

Le rôle du transport dans l'accès à la santé à Conakry et Douala

Lourdes Diaz Olvera, Didier Plat, Pascal Pochet

▶ **To cite this version:**

Lourdes Diaz Olvera, Didier Plat, Pascal Pochet. Le rôle du transport dans l'accès à la santé à Conakry et Douala. ASRDLF, CRDT. Territoires et action publique territoriale : nouvelles ressources pour le développement régional - 45e colloque de l'ASRDLF, 25, 26 et 27 août 2008, Rimouski (UQAR), 2008, Rimouski, Canada. 15 p. halshs-00329473

HAL Id: halshs-00329473
https://shs.hal.science/halshs-00329473

Submitted on 10 Oct 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Association de Science Régionale
De Langue Française

XLV[ème] Colloque de l'ASRDLF
Rimouski, Québec, Canada, 25-27 août 2008

**TERRITOIRES ET ACTION PUBLIQUE TERRITORIALE :
NOUVELLES RESSOURCES POUR LE DEVELOPPEMENT TERRITORIAL**

LE ROLE DU TRANSPORT DANS L'ACCES A LA SANTE A CONAKRY ET DOUALA

Lourdes DIAZ OLVERA — Lourdes.Diaz-Olvera@entpe.fr — (33) 04 72 04 72 44
Didier PLAT — Didier.Plat@entpe.fr — (33) 04 72 04 70 47
Pascal POCHET — Pascal.Pochet@entpe.fr — (33) 04 72 04 77 41
Laboratoire d'Économie des Transports (Université de Lyon)
ENTPE - rue Maurice Audin - 69518 Vaulx-en-Velin Cedex – France
Tél. (33) 04 72 04 70 46 Fax : (33) 04 72 04 70 92

Résumé :

Une grande partie des citadins des villes de l'Afrique subsaharienne subit au quotidien des difficultés pour satisfaire les besoins de mobilité, notamment pour des activités loin du domicile. L'objectif de cette communication est d'analyser les conditions de déplacements des citadins dans l'accès aux services de santé et de déterminer dans quelle mesure le transport représente un obstacle pour se faire soigner et améliorer la formation de capital humain. Notre démarche s'appuie notamment sur des analyses secondaires d'enquêtes quantitatives et d'entretiens réalisés en 2003 à Conakry et Douala dans le cadre d'une étude sur la mobilité et les conditions d'accès aux équipements des populations pauvres. Les résultats montrent que les problèmes d'accessibilité ne représentent pas l'un des premiers obstacles pour l'accès à la santé, mais viennent s'ajouter aux déficiences propres au secteur.
Mots clés : *Santé, accès, mobilité quotidienne, transport public, pauvreté*
Classification JEL : I19, R22, R41

1. INTRODUCTION

Depuis nombre d'années, les politiques publiques orientées vers la réduction de la pauvreté prônent les stratégies pour tenter de réduire la vulnérabilité des populations des pays du Sud. Le renforcement de leurs « capacités » pour améliorer leur capital économique, humain et social est alors indispensable, ce qui passe par un accès facilité à l'emploi, à l'éducation, à la santé et aux réseaux sociaux. Avec l'éducation, la santé constitue à la fois l'un des éléments les plus révélateurs des conditions de vie de la population et un facteur clef dans l'accumulation du capital humain, élément essentiel pour le développement économique. Dans des économies où le travail salarié est très minoritaire, une journée sans travailler à cause d'un problème de santé, est une journée sans revenu. Selon Yusuf et al. (2007), la santé influence le niveau de vie de quatre manières :

- au niveau démographique, par la diminution de la mortalité par maladie infectieuse et ensuite par la diminution de la fertilité ;
- dans le domaine de l'éducation, par un meilleur état nutritionnel et de santé des enfants

qui favorise une plus grande concentration en classe ;
- sur le marché du travail, par un meilleur état de santé et donc une plus forte productivité ;
- par l'investissement, car les personnes en meilleure santé vivent plus longtemps, épargnent plus pour leur vieux jours et cette épargne peut contribuer à stimuler l'investissement.

Les conditions sanitaires des populations ont été l'un des points noirs du développement des pays d'Afrique subsaharienne ces dernières décennies. Les politiques publiques de santé de ces pays se sont orientées depuis la fin des années 70 vers les soins primaires et les actions préventives. Cependant, les contextes politique, économique, démographique et social durant la même période ont rendu difficile leur mise en œuvre et l'état de santé de la population ne s'est pas suffisamment amélioré pour envisager d'atteindre des niveaux satisfaisants à court-moyen terme. De ce fait, avec des pourcentages toujours élevés de populations à niveaux de vie très faibles et une proportion très réduite de la population bénéficiaire de l'assurance maladie[1], ces pays se trouvent fortement concernés par les Objectifs du Millénaire pour le Développement pour 2015, fixés par les Etats membres de l'ONU en 2000. Parmi les huit grands objectifs définis, trois se réfèrent explicitement à la santé[2] : réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle, combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres grandes maladies. Le bilan à mi-parcours pour les pays de l'Afrique subsaharienne montre que l'ensemble des objectifs ne sera pas atteint. En ce qui concerne la santé, les taux de mortalité infantile et maternelle sont encore très élevés et les grandes maladies (VIH/Sida, paludisme, tuberculose…) continuent à sévir, avec un nombre élevé de nouveaux cas chaque année.

Depuis les années 90, la carte sanitaire de nombre de pays subsahariens s'est pourtant déployée de manière hiérarchisée dans le territoire national, avec comme objectifs affichés me développement des premiers soins et la prévention. Parallèlement, le secteur privé a sensiblement accru sa présence. Néanmoins, si des efforts considérables ont été entrepris en faveur de la desserte en milieu rural, les faibles densités rendent difficile la localisation de centres de santé à proximité de tous les villages et communautés et au-delà des soins primaires. L'offre de santé est alors concentrée dans les ensembles urbains et notamment dans les grandes villes, que ce soit en volume global, par spécialité, en encore en distinguant l'offre publique, le secteur privé lucratif et le secteur privé non lucratif ou confessionnel. En Guinée, les deux seuls hôpitaux nationaux se trouvent à Conakry où sont concentrés également 49 % des médecins, 59 % des sages-femmes et 52 % des contractuels de santé (Comolet, 2000), alors que la capitale regroupe environ 20 % de la population du pays. L'offre publique semble toutefois plus équitablement répartie : à Ndjamena, le secteur public représente la moitié des centres contre les trois quarts en zone rurale (Gauthier, Wane, 2008).

Dans les capitales et les grandes villes, les possibilités d'accès à la santé pour les populations urbaines sont alors théoriquement démultipliées. Cependant, de nombreux travaux montrent que cette diversité de l'offre des services de santé se traduit également par une variété dans la qualité des prestations et dans leur coût pour l'usager, facteurs qui pèsent sensiblement sur la consommation des services, surtout pour les populations les plus pauvres. Dans les travaux étudiant l'accès aux soins, l'accessibilité physique aux centres de santé est rarement mentionnée et encore moins étudiée, une des exceptions étant le travail de Salem (1998) sur

[1] En Guinée, seulement 1,2 % de la population bénéficie de l'assurance maladie (Doumbouya, 2008), au Sénégal, 3 % (Ndiaye et Thiam, 1996 cité dans Fall, 2007 : 193). Dans les autres pays de la région, les proportions seraient du même ordre de grandeur. Au Cameroun, 20 % de la population serait exclue des soins de santé (Médard, 2001).

[2] Certaines actions relevant d'autres Objectifs, telles que l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et des services d'assainissement de base, ont bien sûr un effet direct bénéfique sur la santé de la population. De même, les deux objectifs visant à élever le niveau d'éducation favorisent la pratique de règles d'hygiène et d'alimentation, facteurs ayant un rôle préventif en matière de santé.

l'agglomération de Dakar. Pourtant, l'allongement continu des distances lié à l'urbanisation galopante, les déficiences du transport urbain et le manque de ressources monétaires des citadins, rendent difficiles leurs déplacements au quotidien et laissent à penser que la contrainte physique d'éloignement des équipements mérite d'être étudiée plus précisément. Lorsque l'accessibilité physique est intégrée dans les thèmes de l'enquête, il apparaît qu'elle peut constituer un obstacle, certes moins radical que le coût d'accès au service et/ou la qualité, mais qui vient renforcer ceux-ci (Mbara, 2002 ; Gobbers, 2004)

Des travaux antérieurs ont mis en évidence que les problèmes d'accessibilité peuvent entraver fortement les opportunités d'emploi et d'éducation (Diaz Olvera et *al*., 2006, 2007) : dans un contexte global de pauvreté, l'existence d'une offre urbaine n'est pas suffisante, encore faut-il qu'elle soit accessible financièrement mais aussi que l'usager puisse s'y rendre. Dans cette perspective, l'objectif de cette communication est d'analyser dans quelle mesure les conditions de déplacements des populations urbaines pauvres peuvent représenter un obstacle pour se faire soigner et à terme pour la formation et l'entretien du capital humain.

Pour cela, nous nous appuyons sur des analyses secondaires d'enquêtes quantitatives sur la mobilité quotidienne effectuées dans plusieurs villes subsahariennes depuis les années 90. Ces analyses nous permettent d'aborder la mobilité à deux niveaux : en premier lieu, en présentant un panorama général des déplacements motivés par la santé dans plusieurs villes ; en second lieu, en fournissant des informations sur les différents types des services de santé fréquentés par les ménages et les éventuels problèmes rencontrés. Pour cette dernière partie, nous utilisons les enquêtes quantitatives et les entretiens réalisés en 2003 à Conakry et Douala dans le cadre d'une étude pour la Banque Mondiale sur la mobilité et les conditions d'accès aux équipements des populations pauvres (SITRASS, 2004a, b)[3].

Dans la section 2 nous présentons brièvement l'état des lieux de l'offre de services de santé en Afrique subsaharienne et plus particulièrement au Cameroun et en Guinée : les politiques de santé, l'organisation du secteur, ses principales déficiences. Dans la section 3, nous passons en revue les principales caractéristiques de la mobilité pour motif de santé dans des villes subsahariennes et nous abordons les pratiques de consommation des services « informels » (automédication et médecine traditionnelle), mal appréhendées dans les enquêtes déplacements. Dans la section 4, nous analysons les pratiques des ménages conakrykas et doualais pour la fréquentation des services de santé du secteur « moderne » et les difficultés perçues par les ménages doualais dans la satisfaction de ces besoins, en insistant sur le rôle que peut jouer l'accessibilité physique aux lieux de soins.

2. LE SECTEUR DE LA SANTE EN GUINEE ET AU CAMEROUN

Pour les pays en développement et particulièrement l'Afrique, deux événements principaux ont marqué les orientations des politiques de santé : la conférence d'Alma Ata en 1978 et la 37ème session du Comité régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique à Bamako en 1987. La conférence internationale d'Alma Ata préconise que la santé constitue un devoir des Etats et les incite à œuvrer pour atteindre l'accès de tous à la santé pour 2000 à travers la gratuité des soins et le développement des soins de santé primaires[4]. Dans les

[3] Dans chacune de ces deux villes, l'enquête par questionnaire a été réalisée auprès d'environ 600 ménages, les entretiens auprès d'une trentaine de citadins pauvres. Le questionnaire d'enquête comprend trois niveaux d'information : le ménage, l'individu de plus de 10 ans et la mobilité de la veille du jour d'enquête pour chacun de ces individus (2700 à Conakry, près de 1900 à Douala). Les informations classiques de positionnement démographique et socio-économique des ménages et des individus ont été recueillies. Au niveau du ménage, le questionnaire renseigne également sur l'accès des ménages aux équipements de base, dont des centres de santé et hôpitaux, en faisant la distinction entre l'offre publique et l'offre privée. Les informations recueillies concernent la localisation de l'institution, le mode de transport utilisé, le temps d'accès, ainsi que la nature des obstacles éventuels rencontrés dans la fréquentation de l'institution (coût des prestations, accessibilité, qualité de service).

[4] Les soins de santé primaires comprennent huit composantes : l'éducation pour la santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'approvisionnement en eau saine et des mesures d'assainissement de

années 80, la mise en œuvre de cette politique se voit entravée dans les pays africains par l'apparition de la crise économique et la forte contraction des finances publiques. Plus tard, à Bamako, lors de la réunion des ministres de la santé africains et des représentants de l'OMS et de l'UNICEF, « l'initiative de Bamako » est lancée pour tenter de redynamiser l'offre des soins de santé primaires. Elle s'appuie principalement sur un ensemble d'actions, parmi lesquelles l'extension du réseau des soins de santé primaires pour se rapprocher des populations en milieu rural comme urbain, la participation communautaire dans la gestion des centres à travers les comités de santé, le recouvrement partiel des coûts, le financement partiel du fonctionnement des services et la disponibilité de médicaments essentiels génériques (Ridde, 2005). Ce type de fonctionnement des centres de santé était déjà pratiqué dans certains pays d'Asie et d'Afrique, mais « ce qui était nouveau en 87 était la volonté de généraliser les micro-expériences à l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest » (Ridde, 2004 : 6). L'initiative de Bamako jette ainsi les bases de nouvelles modalités de fonctionnement du système public de santé en introduisant la participation communautaire et le financement partiel des services de santé par les usagers à travers le « recouvrement des coûts ». Cette participation croissante de l'usager ouvre ainsi la voie à une privatisation partielle du service public et se traduit par des coûts plus élevés pour la plupart des ménages.

C'est dans ce cadre que les systèmes de santé se restructurent, dès 1988 en Guinée, à partir des années 90 au Cameroun, en prenant appui sur les districts de santé comme unité opérationnelle. Ils sont définis généralement selon un critère démographique auquel peuvent s'ajouter d'autres critères, socioculturels ou géographiques, voire politiques, notamment pour le Cameroun (Okalla et Le Vigouroux, 2001). Les districts de santé organisent l'offre sanitaire à partir d'une hiérarchie de structures sanitaires. Les centres et postes de santé représentent le niveau le plus près de la population avec comme objectif premier de délivrer le paquet minimum d'activités (soins ambulatoires, prévention, accouchements). L'Etat camerounais fixe ce seuil à une heure de marche pour 90 % de la population (Médard, 2001).

Dans les deux villes étudiées dans cette communication, comme dans d'autres contextes (par exemple pour la Tanzanie, Mamadani, Bangser, 2004), la réforme a été entravée par un certain nombre de dysfonctionnements :

- La restructuration des systèmes de santé a eu lieu dans un contexte de décentralisation sectorielle et de décentralisation territoriale. Les textes législatifs et réglementaires ont pris les plus souvent beaucoup de retard pour leur publication et la mise en œuvre effective de la décentralisation a alors été difficile. En outre, l'articulation entre les deux types de décentralisation, sectorielle et territoriale, n'a pas été clairement définie (Médard, 2001).
- La décentralisation était perçue comme le moyen de corriger des pratiques déviantes du personnel de santé mais « … les réformes de décentralisation non seulement n'ont pas enrayé le phénomène, de la corruption politique et administrative, mais se sont révélées être un des ses foyers principaux » (Jaffré, 2004 : 531).
- L'élaboration de la carte sanitaire n'a pas pris suffisamment en compte les structures relevant du secteur privé confessionnel, surtout en milieu urbain. Pourtant, dans le cas du Cameroun, ce secteur assure 40 % des soins (Gauvrit, Okalla, 2001). A cela s'ajoute le fait que l'aide internationale intervient souvent sans tenir compte de l'existence de cette carte et des besoins réels. Ainsi, pour le Cameroun, Médard (2001 : 2) parle de « la balkanisation des aides internationales qui se partagent le territoire » et Okalla, Le Vigouroux (2001 : 4) rappellent que « le secteur confessionnel (catholique et protestant) dispose de sa propre carte sanitaire » qui peut concurrencer celle définie par l'Etat.
- Un élément essentiel de la réforme concerne la participation communautaire dans les comités de gestion des différents niveaux de l'offre sanitaire. Cette participation est censée

---

base, la santé maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination, la lutte contre les grandes endémies locales, le traitement des lésions courantes et la disponibilité des médicaments essentiels (www.bioltrop.fr, consulté le 18/06/2008).

garantir la cohérence des services offerts avec la demande locale et orienter l'utilisation des fonds en provenance du recouvrement des coûts. Dans les deux pays, les comités de gestion ne remplissent pas leurs fonctions. En Guinée, parce que la reconnaissance des comités par les services de santé n'a pas abouti et ces derniers gardent « la maîtrise réelle de l'utilisation des fonds » (Comolet, 2000 : 4). Au Cameroun, parce que la participation dans les comités de gestion est devenue prioritairement un enjeu pour affirmer ou pour établir des relations avec les différents niveaux du pouvoir politique (Médard, 2001 ; Jaffré, 2004).

- La politique de recouvrement des coûts, mais aussi les pratiques déviantes d'une partie des personnels de santé, pénalisent dans les faits les populations les plus vulnérables : il faut disposer d'argent pour obtenir une consultation et plus encore pour l'achat des médicaments, voire de certains accessoires médicaux.

En dépit du fait que la santé est un enjeu majeur dans les pays subsahariens, seule une faible part des budgets publics lui est consacrée[5]. En 2001, la santé a représenté 7,4 % de la dépense publique totale au Cameroun et 4,8 % en Guinée (OMS, 2005). Ainsi, les dépenses de santé sont couvertes principalement par la dépense privée, 74 % au Cameroun et 83 % en Guinée, les ménages assurant la quasi-totalité de ces dépenses privées (94 % au Cameroun, 99 % en Guinée). Pour la même année, la dépense totale de santé par habitant au Cameroun se monte à 64 dollars internationaux (ajustés aux niveaux de vie locaux), dont 17 dollars internationaux correspondent à la dépense publique (93 et 16 dollars internationaux, resp., en Guinée)[6].

Le recours aux services de soins reste donc difficile, ce qui est d'autant plus problématique que les conditions de vie d'une grande partie de la population africaine reposent sur une disponibilité limitée des équipements de base et des biens durables qui influent sur l'état sanitaire des populations, comme le montrent les cas camerounais et guinéens (Tableau 1). Avec un PIB par habitant au Cameroun légèrement supérieur à celui de la Guinée (en intégrant les différences de coût de la vie entre pays), les populations des villes camerounaises ont un meilleur accès à l'eau potable, l'électricité et surtout les moyens de cuisson modernes. Par contre, les villes guinéennes se distinguent par le type de sol du logement et l'équipement en véhicules de transport un peu plus favorables.

Tableau 1 : Accès aux équipements de base et à divers biens durables en milieu urbain (en % de la population)

	Guinée (2005)	Cameroun (2004)
Accès à l'eau potable*	78	86
Temps médian pour s'approvisionner en eau	4,2	4,9
Toilettes adéquates (latrines améliorée ou chasse d'eau)	60	56
Electricité	64	77
Logement dont le sol est recouvert (ciment, asphalte, carrelage…)	90,5	78
Possession d'un réchaud ou d'une cuisinière à gaz	10	54
Possession d'un réfrigérateur	25	21
Possession d'un radio	76	74
Possession d'une télévision	36,5	40
Possession d'une bicyclette	14	12
Possession d'une mobylette ou moto	14	8,5
Possession d'une voiture	12	8,5

*Source : Enquêtes Démographiques et de Santé (République de Guinée, 2006 ; République du Cameroun, 2005) sauf * : World Bank, 2008.*

[5] Ce qui est vrai pour l'ensemble des pays en développement, environ 3 % du budget national étant consacré à la santé (Dixneuf, Rey, 2004).

[6] A titre de comparaison ces dépenses totales et publiques per capita pour la santé sont respectivement de 625 et 265 dollars internationaux en Afrique du Sud, et de 2588 et 1964 dollars internationaux en France (OMS, 2005).

Les caractéristiques du système de soins des deux pays ainsi que les éléments macroéconomiques contextuels étant rappelés à grand traits, nous allons maintenant présenter les pratiques de mobilité générées par la santé, puis celles relatives à la consommation des services « informels » de santé.

3. LES DEPLACEMENTS ASSOCIES A LA SANTE

3.1. Une mobilité faible mais pas toujours repérable

Les enquêtes ménages sur la mobilité l'appréhendent et la mesurent par l'ensemble des déplacements réalisés un jour donné, généralement la veille du jour d'enquête pour limiter les problèmes de remémorisation. Les déplacements sont repérés par un lieu, une heure et une activité à l'origine et à la destination, un ou plusieurs modes de transport, une durée. Si la méthode de recueil est commune, l'âge à partir duquel les individus des ménages répondent à ce questionnaire individualisé dépend des villes, n'autorisant ici une comparaison que pour les 15 ans et plus (Tableau 2). Comparée aux motifs professionnels, aux études, ou encore à la sociabilité, la santé fait figure d'activité tout à fait marginale, de l'ordre de 0,5 % du total, ou de 1 % environ en intégrant également les retours au domicile correspondants. On peut certes penser qu'une part des déplacements liés à la santé échappe à ce recensement : l'achat de médicaments en particulier est logiquement classé au motif achat, l'accompagnement d'un malade simplement déclaré « accompagnement ». Enfin, il n'est pas sûr que les déplacements pour consulter un tradipraticien aient toujours été classés au motif santé. Or, comme nous le verrons plus loin, le recours à la médecine traditionnelle, en complément ou en remplacement des consultations, est monnaie courante dans les villes d'Afrique subsaharienne.

Tableau 2 : Le motif santé dans l'ensemble des déplacements, extrapolé à l'année

	Conakry 2003	Douala 2003	Dakar 2000	Niamey 1996	Ouagadougou 1992
Nombre de déplacements pour la santé	40	33	141	54	67
Nombre total de déplacements	10061	8474	27906	11772	13659
%	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5

Source : Enquêtes ménages mobilité, individus de 15 ans et plus

Dans tous les cas, le recours aux services de santé modernes reste relativement rare ou occasionnel. Toutefois, ramené à l'année, il générerait de l'ordre de 5 à 8 sorties du domicile par an et par personne de plus de 14 ans selon les villes (Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de d'activités liées à la santé, extrapolé à l'année

	Conakry 2003	Douala 2003	Dakar 2000	Niamey 1996	Ouagadougou 1992
Nombre d'activités santé par an	5,6	7,1	4,6	7,5	6,8

Source : Enquêtes ménages mobilité, individus de 15 ans et plus

Seuls quelques dizaines de déplacement pour la santé ont donc été recueillies par chaque enquête. Aussi est-il est illusoire de vouloir connaître précisément les caractéristiques de cette mobilité particulière, tout juste peut-on présenter quelques ordres de grandeur. Logiquement, compte tenu des faibles niveaux d'équipement en véhicules particuliers de toute nature dans les villes subsahariennes, les transports collectifs et la marche à pied se taillent la part du lion dans la répartition modale, les premiers assurant plus de la moitié des déplacements dans trois villes sur cinq (Tableau 4). La seule exception est la capitale du Burkina Faso, ville des deux-roues, au réseau de transport collectif peu développé au moment de l'enquête. Les déplacements à pied sont notablement moins fréquents que pour d'autres activités, dans des villes où nombre de citadins « ne comptent que sur leurs pieds » au quotidien (Diaz Olvera et *al*., 2005).

Tableau 4 : Répartition des déplacements de santé selon le mode de transport utilisé (%)

	Conakry 2003	Douala 2003	Dakar 2000	Niamey 1996	Ouagadougou 1992
Marche à pied	38	35	34	56	43
Transport collectif	63	56	56	25	10
Modes individuels	0	9	11	20	48
Ensemble	100	100	100	100	100

Source : Enquêtes ménages mobilité, individus de 15 ans et plus

Sortie occasionnelle sinon exceptionnelle, destination parfois inhabituelle, limitations physiques, la mobilité pour la santé justifie l'usage des transports en commun même lorsque les moyens financiers sont limités. Pourtant, la marche à pied est mobilisée pour des équipements situés au-delà du voisinage. En effet, si la durée moyenne des déplacements pédestres est de 12 minutes à Douala, elle dépasse les vingt minutes (21 à 22) dans les quatre autres villes, indiquant un usage du mode pédestre qui dans bon nombre de cas va au-delà de déplacements de proximité. En prenant une vitesse pédestre de 3 km/h, un kilomètre du domicile au lieu de soins apparaît ainsi comme une distance moyenne. La proximité des « équipements de proximité » n'est ainsi que relative, mais il se peut aussi que certains services soient évités par les usagers. Deux raisons peuvent expliquer ces stratégies de contournement, comme dans les zones urbaines du Tchad (Gauthier, Wane, 2008) : privilégier un lieu de soins plus éloigné, mais offrant a priori de meilleures garanties dans la prise en charge de l'affection ; éviter le centre le plus proche, trop coûteux. En témoigne cette vendeuse de Conakry qui habite Behanzin : « *Je vais au centre de santé de Yimbaya* [à plus de 2,5 km] *car le coût est trop élevé dans notre quartier* ». Quoi qu'il en soit, il est vraisemblable que nombre d'usagers du système de soins marchent sur des distances assez longues ; cet effort est alors d'autant plus difficile lorsqu'ils sont affaiblis par la maladie.

Recourir aux transports en commun signifie généralement un déplacement plus long (une trentaine de minutes à Douala, 35 à 40 à Conakry, plus de 45 à Dakar). Le taxi individuel étant l'exception, on peut penser à nouveau que ces déplacements ne sont pas les plus aisés à entreprendre lorsque l'on est malade, compte tenu des taux de remplissage généralement élevés des véhicules, des longs temps d'attente, des trajets pédestres terminaux ou entre deux correspondances.

3.2. Automédication et médecine traditionnelle, des pratiques très répandues

Différents travaux menés en Afrique subsaharienne ont mis l'accent sur la façon globalisante dont est considérée la maladie (Verger, 1997 ; Brunet-Jailly, 2001). Traditionnellement liée à une cause sociale, qu'elle soit extérieure à l'individu (la sorcellerie) ou déclenchée par un comportement perturbant l'ordre social, la maladie touche tout autant l'esprit et le corps, nécessitant des traitements symboliques pour traiter la cause du mal. Cette conception n'induit pourtant pas d'hostilité vis-à-vis des méthodes « modernes » de la médecine occidentale, les deux pouvant être mobilisées en cas de maladie ou d'affection. L'objectif n'est pas ici d'étudier les représentations sociales de la maladie, ni de négliger la contrainte économique orientant préférentiellement vers l'automédication ou vers la santé moderne ou traditionnelle. Ce rapide détour liminaire peut néanmoins permettre de comprendre pourquoi ces pratiques individuelles et « informelles » de santé sont extrêmement répandues dans toutes les catégories sociales, en milieu urbain tout autant qu'en milieu rural, et pourquoi elles sont souvent considérées de façon complémentaire, et parfois simultanée, à la médecine « moderne » dans le parcours de soins (Antoine, Ba, 1993 ; Brunet Jailly, 2001 ; Petit, dir., 2003 ; Gobbers, 2004 ; Minvielle et *al.*, 2005)

Cette partie des pratiques des citadins en matière de soins (l'automédication et les diverses formes de médecine traditionnelle) nous échappe très largement à travers l'enquête par questionnaire. Cette lacune peut être en partie comblée par l'analyse des entretiens semi-directifs menés à Conakry et Douala. La question de l'accès à la santé y était abordée de façon

plus libre, et les enquêtés ont alors très souvent fait état de tels recours. Les raisons invoquées peuvent être assez diverses selon les personnes rencontrées. Le poids de l'environnement familial et de l'habitude sont parfois évoqués, ainsi à Conakry, cet apprenti-menuisier de 45 ans : « *Quand je suis malade, je me traite à la maison avec des comprimés surtout que Dieu ne m'a jamais fait subir une maladie qui m'autorise à aller forcément à l'hôpital. Avant quand j'étais malade, c'est ma défunte grand-mère qui me soignait, elle était au village et elle me soulageait du paludisme et de l'hémorroïde qui sont mes maladies habituelles* ». De même, est parfois mis en avant le caractère bénin des problèmes rencontrés pour justifier l'automédication : « *Depuis que je suis à Douala je n'ai pas encore eu un cas de maladie nécessitant l'hospitalisation donc on a eu qu'à se soigner à la maison en achetant les médicaments chez des commerçants ambulants »* (menuisier, 37 ans), ou « *Je ne vais pas à l'hôpital ni au centre de santé, car je ne tombe pas malade. Parfois, j'ai des maux de tête, mais dans ce cas j'achète des comprimés chez le tablier du coin* » (jeune Conakryka inactif).

Mais en toile de fond, ce sont les budgets serrés et l'absence de prise en charge collective de la santé pour le plus grand nombre qui autorisent difficilement les dépenses exceptionnelles, fussent-elles pour sa santé ou pour celle d'un parent proche : « *Je suis partagé entre la médecine moderne et celle traditionnelle. Quand quelqu'un est malade, on essaie de voir qu'est ce qu'il faut faire, quelquefois on l'envoie à l'hôpital Ignace* [Deen] *ou bien je me déplace pour chercher des plantes médicinales traditionnelles au marché Ngninguèma* » (un docker de 36 ans à Conakry). Même alors, il peut être nécessaire d'emprunter l'argent des soins et des médicaments : « *Quand je suis malade, je vais chez mon voisin à 50 m car c'est plus cher à l'hôpital, pour les petites maladies telles que le paludisme, je me soigne personnellement tout simplement pour des raisons de manque de moyens* […] *Possibilités d'emprunt ? Oui pour des raisons de maladie, la dernière fois j'avais emprunté 15 000 Fcfa pour les soins de ma fille. C'est sûr que si je demandais plus je pouvais avoir mais je ne peux pas prendre le risque de demander ce que je ne peux pas rembourser* » (Doualais de 36 ans).

Il en résulte une hiérarchie implicite, mais très partagée, des réponses à avoir en fonction de la gravité supposée du mal dont on souffre, confirmée encore par ces deux enquêtés : « *En cas de maladie je me débrouille au quartier et si c'est grave je vais à l'hôpital. En fait je pratique l'automédication surtout par manque de moyens »* (homme de 27 ans qui vit de débrouille à Douala) ; « *Nous savons tous comment ça se passe ; vous allez dans un centre médical, si vous n'avez pas l'argent vous ne pouvez pas…, donc pour les petites maladies tels que le mal de tête, les eczémas et tout, on commence par rendre les phensics* [médicament associant aspirine et caféine] *au quartier, les paracétamols ; quand ça se complique, c'est là où on voit comment on peut…* » (gérant de cybercafé de 27 ans à Douala).

Enfin, il est à noter que si l'automédication obéit d'abord à une impérieuse nécessité économique et vise à éviter une consultation, les parcours de soins peuvent être inversés, allant du moderne à des pratiques moins formelles ou plus traditionnelles (Salem, 1998), lorsque la personne est un peu plus à l'aise financièrement et/ou lorsque son environnement social l'y incite, tel cet instituteur doualais de 46 ans, qui met en avant son appartenance ethnique pour expliquer le recours au guérisseur : « *L'automédication je n'ai jamais aimé, les tradi-praticiens je ne peux m'en passer déjà du fait que je sois Bamiléké donc il y a des maladies qui ne peuvent être traitées que par eux donc habituellement quand une maladie ne trouve pas de solution à l'hôpital on fait recours au tradi-praticien qui le plus souvent détecte les causes du mal* ».

Si la question financière est au centre des pratiques informelles, le fait que les soins reçus dans les structures de santé ne donnent pas toujours satisfaction peut contribuer également à l'achat direct de médicaments en pharmacie ou, de façon plus économique, sur le marché. Ce sont ces pratiques du secteur moderne que nous allons essayer d'identifier plus précisément.

4. LE RECOURS AU SECTEUR MODERNE : DES PRATIQUES CONTRASTEES SELON LES VILLES

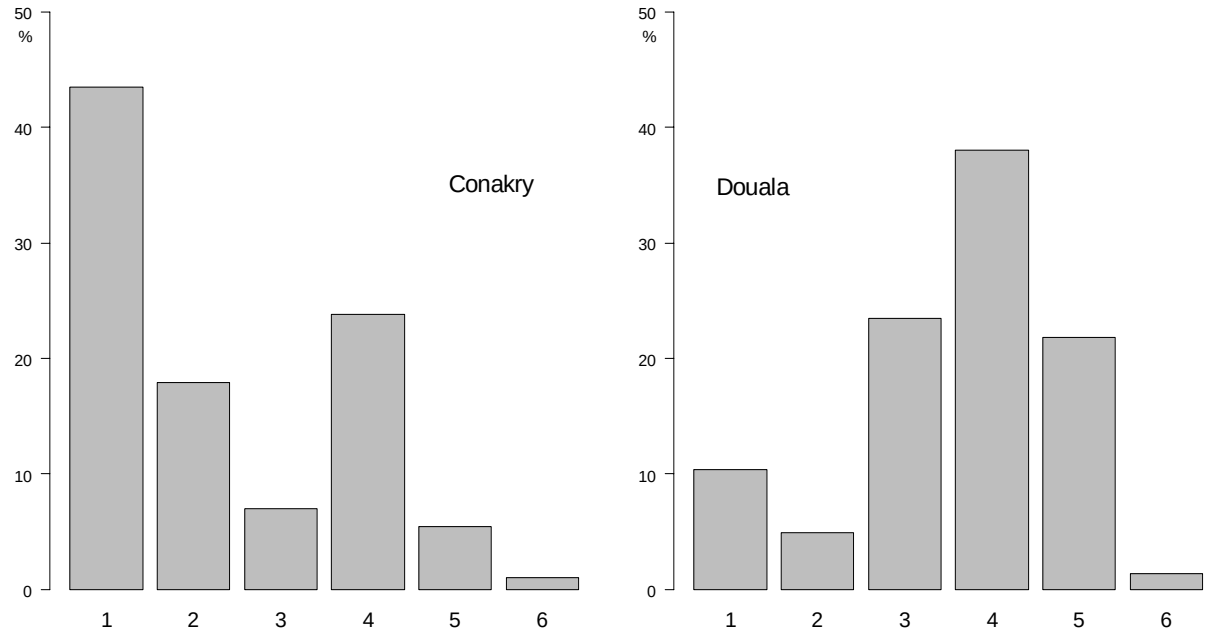
Dans les questionnaires administrés à Conakry et Douala, des questions spécifiques portaient sur l'accès habituel des membres du ménage aux différents services collectifs, dont la santé en distinguant les différents niveaux du système de soins (dispensaire / hôpital), et la nature du service (privé / public). Il faut préciser d'une part qu'une seule personne (le/la chef, sa conjointe) répondait pour l'ensemble du ménage et rappeler d'autre part que les usages déclarés renvoient uniquement au secteur moderne.

En croisant les réponses données par chaque ménage sur la nature des services fréquentés (public/privé, y compris à caractère non lucratif), et la place dans la hiérarchie du système de soins (centre de soins ou dispensaire/hôpital ou clinique), 6 types d'usage ont été distingués :

- usage du secteur public (dispensaire et hôpital),
- dispensaire public uniquement,
- hôpital public uniquement,
- usage pluraliste (d'équipements publics et privés),
- usage du secteur privé (dispensaires ou, très rarement, cliniques),
- aucun usage du secteur moderne.

4.1. Les services fréquentés : des différences entre villes mais aussi dans chaque ville selon le niveau de vie et la position dans le cycle de vie du ménage

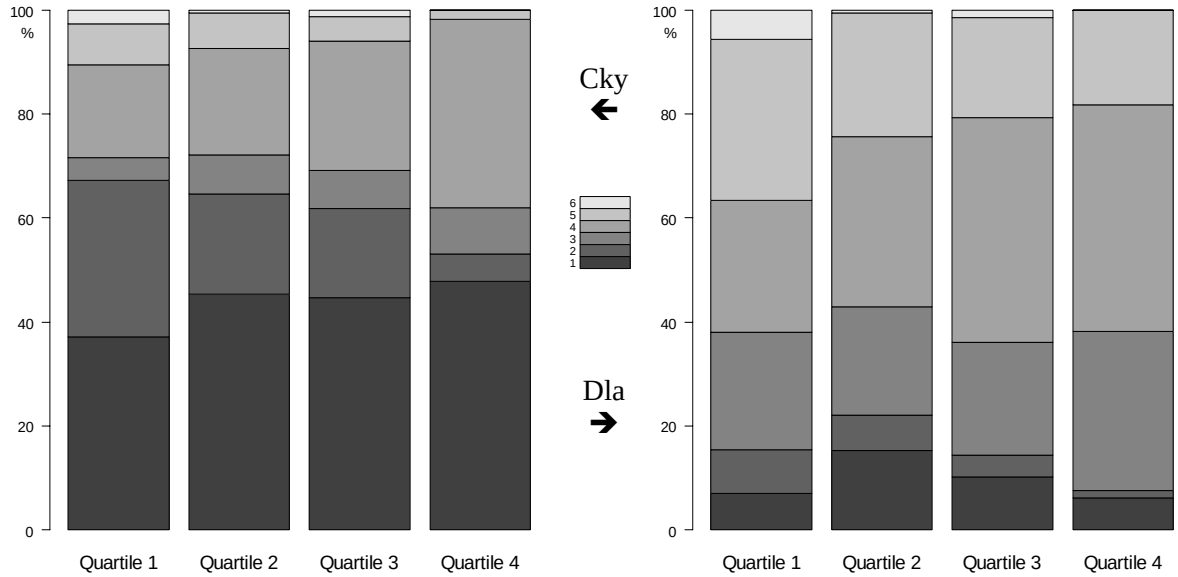
Sous ses différentes formes, le système de santé public est proportionnellement beaucoup plus fréquemment utilisé à Conakry qu'à Douala (près de 70 %, contre à peine 40 %), où le recours aux pratiques privées ou mixtes est à l'inverse bien plus présent (respectivement 22 et 38 % à Douala, contre à peine 6 et 24 % dans la capitale guinéenne, Figure 1). Ces pratiques contrastées sont probablement dues à des effets d'offre. L'usage très dominant des structures publiques à Conakry (dispensaires et centres de santé, hôpitaux), observé également par une enquête comparative de l'Unicef menée dans 5 capitales africaines (dont une synthèse a été réalisée par Gobbers, 2004), renvoie ainsi vraisemblablement à une moindre pénétration du secteur privé lié à la faible solvabilité des populations urbaines, même si les écarts de niveau de vie entre la Guinée et le Cameroun ne sont pas trop marqués.



1 : dispensaire et hôpital publics ; 2 : dispensaire public ; 3 : hôpital public ; 4 : usage pluraliste ; 5 : secteur privé ; 6 : sans usage.
Source : Enquêtes ménages mobilité 2003

Figure 1 : Services de santé fréquentés par les ménages dans les deux villes

Pour dépasser ces différences entre les deux contextes urbains et pour attester plus clairement la forte détermination des pratiques déclarées par le niveau des ressources disponibles, le type de fréquentation a été présenté selon le niveau de vie[7] (Figure 2). Dans les deux villes, l'amélioration du niveau de vie se traduit par une diminution sensible de la fréquentation du dispensaire public et du secteur privé (essentiellement des structures de base) et par une forte hausse du recours à des pratiques pluralistes et, moins sensiblement, du recours exclusif à l'hôpital public. De plus, à Conakry, l'aisance matérielle s'accompagne également du recours plus fréquent à la combinaison dispensaire et hôpital publics.



1 : dispensaire et hôpital publics ; 2 : dispensaire public ; 3 : hôpital public ; 4 : usage pluraliste ; 5 : secteur privé ; 6 : sans usage.
Source : Enquêtes ménages mobilité 2003

Figure 2 : Type d'usage déclaré des équipements de santé selon le niveau de vie du ménage

Ces effets peuvent cependant être liés à des caractéristiques, notamment socio-démographiques, voire de localisation résidentielle, du ménage. L'effet de ces facteurs apparaît très limité à Conakry, à l'exception de la taille du ménage. Dans cette ville, où les ménages sont grands (7,2 personnes en moyenne dont 2,5 enfants de moins de 11 ans), plus la structure domestique est large, plus les fréquentations « simples » diminuent au profit de pratiques plus complexes, traduisant vraisemblablement une diversification des besoins sanitaires des ménages avec leur taille.

A Douala, où les ménages sont nettement plus petits (4,6 personnes en moyenne dont 1,3 enfant de moins de 11 ans) cet effet de la taille du ménage est moins net : seules les pratiques pluralistes augmentent continûment tandis que l'hôpital public est d'abord utilisé par une proportion plus importante, avant de diminuer chez les très grands ménages. En revanche, les déterminants semblent plus nombreux à Douala. Les ménages considérant que leur situation économique s'est dégradée au cours de l'année précédente sont moins nombreux à solliciter les équipements privés, au bénéfice du secteur public. Les femmes chefs de ménage déclarent des pratiques plus favorables à la combinaison dispensaire et hôpital public au détriment du privé. Enfin, l'âge du chef de ménage joue en faveur de l'hôpital public au détriment du privé et du dispensaire public.

Au vu des localisations des structures fréquentées, le dispensaire privé apparaît le plus souvent comme la structure de proximité pour les résidants des deux villes (Tableau 5). Lorsque les citadins utilisent uniquement des dispensaires publics, ils vont en majorité les

[7] Le classement des ménages repose sur un indicateur de ressources synthétisant quelques caractéristiques du chef de ménage, la possession de divers biens durables et certains éléments de confort de l'habitat.

chercher hors du quartier. Lorsqu'ils fréquentent des structures privées, celles-ci sont majoritairement situées dans le quartier de résidence. Enfin, lorsqu'ils utilisent l'un ou l'autre type de structure, le centre privé est dans près de 9 cas sur 10, soit plus proche que le centre public, soit à distance équivalente du domicile.

Tableau 5 : Lieu où sont dispensés les soins, selon le type de fréquentation

	Public seulement	Privé seulement	Pluraliste		
	% dans quartier	% dans quartier	Dist. équivalente public et privé	Public plus loin que privé	Privé plus loin que public
Conakry	38	62	45	43	12
Douala	35	84	37	49	14

Source : Enquêtes ménages mobilité 2003

Certes, ce résultat ne porte que sur les établissements fréquentés, alors que d'autres peuvent exister dans le quartier, et nécessiterait d'être rapproché de la répartition spatiale de l'offre d'établissements sanitaires publics et privés. Il est néanmoins confirmé par une estimation des distances (Tableau 6). Les distances parcourues pour se rendre au lieu de soins sont estimées à partir des temps d'accès déclarés pour les services fréquentés du premier niveau (dispensaires et centres de santé), en prenant par hypothèse comme vitesse pédestre, 3 km/h et comme vitesse en transports collectifs, 10 km/h. Ces ordres de grandeur, dont la hiérarchisation demeure en prenant d'autres jeux de vitesses, confirment que le dispensaire public « utile » (au sens où il répond à des usages effectifs) n'est pas le service le plus proche dans nombre de cas. A Douala, il est situé en moyenne à 2 km du domicile contre 1,4 km pour le dispensaire privé. A Conakry, en revanche aucune différence de distance ne peut être mise en évidence (respectivement 2,2 km contre 2,1). Ce résultat est à rapprocher du fait que la diffusion des structures privées apparaisse relativement limitée dans cette capitale (Gobbers, 2004). Enfin, en cas de pratiques pluralistes à Conakry, lorsque l'équipement recherché est un centre de santé public, les distances sont bien supérieures à celles induites par un usage exclusif (3 contre moins de 2 km). Cet accroissement de distances dans le cas d'un usage pluraliste pourrait provenir d'un évitement, contraint financièrement, de la structure privée la plus proche. A Douala, un usage pluraliste est sans effet sur la distance pour rejoindre l'équipement public, mais tend à allonger la distance nécessaire pour rejoindre l'équipement privé ce qui traduit peut-être l'inégale répartition des centres privés.

Tableau 6 : Distances estimées, selon le centre de premier niveau fréquenté (km)

	Usage exclusif (public ou privé)		Usage pluraliste (public et privé)		*Tous usages*	
	Public	Privé	Public	Privé	*Public*	*Privé*
Conakry	1,9	1,9	3,0	2,2	*2,2*	*2,1*
Douala	2,0	1,0	2,0	1,7	*2,0*	*1,4*

Source : Enquêtes ménages mobilité 2003

4.2. Les problèmes rencontrés à Douala[8]

L'analyse des obstacles perçus par les ménages complète l'analyse des difficultés d'accès aux services de santé. Elle permet en effet de resituer l'importance de l'accessibilité (éloignement, problèmes de transport) vis-à-vis d'autres obstacles, couramment évoqués dans la littérature sur l'accès à la santé dans les contextes des pays du Sud : coût (hors coûts éventuels de déplacement) et qualité de service (services surchargés, longues attentes, manque de matériel…).

L'importance relative des obstacles cités par les ménages varie quelque peu en fonction du type de pratiques. Tout d'abord, on ne s'étonnera guère que la structure fréquentée soit

[8] Cette analyse est menée sur la seule ville de Douala, les problèmes rencontrés dans l'accès aux services de soins n'ayant été recueillis à Conakry que pour les services effectivement utilisés par le ménage, ce qui occulte de fait les difficultés des non-utilisateurs et donc, potentiellement les causes du non-recours à ces structures.

déclarée plus fréquemment que les autres comme ne présentant pas de problème. Cette conformité -apparente- est d'ailleurs encore plus nette lorsque le ménage recoure à un seul type d'offre. Les difficultés d'accessibilité apparaissent également moins souvent pour le service utilisé que pour ses concurrents. A contrario, le recours aux structures privées s'accompagne d'un taux élevé de ménages reprochant au dispensaire public son accessibilité dégradée. Enfin, une fréquentation pluraliste s'accompagne d'une plus grande sensibilité aux problèmes d'accessibilité, mais aussi d'un plus fort taux de ménages se déclarant sans problèmes. L'hypothèse que l'ont peut faire est que ces pratiques pluralistes renvoient à deux logiques différentes : l'une, positive, basée sur le choix des « meilleures » structures, selon les problèmes de santé rencontrés ; l'autre, négative, guidée par la contrainte ou plutôt un jeu de contraintes multiples, entraînant selon les cas l'éviction de telle ou telle structure.

A une échelle plus globale, la question de l'accessibilité ne se pose pas avec la même acuité pour toutes les types d'offre mais elle est rarement marginale (Tableau 7). Une forte proportion de ménages la mentionne pour les établissements publics, hôpitaux (près d'un ménage sur trois) comme centres de premier niveau (un ménage sur quatre) qui sont pourtant censés être des services de proximité. D'où des besoins insatisfaits : « *L'hôpital Laquintinie qui est un hôpital public, d'ailleurs cher aussi, est loin à Akwa. Si on pouvait nous construire un petit centre de santé dans notre quartier, tous les enfants même les plus petits ne seraient plus obligés de sortir du quartier pour soigner les multiples blessures accidentelles* » (une vendeuse de 36 ans). Par contre, les problèmes d'accessibilité sont rarement mentionnés pour l'offre privée. La qualité de service défaillante constitue la critique la plus fréquemment adressée aux structures publiques, mais les dispensaires privés subissent dans une proportion sensiblement équivalente le même reproche. Ce n'est pas le cas par contre des cliniques privées, qui se singularisent par des coûts perçus comme très élevés.

*Tableau 7 : Proportion de ménages doualais citant comme obstacles à la fréquentation des services de santé (%)**

	Dispensaire public	Dispensaire privé	Hôpital public	Hôpital ou clinique privée
Le coût d'accès au service	7	31	26	84
La mauvaise qualité de service	67	55	55	4
Les problèmes d'accessibilité (éloignement, problèmes de transport)	25	10	31	18
Sans problème	12	18	19	10

*Source : Enquête ménages mobilité 2003. * Total supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles*

Centre public ou privé, le coût des soins est l'élément clef du choix, dès lors qu'un choix paraît possible : « *Le centre de santé le plus proche et le plus moins cher, c'est toujours à Mabanda, mon ami s'il fallait aller à Bonassama, c'est pour aller mourir là bas pour de bon ? Déjà quand tu viens, si tu n'as rien dans ta poche on va te regarder comme une statuette, c'est vrai ah ah…* » (un homme de 43 ans qui vit de débrouille) ; « *Quand vous arrivez à l'hôpital vous n'êtes pas bien reçu. On vous demande parfois de l'argent, alors que dans les centres de santé on vous demande de l'argent qui entre dans le traitement, pourtant là bas* [à l'hôpital] *il faut d'abord donner… mouiller la barbe de ceux qui sont les infirmiers avant de payer l'argent qui entre dans les caisses de l'Etat* » (une lycéenne de 23 ans). L'humour, les expressions imagées et pleines de malice ne doivent pas occulter la condition difficile des usagers en manque de moyens face à l'institution de santé, avec des logiques culturelles de fonctionnement qui leur sont inconnues et face à des employés souvent prêts à profiter de leur position pour améliorer leur paye. Le salut passe alors par la médiation sociale (Fall, 2007), tel cet employé des télécommunications de 29 ans : « *Je me rends généralement à l'hôpital Deïdo parce que c'est là où je suis habitué à me rendre, surtout que j'ai de la relation et puis… c'est ça qui fait... quoi, me motive à aller là-bas. Le plus proche je ne connais personne* », ou ce pâtissier âgé de 26 ans : « *Cela m'est arrivé une fois d'avoir, de*

prendre une perfusion à côté… dans un centre de santé.. [Pourquoi ce centre] ? *Je sais pas, moi j'ai jugé, j'avais, bon, ce jour-là, bon, d'abord, la connaissance de ces infirmiers là-bas, ça m'a amené d'aller là bas. Oui parce que les connaissances je les connaissais d'avant* ».

Parfois, plus que le coût des prestations de santé, c'est la perception que le malade a de la cherté des soins et de leur qualité qui est déterminant dans le choix du segment de l'offre (Balique, 2004). Et on peut se tromper sur le coût réel, comme le rapporte ce Doualais de 52 ans, gestionnaire d'ONG : « *On se soigne régulièrement à l'hôpital de la Cité des Palmiers ou à l'hôpital de la Cité Sic. A Laquintinie ou à l'hôpital général, c'est quand c'est un cas grave tout simplement parce qu'on suppose que c'est cher. Ma femme a accouché a l'hôpital général sans que ça ne soit aussi cher qu'on le croyait ; en fait c'était même moins cher qu'à la clinique* ». Un service comme l'hôpital, souvent éloigné géographiquement, paraît alors également très loin dans le champ des possibilités envisagées pour se soigner.

La faible qualité de service des institutions publiques est très souvent évoquée[9], surtout dans les structures de proximité, et elle explique très largement leur mauvaise image. Elle constitue alors un élément fort qui pousse à aller voir plus loin, ainsi cette *bayam sellam* (vendeuse) de 33 ans : « *A l'hôpital Laquintinie non ! je ne dis pas par rapport aux moyens, mais par rapport heu aux appareils (je ne sais pas, les mots ne me viennent pas) par rapport à leur équipement, par rapport aux trucs-là, même par rapport aux trucs, c'est parce que nous les Noirs on simplifie trop trop ça mais je crois que c'est préférable d'aller à Laquintinie »*. En ce sens, la mauvaise qualité de service contribue à dégrader l'accessibilité réelle au système de soins. Ainsi, cette autre *bayam sellam* de 32 ans : « *Le centre de Bonassama il faut prendre soit le bendskin soit le taxi pour s'y rendre. [...] On va souvent à Bonassama parce que là-bas il y a quand même de bons médecins alors que dans les centres ce sont les infirmiers. Quand on n'a pas les moyens on va dans les centres qu'il y a dans les quartiers* » ou ce chauffeur de 48 ans au chômage : « *En cas de maladie, je vais me diriger là où je vois que je peux payer comme à Deido. Bonabéri c'est loin, Laquintinie, c'est cher, c'est le coût de transport qui détermine ce choix* ».

Les enquêtes quantitatives à Conakry et à Douala comme les entretiens auprès de Doualais pauvres montrent que la combinaison des dysfonctionnements intrinsèques du secteur de la santé (coût élevé, faible qualité du service) et les problèmes de transport pour se rendre aux services de santé tendent à réduire le nombre de lieux potentiellement utilisables par les populations. Ceci est encore plus vrai pour les populations les plus démunies, qui sont aussi celles qui auraient le plus besoin des services de santé, car le choix du possible est fortement déterminé par la contrainte économique.

5. CONCLUSION

Le secteur de la santé, comme celui de l'éducation, subit de plein fouet les difficultés économiques rencontrées par les pays africains. Si nombre de pays d'Afrique subsaharienne connaissent ces dernières années des taux de croissance encourageants, les capacités d'intervention publique sont trop limitées pour permettre des investissements et un suivi à la hauteur des besoins sanitaires. Qui plus est, aux questions de financement s'ajoutent une gestion et un fonctionnement hasardeux. Les villes, lieu de concentration relative des richesses comme des équipements collectifs, ne sont pas épargnées par ces problèmes. Comme dans l'éducation et les transports urbains, le développement d'alternatives privées vise à pallier les manques des services publics. Ces services ne sont pourtant pas tous à la portée du grand nombre de citadins pauvres.

Cette communication n'est qu'une première approche du rôle de l'accessibilité spatiale dans les pratiques des citadins en matière d'accès à la santé. L'usage sous contraintes des services

[9] Fall (2007) donne des exemples très révélateurs de ce problème dans son étude de cas sur l'accès des populations pauvres aux services de santé dans l'agglomération dakaroise.

met en évidence des processus de ségrégation, entre les citadins qui faute de moyens ne fréquentent jamais les structures de santé, ceux qui se cantonnent à l'offre de proximité (publique ou privée) et ceux qui utilisent au mieux la pyramide des services de soins. Les difficultés d'accès sont loin d'être les mêmes pour tous et l'une des conséquences de ces disparités sociales est de réduire fortement les pratiques de prévention, pourtant indispensables à une amélioration des conditions sanitaires des populations pauvres sur le long terme. En particulier, nos analyses confirment le poids des contraintes de coût, de qualité de service mais montrent aussi le rôle de l'accessibilité physique dans l'accès au secteur moderne et les fortes interrelations entre ces trois types de problèmes potentiels. Les conditions de déplacement, si elles ne représentent pas le principal obstacle à la fréquentation des équipements de santé, apparaissent fréquemment en second sur la liste des points problématiques. Salem (1998) a déjà montré pour l'agglomération de Dakar que les centres de santé les plus fréquentés sont ceux ayant une localisation centrale, ce qui permet le regroupement de plusieurs activités lors d'un même déplacement et donc diminue le budget transport global. Mais une telle localisation s'accompagne aussi d'une meilleure desserte en transports en commun. Ces éléments militent pour des études plus fines de la mobilité pour le motif santé afin d'identifier plus précisément les difficultés et notamment d'estimer la dépense de transport, facteur non négligeable pour des populations pauvres.

Les enjeux de santé en milieu urbain deviendront de plus en plus vifs dans les prochaines décennies du fait du rapide accroissement démographique des aires urbaines et du développement des périphéries d'habitat « spontané », dépourvues d'infrastructures et services de base. De plus, les conséquence du réchauffement climatique risquent fort de renforcer les problèmes sanitaires, notamment dans ces périphéries, avec des difficultés accrues d'accès à l'eau potable, l'afflux de populations défavorisées, la promiscuité et des conditions climatiques favorables au développement d'épidémies… (Osman-Elasha et *al*., 2007). Dans ce contexte, la dimension financière restera déterminante et il est essentiel de concevoir les équipements sanitaires publics ou privés (avec cahiers des charges et contrôle public) de manière à ce qu'ils soient accessibles financièrement et physiquement aux pauvres. Afin de ne pas négliger l'accessibilité, le semis des équipements devrait non seulement être reliée à la répartition des populations au sein des ensembles urbains, et tout particulièrement dès que l'on s'éloigne des quartiers centraux, mais aussi être clairement rapprochés du plan de voirie utile et de possibilités de desserte par les transports en commun, seuls modes motorisés auxquels les pauvres ont accès.

BIBLIOGRAPHIE

Antoine Ph., Ba, A., 1993, Mortalité et santé dans les villes africaines, Afrique contemporaine, n° spécial Villes d'Afrique, n° 168, octobre-décembre, pp. 138-146.

Balique H., 2004, L'hôpital public en Afrique francophone, Médecine tropicale, vol. 64, n° 6, pp. 545-551.

Brunet-Jailly J., 2001, La santé, in G. P.Tapinos, P. Hugon, P.Vimard (ss dir.), La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIème siècle. Défis démographiques et développement durable, Paris, Karthala, Coll. Hommes et sociétés, pp. 325-367.

Comolet, T., 2000, La santé en Guinée : un modèle de système de soins de santé primaires à revisiter, Médecine tropicale, vol. 60, n° 1, pp. 25-28.

Diaz Olvera L., Plat D., Pochet P., 2005, Les quartiers sans la ville ? Accès aux services, transport et ségrégation urbaine en Afrique Subsaharienne, in M.-A. Buisson, D. Mignot (éds), Concentration économique et ségrégation spatiale, Bruxelles, de Boeck, coll. Economie Société Région, pp. 245-261.

Diaz Olvera L., Plat D., Pochet P., 2006, Transport, pauvreté et accès à l'éducation dans les villes subsahariennes. Le cas de Conakry, XLIIème Colloque de l'Asrdlf - XIIème Colloque du Grerbam, Développement local, compétitivité et attractivité des territoires, Sfax, 4-6 sept., 20 p.

Diaz Olvera L., Plat D., Pochet P., 2007, Mobilité quotidienne en temps de crise, Belgeo–Revue Belge de Géographie, n° 2, pp. 173-187.

Dixneuf M., Rey J.-L., 2004, La santé : une place croissante dan les politiques internationales, *Médecine tropicale*, vol. 64, n° 6, pp. 561-566.

Doumbouya, M. L. (2008), Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest: le cas de la Guinée, Working Paper n° 2008-2, LEFI, Univ. Lumière Lyon 2, 17 p.

Fall, A. S., 2007, Bricoler pour survivre. Perceptions de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar, Paris, Karthala, Coll. Hommes et sociétés, 264 p.

Gauthier B., Wane W. 2008, Bypassing health providers: the quest for better price and quality of health care in Chad, World Bank, Policy Research Working Paper, n° WPS 4462, 40 p.

Gauvrit E., Okalla R., 2001, La difficile mise en place des districts sanitaires urbains, Bulletin de l'Apad, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun, n° 21, juin, 18 p., en ligne http://apad.revues.org/sommaire25.html, consulté le 14/04/2008.

Gobbers P., 2004, La coopération en santé dans les pays africains, ADSP, n° 48, septembre, pp. 8-13, en ligne www.bdsp.ehesp.fr/fulltext/Show.asp?Ref=315812, consulté en juin 2008.

Jaffre Y., 2004, Prolégomènes à une réforme des services de santé : de l'identification des dysfonctionnements à la définition d'outils efficaces, Médecine Tropicale, vol. 64, n° 6, pp. 527-532.

Mamadani M., Bangser M., 2004, « Poor People's Experiences of Health Services in Tanzania: A Literature Review », Reproductive Health Matters, Vol. 12, n° 24, pp. 138-153.

Mbara T. C., 2002, Activity patterns, transport and policies for the urban poor in Harare, Zimbabwe, Final country report, en ligne: www.transport-links.org/transport_links/filearea/documentstore/305_Zimbabwe%20Final%20Report%20-%20Final.PDF, consulté en 09/2004.

Médard F., 2001, Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun, Bulletin de l'Apad, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun, n° 21, juin, 24 p., en ligne http://apad.revues.org/sommaire25.html, consulté le 14/04/2008.

Minvielle J. P., Diop A., Niang A., 2005, La pauvreté au Sénégal. Des statistiques à la réalité, Paris, Karthala, Coll. Economie et développement, 287 p.

Ndiaye, W., Thiam, C., 1996, Le système de protection au Sénégal : situation actuelle et perspective d'évolution, Dakar, Fondation Friedrich Ebert, 138 p.

Okalla R., Le Vigouroux A., 2001, Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire, in Bulletin de l'Apad, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun, n° 21, juin, 7 p., en ligne http://apad.revues.org/sommaire25.html, consulté le 14/04/2008.

OMS, 2005, The World Health Report 2005. Make every mother and child count, en ligne : www.who.int/whr/2005/en/, consulté le 15/07/2008.

Osman-Elasha B. (dir.), Medany M., Niang-Diop I., Nyong T., Tabo R., Vogel C., 2007, Background paper on Impacts, vulnerability and adaptation to climate change in Africa for the African Workshop on Adaptation, Implementation of Decision 1/CP.10, UNFCCC Convention, Accra, 21-23/09, 54 p.

Petit P. (ss dir.), 2003, Ménages de Lubumbashi entre précarité et recomposition, Paris, L'Harmattan, 300 p.

République de Guinée, 2006, Enquête démographique et de santé Guinée, Direction Nationale de la Statistique, Conakry, et ORC Macro, Calverton, Maryland, USA.

République du Cameroun, 2005, Enquête démographique et de santé Cameroun, Institut National de la Statistique, Yaoundé, ORC Macro, Calverton, Maryland, USA.

Ridde V., 2004, L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, World Bank, 54 p., en ligne http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BamakoInitiativeReview.pdf, consulté le 18/06/2008.

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 la Faculté des études supérieures de l'Université Laval, Ph. D., Faculté de Médecine, Faculté des Sciences Infirmières, Université Laval, en ligne http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/uid/65c1dabc-6bb5-4043-8272-ef4d48a3979a, consulté le 18/06/2008.

Salem G. (1999), La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal), Paris, Karthala-ORSTOM, Coll. Hommes et Sociétés, 360 p.

SITRASS, 2004a, Pauvreté et mobilité urbaine à Conakry. Rapport Final pour la Banque Mondiale dans le cadre du SSATP, Lyon, Sitrass, 154 p., en ligne : http://www4.worldbank.org/afr/ssatp/Resources/PapersNotes/Conakry.pdf

SITRASS, 2004b, Pauvreté et mobilité urbaine à Douala. Rapport Final pour la Banque Mondiale dans le cadre du SSATP, Lyon, Sitrass, 142 p., en ligne : http://www4.worldbank.org/afr/ssatp/Resources/PapersNotes/Douala.pdf

Verger C., 1997, Le Mali au quotidien. La force des faibles, Paris, L'Harmattan, 237 p.

World Bank, 2008, Africa development indicators 2007, Washington, D.C., World Bank, 166 p.

Yusuf S., Nabeshima K., Wei H.., 2007, What makes cities healthy ?, World Bank, Policy Research Working Paper, n° WPS 410, 59 p.