

NIVEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ DES POPULATIONS, RIVERAINES DES BAIES DU BANCO ET DE BIÉTRY DANS LA VILLE D'ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)

AYENON Séka Fernand¹; OSSEY Anonfon Fourier²;

Institut de Géographie Tropical (IGT),

Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

¹- ayeseke77@gmail.com ²- osseyfourier@yahoo.fr

Résumé

Cette étude construite à partir d'une recherche documentaire et des enquêtes de terrain détermine les niveaux d'accessibilité aux soins de santé des populations riveraines des baies de Biétry et du Banco dans la ville d'Abidjan. L'accès aux soins de santé des populations est limité par des considérations et des barrières socioculturelles. L'automédication constitue à elle seule 44,40% des types de recours aux soins de santé. La faiblesse des ratios de couverture en centre public, encourage 68,79% des ménages à recourir aux soins dans des infirmeries privées aux conditions insalubres de prestation, aux matériels de travail vétustes et parfois dotées de personnel non qualifié. Quant à la qualité de l'offre de soins, seulement 37,04% des usagers des centres de soins existants autour des baies jugent le niveau mauvais ou bon quand 42,59% de ceux-ci sont satisfaits des procédés et résultats des analyses.

Mots-clés: *accessibilité aux soins de santé, maladies hydriques, Baies de Biétry et du Banco, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Abstract

This study, by means of a literature search and a field survey, determines the levels of access to health care for the populations bordering the Biétry and Banco bays in the city of Abidjan. People's access to health care is limited by sociocultural considerations, of which self-medication alone accounts for 44.40% of the types of health care use. Low coverage ratios in the public center have encouraged 68.79% of households to seek care in private infirmaries under unsanitary conditions, obsolete work equipment and sometimes unskilled labor. As for the quality of care, only 37.04% of the users of the existing health centers around the bays judged the level to be poor when 42.59% of them were satisfied with the methods and results of the analyses.

Keywords: *Côte d'Ivoire, Abidjan, Biétry and Banco berries, access to health care, diseases*

1-Introduction

La pollution qui résulte des rejets issus des activités domestiques, industrielles le long du plan d'eau lagunaire Ébrié participe à la dégradation de l'état sanitaire des populations riveraines. Diverses études caractérisent ces maladies liées à l'insalubrité de la zone. Il s'agit des infections respiratoires aiguës (IRA) (Koné *et al.*, 2006: 9); le choléra, les diarrhées cholériques et

infections cholériformes (Dosso *et al.*, 1984: 5), venant s'ajouter à la prolifération des mouches et des moustiques vecteurs de paludisme, de diarrhées et de démangeaisons du corps (Koné *et al.*, 2006: 12), ou encore aux odeurs incommodantes et pestilentielles des eaux lagunaires. L'épidémie de choléra qui a sévi à Abidjan en 2011 est une parfaite illustration des maladies liées à l'eau (ACF, 2012: 2). Lors de cet épisode, les districts sanitaires des communes de Port- Bouët et d'Attécoubé, dont les bordures de la lagune Ébrié sont habitées pour la plupart par une population défavorisée, enregistrent respectivement 32,2% et 27,4% du nombre total des 147 cas confirmés de cholera en raison de la proximité de ces quartiers insabulibres des cours d'eau. Face à ces différentes infections et d'autres soucis majeurs de santé liés à leur environnement insalubre qui menacent la survie des populations, des barrières sociales et économiques les éloignant des centres de santé demeurent. Et l'accès aux soins de santé se trouve limiter avec recours à des pratiques traditionnelles de soins qui s'observe dans les quartiers précaires et surtout dans ceux proches des baies de Biétry et du Banco et ce malgré une hausse substantielle du budget de la santé (2 à 25% du budget du Ministère de la Santé Publique et de l'Habitat: MSPH) selon le PNDS-CI (2009-2013) et le soutien multiple et multiforme des partenaires au développement (OMS et UNICEF). Le problème d'accessibilité aux soins de santé constitue une frontière pour ces populations. Ce souci d'accès aux soins est loin d'être résolu à Abidjan et devient de plus en plus crucial en raison d'une urbanisation trop rapide et mal maîtrisée de la ville. Quels sont donc les itinéraires thérapeutiques de ces populations?

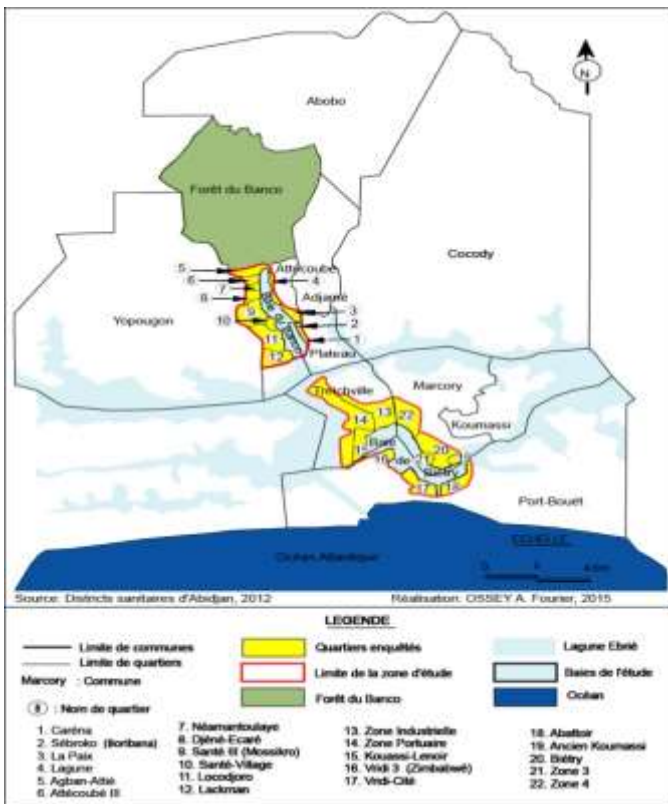
D'un point de vue empirique, le traitement de ces questions consiste à explorer les barrières socioculturelle, géographique, socio-économique, et organisationnelle liées à l'accès aux soins de santé des populations riveraines de ces deux quartiers.

2. Matériels et méthodes

2-1. Présentation des zones d'étude

Les zones d'étude font partir de l'espace abidjanais et se composent des quartiers riverains des baies de Biétry et du Banco (figure 1).

Figure 1: Localisation des espaces de l'étude



Sources: District sanitaire d'Abidjan, 2012.

Les 12 quartiers riverains qui ont constitué le champ d'observation, couvrent une superficie totale de $5,32 \text{ km}^2$ avec une population estimée à 133 104 habitants; soit une densité de $25\,019 \text{ habts/km}^2$. La baie de Biétry, quant à elle se trouve entre trois communes que sont: Marcory, Treichville et Port-Bouët, elle est entourée de quartiers fortement urbanisées. Les 10 quartiers environnants, occupent une superficie de $14,18 \text{ km}^2$ pour une population résidente de 76 143 habitants; soit une densité de $5\,370 \text{ habitants/km}^2$ (RGPH, 2014).

En somme, l'ensemble des quartiers riverains enquêtés autour des baies de Biétry et du Banco couvre une superficie de 19,50 km² (figure 1), avec une population résidente estimée à 209 247 habitants, (RGPH, 2014) ; soit une densité moyenne de 10 731 habts/km².

2-2. Technique de collecte des données

Pour cette étude, deux techniques de collectes de données ont été utilisées: la recherche documentaire et l'enquête de terrain. La recherche documentaire a été faite dans la bibliothèque de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), sur le net et la consultation des articles de presse. Elle a permis d'avoir des informations générales sur le sujet. Pour l'enquête de terrain, une observation et une enquête par questionnaire ont été faites. L'observation a permis de faire l'inventaire des différents centres de santé autour des baies. Le questionnaire a été adressé aux populations dans le but d'obtenir des informations nécessaires quant à l'accès aux soins de santé des 30 derniers jours qui ont précédé l'enquête. Ainsi, pour une population totale de 209 247 habitants, l'enquête a été menée auprès de 269 chefs de ménages (le père ou la mère) dont 162 autour de la baie du Banco et 107 autour de la baie de Biétry selon la formule de Fisher. Elle s'est déroulée dans la période de juillet à décembre 2014. La méthode d'échantillonnage choisie, est le tirage stratifié. A l'aide d'un GPS de type GARMIN et un système de mesure de distance métrique, chaque quartier a été divisé en trois strates homogènes pour prélever ensuite un échantillon dans chaque strate. Le choix des ménages à visiter dans chaque strate s'est fait par un tirage aléatoire simple.

2. Résultats

2-1. Barrières limitant l'accès aux centres de santé

2-1-1. Facteurs socioculturels et difficultés communicationnelles des ménages, barrières à l'accessibilité aux soins de santé

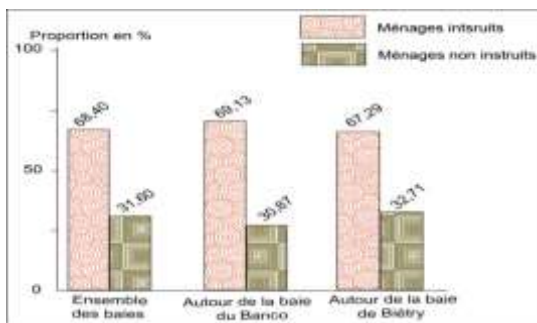
La ville d'Abidjan est une recomposition de la population ivoirienne dans son entièreté qui migre de toutes les localités du pays vers la capitale à la recherche d'un emploi. Cette main-d'œuvre pour la plupart du temps non qualifiée et pauvre vient peupler les quartiers précaires dont ceux situés près des baies de Biétry et du Banco. Socialement ces populations ont des préjugés sur la médecine moderne et notamment les hôpitaux qui s'apparentent pour eux à un mouiroir. Par ailleurs, la source traditionnelle de soins ne se rapporte

qu'aux décoctions d'écorces de bois, de feuilles et l'utilisation d'argiles "Kaolin".

Culturellement, certaines religions monothéiste, syncrétiste prônent la guérison par la prière et conduisent 3,67% des ménages de la zone parmi lesquels 5,04 % autour du Banco et 1,50 % autour de Biétry à ces croyances aux dépens des soins hospitaliers. Ainsi, des maladies dont les cas nécessitent souvent des interventions chirurgicales sont internées dans des lieux de cultes pour y subir des séances de prière et de guérison qui, dans de nombreux cas tournent au cauchemar. Ces patients subissent des heures de privation de nourriture appelées « jeun curatif ». Les barrières que se dressent la plupart de ces populations afin d'avoir recours aux soins hospitaliers ne sont-elles pas le fait d'une difficulté communicationnelle (d'instruction et la langue parlée) des ménages qui habitent ces zones insalubres?

La communication entre le patient et le traitant est souvent difficilement ou mal véhiculée, ce qui occasionne de faux diagnostics et par ricochet la prescription d'un mauvais traitement pouvant conduire à la mort du patient. Ces raisons permettent de comprendre les comportements quotidiens de refus de certaines personnes de se rendre dans les centres de soins pour se faire soigner. Les populations des baies de Biétry et du Banco se caractérisent par une mosaïque de différents niveaux d'instructions (figure 2).

Figure 2: Niveaux d'instruction des ménages autour des baies



Source : D'après l'enquête de terrain, 2014

Sur un effectif de 54 ménages à recourir à un centre de soins publics, 68,40 % de ceux-ci savent lire et écrire parmi lesquels 69,13 % et 67,29 % de ceux-ci sont respectivement riverains de la baie du Banco et de celle de Biétry. Quant à la part des ménages non scolarisés, l'enquête montre que 31,60 %, dont 30,87 % autour de la baie du Banco, et 32,71 % riverains de Biétry ne sont pas scolarisés. Les résultats montrent qu'une proportion deux fois

plus élevée des ménages instruits réside autour des baies de Biétry, que des ménages non instruits. Dès lors, le niveau d'instruction ne saurait expliquer la faiblesse de fréquentation des centres de santé, quoi que faisant partie à un degré moindre à cette barrière. Qu'en est-il de la langue parlée dans les hôpitaux?

L'étude de la variable « langue parlée » s'est avérée influente dans la recherche de soins, dans la mesure où c'est par la communication que les usagers des centres de santé expliquent leurs maux aux personnels soignant afin de bénéficier des soins appropriés. C'est pourquoi, dans cette étude, parmi les 54 ménages qui ont recours aux centres de soins publics, 68,52 % de ceux-ci s'expriment en langue française, parmi lesquels 69,70 % sont riverains de la baie du Banco et 66,66 % de celle de Biétry et 22,22 % des ménages s'expriment en langue Malinké lors de leur passage dans les centre de soins publics parmi lesquels 21,21 % et 23,81 % de ceux-ci sont riverains respectifs de la baie du Banco et de celle de Biétry. Toutefois, certains usagers des services médicaux ne comprennent ni le français, ni le malinké d'où l'usage d'autres langues accompagné souvent par un langage corporel ou des mouvements (comportement kinésique). Ceux-ci représentent 9,26 % des ménages parmi lesquels 9,02 % habitent autour du Banco et 9,53 % autour de celle de Biétry. L'absence de langue dite nationale en Côte d'Ivoire à l'image du bambara au Mali ou du wolof au Sénégal est un frein à la fréquentation par certains usagers analphabètes, ou même par ceux qui semblent comprendre un français approximatif mais pas suffisant pour faciliter la communication entre le prescripteur et son patient, ce dernier parcourant souvent une longue distance pour venir en consultation.

2-1-2. Frontière géographique et barrières socio-économiques à l'accessibilité aux centres de santé

L'étude de la distance est impérieuse dans la mesure où elle s'impose comme une variable seuil à l'accès au centre de santé. En effet, les populations plus proches des centres de santé ont de forts taux de fréquentation de ces lieux de soins, contrairement aux plus éloignées. À titre exemple, le centre de Sébroko est sollicité par 80,95% de la population locale. Également à Locodjoro et à Vridi 3, les services des soins de proximité sont demandés respectivement par 91,51 % et 85,24 % des riverains. Cependant, le taux de fréquentation des centres de santé est faible dans les quartiers se situant au delà de 2 km d'un centre de santé. Par ailleurs, les moyens de transport sont plus complexes pour y accéder. Les déplacements sont faits soit par la traversée avec des embarcations non sécurisées souvent des lagunes pour atteindre le centre le plus proche ou soit faire des detours en voitures et plus coûteux pour ces ménages à faibles revenus.

Ces quartiers précaires hébergent des populations qui exercent des activités peu rémunératrices. La quasi-totalité des ménages de ces quartiers ne vit qu'avec un revenu très insuffisant en deçà du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) qui est de 60 000 FCFA en Côte d'Ivoire soit 91,46 €. Cette faiblesse du revenu provenant des activités informelles exercées pour la plupart ne permettent pas à ces ménages d'avoir un budget prévisionnel pour les soins. La majeure partie des enquêtés sont de petits employés dans le secteur privé et une frange exerce à la fonction publique (tableau 1).

Tableau 1: Principales activités exercées par les ménages autour des baies

Activités exercées \ Baies	Banco		Biétry		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Employé secteur privé	88	54,32	27	25,23	115	42,75
Employé secteur public	17	10,49	30	28,04	47	17,47
Pêche	15	9,26	26	24,30	41	15,24
Commerce/transport	6	3,70	5	4,67	11	4,09
Autres	7	4,32	3	2,81	10	3,72
Sans emploi	29	17,90	16	14,95	45	16,73
Total	162	100	107	100	269	100

Source : D'après l'enquête de terrain, 2014

Parmi les principales activités exercées par les différents ménages riverains des baies, le secteur privé emploie le plus. Ces emplois se resument au gardiennage, des contractuels d'usines et d'entreprises. Ils représentent 42,75 % des chefs de ménages, dont 54,22 % sont autour de la baie du Banco, et 25,23 % autour de celle Biétry. Cela traduit la forte dominance du secteur industriel qui génère des activités induites. Le commerce et le transport occupent moins les ménages autour des baies soit 4,09%. Concernant le secteur public, ce sont seulement 17,47% des personnes qui exercent dans l'administration publique, parmi lesquels 10,49% résidaient autour du Banco, tandis qu'autour de Biétry cette part est de 25,23%. Ces fonctionnaires sont souvent des agents de bureau, des commis, des secrétaires et des chauffeurs administratifs. Ils sont pour la plupart au bas de l'échelle de rémunération dans l'administration publique et ont des salaires qui n'avoisinent que le SMIG et ne leurs permettent pas d'avoir des habitations décentes.

Quant à la pêche liée à l'existence du plan d'eau lagunaire autour d'Abidjan, elle occupe 15,24 % des ménages, dont 24,30 % de ceux-ci habitent autour de Biétry et 9,26 % autour du Banco. Ces eaux polluées et surexploitées ne

fournissent pas aux pêcheurs des prises pouvant leur permettre une plus-value dans leur activité (entretien avec les pêcheurs, 2017). D'autres activités de l'informel comme la cordonnerie, l'artisanat traditionnel et la coiffure ont également absorbé 03,72% des ménages parmi lesquels 4,32 % habitaient autour du Banco, contre 2,81 % autour de Biétry. Les sans-emplois représentent 16,73 % des ménages, dont la part autour de la baie du Banco s'élève 17,90 % pour 14,95 % autour de celle de Biétry.

L'étude permet de comprendre les comportements des ménages qui ont un revenu suffisant face à leur besoin de soins médicaux et les attitudes néfastes qu'adoptent les ménages pauvres à recourir à des soins alternatifs peu fiables. L'enquête menée dans ces deux sous quartiers fait état d'exercice d'activités à faible rémunération et de petits métiers et surtout dans le secteur informel par la plupart des chefs de ménages qui y vivent. Il en ressort que les revenus qui en tirent s'estiment à environ 60 000 FCFA, soit environ 92 euros correspondant au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) en Côte d'Ivoire à des ménages sans revenus (tableau 4)

Tableau 2: Revenu moyen mensuel des ménages

Revenu	Baies	Banco		Biétry		Total	
		Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
60 000 et plus		102	62,96	61	57,02	163	60,59
< 60 000		31	19,13	30	28,03	61	22,68
Pas de revenu		29	17,90	16	14,95	45	16,73
Total		162	100	107	100	269	100

Source : D'après l'enquête de terrain, 2014

Ce tableau permet de constater que 60,59 % des ménages, dont 62,96 % autour du Banco, contre 57,01 % autour de Biétry ont eu un revenu mensuel au-delà de 60 000 F CFA c'est à dire entre 60 000 à 150 000 FCFA. Par ailleurs, d'autres ménages vivent avec moins du SIMG. Ainsi, l'étude montre également que 22,68 % des ménages, parmi lesquels 28,03 % habitent autour de Biétry et 19,13 % autour de celle du Banco ont perçu mensuellement moins de 60 000 F CFA. Quant aux ménages sans revenu, ils correspondent aux enquêtés sans emploi (16,73 %). Il faut noter les difficultés à trouver des emplois ne laissent pas le choix aux chefs ménages de multiplier leurs sources de revenus en aillant une pluralité d'activité. Cette faiblesse des revenus ne donnent pas l'opportunité aux ménages d'allouer un budget aux soins (tableau 3). Cette population se préoccupe d'abord de subvenir aux besoins quotidiens en nourriture de leur famille, ce qui ne

leur laisse pas la possibilité de consacrer un budget prévisionnel pour la santé.

Tableau 3: Revenu consacré à la santé dans les ménages

Frais de santé \ Baie :	Banco		Biétry		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Rien	37	22,84	22	20,56	59	21,93
] 0-5 000 [	91	56,17	38	35,51	129	47,95
] 5 000-10 000 [	26	16,05	34	31,77	60	22,30
< 10 000	8	4,94	13	12,16	21	7,82
Total	162	100	107	100	269	100

Source: D'après l'enquête de terrain, 2014

L'étude a révélé que 21,93 % des ménages, parmi lesquels 22,84 % de ceux-ci autour du Banco et 20,56 % autour de celle de Biétry n'ont rien dépensé pour être soigné. Ceux-ci sont constitués des bénéficiaires d'une couverture sociale (assurance et mutuelle) et les demandeurs de soins à crédit dans les infirmeries privées. Les ménages ayant dépensé moins de 5 000 F CFA dans le recours aux soins de santé sont les plus nombreux. Ceux-ci ont représenté 47,95 % des ménages, parmi lesquels 56,17 % habitent autour du Banco et 35,51 % autour de celle de Biétry. En ce qui concerne la marge de 5 000 à 10 000 F CFA, c'était 22,30 % des ménages qui ont engagé une partie de leur revenu pour accéder aux soins hospitaliers. La majorité de ceux-ci habitaient autour de la baie de Biétry, car ils constituent 31,77 % des ménages contre seulement 16,05 % autour du Banco. Quant aux frais médicaux au-delà de 10 000 F CFA, ils ont concerné 07,82 % des ménages, parmi lesquels 12,16 % ont été autour de la baie de Biétry et 4,94 % autour de celle du Banco.

2-2. Itinéraire thérapeutiques et recours aux soins privés des populations

2-2-1. Itinéraires thérapeutiques des populations des baies de Biétry et du Banco

La tendance au recours aux soins est plus tournée vers les pratiques traditionnelles et l'automédication dans les quartiers précaires en général et particulièrement dans ces deux sous-quartiers étudiés. Aussi, des ménages sont hostiles à la médecine moderne et fréquentent rarement un centre de santé. Ainsi, différents types de recours aux soins de santé adoptés par les

populations riveraines des baies en cas de maladies survenus au cours des 30 derniers jours. (tableau 4).

Tableau 4: Type de recours aux soins de santé

Baie	Banco		Biétry		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Automédication	133	41,96	97	48,26	230	44,40
Soins hospitaliers	103	32,49	70	34,82	173	33,40
Absence de soins	46	14,51	25	12,44	71	13,70
Fétichisme/maraboutage	19	6,00			25	4,83
Considération culturelle	16	5,04			19	3,67
Total	317	100	201	100	518	100

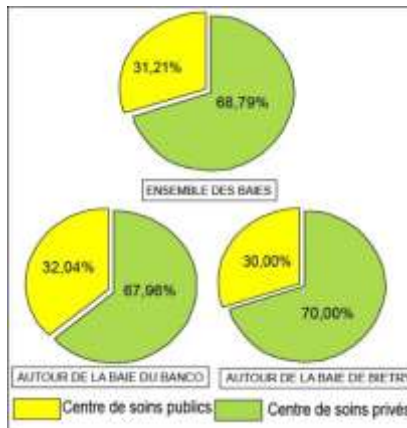
Source: D'après l'enquête de terrain, 2014

La multiplicité des choix a permis d'obtenir des réponses plus nombreuses (518) pour 269 des ménages interrogés. Dans cette étude, l'automédication a constitué le premier type de recours. En effet, ce sont 44,40 % des ménages autour des baies qui ont adhéré à ce mode de recours, dont 41,36 % étaient riverains de la baie du Banco et 48,26 % de celle de Biétry.

2-2-2. Recours aux structures de soins privées

L'insuffisance de centre de santé proche des quartiers n'incite pas les ménages ayant des préjugés sur la médecine moderne à fréquenter les hôpitaux. Au cours de l'observation directe sur le terrain, sur un effectif de vingt-deux quartiers riverains des baies, seulement quatre disposaient d'une formation sanitaire publique. Il s'agit des structures autour de la baie du Banco, des formations sanitaires de Sébroko ou Boribana et de Locodjoro dans la commune d'Attécoubé et, autour de la baie de Biétry celles du quartier Zone portuaire dans la commune de Treichville et de Vridi 3 ou Zimbabwe dans la commune de Port-Bouët.

Figure 3: Taux d'utilisation des types de centres de soins autour des baies



Source : D'après l'enquête de terrain, 2014

Selon la figure 3, ces centres ont été fréquentés seulement par 31,21 % des ménages, parmi lesquels 32,04 % étaient des riverains de la baie du Banco et 30 % des riverains de celle de Biétry. Par ailleurs, les structures de soins privés (infirmiers, des cliniques) souvent non agréées par l'Etat ont été sollicitées par 68,79 % des ménages autour des baies, où 67,96 % de ceux-ci habitent autour de la baie du Banco et 70,00 % autour de celle de Biétry. Paradoxalement, ces centres privés qui pourraient avoir les prestations les plus chères comparativement aux soins publics sont les plus fréquentés par ces ménages aux faibles revenus. En réalité, ces centres de soins privés autour des deux quartiers enquêtés ne disposent pas pour la majorité de plateau technique fourni. Le personnel (infirmier (e), aide-soignant(e), garçon de salle) de ces structures privées est pour la plupart sans grande qualification. Ce sont des agents formés sur le tas.

3. Discussion

La quête de soins a conduit les malades vers des itinéraires thérapeutiques variés. L'automédication a souvent été le premier recours, que ce soit par des thérapies pharmaceutiques ou traditionnelles. Elle peut s'expliquer en partie par la recherche de soins ou traitement à moindre coûts. Ce constat a déjà été relevé par Kossounou *et al.* (1999). Pourtant, l'automédication à partir de

médicaments de la « rue » vendus aux populations insouciantes, sans indication prescrite par un médecin, peuvent dans certains cas, nuire à la santé. La pharmaco-résistance crée d'énormes problèmes de santé (Mills et al, 2002). Ce sont 44,40 % des ménages autour des baies qui ont recours à cette pratique, dont 41,36 % sont riverains de la baie du Banco et 48,26 % de celle de Biétry. Les populations les plus concernées sont les ménages aux revenus les plus faibles soient moins de 60 000 FCFA par mois.

Ainsi, les soins hospitaliers interviennent seulement quand les usagers estiment que la maladie est grave. Le recours à la médecine moderne est estimé à 33,40 % des ménages autour des baies, dont 32,49 % étaient riverains de la baie du Banco et 34,82 % de celle de Biétry. Par la suite des compléments de traitement utilisant donc la médecine traditionnelle sont faits. C'est ce syncrétisme médical dont parlent Adjamagbo *et al.* (1999) et Koné *et al.* (2006) avec le mélange des médecines moderne et traditionnelle. Quant à l'absence de soins hospitaliers à laquelle pourrait être inclus le fétichisme/maraboutage et considération culturelle, la présente étude a révélé que 22,20% des ménages des baies dont 25,55% provenant des ménages du Banco et 16,92% de Biétry n'ont pas recours à la médecine moderne. Il s'agirait des populations à très faible revenu "les pauvres" exclus de soins hospitaliers du seul fait de la tarification des actes médicaux et des médicaments. Ce constat avait déjà fait objet d'étude par Ngal (2004), qui établissait que la consommation médicale dépend du niveau socio-économique des individus.

Cependant, il est question de plus en plus de l'association entre biomedicine et la médecine traditionnelle pour le Bonheur des patients. En effet, la croyance vivace de certains riverains en leur religion, fait qu'ils considèrent les consultations hospitalières, où le diagnostic exige parfois des examens intimes, comme une atteinte à la pudeur. Ces ménages s'opposent alors à tout service de soins hospitaliers. Ce constat est en accord avec celui de Whiteford et Szelag (2000), pour qui les normes culturelles ont empêchés les femmes d'Asie vivant dans les pays occidentaux de rechercher les soins de santé en dehors de la maison, surtout lorsque ce sont les hommes qui fournissent les services. La même tendance a été soulignée par Akoto (1993) quand il dit que le savoir des thérapeutes musulmans repose fondamentalement sur les enseignements de l'Islam, faits à partir de formules permettant de soigner et de protéger, le plus souvent à partir d'amulettes. Ce qui confirme les résultats dans cette étude sur l'exclusion des soins hospitaliers pour des motifs culturels. Dans cette étude, le niveau d'instruction n'a pas constitué un obstacle à la demande de soin de santé. Il corrobore avec le taux de scolarisation dans le primaire qui est de 78,90% selon le RGPH (2014). D'où la forte utilisation de la langue française comme moyen de communication dans les centres de soins.

L'étude socio-économique a fourni des éléments de réponse à la polémique sur l'exclusion des soins pour des motifs économiques, sauf bien entendu pour les populations sans revenus. De ce fait, le prix des soins n'a pas constitué un déterminant important de la demande pour les soins de santé dans cette étude. Contrairement à une étude menée par Béthune *et al.* (1989) dans les structures sanitaires en République Démocratique du Congo, dans laquelle le renoncement aux soins de santé pour des raisons financières a pointé un problème de santé publique parce qu'il touchait une part importante de la population. Waddington et Enyimayew (1989) avaient, pour leur part, trouvé une diminution générale de l'utilisation des structures de soins suite à une augmentation des prix des soins de santé au district sanitaire de Ashanti-Akim au Ghana. L'analyse de la variable « revenu consacré à la santé » a permis également de comprendre qu'il existe une interaction significative entre le prix du recours aux soins hospitaliers et le niveau économique suggérant que les ménages pauvres fréquentent moins les centres de santé publiques. En effet, les coûts directs et indirects du recours aux soins de santé constituent une charge très lourde pour les ménages démunis, d'où la recherche des soins et des traitements moins coûteux qui ne garantissent pas leur sécurité sociale (Wirral *et al.*, 2005). Pour Russell (2004), bien que les ménages pauvres soient, les plus grands utilisateurs de l'automédication et des infirmeries privées pour les traitements, la part du revenu consacrée à ces traitements est plus élevée que ce que les ménages pouvaient s'attendre. Ces derniers font des arrangements avec les structures privées pour être soignés et payent souvent plus cher pour un service pas toujours très bon.

Les faibles proportions de l'utilisation des centres de soins publics constatées dans cette étude, pourraient s'expliquer par leur rareté. Les équipements sanitaires existants ne permettent pas une accessibilité égale à tous les ménages souffrant des mêmes maux d'où le recours constant aux soins privés. Selon l'OMS (2009), l'équité dans l'accessibilité géographique aux soins de santé est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Bien que l'existence d'un centre de soins ne soit pas une garantie à sa plus grande utilisation. Cependant, il a existé dans cette étude, une interaction significative entre la disponibilité et le taux de fréquentation, suggérant que les populations éloignées des centres ont connu une morbidité liée à une faible consommation de soins dans la mesure où c'est le patient qui assume les coûts du transport. Le cumul de ces frais constitue une barrière financière à l'accès aux soins qui influe négativement sur l'itinéraire thérapeutique du patient. Ce constat est en accord avec celui de Ngal (2004), pour qui les difficultés liées au transport n'ont pas encouragé les populations de la commune de Dakar à solliciter les soins au niveau des structures éloignées des foyers de forte concentration humaine.

La même observation a été faite par Schwartz *et al.* (1996), pour qui la distance a été la raison pour laquelle les femmes des Philippines choisissent d'accoucher à domicile, plutôt que dans un centre de santé. Dans la présente étude, les moyens de liaison sont également facteurs d'exclusion aux soins de santé dans la mesure où la structuration de l'espace autour des baies n'a pas favorisé une interaction entre les usagers et les équipements sanitaires existants. Les difficultés liés au transfert des malades dans les centres de santé les plus éloignés, ont fini par convaincre les populations à adopter les types de recours peu rassurant. La difficile traversée de la baie de Biétry effectuée par les riverains du quartier Kouassi-Lenoir est l'émanation de ces obstacles. En effet, le réseau lagunaire en fragmentant le tissu urbain abidjanais, allonge considérablement les distances entre les quartiers situés d'une part et d'autre du plan d'eau (Pottier *et al.*, 2008). Le plan d'eau lagunaire est alors devenu dans la pratique de l'espace un obstacle qu'un atout pour le transport. Ces différents constats confirment les résultats de l'étude relatifs aux variables « distance » et « moyen de déplacement » associées aux facteurs de disponibilité au centre de santé.

Conclusion

L'étude a exploré les niveaux d'accessibilité aux soins de santé des populations riveraines des baies de Biétry et du Banco vulnérables aux maladies hydriques. L'accès aux soins de santé s'est résumé aux itinéraires thérapeutiques, à l'accessibilité physique, au pouvoir d'achat des usagers et au degré de satisfaction des services proposés par les prestataires qui constituent une véritable frontière pour ces populations. En effet, l'accessibilité des populations riveraines des baies de Biétry et du Banco aux soins de santé est influencée par de nombreux facteurs susceptibles de déterminer leur état de santé. L'étude socio-économique a tout d'abord mis en lumière que les aspects économiques ne sont pas « le » facteur d'exclusion de l'accès aux soins. Mais, le véritable facteur est lié à la non disponibilité de centres de santé dans les quartiers. Cette situation a ouvert la voie pour les ménages à s'orienter, en première intention vers les recours de soins douteux dont l'automédication a constitué le principal recours des populations riveraines en cas de maladies. Faciliter l'accès aux soins de santé primaire et assurer une couverture sanitaire universelle à la population riveraine des baies de Biétry et du Banco reste un défi de grande taille pour les autorités ivoiriennes.

Références Bibliographiques

ACF (2012), *Rapport de l'enquête sur la vulnérabilité au choléra des ménages et quartiers précaires d'Abidjan*, 120p.

Adjamagbo A., Guillaume A., Koffi N. (1999), *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, Paris : IRD, 165 p.

Akoto E. M. (1993), Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort. *IN: Mortalité et société en Afrique / Pison G. (dir.), Walle E. Vand de (dir.), Sala D., Mpembele D. (dir.)*. Paris : PUF, p. 35-61.

Aldana M. J., Helga P. Et Al-Sabir A. (2001), Client satisfaction and quality of health care, *In « rural Bangladesh ». Bull. Wld. Hlth. Org*, 79 (6): pp. 512-517.

Bethume X., Alfani S. et Lahaye J.P. (1989), The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaire, *Health Policy and Planning* 4 (1), p. 17-47.

Bossart R. (2002), Social relations and the management of illness in Abidjan (Côte d'Ivoire). *In: Urban Health & Development Bulletin* 5, p. 13-18.

Dosso M., Duchassin M., Lombardo A., Kone M., et Edoh V. (1984), Cas sporadiques ou début d'une nouvelle épidémie de choléra », *In : Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* n° 76, p. 121-125.

Koné B., Cisse G., Houenou P.V., Obrist B., Wyss K., Odermatt P. et Tanner M. (2006), Vulnérabilité et résilience des populations riveraines liées à la pollution des eaux lagunaires de la métropole d'Abidjan, Côte d'Ivoire, *VertigO*, Hors Série 3, décembre, 10 p.

Kossonou O. K. et Zanon B. (1999), *La pauvreté en milieu urbain: étude des conditions de vie dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan*, ENSEA, UNICEF, Abidjan, 75 p.

Mills A., Ruairi B., Kara H. and Barbara M. (2002) What can be done about the private health sector in low-income countries, *Bull. Wld. Hlth. Org*, 80 (4), p. 325-330.

Ngal D. N. (2004), *Les déterminants socio-économiques dans la fréquentation des structures de soins de santé à MBao*, Mémoire de maîtrise de géographie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 56 p.

OMS (2009), *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final de la commission des déterminants sociaux de la santé, 15 p.

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), *In : Tropical Medicine and International Health* 10, p. 179-186.

PNDS-CI. (2013-2015), *Rapports des annuaires des statistiques sanitaires*, 102 p.

- Pottier P., Affian K., Djogoua M.V., Anoh K.P., Kra Y., Kangah A. et Robin M.** (2008), *La lagune Ebrié l'épreuve anthropique, Eléments de réflexion pour une politique de gestion intégrée*, 20 p.
- Russell S.** (2004), The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, Tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiène*, 71 (suppl 2), p. 147-155.
- Schwartz J., Akin J. S. et Popkin M.** (1996), Economic determinants of demand for modern infant-delivery in Low-Income Countries the case of the Phillippines, *cité par Dosseh Aglè Djadou* (2006), *Comment augmenter la demande de soins des pauvres*, Mémoire de Recherche, Université d'Auvergne, p 56.
- Waddington C. et Enyimayew K.** (1989), A price to pay: the impact of user charges in Ashanti- Akim District, Ghana, *International Journal of Health Planning and Management*, 4, p. 17-47.
- Whiteford et Szelag** (2000), Equity and health sector reforms: can Low-income Countries escape the medical poverty trap? *Lancet*; 358, p. 833-836.
- Worral E., Basu S., et Hanson K.** (2005), Is malaria a disease of poverty? A review of the literature, *Tropical Medecine et International Health* 10(10), p. 1047-1059.