La Ville Inégalitaire et la Santé : Production Socio-spatiale des Vulnérabilités Sanitaires dans les Quartiers Populaires et Résidentiels d'Abidjan

Ablakpa Jacob AGOBE
Maître de Conférences(CAMES)
Ecole Doctorale SCALL-ETAMP
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
agobe.jacob42@ufhb.edu.ci
jacobagobe@yahoo.fr
https://orcid.org/0009-0004-8636-9753
ZRIGA Krepka Dorcas Junior
Maître Assistant (CAMES),
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
dorcaszriga@yahoo.fr

Résumé:

Dans les métropoles africaines contemporaines, l'urbanisation rapide s'accompagne de fortes différenciations socio-spatiales qui influencent les conditions de vie, les opportunités sociales et l'accès aux ressources sanitaires. À Abidjan, la juxtaposition de quartiers populaires et résidentiels constitue un terrain privilégié pour analyser la manière dont les configurations urbaines participent à la production des inégalités de santé. Cette étude examine les mécanismes sociaux et territoriaux par lesquels les conditions de résidence, les ressources socio-économiques et l'accessibilité des services de santé contribuent à différencier les vulnérabilités sanitaires des populations. L'étude adopte une approche qualitative. Elle s'appuie sur des entretiens semi-directifs et des observations, permettant de comprendre les expériences, représentations et stratégies développées face aux contraintes sanitaires. Les résultats montrent une différenciation des conditions d'accès aux soins selon les espaces résidentiels. Les populations des quartiers populaires apparaissent davantage exposées aux contraintes économiques, territoriales et informationnelles, tandis que celles des quartiers résidentiels disposent de ressources facilitant l'anticipation, l'orientation et le recours aux soins. La discussion met en évidence le rôle du territoire comme facteur de production et de reproduction des inégalités sanitaires. La conclusion souligne la nécessité d'intégrer les dimensions socio-spatiales dans les politiques urbaines et sanitaires afin de renforcer l'équité territoriale en santé.

Mots-clés : ville ; inégalités de santé ; vulnérabilités sanitaires ; socio-spatial ; accès aux soins

Abstract:

In contemporary African metropolitan areas, rapid urbanisation is accompanied by pronounced socio-spatial differentiation, which shapes living conditions, social opportunities and access to health resources. In Abidjan, the juxtaposition of low-income and affluent residential neighbourhoods provides a particularly relevant setting for examining the ways in which urban configurations contribute to the production of health inequalities. This study investigates the social and territorial mechanisms through which residential conditions, socio-economic resources and the accessibility of healthcare services contribute to differentiated patterns of health vulnerability across populations. The study adopts a qualitative approach, drawing on semi-structured interviews and direct observation to examine the experiences, perceptions and coping strategies developed in response to health-related constraints. The findings reveal marked disparities in access to healthcare across residential settings. Residents of low-income neighbourhoods appear to be more exposed to economic, territorial and informational constraints, whereas those living in affluent residential areas have greater access to resources that facilitate anticipatory action, healthcare navigation and timely use of health services. The discussion highlights the role of territory as a mechanism through which health inequalities are produced and reproduced. The study concludes by emphasising the need to incorporate socio-spatial dimensions into urban and health policies in order to strengthen territorial equity in health.

Keywords: urban area; health inequalities; health vulnerabilities; socio-spatial differentiation; access to healthcare.

Introduction

À Abidjan, l'état de santé des populations est étroitement lié à leur cadre de vie. La comparaison entre les quartiers populaires et les zones résidentielles révèle une ville marquée par d'importantes disparités spatiales et sociales. D'un quartier à l'autre, les conditions de vie, la disponibilité des infrastructures et l'accès aux services de santé peuvent en effet être très différents.

Dans les quartiers populaires, les habitants vivent plus fréquemment dans des environnements caractérisés par une forte densité d'occupation, des équipements d'assainissement insuffisants ou mal entretenus, une gestion parfois inadéquate des déchets et des difficultés d'accès à une eau potable de qualité. Ces conditions

peuvent également favoriser l'exposition quotidienne à diverses nuisances environnementales susceptibles d'affecter le bien-être et la santé des populations.

À ces contraintes liées au milieu de vie viennent s'ajouter les difficultés économiques rencontrées par une partie des ménages. Lorsque les ressources financières sont limitées, il devient plus difficile d'adopter certaines mesures préventives, de consulter rapidement en cas de problème de santé ou encore d'assurer un suivi médical régulier. Ainsi, les inégalités de santé observées à Abidjan ne peuvent être dissociées des inégalités sociales et territoriales qui structurent la ville.

À l'inverse, les quartiers résidentiels favorisés bénéficient généralement d'un environnement urbain plus aménagé, d'un meilleur accès aux équipements collectifs et d'une plus grande proximité de certaines structures sanitaires privées et publiques. Les populations qui y résident disposent également de ressources économiques, informationnelles et relationnelles susceptibles de faciliter l'anticipation des risques et le recours aux soins.

Ces observations montrent ainsi que le risque sanitaire n'est pas distribué de manière homogène dans la ville. Il tend à se concentrer davantage dans les espaces où se cumulent précarité économique, fragilité résidentielle, déficit d'équipements et exposition environnementale. La maladie apparaît alors non seulement comme un événement individuel ou biologique, mais aussi comme une réalité socialement et spatialement construite.

Un paradoxe majeur se dégage de cette situation : alors que la ville rassemble théoriquement les ressources nécessaires à l'amélioration de la santé établissements sanitaires, professionnels, technologies médicales, réseaux d'information et infrastructures leur répartition et leur accessibilité restent profondément inégalitaires.

Autrement dit, vivre dans une même ville ne signifie pas bénéficier des mêmes possibilités de se protéger contre la maladie. Deux individus peuvent être exposés à un même risque sanitaire, mais

disposer de capacités très différentes pour y faire face. Le quartier de résidence devient ainsi un facteur qui peut renforcer ou réduire la vulnérabilité sanitaire.

Le paradoxe réside donc dans le fait que la proximité géographique des ressources sanitaires ne garantit pas leur accessibilité sociale. Une structure de santé peut être relativement proche d'un quartier populaire sans être réellement accessible à ses habitants en raison du coût des soins, des transports, des délais, des représentations de la maladie ou encore de la précarité économique. À contrario, les habitants des espaces résidentiels disposent davantage de ressources leur permettant de transformer la présence de l'offre sanitaire en véritable capacité de protection. La ville apparaît ainsi simultanément comme un espace de concentration des ressources sanitaires et comme un espace de production des vulnérabilités.

À partir de ces constats, la recherche peut être guidée par la question centrale suivante : comment les inégalités socio-spatiales qui structurent les quartiers populaires et résidentiels d'Abidjan contribuent-elles à produire, différencier et reproduire les vulnérabilités sanitaires des populations ? Cette question générale est prolongée par plusieurs interrogations : comment les conditions de logement et d'environnement influencent-elles l'exposition aux risques sanitaires ? Dans quelle mesure les ressources économiques et sociales déterminent-elles les capacités de prévention et de recours aux soins ? Comment les habitants des différents espaces urbains perçoivent-ils et gèrent-ils les risques auxquels ils sont confrontés ? Enfin, comment les politiques et dispositifs sanitaires prennent-ils en compte ou non ces différences territoriales et sociales ?

Sur le plan scientifique, cette étude présente un intérêt particulier parce qu'elle permet de dépasser une lecture strictement biomédicale de la santé. Elle inscrit les problèmes sanitaires dans les rapports sociaux, les conditions de vie et les configurations spatiales de la ville. Elle contribue ainsi au renouvellement des réflexions sur les déterminants sociaux de la santé en montrant que l'espace urbain n'est pas un simple cadre dans lequel se produisent les phénomènes sanitaires : il participe lui-même à leur production.

L'analyse comparative des quartiers populaires et résidentiels permet surtout de mettre en évidence les mécanismes sociaux par lesquels les inégalités économiques, résidentielles, environnementales et sanitaires s'articulent. Elle montre que la vulnérabilité sanitaire est cumulative : les populations disposant de moins de ressources sont souvent celles qui vivent dans les environnements les plus contraignants et qui disposent parallèlement de capacités plus limitées pour prévenir ou prendre en charge les problèmes de santé.

L'étude contribue ainsi à une sociologie urbaine de la santé, attentive à la manière dont les rapports sociaux se matérialisent dans l'espace et produisent des expériences sanitaires différenciées.

Sur le plan social, cette recherche prend tout son sens dans une métropole comme Abidjan, caractérisée par une croissance urbaine rapide et par de fortes disparités entre les territoires. Elle permet de rendre visibles les populations dont les difficultés sanitaires sont parfois considérées comme des problèmes individuels alors qu'elles sont largement liées à leurs conditions de vie.

L'enjeu est donc de déplacer le regard : il ne suffit pas de demander pourquoi certaines personnes sont malades ; il faut également se demander dans quel environnement elles vivent, quelles ressources elles possèdent et quelles possibilités réelles elles ont de se protéger. Une telle approche contribue à éclairer les décideurs publics sur la nécessité de politiques sanitaires et urbaines davantage territorialisées. La réduction des inégalités de santé ne dépend pas uniquement de la construction de nouvelles infrastructures médicales ; elle suppose également d'agir sur l'habitat, l'assainissement, l'accès à l'eau, l'environnement, les transports, l'information sanitaire et les conditions économiques des populations.

En définitive, l'intérêt de cette recherche est de montrer que la ville ne distribue pas seulement des logements et des équipements : elle distribue aussi, de manière inégale, des possibilités de vivre en bonne santé. À Abidjan, les différences entre quartiers populaires et résidentiels révèlent ainsi que les vulnérabilités sanitaires sont à la fois sociales, territoriales et relationnelles.

La littérature sociologique et géographique consacrée aux rapports entre ville, inégalités sociales et santé montre que l'espace urbain ne constitue pas un simple cadre dans lequel se déploient les phénomènes sanitaires. Il participe activement à leur production, à leur différenciation et à leur reproduction. La ville apparaît ainsi comme un espace socialement organisé, traversé par des rapports de pouvoir, des inégalités d'accès aux ressources et des formes de ségrégation résidentielle qui contribuent à exposer différemment les populations aux risques sanitaires. Cette perspective permet de dépasser une lecture strictement biomédicale de la santé pour l'inscrire dans l'analyse des conditions sociales et spatiales d'existence.

La compréhension des inégalités de santé à Abidjan nécessite de considérer conjointement les positions sociales et les espaces de résidence. Dans cette perspective, Scambler (2012) montre que les inégalités sanitaires sont étroitement liées aux rapports de classe et aux ressources économiques, professionnelles et sociales. La notion de *gradient social de santé* souligne que les écarts sanitaires ne concernent pas uniquement les plus pauvres et les plus riches, mais s'inscrivent dans un continuum social. La santé apparaît ainsi comme un révélateur des inégalités structurelles. Appliquée à Abidjan, cette approche conduit à interroger les différences de vulnérabilité entre populations des quartiers populaires et celles des espaces résidentiels plus favorisés.

Cette lecture est complétée par Curtis et Rees Jones (1998), qui introduisent la dimension géographique dans l'analyse des inégalités de santé. Selon ces auteurs, l'état de santé dépend à la fois des caractéristiques sociales des individus et du contexte territorial dans lequel ils vivent. Ils distinguent ainsi les effets de composition, liés aux caractéristiques des populations d'un territoire, des effets de contexte, liés aux caractéristiques propres du territoire : environnement bâti, équipements, services, mobilité et qualité du cadre de vie. Le quartier peut donc lui-même contribuer à produire des situations différenciées de santé et de vulnérabilité.

Dans le même prolongement, Pearce (2014) met en évidence l'existence d'inégalités géographiques de santé à différentes échelles et souligne le rôle conjoint des forces sociales, politiques et

économiques ainsi que des environnements sociaux, écologiques et bâtis. La santé résulte dès lors d'une interaction entre les trajectoires individuelles et les environnements territoriaux.

Cette dimension spatiale rejoint les travaux de Dorling (2010), qui montrent que les inégalités sociales se traduisent également dans l'organisation de l'espace. La concentration territoriale de la pauvreté, des désavantages sociaux et des mauvaises conditions de vie contribue à produire des situations différenciées de vulnérabilité. Dans le contexte abidjanais, cette perspective permet ainsi de relier les écarts sanitaires à la répartition inégale des ressources urbaines, de la qualité environnementale, des équipements et des possibilités d'accès aux services.

Pour Massey (1994), l'espace ne constitue pas une réalité neutre et immobile : il est une construction sociale et relationnelle résultant de rapports économiques, sociaux et politiques. La différenciation entre quartiers populaires et quartiers résidentiels traduit donc également des rapports inégaux à la richesse, au pouvoir, à la mobilité, aux infrastructures et aux ressources urbaines. Harvey (1973, 2008) approfondit cette lecture en montrant que l'organisation urbaine est liée aux processus d'investissement, de valorisation foncière et de distribution inégale des ressources. Les différences observables à Abidjan en matière de logement, d'assainissement, de voirie, d'accès à l'eau, aux espaces verts, aux structures sanitaires et aux transports peuvent ainsi être comprises comme des manifestations spatiales de rapports sociaux inégalitaires.

Dans cette logique, Smith (1984, 1996) montre, à travers ses travaux sur le développement inégal et la production de l'espace urbain, que les processus de différenciation et de valorisation territoriale contribuent à concentrer les avantages et les désavantages. Les ménages disposant de ressources importantes ont davantage de possibilités de choisir leur environnement résidentiel, tandis que les populations défavorisées sont plus fortement contraintes par leurs ressources économiques et foncières. Cette contrainte peut accroître leur exposition à certains risques environnementaux et sanitaires.

Les travaux de Riva et Curtis (2008) renforcent cette approche en montrant, à partir du cas anglais, que les différences de santé entre territoires ne s'expliquent pas uniquement par les caractéristiques individuelles. Les contextes géographiques et les formes de

désavantage socio-économique jouent également un rôle. De même, Chandola (2012) souligne l'intérêt des méthodes spatiales pour mettre en évidence la concentration territoriale de la pauvreté et les processus de ségrégation. L'analyse doit ainsi dépasser les individus pour comprendre pourquoi certaines populations sont davantage exposées aux risques en raison même de leur lieu de résidence.

Dans une perspective plus large, McCarthy (2000) montre que les différences de santé sont influencées par le statut social, les conditions de travail, les réseaux sociaux, les expériences de vie et les inégalités de revenus. Vlahov et al. (2007) prolongent cette réflexion en soulignant que l'urbanisation peut concentrer les désavantages sociaux et que les caractéristiques propres aux villes densité, diversité, complexité et organisation spatiale modifient les mécanismes par lesquels les déterminants sociaux influencent la santé. La ville doit donc être envisagée comme un système socio-spatial dans lequel se distribuent de manière différenciée les ressources, les protections et les risques.

Ces apports théoriques convergent autour de trois idées majeures. Premièrement, les inégalités sociales se traduisent spatialement par une distribution différenciée des ressources urbaines (Harvey, 1973, 2008 ; Massey, 1994 ; Smith, 1984, 1996). Deuxièmement, les différences de santé sont aussi territoriales, puisque les caractéristiques du lieu de résidence peuvent renforcer ou atténuer les effets des caractéristiques individuelles (Curtis et Rees Jones, 1998 ; Riva et Curtis, 2008 ; Pearce, 2014). Troisièmement, la vulnérabilité sanitaire résulte de l'articulation entre position sociale et environnement résidentiel, faisant des quartiers des espaces de production et de reproduction des inégalités de santé (Scambler, 2012, CHANDOLA, 2012.).

Le contexte abidjanais permet d'éprouver empiriquement ces propositions. Coulibaly, Diomandé, Coulibaly et Gourène (2004) ont étudié les relations entre ressources en eau, assainissement et risques sanitaires dans six quartiers précaires de Port-Bouët. Leur enquête, menée auprès de 567 concessions regroupant 9 741 personnes, montre que les insuffisances en matière d'assainissement, de gestion des excréments, des eaux usées et pluviales ainsi que d'accès à l'eau constituent des facteurs favorisant différents risques sanitaires. Leur

étude montre ainsi que la vulnérabilité sanitaire est également inscrite dans les caractéristiques matérielles du territoire.

Sur la question de l'eau, Sackou Kouakou et al. (2010), à partir d'une enquête qualitative menée dans 21 quartiers précaires auprès de 47 leaders communautaires, montrent que les populations recourent à des sources d'approvisionnement diverses, notamment les revendeurs d'eau, les puits, les bornes-fontaines et les eaux de pluie. Les auteurs mettent également en évidence la fréquence des problèmes sanitaires liés à l'environnement et le décalage pouvant exister entre l'exposition aux risques et leur perception par les populations. Leur contribution rappelle ainsi que la vulnérabilité dépend à la fois des conditions matérielles d'accès aux ressources et des pratiques et représentations sociales qui leur sont associées.

Dans le domaine de la santé maternelle, Bénie Bi Vroh, Tiembré, Zengbé-Acray, Gueu Doua, Dagnan et Tagliante-Saracino (2009) ont étudié les accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de Yopougon à partir d'une enquête réalisée entre février et mai 2006. Ils montrent que 17 % des accouchements avaient lieu en dehors d'une maternité et que les caractéristiques socio-économiques ainsi que le niveau de connaissance des femmes influençaient les pratiques observées. Cette étude montre que la présence d'une offre sanitaire ne garantit pas automatiquement son utilisation, celle-ci dépendant également de facteurs économiques, sociaux, culturels et informationnels.

Cette relation entre conditions sociales et accès aux ressources essentielles est également mise en évidence par Angoua, Dongo, Templeton, Zinsstag et Bonfoh (2018). Leur enquête quantitative auprès de 556 ménages de six quartiers périurbains défavorisés de Yopougon, complétée par une régression logistique multivariée, montre que 25 % des ménages n'avaient pas accès à une eau propre et 57 % ne disposaient pas d'un assainissement amélioré. Les résultats soulignent le poids du statut socio-économique et des caractéristiques des établissements humains dans l'accès aux infrastructures essentielles. Les déficits environnementaux apparaissent ainsi socialement distribués.

De son côté, Bénédicte Sonia (2021) analyse les pratiques et représentations sociales relatives à la gestion des excréments humains dans les quartiers défavorisés du district d'Abidjan. Son approche

mixte, combinant méthodes quantitatives et qualitatives, montre que les pratiques d'assainissement doivent être replacées dans les contextes sociaux, économiques, culturels et résidentiels dans lesquels elles prennent sens. Cette contribution évite ainsi de réduire les comportements sanitaires à de simples choix individuels ou à une supposée irrationalité des populations.

L'ensemble de ces travaux met donc en évidence une forte concentration de facteurs de vulnérabilité dans certains quartiers précaires d'Abidjan : insuffisance de l'assainissement, accès irrégulier à l'eau, habitat de qualité insuffisante, exposition environnementale, faibles ressources économiques et difficultés de recours aux soins. La diversité des méthodes mobilisées enquêtes quantitatives et qualitatives, analyses statistiques, régressions, entretiens et approches mixtes confirme le caractère multidimensionnel de la relation entre espace urbain et santé.

Toutefois, cette littérature présente une limite importante : une grande partie des recherches porte principalement sur les quartiers précaires ou sur une dimension particulière de la vulnérabilité, sans comparer systématiquement les expériences sanitaires des populations défavorisées à celles des groupes socialement favorisés. Or, une telle comparaison permettrait de comprendre non seulement les mécanismes qui exposent certaines populations aux risques, mais aussi ceux par lesquels les ressources économiques, sociales et territoriales protègent d'autres catégories de population.

C'est dans cet espace que s'inscrit la présente recherche. Elle entend dépasser une lecture de la vulnérabilité centrée uniquement sur les espaces défavorisés pour analyser comparativement les conditions sanitaires dans différents espaces urbains. Il s'agit notamment de comprendre comment le statut social, les conditions de logement, l'environnement, l'accès aux équipements, la mobilité et les ressources disponibles contribuent à produire des expériences sanitaires différenciées.

Ainsi, l'espace urbain n'est pas considéré comme un simple cadre dans lequel se déroulent les phénomènes de santé. Il constitue un espace socialement produit, où se répartissent de manière inégale les ressources, les risques, les protections et les possibilités d'accès aux soins. La vulnérabilité sanitaire peut dès lors être appréhendée comme un phénomène socio-spatial résultant de l'interaction entre les

positions sociales, les trajectoires individuelles et les caractéristiques des territoires. L'étude comparative des quartiers populaires et résidentiels d'Abidjan vise finalement à montrer comment les inégalités sociales et spatiales influencent les capacités différenciées des populations à prévenir les risques, à se protéger contre la maladie et à accéder effectivement aux soins.

1-Ancrage théorique et méthodologique

L'étude s'inscrit à l'intersection de la sociologie urbaine, de la sociologie de la santé et des recherches sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle part du constat que les différences d'état de santé et d'accès aux soins ne s'expliquent pas uniquement par des facteurs biologiques ou des comportements individuels, mais aussi par la répartition inégale des ressources, les conditions matérielles d'existence, les rapports sociaux et les caractéristiques des espaces de résidence. Les travaux sur les déterminants sociaux de la santé montrent notamment le rôle du logement, des revenus, de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement, de la mobilité, des infrastructures et de l'accès aux services de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2024 ; Marmot, 2020 ; Solar et Irwin, 2010).

Cette approche est particulièrement pertinente à Abidjan, où la croissance urbaine, les disparités socio-économiques et les inégalités d'équipement différencient les conditions de vie selon les quartiers. Le lieu de résidence constitue ainsi à la fois un espace géographique et un espace social susceptible d'exposer les populations à des contraintes sanitaires variables et de leur offrir des possibilités inégales d'accès aux ressources de santé. Les conditions de logement, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la gestion des déchets, la qualité de l'environnement, les revenus, les réseaux sociaux, la mobilité et la proximité des structures sanitaires participent ainsi à la construction d'expériences sanitaires différenciées.

Pour analyser cette complexité, l'étude mobilise trois perspectives théoriques complémentaires : l'approche des déterminants sociaux de la santé, la théorie des capitaux et de l'espace social de Pierre Bourdieu, et la théorie de la production sociale de l'espace d'Henri Lefebvre, complétées par les travaux sur les effets du territoire et les inégalités spatiales de santé. Cette articulation permet de mettre en

relation les conditions sociales de santé, les ressources différenciées des individus et des ménages, ainsi que les caractéristiques socialement produites des espaces urbains.

L'approche des déterminants sociaux de la santé considère que la santé dépend largement des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Solar et Irwin (2010) distinguent notamment les déterminants structurels, liés à la position socio-économique, et les déterminants intermédiaires, qui regroupent les conditions matérielles, psychosociales et comportementales ainsi que l'accès aux services de santé. Cette conception permet de comprendre les inégalités sanitaires comme le produit de mécanismes sociaux dépassant les seules caractéristiques individuelles. Marmot (2020) prolonge cette réflexion à travers la notion de gradient social de santé, selon laquelle les possibilités de vivre en bonne santé augmentent généralement avec l'amélioration de la position socio-économique. Cette perspective conduit donc à examiner la distribution graduelle et inégale des ressources économiques, sociales, éducatives et institutionnelles plutôt qu'à opposer simplement populations pauvres et populations riches.

Dans cette optique, la santé apparaît comme le produit de multiples conditions sociales et matérielles : logement, eau potable, assainissement, environnement, emploi, revenus, niveau d'instruction, conditions de travail et accessibilité des services de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (2024) souligne également l'importance des déterminants environnementaux, commerciaux et politiques, confirmant que les inégalités sanitaires sont inscrites dans des structures sociales et institutionnelles qui dépassent les comportements individuels. Le premier postulat de l'étude est ainsi que les différences de santé entre les populations résultent en partie de différences dans leurs conditions sociales et matérielles d'existence. L'analyse cherche donc à comprendre comment les habitants vivent et interprètent ces conditions et comment celles-ci influencent leurs possibilités de préserver leur santé et d'accéder aux soins, notamment à travers les expériences liées au logement, à l'environnement, à l'assainissement, aux coûts des soins, à la mobilité, au retard ou au renoncement aux soins. Elle tient également compte du fait que des individus soumis à une même contrainte peuvent disposer de ressources différentes pour y faire face.

Cette perspective est complétée par la sociologie de Pierre Bourdieu, dont les travaux sur l'espace social et les différentes formes de capital permettent de comprendre pourquoi les ressources et les capacités d'action sont inégalement distribuées entre les individus et les groupes sociaux (Bourdieu, 1979, 1980, 1986). Les individus occupent en effet des positions différentes dans l'espace social selon le volume et la structure des capitaux qu'ils détiennent. Le capital économique renvoie aux revenus et au patrimoine, le capital culturel aux connaissances, compétences et qualifications, tandis que le capital social correspond aux ressources accessibles à travers les relations et les réseaux sociaux (Bourdieu, 1986). Ces capitaux pouvant se renforcer mutuellement, ils produisent des capacités d'action différenciées, notamment face aux risques sanitaires et dans l'accès aux ressources de santé.

Appliquée à l'étude des inégalités sanitaires en milieu urbain, cette approche permet de comprendre que la capacité à habiter un environnement résidentiel favorable, à supporter le coût des soins, à se déplacer vers une structure sanitaire éloignée, à obtenir rapidement une information médicale ou à mobiliser une aide financière dépend, au moins en partie, des ressources économiques, culturelles et sociales dont disposent les individus et les ménages. Les inégalités de santé peuvent dès lors être envisagées comme étant également liées à une distribution inégale des capacités d'action face aux risques sanitaires. Le lieu de résidence peut ainsi être appréhendé comme une dimension importante de la position sociale. La possibilité de choisir son quartier, d'accéder à un logement de meilleure qualité, de se protéger contre certaines contraintes environnementales ou de supporter les coûts de transport vers les services de santé n'est pas indépendante des capitaux détenus. Les ressources économiques peuvent notamment élargir les possibilités résidentielles, tandis que les ressources culturelles peuvent faciliter l'accès à l'information sanitaire et que les ressources sociales peuvent favoriser la mobilisation d'une aide en cas de difficulté.

Toutefois, la mobilisation de la théorie de Bourdieu ne conduit pas à considérer les quartiers populaires uniquement comme des espaces de pauvreté ou de privation. La notion de capital social permet au contraire de mettre en évidence les ressources relationnelles présentes dans ces espaces. La famille, les voisins, les amis, les associations, les communautés religieuses et les autres réseaux de proximité peuvent

constituer des ressources mobilisables face aux difficultés sanitaires. Ces réseaux peuvent faciliter la circulation de l'information, l'accompagnement vers les structures sanitaires, l'accès à une aide financière ou la prise en charge temporaire de certaines dépenses. Le deuxième postulat de l'étude est donc que les individus et les ménages ne disposent pas des mêmes capitaux pour faire face aux contraintes sanitaires et accéder aux ressources de santé. Cette perspective permet ainsi de comprendre pourquoi des habitants exposés à des conditions résidentielles relativement similaires peuvent connaître des expériences sanitaires différentes en fonction de leurs ressources économiques, culturelles et relationnelles.

Cette approche par les capitaux est enfin complétée par la théorie de la production sociale de l'espace développée par Henri Lefebvre. Pour Lefebvre (1974), l'espace n'est pas un simple cadre physique dans lequel se déroulent les activités sociales ; il est produit par les pratiques sociales, les institutions, les acteurs économiques et politiques et les rapports de pouvoir. L'espace urbain doit donc être appréhendé comme une construction sociale dynamique, résultant de processus historiques, économiques, politiques et sociaux. Cette perspective est particulièrement pertinente pour analyser les différenciations entre les quartiers d'Abidjan, dans la mesure où leurs caractéristiques matérielles et leurs niveaux d'équipement sont liés à des trajectoires urbaines différenciées.

Dans cette perspective, la qualité du logement, la voirie, l'accès à l'eau, l'assainissement, la gestion des déchets, les équipements collectifs, les transports et l'implantation des services sont liés à des processus de production et d'organisation de l'espace. Les espaces urbains sont ainsi socialement différenciés, et cette différenciation peut contribuer à produire ou à renforcer certaines inégalités sociales et sanitaires. Les travaux contemporains consacrés aux déterminants territoriaux de la santé prolongent cette réflexion en montrant que les caractéristiques des lieux peuvent influencer directement ou indirectement les possibilités de vivre en bonne santé. L'environnement résidentiel peut notamment agir sur la santé par l'exposition aux nuisances, la disponibilité des services, la qualité des infrastructures, les possibilités de mobilité, les réseaux sociaux et les ressources collectives.

Le quartier est ainsi considéré simultanément comme un espace matériel, un espace social et un espace vécu. L'espace matériel renvoie aux infrastructures, aux logements, à l'environnement et aux équipements ; l'espace social concerne les relations entre les habitants, les institutions et les différents groupes sociaux ; enfin, l'espace vécu correspond à la manière dont les habitants perçoivent, pratiquent et donnent du sens à leur environnement quotidien. Le troisième postulat de l'étude est donc que les espaces résidentiels ne constituent pas de simples supports des inégalités sociales : ils participent eux-mêmes à leur production, à leur reproduction ou, dans certaines situations, à leur atténuation. Dans cette optique, les différences entre les quartiers d'Abidjan sont analysées non seulement à partir de leurs caractéristiques physiques, mais également à travers les pratiques des habitants, les ressources collectives disponibles et les processus sociaux qui ont contribué à leur formation.

L'articulation de ces trois perspectives permet finalement de construire une lecture socio-spatiale des inégalités de santé. L'approche des déterminants sociaux de la santé permet d'identifier les conditions sociales et matérielles susceptibles d'influencer la santé ; la théorie de Bourdieu permet d'expliquer pourquoi les individus exposés à des environnements similaires ne disposent pas nécessairement des mêmes ressources et capacités d'action ; tandis que la théorie de Lefebvre permet de comprendre comment les espaces urbains sont eux-mêmes socialement produits, différenciés et transformés. Les inégalités sanitaires sont ainsi considérées comme le résultat d'un processus multidimensionnel dans lequel la position sociale influence les ressources économiques, culturelles et relationnelles des individus, lesquelles contribuent à déterminer leurs possibilités d'accès au logement, aux services, à la mobilité et aux soins. Parallèlement, les caractéristiques du territoire résidentiel exposent les populations à des contraintes environnementales et sanitaires différenciées et leur offrent des ressources collectives inégales. Les expériences de santé résultent donc de l'interaction entre la position sociale, les capitaux détenus, l'environnement résidentiel et l'accessibilité des ressources sanitaires.

Le modèle théorique retenu est, dès lors, résumé par la chaîne suivante : *position sociale → distribution des capitaux → conditions*

résidentielles → exposition aux contraintes socio-environnementales → capacités de mobilisation des ressources → accès aux soins → expériences et inégalités de santé.

Cette articulation permet d'éviter deux réductions fréquentes : attribuer les problèmes de santé aux seuls comportements individuels ou, à l'inverse, les expliquer uniquement par la pauvreté du quartier. Elle conduit plutôt à analyser les interactions entre les caractéristiques des individus, leurs ressources sociales et économiques, les conditions de leur environnement résidentiel et l'organisation des services urbains et sanitaires. Dans le contexte d'Abidjan, les inégalités de santé sont ainsi appréhendées comme des phénomènes à la fois sociaux, spatiaux, économiques et institutionnels, produits par la combinaison de ressources inégalement distribuées et d'environnements urbains eux-mêmes différenciés.

Sur le plan méthodologique, cette étude a adopté une démarche qualitative à visée compréhensive et comparative, afin d'analyser les relations entre les conditions sociales et spatiales de vie et les expériences sanitaires des habitants des quartiers populaires et résidentiels d'Abidjan. Cette approche visait moins à mesurer les écarts de santé qu'à comprendre comment ceux-ci sont vécus, perçus, expliqués et négociés par les populations. Elle a permis d'appréhender les expériences quotidiennes de santé, les représentations de la maladie, les pratiques de prévention et de soins, les stratégies d'adaptation, les arbitrages économiques ainsi que les difficultés d'accès aux services sanitaires, notamment les situations de retard, d'automédication ou de renoncement aux soins.

La recherche s'est déroulée dans plusieurs quartiers d'Abidjan présentant des caractéristiques sociales, économiques, résidentielles, environnementales et sanitaires contrastées. Le choix du terrain a reposé sur une logique comparative, permettant de mettre en relation les conditions de logement, l'accès à l'eau et à l'assainissement, la gestion des déchets, l'état des voies, la mobilité, la proximité des structures sanitaires et les caractéristiques socio-économiques des populations avec leurs expériences sanitaires. Le quartier a ainsi été considéré comme une unité d'observation permettant d'analyser l'influence de l'environnement résidentiel sur les pratiques et les expériences de santé.

La population d'étude était principalement composée des habitants des quartiers sélectionnés. Des professionnels de santé et, lorsque cela était pertinent, des acteurs locaux ont également été interrogés afin de compléter les informations sur l'accès aux soins, le fonctionnement des services sanitaires et les caractéristiques sociales et territoriales des quartiers. Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour diversifier les profils selon l'âge, le sexe, la situation professionnelle, le niveau socio-économique, les conditions de logement, la durée de résidence et les expériences de maladie et de recours aux soins. L'objectif n'était pas la représentativité statistique, mais la diversité des expériences et des points de vue. La constitution de l'échantillon s'est poursuivie jusqu'à la saturation des données, correspondant au moment où les nouveaux entretiens n'apportaient plus d'informations substantiellement nouvelles.

La collecte des données s'est appuyée sur trois techniques complémentaires : les entretiens semi-directifs, l'observation directe et l'analyse documentaire. Les entretiens ont permis de recueillir les expériences et perceptions des habitants concernant leurs conditions de vie, leur environnement, la santé et la maladie, les pratiques de prévention et de soins, les coûts, la mobilité, le recours à l'entourage, l'automédication ainsi que les situations de retard ou de renoncement aux soins. Leur caractère semi-directif a permis de conserver un cadre commun tout en laissant aux enquêtés la possibilité de développer librement les expériences jugées importantes.

L'observation directe a permis de compléter les discours recueillis en documentant les caractéristiques matérielles des quartiers : types d'habitat, état des voies et espaces publics, assainissement, gestion des déchets, accès à l'eau, équipements collectifs, transports, mobilité et accessibilité des structures sanitaires. Elle a également permis de confronter les perceptions des habitants aux réalités observables sur le terrain. L'analyse documentaire, quant à elle, a porté sur des rapports institutionnels, documents d'urbanisme, données sanitaires, rapports sur les conditions de vie et l'environnement urbain ainsi que sur des travaux scientifiques consacrés à Abidjan, à la santé urbaine et aux inégalités sociales et territoriales de santé. Elle a permis de contextualiser, compléter et nuancer les informations recueillies sur le terrain.

L'analyse des données a reposé sur une analyse thématique et comparative. Les informations recueillies ont été regroupées autour de catégories telles que les conditions de logement, l'environnement résidentiel, les ressources économiques et sociales, les représentations de la santé, les pratiques de prévention et de soins, l'accès aux structures sanitaires, les coûts, la mobilité, l'automédication, le retard et le renoncement aux soins. Ces catégories ont ensuite été comparées selon les profils des enquêtés et les caractéristiques des quartiers afin d'identifier à la fois les régularités et les différences liées aux positions sociales et aux contextes résidentiels.

Enfin, la recherche a privilégié une triangulation des données, consistant à croiser les informations issues des entretiens, des observations et de la documentation. Cette démarche a permis de confronter les discours des habitants aux conditions matérielles observées et aux données disponibles, renforçant ainsi la compréhension du phénomène étudié. En définitive, cette approche méthodologique a permis de montrer comment les inégalités sociales et spatiales se traduisent concrètement dans les conditions de vie, l'accès aux ressources sanitaires et les expériences de santé des populations vivant dans les quartiers populaires et résidentiels d'Abidjan.

2-Résultats

2.1. Des conditions de vie différenciées comme matrice des vulnérabilités sanitaires

Le premier axe montre que la santé est intimement liée aux conditions matérielles d'existence. Dans les quartiers populaires, les enquêtés associent fréquemment leurs problèmes de santé à la qualité du logement, à la promiscuité, aux difficultés d'accès à l'eau, à l'insalubrité et aux conditions environnementales. À l'inverse, dans les quartiers résidentiels, les ressources économiques permettent davantage de maîtriser l'environnement domestique et de réduire certaines formes d'exposition.

Propos d'enquêtés :

> *« Ici, quand il pleut beaucoup, l'eau reste devant les maisons. Les enfants marchent dedans, les moustiques sont partout. Après, il y a toujours quelqu'un qui tombe malade. »* Enquêté 1, quartier populaire

> *« Nous vivons nombreux dans une petite maison. Quand une personne est malade, c'est difficile d'éviter que les autres soient contaminés. On fait avec parce qu'on n'a pas de moyens de louer une maison plus grande. »* Enquêtée 2, quartier populaire

> *« Dans notre zone, on fait attention à l'environnement. Les ordures sont ramassées régulièrement et les maisons sont mieux aménagées. Cela donne aussi l'impression qu'on est davantage protégé contre certaines maladies. »* Enquêté 3, quartier résidentiel

> *« Quand il y a un problème de santé, nous pouvons prendre rapidement un taxi ou notre voiture pour aller à l'hôpital. On ne reste pas longtemps à attendre parce qu'on a les moyens de se déplacer.* » Enquêtée 4, quartier résidentiel

Ces discours mettent en évidence une réalité essentielle : la vulnérabilité sanitaire est socialement située. Elle ne dépend pas seulement des caractéristiques individuelles ou de l'exposition personnelle à la maladie. Elle est aussi profondément liée aux conditions dans lesquelles les individus vivent, travaillent et se déplacent au quotidien. Autrement dit, face à un même risque sanitaire, tous ne disposent pas des mêmes ressources ni des mêmes possibilités pour s'en protéger, le réduire ou en limiter les conséquences.

Dans les quartiers populaires, cette vulnérabilité tend à prendre la forme d'une cumulativité des désavantages. Les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne ne se présentent pas de manière isolée : elles se combinent et se renforcent mutuellement. Un logement exigu ou insuffisamment ventilé, un environnement résidentiel dégradé, des difficultés d'accès à l'eau ou à l'assainissement, ainsi que

des ressources économiques limitées peuvent créer un contexte dans lequel les risques sanitaires deviennent plus difficiles à éviter. Dans ces conditions, les individus disposent de marges de manœuvre réduites pour modifier leur environnement ou adopter certaines pratiques protectrices. La maladie ne constitue donc pas un phénomène isolé ; elle peut être comprise comme l'une des expressions visibles d'une vulnérabilité sociale, économique et résidentielle plus large.

À l'inverse, dans les quartiers résidentiels, les ressources économiques disponibles offrent généralement davantage de possibilités pour faire du logement un véritable espace de protection. La qualité et le confort de l'habitat, la possibilité de mieux contrôler les conditions d'hygiène et de salubrité, une mobilité plus importante ou encore la capacité à accéder rapidement à certains services de santé constituent autant de ressources susceptibles de réduire l'exposition aux risques. Il ne s'agit pas de dire que les habitants de ces quartiers sont épargnés par la maladie, mais plutôt qu'ils disposent, dans certaines situations, de davantage de moyens pour anticiper, prévenir ou gérer les problèmes sanitaires lorsqu'ils surviennent.

Cette comparaison permet ainsi de dépasser une lecture strictement individuelle de la santé. Les comportements et les choix personnels comptent, mais ils sont eux-mêmes influencés par les ressources disponibles et par le cadre de vie. Une personne ne peut pas toujours choisir librement son logement, améliorer son environnement, modifier les conditions d'assainissement de son quartier ou accéder immédiatement aux soins. Les pratiques de santé doivent donc être replacées dans les réalités matérielles et sociales qui les rendent possibles ou, au contraire, les limitent.

L'espace résidentiel apparaît dès lors comme un véritable médiateur entre la position sociale des individus et leur expérience sanitaire. Le lieu où l'on habite ne constitue pas un simple décor de la vie quotidienne : il participe à la production des conditions dans lesquelles les risques sont vécus, perçus et gérés. Ainsi, les différences sanitaires observées entre les quartiers peuvent être interprétées comme le résultat de l'articulation entre conditions de vie, ressources sociales et économiques, qualité de l'environnement résidentiel et capacité d'action des individus. Cette perspective permet finalement de comprendre que les inégalités de santé ne sont pas seulement des

différences entre des personnes, mais aussi des différences entre des contextes de vie et entre les possibilités qu'offrent ces contextes pour se protéger face aux risques sanitaires.

2.2. L'accès différencié aux ressources sanitaires : quand la position sociale devient une capacité inégale à se soigner

Le deuxième axe porte sur l'accessibilité réelle aux soins. L'existence d'une structure sanitaire dans la ville ne signifie pas nécessairement que tous les habitants peuvent y accéder dans les mêmes conditions.

Les entretiens mettent en évidence trois dimensions : le coût des soins, le coût du déplacement et la disponibilité des ressources sociales permettant de faire face à la maladie.

Propos d'enquêtés :

> *« Le centre de santé n'est pas forcément très loin, mais même pour y aller il faut payer le transport. Si tu n'as pas d'argent, tu attends d'abord de voir si la maladie va passer. » Enquêtée 5, quartier populaire*

> *« Quand je suis malade, je demande d'abord à quelqu'un de la famille de m'aider. Si personne n'a d'argent, je prends les médicaments petit à petit jusqu'à ce que ça aille mieux. » Enquêté 6, quartier populaire*

> *« Pour nous, quand quelqu'un tombe malade, on cherche directement un médecin. On ne regarde pas d'abord combien coûte le déplacement ou la consultation. » Enquêtée 7, quartier résidentiel*

> *« Nous avons plusieurs possibilités : clinique, médecin privé ou hôpital. Si une structure ne nous convient pas, on peut en choisir une autre. » Enquêté 8, quartier résidentiel*

Ces propos permettent de distinguer l'accessibilité théorique de l'accessibilité effective aux soins. Une structure sanitaire peut être

géographiquement proche tout en demeurant socialement éloignée pour certaines catégories de population.

Dans les quartiers populaires, le recours aux soins est susceptible d'être soumis à des arbitrages économiques. Le coût du transport, de la consultation, des médicaments ou des examens peut conduire à différer le recours aux soins.

La maladie devient alors une épreuve qui mobilise les ressources disponibles dans le ménage et dans les réseaux de solidarité. Le capital social, au sens de Bourdieu (1986), fonctionne aussi comme une ressource compensatoire : famille, proches et relations contribuent à rendre possible un recours aux soins qui serait autrement difficile.

Dans les quartiers résidentiels, la diversification des possibilités de recours médecin privé, clinique, véhicule personnel, assurance ou capacité financière augmente la capacité de choix sanitaire.

L'inégalité ne réside donc pas seulement dans l'existence ou l'absence de soins, ni même dans la possibilité formelle d'y accéder. Elle se situe également dans la capacité socialement différenciée des individus à mobiliser et à convertir les ressources dont ils disposent en protection sanitaire. À ressources médicales théoriquement similaires, les individus ne disposent pas nécessairement des mêmes possibilités pour prévenir la maladie, réduire leur exposition aux risques ou réagir rapidement lorsqu'un problème de santé survient.

Les ressources économiques jouent ici un rôle important, puisqu'elles permettent, par exemple, d'améliorer les conditions de logement, de garantir une meilleure hygiène, de se déplacer plus facilement vers les structures de soins ou de supporter certaines dépenses liées à la santé. Mais les ressources sociales sont tout aussi déterminantes. Le fait de disposer d'un réseau familial, de relations, d'informations pertinentes ou d'une personne capable d'orienter vers un professionnel peut faciliter la compréhension des risques, la recherche de soins et la prise en charge de la maladie.

Ainsi, avoir une ressource ne signifie pas automatiquement pouvoir en tirer un bénéfice sanitaire. Encore faut-il disposer des moyens matériels, des connaissances, des relations et des marges de manœuvre nécessaires pour la transformer en protection effective. Cette capacité de conversion varie selon la position sociale, les conditions de vie et l'environnement résidentiel des individus. Les inégalités de santé sont dès lors comprises non seulement comme des inégalités d'accès aux

soins, mais comme des inégalités de capacité à utiliser les ressources disponibles pour se protéger et préserver sa santé.

2.3. Habiter un quartier : exposition différenciée aux risques environnementaux et production territoriale de la vulnérabilité

Le troisième axe met l'accent sur l'environnement urbain. Le quartier n'est pas seulement un lieu d'habitation : il constitue un environnement social et matériel qui expose plus ou moins fortement les individus à certaines contraintes sanitaires.

Les discours peuvent notamment porter sur les déchets, les eaux stagnantes, les inondations, la pollution, l'insalubrité, le drainage et la qualité des infrastructures.

Propos d'enquêtés:

> *« Quand les déchets restent longtemps dans les rues, les odeurs deviennent fortes. On sait que ce n'est pas bon pour la santé, mais nous n'avons pas vraiment le choix. » Enquêté 9, quartier populaire*

> *« Pendant la saison des pluies, certaines voies deviennent impraticables. L'eau entre parfois dans les maisons et on reste plusieurs jours avec cette situation. » Enquêtée 10, quartier populaire*

> *« Ici, les routes sont entretenues et les eaux sont évacuées. On ne pense pas tous les jours aux problèmes d'insalubrité parce que l'environnement est relativement bien maîtrisé. » Enquêté 11, quartier résidentiel*

> *« Nous avons des services qui s'occupent régulièrement des déchets. Si quelque chose ne va pas, les habitants peuvent aussi signaler rapidement le problème. » Enquêtée 12, quartier résidentiel*

Ces discours illustrent le caractère socio-spatial de la vulnérabilité sanitaire. Les risques environnementaux ne sont pas distribués uniformément dans la ville. Ils se concentrent davantage dans certains espaces en fonction de l'histoire urbaine, des équipements disponibles,

des politiques d'aménagement et des capacités des populations à transformer leur environnement.

Dans les quartiers populaires, l'exposition à l'insalubrité peut devenir une expérience ordinaire du quotidien. Les habitants développent alors des pratiques d'adaptation plutôt que de véritables capacités de prévention : ils composent avec l'environnement faute de disposer des ressources nécessaires pour le modifier.

La vulnérabilité apparaît donc ici comme produite par l'interaction entre un environnement contraignant et une capacité limitée à agir sur cet environnement.

Cette lecture rejoint Lefebvre (1974), pour qui l'espace est socialement produit. Les différences entre quartiers ne sont donc pas de simples différences physiques : elles expriment aussi des rapports sociaux, économiques et institutionnels.

Le quartier populaire est compris comme un espace dans lequel se cumulent et s'entrecroisent différentes formes de vulnérabilité, à la fois environnementale, sociale et économique. Il ne s'agit pas de considérer le quartier comme un simple cadre géographique dans lequel vivent des populations socialement défavorisées, mais plutôt comme un espace qui participe lui-même à la construction et à la reproduction de certaines inégalités. Les caractéristiques du bâti, les conditions d'accès à l'eau et à l'assainissement, la qualité des voies et des espaces publics, la gestion des déchets ou encore l'exposition à certaines nuisances environnementales peuvent contribuer à fragiliser davantage des populations qui disposent déjà de ressources limitées.

Cette vulnérabilité environnementale se combine souvent avec des difficultés sociales et économiques. La précarité des revenus, l'instabilité professionnelle, les difficultés d'accès aux services essentiels ou encore la faiblesse des réseaux de soutien peuvent réduire les capacités des ménages à faire face aux contraintes de leur environnement. Dans ces conditions, un problème qui pourrait être ponctuel pour un ménage disposant de ressources suffisantes peut prendre une dimension beaucoup plus importante pour un ménage déjà confronté à plusieurs difficultés.

Le quartier populaire apparaît ainsi comme un espace de cumul des désavantages, où les contraintes liées au cadre de vie peuvent renforcer les fragilités sociales préexistantes, et inversement. Cette imbrication contribue à produire des situations dans lesquelles les individus sont

davantage exposés à certains risques, tout en disposant de moyens plus limités pour les prévenir, les contourner ou en réduire les effets. La vulnérabilité ne résulte donc pas d'un facteur unique, mais de l'interaction entre plusieurs dimensions de la vie quotidienne.

Dans cette perspective, parler de vulnérabilité du quartier populaire ne signifie pas que tous ses habitants vivent les mêmes expériences ni que cet espace serait intrinsèquement pathogène. Il s'agit plutôt de mettre en évidence le fait que les conditions sociales et environnementales du territoire peuvent créer des contraintes supplémentaires pour les populations qui y résident. Le quartier devient alors un élément central pour comprendre la manière dont les inégalités sociales se traduisent concrètement dans les expériences sanitaires quotidiennes.

2.4. Des capacités différenciées de protection et d'adaptation face à la maladie

Le quatrième axe s'intéresse aux stratégies développées par les habitants face aux contraintes sanitaires. Il permet de dépasser une lecture uniquement déficitaire des quartiers populaires : les populations ne sont pas passives face aux vulnérabilités. Elles développent des formes de solidarité, d'entraide et d'adaptation.

Cependant, ces capacités d'adaptation demeurent elles-mêmes socialement différenciées.

Propos d'enquêtés :

> *« Ici, quand quelqu'un tombe malade, les voisins peuvent cotiser pour l'aider. On se connaît, donc chacun fait ce qu'il peut. » Enquêtée 13, quartier populaire*

> *« Si je n'ai pas assez d'argent pour aller à l'hôpital, je demande conseil à quelqu'un qui connaît les médicaments. On essaie d'abord de trouver une solution entre nous. » Enquêté 14, quartier populaire*

> *« Nous faisons les contrôles médicaux régulièrement. Quand il y a un problème, nous pouvons consulter rapidement avant que la situation ne s'aggrave. » Enquêtée 15, quartier résidentiel*

« Nous avons plusieurs solutions lorsqu'il y a un problème : médecin, clinique, assurance. Cela permet de ne pas attendre longtemps. » Enquête 16, quartier résidentiel

Les propos recueillis montrent que les habitants des quartiers populaires ne sont pas uniquement confrontés à des situations de vulnérabilité. Ils disposent également de ressources sociales qui leur permettent de faire face aux difficultés du quotidien. Lorsque les ressources économiques sont limitées, la famille, les voisins, les amis ou encore les réseaux communautaires peuvent jouer un rôle particulièrement important. Une personne malade peut, par exemple, compter sur un proche pour l'accompagner dans une structure de soins, sur un voisin pour l'aider dans certaines tâches quotidiennes ou sur un membre de la famille pour contribuer aux dépenses liées à la maladie. Ces gestes, parfois simples et peu visibles, constituent pourtant des formes concrètes de protection.

La solidarité de voisinage et l'entraide familiale apparaissent ainsi comme de véritables mécanismes de résilience. Elles permettent aux individus et aux ménages de ne pas affronter seuls les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Dans certains cas, lorsque les ressources financières viennent à manquer, le recours au réseau familial ou communautaire peut permettre de trouver une solution provisoire : emprunter de l'argent pour acheter des médicaments, solliciter un proche pour assurer un déplacement vers un centre de santé, confier temporairement les enfants à un membre de la famille ou encore bénéficier d'informations transmises par l'entourage. La maladie est alors prise en charge non seulement par l'individu, mais aussi, dans une certaine mesure, par son environnement social.

Cependant, ces ressources relationnelles ont leurs limites. La solidarité peut atténuer les effets de la précarité sans nécessairement faire disparaître les conditions qui en sont à l'origine. L'aide d'un proche peut permettre de payer une consultation, mais elle ne transforme pas durablement les conditions économiques du ménage. De même, l'entraide entre voisins peut faciliter la gestion d'une difficulté ponctuelle, sans résoudre les problèmes liés à la qualité du logement, à l'assainissement, au manque d'équipements ou à

l'éloignement de certains services. Les réseaux sociaux jouent donc davantage un rôle de compensation et d'adaptation qu'un rôle de transformation structurelle des conditions de vie.

Cette distinction est importante pour comprendre la manière dont les habitants des quartiers populaires font face au risque sanitaire. Leur capacité d'action ne repose pas nécessairement sur l'abondance de ressources individuelles, mais sur la possibilité de mobiliser collectivement les ressources disponibles dans leur entourage. La vulnérabilité peut ainsi être gérée grâce à des pratiques d'entraide, de débrouillardise et d'adaptation qui témoignent d'une véritable capacité d'agir, mais qui s'exercent souvent dans un contexte de contraintes importantes.

Dans les quartiers résidentiels, les stratégies de protection semblent davantage s'appuyer sur des ressources économiques et institutionnelles. Les ménages disposent généralement de possibilités plus importantes pour anticiper les problèmes de santé plutôt que d'attendre qu'ils deviennent urgents. La prévention, le suivi médical régulier, le recours à une assurance, la possibilité de se déplacer rapidement ou encore le choix du professionnel et de la structure de soins constituent autant de moyens permettant de mieux contrôler les risques. Lorsque l'offre de soins ne correspond pas aux attentes, il est également plus facile, pour les ménages qui disposent de ressources suffisantes, de diversifier les recours ou de rechercher une alternative.

Cette différence ne signifie pas que les habitants des quartiers résidentiels ne connaissent pas la solidarité ou que ceux des quartiers populaires ne recourent pas aux institutions. Elle renvoie plutôt à une différence dans la nature et dans l'étendue des marges de manœuvre disponibles. Dans un contexte de ressources limitées, la protection repose davantage sur la capacité à s'appuyer sur les autres et à s'adapter aux contraintes. Lorsque les ressources économiques et institutionnelles sont plus importantes, elle repose davantage sur la possibilité d'anticiper, de choisir et de contourner certaines contraintes.

On distingue deux formes socialement différenciées de protection :

Dans les quartiers populaires :
Solidarité → entraide → adaptation → gestion collective de la contrainte

La protection passe principalement par la mobilisation des liens sociaux et par des stratégies d'adaptation permettant de faire face, ensemble, aux difficultés qui surviennent.

Dans les quartiers résidentiels :
Ressources économiques → prévention → anticipation → choix et diversification des recours.

La protection repose davantage sur la possibilité d'anticiper les risques, de mobiliser des ressources financières et institutionnelles et de choisir entre plusieurs solutions disponibles.

Cette opposition doit toutefois être comprise comme une tendance analytique plutôt que comme une séparation absolue entre deux mondes. Dans la réalité, les formes de protection se combinent et peuvent se chevaucher. Ce qui différencie surtout les situations, c'est le poids relatif de chaque type de ressource et la marge de manœuvre qu'elles offrent aux individus.

La vulnérabilité sanitaire apparaît dès lors moins comme une simple exposition au risque que comme un rapport socialement différencié à la capacité d'agir face à ce risque. Deux individus peuvent être confrontés à un même problème de santé, mais ne pas disposer des mêmes moyens pour y répondre. L'un pourra anticiper, choisir rapidement un professionnel et mobiliser des ressources financières ; l'autre devra peut-être attendre, solliciter son entourage ou trouver des solutions alternatives. L'inégalité sanitaire se joue donc aussi dans cette capacité inégale à transformer les ressources disponibles qu'elles soient économiques, sociales ou institutionnelles en protection concrète.

3-Discussion

Les résultats de cette étude mettent en évidence une forte différenciation sociale et spatiale des vulnérabilités sanitaires. Les habitants des quartiers populaires apparaissent davantage exposés aux difficultés liées aux conditions de logement, à l'insalubrité, à l'accès à l'eau, à l'assainissement et aux contraintes environnementales, tandis que les habitants des quartiers résidentiels disposent de ressources plus importantes pour prévenir ou prendre en charge les problèmes de santé. Cette observation rejoint largement l'approche développée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2008), selon laquelle les inégalités de santé ne peuvent être expliquées uniquement par les comportements individuels ou les facteurs biologiques, mais doivent être rapportées aux conditions sociales dans lesquelles les individus naissent, vivent, travaillent et vieillissent. Dans cette perspective, les résultats montrent que la santé constitue aussi le produit des conditions matérielles d'existence et de la distribution inégale des ressources nécessaires à la protection contre les risques sanitaires.

Cette lecture est également cohérente avec les travaux de Scambler (2012) sur les inégalités de santé. Pour cet auteur, les différences sanitaires s'inscrivent dans des rapports sociaux plus larges caractérisés par une distribution inégale des ressources, des opportunités et des capacités d'action. Les résultats obtenus montrent précisément que les habitants des quartiers populaires ne sont pas seulement davantage exposés aux risques ; ils disposent aussi de marges de manœuvre plus limitées pour agir sur ces risques. Le coût du transport, des consultations ou des médicaments peut ainsi conduire à différer le recours aux soins, alors que les ménages plus favorisés peuvent mobiliser plus rapidement des ressources financières et institutionnelles. L'inégalité sanitaire apparaît donc comme une inégalité de capacité à agir face au risque, et non comme une simple différence d'exposition à la maladie.

Les résultats confirment également l'importance des différentes formes de capital mises en évidence par Bourdieu (1986). Le capital économique permet notamment de disposer d'un logement de meilleure qualité, de se déplacer plus facilement, de supporter les

dépenses médicales ou de choisir entre plusieurs structures de soins. Le capital social, quant à lui, apparaît dans les quartiers populaires à travers la mobilisation de la famille, des voisins et des proches pour financer une consultation, obtenir des médicaments, accompagner un malade ou faciliter l'accès aux soins. Les données empiriques montrent ainsi que les réseaux de solidarité constituent une ressource importante, mais essentiellement compensatoire. Ils permettent de réduire ponctuellement les effets de la précarité sans nécessairement modifier les conditions structurelles qui produisent la vulnérabilité. Cette observation prolonge la conception bourdieusienne selon laquelle les ressources sociales et économiques sont inégalement distribuées et peuvent être converties en avantages dans différents espaces de la vie sociale.

Dans cette perspective, les travaux de Bourdieu (1979, 1980) permettent également de comprendre pourquoi les pratiques sanitaires ne peuvent être considérées indépendamment des conditions sociales d'existence. Les comportements de recours aux soins, de prévention ou d'adaptation ne relèvent pas uniquement de préférences individuelles ; ils sont largement structurés par les dispositions acquises et par les possibilités objectives offertes aux individus. Ainsi, différer une consultation parce que le transport ou les médicaments sont trop coûteux ne constitue pas nécessairement un « mauvais comportement » individuel : cette pratique peut être la conséquence d'une contrainte économique qui réduit les possibilités de choix. Les résultats invitent donc à dépasser une interprétation individualisante de la vulnérabilité sanitaire pour l'inscrire dans les rapports sociaux qui structurent les pratiques et les possibilités d'action.

La dimension spatiale des résultats rejoint fortement les analyses de Lefebvre (1974) sur la production sociale de l'espace. Le quartier ne constitue pas un simple support géographique neutre des pratiques sociales ; il est produit par des rapports économiques, sociaux et politiques qui déterminent notamment la répartition des infrastructures, des équipements et des services. Les différences observées entre quartiers populaires et quartiers résidentiels concernant la gestion des déchets, le drainage, les voies de circulation, l'assainissement ou la qualité de l'habitat peuvent ainsi être interprétées comme l'expression de formes différenciées de production de l'espace urbain. La vulnérabilité sanitaire apparaît dès

lors comme partiellement produite territorialement, puisque certains espaces concentrent davantage de contraintes environnementales tout en offrant moins de possibilités aux populations pour les surmonter.

Cette interprétation est confortée par McCarthy (2000), qui souligne le rôle des déterminants sociaux et urbains dans la production des inégalités de santé. La localisation résidentielle influence l'exposition aux nuisances, la qualité de l'environnement et l'accès aux différents services. Les travaux de Vlahov et al. (2007) vont dans le même sens en considérant la ville comme un déterminant de santé à part entière : les caractéristiques du milieu urbain, les infrastructures, les conditions environnementales, mais également les facteurs sociaux et économiques qui caractérisent les différents espaces urbains peuvent produire des effets différenciés sur la santé. Les résultats de cette étude confirment cette approche en montrant que les habitants ne sont pas exposés aux mêmes contraintes selon leur lieu de résidence.

Les travaux de Chandola (2012) renforcent cette lecture en soulignant l'articulation entre déterminants sociaux et spatiaux de la santé dans les contextes urbains. L'intérêt des résultats obtenus est précisément de montrer que la position sociale et le territoire ne fonctionnent pas comme deux dimensions indépendantes. Dans les quartiers populaires, les faibles ressources économiques peuvent se combiner avec un environnement résidentiel moins favorable, créant ainsi un cumul des désavantages. À l'inverse, les ressources économiques plus importantes des ménages des quartiers résidentiels peuvent leur permettre de choisir un environnement plus favorable et de contourner certaines contraintes territoriales. L'espace agit donc à la fois comme un contexte d'exposition et comme un mécanisme susceptible de renforcer les inégalités sociales préexistantes.

Cette conclusion rejoint les travaux de Curtis et Rees Jones (1998) ainsi que ceux de Pearce (2014), qui montrent l'intérêt d'intégrer la dimension géographique dans l'analyse des inégalités de santé. Les différences sanitaires ne sont pas seulement liées aux caractéristiques individuelles des populations ; elles dépendent également des lieux dans lesquels celles-ci vivent. Dans le cas étudié, deux individus présentant des caractéristiques personnelles relativement proches peuvent être confrontés à des risques différents selon leur environnement résidentiel et les ressources disponibles dans leur

quartier. Le territoire constitue donc un niveau d'analyse essentiel pour comprendre la distribution sociale des risques sanitaires.

Les résultats concernant l'environnement urbain peuvent également être rapprochés des travaux de Coulibaly et al. (2004) sur les quartiers précaires de Port-Bouët. Leurs travaux montrent que les difficultés relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'environnement peuvent constituer des facteurs importants de risques sanitaires dans les espaces précaires d'Abidjan. Cette proximité est particulièrement intéressante pour votre étude, car elle montre que les contraintes décrites par les enquêtés ne relèvent pas uniquement de perceptions individuelles : elles s'inscrivent dans des problématiques urbaines et sanitaires déjà documentées dans le contexte abidjanais. Les difficultés d'accès à l'eau et à l'assainissement constituent notamment des mécanismes par lesquels la précarité résidentielle peut se transformer en vulnérabilité sanitaire.

Les résultats font également écho aux travaux de Sackou Kouakou et al. (2010) sur l'accès à l'eau dans les quartiers précaires du district d'Abidjan. Ces recherches montrent que l'accès à l'eau ne doit pas être réduit à la seule existence physique d'une ressource : les conditions concrètes d'accès, les contraintes sociales et économiques et les caractéristiques du quartier déterminent la possibilité réelle pour les ménages d'en bénéficier. Cette distinction entre disponibilité théorique et accessibilité effective rejoint directement les résultats de la présente étude sur l'accès aux soins. Dans les deux cas, l'existence d'une ressource ne garantit pas sa mobilisation effective : encore faut-il disposer des moyens économiques, sociaux et territoriaux nécessaires pour y accéder.

Les travaux d'Angoua et al. (2018) vont également dans ce sens en mettant en évidence les barrières à l'accès à l'eau et à l'assainissement améliorés dans les quartiers pauvres périurbains d'Abidjan. Ils permettent de renforcer l'interprétation selon laquelle les conditions environnementales défavorables sont liées à des contraintes structurelles qui dépassent les capacités individuelles des ménages. Les habitants peuvent développer des pratiques d'adaptation, mais celles-ci ne suffisent pas nécessairement à modifier durablement les conditions de leur environnement. La solidarité et la débrouillardise apparaissent alors comme des mécanismes permettant de gérer les

conséquences de la vulnérabilité plutôt que comme des moyens de supprimer ses causes.

Les travaux de Bénié Bi Vroh et al. (2009) sur les accouchements à domicile dans des quartiers précaires de Yopougon apportent également un éclairage important sur cette question. Ils montrent que les pratiques sanitaires sont susceptibles d'être influencées par un ensemble de déterminants sociaux, économiques et contextuels. Cette perspective rejoint les résultats de la présente recherche : le recours aux soins dépend non seulement de la disponibilité des services, mais aussi des ressources dont disposent les ménages pour les utiliser effectivement. Le choix ou le non-recours à une structure de santé doit donc être replacé dans les contraintes matérielles et sociales qui encadrent les décisions des individus.

Par ailleurs, les résultats rejoignent les analyses de Harvey (1973), Smith (1984, 1996) et Massey (1994) sur les rapports entre espace, inégalités sociales et production différenciée des territoires. Les différences observées entre quartiers populaires et quartiers résidentiels peuvent être comprises comme le produit d'un développement urbain inégal, dans lequel les ressources, les infrastructures et les aménités urbaines ne sont pas distribuées de manière homogène. La vulnérabilité sanitaire devient ainsi une dimension particulière d'une inégalité territoriale plus large. Le lieu de résidence peut offrir davantage de possibilités de protection à certains groupes sociaux tout en exposant d'autres groupes à une accumulation de contraintes.

Cependant, les résultats permettent également de nuancer une lecture strictement déficitaire des quartiers populaires. Les habitants ne sont pas dépourvus de ressources et ne sont pas passifs face aux contraintes. Les mécanismes d'entraide, les cotisations, l'accompagnement des malades et la mobilisation des réseaux familiaux ou communautaires constituent de véritables capacités d'adaptation. Cette dimension complète les approches centrées principalement sur les déficits matériels en montrant que les populations développent des formes de résilience face aux contraintes. Toutefois, conformément à la distinction entre ressources et capacités de conversion, ces solidarités ne disposent pas du même pouvoir que les ressources économiques et institutionnelles : elles permettent

principalement de faire face à la vulnérabilité plutôt que de transformer les conditions qui la produisent.

Enfin, la comparaison entre quartiers populaires et quartiers résidentiels montre que l'inégalité sanitaire peut être appréhendée comme une inégalité de capacité de conversion des ressources en protection sanitaire. Cette idée permet de faire le lien entre l'approche des déterminants sociaux de l'OMS (2008), la théorie des capitaux de Bourdieu (1986), l'approche socio-spatiale de Lefebvre (1974) et les travaux sur les déterminants urbains de la santé (McCarthy, 2000 ; Vlahov et al., 2007 ; Chandola, 2012). Les individus ne sont pas seulement inégalement exposés aux risques ; ils sont aussi inégalement dotés pour prévenir ces risques, accéder aux soins, choisir entre plusieurs recours et limiter les conséquences de la maladie. Ainsi, les résultats confirment que les inégalités de santé sont à la fois sociales, économiques, environnementales et territoriales : elles résultent de l'articulation entre la position sociale des individus, les caractéristiques de leur espace de vie et les ressources dont ils disposent pour agir sur leur environnement et leur santé.

En définitive, le résultat de la présente étude est fortement convergent avec la littérature, mais son intérêt réside surtout dans le fait qu'il articule trois niveaux : les conditions matérielles de vie, la production socio-spatiale des risques et la capacité différenciée des ménages à convertir leurs ressources en protection sanitaire.

Conclusion

Au terme de cette étude sur les inégalités sociales et spatiales de santé dans les quartiers populaires et résidentiels d'Abidjan, il ressort que les expériences sanitaires des populations sont étroitement liées à leurs conditions sociales, économiques, environnementales et territoriales. L'objectif était de comprendre comment les différences de conditions de vie, de ressources et d'environnement résidentiel contribuent à produire des expériences différenciées de la santé, de la maladie et du recours aux soins. L'approche qualitative, fondée sur les entretiens semi-directifs, l'observation directe et l'analyse documentaire, a permis de montrer que ces inégalités résultent de l'interaction de plusieurs dimensions et non d'un facteur unique.

Les résultats montrent d'abord que les conditions matérielles d'existence constituent une matrice des vulnérabilités sanitaires. Dans les quartiers populaires, la précarité du logement, la promiscuité, les difficultés d'accès à l'eau et à l'assainissement, l'insalubrité et la mauvaise gestion des déchets se combinent et renforcent l'exposition aux risques sanitaires. Cette vulnérabilité est cumulative, car les faibles ressources économiques limitent les possibilités d'améliorer le cadre de vie ou de réagir rapidement en cas de maladie. À l'inverse, les habitants des quartiers résidentiels disposent généralement de moyens plus importants pour améliorer leur logement, maîtriser leur environnement et réduire certaines expositions. Ces résultats confirment ainsi l'importance de l'approche des déterminants sociaux de la santé, selon laquelle les comportements individuels sont eux-mêmes influencés par les conditions matérielles et sociales dans lesquelles les individus vivent.

L'étude met ensuite en évidence une accessibilité différenciée aux soins. La proximité géographique d'une structure sanitaire ne garantit pas son accessibilité effective. Dans les quartiers populaires, les coûts du transport, des consultations, des médicaments et des examens peuvent entraîner des retards ou des renoncements aux soins. Les ménages doivent alors procéder à des arbitrages et peuvent recourir à l'automédication ou solliciter leur entourage. Dans les quartiers résidentiels, les ressources financières, la mobilité, l'assurance et la possibilité de choisir entre plusieurs structures de soins offrent davantage de marges de manœuvre. La perspective de Bourdieu permet ici de comprendre que les individus ne disposent pas des mêmes capitaux économique, culturel et social, et qu'ils n'ont donc pas les mêmes capacités à transformer les ressources disponibles en protection sanitaire.

Les résultats montrent également que la vulnérabilité est territoriale. Les différences observées en matière d'assainissement, de gestion des déchets, de drainage, de voirie, d'inondation et de qualité de l'environnement montrent que les quartiers ne constituent pas de simples espaces géographiques. Ils sont des environnements matériels et sociaux qui participent à la production des conditions de santé. Cette observation rejoint la théorie de la production sociale de l'espace de Lefebvre, selon laquelle les espaces urbains sont façonnés par des processus historiques, économiques, politiques et institutionnels. Le

territoire résidentiel apparaît ainsi comme un espace matériel, social et vécu, pouvant renforcer ou atténuer certaines vulnérabilités.

Cependant, l'étude montre également que les habitants des quartiers populaires ne sont pas passifs face aux contraintes. Ils mobilisent des stratégies de solidarité, d'entraide et d'adaptation. La famille, les voisins, les amis et les réseaux communautaires peuvent apporter une aide financière, matérielle ou informationnelle et faciliter le recours aux soins. Le capital social constitue ainsi une ressource importante, mais principalement compensatoire. Il permet d'atténuer certaines difficultés sans supprimer leurs causes structurelles, telles que la précarité du logement, l'insuffisance des infrastructures ou la faiblesse des revenus.

La comparaison entre les deux types de quartiers fait ainsi apparaître deux configurations tendancielles de protection sanitaire. Dans les quartiers populaires, celle-ci repose davantage sur la solidarité, l'entraide et l'adaptation aux contraintes ; dans les quartiers résidentiels, elle s'appuie davantage sur les ressources économiques et institutionnelles, la prévention, l'anticipation, la mobilité et la diversification des recours aux soins. Il ne s'agit toutefois pas d'une opposition absolue, mais d'une différence dans le poids relatif des ressources et dans les marges de manœuvre dont disposent les habitants.

Au regard de l'ensemble des résultats, les inégalités de santé à Abidjan apparaissent donc comme le produit de l'articulation entre la position sociale, les capitaux détenus, les conditions résidentielles, l'exposition aux contraintes socio-environnementales, la capacité de mobilisation des ressources et l'accès aux soins. Le modèle théorique retenu peut ainsi être résumé comme suit : position sociale → distribution des capitaux → conditions résidentielles → exposition aux contraintes socio-environnementales → capacité d'action → accès aux soins → expériences différenciées de santé.

Sur le plan scientifique, l'étude contribue ainsi à rapprocher trois dimensions souvent analysées séparément : la position sociale, le territoire de résidence et la capacité d'action des individus. Elle montre que la vulnérabilité sanitaire n'est pas une caractéristique individuelle, mais le résultat d'une interaction entre les ressources des populations et les conditions sociales et spatiales de leur existence.

Sur le plan pratique, la réduction des inégalités sanitaires ne peut se limiter au renforcement de l'offre médicale. Elle suppose également des actions sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé : amélioration de l'habitat, accès à l'eau potable et à l'assainissement, gestion des déchets, drainage, infrastructures, mobilité, accessibilité financière des soins et protection sociale. Les réseaux locaux de solidarité devraient également être reconnus et soutenus, sans toutefois leur faire porter la responsabilité de compenser les insuffisances structurelles des politiques publiques.

En somme, cette recherche ouvre des perspectives pour des études comparatives portant sur un plus grand nombre de quartiers et combinant approches qualitatives et quantitatives. Il serait également pertinent d'analyser l'évolution des vulnérabilités sanitaires face à l'urbanisation, aux transformations environnementales et aux changements économiques, ainsi que d'évaluer l'efficacité des politiques publiques destinées à réduire les inégalités territoriales de santé.

En définitive, la santé à Abidjan se construit aussi dans les lieux de vie, dans les ressources dont disposent les populations et dans leur capacité à transformer ces ressources en protection sanitaire. Réduire les écarts de santé suppose donc de dépasser une approche exclusivement médicale pour agir simultanément sur les conditions de vie, les territoires, l'accès aux ressources et les capacités d'action des populations. C'est à cette condition que les politiques de santé urbaine pourront contribuer durablement à améliorer l'état de santé de la population tout en réduisant les inégalités entre les différents espaces sociaux et résidentiels d'Abidjan.

Bibliographie

ANGOUA Eliachie et al., 2018. « Obstacles à l'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les quartiers périurbains pauvres d'Abidjan, en Côte d'Ivoire », *PLOS ONE*.

BÉNIÉ BI VROH Joseph, TIEMBRÉ Issaka, ZENGBÉ-ACRAY Pétronille, GUEU DOUA Judith, DAGNAN N'cho Simplice et TAGLIANTE-SARACINO Janine, 2009. « Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers

précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire », *Santé Publique*, vol. 21, n° 5, p. 499-506.

BOURDIEU Pierre, 1979. *La Distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1980. *Le Sens pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1986. « The Forms of Capital », dans John G. Richardson (dir.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood Press, p. 241-258.

CHANDOLA Tarani, 2012. « Spatial and social determinants of urban health in low-, middle- and high-income countries », *Public Health*, vol. 126, n° 3, p. 259-261, Elsevier.

COULIBALY Lacina, DIOMANDÉ Dramane, COULIBALY Adama et GOURÈNE Germain, 2004. « Utilisation des ressources en eaux, assainissement et risques sanitaires dans les quartiers précaires de la commune de Port-Bouët (Abidjan ; Côte d'Ivoire) », *VertigO*, vol. 5, n° 3.

CURTIS Sarah et REES JONES Ian, 1998. « Is there a place for geography in the analysis of health inequality? », *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, n° 5, p. 645-672.

DORLING Danny, 2010. *Injustice: Why Social Inequality Persists*, Bristol, Policy Press.

HARVEY David, 1973. *Social Justice and the City*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

LEFEBVRE Henri, 1974. *La Production de l'espace*, Paris, Éditions Anthropos.

MARMOT Michael, 2020. *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*, Londres, Institute of Health Equity.

MASSEY Doreen Barbara, 1994. *Space, Place and Gender*, Cambridge, Polity Press.

McCARTHY Mark, 2000. « Social Determinants and Inequalities in Urban Health », *Reviews on Environmental Health*, vol. 15, n° 1-2, p. 97-108.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2008. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2024. *World Report on Social Determinants of Health Equity*, Genève, World Health Organization.

PEARCE Jamie, 2014. « Geographies of Health Inequality », dans *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, Royaume-Uni, Wiley-Blackwell, p. 710-717.

SACKOU KOUAKOU Julie Ghislaine et al., 2010. « Analyse qualitative de l'accès à l'eau dans les quartiers précaires du district d'Abidjan », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 9, n° 2, p. 7-15.

SCAMBLER Graham, 2012. « Health inequalities », *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, n° 1, p. 130-146.

SMITH Neil, 1984. *Uneven Development: Nature, Capital, and the Production of Space*, Oxford, Blackwell.

SMITH Neil, 1996. *The New Urban Frontier: Gentrification and the Revanchist City*, Londres, Routledge.

SOLAR Orielle et IRWIN Alec, 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Genève, World Health Organization.

VLAHOV David, FREUDENBERG Nicholas, PROIETTI Fernando, OMPAD Danielle, QUINN Andrew, NANDI Vijay et GALEA Sandro, 2007. « Urban as a Determinant of Health », *Journal of Urban Health*, vol. 84, supplément 1, p. i16-i26.