

# *SOCIOTEXTE*

*Revue de sociologie de l'Afrique littéraire*

ISSN 2518-816X

*www.sociotexte.org*

*NUMERO n°06*

*AVRIL 2020*

*Les sciences sociales en dialogue*

*Une perspective plurielle du développement*

**Sous la Direction de  
Dr DJE Bi Tchan Guillaume**

**Maître de Conférences**

## ORGANISATION

Directeur de publication : Madame **Virginie KONANDRI**, **Professeur titulaire** de Littérature comparée, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Directeur de la rédaction : Monsieur **David K. N'GORAN**, **Professeur titulaire** de littérature comparée, diplômé de Science politique, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Secrétariat de la rédaction : Monsieur **Koné KLOHINWELE**, **Maître de Conférences**, spécialiste d'études africaines anglophones à l'Université Félix Houphouët-Boigny, (Abidjan, Côte d'Ivoire).

### Comité scientifique

- Prof. ADOM Marie-Clémence (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. BERNARD Mouralis (Université de Cergy-Pontoise, France)
- Prof. BERNARD de Meyer (Université du Kwazulu natal, Afrique du sud)
- Prof. COULIBALY Adama (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. DIANDUE Bi-Kacou (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)†
- Prof. FONKOUA Romuald (Université de Paris IV, Sorbonne nouvelle, France)
- Prof. HALEN Pierre (Université de Metz, France)
- Dr. AKASSE Clement (Howard University, Washington DC, USA)
- Prof. KONANDRI A. Virginie (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. KOUAKOU Jean-Marie (Université, Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. MAGUEYE Kasse (Université Cheik Anta Diop, Dakar, Sénégal)
- Prof. MEKE Meite (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. Sissao Alain, (Université de Ouagadougou, Burkina Faso)
- Prof. SORO Musa David (Université Alassane Ouattara, Bouake, RCI)
- Prof. ISAAC Bazié, (Université du Québec à Montréal, Canada).

### Membres de la rédaction :

- Prof. COULIBALY Daouda (Université Alassane Ouattara, Bouaké, Anglais)
- Prof. Lezou Aimée Danielle (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres Modernes)
- Prof. N'GORAN K. David (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres modernes)
- Prof. Soko Constant (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Sociologie)
- Prof. SYLLA Abdoulaye (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres Modernes)
- Prof. YEO Lacina (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Allemand)
- Dr. Angoran Anasthasie (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, portugais)
- Dr Konaté Siendou (Université Félix Houphouët-Boigny, Ontario, Anglais)
- Dr Koné Klohinele (Université Félix Houphouët-Boigny, Anglais)
- Dr Kouakou Séraphin (Université Félix Houphouët-Boigny, Lettres modernes)
- Dr Imorou Abdoulaye (Université du Kwazulu Natal, études françaises)
- Dr Soumahoro Sindou (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Anglais)
- M. Dobra Aimé (Université Félix Houphouët-Boigny, Doctorant, Lettres modernes)
- M. Gbazalé Raymond (Université Félix Houphouët-Boigny, Doctorant, Lettres modernes).

## Sommaire

<b>DJE Bi Tchan Guillaume &amp; TAHE Djibomin Fidel.....</b>	<b>1</b>
Prise en charge des maladies chroniques et réponse du système sanitaire : Analyse de cas des patients insuffisants rénaux, hypertendus et diabétiques suivis aux CHU de Cocody et de Bouake (Côte d'Ivoire)	
<b>NIAMKE Jean Louis.....</b>	<b>22</b>
Examen de quelques problèmes théoriques et pratiques dans la lutte contre le travail des enfants en Côte d'Ivoire	
<b>N'GUESSAN Koffi Jean Jacques &amp; N'GUESSAN Manouan.....</b>	<b>35</b>
Restructuration familiale à l'épreuve de l'insuffisance rénale chronique	
<b>ADINGRA Tano Kouadio, BAH Mahier Jules Michel &amp; TOH Alain.....</b>	<b>46</b>
Rapport au pouvoir et mécanismes de gestion des ressources naturelles en pays Agni : <i>cas des Agnibini des Sous-préfectures de Kouassi-datekro et de Boahia</i>	
<b>TRA Bi Boli Francis.....</b>	<b>59</b>
Analyse sémantique des messages publicitaires sur les marques de cigarettes à Abidjan (Côte d'Ivoire)	
<b>Séhi Bi Tra Jamal, Zégbé Lou Ange Charlene &amp; Dizo Bi Bouikalo Armand.....</b>	<b>71</b>
Jeux et enjeux de l'épargne informelle dans les marchés Gouro à Abidjan : une analyse à partir des pratiques tontinières dans les marchés de COCOVICO et de COMAGOA	
<b>Léon Koffi EZOUAH.....</b>	<b>88</b>
La Vie entre droit naturel, liberté et politique chez Thomas Hobbes	
<b>Bi Tra Isidore TRA &amp; Bouaké BAMBA.....</b>	<b>99</b>
Aspects développementaux des stratégies de résolution de problèmes chez des enfants d'Abidjan issus de milieux socio-économiques différents	
<b>KRA Yawa Nathalie.....</b>	<b>111</b>
Participation au budget familial au sein des couples à Cocody (Abidjan Côte d'Ivoire)	
<b>BEDE Achoua Viviane Epse MOBIO.....</b>	<b>125</b>
Inadéquation entre les activités réalisées et l'objectif poursuivi comme facteur de la non insertion des bénéficiaires du (FSE/THIMO)	
<b>EKOUN Ahou Epiphane.....</b>	<b>136</b>
Non priorisation de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrices de 18 à 35 ans à Bingerville	
<b>SOROKolotcholoma Issouf.....</b>	<b>148</b>
Flexibilité cognitive et performances scolaires chez des élèves ivoiriens du premier cycle	

## Avant-propos

La science vise à la fois la construction et la diffusion d'un corps de connaissance. Le sujet humain qui possède la connaissance se développe. Il passe d'un sujet inapte à un sujet expert dans la résolution des problèmes auxquels il fait face dans la société. Autrement, le sujet qui sait, contribue substantiellement au développement social ou sociétal. Ainsi peut-on soutenir que le début du développement de la société réside dans la diffusion et la prise en compte des acquis de la science, la connaissance.

La connaissance est toujours connaissance d'un objet, objet humain et ou non humain. Cet objet est multifacial. C'est pourquoi il a toujours été exploré sous différents angles et par différentes disciplines. Mais, est-ce que la pluralité des observations suivant différentes disciplines munies des mêmes caméras suffit pour que l'on arrive à l'objet ? Non, si l'on se réfère à Gaston Bachelard, dans son ouvrage *La psychanalyse du feu*, paru en 1949 aux Editions Gallimard, qui soutient qu'un objet n'est véritablement connu que lorsqu'on a déterminé toutes les conditions de son apparition et de sa disparition. L'objet de connaissance ne saurait être totalement exploré à l'aide des mêmes caméras, assimilables de ce fait à une seule science, à une science isolée. La variabilité des caméras et des types d'appareillage apparaît donc une nécessité, en vue de véritablement connaître l'objet. L'interdisciplinarité s'impose ainsi à la science et aux scientifiques pour un rendement plus élevé dans la construction des connaissances. Et la diffusion de telles connaissances rendrait plus de service à la société.

Les travaux réunis dans ce numéro de la revue SOCIOTEXTE s'inscrivent dans cette logique d'interdisciplinarité. Ils sont issus des observations de la psychologie, de la sociologie, de l'anthropologie, de la criminologie, de la philosophie et des Lettres modernes, et abordent des thématiques aussi diverses que variées, notamment les maladies chroniques, le travail des enfants, le tabagisme, les stratégies de résolution de problèmes chez les enfants, l'allaitement maternel, le rapport entre la liberté et la politique, etc.

Dr DJE Bi Tchan Guillaume  
Maître de Conférences  
Universités Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, CI)

**PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES ET REPOSE DU SYSTEME SANITAIRE : ANALYSE DE CAS DES PATIENTS INSUFFISANTS RENaux, HYPERTENDUS ET DIABETIQUES SUIVIS AUX CHU<sup>1</sup> DE COCODY ET DE BOUAKE (COTE D'IVOIRE)****DJE BI Tchan Guillaume** (UFHB)**TAHE Djibomin Fidel** (UFHB)*Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan – Cote d'Ivoire)***RESUME**

Les maladies chroniques sont devenues une réalité en Côte d'Ivoire et continuent d'impacter la trajectoire sociale des malades. Face à la persistance de ces pathologies, l'on est en droit de s'interroger à propos des facteurs explicatifs et de la réponse sanitaire correspondante. La présente étude se propose d'examiner la réponse du système sanitaire ivoirien dans la prise en charge des maladies chroniques. Elle analyse cette réponse à partir des patients insuffisants rénaux, hypertendus et diabétiques suivis respectivement au centre d'hémodialyse du CHU de Cocody et dans les services de cardiologie et de diabétologie du CHU de Bouaké. Les informations ont été obtenues à partir des entretiens semi-directifs avec 37 patients dans les CHU visités, dont dix-huit (18) au centre d'hémodialyse de Cocody, dix (10) HTA au service de cardiologie du CHU Bouaké et neuf (9) diabétiques au service de diabétologie du CHU Bouaké. Ces informations ont été recoupées avec des informations issues des interviews avec cinq (5) agents de santé (Médecin et infirmiers spécialisés) et trois (3) responsables de l'administration des institutions sanitaires visitées, d'une part, des analyses des dossiers patients, d'autre part. Les résultats montrent que l'offre de soins aux malades chroniques se situe essentiellement au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire ivoirienne. Cela rend difficile son accessibilité par la majorité des malades. En outre, cette offre à un coût relativement élevé, rapportée aux revenus moyen de la plupart des patients. En conséquence, il apparaît que la réponse du système sanitaire ivoirien reste insuffisante, au regard des demandes de soins des malades chroniques qui affluent dans les institutions sanitaires. Pour pallier cette insuffisance, nous proposons, d'une part que la prise en charge efficiente des maladies chroniques s'effectue à partir du niveau primaire ou tout au moins au niveau secondaire de la pyramide sanitaire, d'autre part la baisse du coût de l'offre à travers une démocratisation du mécanisme assurantielle.

**Mots clés :** *Maladies Chroniques - Système Sanitaire – Offre de soins*

**ABSTRACT**

Chronic diseases have become reality in Côte d'Ivoire and impact sick's social trajectory. Faced with the persistence of these pathologies, one is entitled to wonder about the explanatory factors and the corresponding health response. This study aims to examine the response of the Ivorian health system in the management of chronic diseases. It analyses this response based on patients with renal insufficiency, hypertension and diabetes followed respectively at the haemodialysis center of the Cocody University Hospital and in the cardiology and dialectology departments of the Bouaké University Hospital. The information was obtained from semi-directive interviews with 37 patients in the CHU's visited, including eighteen (18) at the Cocody haemodialysis center, ten (10) hypertension patients in the cardiology department of CHU Bouaké and nine (9) diabetics in the dialectology department of CHU Bouaké. This information was cross-checked with information from interviews with five (5) health workers (doctors and specialized nurses) and three (3) managers of the health institutions visited, on the one hand, and from analyses of patient files, on the other. The results show that the provision of care for the chronically ill is essentially at the tertiary level of the Ivorian health pyramid. This makes it difficult for the majority of patients to access it. Moreover, this offer is relatively expensive in relation to the average income of most patients. As a result, it appears that the Ivorian health system's response remains

---

<sup>1</sup> CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

insuffisant, given the demand for care from the chronically ill who flock to health institutions. In order to compensate for this inadequacy, we propose, on the one hand, that efficient management of chronic diseases should start at the primary level, or at least at the secondary level of the health pyramid, and on the other hand, that the cost of supply should be lowered through democratization of the insurance mechanism.

**Keywords:** *Chronic Diseases - Health System - Care Offer*

## INTRODUCTION

Le concept de prise en charge fait appel à la théorie de la solidarité qui peut être organique ou mécanique. En effet, la solidarité mécanique fonde le lien social au sein des sociétés traditionnelles ; elle dérive principalement de la similitude des membres du groupe et de leur fonction (Emile Durkheim, 1983). Aussi, Durkheim considère qu'à mesure que les fonctions sociales se spécialisent et se diversifient, une solidarité organique se substitue à cette solidarité mécanique. Elle se fonde au contraire sur une différenciation des tâches qui inscrit les individus dans des liens d'interdépendance sociale (Emile Durkheim, Idem) en perspective de la prise en charge. En effet, la prise en charge comprend donc un volet médico-social (les soins médicaux, les appareillages, la formation de la personne atteinte de maladie chronique via l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, la surveillance) et le suivi médical de la personne en chronicité malade.

Dans cette perspective Stein et Perrin (1993), ont défini les maladies chroniques comme la présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif d'une ancienneté minimale de trois mois à un an, ou supposée telle, accompagnée d'un retentissement sur la vie quotidienne des personnes atteintes de maladie chronique, pouvant inclure une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime alimentaire ou d'une technologie médicale (Perrin, et al., 1993). Et c'est le cas de l'insuffisance rénale chronique, du diabète et de l'HTA<sup>2</sup>. C'est pourquoi la prise en charge sociale et médicale de ces pathologies chroniques est comprise à travers un ensemble d'acte et de comportement en rapport avec le patient, sa famille, le praticien et les gouvernants.

Par ailleurs, ces maladies chroniques que l'on croyait « réservées » aux pays développés sont devenues aujourd'hui de véritables problèmes de santé publique dans les pays du tiers monde (Rapport BAD, 2012). En Afrique subsaharienne le taux de mortalité lié à ces maladies chroniques est passé de 39,5% en 1990 à 54% en 2015 (Boutayeb A. 2016) et la Côte d'Ivoire n'y échappe pas. En effet, l'état des lieux en Côte d'Ivoire révèle que l'insuffisance rénale chronique reste méconnue alors que ses facteurs d'apparition sont légions dans le cadre de vie des populations et cela constitue un vecteur de progression de cette maladie (Gnonsahe D., 2016). Quant à la prévalence hospitalière de l'insuffisance rénale chez l'adulte, elle varie entre 39 et 52% avec un taux de mortalité de 39% uniquement au CHU de Yopougon (Rapport CHU-YOP, 2012). Pour cinq cent (500) consultations de néphrologie par mois (Rapport CHU-YOP, 2014), seulement 5% des patients sont pris en charge et la différence (95%) est laissée pour compte soit par insuffisance des postes de dialyses ou même par la faiblesse du capital financier de ces malades. Ceux-ci décèdent par la suite puisqu'inscrit sur la liste d'attente dans les centres de santé publics.

Quant au diabète tout type confondu en Côte d'Ivoire, sa prévalence est estimée à 4,94% en 2014, soit plus de la moitié de la prévalence mondiale estimée à 8,5% la même année (Fid<sup>3</sup>,

<sup>2</sup> HTA : Hypertension artérielle

<sup>3</sup> FID : Fédération International Diabète

2014). Aussi, l'hypertension artérielle continue de faire des victimes au sein de la population ivoirienne. La prévalence de cette pathologie chronique est de 33,4% en 2015 et constitue 75 % des consultations de l'Institut de cardiologie d'Abidjan (MSLS<sup>4</sup>, 2015).

Dans ce contexte de difficultés à la fois sociales et médicales, certains malades présentent des cas de poly-pathologies, c'est-à-dire sont atteints à la fois du diabète, de l'HTA ou combine les trois. Bien sûr le diabète et l'HTA pouvant engendrer comme complication l'insuffisance rénale chronique selon le cas (Zingraff, 1996). Cette désorganisation à la fois biologique et sociale engendrée par le contexte de chronicité pathologique maintient le malade dans une dépendance financière et sociale quasi-totale vis-à-vis de la famille, du corps médical, d'une technologie médicale et même de son entourage tout entier.

Au regard de ce qui précède, les différents plans de développement sanitaire (PNDS) se sont succédés de 1996 à ce jour comme réponse du système sanitaire apportée dans la prise charge de ces maladies chroniques.

Dans cet élan de solidarité aux malades chroniques, l'Etat met en place des centres de prise en charge ou même d'accompagnement. Et c'est le cas d'abord, du Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA) dont la mission principale est le dépistage et la prise en charge des patients dépistés et des malades par la mise à disposition de l'insuline et de l'éducation thérapeutique. Ensuite, l'institut de cardiologie d'Abidjan comme centre de référence pour le traitement des pathologies cardio-vasculaire et qui intervient aussi dans la sensibilisation pour la prévention de l'HTA. Et l'ouverture du service de cardiologie au CHU de Bouaké pour la consultation et le traitement des malades hypertendus dans cette zone septentrionale du pays. Puis enfin les services de néphrologies dans les CHU de Yopougon et de Treichville dédiés au dépistage des maladies rénales avec quelques postes de dialyses pour les malades en situation d'urgences et la mise en service du centre d'hémodialyse de Cocody avec plusieurs postes de dialyse avec pour mission principale la prise charge des malades insuffisant rénaux. Tout ceci couronné par la mise en place du programme national de lutte contre les maladies non transmissibles chargé de la sensibilisation des populations sur ces maladies chroniques. En dépit de ces politiques sectorielles de santé comme réponse du système sanitaire ivoirien dans la prise en charge de ces maladies chroniques, le nombre de malades dû à ces pathologies ne cessent de croître au regard même de leur taux de prévalence (HTA : 33,4% - IRC : 39% - Diabète : 5%). La persistance de ces pathologies dans la société ivoirienne remet donc en cause les stratégies sanitaires mobilisées par les gouvernants pour répondre aux besoins des malades. Ce qui rend donc difficile leur maintien en vie puisque désormais dépendant d'une technologie médicale selon le cas (OMS, 2012).

Dès lors on peut donc s'interroger sur les facteurs explicatifs de l'inefficacité du dispositif de prise en charge des malades chroniques mis en place par le système sanitaire ivoirien en réponse aux sollicitations des malades. C'est pourquoi cet article vise donc à analyser à partir des malades IRC, HTA et diabétiques suivis au centre d'hémodialyse de Cocody et du chu de Bouaké ; la réponse du système sanitaire ivoirien dans un contexte de chronicité pathologique. Ainsi, la structuration même de l'offre sanitaire aux malades chroniques n'explique-t-elle pas les faiblesses constatées dans la réponse du système sanitaire pour la prise en charge de ces malades ? Autrement, l'inefficacité de l'offre sanitaire dans la réponse au besoin de santé sans cesse croissant n'est-elle pas liée à l'environnement social des malades chroniques ?

---

<sup>4</sup> MSLS : Ministère de la santé et de la lutte contre le sida

Pour se faire, cette étude qui s'est déroulée au centre d'hémodialyse du Samu de Cocody et dans les services de diabétologie et de cardiologie du CHU de Bouaké comprend d'abord un cadre méthodologique, ensuite l'exposé des résultats et leurs interprétations, en outre la discussion des résultats et enfin la conclusion et les perspectives.

## I. METHODOLOGIE

Comment inscrire donc cette étude dans une perspective théorique avec ce champ de complexité que constituent les politiques sanitaires ? En effet, la santé selon Bernard Hours (2001) ne concerne plus la gestion individuelle du corps, ni le seul corps individuel. La santé publique transforme l'objet de la santé en corps socialisé et corps social normalisé. Lorsqu'elle devient un droit et un devoir, la santé fait l'objet d'une mutation majeure qui se déroule désormais très explicitement à cette époque post moderne (Bernard Hours, 2001). Ainsi, en moins de deux décennies, la maladie a dû faire une place croissante aux systèmes de santé où s'observent des logiques sociales et institutionnelles qui ont transformé le rapport thérapeutique autour de la maladie en tentative de planification de la santé (Bernard Hours, Idem).

Tout système de santé est donc régi par des principes qui répondent d'une certaine éthique sociale. Sous ce rapport les théories sociologiques à même d'analyser les politiques publiques ivoiriennes en matière de santé d'un point de vu des acteurs, du système, de son organisation et de son fonctionnement sont diverses. En effet, d'un point de vu des acteurs le système de santé ivoirien est animé d'abord par les gouvernants qui dessinent la politique générale de santé en relation avec les partenaires aux développements, ensuite les agents de santé et assimilés chargés de sa mise œuvre et enfin les malades pour qui ces politiques sectorielles de santé sont éditées.

L'interaction de ses acteurs va produire un effet sur le bon ou le mauvais état de santé des populations. Mais analyser ces politiques sous ce seul angle des acteurs ne peut rendre compte efficacement des problèmes rencontrés dans le circuit de soins par les malades chroniques en Côte d'Ivoire. C'est pourquoi, dans une perspective systémique nous tenterons de comprendre comment le système de santé ivoirien est structuré et quel en sont les distorsions qui empêchent la prise en charge efficiente des pathologies chroniques tel que le diabète, l'insuffisance rénale chronique et l'hypertension artérielle. Puisqu'elle repose sur l'appréhension concrète d'un certain nombre de concepts tels que : système, interaction, rétroaction, régulation, organisation, finalité, vision globale, évolution. Elle prend forme dans le processus de modélisation. (Gérard Donnadiou, 2003).

Ici les politiques sectorielles de santé s'inscrivent dans un système où plusieurs acteurs interagissent pour produire les soins aux maladies chroniques. Ainsi, la connaissance des réels besoins exprimés par les malades dans les circuits de soins au SAMU et CHU de Bouake et les pratiques des soignants qui en découlent dans le cadre des politiques sanitaires édités par les gouvernants en rapport avec les bailleurs de fond devrait aboutir à la finalité de ce système complexe de santé qui est la prise en charge efficiente des maladies chroniques. C'est pourquoi elle est donc un instrument efficace pour nous aider à comprendre comment fonctionne les politiques sanitaires en Côte d'Ivoire, et quelle solution apporter pour une prise en charge plus efficiente des maladies chroniques.

L'approche systémique est de ce fait particulièrement apte à nous éclairer et même orienter l'action des décideurs quelle que soit leur position dans la hiérarchie du système sanitaire ivoirien (Gérard Donnadiou, 2003). Sous ce rapport, pour mieux analyser les politiques de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques en Côte d'Ivoire nous nous inscrivons dans une perspective systémique dans l'approche des institutions sanitaires ivoiriennes.



Par ailleurs, à travers une démarche qualitative et un échantillonnage par choix raisonné ; nous avons réalisé cette étude qui s'appuie principalement sur trente-sept (37) entretiens semi-directifs réalisés auprès de patients traités au centre d'hémodialyse de Cocody et dans les services de cardiologie et de diabétologie du centre hospitalier et universitaire de Bouaké. Puis secondairement sur des informations recueillies auprès des agents de santé des deux structures sanitaires qui constitue notre champ géographique et tout ceci complété par une documentation variée. Ces patients sont admis dans ces structures sanitaires pour leur prise en charge thérapeutique après la découverte de la maladie et ont été principalement rencontrés sur les lieux de soins. Il s'agissait de patients dont l'âge est compris entre quinze (15) et soixante-cinq (65) ans.

Aussi, nous avons d'abord mené l'enquête dans les services de diabétologie et de cardiologie du CHU-Bouaké ensuite nous avons réalisé des entretiens avec les malades insuffisants rénaux au centre d'hémodialyse de Cocody sise au sein du SAMU.

Outre les entretiens avec des malades, nous avons utilisé de l'observation directe. Cette immersion dans l'univers hospitalier ainsi que de nombreuses discussions informelles, nous ont permis de repérer des récurrences dans les comportements et puis comprendre les insatisfactions de certains malades de la réponse du système sanitaire dans leur prise en charge.

Les entretiens semi-directifs s'effectuaient selon la méthode des récits de vie, le patient racontant comment il avait découvert sa maladie et le parcours qui avait été le sien depuis cet événement et l'offre de soins dont il a bénéficié jusqu'à ce jour dans sa prise en charge tant médical que social. La durée pour un entretien allait de 15 à 30 minutes. Ces entretiens étaient alors retranscrits et soumis à une analyse de contenu (Sardan, 2008). Il en résulte donc ce qui suit.

## II. RESULTATS

### II-1- Structuration de l'offre sanitaire comme facteur déterminant dans la prise en charge des pathologies chroniques

#### II-1-1- Offre de soins pour les malades diabétiques

Le diabète peut être appréhendé comme un événement malheureux qui, une fois apparu dans la vie d'un individu, modifie ses rapports avec la société toute entière, et le rend dépendant d'une source médicamenteuse ou même de son entourage social. (Benoist J., 1992).

Cette maladie reste une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'accidents cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et d'amputation des membres inférieurs. Et cela s'étaye d'ailleurs à travers les propos l'enquêteur *KN, médecin*: « *Le diabète à des conséquences graves sur les organes vitaux en l'absence d'un suivi régulier* »

Ce discours montre qu'à l'absence de prise en charge rigoureuse, les conséquences du diabète participent à diminuer l'espérance de vie et impactent toujours la trajectoire sociale des malades.

Plusieurs institutions sanitaires publiques et parapubliques interviennent dans la prise en charge des personnes atteintes du diabète, dont le CADA (Sis au sein l'Institut national de la santé publique) qui a été mis en place pour assurer principalement le suivi des patients diabétiques. Il le fait maintenant en coordination avec l'Unité d'Education des Diabétiques du CHU de Yopougon. Cependant, La FID<sup>5</sup> annonce 62,5% de diabétiques non diagnostiqués

---

<sup>5</sup> FID : Fédération Internationale du diabète.

en Côte d'Ivoire avec une mortalité et une morbidité élevées de 11.884 décès en 2018. Ainsi, la prise en charge reste débitrice des multiples contraintes d'ordre social et structurel. Au niveau social, l'indigence de la majorité des patients, doublée d'une absence de couverture sociale, est une réalité. Et cela s'observe dans les propos de cet enquêté :

*« Moi aujourd'hui sans revenu comment me faire suivre au CADA ! Transport Bouaké-Abidjan, frais de séjour, frais de médicaments etc., (...), la misère m'a envahi et le diabète m'a achevé silence (...) moi sans avenir, mes enfants sans soutien, ma vie conjugale menacée », JN, sans emploi et malade diabétique.*

En plus d'être suivi pour la stabilisation de son diabète au CHU-Bouaké, ce malade mobilise des ressources additionnelles pour venir au CADA (Abidjan) afin d'avoir des médicaments subventionnés et pour rencontrer des spécialistes (Nutritionniste et autres). Cette double charge pour le malade soulève un problème d'accessibilité géographique et financière aux soins diabétiques.

Compte tenu de leur situation, ces diabétiques démunis se retrouvent dans l'incapacité d'assurer le coût des médicaments, en particulier l'insuline, auxquels s'ajoutent les frais des contrôles biologiques. Certains de ces patients sont obligés de se diriger vers les tradithérapeutes qui en assurent parfois le suivi dans des conditions non élucidées, puisque dans ce contexte, la maladie est reliée à une cause surnaturelle dont la solution ne peut être que métaphysique (Raymond M. et Benoist J., 2002).

A cela, s'ajoutent des réalités enregistrées sur le plan structurel. Il s'agit d'abord de l'inégale répartition des centres de prise en charge qui sont essentiellement localisés au niveau secondaire de la pyramide sanitaire, ensuite le manque de personnel paramédical formé à la prise en charge du diabète dans les établissements sanitaires de premier contact, qui, eux, sont plus facilement accessibles du point de vue géographique. Mais au fil des ans, vu le nombre croissant de patients enregistrés par le CADA, le besoin de renforcer les actions de lutte contre cette affection a amené les autorités sanitaires à créer, d'une part, le Programme national de lutte contre le diabète (Pnld) en 1998 qui est devenu par la suite le Programme national de lutte contre les maladies métaboliques (Pnlmm), et d'autre part, un service hospitalier, le Service d'endocrinologie diabétologie (Sed) du Chu de Yopougon. Cependant, les difficultés d'accès demeurent chez les malades, et cela n'est pas sans conséquence sur leur trajectoire sociale, notamment la mobilité sociale, l'éclatement de la cellule familiale manifesté par l'absence régulière du parent malade en quête de soins et la perte d'autonomie pour le malade. Cela apparaît dans les propos de l'enquêté DK Instituteurs à la retraite :

*« Depuis que j'ai été déclaré diabétique au CHU de Bouaké, ma nouvelle vie est entre le CHU-YOP à Abidjan et le CADA ; je ne contrôle plus l'évolution de ma cellule familiale mes enfants leur éducation hélas ! La maladie a modifié m'a vie toute entière ».*

Ce discours traduit les faiblesses de l'offre de soins qui se manifeste par l'inégale répartition sur le territoire ivoirien de médecin spécialiste du diabète. En dépit donc de la réponse institutionnelle, le nombre de consultation diabétiques ne se réduit pas dans les structures visitées puis les malades sont référés à Abidjan pour la suite de leurs soins. Et cela s'atteste à travers le rapport du service d'information médicales du CHU-Bouaké : « 1 228 Consultations en 2014 ; 1 335 Consultations en 2015 ; 1 415 Consultations en 2016 » Soit un taux d'accroissement annuel avoisinant 10% (Rapport SIM CHU-B, 2017). Ainsi, il en résulte de nos investigations que la consultation des patients au CHU-B se fait sur rendez-vous puisqu'il n'y avait pas de médecin diabétologue en permanence dans cette institution hospitalière au sommet de la pyramide sanitaire. Et si cela était même le cas il ne dispose d'aucun bureau pour recevoir les patients.

C'est l'ancienne chapelle (Eglise catholique) du CHU Bouaké qui abrite le service consultation de diabétologie par manque de bureau pouvant accueillir ce service pourtant nécessaire pour la survie des malades diabétiques qui y arrivent. Ici se dégage donc une insuffisance dans la réponse de l'institution médicale face au besoin de soins de santé de plus en plus croissant des malades diabétiques. En effet, le suivi des pathologies chroniques se situe au troisième niveau de la pyramide sanitaire ivoirienne donc exige un personnel hautement qualifié et spécialisé et des équipements médicaux adéquats. Même leur consultation se fait au niveau du pool de consultation regroupant plusieurs malades de pathologies différentes. Cette faiblesse dans les politiques sanitaires ivoiriennes en matière de personnel médical est presque généralisée comme l'a démontré le rapport annuel sur la situation sanitaire du pays en 2016 (RASS, 2016).

Par ailleurs, la gestion des risques liés à la santé et associés à nos habitudes de vie et à l'environnement physique et social est devenue l'un des éléments clés dans l'entreprise de légitimation des interventions de prévention et de promotion de la santé (Augé M., 1988). Le citoyen moderne est convoqué par les institutions de santé publique à s'engager dans la lutte face aux risques de santé mais surtout à modifier ses habitudes de vie (alimentation, activité physique, sexualité, tabagisme) afin de limiter son exposition à ces risques évitables. Cela conduit donc au message ci-dessous selon l'enquête ZK Agent de santé : « *Ne manger pas trop gras, moins sucré et moins salé* ».

Ce contexte d'appel permanent au changement de comportement face au diabète ramène l'origine de cette maladie chronique aux mauvaises habitudes alimentaires des individus. Cependant, l'Etat de Côte d'Ivoire à travers le Programme national de Santé publique (2003-2012) proposait un ensemble de stratégies visant à étudier et à gérer les risques liés au diabète. Mais ces stratégies d'intervention plus ou moins normatives, invasives et contraignantes soulèvent de multiples enjeux sociaux, politiques et éthiques (Massé, 2003). La mise en œuvre amène l'Etat ivoirien à financer la prévention et la prise en charge thérapeutique du diabète sur son budget annuel.

De manière spécifique, l'Etat subventionne l'insulinothérapie chez les malades diabétiques (Rapport CADA, 2013). Cependant d'une manière globale, le financement de l'Etat demeure insuffisant au regard des besoins croissant des malades diabétiques. Puisque si nous tenons compte du seul programme de lutte contre le diabète cela suppose que l'Etat dépense en moyenne dix-huit mille (18 000 FCFA) par malade diabétique sur une période de trois ans (Rapport CADA, 2013).

Au regard de ce qui précède, le CADA, le service de consultation diabétologique du CHU-Bouaké et les autres services constituent une réponse du système sanitaire dans le suivi des malades diabétiques en Côte d'Ivoire. Mais cette réponse de l'institution sanitaire reste insuffisante eu égard même à l'évolution quasi exponentielle de la population diabétique en qui afflue au CHU-B et en quête de soins de santé. Mais l'inégale répartition des centres de prise en charge du diabète sur le territoire ivoirien, l'insuffisance du personnel médical spécialisé sur les questions du diabète, le poids à la fois social et financier qu'engendre la prise charge du diabète sont autant d'éléments qui rendent l'offre de soins inefficace dans la prise en charge des malades diabétiques.

Au-delà de l'offre sanitaire pour le suivi des malades diabétiques, comment se structure la réponse du système de santé ivoirien dans la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA).

## II-1-2 Offre de soins pour les patients Hypertendus (HTA) en Côte d'Ivoire.

Sur le plan symptomatique, l'HTA ne présente aucun ou peu de symptômes cliniques pouvant alerter le patient (Atoba B., 2014). Par conséquent, plusieurs personnes sont hypertendues sans le savoir et cela peut être perçue dans les propos *de l'enquêté ZO, éleveur* :

*« Je suis tombé en revenant de mon pâturage pour moi c'était une attaque mystique mais c'est à l'hôpital après la paralysie que le médecin m'a informé que j'ai une hypertension artérielle au stade avancée ».*

L'ignorance de leur état de santé, amène certains malades à avoir une représentation particulière des origines de l'HTA en lui donnant une cause surnaturelle. Or l'HTA peut parfois se manifester par certains signes tels que les maux de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vision ou des saignements de nez selon nos entretiens avec des agents de santé.

Mais un diagnostic précoce et rapide favorise une prise en charge dans les meilleures conditions pour aboutir à un traitement afin de prévenir au mieux possible les complications. Pourtant le coût des examens cliniques et paracliniques au service de cardiologie du CHU-Bouaké, sont souvent hors porté pour les malades. Et ce fut le cas *de l'enquêté TV, couturier* :

*« Quand le médecin m'a consulté dans une clinique de mon quartier, il m'a recommandé d'aller faire une échographie du cœur en cardiologie au CHU-Bouaké puis des examens biologiques ; Je n'avais pas pu le faire car le prix était à plus de cent mille donc très élevé pour moi. Un jour j'ai rechuté puis conduit en urgence au CHU-B et me voilà hospitalisé pour l'hypertension sans soutien à tout niveau hélas. (Il se mit à pleurer !) ».*

Cette assertion montre ainsi l'impuissance du malade face à une pathologie qui le met en situation de dépendance quasi permanente. Alors quel plan de lutte contre l'HTA en Côte d'Ivoire dont le taux de prévalence persiste et continue de croître jusqu'à atteindre 33,4% en 2016 selon le ministère de la santé (MSLS, 2016). Puisque cette pathologie chronique impacte toujours la trajectoire sociale des malades qui déjà sont éprouvés par les conditions matérielles d'existence (Marc Ferland, 1998). Au regard de ce sombre tableau de l'HTA en Côte d'Ivoire, la réponse des gouvernants s'exprime par la mise place de L'Institut de cardiologie avec une fondation pour le suivi des malades. Cela aussi s'accompagne par des pools de service de consultation de cardiologie à travers les structures sanitaires dont le service de cardiologie du CHU-Bouaké où nous avons effectué cette étude.

Malgré la conjugaison des efforts des différents acteurs l'HTA persiste et continue d'impacter la trajectoire sociale des malades à travers un coût financier et social dû à la prise en charge. En effet, comme disait l'enquêté *NK, agent de santé* : « *La santé n'as pas de prix, mais a un coût* ».

Ce coût de l'HTA à la fois financier et social provient d'abord du processus de son diagnostic (examens cliniques et para cliniques), ensuite de sa prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale et enfin du suivi du malade à travers l'éducation thérapeutique et la situation de dépendance qui mobilise le contexte familial et le réseau relationnel du malade. Ainsi, pour le malade le coût financier du diagnostic relativement reste élevé en rapport au revenu minimal du pays. ECG à 8000 Frs, consultation 8000 Frs, échographie du cœur 25 000 au service de cardiologie CHU-B. Et les possibilités de guérison pour cette pathologie sont d'ailleurs infirmes. Mais elle peut être contrôlée par des sources médicamenteuses. Comme nous le relate encore *NG, Cardiologue* :

*« L'HTA peut non seulement être contrôlé par des sources médicamenteuses mais des pistes de guérison par traitement chirurgicale restent à explorer le coût du traitement par chirurgie reste inaccessible à bon nombre de malades que nous recevons ».*

Aussi, l'accès à la prise en charge de l'HTA reste-t-il encore couteux pour bon nombre de malades. Cette inaccessibilité tant géographique (insuffisance des structures de prise en charge) que financière engendre comme conséquences le développement de la vente de médicaments contrefaits et leur utilisation par certains plus démunis en guise de solution de rechange. Sous ce rapport relativement complexe et mouvant du coût financier et social de la prise en charge de l'HTA au CHU-B, les malades hypertendus du fait de certaines croyances empruntent d'autres itinéraires thérapeutiques dans leur quête de soins. Et ceci se constate dans les propos de l'enquête *SZ, sans emploi* :

*«Moi quand on m'a annoncé mon HTA, j'ai ma cousine qui m'a recommandée de boire un bouillon des feuilles du corossol ensuite on est allé voir un guérisseur pour s'occuper des aspects mystiques de ma maladie et c'est deux ans plus tard avec les complications que je me retrouve (... ..) au CHU-Bouaké (...). Hélas le mal m'a rongé ».*

Par ailleurs, quand bien même certains malades ont accès au traitement, la prise de médicaments au quotidien devient une nouvelle charge de nature à modifier leur comportement initial.

Puisque les pathologies à évolution chronique imposant un traitement à long terme avec de nombreux changements de comportement de vie qui sont souvent associées à une mauvaise observance du traitement. Ceci entraîne des effets délétères pour le patient et limite ainsi le bénéfice du traitement (Cramer, 2002).

La difficulté du patient à admettre la nécessité de se traiter toute la vie en l'absence de symptômes évidents et le coût de certains médicaments font partie de quelques facteurs explicatifs. Et cela peut s'observer dans les propos de cet enquête *DK retraité* :

*«Moi depuis que je suis hypertendu je dépense au moins 80 000 Francs dans médicaments chaque mois, sans compter les examens médicaux et le régime alimentaire contraignant, toute ma pension de retraite y est investie donc difficile le quotidien (... ..) et je suis souvent obligé de ne pas acheter les médicaments des mois pour assurer les besoins vitaux de la famille ou même séparer les jours de traitement pour que les médicaments dur ».*

A travers ces propos, il transparait clairement que le coût des médicaments est une barrière d'accessibilité et même un facteur de la non observance du traitement. Cependant, il y a une meilleure observance thérapeutique et un meilleur engagement à l'égard des soins chez les personnes qui disposent d'une compréhension de l'hypertension artérielle (éducation thérapeutique) et qui sont assistées financièrement et socialement par leur famille. C'est le cas pour l'enquête TH cadre supérieur à la retraite :

*« J'étais en vacance chez ma fille en France quand j'ai eu la crise de l'HTA, bien suivi dans ce pays aujourd'hui de retour dans mon pays j'achète mes médicaments et je suis bien mon traitement sous la surveillance d'un cardiologue recommandé par ma fille ».*

L'accès constant des populations à des médicaments essentiels de qualité, sûrs, efficaces, accessibles géographiquement et financièrement et utilisés adéquatement constitue un défi majeur du système sanitaire dans la prise en charge des malades HTA. Ainsi, il devient donc difficile de se soigner pour certains malades. Et cette situation semble avoir créé un terrain fertile pour le développement du circuit informel. Les malades préfèrent acheter leurs médicaments dans la rue et sur les marchés qu'en officine à bas prix, donc accessible à leur bourse. Le médicament illicite paraît plus donc adapté au contexte social de plusieurs personnes que le produit d'officine.

Pourtant ces médicaments de la rue restent un facteur de risque pour le développement de pathologie chronique comme l'HTA ou l'insuffisance rénale chronique. Cela est perceptible dans le discours de cette enquête *FK commerçante* :

*« J'avais constamment un mal de tête et j'ai acheté des médicaments chez une dame dans mon quartier et depuis lors mon mal s'est aggravé (.....) je suis tombé dans le coma et à mon réveil je suis hospitalisé et m'annonce que je suis atteinte d'une insuffisance rénale chronique due à une source médicamenteuse vraiment (...) ma vie s'est arrêtée ».*

De façon pratique, Il se pose un problème de mise en oeuvre des politiques de prévention de masse qui vise la réduction des facteurs de risque modifiable de l'HTA. Sur le plan de la gestion de l'HTA lors de nos enquêtes au CHU Bouaké, la détection, le traitement et le contrôle de l'HTA ne sont pas systématique. Ces étapes surviennent toujours à la suite d'une crise inattendue chez les malades et souvent admis en urgence. Parmi les personnes hypertendues identifiées pendant cette étude, seule une minorité des personnes hypertendues connaissait leur situation d'hypertendue avant. Cependant, si l'on considère l'ensemble des personnes hypertendues lors de l'enquête, la proportion de celles ayant un traitement n'excédait pas la moitié. Ainsi, il en ressort que l'offre de soins pour les malades hypertendus reste encore insuffisante au regard des nombreux besoins des malades et surtout la précarité sociale des patients pour faire face au coût engendré par cette pathologie eu égard à l'évolution quasi exponentielle de l'HTA dans le pays.

L'Etat ivoirien par la mise en place de l'institut de cardiologie d'Abidjan apporte une réponse à la détresse des malades tant au niveau curatif que préventif avec plusieurs autres services ouverts à cet effet dans les autres structures sanitaires. Et c'est le cas du service de cardiologie au CHU-Bouaké. Cependant des problèmes subsistent notamment le nombre de médecin cardiologue reste insuffisant par rapport à la demande des malades soit un cardiologue pour quatre cent mille habitants (1 Cardiologue/400 000 Habitants) (MSLS, 2017). Et cela s'expliquerait par le fait que les conditions de travail sont source de démotivation pour certains praticiens qui s'orientent dans le secteur privé ou même des étudiants en médecine qui refusent d'y faire carrière pour les mêmes conditions sociales de travail. Cette absence de motivation dans le travail se confirme dans les propos de cet enquêté *GH, Cardiologue* :

*« Nous sommes dans un service où tout nous manque pourtant on ne peut rien sans le matériel adéquat en plus les conditions de travail sont démotivantes ..... Hélas, nous avons étudié longtemps pour avoir peu et travailler difficilement ».*

Ce discours empreint de désespoir montre bien combien de fois le personnel de santé dédié au suivi des malades HTA est démotivé par les conditions de travail. Lequel travail n'est plus source d'épanouissement selon eux. Ceci montre les faiblesses du système de soins. Pourtant, l'HTA reste une des causes indéniables de l'insuffisance rénale chronique (Gnonsahe A., 2010). Sous ce rapport de causalité, quelle offre de soins pour les malades insuffisants rénaux en Côte d'Ivoire ?

### **II-1-3- Offre de soins pour les malades insuffisants rénaux chroniques (IRC)**

Les reins jouent une triple fonction au niveau de l'organisme humain (Fries D. 1987). Dans cette perspective, on parle d'insuffisance rénale lorsque les reins sont usés, plus précisément, quand les deux reins ne peuvent plus assurer correctement leur fonction de filtration du sang. L'insuffisance rénale est donc étroitement liée à certaines pathologies telles que l'hypertension artérielle (HTA) et le diabète qui détériorent les structures du rein progressivement (Montis A.1994). C'est d'ailleurs ce rapport de causalité entre ces pathologies qui justifie le plus cette étude dans une vision holistique de la prise en charge de ces trois pathologies chroniques. En effet, l'évolution de l'IRC est silencieuse et son diagnostic se fait souvent trop tard (Gnonsahe A., 2016).

Et c'est souvent au dernier stade que les malades viennent en consultation. Or à ce stade ils ont besoin nécessairement de la dialyse ou d'une transplantation rénale pour espérer rester en vie. Ce qui a pour conséquence immédiate le déséquilibre entre l'offre de soins disponible au centre d'hémodialyse de Cocody et la demande pressante de dialyse des malades IRC qui y arrive. Cela engendre donc la mise en place d'une liste d'attente qui enregistre sans cesse de nouveaux malades à dialyser. Or, tel que structuré le centre d'hémodialyse du SAMU comme réponse des gouvernants dans la prise en charge des malades IRC se retrouve dans une incapacité à résorber la demande de tous les malades en urgence au regard même de son plateau technique<sup>6</sup>. En effet, les soins offerts par le centre d'hémodialyse du SAMU aux malades IRC s'inscrivent dans le cadre de la politique sanitaire de la Côte d'Ivoire en matière de maladie chronique (PNDS, 2013).

Ainsi selon les données d'enquête, le centre d'hémodialyse dispose de trente-six (36) poste de dialyse fonctionnels composés d'un générateur de dialyse et d'un fauteuil de dialyse pour une capacité d'accueil de trois cent trente (330) patients à dialyser à raison de deux séances par semaine. Ce qui amène l'enquêté KD, Médecin Néphrologue à affirmer : « *Nous n'avons suffisamment de machine donc nous réduisons les séances de dialyses à deux par semaine au lieu trois et par malades afin de soulager le plus grand de demandeur* ».

En effet, les services de néphrologie du CHU de Yopougon et de Treichville constituent les premiers contacts d'avec les patients avant leur arrivée au SAMU. Les cas urgents y sont dialysés. Après plusieurs analyses cliniques et para cliniques lesdits services donnent un diagnostic au patient à qui il est demandé de suivre des séances de dialyse. A ce stade il faut noter que le patient IRC a deux choix thérapeutique qui s'offre à lui, l'hémodialyse ou la transplantation d'organe. Le coût financier de la deuxième option qui est de dix (10) millions de francs CFA, sans compter le prix des médicaments antirejet. Ceci amène la majorité des patients à se tourner vers la dialyse à vie eu égard à leur épaisseur économique très réduit.

Avec cette option de la dialyse à vie subventionnée par l'Etat, le patient devra faire face à la fois à un premier coût financier avant de démarrer le traitement. Par exemple le coût des actes médicaux (placement de cathéter et de la fistule) qui sont dans l'ordre de deux cent mille FCFA (200 000 FCFA) constitue une étape de pré-dialyse ou le malade est préparé médicalement selon nos enquêtés. Ce n'est qu'après cette étape qu'il devra s'inscrire sur la liste d'attente ouverte au centre d'hémodialyse du SAMU. Ainsi, selon l'enquêté LB Technicien en bâtiment et malade IRC, le délai d'attente est aléatoire et dépend des places qui se libèrent après des décès comme l'atteste ses propres propos :

*« Quand nous arrivons au SAMU pour la dialyse, on nous répond à l'accueil qu'il n'y a pas de place car la liste est longue et il faut espérer qu'il y est un décès afin d'être inséré sur la liste des dialysés ».*

Ceci dit, l'insuffisance dans la réponse des gouvernants, manifesté par la faiblesse du plateau technique en rapport avec l'accroissement quasi exponentiel des malades IRC amène le personnel de santé à tenir ce discours qui a une portée psychologique pour le patient. Ici deux cas de figures se dégagent, devant un tel accueil du patient en quête de dialyse, l'individu peut abandonner sa quête de soins pour emprunter d'autres itinéraires thérapeutiques ou accepter son inscription sur la liste d'attente dans l'espoir d'y avoir décès et que la place se libère.

Dans tous les cas de figure le malade est déjà contraint par le coût à la fois financier et social de cette pathologie. Ainsi, pour l'enquêté YF sans emplois, sur vingt -cinq patients arrivés au SAMU en octobre 2015 pour être pris en charge seulement cinq ont pu intégrer l'équipe des dialysés les quinze autres sont tous décédés dans l'attente. Et il poursuit pour dire : « *Nous qui*

---

<sup>6</sup> Ensemble des moyens humains et matériels dont dispose le Centre d'hémodialyse du SAMU pour traiter les malades IRC.

*avons été accepté, c'est grâce à nos amis qui travaillent ici ou bien certains ont dû faire intervenir des parents haut placés dans l'administration publique ».*

Devant ces difficultés d'accès aux soins pour les malades en quête de dialyse au SAMU de Cocody, il se développe donc la mobilisation du capital chez le malade pour son intégration. Ici le capital social ou économique du patient joue donc un rôle déterminant pour son intégration sur la liste des personnes à dialyser.

Lorsque le patient arrive à intégrer le groupe des dialysés, quel que soit le stade d'évolution de sa maladie il effectue deux séances de dialyse par semaine là où il lui est nécessaire trois séances comme l'atteste l'enquête *GD, néphrologue* :

*« Quand l'insuffisance rénale est chronique nous recommandons au patient trois séances de dialyses par semaine mais vu le nombre de personne à traiter et l'insuffisance de nos installations nous faisons le strict minimum en effectuant que deux séances par patients et par semaine. Pour les plus nantis financièrement ils peuvent faire la troisième séance en clinique ».*

Or à la différence des centres de santé privé où le coût de la dialyse est de cent Cinquante mille francs CFA (150 000 FCFA), le SAMU offre la séance à mille sept cent francs CFA (1750 FCFA), cependant chaque malade achète ses propres intrants de dialyse. Il est vrai que le coût est relativement accessible, cependant certains facteurs comme le statut socio-économique des patients sont à considérer. Car certains patients IRC ont perdu leur emploi pour cause de maladie et sont sans revenu. La majorité des enquêtés exerçaient un emploi dans des entreprises privées avant d'être malade. Aujourd'hui ils ne peuvent plus travailler par manque de temps puisqu'ils sont indisponibles pour cause de dialyse pendant deux jours ouvrables de la semaine au moins sans compter les jours de repos dus à la fatigue générale du patient suite aux séances de dialyse.

Par ailleurs, les kits de dialyse mis à la disposition des patients par le SAMU à la somme de 1750 FCFA sont souvent incomplet et manque de certains produits pourtant nécessaires au traitement du patient. Et même des moments de rupture vont jusqu'à trois mois. Selon l'enquête *SR chômeur* :

*« En 2015, Nous avons fait presque sept mois de rupture des produits qui nous évitent de faire la transfusion sanguine à chaque dialyse, aujourd'hui nous sommes dépendant du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) qui lui aussi connaît des ruptures en produits sanguins alors imaginez-vous la suite ! »*

La prise en charge du patient dans ce contexte est étroitement liée à la disponibilité des produits sanguins qui ne sont uniquement distribué que par le CNTS. Aussi, selon certains enquêtés le matériel de dialyse objet de don de la part de certains organismes privés n'est toujours pas fonctionnel et laisse croire à une illusion au regard des coûts élevés souvent annoncé dans les médias de façon "festive". Alors les donateurs profitent-ils de la faiblesse du système sanitaire ivoirien pour y faire des affaires en donnant des machines qui ne peuvent répondre aux réels besoins des malades IRC ? Ce qui engendrerait l'accentuation des difficultés des malades car espérant leur soulagement, en réalité il est fait usage de leur détresse pour en tirer des bénéfices inavoués. Et l'enquête *BM, responsable d'association de malades* :

*Après la crise post-électorale en 2010 une ONG est venue nous regrouper devant l'ancienne salle de dialyse du SAMU pour nous dire qu'elle nous offrirait 50 fauteuils de dialyse et 1000 Kits, il y avait la télévision et le président de l'AIDIR tout heureux a longuement remercié les donateurs mais hélas même les kits offerts étaient périmés pour la plupart, en plus les machines étaient hors d'usage bref c'était une escroquerie morale »*

De ce qui précède, on observe que l'insuffisance des postes de dialyse (36 postes pour 330 patients) rend difficile la prise en charge des patients en quête de soins. Du fait que la plupart



des malades y vient pour les séances de dialyse malgré la décentralisation des centres de dialyse à l'intérieur du pays par le SAMU. Ainsi, l'offre de soins disponible au SAMU ne peut résorber l'épineuse question du suivi des malades IRC eu égard au nombre sans cesse croissant de malades. Et surtout qu'il ya toujours des patients en attente de leur intégration sur la liste des dialysés.

Cette insuffisance du plateau technique a des conséquences néfastes sur le comportement des malades qui développent des pratiques sociales consistant à modifier le comportement des praticiens par le biais de don (en nature ou en numéraire) pour être admis sur la liste des personnes à dialyser. Ceci met donc à nu les faiblesses de l'offre de soins du système sanitaire dans ses dimensions sociales et techniques. Dans ce contexte d'inégalités d'accès aux soins, les malades IRC moins nantis donc sans ressource aucune ne pourront bénéficier d'une prise en charge efficiente. Conséquence, certains patients restent dans l'attente d'une dialyse jusqu'à ce que mort s'en suit puisqu'inscrit sur la liste d'attente. Car avec l'IRC l'ordre de grandeur des décès est de 100% en l'absence de dialyse (Pierret J., 1975).

Somme toute, l'offre de soins pour les malades chroniques notamment insuffisants rénaux, hypertendus et diabétiques connaît encore des insuffisances ; malgré les efforts déployés par les gouvernants au travers des politiques sectorielles pour mieux répondre à la souffrance des malades. Mais structurée de manière pyramidale avec une inégale répartition des ressources matérielles, humaines et financières la réponse du système sanitaire reste toujours inefficace dans la prise en charge des maladies chroniques.

Par ailleurs, l'on peut questionner l'environnement social du malade dans sa prise en charge dans le circuit normatif de soins de santé.

## **II-2- Environnement social du malade comme manifestation de l'inefficacité de la réponse sanitaire en contexte de chronicité pathologique**

### **II-2-1- Mobilisation du lien social dans l'accès à l'offre sanitaire**

Les relations entre le personnel soignant du centre d'hémodialyse du SAMU de Cocody, du service de cardiologie et de diabétologie du CHU-Bouaké puis les patients atteints d'IRC, d'HTA et de diabète qui y sont suivis sont des rapports structurés autour de la solidarité. En effet, il s'agit d'une solidarité à quelqu'un qui exprime une douleur, un dysfonctionnement physique et moral dont la prise en charge est nécessaire par le personnel soignant.

Dans cette perspective, les enquêtés interrogés affirment que le soutien des médecins, infirmiers, aides-soignants et autres agent de santé a contribué énormément à leur bon état de santé. Les malades sont même encouragés à respecter la période de dialyse, le régime alimentaire et la prise des médicaments au travers des séances d'éducation thérapeutique. Cependant, la nature des relations soignants-soignés dans ces structures sanitaires est étroitement lié à l'accueil et au niveau de satisfaction des malades.

Ainsi, certains enquêtés affirment par exemple n'avoir jamais bénéficiés d'une aide du service d'assistance social du SAMU et ignorent même son existence au sein de cette institution hospitalière du fait qu'ils ne soient pas satisfaits de ses prestations. Et cela est perceptible dans les propos de l'enquêté *JK chômeur* :

*« Lorsque la société des mines au nord où je travaillais m'a licencié, j'ai sollicité l'aide du service social du SAMU afin de plaider en ma faveur ou bien me dire la démarche à suivre mais ma demande est restée sans suite depuis 2012 jusqu'à ce jour et j'en suis pas le seul dans le cas ».*

Alors il convient de nous interroger sur le rôle d'un service social au sein d'une structure hospitalière comme le CHU-Bouaké et le SAMU de Cocody, dans la prise en charge des malades chroniques. Est-il uniquement dédié aux personnels de santé ou bien intervient-il dans la prise en charge des patients qui y sont admis ?

A ces interrogations l'enquête *GS assistant-social* soutient que le service social du SAMU manque de dotation nécessaire au plan financier pour faire face aux nombreuses sollicitations des patients. Ainsi, ce manque de soutien du service social à tous les niveaux aux malades est un facteur qui contribue à la détérioration des relations entre les patients et les agents de ce service d'assistance sociale. Aussi, la qualité des relations entre le personnel soignant et les malades au centre d'hémodialyse et du CHU-Bouaké dépendent des conditions d'admission de ceux-ci au sein des dits centres pour leur prise en charge. Car chaque patient y est arrivé par la mobilisation de son capital social, économique ou symbolique. Au plan social qui relève de la mobilisation du lien social, des enquêtés affirment être admis dans ces structures de prise en charge par le fait de leur lien étroit avec un responsable du service, ou même d'un agent de santé qui y travaille. Mais aussi, le capital économique du malade intervient lorsque l'offre sanitaire en termes de plateau technique reste en dessous du nombre de malades à accueillir. Et le malade inscrit sur la liste d'attente négocie son accès aux soins souvent en échange du numéraire et c'est le cas de l'enquête *KM agent de mairie* :

*« J'étais sur la liste d'attente et je dialysais en clinique à hauteur de 150 000 FCFA par séance et trois fois par semaine, après avoir plaidé auprès des agents de santé d'ici contre 200 000 FCFA mon intégration a été toute de suite ; maintenant je dialyse ici 2 fois par semaine à moindre coût et l'autre séance en clinique ».*

L'on peut donc constater aisément à travers ce discours que la mobilisation du lien social par les malades à travers le capital social et économique contribue leur accessibilité à l'offre de soins. On dira au niveau symbolique que la position sociale de certains malades à favorisé leur prise en charge notamment pour la dialyse et c'est le cas de l'enquête *SR, sous-préfet à la retraite* :

*« Moi quand j'ai eu ce problème de santé et transféré au CHU de Yopougon en néphrologie, mon dossier a été directement transmis et accepté au SAMU le lendemain pour y faire ma dialyse après la première séance au CHU Yopougon ».*

Ainsi donc, le capital sous toutes ses formes est fortement mobilisé dans le rapport entre les agents de santé et les malades chroniques en quête de thérapie. Et cette forme de reproduction du capital social est bien perceptible dans au centre d'hémodialyse du SAMU et dans les services de cardiologie et diabétologie du CHU-Bouaké où nous avons réalisé cette étude (Portes, 1998).

Sous ce rapport donc, la mobilisation du capital social par le malade chronique (insuffisant rénale, Hypertendus ou diabétique) dans sa prise en charge reste un facteur indéniable et constant au centre d'hémodialyse du SAMU et au CHU-Bouaké. Et constitue même un facteur déterminant dans la prise en charge des malades en chronicité pathologique.

Tout ceci est simplement la manifestation de l'insuffisance voire de l'inefficacité de l'offre sanitaire pour ces pathologies chroniques en Côte d'Ivoire. Et ce malgré même la décentralisation des centres de dialyse à travers certains chefs-lieux de régions notamment Bouaké, Gagnoa et Yamoussoukro et la subvention (Insuline-kit et frais de dialyse) de la prise en charge de ces pathologies par les gouvernements.

Par ailleurs, les facteurs de stigmatisation des malades chroniques ont été perceptibles lors de nos enquêtes comme frein à la prise en charge de ces malades. Et ces stigmatisations se produisent souvent dans le contexte familial et social du patient.

## II-2-2- Précarité et stigmatisation des malades chroniques comme dimension négligée par la réponse sanitaire ivoirienne

Pendant nos enquêtes nous nous sommes aperçu que malgré la mise en place des structures de prise en charge par les gouvernants, la dimension "précarité des malades" et les facteurs de stigmatisation produits par la nature même du traitement ou ses conséquences ne sont pas pris en compte par le cadre normatif des soins.

En effet, le traitement par hémodialyse produit sur le patient des incisions corporelles qui leur laisse des stigmates corporels permettant ainsi de les indexer même dans la rue comme étant des malades insuffisants rénaux. Et ceci ressort même dans le discours de certains malades comme l'enquêté *TU sans emploi* qui dit :

*« A cause de la dialyse mon corps est remplis de fistules remarquable de loin, au quartier quand je porte une chemise manche courte des personnes refusent de me serrer la main, par peur ou par mépris je ne sais pas »*

Ainsi, le stigmate visible a pour particularité de s'imposer dans la perception et de focaliser l'attention de l'interlocuteur (Desseix A., 2011). De même, l'effet du stigmate dépendra de la plus ou moins grande proximité des normaux vis-à-vis du stigmatisé : l'effet d'un bras de fistule, par exemple, sera moins fort pour les personnes qui connaissent bien et depuis longtemps le stigmatisé. Mais, à l'inverse, le stigmate troublera d'autant plus les interactions que les individus sont des intimes du stigmatisé, l'effet maximum s'exerçant sur la famille. Enfin, il faut noter le pouvoir d'extension du stigmate dont le caractère dévalorisant peut s'étendre à la famille et aux proches du stigmatisé et certains parents de malades affirment faire l'objet de critiques acerbes de la part du voisinage comme l'atteste cette enquêté *MK Commerçante* :

*« Nous sommes dans une cours commune à Port-Bouet et quand mon frère pique ses crises dues à l'IRC les voisins s'en plaignent des gémissements hélas, c'est cours commune (Soupire.) et personne ne comprend notre souffrance ».*

Aussi le cas de cette jeune fille de dix (10) ans, rejetée de toutes les activités sociales et des contacts avec les enfants de son âge parce qu'atteinte d'insuffisance rénale nous édifie dans notre analyse :

*« Tonton mes amis ne veulent pas jouer avec moi à l'école, il dise que je tombe trop malade donc je suis fragile quand d'autres voient ma main de fistule ils s'enfuient, pas d'amis toujours seul et mes parents ne me dise pas de quoi je souffre »*

Le phénomène le plus marquant de ce discours, est la perte d'estime de soi qui peut être liée à l'impossibilité d'être soutenu par son entourage en contexte de chronicité pathologique. Ainsi cette perte d'autonomie est encore plus flagrante dans le cadre de l'hospitalisation pour dialyse ou d'HTA qui aboutit à une dépersonnalisation et à une absence de projets à long terme.

De plus, la situation de stigmatisé s'accompagne d'un sentiment de culpabilité pour le moins étonnant. Au cours des séances d'éducation thérapeutique par exemple surtout pour l'HTA et le Diabète, le praticien incite le malade à aller au bout de ses possibilités dans l'observance thérapeutique. Cependant les échecs seront ressentis par le stigmatisé comme le résultat d'efforts insuffisants, ce qui renforcera une culpabilité qui est d'après Murphy (1975) corollaire de l'invalidité (Murphy, 1975). Ainsi à la culpabilité vont s'ajouter, dépression, colère latente à l'égard de soi-même et de la société rendue responsable de cette socio-pathie. Comme le montre si bien le discours de l'enquêté *QJ, retraité* :

*« J'ai eu une plaie diabétique depuis deux années, en plus du fait que je porte des fistules au bras à cause de la dialyse et aujourd'hui je suis rejeté par mes propres parents aujourd'hui Dieu seul est mon refuge malgré cette exclusion... (Soupire et pleur) ».*

Eu égard à ce qui précède, les stigmates créés par l'IRC (Fistules au bras), l'HTA (paralysie du bras et du pied), et le diabète (plaie diabétique) engendrent chez le malade un sentiment d'exclusion sociale vis-à-vis de la société. Pouvant modifier ainsi la trajectoire sociale du malade.

Par ailleurs, il ressort constamment dans le discours des enquêtés que leurs conditions de vie sociales et matérielles défavorisent leur prise en charge dans le circuit de soins normatif. Ces conditions de précarité se manifestent par l'absence d'un réseau de soutien, de l'isolement social et la méfiance de la part de certaines personnes au vu des fistules corporelles dues à l'hémodialyse par exemple. Car ces maladies chroniques ont engendré chez certains malades la perte du revenu et donc de l'estime de soi. Et c'est l'exemple pour ce enquêté FD, chômeur :

*« Depuis j'ai été licencié de mon travail, mes droits payés par mon employeur ont été totalement utilisés pour mon traitement et aujourd'hui j'attends en vain le soutien des parents proches pour vivre mais hélas quand j'appelle personne de me répondre puisqu'ils savent que c'est pour demander une aide ».*

Ces conditions de vie difficiles ont entraîné un constant sentiment de honte, d'insécurité et de dévalorisation chez les malades chroniques interrogés. Comme l'atteste l'enquêtée VP, de sexe féminin au chômage et divorcée :

*« Depuis que je suis malade j'ai perdu mon emploi d'agent de mairie et je me retrouve avec trois enfants à scolariser car divorcée et je n'ai aucun soutien alors j'attends ma délivrance, la mort ».*

Dans de telles circonstances, le quotidien semble souvent imprévisible, ingouvernable et dénué de tout sens pour les malades chroniques. Un faible ou manque de revenu prédispose à la dévalorisation matérielle et sociale. Plus cette dévalorisation est importante, plus les personnes et les familles risquent de ne pas pouvoir s'offrir les conditions de base pour la santé et donc l'impossibilité de payer des frais de dialyse, d'insuline même au tarif forfaitaire subventionné par l'Etat de Côte d'Ivoire.

Alors cette absence constante de ressources matérielles va contribuer également à l'exclusion sociale du malade parce qu'il est plus difficile pour lui de participer aux activités sociales. Or l'exclusion sociale nuit à la santé déjà précaire du malade chronique et à sa capacité de jouir d'une vie quotidienne épanouissante.

Au regard donc de ce qui précède, il se pose un véritable problème d'inégalité en matière de prise en charge des malades chroniques dans le circuit de soins normatif ivoirien. Ainsi, les inégalités sociales de santé dans l'ensemble des malades enquêtés (HTA-IRC-Diabétique) pourraient passer inaperçues si elles n'étaient pas révélées par les indicateurs de santé qui relèvent au jour le jour la progression de ces maladies au sein des populations et cela souligne toute l'importance d'un service d'informations médicales (SIM) permettant de les mettre en évidence au sein d'une structure hospitalière.

Or ces services souvent n'existent que de nom dans les structures visitées et cela est confirmé par l'enquêté KL au CHU de Bouaké :

*« Nous avons été nommée depuis 2012 en tant que chef du service SIM du CHU-B, mais hélas nous n'avons encore pas de bureau ni même une équipe pour remonter les informations au quotidien, mon assistante et moi faisons de notre mieux et la partie gestion des données est confiée au service SACE qui dispose d'un statisticien »*

La mise à disposition des données sur l'évolution de ces pathologies dans ces institutions hospitalières par les services d'informations médicales (SIM) devrait alerter les pouvoirs publics dans le réajustement de l'offre sanitaire, Or ces SIM n'existent souvent que de nom comme c'est le cas au CHU-B.

Il en ressort donc de nos différentes investigations que les difficultés tant sociales que médicales rencontrés par les malades chroniques (IRC-HTA-Diabétique) en Côte d'Ivoire dans leur prise charge sont dues à une insuffisance de l'offre de soins disponible. On observe également que les problèmes s'accroissent plus pour les patients lorsque ceux-ci ne disposent pas d'un revenu nécessaire pour faire face au coût à la fois social et médical induit par la maladie. Mais l'offre sanitaire reste quasi muette sur les solutions pour faire face aux stigmates engendrés par le traitement (fistules, imputation des membres etc...) or ses conséquences impactent la trajectoire sociale et l'itinéraire thérapeutique des malades.

En somme l'environnement social du malade à savoir, sa relation avec le personnel soignant dans sa quête de soins, la mobilisation de son lien social pour l'accès aux soins de santé et la mise à contribution du capital économique et symbolique du malade chronique sont autant d'éléments qui manifestent l'inefficacité de la réponse du système sanitaire en contexte de chronicité pathologique en Côte d'Ivoire.

### III. DISCUSSION

Les maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète et l'insuffisance rénale chronique sont aujourd'hui des pathologies qui touchent toutes les couches sociales en Côte d'Ivoire à des degrés différents. Du milieu rural au milieu urbain le gradient de prévalence est le même pour ces maladies. Et, elles continuent d'impacter la trajectoire sociale des malades car leurs facteurs d'apparition sont légions dans notre cadre de vie comme le soutien d'ailleurs Gnonsahe et al, 2015.

Aussi cet impact se manifeste chez les malades d'abord par la rupture biographique, la perte de l'autonomie, ensuite par la dépendance vis-à-vis d'un médicament l'insulinodépendance ou d'une technologie médicale la dialyse et enfin par le poids des charges qu'elles induisent (Didier Fassin, 2001). En effet, la plupart des malades rencontrés attestent que le coût reste élevé pour la prise en charge de ces pathologies d'un point de vue social et médical malgré les subventions de l'Etat. Avec les ruptures biographiques qu'elles engendrent chez les patients soit par la perte de l'emploi donc du revenu des malades, ces maladies déstructurent l'organisation familiale et sociale du malade.

Ainsi, le malade devra mobiliser à la fois son capital social et économique pour espérer sa prise en charge dans le circuit de soins. Puisque la politique du tiers payant instauré par les gouvernants suite à l'initiative de Bamako (1987) ne donne aucune possibilité de gratuité dans le suivi des pathologies comme l'HTA- l'IRC- Diabète. Mais juste une subvention souvent parcellaire du coût du traitement octroyé par l'Etat ivoirien. Et c'est le cas de la dialyse au SAMU de Cocody sans les intrants véritablement et la distribution au CADA de l'insuline pour le diabétique.

Certains malades rencontrés lors de nos enquêtes affirmaient ne pas pouvoir payer les frais liés à leur traitement en dialyse ou l'achat de l'insuline du fait qu'ils aient perdus leur emploi donc sans ressources et en situation de chômage. Mettant ainsi en exergue un gradient social endossé sur le revenu et le niveau de précarité du malade en situation de chronicité pathologique.

Ce gradient social permet donc de mieux comprendre la manière dont la situation sociale est liée à l'état de santé et à la prise en charge de ces malades chroniques au centre d'hémodialyse du SAMU et au CHU de Bouaké malgré le fait que l'offre de soins qui y est soit exclusivement subventionnée par les pouvoirs publics.

Cette question d'inégalités d'accès aux soins de santé est d'autant perceptible que Livinec Bertrand (2013) en donne les causes profondes en les résumant en deux facteurs principaux. Soit les offres de santé dans leur conception ne sont pas prévues pour avoir un effet systémique, soit les réponses sanitaires n'ont pas assez de moyens pour couvrir de manière égale ou équitable tous les malades en quête de soins.

L'analyse de la relation entre le revenu et la santé révèle que la santé s'améliore lorsque le revenu augmente, peu importe les habitudes de vie et ce dans la perspective de Warren (1994). Cependant l'offre de soins disponible dans ces structures sanitaires peut être mise en cause d'un point de vue fonctionnel et structurel en relation avec le système sanitaire ivoirien dans sa globalité. Or un système de santé est une réponse plus ou moins harmonieuse et cohérente aux besoins des citoyens en matière de santé selon Didier Gobbers (2000).

Pourtant, le système sanitaire ivoirien concentre dans la capitale économique ou chef-lieu de région les structures sanitaires les plus importantes qui regroupent la quasi-totalité des spécialistes comme le souligne Georges Courade, (2001).

Ce mode de structuration qui ramène la prise en charge des pathologies chroniques au troisième pallié de la pyramide sanitaire constitue un facteur explicatif de l'inefficacité de la réponse sanitaire ivoirienne dans la prise en charge des malades en situation de chronicité. Ce qui suscite d'ailleurs un véritable questionnement de l'efficacité des politiques publiques de santé en général et en particulier celles dédiées aux malades chroniques en Côte d'Ivoire.

Dans cette perspective on peut dire que le système sanitaire ivoirien d'un point de vue organisationnel et structurel reste toujours inefficace dans son offre de soins aux malades chroniques. Si globalement les grands indicateurs de santé laissent entrevoir une amélioration de l'état de santé des populations une analyse attentive montre que certains progrès sont aussi apparents que fragiles et la prise en charge des maladies chroniques connaît toujours des faiblesses. Faiblesses qui s'accroissent par l'environnement social de malade.

En effet, dans leur quête de soins de santé les malades mobilisent le lien social qui selon Serge Paugam (2003) renvoie à une vision historique à la fois du rapport entre l'individu et ses groupes d'appartenance, d'un côté, et des conditions du changement social de longue durée, de l'autre (Paugam S., 2003). En plus donc de la mobilisation du lien social, ces personnes en situation de chronicité pathologique mettent en contribution leur capital économique et symbolique comme mode d'accès à l'offre de soins.

Lequel capital qui selon Bourdieu (1980) cité par Akoun (1999) représente le volume de capital social que possède un agent particulier qui dépend de l'étendue des liaisons qu'il peut effectivement mobiliser et du volume de capital (économique, culturel ou symbolique) possédé en propre par chacun de ceux auxquels il est lié (Akoun, Ansart, 1999). Nos résultats rejoignent ainsi ces travaux antérieurs quand bien même il en ressort quelques points de dissemblance puisque l'espace de l'étude n'est pas similaire.

Par ailleurs, rappelons également qu'il faut être prudent dans la généralisation des résultats de la présente recherche. Puisque nous avons mené nos observations que dans deux structures sanitaires notamment au CHU-Bouaké et au centre d'hémodialyse du SAMU et sur la base des documents en notre possession.

## CONCLUSION

Que retenir au terme de ce parcours sur la réponse du système sanitaire ivoirien dans la prise en charge des malades en contexte de chronicité pathologique ?

En effet, cette étude visait à examiner à partir des malades IRC, HTA et diabétiques suivis au centre d'hémodialyse de Cocody et du chu de Bouaké ; la réponse du système sanitaire ivoirien dans un contexte de chronicité pathologique. C'est pourquoi nous nous sommes basés sur une approche qualitative pour mener des entretiens semi directifs avec les malades et le personnel soignant. Ainsi, notre démarche s'est appuyée sur l'analyse systémique comme ancrage théorique afin de mieux appréhender le système sanitaire ivoirien dans sa structuration, son organisation et son fonctionnement pour répondre à la question de la prise en charge des pathologies chroniques.

Il en résulte donc que la réponse sanitaire ivoirienne en matière de pathologie chronique connaît des faiblesses aussi bien au niveau organisationnel, fonctionnel que structurel. Au niveau structurel l'offre sanitaire aux malades chroniques suscite encore des questionnements puisqu'elle positionnée essentiellement au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire. Ce qui explique les faiblesses constatées dans la réponse du système sanitaire. Aussi cette inefficacité de l'offre sanitaire a-t-elle un coût financier et social pour les malades donc inaccessibles. Mais à cela s'ajoute l'environnement social des malades eux-mêmes. Puisque pour avoir accès à l'offre de soins, le malade devra mobiliser à la fois son lien social et mettre à contribution son capital économique et symbolique dans une perspective où l'offre de soins disponible au centre d'hémodialyse du SAMU et dans les services de cardiologie et de diabétologie du CHU-B ne peut faire face aux sollicitations pressentes des malades qui y affluent.

Au terme donc de ce travail on peut affirmer que la faiblesse dans la réponse du système sanitaire ivoirien pour la prise en charge des malades chroniques s'explique d'une part, par le fait que les politiques qui y sont dédiées sont débitrices de plusieurs facteurs tant dans leur conception, leur financement que dans leur fonctionnement et d'autre part le positionnement de cette offre au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire. Au-delà de ce fait le statut socio-économique des malades est un élément déterminant aussi dans leur prise en charge. Car vue le poids social et économique de cette pathologie, le malade devra mobiliser à la fois son capital économique et social pour espérer avoir une longévité.

Par ailleurs cette étude ne prétend pas avoir épuisé la question de l'efficacité du système sanitaire dans la prise en charge des pathologies chroniques en Côte d'Ivoire. Elle n'est qu'une piste de réflexion et plusieurs dimensions de la question reste à être élucidé surtout en menant une recherche-action en vue d'apporter des solutions idoines à même d'impulser les politiques sanitaires capables de mieux répondre aux besoins en santé des malades chroniques. Mais d'ordre et déjà nous proposons comme solutions la démocratisation de la prise charge et la mise en place d'un mécanisme assurantiel accessible aux malades chroniques.

## REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- ANAES, 1997, Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans, Service des Références Médicales.
- Benyoussef, A., 1997, Les services de santé dans les pays en développement *Rev. int. Sciences sociales*.
- Briançon, S., 2005, Les conséquences des maladies chroniques, <http://www.sante.gouv.fr>.

- Briand, S., 2000, Changement de paradigme dans l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique. *Ruptures*.
- Carricaburu, D, 2004, Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies, Armand Colin.
- CHU Yopougon , 2014, Rapport d'activité des services.
- Colin, C. ; Ouellet, F. ; Boyer, G. ; Martin, C. , 1992, *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Éditions Saint-Martin ;
- Colin, C., J.P. Lavoie et C. Poulin, 1989, Les personnes défavorisées. Et la santé, ça va ?, Publications du Québec.
- Coppoletta, R. et Le Palud V. , 2014, « Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? », In : *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*.
- Deschamps, J. P., 1996, De Paris (1946) à Ottawa (1986) : 40 ans de promotion de la santé. La Santé de l'Homme.
- Desseix A., 2011, L'hémodialyse, cette maladie : Approche anthropologique d'un amalgame, Sciences Sociales et Santé
- Dubet F. et Danilo M., 1996, Théories de la socialisation et définitions sociologiques de l'école. In: *Revue française de sociologie*.
- Dufresne, J. , 1994, « La pauvreté vue des gouvernements centraux », Dossier, *L'agora*.
- Ferland M., 1994. L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être, dans Lemieux, V. ; Bergeron, P. ; Bélanger, G., *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, pages 53-72.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Fries D., 1987, *Vivre sans rein*, Paris, Hermann.
- Gaberan P., 2000, Prise en charge globale et éducation thérapeutique de l'enfant diabétique. « Session : Apprendre à grandir ». 7ème Séminaire Robert Debré.
- Gagnon E., 2002, Soins domestiques et services publics. Une transformation de l'espace des soins au Québec Editions KARTHALA.
- Genève : OMS, 1999, Organisation Sociale de la Santé. Pour un réel changement : rapport sur la santé dans le monde 1999.
- Gérard Donnadiou, 2002, La systémique : penser et agir dans la complexité, Liaisons.
- Gigon E, Bismuth C., 2009, Fonctionnement du dispositif des ALD. <http://www.sante.gouv.fr>.
- Guindo, I. 2005, Etude du traitement traditionnel de l'hypertension artérielle au Mali. Bamako : Thèse de pharmacie.
- Harris M. F., 1998, les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens. L'Harmattan.
- Herzlich C, Pierret J. 1984, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison, Paris, Payot, 1990, 2e édition augmentée d'une postface.
- Hours B., 2001, Système et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie Editions KARTHALA.
- Jodelet D., 1989, Les représentations sociales. Paris : PUF.
- Kourouma et Gnonsahe, D. A., 2015, L'information du patient en pré-dialyse et son orientation en dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*.
- Laxenaire M. 1980, La rencontre psychologique du Médecin, ESF.



- Le Breton D., 2000, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF.
- Léonard, J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Éditions Aubier Montaigne.
- Lerberghe V., 1993, les politiques de santé africaines. *Bulletins des séances*, Académie royale des sciences d'outre-mer.
- Man N.K., 1996, *L'hémodialyse chronique*, Flammarion.
- Marc Ferland, 1994, *L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être*, Les Presses de l'Université Laval.
- Massé R. 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris.
- Mayer-R., 1988, « Le statut socio-économique. Construction d'un indice utile pour la gestion sociale », *Sociologie et sociétés*.
- Montis A. 1994, *À plus tard la mort. Confidences d'un transplanté hépatique*, PUF.
- O'Neill, M., 1989, « Politiques publiques favorisant la santé. Perspective de l'OMS », *Promotion de la santé*.
- Ouellet, F., *Histoire économique et sociale du Québec, 1760-1850*, Fides, 1971, 2 vol.
- Paugam, S., 2009, *Le lien social*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pierret J., 1975, *Représentations de l'insuffisante rénale chronique en hémodialyse*, Editions AJ.
- 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 Doctorat.
- Saillant F., 2001, *Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes*, Les Éditions Karthala.
- Sardan O., 2008, *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*.