

ETUDE DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À NEMA II, UN QUARTIER DE ZIGUINCHOR (SÉNÉGAL)

Mamadou Aguibou DIALLO

Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal

madiallo@univ-zig.sn

&

Paul DIEME

Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

diemepaul76@gmail.com

Résumé : L'accès au service de santé est l'un des défis les plus importants des pays africains depuis les années 1990. Au Sénégal, dans les milieux urbains ou ruraux malgré les efforts des gouvernements et des partenaires socio-économiques, l'accès géographique et financier de la santé est non assuré pour toute la population. Cette étude interroge l'accès aux services de santé des populations d'un quartier populaire et périphérique de Ziguinchor, Nema II. Ce quartier spontané créé dans les années 1950 se caractérise par la pauvreté des habitants, l'absence de lotissement, le manque d'assainissement et d'infrastructure socio sanitaires. L'étude s'appuie sur des données empiriques obtenues par le moyen d'une enquête par questionnaire, une observation et des entretiens. Les résultats montrent que les populations de Nema II fréquentent généralement les postes de santé en cas de maladie. Par contre, la proximité géographique, le coût des soins, la perception de la qualité des services et des soins offerts et d'autres facteurs sociaux culturels déterminent la fréquentation des postes de santé.

Mots clés : accès, santé, Nema II, Ziguinchor

Abstract : Access to health care is one of the most important challenges of African countries since the 1990s. In Senegales urban and rural areas, despite the efforts of governments and socio-economic partners, geographical and financial health access is not guaranteed for the entire population. This study questions access to the health services of the people of a popular and peripheral area of Ziguinchor, Nema II. This spontaneous neighborhood created in the 1950s is characterized by poverty, lack of housing and social health infrastructure. The study is based on empirical data obtained through a questionnaire survey, observation and interviews. The results show that Nema II populations typically attend health stations in the event of illness. However, geographical proximity, cost of care, the perception of the quality of services and care offered and other cultural social factors determine the use of health positions.

Keywords: access, health, Nema II, Ziguinchor

Introduction

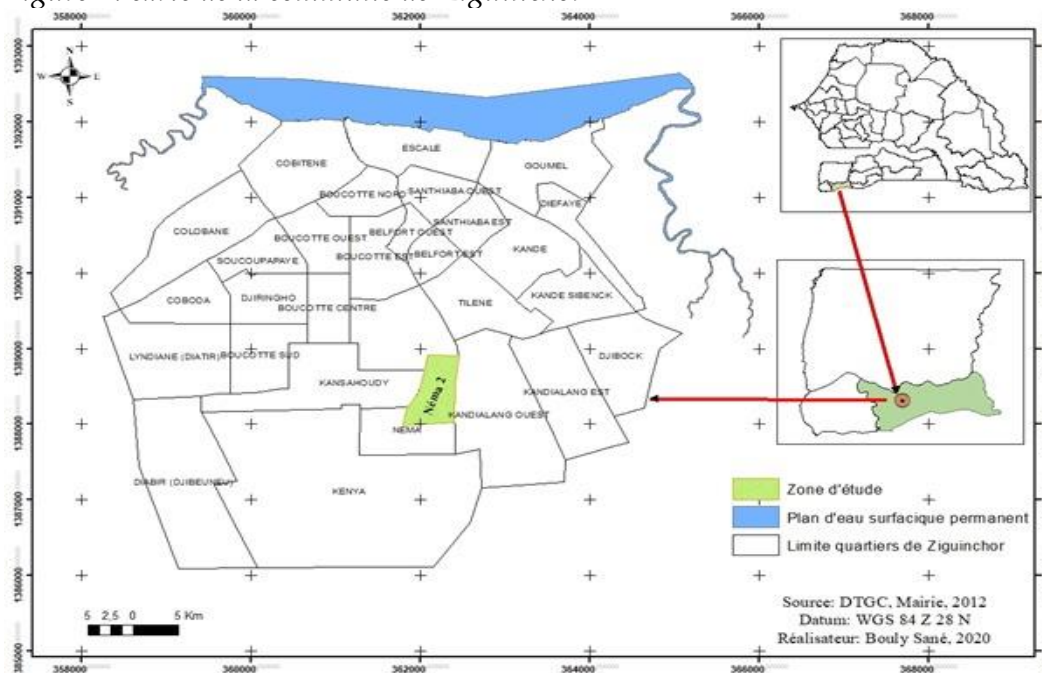
Au Sénégal, comme dans de nombreux pays de l'Afrique de l'ouest, l'Etat a consenti dès l'indépendance, d'importants efforts pour offrir à l'ensemble de sa population une couverture sanitaire et de répondre ainsi à un impératif de santé publique. Des politiques, plans et programmes de santé ont été mis en œuvre par les gouvernements successifs pour assurer un accès aux soins (Ridde (2012, pp. 18-20) à la population mais l'Etat n'a pu assurer une plus grande équité dans l'accès aux prestations offertes par les services de santé (Becker, Diakhaté, Fall, 2008). La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB) (Monekosso, 1989) et l'appui des organisations comme l'OMS ont permis de décentraliser et de démocratiser les soins dans les zones urbaines et rurales du pays. Toutefois, malgré les efforts fournis dans le cadre de l'IB. Ridde et Girard (2004, p. 44) par les autorités politiques et sanitaires, on note une certaine inégalité en termes de santé au Sénégal. Alenda-Demoutiez (2015, p. 70). Cette inégalité se manifeste à travers une insuffisance des structures sanitaires, un déficit de personnel, un accès géographique et économique limité et une limitation de l'offre de services de qualité (Touré, 2014). En plus des difficultés d'accès, un des problèmes remarqués au Sénégal est le recours non automatique et non universel aux soins dans les structures de santé. L'automédication (Despres-Dely, 1992) et la médecine traditionnelle (Guissé, 2006) concurrencent les postes de santé et les hôpitaux à tous les niveaux et dans tous les espaces (urbain ou rural). En outre, comme l'ont constaté Jaffré et Olivier De Sardan (2003, pp. 463-465), dans les milieux de soins, les malades sont trop souvent mal reçus, mal traités et mal soignés par les personnels de santé.

Le présent article s'inscrit dans une logique d'analyse de l'accès aux services de santé des établissements sanitaires par la population de Néma II dans la commune de Ziguinchor. Pour cette réflexion, l'accent est mis sur le volet sanitaire en rapport avec la fréquentation aux structures et l'utilisation des services de santé. Ainsi, la question suivante guide notre analyse : le niveau de satisfaction de la population de Néma II par rapport à la qualité des services reçus expliquerait-il en partie la fréquentation des structures de santé ?

Cette étude a pour cadre le quartier de Néma II dans la ville de Ziguinchor en Casamance. Ziguinchor est un territoire qui se trouve à environ 450 km au Sud du

Sénégal. C'est une zone riche de par sa diversité culturelle et ses potentialités économiques (tourisme, pêche, agriculture). La commune urbaine de Ziguinchor compte 26 quartiers situés entre le fleuve Casamance, la commune de Niaguis et celle de Niassy. La ville ne cesse de s'étendre depuis les années 1970 (Sow et Sall, 2019) ; ce qui fait que des zones jadis réservées à l'agriculture et au maraîchage (Goumel, Kandialang, Lyndiane, Djibélor) sont actuellement les nouveaux espaces d'habitation. La ville se redessine et la périphérie s'étend vers le Sud-Est et le Sud-Ouest (figure 1).

Figure 1: carte de la commune de Ziguinchor



Sur le plan démographique, la ville de Ziguinchor (commune) compte 205 294 habitants au dernier recensement de 2013 (ANSD, 2015).

Concernant les infrastructures sanitaires, la ville de Ziguinchor abrite 03 hôpitaux (centre hospitalier régional, hôpital silence et l'hôpital de la paix), 01 centre de santé et 05 postes de santé. De plus, la commune compte 01 village psychiatrique (centre psychiatrique Emile Badiane de Kénia), 01 pharmacie régionale d'approvisionnement, 01 brigade d'hygiène, 01 centre pour infection sexuellement transmissible, 01 bureau régional de l'éducation et l'information pour la santé.

« Les ratios population infrastructures sanitaires montrent que dans la région nous avons un hôpital pour 356 721 habitants ce qui constitue plus du double de la norme

de l'OMS qui est d'un hôpital pour 150 000 habitants » (ANSD, 2013, p.39).

S'agissant de notre milieu d'enquête, Néma II (créé en 1957), est situé au centre sud de la commune de Ziguinchor entre les quartiers de Kénia, Kandialang et Kansahoudy (figure 1). Notre zone d'étude est une bande de 60 hectares (Gomis, 2014) coincée entre la route de l'université et le boulevard 54 m qui mène vers la République de Guinée Bissau. C'est un quartier dit spontané (Gomis et Sall, 2019) avec de tensions liées au foncier (Diallo et Touré, 2021), populaire, qui manque d'eau et d'assainissement (Gomis et Thior, 2020), d'infrastructures socio-économiques et sanitaires. Il n'a pas de structures de santé ni de pharmacie dans le quartier. Toutefois, le poste de santé de Nema ou poste de santé « Belge », le village psychiatrique de Kenia et le centre de santé de la garnison militaire se situent à moins d'un kilomètre à la ronde. Ainsi, comparé à plusieurs quartiers de Ziguinchor, Néma II est entouré de structures de santé de proximité pour les soins dit primaires.

1. Méthodologie

Pour les besoins de cette étude, nous avons combiné la méthode qualitative (entretien et observation) à celle quantitative (enquête par questionnaire). Les deux méthodes sont censées apporter plus de qualité à cette étude. En effet, les données chiffrées peuvent être expliquées par le discours des acteurs et ce dernier est légitimé par les chiffres. L'aspect quantitatif est pris en compte grâce au questionnaire administré auprès de 152 personnes. Par contre, le volet qualitatif est remarquable à travers les entretiens avec les personnes ressources et les observations directes sur le terrain.

S'agissant de l'échantillonnage, la technique de commodité a été privilégiée pour cette étude. C'est une technique d'échantillonnage non probabiliste où les individus sont choisis en raison de leur accessibilité et de leur disponibilité.

Dans le cadre de ce travail, pour trouver les personnes à enquêter, nous nous sommes rendus dans le quartier et dans les maisons pour administrer un questionnaire. La population cible est constituée des chefs des ménages et d'adultes rencontrés dans le quartier.

Concernant la collecte des données par questionnaire, nous avons interrogé 152 personnes à l'aide de l'application *Kobocollect*. Ensuite, les données ont été transférées

vers SPSS 25 pour un traitement de qualité. Le traitement a consisté à l'étude des incohérences, la recherche des doublons et le remplacement des données manquantes. Pour enrichir cette étude, nous avons effectué des entretiens avec cinq personnes ressources. Les entretiens ont porté sur les difficultés de la vie quotidienne dans le quartier, les besoins en prise en charge des problèmes de santé, la fréquentation des structures de santé et la perception des populations envers ces structures.

Enfin, des observations directes ont été effectuées dans le quartier pour mieux comprendre les données récoltées et mieux expliquer les informations sur la santé à Nema II. Les observations ont porté sur l'habitat, l'environnement et la disponibilité d'infrastructures socio-économiques.

2. Résultats et discussion

Cette partie présente les résultats de l'enquête de terrain effectuée à Nema II. L'analyse des données se fait par thématique afin de mieux ressortir la richesse des informations recueillies. En plus des données sur le profil des enquêtés, les thèmes retenus pour cette analyse traitent de la fréquentation des structures de santé et de l'utilisation des services de santé, des déterminants de la fréquentation, de la qualité du service et des représentations sociales et usagers.

2.1. Profil sociodémographique des enquêtés

Les personnes enquêtées dans le cadre de cet article présentent les caractéristiques socio démographiques intéressantes. En effet, à la lecture de ce tableau, nous observons d'abord, les hommes (55,3%) représentent plus de la moitié des répondants contre 44,7% pour les femmes (tableau 1, A). Ces derniers sont tous mariés et vivent dans des ménages dont la taille moyenne est d'environ 10 individus (tableau 1, F). Ensuite, les caractéristiques ethniques indiquent que les Mandingues (40,1%) sont les plus représentés dans notre échantillon, suivis des Peuls (28,9%) et des Diolas (16,4%) ; Les Wolofs (2%), les Sérères (2,6%) et les autres ethnies ne représentent qu'une faible proportion (tableau 1, B). En outre, les enquêtés ont presque tous suivi des études coraniques et/ou laïques. Seuls 21,1% des répondants affirment n'avoir fait

aucun type d'étude. Par contre, parmi ceux qui ont suivi des études laïques (scolarisés), près de neuf individus sur dix ont un niveau élémentaire.

Par ailleurs, la moyenne d'âge des enquêtés est de 39 ans avec un âge minimum de 18 ans et un maximum de 74 ans. Plus de la moitié d'entre eux à plus de 37 ans et trois enquêtés sur quatre à au moins 45 ans (tableau 1, E). Enfin, 52,6% des répondants n'ont pas d'emploi fixe rémunéré, 38,2% ont quand même une activité où ils tirent des revenus, 4,6% sont à la retraite et 4,6% sont encore en étude (tableau 1, D).

Tableau 1: caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

SEXE (A)	Fréquence	Pourcentage	SITUATION PROFESSIONNELLE (D)	Fréquence	Pourcentage
Femme	84	55,3	A la retraite	7	4,6
Homme	68	44,7	En emploi	58	38,2
Total	152	100	En étude	7	4,6
			Ne travaille pas	80	52,6
			Total	152	100
			Statistiques descriptives AGE (E)		
ETHNIE (B)	Fréquence	Pourcentage	N	Valide	152
Autre ethnie	12	7,9		Manquant	0
Diola	25	16,4	Moyenne		39,10
Mancagne	3	2,0	Médiane		37,00
Mandingue	61	40,1	Mode		30
Peul	44	28,9	Minimum		18
Sérère	4	2,6	Maximum		74
Wolof	3	2,0	Percentiles	25	30,25
Total	152	100		50	37,00
				75	45,00
			Statistiques descriptives TAILLE DU MENAGE (F)		
TYPE D'ETUDE (C)	Fréquence	Pourcentage	N	Valide	152
Ecole religieuse	34	22,4	Moyenne		9,70
Ecole religieuse Ecole laïque (française)	63	41,4	Médiane		8,00
Aucun	32	21,1	Mode		8
Ecole laïque (française)	20	13,2	Minimum		2
Ecole laïque (française) Ecole franco arabe	3	2,0	Maximum		30
Total	152	100	Percentiles	25	6,25
				50	8,00
				75	13,00

Source : Diallo et Diémé, 2021

2.2. De la santé et de sa prise en charge chez les populations de Néma II

Pour ce travail, les individus enquêtés ont été sondé sur leur santé et la prise en charge de cette dernière. Les informations recueillies indiquent d'un côté que majoritairement les individus sollicités affirment avoir un bon état de santé (86,1%). En effet, respectivement 5,9%, 53,3% et 27% disent avoir un état de santé très bon, bon et assez bon.

Tableau 2: Perception de l'état de santé de la population enquêtée à Néma II

Etat de santé	Fréquence	Pourcentage
Assez bon	41	27
Bon	81	53,3
Mauvais	20	13,2
Très bon	9	5,9
Très mauvais	1	0,7
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

Ces données sur l'état de santé des répondants sont corroborées par celles qui renseignent que 71,1% d'entre eux n'ont pas de maladie chronique ou à caractère durable.

D'un autre côté, le soutien familial dans la prise en charge est positivement apprécié. Plus de la moitié (56,6%) est satisfait voire très satisfait du soutien de leurs proches (conjoint, parents et enfants) dans la prise en charge de frais de santé. Toutefois, les données cachent une information de taille qui indique que 43,4% ne sont pas satisfaits du soutien de la famille proche.

Tableau 3: Niveau de satisfaction du soutien de la famille

Niveau de satisfaction	Fréquence	Pourcentage
Insatisfait	45	29,6
Satisfait	55	36,2
Très insatisfait	21	13,8
Très satisfait	31	20,4
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

Cette insatisfaction porte surtout sur le soutien financier. Car, dans ce quartier la précarité et la pauvreté sont des éléments très présents. D'ailleurs, 22,4% des répondants affirment renoncer à une consultation d'un agent de santé ou médecin pour des raisons financières. Or, selon les résultats issus du terrain (tableau 3), près de neuf enquêtés sur dix (89,5%) partagent l'opinion selon laquelle ils ne renonceraient pas aux soins s'ils avaient le soutien financier de la famille (50,7% sont d'accord et 38,8%, tout à fait d'accord).

Tableau 4: renoncement aux soins en l'absence de soutien familial

Renoncement aux soins	Fréquence	Pourcentage
D'accord	77	50,7
Ni en désaccord ni d'accord	3	2,0
Pas d'accord	8	5,3
Pas du tout d'accord	5	3,3
Tout à fait d'accord	59	38,8
Total	152	100,0

Source : Diallo et Diémé, 2021

Il apparaît ainsi que le recours aux soins à Nema II est déterminé par le facteur économique. Les gens enquêtés affirment ne pas renoncer aux soins s'ils ont un soutien financier. Ce soutien peut provenir de la famille ou de l'Etat à travers ses politiques de protection sociale et plus spécifiquement des politiques d'assurance ou d'assistance en santé mis en place par l'Etat dans le cadre de la couverture maladie universelle. Seulement, dans notre zone d'enquête, l'assistance publique en matière de santé est assez faible. Seuls 17,1% affirment bénéficier d'une assurance (couverture maladie universelle) ou gratuité (plan sésame) en matière de santé.

Tableau 5: bénéficiaires d'une assurance maladie ou politique de gratuité en santé

Assurance maladie	Fréquence	Pourcentage
Non	126	82,9
Oui	26	17,1
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

2.3. Les déterminants de la fréquentation aux structures sanitaires

Les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude ont été interrogées sur leur fréquentation des structures de santé pour mieux comprendre les déterminants. Le tableau 6 suivant, renseigne que d'une part que les enquêtés fréquentent tous les structures de santé et d'autre part que le poste de santé est mieux fréquenté que les autres structures avec 38% des individus interrogés. Ensuite, il y a le centre de santé et le dispensaire avec des taux de fréquentation très faible.

Tableau 6: fréquentation des structures de santé des populations de Néma II

Structures de santé	Fréquence	Pourcentage
Aucun	1	0,7
Centre de santé	3	2,0
Centre de santé Hôpital	1	0,7
Centre de santé Hôpital Cabinet privé ou clinique	1	0,7
Dispensaire	1	0,7
Dispensaire Centre de santé Autre	1	0,7
Dispensaire Centre de santé Cabinet privé ou clinique	5	3,3
Dispensaire Centre de santé Hôpital	6	3,9
Dispensaire Hôpital Cabinet privé ou clinique	2	1,3
Dispensaire Poste de santé Autre	1	0,7
Dispensaire Poste de santé Cabinet privé ou clinique	3	2,0
Dispensaire Poste de santé Centre de santé	10	6,6
Dispensaire Poste de santé Centre de santé Autre	1	0,7
Dispensaire Poste de santé Hôpital	3	2,0
Dispensaire Poste de santé Hôpital Autre	1	0,7
Poste de santé	59	38,8
Poste de santé Cabinet privé ou clinique	3	2,0
Poste de santé Centre de santé	9	5,9
Poste de santé Centre de santé Autre	6	3,9
Poste de santé Centre de santé Cabinet privé ou clinique	7	4,6
Poste de santé Centre de santé Hôpital	20	13,2
Poste de santé Centre de santé Hôpital Autre	1	0,7
Poste de santé Hôpital	4	2,6
Poste de santé Hôpital Cabinet privé ou clinique	3	2,0
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

Cependant, ce tableau 6 ne montre pas suffisamment l'importance de la fréquentation des postes de santé par les populations. En réalité, l'enquête révèle que 86,2% des personnes interrogées fréquentent le poste de santé.

Tableau 7: fréquentation des structures de santé

Type de structure de santé	Fréquence	Pourcentage
Autres structures de santé	21	13,8
Poste de santé	131	86,2
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

A Nema II, cette fréquentation diffère un peu selon la scolarisation et le niveau d'étude. En effet, 40,7% des répondants qui affirment fréquenter les postes de santé ne sont pas scolarisés. De même, 37,3% ont un niveau primaire et 20,3% un niveau secondaire.

Tableau 8: niveau d'étude et fréquentation des postes de santé¹

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Primaire	22	37,3
Secondaire	12	20,3
Supérieur	1	1,7
Aucun	24	40,7
Total	59	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

Généralement, les déterminants de fréquentation aux structures de santé par les populations peuvent se classer en trois grands catégories, les déterminants financiers², les déterminants liés aux services offerts et à la qualité des soins³ et les déterminants socioculturels. Chaque élément influence d'une manière ou d'une autre la fréquentation et l'utilisation des services de santé.

Pour cette recherche, les données montrent que le comportement des usagers en matière de recours aux soins de santé modernes, la fréquentation et l'utilisation des structures et services de santé sont déterminés par la proximité géographique, le professionnalisme des professionnels de santé et le niveau économique des usagers.

¹ La fréquence totale (59) correspond au nombre d'enquêtés ayant affirmé fréquenter des postes de santé.

² Les déterminants financiers concernent le recouvrement des coûts, le paiement direct des soins, le niveau de revenu des ménages, le prix et coût des soins, le coût du transport, etc.

³ Les déterminants liés à la qualité des soins font référence à la qualité structurelle, à la disponibilité en médicament, au processus de soins, à la relation soignant / soigné, à la qualité perçue, à la satisfaction des usagers, etc.

En effet, de par sa position géographique, « le poste de santé Belge » est le plus proche du quartier. Les résidents de Nema II s’y rendent pour leurs soins comme l’affirme madame Seydi dans l’extrait suivant :

« En cas de besoin de se soigner, nous partons au niveau du poste de santé de Belge qui est le plus proche, mais aussi le plus accessible pour nous les familles pauvres. Là-bas, le personnel est plus humain comparée à l’hôpital régional, où nous avons l’impression que nous sommes devant des gendarmes commerçants » (M. Seydi, habitant du quartier).

Cette opportunité liée à la proximité géographique est confirmée par madame Keita, une autre habitante de Nema II à travers l’entretien suivant.

« Quand le besoin de se faire soigner se présente dans la famille, nous avons deux choix. Soit, nous partons au poste de santé Belge au quartier Castor pas loin du quartier, soit nous partons à l’hôpital Silence en ville. Là-bas, c’est loin, mais les prix sont moins abordables pour nous » (Mme Kéita, habitante du quartier).

Par ailleurs, l’utilisation des services est tributaire du contexte socio-économique, du niveau des ressources, les intrants technologiques et les valeurs culturelles du milieu. Ces dernières ont une pesanteur particulière sur la conscience collective de la population et on peut l’observer sur la vie quotidienne des habitants de Néma II comme partout au Sénégal où il y a une forte culture de la médecine traditionnelle.

Dans le tableau 9 suivant, la fréquentation des pharmacies par les enquêtés pour l’achat des médicaments est assez faible (5,3%). Plus de neuf personnes sur dix (94,7%) ne fréquentent pas les pharmacies.

Tableau 9: Fréquentation des pharmacies

Fréquentation	Fréquence	Pourcentage
NON	144	94,7
OUI	8	5,3
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

Cette sous fréquentation des officines pharmaceutiques soulève la question de l’usage des médicaments issus de l’industrie pharmaceutiques mais aussi de l’automédication et du recours à la médecine traditionnelle. L’automédication renvoi ici à l’usage des

médicaments achetés par d'autres membres du ménage mais aussi au recours de produits de la médecine traditionnelle.

Dans le tableau 10 suivant, plus de la moitié des individus interrogés (52,6 %) ont recours à l'automédication pour se soigner en cas de besoin.

Tableau 10: recours à l'automédication

Automédication	Fréquence	Pourcentage
NON	72	47,4
OUI	88	52,6
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

L'explication de ces pratiques sont à rechercher dans les habitudes quotidiennes qui dictent le recours aux recettes de grand-mère ou de grand-père en matière de premiers soins, surtout quand il s'agit de maladie perçue comme étant bénigne.

L'extrait suivant d'un agent de santé permet de comprendre le recours à l'automédication

« Je ne vois de mal à utiliser des feuilles et des racines de plantes pour soigner un des membres de la famille. Dans nos traditions, on le faisait et je ne vois pas ce qui va m'empêcher de le faire. L'hôpital, c'est très bien, mais certains maux ne peuvent être soulagés qu'à travers les racines et les feuilles. Par exemple, les débuts de maux de tête, maux de dents, [...] n'ont pas forcément besoin d'aller à l'hôpital » (M. Sambou, agent de santé, habitant du quartier).

Il est vrai que le poids des traditions à une influence certaine sur les décisions de s'auto-soigner lorsqu'il s'agit des besoins qui n'ont pas atteint un niveau de complexité ou de gravité nécessitant une intervention médicale. Cependant, l'automédication a un impact sur la fréquentation des structures de soins.

Par ailleurs, la perception de la qualité des services joue aussi un rôle important dans la fréquentation des populations au niveau des structures sanitaires. La population de Néma II ne déroge à ce fait car elle fréquente les structures en fonction de la perception que les uns et les autres ont du service offert dans les structures de santé.

Dans le tableau 11 suivant, on peut observer que 57,9% des personnes enquêtées sont satisfaites et 11,2% sont très satisfaites de la prise en charge dans les structures de santé qu'elles fréquentent. Seul un individu sur quatre affirme n'être point satisfait.

Tableau 11: appréciation concernant la prise en charge santé dans les structures de santé

Niveau de satisfaction	Fréquence	Pourcentage
Insatisfait	39	25,7
Neutre	7	4,6
Satisfait	88	57,9
Très insatisfait	1	0,7
Très satisfait	17	11,2
Total	152	100

Source : Diallo et Diémé, 2021

Au-delà des perceptions et des représentations, c'est la disponibilité du personnel et l'accueil des patients sont déterminant dans le choix de la structure. Un personnel accessible, attentif aux demandes de besoins des patients, contribue à améliorer la qualité du service, et par conséquent, la structure est plus fréquentée. Le contraire entraîne un rejet, une mauvaise appréhension des structures sanitaires. Ce qu'il faut comprendre à ce niveau de perception de la part de la population, ce n'est pas le plateau médical, mais la manière dont elle est accueillie au niveau des structures de santé. L'extrait suivant met en relief l'influence du facteur humain dans le choix des structures de santé.

« Je préfère me rendre à l'hôpital Belge, au camp militaire que d'aller à l'hôpital régional parce qu'à l'hôpital régional le personnel ne respecte pas les malades et leurs accompagnés surtout vous êtes dans situation de pauvreté. Tu te présentes pour demander des renseignements, ce sont des cris, des mots déplacés que tu reçois. Le personnel est toujours dans l'agressivité. Ce comportement n'est pas bon dans le milieu qui reçoit des personnes malades car il augmente la souffrance de ces dernières. Les accompagnants sont traités comme si ce ne sont pas des êtres humains. Ils dorment à même le sol sans aucune protection. Ils reviennent de l'hôpital, pour la plupart, malades » (M. Sadio, habitant du quartier).

La situation décrite par M. Sadio et reprise par les personnes interrogées témoigne du choix et de la qualité des services offerts dans certaines structures sanitaires. En effet, ce qui est mis en avant, ce n'est pas l'accès aux soins, mais la relation soignant/soigné c'est-à-dire les conditions dans lesquelles les personnes les reçoivent qui poussent les unes et les autres à avoir des préférences et donc déterminer l'accès.

Conclusion

Notre travail s'est donné pour objectif d'analyser à la fois la fréquentation aux structures sanitaires et l'utilisation des services de santé. Il est de notoriété publique que la fonction principale d'une structure réside dans sa capacité à assurer une égalité d'accès, que celle-ci soit financière, géographique ou autre, à des soins de qualité pour l'ensemble des nécessiteux où qu'ils se trouvent.

La question de la fréquentation des structures sanitaires dans les quartiers périphériques comme Néma II, trouve sa réponse au niveau socioculturel car des habitudes quotidiennes par moment, empêchent les populations de les fréquenter. Toutefois, ce travail montre bien qu'au-delà de la culture et des traditions, des obstacles à la fréquentation des structures de santé sont avant tout d'ordre financier et psychosociologique (perceptions, représentations, interactions).

Références bibliographiques

- ALENDIA-DEMOUTIEZ, Juliette. 2015. *Les inégalités en termes de santé au Sénégal*.
- Agence Nationale De Statistique Et De Démographie (ANDS). 2013. Ziguinchor: Situation Economique et Sociale régionale, (en ligne), consulté le 10 mai 2021
URL: <http://www.ansd.sn/ressources/ses/chapitres/4-sante-zig2013.pdf>
- BECKER Charles DIAKHATÉ Moussa, FALL Aboubacry. 2008. « Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités ? » in Gaye DAFFÉ et Abdoulaye DIAGNE (éds.). 2008. *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté. Les oubliés de la croissance*, Paris, Karthala, CRES et CREPOS, pp. 81-108.
- DESPRES-DELY, Caroline. 1992. « L'automédication au Sénégal », *Cahiers d'anthropologie et biométrie humaine*, vol 10, n° 1-2, pp.73-81.
- DIALLO Mamadou Aguibou et TOURE Lamine. 2021. « Tensions urbaines et conflits dans les quartiers spontanés en Casamance : le cas de Néma II à Ziguinchor », *Revue Internationale de Sciences Économiques et Sociales*, n°1, pp.83-100.

- GOMIS, Joseph Samba et THIOR, Mamadou. 2020. « Accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les quartiers informels de la commune de Ziguinchor (Sénégal) : l'exemple de Nema 2 et Coboda », *Larhyss Journal*, n°41, pp.27-46.
- GOMIS, Joseph Samba et SALL, Oumar. 2019. *Etude de l'habitat spontané dans la commune Ziguinchor (Sénégal)*, éditions universitaires européennes, 140 p.
- GUISSE Youssouph Mbarane. 2006. « Place de la médecine traditionnelle dans les cultures africaines : l'exemple du sereere du Sénégal », in *Femmes et développements durables et solidaires : savoirs, sciences, entrepreneuriat*, Presses universitaires de Namur, pp. 83-92.
- JAFFRE Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre. 2003. *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- MONEKOSSO Gottlieb Lobe. 1989. « L'initiative de Bamako : autofinancement communautaire des soins de santé primaires par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts : quelques principes généraux », OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2013. « Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle », (En ligne), consulté le 10 mai 2021, URL : https://www.who.int/health_financing/UHC_FRvs1.pdf?ua=1
- RIDDE Valery. 2012. « L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest: Au-delà des idéologies et des idées reçues », Presses de l'Université de Montréal, (En ligne), consulté le 10 mai 2021, URL : <http://www.jstor.org/stable/j.ctv69t8g0>
- RIDDE, Valery et GIRARD, Jacques. 2004. « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains ». *Santé Publique*, 1(1), pp.37-51.

SOW Djiby et SALL Oumar. 2019. *Analyse diachronique de la croissance spatiale de la ville de Ziguinchor : impact de la sécheresse des années 1970 et du conflit casamançais*, Paris, Eyrolles.

TOURE Fatou. 2014. « L'accès aux soins de santé au Sénégal : étude descriptive et exploratrice », master of medicine in de geneeskunde, (en ligne), consulté le 10 mai 2021, URL: http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/214/028/RUG01-002214028_2015_0001_AC.pdf