1.1.5. La distance parcourue et le moyen de transport utilisé pour le premier recours chez les adultes et les jeunes | 389 |
| II.2.1.1.6. Synthèse sur le coût moyen de la première action thérapeutique pour les adultes et les jeunes malades | 389 |
| II.2.1.2. Deuxième étape du recours thérapeutique des jeunes et des adultes : des recours en majorité vers les structures de soins publiques | 391 |
| II.2.1.2.1. Les types d'actions thérapeutiques | 391 |
| II.2.1.2.2. Les services de santé fréquentés hors hospitalisation | 392 |
| II.2.1.2.3. Justification du deuxième recours thérapeutique des adultes et des jeunes du non recours aux services de santé | 394 |
| II.2.1.2.4. Synthèse sur le coût moyen de la deuxième action thérapeutique pour les adultes et les jeunes malades | 398 |
| II.2.1.2.5. Analyse économique des adultes et jeunes disposant d'une assurance maladie dans l'itinéraire thérapeutique | 400 |
| II.2.1.3. Troisième étape recours thérapeutique et plus | 401 |
| II.2.1.4. Synthèse des itinéraires thérapeutiques des enfants et des adultes | 403 |
| II.3. Le recours thérapeutique des femmes enceintes et des parturientes et des nouvelles mères de notre enquête | 404 |
| II.3.1. Le ou les actions thérapeutiques pour la phase prénatale | 406 |
| II.3.1.1. Nombre de visite pour les CPN | 407 |
| II.3.2. Le ou les actions thérapeutiques pour des nouvelles mères : une forte attraction vers les services de santé publics | 408 |
| II.3.3. Quelques barrières relevées par les femmes enceintes, les parturientes et les nouvelles mères | 409 |
| II.4. Analyse contextuelle et spatiale des comportements de recours aux soins | 411 |
| II.4.1. Le taux de morbidité versus le taux de recours : la situation problématique de certains quartiers | 411 |
| II.4.2. Le choix des services de soins : l'influence de l'offre de proximité | 412 |
| II.4.3. Les pratiques de soins par quartier : l'influence du contexte de résidence | 413 |
| Conclusion du chapitre II | 416 |
| Chapitre III. Déterminants des recours thérapeutiques étudiés | 417 |
| I. Analyse univariée des déterminants des comportements de recours aux soins | 417 |
| I.1. Les caractéristiques de la population comme déterminant du comportement de recherche de soins chez les enfants | 418 |
| I.1.1. Comportements de recours aux soins en lien avec des facteurs Prédiposants chez les enfants | 418 |
| I.1.2. Comportements de recours aux soins selon les caractéristiques du malade et de la maladie : les facteurs de besoins | 420 |
| I.1.3. Comportements du recours aux soins en lien avec des facteurs facilitants ou habilitants chez les enfants | 422 |
| I.2. Les caractéristiques de la population comme déterminant du comportement de recherche de soins chez les adultes | 425 |
| I.2.1. Comportements de recours aux soins en lien avec des facteurs prédisposants | 425 |
| I.2.2. Comportements du recours aux soins selon les caractéristiques du malade et de la maladie : | |

| | |
|--|------------|
| les facteurs de besoins | 428 |
| I.2.3. Comportements du recours aux soins en lien avec les facteurs facilitants ou habilitants | 431 |
| II. Analyse multivariée des déterminants des comportements de recours aux soins | 435 |
| II.1. Déterminants et barrières du recours aux soins | 435 |
| II.2. Les comportements du recours aux soins en fonction du profil des ménages | 438 |
| II.2.1. La qualité de l'habitat | 438 |
| II.2.2. Le degré d'urbanisation | 439 |
| Conclusion du chapitre III | 441 |
| Chapitre IV. Aptitudes des structures de soins à soigner les malades à abidjan | 442 |
| I. La prise en charge du patient dans les centres de soins | 443 |
| I.1. L'accueil et le parcours des patients : une satisfaction apparente | 444 |
| I.2. Un protocole de consultation strict qui ne laisse pas de place à l'échange | 446 |
| I.3. La relation médecin-patient | 449 |
| I.4. D'autres dysfonctionnements | 449 |
| I.4.1. Un temps d'accueil très réduit | 449 |
| I.4.2. L'ordonnance : un casse-tête pour les patients | 450 |
| I.4.3. La corruption | 451 |
| I.4.4. Des prises en charges différentes selon le statut de la structure | 451 |
| II. Se soigner et être soigné par les tradi-praticiens (TP) | 452 |
| II.1. Profil des personnels de santé traditionnels | 453 |
| II.1.1. Caractéristiques sociodémographiques | 453 |
| II.1.2. La formation initiale et les compétences des tradi-praticiens | 453 |
| II.2. Les méthodes diagnostiques des tradi-praticiens | 454 |
| II.2.1. Les méthodes thérapeutiques des tradi-praticiens | 454 |
| II.2.2. Les consultations | 455 |
| II.3. Les obstacles à la collaboration entre les deux médecines du point de vue des tradi-praticiens | 458 |
| II.4. Caractéristiques des patients | 459 |
| Conclusion du chapitre IV | 462 |
| Conclusion de la troisième partie | 463 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS | 464 |
| 1. Une géographie de l'accès et du recours aux soins à Abidjan | 464 |
| a. Des outils empruntés à d'autres disciplines et les choix méthodologiques..... | 465 |
| b. Un éclairage de la géographie de la ville | 465 |
| c. Des disparités aux inégalités socio-spatiales fortes | 466 |
| 2. De nouvelles pistes de recherches | 466 |
| 3. Des nécessaires prises de conscience à opérer : quelques propositions | 467 |
| a. La segmentation du système de soins | 468 |
| b. La lutte contre la corruption | 468 |
| c. Éducation et sensibilisation à la santé | 468 |
| d. Le financement des soins et la prise en charge des populations vulnérables | 469 |
| 4. Les recommandations faites par les ménages pour améliorer leur santé | 469 |
| BIBLIOGRAPHIE | 472 |
| TABLE DES MATIÈRES | 492 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS | 502 |
| Listes des cartes | 502 |
| Listes des tableaux | 504 |

| | |
|---|-----|
| Listes des figures | 506 |
| Listes des graphiques | 507 |
| Listes des photographies | 508 |
| Liste des encadrés | 509 |
| Liste des documents | 509 |
| | |
| ANNEXES | 510 |
| Annexe 1. Questionnaire soumis aux ménages de la ville d'Abidjan 2010-2011 | 511 |
| Annexe 2. Le guide utilisé pour les entretiens réalisés auprès des tradi-praticiens | 517 |
| Annexe 3. Le guide utilisé pour les entretiens réalisés auprès des agents de santé moderne | 519 |
| Annexe 4. Questionnaire adressé aux patients vus en consultation dans les sept structures de soins enquêtées | 521 |
| Annexe 5. Liste complète des structures de soins recensées à Abidjan en 2009 | 523 |
| Annexe 6. L'enquête de santé vue par quelque quotidien ivoirien | 528 |
| Annexe 7. Autorisation de recherche sur le terrain | 530 |
| Annexe 8. Autorisation d'enquêter dans les services de santé moderne d'Abidjan | 532 |
| Annexe 9. Autorisation d'enquête auprès des agents de santé moderne | 533 |
| Annexe 10. Croquis du plan de masse de la formation sanitaire urbaine de Cocody..... | 534 |

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

T TABLE DES ILLUSTRATIONS

▪ Listes des cartes

| | |
|--|-----|
| Carte 1. Localisation géographique de la ville d'Abidjan aux différentes échelles : Afrique de l'Ouest, Côte d'Ivoire et District d'Abidjan | 31 |
| Carte 2. Carte de la Côte d'Ivoire et localisation géographique de la région des Lagunes et Abidjan | 53 |
| Carte 3. Le district de la ville d'Abidjan | 73 |
| Carte 4. Les communes de la ville d'Abidjan depuis 1980 avec leur nombre d'habitant respectif | 77 |
| Carte 5. Les 25 villages Ébriés de la ville d'Abidjan en 2009 | 81 |
| Carte 6. Le plan d'eau lagunaire de la ville d'Abidjan | 82 |
| Carte 7. Découpage territorial de la ville d'Abidjan en fonction du domaine lagunaire | 85 |
| Carte 8. Nombre de taxis et gbaka par commune en 2009 et les principales voies de communication de la ville d'Abidjan | 90 |
| Carte 9 a. Districts Sanitaires de la ville d'Abidjan de 2001 à 2006 | 91 |
| Carte 9 b. Districts Sanitaires de la ville d'Abidjan en 2007 | 92 |
| Carte 10. Le système théorique de référence à Abidjan en 2010 | 100 |
| Carte 11. Les étapes de l'étalement de la ville d'Abidjan en 1950 et 1998 | 106 |
| Carte 12. Densité de la population de la ville d'Abidjan en 2006 | 107 |
| Carte 13. La croissance spatiale d'Abidjan selon les plans d'aménagements | 111 |
| Carte 14. Limites de la ville en 1934 et distribution des structures de soins ouvertes | 116 |
| Carte 15. Limites de la ville en 1950 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1934 et 1950 à Abidjan | 118 |
| Carte 16. Limites de la ville en 1975 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1930 et 1975 à Abidjan | 121 |
| Carte 17. Limites de la ville en 1988 et distribution des structures de soins ouvertes entre en 1934 et 1988 à Abidjan | 127 |
| Carte 18. Limites de la ville en 1997 et distribution des structures de soins ouvertes entre en 1934 et 1997 à Abidjan | 131 |
| Carte 19. Limites de la ville en 2009 et distribution des structures de soins ouvertes entre 1934 et 2009 à Abidjan..... | 133 |
| Carte 20. Évolution de l'offre de soins à Abidjan en 1934 et 2009..... | 136 |
| Carte 21. L'offre de soin moderne à Abidjan en 2009 | 139 |
| Carte 22. Nombre de médecins dans les structures de soin à Abidjan en 2009 | 144 |
| Carte 23. Distribution des médecins dans les structures de soin à Abidjan en 2009 et densité de population..... | 147 |
| Carte 24. Nombre d'infirmiers diplômés d'État dans les structures de soins à Abidjan en 2009 et densité de population | 148 |

| | |
|--|-----|
| Carte 25. Nombre sage-femme dans les structures de soins à Abidjan en 2009 et densité de population | 151 |
| Carte 26. Localisation des structures sanitaires par niveau de soins à Abidjan en 2009 | 152 |
| Carte 27 a. Effectif de l'offre de soin publique par niveau de soins à Abidjan en 2009 | 153 |
| Carte 27 b. Effectif de l'offre de soin privée par niveau de soins à Abidjan en 2009 | 154 |
| Carte 28. Distribution des lits d'hospitalisations dans les formations sanitaires de la ville d'Abidjan en 2009 | 156 |
| Carte 29. Distribution des lits d'observations dans les formations sanitaires de la ville d'Abidjan en 2009 | 158 |
| Carte 30. Distribution des structures de soins publiques à Abidjan en 2009 | 167 |
| Carte 31. Morphologie de l'espace et accessibilité théorique des services de santé à Abidjan en 2009 | 172 |
| Carte 32. Distribution de l'offre de soins par rapport aux équipements éducatifs | 174 |
| Carte 33. Distribution de l'offre de soin par rapport aux marchés | 176 |
| Carte 34. Distribution des structures de soins privées à Abidjan en 2009 | 178 |
| Carte 35. Distribution des structures de soins à but communautaire en 2009 à Abidjan | 183 |
| Carte 36. Distribution des structures de soins confessionnelles | 185 |
| Carte 37. Distribution des officines pharmaceutiques privées à Abidjan en 2009 | 187 |
| Carte 38. Distribution des officines pharmaceutiques et des structures sanitaires à Abidjan en 2009 | 189 |
| Carte 39. L'accès théorique aux médicaments à Abidjan en 2009 | 192 |
| Carte 40. Typologies des profils des lieux de résidences de la population de la ville d'Abidjan | 203 |
| Carte 41. Distribution spatiale des structures de soins et de la population des enfants de 0-5 ans par zone de dénombrement en 2009 à Abidjan | 215 |
| Carte 42. Distribution spatiale des structures de soins et de la population des plus de 50 ans par zone de dénombrement en 2009 à Abidjan | 218 |
| Carte 43. Répartition de la population par quartiers selon le sexe en 2006 à Abidjan | 220 |
| Carte 44. Proportion des femmes en âge de procréer (FAP) et distribution des structures de soins de premier niveau par quartier à Abidjan en 2009 | 222 |
| Carte 45. Distribution de l'offre de soin moderne dans les typologies des profils des lieux de résidences de la population de la ville d'Abidjan..... | 225 |
| Carte 46. Distribution des professionnels de santé dans les typologies des profils des lieux de résidences de la population de la ville d'Abidjan | 226 |
| Carte 47. Taux d'utilisation des structures de soins publiques pour les soins curatifs en 2006 dans les typologies des profils des lieux de résidences à Abidjan..... | 229 |
| Carte 48. Identification des zones fragiles pour l'accès aux soins à partir de la typologie en neuf classes des espaces de vies des populations | 233 |
| Carte 49. Les structures sanitaires de l'enquête « activité du système de soins » à Abidjan en 2010 | 241 |
| Carte 50. Localisation de l'hôpital Général d'Abobo dans la ville d'Abidjan | 243 |
| Carte 51. Localisation de l'hôpital général de Port-Bouët dans la ville d'Abidjan | 247 |
| Carte 52. Localisation de l'HMA dans la ville d'Abidjan | 250 |
| Carte 53. Localisation du dispensaire urbain la Caritas dans la ville d'Abidjan | 253 |
| Carte 54. Localisation de la FSU-Com de Wassakara-Attié dans la ville d'Abidjan | 254 |

| | |
|---|-----|
| Carte 55. Localisation de la FSU d'Anoumabo dans la ville d'Abidjan | 257 |
| Carte 56. Localisation Formation sanitaire urbaine de Cocody dans la ville d'Abidjan | 258 |
| Carte 57. Volumes annuels de consultations dans les structures sanitaires étudiés..... | 272 |
| Carte 58. Aires d'attraction théoriques définies par des zones tampons de 1 Km de rayon autour des structures sanitaires publiques et privées de premier contact à Abidjan en 2009 | 296 |
| Carte 59. Aires d'attraction des structures de premier niveau de soins infirmiers à Abidjan en 2009 ... | 299 |
| Carte 60. Aires d'attraction des structures (HG) de soins de médecine générale à Abidjan en 2009 | 301 |
| Carte 61. Aires d'attraction de l'hôpital militaire d'Abidjan (HMA) en 2009 | 302 |
| Carte 62. Localisation des quartiers sélectionnés pour les enquêtes domiciliaires | 362 |
| Carte 63. Aménagement et équipements sociaux dans les quartiers résidentiels enquêtés | 333 |
| Carte 64. Aménagement et équipements sociaux dans les quartiers populaires enquêtés | 335 |
| Carte 65. Aménagement et équipements sociaux dans les quartiers précaires enquêtés..... | 338 |
| Carte 66. Aménagement et équipements sociaux dans les villages Ébriés enquêtés | 340 |
| Carte 67. Répartition des ménages par quartier selon la qualité de l'habitat | 346 |
| Carte 68. Répartition des ménages par quartier selon le degré d'urbanisation..... | 349 |
| Carte 69. Morbidité déclarée et recours à un service de soins par quartier en 2010 | 412 |
| Carte 70. Classification des quartiers et des villages étudiés en fonction des différents types de recours thérapeutiques | 414 |

▪ Listes des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1. Répartition du nombre de quartiers par communes | 35 |
| Tableau 2. Organisation du système de santé ivoirien en 2009 | 65 |
| Tableau 3. Compétences transférées aux communes | 74 |
| Tableau 4 a. Districts Sanitaires de la ville d'Abidjan de 2001 à 2006 | 91 |
| Tableau 4 b. Districts Sanitaires de la ville d'Abidjan en 2007 | 92 |
| Tableau 5. Caractéristiques des douze districts sanitaires de la région sanitaire de la lagune..... | 94 |
| Tableau 6. Ressources matérielles fonctionnelles disponibles dans les districts au 31 décembre 2009 | 95 |
| Tableau 7. Croissance d'Abidjan selon les plans d'Aménagements | 108 |
| Tableau 8. Disparité de l'encadrement médical, desserte médicale et paramédicale (Santé publique et médecine privée) | 124 |
| Tableau 9. Capacité d'accueil (desserte) des formations hospitalières de la ville d'Abidjan et de la Médecine Préventive en 1969 et 1979 | 125 |
| Tableau 10. Différents types d'établissements sanitaires à Abidjan en 2011 | 140 |
| Tableau 11. Synthèse des structures de soins privées et publiques entre la Côte d'Ivoire et Abidjan | 141 |
| Tableau 12. Personnel de santé du secteur public en Côte d'Ivoire et à Abidjan en 2002 et 2009 | 142 |
| Tableau 13. Typologie des services de soins selon le niveau, la nature et le secteur de la ville d'Abidjan en 2009 | 162 |
| Tableau 14. Typologie des services de soins selon le financement et la propriété | 163 |

| | |
|---|-----|
| Tableau 15. Nombre de pharmacie de garde par commune en 2011 à Abidjan | 190 |
| Tableau 16. Bilan caractéristique des besoins et de l'offre de soins de la ville d'Abidjan | 230 |
| Tableau 17. Confrontation entre offre et besoin de soins | 232 |
| Tableau 18. Nombre de pièces et surface approximative | 245 |
| Tableau 19. Tarifs en vigueur à HG d'Abobo-Est en 2010 | 245 |
| Tableau 20. Nombre de pièces et surface approximative du centre de la formation sanitaire urbaine communautaire | 254 |
| Tableau 21. Tarifs en vigueur à la FSU-Com de Wassakara en 2010 | 256 |
| Tableau 22. Tarifs en vigueur à la FSU de Cocody en 2010 | 259 |
| Tableau 23. Caractéristiques des structures sanitaires enquêtées | 260 |
| Tableau 24. Répartition des patients interrogés selon le type de structure | 263 |
| Tableau 25. Répartition des patients par niveau d'instruction dans les services de santé étudiés | 266 |
| Tableau 26. Regroupement des patients interrogés selon la profession | 266 |
| Tableau 27 a. Pathologies ou les motifs de consultations | 267 |
| Tableau 27 b. Pathologies ou les motifs de consultations | 267 |
| Tableau 28. Répartition de la morbidité diagnostiquée selon le groupe d'âge des consultants | 289 |
| Tableau 29. Répartition de la morbidité diagnostiquée selon la catégorie socioprofessionnelle des consultants | 291 |
| Tableau 30. Part de la population consultante ne résidant pas à Abidjan selon les différents types de structures | 303 |
| Tableau 31. Les quartiers sélectionnés pour les enquêtes domiciliaires | 321 |
| Tableau 32. Échantillon de l'enquête domiciliaire à Abidjan | 326 |
| Tableau 33 a. Les dépenses de santé en fonction de l'activité économique | 342 |
| Tableau 33 b. Les dépenses de santé en fonction des revenus | 342 |
| Tableau 34. Caractéristiques des classes selon la qualité de l'habitat | 344 |
| Tableau 35. Caractéristiques des classes selon le degré d'urbanisation..... | 348 |
| Tableau 36. Les maladies les plus fréquentes chez les enfants | 356 |
| Tableau 37. Caractéristiques socio-démographiques des enfants malades | 357 |
| Tableau 38. Répartition des enfants malades selon le premier recours thérapeutique | 359 |
| Tableau 39. Les maladies les plus fréquentes chez les jeunes et les adultes | 376 |
| Tableau 40. Caractéristiques socio-démographiques des adultes et jeunes malades..... | 378 |
| Tableau 41. Répartition des jeunes et adultes malades selon le premier recours | 381 |
| Tableau 42. Perception de la gravité de la maladie en fonction du premier recours (en%) | 384 |
| Tableau 43. Motifs pour les malades qui ont préféré les autres types de soins à une consultation extérieure moderne comme deuxième action thérapeutique (plusieurs réponses possibles) | 396 |
| Tableau 44. Motifs pour les malades qui ont préféré consulté un spécialiste plutôt que les autres offres de soins | 397 |
| Tableau 45. Dépenses de santé faites par les adultes et les jeunes (Fr CFA) | 399 |
| Tableau 46. Répartition des femmes enceintes, parturientes et des mères selon les lieux de résidences | 405 |
| Tableau 47. Recours thérapeutique des femmes enceintes selon le stade de leur grossesse | 406 |

| | |
|--|-----|
| Tableau 48. Comportements des enfants malades selon une sélection de facteurs prédisposants | 419 |
| Tableau 49. Comportements des enfants malades selon une sélection de facteurs caractéristiques des perceptions de l'état de santé et du problème de santé déclaré | 422 |
| Tableau 50. Comportements des enfants malades selon une sélection de facteurs facilitants | 424 |
| Tableau 51. Comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs prédisposants | 426 |
| Tableau 52 a. Comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs caractéristiques des perceptions de l'état de santé et du problème de santé déclaré | 429 |
| Tableau 52 b. Suite comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs caractéristiques des perceptions de l'état de santé et du problème de santé déclaré | 431 |
| Tableau 53. Comportements des adultes malades selon une sélection de facteurs facilitants | 432 |
| Tableau 54. Régression logistique sur les facteurs associés aux recours à un service de soins moderne . | 436 |
| Tableau 55. Appréciation du temps passé en salle d'attente par les patients avant la prise en charge par le personnel soignant | 446 |

▪ Listes des figures

| | |
|---|-----|
| Figure 1. Modèle conceptuel de notre étude | 24 |
| Figure 2. Les différentes échelles d'analyse considérées pour l'étude des inégalités spatiales à l'offre de soins en ville et le recours aux soins : des unités spatiales à emboîter | 34 |
| Figure 3. L'organisation théorique de l'offre de soins moderne de la ville d'Abidjan | 99 |
| Figure 4. Organisation théorique du système sanitaire de la ville d'Abidjan de 1975 à 1988 | 123 |
| Figure 5. Croquis du plan de l'hôpital général d'Abobo-Est à Abidjan en 2010 | 244 |
| Figure 6. Croquis du plan de masse FSU-Com Wassakara | 255 |
| Figure 7. Comparaison des pyramides des âges de la population consultante en 2010 dans les sept services de santé étudiés à Abidjan | 264 |
| Figure 8. Comparaison des pyramides des âges de la population consultante en 2010 et de la population générale en 1998 à Abidjan | 270 |
| Figure 9. Représentation graphique du choix entre les alternatives de soins pour un individu malade à Abidjan | 359 |
| Figure 10. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l'enfant de 6 mois à 12 ans dans le cadre de l'épisode morbide de la première action thérapeutique..... | 361 |
| Figure 11. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l'enfant de 6 mois à 12 ans dans le cadre de l'épisode morbide de la deuxième action thérapeutique | 373 |
| Figure 12. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l'enfant de 6 mois à 12 ans dans le cadre de l'épisode morbide de la troisième action thérapeutique | 375 |
| Figure 13. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par les adultes et les jeunes dans le cadre de l'épisode morbide de la première action thérapeutique | 383 |
| Figure 14. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par les adultes et les jeunes dans le cadre de l'épisode morbide de la deuxième action thérapeutique | 394 |

Figure 15. Caractéristique de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par les jeunes et les adultes dans le cadre de l'épisode morbide de la troisième action thérapeutique 402

▪ Listes des graphiques

| | |
|--|-----|
| Graphique 1. Croissance démographique de la Côte d'Ivoire de 1920 à 2007 | 51 |
| Graphique 2. Répartition du nombre de quartiers par communes en 1998..... | 78 |
| Graphique 3. Croissance démographique de la ville d'Abidjan entre 1920 et 2006 | 105 |
| Graphique 4 a. Répartition des structures sanitaires publiques par communes dans la ville d'Abidjan .. | 153 |
| Graphique 4 b. Répartition des structures sanitaires privées par commune de la ville d'Abidjan | 154 |
| Graphique 5. Répartition des 15-25 ans par commune en 2009 à Abidjan | 216 |
| Graphique 6. Volumes annuels d'activité des structures publiques et communautaires de soins infirmiers étudiées | 273 |
| Graphique 7. Volumes annuels d'activité de médecine générale des trois hôpitaux..... | 275 |
| Graphique 8. Volumes annuels d'activité des structures de spécialité médicale..... | 276 |
| Graphique 9. Variations mensuelles de l'activité dans les structures de soins de premier niveau | 278 |
| Graphique 10. Variations mensuelles des principaux diagnostics au sein des structures sanitaires de soins infirmiers enquêtées | 280 |
| Graphique 11. Variations mensuelles des trois principaux diagnostics au sein des HG pour les activités de médecine générale | 281 |
| Graphique 12. Volume d'activité des structures enquêtées et population par secteur | 282 |
| Graphique 13. Morbidité diagnostiquée dans les structures de soins infirmiers publiques et privées | 285 |
| Graphique 14. Morbidité diagnostiquée dans les structures de soins de médecine générale publiques et privées | 286 |
| Graphique 15. Morbidité diagnostiquée des services de pédiatrie | 287 |
| Graphique 16. Morbidité diagnostiquée des services de gynécologie | 288 |
| Graphique 17. Répartition de la morbidité diagnostiquée selon le sexe du consultant | 290 |
| Graphique 18. Fréquentation de la FSU-Com de Wassakara en fonction de la distance | 306 |
| Graphique 19. Fréquentation de la FSU de Cocody en fonction de la distance | 307 |
| Graphique 20. Fréquentation du dispensaire urbain confessionnel en fonction de la distance | 307 |
| Graphique 21. Fréquentation de l'HG d'Abobo en fonction de la distance | 308 |
| Graphique 22. Fréquentation de l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA) en fonction de la distance | 309 |
| Graphique 23. Répartition du deuxième recours thérapeutique entre les services de santé | 393 |
| Graphique 24. Mois pendant lesquels l'argent manque le plus dans les ménages, associé aux taux d'utilisation des services de santé..... | 434 |
| Graphique 25. Comportements vis-à-vis de la maladie selon la qualité de l'habitat et des caractéristiques des quartiers des ménages | 439 |
| Graphique 26. Comportements vis-à-vis de la maladie selon le degré d'urbanisation des ménages | 440 |
| Graphique 27. Les critères de motivations du recours aux soins selon le statut de la structure | 443 |
| Graphique 28. Répartition des tradi-praticiens selon le nombre de malades journaliers | 456 |

| | |
|--|-----|
| Graphique 29. Répartition des tradi-praticiens selon le coût de la consultation | 456 |
| ▪ Listes des photographies | |
| Photo 1. Fête de génération à Bidjan Santé : Profusion de culture ancestrale en pleine capitale | 80 |
| Photo 2. Abidjan surnommée “ perle des lagunes ” | 83 |
| Photo 3. Un bateau-bus de la compagnie de transport SOTRA..... | 87 |
| Photo 4. Des gbaka roulant sur le tronçon Abobo Yopougon..... | 88 |
| Photo 5. La Pisam, un centre hospitalier de référence en Afrique de l’Ouest | 157 |
| Photo 6. Chambre d’hospitalisation de haut standing à la Pisam | 157 |
| Photo 7. Des lits d’hospitalisations à l’hôpital général de Port-Bouët. | 157 |
| Photo 8. Un malade hospitalisé à même le sol. Avec l’insuffisance des lits d’observations, un enfant de 13 ans souffrant du paludisme est hospitalisé à même le sol au CHU de Treichville. | 159 |
| Photo 9. L’une des 7 salle chirurgicale de la PISAM | 160 |
| Photo 10. L’héliport de la PISAM, à l’arrière du bâtiment principal | 160 |
| Photo 11. Un exemple d’équipement sanitaire de premier niveau. Le centre de santé urbain (CSU) de Williamsville | 169 |
| Photo 12. FSU d’Abobo, les locaux des activités des moyens de contraception | 169 |
| Photo 13. Le Centre Hospitalier et Université (CHU) de Cocody au Nord - Est d’Abidjan..... | 170 |
| Photo 14. Polyclinique Hôtel de Dieu en plein centre de Treichville | 179 |
| Photo 15 a. Chambre d’hospitalisation Clinique la rochelle au plateau. | 180 |
| Photo 15 b. Une des salles chirurgicales entièrement rénovée avec l’achat de nouveaux matériels médicaux dans la grande clinique d’Abobo - Dokui | 180 |
| Photo 16. Pharmacie Saint Martin située à Yopougon SIDECI | 188 |
| Photo 17 a. Des malades qui patientent devant la caisse du dépôt pharmaceutique du CSU de Williasville à Adjamé..... | 191 |
| Photo 17 b. Dépôt pharmaceutique dans le CSU de Williasville à Adjamé. Les rayons sont vides. | 191 |
| Photo 18. Médicaments de la rue, “fatô ché” | 194 |
| Photo 19. Le plus important marché des médicaments de la rue, la «pharmacie Roxy » à Adjamé à Abidjan | 195 |
| Photo 20. Pénurie d’eau dans certains quartiers d` Abidjan | 208 |
| Photo 21. Présence d’eaux usées dans la rue, devant une cour, dans le quartier populaire d’Adjamé à Williamsville III. | 208 |
| Photo 22. Ordures débordant d’une benne métallique à Adjamé. | 208 |
| Photo 23. Les différents parcours des pré-collecteurs d’ordures ménagères à Abidjan, l’exemple d’un pré-collecteur de Treichville | 209 |
| Photo 24. Construction anarchique dans le quartier précaire Boribana dans la commune d’Attécoubé au Nord de la ville. On constate un délabrement, une “taudification” avancé des habitats..... | 211 |
| Photo 25. L’étroitesse et insalubrité des pistes piétonnes, entre les maisons à Abia abetty dans la commune de Marcory | 211 |

| | |
|---|-----|
| Photo 26. Des enfants du quartier Cimetière-Williamsville I dans la commune d'Adjamé, à la recherche d'objets précieux dans les eaux usées. | 212 |
| Photo 27. La lagune est souvent considérée comme l'exutoire « naturel » des effluents d'une ville sous équipée du point de vue de l'assainissement. | 212 |
| Photo 28. Le mur de l'entrée de l'hôpital général de Port-Bouët, affichant les prestations sanitaires | 248 |
| Photo 29. Chambre d'hospitalisation à l'hôpital général de Port-Bouët. | 249 |
| Photo 30. Les tarifs en vigueur à l'hôpital général de Port-Bouët en 2010 | 249 |
| Photo 31. Les locaux Chirurgicaux de l'HMA | 250 |
| Photo 32. Centre médical confessionnel la Caritas de Port-Bouët | 252 |
| Photo 33. Entrée de la CSU-Com HKB d'Anoumabo | 257 |
| Photo 34. Affichage des tarifs des prestations sanitaires au CSU-Com HKB d'Anoumabo | 257 |
| Photo 35. Promotion pour les soins d'un tradi-praticien qui soigne toutes les maladies même la paresse. | 337 |
| Photo 36. Tradi-praticien ambulat tous les jours dans les rues de Port-Bouët II à Yopougon pour expliquer aux passants à l'aide de photos de patients atteints de maladies graves, qu'il affirme avoir guéries. | 337 |
| Photo 37. Vendeuses de médicaments traditionnels au marché du village Ébrié Anoumabo | 353 |
| Photo 38. Clinique ou cabinet traditionnel | 353 |
| Photo 39. Médicament traditionnel de type moderne, représenté ici sous forme de sirop, boisson, tisane, dans des bouteilles ou emballages avec des étiquettes pour expliquer le mode d'emploi. | 354 |
| Photo 40. Un lit de consultation non protégé sur lequel les femmes enceintes font leurs CPN dans la maternité de la FSU de Koumassi. | 411 |
| Photo 41. Entrée du CHU de Cocody..... | 445 |
| Photo 42. Des panneaux implantés à l'entrée d'un centre de santé confessionnel | 445 |
| Photo 43. La consultation du nourrisson. | 448 |
| Photo 44. Tradi-praticien entrain de découper, piler et sécher des écorces et des feuilles de différentes plantes..... | 455 |
| Photo 45. Entretien avec Madame Trabi, vendeuse de médicaments traditionnels au grand marché d'Abobo. | 519 |

▪ Liste des encadrés

| | |
|---|-----|
| Encadré 1. Abidjan perle des lagunes | 83 |
| Encadré 2. Cadre méthodologique | 103 |
| Encadré 3. Justification des années retenues | 112 |
| Encadré 4. Méthodologique | 202 |

▪ Liste des documents

| | |
|--|-----|
| Document 1. La grande préférence du corps médical pour les services de soins privés | 146 |
|--|-----|

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1. Questionnaire soumis aux ménages de la ville d'Abidjan (2010-2011)

Superviseur (Nom et prénom).....
 Noms des enquêteurs.....
 Date.....
 Nom de la commune et du quartier.....
 N° du ménage.....

I. Description de la concession

Q1. Personne qui répond Femme (s) Hommes (s)

Q2. Nombre de ménages dont le chef de ménage résidant à Abidjan depuis plus de 5 ans (demander l'âge des chefs de ménages et leur date d'arrivée à Abidjan)

Q3. Noter le type de maison (cocher la case correspondante)

Immeuble (plusieurs étages/ plusieurs ménages)
 Villa duplex (2 étages)
 Villa
 Célébatorium ou Individuel
 Cour commune
 Maison
 Nombre de pièces

Q4. Noter le type de construction

Dur (parpaings, ciment, béton)
 Semi dur (banco amélioré, crépi, etc.)
 Pas dur (banco, paille, autres)

Q5. Combien y-a-t-il de personnes dans votre ménage, vous compris ?.....

Q6. Type d'habitat

Habitat économique
 Habitat de petit standing
 Habitat précaire
 Habitat mixte

Q7. Statut d'occupation

Propriétaire
 Locataire
 Hébergé gratuit
 Autre

Q8. Noter l'état de la construction

Achévé
 Inachevé

Q9. Noter le type de concession

Concession familiale à un ménage
 Concession familiale à plusieurs ménages apparentés
 Concession à plusieurs ménages non apparentés

Q10. Y a t il de la végétation dans la concession ? Oui Non

Si oui, décrire la végétation:

Q11. Notez vous un souci d'embellissement de la concession ? Oui Non

Q12. Y a t il un puits dans la concession ? Oui Non

Si oui, à quoi sert l'eau tirée du puits (plusieurs réponses possibles à cocher)

Boisson
 Usage domestique (cuisine, lessive, bain, vaisselle)
 Arrosage

Q13. Y a t-il des animaux présents dans la concession ? Oui Non

Si oui, est-ce que ce sont des : Poulets Canards Pintades Chèvres Moutons

II. Identification et description du ménage

Q1. Sexe : Masculin et Féminin

Q2. Quel est l'âge du chef de ménage? (insistez au besoin en demandant une estimation).....

Q3. Date d'arrivée à Abidjan..... **Lieu de naissance**.....

Q4. A-t-il toujours habité dans la maison où nous nous trouvons ? Oui Non

Q5. En quelle année est-il venu s'installer dans cette maison ?.....

Q6. Depuis combien d'années le chef de ménage vit-il dans le quartier ?.....

Q7. Pourquoi a-t-il choisi ce quartier ?.....

Q8. Dans combien de quartiers de Abidjan a-t-il résidé auparavant ?..... **Quel est le nom du dernier quartier ?**.....

Q9. Est-ce qu'il y a un chef traditionnel dans le quartier ? Oui Non

Q10. Si le chef de ménage avait des problèmes dans le quartier, irait-il les exposer à ce chef ? Oui Non

Q11. Est-ce que le chef de ménage dépend d'une autre autorité ? Oui Non

Si oui, préciser laquelle (ethnique, municipale, politique....) :

Q12. Durée de résidence dans ce quartier (années).....

Q13. Êtes-vous Marié ; **Divorcé** ; **Célibataire** **En concubinage**

Q14. Religion : Sans religion ; Catholique ; Assemblée de Dieu ; Autres protestants ; Musulman ; Animiste ; Autres précisez.....

Q15. Quel est le nombre d'épouses du chef de ménage vivant actuellement dans le ménage ?

➤ **Conditions de vie**

Q16. Où le ménage prend-t-il l'eau qu'il utilise et à quelle fréquence :

Domestique (cuisine, lessive, douche, vaisselle, etc.)

Robinet individuel
Robinet collectif Abonné revendeur
Borne fontaine publique
Puits
Autre (eau de pluie, eau minérale)

Boisson

Robinet individuel
Robinet collectif, abonné revendeur
Borne fontaine publique
Puits
Autre (barrage, eau de pluie, eau minérale)

Q18. Y a-t-il des latrines ? Oui Non

Q17. Est-ce que l'eau de boisson est stockée ? Oui Non

Q19. Quel est le mode d'évacuation des eaux usées (douche et vaisselle) ?

Fosse ou puits perdu dans cour
Caniveau
Route
Autres

Q20. Quel est le mode de stockage des ordures ?

Tas dans la cour
Fût dans la cour
Jet dans la rue
Tas dans la rue
Bac dans la rue
Autres

Si stockage dans la cour, quel est le mode d'élimination des ordures ?

Enlèvement municipal
Enlèvement par un service privé
Feu
Enfouissement
Autres

Q21. Y a-t-il des moustiquaires imprégnées sur tous les lits et fenêtres de la maison ? Oui Non

Q22. Utilisez-vous même occasionnellement des produits (bombes, etc.) pour lutter contre les moustiques ? Oui Non

Q23. Est-ce que vous avez à la maison :

de l'aspirine du paracétamol de la nivaquine Autres.....

Q24. Quel mode d'éclairage utilisez-vous ?

CIE
Batterie
Énergie solaire
Lampe à pétrole
Lampe à gaz
Bougies
Aucun mode d'éclairage

Q25. Comment faites-vous la cuisine ?

Au gaz
Au pétrole
Au charbon de bois
Au bois
Je ne fais pas la cuisine

Q26. Le chef de ménage a-t-il un téléphone ?

Mobile
Fixe
Aucun téléphone

Q27. De quels moyens de locomotion dispose le ménage ?

(si oui demander combien de chaque) (ne tenir compte que des engins qui fonctionnent)

Vélo
Mobylette
Moto
Voiture
4x4
Camionnette
Camion
Aucun moyen de locomotion

Q28. De quel type d'équipement dispose le ménage ?

Radio
Télévision
Réfrigérateur
Ventilateur
Climatiseur
Lits avec matelas pour dormir
Salon [fauteuils et canapé]
Aucun équipement

Q29. Impression générale, selon l'enquêteur, d'aisance du ménage

d'après l'apparence de la maison, de la cour et des habitants Mauvaise ; Moyenne ; Bonne

➤ **Informations sur les revenus du ménage**

Q30. Le chef de ménage (plusieurs réponses possibles) :

À une ou plusieurs activités rémunérées (si oui, voir ensuite Q31)
Est sans emploi
Est à la retraite
Est étudiant
Est une ménagère (si femme)

Q31. Si le chef de ménage a une ou plusieurs activités rémunérées, quelles sont elles ?

Profession.....
Secteur privé
Secteur public
Lieu d'exercice

Q32. Si le chef de ménage a des revenus, combien gagne-t-il chaque mois (moyenne en gros sur une année) F CFA ?

moins du SMIG (moins de 30.000 F)
1 à 2 fois le SMIG (30.000 à 60.000 F)
2 à 3 fois le SMIG (60.000 à 90.000 F)
3 à 5 fois le SMIG (90.000 à 150.000 F)

5 à 6 fois le SMIG (150.000 à 180.000 F)
6 à 9 fois le SMIG (180.000 à 270.000 F)
9 à 10 fois le SMIG (270.000 à 300.000 F)
plus de 10 fois le SMIG (300.000 F)

Quels sont les mois de l'année pendant lesquels l'argent manque le plus dans le ménage?

Q33. Pour les épouses, la 1ère épouse du chef de ménage (plusieurs réponses possibles) :

- À au moins une activité rémunérée (si oui, voir ensuite Q34)
- Est une ménagère
- Est sans emploi
- Est à la retraite
- Est étudiante

Q34. Si la 1ère épouse du chef de ménage a une ou plusieurs activités rémunérées, quelles sont elles ?

Profession ; Secteur privé Secteur public Lieu d'exercice (sect.+ quartier).....

Q35. Est-ce que le chef de ménage a d'autres revenus (loyers, locations de camion, taxi, etc.) ? Oui Non

Q36. Le ménage peut il recevoir des aides de (plusieurs réponses possibles) :

- Des enfants ayant fondé leur propre famille La famille du village La famille installée en Côte d'Ivoire
- La famille installée dans un autre pays étranger Autres (à préciser)

Q37. Donnez l'ordre d'importance des dépenses qui sont faites chaque mois

Alimentation ; Maison Éducation ; Santé NSP

➤ Réseaux sociaux et éducation

Q38. Le chef de ménage appartient-il à une ou plusieurs associations ou communautés ? Oui Non

Si oui, pouvez vous préciser ?

Religion Professionnel Traditionnel Loisirs-culturel Tontine ; Association civile

Q39. Quelle est l'ethnie du chef de ménage ?

Q40. Le chef de ménage est-il allé à l'école ? Oui Non

Si oui, dans quel type d'établissement était-il lorsqu'il a fini

- Établissement public
- Établissement privé non confessionnel
- Établissement privé catholique
- Établissement privé protestant
- École franco-arabe
- École coranique
- Université
- Établissement d'enseignement professionnel
- Autres

Q41. Niveau de scolarité atteint

- Primaire
- Secondaire général
- Secondaire technique
- Supérieur

Q42. Qu'utilisez-vous pour nettoyer vos dents (Plusieurs réponses possibles) ?

- Cure-dents ou bâtonnet frotte dents
- Brosse à dents (pâte dentifrice)
- Autre (tissu, doigt, ...) (préciser)
- Je ne me nettoie pas les dents

Q43. Combien de fois vous nettoyez vos dents avec le cure-dents ou la brosse à dents (une seule réponse possible) ?

- Rarement/jamais 1 fois par semaine
- 1 fois par jour Plusieurs fois par jour

III. Recours aux soins des ménages

Q1. Est-ce que vous vous sentez en bonne santé ? Oui Non NSP

Q2. Est-ce que vous vous sentez fatigué, ces derniers temps ? Oui Non NSP

Q3. Est-ce que vous êtes triste ces derniers temps ? Oui Non NSP

Q4. Quelles sont les maladies qui ont frappé les enfants du ménage, les 15 derniers jours ?

- 1)
- 2)
- 3)

Q5. Avez-vous eu un problème de santé dans les 15 jours précédents ? Oui Non NSP

Si oui quelles sont les maladies ?

- 1)
- 2)
- 3)

Q6. Pensez-vous que l'on peut prévenir ces maladies ? Oui Non NSP

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

Q7. Pensez-vous que chaque cas de maladie était: (si plusieurs maladies précisez la maladie devant les différentes réponses)

Très grave ; Assez grave Peu ou pas grave Ne sais pas

Q8. Quel est l'âge du malade ? (au besoin, demandez une estimation)

Q9. Quel est le sexe du malade ?

Q10. La maladie est-elle finie maintenant ?

Oui Non Le malade est décédé

Q11. Si la maladie est finie: Combien de jours a duré la maladie ?

Q12. Si la maladie n'est pas finie : Depuis combien de jour la maladie a-t-elle commencé ? (Pour les maladies chroniques qui ne guérissent jamais vraiment comme le rhumatisme, demandez depuis le début de la dernière crise ou rechute).....

Q13. Pour le dernier problème de santé survenu dans les 15 jours précédents, quels signes vous ont permis de penser qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas ? (ne pas lire les propositions, laissez les gens parler, plusieurs réponses possibles)

Fièvre Brûlure Mal aux oreilles Plaie Mal à la gorge Articulations Douleur de tête Malaise Difficulté à respirer
Mouche devant les yeux Toux Bourdonnement d'oreilles Étourdissement Fatigue générale Douleur d'yeux Douleur au dos
Maux de ventre Rhumatismes Selles liquides (diarrhées) Mal aux jambes Enflures Écoulement vaginal ou urétral
Vomissements Mal à la miction Boutons Règles douloureuses Accident domestique Contractions Accident de la route Douleurs aux seins Autres (préciser) :

Q14. Est-ce que vous avez eu mal ? Oui Non NSP

Q15. Est-ce que vous avez dû arrêter votre travail ou votre activité quotidienne ? Oui Non NSP

Q16. D'après vous, à quoi était dû ce problème de santé ?

Q17. Est-ce que ce problème de santé vous a inquiété ? Oui Non NSP

Q18. Qu'avez-vous fait en premier pour essayer de soigner le malade ?

Rien Traitement familial Consultation extérieure (préciser) Pharmacie par terre Maladie pas grave

Q19. Par rapport à la consultation extérieure, êtes-vous allé consulter dans :

Une seule structure Plusieurs structures Aucune structure de soins ?

Si la personne est allée consulter, aller à Q30. Si la personne n'est pas allée consulter, répondez Q20, Q21, Q22, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28 et Q29 puis allez à Q62

Q20. Si vous n'avez rien fait, pourquoi (lire chaque proposition et répondre) ?

Le problème n'était pas si grave Oui Non NSP

Le problème est passé tout seul Oui Non NSP

J'ai eu peur d'aller me faire soigner Oui Non NSP

Je n'avais pas d'argent pour me faire soigner Oui Non NSP

Dispensaire ou hôpital trop loin Oui Non NSP

Autre (à préciser) :

Q21. S'il n'y a pas eu de consultation, avez-vous quand même pris des médicaments : (plusieurs réponses possibles)

Traditionnels (remèdes, plantes, poudres, tisanes, etc.)

Chinois

Modernes

Rien (Aller à la Q62)

Q22. Pourquoi a-t-on décidé de traiter d'abord le malade à la maison (automédication) plutôt que d'aller directement consulter dans un centre de santé ? (Plusieurs réponses possibles; ne pas suggérer les réponses)

Il faut d'abord lutter ; Pas d'argent ; Moins cher ou gratuit ; Connaît remède efficace pour cette maladie

Facile de trouver remèdes brousse ou femmes ; Autres raisons (à préciser)

Q23. Quel type de remèdes avez-vous utilisés? (suggérez)

Produits traditionnels uniquement ; Médicaments modernes uniquement ; Les deux en même temps

D'abord remèdes tradition, puis modernes

Q24. Hors mis les médicaments modernes, d'où viennent les autres remèdes utilisés ? (Plusieurs réponses possibles; ne pas suggérer les réponses)

Cherchés en brousse ou aux champs ; Vendeuses (marché, ambulants) ; Pharmacie ; Réserve familiale de remèdes ;

Donnés ou vendus par parent ou ami ; Autre (à préciser)

Q25. Si vous avez pris des médicaments modernes, où les avez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

À la pharmacie privée ; Au dépôt pharmaceutique du dispensaire ; Au vendeur de médicaments qui passe dans la rue

À la maison ; Avec un proche ; Ne sait pas

Q26. Quel est le coût total de ces remèdes et médicaments ? (au besoin estimation)

Q27. Quel a été le résultat du traitement? (suggérez les 3 réponses)

Inefficace ; Amélioration ; Guérison

Q28. Que ferez-vous encore pour poursuivre le traitement? (Ne pas suggérer les réponses)

Ne sais pas encore ; Rien ; Traitement familial (automédication) ; Consulter (préciser qui)

Q29. S'ils ne feront plus rien : Pourquoi ne ferez-vous plus rien? (Ne pas suggérer les réponses)

La maladie paraît incurable ; Pas d'argent ; Centres de santé sont trop loin ; Autre (précisez)

Q30. Pourquoi avez-vous décidé de consulter tout de suite, plutôt que de commencer par traiter le malade à la maison? (Plusieurs réponses possibles; ne pas suggérer les réponses)

Ne connaît pas traitement pour cette maladie

Va toujours tout de suite consulter

Autres raisons à préciser

Q31. Qui a pris la décision d'aller consulter (une seule réponse possible) ?

J'ai décidé tout seul ; Membre du ménage

Votre entourage ; Voisin, ami

Q32. Qui êtes-vous allé consulter pour le problème de santé survenu dans les 15 jours précédents ? Ne pas lire les propositions. Si plusieurs consultations, numéroter l'ordre de survenue dans la 1ère colonne puis remplir les lignes respectives

| | Numéro d'ordre | Nom précis du lieu de soins | Coût consultation (traitement compris) | Coût transport | Coût prescription | Remboursement (oui/non) |
|---|----------------|-----------------------------|--|----------------|-------------------|-------------------------|
| Guérisseur traditionnel/ Devin | | | | | | |
| Centre de santé public (CMA, CM, CSPS, dispensaire) | | | | | | |
| Centre de santé privé (polyclinique, clinique...) | | | | | | |
| Centre de santé confessionnel | | | | | | |
| Infirmier du privé (cabinet) | | | | | | |
| Pharmacien | | | | | | |
| Hôpital | | | | | | |
| Clinique chinoise | | | | | | |
| Pharmacie de rue | | | | | | |
| Dans une église ou mosquée utilisant les prières | | | | | | |

Q33. Pourquoi êtes-vous allé consulter là pour le problème de santé survenu dans les 15 jours précédents ? Citez les raisons principales. Ne pas lire les propositions. Possibilité d'en suggérer certaines. Cochez si la réponse est positive

| | Consultation N°1 | Consultation N°2 | Consultation N°3 |
|---|------------------|------------------|------------------|
| C'est la plus proche de chez moi | | | |
| Les tarifs sont abordables | | | |
| Le personnel de la structure est gentil | | | |
| La structure est bien entretenue | | | |
| Je connais quelqu'un qui travaille dans cette structure | | | |
| Il y a des personnes qui parlent ma langue | | | |
| C'est ici que l'on soigne le mieux | | | |
| Les soins sont gratuits | | | |
| Pour savoir quelle maladie j'avais (diagnostic/information) | | | |
| Pour obtenir une ordonnance | | | |
| Pour la qualité des soins | | | |
| C'est un établissement spécialisé, il y a des spécialistes de cette maladie | | | |
| Sur le conseil d'un professionnel de la santé | | | |
| Sur le conseil d'un membre du ménage ou ami | | | |

Q34. Quel jour après le début de la maladie êtes-vous allés chez cette personne pour la première fois ?

Q35. Combien de fois vous êtes vous rendu dans cet établissement pour cette maladie ?

Q36. Y a-t-il eu hospitalisation ? Oui Non

Si oui, combien de jours avez-vous passé à l'hôpital ?

Q37. Combien ont coûté les déplacements pour vos proches qui vous apportaient vos repas ?

Q36. Comment êtes-vous allés dans cette structure de soins modernes ? pied, en vélo, à mobylette, en taxi, en voiture, en charrette, en bus, À pied jusqu'à autre commune puis taxi

Q39. Combien avez-vous payé pour le transport pour vous rendre dans cet établissement ?

Q40. Est-ce que vous avez attendu longtemps avant qu'on s'occupe de vous ? Oui Non NSP

Q41. Est-ce que le personnel soignant a été gentil avec vous ? Oui Non NSP

Q42. Est-ce qu'on vous a demandé d'expliquer ce que vous avez ressenti ? Oui Non NSP

Q43. Est-ce qu'on a pris votre poids ? Oui Non NSP Est-ce qu'on a pris votre tension ? Oui Non NSP

Q44. Est-ce qu'on vous a pris votre température ? Oui Non Est-ce qu'on a vous a touché ? Oui Non NSP

Q45. Est-ce qu'on vous a demandé vos antécédents médicaux ? Oui Non NSP

Q46. Est-ce qu'on vous a prescrit des médicaments ? Oui Non NSP

Q47. Avez-vous été orienté vers une autre structure de soins ? Oui Non NSP

Q48. Est-ce qu'on vous a recommandé d'aller voir des tradi-praticiens ? Oui Non NSP

Q49. Est-ce qu'on vous a prescrit des analyses médicales ? Oui Non NSP

Q50. Vous a t-on dit de quoi vous souffriez au cours de votre consultation ? Oui Non Si oui, de quoi ?

Q51. Votre problème de santé était-il grave ? Oui Non NSP

Q52. Avez-vous été bien accueilli par la personne qui vous a soigné ? Oui Non NSP

Q53. Est-ce que le personnel médical vous a bien parlé ? Oui Non NSP

Q53. Est-ce que vous étiez seul avec la personne qui vous examinait ? Oui Non NSP

Q55. Est-ce que les soins vous ont semblé chers ? Oui Non NSP

Q56. Quel est le coût total de toutes les consultations et du traitement à cet endroit?

Q57. Quel a été le résultat du traitement? (suggérer les 3 réponses)

Inefficace ; Amélioration ; Guérison

Q58. La prochaine fois que vous aurez un problème de santé, retourneriez-vous dans la même structure de soins ?

Oui Non NSP

Si non, est-ce parce que (Lire et répondre à chaque proposition) :

les horaires d'ouverture ne sont pas pratiques Oui Non NSP

cette structure est trop éloignée de chez moi Oui Non NSP

l'attente a été trop longue Oui Non NSP

le personnel soignant n'était pas agréable Oui Non NSP

personne ne comprenait ma langue maternelle Oui Non NSP

on ne m'a pas bien parlé Oui Non NSP

j'ai été examiné par une personne du sexe opposé Oui Non NSP

les soins étaient trop chers Oui Non NSP

on ne m'a pas bien expliqué mon problème Oui Non NSP

les locaux n'étaient pas propres Oui Non NSP

Q59. Après avoir été consulté :

Avez vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance ? Oui Non NSP

Avez vous pris les médicaments comme ils étaient prescrits ? Oui Non NSP

Q60. La prescription contenait-elle :

Des médicaments génériques Oui Non NSP

Des médicaments spécialités Oui Non NSP

Q61. Où avez eu vos médicaments (Plusieurs réponses possibles) ?

- À la pharmacie privée Oui Non NSP
- Au dépôt pharmaceutique du dispensaire Oui Non NSP
- Au vendeur de médicaments qui passe dans la rue Oui Non NSP
- À la maison Oui Non NSP
- Avec un proche Oui Non NSP
- Je ne sais pas Oui Non NSP

Q62. Êtes vous suivi pour un problème de santé ? Oui Non NSP **Si oui, lequel ?**

Q63. Dans quelle structure de soins êtes-vous suivi ?

Et depuis combien de temps êtes-vous suivi ?

Q64. Citez le nom du centre médical public le plus proche ?..... NSP

Q65. Citez le nom du cabinet d'infirmier privé le plus proche ?..... NSP

Q66. Citez le nom de la clinique/polyclinique la plus proche ?..... NSP

Q67. Citez le nom de la pharmacie la plus proche ?..... NSP

IV. Santé maternelle

Q1. Est-ce que vous êtes enceinte ? Oui Non **Si oui précisez le nombre de mois de la grossesse**

Q2. Nombre de consultations prénatales

Q3. Où faites-vous vos consultations prénatales ?

Dans une maternité publique (nom de la maternité) ; Dans une maternité privée (nom de la maternité privée)

Dans une maternité confessionnelle nom de la maternité confessionnelle) Autre à Préciser

Q4. Combien de fois avez-vous été enceinte ?

Q5. Où est né votre dernier enfant ? (une seule réponse possible)

À domicile

Dans une maternité publique

Dans une maternité privée

Dans une maternité confessionnelle

Avec l'accoucheuse traditionnelle

Q6. Si l'enfant est né à la maternité, donnez le nom :

Q7. Date de naissance du dernier enfant

Q8. Pour ce dernier enfant, nombre de consultations prénatales avant l'accouchement ?..... NSP

Q9. Où avez-vous fait vos consultations prénatales avant l'accouchement ?

Dans une maternité publique (nom de la maternité)

Dans une maternité privée (nom de la maternité privée)

Dans une maternité confessionnelle nom de la maternité confessionnelle)

Q10. Pour ce dernier enfant, nombre d'échographies ?..... NSP

Q11. S'il y'a eu au moins un accouchement à la maison : Pourquoi a-t-on préféré rester à la maison pour accoucher plutôt que d'aller à la maternité ?

A été surprise, plus le temps d'y aller

Pas assez d'argent à ce moment

Maternité trop loin, trop d'efforts

Préfère accouchement traditionnel

Autres raisons (préciser)

Q12. Après le retour à la maison de la mère et de l'enfant, est-on allé avec cet enfant pour le faire vacciner au moins une fois ? Oui Non ; Si oui donnez le nom du centre santé.....

Q13. Cet enfant suit-il régulièrement les séances de pesée et de distribution de vivres du centre social ? Oui Non

Que suggériez-vous pour une meilleure amélioration de votre santé et de celui de votre ménage ?.....

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION

Annexe 2. Le guide utilisé pour les entretiens réalisés auprès des tradi-praticiens

➤ **Caractéristiques socio-démographiques**

Nom/Prénom

Sexe : Féminin Masculin

Nationalité :

Âge :

Religion : chrétienne / musulmane / animiste / autre (préciser) :

Niveau d'études : primaire / secondaire (collège lycée) / supérieur (bac+) aucun

➤ **Activité**

1. Quelle est votre spécialité ?

- a. herboriste
- b. guérisseur
- c. psychothérapeute
- d. accoucheuse traditionnelle
- e. naturothérapeute
- f. rebouteur (traite les foulures et fractures)
- g. spiritualiste (devin, occultiste, exorciste)
- e. autre (préciser).....

2. Exercez-vous une autre profession ? Oui Non **Si oui laquelle ?**.....

3. Comment avez-vous été formé à la médecine traditionnelle ?

- a. par transmission d'un maître
- b. école de médecine traditionnelle
- c. choix mystique (initiation par les génies ou les esprits)
- d. après un rêve (révélation)
- e. autre (préciser)

4. Quelle est votre ancienneté ? (années).....

5. Existe-t-il des livres, des recueils de médecine traditionnelle que vous avez étudiés ? Oui Non
Si oui lesquels ?

6. Quelles sont les maladies que vous traitez le plus fréquemment ?

7. Quelles sont vos méthodes diagnostiques ?

- a. interrogatoire
- b. examen physique : inspection / palpation/ percussion / auscultation (avec quel matériel)
- c. examen métaphysique : incantation/rituels/manipulation des cauris/intervention des génies ou des esprits/ autres (préciser) :
- d. demande d'examens complémentaires :
 Biologie (préciser, ex : numération, urée, créatinine...) :
 Imagerie (préciser, ex : radio de poumon, échographie...) :
 Autres :
- e. autres méthodes diagnostiques.....

8. Quelles sont vos méthodes thérapeutiques ? Matériel utilisé..... /origine des produits...../
 mode de préparation...../ modes d'administration des produits...../Mode de conservation...../
 doses des médicaments...../ autres méthodes de traitement.....

Ont-elles été testées, évaluées ? Oui Non

9. Quels sont vos horaires d'ouvertures ?

10. Combien de patients recevez-vous par jour en moyenne ?

- a. ≤5

- b. 6 à 10
 c. 11 à 15
 d. 16 à 20
 e. ≥21

11. Combien coûte une consultation ?

12. Quels sont vos critères de guérison ?

- a. arrêt des plaintes après des examens de contrôle
 b. si le patient a respecté la durée de traitement c. autre (préciser)

➤ **Relation avec la médecine moderne**

1. Recevez-vous des malades adressés par des agents de santé modernes ? Oui Non

Si OUI, qui vous les adresse : médecin infirmier chirurgien sage-femme autre (préciser).....

Combien de patients de ce type recevez-vous en moyenne par semaine :

- a. ≤5
 b. 6 à 10
 c. 11 à 15
 d. 16 à 20
 e. ≥21

Pour quel motif ?

- a. complément thérapeutique
 b. volet mystique, spirituel
 c. autre (préciser)

2. Adressez-vous certains malades aux centres de santé ? Oui Non

Si OUI, dans quels cas :

- a. Cas grave (exemples)
 b. prise en charge mixte
 c. échec thérapeutique
 d. autres (préciser)

3. Travaillez-vous en collaboration avec les agents de santé modernes ? Oui Non

Si OUI, quelles spécialités ?

Si OUI, dans quelle cadre :

- a. diagnostic clinique b. diagnostic para-clinique (biologie, imagerie...)
 c. traitement d. suivi

4. Accepteriez-vous de mettre vos médicaments et recettes à la disposition de la science ?

Oui Non

Si NON, pour quelles raisons ? :

5. Savez-vous qu'il existe un programme national de promotion de la médecine traditionnelle ?

Oui Non

6. Avez-vous déjà participé à une formation en soins de santé primaires ? Oui Non

Si oui, sur quels sujets :

Quelles étaient vos attentes ? :

7. Seriez-vous intéressé par une formation en tant qu'agents de santé communautaire ?

Oui Non Si oui pourquoi ?

8. Pensez-vous être intégré au système sanitaire ivoirien ? Oui Non

Si NON: quelles sont les obstacles à cette intégration ?.....

9. Que suggériez-vous pour une meilleure collaboration avec les agents de santé modernes ?.....

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION



Photo 45. Entretien avec Madame Tra-Bi, vendeuse de médicaments traditionnels au grand marché d'Abobo.

Source : Ymba M., 2011

Annexe 3. Le guide utilisé pour les entretiens réalisés auprès des agents de santé moderne

➤ Caractéristiques socio-démographiques

Sexe : Féminin Masculin

Âge :

Nationalité :

Religion : chrétienne / musulmane / animiste / autre (préciser)

Niveau d'études :

Profession :

Spécialité :

Service :

Lieu d'exercice :

Ancienneté professionnelle (années) :

➤ Formation sanitaire

1. Depuis combien de temps fonctionne l'infrastructure sanitaire ?

2. Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?

3. Quelles sont les maladies les plus fréquentes du centre ?

Quelles sont les groupes sociaux les plus touchés ?

4. Selon vous quelles sont les caractéristiques des populations qui fréquentent plus le service de santé ?.....

Et pour quel problème de santé ?

5. Procurez vous des soins gratuitement ? Oui Non Si oui lesquels ?

6. Y a-t-il déjà eu des épidémies ? Oui Non Si oui lesquelles ?

Comment le centre a-t-il pris en charge les malades ?

7. Quels sont les manques matériels et humains dans cette formation sanitaire ?

8. Comment jugez-vous la qualité des soins dans ce établissement sanitaire ?

➤ **Dépôts de médicaments**

1. Est-ce que beaucoup de patients achètent les médicaments que les médecins leur prescrivent ?

Oui Non

Si oui, arrive-t-il souvent que les personnes n'achètent pas la totalité des produits prescrits sur l'ordonnance ? Oui Non **Pourquoi ?**

2. Quel type de patients ? Quel type de médicaments ? À quel coût ?

3. Les patients changent-ils les produits prescrits pour un autre ? Oui Non Si oui lesquels ?

4. Conseillez-vous souvent les patients sur les produits qu'ils doivent acheter ? Oui Non

➤ **Rapports avec les tradi-praticiens**

1. Avez-vous déjà utilisé des thérapies traditionnelles à l'âge adulte ? Oui Non

Si OUI, dans quels cas ? :

2. Collaborez-vous avec les tradi-praticiens ? Oui Non

3. Avez-vous déjà adressé un patient à un agent de la médecine traditionnelle ? : Oui Non

Si OUI, dans quel cadre : complément thérapeutique traitement mixte volet mystique
autre (préciser)

Quels sont les cas que vous adressez ? : Exemples

4. Recevez-vous des patients adressés par des tradi-praticiens ? : Oui Non

Si OUI, quels sont les cas que vous recevez ? : Exemples

Si OUI dans quel cadre ? : Diagnostic /complément thérapeutique /après échec thérapeutique
pour des examens complémentaires (biologie, imagerie)

5. Conseillez-vous les traitements traditionnels à vos patients ? Oui Non

Si OUI, pour quelles pathologies ?

6. Êtes-vous pour la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne ? :

Oui Non

Si OUI, quelles seraient les modalités pratiques de cette collaboration ?

7. Quelle opinion faites-vous de la médecine traditionnelle ?

8. Quels sont vos suggestions pour améliorer cette collaboration ?

9. Quelles sont selon vous les obstacles à cette collaboration ?

10. Existe-t-il un programme de promotion de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire ?

Oui Non Ne sait pas

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION

Annexe 4. Questionnaire adressé aux patients vus en consultation dans les sept structures de soins enquêtées

| | |
|---|--------------------------|
| I- IDENTITE ET CARACTERISTIQUE DU MALADE | |
| 1- <u>Age</u> | |
| <input type="text"/> | |
| 2- <u>Sexe</u> | <input type="checkbox"/> |
| a- Masculin | |
| b- Féminin | |
| 3- <u>Jour de consultation</u> | |
| a- Lundi | |
| b- Mardi | <input type="checkbox"/> |
| c- Mercredi | |
| d- Jeudi | |
| e- vendredi | |
| 4- <u>Statut</u> | |
| a- Militaire | <input type="checkbox"/> |
| b- Famille de militaire (épouse, enfant) | |
| c- Civil | |
| 5- <u>Niveau de scolarité</u> | |
| a- Non scolarisé | |
| b- Primaire | <input type="checkbox"/> |
| c- Secondaire | |
| d- Supérieur | |
| e- Autre (à préciser)..... | |
| 6- <u>Type de malade</u> | |
| a- Nouveau malade | |
| b- Ancien malade + ticket valide | <input type="checkbox"/> |
| c- Ancien malade + ticket non valide | |
| d- Autre (à préciser)..... | |
| 7- <u>Si nouveau malade, comment avez-vous été orienté ?</u> | |
| a- Par les vigiles à l'entrée | |
| b- Par les différentes pancartes indicatives | <input type="checkbox"/> |
| c- Par une tierce personne | |
| d- Autre (à préciser)..... | |
| 8- <u>Les pancartes indicatives vous ont-elles permis de retrouver facilement le service ?</u> | |
| a- Facilement | <input type="checkbox"/> |
| b- Difficilement | |
| c- Autre (à préciser)..... | |
| 9- <u>Estimez vous que l'orientation des vigiles vous a permis de retrouver facilement le service ?</u> | |
| a- Facilement | <input type="checkbox"/> |
| b- Difficilement | |
| c- Autre (à préciser)..... | |
| II- PASSAGE AU NIVEAU DES VIGILES | |
| 1- <u>Comment êtes-vous entré dans le centre?</u> | |
| a- Par l'entrée principale | |
| b- Par les escaliers | <input type="checkbox"/> |
| c- Autre (à préciser)..... | |
| 2- <u>Que vous ont-ils exigé avant votre passage ?</u> | |
| a- Seulement le bulletin de consultation | |
| b- le bulletin de consultation accompagné d'un Pourboire | <input type="checkbox"/> |
| c- Absolument rien | |
| d- Autre (à préciser)..... | |
| 3- <u>Comment trouvez-vous l'accueil des vigiles ?</u> | |
| a- Agressif | |
| b- courtois | <input type="checkbox"/> |
| c- Non courtois | |
| d- Autre (à préciser)..... | |
| III - PASSAGE AU NIVEAU DU BUREAU DES ENTREES | |
| 1- <u>A quelle heure êtes-vous arrivé dans le centre ? (bureau des entrées ou escalier) ?</u> | |
| <input type="text"/> | |
| IV- BUREAU D'ACCUEIL - FACTURATION | |
| 1- <u>Le personnel était-il présent à votre arrivée ?</u> | |
| a- Oui | <input type="checkbox"/> |
| b- Non | |
| 2- <u>Que pensez-vous de la réception à ce bureau ?</u> | |
| a- Agressif | |
| b- Courtois | <input type="checkbox"/> |
| c- Non courtois | |
| d- Autre (à préciser)..... | |
| 3- <u>Quel temps avez-vous passé à ce bureau ?</u> | |
| <input type="text"/> | |
| 4- <u>Comment trouvez-vous ce temps d'attente ?</u> | |
| a- Trop long | <input type="checkbox"/> |
| b- Acceptable | |
| c- Autre (à préciser)..... | |
| 5- <u>Les sièges à l'attente sont-ils en nombre suffisant ?</u> | |
| a- Oui | <input type="checkbox"/> |
| b- Non | |
| c- Autre (à préciser)..... | |
| V- BUREAU DE CAISSE | |
| 1- <u>Que vous a-t-on exigé ?</u> | |
| a- Seulement le prix de la consultation | |
| b- Prix de consultation + pourboire | <input type="checkbox"/> |
| c- Exactement le prix de la consultation car absence de monnaie | |
| d- Autre (à préciser)..... | |

| | |
|---|--|
| <p>2- Comment trouvez vous le prix de la consultation ?</p> <p>a- Trop cher <input type="checkbox"/></p> <p>b- Acceptable</p> <p>c- Moins cher</p> <p>d- Autre (à préciser).....</p> <p>3- Quel a été votre mode de paiement ?</p> <p>a- Gratuit</p> <p>b- En espèce <input type="checkbox"/></p> <p>c- Par assurance</p> <p>d- Autre (à préciser).....</p> <p>4- Quel temps avez-vous passé à ce bureau ?</p> <p><input type="text"/></p> <p>5- Comment trouvez-vous ce temps d'attente ?</p> <p>a- Trop long <input type="checkbox"/></p> <p>b- Acceptable</p> <p>c- Autre (à préciser).....</p> <p>VI- PASSAGE AU NIVEAU DU SERVICE</p> <p>A- SALLE D'ACCUEIL- ATTENTE</p> <p>1- Le personnel de l'accueil était il présent à votre arrivée ?</p> <p>a- Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non</p> <p>2- Que pensez vous de la réception à ce niveau ?</p> <p>a- Agressif <input type="checkbox"/></p> <p>b- Courtois</p> <p>c- Non courtois</p> <p>d- Autre (à préciser).....</p> <p>3- Comment s'est fait la réception ?</p> <p>a- Sur rendez-vous <input type="checkbox"/></p> <p>b- Sans rendez-vous</p> <p>c- Autre</p> <p>4- Que vous ont-ils exigé à la réception ?</p> <p>a- Seulement le reçu de paiement <input type="checkbox"/></p> <p>b- Le reçu de paiement+un pourboire</p> <p>c- Autre (à préciser).....</p> <p>5- Le médecin était il présent à votre arrivée ?</p> <p>a- Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non</p> <p>6- Quel temps avez-vous passé dans la salle d'attente ?</p> <p><input type="text"/></p> <p>7- Comment trouvez vous ce temps d'attente ?</p> <p>a- Trop long <input type="checkbox"/></p> <p>b- Acceptable</p> <p>c- Autre (à préciser).....</p> <p>8- Les sièges à l'attente sont ils en nombre suffisant ?</p> <p>a- Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non</p> <p>c- Autre (à préciser).....</p> <p>B - SALLE DU MEDECIN</p> <p>1. Comme trouvez vous l'accueil du médecin ?</p> <p>a- Courtois <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non courtois</p> <p>c- Agressif</p> | <p>2- Comment trouvez-vous le drap sur le lit d'examen ? <input type="checkbox"/></p> <p>a- Propre</p> <p>b- Sale</p> <p>c- Sale et déchiré</p> <p>d- Autre (à préciser).....</p> <p>3- Que vous a-t-il exigé avant la consultation ?</p> <p>a- Absolument rien <input type="checkbox"/></p> <p>b- Le reçu de paiement</p> <p>c- Reçu plus pourboire</p> <p>d- Autre (à préciser).....</p> <p><input type="text"/></p> <p>5- Comment trouvez-vous ce temps d'examen ?</p> <p>a- Acceptable <input type="checkbox"/></p> <p>b- Trop court</p> <p>c- Trep long</p> <p>6- Le médecin vous a-t-il dit votre diagnostic ?</p> <p>a- Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non</p> <p>c- Autre (à préciser).....</p> <p>7- Si oui, pensez-vous l'avoir entièrement compris ? <input type="checkbox"/></p> <p>a- Entièrement compris</p> <p>b- Légèrement compris</p> <p>c- Rien compris</p> <p>8- Le médecin vous a-t-il expliqué comment prendre vos médicaments ?</p> <p>a- Clairement expliqué <input type="checkbox"/></p> <p>b- Plus ou moins expliqué</p> <p>c- N'a pas expliqué</p> <p>d- Autre (à préciser).....</p> <p>9- Vous a-t-il prévenu sur la survenu d'éventuelle effet secondaire ?</p> <p>a- Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non</p> <p>10- La consultation s'est-elle fait dans l'intimité ?</p> <p>a- Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non</p> <p>c- Autre (à préciser).....</p> <p>11- Combien de personnes assistaient le médecin pendant la consultation ?</p> <p>a- Personne d'autres que lui <input type="checkbox"/></p> <p>b- Une personne</p> <p>c- Plus d'un personne</p> <p>12- Utilisait-il son téléphone portable au cours de la consultation ?</p> <p>a- Très souvent <input type="checkbox"/></p> <p>b- Quelques fois</p> <p>c- Jamais</p> <p>d- Autre (à préciser).....</p> <p>13-Comment trouvez-vous l'environnement du service de médecine</p> <p>a- Satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>b- Non satisfaisant</p> |
|---|--|

VII - QUELLE A ETE LA DUREE TOTAL DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ?

IX - RELATION PATIENT - AGENT DE SANTE
Sentiment générale du patient au sortir de l'hôpital

1- Etes-vous satisfait du délai de prise en charge ?

a- Oui

b- Non

c- Autre (à préciser).....

2- Etes-vous satisfait de la consultation ?

a- Oui

b- Non

c- Autre (à préciser).....

3- Avez-vous gardé un bon souvenir du personnel ?

a- Oui

b- Non, Pourquoi.....

.....

4- Problèmes particuliers rencontrés par le patient

.....

X - AVEZ -VOUS DES SUGGESTIONS, SI OUI, LESQUELLES

.....

.....

MERCİ BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION

Annexe 5. Liste des structures de soins recensées à Abidjan en 2009-2010

| N° | NOMS | X_COORD | Y_COORD | STATUT | LONG_DMS | LAT_DMS |
|----|--|------------|------------|--------|-----------|-----------|
| 1 | Dispensaire Urbain | 383854,000 | 600381,000 | Public | 383854 00 | 600381 00 |
| 2 | Maternite Urbaine | 390305,782 | 598737,797 | Public | 390305 46 | 598737 48 |
| 3 | Centre Social | 387558,000 | 598881,000 | Public | 387558 00 | 598881 00 |
| 4 | PMI Urbaine | 387348,000 | 599132,000 | Public | 387348 00 | 599132 00 |
| 5 | Formation Sanitaire Urbaine | 388295,000 | 601278,000 | Public | 388295 00 | 601278 00 |
| 6 | Dispensaire de la Mission Catholique | 389166,000 | 598130,000 | Public | 389166 00 | 598130 00 |
| 7 | Dispensaire Urbain | 387447,000 | 600595,000 | Public | 387447 00 | 600595 00 |
| 8 | Clinique Central d'Abobo | 388483,763 | 597638,480 | Prive | 388483 45 | 597638 30 |
| 9 | Nouvelle Polyclinique la Providence | 387306,345 | 598042,012 | Prive | 387306 20 | 598042 00 |
| 10 | Cite Medicale la Roseraie | 386352,851 | 600127,594 | Prive | 386352 50 | 600127 37 |
| 11 | Centre de Sante Communautaire Abobo | 386309,194 | 600173,235 | Public | 386309 11 | 600173 15 |
| 12 | Centre de Sante Prive | 383882,299 | 601254,721 | Prive | 383882 18 | 601254 45 |
| 13 | Centre de Sante Prive | 385625,176 | 598006,089 | Prive | 385625 11 | 598006 03 |
| 14 | Clinique Privee | 386609,750 | 598211,374 | Prive | 386609 45 | 598211 22 |
| 15 | Centre de Sante Communautaire | 385618,201 | 598320,993 | Public | 385618 11 | 598321 00 |
| 16 | Centre de Sante Urbain | 385109,759 | 599457,673 | Public | 385109 45 | 599457 41 |
| 17 | Clinique Medicale | 388420,695 | 597717,372 | Prive | 388420 41 | 597717 22 |
| 18 | Maternite Urbaine | 388088,312 | 597534,809 | Public | 388088 18 | 597534 48 |
| 19 | Maternite Urbaine | 389638,112 | 597941,607 | Public | 389638 07 | 597941 37 |
| 20 | Centre de Soins Kennedy | 388223,249 | 598735,359 | Public | 388223 15 | 598735 22 |
| 21 | Cabinet Medical Abobo Centre | 387571,381 | 599136,203 | Prive | 387571 22 | 599136 11 |
| 22 | Formation Sanitaire Urbaine | 390312,800 | 599009,203 | Public | 390312 48 | 599009 11 |
| 23 | Centre Sante Communautaire Clouethcha | 389215,439 | 599102,469 | Public | 389215 26 | 599102 30 |
| 24 | Centre Medico Social Oeuvres et Missionnaires | 387763,866 | 600497,487 | Public | 387763 52 | 600497 30 |
| 25 | Centre Medical St Daniel | 388073,429 | 600801,097 | Prive | 388073 26 | 600801 07 |
| 26 | Centre Medical El Kana Abobo | 387418,584 | 600771,332 | Prive | 387418 35 | 600771 18 |
| 27 | Centre Medical Imagerie Consultation | 386953,247 | 600459,784 | Prive | 386953 15 | 600459 48 |
| 28 | Clinique Medical Etoile | 386898,676 | 600265,315 | Prive | 386898 41 | 600265 18 |
| 29 | Formation Sanitaire Urbaine | 387291,583 | 601503,567 | Public | 387291 35 | 601503 33 |
| 30 | Clinique Centrale Maye-Akeikoi | 387688,459 | 601977,834 | Prive | 387688 28 | 601977 48 |
| 31 | Centre Medico Chirurgical Abobo | 386667,496 | 600926,113 | Prive | 386667 30 | 600926 07 |
| 32 | Centre de Sante Communautaire | 386514,699 | 600854,676 | Public | 386514 41 | 600854 41 |
| 33 | Complexe Medical Agoueto PK 18 | 381982,378 | 601616,677 | Public | 381982 22 | 601616 41 |
| 34 | Formation Sanitaire Urbaine | 383109,505 | 601479,755 | Public | 383109 30 | 601479 45 |
| 35 | Centre Sante Urbain | 382906,106 | 600769,347 | Public | 382906 05 | 600769 22 |
| 36 | Centre Medico-Social / CNPS | 385702,000 | 591410,000 | Public | 385702 00 | 591410 00 |
| 37 | Centre Social | 386165,000 | 590031,000 | Public | 386165 00 | 590031 00 |
| 38 | Centre Anti-Tuberculeux | 386392,000 | 590827,000 | Public | 386392 00 | 590827 00 |
| 39 | Centre d'Accueil de la Croix Bleue | 387151,000 | 592397,000 | Public | 387151 00 | 592397 00 |
| 40 | Dispensaire Urbain | 386598,000 | 593136,000 | Public | 386598 00 | 593136 00 |
| 41 | Dispensaire Urbain | 387060,000 | 590880,000 | Public | 387060 00 | 590880 00 |
| 42 | Maternite Urbaine Marie Therese Houphouet Boigny | 387122,000 | 590833,000 | Public | 387122 00 | 590833 00 |
| 43 | Dispensaire Urbain Mission Libanaise | 386596,000 | 589940,000 | Public | 386596 00 | 589940 00 |
| 44 | SSSU | 387158,000 | 591655,000 | Public | 387158 00 | 591655 00 |
| 45 | SSSU | 386474,000 | 590708,000 | Public | 386474 00 | 590708 00 |
| 46 | Maternite Urbaine | 386386,000 | 590888,000 | Public | 386386 00 | 590888 00 |
| 47 | Dispensaire Urbain | 386339,000 | 590816,000 | Public | 386339 00 | 590816 00 |
| 48 | Centre Social | 385990,000 | 591097,000 | Public | 385990 00 | 591097 00 |
| 49 | Dispensaire des Sapeurs Pompiers Militaires | 386891,000 | 590073,000 | Public | 386891 00 | 590073 00 |
| 50 | Clinique St. Francois | 386377,000 | 592867,000 | Prive | 386377 00 | 592867 00 |
| 51 | Clinique Fraternelle | 386713,000 | 590886,000 | Prive | 386713 00 | 590886 00 |
| 52 | Clinique Ste Marie | 387200,000 | 591703,000 | Prive | 387200 00 | 591703 00 |

ANNEXES

| | | | | | | |
|-----|--|------------|------------|--------|-----------|-----------|
| 53 | Dispensaire Militaire | 388300,000 | 594332,000 | Public | 388300 00 | 594332 00 |
| 54 | Centre de Sante Communautaire | 386365,444 | 593597,907 | Public | 386365 26 | 593597 56 |
| 55 | Formation Sanitaire Urbaine | 386575,788 | 592883,531 | Public | 386575 46 | 592883 30 |
| 56 | Clinique les Grôces | 386780,179 | 592887,499 | Prive | 386780 11 | 592887 30 |
| 57 | Centre Medical de la Sicogi | 386875,430 | 591925,076 | Public | 386875 26 | 591925 03 |
| 58 | Centre medical des Assemblees de Dieu | 386878,852 | 591388,047 | Public | 386878 50 | 591388 03 |
| 59 | Centre de Sante Communautaire | 386305,366 | 590999,108 | Public | 386305 22 | 590999 07 |
| 60 | Dispensaire Urbain | 385030,000 | 588139,000 | Public | 385030 00 | 588139 00 |
| 61 | Formation Sanitaire Mo Faitai | 385110,000 | 587240,000 | Prive | 385110 00 | 587240 00 |
| 62 | Cabinet Medical Esperance | 384160,000 | 589715,000 | Prive | 384160 00 | 589715 00 |
| 63 | Infirmierie Privee de Mossikro | 384186,000 | 589536,000 | Prive | 384186 00 | 589536 00 |
| 64 | Centre Medical Marie Madeleine | 385047,034 | 588413,733 | Prive | 385047 01 | 588413 45 |
| 65 | Centre de Sante Soubia | 384919,042 | 587275,692 | Prive | 384919 01 | 587275 41 |
| 66 | Maternite Urbaine | 385277,000 | 591327,000 | Public | 385277 00 | 591327 00 |
| 67 | Centre Medico Social Americain | 385140,395 | 590322,514 | Prive | 385140 24 | 590322 30 |
| 68 | Infirmierie Privee Esperance | 385436,985 | 590251,804 | Prive | 385437 00 | 590251 48 |
| 69 | Formation Sanitaire | 385499,004 | 590957,588 | Public | 385499 00 | 590957 33 |
| 70 | Permanence Sociale | 394122,000 | 588199,000 | Public | 394122 00 | 588199 00 |
| 71 | PMI urbaine | 389056,000 | 589169,000 | Public | 389056 00 | 589169 00 |
| 72 | Dispensaire Urbain | 396299,000 | 588952,000 | Public | 396299 00 | 588952 00 |
| 73 | Centre Social | 392309,000 | 590258,000 | Public | 392309 00 | 590258 00 |
| 74 | Maternite Urbaine | 388671,000 | 589754,000 | Public | 388671 00 | 589754 00 |
| 75 | Dispensaire Urbain | 395700,000 | 591643,000 | Public | 395700 00 | 591643 00 |
| 76 | CHU de Cocody | 389737,000 | 590326,000 | Public | 389737 00 | 590326 00 |
| 77 | SSSU/CNOU | 390544,000 | 589888,000 | Public | 390544 00 | 589888 00 |
| 78 | Cabinet de Pediatrie | 389427,000 | 589066,000 | Prive | 389427 00 | 589066 00 |
| 79 | Clinique des Jasmins | 388334,000 | 590093,000 | Prive | 388334 00 | 590093 00 |
| 80 | Polyclinique Internationale | 387670,000 | 589554,000 | Prive | 387670 00 | 589554 00 |
| 81 | Clinique Goci | 387687,000 | 590288,000 | Prive | 387687 00 | 590288 00 |
| 82 | Centre Medical du 1er Bataillon | 395225,000 | 591541,000 | Public | 395225 00 | 591541 00 |
| 83 | Centre Medical de l'Ecole de Police | 390412,000 | 591279,000 | Public | 390412 00 | 591279 00 |
| 84 | Infirmierie de L'Ecole de la Gendarmerie | 389700,000 | 591164,000 | Public | 389700 00 | 591164 00 |
| 85 | Polyclinique des 2 Plateaux | 389268,000 | 592425,000 | Prive | 389268 00 | 592425 00 |
| 86 | Clinique Veterinaire | 388011,000 | 590787,000 | Prive | 388011 00 | 590787 00 |
| 87 | Clinique Maternite chirurgicale | 388454,000 | 590344,000 | Prive | 388454 00 | 590344 00 |
| 88 | Medecine Militaire 1Pre Legion d'Agban | 388019,000 | 592009,000 | Public | 388019 00 | 592009 00 |
| 89 | Clinique des Cites des Arts | 390281,268 | 597303,748 | Prive | 390281 16 | 597303 45 |
| 90 | Clinique des Oscars | 389993,533 | 597204,529 | Prive | 389993 31 | 597204 30 |
| 91 | Espace Medical Chirurgical | 388860,784 | 596222,095 | Prive | 388860 46 | 596222 07 |
| 92 | Cabinet Medical de la charite | 388943,360 | 596277,145 | Prive | 388943 22 | 596277 07 |
| 93 | Clinique CMD | 389860,579 | 596498,090 | Prive | 389860 35 | 596498 03 |
| 94 | Espace Medical la Providence | 389759,376 | 597081,497 | Prive | 389759 22 | 597081 30 |
| 95 | Centre de Sante Communautaire | 390862,691 | 597069,591 | Public | 390862 41 | 597069 33 |
| 96 | Espace Medical les Archanges | 390731,722 | 596559,605 | Prive | 390731 43 | 596559 37 |
| 97 | Groupe Medico Chururgical Latriile | 390053,064 | 595529,713 | Prive | 390053 03 | 595529 41 |
| 98 | Medical Composant Trading | 390068,939 | 595728,151 | Prive | 390068 56 | 595728 07 |
| 99 | Laboratoire Henegalle Analyse Medical | 390108,627 | 596021,839 | Prive | 390108 37 | 596021 48 |
| 100 | Clinique Ivoir-Chinoise | 390114,580 | 595176,493 | Prive | 390114 35 | 595176 30 |
| 101 | Clinique Fatima | 390195,939 | 595984,136 | Prive | 390195 56 | 595984 07 |
| 102 | Clinique Bethanie | 389453,649 | 595487,115 | Prive | 389453 39 | 595487 07 |
| 103 | Centre Medical Specialise | 389051,219 | 592442,488 | Prive | 389051 13 | 592442 30 |
| 104 | Clinique Rhema | 389098,844 | 592564,196 | Prive | 389098 50 | 592564 11 |
| 105 | Polyclinique St Jacques | 389039,312 | 591773,091 | Prive | 389039 18 | 591773 03 |
| 106 | Cabinet Medical Traitement de Douleur | 389575,095 | 591774,414 | Prive | 389575 05 | 591774 26 |
| 107 | Institut Clinique AMI | 390239,200 | 592240,081 | Prive | 390239 11 | 592240 03 |
| 108 | Clinique la Providence | 388101,363 | 590672,422 | Prive | 388101 22 | 590672 26 |

ANNEXES

| | | | | | | |
|-----|---|------------|------------|--------|-----------|-----------|
| 109 | Centre Medical du Lycee Technique | 387916,154 | 590393,286 | Prive | 387916 09 | 590393 18 |
| 110 | Centre Medical Equilibre Sante | 388250,852 | 589886,608 | Prive | 388250 50 | 589886 37 |
| 111 | Centre Medical International | 388649,051 | 590221,306 | Prive | 388649 03 | 590221 18 |
| 112 | Centre de Sante Urbain | 389012,854 | 588195,917 | Public | 389012 50 | 588195 56 |
| 113 | Centre Medical Mermoz | 389391,209 | 589755,639 | Prive | 389391 13 | 589755 37 |
| 114 | Espace Medical Mitterrand | 389511,595 | 590833,818 | Prive | 389511 35 | 590833 48 |
| 115 | Centre de Sante Communautaire | 391312,088 | 592734,853 | Public | 391312 05 | 592734 52 |
| 116 | Cabinet Medical Notre Dame de la Paix | 392867,841 | 591777,059 | Prive | 392867 50 | 591777 03 |
| 117 | Cabinet Prive de Pediatrie | 391661,338 | 591565,392 | Prive | 391661 20 | 591565 22 |
| 118 | Centre Medico Churgical Laglais | 391743,359 | 592118,373 | Prive | 391743 22 | 592118 22 |
| 119 | Espace Medical Sacre Coeur | 391457,609 | 590361,536 | Prive | 391457 35 | 590361 33 |
| 120 | Centre de Sante Communautaire | 392092,610 | 590504,411 | Public | 392092 37 | 590504 26 |
| 121 | Clinique Chinoise | 393877,228 | 591431,777 | Prive | 393877 13 | 591431 45 |
| 122 | Centre Medical Ste Famille | 392989,549 | 591783,674 | Prive | 392989 33 | 591783 41 |
| 123 | Cabinet Medical St Joseph | 393775,364 | 591292,871 | Prive | 393775 22 | 591292 52 |
| 124 | Cabinet Medical Terrasses | 393371,873 | 591421,194 | Prive | 393371 52 | 591421 11 |
| 125 | Clinique Internationale Medico Chirurgicale | 393796,530 | 590733,276 | Prive | 393796 31 | 590733 15 |
| 126 | Clinique Divine Grace | 394461,959 | 593065,583 | Prive | 394461 58 | 593065 33 |
| 127 | Dispensaire Soeurs Servantes | 393673,499 | 592603,884 | Public | 393673 30 | 592603 52 |
| 128 | Cabinet Medical Sacre Coeur | 393592,801 | 593533,896 | Prive | 393592 48 | 593533 52 |
| 129 | Centre Medical Esperance | 393123,164 | 594217,846 | Prive | 393123 09 | 594217 52 |
| 130 | Centre de Sante Urbain | 393320,279 | 592445,134 | Public | 393320 16 | 592445 07 |
| 131 | Centre Medical Chambraud | 391474,697 | 596882,158 | Prive | 391474 41 | 596882 11 |
| 132 | Clinique Internat St Jean de Dieu | 390690,929 | 595767,449 | Prive | 390690 56 | 595767 26 |
| 133 | Clinique Echo-Sante | 389742,025 | 594383,004 | Prive | 389742 01 | 594383 00 |
| 134 | Clinique la Colombe | 390597,817 | 594680,674 | Prive | 390597 48 | 594680 41 |
| 135 | Centre Anti-Tuberculeux | 393118,000 | 584278,000 | Public | 393118 00 | 584278 00 |
| 136 | Centre Social | 392972,000 | 584240,000 | Public | 392972 00 | 584240 00 |
| 137 | Maternite Urbaine | 392520,000 | 584071,000 | Public | 392520 00 | 584071 00 |
| 138 | Clinique Mansan | 394962,000 | 585556,000 | Prive | 394962 00 | 585556 00 |
| 139 | Cabinet Medical Lyring | 392385,243 | 585236,070 | Prive | 392385 15 | 585236 03 |
| 140 | Centre Medical EugPne 1er | 393603,651 | 586002,040 | Prive | 393603 39 | 586002 03 |
| 141 | Clinique Medical Ste Lucie | 393647,308 | 585863,134 | Prive | 393647 18 | 585863 07 |
| 142 | Clinique Ste famille | 394788,326 | 585902,821 | Prive | 394788 18 | 585902 48 |
| 143 | Clinique Chinoise | 395197,108 | 585982,197 | Prive | 395197 05 | 585982 11 |
| 144 | Centre de Sante Communautaire | 396423,454 | 586549,729 | Public | 396423 28 | 586549 45 |
| 145 | Clinique St Georges | 393110,045 | 584186,377 | Prive | 393110 01 | 584186 22 |
| 146 | PMI urbaine | 391000,000 | 585547,000 | Public | 391000 00 | 585547 00 |
| 147 | Clinique Avicenne | 389490,000 | 587234,000 | Prive | 389490 00 | 587234 00 |
| 148 | Clinique Veterinaire | 389571,000 | 586789,000 | Prive | 389571 00 | 586789 00 |
| 149 | Clinique Ste TherPse | 389766,000 | 586497,000 | Prive | 389766 00 | 586497 00 |
| 150 | Clinique Medicale de la Paix | 389673,156 | 586316,250 | Prive | 389673 09 | 586316 15 |
| 151 | Centre Medical du Residentiel | 390155,000 | 586403,000 | Prive | 390155 00 | 586403 00 |
| 152 | Clinique Samaritain | 390023,000 | 586295,000 | Prive | 390023 00 | 586295 00 |
| 153 | Centre Medical de l'Air Afrique | 390283,000 | 586164,000 | Prive | 390283 00 | 586164 00 |
| 154 | Clinique de la Chapelle | 390610,000 | 585892,000 | Prive | 390610 00 | 585892 00 |
| 155 | Clinique les Arcades | 390288,000 | 584708,000 | Prive | 390288 00 | 584708 00 |
| 156 | Clinique Kevin | 391098,000 | 584171,000 | Prive | 391098 00 | 584171 00 |
| 157 | Cabinet du Docteur Fakhy Kalid | 390924,000 | 583642,000 | Prive | 390924 00 | 583642 00 |
| 158 | Centre de Radiologie Houphouet Boigny | 391529,000 | 584784,000 | Prive | 391529 00 | 584784 00 |
| 159 | Cabinet Medical F.Oyenan | 391258,000 | 585105,000 | Prive | 391258 00 | 585105 00 |
| 160 | Clinique La Madone | 391781,000 | 584870,000 | Prive | 391781 00 | 584870 00 |
| 161 | Marternite Municipale | 392007,000 | 586591,000 | Public | 392007 00 | 586591 00 |
| 162 | Clinique St Louis | 391239,179 | 585464,736 | Prive | 391239 11 | 585464 45 |
| 163 | Centre Medico Churgical France Ivoire | 391380,666 | 582698,883 | Prive | 391380 39 | 582698 52 |
| 164 | Infirmerie Roy Evra | 391313,197 | 583534,307 | Prive | 391313 11 | 583534 18 |

ANNEXES

| | | | | | | |
|-----|---|------------|------------|--------|-----------|-----------|
| 165 | Polyclinique Ste Eleonore | 391541,401 | 583206,884 | Prive | 391541 24 | 583206 52 |
| 166 | Polyclinique St Joseph | 392196,246 | 584036,355 | Prive | 392196 15 | 584036 22 |
| 167 | Polyclinique les GrOces | 391642,314 | 584097,095 | Prive | 391642 18 | 584097 07 |
| 168 | Cabinet Medical Belier | 391508,781 | 584882,159 | Prive | 391508 46 | 584882 11 |
| 169 | Centre de Sante Communautaire Aliodan | 392799,619 | 586529,194 | Public | 392799 37 | 586529 11 |
| 170 | Laboratoire Polymed | 389820,074 | 586348,615 | Prive | 389820 03 | 586348 37 |
| 171 | Clinique Medical le Cegos | 390534,329 | 585431,373 | Prive | 390534 20 | 585431 22 |
| 172 | Clinique BelvedPre | 387014,367 | 589391,183 | Prive | 387014 22 | 589391 11 |
| 173 | Institut National de la Sante Publique | 386133,950 | 589714,202 | Public | 386133 56 | 589714 11 |
| 174 | Laboratoire Medical | 387174,755 | 587391,282 | Prive | 387174 45 | 587391 18 |
| 175 | Croix Rouge | 387397,006 | 587688,938 | Public | 387397,00 | 587688,56 |
| 176 | Futur Centre Medical | 387546,496 | 587723,334 | Prive | 387546 30 | 587723 18 |
| 177 | Espace Medical St Paul | 386769,942 | 588347,752 | Prive | 386769 56 | 588347 45 |
| 178 | Service Medical des Fonctionnaires | 386706,442 | 588100,366 | Public | 386706 26 | 588100 22 |
| 179 | Cabinet Medical Capsy | 386848,888 | 589768,450 | Prive | 386848 52 | 589768 26 |
| 180 | Hôpital General de la Police | 386572,398 | 589453,595 | Public | 386572 24 | 589453 37 |
| 181 | Service Social de la DGI | 386236,376 | 588694,239 | Public | 386236 22 | 588694 15 |
| 182 | Formation Sanitaire Urbaine | 386209,918 | 588552,687 | Public | 386209 54 | 588552 41 |
| 183 | Dispensaire Urbain | 386178,168 | 588686,302 | Public | 386178 09 | 588686 18 |
| 184 | Centre de Sante Militaire | 386538,002 | 587819,790 | Public | 386538 00 | 587819 48 |
| 185 | Clinique Medicale de l'Indenie | 387014,943 | 589697,991 | Prive | 387014 56 | 589698 00 |
| 186 | Hôpital General | 393304,000 | 581394,000 | Public | 393304 00 | 581394 00 |
| 187 | SSSU | 393971,000 | 580086,000 | Public | 393971 00 | 580086 00 |
| 188 | Centre Educatif des Handicapes | 390706,000 | 580832,000 | Public | 390706 00 | 580832 00 |
| 189 | Infirmierie du 43ème BIMA | 394246,000 | 580880,000 | Public | 394246 00 | 580880 00 |
| 190 | Clinique Djigui | 393029,000 | 580701,000 | Prive | 393029 00 | 580701 00 |
| 191 | Centre Medical de la CNPS | 390561,000 | 581722,000 | Public | 390561 00 | 581722 00 |
| 192 | Espace Medical de Vridi | 388833,138 | 581688,580 | Prive | 388833 07 | 581688 33 |
| 193 | Formation Sanitaire Urbaine | 389591,171 | 580561,453 | Public | 389591 09 | 580561 26 |
| 194 | Centre Medical Ste Marie | 392763,201 | 580848,196 | Prive | 392763 11 | 580848 11 |
| 195 | Groupe Caritas | 393067,803 | 580241,968 | Public | 393067 48 | 580241 56 |
| 196 | Dispensaire Municipal derriere Warf | 395621,699 | 580144,733 | Public | 395621 41 | 580144 45 |
| 197 | Centre de Sante l'Espoir | 397774,750 | 579662,529 | Public | 397774 45 | 579662 30 |
| 198 | Centre Medical l'Espoir | 397934,492 | 579887,756 | Public | 397934 30 | 579887 45 |
| 199 | Centre de Sante Adjouffou | 398244,055 | 579123,770 | Public | 398244 03 | 579123 45 |
| 200 | Centre de Sante Communautaire | 389718,704 | 582670,889 | Public | 389718 43 | 582670 52 |
| 201 | Maternite Urbaine | 390795,343 | 581514,626 | Public | 390795 20 | 581514 37 |
| 202 | Institut Medico-Pedagogique | 390930,281 | 580932,542 | Public | 390930 16 | 580932 33 |
| 203 | Dispensaire du GATL | 396452,214 | 580743,551 | Public | 396452 13 | 580743 33 |
| 204 | Centre de Sante Communautaire | 400651,520 | 578814,368 | Public | 400651 31 | 578814 22 |
| 205 | Dispensaire Urbain | 387259,312 | 586395,234 | Public | 387259 18 | 586395 15 |
| 206 | Centre National de Transfusion Sanguine | 389508,000 | 584443,000 | Public | 389508 00 | 584443 00 |
| 207 | PMI Urbaine | 388251,000 | 586653,000 | Public | 388251 00 | 586653 00 |
| 208 | Institut National d'Hygiene Publique | 388511,000 | 584797,000 | Public | 388511 00 | 584797 00 |
| 209 | Institut de Cardiologie d'Abidjan | 388729,000 | 584557,000 | Public | 388729 00 | 584557 00 |
| 210 | PMI urbaine | 388274,000 | 586714,000 | Public | 388274 00 | 586714 00 |
| 211 | Clinique Desuza | 387872,000 | 586508,000 | Prive | 387872 00 | 586508 00 |
| 212 | Clinique St Antoine | 388314,000 | 585985,000 | Prive | 388314 00 | 585985 00 |
| 213 | Clinique Djessou | 388099,000 | 585673,000 | Prive | 388099 00 | 585673 00 |
| 214 | Centre Social | 388392,000 | 584159,000 | Public | 388392 00 | 584159 00 |
| 215 | Centre Medical de la Marine | 388160,000 | 583933,000 | Public | 388160 00 | 583933 00 |
| 216 | Infirmierie de Blohorn | 388287,000 | 583698,000 | Public | 388287 00 | 583698 00 |
| 217 | Infirmierie de la Sotra | 388464,000 | 583901,000 | Public | 388464 00 | 583901 00 |
| 218 | Laboratoire Roy | 387719,000 | 586370,000 | Prive | 387719 00 | 586370 00 |
| 219 | Centre de Sante Endemique | 387459,739 | 586161,706 | Public | 387459 45 | 586161 41 |
| 220 | Clinique Hotel Dieu | 388195,943 | 585231,032 | Prive | 388195 56 | 585231 03 |

ANNEXES

| | | | | | | |
|-----|---|------------|------------|--------|-----------|-----------|
| 221 | Clinique la Rosette | 388785,304 | 585604,095 | Prive | 388785 18 | 585604 07 |
| 222 | Centre Medical Yasmine | 389039,842 | 585907,705 | Prive | 389039 50 | 585907 41 |
| 223 | Centre Anti-Tuberculeux | 389031,904 | 585423,517 | Public | 389031 54 | 585423 30 |
| 224 | Laboratoire d'Analyse | 388829,498 | 585455,267 | Prive | 388829 30 | 585455 15 |
| 225 | Clinique Nanan Yamouso | 388595,341 | 586304,581 | Prive | 388595 20 | 586304 33 |
| 226 | SSSU | 388918,795 | 586270,847 | Public | 388918 46 | 586270 52 |
| 227 | Cabinet de Soins Polyvalents | 388254,028 | 586024,784 | Prive | 388254 01 | 586024 48 |
| 228 | Centre de Soins Polyvalents | 388285,778 | 586235,128 | Prive | 388285 46 | 586235 07 |
| 229 | Centre Medical de la RAN | 387702,371 | 585536,626 | Public | 387702 22 | 585536 37 |
| 230 | Clinique St Martin des Tours | 388302,645 | 585307,431 | Prive | 388302 39 | 585307 26 |
| 231 | Institut National de la Sante Publique | 389612,335 | 584460,101 | Public | 389612 20 | 584460 07 |
| 232 | Dispensaire des Entreprises Portuaire | 388461,395 | 584882,774 | Public | 388461 24 | 584882 45 |
| 233 | Centre de Sante Urbain | 388281,809 | 584092,991 | Public | 388281 48 | 584093 00 |
| 234 | Centre Social | 379027,000 | 591129,000 | Public | 379027 00 | 591129 00 |
| 235 | Centre Social | 378591,000 | 587230,000 | Public | 378591 00 | 587230 00 |
| 236 | Centre Social | 380719,000 | 595546,000 | Public | 380719 00 | 595546 00 |
| 237 | Formation Sanitaire Urbaine | 380139,000 | 590041,000 | Public | 380139 00 | 590041 00 |
| 238 | SSSU | 382906,000 | 588938,000 | Public | 382906 00 | 588938 00 |
| 239 | Maternite Privee Dupuy | 380940,000 | 588998,000 | Prive | 380940 00 | 588998 00 |
| 240 | PMI Urbaine | 380279,000 | 590036,000 | Public | 380279 00 | 590036 00 |
| 241 | CHU de Yopougon | 379183,200 | 591869,358 | Public | 379183 11 | 591869 22 |
| 242 | Centre Medical Ste Dorcas | 381417,854 | 592223,035 | Prive | 381417 50 | 592223 03 |
| 243 | Centre Medical Ste Jeanne | 381845,446 | 590013,938 | Prive | 381845 26 | 590013 56 |
| 244 | Cabinet Medico Social | 382533,390 | 590592,559 | Public | 382533 22 | 590592 33 |
| 245 | Clinique Ste Venise | 382357,773 | 591012,255 | Prive | 382357 46 | 591012 15 |
| 246 | Cabinet Veterinaire | 382230,773 | 591182,912 | Prive | 382230 46 | 591182 56 |
| 247 | Centre de Sante Communautaire | 381604,701 | 591322,811 | Public | 381604 41 | 591322 48 |
| 248 | Centre de Sante Communautaire | 381856,717 | 590757,263 | Public | 381856 43 | 590757 15 |
| 249 | Cabinet Medical le Messie | 381057,147 | 590588,770 | Prive | 381057 09 | 590588 45 |
| 250 | Cabinet Medical | 381888,779 | 591489,984 | Prive | 381888 46 | 591490 00 |
| 251 | Formation Sanitaire Urbaine | 381519,509 | 592405,722 | Public | 381519 30 | 592405 45 |
| 252 | Centre Medical des Oeuvres Missionnaires | 381035,922 | 591607,947 | Prive | 381035 54 | 591607 56 |
| 253 | Maternite Urbaine | 377948,911 | 587263,786 | Public | 377948 54 | 587263 48 |
| 254 | Clinique Medicale Ste Marie | 377667,129 | 587948,396 | Prive | 377667 07 | 587948 22 |
| 255 | Centre de Sante Communautaire | 379113,741 | 588165,686 | Public | 379113 45 | 588165 41 |
| 256 | Centre Medico Social | 379123,663 | 588714,367 | Public | 379123 39 | 588714 22 |
| 257 | Clinique Medicale d'Abidjan | 378095,755 | 590837,652 | Prive | 378095 45 | 590837 37 |
| 258 | Centre de Sante Communautaire | 374708,420 | 588981,266 | Public | 374708 24 | 588981 15 |
| 259 | Centre Medico des Soeurs du Maroc | 378282,286 | 589800,814 | Prive | 378282 16 | 589800 48 |
| 260 | Centre de Sante Maternite Dispensaire | 378812,116 | 590701,722 | Public | 378812 07 | 590701 45 |
| 261 | Nouvelle Polyclinique de Yopougon | 378752,584 | 591863,576 | Prive | 378752 35 | 591863 33 |
| 262 | Centre Medical les Orchidees | 379832,086 | 589710,525 | Prive | 379832 05 | 589710 30 |
| 263 | Clinique le Grand Centre | 379431,242 | 589470,415 | Prive | 379431 15 | 589470 26 |
| 264 | Centre de Sante Communautaire | 380995,835 | 589327,877 | Public | 380995 50 | 589327 52 |
| 265 | Centre de Sante Don Gui | 382348,279 | 587592,200 | Prive | 382348 16 | 587592 11 |
| 266 | Clinique Espoir | 382572,514 | 588354,202 | Prive | 382572 30 | 588354 11 |
| 267 | Centre Medical Sacre Coeur | 382538,779 | 588439,530 | Prive | 382538 46 | 588439 30 |
| 268 | Centre de Sante Communautaire Agban-Village | 385747,414 | 592215,234 | Public | 385747 24 | 592215 15 |

Source : CNTIG (Comité National de Télédétection et d'Information Géographique) en 2009 ; Enquête « Accès et recours aux soins à Abidjan », Ymba M., 2009-2011

Annexe 6. L'enquête de santé vue par quelque quotidien ivoirien

CHU de Treichville

Consultations et hospitalisations minimales

Le CHU de Treichville souffre de la quasi-fermeture de trois de ses services : La clinique des maladies infectieuses, le centre de dermatologie et l'Institut de cardiologie. A la clinique des maladies infectieuses, on n'a certes pas arrêté les consultations, ni les admissions en hospitalisation, mais aujourd'hui, en cas de difficultés respiratoires de malades hospitalisés, il n'y a pas de réanimation possible. Ce grand service n'a plus en effet d'unité de réanimation. La salle utilisée à cet effet est complètement fermée du fait de grands viciants d'étanchéité. Lesquels ont également réduit considérablement

la capacité d'hospitalisation de cette structure dont les lits sont occupés à 80% par les malades du sida. A la clinique des maladies infectieuses affectée par la moisissure et les fissures des murs du fait des problèmes d'étanchéité, le personnel infirmier démobilisé et craignant des risques de contamination du VIH part vers d'autres services. Plus que 19 infirmiers en service contre 41 affectés. La capacité d'accueil réduite par le problème d'étanchéité fait que seulement 32 lits peuvent être occupés sur les 102 existants. Sans oublier les lits abîmés qui ne peuvent être remplacés. Voisin de la clinique des maladies infectieuses et construit par les mêmes architectes, le centre de dermatologie du CHU de Treich-

ville, service unique spécialisé dans la prise en charge de l'ulcère de Buruli, connaît les mêmes problèmes d'étanchéité. Résultat : les deux salles d'opérations de la structure sont fermées depuis les premières gouttes de pluie de l'année dernière. Et depuis le 3 juin dernier, les consultations sont arrêtées. Les hospitalisations continuent au service de dermatologie du CHU de Treichville même si la capacité d'accueil a été fortement réduite à une dizaine de chambres à peine. Ce qui n'est pas le cas dans le célèbre Institut de cardiologie de ce même CHU. Comme dans un quelconque hôpital, on ne peut que se faire consulter dans le plus performant institut de cardiologie d'Afrique de l'Ouest qui n'est plus que l'ombre de lui-même.

L'une des deux salles d'opération du Centre de dermatologie du CHU de Treichville fermée pour problème d'étanchéité. En effet, l'institut de cardiologie est presque fermé. On n'y fait que les consultations externes. C'est-à-dire que vous venez vous faire examiner et vous renfilez chez vous quel que soit votre état. Il n'est plus question de soins intensifs, d'urgences, d'examen de laboratoire, d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie. B. ZEGUÉLA

CHU de Cocody

Blocs opératoires et services fermés

Par B. ZEGUÉLA

Le CHU de Cocody a officiellement ouvert le 1er août 1998. Mais en réalité ce centre hospitalier "retapé" à 21 milliards par les Japonais est encore fermé aux trois quarts. A preuve. Huit blocs sur les onze existants sont toujours fermés. A l'origine de cette non-ouverture, la fourniture des équipements complémentaires par la partie ivoirienne. A savoir des accessoires d'anesthésie, des tabourets de chirurgien, des tables d'anesthésie, le microscope opératoire, une table os poumon pour la radiologie, une radio mobile pour la fibroscopie, un champ opératoire. Aujourd'hui, selon le directeur de ce CHU, M. Manié Silué Charité, ces équipements sont stockés en magasin pour la plupart. Et la question de l'ouverture totale du CHU de Cocody ne dépend que de la livraison de 60 millions de francs de médicaments par la Pharmacie de la santé publique (PSP). Mais le hic est que la PSP ne donne ses médicaments aux structures hospitalières que le CHU de Cocody qui évalue ses besoins en médicaments pour trois mois à 80 millions de F.CFA n'a pas cette somme. La raison? "Compte tenu de la fermeture, nous avons dû recommencer à zéro avec le petit matériel. Cela a fait monter nos factures d'impayés au niveau de la PSP, qui a bloqué ses services". Nous confiait M. Manié Silué. Et cette cessation des services de la PSP au CHU de Cocody a empêché cette structure d'avoir des rentrées au niveau de sa trésorerie. Mais si les huit blocs opératoires

peuvent ouvrir leurs portes après la fourniture des 60 millions de médicaments, ce ne sera pas pour autant l'ouverture totale de tous les services du CHU de Cocody. Même que l'ouverture des huit blocs entraînera des dysfonctionnements dans des services. Aujourd'hui au CHU de Cocody plusieurs services fonctionnent à moitié. C'est le cas des services PPH, gastro et de gynéco respectivement au 6^e, 11^e et 12^e étages. Ces trois services sont à moitié fermés pour manque de personnel paramédical: infirmiers et sages-femmes. Au 5^e étage, une partie du

service de pédiatrie (néonatalogie) officiellement fermée pour cause de moisissures et fissures des murs, ne pourra pas également rouvrir ses portes après les travaux nous a-t-on confié avec le problème de personnel. "Vu la masse de travail qu'il y a à abattre ici, des puéricultrices, sages-femmes et infirmières de ce service ont profité de la fermeture pour se faire réaffecter ailleurs...". Au CHU de Cocody on se plaint de ce qu'il n'y a que deux infirmières par palier. Alors que pour 30 lits il faut au minimum trois infirmières. Ce qui serait même en deçà des nor-

mes qui sont d'un infirmier pour cinq malades hospitalisés. Pour tous les services fermés par manque de personnel de soins, il faut une dizaine d'infirmiers nous confient Mmes Abbé et Lezou Simone sous-directrices des soins. Mais pour finir, dans les services comme au PPH qui compte 65 lits (pour la partie ouverte) que peut-on faire avec sept infirmières? Des nombres qui n'existent souvent que sur papier. Car parmi eux de nombreux malades sur pied qui, par conséquent, ne prennent pas les gardes.

C'est ainsi que sur 57 infirmiers spécialisés exerçant au CHU de Cocody 9 sont inscrits comme malades. Sur 67 sages-femmes, ce sont 26 qui sont déclarées en mauvaise santé. Malgré toutes ces réalités, le CHU de Cocody n'a pas reçu de nouvelles affectations de personnel soignant. Seulement 7 cas de remplacements: 3 sages-femmes et 4 infirmiers. Le manque de personnel qui a causé la fermeture de plusieurs services au CHU de Cocody sera encore plus criant avec l'ouverture des 8 blocs opératoires. Car il faudra faire des réaffectations du personnel para-médical spécialisé vers les services d'urologie, d'ORL et d'ophtalmologie qui ouvriront avec les blocs.

Les blocs attendent tabourets et autres tables d'anesthésie pour ouvrir.

Le nouveau ministre de la Santé et de la Protection sociale atterri par l'ampleur du désastre dans les CHU. (Photos : B. ZEGUÉLA)

IVOIR/SOIR - MARDI 18 JANVIER 2000

PAR 5

Savoir plus

CONSTAT

18 JANV. 2000

La santé malade de ses structures huppées

Un Centre hospitalier universitaire (CHU), est la structure sanitaire ultime de référence. Celle vers qui les hôpitaux généraux (HG), les centres hospitaliers régionaux (CHR) soumettent leurs cas graves. Or ils ont eux-mêmes reçus des centres de santé, dispensaires et maternités.

Aujourd'hui, cette pyramide des soins ne peut pas être respectée à Abidjan où les CHU, malgré la présence des professeurs de médecine, des assistants-chefs de clinique, des assistants et des internes (les plus gradés de la profession médicale), sont délaissés par les malades. Des CHU qui sont à travers certains de leurs services plus mal en point que des hôpitaux généraux.

En effet, le bel édifice sorti de terre en 1989 à Yopougon dit hyperdécoré et remis clé en main au ministre de la Santé de notre pays à l'époque a perdu de son lustre d'autant. 11 ans seulement ont suffi pour que le matériel, l'équipement et la bâtisse on de nombreux endroits soient vétustes. Et dire que c'est le plus récent des CHU d'Abidjan.

Quant aux deux anciens, ceux de Cocody et Treichville, ils devraient en principe présenter un meilleur visage après une cure de jouvence à eux faites à coups de milliards. Notamment le CHU de Cocody dans lequel le gouvernement japonais,

sous la forme de prêt non remboursable, a injecté 21 milliards de F.CFA. Trois autres milliards d'investissement devraient être faits par l'Etat ivoirien en guise de contrepartie pour certaines œuvres complémentaires et l'équipement.

Malgré ces 24 milliards, le CHU de Cocody n'a pas retrouvé son plein régime.

Quant au CHU de Treichville, il est très handicapé par la quasi-totalité de certains de ses services et non des moindres.

Des services d'un centre hospitalier universitaire qui ne font que de la consultation, ou qui ne font de l'hospitalisation que pour quelques malades.

Ce nouveau ministre de la Santé et de la Protection sociale a fait lui-même le constat amer et peu réjouissant de la santé de nos structures sanitaires publiques huppées.

Pour lui, il faut des mesures d'ordre structurel. Dans cette perspective, le professeur Bamba Moriloro compte mener des réflexions appropriées avec les chefs des services des CHU. Car pour lui, il faut que les chefs de service soient associés au choix du matériel, à leur identification.

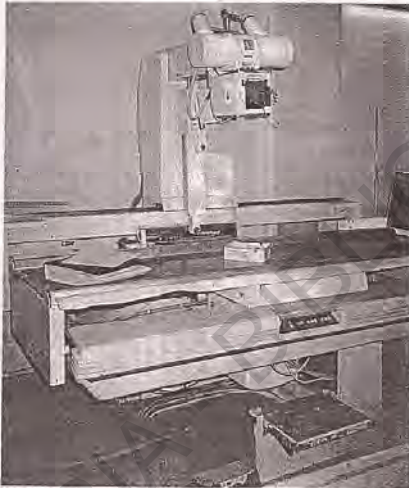
Pour l'instant, le ministre de la Santé et de la Protection sociale veut proposer un plan d'urgence au gouvernement afin de parer au plus pressé dans nos CHU.

CHU de Yop : tout est à refaire

Le Centre hospitalier de Yopougon a été construit en 1989 dans le cadre du projet clé en main par M. Pierre Fakhoury, architecte et sous la direction des Grands Travaux. Déjà à son ouverture, certains de ses équipements étaient hors service. En imagerie médicale, 70% des équipements étaient en fin de fabrication au moment de leur installation en 1989. Le laboratoire d'analyse sera aussi victime de la mauvaise qualité des équipements.

Les appareils d'analyse comme les automatiques d'histologie et de biochimie sont en nombre insuffisant et peu fonctionnels en raison de pannes fréquentes enregistrées. En 1997, dans le cadre du projet FOPCOEX (espagnol), une aide importante en équipement a été faite pour la bonne marche du laboratoire. Malheureusement, le projet n'a pas répondu aux attentes du laboratoire.

Les équipements des cinq salles opératoires pour les interventions programmées sont défectueux. Les deux salles opératoires réservées aux urgences n'ont jamais été utilisées, faute d'équipements



Au CHU de Yopougon, la table de radiographie n'est plus qu'un décor. (Photo : B. ZÉGUÉLA).

adéquats. Les bistouris utilisés au CHU de Yopougon ne sont plus fabriqués depuis plus de 15 ans. Ce qui pose la délicate question des pièces de rechange.

Les tables opératoires, les éclairages et les équipements d'anesthésie en réanimation ne sont plus fonctionnels. Une seule salle opératoire est fonctionnelle et son

indisponibilité constitue l'une des causes du séjour prolongé dans les services chirurgicaux.

Au CHU de Yopougon, une seule table de radiographie sur les cinq existantes fonctionne. La seule mammographie de cet hôpital, tout comme la développuse de la radiographie, est en panne. C'est une développuse prêtée par un privé qui est en voie d'installation pour sauver la situation.

En gynécologie, la climatisation fait défaut tant au bloc opératoire que dans la salle d'accouchement. Au bloc opératoire donc, tout se fait sous ventilateur. Côté personnel, deux secteurs d'activité sont fortement touchés par la pénurie. En effet, là où il était prévu 13 infirmiers, 9 sont encore en activité. Les postes les plus touchés sont les surveillants d'unités de soins, les infirmiers anesthésistes, les instrumentistes et infirmiers diplômés d'Etat. Ce personnel déjà peu nombreux est on ne peut plus démotivé. Les primes de motivation étant payées aux compte-gouttes.

Au sein de l'hôpital du CHU de Yopougon se développe une forme de racket des malades. Des personnes qui se font passer pour des médecins exigent, en plus des frais d'hospitalisation, de l'argent aux parents des malades en promettant de leur fournir des médicaments à moindre coût. Mlle Dro Valentina en a été victime. Elle a remis de l'argent à un faux médecin qui a

disparu avec.

Plus tard, elle découvrit qu'elle a eu affaire à un faux médecin escroc. Ce sont des personnes de bonne volonté qui ont permis à Mlle Dro de se faire opérer et d'acheter ses médicaments. La réanimation (urgences), l'un des services importants du CHU de Yopougon, est défaillante. 80% des équipements de réanimation ne sont plus fonctionnels. Les appareils de surveillance permanente des soins sont hors service, mettant les praticiens et responsables hospitaliers dans l'embarras face à la détresse des patients. La salle d'accouchement, cette importante unité, ne comporte que des tables. Il n'y a ni monitoring, ni possibilité de contrôle de l'activité des parturientes. La climatisation au CHU de Yopougon repose sur un système de production d'eau glacée distribuée dans les locaux à travers des ventilo-convecteurs après un passage dans les caissons de traitement.

Sur les quatre groupes installés, trois sont en état moyen de marche (ils sont fonctionnels pendant 1 mois au plus pour des éventuelles réparations). Le quatrième n'ayant jamais fonctionné. Plus de la moitié des ventilo-convecteurs (800) sont à l'arrêt.

Concernant les équipements thermiques, les chaudières à vapeur sont défectueuses. L'incinérateur du CHU de Yopougon est hors service depuis 1996.

JEAN-PAUL KIPRÉ

Gestion en mal

Conçu initialement comme hôpital type général, l'hôpital de Yopougon a dû être érigé en Centre hospitalier universitaire à la fin des travaux de construction. Ce changement d'option dans un contexte d'accroissement des besoins du monde universitaire médical était justifié mais les structures initiales

n'ont pas été modifiées pour s'adapter aux nouvelles missions. Le plus des maux dans les équipements et autres problèmes de maintenance ont entraîné une dégradation précoce du CHU de Yopougon. La façade extérieure de l'hôpital présente des fissures.

En effet 11 ans après son ouverture, l'hôpital montre des signes de vieillissement dans sa conception et dans la qualité des maté-

riels utilisés. Le CHU de Yopougon souffre de l'exiguïté de ses locaux. Laboratoires d'exploitation fonctionnelle, les urgences, la dégradation de l'étanchéité à divers endroits de l'état de l'établissement, la mauvaise qualité des tuyauteries, occasionnant des nombreuses fuites d'eau, de gaz et abiment de façon précoce les faux plafonds.

Le CHU de Yopougon, malade de

ses bâtiments, de ses équipements, souffre aussi de gestion.



En effet la gestion du service de recouvrement pose problème au CHU de Yopougon. En plus du service contentieux, deux services de recouvrement ont été créés par l'ancien directeur M. Gueye Drissa. Le personnel, dans sa grande majorité, ne comprend pas l'utilité de ces deux services. Mme Séry, directrice des services de recou-

vrement, n'a jamais pu faire un bilan approprié des avoirs du CHU de Yopougon.

Il arrive même que Mme Séry empiète sur les attributions du ministère de tutelle pour s'ériger en comptable auprès des patients. Prenant le taureau par les cornes, le directeur M. Konodé a supprimé les services de recouvrement en attendant un audit.

J. P. K

Annexe 7. Autorisation de recherche sur le terrain

| | |
|--|--|
| <p>Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique Université de Cocody</p>  <p>UFR SHS Sciences de l'Homme et de la Société</p> | <p>République de Côte d'Ivoire</p>  <p>Institut de Géographie Tropicale</p> |
| <p><u>PROTOCOLE DE RECHERCHE</u></p> <p>Institut de Géographie Tropicale/ Université de Cocody</p> <p><u>Intitulé de la thèse</u> : « ACCES ET RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ MODERNE EN MILIEU URBAIN : LE CAS DE LA VILLE D'ABIDJAN – CÔTE D'IVOIRE ».</p> <p><u>Nom et Prénoms du Doctorant(e)</u> : YMBA Maïmouna</p> <p>Je soussigné, Professeur ALOKO N'Guessan Jérôme, Directeur de l'Institut de Géographie Tropicale (IGT), à l'Université de Cocody Abidjan atteste que Mademoiselle YMBA Maïmouna est autorisé depuis l'année universitaire 2009-2010 à entreprendre des recherches de doctorat en géographie de la santé sur le thème "Accès et recours aux soins de santé moderne en milieu urbain : le cas de la ville d'Abidjan – Côte d'Ivoire", au sein du Laboratoire de Géographie des risques de Santé (LAGERIS) dirigé par le Pr Anoh Paul Kouassi, à l'Institut de Géographie Tropicale (IGT), de l'Université de Cocody Abidjan Côte d'Ivoire.</p> <p style="text-align: right;">Fait à Abidjan, le 05 Janvier 2010</p> <p>Fait pour servir et valoir ce que de droit.</p> <p style="text-align: right;">LE CHEF DU DEPARTEMENT</p>  | |
| <p><small>N.B : Cette pièce n'est délivrée qu'une fois. En cas de besoin, l'impressé devra lui-même établir des copies qu'il fera certifier conformes par le Maire ou le Commissaire de police de sa résidence.</small></p> | |

Yao Téléphore BROU

Professeur des Universités en Géographie

Directeur du Laboratoire EA 2468 – DYRT

(Dynamique des Réseaux et des Territoires)

Tel : 03 21 60 38 73, telesphore.brou@univ-artois.fr



U UNIVERSITÉ D'ARTOIS

9, rue du Temple - BP 665
62030 Arras cedex France

Attestation d'autorisation de mission de terrain

L'étudiante Maïmouna Ymba entreprend actuellement une thèse de Doctorat en géographie sous ma direction. L'objectif de cette thèse vise la compréhension des risques sanitaires dans les quartiers de la ville d'Abidjan en relation avec l'accessibilité et le recours au soin de santé.

Elle vient d'achever avec succès l'analyse des données statistiques et spatiales. Il lui faut maintenant effectuer, à partir du mois de novembre 2010, une mission de terrain à Abidjan, pour effectuer des enquêtes socio-économiques et poursuivre la collecte des données statistiques. Elle sera accueillie, de novembre 2010 à février 2011, à l'université d'Abidjan où elle travaillera avec le Professeur Anoh Kouassi Paul, Co-directeur de sa thèse.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Arras le 08/ 11 /2010

Annexe 8. Autorisation d'enquêter dans les services de santé moderne d'Abidjan

| | |
|---|---|
| MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE | REPUBLIQUE DE LA CÔTE D'IVOIRE Union – Discipline – Travail |
| DIRECTION REGIONALE DES LAGUNES I Direction Départementale de la Santé Abidjan Centre | Abidjan, le 24 MARS 2010 |
| | /-)utorisation d'Investigation |
| N° 137 MSHP/DRL/DDS/DC | |
| <p>La demoiselle Maimouna YMBA, doctorante à l'Université d'Artois en France et à l'Université de Cocody-Abidjan en Côte d'Ivoire, est autorisée à mener des investigations-recherches dans tous les services de santé de premier niveau de la ville d'Abidjan dans le cadre de la réalisation de sa thèse de doctorat en géographie.</p> | |
| <p>Prière de bien vouloir lui réserver un bon accueil dans tous nos services.</p> | |
| <p>Merci d'avance.</p> | |
| Le Directeur | |
| | |
| | |
| BENDE Kouadio Administrateur des Services Financiers | |
| Formation Sanitaire Urbaine du Plateau B.PV. 162 Abidjan Tél. 20 21 83 59 / 20 22 50 34 | |

Annexe 9. Autorisation d'enquête auprès des agents de santé moderne

| | | |
|--|--|--|
| | MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE | REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE Union -Discipline- Travail |
| | DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ | |
| | DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE | Abidjan, le 31 MAR. 2010 |
| | PROGRAMME NATIONAL DE PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE | DISTRICT SANITAIRE COCODY-BINGERVILLE COURRIER ARRIVÉE |
| | Direction de Coordination | N°..... Date..... |
| | N° <u>093</u> /MSHP/DGS/DSC/ DC-PNPMT | /-) |

**Monsieur le Directeur Départementale de la santé
du District sanitaire d'Abidjan**

Objet: Demande d'autorisation d'enquête

Monsieur le directeur,

Dans le cadre de ses travaux de thèse dont le thème est : Accès et recours aux soins de santé moderne dans la ville, j'ai l'honneur de vous recommander Mademoiselle Maimouna YMBA, étudiante en année de thèse de géographie à l'université d'Artois en France et à l'université de Cocody, pour une enquête auprès des agents de la santé de médecine moderne du district d'Abidjan.

Je vous serai gré des dispositions que vous voudriez bien prendre pour la réussite de cette étude.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.

Avis favorable pour enquête

DR TANGH DJINDOU TIMOTHÉE
PHARMACIEN
CEL: 01 88 87 66
11 22 33 44
COCODY-BINGERVILLE
DIRECTION DÉPARTEMENTALE
et de l'Hygiène Publique
Ministère de la Santé

Le Directeur coordonnateur

Dr KROA Ehoulé

Boîte postale : BPV 16 Abidjan - SIEGE : PLATEAU, locaux de la DRH-SANTE- Près de la CNPS

