

L'offre et l'accès aux soins publics dans les villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon

Makita-Ikouaya E¹, Mombo JB², Rudant JP³, Milleliri JM⁴

1. Université Omar Bongo, Ecole nationale des eaux et forêts, Libreville

2. Université Omar Bongo, Libreville

3. Institut Francilien des géosciences, Université de Marne-la-Vallée, France

4. Ambassade de France, Gabon

Med Trop 2010 ; 70 : 123-129

RÉSUMÉ • L'offre et l'accès aux structures de soins de premier recours dans les pays d'Afrique au sud du Sahara sont préoccupants. A l'offre de soins diversifiée subsiste des inégalités d'accès. Le secteur public de santé par sa vocation sociale a ainsi l'obligation d'offrir aux citoyens des soins de santé, dont l'accès soit possible à tous. Cette étude aborde le cas de Libreville, capitale du Gabon et avec l'apport des outils de la géographie de la santé, analyse l'offre et l'accès aux soins. Ce travail a permis de mesurer l'accessibilité aux soins des structures de premier recours du secteur public à Libreville. Il s'est agi spécifiquement de l'élaboration des cartes d'attraction des malades et des zones tampons permettant une analyse quantitative de l'accès aux soins. Les résultats obtenus montrent des disparités spatiales dans l'offre de soins pouvant conduire à des inégalités d'accès. Par conséquent, le maillage des structures de premier recours du secteur public reste à repenser. En conséquence, une approche géographique de la santé incluant les aspects de territoire, de besoins de la santé et de réseaux de santé serait souhaitable dans le cadre de la future planification sanitaire à Libreville.

MOTS-CLÉS • Offre de soins. Accès aux soins. Structures de soins. Géographie de la santé. Gabon.

AVAILABILITY AND ACCESS TO THE PUBLIC HEALTHCARE FACILITIES IN SUB-SAHARAN AFRICA: SITUATION IN LIBREVILLE, GABON

ABSTRACT • Availability and access to primary healthcare facilities is a subject of great concern in African countries south of the Sahara. Problems remain not only in the range of services but also in equality of access. By definition the public health sector has a responsibility to provide citizens with equal access to care facilities. The purpose of this study was to analyze availability and access to healthcare facilities in Libreville, the capital of Gabon, using health geography tools. These methods allowed measurement of the accessibility of public primary healthcare facilities in Libreville. Specifically the method consisted of quantitative analysis based on maps illustrating patient attraction and buffer zones. Results showed gaps in health care coverage that could lead to unequal access. The main implication of this finding is that the grid of primary healthcare facilities requires revision. A geographical approach to analyze physical geography and requirements in terms of healthcare and healthcare networks would be helpful to assist planning healthcare infrastructure in Libreville.

KEY WORDS • Availability of healthcare. Access to healthcare. Healthcare facilities. Health geography. Gabon.

La recherche par les populations d'un état de santé satisfaisant est un droit humain fondamental. Pour cela, l'Etat a le devoir d'assurer à ses citoyens des soins préventifs, curatifs et réadaptatifs à travers un système de santé répondant aux besoins des populations.

Ainsi, l'offre de soins modernes est largement diversifiée. Mais cette offre de soins n'est bien souvent que virtuelle. D'après Salem, Cadot et Fournier (1), tous les citoyens n'ont pas le même accès à ces soins, faute d'argent, de couverture sociale et de la conscience de la gravité de certains maux.

Le tableau de bord de la santé publique au Gabon en 2003 note que 80% de la population a accès géographiquement à une structure sanitaire de base (2). Pourtant l'accès aux soins publics dans la ville de Libreville semble poser des problèmes en termes d'accès géographique au regard de son urbanisation rapide, anarchique et de sa population croissante.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans la majorité des cas, les problèmes de santé sont résolus à près de 80% au niveau des structures de soins de premier recours. Ce constat a justifié pour notre étude le choix des structures de soins de premier recours pour mesurer l'accessibilité aux soins.

Selon Richard (3), le concept d'accès est défini comme une analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. La géographie des soins repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité, même si les deux termes sont quasiment différents selon les auteurs.

Pour Brunet (1999) rapporté par Barnet-Quesnel (4), l'accessibilité est la capacité à être atteint par une clientèle, un message et un service. Elle dépend des



Figure 1. Le Gabon, situation géographique.

• Correspondance : j-m.milleliri@wanadoo.fr

• Article reçu le 28/07/2009, définitivement accepté le 23/02/2010

moyens de transport et représente un coût : le monde entier est accessible en tous ses points, mais le coût d'accès peut être très élevé.

De nombreux géographes ont réalisé des études et des recherches en s'efforçant d'établir des catégories de distance. La distance euclidienne a longtemps été utilisée, car elle se détermine simplement à partir des coordonnées.

Les moyens informatiques contemporains permettent aujourd'hui de calculer facilement des distances-temps avec beaucoup de précision. La distance physique exprimée en kilomètres ou mieux encore en temps de trajet demeure la condition principale de l'accessibilité et d'une bonne desserte. La distance d'accès aux soins est donc un bon indicateur de la disponibilité des services de santé.

L'objectif poursuivi par ce travail est de mesurer l'accessibilité des populations aux structures de soins de premier recours à Libreville. Cette mesure a été réalisée en utilisant les outils de géoréférencements, de calculs informatisés et de cartographies automatisées.

Cadre d'étude

La carte de situation (figure 1) illustre la localisation de Libreville sur le versant occidental du Gabon bordé par l'océan Atlantique. Le pays, situé de part et d'autre de l'équateur, entre les latitudes 2°30 N et 3°55 S, et entre les longitudes 10° O et 14° E, a une superficie de 267 667 kilomètres carrés et une population estimée en 2009 à 1,5 million d'habitants (5).

Capitale du Gabon, Libreville est située sur la rive droite de l'estuaire du fleuve Komo, entre 00°25 N et 09°26 E. Libreville s'étend sur une vingtaine de kilomètres du nord au sud, et une quinzaine de kilomètres d'ouest en est.

Depuis l'accession du pays à l'indépendance le 17 août 1960, la population de Libreville est passée de 30 000 habitants à près de 500 000 habitants en 2003. La capitale regroupe 64 % des emplois de fonctionnaires, 56 % des emplois salariés et 87 % des entreprises du pays.

Cette concentration des fonctions administratives et économiques à Libreville a pour corollaire le déplacement des populations de l'intérieur du pays vers celle-ci dans un flux d'exode rural caractéristique d'une quête des populations vers des biens

de société dans laquelle l'accès aux soins constitue une part.

Libreville doit donc relever de nombreux défis, comme la lutte contre la pauvreté, la mise en œuvre d'une véritable politique d'urbanisation, et enfin la défense de l'emploi. L'organisation administrative de la ville de Libreville compte six arrondissements en plus de la commune d'Owendo.

Le système de soins de Libreville est fortement diversifié et se compose en plus du secteur public civil et militaire, des secteurs privé, parapublic et traditionnel.

Libreville, chef-lieu de l'Estuaire (une des neuf provinces du Gabon) et ses périphéries dispose de deux directions régionales en plus de trois départements sanitaires.

Ce découpage de la ville en départements sanitaires s'est fait sur une logique administrative. Sur le terrain, l'opérationnalisation des départements sanitaires n'est en fait pas effective.

Le Gabon a adopté la stratégie des soins de santé primaires (SSP) en 1978 pour atteindre l'objectif « santé pour tous en l'an 2000 ». Mais l'expérience des SSP a été vite stoppée pour des raisons managériales et des choix stratégiques du pays en matière de santé.

La politique de mise en place des districts sanitaires a été l'une des stratégies proposées par l'OMS au sortir de la conférence de Lusaka (1985), mais jusque là il n'y a jamais eu de mise en œuvre opérationnelle des districts de santé à Libreville.

La spatialisation des structures de soins de premier recours à Libreville a été réalisée à partir du géoréférencement de 14 structures (fonctionnelles et en construction), à partir d'un GPS paramétré comme suit : projection (UTM), Ellipsoïde (WGS82), Fuseau (Zone 32N), Unité (degré), dont l'utilisation a permis de mesurer les distances de recours aux soins par rapport aux lieux (ou quartiers) d'habitation des patients. Les données recueillies ont été traitées à l'aide des logiciels Excel et Map-info.

Les aires d'attraction des malades ont été mesurées à partir des cartes de flux réel et théorique.

Ainsi, la réalisation de la carte d'attraction réelle des malades de cette étude a été réalisée selon la méthodologie suivante. Sur le plan de la localisation géographique des structures de soins, nous avons retenu trois structures de soins. Une structure de soins dans les périphéries nord, une autre dans les périphéries sud, et enfin, une der-

nière au centre de la ville. Ce choix a tenu compte dans une certaine mesure des zones d'extension actuelle de la ville. Celle-ci est en train de s'étendre effectivement dans les périphéries nord et sud.

Ensuite, nous avons consulté les registres des malades de ces 3 structures pour relever la provenance de ces derniers. Pour toutes les structures de soins qui ont été sélectionnées au cours de l'étude, nous avons collecté les données de 3 mois à savoir les mois de janvier, février et mars 2008 dans les structures de soins suivantes : le centre de santé de Okala au nord de la ville, le centre de santé de la Peyrie au centre de la ville et le centre de santé de la Commune d'Owendo au sud de la ville. Cette procédure a été dictée par la qualité des registres et le temps imparti à notre travail.

Enfin, en utilisant le logiciel Map-Info nous avons réalisé une carte de flux à partir des données recueillies sur la provenance des malades dans les trois centres de santé à l'étude. Ainsi, la carte de flux des malades dans les trois centres de santé se présente comme suit.

Les aires d'attraction théorique ont concerné toutes les structures sanitaires de premier recours du secteur public à Libreville. Elles résultent donc de la cartographie des structures de soins faite à partir des coordonnées géographiques de ces dernières. Le choix de 1 et 2 kilomètres a été fait en fonction des capacités supposées du malade à les parcourir même en cas d'urgence. Théoriquement, on constate que les quartiers de Bambouchine, Melen et Bizango dans les périphéries Est de la ville n'appartiennent pas aux aires d'attraction théorique considérées par l'étude.

En plus des données collectées en vue de la réalisation des cartes d'attraction réelle et théorique, nous avons mesuré les temps de parcours en transports collectifs des populations aux structures sanitaires, nous avons procédé d'abord au choix de certains quartiers à l'étude. Celui-ci s'est fait à partir des critères purement géographiques : quartier périphérique, péricentral et quartier central. Ainsi, les quartiers d'Akournam (périphérique), Montagne Sainte (central) et Peyrie (péricentral) ont été retenus pour l'étude.

Nous avons ensuite relevé le temps de parcours en transports collectifs aux structures de soins desservant lesdits quartiers à partir de leur centre. Celui-ci a été déterminé de manière empirique en tenant compte des zones de forte concentration de la popula-

Tableau 1. Données géoréférencées de 14 structures sanitaires de premier recours à Libreville en 2008.

Structures	Longitude	Latitude	Quartier	Description
Centre de santé de Louis	9,43330 E	0,41373 N	Louis	Fonctionnel
Dispensaire de la Peyrie	9,45816 E	0,40257 N	Peyrie	Fonctionnel
Centre de santé London	9,45209 E	0,38240 N	Glass	Fonctionnel
Santé maternelle de Glass	9,45445 E	0,37763 N	Glass	Fonctionnel
Dispensaire Owendo	9,50737 E	0,32984 N	Owendo	Fonctionnel
Centre de santé Okala	9,40559 E	0,48286 N	Okala	Fonctionnel
Centre de santé Awendje	9,47533 E	0,38966 N	Awendje	Fonctionnel
Centre de santé Lalala	9,46621 E	0,36741 N	Lalala	Fonctionnel
Dispensaire militaire Fopi	9,47282 E	0,38203 N	Owendo	Fonctionnel
Dispensaire des Sapeurs pompiers	9,47810 E	0,33730 N	Owendo	Fonctionnel
Centre de santé Ambowe	9,43095 E	0,44676 N	Ambowe	Non fonctionnel
Centre médical Beau séjour	9,48825 E	0,39392 N	Beau Séjour	Non Fonctionnel
Santé maternelle et infantile Peyrie	9,45815 E	0,40256 N	Peyrie	Fonctionnel
Centre de santé de Nzeng Ayong	9,47988 E	0,42606 N	Nzeng Ayong	Non fonctionnel

tion. Le moyen de transport collectif utilisé a été le taxi. Pour les quartiers choisis au cours de l'étude, nous avons retenu le même horaire de recueil du temps de parcours en transport collectif, c'est-à-dire à 10 heures du matin. Toutefois, nous avons inclus le Centre Hospitalier de Libreville (CHL) puisqu'il représente le sommet de la pyramide de soins à Libreville.

Résultats

Les données collectées (géoréférences des structures et relevés des origines géographiques des patients ayant eu recours aux 3 structures de santé) ont permis de construire la cartographie de la spatialisation des structures de soins de premier recours, la cartographie des aires d'attraction réelle et théorique des malades ainsi que les temps de parcours en transports collectifs des populations aux structures sanitaires.

Le tableau 1 résume les géoréférences des structures de l'étude.

La carte (figure 2) indique la localisation spatiale des structures de soins de premier recours du secteur public à Libreville en fonction des arrondissements et des quartiers.

A la lecture de cette carte, on constate que le réseau des structures de soins de premier recours du secteur public civil n'est pas dense. Dans la majorité des cas, chaque arrondissement dispose tout au plus de deux structures de soins de premier recours, avec des bassins de populations hétérogènes.

La mesure de l'accessibilité aux soins des populations à partir des outils de la géographie va se faire à partir de quelques exemples de cartes sur les aires d'attraction, de zones tampons et la mesure du temps de

parcours de la population aux structures de soins en transport collectifs.

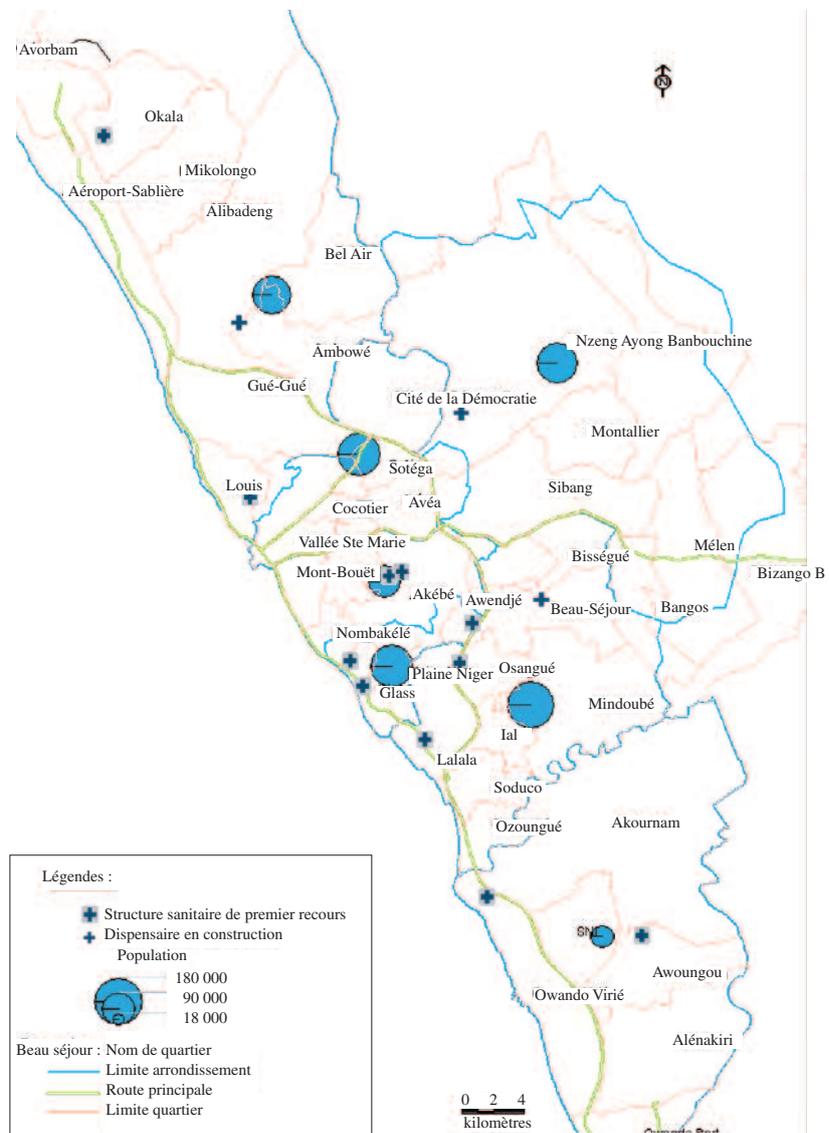


Figure 2. Localisation des structures de soins de premier recours à Libreville.

Géographie des aires d'attraction des malades à Libreville

Les aires d'attraction présentées dans la carte sont réelles (figure 3) à partir des relevés des flux des malades et théoriques (figure 4) à partir des zones tampons calculés. Le tableau 2 résume les relevés de flux au cours des 3 mois retenus pendant l'enquête dans les structures de soins retenues.

La carte des aires d'attraction réelle réalisée à partir des flux des malades se présente comme suit.

La carte de flux montre que le bassin de desserte des centres de santé à l'étude est assez ouvert. Les malades ne proviennent pas exclusivement des quartiers proches des centres de santé, mais parfois de bien plus

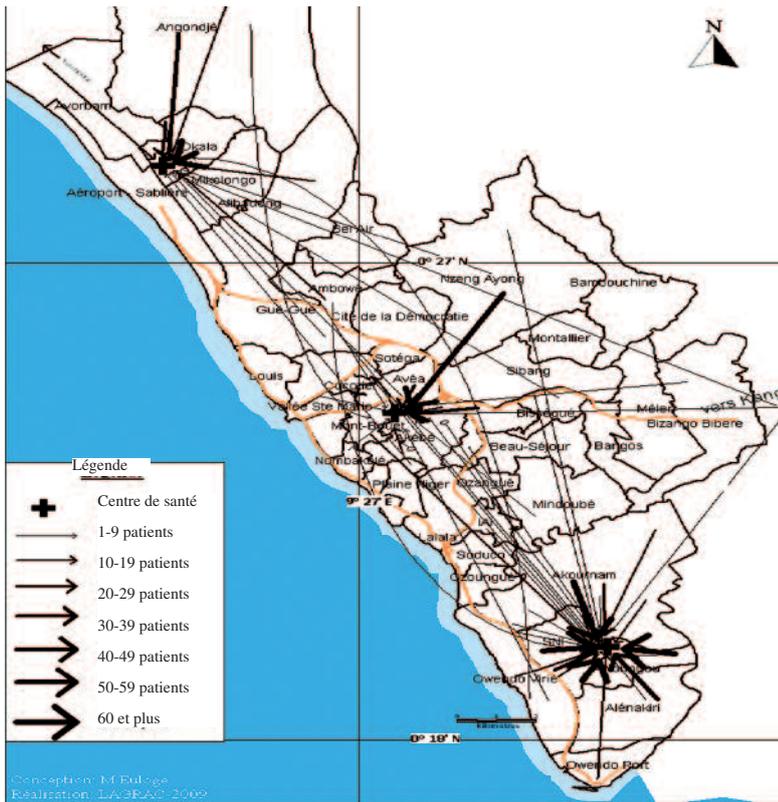


Figure 3. Carte des aires d'attraction réelle à partir des flux de malades.

loin. A titre d'exemple, certains malades fréquentant le centre de santé d'Owendo (sud de la ville) proviennent des périphéries est de la ville et des périphéries nord notamment le Premier Campement et Malibé. Dans le même registre, le centre de santé de La Peyrie (quartier péricentral de la ville) reçoit des malades en provenance de Nzeng-Ayong situé à l'est de la ville. Le centre de santé d'Owendo reçoit des malades en provenance de Kango et Nzeng-Ayong (périphérie est de la ville).

Ces résultats témoignent du manque d'équité spatiale dans l'offre de soins qui fait que les usagers sont obligés d'aller plus loin pour être en contact d'une structure de soins de premier recours.

Cette carte illustre bien la différence qu'il y a entre une aire d'attraction théorique et une aire d'attraction réelle. Cette dernière dépend entre autres des facteurs comme les relations humaines, la capacité de financement de soins, la disponibilité des structures. Elle met ainsi en lumière les limites d'un découpage sanitaire sur une logique administrative voire une logique normative.

Mesure du temps de parcours des habitants des différents quartiers aux structures de soins

La mesure du temps de parcours vers les structures de soins a été réalisée pour les habitants du quartier de La Peyrie, du quartier Akournam et de La Montagne Sainte.

Pour le quartier de La Peyrie, la mesure des temps de parcours en transports collectifs montre que les habitants peuvent se rendre :

- en 10 minutes au dispensaire de La Peyrie ;
- en 20 minutes au Centre Hospitalier de Libreville.

Ce temps d'accès aux structures de soins semble être satisfaisant au regard des résultats obtenus. Cependant, ils peuvent masquer des réelles contraintes d'accès aux soins. Comme la plupart des structures de soins de premier recours du secteur public,

le dispensaire de La Peyrie ne fonctionne que de 7 heures à 18 heures. Le soir, la population du quartier est obligée de recourir au CHL qui est ouvert toute la journée. Il n'est pas exclu qu'en cas d'urgence la population soit confrontée au problème de prise en charge immédiate des patients. Les aléas de transport en commun à Libreville pourraient ainsi constituer un autre handicap pour un meilleur accès aux soins en termes de contrainte de temps.

Pour le quartier Akournam, la mesure des temps de parcours en transports collectifs montre que les habitants peuvent se rendre :

- en 10 minutes au centre de santé d'Owendo ;
- en 20 minutes à l'hôpital pédiatrique d'Owendo ;
- en 20 minutes au cabinet ethnopharmacopée (secteur traditionnel) ;
- en 90 minutes au centre hospitalier de Libreville.

On observe que le Centre Hospitalier de Libreville (secteur public) se situe en moyenne à 90 minutes du centre du quartier d'Akournam (périphérie sud). L'hôpital pédiatrique d'Owendo (secteur parapublic) et le cabinet ethnopharmacopée (secteur traditionnel) se situent à 20 minutes du centre du quartier Akournam. Par contre, le centre de santé d'Owendo se situe à 10 minutes du centre du quartier.

Comme on peut le constater, les populations du quartier Akournam n'ont pas un meilleur accès au CHL. Celui-ci pourrait être beaucoup sollicité le soir puisque le centre de santé d'Owendo ne fonctionne que de 7 heures à 18 heures. Le soir, la population n'a pas accès à la seule structure de santé du secteur public du quartier. Cette situation peut avoir des conséquences graves pour cette population en cas d'urgence médicale. Pourtant, l'hôpital pédiatrique d'Owendo du secteur parapublic se situe en moyenne à 20 minutes du centre du quartier d'Akournam, mais cet hôpital n'est accessible prioritairement qu'aux abonnés de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Tableau 2. Synthétique des relevés des flux dans les structures de soins de l'étude.

Structures	Flux mensuel			Total
	janvier 2008	février 2008	mars 2008	
Centre de santé Owendo	480	489	490	1 456
Centre de santé de La Peyrie	751	799	675	2 225
Centre de santé Okala	133	140	127	400
Total	1 364	1 428	1 292	4 081

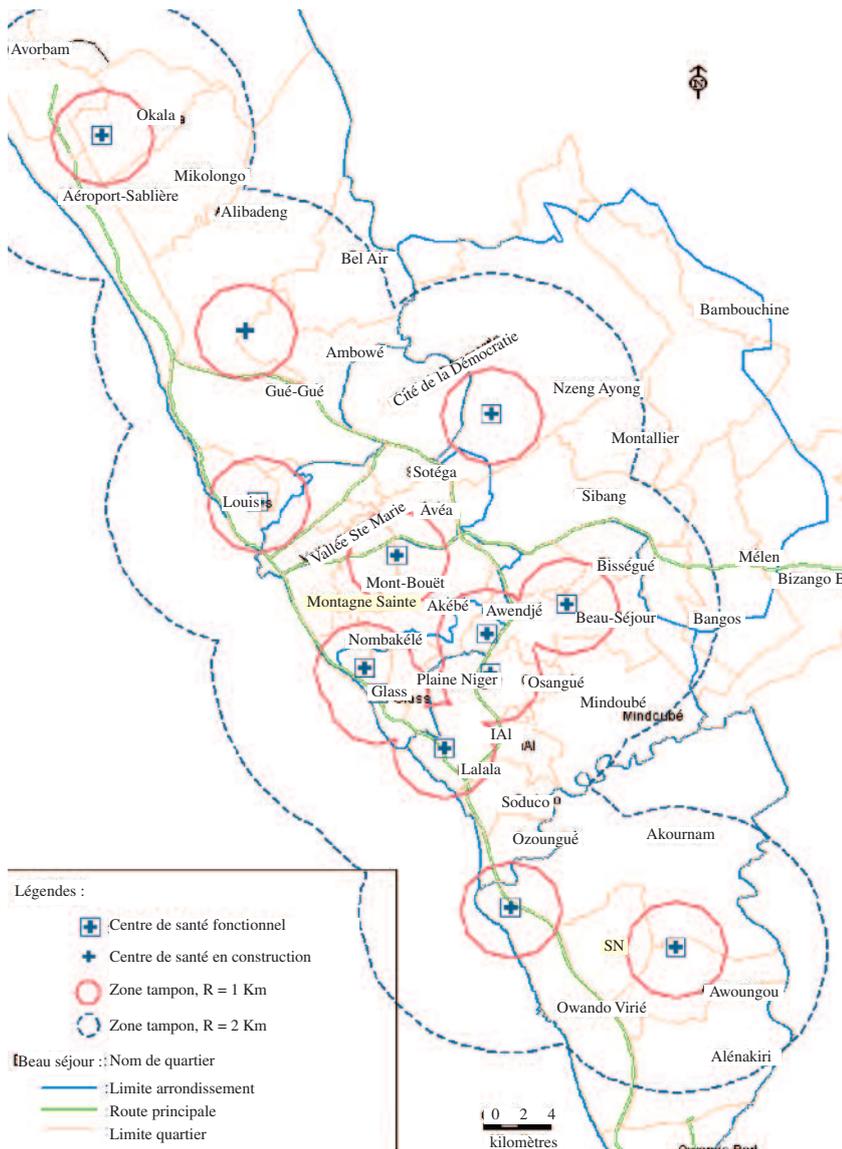


Figure 4. Carte des aires d'attraction théoriques définies par des zones tampons de 1 à 2 kilomètres autour des structures de soins de premier recours.

Les autres usagers doivent payer les coûts de soins dès l'instant même où ils sont en contact avec les services de cette structure. Quant au cabinet Ethnopharmacopée, il ne fonctionne que trois jours par semaine. Cette structure de soins traditionnels ne peut garantir qu'en partie l'accès aux soins des populations puisqu'elle ne fonctionne que de 18 heures à 22 heures. Le temps d'accès de cette structure de santé à partir du centre du quartier semble être satisfaisant, mais ce temps est contraint par les risques habituels d'embouteillage dans le transport urbain dans cette partie de la ville. En revanche, pour une moyenne de 10 minutes du temps d'accès au centre de santé d'Owendo, les populations d'Akournam pourraient être satisfaites de l'accès aux soins pendant la journée.

La mesure du temps de parcours en transports collectifs dans le quartier Akournam peuvent être diversement interprétée. Les facteurs comme l'intensité de la circulation et l'état des routes jouent un rôle non négligeable. Le fonctionnement des structures de santé peut laisser penser que les populations du quartier Akournam sont en difficulté en cas d'une urgence médicale surtout pendant la nuit. Le CHL qui fonctionne 24 h sur 24 h au regard de sa vocation sociale, est en moyenne situé à 90 minutes du centre du quartier. Ce temps d'accès pourrait être long en cas d'urgence médicale.

Pour le quartier La Montagne Sainte, la mesure des temps de parcours en transports collectifs montre que les habitants peuvent se rendre :

- en 10 minutes à la polyclinique Chambrier ;
- en 20 minutes au Centre Hospitalier de Libreville.

La Montagne Sainte est un quartier central de la ville qui semble bénéficier d'une bonne infrastructure routière. On observe dans ce quartier des grandes infrastructures administratives comme la présidence de la République, le ministère des Finances et un réseau routier relativement bon. Contrairement au quartier Akournam, les populations du quartier Montagne Sainte ont une bonne accessibilité aux structures de soins en termes de temps d'accès. Mais cet avantage pour les populations ne doit pas faire oublier qu'un bon temps d'accès à une structure de soins ne suffit pas pour garantir un meilleur accès aux soins. Autrement dit, d'autres facteurs comme le coût de soins rentrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'accès aux soins.

Discussion

A la lumière des résultats obtenus, on observe que l'offre de soins en structures de premier recours n'est pas dense à Libreville, et peut en conséquence engendrer, des inégalités spatiales d'accès aux soins, comme le témoigne la figure 2. L'opérationnalisation des districts sanitaires ou départements sanitaires comme stratégie de développement sanitaire préconisée par l'OMS à Lusaka (1985), aurait pourtant pu résoudre le problème d'allocation des structures de soins de premier recours dans l'espace sanitaire de Libreville, même si les résultats de cette stratégie restent mitigés dans les pays l'ayant mise en œuvre comme le font remarquer Grodos et Tonglet (6).

Pour le Gabon, les enjeux en termes de santé en l'an 2000 se traduisaient par la volonté affichée des pouvoirs publics d'améliorer le déséquilibre actuel en termes d'allocation de ressources, et de donner aux populations un meilleur accès à des soins de qualité dans une cohérence stratégique prenant en compte les particularismes du pays (7).

La carte de flux réel renforce néanmoins l'idée selon laquelle il existe encore des inégalités d'accès aux structures de soins du secteur public. Ainsi, les pouvoirs publics devraient réaliser un bon maillage des structures de soins de premier recours dans l'espace sanitaire de la ville pour que chaque citoyen ait accès à une structure de soins à 5 kilomètres de chez lui, comme le préconisait déjà le Plan national de

Développement Sanitaire de 1998. Tout en évitant le syndrome de la panoplie (8), les efforts actuels des pouvoirs publics en faveur de la création des nouveaux centres de santé dans la ville restent donc un objectif majeur à poursuivre pour espérer atteindre au moins une équité spatiale, sinon sociale, dans l'offre de soins.

Mais ne perdons pas de vue que l'offre de soins ne détermine pas toujours le recours aux soins. Le paradoxe sanitaire au Burkina Faso dont fait état Meunier (9) en est une illustration, puisqu'au moment où le réseau sanitaire se densifie, le nombre de patients dans les établissements publics diminue au profit de la médecine traditionnelle. Autrement dit, comme le souligne Ridde (10), les acteurs de santé planifient pour disposer de ressources et non pour répondre à des besoins.

Par ailleurs, d'après Whitehead, Dahlgren et Evans (2001) rapporté encore par Ridde (10), un système de santé qui accorde une priorité à l'accessibilité géographique au plus grand nombre en vertu des croyances véhiculées par la nouvelle gestion publique (suprématie de la performance) n'a fait qu'agrandir le gouffre dans lequel se trouvent les indigents et les jeter dans un « medical poverty trap ».

Ce fait a également été rapporté au Gabon dans la prise en charge des patients infectés par le VIH (PPVIH) dont l'organisation est concentrée dans les centres de traitement ambulatoire (CTA). Certains patients - avant l'ouverture de CTA provinciaux - devant se rendre à Libreville pour le suivi biomédical et thérapeutique de leur infection, l'éloignement géographique et le coût des transports ont entraîné des difficultés pour ces déplacements réguliers parmi les catégories socioprofessionnelles de bas revenus (11). Ce lien entre le coût des trajets et les difficultés rencontrées pour l'observance thérapeutique a également été rapporté (12).

Le temps d'accès à une structure de santé joue en effet un rôle prépondérant dans la prise en charge des patients. La qualité de soins en dépend. Cependant, l'évaluation du temps de parcours en transports collectifs aux structures de soins est confrontée dans cette étude à la détermination du centre de gravité du quartier comme point de départ de la mesure. L'utilisation des outils de la géographie dans ces circonstances a donné peu de satisfaction. Le logiciel Map-Info permet de déterminer les centrides qui ne peuvent être assimilés à des centres de gravité. Ainsi leur production n'est pas spécifique à

chaque quartier. Ils peuvent englober un ou deux quartiers. Cette difficulté technique de détermination de la centralité des quartiers a contraint de retenir des zones de forte concentration urbaine comme point de départ dans la détermination du temps d'accès dans un quartier considéré. C'est pour cela que les résultats ainsi obtenus peuvent être considérés comme des mesures moyennes.

Les temps de parcours des populations aux structures de soins obtenus dans les quartiers d'étude semblent être globalement satisfaisants dans la journée. Mais si l'on tient compte des facteurs comme la disponibilité des structures de soins, la capacité financière des usagers à prendre en charge leurs frais médicaux - 33 % des Gabonais vivraient en dessous du seuil de pauvreté (13) - et de l'accueil des malades, on peut s'interroger véritablement sur les possibilités d'accès aux structures de soins à Libreville.

Ce constat d'un système de soins où les offres de qualité sont inaccessibles aux populations de bas revenus majore le déséquilibre sociétal qui est patent au Gabon.

C'est pourquoi l'Etat gabonais, conscient de cette problématique s'était engagé dès 1997 dans un gigantesque chantier de réforme et de refonte du système sanitaire.

Pourtant, malgré le Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) qui a posé les bases de ce chantier, des faits tangibles et des actes durables ont tardé à se concrétiser. L'objectif de cet ambitieux programme visant à « l'amélioration de l'état de santé de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population » n'a globalement pas été atteint notamment dans l'amélioration de l'accessibilité à des soins de qualité (7).

Dans son discours à la Nation à l'occasion des vœux pour l'année 2010, le président de la République gabonaise, Ali Bongo Ondimba, a inclus ce chantier sanitaire dans ses priorités : «... l'accent sera particulièrement mis dans le secteur sanitaire, grâce à la restructuration des services hospitaliers et une réorganisation géographique et fonctionnelle des capacités d'hospitalisation tant à Libreville qu'à l'intérieur du pays...» (14). L'utilisation dans ce discours du terme « réorganisation géographique » conforte notre analyse que le système de santé doit prendre en compte au Gabon les réalités d'une géographie sani-

taire axée sur les notions de territorialité et de populations.

Il reste maintenant à traduire ces engagements politiques en acte. Les efforts actuels des pouvoirs publics ayant mis en place une assurance-maladie priorisant les « gabonais économiquement faibles » sont peut-être un premier signe de la mutation en cours. Mais à terme, cette prise en compte du risque maladie - financée actuellement grâce aux opérateurs de téléphonie mobile et aux transferts monétaires - devra s'assurer que l'accès aux soins pour tous sera réalisé aussi en tenant compte de la qualité de l'offre de soins.

Conclusion

En conclusion, la géographie de l'offre des structures de soins de premier recours à Libreville présente des disparités spatiales pouvant conduire à des inégalités d'accès aux soins.

Cette étude a illustré combien l'accès aux structures de soins de premier recours est une problématique importante au Gabon, comme elle l'est dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Notre étude a permis de montrer par les cartes d'attractions réelle et théorique, le fossé qui existe entre l'attraction des structures de soins de premiers recours et leur réelle utilisation par les habitants des bassins de population. L'offre de soins ne détermine pas toujours le recours aux soins. De plus, les obstacles liés aux coûts des transports collectifs et les délais de trajet peuvent constituer des freins à l'utilisation de ces structures.

Il paraît donc nécessaire de développer au Gabon en général et à Libreville en particulier une approche géographique de la santé tenant compte du territoire, des besoins de santé de la population et du réseau de santé. Cette approche permettrait de mieux définir les normes d'une équité spatiale dans l'offre des structures de soins de premier recours à Libreville. ■

RÉFÉRENCES

1. Salem G, Cadot E, Fournier F. Villes africaines et santé : de la nouvelle jeunesse des vieilles endémies, à l'émergence de nouvelles épidémies. *Afrique Contemporaine* numéro spécial « La santé en Afrique Anciens et nouveaux défis » 2000 ; n° 195 : 60-70.
2. Ministère de la santé publique (Gabon). Tableau de bord de la santé publique au Gabon. 2003, 31 p.

3. Richard JL. Profil des utilisateurs des différents services de santé modernes dans le Bénin rural. Espace population, Société, 1995, n° 1 : 91-104.
4. Barbet-Quesnel A. Géographie des pratiques spatiales dans la région du Nord-Pas-de-Calais : un modèle gravitaire de calcul d'aires d'attraction hospitalières. Thèse de Doctorat en Géographie, Université des Sciences et de technologie de Lille, UFR de géographie 2002, 521 p.
5. Pison G. Tous les pays du monde. *Populations et Société* 2009 ; 458 : 1-8.
6. Grodos D, Tonglet R. Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de santé à l'épreuve. *Trop Med Int Health* 2002 ; 7 : 977-92.
7. Milleliri JM, Tevi-Benissou C. Public Health in contemporary Gabon. In « Culture, Ecology, and Politics in Gabon's Rainforest ». Reed/Barnes ed. The Edwin Mellen Press ed, New York, 2003, pp 269-308.
8. Perret JL, Kombila M, Pemba LF. Gabon : le syndrome de la panoplie. *Med Trop* 1997 ; 57 : 337-42.
9. Meunier A. Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso Mappemonde. 2000 ; 60 :12-7.
10. Ridde V, Fassin D. Equité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso. L'Harmattan ed, Paris. 2007 ; 536p.
11. Milleliri JM. Approche géographique de l'épidémie de Sida au Gabon. Territorialité et mobilité. Mémoire de DEA de géographie de la santé. Université Paris X Nanterre. 2004 ; 122 p.
12. Nziengui U, Zamba C, Rey JL. Les difficultés rencontrées par les malades pour suivre leur traitement antirétroviral au Centre de traitement ambulatoire de Libreville, Gabon. *Bull Soc Pathol Exot* 2006 ; 99 : 23-7.
13. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD-Gabon). Profil Pays du Gabon, 2006, 120 p.
14. Bongo Ondimba A. Nouvel An 2010 : Message à la Nation du président de la République. *L'Union* 2010 ; 35 : 10215 : 2.



Centres de santé au Gabon © Makita-Ikouaya E.