

DYNAMIQUE URBAINE ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ À N'DOTRE (NORD-OUEST DE LA COMMUNE D'ABOBO, ABIDJAN)

TUO Péga

Maître-Assistant, Institut de Géographie Tropicale(IGT),
Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire,
pega12007@yahoo.fr

P. Tuo. (2018). Dynamique Urbaine Et Accès Aux Soins De
Santé À N'dotre (Nord-Ouest De La Commune

D'abobo, Abidjan), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et
Santé*, 1 (1), 15-29, mis en ligne le 08 juillet 2018,
<https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=14>

Résumé

L'accès aux soins de santé est une préoccupation pour les populations des zones périphériques des villes des pays en développement. La ville d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire connaît une forte dynamique démographique et spatiale. La partie Nord-Ouest de la commune d'Abobo est l'une des destinations privilégiées qui offre des possibilités d'installation des populations. De ce fait, le quartier N'dotré a connu une rurbanisation. Cependant le processus de dynamique spatiale n'intègre pas l'implantation des centres de santé publics engendrant ainsi des difficultés d'accès aux soins de santé. Cette étude vise à analyser les modes d'accès aux soins de santé dans

Abstract

Access to healthcare is a concern for the populations living in peripheral zones of the cities in developing countries. Abidjan city, economic capital city of Côte d'Ivoire, witnesses a strong demographic and spatial dynamics. The North Western part of Abobo township is one of the privileged destinations which offer some possibilities

cette zone périphérique de la commune d'Abobo. La recherche documentaire et les enquêtes de terrain montrent que la zone Nord-Ouest de la commune, connaît une forte dynamique démographique et spatiale. Elle est l'un nouveaux front d'urbanisation de la ville d'Abidjan. Malgré cette dynamique, l'offre de soins reste dominée par les structures sanitaires privées. Le paludisme (45,54%) et les soins prénatals/post-natals (19,80%) ont été les principaux problèmes de santé évoqués. La capacité financière (28,71%), l'accessibilité (28,71%) et la disponibilité (24,75%) se révèlent comme les composantes les plus déterminantes de l'accès à un type de soins de santé.

Mots-clés : Commune d'Abobo, N'dotré, accès aux soins, santé, quartiers périphériques

URBAN DYNAMICS AND ACCESS TO HEALTHCARE IN N'DOTRE (NORTH WEST OF ABOBO TOWNSHIP, ABIDJAN)

for populations to settle down. So, the N'Dotré district has experienced an urbanization of some villages. However, the process of spatial dynamics does not integrate the setting of public health centers, thus, causing difficulties of access to healthcare. This study aims at analyzing the access modes to healthcare in this peripheral zone of Abobo township. The documentary research and the field study show that the North Western part of the township witnesses a strong demographic

and spatial dynamics. This study is one of the new facets of urbanization in Abidjan city. In spite of this dynamics, the offer for care remains dominated by the private medical structures. The malaria (45.54%) and prenatal/post-natal care (19.80%) were the main problems of health mentioned. The financial capacity (28.71%), the accessibility (28.71%) and the availability (24.75%) appear as the most determining components of the access to a type of healthcare.

Keywords: Abobo township, N'dotré,
access to care, health, peripheral districts

Introduction

Lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, l'OMS promeut les soins de santé primaires et lance son grand d'ordre mobilisateur « *La santé pour tous en l'an 2000* ». Sous une forme accrocheuse et volontariste, le slogan de l'OMS préconisait en fait l'accès de tous aux soins préventifs et curatifs de santé primaires à l'an 2000. Les efforts visant à améliorer le postulat selon lequel un meilleur accès aux services de santé conduit à une utilisation plus appropriée, c'est-à-dire généralement plus fréquente, et partant à un meilleur état de santé de la population. Le succès de cette stratégie devrait se mesurer en termes d'amélioration de l'état de santé de la population. Au regard de cela, une définition opératoire du concept d'accès devient dès lors nécessaire. Une des définitions les plus générales de l'accessibilité, à savoir la facilité avec laquelle un lieu peut être atteint à partir d'autres lieux (CERTU, 2006, p. 9), est de s'interroger sur le rôle de la distance dans les interactions spatiales.

L'accès est tantôt considéré comme la propriété des ressources sanitaires, tantôt comme celle des utilisateurs potentiels et tantôt comme le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celle des ressources sanitaires. Finalement, le champ couvert par le concept reste mal défini, notamment à ses limites avec celui d'utilisation (J. L. Richard, 2001, p. 14). R.

Penchansky *et al.* (1981, p. 127) prolongent cette réflexion, concevant l'accès comme un degré de concordance entre les patients potentiels et le système de santé, en décomposant ce concept en cinq dimensions qui sont la disponibilité, l'accessibilité, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité de l'offre de soins. En reprenant chacune des cinq dimensions de l'accès, toutes plus ou moins explicitement envisagées sous l'angle de barrières à surmonter pour que le malade atteigne un thérapeute, on constate qu'il existe un véritable fossé entre l'accès aux soins de santé dont jouissent les habitants des quartiers centraux comparativement à ceux des zones périphériques en milieu urbain. Or, l'accès aux soins, c'est la capacité de recourir aux ressources sanitaires et aux services de santé (J. L. Richard, 2001, p. 24).

Située sur la façade atlantique, Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire possède de nombreux atouts économiques (port, aéroport, zones industrielles, universités, grandes écoles etc.) qui ont fait d'elle une mégalopole attractive nationale et internationale. De ce fait, il s'en est suivi une forte pression démographique, marquée à la fois par un taux de natalité élevé (4%), un important déplacement des populations de l'arrière-pays vers la métropole et un flux d'immigrants (6%) toujours croissant (E. G. Zoro, 2001, p. 48). La population d'Abidjan est passée de 951 216 habitants en 1975 à 1 929 076 habitants en 1988, puis à 2 877 948 habitants en 1998 avec un taux d'accroissement annuel moyen de 5,6% entre 1975- 1988 et 3,8% entre 1988-1998 (INS-RGPH, 1975 ; 1988 ; 1998). En 2014, la population de la ville d'Abidjan a atteint 4 395 243 habitants, soit 19,4% de la population totale de la Côte d'Ivoire (22 671 331 habitants) (INS-RGPH, 2014). De même, la ville d'Abidjan a connu une extension spatiale continue dans le temps et dans l'espace. Ainsi de 12 000 hectares en 1970, l'on est passé à 42 200 hectares en 2014. Par ailleurs, compte tenu de la situation géographique des communes de Marcory, Treichville, Koumassi, Plateau, Adjamé et Attécoubé, et surtout de leur incapacité actuelle à faire face aux nombreuses sollicitations en matière de

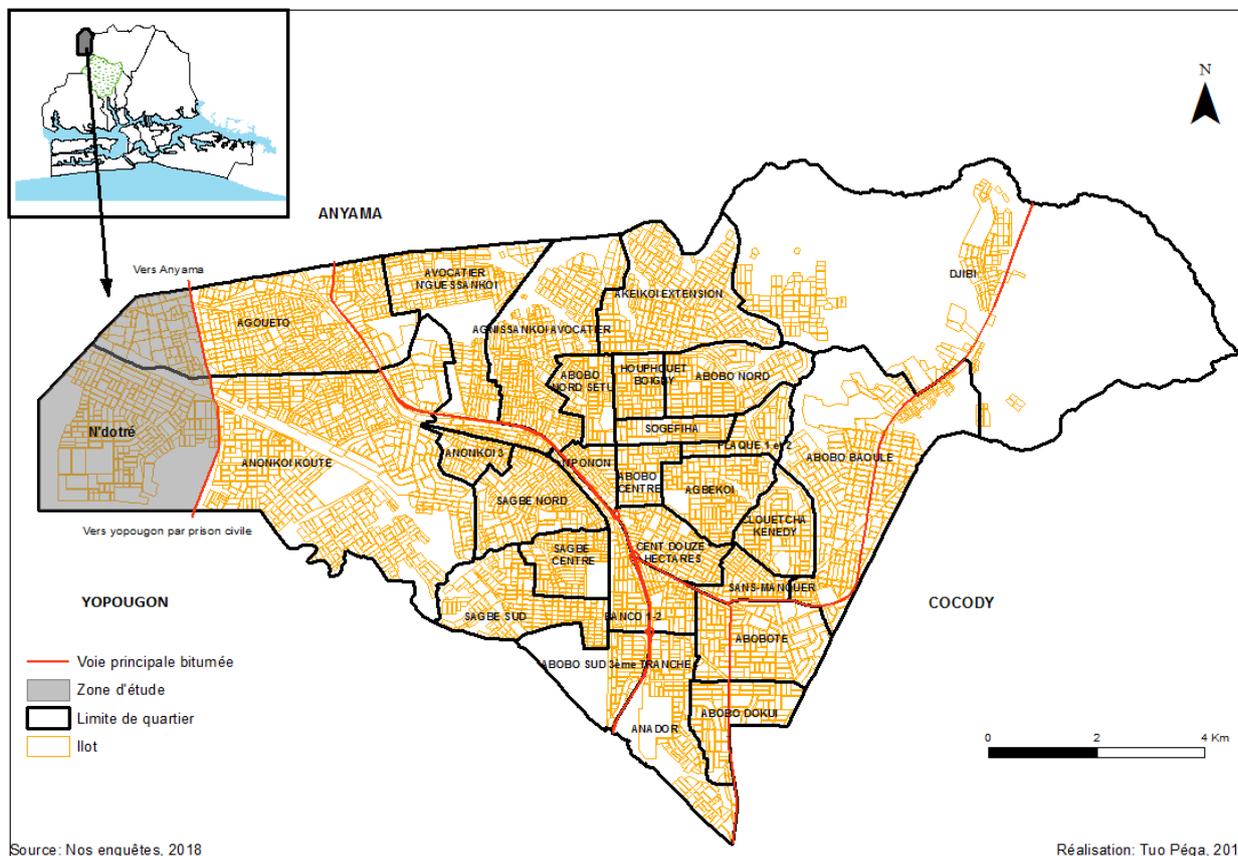
terrains urbains, les fronts d'urbanisation se sont orientés vers les quartiers périphériques des communes d'Abobo, Cocody, Port-Bouët et Yopougon.

Dans la partie nord de la ville, Abobo est le troisième axe majeur de l'urbanisation d'Abidjan. Contrairement à Yopougon et à la Riviera, Abobo offre l'exemple d'une urbanisation populaire où la ville échappe dans sa conception et dans sa production à l'État. En effet, le planificateur n'a pas retenu le plateau d'Abobo dans l'extension d'Abidjan (D. A. Alla, 2013, p. 54). Ce sont les propriétaires terriens eux-mêmes qui, bénéficiant de la forte demande en terrains urbains pour la construction de logements accessibles aux couches sociales plus modestes, ont pris l'initiative des lotissements spéculatifs. Ces lotissements illégaux et parfois mal ajustés les uns aux autres ont commencé quelques années avant les essaimages de Yopougon et de la Riviera, mais ont pris de l'ampleur dans les années 1970. Ils constituent l'essentiel de la trame d'Abobo. En effet, les interventions publiques survenues à Abobo

au cours des années 1970 se sont limitées aux restructurations, au lotissement de la zone d'Abobo-Té destiné à recevoir des déguerpis de différents quartiers d'Abidjan et à la réalisation de 738 logements par la Société de Gestion et de Financement de l'Habitat (SOGEFIHA) sur financement US-AID et de 1022 logements par d'autres entreprises (D. A. Alla, 2013, p. 54).

La population de la commune d'Abobo est passée de 638 237 habitants en 1998 à 1 030 658 habitants en 2014 (INS-RGPH, 1998 ; 2014). De même, l'espace communal est passé de 291 hectares en 1971 à 7 800 hectares en 2012 (ONU-Habitat, 2012, p. 9). La croissance fulgurante de la population et le déficit de logements locatifs dans les quartiers centraux d'Abidjan poussent certaines populations à occuper les espaces ruraux à la périphérie de la ville. C'est pourquoi, N'dotré qui signifie « tête de singe en baoulé et en agni », autrefois zone rurale située à une vingtaine de kilomètres d'Abidjan, a subi de plein fouet le phénomène de rurbanisation (Carte n°1).

Carte n°1 : Localisation de la zone d'étude



Le quartier N'dotré connaît donc une dynamique urbaine qui semble être inachevée au regard du manque des services sociaux de base comme la santé. De ce fait, on se pose la question de savoir comment les habitants d'Abobo-N'dotré en zone périphérique d'Abidjan ont-ils accès aux soins de santé ? Cette étude vise à analyser les modes d'accès aux soins de santé en zone périphérique d'Abidjan. De façon spécifique, il s'agit d'analyser la dynamique spatiale urbaine et démographique de la commune d'Abobo et l'offre de soins à la périphérie Nord-Ouest, d'identifier le profil sociodémographique des chefs de ménages, les types de recours aux soins de santé et de déterminer les facteurs qui influencent l'accès aux soins de santé.

1. Outils et méthode

Pour la réalisation de notre étude de recherche, nous avons eu recours à deux techniques de recherches d'information : la recherche documentaire et l'enquête de terrain. Concernant la recherche documentaire, les données ont été collectées dans les bibliothèques l'Institut de Géographie Tropicale, du centre culturel Américain et sur l'internet. Nous avons consulté des ouvrages généraux, des mémoires et des rapports. Ces ouvrages nous ont permis d'avoir un aperçu général du concept d'accès aux soins de santé. Nous avons eu recours aux données statistiques démographiques et sanitaires. Les données démographiques sont issues des différents Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat (RGPH, 1975, 1988, 1998 et 2014) de l'Institut National de la Statistique (INS) de Côte d'Ivoire. Les différentes phases de la croissance de la commune d'Abobo des années 1971, 1979, 1989 et 2007 ont pu être retracées grâce aux données, photographies aériennes et images satellitaires du Centre de Cartographie et de Télédétection (CCT) du Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement (BNETD).

La deuxième phase a consisté à faire des enquêtes de terrain. Cette étape a permis d'établir la liste des établissements

sanitaires présents dans le quartier N'dotré. La position de chaque établissement (latitude et longitude) a été enregistrée à l'aide d'un GPS le huit février 2018. Aussi, un questionnaire portant sur le statut (public ou privé), la date de création et d'ouverture, les lieux de provenance des patients a été administré. Concernant les modes d'accès aux soins de santé des ménages, un questionnaire a été administré auprès d'un échantillon de 101 chefs de ménage, déterminé par la méthode empirique des quotas. Ce sont les chefs de ménage qui ont en charge au moins 3 personnes et une ancienneté d'au moins 5 ans dans le quartier qui ont été retenus car ils sont sensés connaître les problèmes de santé que vivent les habitants.

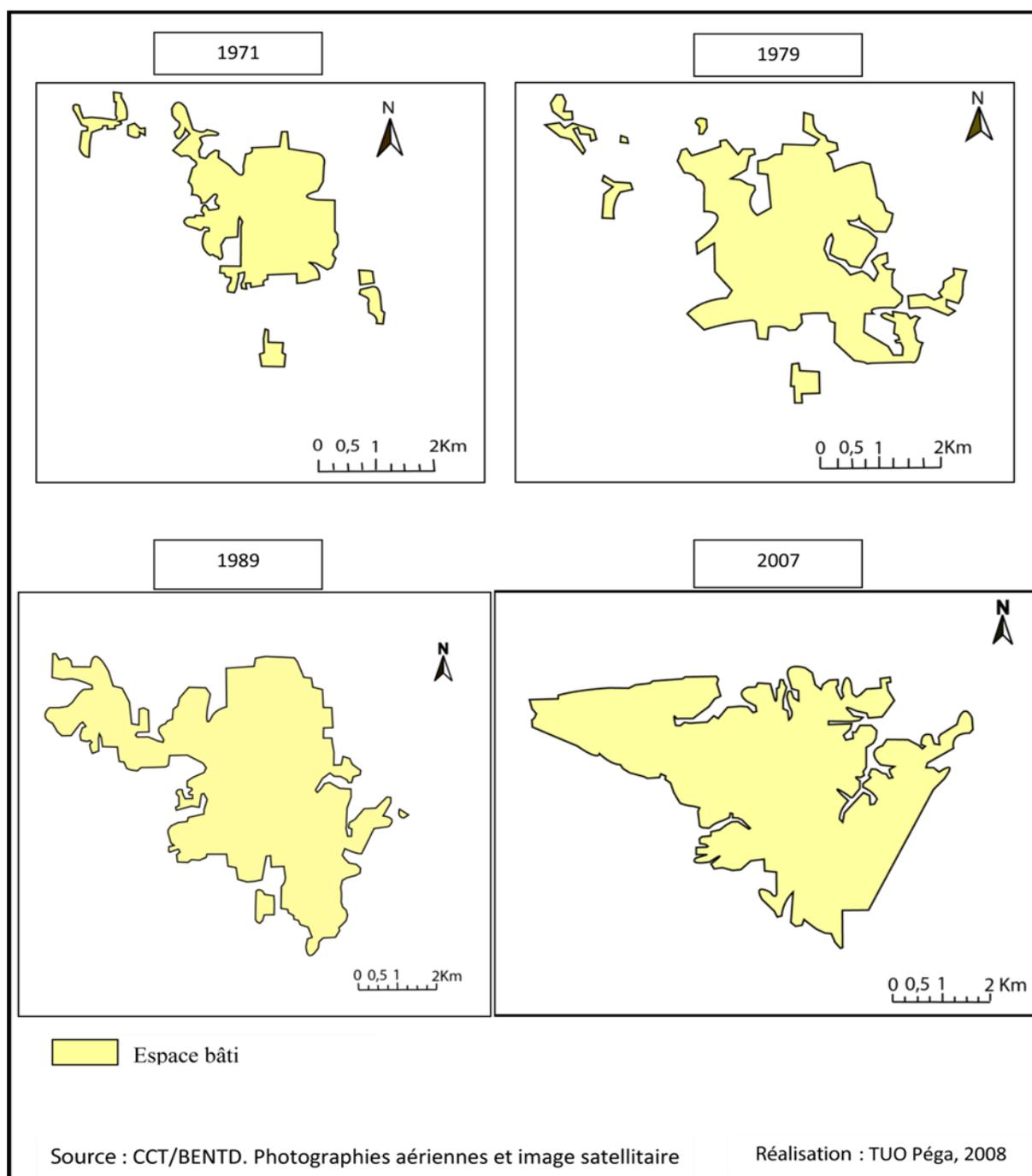
Toutes les données recueillies ont été traitées à l'aide de l'outil informatique. Le logiciel Sphinx a permis d'analyser les données. Avec Excel, des graphiques et tableaux statistiques ont été réalisés. Le logiciel Arc-view 3.3 a servi à la réalisation des cartes.

2. Résultats

2.1. Une forte dynamique spatiale et démographique de la commune d'Abobo

La commune d'Abobo est l'un des nouveaux fronts d'urbanisation de la ville d'Abidjan. La carte n°2 montre la dynamique spatiale de cette commune au cours de la période 1971 à 2007. L'urbanisation d'Abidjan a induit notamment un surpeuplement des banlieues et une multiplication des quartiers enclavés en pleine zone urbaine ou rejetés à la périphérie de l'agglomération. Dans le même temps, l'on note que les conditions de transport se dégradent, et l'accès aux équipements urbains (centre de santé publics, écoles, réseau d'eau potable, ...) est plus difficile, en particulier pour les couches les plus pauvres de la population qui habitent essentiellement les quartiers périphériques.

Carte n°2 : Évolution de la tâche urbaine d'Abobo



Située sur un vaste plateau de 125 mètres d'altitude maximale, la commune d'Abobo constitue la zone la plus élevée de l'agglomération d'Abidjan. La commune est bordée par des talwegs qui couvrent près de 2460 ha de sa superficie (24,6 %). Elle est située sur des formations d'argile sableuse des plateaux dont l'épaisseur varie de 5 à 50 mètres (ONU-Habitat, 2012, p. 9). Elle fait frontière au sud avec le parc national du Banco qui s'étend sur la plus

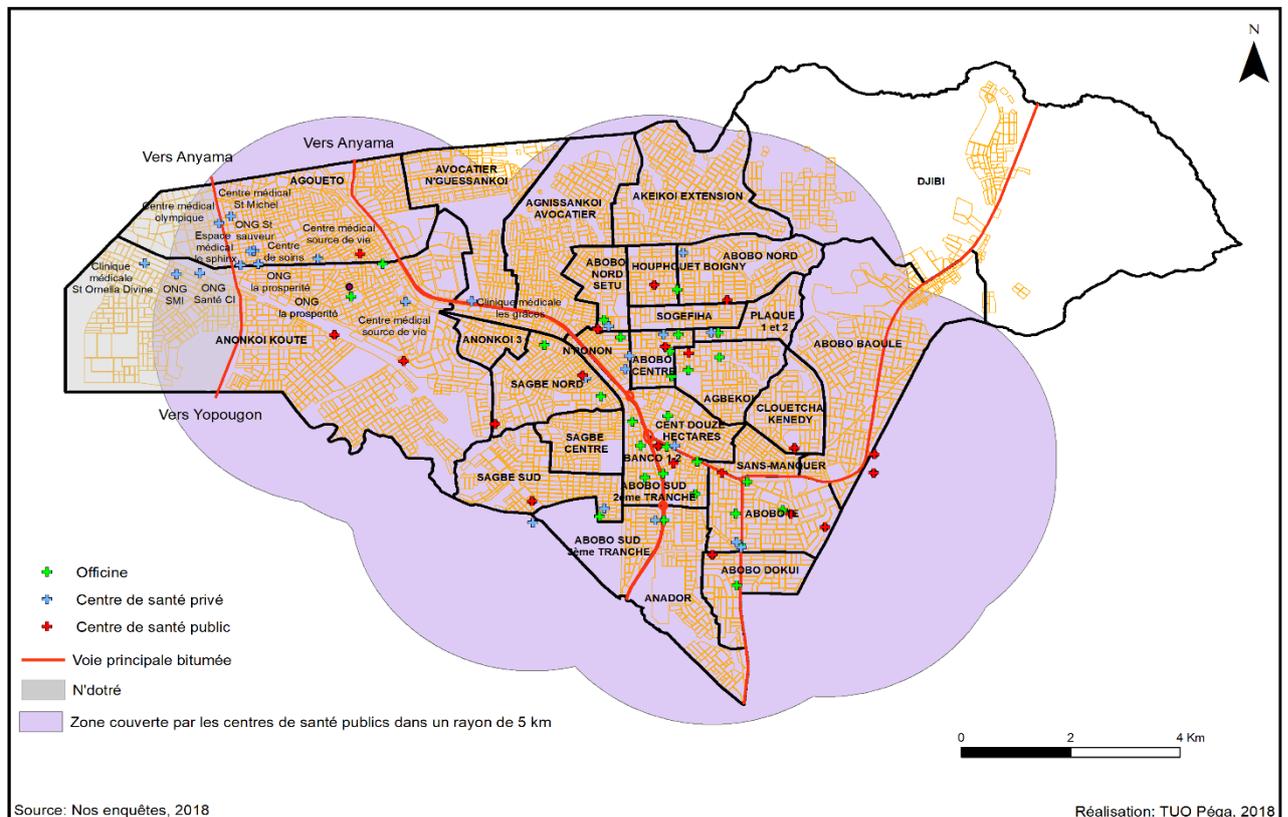
grande nappe d'eau souterraine de la ville d'Abidjan. C'est une commune qui connaît une dynamique démographique et spatiale accélérée. Avec la disponibilité des terrains dans la partie Nord d'Abidjan, la saturation de la partie Sud a vite orienté les populations surtout les démunies vers la commune d'Abobo. La population a atteint 1 030 658 habitants en 2014, soit 23,4% de la population de la ville d'Abidjan (4 395 243 habitants) faisant ainsi d'Abobo,

la deuxième commune la plus peuplée après celle de Yopougon (INS-RGPH, 2014). Au plan spatial, la commune est passée de 291 hectares en 1971 à 1101 hectares en 1979, puis à 1929 hectares en 1989, pour atteindre 3666 hectares en 2007. En 2008, la tâche urbaine couvrait 4 676 hectares et a progressivement atteint 7 800 hectares en 2012 (ONU-Habitat, 2012, p. 9). C'est une commune qui s'étend sous l'effet d'un important flux démographique vers la ville d'Abidjan

2.2. Une offre de soins dominée par le secteur privé à la périphérie Nord-Ouest

Dans le domaine de la santé, l'aire sanitaire d'un établissement est la zone qui est censée être couverte en soins par celui-ci (P. Tuo, 2013, p. 167). La carte n°3 présente la zone couverte par les centres de santé publics de la commune dans un rayon de 5 km comme le recommande la norme de l'Organisation Mondiale de la Santé pour un meilleur accès aux soins de santé (RASS, 2016, p. 60).

Carte n°3 : Couverture sanitaire publique de la commune d'Abobo



L'analyse de la carte n°3 montre que la zone Nord-Ouest de la commune d'Abobo est dépourvue en établissement sanitaire public. En effet, les derniers Centres de Santé Urbain Communautaire d'Abobo PK 18 Carrefour dans le quartier Agoueto et Assomin à Anonkoua Kouté dans cette zone d'extension de la commune d'Abobo ont été ouverts respectivement en 2000 et 2001. Malgré la dynamique du front d'urbanisation dans la zone Nord-Ouest de

la commune d'Abobo, aucun autre centre de santé public n'a encore été créé. De ce fait, les populations installées dans cette zone périphérique ne sont pas couvertes par les centres de santé publics proches. L'absence des centres de santé publics dans cette zone a favorisé l'implantation des structures sanitaires privées comme le montre la carte n°3. Les centres privés comme la Clinique médicale Ste Ornella Divine, les ONG (SMI, Santé CI, la

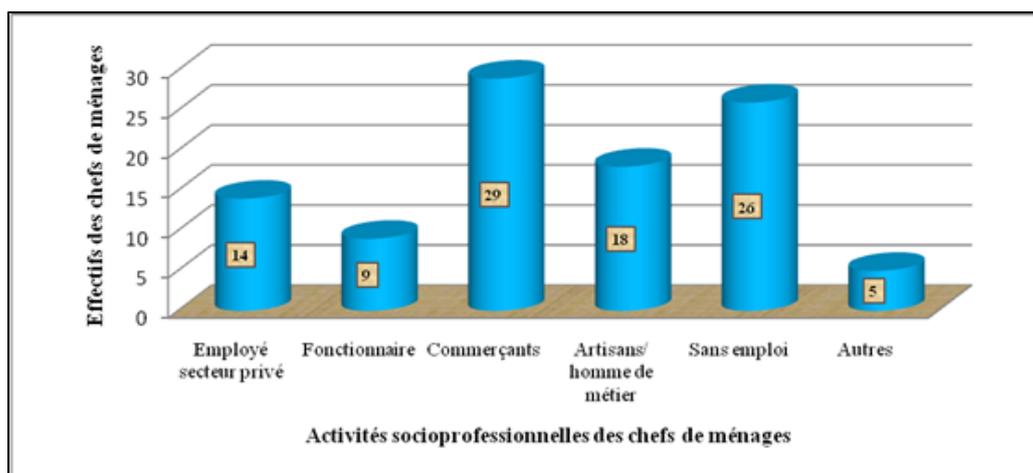
Prosperité, St sauveur N'Dotr ), le Centre médical olympique, l'Espac  médical le sphinx, le Centre de soins, le Centre médical St Michel N'Dotr , le Centre médical source de vie et la Clinique médicale les grâces dominent le paysage sanitaire à la périphérie Nord-Ouest de la commune d'Abobo (Carte n 3).

2.3. Caractéristiques des chefs de ménage enquêtés

2.3.1. Des professions dominées par les activités du secteur informel

Les secteurs d'activités des chefs de ménage enquêtés dans la zone d'étude sont perçus à travers le graphique n 1.

Graphique n 1 : Répartition des chefs de ménages selon les secteurs d'activité



Source : Enquête de terrain, 2017

L'analyse du graphique n 1 montre que sur les 101 chefs de ménage enquêtés, 28,71% sont des commerçants. Ils sont suivis des chefs de ménage qui n'ont pas d'emploi (25,74%). Les artisans et les hommes de métier constituent la troisième catégorie (17,82%) des chefs de ménage enquêtés à N'dotr . Les employés du secteur privé (13,86%), les fonctionnaires (8,91%)  taient faiblement représentés dans l'ensemble des chefs de ménage enquêtés.

2.3.2. Un faible niveau de revenu

L'analyse des classes du revenu (Tableau n  1), montre que 63,37% des chefs de ménage enquêtés ont un revenu mensuel inférieur à 100 000 FCFA. Les chefs de ménage qui ont un niveau de revenu supérieur ou égal à 100 000 F CFA ne présentent que 36,63%. Ce sont pour la plupart des fonctionnaires et des employés du secteur privé.

Tableau 1 : Répartition des chefs de ménage selon le revenu mensuel

Revenu	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 50 000[	12	11,88
[50 000-100 000[	52	51,49
[100 000-150 000[	27	26,73
[150 000-200 000[	7	06,93
[200 000- et plus[	3	02,97
Total	101	100

Source : Enquêtes de terrain, 2017

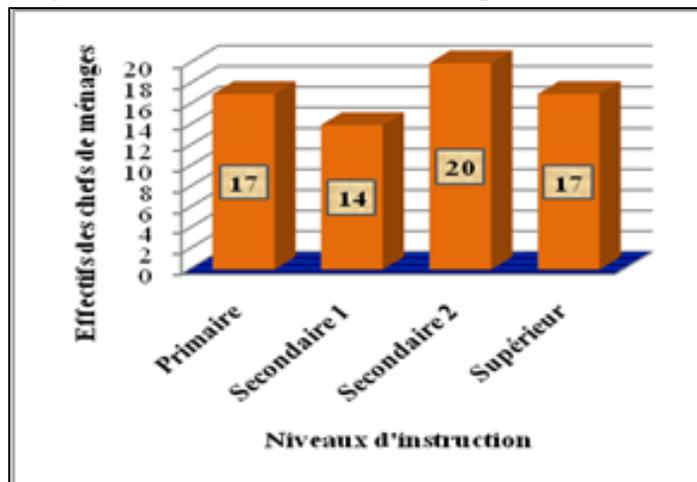
2.3.3. Un niveau d'instruction bas

Le niveau d'instruction est primordial dans la compréhension des déterminants de

l'accès aux soins de santé. Il oriente l'individu dans le choix des itinéraires thérapeutiques. Le graphique n 2 présente

le niveau d'instruction des chefs de ménage enquêtés.

Graphique n°2 : Répartition des chefs de ménage selon le niveau d'instruction



Source : Enquête de terrain, Août 2017

Il ressort de l'analyse du graphique n°2 que sur un total de 101 chefs de ménage enquêtés, 33% sont des analphabètes contre 67% d'instruits. Parmi ceux qui sont instruits, 29,41% ont atteint le niveau secondaire, 2,25% le niveau du primaire. Il en est de même pour le niveau du supérieur. Les chefs de ménage ayant un niveau d'étude du secondaire 1 représentaient 20,59% des chefs de ménage enquêtés. On constate dans l'ensemble que sur 67% d'instruits, 50% ont au moins le niveau secondaire.

2.3.4. Des ménages de taille moyenne

La taille des ménages mérite d'être appréhendée pour comprendre le choix de l'itinéraire thérapeutique. Les résultats de nos enquêtes montrent que les chefs de ménage de N'dotré sont de taille moyenne (4,48) comparée à celle de l'ensemble des ménages de la commune d'Abobo (4,9) et de la ville d'Abidjan (4,6). Sur les 101 chefs de ménage enquêtés, 70,30% des ménages ont entre 1 et 5 personnes, contre environ 30% de ménages dont le nombre de personnes varie entre 6 et 10.

2.4. Divers modes d'accès aux soins de santé

2.4.1. Un fort recours aux structures sanitaires privées pour les soins de santé

L'analyse des données du tableau n°2 montre que les chefs de ménages enquêtés à N'dotré ont recours aux soins dans les centres de santé privés. En effet, 45,54% des chefs de ménage enquêtés se dirigent vers les centres de santé privés. Ils sont suivis de ceux qui fréquentent les centres de santé publics (28,71%). Les résultats de l'enquête montrent que 12,87% des chefs de ménage enquêtés pratiquent l'automédication, tandis que 09,91% ont recours aux guérisseurs/marabouts et 02,97% se tournent vers les lieux de prière (églises et mosquées). Malgré la contribution du secteur privé à la prise en charge des populations, il demeure une préoccupation dans le système sanitaire au regard du manque de contrôle de l'Etat sur les autorisations d'ouverture, la nature, la qualification du personnel et la qualité des prestations fournies (Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida, 2012, p. 414-505).

Tableau n°2 : Type de recours aux soins de santé

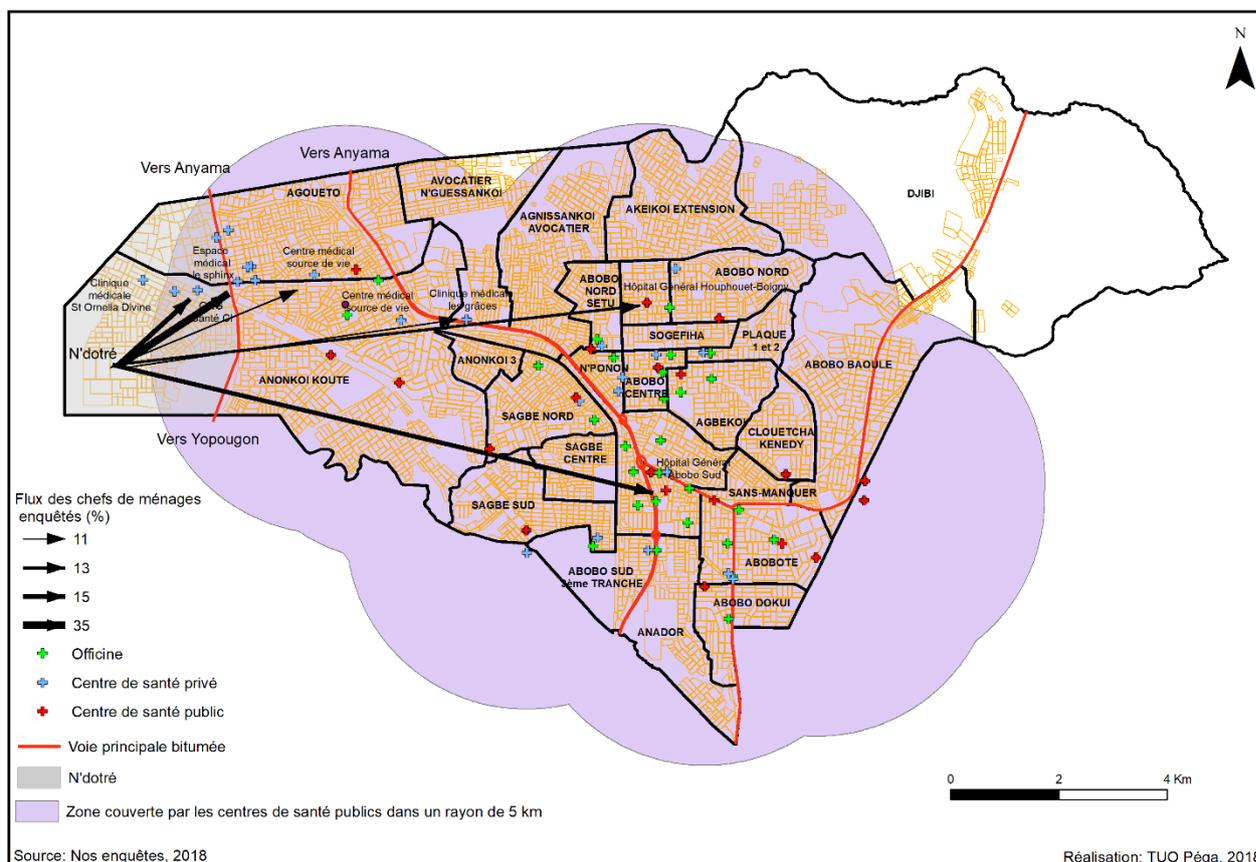
Type de recours aux soins	Effectif	Pourcentage (%)
Centre de santé public	29	28,71
Centre de santé privé	46	45,54
Guérisseur/marabout	10	09,91
Automédication	13	12,87
Prière (église/mosquée)	3	02,97
Total	101	100

Source : Enquêtes de terrain, 2017

La carte n°4 montre les flux de destination des chefs de ménage enquêtés à la

périphérie Nord-Ouest qui fréquentent les centres de santé.

Carte n°4 : Flux de destination des chefs de ménage enquêtés vers les centres de santé



Sur un total de 75 chefs de ménage qui fréquentent les centres de santé (publics et/ou privés), 35% se rendent à l'Espace médical le Sphinx (photos n°1 et n°2). C'est le centre de santé le plus fréquenté par les chefs de ménages enquêtés. Il est en pleine phase d'extension comme le montre

les photos n°1 et n°2. Il est suivi de l'Hôpital Général d'Abobo Sud (15%), du centre de l'ONG Santé (15%) et de l'Hôpital Général Houphouët-Boigny d'Abobo Nord (13%). Les cliniques médicales Source de vie (11%) et les Grâces (11%) situées à proximité de la zone d'étude sont faiblement fréquentées.

Photo n°1 : Poste de vaccination



(Cliché TUO P, 2018)

Photo n°2 : Entrée principale



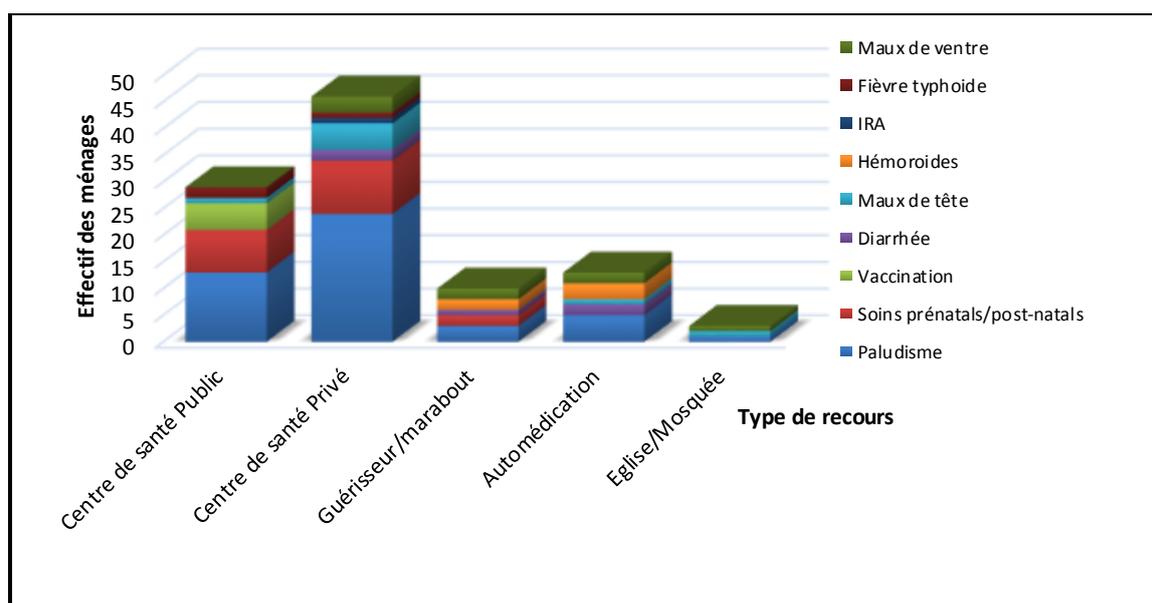
(Cliché, TUO P., 2018)

2.4.2. Problèmes de santé et recours aux soins de santé

L'analyse du graphique n°3 montre que sur les 29 chefs de ménages qui ont recours aux soins dans les centres de santé publics, le paludisme (44,82%) et les soins prénatals/post-natals (suivi de grossesse, accouchement, vaccination et autres) (27,58%) sont les principaux problèmes de santé rencontrés par la population. Dans les centres de santé privés à la périphérie Nord-Ouest de la commune d'Abobo, le paludisme (52,17%) et les soins prénatals/post-natals (21,73%) sont également les principaux problèmes de santé observés. Ceux qui ont recours au guérisseurs/marabouts pour le traitement du paludisme représentent 30% des chefs de ménages contre 20% pour les hémorroïdes et 20% pour les maux de ventre. Les chefs de ménage enquêtés qui ont recours à l'automédication dans le traitement du paludisme, des hémorroïdes et des maux de ventre représentent respectivement 38,46%, 23,07% et 15,38%. Bien que la prière soit associée à tous les types de recours aux soins de santé, un seul chef de ménage a indiqué

seulement la prière à la mosquée pour le traitement du paludisme. Egalement, la prière à l'église a été mentionnée par un seul chef de ménage pour les maux de tête et aussi pour les maux de ventre. Dans l'ensemble, l'étude montre que les problèmes de santé pour lesquels les chefs de ménages enquêtés à N'dotré ont plus recours au type de soins sont le paludisme (45,54%) et les soins prénatals/post-natals (19,80%), soit au total 65,34% des enquêtés.

Graphique n°3 : Type de recours aux soins en fonction des problèmes de santé



Source : Enquêtes de terrain, 2017

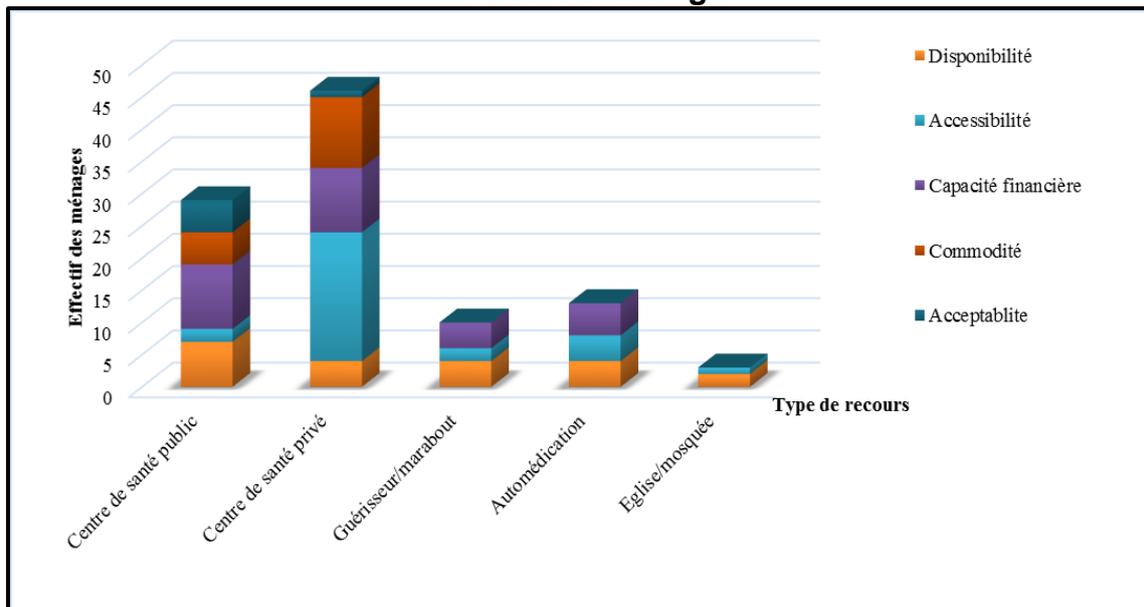
2.4.3. Raisons du choix du type de recours

L'analyse des composantes de l'accès aux soins de santé à N'dotré (Graphique n°4) montre que la capacité financière (34,48%) et la disponibilité (24,13%) sont les motifs du choix des soins dans les centres de santé public. Quant aux centres de santé privées, l'accessibilité (43,47%), la commodité (23,91%) et la capacité financière (21,73%) ont été plus déterminants pour le choix des soins dans ces centres. Pour les chefs de ménages qui consultent les guérisseurs/marabouts, la disponibilité (40%) et la capacité financière (40%) constituent les facteurs déterminants dans le choix des chefs de ménages enquêtés. Le recours à l'automédication a été du fait de la capacité financière

(38,46%), de l'accessibilité (30,77%) et de la disponibilité (30,77%) des produits utilisés. Sur les 101 chefs de ménages enquêtés à N'dotré, la capacité financière (28,71%), l'accessibilité (28,71%) et la disponibilité (24,75%) sont les composantes les plus influentes dans le choix du type de recours aux soins de santé.

Concernant le mode de financement des soins de santé, les résultats de nos enquêtes montrent que 96% des chefs de ménages ne disposent pas d'une assurance pour couvrir les soins de santé. Cela est dû au faible niveau de revenu des chefs de ménages enquêtés car selon les résultats du tableau n° 1, 63,37% des chefs de ménages ont un revenu inférieur à 100 000 F CFA.

Graphique n°4 : Types de recours aux soins en fonction des raisons du choix du chef de ménage



Source : Enquête de terrain, 2017

3. Discussion

L'extension urbaine de la ville d'Abidjan s'est faite singulièrement dans les zones à forte croissance démographique et/ou possédant des disponibilités foncières. Les quartiers périphériques disposant d'une énorme ressource foncière évoluent démographiquement et spatialement selon des rythmes bien plus élevés. Ainsi, les milieux ruraux autour de ces espaces en général et N'dotré en particulier subissent une rurbanisation rapide en déphasage avec le rythme de dotation des services sanitaires. Si dans les lieux centraux, les services en réseau et sanitaires ont précédé l'installation des populations, à la périphérie Nord-Ouest de la commune d'Abobo, les populations ont anticipé sur l'installation des infrastructures sanitaires publiques. La zone de N'dotré peut être qualifiée de « déserts médicaux » selon l'expression de H. Pichéral (1998, p. 42) malgré la prolifération des centres de santé privés. La mauvaise couverture sanitaire des zones périurbaines surtout irrégulières est fréquente dans les villes des pays en développement comme G. Salem (1998, p. 178) l'a relevé à Pikine et M. Harang (2007, p. 120) à Ouagadougou. L'expansion rapide et incontrôlée des

agglomérations urbaines accentue les inégalités d'accès aux services de santé. L'OMS (2003, p. 4) avait déjà souligné qu'en raison du rythme effréné de la croissance démographique et de l'urbanisation, de nombreux pays en développement sont incapables de répondre aux besoins sanitaires des citoyens comme l'étude de N. Cyriaque-Rufin (2007, p. 4) l'a révélé à Bangui où les quartiers périphériques manquent de couverture en établissements sanitaires adéquats.

Les résultats de l'étude montrent que, ce sont les centres de santé privés (45,54%) qui sont les plus fréquentés par les chefs de ménages enquêtés contrairement à Yamoussoukro où les travaux de K. A. Kouassi (2017, p. 153) ont montré un fort recours (40,96%) aux soins dans les centres de santé publics. Le paludisme (45,54%) et les soins prénatals/post-natals (19,80%) constituaient les problèmes de santé pour lesquels les chefs de ménages enquêtés ont plus recours aux soins à N'dotré. Les résultats de l'étude confirment que le paludisme est la première raison de consultation et d'hospitalisation (43% des motifs de consultation) dans les centres de santé (PNLP, 2015). Face à la charge de mortalité maternelle (614 pour 100 000 naissances vivantes) et infantile (38 pour mille naissances vivantes) selon le

Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2017), les soins prénatals/post-natals constituent également une préoccupation pour les chefs de ménages enquêtés. Les efforts de l'Etat ont seulement fait passer la couverture en Consultations Périnatales 4 (CPN4) qui est un indicateur qui permet d'apprécier le meilleur suivi des grossesses des femmes enceintes, de 35% en 2014 à 38% en 2015 (RASS, 2015, p. 90).

La capacité financière (28,71%), l'accessibilité (28,71%) et la disponibilité (24,75%) ont été les composantes qui influencent le choix du type de recours aux soins de santé à N'dotré. Sur les 101, chefs de ménages enquêtés, 63,37% ont un revenu inférieur à 100 000 FCFA et 96% n'ont pas une couverture d'assurance santé. Ces résultats rejoignent le rapport de la Banque Mondiale (2007, p. 13) qui a montré que les ressources financières demeurent en dépit de tous, comme l'entrave majeure à l'accès aux soins de santé. Avec un taux encore élevé en Côte d'Ivoire (48,9% en 2009 et 46,3% en 2015), la pauvreté se révèle comme l'une des composantes qui influencent l'accès aux soins de santé (ENVI, 2015, p. 21). La principale raison évoquée par les personnes qui ne fréquentent pas les centres de santé ou ne consultent pas un agent de santé est le coût des consultations. Car, 43% des personnes estiment que les consultations sont trop chères et cette proportion atteint 52,1% pour les personnes pauvres (ENVI 2015, p. 35). La disponibilité ou la proximité des centres de santé est évoquée par seulement 10,5% des personnes concernées (ENVI, 2015, p. 36). Les travaux de l'étude de l'économie locale de Korhogo en 1999 cités par P. Tuo (2013, p. 226), ont montré que les ménages prévoient de faibles parts aux frais d'éducation (4,4%) et soins de santé (5%) dans le budget familial. Le manque de moyens financiers avait été souligné aussi par M. Mariko *et al.* (2000, p. 60), à 76,6% à Bamako, 54% à Niamey, 52% à Conakry, 50% à Dakar et à 47,2% à Abidjan comme la principale raison du non recours aux services de santé dans les cinq capitales ouest-africaines étudiées.

L'accessibilité géographique et la disponibilité sont considérées par les chefs de ménages enquêtés comme des alternatives pour un accès aux soins de santé. L'absence d'un centre de santé public dans cette zone périphérique du Nord-Ouest de la commune d'Abobo impose aux populations une adaptation aux itinéraires thérapeutiques et à l'offre de soins disponibles dans la zone. La fréquentation d'un centre de santé public dans cette zone étudiée, exige un parcours de plus de 5 Km pour des soins de santé contrairement à la norme d'accès établie par le Ministère de la santé de Côte d'Ivoire (RASS, 2015, p. 37 ; RASS, 2016, p. 60). La construction d'un centre de santé public dans cette zone périphérique de la commune d'Abobo a été fortement recommandée par les populations pour réduire les difficultés d'accès aux soins de santé.

Conclusion

La commune d'Abobo est l'un des nouveaux fronts d'urbanisation de la ville d'Abidjan. La dynamique démographique et spatiale se poursuit dans la zone Nord-Ouest de la commune où N'dotré a connu une rurbanisation. Cependant, les équipements ne suivent pas le processus d'urbanisation. L'accès aux soins de santé se révèle comme une préoccupation pour les populations qui ne disposent pas d'un centre de santé public. L'offre de soins est dominée par les structures sanitaires privées auxquelles les populations ont recours pour leurs problèmes de santé. La capacité financière, l'accessibilité et la disponibilité se présentent comme des déterminants qui influencent l'accès aux soins de santé à N'dotré.

Références bibliographiques

ALLA Della André, 2013, *Risques naturels dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Thèse de doctorat d'Etat Sciences humaines, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, 384 p.

Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques (CERTU), 2006, *Calculs d'accessibilité : Impact des spécifications du réseau routier sur les calculs d'accessibilité, Données, Sources, Méthodes*, Rapport d'études, Ministère des Transports, de l'Équipement, du Tourisme et de la Mer, Paris, 41 p.

CYRIAQUE-RUFIN Nguimalet, 2007, *Populations et croissance spatiale : diagnostic et implication pour une gestion urbaine à Bangui (République Centrafricaine)*, 18 p.

HARANG Maud, 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, Paris, 510 p.

Institut National de la Statistique, 2014, *Principaux résultats préliminaires*. Rapport du Secrétariat Technique Permanent du Comité Technique du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (INS-RGPH) de Côte d'Ivoire, Abidjan, 26 p.

KAFANDO Yamba et HARANG Maud, 2006, « Offre de soins, activité et recours aux soins généraux », *Environnement urbain et transition sanitaire en Afrique de l'Ouest : le cas de Ouagadougou au Burkina Faso*, Atelier de restitution, Ministère de la santé, l'IRD, l'Université de Ouagadougou, Institut de Recherche en Sciences de la santé, Centre MURAZ, Ouagadougou, p. 18-41.

KOUASSI Kouamé Armand, 2017, *Services de santé et recours aux soins dans les centres de santé de la ville de Yamoussoukro en Côte d'Ivoire : approche géographique des déterminants*, Thèse de Doctorat Unique, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, 288 p.

MARIKO Mamadou et CISSE Boubou, 2000, *Équité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capitales ouest-africaines*. Rapport

final, IRD, UNICEF, Coopération Française, Abidjan, 169 p.

Ministère d'Etat, Ministère du plan et du développement, 2007, *Population et développement : défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire*. Rapport sur l'Etat et le devenir de la Population de la Côte d'Ivoire (REPCI, 2006), Côte d'Ivoire, 193 p.

Ministère d'Etat, Ministère du plan et du développement/Institut National de la Statistique, 2015, *Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages en Côte d'Ivoire (ENVI 2015)*. Rapport général, Côte d'Ivoire, 91 p.

Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida/Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE), 2012, *Répertoire des structures sanitaires publiques et privées de 2011. Rapport général*, Côte d'Ivoire, 513 p.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique/ DPPIS, 2016, *Rapport Annuelle sur la Situation Sanitaire (RASS, 2015)*, Rapport général, Côte d'Ivoire, 289 p.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique/ DPPIS, 2017, *Rapport Annuelle sur la Situation Sanitaire (RASS, 2016)*, Rapport général, Côte d'Ivoire, 351 p.

Ministère des travaux publics, des transports, de la construction et de l'urbanisme (MTPTCU), 1980, *Équipement et transports 1960-1980 : bilan et perspectives*. Service d'Études Économiques de Côte d'Ivoire, Abidjan, 440 p.

OMS, 2003, *Rapport sur la santé dans le monde : la recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Rapport générale, Genève, 168 p.

ONU-Habitat, 2012, Côte d'Ivoire, *Profil urbain d'Abobo*. Rapport général, Programmes des Nations Unies pour les Établissements Humains, Nairobi, Kenya, 28 p.

PENCHANSKY Roy et THOMAS William, 1981, « The concept of access : Definition and Relationship to Consumer

Satisfaction », *Medical Care*, Vol. 22, n°6,
p. 127-140

PICHERAL Henri, 1998, « Territoires et
valeur d'usage de l'espace : éléments
d'une géopolitique de la santé ». 5ème
colloque de géographie et socio-économie
de la santé, *CREDES*, Paris, p. 39-45.

RICHARD Jean-Luc, 2001, *Accès et
recours aux soins de santé dans la Sous-
préfecture de Ouessè (Bénin)*. Thèse de
Géographie de la santé, Université de
Neuchâtel, 1064 p.

RAYNAUD Joy, 2013, *L'accès aux soins :
des perceptions du territoire aux initiatives
des acteurs : concepts, mesures et
enquêtes pour une analyse géographique
de l'organisation et du développement
d'une offre de soins durable*, Thèse de
doctorat, Université Paul Valéry -
Montpellier III. Français, 426 p.

SALEM Gérard, 1998, *La santé dans la
ville. Géographie d'un petit espace dense :
Pikine(Sénégal)*, Editions Karthala et
ORSTOM, Paris, 360 p.

TAPE Bi Antoine Séhi, TUO Péga,
APHING-KOUASSI Germain, ANOH
Kouassi Paul, 2015, « L'accès et le recours
aux soins de santé dans les structures
sanitaires de Yopougon- Sicogi (Abidjan,
Côte d'Ivoire) », *Revue de Géographie
AHOHO*, LARDYMES, N°14- 9^e année,
Lomé, p. 184-201.

TRAORE Oumarou, 2002, *Les
déterminants du recours aux soins en cas
de fièvre palustre des enfants à
l'observatoire de population de Niakhar*.
Mémoire de fin de cycle au diplôme
supérieur d'économie de la santé, Centre
Africain d'Etudes Supérieures en Gestion,
104 p.

TUO Péga, 2013, *Approche géographique
de la méningite et du paludisme dans le
Nord ivoirien : Le cas du Département de
Korhogo*. Thèse unique de Géographie de
la santé, IGT-Université Félix Houphouët-
Boigny, Abidjan, 321 p.

WAMBERT Massamba. Ghislain, 2005,
*Les déterminants des recours
thérapeutiques à Libreville (Gabon)*,
Mémoire de fin d'étude au diplôme d'étude
supérieure spécialisée en démographie
(DESS), Université de Yaoundé, IFORD,
95 p.

ZORO Emmanuelle-Georgina, 2001,
*Apports de l'information géographique
dans l'élaboration d'un indicateur de
développement urbain : Abidjan et l'île de
Montréal*. Thèse de doctorat, Université de
Sherbrooke, Sherbrooke, 134 p.