



**HAL**  
open science

## Accès et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Bi Sehi Antoine Tape

► **To cite this version:**

Bi Sehi Antoine Tape. Accès et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire). Géographie. Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire), 2017. Français. NNT: . tel-03323035

**HAL Id: tel-03323035**

**<https://hal-ens-lyon.archives-ouvertes.fr/tel-03323035>**

Submitted on 20 Aug 2021

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

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

**Université Félix Houphouët-Boigny**



**Institut de Géographie Tropicale**



**UFR : Sciences de l'Homme et de la Société**

Année académique: 2016-2017

Cote attribuée par la bibliothèque

1	7	T	H	E	0	0	0	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**THESE DE DOCTORAT UNIQUE EN GEOGRAPHIE**

**Option : Géographie de la Santé**

*Laboratoire de Gestion de l'Environnement et des Risques (LAGERIS)*

**ACCES ET RECOURS AUX SOINS DE SANTE DANS LES  
STRUCTURES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI  
(ABIDJAN - COTE D'IVOIRE)**

*Présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 2017 par :*

**TAPE Bi Sehi Antoine**

*Membres du jury :*

**Président:**

**OUEDRAOGO François de Charles**, Géographe, Professeur Titulaire, Université Ouaga I Joseph Ki-Zerbo (Burkina Faso)

**Directeur de Thèse :**

**ANOH Kouassi Paul**, Géographe, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)

**Co-directeur de Thèse :**

**VANGA Adja Ferdinand**, Sociologue, Maître de Conférences, Université Péléforo Gon Coulibaly Korhogo (Côte d'Ivoire)

**Examineurs :**

**KOLI-BI Zueli**, Géographe, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)

**OUATTARA Soualiho**, Médecin-Physiologiste, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët- Boigny (Côte d'Ivoire)

Abidjan, 14 novembre 2017

Nous dédions ce travail à nos défunts parents KIENA Bi Tapé et KAHOU Lou Gohi Hélène ainsi qu'à tous ceux qui éprouvent des difficultés dans le cadre de recherche de soins.

*L'Université Félix Houphouët-Boigny et l'Institut de Géographie Tropicale (IGT) n'entendent donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans cette Thèse de Doctorat Unique. Ces opinions doivent être considérées comme propres à son auteur.*

## RESUME

**SUJET :** Accès et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Yopougon-Sicogi est un quartier de la commune de Yopougon, situé dans le district d'Abidjan en Côte d'Ivoire. C'est un quartier planifié et bâti, qui regorge une forte concentration humaine. Il dispose également de plusieurs structures sanitaires réparties sur de faibles superficies qui offrent une diversité de services d'offre de soins. Cependant, malgré la proximité des populations avec ces établissements de soins (100% de la population se situent à moins de 2 km de ces établissements sanitaires) et leur multitude de services d'offre de soins, le taux de fréquentation de l'ensemble de ces structures de santé (8,89% en 2010; 10,41% en 2013; 9,28% en 2014) n'a jamais dépassé la norme recommandée par l'OMS qui est de 50% de fréquentation. Face à cette situation, la question principale qui en résulte est de savoir, quels sont les facteurs socio-spatiaux qui influencent l'accès et le recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Ainsi, la présente étude a pour objectif d'analyser les différents facteurs socio-spatiaux qui influencent l'accès et le recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

L'étude caractérisée de géographie des micro-espaces, a porté sur un échantillon de 181 chefs de ménages et 269 clients (patients) déterminés à partir de la formule de Fisher sur la base d'un sondage stratifié. Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies grâce aux interviews avec les autorités sanitaires et promoteurs des infrastructures de santé, et aussi à l'aide de deux types de questionnaires : l'un destiné aux chefs de ménages et l'autre aux clients. Des analyses descriptives, spatiales, bivariées et multivariées ont été faites. Le test d'indépendance du Khi-2 et le test de Cramer ont été effectués. Le modèle de régression logistique a été également construit. Tous ont permis d'identifier les facteurs socio-spatiaux dont dépendant l'accès et le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Aussi, le modèle de distribution spatiale de ces établissements sanitaires à travers l'espace du quartier et les raisons justifiant leur faible fréquentation ont été identifiés.

Les résultats montrent que, les sept structures sanitaires existantes sur l'espace de Yopougon-Sicogi sont exclusivement tournées vers l'offre de soins privée. Leur inégale répartition sur cet espace a été influencée par la proximité de l'hôpital général, la présence des marchés, la rareté d'établissement sanitaire dans les quartiers voisins, le réseau routier du quartier et surtout à cause des insuffisances liées aux textes de lois régissant l'organisation des structures de santé privées. Aussi, l'échelle de distribution spatiale de ces infrastructures de santé obtenue n'est pas calquée sur une hiérarchie des lieux centraux. Le schéma triangulaire obtenu, reste propre au quartier et à l'offre de soins de santé privée. Les résultats montrent en outre que, les variables : sexe, âge, taille du ménage, profession, revenu, niveau d'étude, coût des soins, confiance au personnel médical, qualité de soins, type de service se sont avérées déterminantes dans l'utilisation de ces infrastructures de santé ( $\chi^2$  cal >  $\chi^2$  tab). Mais, la valeur du V de Cramer a montré que les variables fortement liées au recours à ces structures de santé sont l'âge et le coût des soins ( $V = 5,2$  et  $v = 6,4$ ). L'étude a montré aussi que, 89% des ménages ne fréquentent pas ces structures sanitaires. Les raisons de leurs faibles intérêts restent liées à l'inadéquation entre l'offre de services de soins disponible et les besoins de soins exprimés, au manque de confiance au personnel soignant ainsi que leur proximité avec l'hôpital général de la commune.

Toutefois, pour réduire toutes formes d'inégalités sanitaires en Côte d'Ivoire, cette étude recommande une collaboration entre spécialistes de la santé et des sciences sociales.

**Mots clés :** Abidjan, Yopougon-Sicogi, accès, recours, soins, structure, santé.

## ABSTRACT

---

**DISCIPLINE :** Geography / **OPTION :** Geography of Health

**TOPIC :** ‘‘ Access and recourse to health care in the sanitary structures of Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d’Ivoire)’’

---

Yopougon-Sicogi is a neighborhood of the commune of Yopougon, situated in the district of Abidjan in Côte d’Ivoire. It is a planned and well built commune that has a strong human concentration. It also has several health structures distributed over small areas that offer a variety of health care services. However, despite the proximity of populations with these health care institutions (100% of the population are within 2 km of these health facilities) and their multitude of health care services, the attendance rate for all these health facilities (8.89% in 2010, 10.41% in 2013, 9.28% in 2014) never exceeded the recommended WHO standard of 50% attendance. Confronting with this situation, the main problem here is to know the socio-spatial factors that influence the access and the recourse of the populations to the sanitary structures of Côte d’Ivoire. Thus, the objective of this study is to analyse the different socio-spatial factors that influence the access and the recourse of the populations to the sanitary structures of Yopougon-Sicogi.

This geographical micro spaces study was done on a sample of 181 households and 269 customers and determined from the fisher test on the basis of a stratified opinion poll. Qualitative and quantitative data were collected through interviews with health authorities and health infrastructure promoters, and also through two types of questionnaires: one for households and the other for clients (patients). Descriptive, spatial, bivariate and multivariate analyzes were done. The Chi-2 independence test and the Cramer test were performed. The logistic regression model was also constructed. All identified the socio-spatial factors on which access and use of Yopougon-Sicogi health facilities depend. Also the spatial distribution model of these health facilities across the neighborhood space and the reasons justifying their low attendance were identified.

The results show that, the seven existing sanitary structures in Yopougon-Sicogi are exclusively turned toward the private health care services. There unequalled distribution in this area has been influenced by the proximity of the general hospital, the markets, the rarity of sanitary structures in the neighborhood, the lack of public health care and the bad aspects of road infrastructures in the district. In addition, the sanitary structures are note of good quality in comparison with those in the central districts. The obtained diagram is specific to Yopougon-Sicogi and the availability of the private health care. The triangular scheme obtained remains specific to the neighborhood and to the private health care offer. Besides, the results show the variables: sex, age, size of the household, profession, income, level of study, cost of health care and type of service have been very important on the utilization of these health infrastructures ( $\chi^2_{cal} > \chi^2_{tab}$ ). However, the value of Cramer's V showed that the variables strongly related to the use of these health structures are the age and the cost of care ( $V = 5.2$  and  $v = 6.4$ ). The study showed that 89% of the households do not frequent these sanitary structures. The reasons of their low interest is linked to the unsuitability between supply and demand, the lack of trust in the medical staff as well as their proximity with the general hospital.

However, to reduce all forms of sanitary inequalities in Côte d’Ivoire, this study recommends a collaboration between specialists of health and social studies.

**Key words:** Abidjan, Yopougon-Sicogi, access, recourse, care, structures, health.

## REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait jamais vu le jour, sans la collaboration de certaines personnes de bonne volonté. C'est l'occasion de leur exprimer, notre plus vive gratitude et sincères remerciements pour cette aventure intellectuelle.

Ma première reconnaissance va à l'endroit de mon Directeur de recherches, le Professeur ANOH Kouassi Paul et du Co-directeur, le Docteur VANGA Adja Ferdinand (Sociologue, Maître de Conférences). Ces deux grands Hommes de sciences, leurs conseils et orientations m'ont permis de cerner l'essentiel de ce travail. Leur rigueur, dans l'approche méthodologique m'a fait comprendre la complexité et tout l'intérêt du sujet. Chers Maîtres, je vous en remercie infiniment.

A cette reconnaissance, j'associe les Professeurs OUEDRAOGO François de Charles, Géographe (Université Ouaga I Joseph Ki-Zerbo - Burkina Faso), OUATTARA Soualiho, Médecin-Physiologiste (Université Félix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire) et KOLI-BI Zueli, géographe (Université Félix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire) qui ont bien voulu accepter l'instruction de la présente thèse unique. Aussi, ont-ils accepté de faire partir du jury de soutenance. Chers Maîtres, soyez rassurés de ma profonde considération.

J'exprime aussi, mes remerciements aux Professeurs BELHEDI Amor, Géographe (Université de Tunis - Tunisie), OUATTARA Tiona, Historien, anciennement Directeur de l'IHAAA (Université Félix Houphouët Boigny - Côte d'Ivoire) qui ont prêté une attention particulière à toutes mes préoccupations. Merci énormément pour vos contributions dans la réalisation de cette étude.

Je témoigne ma reconnaissance aux Docteurs TUO Pega (Géographe), YAO Yao René (Psychologue) et GNAGBO Anthelme (Botaniste) tous enseignants chercheurs à l'Université Félix Houphouët-Boigny ainsi qu'à monsieur KRA Yao, enseignant d'anglais au Collège Moderne du Plateau. Vos critiques et observations avisées m'ont permis d'avancer dans la mise en forme définitive de ce travail.

J'exprime toute ma gratitude à l'endroit de messieurs KEITA Mamadou (Directeur du District Sanitaire de Yopougon-Est), YAO Paul (Coordinateur du District Sanitaire de Yopougon Est), TANOE Ulrich (Statisticien, analyste en prévision et traitement de données à SAHAM Assurance Côte d'Ivoire), DJOMAN Didier (Inspecteur Sanitaire à la Direction des

Etablissements et Professions Sanitaires) et N'GORAN Raphael (Ingénieur Généraliste). Aussi, à l'endroit de messieurs N'KA N. Mathias, ADOU Y. Timothée et KOUASSI A. B. José-Fleury, tous étudiants à l'Ecole Doctorale de l'Institut de Géographie Tropicale (IGT) au sein de l'Université de Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan.

A mes enquêteurs ainsi qu'aux promoteurs, Directeurs Techniques et personnel de l'ensemble des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi, je vous suis gré.

Mes remerciements vont également à l'endroit de ma mère adoptive, maman N'GORAN N'guessan Antoinette qui m'a permis de reprendre les études. Je n'oublie pas également, mon parrain, monsieur ANGOA Bertin (Directeur des PMI-PME, Ministère du Commerce et de l'Artisanat de Côte d'Ivoire).

Une sincère reconnaissance à monsieur KONAN Antoine, grâce à qui j'ai pu m'inscrire la première fois à l'Université de Cocody. A monsieur TOURE Ismaël, à mademoiselle AKOSSO Roseline ainsi qu'à l'ensemble du personnel de l'Institut d'Histoire, d'Arts et Archéologie Africains (IHAAA), je vous dis merci.

Je ne peux clore ce chapitre de remerciement sans adresser un mot à mademoiselle KOKOBOU Ange Doris, que j'appelle affectueusement « Madame TAPE ». Merci pour ton affection, soutien et ta compréhension.

A toutes les personnes qui n'ont pas été nommées, mais qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude, à toutes et à tous, nous disons merci.

## SOMMAIRE

DEDICACE.....	2
RESUME.....	3
ABSTRACT.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
SOMMAIRE.....	7
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>17</b>
I. Cadre théorique.....	20
II. Cadre méthodologique.....	54
<b>PREMIERE PARTIE : Politique de santé, espace d'étude et ressources sanitaires de Yopougon-Sicogi .....</b>	<b>88</b>
<b>Chapitre 1</b> : Politique et organisation du système de santé ivoirien .....	90
<b>Chapitre 2</b> : Espace d'étude et offre de soins à Yopougon-Sicogi.....	112
<b>Conclusion partielle première partie</b> :.....	150
<b>DEUXIEME PARTIE : Géographie de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi .....</b>	<b>152</b>
<b>Chapitre 3</b> : Modalités d'implantation des structures sanitaires de Yopougon- Sicogi .....	154
<b>Chapitre 4</b> : Organisation spatiale des structures sanitaires de Yopougon- Sicogi .....	172
<b>Conclusion partielle deuxième partie</b> :.....	187
<b>TROISIEME PARTIE : Les déterminants d'accès et de recours aux des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et bilan de la fréquentation..</b>	<b>189</b>
<b>Chapitre 5</b> : Les déterminants d'accès et de recours des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi .....	191
<b>Chapitre 6</b> : Bilan de la fréquentation des structures sanitaires de Yopougon- Sicogi .....	250
<b>Conclusion partielle troisième partie</b> :.....	281
<b>CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>283</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>291</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>304</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 0.1 : Schéma du protocole de recherche.....	85
Figure 0.2 : Localisation de Yopougon-Sicogi.....	87
Figure 1.3 : Localisation de la Côte d'Ivoire.....	92
Figure 1.4 : Pyramide de l'offre de soins en Côte d'Ivoire.....	101
Figure 2.5 : Concentration humaine et volume de la population de Yopougon-Sicogi.....	117
Figure 2.6 : Réseau de voiries du quartier Yopougon-Sicogi.....	121
Figure 2.7 : Evolution des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	126
Figure 2.8 : Répartition des ménages en fonction du premier recours thérapeutique.....	141
Figure 3.9 : Distances entre les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et l'hôpital général.....	158
Figure 3.10 : Configuration des portées spatiales des structures de Yopougon-Sicogi....	165
Figure 3.11 : Aires d'influence théorique des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi..	166
Figure 3.12 : Aire d'influence effective des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	170
Figure 4.13 : Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	177
Figure 4.14 : Pyramide de l'offre de soins de Yopougon-Sicogi .....	179
Figure 4.15 : Schéma représentant le modèle de distribution spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	185
Figure 5.16. : Répartition des chefs de ménage selon le sexe.....	194
Figure 5.17 : Localisation des patients sous plusieurs aires d'influence.....	235
Figure 6.18 : Répartition selon le sexe des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé.....	271
Figure 6.19 : Répartition selon l'âge des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé.....	271
Figure 6.20 : Répartition selon la profession des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé.....	272
Figure 6.21 : Répartition selon le revenu des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé.....	272
Figure 6.22 : Répartition selon le niveau d'étude des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures pas les structures de santé.....	273

## LISTE DES PHOTOS

Photo 2.1 : Vue du bloc opératoire de l’Espace médical concorde.....	127
Photo 2.2 : Cabinet dentaire Wacouboué. Vue interne : Salle de chirurgie.....	128
Photo 2.3 : Salle d’accueil du centre médico-social Eden.....	130
Photo 2.4 : Aperçu de l’eau usée domestique contenant des excréments humains coulant à proximité du Centre socio-sanitaire Bethel.....	131
Photo 2.5 : Vue du mur de l’Espace médical concorde.....	132
Photo 2.6 : Espace dédié aux herboristes et tradipraticiens au sein du marché de Yopougon-Sicogi.....	135
Photo 2.7 : Feuilles et écorces de bois médicinales au marché Yopougon-Sicogi.....	135
Photo 2.8 : Etalage de médicaments dans le marché de Yopougon-Sicogi pendant la nuit.....	137
Photo 2.9 : Etalage de médicaments dans le marché Yopougon-Sicogi en plein jour....	137
Photo 2.10 : Cabinet dentaire Wacouboué.....	145
Photo 2.11 : Cabinet paramédical André Jean.....	145
Photo 2.12 : Centre médico-social Eden (maintenant).....	146
Photo 2.13 : Centre social Eden (avant).....	146
Photo 2.14 : Enseigne du centre de soins infirmiers André Jean.....	149

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 0.1 : Répartition des ménages selon le secteur.....	68
Tableau 0.2 : Répartition des ménages à enquêter selon le secteur.....	72
Tableau 0.3 : Répartition des clients selon les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi en 2014.....	73
Tableau 0.4 : Synthèse de clients à enquêter par structures de santé.....	78
Tableau 0.5 : Bilan de la démarche méthodologique.....	86
Tableau 1.6 : Indice démographique de base de la Côte d'Ivoire.....	93
Tableau 2.7 : Population, superficie, densité par secteur.....	116
Tableau 2.8 : Répartition de l'offre de soins selon la qualité des promoteurs.....	123
Tableau 2.9 : Répartition des structures sanitaires selon la catégorie.....	124
Tableau 2.10 : Répartition des structures sanitaires de Sicogi selon la typologie.....	125
Tableau 3.11 : Portées spatiales et aires d'influence des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	163
Tableau 4.12 : Répartition des structures sanitaires par secteur.....	172
Tableau 4.13 : Répartition des structures sanitaires selon la taille des secteurs.....	173
Tableau 4.14 : Répartition des structures sanitaires selon la taille des populations .....	174
Tableau 4.15 : Coordonnées des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	176
Tableau 5.16 : Répartition des chefs de ménage selon l'âge.....	195
Tableau 5.17 : Taille moyenne des ménages.....	196
Tableau 5.18. : Répartition des chefs de ménage selon le niveau d'étude.....	197
Tableau 5.19 : Répartition des chefs de ménage selon la profession.....	197
Tableau 5.20 : Répartition des chefs de ménage selon le revenu.....	198
Tableau 5.21 : Sexe et recours aux soins de santé.....	200
Tableau 5.22 : Age et recours aux soins de santé.....	201
Tableau 5.23 : Taille des ménages et recours aux soins de santé.....	202
Tableau 5.24 : Profession et recours aux soins de santé.....	203
Tableau 5.25 : Revenus et recours aux soins de santé.....	204
Tableau 5.26 : Coûts des prestations et des soins et recours aux soins de santé.....	205
Tableau 5.27 : Distance et recours aux soins de santé.....	207
Tableau 5.28 : Mobilité et recours aux soins de santé.....	209
Tableau 5.29 : Durée du trajet et recours aux soins de santé .....	210

Tableau 5.30 : Coût du trajet et recours aux soins de santé.....	211
Tableau 5.31 : Niveau d'étude et recours aux soins de santé.....	213
Tableau 5.32 : Police d'assurance et recours aux soins de santé.....	214
Tableau 5.33 : Types d'offres de soins et recours aux structures sanitaires.....	215
Tableau 5.34 : Qualité des prestations et des soins et recours aux soins de santé.....	217
Tableau 5.35 : Education sanitaire, relais communautaire et le recours aux soins de santé.....	219
Tableau 5.36 : V de Cramer relatif à chacune des variables déterminantes.....	221
Tableau 5.37 : Répartition des clients de l'Espace médical concorde selon la distance parcourue.....	223
Tableau 5.38 : Répartition des clients de l'Espace médical concorde selon les autres facteurs de recours aux soins.....	224
Tableau 5.39 : Répartition des patients du cabinet dentaire Wacouboué selon la distance parcourue.....	225
Tableau 5.40 : Répartition des clients du cabinet dentaire Wacouboué selon les autres facteurs de recours aux soins.....	226
Tableau 5.41 : Répartition des clients de l'Espace médical secourisme selon la distance parcourue.....	227
Tableau 5.42 : Répartition des clients de l'Espace médical secourisme selon les autres facteurs de recours aux soins.....	227
Tableau 5.43 : Répartition des patients du cabinet paramédical André Jean selon la distance parcourue.....	228
Tableau 5.44 : Répartition des clients du cabinet paramédical André Jean selon les autres facteurs de recours aux soins.....	229
Tableau 5.45 : Répartition des patients du centre médico-social Eden selon la distance parcourue.....	230
Tableau 5.46 : Répartition des clients du centre médico-social Eden selon les autres facteurs de recours aux soins.....	231
Tableau 5.47 : Répartition des clients du centre socio-sanitaire Bethel selon la distance parcourue.....	232
Tableau 5.48: Répartition des clients du centre socio-sanitaire Bethel selon les autres facteurs de recours aux soins.....	232
Tableau 5.49 : Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon la distance Parcourue.....	233

Tableau 5.50 : Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon les autres facteurs de recours aux soins.....	234
Tableau 5.51 : Répartition des clients de l'espace médical concorde selon la distance parcourue et le lieu de provenance.....	237
Tableau 5.52 : Répartition des clients de l'Espace médical concorde selon les autres facteurs de recours aux soins.....	237
Tableau 5.53 : Répartition des patients du cabinet dentaire Wacouboué selon la distance parcourue et le lieu de provenance.....	239
Tableau 5.54 : Répartition des clients du cabinet dentaire Wacouboué selon les autres facteurs de recours aux soins.....	239
Tableau 5.55 : Répartition des clients de l'Espace médical secourisme selon la distance parcourue et le lieu de provenance.....	241
Tableau 5.56 : Répartition des clients de l'Espace médical secourisme selon les autres facteurs de recours aux soins.....	241
Tableau 5.57 : Répartition des patients du cabinet paramédical André Jean selon la distance parcourue et le lieu de provenance.....	242
Tableau 5.58 : Répartition des clients du cabinet paramédical André Jean selon les autres facteurs de recours aux soins.....	243
Tableau 5.59 : Répartition des patients du centre médico-social Eden selon la distance parcourue et le lieu de provenance.....	244
Tableau 5.60 : Répartition des clients du centre médico-social Eden selon les autres facteurs de recours aux soins.....	245
Tableau 5.61 : Répartition des patients du centre socio-sanitaire Bethel selon la distance parcourue et le lieu de provenance.....	246
Tableau 5.62: Répartition des clients du centre socio-sanitaire Bethel selon les autres facteurs de recours aux soins.....	246
Tableau 5.63 : Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon la distance parcourue et le lieu de provenance.....	247
Tableau 5.64 : Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon les autres facteurs de recours aux soins.....	248
Tableau 6.65 : Répartition des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi Selon la catégorie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016.....	253

Tableau 6.66 : Cumul des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la catégorie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016.....	256
Tableau 6.67 : Répartition des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la typologie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016.....	258
Tableau 6.68 : Cumul des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la typologie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016.....	261
Tableau 6.69 : Répartition des clients par structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les lieux de provenance en 2013, 2014, 2015, 2016.....	263
Tableau 6.70 : Cumul des clients par structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les lieux de provenance en 2013, 2014, 2015, 2016.....	266
Tableau 6.71 : Répartition des motifs de non recours aux centres de soins de Yopougon-Sicogi selon les chefs de ménages .....	274
Tableau 6.72 : Indépendance (corrélation entre les variables pour déterminer la P-value).....	275
Tableau 6.73 : Régression logistique (analyse multivariée).....	277

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ABC</b>	Associations à Base Communautaire
<b>ACPCI</b>	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire
<b>AID</b>	Association Internationale de Développement
<b>ALCPCI</b>	Action et Lutte Contre la Pauvreté en Côte d'Ivoire
<b>ASC</b>	Agent de santé Communautaire
<b>ARV</b>	Anti Retro Viral
<b>BAD</b>	Banque Africaine de Développement
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CEDEAO</b>	Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest
<b>CFA</b>	Communauté Financière Africaine
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CS</b>	Couche Socioprofessionnelle
<b>CSE</b>	Centre de Surveillance Epidémiologique
<b>CSR</b>	Centres de Santé Ruraux
<b>CSU</b>	Centres de Santé Urbains
<b>CSUS</b>	Centres de Santé Urbains Spécialisés
<b>DEPS</b>	Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires
<b>DDS</b>	Direction Départementale de Santé
<b>DGBF</b>	Direction Générale du Budget et des Finances
<b>DIPE</b>	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
<b>Dr</b>	Docteur
<b>DRIY</b>	Direction Régionale des Impôts de Yopougon
<b>DS</b>	District Sanitaire
<b>DSYE</b>	District Sanitaire Yopougon-Est
<b>DSY</b>	District Sanitaire Yopougon
<b>FMI</b>	Fond Monétaire International
<b>ERPR</b>	Etablissement de Recours de première Référence
<b>ERSR</b>	Etablissement de Recours de Seconde Référence

<b>FNSAEASPCI</b>	Forum National de la Santé pour l'Amélioration de l'Environnement des Affaires dans le Secteur Privé en Côte d'Ivoire
<b>FSU</b>	Formations Sanitaires Urbaines
<b>GPS</b>	Global Positioning System
<b>HG</b>	Hôpital Général
<b>ICA</b>	Institut de Cardiologie d'Abidjan
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IDH</b>	Indice de Développement Humain
<b>IGT</b>	Institut de Géographie Tropicale
<b>INHP</b>	Institut National d'Hygiène Publique
<b>INS</b>	Institut National de la Statistique
<b>IOM</b>	Institute Of Medicine
<b>IRFCI</b>	Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire
<b>LIAAI</b>	Ligue Ivoirienne de l'Association d'Aide Internationale
<b>LNSP</b>	Laboratoire National de Santé Publique
<b>MD</b>	Ministère du Budget
<b>ME</b>	Médicament Essentiel
<b>MID</b>	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
<b>MPD</b>	Ministère du Plan et du Développement
<b>MSHP</b>	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>MSLS</b>	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
<b>MSSSH</b>	Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés
<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OXFAM</b>	Oxford Committee for Famine Relief
<b>PAS</b>	Programme d'Ajustement Structurel
<b>PED</b>	Pays En Développement
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PIS</b>	Partenariat International pour la Santé
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités

<b>PME</b>	Petites et Moyennes Entreprises
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNS</b>	Politique Nationale de Santé
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-enfant
<b>PPTE</b>	Pays pauvre Très Endetté
<b>PRB</b>	Population Référence Bureau
<b>RCALR</b>	Répertoire Chronologique des Actes Législatifs et Réglementaires
<b>RFI</b>	Radio France Internationale
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SICOGI</b>	Société Ivoirienne de Construction et Gestion Immobilière
<b>SOGEFIHA</b>	SOciété de GEstion et de FInancement de l'Habitat
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale d'Urgence
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>UGISASCOCI</b>	Union Générale des Infirmiers, Infirmières, Sages-femmes et Agents de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	Virus de l'Immino-déficience Humain

## INTRODUCTION GENERALE

L'égalité et le droit de tous, tout particulièrement à l'égard de l'accès et du recours aux services médico-sociaux, constituent l'un des principes fondamentaux de la République de Côte d'Ivoire<sup>1</sup>. C'est pourquoi, le financement du fonctionnement du secteur de la santé a été pendant longtemps sa responsabilité dans le but d'atteindre l'objectif de la « Santé pour tous » fixé lors de la conférence d'Alma Ata (connue maintenant sous le nom de Almaty, au Kazakhstan) en 1978. Cet objectif voulait, d'une part, que tous les citoyens du monde atteignent un niveau de santé qui leur permet d'avoir une vie économiquement productive. D'autre part, que les inégalités de la situation de santé des populations, notamment entre les habitants des pays en développement et ceux des pays développés, et au sein même des pays doivent être améliorées (PRB, 2004).

Cependant, cet objectif semble être hors de portée car selon OXFAM (2008), trente ans après la conférence d'Alma Ata, environ 1,3 milliard de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès aux soins de santé de base. Cette inaccessibilité aux soins se traduit par une faible espérance de vie (moins de 50 ans) dans les pays pauvres et un fort taux de mortalité en Afrique dus aux pathologies telles que les diarrhées, la rubéole<sup>2</sup> et le paludisme (PRB, 2004). C'est pourquoi, sous l'égide du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1987 à Bamako (Mali), les ministres de la santé ont lancé le principe du recouvrement des soins. La vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible coût et revendus avec une marge devrait assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé. Par la suite, la notion de recouvrement des coûts s'est étendue à diverses recettes collectées par les structures sanitaires, notamment les consultations, les hospitalisations, les examens de laboratoire, les accouchements, les soins dentaires et gynécologiques, les traitements ophtalmologiques (TONGLET *et al.*, 1999).

La Côte d'Ivoire qui sort d'une décennie de crise militaro-politique avec de graves conséquences sur toutes les couches de sa population, a commencé sa reconstruction. Une telle ambition ne peut se réaliser qu'avec des citoyens en bonne santé physique et mentale. C'est pourquoi, à travers son Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, elle affiche l'ambition d'assurer une politique de soins de santé équitable de qualité, à moindre coût et

---

<sup>1</sup> Article 9 de la constitution ivoirienne de 2016

<sup>2</sup> Maladie infectieuse, contagieuse, virale chez l'enfant.

accessible à l'ensemble de la population. Le but est de contribuer à la réduction de la pauvreté car selon l'OMS (2001), il existe des liens étroits entre la santé, la réduction de la pauvreté et la croissance économique ainsi que la notion selon laquelle « santé égale richesse ».

Cependant, dans le secteur public de la santé, l'une des difficultés reste et demeure la disparité de la couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire national. Seules les grandes régions administratives possèdent des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Deux d'entre elles, possèdent également des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), un à Bouaké et trois à Abidjan. A cela, s'ajoutent l'insuffisance des ressources matérielles, financières, humaines et de nombreuses revendications des agents de santé qui se soldent très souvent par des arrêts de travail plus ou moins de longue durée selon le cas au détriment des populations (PNDS , 2012-2015).

Au niveau du secteur privé, les dysfonctionnements et l'anarchie qui y règnent ne sont pas de nature à promouvoir la santé, ce qui est souvent dénoncé par certaines organisations de promotion de la santé telle que le FNSAEASPCI en 2008 à Abidjan. Dans ce secteur, toutes les catégories d'établissements sanitaires prévues par la législation ivoirienne y sont représentées. Certaines exercent dans l'illégalité au vu et au su des structures chargées de règlementer ce secteur. Les structures de santé visitées à Yopougon-Sicogi ne sont pas en reste, l'un des plus anciens quartiers construit par la Société Ivoirienne de Construction et Gestion Immobilière (SICOGI).

Situé au centre de la commune de Yopougon, le quartier Yopougon-Sicogi est limité par les quartiers et sous-quartiers tels que Yaossehi (Sicoboï) et Doukouré au Sud, à l'Est par Selmer, à l'Ouest par Sogefiha et Aimé Césaire, au Nord par Banco 2 et Sogefiha Solic <sup>3</sup>. Il est constitué dans sa grande majorité par des habitats de type économique avec une forte population à faible revenu, un niveau de chômage des jeunes élevé, des chefs de ménage dans leur grande majorité à la retraite et des structures de santé tournées toutes vers l'offre de soins privée (TAPE, 2014). Cette situation socio-économique pose donc sans nul doute d'énormes problèmes aux populations dans le cadre de leur besoin de soins dans les infrastructures sanitaires de leur quartier en cas de morbidité.

Cette étude, basée sur « l'accès et le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi » s'inscrit dans la suite de plusieurs recherches ayant porté sur la problématique d'accès et du recours aux soins de santé des populations dans le district d'Abidjan en général et dans la commune de Yopougon en particulier.

---

<sup>3</sup> Source : Mairie de Yopougon, 2013

Elle a pour objectif d'analyser les différents facteurs socio-spatiaux qui influencent l'accès et le recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Pour ce faire, nous nous proposons de structurer ce travail à travers le plan suivant :

- première partie : Politique de santé, espace d'étude et ressources sanitaires de Yopougon-Sicogi. Elle se décline en deux chapitres. Le premier traite de la politique et de l'organisation du système de santé ivoirien. Quant au second, il est consacré à la caractérisation de l'espace d'étude ainsi qu'à l'analyse de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi à travers les structures sanitaires et d'autres voies de recours;

- deuxième partie : Géographie de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi. Elle comprend deux chapitres. Le premier évoque les modalités d'implantation des infrastructures sanitaires sur l'espace de Yopougon-Sicogi, tandis que, le second est consacré à l'organisation spatiale de ces structures de soins;

- troisième partie : Les déterminants d'accès et de recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et bilan de la fréquentation. Cette troisième partie de ce document comprend deux chapitres. Le premier évoque les facteurs déterminant l'accès et l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Quant au second, il traite la question de leur fréquentation.

La conclusion qui permet de faire le bilan des résultats obtenus au cours de l'étude et de vérifier les hypothèses, offre l'occasion d'une part, de faire des recommandations visant principalement à une adéquation entre l'offre des structures de santé et les besoins des populations en matière de services de soins. Et d'autre part, de montrer l'importance de la géographie de la santé dans l'élaboration des politiques de santé dans un contexte de pluralité des soins afin de réduire toutes les formes de disparités sanitaires.

## **I. CADRE THEORIQUE**

Ce cadre théorique comprend le contexte, la justification du choix du sujet et de la zone d'étude. Il comprend également la revue de la littérature relative à la thématique de recherche ainsi qu'aux différents concepts contenus dans le sujet de recherches.

### **I.1. CONTEXTE, JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET ET DE LA ZONE D'ETUDE**

La santé des citoyens constitue une préoccupation pour toute politique de développement social et économique d'un pays. Elle est l'un des fondements de la force de production qui stimule et engendre tout processus de développement parce que le développement est, avant tout, un processus engendré par des populations en bonne santé capables de produire des richesses. C'est donc un processus induit par les hommes et pour les hommes. Ce qui suppose qu'aucun développement durable ne peut être envisageable sans la prise en compte des variables population et santé. Au regard de cette exigence, garantir à tous, le droit à la santé, devient l'un des devoirs auquel aucun Etat ne doit faillir. Si tel est le cas, le développement durable et la recherche du bien être de sa population doivent être le crédo de sa politique. En tant que mission régaliennne, il se doit de tout mettre en œuvre pour produire des soins de santé à ses citoyens. Or, l'insuffisance, voire le manque de structures de soins surtout primaires dans certaines zones urbaines (zones périphériques) à forte concentration humaine dans le district d'Abidjan et la longue crise militaro-politique (de décembre 1999 à avril 2011) qui a eu pour effet de réduire le pouvoir d'achat des ménages ont fait qu'une frange de la population ivoirienne, en occurrence les ménages économiquement faibles, n'arrivent pas à se soigner comme il se doit (TAPE, 2014).

Notre choix s'est porté sur l'étude de la distribution spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et de ses relations avec les populations à travers « l'accès et le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi » en vue d'évaluer la capacité de ces établissements de soins, tels qu'organisés sur l'espace de Yopougon-Sicogi à répondre objectivement aux préoccupations de santé des populations.

A travers cette étude, nous sommes aussi motivé à travailler sur un espace infra urbain de l'une des plus grandes communes de la ville d'Abidjan qui est la commune de Yopougon. Un quartier à l'image de la commune, représentative des formes d'urbanisation : croissance démographique, pauvreté, carences des appareils de production de soins, milieu urbain hétérogène dense où les disparités spatiales et sociales sont nombreuses et rarement étudiées

pour mettre en évidence les problèmes rencontrés par les populations dans l'utilisation des structures sanitaires. Cependant, le quartier Yopougon-Sicogi est considéré depuis sa création comme un espace « *fini* » car figé sans possibilité d'étalement et doit pouvoir permettre l'accès aux structures sanitaires des populations en perpétuelle croissance qui y vivent et créer au même moment les conditions de leur utilisation effective de façon équitable.

De plus, une étude plus fine met mieux en évidence les inégalités socio-spatiales de l'accès aux soins (YMBA, 2013). Or, les bases de données de santé relative à un micro-espace (à l'échelle d'un quartier) et permettant de présenter finement les relations entre les populations et les structures de santé de leur quartier n'existent pas à notre connaissance ici en Côte d'Ivoire. Cependant, des résultats de certains travaux de recherches (recherches menées en Côte d'Ivoire) en géographie de la santé<sup>4</sup> sont disponibles (YMBA, 2013 ; TUO, 2013). Mais ces études ont été menées à l'échelle soit d'une région ou d'une ville capitale. C'est pourquoi, s'intéresser à cette discipline « nouvelle » en Côte d'Ivoire et peu exploitée à l'échelle d'un quartier constitue pour nous une source de motivation supplémentaire car selon MARCONOT (2003), les villes et les quartiers ne relèvent pas de la même logique, ni du même niveau de réalité.

Au regard de ce qui précède, cette étude s'inscrit donc en géographie de la santé et plus précisément en géographie des soins<sup>5</sup>. Cependant, nous retirons de notre étude les structures pharmaceutiques parce qu'elles ne sont pas des infrastructures sanitaires prestataires de soins de santé (ne posent pas des actes médicaux tels que la consultation, le traitement, l'hospitalisation, etc.)

---

<sup>4</sup> La géographie de la santé est la synthèse de la géographie des maladies et de la géographie des soins. Elle constitue l'analyse spatiale des disparités de santé des populations, de leurs comportements sanitaires et des facteurs de l'environnement (physique, biologique, social, économique et culturel) qui concourent à expliquer ces inégalités (PICHERAL, 2001).

La géographie des maladies est l'étude de la distribution sociale et spatiale des maladies, souvent confondue, à tort, avec la géographie médicale. Elle restitue la pathologie et le malade dans leur environnement global. La géographie des maladies se distingue de l'épidémiologie spatiale, qui cherche à mesurer et analyser les causes de différences de fréquence des maladies dans l'espace et dans le temps.

<sup>5</sup> La géographie des soins est l'analyse spatiale des ressources sanitaires et du recours aux soins. Elle donne la répartition dans l'espace et le temps du système de soins et de l'ensemble de l'appareil de distribution des biens et de services médicaux et médico-sociaux à différentes échelles (desserte médicale). Elle constitue également une étude géographique et sociale de la fréquentation des services de santé et de la consommation médicale. Enfin, elle recherche une meilleure satisfaction des besoins de santé et une orientation plus efficace des investissements publics et privés (planification sanitaire) (PICHERAL, 2001).

## **I.2. LES CONCEPTS**

Il est important de procéder à la clarification de certains concepts relatifs à la compréhension de notre étude car, comme le recommande DURKHEIM (1973), la première démarche du chercheur doit être donc de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache très bien de quoi il est question.

L'auteur sociologue demande aux chercheurs de préciser au préalable leur objet d'étude et de définir les mots clés pour que cela puisse être clair, d'une part, dans leurs esprits, et d'autre part, dans ceux des lecteurs.

Ce faisant, dans le cadre de cette étude, ce sont les concepts de santé, d'accès aux soins, de recours aux soins, de soins de santé et de structures sanitaires qui feront l'objet de clarification.

### **I.2.1. Le concept de santé**

Le concept de santé est une notion subjective. Elle est variable selon les individus, les sociétés, les époques, du fait de ses multiples composantes (biologiques, psychologiques, sociales, économiques, culturelles).

En 1946, l'OMS l'a défini, comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946). Lors de la Conférence d'Otawa<sup>6</sup> en 1986, cette organisation des Nations Unis, prenant en compte son caractère statistique, a revu la définition précédente en faisant ressortir les concepts d'équilibre, de processus au cours duquel sont appelées les notions de capacités individuelles et communautaires à s'adapter à l'environnement.

Ainsi, dans sa définition nouvelle, elle (la santé) constitue un état complet de bien être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques (OMS, 2010)

La santé est définie aussi comme un équilibre dynamique exprimant la libre circulation de la vie sur tous les plans de l'être, (physique, énergétique, psychique, social et environnemental) et un état d'harmonie se traduisant par une réelle sensation de bien-être tant physiologique que psychologique (PAMAPALON *et al.*, 2008).

---

<sup>6</sup> Capitale politique du Canada

Cet état suppose un « capital santé » correctement géré qui permet d'optimiser les capacités d'homéostasie, de défense et d'auto-régénération permanente de l'organisme.

L'homéostasie constitue le processus par lequel l'organisme maintient les différentes constantes du milieu intérieur (ensemble des liquides de l'organisme) entre les limites de la valeur normale.

De ces définitions, il ressort que la santé est un état, alors que la maladie n'est qu'une réaction. De plus, elles mettent en évidence le caractère pluridimensionnel de la notion "santé". Cette pluri-dimensionnalité lui confère indubitablement un caractère pluridisciplinaire qui fait que l'approche des questions de la santé ne peut pas concerner que la médecine. La sociologie et la psychologie y trouvent leur place à partir de ces définitions. Au-delà de ces disciplines, c'est toute la grande famille des sciences sociales qui se sent concernée. C'est pour cette raison qu'elle se positionne dans le champ de réflexion des géographes comme un sujet d'intérêt.

### **I.2.2. Le concept d'accès aux soins**

Le concept d'accès aux soins est employé dans de nombreuses études et publications et son sens varie significativement en fonction de la connotation que lui donne le chercheur. Ainsi, PICHERAL(1984) définit la géographie des soins de santé comme l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. Selon lui, la géographie des soins de santé repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité.

Cependant, les deux termes tant utilisés par les auteurs ne sont pas forcément équivalents. Cette position clé occupée par ce concept explique sans doute la multiplicité de ses définitions, tantôt très étroites, tantôt extrêmement larges, où alors souvent plus vagues. C'est pourquoi, FRENK (1992) affirme à juste titre qu'une revue de la littérature à ce sujet laisse l'impression d'un inextricable réseau de mots et de significations. Il expose quelques-unes des raisons, renvoyant à la multiplicité des approches, qui empêchent toute élaboration d'un cadre conceptuel unifié.

Tout d'abord, différents termes, notamment accessibilité et disponibilité, sont utilisés par certains auteurs comme synonymes d'accès. De plus, l'accès est tantôt considéré comme la propriété des ressources sanitaires, tantôt comme celle des utilisateurs potentiels et encore comme le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celles des ressources sanitaires (PENCHANSKY *et al.*, 1981). Finalement, le champ couvert par le

concept d'accès reste mal défini, notamment quant à ses limites avec celui d'utilisation.

Quant à KHAN (1988), il considère l'accès comme la capacité d'atteindre un service et d'y être admis. Pour KHAN (1988), le moyen le plus efficace, quoiqu'indirect, de définir l'accès, est en termes de barrières qui doivent être surmontées pour obtenir un service. Ces barrières sont liées tant à la production de services (nombre de fournisseurs, distribution géographique, type et spécialisation) qu'à leur consommation (disponibilité financière, comportements de recherche de soins propres à chaque individu ou groupe).

PENCHANSKY *et al.* (1984) prolongent cette réflexion et conçoivent l'accès comme le degré de concordance entre les patients potentiels et le système de santé. Ils décomposent le concept d'accès aux soins en cinq dimensions suivantes :

- **Première dimension de l'accès : La disponibilité**

Cette dimension, proche de la notion de couverture sanitaire, est définie comme la relation entre, d'une part, le volume et le type des services existants, et d'autre part, le volume et le type de besoins des patients. A l'existence d'un besoin de santé doit donc répondre celle d'une offre de santé effective. La disponibilité des services de santé comporte au moins trois composantes principales: présence physique, disponibilité temporelle et fourniture de prestations adaptées en volume et en nature aux besoins.

Par disponibilité, il ne faut pas en effet seulement entendre la simple présence physique d'une infrastructure sanitaire, mais sa capacité réelle à produire un service selon DONABEDIAN (1973). Cependant, dans les pays en développement, il convient de vérifier tout d'abord l'existence effective d'une infrastructure de santé, d'une part, et d'un personnel adéquat la desservant, d'autre part, avant même de considérer le volume et la qualité des prestations fournies, ou même le niveau d'équipement médical. Ces deux exigences prêteraient à sourire, si de trop nombreux exemples ne venaient confirmer la pertinence et souvent la gravité du problème. Comme le remarque PHILLIPS (1990), la mention d'un dispensaire, d'un hôpital dans un rapport ou sur une carte sanitaire ne prouve pas qu'il soit desservi, ni même qu'il existe.

Plus que la disponibilité en bâtiments, matériels, médicaments et personnels, c'est la disponibilité des soins qui importe. Si les soins curatifs de base, ainsi que les soins maternels et infantiles sont de plus en plus généralisés, même en milieu rural tropical, d'autres besoins, plus spécialisés mais pourtant assez courants, ne le sont pas (chirurgie de base, ophtalmologie, médecine dentaire, psychiatrie). Les distances deviennent alors si importantes pour atteindre ces services spécialisés qu'ils ne peuvent plus être considérés comme disponibles.

## - **Deuxième dimension de l'accès : L'accessibilité**

Définie par PENCHANSKY *et al.*(1981) comme la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet. L'accessibilité est ainsi considérée comme une mesure de proximité.

C'est cette dimension de l'accès que les géographes ont la plus explorée. Leurs travaux ont consisté à mesurer et à modéliser. Il s'agit souvent de modèles de type gravitaire avec l'effet de la distance sur les contacts entre prestataires de services et patients. Cela a consisté à quantifier la friction de la distance qui devrait progressivement diminuer l'interaction entre les services de santé et leurs patients potentiels au fur et à mesure que croît la distance les séparant. Cet effet de dissolution par la distance existe toujours. Mais, son intensité est fort variable en fonction d'autres facteurs, comme le niveau hiérarchique du service de santé, l'âge et le sexe du malade, la disponibilité d'un véhicule ou le type de problèmes de santé (GESLER, 1984). Les mesures de l'accessibilité potentielle des divers types de services de santé sont utiles pour planifier et localiser de nouveaux services de santé.

L'étymologie du mot accessibilité (ac-cedre parvenir) suggère la notion géographique mais aussi économique (BONNET, 2002).

### ❖ **L'accessibilité en géographie de la santé**

L'accessibilité (aux soins) constitue la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé (Picheral, 2001). Elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout en fonction du couple distance / temps donc de la proximité et de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés. L'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est-à-dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recours à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers du système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque.

L'auteur regroupe la plupart des notions déjà évoquées en faisant référence aux deux dimensions géographiques et économiques. Concernant l'accessibilité géographique c'est la notion de distance temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est très privilégiée au sens

de la capacité à produire un recours (la notion de desserte bien que l'intégrant est limitée). Concernant l'accessibilité financière ou économique, on doit remarquer que plusieurs choix de services sont en général possibles et donc arbitrés dans un système de santé concurrentiel (libéral) et mixte, ou qu'on a affaire à un choix obligé mais gratuit (contraint).

A chaque nouvelle technologie se positionne une nouvelle problématique d'accessibilité. L'accessibilité dépendra donc de la forme économique et technique du service. Le niveau d'accessibilité est perçu comme un facteur de risque (sous-entendu de développement anormal d'une maladie qui n'est pas enrayée car pas traitée).

L'accessibilité au service devient dans une de ses acceptions, un des déterminants de la diffusion ou de la complication d'un problème morbide et donc un des déterminants des conséquences de la diffusion de l'événement « maladie », de son impact en particulier économique à l'échelle sociétale, psychologique et individuelle. La possibilité d'accéder aux soins est aussi sociale car, elle dépend de la position sociale dans le groupe et s'exprime sans faire référence à la capacité financière.

#### ❖ **L'accessibilité en économie de la santé**

L'approche de la notion d'accessibilité en économie de la santé requiert la prise en compte des paramètres d'ordre économiques et géographiques. C'est pourquoi, LAMBERT (1985) estime que les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées). Selon lui, seules des enquêtes d'économie de la santé permettront d'identifier sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins car la progression du taux d'utilisation des services existants (consultation, hospitalisation) s'accompagne de la diminution des barrières d'accès aux soins (fréquence et commodité des transports, prise en charge des dépenses par les assurances). Il estime que la concentration des médecins et celle des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire. Les zones d'attraction et de rayonnement des grands hôpitaux spécialisés (CHU) se sont souvent étendues au détriment des filières de soins moins coûteuses. De même, l'implantation des médecins libéraux, celle des pharmacies et des laboratoires d'analyse relève des déséquilibres d'implantation. Par voie de conséquence, les populations peu médicalisées et éloignées des centres de soins seront transportées à des coûts élevés (hospitalisation de personnes âgées) ou connaîtront une morbidité associée à une faible consommation de soins. A l'opposé, les

populations des régions suréquipées révéleront de forts taux d'utilisation, mais on observera une duplication des services médicaux. Peu de pays sont parvenus à construire une carte sanitaire optimale. La planification sanitaire peut favoriser un rationnement des ressources et l'unification qu'elle impose, s'accompagne des effets pervers de la bureaucratie. Pour lui, les inégalités spatiales d'accès aux soins persistent dans tous les pays occidentaux et ne semblent pas avoir disparu en Union Soviétique (Russie actuelle). C'est pourquoi, il préconise la planification sanitaire que peu de pays sont parvenus à construire de façon optimale car celle-ci peut favoriser un rationnement des ressources.

L'auteur ne privilégie pas l'économie de la santé mais fait apparaître intimement liées les deux dimensions portant un regard très éclairé sur la géographie de la santé. Le service public et donc les équipements collectifs de service sont abordés en rapport à la demande exprimée et selon la localisation de la population (BAUDELLE, 2000). Sont sous entendus les rôles respectifs de la démographie (dynamique de peuplement), des activités économiques, de l'organisation du territoire national (référence aux modèles de localisation) et du développement économique et spatial. L'étude de l'accessibilité n'a donc d'intérêt que dans le rapprochement de l'offre (capacité et situation des ressources) et de la demande (peuplement et besoin de santé, capacité de payer). On peut approcher les problèmes d'accessibilité par les études d'utilisation des services qui intègrent l'ensemble de facteurs déterminant la fréquentation des services de santé et en particulier les entraves (barrières) à l'usage, ou au contraire les incitations et les moyens qui facilitent une bonne accessibilité des services (transport, assurance, démographie et localisation de médecins).

La distribution spatiale des équipements sanitaires (concentration contre dispersion, en rapport avec la forme du peuplement qui peut être regroupée ou isolée) et la capacité de certains équipements d'attirer plus que d'autres (attraction), bassin de services, bassin de santé et les zones de chalandise doivent aussi être abordées (LUCAS *et al.*, 1995). Mais la simple réorganisation appropriée des services (sans référence à la délocalisation ou la relocalisation) peut permettre d'améliorer l'accessibilité (organisation en filières et réseaux) à des coûts raisonnables (en particulier par rapport au transport) et pour une efficacité conservée sinon améliorée. Sous peine de conforter des différences de mortalité et de morbidité dans les populations et donc de remettre en cause le modèle de droit devant la santé, les inégalités doivent être étudiées et réduites grâce à des décisions d'aménagement territorial et d'allocation budgétaire et certains équipements dans un contexte de décision publique.

## ❖ **Accessibilité géographique**

Selon BRUNET *et al.* (1995), c'est la capacité à être atteint par une clientèle, un message un service. Elle dépend de l'état des moyens de transport et représente un coût: le monde entier est accessible en tous ses points mais le coût d'accès peut être très élevé. On compare l'accessibilité des villes, qui change dans le temps selon le mode de transport : faute de liaison aérienne Poitiers était l'une des villes les moins accessibles de toutes les autres villes françaises, puis le TGV<sup>7</sup> en a fait une ville normalement accessible. On analyse aussi l'accessibilité des services publics, notamment de ces deux services fondamentaux que sont la formation et la santé.

L'accessibilité peut se définir selon divers critères (aller et retour dans la journée, dans la demi-journée, aller et retour permettant une journée complète de travail, tout ceci supposé à des tarifs acceptables). Elle se mesure par des potentiels, et par la théorie des graphes dont on tire les matrices de connectivité. Son étude nourrit les théories des localisations dans certains domaines opératoires comme l'implantation des hypermarchés. Elle joue un rôle important dans la compétition et le développement des lieux des villes notamment. Il subsiste surtout en montagne de nombreux nids d'aigle réputés inaccessibles: il est vrai que dans les temps troublés, l'inaccessibilité était une vertu, qui avait aussi son prix.

L'auteur géographe généraliste ne parle pas de la santé en particulier mais évoque d'abord les services et l'information dans un contexte libéral d'activité économique (clientèle..). Certaines formes d'organisation spatiale de l'activité humaine étant plus à même de réduire ces coûts de transaction vers les services (villes et théories des centres, théories des centres, théorie des localisations intra-urbaines) grâce en particulier au développement des transports (distance temps). L'accessibilité à certains équipements (et leurs services plus ou moins affiliés et donc hiérarchisés) fait partie de la valeur (aménités) de certains territoires en particulier pour le choix d'une habitation (résidence). Ce qui se conclut par la notion de qualité de vie où la santé n'est donc pas absente (territoire pathogène ou non, proximité d'équipements sanitaires, du groupe social).

### - **Troisième dimension de l'accès : La commodité**

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. La notion de

---

<sup>7</sup> Train à Grande Vitesse

commodité renvoie à la possibilité d'un contact pratique et facile (ou non) entre le patient et le système de santé. Les aspects temporels sont ici souvent prépondérants (jours et heures d'ouverture des services de santé, présence régulière d'un agent de santé<sup>8</sup>, temps d'attente), mais pas exclusifs (système de paiement, prise en charge des urgences, consultations téléphoniques, système de référence).

Selon les auteurs, en milieu rural, les heures d'ouverture des services de santé sont souvent peu adaptées au rythme de travail des paysans. Ceux-ci quittent le village le matin pour les champs, avant même parfois que les centres de santé n'ouvrent, et rentrent à la tombée de la nuit, lorsqu'ils sont déjà fermés. Consulter ou emmener son enfant en consultation implique donc la perte d'au moins une demi-journée de travail. Il s'en suit une mise en balance de l'urgence des travaux champêtres et de celle de la maladie dont cette dernière ne sort pas forcément gagnante. Médecins et infirmiers privés, ainsi que tradi-praticiens, se montrent généralement plus souples que le système de santé public quant aux horaires, sans parler de l'automédication, qui offre la plus grande liberté.

Dans les sociétés peu monétarisées, l'impossibilité de payer en nature les praticiens de la médecine moderne en limite fortement l'accès (DIAKITÉ, 1993). Dans les sociétés agricoles caractérisées par de grandes variations saisonnières de revenu, il en va de même de l'impossibilité d'obtenir des prestations à crédit auprès du secteur public. Encore une fois, les tradi-praticiens et parfois les privés montrent davantage de souplesse. De plus, les tradi-praticiens d'Afrique subsaharienne percevaient et perçoivent encore pour certains d'entre eux, surtout à la campagne, l'essentiel de leur rétribution, parfois symbolique, après la guérison.

La quasi totalité des systèmes de santé étant hiérarchisés, il existe presque partout une organisation préétablie appelée « système de référence » et du « renvoi des patients » si le besoin s'en fait sentir des services de santé de base vers des services de plus en plus spécialisés et qualifiés. Une telle organisation de l'utilisation des services de santé permet d'offrir des prestations de base relativement bon marché et proches. Elle permet aussi de ne pas encombrer les hôpitaux et les spécialistes du sommet de la hiérarchie avec des cas bénins.

Rigoureusement appliqué, le système de référence limiterait considérablement la variété des itinéraires thérapeutiques, en canalisant les malades selon des filières préétablies. Il s'ensuivrait une baisse sensible de la commodité d'utilisation des services de santé pratiquant un tel système. Or, on constate que ce système fonctionne très mal dans de nombreux pays en développement car les malades entrant dans le système de santé là où bon

---

<sup>8</sup> Nous sommes ici à la limite entre les dimensions "disponibilité" et "commodité" de l'accès

leur semble. Cela nuit évidemment à la planification rationnelle et à la bonne marche de l'ensemble du système de santé. Cependant, la souplesse, bien souvent forcée il est vrai, dont fait preuve le système de santé, offre l'avantage de ne pas dresser de barrières supplémentaires devant les patients potentiels. Un premier contact qui passerait obligatoirement par un service de base souvent tenu en piètre estime par la population risque de décourager le recours à un thérapeute « moderne ». Il ne faut en effet pas oublier que l'automédication « moderne » ou « traditionnelle » constitue généralement le premier recours et que l'on ne s'adresse à un thérapeute qu'en cas d'aggravation ou de persistance de la maladie. En quelque sorte, l'automédication se substitue largement à l'échelon sanitaire de base, et l'éventuelle entrée dans le système de santé a tendance à s'effectuer à un niveau intermédiaire.

#### - **Quatrième dimension de l'accès : La capacité financière**

La capacité financière peut se définir comme la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient (ou de sa famille, ou de son assurance) à payer (ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage).

Dans les pays en développement, très rares sont les personnes couvertes par une assurance-maladie. De plus, les bénéficiaires d'une telle prestation sociale (fonctionnaires, employés du secteur formel) ne se recrutent généralement pas dans les couches les plus démunies de la population ni les plus à risque. Les tentatives de créer des mutuelles ouvertes à tous, ou presque, ont souvent rencontré de nombreuses difficultés: réticences à cotiser pour une hypothétique future maladie, crainte « d'appeler » la maladie sur soi en la prévoyant, manque de confiance malheureusement assez souvent justifiée par les gestionnaires du fonds, rigidité du mode de paiement, sélection des groupes à risque ( CRIEL, 1993).

Dépourvus de ressources, à l'image de leurs habitants, les Etats du tiers monde tendent à faire porter une part croissante du coût de la santé directement par les malades, notamment par le biais du financement dit communautaire. La gratuité des soins de santé laisse de plus en plus souvent place à une médecine publique payante, devant toujours davantage s'autofinancer. Si cette politique éloigne les plus pauvres des centres de santé, elle peut aussi y attirer de nouveaux patients par une disponibilité accrue en médicaments et en équipement offerte par les nouvelles ressources.

De nombreuses enquêtes dans les pays en développement ont montré que la capacité financière de la population constitue souvent une des principales, sinon la première raison de l'inaction thérapeutique face à la maladie ou du choix d'un recours particulier. L'introduction

d'un paiement ou une rapide augmentation des tarifs se répercutent généralement fortement sur les choix thérapeutiques, surtout si elles ne sont pas accompagnées d'une amélioration de la qualité des soins.

- **Cinquième dimension de l'accès : L'acceptabilité**

Toujours selon PENCHANSKY *et al.* (1981), l'acceptabilité est la relation entre les caractéristiques (âge, sexe, ethnie, langue, religion, localisation) et les attitudes des patients d'une part et celles du personnel et des structures de santé d'autre part.

L'acceptabilité fait essentiellement référence à la capacité, à la fois du prestataire de services et du patient, de surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux. Elle confronte aussi les attentes réciproques des uns et des autres et renvoie notamment aux notions de qualité de l'accueil et d'efficacité thérapeutique. Ce contact sera tout particulièrement difficile lorsque ni la langue, ni la nosologie<sup>9</sup> et l'étiologie<sup>10</sup> des maladies ne sont pas partagées. Il n'en est pas moins fréquent, tout spécialement dans les pays en développement, que des agents de santé de formation occidentale soient envoyés hors de leur aire ethnique pour y soigner des patients dont la conception de la maladie ne relève pas de la biomédecine (médecine comprenant l'assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal et le prélèvement d'organes, de cellules et de tissus).

### **I.2.3. Perception du concept d'accès aux soins en économie de la santé**

En économie de la santé, l'accès aux soins est considéré comme une condition de l'équité (LE PEN, 1996). Il y a équité, lorsque les inégalités sont minimisées entre deux individus de classes sociales différentes (BOUTY, 2010). Ces inégalités en matière de santé font référence à des disparités liées à la position sociale, mesurée par des caractéristiques telles que le revenu et/ou la richesse, la profession, l'éducation, de l'emplacement géographique, le sexe et la race et/ou l'origine ethnique. Ces disparités sont inéquitables et injustes.

L'équité dans la prestation de services prend deux formes: l'équité horizontale et l'équité verticale. Alors que l'équité horizontale implique l'égalité de traitement pour l'égalité de besoin, l'équité verticale implique que ceux qui en ont le plus besoin reçoivent plus de

---

<sup>9</sup> Discipline qui définit les maladies et établit la nosographie (classification des maladies)

<sup>10</sup> Discipline qui étudie les causes des maladies

traitement. En résumé lorsque l'on veut mesurer l'équité en matière de santé et des soins de santé, trois étapes sont importantes:

1. classifier les personnes en fonction de leur statut socio-économique ;
2. mesurer l'état de santé / soins de santé (autrement dit le ratio état de santé-soins de santé) ;
3. quantifier le degré d'inégalité.

L'expression "accès aux soins" est polysémique et désigne tout autant une possibilité ou accessibilité, notamment en termes de droits sociaux, que l'usage ou recours qui en est fait ou pas. Il est classique de se référer au concept d'accessibilité développé par ANDERSEN cité par PASCAL (2008). Selon lui, l'auteur décline l'accès aux soins en "*accès potentiel*" ou possibilité d'accéder aux soins (*accessibilité*) et en "*accès réalisé*" ou recours aux soins. L'accès aux services de santé est décrit comme la résultante de trois ordres de facteurs :

- les déterminants sociétaux ;
- les caractéristiques du système de soins ;
- les déterminants individuels.

Les déterminants individuels recouvriraient, outre l'état de santé perçu, des facteurs prédisposant (caractéristiques démographiques, niveau d'éducation, catégories socioprofessionnelles, opinions et croyances des individus) et des facteurs favorisant (correspondant à la capacité des individus à se procurer des services de soins en fonction de leurs besoins : le niveau de revenu, le type de protection sociale, l'existence d'une source de soins habituelle).

IOM (1993) des Etats-Unis a défini l'accès aux soins comme l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en terme de santé. LURIE (1997) a étendu cette définition en déclinant l'accès aux soins en « accès primaire », c'est-à-dire l'entrée dans le système de soins ou son degré d'utilisation et en « accès secondaire », correspondant à la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact.

Au regard de toutes ces définitions, force est de constater qu'une cohérence de vocabulaire se pose entre géographes et économistes censés travailler ensemble sur la problématique de l'accès aux soins de santé.

#### **I.2.4. Relation entre accès et localisation**

Parmi les cinq dimensions caractérisant l'accès, c'est bien entendu l'accessibilité et la disponibilité qui lui sont fortement liées qui intéressent en priorité le géographe. Le cadre conceptuel proposé par PENCHANSKY *et al.* (1984) offre l'avantage de distinguer clairement l'accès (concept général), de l'accessibilité (composante strictement géographique de l'accès). Ainsi, sans nécessité de lui adjoindre un qualificatif, le terme accessibilité est équivalent à ceux d'accessibilité géographique, d'accessibilité physique voire d'accessibilité potentielle utilisés par d'autres auteurs.

La friction de la distance n'épuise pas la dimension spatiale de l'accès. En plus de la distance, la localisation en soi des services de santé joue un rôle dans leur accès. Toutes les localisations ne sont en effet pas équivalentes et, à distance égale, une localisation peut être plus attractive ou répulsive qu'une autre. Par sa localisation plus favorable relativement aux voies de communication et au réseau de transports publics, un service de santé peut être plus accessible qu'un autre, pourtant plus proche. Cette localisation judicieuse des services de santé répond bien à l'exigence de commodité, mais aussi partiellement à celle d'acceptabilité: les patients n'ont pas de réticences à se rendre dans un quartier précaire pour se faire soigner. Cependant, des exemples dans certaines régions de la Côte d'Ivoire montrent que la localisation d'un centre de santé nuit à sa fréquentation. Il existe en effet parfois des rivalités entre des villages, souvent renforcées voire créées par l'implantation d'un service de santé dans un village plutôt que dans l'autre. Ce qui limitent et même interdisent dans les cas les plus extrêmes, l'utilisation de cette infrastructure sanitaire par les villageois qui s'estiment lésés (cas de Déragon et Gouriela dans le département de Vavoua. Environ 100 mètres séparent les deux villages et chacun en a construit son centre de santé). Dans ces cas, distance et localisation sont clairement dissociées : la localisation devient plus répulsive que la distance, puisque beaucoup de malades préfèrent alors se rendre dans un centre de santé plus lointain, plutôt que dans celui du village voisin jugé inacceptable.

BAILEY *et al.* (1990) relèvent encore un autre cas de figure dans lequel la dimension spatiale de l'accès fait davantage référence à la localisation qu'à la distance. Ils constatent que les personnes ayant déménagé à l'intérieur de Kingston en Jamaïque, restent souvent fidèles à leur ancien pourvoyeur de soins de santé, bien que cette fidélité implique généralement de plus longs déplacements. Il y a donc une certaine inertie dans le comportement de recherche de soins, et la localisation de l'ancien domicile devient l'un des facteurs explicatifs du modèle d'utilisation actuel.

Ces quelques exemples montrent bien que l'accessibilité, au sens où le définissent PENCHANSKY *et al.* (1984) n'est pas la seule dimension de l'accès incluant des composantes spatiales. La localisation des services de santé peut aussi influencer leur acceptabilité, ainsi que leur commodité et leur coût d'utilisation.

### **I.2.5. Le concept de recours aux soins**

Le concept de recours aux soins de santé a été abordé par plusieurs auteurs. La littérature abondante autour de cette notion s'explique sans nul doute par son importance dans sa capacité à connaître l'attitude des populations face à la maladie ainsi que des facteurs qui déterminent leurs choix de se faire soigner ou non.

Selon PICHERAL(1984), le recours aux soins est l'expression et la manifestation de la morbidité ressentie et/ou diagnostiquée et des comportements individuels et collectifs qui sont fonction de déterminants socio-économiques et socioculturels (âge, sexe, milieu familial et social, revenus, appartenance religieuse, niveau d'études, éducation sanitaire, etc.), médico-sociales (capacité d'accueil, équipement sanitaire) et géographiques (milieu urbain, rural ou périurbain, espace et lieu de vie, rapport distance/temps au prestataire de services) : l'aire du recours aux soins d'un individu ou d'une population constitue son espace sanitaire.

Selon l'auteur, le recours aux soins de santé doit être distingué de l'accès aux soins qui ne traduit qu'une capacité matérielle ou réglementaire à user des services de santé.

Quant à l'OMS, elle le définit de deux manières. D'abord en 1978, elle le définit comme la capacité de la population à solliciter l'offre de soins en cas de problème de santé. Puis en 2000, comme la fréquentation ou l'utilisation par les populations des services des soins de santé d'une formation sanitaire afin de bénéficier d'une prise en charge.

Il ressort de ces différentes définitions que, le recours aux soins de santé et l'utilisation des offres de soins de santé sont deux notions équivalentes conditionnées par la survenance de maladies et de la capacité des individus à dominer les déterminants socio-économiques, culturels, médico-sociales et géographiques qui pourraient être considérés comme des obstacles. Ces deux notions reflètent également l'acceptabilité des services offerts qui est elle-même influencée par plusieurs facteurs relatifs à la maladie, à la disponibilité d'une autre alternative de soins ainsi qu'aux prix de prestations de services de soins.

Au regard de ce qui précède, nous emploierons simultanément dans le cadre de notre étude, « recours et utilisation » pour exprimer la fréquentation des établissements de santé.

## I.2.6. Lien entre accès et utilisation

Selon KHAN (1988), le doute n'est plus permis pour personne sur le fait que les dimensions de l'accès agissent le plus souvent en combinaison . Elles sont d'ailleurs parfois si étroitement liées qu'il devient difficile de les distinguer l'une de l'autre. Par exemple, disponibilité et accessibilité se confondent là où le patient doit parcourir un long trajet pour atteindre un agent de santé, comme c'est souvent le cas en milieu rural dans les pays en développement. L'auteur estime, qu'il est difficile d'estimer l'importance relative des différentes dimensions et a fortiori des multiples barrières qu'elles recouvrent, car elles sont inextricablement liées. Elles peuvent de plus être d'une importance variable pour différents types de problèmes. Pour un service des urgences, par exemple, la localisation, le volume du personnel et l'équipement sont plus importants que les barrières psychosociales ou économiques, alors que pour un service de prévention ou de réhabilitation les barrières psychosociales sont souvent les plus importantes.

PENCHANSKY *et al.* (1984) quant à eux, ils insistent sur l'étroite interrelation entre les cinq dimensions de l'accès, mais encore ils définissent ces dimensions elles-mêmes en termes d'interrelations entre le système de santé et la population à desservir. La prise en compte de cette double interrelation entre pourvoyeurs de soins de santé et patients, d'une part, et dimensions de l'accès, d'autre part, s'avère nécessaire en raison de la complexité même des liens qui se tissent entre les caractéristiques des uns et des autres, liens qui détermineront l'utilisation des services de santé.

L'utilisation est la preuve de l'accès (DONABEDIAN, 1973). Le concept général d'accès englobe aussi l'utilisation des services, en tant qu'aboutissement éventuel d'un processus décisionnel déterminé par les dimensions de l'accès. L'étroitesse du lien entre accès et utilisation est d'ailleurs mise en évidence par l'emploi fréquent du même substantif pour les désigner. PHILLIPS (1990), dans son ouvrage « *Health and health care in the third world countries : aspects of distribution an accessibility* » distingue « l'accès probable ou potentiel », qui reflète l'existence d'un lien potentiel entre une demande (les besoins de santé) et une offre (les services de santé présentent simultanément dans un même espace), de « l'accès effectif, réel, réalisé ou révélé », c'est-à dire l'utilisation.

L'accès est ainsi défini comme les dimensions qui décrivent simultanément l'entrée potentielle et effective d'une population dans le système de soins de santé. Le niveau d'utilisation (certains rajoutent aussi la satisfaction) est alors une mesure indirecte de l'accès, peut-être même la meilleure mesure possible de l'accès, bien qu'elle ne saurait seule suffire.

Cette manière de voir n'est pas partagée par tous, comme le relèvent PENCHANSKY *et al.* (1984). Des auteurs finissent par identifier la mesure et le phénomène mesuré; l'accès égale alors l'entrée, autrement dit l'utilisation. Cette deuxième définition de l'accès, réductrice, peut par contre s'accommoder, de manière passablement tautologique<sup>11</sup>, des seuls taux d'utilisation comme mesure de l'accès. Cette proximité, voire cette confusion, entre les concepts d'accès et d'utilisation expliquent pourquoi les modèles agencant les déterminants de l'accès ou de l'utilisation se recoupent fortement (RICHARD, 2001).

### **I.2.7. Concept de soins de santé**

Les soins de santé constituent les moyens par lesquels on se force de rendre la santé à un malade. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les soins de santé sont définis comme des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation à un coût que la communauté et les pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination (LE COURRIER, 1979).

### **I.2.8. Concept de structure sanitaire**

Une structure sanitaire est un ensemble d'équipements et d'organisations mis en place pour fournir les soins de santé. Elle est appelée structure sanitaire publique lorsqu'elle appartient à l'Etat et privée lorsqu'elle appartient soit à une personne physique ou morale de droit privé, soit à une Organisation Non Gouvernementale (ONG) ou à une confession religieuse.

En Côte d'Ivoire, les structures sanitaires publiques et privées sont régies par les décrets n°96-876 et n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition, fonctionnement et organisation des établissements sanitaires publics et privés (RCALR, 1996).

---

<sup>11</sup> Répétition d'une même idée en termes différents

### **I.3. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

La question de l'accès et du recours aux soins de santé des populations est un sujet important qui a attiré l'attention de plusieurs chercheurs. Leurs études nous ont permis de cerner l'étendue des différents aspects que notre sujet de recherche englobe.

Cette revue de la littérature s'est articulée autour des thèmes suivants :

- les déterminants de l'accès aux soins de santé ;
- les déterminants de recours aux soins de santé ;
- les facteurs limitant l'accès et le recours aux soins de santé ;
- le secteur privé dans le système de santé ;
- les disparités de qualité des soins et couverture sanitaire ;
- les mentions géographiques de l'accès aux soins.

#### **I.3.1. Les déterminants de l'accès aux soins de santé**

La notion d'accès fait référence à la facilité ou à la pénibilité avec laquelle les ménages atteignent les services de soins qui leur sont proposés. Cette notion a constitué un centre d'intérêt dans les écrits de certains auteurs.

ADJAMAGBO *et al.* (2005) montrent que les ménages ont difficilement accès aux centres de santé. Cette situation est due selon lui, à la mauvaise couverture sanitaire, aux longues distances à parcourir et aux revenus faibles des ménages, incapables de couvrir les frais de traitement dans la région du bas Sassandra. Pour l'auteur, le district sanitaire couvre une superficie de 7500Km<sup>2</sup>. Ceci contraint des ménages à parcourir plus de 25 km avant d'atteindre l'hôpital de la région. Aussi, les difficultés de fonctionnement interne que rencontre l'hôpital de la région l'empêchent d'assurer avec efficacité la santé des populations de cette région. DOUDOU (1996) s'inscrit dans cette logique en relevant que, la distance et les coûts de transport induits empêchent des malades atteints de la tuberculose de suivre convenablement leur traitement à telle enseigne qu'ils n'hésitent pas à abandonner leur traitement lorsqu'ils n'ont pas d'argent pour le transport.

Pour ESCALON (1998), bon nombre de population n'a pas accès aux soins de santé parce que les médicaments et les coûts des prestations sont élevés. De plus, les populations se détournent de la médecine moderne au profit des tradi-praticiens et de l'automédication parce qu'elles les trouvent moins chers. Celles qui sont pauvres vivant en zones urbaines ont difficilement accès aux soins de santé à cause du fossé qu'il y a entre leur revenu et les coûts

des prestations des Hôpitaux Généraux (HG) et des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

De tout ceci, on se rend bien compte que, pour ces auteurs, les facteurs qui posent plus d'obstacles à l'accès aux soins des populations, tant dans les villes qu'en campagne sont le manque ou l'insuffisance de structures de soins, l'éloignement de ces établissements de santé des populations, les coûts élevés des prestations dans les hôpitaux et CHU, le revenu des ménages et la qualité des soins. Face donc à cette situation, des auteurs (BRUNET, 1997 ; DERTUIT, 2002 ; SALEM, 1998) se sont intéressés aux recours thérapeutiques dans les villes en générale et dans la ville d'Abidjan en particulier pour comprendre la manière dont les populations de ces centres urbains se soignent.

### **I.3.2. Les déterminants du recours aux soins de santé**

La documentation sur les centres de santé est relative aux conditions de leur fonctionnement efficace et durable. C'est pourquoi, BRUNET (1997) avance que, pour la viabilité de ces centres, il faut tenir compte de l'accessibilité physique (distance), de l'accessibilité financière (pouvoir d'achat des ménages) et de l'accessibilité sociale (population organisée autour d'un centre). Permettre à toute la population d'avoir accès aux soins de santé de qualité, telle est l'orientation générale des stratégies et politiques sanitaires dans la plupart des pays du Sud. Il estime qu'à Abidjan, les structures de soins se révèlent être inefficaces, parce qu'elles sont sous-utilisées pour certaines et mal utilisées pour d'autres. A cela, s'ajoute la quasi-inexistence des équipements de premier niveau de soins de santé, à tel point que la population n'hésitait pas à recourir systématiquement aux centres hospitaliers universitaires pour des maladies facilement curables au niveau local.

Au niveau des populations, la situation économique ne s'améliore pas. Les effets de la crise de 1980 et de la dévaluation du franc CFA<sup>12</sup> en 1994 ont laissé des stigmates lourds sur les conditions de vie des ménages. Se soigner devient pour bon nombre un problème, un luxe réservé à une minorité socialement aisée.

Tous ces facteurs combinés ont fragilisé l'action du système sanitaire et l'ont rendu inefficace, voire incapable à répondre aux attentes des populations. Alors, a pris naissance une crise sanitaire marquée par la dégradation de l'état de santé de la population et par un abandon des structures sanitaires. Or, le droit à la vie et le droit à la santé font partie des droits

---

<sup>12</sup> Communauté Financière Africaine

fondamentaux de l'homme. C'est l'une des missions régaliennes de l'Etat que de garantir à tous, ces droits.

L'utilisation des structures sanitaires est une donnée importante dans l'élaboration des politiques de santé. En Côte d'Ivoire, les données statistiques des différents annuaires permettent d'analyser l'utilisation des formations sanitaires. Selon BRUNET (1996), cette utilisation est élevée en occurrence vers les centres de santé publique. Cependant, les études sur l'utilisation des hôpitaux permettent d'apprécier que, même si l'essentiel de la demande est forte vers les hôpitaux publics, leur utilisation par la population reste faible (MSLS, 2013). Plusieurs raisons expliquent cette faible fréquentation et la désaffection des populations à l'égard de leurs hôpitaux publics. Elles portent sur la qualité des soins, la multiplicité des services médicaux, la relation médecin-patient et les avantages que tirent les populations du fait de l'utilisation d'un autre centre de santé. On peut constater que, les patients parcouraient des distances plus longues pour acquérir des soins de santé qu'ils jugent meilleurs à ceux des hôpitaux qui leur sont proches.

Dans les pays où l'on pratiquait la gratuité des soins, comme en Côte d'Ivoire, la rareté des ressources financières a contraint l'Etat à faire participer les populations à la prise en charge de leur besoin de santé. Selon BRUNET (1996), le recouvrement des coûts de santé est le point commun entre secteur privé et secteur public dans le domaine de la santé. Lorsqu'il a été mis en place, on a assisté à une baisse de l'utilisation des centres de santé avant un retour à la normale. Ce qui l'emmène à dire que les dépenses de santé peuvent constituer un frein au recours à la santé et à la poursuite du traitement.

Au niveau du Benin, l'offre de soins répond à une demande potentielle de soins, qui reste impossible à quantifier pour l'ensemble du pays. Malgré une amélioration importante de l'offre de soins (construction et rénovation d'infrastructure sanitaires, dotation suffisante en personnel et approvisionnement en médicaments essentiels), l'utilisation des infrastructures de santé reste faible. Ce faible recours aux services de santé résulte donc à la fois d'un sentiment de maîtrise de la maladie sur la transmission d'un savoir médicale profane et d'un ensemble de barrières limitant l'accès aux services de santé. Ces barrières sont donc les coûts d'utilisation des services de santé, l'accessibilité et tout particulièrement la disponibilité (RICHARD, 2001).

L'analyse spatiale des structures de santé effectuée par l'auteur a montré d'une part, que seule une fraction des besoins perçus était satisfaite au moyen des services de santé modernes et d'autre part qu'il existait d'énormes disparités entre les villages dans l'accès effectif aux services de santé moderne. Ce qui lui a permis d'identifier et de localiser les

zones à risque de faible recours aux soins formels. De plus, l'analyse multivariée au moyen de régressions logistiques lui a permis de mieux cerner les populations à risque qui jugent bon de se soigner par l'automédication plutôt que de recourir directement à un spécialiste de la santé.

En somme, la nature des structures de santé reste un élément déterminant dans le recours aux soins des populations en Côte d'Ivoire. Même si les populations ont systématiquement recours à l'offre de soins publique, leur utilisation reste néanmoins faible. Le secteur privé de la santé qui vient en soutien au secteur public devrait opter pour une bonne pratique des soins mais surtout à une baisse des coûts de leurs différentes prestations. Ces barrières d'accès aux soins restent identiques à celles du Bénin.

### **I.3.3. Les facteurs limitant l'accès et le recours aux soins de santé**

Selon DETRUIT (2002), le droit à la santé étant garanti par les constitutions de même que la liberté et la légalité, la santé ne saurait être considérée comme un bien marchand. Par conséquent, les conditions dans lesquelles les coûts de prestations sont fixés doivent changer afin de faciliter une plus grande accessibilité des populations aux soins et une rationalité entre la fréquence des consultations et leur durée afin que tous les signes révélateurs d'une maladie soient décelés.

PHELPS (1995) fait remarquer que, comme pour tout autre bien économique, la demande des soins médicaux, dépend des revenus. Ainsi, des revenus plus bien importants créent une demande de soins plus importante. Il fait remarquer cependant que, ce genre de déclaration doit être accompagné d'une mise en garde : "toutes choses égales par ailleurs". Pour ce qui est du prix des biens, le raisonnement économique affirme que les personnes vivant dans les limites des contraintes budgétaires achètent moins un certain type de biens au fur et à mesure que leur prix augmente. En sens inverse, elles achètent davantage quand leur prix baisse. Si des études expérimentales sont nécessaires pour montrer l'importance du prix dans l'influence exercée sur les consommateurs de soins médicaux, la logique nous enseigne que sa possibilité existe. Toutes choses égales par ailleurs, la demande des individus devrait diminuer quand le prix des soins médicaux augmente. La Banque Mondiale (BM) dans son rapport de 2007 confirme que les ressources financières demeurent en dépit de tout, comme l'entrave majeure à l'accès aux soins de santé. Comme conséquence, en Côte d'Ivoire, les Ivoiriens ne consulteraient pas un médecin rapidement car ils savent que le prix de la

consultation et celui des médicaments ou des analyses qu'il prescrira, pourront englober le budget mensuel de la famille.

En définitive, les ressources financières constituent l'un des facteurs sinon le plus limitant à l'accès et aux recours aux soins de santé des populations. C'est pourquoi, la fixation des coûts de prestation dans les structures de santé devrait tenir compte des conditions de vie des populations ici en Côte d'Ivoire et partout ailleurs. Cependant, les facteurs socio-économiques ne sauraient être considérés comme les seuls obstacles à l'utilisation des établissements de santé.

Selon le rapport de l'OMS (2000) sur la santé dans le monde, il a été constaté que les paiements directs des soins sont généralement le mode de financement le plus dépressif et expose les consommateurs des services de santé à un risque des dépenses catastrophiques. Ainsi, elle recommande aux Etats qui ont un problème d'utilisation des soins de santé d'adopter le système de financement de la santé par prépaiement. A ce niveau, bon nombre de chercheurs ont affirmé qu'appartenir à une mutuelle de santé favoriserait l'utilisation des structures de santé. Ce fut le cas au Sénégal, où l'ASBC a été expérimenté sous la forme de « Les mutuelles de santé ». Comme résultat, les membres de cette mutuelle d'Assurance Santé Basée sur la Communauté (ASBC) ont commencé à fréquenter plus les services sanitaires que les non membres (JÜTTING, 2003).

L'état de santé est influencé aussi bien par les facteurs socio économiques que par l'état des systèmes des soins de santé existant. Les politiques édictées par le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale n'ont fait qu'augmenter le niveau de pauvreté et d'inégalité dans les pays africains et dans le monde. Le rapport de MASSERIA (2007) illustre bien cette situation. Elle estime que les inégalités socio-économiques sont parmi les causes de l'inaccessibilité aux soins de santé. Ainsi, toujours selon son rapport, dans le monde plus de 68 % des ménages dans le groupe de revenus les plus faibles n'ont pas accès aux soins. En Europe par contre, 60 % de la population n'ont toujours pas accès aux soins suite aux inégalités sociales, raciales et en Afrique plus de 70 % n'accèdent pas aux soins suite toujours aux inégalités économiques et sociales.

Il est à noter que les assurances de santé et tous les mécanismes destinés à se faire soigner à moindre coût concourent à une utilisation de masse des structures de santé. Pour ce faire, la réduction des inégalités socio-économiques par l'accroissement des possibilités d'emploi des jeunes en Côte d'Ivoire pourrait créer une dynamique positive au niveau de la fréquentation des centres de santé.

### **I.3.4. Le secteur privé dans le système de santé**

Les structures de santé privées ont connu leur essor avec l'avènement des programmes d'ajustement structurels de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International suite à la crise économique et financière qu'a connue la Côte d'Ivoire. Le but était de lutter contre la crise des finances publiques et des balances extérieures (BRUNET, 1996). Selon l'auteur, l'investissement accru dans le secteur de la santé a épargné le centre névralgique de la santé à savoir la faculté de médecine et les hôpitaux où exercent les professeurs de médecine. Incapables de contester leur dépendance vis-à-vis des institutions financières, les Etats africains sont résignés à donner une place de choix au secteur privé dans leur système de santé en fonction de l'orientation donnée à leur politique sanitaire. Il apparaît donc dans ce contexte nouveau, de défendre les intérêts de la santé publique. Dans ces conditions, BRUNET (1996) estime qu'il faudra un Etat pour fixer les règles du jeu et disposer non seulement d'une capacité de décision mais également d'un cadre pour faire respecter ses décisions.

En définitive, le secteur privé doit son émergence en Côte d'Ivoire aux programmes d'ajustement structurel. L'objectif était d'aider l'Etat à faire face aux besoins de santé de la population car la crise économique avait montré son incapacité à ouvrir de nouveaux centres de santé malgré d'énormes besoins. Cependant, devant les ressources limitées, la maîtrise de ce secteur a échappé à l'Etat qui ne dispose pas de données statistiques précises sur le privé selon BRUNET (1996).

### **I.3.5. Les disparités de qualité des soins et couverture sanitaire**

D'après SALEM (1995), dans les pays en développement, beaucoup d'infrastructures sanitaires de base sont desservies par des aides-soignants, des infirmiers ou des sages-femmes jouant le rôle dévolu à un médecin généraliste dans les pays industrialisés. Leur formation est souvent d'un niveau assez bas et d'un contenu mal adapté aux conditions réelles de travail. Recyclages et supervisions sont généralement trop rares et ne correspondent pas toujours aux besoins les plus criants du personnel de santé (les supervisions sont souvent plus administratives que médicales par exemple). Peu ou pas encadrés et contrôlés, certains agents se laissent aller par négligence, malhonnêteté, voire nécessité, à des pratiques que la déontologie professionnelle condamne. La disponibilité en soins de qualité est le plus souvent restreinte par la pauvreté en matériel et plus encore en médicaments (quantité et diversité). Au total, l'efficacité thérapeutique des services de santé de base est habituellement médiocre dans

les pays en développement, d'où leur aire d'attraction généralement fort réduite, malgré la faible densité des services. Ainsi, il (l'auteur) affirme que, le fossé qui sépare les pays les mieux lotis des plus mal dotés quant à la disponibilité en soins appropriés est bien plus large que celui déjà énorme qu'offre une comparaison internationale de la desserte médicale. Mais ces disparités ne sont pas qu'internationales. De forts clivages traversent également tous les Etats et pas seulement ceux du Sud d'ailleurs. Malgré l'urbanisation croissante du tiers monde, la population y reste le plus souvent (pour combien de temps encore?) majoritairement rurale. Pourtant, comme ailleurs, les ressources sanitaires s'y concentrent massivement dans les villes, à l'exception d'une partie des soins de santé primaires. Cette situation, qui répond à une certaine rationalité lorsqu'elle n'est pas exacerbée (efficacité spatiale selon la théorie des lieux centraux), découle aussi du poids de l'histoire (capitales coloniales polarisant les ressources) et de la localisation des élites actuelles. Bien souvent, seule la présence d'hôpitaux ruraux confessionnels permet aux habitants des campagnes d'avoir accès à des services de santé dépassant le niveau du dispensaire. Non seulement les villes sont donc relativement suréquipées en infrastructures sanitaires, avec un quasi monopole sur les services de deuxième et troisième recours, mais encore les soins de santé primaires eux-mêmes y sont souvent de meilleure qualité que dans les régions rurales les plus reculées, où les ministères de la santé et leurs directions régionales tendent à envoyer le personnel le moins qualifié.

Selon toujours l'auteur, les exemples de biais urbains de couverture sanitaire ne manquent pas. Dans des pays tels que l'Inde et la Zambie ; la population rurale ne dispose que d'une petite partie de l'offre de soins formelle alors qu'elle constitue environ 80 % de la population totale. Il affirme en outre qu'aux Philippines, la région Métro-Manille, qui compte le quart de la population nationale, concentre 45 % des lits d'hospitalisation publics du pays et près de 42 % des lits du secteur hospitalier privé. Ces disparités de couverture sanitaire au profit des villes, et en particulier des plus grandes d'entre elles, se mesurent également par la répartition spatiale du budget de la santé entre les différentes unités administratives. Ainsi, les trois principales villes du Kenya accaparaient 80 % du budget national de la santé au milieu des années 1980. Et il ne faut généralement pas compter sur le secteur privé pour corriger ces disparités. Moins sensible que le secteur étatique à des préoccupations de service public, celui-ci se concentre encore davantage là où existe une demande solvable, soit essentiellement en ville. Tous secteurs confondus, seuls 10 % des médecins du Kenya travaillent en milieu rural (1 médecin pour 990 habitants en ville contre 1 pour 70000 à la campagne) et 70 % des médecins pratiquent à titre privé en ville.

Il avance en outre que, l'inégale couverture sanitaire entre ville et campagne n'épuise pas les nombreuses disparités spatiales de disponibilité en services de santé. Si la couverture sanitaire des populations urbaines est globalement meilleure que celle des ruraux, elle n'en demeure pas moins souvent fort inégale d'une ville à l'autre, notamment en fonction de leur taille et de leur statut administratif, et d'un quartier à l'autre d'une même ville. Ainsi, Pikine, immense banlieue récente de Dakar, est moins bien pourvue en infrastructures sanitaires que la capitale, et les franges de Pikine, où s'installent les nouveaux arrivants. Cette mauvaise couverture (relative et parfois absolue) des marges des villes et des zones périurbaines est fréquente dans les pays en développement.

En ce qui concerne les pays développés tel que la France, VIGNERON *et al.* (2012) ont dans leur ouvrage qui s'intitule « *Les clefs de l'accès aux soins : inégalités sociales et territoriales* » posé la problématique d'inégalités aux soins en France.

Les auteurs estiment, que ces inégalités sont dues à l'argent, aux territoires, aux barrières linguistiques et culturelles et au handicap aussi. Selon eux, ces inégalités se cumulent souvent aboutissant à laisser de côté de trop nombreuses personnes alors même que le système de soins français repose sur l'universalité des prestations. Pour eux, il faudra donner à chaque français les clefs de l'accès aux soins et aux services médico-sociaux. Cependant, il faudra d'abord façonner ces clefs parce qu'ils sont nombreux et de cinq ordres : physique, culturel, temporel, géographique et financier. Dans le but de résoudre ces inégalités, ils proposent des solutions préconisées par la FEHAP<sup>13</sup>. Ces solutions sont entre autres : la réduction des distances entre les usagers et les structures de santé, le développement des plateaux cliniques de proximité sur tout le territoire, établir un plan prévisionnel des besoins en formation pour faire face à la pénurie de certains métiers, baisser les coûts des soins et des prestations afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins, etc.

En résumé, les auteurs montrent que les inégalités d'accès aux soins de santé et de couverture sanitaire existent partout, quels que soient les systèmes politiques, économiques et le niveau de développement et ce, selon qu'on soit dans un pays développé ou non. Du fait de la concentration des ressources sanitaires dans les villes et du dysfonctionnement des systèmes de santé, une offre supérieure à la demande est beaucoup plus possible en milieu urbain qu'en milieu rural. C'est pourquoi, les mesures de recadrage afin de réduire les disparités d'accès aux soins sont nécessaires.

---

<sup>13</sup> Fédération des Etablissements Hospitalières et Aide à la Personne

### **I.3.6. Les mentions géographiques de l'accès aux soins**

POWELL (1995), dans sa revue des citations des auteurs géographes en politique sanitaire et en sociologie médicale fait mention de l'emploi des notions géographiques d'accès et d'utilisation des services sanitaires.

L'auteur aborde l'utilisation d'indicateurs spatiaux dans des articles de références de ces domaines disciplinaires en comparaison avec une sélection d'articles écrits par des géographes de la santé. A ce titre il montre que peu d'auteurs non géographes font mention d'auteurs géographes de la santé (2% des citations) ce qui serait une preuve du manque d'interdisciplinarité de certains auteurs vis-à-vis de ces concepts mais aussi une preuve du manque de force de la géographie dans ce domaine. Malgré tout, les mots les plus cités pour traduire des problèmes d'accès et d'inégalités sont : régions (notion d'échelle, d'observation), distance (variable de mesure) mots éminemment géographiques.

Selon l'auteur, les articles de politique sanitaire font plus souvent référence à la géographie de la santé pour traiter de l'allocation territoriale des ressources budgétaires pour rétablir l'égalité devant les soins (PICHERAL, 2001). Les inégalités géographiques d'offre (et donc leur accessibilité) et de besoins y sont perçues comme des héritages historiques du passé bien que de nombreuses mentions soient faites sur la persistance de ces inégalités de traitement après leur identification. Le type de traitement médical reçu dépendrait donc aussi du lieu de vie signant ainsi, la nature très géographique de l'accès aux soins, même si des facteurs de disparités tels que l'âge et la classe sociale apparaissent plus fréquemment cités. Par ailleurs on note la mention aux flux de patients entre régions (flux transfrontaliers au sens inter-région administratives) qui signe là, la valeur relative affectée à des lieux différents et la polarisation des territoires de santé. Quand les dépenses par tête d'habitant (utilisation du système) et les ressources sanitaires (capacité du système) sont cartographiées aux échelles choisies, les auteurs montrent des disparités importantes et orientent leurs conclusions sur la relation problématique entre égalité de ressources et équité d'accès au traitement vis-à-vis de la maladie.

On doit noter une différence de traitement de la notion d'accès associée au fait de recourir (variable binaire ; décision d'aller au centre ou non très liée à la distance et proche de la vraie accessibilité potentielle) et de la notion d'accès associée à la fréquence d'utilisation d'un centre de soins (nombre d'accès dans une période donnée peu associée à la distance). Ces variables ne se comporteraient pas identiquement par rapport à la distance entre lieu de vie et lieu de service (l'accessibilité géographique). Des problèmes de spécification de la

notion de distance apparaissent biaiser les conclusions de certaines études établies par des non géographes car l'utilisation de variables d'accès pertinentes en distance-temps n'étant pas si fréquente par rapport à la distance géométrique pure (GOODMAN, 1982). Ainsi la variable distance peut se comporter comme une variable à seuil (peu d'effet sur l'accès sous un certain seuil puis établissement d'une relation non linéaire à partir de ce seuil). On y montre l'existence d'un seuil de 200 miles (1 mile équivaut à 1609 mètres) quand on doit passer une nuit sur le lieu de soins ce qui correspond à l'utilisation par un habitant de la campagne d'une structure de soin spécialisée à la ville et oppose donc les habitants des villes et des campagnes. Globalement l'auteur insiste sur les interactions nombreuses entre les variables (âge, groupe CSP, revenu et usage des transports, lieu d'habitation et classes sociales et constituant) ce qui peut nécessiter dans les recherches sur le déterminisme de l'accès aux soins l'utilisation des modèles hiérarchiques et économétriques sur les variables dichotomiques ou discrètes pour expliquer les seuils et niveaux de recours.

A l'opposé POWELL (1995) montre que les articles des géographes de la santé étudiés même s'ils diffèrent des disciplines précitées par la fréquence de leurs citations (de 11 à 20%) restent pauvres en termes de circulation des concepts de la géographie de la santé. Les mots qu'ils véhiculent sont alors : accès, accessibilité, disponibilité, distance, région, mobilité. L'identification d'inégalités de recours, d'accessibilité, et d'accès en un lieu donné par rapport à d'autres lieux de référence (comparaison à des échelles spatiales avariées macro et micro et par rapport à une norme par exemple nationale) nécessiterait pourtant un regard plus aiguisé sur tous les facteurs de ces inégalités. Ces facteurs peuvent être étudiés à partir des territoires et de leurs caractéristiques physiques (difficultés d'accessibilité dues au relief) ou socio-économiques (existence de frontières spatiales entre des communautés, entre un groupe social et un service). Ainsi l'identification d'un groupe social ayant une faible propension à utiliser des services de santé et vivant en milieu commun donné (regroupement spatial démontrant une concentration spatiale et une marginalité sociale à la fois) constitue une clé de la réduction des inégalités devant l'accès aux soins. La prise en compte de la valeur et des caractéristiques des territoires de vie devrait être mieux assumée par des disciplines non géographes (PICHERAL, 1998).

En conclusion POWELL (1995) prêche pour l'interdisciplinarité synergique entre discipline abordant l'accès aux soins. Il propose de renforcer les travaux sur les consommations médicales (utilisation du système de santé, déterminisme explicatif) plutôt que les études sur les ressources (capacités du système, desserte, densité médicales) afin de

mieux traduire les inégalités de traitement et de travailler plus sur les besoins individuels qui traduiront mieux la dimension opérationnelle ( tournée vers l'action) de l'accessibilité et de la notion d'éthique à terme. Enfin, il réaffirme la nécessité d'intégrer la variable distance mais sous une spécification de coût de déplacement, proche des notions de coûts de transaction des économistes institutionnels. Dans ce cadre, les études devraient aussi privilégier la notion d'accessibilité en cas d'urgence là où le résultat (bénéfice médical) est très sensiblement influencé par la rapidité d'intervention.

Arrivé au terme de cette revue de la littérature, nous constatons que, la littérature s'attachant à définir le concept d'accès est fort abondante. Preuve de la position centrale qu'occupe ce concept pour les sciences humaines, sociales et médicales qui traitent des soins et services de santé, et de la controverse qui entoure sa définition. Cependant, force est de constater que le bilan en reste mitigé. Toutefois, PENCHANSKY *et al.* (1984) nous proposent bien une définition attrayante, d'un point de vue théorique, de l'accès, car cohérente et globale. Définir l'accès comme cinq types d'interactions, eux-mêmes en interaction, entre patients potentiels et pourvoyeurs de soins permet de ne pas figer, une fois pour toute, ce concept dans des limites bien définies. Extrêmement souple, ce cadre conceptuel s'adapte à toutes les situations de recherche. Mais cette souplesse même, cette exhaustivité, en font également sa faiblesse, dès lors qu'il s'agit d'en exploiter concrètement toutes les potentialités. En reprenant chacune des cinq dimensions de l'accès, toutes plus ou moins explicitement envisagées sous l'angle de barrières à surmonter pour que le malade atteigne un thérapeute, nous constatons qu'il existe un véritable fossé entre l'accès aux soins de santé dont jouissent les habitants des pays industrialisés comparativement à ceux du tiers monde.

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons beaucoup à l'accès effectif aux soins de santé et à leurs déterminants, en prenant en compte la mobilité des patients, la distance, la durée et le coût du trajet. L'accès potentiel ne sera abordé qu'à travers l'analyse de la proportion de personnes vivant à diverses distances de chacune des typologies de structures de santé formelles desservant Yopougon-Sicogi.

Ainsi, pour nous, l'accès aux structures de santé au sein desquelles se trouvent les services sanitaires constitue l'entrée effective des populations dans le système soins. Ce contact physique entre les individus et les infrastructures de santé est déterminé par des indicateurs tels que la distance, le coût et la durée du trajet séparant leur domicile et établissements de soins ainsi que leur capacité de mobilité.

Cette littérature en notre possession montre que, face aux problématiques d'accès et du recours aux soins, nombreuses recherches ont été faites dont les résultats montrent que malgré les moyens consentis dans la mise en place des appareils de production des biens et services sanitaires, une grande partie des populations reste exclue des systèmes de soins. Cependant, la plupart de ces recherches se sont plus intéressées à la dimension économique et aux systèmes de santé qui sont généralement perçues comme les principaux facteurs explicatifs de l'accès et du recours aux soins de santé. Les autres facteurs sont soit minimisés, soit occultés (SANGARE, 2011 ; PHELPS, 1995 ; BRUNET, 1996 ; TOURE *et al.*, 1993 ; GUESSAN BI, 1996 ; OUATTARA, 2003 ). Ce sont pour la plupart des recherches faites dans les domaines des sciences médicales, économiques, démographiques et statistiques. Par contre, certaines études en géographie ont peu abordé les autres facteurs (RICHARD, 2011 ; YMBA, 2013 ; TUO, 2013 ; DIONE, 2013) mais à une grande échelle (échelle d'une ville capitale, d'une région, d'un ensemble de pays). C'est pourquoi, dans le cadre de cette étude, nous nous proposons d'aborder la dimension socio-spatiale de l'accès et du recours aux soins de santé à une échelle réduite comme celle de Yopougon-Sicogi.

#### **I.4. PROBLEMATIQUE**

Dans de nombreux pays, le secteur de la santé est sérieusement fragilisé par l'insuffisance des ressources qui lui sont accordées. La gravité de certaines pathologies n'est toujours pas perçue par les pouvoirs politiques et mêmes certaines couches de la population, aggravant ainsi, les coûts humains, économiques et sociaux des problèmes de santé (SANGARE, 2011 ; OMS, 2000).

En Afrique subsaharienne, la situation sanitaire de la plupart des pays a été marquée par un phénomène de transition épidémiologique. Celle-ci s'est traduite jusqu'à l'avènement du VIH/Sida, par une recrudescence des maladies chroniques et les affections de la sphère orale, pathologies d'origine multifactorielle en progression et la mort trop tôt de millions de personnes des suites de maladies parfaitement évitables (VARENNE, 2005). Cependant, les changements profonds survenus dans le domaine de la santé publique ont radicalement transformé la vie au cours de ces dernières années. En moyenne, les gens vivent plus longtemps et dans les meilleures conditions que jamais auparavant. Pourtant, la révolution en matière de santé et de bien-être humain est restée inachevée. Pour ceux qui vivent avec moins d'un dollar par jour, les services de santé et la médecine moderne demeurent hors de leur portée et les initiatives visant à améliorer leur santé sont restées sans succès (OMS, 2000).

Vu l'urgence et la gravité de la situation sanitaire, les gouvernements et les organisations internationales ont tous reconnu qu'il était nécessaire d'améliorer la santé des populations. Ainsi, au cours de la conférence tenue à Alma-Ata en septembre 1978, ils se sont fixés l'objectif de la santé pour tous jusqu'à l'an 2000, visant l'accès universel de la population mondiale aux soins de santé primaires. Mais, l'atteinte de ces objectifs se heurta rapidement à la problématique de financement suite à la grave crise économique qui a secoué de nombreux pays du monde à partir des années 1980 (OMS, 1978).

La Côte d'Ivoire, en participant à cette conférence avait affiché la volonté de s'éloigner du model colonial en prenant des distances avec la vision hospitalo-centrée et urbaine de la médecine curative et d'orienter les reformes sanitaires vers une prise en charge globale et interdisciplinaire de la santé. Il s'agit aussi de lutter contre les maux du système : lourdeurs administratives, centralisation extrême et privilège donné aux centres urbains au détriment de l'accès aux soins des populations rurales et vulnérables (RIDDE, 2005 ; YMBA, 2013). Force est de constater qu'au lendemain de son indépendance, la gestion de l'Etat ivoirien était caractérisé par un Etat-providence marqué par une forte présence de l'Etat dans tous les domaines de la vie sociale, politique et économique du pays. Dans le domaine de la santé, cette présence de l'Etat était matérialisée par la mise à la disposition des populations d'un nombre impressionnant de structures de soins de santé et équipées en matériels médicaux et mobiliers. Aussi, une subvention était allouée au titre de fonctionnement et de la gratuité des soins aux populations. Au cours de cette période, selon le MSP(1989), la Côte d'Ivoire a enregistré, dans les années 1970 à 1980, une amélioration des principaux indicateurs de santé. Le taux de mortalité est passé de soixante pour mille en 1960 à treize pour mille en 1980. L'espérance de vie à la naissance de 47 à 56 ans et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans s'est accru de deux cent soixante quatre pour mille en 1960 à cent trente huit pour mille en 1980. En outre, sur la même période, on a enregistré la maîtrise des grandes endémies de l'époque. Cependant, l'Etat ivoirien a été freiné dans son élan par la problématique de financement suite à la grave crise économique qui a fragilisée de nombreux pays du monde à partir des années 1980 dont nous parlons tantôt.

Au niveau de la Côte d'Ivoire, cette crise s'est caractérisée par la faillite de l'Etat providence et une évolution vers une gestion décentralisée du système de santé. Les principaux produits d'exportation du pays sévèrement atteints, perdent de leur valeur marchande et leur prix de change se détériore, entraînant ainsi une réduction des recettes de l'Etat. Cette situation affaiblit l'Etat qui ne peut désormais faire face à tous ses engagements pour répondre aux besoins des populations dans les différents domaines, entre autre, le secteur

de santé. Aussi, importe-t-il de souligner que la Côte d'Ivoire est sortie très endettée vis-à-vis de l'extérieur, à telle enseigne qu'il lui a été difficile de continuer ses programmes d'investissement à grande échelle. A partir de cet instant, le secteur de la santé, tout comme les autres domaines gérés par l'Etat connaissent de réelles difficultés de fonctionnement, car, l'Etat, principal financier du secteur, n'est plus en mesure de financer l'investissement, l'équipement et l'entretien des structures sanitaires comme par le passé. Au même moment, la population ivoirienne s'accroît. Elle est passée de 10 799 462 habitants en 1988 à environ 16 millions d'habitants en 1998 et compte en 2015, 23 millions d'habitants dont 17.172.297 d'ivoiriens, soit 75,8% et 5.491.972 d'étrangers, soit 24,2% de la population selon l'Institut Nationale de la Statistique<sup>14</sup> (INS). Cette croissance de la population accroît les besoins et donc la demande en matière de soins. En outre, la population subit-elle les revers de la crise financière si bien qu'une frange importante de la population, vivant dans des conditions de vie précaires, ne peut se soigner aussi bien dans les milieux urbains que ruraux. Pendant ce temps, l'offre de soins connaît un ralentissement. Elle s'avère dépassée parce qu'en face la demande de soins est forte et grandissante.

Cette incapacité de l'Etat à prendre en charge la santé de la population a occasionné le développement d'un secteur privé lucratif en marge du secteur public dans la production de soins. Cependant, la population qui avait nourri en ce secteur un espoir, a été vite désillusionnée. En effet, il s'est avéré très onéreux pour une grande partie de la population ivoirienne déjà éprouvée par la crise de la décennie 1980 et ses effets corollaires. A cela s'est ajoutée la mise en œuvre en 1992 de l'Initiative de Bamako (IB) adoptée en septembre 1987 sans des mesures adéquates pour la prise en charge des indigents et de système de partage de risques. Ces facteurs combinés ont contribué fortement à la dégradation de la situation sanitaire en Côte d'Ivoire, anéantissant ainsi les efforts consentis par l'Etat pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

En Côte d'Ivoire, le budget de la santé est passé de 6,22% en 2005 à 4,80% du budget national en 2013, très loin des recommandations de la Conférence des Chefs d'Etats de la Communauté des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Abuja (Nigeria, 2001) même en dépit d'un accroissement à hauteur de 2,5% en 2015 selon le Ministère du Budget. Au cours de cette conférence, il a été recommandé aux différents pays de l'OMS-Afrique d'allouer 15% de leur budget national à la santé. Au regard de ces chiffres, cela n'est pas le cas. Cependant, force est de constater qu'un effort remarquable a été fait dans le relèvement du niveau du

---

<sup>14</sup> Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH) 1988 ; 1998, et 2014 RCI

budget sanitaire ivoirien qui a été d'environ 12% en 2015. En 2016, le gouvernement prévoyait pour la santé, 22% du budget national (MB, 2016).

Concernant la capacité de la population à recourir aux soins, les difficultés économiques accentuées par la longue crise politico-militaire (de décembre 1999 à avril 2011) qu'a connue le pays a considérablement modifié la demande de soins de santé de la population. D'une part, l'appauvrissement des populations a entraîné une baisse de la capacité financière de recours des ménages aux soins de santé et, d'autre part, la baisse du budget de l'Etat consacré à la santé a entraîné une substitution en matière de financement de ce secteur au détriment de la demande publique en affectant profondément les plus pauvres. Ces éléments ont eu de fortes conséquences non seulement sur le niveau des dépenses de santé mais surtout sur les formes d'accès aux soins.

Selon le rapport de l'AID (2009), le taux d'utilisation des structures de santé n'a jamais dépassé 50% en Côte d'Ivoire. Ce taux était de 27,50% en 2013 contre 26,31% en 2012 avec plus de 65% de la population situé à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé. Au niveau des établissements de santé privés ; le taux d'utilisation est aussi faible. Il a été de 3,6% en 2008 et 4,3% en 2009 contre 5,3 % en 2010 (DIPE, 2013 ; MSHP, 2010). De plus, les demandes des rémunérations complémentaires sont courantes et les patients insolubles sont souvent gardés de force dans des hôpitaux jusqu'à ce qu'ils s'acquittent des soins reçus. Dans ces conditions, l'objectif assigné aux structures de santé qui est de fournir à la population des soins de santé qui s'expriment en terme de qualité, d'accessibilité et d'équité s'avère difficilement tenable malgré la diversité de l'offre de soins (AID, 2009).

Située sur la façade atlantique, Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire possède de nombreux atouts économiques (port en eau profonde, aéroport, zones industrielles, universités, grandes écoles, etc.) qui ont fait d'elle une mégapole attractive nationale et internationale. De ce fait, il s'en est suivi une forte pression démographique, marquée à la fois par un taux de natalité élevé (4%), un important déplacement des populations de l'arrière-pays vers la métropole et un flux d'immigration (6%) toujours croissant (ZORO, 2001 cité par TAPE *et al.*, 2015). Cette mégapole régie en district autonome par le jeu de la déconcentration et de la décentralisation territoriale, concentre sur son espace 75% des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ivoiriens et la plus plupart des grands hôpitaux privés de référence. C'est dire combien de fois l'espace Abidjanais est important dans le dispositif sanitaire de la Côte d'Ivoire. Le taux d'utilisation de ses infrastructures sanitaires est de 33,5% avec plus de 84% de sa population se situant à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé, contre 8,5% se situant entre 5 kilomètres et 15 kilomètres (MSLS, 2013).

La commune de Yopougon, à l'image des autres communes du district d'Abidjan et de la Côte d'Ivoire, dispose d'un système de soins composé de structures sanitaires publiques et privées. Selon le Ministère de la Santé ; 89,5% de population de cette commune se situent à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé alors que le taux d'utilisation des infrastructures sanitaires est de 35% (MSLS, 2013). Avec une population d'environ deux millions d'habitants (INS, 2011), Yopougon dispose de moins de dix centres de santé publics selon le District sanitaire de la commune. Ce qui reste d'ailleurs insuffisant selon cette Direction Départementale de Santé (DDS). Ce déficit d'établissements sanitaires publics caractérisé par le vide sanitaire est occupé par l'offre de soins privée. Malgré les efforts fournis par les autorités de la commune pour doter la cité d'équipements sanitaires et l'apport du secteur privé, des inégalités demeurent. Les équipements sanitaires ne sont toujours pas en adéquation avec soit la croissance de la population et se trouvent insuffisants par endroit pour satisfaire les besoins en santé de celle-ci, soit le bas niveau de revenu ne lui permettant pas d'y recourir.

Yopougon-Sicogi, l'un des quartiers planifiés de la commune de Yopougon et bâti sur un espace fini, dispose de plusieurs structures sanitaires avec des spécialités diverses (YAPI, 2003 ; DSYE, 2013). Selon le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida; 99% de la population du District Sanitaire Yopougon-Est dont relèvent l'ensemble des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi se situent à moins de cinq kilomètres d'un centre de santé. Et, 100% de la population de Yopougon-Sicogi à moins de deux kilomètres. A ce niveau, la norme de l'OMS qui veut que, 100% de la population soient située à moins de cinq kilomètres d'une infrastructure de santé est atteinte. Cependant, le taux de fréquentation de l'ensemble des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi qui s'élève à 8,89% en 2010 et 10,41% en 2013 ne dépasse guère la norme recommandée par l'OMS qui est 50% de fréquentation. Celui de l'ensemble du District Sanitaire de Yopougon-Est est de 32,95% (MSLS, 2014; DSYE, 2013; TAPE, 2014). Par ailleurs, ces infrastructures sanitaires qui viennent en appui aux autres centres de santé de la commune, ne sont pas présentes partout sur l'espace de Yopougon-Sicogi. Aussi, elles ont du mal à prendre en compte tous les besoins en matière de santé des populations, laissant de côté de trop nombreuses personnes qui se sont accrues avec l'arrivée massive des individus qui ont fui les zones de conflits pendant la crise militaro politique que la Côte d'Ivoire a connue. Toute chose qui tire l'un des indicateurs le plus fondamental des activités d'un centre de santé (le taux de fréquentation) en dessous de la norme<sup>15</sup> alors même

---

<sup>15</sup> Cette norme selon l'OMS voudrait que le taux d'utilisation ou de fréquentation d'un centre de santé soit de 50%

que, notre système de santé repose sur l'universalité des prestations et l'égalité des soins. Ainsi, au regard de ce qui précède, malgré la proximité de ces structures de santé et la diversité des services d'offre de soins, les populations de Yopougon-Sicogi y ont faiblement recours. Sachant que l'accès et l'utilisation des structures de santé constituent un déterminant clé de l'état de santé et du niveau de développement des populations, il convient donc de savoir : Quels sont les facteurs socio-spatiaux qui influencent l'accès et le recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?

La réponse à cette interrogation a conduit aux questions subsidiaires suivantes :

- quelles sont les différentes structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?
- comment se répartissent les différentes structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?
- quels sont les déterminants de l'accès et du recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?

Ainsi, pour mener à bien cette étude et répondre à ces différentes interrogations, nous avons fixé des objectifs.

## **I.5. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Les objectifs de cette étude se déclinent en deux types d'objectifs : l'objectif principal et les objectifs spécifiques.

### **I.5.1. Objectif principal**

Comme objectif principal, cette étude veut analyser les différents facteurs socio-spatiaux qui influencent l'accès et le recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

### **I.5.2. Objectifs spécifiques**

De manière spécifique, nous nous attèlerons à :

- **objectif 1** : Identifier les différentes structures d'offre de soins de santé de Yopougon Sicogi ;
- **objectif 2** : Analyser la distribution spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi ;

- **objectif 3** : Identifier les déterminants de l'accès et du recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons émis des hypothèses de recherches.

## **I.6. HYPOTHESES DE RECHERCHES**

Elles sont de deux ordres, à savoir : l'hypothèse principale et les hypothèses secondaires.

### **I.6.1. Hypothèse principale**

Les facteurs socio-spatiaux expliquent le niveau d'accès et de recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

### **I.6.2. Hypothèses secondaires**

De l'hypothèse principale découlent trois hypothèses secondaires de travail suivantes :

- **hypothèse 1**: L'absence d'offre de soins publique sur l'espace de Yopougon-Sicogi a entraîné la prolifération des structures de santé privées ;
- **hypothèse 2**: La distribution spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi est liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures sanitaires ;
- **hypothèse 3** : Les conditions socio-démographiques des populations déterminent l'accès et le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Pour vérifier ces différentes hypothèses, nous avons adopté pour une démarche méthodologique se situant à plusieurs niveaux.

## **II. CADRE METHODOLOGIQUE**

La méthode en sciences a de tout temps été un indicateur de crédibilité dans la prise en compte des résultats issue d'une étude par la communauté scientifique et les décideurs. C'est pourquoi, JAVEAU (1993) la définit comme une démarche qui vise d'un côté à établir rigoureusement un objet de science et de l'autre côté à mener les raisonnements portant sur cet objet de manière la plus rigoureuse possible.

Ainsi, nous proposons de cerner dans cette section de cadre méthodologique, d'adopter un mode opératoire. Ce mode opératoire s'inscrit dans une démarche qui part de la détermination de l'échelle d'étude, aux méthodes de traitement des données en passant par l'identification des variables d'études, des techniques de collecte de données et des outils et méthodes d'analyse de résultats.

## **II.1. ECHELLE D'ETUDE ET UNITES D'OBSERVATION**

### **II.1.1. Echelle d'étude**

En effet, l'état de santé des populations varie d'un espace à l'autre en fonction de multiples facteurs (caractéristiques socio-économiques, démographiques et culturelles des populations, conditions climatiques, services d'offre de soins disponibles). C'est pourquoi, DUMMER (2008) affirme que la question d'échelles est cruciale pour les prestations des services de santé et de la mise en œuvre de mesures de santé publique.

Pour rappel, l'une des originalités de cette étude vient du fait qu'elle est menée à une échelle plus fine (à l'échelle infra urbaine) dans l'une des plus grandes communes de Côte d'Ivoire car les actions de santé gagnent en efficacité lorsqu'elles sont élaborées à partir d'une connaissance fine des problèmes spécifiques de santé par site. Ainsi, les recherches ont été menées à l'échelle du quartier Yopougon-Sicogi et de ses différents sous quartiers appelés secteurs.

Les secteurs (regroupement d'îlots) sont des découpages faits par la SICOGLI (entreprise d'Etat de construction immobilière) en vue d'une meilleure localisation des logements et d'une bonne maîtrise des recouvrements.

Dans chaque secteur, les populations riveraines ont fait des regroupements de bâtiments auxquels elles ont attribué des pseudonymes. Il faut dire que ces pseudonymes ne sont toujours pas connus de tous. C'est pourquoi, dans le cadre de cette étude, nous avons considéré les secteurs comme l'une de nos unités d'observation afin que notre figure du quartier soit identique à celle de la SICOGLI.

### **II.1.2. Unités d'observation**

L'unité d'observation est une entité spatiale dans laquelle on observe les variables d'étude. Les unités d'observation dans la présente étude sont le quartier et les secteurs.

### **II.1.2.1. Le quartier**

Le quartier est le plus petit territoire sur lequel les habitants accèdent et utilisent les principaux services. Pour la géographie des soins, il constitue le niveau d'analyse le plus fin. C'est pourquoi, les aires d'attraction des dispensaires et les sous espaces de la ville sont déterminés à l'échelle des quartiers.

A l'échelle du quartier; les unités observées sont les différents secteurs et les structures sanitaires. Le quartier est subdivisé en cinq secteurs.

Les unités observées ont permis de connaître le nombre de structures sanitaires existant sur l'espace de Yopougon-Sicogi.

### **II.1.2.2. Les secteurs**

Les secteurs étant les regroupements d'îlots en zones plus vastes, constituent un niveau d'analyse supplémentaire et qui reflètent mieux la réalité d'un découpage par quartier. A l'échelle des secteurs, nous avons observé les structures sanitaires mais l'accent a été mis sur leur nature, catégorie, typologie, plateau technique, les services de soins qu'elles offrent, les différents registres (registre des entrées et statistiques) et les bilans des activités. Nous avons également observé les populations dans leur parcours thérapeutique.

## **II.2. LES VARIABLES DE RECHERCHE**

La vérification des hypothèses rendent nécessaire l'utilisation des variables quantitatives et qualitatives selon la nature de l'information à recueillir. L'analyse individuelle ou combinée de ces variables ont permis de mieux apprécier les facteurs socio-spatiaux qui influencent l'accès et le recours aux soins, donc l'utilisation des services de santé à Yopougon-Sicogi. Le choix de ces variables les plus pertinentes est de nature à aider à vérifier nos différentes hypothèses, suit la logique de notre cadre conceptuel d'étude et de recherche.

Ces variables, regroupées en variables qualitatives et quantitatives sont relatives à la nature de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi. Elles se rapportent également aux déterminants de l'accès et le recours aux soins de santé, à la fréquentation des structures de soins ainsi qu'aux bilans de leurs activités.

## II.2.1. Variables liées aux caractéristiques de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi

Nous saisissons à travers ces différentes variables, la catégorie et la typologie des établissements de santé présentes sur l'espace de Yopougon-Sicogi ainsi que l'identité des promoteurs.

**Hypothèse 1** : L'absence d'offre de soins publique sur l'espace de Yopougon-Sicogi a entraîné la prolifération des structures de santé privées

<b>Variables qualitatives</b>
Localisation (coordonnées, secteur) Année d'ouverture Identité du promoteur N° d'autorisation ; N° d'ouverture; Copie du procès verbal de conformité Catégorie de la structure sanitaire Typologie de la structure sanitaire Services de soins disponibles Spécialités offertes Qualification du personnel de soins
<b>Variables quantitatives</b>
Volume de matériel (nombre de lit d'hospitalisation, plateau technique) Nombre de services de soins Effectif du personnel selon la spécialité Coût de consultation générale et de spécialité Coût de chambre d'hospitalisation Coût de traitement selon les pathologies Volume de fréquentation selon les lieux de provenance Volume de fréquentation selon le sexe, l'âge, la profession, le niveau d'étude

Grâce à ces variables; l'identité des promoteurs des établissements de santé de Yopougon-Sicogi a été connue. A travers cette identité, nous avons su si l'offre de soins à

Yopougon-Sicogi à travers ces établissements de soins est exclusivement publique, privée, mixte, confessionnelle, formelle ou informelle et les raisons de cette situation.

Ces variables ont aussi permis d'identifier les différents niveaux de fréquentation des structures sanitaires au fil des années.

## II.2.2. Variables relatives à la distribution spatiale des infrastructures sanitaires

Il s'agit de comprendre à travers ces différentes variables, à quelle logique d'organisation spatiale des établissements de santé obéissent les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

**Hypothèse 2** : La répartition spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi est liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures sanitaires

<b>Variables qualitatives</b>
Localisation Catégorie de la structure sanitaire Typologie de la structure sanitaire Typologie des services d'offre de soins Position dans la pyramide sanitaire Décret et texte de loi relatifs à l'organisation et au fonctionnement des structures sanitaires
<b>Variables quantitatives</b>
Portée spatiale Aire d'influence Distance de séparation entre structures de santé Densité de la population Superficie Nombre de structures sanitaires par secteur Nombre de structures sanitaires selon la topologie par secteur Nombre de structures sanitaires selon la catégorie par secteur

Ces variables ont aidé à comprendre la logique de répartition spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

### II.2.3. Variables relatives aux déterminants socio-démographiques

Nous saisissons à travers ces variables, les caractéristiques socio-démographiques des chefs de ménages et des clients des différentes structures de soins. Ce sont dans l'ensemble des variables indépendantes ou explicatives de l'utilisation ou non d'un centre de santé.

**Hypothèse 3** : Les conditions socio-démographiques des populations déterminent l'accès et le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

<b>Variables qualitatives</b>
Sexe Age Taille du ménage Profession Revenu Niveau d'étude Lieu de résidence Type de service de soins sollicité Type de pathologie Police d'assurance santé
<b>Variables quantitatives</b>
Coût de prestation Coût des de soins Distance (parcourue entre domicile et structure sanitaire) Coût du trajet (entre le domicile et la structure sanitaire) Durée du trajet (entre le domicile et la structure sanitaire) Nombre de visite reçue à domicile par le personnel de santé Nombre de formation reçue par le personnel de santé

L'analyse de ces variables a permis d'identifier les principaux facteurs qui déterminent la consommation de soins et les comportements de recours des populations aux établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi. Ces variables ont en outre permis de connaître les raisons justifiant le faible intérêt des ménages à l'égard des infrastructures de santé de leur quartier (raisons du faible taux de fréquentation des structures de santé).

### **II.3. TECHNIQUES DE COLLECTE ET DONNEES UTILISEES**

Dans le cadre de cette étude, plusieurs données et techniques relatives à leur collecte ont été utilisées. Ce sont des données sanitaires, socio-démographiques, statistiques, cartographiques, législatives et celles relatives à l'aménagement de la commune de Yopougon. Quant aux techniques, celles auxquelles nous avons eu recours concernent la recherche documentaire et l'enquête de terrain qui regroupent l'observation directe, l'entretien et l'administration du questionnaire.

#### **II.3.1. La recherche documentaire**

Les premières données collectées ont concerné la littérature existante sur la thématique de l'étude. Elle s'est opérée par la lecture de diverses sources de publications centrées sur la santé, les établissements de santé et les facteurs qui concourent à leur utilisation. Cette étape de notre travail n'a concerné que ces thématiques. Elle s'est élargie à la géographie en générale. A ce niveau, un point d'honneur a été mis sur l'épistémologie de la géographie et les concepts d'analyse spatiale en insistant sur les notions de lieux centraux, de distance, de localisation, de densité, de centralité, d'interaction, de portée spatiale, de structure pour rendre le plus géographiquement possible, notre approche des questions sanitaires.

En dehors de ces thèmes, notre recherche documentaire s'est orientée vers la collecte des informations sur l'aménagement de la commune de Yopougon en général, et sur le quartier Yopougon-Sicogi en particulier pour avoir une idée plus nette du processus cybernétique<sup>16</sup> qui fonde l'interrelation entre la dynamique spatiale et la mise en place des équipements structurant l'espace géographique, à la fois sujet et objet de ce dynamisme. Elle s'inscrit dans une perspective d'appréciation de cette interrelation. Aussi, a-t-elle été guidée vers la recherche de données relatives aux caractéristiques sociales, démographiques et spatiales de notre espace d'étude. Enfin, mu par le souci de se doter d'un outil scientifique de

---

<sup>16</sup> Etude des processus de commande et de communication chez les êtres vivants dans les machines et systèmes sociologiques et économiques

recherche capable de nous affranchir des difficultés d'ordre méthodologique dans les différentes phases de notre travail, nous nous sommes intéressés aux écrits sur la méthodologie de recherche pour compléter et approfondir notre méthode de recherche.

Ainsi, les bibliothèques de l'Institut de Géographie Tropicale (IGT) d'Abidjan, l'Institut d'Ethno-Sociologie (IES) d'Abidjan, ainsi que celle de l'UFR<sup>17</sup> des Sciences Economiques et de Gestions (SEG) d'Abidjan ont été les premières cibles visitées. Ces trois premières bibliothèques nous ont fourni des thèses de doctorat ayant déjà abordées les questions similaires aux nôtres.

Ces différents écrits consultés ont apporté des éléments de réponses sur des thématiques précises. Ces réponses, bien que denses et variées, se sont révélées aussi limitées pour combler toutes nos attentes, étant donné que certaines préoccupations étaient restées sans réponses. Alors, les exigences méthodologiques, qui font de la recherche l'élément de réponse aux préoccupations non satisfaites, un impératif, nous a conduit au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, à la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS), à l'Institut National de la Statistique (INS), au District Sanitaire de Yopougon-Est (DSYE), au Service des Cadastres de la Direction des Impôts d'Abidjan-Nord sise à Yopougon-Sicogi, à la Société Ivoirienne de Construction et de Gestion Immobilière (SICOGI), à la Mairie de Yopougon. Les bibliothèques de la faculté de médecine d'Abidjan, de l'Institut d'Histoire, d'Art et d'Archéologie Africains (IHAAA) d'Abidjan, de l'UFR des sciences juridiques et pharmaceutiques, de l'Institut Français d'Abidjan (ex centre culturel français) ainsi que le Centre Suisse de Recherche Scientifique (CSRS) en Côte d'Ivoire ont été visités.

Différents types de documents ont été consultés, notamment :

**a. Les documents textuels**

Ces documents ont porté sur des ouvrages généraux et spécifiques, des revues et des articles scientifiques ainsi que des thèses. Il s'agit entre autres de :

- « *Emergence de l'Economie de la santé dans les professions de santé* », écrit par DETRUIT en 2002. Dans ce document, il critique les conditions de fixation des coûts de prestations de soins et rappelle l'égalité des individus devant le droit à la santé ;
- « *Les fondements de l'économie de la santé* », écrit par PHELPS en 1995. Il présente les facteurs déterminants l'accès et le recours aux soins de santé ;

---

<sup>17</sup> Unité de Recherches et de Formations

- « *Plan National de Développement Sanitaire de 2012 à 2015* » réalisé par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire. Dans ce document, il est question des stratégies majeures permettant d'améliorer l'état de santé des populations ;
- « *Ampleur de la récession économique en Afrique de l'Ouest* » écrit par BRUNET en 1996. L'auteur présente dans ce document, les facteurs qui ont contribué à l'émergence du secteur privé de la santé en Afrique de l'ouest ;
- « *Economie du développement dans les pays en développement et en transition : Comment augmenter la demande de soins des pauvres* » réalisé par DOSSEH en 2006. Cette étude a mis en exergue, les leviers sur lesquels on peut agir afin d'augmenter la demande des soins des plus pauvres ;
- « *L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud, le cas des médicaments : amorce de réflexion concernant l'accès aux antirétroviraux au Benin et l'accès aux antituberculeux en Nouvelle-Calédonie* » rédigés par BOUTY *et al.* (2010). Dans ce document, les auteurs ont tenté de comprendre les causes des disparités d'accès aux soins et aux médicaments à travers l'exemple de l'accès aux ARV<sup>18</sup> au Benin et en Nouvelle Calédonie ;
- « *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins* », élaboré par BONNET (2002). Dans cet ouvrage, il sépare clairement les deux notions malgré tout intimement liées, en considérant l'accès comme une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soins) tandis que l'accessibilité définira plutôt le potentiel d'accès aux services.
- « *Accès et recours aux soins de santé dans la Sous-préfecture de Ouessè* » rédigé par RICHARD (2001). Dans cette thèse, l'auteur cherche à savoir qui se soigne où (nature du service de santé et localisation), pour quel problème de santé (nature du problème de santé et diagnostic) et pourquoi là plutôt qu'ailleurs ?

En somme, les documents textuels consultés ont permis d'avoir une approche beaucoup plus globale de la question de santé des populations et des concepts contenus dans le sujet de recherche. Ces documents ont également permis de parfaire nos analyses et discussions.

---

<sup>18</sup> Antirétroviraux

## **b. Les documents et données statistiques**

Ces documents nous ont permis de prendre connaissance avec des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 1998 ; 2014) et les estimations de l'Institut National de la Statistique (INS, 2011). Cette consultation nous a aidé à connaître les caractéristiques de la population de Yopougon mais surtout celles de Yopougon-Sicogi notre espace d'étude.

## **c. Les documents et données sanitaires**

Plusieurs données ont été obtenues, notamment :

- des documents statistiques des différentes Directions du Ministère de la Santé que sont le Plan National de Développement Sanitaire (2012-2015) et les RASS 2012 et 2013 qui renferment toutes les statistiques concernant le niveau de fréquentation global des structures sanitaires et les politiques de santé de l'Etat ;

- des répertoires des établissements sanitaires de la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) et de l'Union Générale des Infirmiers, Infirmières, Sages-femmes et Agents de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire (UGISASCOCI) section Yopougon. Le croisement de ces répertoires nous a aidé à identifier le nombre exact de structures sanitaires existantes à Yopougon-Sicogi et de constater des limites dans ceux de la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) et du District Sanitaire de Yopougon-Est (DSYE) ;

- des différents registres et statistiques des structures sanitaires de notre espace d'études. Nous y avons observé les volumes de consultation et d'hospitalisation, les lieux de provenance et les caractéristiques socio-démographiques des clients<sup>19</sup>.

## **d. Les documents et données cartographiques**

Dans le cadre de cette étude, nous avons obtenu des documents cartographiques (fond de carte, fichier de forme) à partir desquels les figures suivantes ont été réalisées :

- localisation de Yopougon-Sicogi (échelle 1/250 ; source BNETD) ;
- concentration humaine et volume de population (1/250 ; source BNETD) ;
- répartition des structures sanitaires à Yopougon-Sicogi (échelle 1/250 ; source BNETD) ;

---

<sup>19</sup> Les patients ou usagers des centres de santé sont appelés clients dans les structures sanitaires privées

- réseau de voiries de Yopougon-Sicogi (échelle 1/250 ; source BNETD) ;
- distances entre les structures de santé et l'hôpital général de Yopougon (échelle 1/250 ; source BNETD) ;
- aires d'influence théoriques des structures de santé (échelle 1/250 ; source BNETD) ;
- aires d'influence réelle des structures de santé (échelle 1/250 ; source BNETD).

#### **e. Les documents législatifs**

Les documents législatifs ont été aussi nombreux à être consultés. Ce sont entre autres les décrets, les textes et lois relatifs à l'organisation et au fonctionnement des établissements de santé. Ces documents nous ont permis de connaître les critères et normes d'implantation et d'ouverture des établissements sanitaires publics et privés en Côte d'Ivoire.

### **II.3.2. L'enquête de terrain**

L'enquête de terrain a été la plus importante dans cette étude. Ainsi, plusieurs méthodes ont été utilisées pour collecter les informations. Nous avons procédé par l'observation directe, l'entretien et l'administration du questionnaire aux chefs de ménages ainsi qu'aux clients des structures de santé venus en consultation.

#### **II.3.2.1. L'observation directe**

Venue en complément des entretiens et du questionnaire, cette observation s'est déroulée tout le long de cette enquête dans les secteurs, les structures de santé et dans les des ménages. Nous y avons recouru pour identifier l'ensemble des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Ce qui nous a permis de connaître la nature de l'offre de soins offerte, la typologie et la catégorie des établissements de soins, le niveau de leur plateau technique ainsi que leur situation géographique afin de mettre en évidence l'accessibilité de l'offre. Nous avons observé également les pratiques du personnel médical et leur relation avec les clients.

Par cette technique, nous avons pu apprécier le vécu quotidien des populations dans le cadre de leur recherche de soins, le cadre de vie et de l'habitat de Yopougon-Sicogi.

Au cours de ces investigations ; des photos d'illustrations ont été prises.

### **II.3.2.2. Les entretiens (semi-directifs)**

Cette technique d'enquête a fourni des informations qualitatives et quantitatives selon la nature de nos préoccupations. Elle a concerné les Directeurs Techniques ou responsables des infrastructures de santé, les représentants des instances de régulation du secteur de la santé que sont la DEPS (Direction des Etablissement et Profession Sanitaire) et le DSYE (District Sanitaire Yopougon-Est) et celui de la SICOGI (Société Ivoirienne de Construction et de Gestion Immobilière).

Le contenu de cet entretien avec les Directeurs Techniques des Structures sanitaires faisait aussi office de recueil de données médicales. Il a porté sur les variables suivantes : l'identité du promoteur, la catégorie et la typologie de la structure de santé, le numéro d'autorisation et d'immatriculation, le plateau technique, le volume de la fréquentation, les lieux de provenance des patients, le nombre de passages des contrôleurs de la DEPS et du DSYE. Aussi, cet entretien a porté sur les raisons du choix de recours des populations, les services de soins offerts par rapport aux besoins de santé de la population ciblée ou non, les motifs du choix du site d'implantation de la structure sanitaire, les pathologies récurrentes.

Avec la DEPS et du DSYE, les entretiens ont porté sur le nombre de structures sanitaires existant à Yopougon-Sicogi, la nature de l'offre de soins, la légalité d'existence et d'exercice des structures de santé, le nombre de contrôle annuel, le bilan des activités des infrastructures de soins, les critères et normes d'implantation des établissements de santé, etc.

Au niveau de la SICOGI, l'entretien a eu pour objet de nous renseigner sur la date de construction du quartier Yopougon-Sicogi, le nombre de logement, le nombre d'îlots et de lots, la superficie du quartier, le découpage du quartier, les infrastructures et équipement à la construction du quartier, le rapport entre les riverain et la SICOGI, etc.

Ces différents entretiens se sont déroulés au moyen d'un guide d'entretien construit selon les différentes hypothèses à vérifier à travers l'étude des variables y afférentes (*cf. annexe 4*).

### **II.3.2.3. L'enquête par questionnaire**

Le questionnaire est l'outil de base des enquêtes et de recherches en sciences humaines et sociales. C'est avec le questionnaire que nous avons pu obtenir les données et les informations dont nous avons eu besoin auprès de nos populations cibles.

Cependant, considérant les difficultés liées aux enquêtes par questionnaire, il nous a semblé utile d'effectuer une pré-enquête ou enquête pilote pour vérifier d'une part, l'adéquation des

questionnaires à s'appliquer aisément à tous les sujets d'enquête et d'autre part, identifier les unités statistiques.

#### **II.3.2.3.1. La pré-enquête**

Si Yopougon-Sicogi dispose d'un réseau routier acceptable, il n'en demeure pas moins que certaines structures sanitaires ne soient plus en activité ou ont changé de domiciliation. Certains établissements identifiés lors de notre pré-enquête ont disparu au moment où nous enquêtons. A cela s'ajoute l'occupation des locaux par des ménages qui s'étonnent lorsqu'on leur dit qu'il y a quelques semaines plutôt leur lieu de résidence étaient une structure de santé.

Au cours de cette enquête pilote réalisée sur 95 ménages, nous avons constaté que la proportion (P) des ménages ayant recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi était de 11%. Cette même pré-enquête réalisée auprès de 80 clients des établissements de santé a montré que, 82% des clients ayant recouru à ces structures de soins viennent de Yopougon-Sicogi contre 18% provenant d'autres localités. Ces indicateurs ont été d'une importance capitale car elles nous ont permis d'utiliser plus sereinement comme nous le verrons par la suite, la formule de Fisher indiquée pour la détermination de la taille des échantillons requis dans le cadre de cette étude.

Cette phase de l'enquête avait pour but de nous éclairer sur la faisabilité du projet dans son application méthodologique sur le terrain, l'adéquation entre nos hypothèses de départ et l'information obtenue, l'orientation des enquêtes de terrain, les rubriques de questionnaire à valider ou à supprimer et l'identification des populations cibles à enquêter.

Suite à cette enquête pilote, nous avons effectué l'enquête par questionnaire. Ainsi, nous avons opté pour l'administration du questionnaire par contact direct. L'objectif de ce choix pour nous était de reprendre ou de reformuler les questions si nécessaire.

Les questionnaires ont été administrés à un échantillon représentatif de la population de Yopougon-Sicogi et des patients (clients) des établissements sanitaires.

#### **II.3.2.3.2. Le déroulement de l'enquête**

L'enquête s'est déroulée auprès de la population de Yopougon-Sicogi et des clients des structures sanitaires.

### **II.3.2.3.2.1. L'enquête auprès de la population de Yopougon-Sicogi**

Nous nous sommes basés au préalable sur la stratification du quartier réalisé par la SICOGI. Ces strates au nombre de cinq sont appelées « secteur ». Une strate correspond à un secteur puisque celui-ci a été choisi comme unité spatiale de référence.

Nous avons respecté ce découpage car la présence ou non d'une structure sanitaire dans chacun de ces secteurs peut être déterminant dans l'identification des facteurs de recours ou non des ménages aux soins.

Les individus enquêtés ont été sélectionnés sur la base du sondage stratifié de la méthode aléatoire. Cette méthode se justifie par le fait que nous disposons de différents sous quartiers appelés secteur à l'intérieur desquels il y a des individus distincts. Nos strates sont les différents secteurs, disposant les individus à enquêter.

Afin de concilier la nécessité de mener à bien l'administration du questionnaire et le manque de moyen auquel nous étions confrontés, nous avons retenu comme unité d'analyse « le ménage ». Le ménage étant composé de plusieurs individus, ces choix ont été appréciés à travers celui du chef de ménage. Nous partons de l'hypothèse que, les décisions des ménages en matière de recours aux soins au sein des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi seront celles du chef de ménage.

Notre population mère constitue la population de Yopougon-Sicogi et comme base de sondage l'ensemble des ménages du dit quartier. Cette base de sondage a été choisie car elle est susceptible de nous permettre de mieux apprécier les relations entre les populations et les structures sanitaires de leur quartier dans le cadre de recherche de soins.

Comme principal critère d'inclusion, on a l'appartenance du ménage au quartier Yopougon-Sicogi. Sont donc exclus de la population cible, les ménages dont le lieu de résidence se situerait soit dans un autre quartier de la commune de Yopougon ou soit hors de cette commune.

Le tableau 0.1 présente des données relatives aux nombres de ménages dans chaque secteur du quartier Yopougon-Sicogi.

**Tableau 0.1** : Répartition des ménages selon le secteur

Secteurs (S)	Nombre de ménages par secteur
S1	775
S2	1600
S3	812
S4	420
S5	547
<b>Total</b>	<b>4154</b>

Source : DRIY<sup>20</sup>, 2013.

- **Détermination la taille de l'échantillon représentatif dans chaque secteur**

Pour ce faire, nous tenon compte de la pré-enquête. Au cours de cette enquête pilote réalisée sur 95 ménages, nous avons constaté que la proportion (P) des chefs de ménages ayant recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi était de 11% (P =11%).

- **Détermination de l'échantillon total à enquêter (n)**

Il s'agit ici de déterminer le nombre total de ménages(n) pris en compte par l'enquête sur la population totale (N= 4154). Pour ce faire, nous utilisons le sondage aléatoire simple dans le but de donner à chaque unité statistique la même probabilité d'être tirée.

Pour déterminer cette représentation à l'échelle réduite de l'ensemble à étudier (l'échantillon), nous utilisons la formule de Fisher suivante :

$$n = \frac{t^2 \cdot p(1-p)}{m^2} \quad \text{avec :}$$

- n = taille d'échantillon requise ;
- t = niveau de confiance à 95% (coefficient de marge 1,96) ;
- p = proportion des chefs de ménages ayant recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (P =11%) ;
- m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05).

<sup>20</sup> Direction Régionale des Impôts de Yopougon

Soit  $n$  la taille de l'échantillon

$$n = \frac{t^2 \cdot p(1-p)}{m^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 [0,19 (1 - 0,11)]}{0,05^2}$$

<b><math>n = 150</math> ménages</b>
-------------------------------------

Dans le cas d'une population de petite taille, cette formule pourrait conduire à un échantillon de grande taille. C'est pourquoi, il convient d'ajuster la taille de l'échantillon à la population totale en utilisant un facteur correcteur ( $f$ ).

Ainsi  $n_1 = n \times f$

Or  $f = \frac{N}{n+N}$

Donc  $n_1 = n \times \frac{N}{n+N}$

$$n_1 = 150 \times \frac{4154}{150 + 4154}$$

<b><math>n_1 = 145</math></b>
-------------------------------

Inutile dans ce cas de multiplier la taille  $n_1$  de l'échantillon par l'effet de plan d'échantillonnage ( $D$ ) car  $D = 1$

Si l'on se donne de plus un taux de réponse ( $r$ ) voulu tel que  $r = 80\%$  (car il arrive souvent que les enquêtés répondent partiellement au questionnaire), on obtient donc un échantillon ( $n_2$ ) sous la forme :

$$n_2 = \frac{n_1}{r}$$

$$n_2 = \frac{145}{0,8}$$

<b><math>n_2 = 181</math></b>
-------------------------------

- **Détermination de l'échantillon dans chaque strate**

Notre population étant distinct (car répartie par secteur), il convient de considérer les secteurs comme des strates et répartir notre échantillon.

On fait le choix d'une allocation proportionnelle c'est-à-dire :

$$\frac{N_s}{N} = \frac{n_s}{n_2}$$

$N_s$  : Population totale de la strate s  
 $n_s$  : Echantillon à enquêter dans la strate s  
 $n_2$  : Echantillon total à enquêter  
 $N$  : Population totale

Ce qui équivaut à :  $n_s = \frac{N_s \times n_2}{N}$

✓ **Pour le secteur 1 (n S1)**

$$n_{S1} = \frac{N_{S1} \times n_2}{N}$$

$$n_{S1} = \frac{775 \times 181}{4154}$$

<b><math>n_{S1} = 34</math> ménages</b>
---

✓ **Pour le secteur 2 (S2)**

$$n_{S2} = \frac{N_{S2} \times n_2}{N}$$

$$n_{S2} = \frac{1600 \times 181}{4154}$$

<b><math>n_{S2} = 70</math> ménages</b>
---

✓ **Pour le secteur 3 (S3)**

$$n_{S3} = \frac{N_{S3} \times n_2}{N}$$

$$n_{S3} = \frac{812 \times 181}{4154}$$

$$ns_3 = 35 \text{ ménages}$$

✓ Pour le secteur 4 (S4)

$$ns_4 = \frac{Ns_4 \times n_2}{N}$$

$$ns_4 = \frac{420 \times 181}{4154}$$

$$ns_4 = 18 \text{ ménages}$$

✓ Pour le secteur 5 (S5)

$$ns_5 = \frac{Ns_5 \times n_2}{N}$$

$$ns_5 = \frac{547 \times 181}{4154}$$

$$ns_5 = 24 \text{ ménages}$$

Ainsi, on retrouve la taille de l'échantillon total représentatif des ménages ( $n_2$ ) à enquêter :

$$n_2 = ns_1 + ns_2 + ns_3 + ns_4 + ns_5$$

$$n_2 = 34 + 70 + 35 + 18 + 24$$

$$n_2 = 181 \text{ ménages}$$

Le tableau 0.2 qui suit constitue la synthèse de l'ensemble des résultats obtenus.

**Tableau 0.2** : Répartition des ménages à enquêter selon le secteur

Secteurs (s)	Nombre de ménages	Proportion P (%)	Nombre de ménages à enquêter
S1	775	11%	34
S2	1600		70
S3	812		35
S4	420		18
S5	547		24
<b>Total</b>	<b>4154</b>		<b>181</b>

*Source* : DRIY, 2013. Données obtenues après calcul, TAPE et TANOE (Statisticien), 2013

On constate que, la taille de l'échantillon retenue est de 181 ménages incluant en moyenne 8,8 personnes par ménage.

Pour l'administration du questionnaire, le nombre de ménages à interroger dans chaque secteur étant ainsi connu, nous avons procédé par un tirage aléatoire simple à deux degrés des ménages à interroger. Au premier niveau, nous nous sommes attelés à tirer les îlots par secteur. Au deuxième niveau, nous avons tiré le nombre de lots correspondant au nombre de ménages par secteur.

Rappelons toutefois que le choix du ménage de recourir à un établissement de santé en cas de besoin sera apprécié à travers celui du chef de ménage.

Le questionnaire a été adressé aux ménages dans le but de collecter toutes les informations relatives à leurs caractéristiques socio-démographiques et surtout à leurs pratiques thérapeutiques. Le but est de savoir s'ils utilisent réellement ou non les services de santé de leur quartier, les raisons qui justifient ces pratiques et ce qu'ils attendent de ces structures de santé.

Le questionnaire (*cf. annexe 4*) élaboré à cet effet, comporte des questions fermées et ouvertes dont les réponses ont fourni des données quantitatives et qualitatives.

L'interrogation a porté sur les variables suivantes: sexe, âge, profession, niveau d'étude, nombre d'individu dans le ménage, revenu, distance qui sépare le domicile au centre de santé sollicité, coût des soins, besoins de services soins, type de premier recours.

### II.3.2.3.2.2. L'enquête auprès des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

De même, le sondage stratifié de la méthode aléatoire a été retenu comme technique d'échantillonnage avant l'administration du questionnaire. Les différents types de structures sanitaires constituent nos strates car elle dispose de critères permettant de distinguer les clients. La population mère est l'ensemble des clients des structures de santé.

Notre choix s'est porté sur ces patients car nous avons voulu interroger des individus dont on a la certitude qu'ils utilisent réellement les infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi afin que nous sachions leurs motifs de recours étant donné que l'hôpital général de Yopougon est à proximité et surtout que parmi ces patients, certains renoncent aux soins dans les centres de santé de leurs localités qui sont situés parfois très loin de Yopougon-Sicogi.

Les différents effectifs ont été obtenus à partir des différents registres de consultations des établissements de santé. Compte tenu de leur nombre réduit, toutes les infrastructures sanitaires ont été retenues pour l'enquête.

Le tableau 0.3 ci-dessous contient des données relatives aux consultations des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi au cours de l'année 2014 par établissement de santé.

**Tableau 0.3** : Répartition des clients selon les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi en 2014

N°	Structures sanitaires	Nombre de clients
1	Espace médical Concorde	176
2	Cabinet dentaire Wacouboué	301
3	Espace médical Secourisme	1185
4	Cabinet médical André Jean	932
5	Centre médico-social Eden	984
6	Centre socio sanitaire Bethel	360
7	Centre médico-social LIAAI	205
	<b>Total</b>	<b>4143</b>

*Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi, 2014*

La taille de notre échantillon représentatif sera la somme de la taille des clients représentatifs de l'ensemble des patients ayant sollicité chaque structure de santé.

## Détermination la taille des clients représentatifs dans chaque structure de santé

Après une enquête pilote réalisée sur 80 clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi, on constate que 82% des clients ayant recours à ces structures de santé viennent du quartier Sicogi contre 18% provenant d'autres localités, soit respectivement 66 individus et 14 individus.

### - Détermination de l'échantillon total à enquêter (n)

Il s'agit ici de déterminer le nombre total de ménages(n) pris en compte par l'enquête sur la population totale (N= 4143). Pour ce faire, nous utilisons le sondage stratifié de la méthode aléatoire dans le but de donner à chaque unité statistique la même probabilité d'être tirée.

Pour déterminer la taille de cet échantillon, nous utilisons la formule ci-dessous :

$$n = \frac{t^2 \cdot p(1-p)}{m^2} \quad \text{avec :}$$

- n = taille d'échantillon requise ;
- t = niveau de confiance à 95% (coefficient de marge 1,96) ;
- p = proportion des clients des structures sanitaires provenant de Yopougon-Sicogi (P =82%) ;
- m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05).

Soit **n** la taille de l'échantillon

$$n = \frac{t^2 \cdot p(1 - p)}{m^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 [0,82 (1 - 0,82)]}{0,05^2}$$

<b>n = 227 clients</b>
------------------------

Dans le cas d'une population faible, cette formule pourrait conduire à un échantillon de grande taille. C'est pourquoi, il convient d'ajuster la taille de l'échantillon à la population totale en utilisant un facteur correcteur (f).

$$n1 = n \times \frac{N}{n + N}$$

$$n1 = 227 \times \frac{4143}{227 + 4143}$$

$$\boxed{n_1 = 215 \text{ clients}}$$

L'effet de plan d'échantillonnage (D) pour un sondage aléatoire simple étant égale 1, nous obtenons la même taille  $n_1$  sous la forme :  $n_2 = n_1 \times D = 215$

En effet, l'effet de plan permet de déterminer la taille de l'échantillon pour obtenir un degré de précision de l'estimation. Ainsi, selon qu'on soit dans un plan d'échantillonnage donné, l'effet de plan (D) prend des valeurs distinctes.

Si l'on se donne de plus un taux de réponse (r) voulu tel que  $r = 80\%$  (car il arrive souvent que les enquêtés répondent partiellement au questionnaire), on obtient donc un échantillon ( $n_3$ ) sous la forme :

$$n_3 = \frac{n_2}{r}$$

$$n_3 = \frac{215}{0,8}$$

$$\boxed{n_3 = 269 \text{ clients}}$$

#### - Détermination de l'échantillon dans chaque strate

Notre population n'étant pas homogène (car répartie par secteur), il convient de considérer les secteurs comme des strates et répartir nos unités statistiques.

On fait le choix d'une allocation proportionnelle c'est-à-dire :

$$\frac{N_s}{N} = \frac{n_s}{n_3} \quad \left\{ \begin{array}{l} N_s : \text{Population totale de la strate } s \\ n_s : \text{Echantillon à enquêter dans la strate } s \\ n_3 : \text{Echantillon total à enquêter} \\ N : \text{Population totale} \end{array} \right.$$

Ce qui équivaut à :  $n_s = \frac{N_s \times n_3}{N}$

✓ Pour l'Espace médical Concorde (s1)

$$ns_1 = \frac{Ns_1 \times n_3}{N}$$

$$ns_1 = \frac{176 \times 269}{4143}$$

<b>ns<sub>1</sub> = 11 clients</b>
------------------------------------

✓ Pour le Cabinet dentaire Wacouboué (s2)

$$ns_2 = \frac{Ns_2 \times n_3}{N}$$

$$ns_2 = \frac{301 \times 269}{4143}$$

<b>nss<sub>2</sub> = 20 clients</b>
-------------------------------------

✓ Pour l'Espace médical Secourisme (s3)

$$ns_3 = \frac{Ns_3 \times n_3}{N}$$

$$ns_3 = \frac{1185 \times 269}{4143}$$

<b>ns<sub>3</sub> = 77 clients</b>
------------------------------------

✓ Pour le Cabinet médical André Jean (s4)

$$ns_4 = \frac{Ns_4 \times n_3}{N}$$

$$ns_4 = \frac{932 \times 269}{4143}$$

<b>ns<sub>4</sub> = 61 clients</b>
------------------------------------

✓ Pour le Centre médico-social Eden (s5)

$$ns_5 = \frac{Ns_5 \times n_3}{N}$$

$$ns_5 = \frac{984 \times 269}{4143}$$

$$ns_5 = \mathbf{64 \text{ clients}}$$

✓ Pour le Centre socio sanitaire Bethel (s6)

$$ns_6 = \frac{Ns_6 \times n_3}{N}$$

$$ns_6 = \frac{360 \times 269}{4143}$$

$$ns_6 = \mathbf{23 \text{ clients}}$$

✓ Pour le Centre médico-social LIAAI (s7)

$$ns_7 = \frac{Ns_7 \times n_3}{N}$$

$$ns_7 = \frac{205 \times 269}{4143}$$

$$ns_7 = \mathbf{13 \text{ clients}}$$

Ainsi, on retrouve la taille de l'échantillon total représentatif des ménages (n3) à enquêter :

$$n_3 = ns_1 + ns_2 + ns_3 + ns_4 + ns_5 + ns_6 + ns_7$$

$$n_3 = 11 + 20 + 77 + 61 + 64 + 23 + 13$$

$$n_3 = \mathbf{269 \text{ clients}}$$

Le tableau ci-dessous constitue la synthèse de l'ensemble des opérations effectuées au cours de cet échantillonnage.

**Tableau 0.4 : Synthèse de clients à enquêter par structure de santé**

<b>Structures sanitaires</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Proportion (P)</b>	<b>Patients à enquêter</b>
Espace médical Concorde	176	82%	11
Cabinet dentaire Wacouboué	301		20
Espace médical Secourisme	1185		77
Cabinet médical André Jean	932		61
Centre médico-social Eden	984		64
Centre socio sanitaire Bethel	360		23
Centre médico-social LIAAI	205		13
<b>Total</b>	<b>4143</b>		

*Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ,2014 ; Données obtenues après calculs, TAPE et TANOE (Statisticien), 2015*

Le tableau 0.4 montre que, la taille de l'échantillon retenue est de 269 individus repartis entre chacune des infrastructures de santé.

Pour le choix du patient à interroger dans chaque structure sanitaire, nous avons procédé par un tirage aléatoire simple. Ce tirage consiste à interroger les patients jusqu'à ce que le quota d'individus par établissement de santé soit atteint.

Le contenu du questionnaire administré aux clients est relatif à leurs caractéristiques socio-démographiques et surtout aux raisons qui justifient l'utilisation de ces structures de santé. Ce questionnaire (*cf. annexe 4*) comporte des questions fermées et ouvertes, dont les réponses ont fourni des données quantitatives et qualitatives.

Le contenu du questionnaire porte de façon précise sur : le sexe, la profession, le revenu, l'âge, le lieu de résidence, les motifs de consultation, les raisons du choix de la structure sanitaire, le coût du traitement de la maladie, le coût de la consultation, la perception de la distance entre le domicile du patient et le centre de soins.

## **II.4. LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES**

Le GPS de marque Garmin version GPS Map 78s a été utilisé comme outil de collecte de données. Grâce à cet outil, les coordonnées géographiques des différentes structures sanitaires indispensables à l'élaboration de la carte sanitaire par le système de géo-référencement ont été obtenues. Ce GPS a une précision de trois mètres d'altitude dans un rayon de trois mètres.

## **II.5. LE TRAITEMENT DES DONNEES**

Les données recueillies lors de la recherche documentaire et de l'approche du terrain ont subi un traitement manuel, statistique et cartographique avec l'appui d'un statisticien à l'aide des logiciels Microsoft office 2007 (Excel 2007 et STATA version SE 12 (STATA/SE12)). Ces données sont de types quantitatifs et qualitatifs.

### **II.5.1. Le traitement manuel**

Le traitement manuel a consisté à la confrontation des données issues des différents répertoires à notre disposition. Il a permis d'identifier d'une part, les structures sanitaires exerçant à Yopougon-Sicogi et dont les noms ne figurent pas dans le répertoire de la DEPS et du DSYE ou des structures sanitaires dont les noms existent mais qui n'exercent plus à Yopougon-Sicogi. Et d'autre part, de vérifier la conformité des structures sanitaires selon qu'elles appartiennent à la catégorie et à la typologie d'établissements sanitaires.

Le traitement manuel a consisté en outre, à extraire les informations contenues dans les différents registres de consultations des structures sanitaires.

Les informations recueillies lors de ces enquêtes ajoutées aux résultats de l'actualisation du nouveau répertoire, ont permis de réaliser des tableaux statistiques et des figures.

### **II.5.2. Le traitement statistique**

Les logiciels Microsoft office 2007 (Office, Excel, etc.) et STATA/SE12 nous ont permis de réaliser le traitement statistique. Les informations une fois dans le logiciel Excel ont été transférées dans celui du STATA/SE12 afin de faciliter les différents croisements, la production des tableaux et de faire des modélisations dans le but de l'utilisation des tests de

Khi 2 et de celui de la régression logistique pour la vérification de certaines de nos hypothèses. Pour rappel, ce sont des tests statistiques couramment utilisés dans le domaine de la santé au cours des études (RICHARD, 2001; OUATTARA, 2003; DIONE, 2013; SANGARE, 2013).

Nous avons eu recours à la statistique car c'est une méthode de raisonnement permettant d'interpréter le genre de données très particulière qu'on rencontre notamment dans les sciences de la vie et dont le caractère essentiel est la variabilité. Elle a pour but de quantifier un phénomène d'intérêt et d'apporter une information concernant la précision avec laquelle les résultats ont été établis (TAFPE, 2004).

Ainsi, nous avons obtenu la figure de répartition des chefs de ménages selon le sexe, et parmi les tableaux statistiques figurent entre autres :

- le tableau de répartition des structures sanitaires selon la catégorie ;
- le tableau de répartition des structures sanitaires selon le type ;
- le tableau de répartition des structures sanitaires par secteur ;
- le tableau de répartition des clients selon le type de structures de santé ;
- le tableau de régression logistique.

### **II.5.3. Le traitement cartographique**

Le logiciel utilisé pour l'élaboration des figures cartographiques est ArcGis (ArcMap 10.2.1). Il nous a permis de réaliser entre autres les figures de localisation de Yopougon-Sicogi, du réseau routier de Yopougon-Sicogi, de la répartition spatiale des structures sanitaires, des aires d'influence théoriques des établissements de santé, etc.

## **II.6. METHODES D'ANALYSE DE DONNEES**

A ce niveau, cinq types d'analyse ont été utilisés. Il s'agit de l'analyse spatiale, descriptive, comparative, bivariée et multivariée.

### **II.6.1. Analyse spatiale**

L'analyse spatiale centrée sur les implications de la localisation géographique de manière classique, s'est attelé à évaluer l'impact de la distance, d'une part, entre les structures sanitaires, et d'autre part, entre ces établissements de santé et les lieux de provenance des patients et des ménages dans leurs comportements thérapeutiques. Elle à

également permis d'analyser la répartition spatiale des infrastructures de soins, leurs aires d'influence et la corrélation existentielle entre espace de soins, recours thérapeutique et facteurs d'implantation.

Cette analyse soutenue par la théorie de la localisation de CHRISTALLER (1933) et de LOSCH (1940) a permis de représenter le modèle de distribution spatiale des structures sanitaires de la zone d'étude.

#### **II.6.1.2. Analyse descriptive**

L'Analyse descriptive a consisté à décrire les caractéristiques du quartier et des populations dans leur diversité, leur comportement de recours thérapeutique. Elle s'est également attachée à dégager une connaissance précise des conditions de production des soins (infrastructures, plateau technique, catégorie et type de structures de santé, identité du promoteur, etc.).

#### **II. 6.1.3. Analyse comparative**

La méthode comparative a cette faculté de rapprochement, de mise en rapport qui autorise commentaires et observation (ASSEMIAN, 2000). Ainsi, il s'est avéré important de faire plusieurs types de comparaisons : une comparaison au plan réglementaire entre les critères et normes d'implantation des structures sanitaires et la logique d'implantation des producteurs de soins et services médicaux de Yopougon-Sicogi; une comparaison organisationnelle entre la hiérarchie établie par les établissements de soins et la pyramide sanitaire théorique. Ces différentes comparaisons ont enrichi les informations et donné beaucoup plus d'éléments qui ont permis de modéliser les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

#### **II.6.1.4. Analyse bivariée**

L'analyse bivariée consiste à étudier les variables en couple, via des techniques descriptives ou probabilistes (JALBY, 2016). Cette analyse a consisté dans le cadre de cette étude, à mesurer le poids des différents facteurs (variables explicatives) susceptibles d'influencer le choix de recourir aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sur la variable dépendante "recours".

A partir des tableaux à double entrée et d'associations statistiques obtenus suite aux enquêtes, nous avons fait appel au test d'indépendance du khi-2 de Karl Pearson afin d'apprécier l'existence d'une relation ou non entre des caractères au sein de la population. Une fois calculé, nous avons déterminé le khi-2 tabulaire à partir du degré de liberté avant d'établir la significativité des relations statistiques et tirer la conséquence.

L'expression test de khi-2 recouvre environ trois tests statistiques : le test d'ajustement ou d'adéquation, le test d'indépendance et le test d'homogénéité. Mais celui qui nous intéresse ici est le test d'indépendance du Khi-2 qui permet de contrôler l'indépendance de deux ou plusieurs caractères dans une population donnée.

Ce test sert en outre à apprécier l'existence ou non d'une relation entre deux caractères au sein d'une population, lorsque ces caractères sont qualificatifs où lorsqu'un caractère est quantitatif et l'autre qualitatif, ou bien encore lorsque les deux caractères sont quantitatifs mais avec des valeurs regroupées.

C'est un test couramment utilisé dans le domaine de la santé et en sciences exactes. Il est d'une importance capitale, car, il permet de caractériser les liaisons qui peuvent exister entre une série d'observations considérées simultanément ou deux critères dans une population donnée. Dans le cadre de cette étude, ce test a permis de montrer l'indépendance (pas d'influence) ou la dépendance (influence) des critères. En d'autres termes, ce test statistique a permis d'affirmer ou d'infirmer si l'accès et le recours aux soins de santé de notre population d'étude dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sont influencés ou non par les variables explicatives (motifs) que ont été identifiées afin de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse émise à cet effet (hypothèse 3). Toutefois, pour la mise en œuvre pratique et manuelle de cette technique statistique, il est obligatoire d'émettre au préalable l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en fonction des variables étudiées et d'utiliser la table de lois de khi-2 qui donne les correspondances en fonction du risque obtenu (5%) et du degré de liberté (calculé). Ainsi, on conclura qu'il y a un lien entre les variables dépendantes et les différentes variables explicatives (indépendantes ou motifs) ou qu'une variable est déterminante lorsque le Khi-2 calculé est supérieur au Khi-2 tabulaire (observé ou théorique). Nous précisons que, cette manière de déterminer les liens statistiques entre les variables au moyen du test de khi-2 n'est possible que manuellement sans l'aide d'aucun logiciel. Plusieurs auteurs ont déjà procédé ainsi, notamment : MÜLLER (2002) ; MCCREERY *et al.* (2007) ; ANONYME (2010) ; MEHDI (2012) ; ABINTEGENKE (2011) ; TAPE *et al.* (2015).

Après avoir indiqué qu'il existe une liaison entre ces variables à partir du test du khi-2 ; le test de Cramer ou le V de Cramer nous indiquera si cette dépendance ou liaison est très forte par sa valeur où non.

#### **II.6.1.5. Analyse multivariée (régression logistique)**

La régression logistique est une technique statistique permettant d'établir une relation entre une variable dépendante et des variables explicatives (DESJARDIN, 2007). Son intérêt réside dans les limites de l'analyse univariée et bivariée, qui ne tient pas compte des liens qui peuvent exister entre plusieurs variables explicatives.

Dans le cas spécifique de notre étude, cette analyse a consisté à mettre en relation les raisons qui pourraient justifier le faible taux de fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ou les motifs de non recours des populations aux structures sanitaires de leur quartier. A travers cette analyse, nous avons mesuré plus précisément l'influence de l'effet de voisinage sur les logiques de recours aux soins des ménages de Yopougon-Sicogi. Tout le paramétrage a été fait à partir du logiciel statistique STATA/SE12.

### **II.7. SELECTION ET FORMATION DES ENQUETEURS**

Compte tenu de la taille de notre échantillon, il était difficile pour nous de mener cette enquête tout seul. C'est pourquoi, nous avons jugé bon de nous faire aider dans l'administration de nos questionnaires par des enquêteurs sélectionnés avec l'aide du statisticien associé. Ce sont deux étudiants inscrits dans les départements de géographie et de sociologie. Ces deux départements nous ont intéressé parce que outillés en matière de recherche en sciences sociales et humaines. Impliquer des jeunes étudiants répond aussi au souci de leur permettre d'apprendre les rudiments de terrain de recherche.

La formation<sup>21</sup> de ces enquêteurs prenait une demi-journée à la veille de l'administration des questionnaires.

---

<sup>21</sup> Le contenu de cette formation était relatif à : la collecte des données de qualité, la conduite de l'enquête, l'objectif de l'étude, l'administration d'un questionnaire, l'entrée en contact avec les populations cibles, la sélection des répondants, aux questions d'éthique ainsi qu'au remplissage des fiches.

## **II.8. DUREE DE L'ENQUETE**

La durée d'une enquête est un indicateur très important dans la réalisation d'une étude car elle permet à tout individu de se faire une opinion sur le chercheur relative à la connaissance de son terrain d'étude. La collecte des données s'est déroulée à une certaine période sur plusieurs années, notamment en 2013, 2014, 2015 et 2016 selon les objectifs et résultats attendus à chaque étape de l'étude.

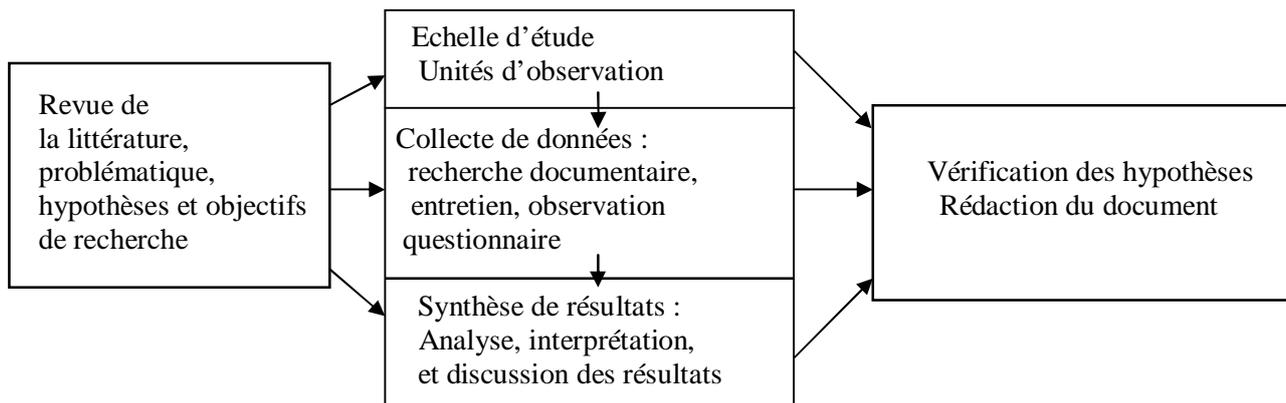
En 2013, il s'agissait d'élaborer un projet de Master. Ce projet comprenait le cadre théorique, toute la démarche méthodologique et les résultats attendus. L'élaboration de ce projet a nécessité la collecte de données auprès des établissements de santé et des structures étatiques de régulation des activités de prestation de soins de santé. Cette enquête a duré deux (2) mois, soit du 2 mai 2013 au 4 juillet 2013.

Après le projet de Master en 2013, il nous fallait par la suite vérifier nos différentes hypothèses émises dans le cadre de la rédaction du mémoire de Master. Pour ce faire, la collecte de données auprès des populations cibles était nécessaire. Juste après la rédaction du projet de Master, nous avons débuté la collecte des informations au travers de nos guides d'entretien et le questionnaire. Elle a duré six (6) mois, soit du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 30 avril 2014.

En 2015, la rédaction de la Thèse de Doctorat Unique, nous a permis de nous intéresser aux patients qui sollicitent les différentes structures sanitaires de Yopougon-Sicogi dans le cadre de recherche de soins. Ainsi, connaître les déterminants de recours de ces individus, nous a emmené à administrer un questionnaire. De plus, avons-nous jugé bon de connaître le bilan des activités des structures de santé au cours de l'année 2014, 2015 et 2016. Ce qui nous a permis de faire le bilan de la fréquentation des différentes structures sanitaires et de les analyser en rapport avec les coûts pratiqués suite aux actes posés. La collecte de ces données a duré trois (3) mois soit du 6 février 2015 au 10 mai 2015 et du 18 décembre 2016 au 24 décembre 2016 (1 semaine).

Dans le but de pouvoir interroger toute la diversité de la clientèle des établissements de santé et des chefs de ménages identifiés, nous avons réalisé l'enquête durant les jours ouvrages, les week-ends et même certains jours fériés. En somme, notre enquête a nécessité onze (11) mois au cours de ces quatre années.

La figure 0.1 ci-dessous constitue le schéma du protocole de recherche incluant les différentes étapes ayant abouti à la rédaction du document.



**Figure 0.1** : Schéma du protocole de recherche ;  
 (Conception et réalisation : TAPE, 2015)

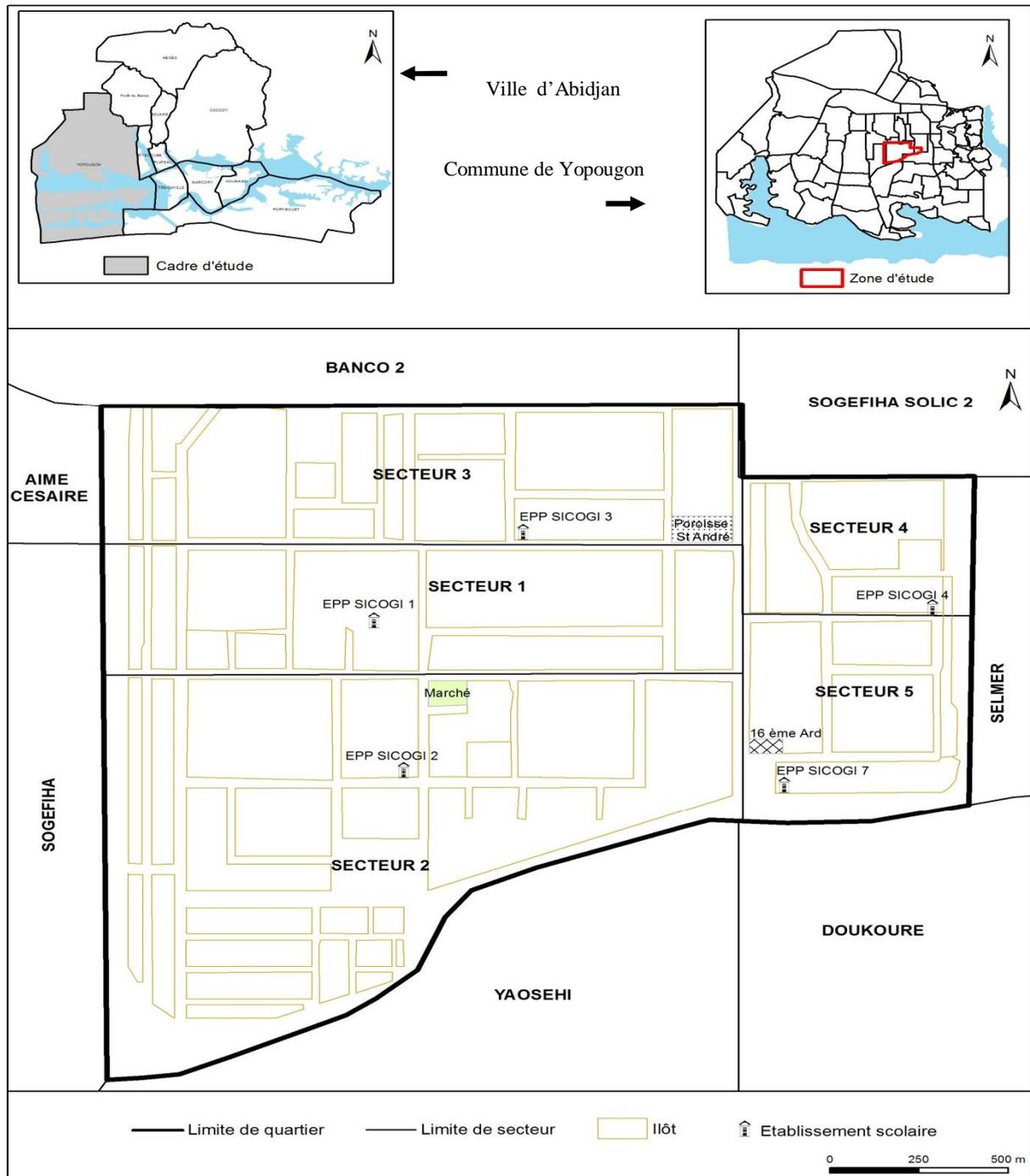
Le bilan de toute la démarche méthodologique est contenu dans le tableau 0.5 qui suit.

**Tableau 0.5** : Bilan de la démarche méthodologique

CONSTATS	QUESTIONS	OBJECTIFS	HYPOTHESES	Variables d'analyse	METHODE D'ANALYSE	PLAN DE REDACTION
Yopougon-Sicogi, un quartier planifié et bâti abritant plusieurs structures sanitaires	Quelles sont les différentes structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?	Identifier les différences structures sanitaires de Yopougon-Sicogi	L'absence d'offre de soins publique sur l'espace de Yopougon-Sicogi a entraîné la prolifération des structures de santé privées	Identité du promoteur N°d'immatriculation N°d'autorisation Catégorie et type d'établissement de santé Plateau technique Décret et texte de loi portant sur la classification des établissements sanitaires etc.	Analyse descriptive	Première partie : Politique de sante, espace d'étude et ressources sanitaires de Yopougon-Sicogi
A Yopougon-Sicogi, les structures sanitaires observées ne sont pas représentées dans tous les secteurs du quartier	Comment se répartissent les différentes infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi?	Analyser la répartition spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi	La répartition spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi est liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures sanitaires	Localisation Taille de population Densité Portée spatiale Aire d'influence Distance entre structure de santé Décret et texte de loi portant sur l'organisation et le fonctionnement des structures de santé	Analyse spatiale <i>Théorie de localisation</i> <i>Pyramide sanitaire</i>  Analyse comparative	Deuxième partie : Géographie de l'offre à Yopougon-Sicogi
A Yopougon -Sicogi ; 100% de la population se situe à moins 2 km d'un établissement de santé alors que les taux de fréquentation de ces structures de santé sont inférieur à 50% (norme OMS)	Quels sont les déterminants de l'accès et du recours aux soins de santé dans les structures de sanitaires de Yopougon-Sicogi ?	Identifier les déterminants de l'accès et du recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi	Les conditions socio-démographiques des populations déterminent l'accès et le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi	Sexe Age Profession Taille du ménage Revenu Niveau d'étude Distance de parcours Volume de fréquentation	Analyse bivariée <i>Test d'indépendance de khi-2 de Karl Pearson</i> Test de Cramer Analyse multivariée <i>Test de régression logistique</i>	Troisième partie : Les déterminants d'accès et de recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et bilan de la fréquentation

Source : Enquête terrain, TAPE, 2013, 2014, 2015

La figure 0.2 ci-dessous représente la localisation du quartier Yopougon-Sicogi dans la commune de Yopougon. La commune de Yopougon fait partie des 13 communes du District d'Abidjan.



**Figure 0.2 :** Localisation de Yopougon-Sicogi (Source : BNETD, 2012 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

## **Première partie**

# **POLITIQUE DE SANTE, ESPACE D'ETUDE ET RESSOURCES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI**

Les politiques d'aménagements urbains qui consistent à organiser de façon ordonnée, les logements, les voiries et les équipements sur l'espace urbain, visent à offrir de meilleures conditions de vie aux ménages qui y sont installés. Cet objectif ne peut être atteint que lorsque l'espace urbain créé est pourvu d'une organisation équilibrée des différentes composantes de l'organisation de l'espace que sont les logements, les infrastructures et les équipements susceptibles d'améliorer les conditions de vie des populations.

S'il est admis que, la santé est l'une des dimensions des conditions de vie, les stratégies et plans nationaux de promotion de la santé ont longtemps fait défaut dans les régions africaines. Ou lorsqu'ils en existaient, ils n'ont pas réussi à améliorer de façon notable la santé des populations (OMS, 2006). Pourtant, les progrès récents de la science laissent supposer qu'il est possible d'éradiquer et de maîtriser les principales pathologies et améliorer la santé des populations. C'est pourquoi, des méthodes d'analyse et de révision des politiques profiteraient à l'ensemble des pays qui sont à la recherche de directives adaptées au contexte local, susceptibles d'améliorer sensiblement la santé des populations.

C'est donc à juste titre, que cette partie de ce document accorde un intérêt à la politique sanitaire de Côte d'Ivoire base de son système de soins. Aussi, à l'organisation de notre cadre d'étude et à l'analyse de l'offre de soins de santé qui s'y trouve en vue d'identifier les différentes structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

La première partie de cette thèse unique se décline en deux chapitres : le premier traite de la politique et de l'organisation du système de santé ivoirien. Quant au second, il est consacré à l'étude du cadre de recherche ainsi qu'à l'offre de soins de santé à Yopougon-Sicogi.

# **Chapitre 1 : POLITIQUE ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN**

Dans ce chapitre, sont esquissées les fondamentales de la politique sanitaire ivoirienne et de son système sanitaire. Nous décrivons ensuite les composantes de ce système de soins et analysons comment les politiques internationales de santé ont impacté ce système sanitaire de la Côte d'Ivoire, dont découle toute l'organisation sanitaire actuelle mise en place. Nous présenterons par la suite le dispositif sanitaire mis en place dans la ville d'Abidjan au sein de laquelle se trouve notre espace d'étude.

Ce chapitre est d'un intérêt car l'avènement des établissements sanitaires dans la ville d'Abidjan en général et dans la commune de Yopougon en particulier est intimement lié à la politique de santé et au système de soins flexible mis en place par l'Etat de Côte d'Ivoire depuis de nombreuses années. Cependant, avant d'y arriver, nous nous consacrons d'abord à la présentation des caractéristiques géographiques, administratives, économiques, démographiques et sanitaires de la Côte d'Ivoire.

## **1.1. Les caractéristiques du pays**

La Côte d'Ivoire dispose de plusieurs de caractéristiques. Ces caractéristiques sont d'ordre géographique, socio-économique, démographique et sanitaire.

### **1.1.1. Situation géographique**

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest entre les 2° 30 et 8° 40 de longitude Ouest et 4° 20 et 10° 50 de latitude Nord. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km<sup>2</sup> et fait frontière avec le Golfe de Guinée au Sud, le Ghana à l'Est, le Libéria et la Guinée à l'Ouest, le Mali et le Burkina Faso au Nord.

Le relief relativement peu accidenté est composé de plaines au Sud, de plateaux étagés au Centre et au Nord et de montagnes à l'Ouest dont le point culminant est le Mont Nimba (1753 mètres). On distingue quatre principales zones climatiques à rythme et volume de précipitations variables. Les pluviométries annuelles moyennes de ces différentes zones climatiques varient de 900 mm (dans le Nord) à 2 300 mm (dans le Sud). La végétation du pays est déterminée par la diversité des zones climatiques et l'inégale répartition des précipitations entre le Nord et le Sud. La forêt et la savane, séparées par une ligne qui suit

approximativement l'isohyète 1300 mm, constituent les deux grandes zones de végétation. Située au Sud du pays et couvrant les deux cinquièmes du territoire national.

Le pays est couvert par les climats de type tropical sec ou climat soudanais au nord, tropical humide au centre et le climat de type subéquatorial que l'on rencontre tout au long de la région côtière. A ces trois zones climatiques correspondent également trois zones de végétation: au nord la savane herbeuse, au centre la savane arborée et au sud la forêt dense (DIPE, 2014).

En 1843, d'abord protectorat français puis colonie française en 1893, la Côte d'Ivoire acquiert son indépendance le 7 août 1960 (LOUKOU *et al.*, 1987). La capitale politique, Yamoussoukro est située à environ 230 kilomètres d'Abidjan. Une mégalopole de plus de trois millions d'habitants et constitue la capitale économique du pays. Au niveau linguistique, la langue officielle est le français et la monnaie le franc CFA (1€ = 655,957 f CFA). Sur le plan administratif, le pays est divisé en 14 districts dont deux autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 510 sous-préfectures et 197 communes selon le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation.

Cette situation géographique est un fardeau et une contrainte majeure sur le plan sanitaire pour le pays car la zone intertropicale est réputée pour le développement rapide des maladies, des bactéries, des microbes et autres agents pathogènes (moustiques, mouches, ver de guinée, etc.) et autres. Cette diversité de milieu naturel est de ce fait responsable de la présence de maladies endémiques, parasitaires habituellement rencontrées sous ces types de climat (paludisme, bilharzioses, trypanosomiase humaine africaine) ainsi que de certaines affections particulières à chaque zone, comme la méningite à méningocoque au Nord et le pian au Sud (YMBA, 2013).

La carte 1.3 qui suit, représente la localisation de la Côte d'Ivoire, avec ses 31 régions réparties sur toute l'étendue du territoire. Yamoussoukro, la capitale politique ainsi qu'Abidjan la capitale économique y sont également représentées.



**Figure 1.3 :** Localisation de la Côte d'Ivoire (Source : BNETD, 2011 ; Conception et réalisation : TAPE, 2016)

### 1.1.2. Situation socio-économique

L'économie ivoirienne repose principalement sur l'agriculture qui est basée essentiellement sur le binôme Café-Cacao. L'agriculture contribue à 22 % du PIB et constitue la source de revenus des deux tiers des ménages. Elle procure environ 75% des recettes d'exportation non pétrolière et occupe 46% de la population active. Le pays développe également des cultures vivrières, notamment le riz, la banane plantain, le manioc, l'igname, le maïs, qui contribuent pour plus du 17% au PIB contre 6% pour les produits pétroliers et gaziers (DIPE, 2014).

L'analyse des profils de revenus indique cependant, une détérioration des conditions

de vie des ménages depuis les années 1990. Le taux de pauvreté en 2008 atteint 49% au niveau national, avec une forte prédominance de la pauvreté rurale (62%) contre 29% en milieu urbain (MPD, 2008). Les crises sociopolitiques successives que le pays a connues, ont sapé les bases de l'économie et l'ont replongé dans une phase de croissance négative. La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point de décision de l'Initiative PPTE ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et environ 6% en 2012. Parallèlement, le PIB par tête a connu une croissance très faible de 0,24% en moyenne par an sur la période 2004-2010. Le pays se retrouve 171ème sur 186 pays en ce qui concerne l'Indice de Développement Humain (BAD, 2015).

### 1.1.3. Situation démographique

La population totale de la Côte d'Ivoire est estimée à 23 875 467 d'habitants en 2013 selon l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitation. Le taux de croissance démographique annuel est estimé à 2,6 % en 2011(RGPH, 2014).

La population ivoirienne est constituée d'une soixantaine d'ethnies regroupées en cinq grands groupes ethniques, à savoir : les Akan, les Krou, les Mandé du Sud, les Mandé du Nord et les Gouro.

**Tableau 1.6** : Indices démographiques de base de la Côte d'Ivoire

Population totale	23 875 467
Population urbaine (en %)	52,91
Population rurale (en %)	47,08
Femmes en âge de procréer	5 882 161
Taux d'accroissement annuel (en %)	2,55
Taux brut de natalité (pour 1000)	34,7
Indice synthétique de fécondité (enfant par femme)	5,0 (selon EDS-MICS 2012)
Taux brut de mortalité (pour 1000)	12,4
espérance de vie à la naissance (en année)	53,8

*Source* : Institut National de la Statistique(INS) ; RGPH, 2014

### 1.1.3. Situation sanitaire

En Côte d'Ivoire, même si les données de morbidité sur les maladies d'importance en santé publique montrent des signes encourageants en termes de réduction des incidences de

certaines pathologies tant chez les enfants qu'au niveau de la population générale, beaucoup d'efforts restent encore à faire car des décès sont encore dus dans le pays à des maladies infectieuses, parasitaires et des causes prénatales (DIPE, 2014). Dans la population générale, on note entre 2012 et 2013, une baisse des incidences du paludisme (baisse de 11%), de l'ulcère de Buruli (baisse de 25% du nombre de cas), du pian (baisse de 32% du nombre de cas). Cependant, des pathologies comme la fièvre jaune, de PFA<sup>22</sup> et de grippe ont connues une hausse du nombre de cas par rapport à 2012.

Les causes de l'augmentation de la mortalité sont liées au mode de vie moderne dont un pan concerne la consommation excessive d'alcool, de cigarettes, de mauvaise alimentation, d'accidents divers. L'espérance de vie à la naissance qui était de 55,7 ans en 1988 est passée à 50,9<sup>23</sup> ans en 1998 puis à 56,8 ans en 2007<sup>24</sup> et 53,8 ans en 2013<sup>25</sup>.

Ces décès évitables sont largement aussi liés au paludisme, aux maladies diarrhéiques et à des Infections Respiratoires Aigües (IRA). En dépit des efforts de l'Etat, qui se sont caractérisés par une baisse des incidences du paludisme (baisse de 14%), de la malnutrition (baisse de 40%) et une stagnation de l'incidence de la coqueluche à 0,04‰ chez les enfants de moins de 5 ans entre 2012 et 2013, on observe cependant un accroissement des incidences de ces mêmes pathologies et de nombreux cas de décès au cours de la même période. Ainsi, en 2013, on a enregistré 968 décès, soit 121,50 décès maternels pour 100000 naissances vivantes. Ce nombre est en hausse par rapport à celui de l'année 2012 (581 décès maternel, soit 74,03 décès pour 100000 naissances vivantes). Les maladies diarrhéiques, deuxième cause de mortalité après le paludisme ont été à l'origine de 760000 décès d'enfants par an (OMS, 2013).

Par ailleurs, concernant la couverture vaccinale, selon le Ministère de la Santé, on note une amélioration dans l'ensemble, mais, elle demeure en deçà des objectifs fixés. Cette amélioration est en partie la conséquence de l'organisation des semaines d'intensification des activités de vaccination du PEV de routine. Des efforts sont encore nécessaires pour un meilleur contrôle des maladies en insistant sur l'assainissement du cadre de vie, le renforcement du système de surveillance, de l'approvisionnement et la gestion des vaccins. Si certaine maladie telle que le ver de guinée a été certifiée éradiquée en Côte d'Ivoire par l'OMS, ce n'est pas le cas pour la lèpre où certains districts demeurent endémiques.

---

<sup>22</sup> Paralysie Flaque Aigüe

<sup>23</sup> RGPH 1998

<sup>24</sup> Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009

<sup>25</sup> RGPH 2014

Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME<sup>26</sup>), la proportion de femme enceinte qui a reçu des molécules ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant a augmenté.

Les résultats des ressources présentent une amélioration de la couverture sanitaire en ressources humaines, matérielles et financières. La part du budget alloué par l'Etat de Côte d'Ivoire au MSLS est 180,618 milliards soit 130 Milliards en fonctionnement et 50 Milliards en Investissement en 2013. Ce budget est en hausse d'environ 111% par rapport à celui de l'année 2008 qui était de 85,479 milliards.

Concernant les ressources humaines, les données montrent qu'au niveau national, les trois principaux indicateurs de couverture ont atteint la norme OMS. Ce sont : le ratio médecin/populations (1 médecin pour 9.899 habitants), le ratio infirmier/population (1 infirmier pour 4.020 habitants) et le ratio Sage-Femme/Femmes en âge de reproduction (1 sage-femme pour 1.773 femmes en âge de procréer). Malgré cette bonne performance au niveau national, des disparités sont observées tant au plan régional que district.

Pour ce qui est de la disponibilité des infrastructures, les indicateurs montrent que des efforts restent à faire. Au niveau de l'accessibilité géographique 65% de la population vit à moins de 5 km d'un centre de santé, traduisant ainsi l'atteinte de l'objectif national fixé par le PNDS 2012-2015(55% en 2013). Cependant, par rapport à la norme OMS, il y a un gap de 35 points à rattraper (MSLS, 2013).

La Côte d'Ivoire, située en Afrique de l'Ouest, dispose de nombreux atouts au plan démographique et économiques. Sa situation sanitaire n'est pas alarmante en dépit de l'accroissement des incidences de certaines pathologies telles que les maladies diarrhéiques et le paludisme qui causent de nombreux décès chez les enfants.

## **1.2. Politique en matière de santé en Côte d'Ivoire**

La politique sanitaire est un choix de moyens ou de méthodes cohérents susceptibles d'améliorer manifestement la santé d'une population à moyen ou à long terme (OMS, 2006). Elle suppose un processus d'élaboration associant plusieurs personnes et comprend des procédures qui impliquent un ensemble d'institutions, d'organisations, de services, ce qui sous-entend des accords de financement concernant le système de santé. Cependant, ce terme qui dépasse le cadre des services de santé couvre les actions menées ou envisagées par des organismes publics, privés et bénévoles ayant un impact sur la santé.

---

<sup>26</sup> Prévention de la Transmission Mère-Enfant

A l'échelle d'un pays, une politique de santé peut être définie comme l'attitude officielle exprimée par le gouvernement dans le domaine de la santé, lors de déclarations solennelles ou au sein de documents de planification (BARBIERI *et al.*, 1991). Il s'agit de déterminer quels sont les problèmes de santé les plus importants et d'établir des programmes d'action et des prévisions en fonction d'une part, de cet état de santé, et d'autre part, des moyens disponibles. Il s'agit également de mesurer l'effet de ces activités pour corriger si nécessaire les orientations qui ont été prises.

Elle est conçue selon DIONE (2014) comme, l'attitude exprimée par un gouvernement au sein de documents de planification visant une meilleure offre de soins élargie à l'ensemble des composantes territoriales. Son processus de formalisation nécessite d'abord la formulation d'un ensemble de paramètres visant l'identification des besoins et des priorités d'action pour dégager des objectifs. Ensuite, elle porte sur le choix des instruments et la mise en place d'une infrastructure institutionnelle accompagnée d'une allocation spécifique de fonds.

Un peu partout, des politiques de santé ont été mises en œuvre par des Etats à des niveaux d'efforts différents en fonction des modèles de gestion politico-sociale. Cependant, tous les pays réunis autour d'organisations internationales telles que l'OMS, se sont accordés sur la nécessité d'adopter une politique de santé rationnelle. Celle-ci doit aller dans le sens de satisfaire les besoins de santé et de résorber les disparités d'accès aux services de santé. Les pays en développement qui ont accusé du retard dans la rationalisation de leur système de santé tentent aujourd'hui de relever le défi de la santé pour tous à travers leur politique sanitaire. Quand en est-il de celle de la Côte d'Ivoire ?

La situation de l'état sanitaire des populations au niveau des pathologies et celle de l'organisation politico-administrative du domaine de la santé en Côte d'Ivoire constitue une préoccupation pour le Gouvernement. C'est pourquoi, pour réduire et combattre ces maladies et assurer une couverture des populations, l'Etat à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a élaboré la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015. Ces documents tiennent compte des défis à relever par la Côte d'Ivoire en matière de santé et dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des OMD<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Les OMD ont été adoptés en 2000 par 191 Etats membres du système des Nations Unies dont la Côte d'Ivoire. Il s'agit de 8 objectifs à atteindre d'ici 2015 dont l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim; la généralisation de l'éducation primaire; la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes; la réduction de la mortalité de l'enfant de moins de cinq ans; l'amélioration de la santé maternelle; la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies; la promotion d'un environnement durable; la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement.

Le PNDS 2012-2015 traduit la volonté du Gouvernement et de ses partenaires d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires du pays caractérisés surtout par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité touchant en particulier la femme et l'enfant.

Le PNDS 2012-2015 vise globalement à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations. De façon spécifique, il vise à :

- renforcer la gouvernance du secteur et le leadership du Ministère en charge de la santé;
- améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé ;
- améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans ;
- renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales<sup>28</sup> ;
- renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité.

Consciente de l'importance de la santé dans le processus de développement et dans la relance de la croissance du pays, la Côte d'Ivoire en a fait une de ses priorités. Ainsi, l'élaboration d'un document de politique marque un nouveau départ dans le développement du système de santé.

Suite aux crises successives, la situation sanitaire qui était préoccupante s'est aggravée avec une morbidité et une mortalité élevées suite à recrudescence de maladies à potentiel épidémique, compromettant ainsi l'atteinte des OMD.

La Côte d'Ivoire, en adhérant au Partenariat International pour la Santé (PIS), a fait le choix d'accélérer l'avancée vers les OMD liés à la santé et d'améliorer ainsi la santé des populations.

Dans ce contexte, le Gouvernement a adopté une politique sanitaire fondée sur des valeurs et des principes de base, visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé et le bien-être des populations.

### **1.3. Organisation du système de soins ivoirien**

Le système de soins est l'ensemble des moyens matériels, structurels, humains, organisationnels et financiers mis en œuvre pour maîtriser les pathologies dans un espace donné en vue d'améliorer la santé des populations qui y vivent (OMS, 1946 ; MSP, 1996).

---

<sup>28</sup> Ce sont des infections contractées lors des séjours en milieu hospitalier

En Côte d'Ivoire, il est considéré comme un ensemble regroupant le secteur public, privé et communautaire dans un principe de continuum et de complémentarité de l'offre de soins (DIPE, 2010). Selon le PNDS (2012-2015), le système sanitaire vise l'amélioration de l'état de santé des individus. Cependant, la réalisation de cet objectif a connu des difficultés dues au dysfonctionnement général du système de soins marqué par la vétusté des bâtiments et des équipements de travail. Aussi, par le coût élevé des prestations et des médicaments, un personnel insuffisant et une carte sanitaire déséquilibrée selon les régions même si l'on constate une amélioration de la situation.

Le système de soins ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale. Malgré quelques avancées enregistrées dans le domaine de la prévention, de la lutte contre la maladie, le système de soins est confronté à des difficultés liées à une conjonction de facteurs internes et externes. Ces facteurs constituent pour certaines d'entre eux, de véritables défis aussi bien pour le gouvernement, les prestataires que les bénéficiaires du système de santé.

Le système de soins ivoirien est de type pyramidal comprenant trois (03) niveaux et deux (02) versants. Un versant gestionnaire ou administratif et un versant prestataire ou offre de soins.

### **1.3.1. Le versant prestataire ou offre de soins**

L'offre de soins comprend trois niveaux:

- **le niveau primaire** représenté par les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). Premier échelon du district sanitaire que sont les Centres de Santé Ruraux (CSR), les Centres de Santé Urbains (CSU), les Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) et les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) ;
- **le niveau secondaire** qui est le point de référence immédiat ou de premier recours du niveau primaire. Il est composé des établissements sanitaires de deuxième échelon constitués des Hôpitaux Généraux (HG), des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) qui n'ont pas statut d'Etablissement Public National (EPN) ;
- **le niveau tertiaire** composé des établissements sanitaires qui assurent une fonction de second recours pour les usagers et ayant une capacité de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire. Il comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), le Service

d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

L'ESPC constitue la porte d'entrée du système de soins. L'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon. Un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre les deux échelons. Les paquets d'activités des deux échelons sont complémentaires.

Chaque ESPC offre des activités curatives, préventives et promotionnelles conformément au PMA défini pour son niveau. En milieu urbain, certains ESPC (FSU) offrent selon le plateau technique des prestations supplémentaires spécialisées. Au niveau communautaire, des initiatives sont en cours pour prolonger l'action sanitaire au sein des populations bénéficiaires y compris le rapprochement de certains soins de base.

Le secteur sanitaire privé lucratif s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes catégories. A ce niveau, la composante sanitaire présente les établissements sanitaires privés également en 3 niveaux hiérarchiques qui englobent une multitude de centres de soins. Nous avons au 3<sup>e</sup> niveau les polycliniques, les cliniques au 2<sup>e</sup> niveau, les centres médicaux et de soins infirmiers au niveau périphérique. Ils sont divisés en plusieurs groupes à l'intérieur desquels se trouvent différentes typologies d'infrastructures sanitaires.

Selon le décret n°96-877 du 25 octobre 1996<sup>29</sup> de la République de Côte d'Ivoire, il existe six groupes d'établissements sanitaires privés :

- les établissements médicaux (polyclinique, clinique, cabinet dentaire, cabinet médicale, centre d'imagerie médical, cabinet d'expertise médical, etc.) ;
- les établissements paramédicaux (centre de soins infirmiers, cabinet de podologie, case de santé villageoise, cabinet pré et post natal, etc.) ;
- les établissements pharmaceutiques (officine de pharmacie, unité de production, grossiste répartiteur, dépôt de vente de produits) ;
- les laboratoires d'analyses médicales (élaboration d'analyses biologiques);
- les établissements socio-sanitaires (centre médico-social, centre de conseil etc.) ;
- les établissements de médecines alternatives (centre de médecine traditionnel, centre d'herboriste, centre de diététique, centre naturothérapeute).

---

<sup>29</sup> op.cit. Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire

La définition de chaque groupe d'établissements privés s'appuie sur les activités principales qu'exercent les structures qui les composent. Ces activités concernent le diagnostic, la prévention, la promotion, les analyses biologiques, le traitement des malades, les interventions chirurgicales, etc.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

### **1.3.2. Le versant gestionnaire ou administratif**

Le versant administratif comprend également trois niveaux:

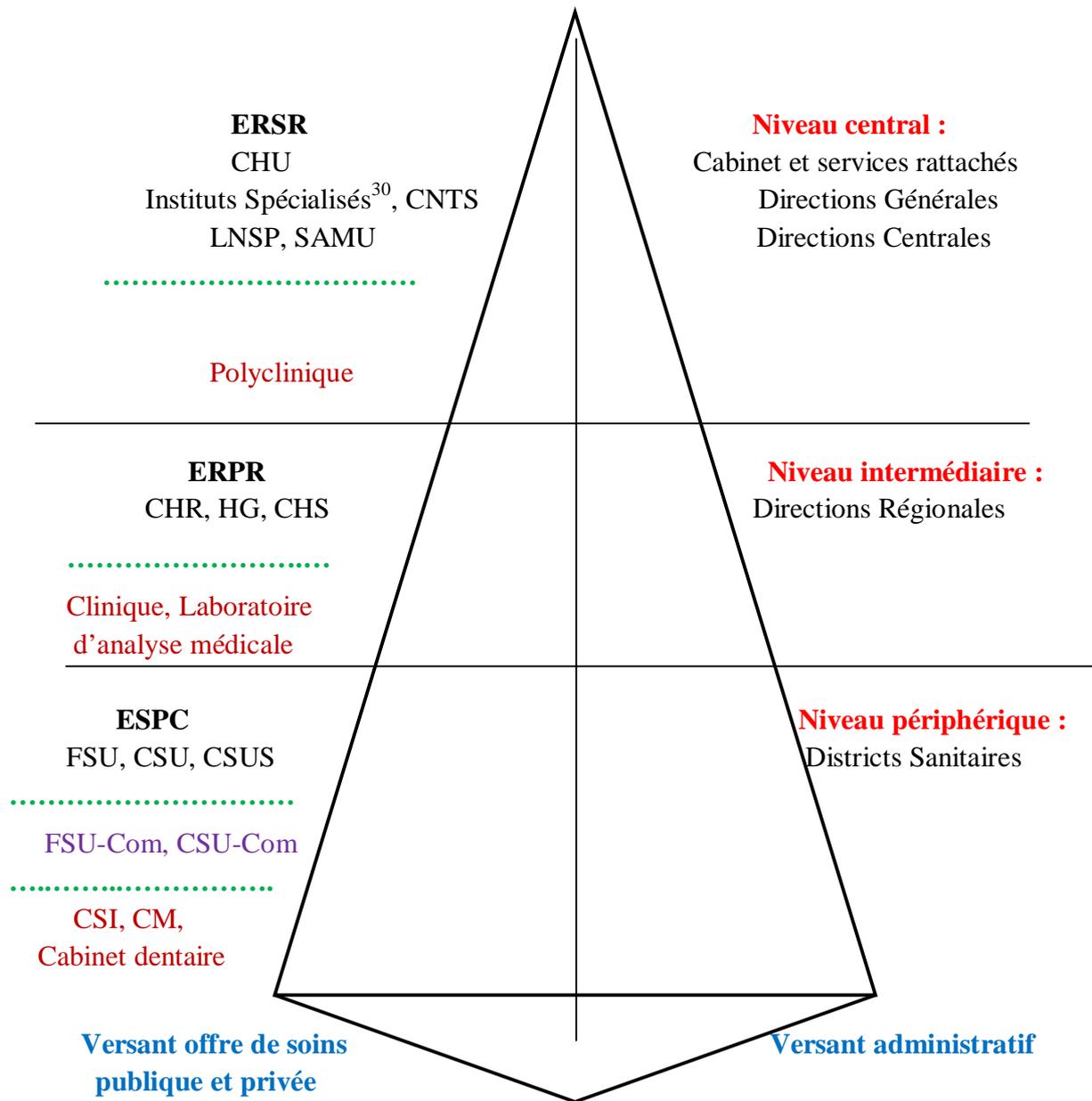
- **le niveau central** avec le Cabinet du Ministre, les directions et services centraux, les programmes de santé chargés de la définition de la politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- **le niveau intermédiaire** composé de 20 Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- **le niveau périphérique** composé de 82 Directions Départementales de la santé ou Districts Sanitaires à ce jour. Ils coordonnent l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et fournissent un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de soins.

Entre ces deux secteurs, il y a le secteur communautaire à but non lucratif initié en Côte d'Ivoire en 1992 grâce au Projet Abidjan Santé (PAS) de la coopération française (GOBBERS, 2002). Ce secteur comprend les structures sanitaires de premier niveau gérées par des associations d'usagers, participant par convention au service public. Ce sont les Formation Sanitaire Urbaine à Base Communautaire (FSU-com.) et Centre de Santé Urbain à Base Communautaire (CSU-com.)

L'organisation de ce système soins permet de comprendre le parcours thérapeutique théorique souhaité par les autorités sanitaires, c'est-à-dire, du niveau primaire au niveau tertiaire en passant par celui du secondaire. Cependant, en Côte d'Ivoire, comme le soutient YMBA (2013), même s'il existe un itinéraire à respecter pour se faire soigner, l'accès à ces différents niveaux n'est pas échelonné et est libre. La première ligne peut donc se situer à plusieurs endroits y compris dans le niveau secondaire et même tertiaire. C'est pourquoi, selon BRUNET (2002), des innovations doivent être apportées au système sanitaire ivoirien en s'inspirant de l'expérience de Bamako car les politiques sanitaires mises en place en Côte

d'Ivoire se préoccupent plus des intérêts corporatifs des professionnels de la santé que de la santé des populations.

La figure 1.4 ci-dessous, représente l'organisation théorique du système sanitaire de la Côte d'Ivoire. Une organisation pyramidale dans la laquelle les niveaux hiérarchiques, les offres de soins et toutes les structures administratives sont représentés.



**Figure 1.4 :** Pyramide de l'offre de soins en Côte d'Ivoire (Source : Enquête terrain, 2013, 2014 et 2015 ; Conception et réalisation : TAPE, 2016)

<sup>30</sup> Institut Raoul Follereau, Institut National d'Hygiène Publique, Institut National de Santé Publique, Institut de Cardiologie d'Abidjan

L'observation de cet organigramme permet de comprendre qu'à chaque niveau d'entrée du système soins ivoirien, correspond un ensemble d'établissements de santé.

Il est à préciser que le système de soins est différent du système de santé. Dans son rapport sur la santé dans le monde, l'OMS (2000) a défini le système de santé comme la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires et dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Elle identifie quatre fonctions dont doivent s'acquitter les systèmes de santé: administration générale, financement de la santé, production de ressources humaines et matérielles et prestation de services de santé. Pour elle, aucun système de santé au monde n'est identique à un autre. Cependant, la fonction primordiale de tout système de santé plus que l'efficacité est de garantir un accès équitable aux soins à l'ensemble de la population. Cette recherche de l'équité fait intervenir trois dimensions:

- la disponibilité des soins qui renvoie à l'accessibilité physique et géographique. Elle inclut la compatibilité des services offerts avec les besoins exprimés par la population, la permanence des soins, les facilités d'accès ;
- l'abordabilité des soins qui suppose les coûts des soins supportables par la population en absence de tout dispositif assurantiel individuel ou collectif;
- l'acceptabilité qui concerne l'accessibilité culturelle. Les praticiens comme les patients doivent être dans de bonnes dispositions pour nouer un dialogue constructif.

Ces trois aspects sont intimement liés de sorte qu'une défaillance sur l'un aura des répercussions sur l'ensemble du système.

#### **1.4. L'impact des politiques internationales de santé sur l'organisation du système de soins ivoirien**

Plusieurs décisions dans le domaine de santé prises au plan international ont de tout temps influencé profondément le système de soins de nombreux pays. La Côte d'Ivoire n'est pas en reste. Les plus importantes ont été celles adoptées lors de la Conférence de Alma Ata et de l'Initiative de Bamako.

##### **1.4.1. Impact de la Conférence de Alma Ata sur le système de soins ivoirien**

Les systèmes de soins jusque là érigés en continuité de la politique sanitaire coloniale ont montré des limites de fonctionnement relatives à une iniquité de l'offre de soins. Celle-ci,

entretenu par la centralisation de l'Etat est caractérisée par une mobilisation des ressources autour des soins les plus spécialisés accessibles à une minorité de privilégiés au détriment d'une plus grande partie de la population vivant en milieu rural comme en milieu urbain (DIONE, 2013).

S'appuyant sur les difficultés d'accès aux soins de base voire l'échec d'un système de santé centralisé surtout dans les pays en développement comme ceux d'Afrique de l'Ouest, une nouvelle approche privilégie une plus large diffusion de l'offre de soins par la stratégie des soins de santé primaires lors d'un consensus international à travers la conférence d'Alma Ata. En effet, en 1978 à Alma Ata<sup>31</sup>, la santé n'est plus définie comme seulement l'absence de maladies. Elle doit traduire un état de bien être physique, mental et social et devient un droit fondamental. La santé est ainsi un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité. Elle constitue un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est également un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé (OMS, 2010).

Le principe de la déclaration d'Alma Ata suppose la conception d'une offre de soins en partant du micro local et en mettant en avant les soins essentiels. A partir de ce moment, les paramètres de Soins de Santé Primaires sont intégrés dans les politiques de planification. La priorité est de rapprocher le plus possible les services de santé des lieux où les populations vivent et travaillent avec les principes d'équité, de participation communautaire, de technologie appropriée, de promotion de la santé et de gestion décentralisée.

La Côte d'Ivoire en s'engageant comme tous les autres pays dans la réalisation de l'objectif « santé pour tous en l'an 2000 » conformément au dispositif général dégagé à Alma Ata, a adopté un certain nombre de réformes administratives au sein du Ministère de la Santé. L'idée générale était de procéder à un transfert de compétences dans un processus de décentralisation pour assurer une gestion efficace et rapprochée des structures de soins. Cependant, elle a été freinée dans l'application de cette politique car la part du budget de la santé consacrée aux soins de santé primaires n'a jamais atteint les recommandations souhaitées. Cela est dû au fait que, le secteur hospitalier continue d'absorber la majorité des

---

<sup>31</sup> La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978). Elle souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

dépenses totales de santé mais aussi et surtout à cause de la crise économique de la décennie 1980 et une démographie galopante (WATY, 1993 ; LOUKOU, 1987).

En effet, Alma Ata a été plus une déclaration d'intentions sans aller plus loin dans les principes d'application. Les méthodes de mise en œuvre concrètes des soins de santé primaires, de la desserte médicale au financement sont limitées et demeurent inefficaces. La réalisation de cette politique des SSP a été également freinée par l'absence de moyens suffisants pour la soutenir dans un contexte où la Côte d'Ivoire s'est appauvrie sous le poids des dettes intérieures et extérieures. C'est pourquoi, HOURS *et al.*, (1992) soutiennent que Alma Ata est principalement une déclaration de principes et les intentions seraient générales et abstraites et les composantes exhaustives banales.

Devant l'échec inavoué mais perceptible de l'application des directives d'Alma Ata, l'OMS, sur l'initiative du Fond International de Secours à l'Enfance (FISE/UNICEF) en 1987, organise la conférence de Bamako au Mali où est née l'Initiative de Bamako (IB).

#### **1.4.2. Impact de l'Initiative de Bamako (IB) sur le système de soins ivoirien**

L'Initiative de Bamako (IB) a le souci de promouvoir avec plus d'efficacité l'accès à la santé pour tous. Il s'agissait d'une relance de la stratégie des soins de santé primaires défini à Alma Ata et permettre une accessibilité universelle aux SSP avec une participation des usagers à l'effort de santé. La caractéristique essentielle de l'IB se résume à un ensemble de principes d'orientation défini à travers trois volets : un volet financier ou recouvrement des coûts, un volet approvisionnement en médicament et un volet organisationnel ou prolongement de la déclaration d'Alma Ata.

Le volet financier s'articule autour d'une gestion autonome dans la mesure où les ressources produites localement doivent être gérées par les communautés concernées d'une part. D'autre part l'IB promeut la contribution substantielle des gouvernements aux soins de santé primaires et aussi de prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux. Il s'agit également d'exiger une participation de la population tout en mettant en place un système d'exonération et de subvention pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé.

Le volet organisationnel repose sur la confirmation de la stratégie de décentralisation, de la prise de décisions aux districts de santé notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires. Dans ce volet il est également mis en évidence l'introduction d'indicateurs clairs pour mesurer les progrès accomplis (DIONE, 2013).

Au niveau de la Côte d'Ivoire, adoptée en 1987, l'Initiative de Bamako a été mise en œuvre en 1992. Concernant le financement des soins, la mise en place du système de tarification apparut comme la meilleure solution pour soutenir le coût de la santé, s'est avérée comme un facteur entravant la fréquentation des établissements de santé de la part des plus démunis qui constituent du reste une frange importante de la population (BRUNET, 1996 ; MSP, 2014). Quant à l'approvisionnement en médicaments essentiels, puisque la politique de soins de santé primaires avait échoué en partie à cause du manque de médicaments dans les services de santé, les services publics de distribution se sont orientés vers les médicaments essentiels génériques qui coûtent moins chers que les produits d'origines. Depuis 1994 l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées à but non lucratif est assuré par la Pharmacie de la Santé Publique (PSP).

La politique de décentralisation sanitaire dans le but de donner une autonomie aux structures de soins et les rapprocher des populations s'est matérialisée par la création des districts sanitaires comme outil fondamental de prestataire de soins dans le dispositif du système de santé. Le processus de décentralisation sanitaire initié en 1992 s'est accéléré en 1994 par la mise en place de plusieurs districts sanitaires. On dénombre en 2013, sur toute l'étendue du territoire 82 districts sanitaires selon le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (DIPE, 2014).

En somme, ces politiques internationales de santé ont participé significativement à l'amélioration de l'état santé des populations ivoiriennes.

### **1.5. Les moyens de la politique sanitaire ivoirienne**

Le secteur de la santé a besoin de beaucoup de moyens eu égard à l'importance et l'intérêt de la santé dans la politique globale de développement économique et social d'un pays en général et la Côte d'Ivoire en particulier. Comment disposer de ces moyens lorsque dans un pays en développement comme le nôtre où tout paraît prioritaire à ce jour, à savoir: l'emploi pour les jeunes, l'assainissement urbain, l'éducation des enfants, l'amélioration du réseau routier, le règlement des conflits fonciers, la réconciliation nationale, les revendications sociales des fonctionnaires et agents de l'Etat. A cela s'ajoutent les crépitements réguliers d'armes aux mains des militaires sur fond de revendications.

Toutefois, malgré les sollicitations multiformes de l'Etat, la santé reste un pôle hautement prioritaire. Ainsi trois types de besoins complémentaires s'imposent dans ce secteur. Il s'agit des ressources financières, humaines et matérielles.

### **1.5.1. Les moyens financiers**

Les moyens financiers en matière de santé sont toujours considérés insuffisants car n'atteignant pas les 15% du budget nationale préconisés par les organisations sous régionales et internationales.

Le montant global du budget de la santé est passé de 122,9 milliards francs CFA en 2000 à 90,3 milliards en 2001 et 104,1 milliards en 2002, avec un taux d'exécution moyen de 70%. En 2013, la part de ce budget alloué au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida est 180,618, milliards soit 130 milliards en fonctionnement et 50 milliards en investissement. La principale source de financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire constitue les ménages qui contribuent à 57,43% (422,2 milliards de franc CFA) en 2009 et 56,48% (440,2 milliards de franc CFA) en 2010. L'Etat en second apportait une participation de 18,05% (132,7 milliards de franc CFA) en 2009 et 18,36% (143,1 milliards de F CFA) en 2010. Le secteur privé sans les ménages contribuait à 14,59% (107,3 milliards de franc CFA) en 2009 et 14,96% (116,6 milliards de franc CFA) en 2010. Le Reste du Monde apporte 9,93% (73 milliards de franc CFA) en 2009 et 10,20% (79,5 milliards de franc CFA) en 2010 (MSLS, 2004 ; DIPE, 2014).

Le budget de fonctionnement des directions départementales de la santé et de la lutte contre le sida représente 76% du budget global de fonctionnement (1.122.793.282 francs CFA) alloué aux services extérieurs du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Le budget de fonctionnement des hôpitaux publics du niveau secondaire est de 10.150.436.129 francs CFA et celui de l'investissement de 461.265.143 francs CFA. Les 4 CHU enregistrent 50,4% du budget global alloué au fonctionnement des EPN et 63% du budget alloué pour l'investissement (MSLS, 2004 ; DIPE, 2014).

### **1.5.2. Les moyens humains**

Les données disponibles concernant les ressources humaines ont tout le temps été celles des établissements publics. Resté pendant des décennies insuffisant par rapport à la taille de la population ivoirienne, ce personnel médical est en passe de satisfaire les exigences de l'OMS. A ce jour, 2008 médecins, 4951 infirmiers et 2794 sages-femmes exercent dans les hôpitaux, structures de santé publiques et communautaires (DIPE, 2014).

Les ratios de médecin/population, infirmier/population et Sage-femme/femme ont atteint la norme de l'OMS en 2013 contrairement aux années précédentes. Le Ratio médecin/population de 1 médecin pour 9.899 habitants en 2013 a atteint la norme OMS (1

médecin pour 10.000 habitants) contrairement à 1993 (1 médecin pour 12000 habitants) et 2000 (1 médecin pour 9000 habitants). Celui du nombre d'infirmier/population en 2013 a été de 1 infirmier pour 4.020 habitants. Ce ratio a atteint la norme OMS (1 infirmier pour 5000 habitants) tandis qu'en 2012 cette norme n'avait pas été atteinte (1 IDE /5 232 habitants). Le Ratio Sage-femme/femme en âge de reproduction est de 1 sage-femme pour 1773 femmes en âge de procréer en 2013. La norme OMS de 1 Sage-femme pour 3000 femme en âge de procréer a été atteinte sur les deux années 2012 et 2013.

Si ces différentes performances ont été obtenues c'est bien grâce au recrutement et à l'affectation du personnel de santé en 2013. Cependant, malgré ces bons résultats, des efforts restent à faire au niveau des régions sanitaires car des disparités subsistent. On note que 80% des régions sanitaires ont un ratio médecin/population inférieur à la norme OMS (1 médecin pour 10.000 habitants). Les régions sanitaires Loh Djiboua et du Haut Sassandra enregistrent les plus faibles ratios médecin/population avec un médecin pour plus de 25.000 habitants (respectivement 1 médecin pour 27.103 habitants et 1 médecin pour 25.173 habitants).

Au niveau régional, 30% des régions sanitaires n'ont pas atteint la norme OMS en termes du nombre d'infirmier/population. Il en est de même pour le ratio de Sage-femme/femme en 2013. La région du Gboklé Nawa (San-Pedro) enregistre le plus faible ratio avec 1 Infirmier pour 6.654 habitants. Les plus faibles ratios sage-femme/FAR sont enregistrés dans les districts de Gueyo (1 Sage-femme pour 8.984 FAR), Zouan-Hounien (1 Sage-femme pour 6.937 FAR) et Niakara (1 Sage-femme pour 6.832 FAR).

### **1.5.3. Les moyens matériels**

Par moyens matériels, il faut entendre à la fois les infrastructures sanitaires, les équipements ordinaires (matériels de bureau) et les équipements techniques (plateaux techniques et biomédicaux).

Pour la disponibilité des infrastructures de soins, on note qu'aucune norme OMS n'a été atteinte à ce jour concernant la couverture en infrastructure. 65% de la population vit encore à moins de 5 km d'un centre de santé en 2013 (norme OMS : 100% des habitants à moins de 5km d'un centre de santé). La cible du PNDS de 55% des populations à moins de 5 km d'un centre de santé est atteinte. En 2013, on enregistre 1 ESPC pour 13 620 habitants, 1 hôpital pour 236 391 habitants (DIPE, 2014).

Comme on le constate, les moyens de la politique sanitaires ivoirienne sont nombreux. Ils sont d'ordre humain, matériel et financier.

## 1.6. Abidjan : du district à la ville, caractéristiques et état des lieux de l'offre de soins

Selon la Direction Technique, le District d'Abidjan est une collectivité territoriale de type particulier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financier. Il couvre une superficie de 2119 km<sup>2</sup>. Sa population est constituée d'individus de divers horizons et est en constante croissance puisqu'elle est passée de 3 125 890 habitants en 1998 à 3 660 682 en 2003 et de 4 844 624 en 2014<sup>32</sup>.

Le District d'Abidjan comporte quatre grands noyaux urbains dont le principal est la ville d'Abidjan avec ses dix communes. Les trois autres sont les sous-préfectures d'Anyama au Nord, de Bingerville à l'Est et de Songon à l'Ouest. L'administration du District repose sur des compétences en matière d'environnement, de gestion des déchets solides, d'aménagement du territoire, de promotion du développement (économique, social et culturel), de sécurité publique et de coopération internationale.

La ville d'Abidjan jouit d'un climat de type sous-équatorial, chaud et humide, qui comporte une grande saison des pluies (mai-juin-juillet), une petite saison des pluies (septembre-novembre) et deux saisons sèches. La grande saison sèche commence à partir de décembre et se termine en fin mars. Les précipitations sont abondantes (plus de 1500 mm d'eau par an). En saison des pluies, il peut pleuvoir sans cesse pendant plusieurs jours à la suite ou alors pleuvoir intensément pendant une heure, suivi par un très fort ensoleillement. La température est presque toujours aux environs de 27°C et le degré d'hygrométrie<sup>33</sup> annuel moyen est supérieur à 80 %.

Avec une population d'environ 4 395 243<sup>34</sup> habitants en 2014, la ville d'Abidjan était érigée en une seule commune dans le contexte de la loi cadre de 1956. Mais depuis 1980, une loi institua vingt-sept communes de plein exercice sur le territoire du pays dans les zones urbaines. Cette politique de décentralisation fait appel à la délégation des responsabilités concernant les questions d'intérêt local, vers des entités appelées « communes » qui ont un statut juridique autonome. Leurs représentants sont élus par la population locale. C'est en application de cette nouvelle organisation que la structure administrative de la ville d'Abidjan est composée aujourd'hui de dix (10) communes réparties sur 422<sup>35</sup> km<sup>2</sup> (ADOMON, 2013). Ce sont les communes du Plateau, d'Adjamé, d'Abobo, d'Attécoubé, de Port-Bouët, de Cocody, de Treichville, de Koumassi, de Marcory et de Yopougon.

---

<sup>32</sup> INS, RGPH 1989 et 2014, estimation 2003

<sup>33</sup> Domaine de la météorologie qui étudie la quantité de vapeur d'eau contenue dans l'aire

<sup>34</sup> INS, RGPH 2014

<sup>35</sup> Service technique du District d'Abidjan

Chacune des dix (10) communes est autonome et possède son propre conseil municipal dirigée par un maire. Ces communes sont à leur tour subdivisées en quartiers, villages et à leur tour aussi subdivisés en secteurs selon le cas.

Avant de présenter la situation de la ville d'Abidjan en matière de l'offre de soins de santé, nous nous proposons de faire un arrêt sur le domaine d'intervention des communes en matière de santé et d'hygiène publique.

Les compétences des communes de la ville d'Abidjan en matière de santé et d'hygiène publique dénotent de l'importance de ces entités décentralisées dans l'organisation du système de soins abidjanais. Selon le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, les communes ont en charge de la création, la construction, l'équipement et la gestion des dispensaires, des centres de santé et des maternités de quartiers ainsi que le contrôle sanitaires du transport et de la vente des produits et denrées d'origine animales (MID, 2012).

Dans le contexte urbain du district ou de la ville d'Abidjan selon le cas, marqué par un découpage en commune et les communes en quartiers, l'offre de soins à travers le système de soins abidjanais est caractérisée par la création des districts sanitaires comme outils d'encadrement du système de soins modernes à Abidjan. La création de district sanitaire dans une commune est dépendante de la présence d'un hôpital général pour une population de 150000 habitants dans un rayon d'au moins 5 km d'un centre de santé (DIPE, 2010).

Les communes qui ne possèdent pas d'hôpital général sont associées à la commune la plus proche qui en possède un. C'est le cas des communes de Cocody et de Bingerville, Koumassi et port-Bouet, Marcory et Treichville, Adjamé-Plateau et Attecoubé. Tous ces districts sanitaires sont inclus dans deux grandes régions sanitaires que sont : la région sanitaire Abidjan 1-Grands Ponts et la région sanitaire Abidjan 2. La particularité de la région sanitaire Abidjan 1-Grands ponts est quelle a sous son autorité les districts sanitaires de Grand-Lahou, de Jacquville et celui de Dabou (DIPE, 2014). Ces trois villes sont situées chacune à plus de trente kilomètres de la ville d'Abidjan et ne font pas partir du district de cette localité.

Le district d'Abidjan compte 9 districts sanitaires dont huit (8) pour la ville d'Abidjan et un (1) pour la Sous-préfecture d'Anyama. Ces 9 districts sanitaires comptent 144 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), 96 Maternités, 9 Hôpitaux Généraux et 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). La particularité de ces districts sanitaires est qu'elles couvrent à la fois une aire urbaine et une aire rurale composée de villages dans les différentes sous-préfectures relevant du district d'Abidjan (RASS, 2013).

Au niveau des ressources humaines, 1162 médecins, 1527 infirmiers et 1290 sages-femmes exercent au quotidien au sein de ces différents districts de santé. Les meilleurs indicateurs en terme de nombre d'habitant par personnel médical se rencontrent au niveau des médecins dans le district sanitaire de Marcory-Treichville avec 1 médecin pour 1445 individus. Pour ce qui des sages-femmes, c'est le district sanitaire de Cocody-Bingerville avec 486 femmes en âge de procréer pour une sage-femme qui est en tête. Dans le district sanitaire de Marcory-Treichville, nous avons 1144 habitants pour un infirmier. Cependant, le district sanitaire de Yopougon-Est se caractérise par un fort ratio, 18499 habitants pour un médecin, 21582 habitants pour un infirmier et 3282 femmes en âge de procréer pour une sage-femme (RASS, 2013).

Les régions sanitaires sont bien desservies en termes d'accessibilité géographique car 89% de la population d'Abidjan 1 Grands Ponts se situent à moins de 5 km contre 79% de la population de la région sanitaire Abidjan 2. Cependant, ses données cachent quelques réalités. En effet, 43% de la population du district sanitaire d'Abobo-Est sont situées à moins de 5 km d'un centre de santé contre 31% qui se situent entre 5 et 15 km. Dans ce même district, 26% de la population sont au delà de 15km d'un centre de santé. Au niveau du district sanitaire de Yopougon Ouest, 15% de la population se situent au-delà de 15 km d'un établissement de santé. Mais la controverse est qu'il n'existe pas d'hôpital général dans ce district de santé (RASS, 2013).

## **Conclusion chapitre 1**

Il est clair que, la primauté de la santé des populations ivoiriennes a toujours été au cœur des préoccupations des différents gouvernements qui se sont succédés depuis l'indépendance du pays. Et ce, convaincus que, sans la santé de ses citoyens, aucun plan de développement économique, social et culturel n'est viable.

La ville d'Abidjan à travers ses différentes communes dont la mission en matière de santé et hygiène publique est la création et la construction d'équipements sanitaires, la gestion des dispensaires, des centres de santé et des maternités de quartiers ont beaucoup investi dans la construction des infrastructures sanitaires pour satisfaire la population abidjanaise dont les besoins de soins croissent au fil des années. Malgré ces efforts fournis, quelques insuffisances existent et entravent le bon fonctionnement du système de soins abidjanais.

Les facteurs qui caractérisent ces communes et particulièrement celle de Yopougon à travers son quartier Yopougon-Sicogi sont nombreux. Une commune avec un dynamisme

spatial complexe, des populations fortement contrastées et en perpétuelle croissance, des ressources financières de la commune qui ne suffisent jamais à couvrir les programmes d'investissement, sont telles que, les espaces dépourvus de structures sanitaires sont très vite occupés par des prestataires de soins divers.

Qui sont ces producteurs de biens et services médicaux à Yopougon-Sicogi et quel type d'offre de soins proposent-ils à la population ?

La réponse à cette interrogation repose de prime à bord sur la présentation des caractéristiques de l'espace d'étude, car, l'état de santé d'une population ne peut être comprise et maîtriser qu'en analysant l'environnement immédiat dans lequel elle vit. Et, c'est de cela que traite le prochain chapitre de ce document.

## **Chapitre 2 : ESPACE D'ETUDE ET OFFRE DE SOINS A YOPOUGON-SICOGI**

Connaitre un espace en vue d'étudier ses différentes composantes est une donnée importante dans la réussite d'une recherche. L'approche de terrain devient dès lors de ce fait une organisation de l'empirie (choix d'un espace, d'une méthode, d'une échelle) mais aussi une spatialité, dans le sens où le chercheur construit des formes spatiales (VOLVEY, 2003).

Cet espace, souvent marqué par une appropriation du chercheur « *mon terrain* » signifie qu'il est issu d'un bien, production du chercheur à partir de concepts et de méthodologie en fonction de la discipline à laquelle il appartient, puisque selon CALBERAC (2010), passer du temps sur son terrain, l'investir, signifie également souvent s'y établir. Avant d'être un terrain, c'est bien souvent un espace vécu.

Cependant, VOLVEY(2003) nous recommande d'être prudent et de ne pas 'mythifier' le terrain, puisque le chercheur ne doit pas se détacher de sa problématique et faire l'hypothèse d'un terrain n'apporte peu ou pas de résultats. C'est pourquoi, sans avoir la prétention de 'mythifier' l'espace étudié, le deuxième chapitre de cette thèse situe le terrain d'étude, décrit les caractéristiques des différents éléments de l'organisation de cet espace que sont la population, les infrastructures, les équipements et les activités économiques qui y sont menées avant d'analyser l'offre de soins de santé sur cet espace.

### **2.1. Situation de l'espace d'étude : de la commune de Yopougon au quartier Yopougon-Sicogi**

L'espace d'étude est l'aire définie selon des caractères morphologiques, démographiques, économiques, culturelles ou politiques, correspondant à une zone géographique au sein de laquelle une étude sera réalisée selon une thématique donnée afin de répondre à une problématique, et ce, dans le but d'observer les variations dans l'espace considéré, de façon aussi fine que possible tout en maintenant l'homogénéité des populations ainsi délimitées (BOURY, 2004). Selon l'auteur, en géographie de la santé, l'espace d'étude correspond fréquemment au territoire pathogène<sup>36</sup>.

Au regard de ces définitions, l'espace d'étude dont il est question dans cette thèse

---

<sup>36</sup> Espace dans lequel la maladie ou ses agents s'inscrivent, déterminant une cible spatiale. Sa lecture permet de distinguer les populations dans un espace donné.

unique est un espace à la fois géographique et pathogène et se situe au niveau infra communal de Yopougon. Il s'agit tout simplement de Yopougon-Sicogi, l'un des quartiers de cette commune. Aussi la santé, étant un concept multidimensionnel, sa restauration doit tenir compte des éléments démographiques, culturels et sociaux qui caractérisent le milieu où l'on veut intervenir (PINAULT *et al.*, 1995). C'est pourquoi, nous nous intéresserons à certains éléments caractéristiques de cet espace qui fait l'objet d'étude car au risque de nous répéter, l'état de santé d'une population ne peut être comprise et maîtriser qu'en analysant l'environnement immédiat dans lequel elle vit.

### **2.1.1. La commune de Yopougon**

La commune de Yopougon fait partie des dix (10) communes que compte la ville d'Abidjan et des treize communes du District d'Abidjan (*cf. chapitre 1*).

Située à l'est de la ville d'Abidjan, la commune de Yopougon est la plus étendue (119 km<sup>2</sup>) et la plus peuplée avec 1 149 242<sup>37</sup> habitants. Commune très populaire, elle abrite les classes moyennes d'Abidjan. La plupart des ses habitants travaillent en dehors de la commune. Ils parcourent chaque jour plusieurs kilomètres pour regagner leurs lieux de travail à bord des autobus, des véhicules de transport en commun et des véhicules particuliers.

Si le réseau routier de la commune est l'un des meilleurs de la ville d'Abidjan, Yopougon reste cependant, assez mal reliée aux autres communes de la ville d'Abidjan. En dehors de la voie express qui relie la commune à celle d'Attecoubé, il n'y a plus de possibilité pour les riverains de rejoindre les autres communes de la ville aussi facilement. Pallier à cette difficulté, revient à se rendre dans la commune d'Attecoubé pour emprunter les bateaux bus de la SOTRA qui exploite le plan d'eau lagunaire, avant de quitter Yopougon. Et, c'est ce que fait la population. Construire une gare lagunaire pour le compte de la SOTRA à Yopougon (plus précisément dans le quartier Niangon) participerait à accroître les moyens de déplacement des habitants de la commune.

La station de recherche Suisse (ex. ORSTOM), la centrale électrique d'Azito, l'Institut Pasteur, plusieurs établissements scolaires et à vocation universitaire, une zone industrielle ainsi que toutes les commodités pour rendre la vie agréable y sont installés. Selon les planificateurs, cette commune accueillera également dans les années futures, l'extension du port autonome d'Abidjan.

---

<sup>37</sup> INS, RGPH 2014

Au plan sanitaire, la situation est un peu contrastée. Selon la DIPE (2014), la commune compte 27 ESPC, 21 maternités, 1 HG et 1 CHU. Dans ces structures de santé publique et à base communautaires, 229 médecins, 319 infirmier et 315 sages-femmes y exercent au quotidien. Si l'accessibilité géographique aux centres de santé est une réalité pour la population dans la commune de Yopougon, cependant, 15% d'entre elle est située à plus de 15kilomètres d'un centre de santé. Cette situation n'est-elle pas sans doute l'une des raisons de la faible fréquentation des structures de soins ?

En effet, la moyenne des taux de fréquentation des deux districts sanitaires est de l'ordre de 35,62% (32,95% pour Yopougon-Est et 38,28% pour Yopougon-Ouest) contre 56,40% et 43,37 pour respectivement les districts sanitaires de Cocody-Bingerville et Abobo. Concernant les motifs de fréquentation des établissements de santé, le paludisme est une fois de plus en tête du peloton avec 37224 cas confirmés (et ce partout en Côte d'Ivoire) contre 7866 cas pour la fièvre typhoïde. Chez les enfants de moins de 5 ans, 18483 cas de paludisme et 15080 cas de diarrhée ont justifié les raisons de consultations. Ainsi, 1274 femmes enceintes séropositives et 37 enfants nés de mères séropositives ont été déclarés. Cependant, aucun cas de choléra, de fièvre jaune et de méningite n'a été déclaré (DIPE, 2014).

Le CHU de Yopougon se distingue des autres établissements de troisième niveau par le nombre de décès enregistré. 10,62% en 2012 et 11,37% en 2014 contre 6,57% et 5,54 pour Bouaké. Seul le CHU de Treichville devance celui de Yopougon avec 20,76% de décès en 2012 et 13,29% en 2013 (DIPE, 2014).

### **2.1.2. Le quartier Yopougon-Sicogi**

Le quartier Yopougon-Sicogi est l'un des trente-deux quartiers de la commune de Yopougon. Il est situé au centre de la commune et s'étend sur une superficie d'environ 105 ha<sup>38</sup>, soit 0,69% de la superficie totale de la commune de Yopougon.

Construit par la Société Ivoirienne de Construction et de Gestion Immobilière (SICOGI) de 1968 à 1974, Yopougon-Sicogi disposait à la fin de sa construction de 4100 logements<sup>39</sup>. A ce jour, il en compte environ 4154<sup>40</sup>. Le surplus est dû à la construction sur des terrains nus et des aires de jeux par les promoteurs immobiliers ainsi qu'à l'occupation de

---

<sup>38</sup> Source : Bureau d'Etude et de Planification Urbaine, 2013

<sup>39</sup> Source : SICOGI, 2013

<sup>40</sup> Source : Direction Générale des Impôts de Yopougon, 2013

certaines espaces vides situés à proximité des bâtis par les nouveaux propriétaires des logements que sont les chefs de ménages.

Jusqu'à présent, Yopougon-Sicogi demeure un quartier dortoir avec des bâtiments de type économiques. Mais en parcourant le quartier aujourd'hui, on rencontre des bâtiments de moyen standing et des immeubles avec des appartements modernes.

Le quartier est subdivisé en cinq (5) secteurs au sein desquels on trouve des regroupements d'îlots auxquels les habitants ont attribué des sobriquets tels que Sandokan, Chicago, Justice, Canal, Katmandou, Karson, Guatanamo, etc.

### **2.1.2.1. Les caractéristiques de la population de Yopougon-Sicogi**

Connaître le volume, les structures et les tendances d'une population, loin d'être considéré comme un acte répréhensible dans l'Afrique moderne<sup>41</sup>, constitue, au contraire, un atout précieux aux mains du planificateur et de tout individu qui a pour souci majeur le bien être des populations. En livrant des données démographiques complètes d'une population, cela permet non seulement d'éviter l'arbitraire de certaines extrapolations, mais également d'orienter la politique économique et sociale d'un quartier, d'une ville, d'une région ou d'un pays en s'appuyant sur des informations détaillées et précises, bref fiables.

Ceci dit, le quartier Yopougon-Sicogi a bénéficié d'un puissant dynamisme démographique résultant d'une croissance naturelle, de l'immigration extrême vive à l'image de la commune de Yopougon mais aussi du pays et de l'arrivée massive des populations des zones de guerre durant la crise militaro-politique qu'a connu le pays. Cette pression de plus en plus forte de cet apport humain s'est traduite sous forme de disparité entre les secteurs (*cf. tableau 1.5*). Ainsi, avec une population de 36 555<sup>42</sup> habitants, Yopougon-Sicogi est l'un des quartiers les plus peuplés de la commune. Sa densité est d'environ 348 habitants par hectare et la population est majoritairement jeune, soit 56% de la population. Seulement 12% ont plus de 60 ans. La proportion des femmes est presque identique à celle des hommes. Les hommes représentent 49% de la population totale et les femmes 51%. Le rapport de masculinité est de 100 hommes pour 102 femmes (INS, 2011). Le seul léger écart entre les sexes se situe au niveau de la population étrangère où les hommes avoisinent 70% contre 30% pour les femmes

---

<sup>41</sup> En Afrique, si l'on comptait les têtes de bétails et les choses, l'on se refusait systématiquement à calculer le nombre des habitants d'une localité de peur d'attirer quelque malheur sur cette population (LOUKOU J. N. *et al.*, 1987, pp 261-262)

<sup>42</sup> Source : INS, estimation 2011

(INS, 2011). Cet écart s'explique par le fait que les migrants sont toujours en grande majorité de sexe masculin.

Le quartier Yopougon-Sicogi est très composite. On y rencontre tous les groupes ethniques de la Côte d'Ivoire et une faible présence des non nationaux, environ 2% de la population (INS, 2011).

Le tableau 2.7 ci-dessous contient des données relatives à la répartition de la population du quartier Sicogi par secteur.

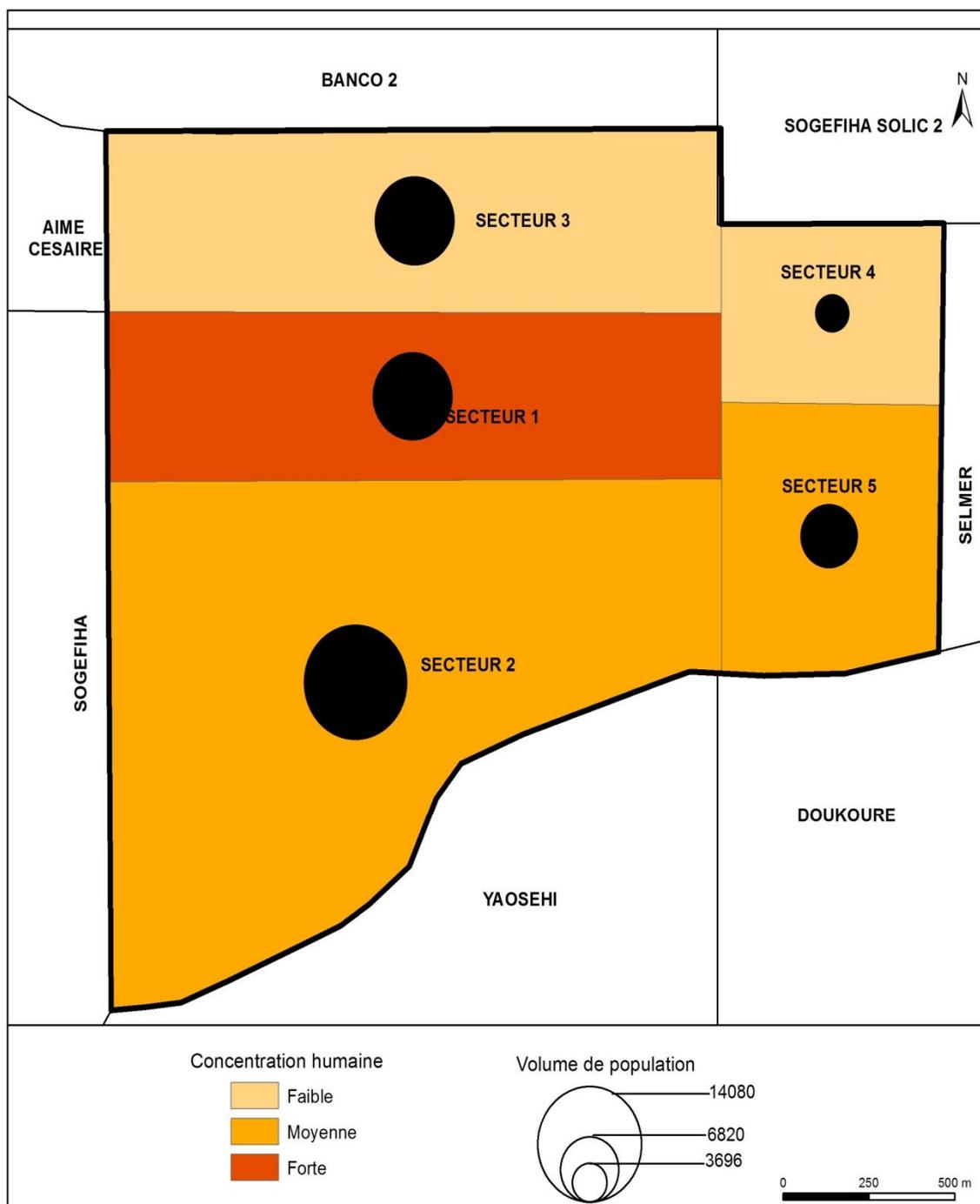
**Tableau 2.7** : Population, superficie, densité par secteur

<b>Secteurs</b>	<b>Population (hbt)</b>	<b>Superficie (ha)</b>	<b>Densité (hbt/ha)</b>
Secteur 1	6 820 (19%)	19 (18%)	360
Secteur 2	14 080 (38%)	40 (38%)	352
Secteur 3	7 146 (20%)	21 (20%)	340
Secteur 4	3 696 (10%)	11 (11%)	336
Secteur 5	4 813 (13%)	14 (13%)	345
<b>TOTAL</b>	<b>36 555 (100%)</b>	<b>105 (100%)</b>	<b>348</b>

*Source* : INS, estimation 2011 ; BEPU, 2013; Données obtenues après calcul, TAPE, 2013

On observe que, le secteur 2 abrite une part importante de la population du quartier Yopougon-Sicogi. Cette population représente 38% de l'ensemble des individus qui résident dans le quartier. La faible proportion est observée au niveau du secteur 4 avec 10% soit 3 696 individus. Les plus fortes concentrations humaines sont observées dans les secteurs 1 et 2 et les plus faibles dans les secteurs 4 et 3.

La figure 2.5 ci-dessous représente la répartition de la densité et de la taille de cette population de Yopougon-Sicogi selon les différents secteurs.



**Figure 2.5 :** Concentration humaine et volume de la population de Yopougon-Sicogi  
 (Source : Enquête terrain, 2011 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

### 2.1.2.2. Une forte présence d'activités informelles

Les activités économiques de Yopougon-Sicogi se caractérisent par le commerce, le transport et une forte présence d'activités informelles.

Ces activités sont très développées et s'articulent autour des habitats, le long de toutes les rues où des magasins sont construits mais surtout au sein du marché qui est d'ailleurs le marché de référence de la commune de Yopougon.

Le commerce informel s'est développé sous le poids de la modification de l'espace et de la pauvreté. Ce sont pour la plupart de petits commerces aux abords des rues, de la voie principale et à l'intérieur des sous-quartiers. Les rues, les trottoirs et les carrefours sont devenus de vrais marchés urbains avec la complicité de tous. Echappant souvent à la fiscalité, il faut dire que plusieurs jeunes diplômés sans activités ont parfois recours à ce type de commerce pour avoir une source de revenu, ce qui a d'ailleurs contribué à son essor.

Ces activités concernent la couture, la coiffure, des espaces de vente de boissons frelatées appelées communément « Gbêlêdrome », la vente d'eau minérale à la sauvette aux feux tricolores, la cordonnerie, la vente de vêtements (friperies ou brodes<sup>43</sup>), la vente du charbon de bois, etc. L'effectif des individus exerçants dans ce secteur est composite et difficile à connaître par faute de statistique récente.

Quant au commerce moderne, il est visible partout à travers le quartier. Il s'agit des pharmacies, des stations-services, des dépôts et ventes de boissons, des boulangeries, des supers marchés, des banques, des compagnies de téléphonie mobile, des restaurants fastfood<sup>44</sup>.

### **2.1.2.3. Le transport**

Il est essentiellement routier et le bon état de la voirie permet aux véhicules d'assurer le déplacement des personnes ainsi que de leurs biens. Une petite gare routière de fortune située au centre du quartier sur le boulevard principal constitue le point de convergence de tous les résidents désireux retrouver soit leur poste de travail soit de sortir du quartier. Il existe plusieurs moyens de transport notamment les taxis collectifs communaux, les mini cars appelés communément « Gbaka » pour les déplacements vers la commune d'Adjamé et les taxis dits compteurs qui effectuent de longues distances partout dans le district d'Abidjan. Le quartier est aussi desservi par les autobus de la Société des Transports Abidjanais (SOTRA).

L'activité du transport emploie une forte proportion de jeune et permet à plusieurs ménages de faire face aux besoins quotidiens. Cependant, malgré le nombre très élevé de véhicules, le parc automobile reste très vieillissant avec des véhicules d'occasion appelés «

---

<sup>43</sup> Dialecte ivoirien pour désigner les habits prêt-à-porter de secondes mains importés d'Europe

<sup>44</sup> Nourriture rapide

France au revoir ». Leurs différents va et vient sont émaillés de nombreux dégagements de dioxyde d'azote dans l'air qui une fois inhalé, reste très nuisibles à la santé selon les experts.

#### **2.1.2.4. Les équipements**

L'équipement d'un quartier dortoir comme Yopougon-Sicogi s'avère nécessaire car le bien-être de la population relève de l'accès d'un certain nombre d'équipements. Ainsi, avons-nous des équipements éducatifs, sportifs, de loisirs, culturels, sanitaires, sécuritaires, administratifs et commerciaux.

##### **2.1.2.4.1. Les équipements éducatifs**

A Yopougon-Sicogi, on rencontre des établissements scolaires repartis comme suit : deux (02) établissements secondaires et sept (07) établissements primaires. Les deux (02) établissements secondaires sont l'Institut Nelson Mandela et le Groupe Scolaire Victoire

Quant aux établissements primaires, on a deux écoles privées à savoir l'école catholique Saint André et l'école Méthodiste Unie. Les écoles publiques sont : EPP Sicogi 1 ; 2 ; 3 ; 4 et 7.

##### **2.1.2.4.2. Les équipements sportifs, de loisirs et culturels**

Le sport se pratique dans le quartier en l'absence des aires de jeux aménagées sur des terrains nus, des parkings autos, dans les rues empêchant ainsi tout passage de piétons et de véhicules. Les loisirs quant à eux sont axés principalement dans des maquis et des bars dancing qui sont un peu partout dans le quartier.

Au plan culturel, les équipements sont constitués uniquement des églises catholique et méthodiste unie, de plusieurs mosquées et le foisonnement des domiciles transformés en lieux de culte.

##### **2.1.2.4.3. Les équipements sécuritaires et administratifs**

La sécurité est assurée par le commissariat du 16<sup>ème</sup> arrondissement au sein duquel se trouve le district de police de Yopougon. Ce seul commissariat est insuffisant au regard de la population car il faut dans les normes un commissariat pour 10.000 habitants selon le Ministère de l'Intérieur. A défaut, augmenter le nombre d'agents de police qui est du reste

insuffisant aussi. Nous n'étalerons pas l'effectif du 16<sup>ème</sup> arrondissement de police ici pour des raisons de sécurité. Le service administratif existant est le service de la Direction Régionale des Impôts.

#### **2.1.2.4.4. Les équipements commerciaux**

Les équipements commerciaux sont divers. Ils sont constitués d'un grand marché, des supermarchés, d'un centre commercial et de divers magasins.

#### **2.1.2.4.5. Les équipements sanitaires**

Les équipements sanitaires sont considérés comme des appareils de production de biens et services médicaux. Ils sont nombreux sur l'espace de Yopougon-Sicogi. Mais, faisant l'objet de cette étude, les prochaines pages du document leur ont été consacrées.

#### **2.1.2.5. Les infrastructures**

La question des infrastructures nous permet d'étudier le niveau de communication à travers la voirie et l'assainissement.

##### **2.1.2.5.1. La voirie**

Yopougon-Sicogi dispose d'un bon réseau routier. Il est recouvert de macadam dans son ensemble, ce qui facilite la fluidité des déplacements.

Ce réseau routier se caractérise par des voies principales et secondaires bitumées rendant facile les déplacements des populations et des véhicules. Ces voies secondaires sont les ramifications des voies principales. Cette ramification donne des voies capillaires de desserte à l'intérieur du quartier. Cependant, celles-ci sont dégradées par endroits mais les efforts conjugués des autorités municipales et du Ministère des Infrastructures augurent des jours meilleurs pour les automobilistes et les populations.

A ces deux types s'ajoutent les voies tertiaires. Celles-ci sont des voies inter-unités et inter-îlots protégées par du béton très dur séparant les bâtiments et les îlots. Elles constituent les couloirs et les allées.

La figure 2.6 qui suit, présente le réseau de voiries de Yopougon-Sicogi.



**Figure 2.6 :** Réseau de voiries du quartier Yopougon-Sicogi (Source : BNEDT, 2012 ; Réalisation et conception : TAPE, 2015)

#### 2.1.2.5.2. L'assainissement

A l'instar de toute la commune de Yopougon, toutes les formes de salubrités dans le quartier Sicogi sont gérées par la municipalité et la Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire (SODECI). Cependant, les risques de contamination par les eaux de ruissellement déjà polluées, voire par les eaux des fosses septiques, des latrines diverses étaient à exclure puisque les infrastructures de cette entreprise sont de type moderne. Mais, il y a des risques de contamination et cela est dû aux multiples transformations des habitations et à la construction sur des espaces réservés à la protection des tuyaux de canalisation d'eau potable par les nouveaux propriétaires.

Au regard de ce qui précède, il est clair que le quartier Yopougon-Sicogi bénéficie de toutes les commodités pour être un quartier où il fait bon vivre et cela pourrait contribuer d'une manière directe à l'amélioration de la situation sanitaire dans ce quartier. Si tel est le cas, quelle est donc l'offre de soins de santé disponible dans le quartier Yopougon-Sicogi ?

## **2.2. L'offre de soins à Yopougon-Sicogi**

Pour rappel, l'offre de soins est définie comme un ensemble des infrastructures, des ressources et des activités mobilisées pour assurer des prestations de soins et de services en vue de répondre aux besoins de la population (MILLS *et al.*, 1991).

Au regard de cette définition et tenant compte de notre sujet de recherche, nous nous intéressons dans cette étude qu'à l'offre de soins formalisée dans le quartier Yopougon-Sicogi quelque soit le type de recours. Il s'agit de recours aux soins de santé modernes ou aux soins de la médecine alternative. Les établissements de la médecine alternative sont composés des centres de médecine traditionnelle, d'herboristerie, de naturothérapeute et de diététique<sup>45</sup>.

Dans cette section ; nous mettons en perspective toutes les données concernant l'offre de soins à Yopougon-Sicogi. Il s'agit du volume, de la catégorie et de la typologie d'infrastructures sanitaires ainsi que l'identité des promoteurs des appareils de production de biens et services médicaux. Nous analysons en outre des différents services, le niveau des plateaux techniques, les pathologies inhérentes à la fréquentation des structures de soins, la qualité de personnel médical et leur environnement de travail. Toutefois, nous nous intéressons aux autres voies de recours aux soins des populations de Yopougon-Sicogi, ce qui nous permet de tracer leur itinéraire thérapeutique.

Nous précisons que, dans le cadre de cette étude, les structures, les infrastructures ou les établissements sanitaires, les centres de soins ou de santé et les établissements ou les infrastructures de santé désignent la même réalité.

### **2.2.1. La nature de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi**

Il s'agit ici de vérifier à travers les structures d'offres de soins de santé à Yopougon-Sicogi si l'offre de soins dans cet espace infra communal de Yopougon est d'ordre public ou privé. Pour y parvenir, nous cherchons à connaître la composante du système de soins qui existe dans le quartier à travers l'identité des promoteurs d'offre de soins ainsi que les

---

<sup>45</sup> Ces différents types de centres de santé appartiennent à la catégorie des établissements de médecine alternative

différentes catégories et typologies d'établissements de santé auxquelles appartiennent ces structures de santé.

### 2.2.1.1. Les structures d'offre de soins de Yopougon-Sicogi selon le type de promoteurs

Dans le tableau 2.8 ci-dessous, sont enregistrées les infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon le type de promoteurs. Ce qui nous permet d'identifier les initiateurs et de savoir si l'implantation de ces structures de santé est l'œuvre du gouvernement ivoirien ou de tout autre individu ou organisation.

**Tableau 2.8 :** Répartition de l'offre de soins selon la qualité des promoteurs

N°	Type de promoteurs Structures sanitaires	Etat	Prive		Total
			Particulier	ONG	
1	Espace médical concorde	0	1	0	1
2	Cabinet dentaire Wacouboué	0	1	0	1
3	Espace médical secourisme	0	0	1	1
4	Cabinet paramédical André Jean	0	1	0	1
5	Centre médico-social Eden	0	0	1	1
6	Centre socio-sanitaire Bethel	0	0	1	1
7	Centre médico-social LIAAI	0	0	1	1
	Total	0	3	4	7

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013, 2014, 2015 et 2016*

On observe à travers le tableau 2.8, que les promoteurs d'offre de soins de santé de Yopougon-Sicogi sont constitués exclusivement d'ONG<sup>46</sup> de promotion de santé, au nombre de quatre et de quelques personnes physiques (trois) que nous appelons ici des "particuliers".

L'Etat y est absent à travers les structures de santé publique. L'absence d'établissements publics de santé dans le quartier Yopougon-Sicogi dénote t-elle vraiment la disparition de l'Etat de Côte d'Ivoire au plan sanitaire dans ce quartier ? La réponse à cette interrogation sera élucidée tout au long de cette étude.

<sup>46</sup> Organisation Non gouvernementale

### 2.2.1.2. Les structures d'offre de soins de Yopougon-Sicogi selon la catégorie

Le tableau 2.9 suivant fait la synthèse de toutes les données concernant les différentes catégories d'établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi.

**Tableau 2.9 :** Répartition des structures sanitaires selon la catégorie

N°	Structures sanitaires	Catégories des structures sanitaires	Nombre de structures sanitaires / catégorie
1	Espace médical Concorde	Etablissements Médicaux	2
2	Cabinet dentaire Wacouboué		
3	Espace médical Secourisme	Etablissements Paramédicaux	2
4	Cabinet paramédical André Jean		
5	Centre médico-social Eden	Etablissements Socio-sanitaires	3
6	Centre socio sanitaire Bethel		
7	Centre médico-social LIAAI		
Total			7

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013, 2014, 2015 et 2016*

Les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi se caractérisent par une prédominance des établissements socio-sanitaires et un équilibre entre les établissements médicaux et paramédicaux. Ces deux catégories d'établissements de santé représentent chacun deux structures de sanitaires. On note dans ce répertoire, l'absence des établissements de Médecine Alternative. Ainsi, à Yopougon-Sicogi, on rencontre selon le décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire (*cf. annexe 2*), les établissements sanitaires suivants :

- les établissements médicaux composés d'un centre médical (Espace médical Concorde) et d'un cabinet dentaire (Cabinet dentaire Wacouboué);
- les établissements paramédicaux qui se composent uniquement des centres de soins infirmiers (Espace médical Secourisme et Cabinet médical André Jean);
- les établissements socio-sanitaires composés des centres médico-sociaux (Centre médico-social Eden, Centre socio sanitaire Bethel et Centre médico-social LIAAI).

### 2.2.1.3. Les structures d'offre de soins de Yopougon-Sicogi selon la typologie

Le tableau 2.10 ci-dessous contient des données relatives à la répartition des différents types de structures de santé sur l'espace de Yopougon-Sicogi.

**Tableau 2.10** : Répartition des structures sanitaires de Sicogi selon la typologie

N°	Structures sanitaires	Typologie des structures sanitaires	Nombre de structures sanitaires par typologie
1	Espace médical Concorde	Centre Médical	1
2	Cabinet dentaire Wacouboué	Cabinet Dentaire	1
3	Espace médical Secourisme	Centre de Soins Infirmiers	2
4	Cabinet paramédical André Jean		
5	Centre médico-social Eden	Centre Médico-social	3
6	Centre socio-sanitaire Bethel		
7	Centre médico-social LIAAI		
		Total	7

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013, 2014, 2015 et 2016*

Dans le tableau 2.10, on observe que le centre médico-social est la typologie d'établissements sanitaires la plus représentée. Elle dispose de trois des structures de soins sur l'espace du quartier. Ce sont le Centre médico-social Eden, le Centre socio sanitaire Bethel et le Centre médico-social LIAAI.

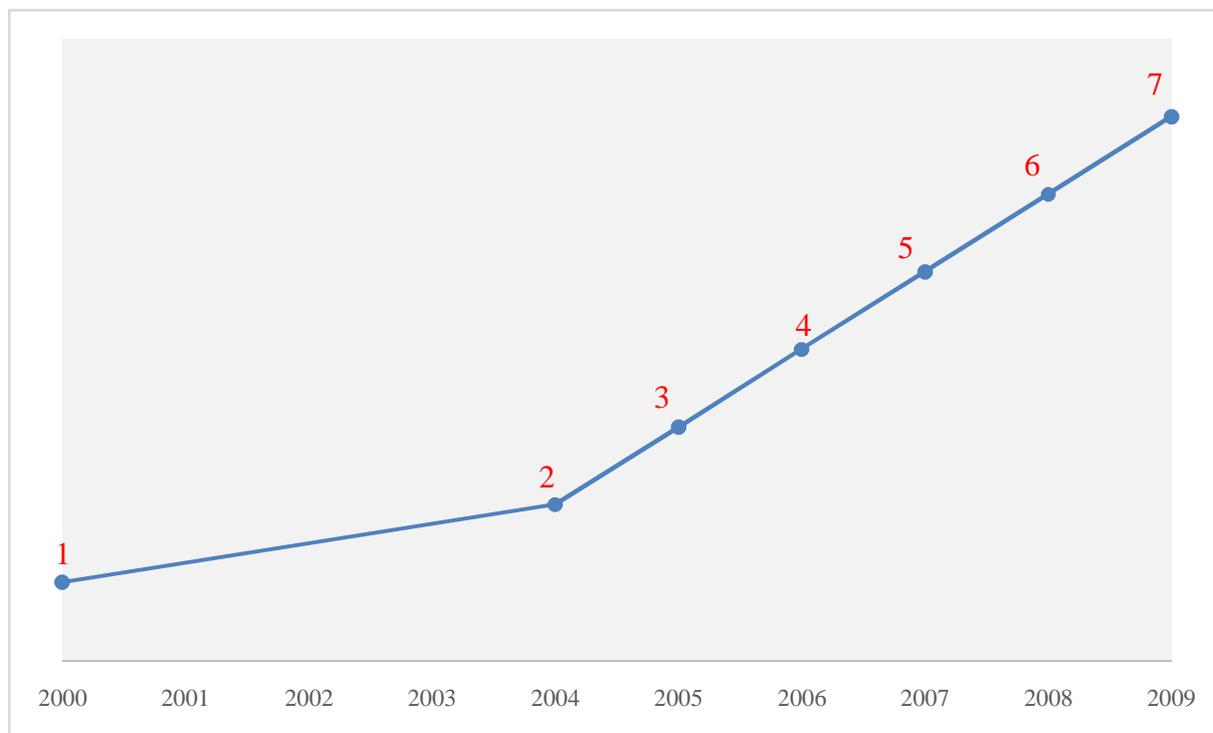
On y trouve également les centres de soins infirmiers constitués de l'Espace médical Secourisme et du Cabinet paramédical André Jean. A cela, s'ajoutent un centre médical et un cabinet dentaire. Il s'agit respectivement de l'Espace médical Concorde et du Cabinet dentaire Wacouboué.

### 2.2.1.4. Evolution des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

Les premières structures sanitaires privées à Yopougon-Sicogi ont vu le jour dans l'intervalle des années 1995 et 1997. Mais ces infrastructures de santé ont aussitôt vite fermé comme elles s'en étaient ouvertes. Celles qui font l'objet de notre étude sont pour la plupart récentes : Espace médical Concorde (2009), Cabinet dentaire Wacouboué (2000), Espace

médical Secourisme (2006), Cabinet paramédical André Jean (2005), Centre médico-social Eden (2007), Centre socio sanitaire Bethel (2004), Centre médico-social LIAAI (2008)

La figure 2.7 ci-dessous représente l'évolution des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi de 2000 à 2009.



**Figure 2.7 :** Evolution des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Source : Enquête terrain ; Réalisation et conception : TAPE, 2015)

La figure 2.7 montre que, les structures de santé privées existantes sur l'espace de Yopougon-Sicogi ont été mises en place au cours de la période 2000 à 2009. Cette implantation s'est accélérée à partir de 2004 avec l'arrivée massive des populations qui ont fui les zones de conflits pendant la crise militaro-politique que le pays a connu. Parmi ces individus, certains ce sont attelés à l'ouverture de structures de santé privées sans autorisation sous le couvert d'ONG. Comme le montre le graphe, de deux structures de santé en 2004, ce nombre est passé à sept en 2009 avec un taux d'accroissement de 500% soit 100% par an. L'objectif selon les promoteurs de ces infrastructures sanitaires, était d'occuper le vide sanitaire observé sur l'espace de Yopougon-Sicogi, en " l'absence" d'établissements de santé publics.

## 2.2.2. Caractéristiques et spécialisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

A Yopougon-Sicogi, les structures sanitaires sont multiples. L'ensemble des moyens de soins dont elles disposent sont fonction de leur typologie ainsi que de la catégorie d'établissement de santé à laquelle elles appartiennent. Si dans l'ensemble, les mobiliers et les lits d'hospitalisation sont vieillissants et dégradés, les plateaux techniques se distinguent d'une typologie de structures sanitaires à l'autre.

### 2.2.2.1. Structure de santé « Espace médical concorde »

Situé dans le secteur 4, l'Espace médical concorde est un établissement médical de type centre médical. C'est une structure de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires comportant plus d'une spécialité notamment la chirurgie, la médecine générale, un laboratoire d'analyse médicale (photo 2.1). On y trouve également un dépôt de pharmacie au sein de ce centre de soins mais pas pour faire bénéficier des médicaments à moindre coût aux clients (car les prix de ces médicaments sont parfois doublés ou triplés) mais plutôt pour réduire le temps d'attente des médicaments de l'achat à la pharmacie au personnel médical traitant. Ce centre de soins a créé toutes les conditions visant à faire le maximum de profit.

Sa capacité d'accueil est de cinq lits d'observations et trois (3) chambres d'hospitalisation. Le personnel de santé est composé d'agents médicaux et paramédicaux.



**Photo 2.1 :** Vue du bloc opératoire de l'Espace médical concorde  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2014)

Cette photo donne un aperçu du niveau d'équipement de l'espace médical concorde. Dans ce bloc opératoire, on observe la présence d'une bouteille d'oxygène, d'un davier, une

table son, d'un guéridon de soins, un scialytique, une bouilloire, une table mayo, un bistouri électrique et un autoclave.

### 2.2.2.2. Structure de santé "Cabinet dentaire Wacouboué"

Le cabinet dentaire Wacouboué appartient à la catégorie des structures médicales de type cabinet dentaire. C'est un établissement d'hygiène et de soins dentaires. Il est situé dans le Secteur 1 et équipé d'un fauteuil dentaire de dernière génération (cf. photo 2.2.). Son personnel de santé comprend le personnel médical et paramédical.



**Photo 2.2 :** Cabinet dentaire Wacouboué. Vue interne : Salle de chirurgie.  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2014)

Cette salle de chirurgie du cabinet dentaire Wacouboué (photo 2.2.) est équipée d'un fauteuil dentaire. Ce fauteuil est constitué d'une lampe scialytique, d'un microscope et d'un développeur numérique.

### 2.2.2.3. Structure de santé « Espace médical secourisme »

Situé dans le secteur 5, l'Espace médical secourisme est un établissement paramédical de type centre de soins infirmiers. Il assure des soins infirmiers promotionnels, préventifs et curatifs avec ou sans hospitalisation. Il dispose de quatre (4) lits d'observation repartis dans trois (3) chambres d'hospitalisation.

Aucun médecin n'est autorisé à y exercer selon la Direction des Etablissement et de Promotions de la Santé (DEPS). Mais à Yopougon-Sicogi, tous les centres de soins infirmiers ont en plus du personnel paramédical, le personnel médical. Il s'agit des médecins

généralistes et de spécialités. C'est pourquoi d'ailleurs, ils offrent les mêmes services de soins que l'espace médical concorde qui est un centre médical à l'exception des interventions chirurgicales.

#### **2.2.2.4. Structure de santé « Cabinet paramédical André Jean »**

Le Cabinet paramédical André Jean est un centre de soins infirmiers tout comme l'Espace médical secourisme. Il dispose de trois (3) lits d'observation dans une même pièce. C'est une chambre d'un appartement dans lequel vit un ménage. Situé dans le Secteur 4, il a les mêmes caractéristiques que son homologue de l'Espace médical secourisme.

#### **2.2.2.5. Structure de santé « Centre médico-social Eden »**

Situé dans le Secteur 2, le Centre médico-social Eden est un établissement socio-sanitaire de type centre médico-social. Il assure les activités de diagnostic, de soins curatifs et promotionnels, d'information et d'éducation sanitaire. Il est placé sous l'autorité d'un médecin assisté d'un infirmier, d'un assistant social et des aides soignants. Il offre les services de soins suivants :

- consultation générale ;
- soins courants ;
- vaccination et d'éducation ;
- protection maternelle et infantile ;
- planification familiale ;
- échographie ;
- laboratoire d'analyse médicale.

Il dispose de quatre (4) lits d'observation et trois (3) chambres d'hospitalisation.

La photo 2.3 suivante est relative à la salle d'accueil du centre médico-social Eden.



**Photo 2.3** : Salle d'accueil du centre médico-social Eden  
(Source : *Image d'enquête, TAPE, 2015*)

La salle d'accueil de cet établissement de santé (photo 2.3) donne une idée de son niveau d'équipement en termes de plateau technique et du matériel de bureau. Le bureau est celui de l'aide soignante chargée d'enregistrer toutes les entrées du centre. Le terme "entrée" ici renvoie à la notion de consultant ou patient qui sollicite les services de soins du centre. La chaise de couleur bleue et la télévision sont destinées aux malades et à leurs parents dans le but de rendre le temps d'attente "agréable". Les deux documents sur la table sont des registres. L'un est consacré à l'enregistrement des usagers tandis que l'autre est utilisé pour la comptabilité des différents actes.

#### **2.2.2.6. Structure de santé « Centre socio-sanitaire Bethel »**

Le centre socio-sanitaire Bethel a les mêmes caractéristiques que le Centre médico-social Eden. Cependant, il est situé dans le secteur 1 et offre seulement les services de soins tels que la consultation générale, les soins courants et les hospitalisations. Il dispose de quatre(4) chambres d'hospitalisation et cinq (5) lits d'observation.

#### **2.2.2.7. Structure de santé « Centre médico-social LIAAI »**

Situé dans le Secteur 2 comme le Centre médico-social Eden, le Centre médico-social LIAAI offre les mêmes services de soins que celui-ci. Mais, il dispose d'une (1) chambre d'hospitalisation et de deux (2) lits d'observation.

### 2.2.3. Cadre de vie et de l'habitat des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

Le cadre de vie des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est caractérisé par un environnement relativement salubre. Si à l'intérieur des bâtiments, la propreté et l'hygiène des matériels médicaux sont de mise, c'est à l'extérieur qu'il y a des soucis à se faire.

En effet, la proximité de certaines infrastructures de santé avec des systèmes d'égouts défectueux constitue un risque d'aggravation des maladies des patients et l'émergence des agents vectoriels de certaines pathologies. De ces égouts sortent de l'eau usée et des excréments humains avec des odeurs nauséabondes (cf. *Photo 2.4*). En plus de ces déchets liquides, des ordures ménagères pullulent non loin de ces centres de soins à l'intérieur du canal qui ceinture le quartier.

Depuis que la SICOGI a cédé son titre de propriété des logements aux populations, le réseau d'égout pour l'évacuation des eaux usées, pluviales et des déchets humains rencontre beaucoup de difficultés lorsqu'il est plein. Ces eaux usées susceptibles d'être contaminées coulent à fleur de sol à l'intérieur des bâtiments et même souvent sur les routes augmentant ainsi les risques de contaminations de certaines maladies liées à l'insalubrité. Le district d'Abidjan et la municipalité de Yopougon se rejettent la responsabilité de cette situation à tour de rôle au détriment des populations. Cependant, il y a eu une grande amélioration au cours de ces dernières années au grand soulagement des riverains.



**Photo 2.4 :** Aperçu de l'eau usée domestique contenant des excréments humains coulant à proximité du Centre socio-sanitaire Bethel (*Source : Image d'enquête, TAPE, 2014*)

A Yopougon-Sicogi, on rencontre des bâtiments abritant les structures sanitaires inappropriées et ne répondant pas aux normes de construction de la Direction des

Etablissements et Professions Sanitaires (DEPS). Ils sont souvent difficilement reconnaissables par manque de panneaux d'indication avec des dénominations illisibles sur des murs dont les peintures sont dégradées (cf. *Photo 2.5*). Ces infrastructures de santé sont souvent installées dans des magasins transformés pour la circonstance en centre de soins en bordure des voies et souvent même dans l'une des pièces des maisons habitées par des ménages. Toutes choses qui n'encouragent pas un recours systématique des populations vers ces infrastructures sanitaires en cas de problèmes de santé.



**Photo 2.5** : Vue du mur de l'Espace médical concorde  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2014)

Cette photo 2.5 montre le manque d'entretien de cette infrastructure de santé qui est à l'image de tous les centres de santé de Yopougon-Sicogi. Un mur dégradé avec une peinture qui cherche à être renouvelée. De plus, il faudra être à l'intérieur du centre pour connaître le type d'établissement de santé dont il est question. En principe, il devait y avoir une pancarte sur laquelle figurent des informations telles que le numéro d'autorisation, d'ouverture et d'immatriculation, le nom de la catégorie et typologie de structures de santé privées auxquelles cet établissement de soins appartient. Toutes ces insuffisances sont constatées au niveaux de toutes les infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

#### **2.2.4. Le système de soins de Yopougon-Sicogi**

Le système de soins est la partie du système de santé correspondant à l'offre de soins. Il représente les caractéristiques et l'organisation de la distribution des soins d'un point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial (PICHERAL, 2001).

A Yopougon-Sicogi, l'ensemble de l'offre de soins peut être classée selon le secteur formel moderne d'offre de soins et le secteur informel d'offre de soins.

#### **2.2.4.1. Le secteur formel moderne d'offre de soins à Yopougon-Sicogi**

Nous entendons par secteur formel moderne d'offre de soins et par opposition au secteur informel, les producteurs des biens et services médicaux relevant de ce dit secteur qui obéissent aux critères suivants :

- être officiellement reconnu par les services du Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire ;
- pratiquer une médecine de type occidental ;
- disposer de bâtiment ou de local spécifiquement consacré aux activités de santé ;
- tous les praticiens de soins disposent de diplômes reconnus ;
- être capable de fournir aux services de régulation, les rapports des activités ;
- se situer dans la pyramide sanitaire selon que l'offre de soins soit publique ou privée.

Vu ces critères, le secteur formel moderne d'offre de soins à Yopougon-Sicogi est constitué exclusivement du secteur privé et composé des structures privées de santé, des officines de pharmacie et un laboratoire d'analyse médicale. C'est un secteur privé à but lucratif qui doit son émergence dans le quartier à l'image de la ville d'Abidjan grâce aux Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) imposé à la Côte d'Ivoire suite à la grave crise économique qu'avait connue ce pays. A cela, il faut ajouter l'impact de l'Initiative de Bamako (IB) sur les réformes de politiques sanitaires.

L'objectif de l'IB était d'accroître l'accès à des soins de qualité, grâce à une participation communautaire au financement et à la gestion des soins. Dans le quartier Yopougon-Sicogi, cela n'est pas le cas, car même si nous n'avons pas les compétences pour attester de la qualité des soins fournies, en revanche, la participation communautaire au financement et à la gestion des soins ne sont pas effectives car les structures de santé implantées sur l'espace de ce quartier sont de véritables structures économiques à but lucratif. En réalité, les promoteurs privés de soins de Yopougon-Sicogi ne sont aucunement concernés par l'IB contrairement à l'idée qu'avance KADDAR (1993). Selon lui l'IB a été une nouvelle façon de mettre en commun les apports de l'Etat, de la population et des organismes internationaux. Or, à Yopougon-Sicogi non seulement l'Etat semble absent mais aussi les organismes internationaux ne sont non plus présents. Cette situation qui prévaut dans le quartier Yopougon-Sicogi confirme une pratique déjà en cours et marque une rupture dans le discours sur la santé dans les pays africains selon lequel l'objectif de gratuité des soins pour la

population est officiellement abandonné au profit d'une mise à contribution des usagers dans le cadre de recherche de guérison par le financement des prestations médico-sanitaires.

Si les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi au nombre de sept (*cf. sous-titre 2.1.4.*) et sur lesquelles notre étude est basée administrent les soins préventifs, curatifs et promotionnels ; les structures pharmaceutiques quant à elles ne vendent uniquement que des Médicaments Essentiels (ME). C'est pourquoi, nous les avons exclues de notre étude. Cependant, nous avons constaté que certains pharmaciens font de la prescription des médicaments suite à des consultations. Cela est interdit et n'entre pas dans le cadre de la médication selon la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS).

Les ME se définissent comme ceux qui répondent aux besoins prioritaires en matière de soins de santé. Leur efficacité et leur innocuité sont amplement avérées et ils sont d'un bon apport qualité prix. Ils doivent être disponibles à tout moment en quantité suffisante, sous la forme galénique appropriée, et fournis avec les informations indispensables pour le prescripteur et le patient. Leur qualité doit être garantie et leur prix doit être accessible pour les individus et la communauté (OMS, 1975; BOUTY *et al.*, 2010).

Ces structures pharmaceutiques sont au nombre de six. Ce sont : les pharmacies Wacouboué, du Marché, William Ponty, St André, La Fontaine, et du lavage. Ce sont des unités économiques qui assurent la distribution (non gratuite) des médicaments dans la communauté ou encore des établissements assurant la dispensation au public des médicaments, produits et objets compris dans le monopole pharmaceutique et la préparation éventuelle de médicaments (Décret n°96-877 du 25 octobre 1996). Elles sont toutes tenues par des pharmaciens diplômés d'Universités et inscrit à l'ordre des pharmaciens de Côte d'Ivoire. L'objectif de la distribution de ces médicaments est de permettre aux malades qui en ont besoin d'en avoir accès. Cet accès est d'ordre géographique, physique mais aussi et surtout économique. Leur source d'approvisionnement reste et demeure la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) et certains industriels et commerciaux privés du secteur.

#### **2.2.4.2. Le secteur informel d'offre de soins à Yopougon-Sicogi**

Ce secteur est animé par les herboristes, les cellules de prières thérapeutiques et les vendeuses de médicaments (modernes) de rue.

Les herboristes sont constituées de vendeuses d'herbes médicinales et de produits divers souvent d'origine animale. Elles font de la consultation et administrent les soins promotionnels et curatifs. Nous les considérerons comme des guérisseuses traditionnelles ou

des tradipraticiennes. Un grand espace leur est réservé au sein du marché de Yopougon-Sicogi pour leurs activités.

Le guérisseur traditionnel ou le tradi-praticien est un individu reconnu compétent par la communauté, pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des substances appartenant au règne végétal, animal ou minéral et d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, les comportements et les croyances liés aux bien-être physique, mental, social, ainsi qu'à l'étiologie des maladies et des invalidités prévalant dans la collectivité (MACLEAN, 1982).

Selon les estimations de l'OMS (2007), au moins 80% de la population des PED s'en remettent aux systèmes traditionnels en tant que principale source de soins. Selon nos enquêtes, à Yopougon-Sicogi ce sont 13% des ménages qui ont recours à ce type de soins.

Les photos 2.6 et 2.7 ci-dessous illustrent bien le poids des plantes médicinales dans le choix des populations pour se faire soigner.



**Photo 2.6** : Espace dédié aux herboristes et tradipraticiens au sein du marché de Yopougon-Sicogi (source : Image d'enquête, TAPE, 2015)



**Photo 2.7** : Feuilles et écorces de bois médicinales au marché Yopougon-Sicogi (source : Image d'enquête, TAPE, 2015)

Sur les photos 2.6 et 2.7, on remarque la présence de toutes sortes de plantes destinées aux traitements des maladies. Ces sont entre autres en Baoulé<sup>47</sup> l'Haoutré, le Djéka, l'Ahinsiansian, le Soumagouaissi, l'Emien, etc. Selon le Laboratoire Botanique de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan, il s'agit respectivement de l'Annicktia Polycarpe, l'Alchornea Cordifolia, le Piper Guineense, le Phyllanthus Amarus et de l'Alstonia Boonei dont les vertus thérapeutiques sont reconnues de toute la communauté scientifique dans le traitement du paludisme et de plusieurs autres maladies.

En effet, selon le Ministère de la Santé Publique (MSP, 2003), malgré un effort considérable de développement du système sanitaire et social ivoirien, 70 % de la population ont encore recours en première intention à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles. Plus de la moitié de cette population se soigne grâce aux tradi-thérapeutes et aux médicaments traditionnels tirés des 5.000 espèces végétales recensées, et parmi lesquelles on distingue 304 espèces hautement pharmaceutiques.

Quant aux cellules de prières thérapeutiques, elles sont souvent l'émanation de certaines églises qui sont d'ailleurs très nombreuses sur l'espace de Yopougon-Sicogi. La pauvreté et la paupérisation constituent l'un des facteurs de l'essor de ces cellules car il faut l'avouer, des cotisations pour le compte de "Dieu" organisées tout le temps finissent dans les poches des responsables de ces cellules de prières qui n'ont généralement pas d'activité génératrice de revenu. Nos investigations nous ont permis de savoir, que ces mêmes responsables de cellules de prières conduisent systématiquement les membres de leur famille vers les structures de soins modernes en cas de maladie alors même qu'ils demandent à leurs fidèles de se faire soigner par la parole de « Dieu (la prière) ».

A Yopougon-Sicogi, le marché de médicaments (modernes) de rue est alimenté par des importations frauduleuses en provenance d'horizons divers : Nigeria, Ghana, Inde, UE, Indonésie, Chine mais aussi et surtout d'Adjamé Roxi<sup>48</sup>. En effet, cet endroit est reconnu de tous en Côte d'Ivoire comme étant le lieu de référence de la vente des produits pharmaceutiques dans des conditions médicalement inacceptables. Selon les animateurs de ce "marché", ces médicaments proviennent également de certaines associations, des travailleurs en pharmacie "voleurs" mais surtout du secteur pharmaceutique officiel. Ce secteur serait la source d'environ 48% des médicaments disponibles sur le marché de rue en Côte d'Ivoire (AKA, 2009 *in* YMBA, 2001)

---

<sup>47</sup> L'un des nombreux dialectes ivoiriens

<sup>48</sup> Adjamé est l'une des communes du district d'Abidjan et Roxi est le nom attribué à un espace de cette commune. Sur cet espace, se côtoient au quotidien de milliers de vendeurs et acheteurs de médicaments pharmaceutiques

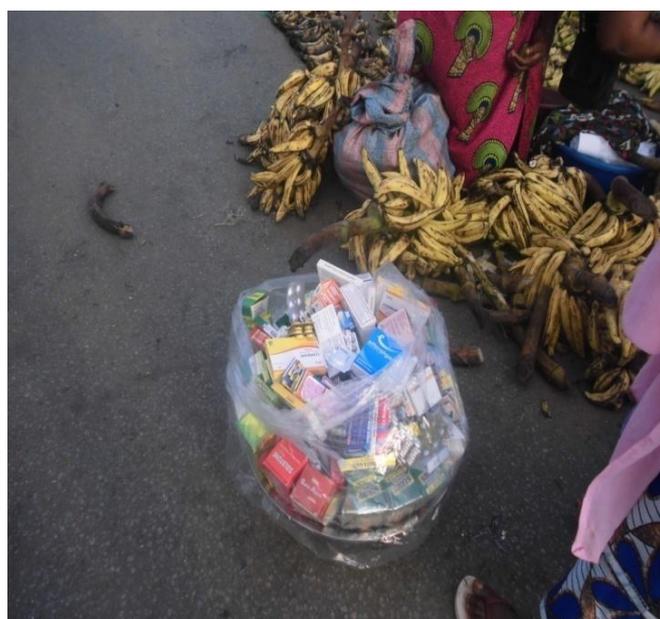
Le marché de médicaments de rue de Yopougon-Sicogi est tenu exclusivement par des femmes. Elles font soit de la prescription ou soit la vente directe de ces médicaments. Selon la représentante de ces vendeuses de médicaments, l'essor de leur activité vient de la forte propension de la population de Yopougon en général et celle du quartier Sicogi en particulier à tourner vers des médicaments moins chers et efficaces. Toute chose qui accroît l'automédication.

En effet, selon nos enquêtes, les prix attractifs de ces médicaments attirent beaucoup de consommateurs de soins médicaux. Sur 17% des ménages enquêtés dont la pratique thérapeutique est l'automédication, 11% ont recours à ce type de médicaments (*cf. chapitre 3*). Le tour effectué dans les rayons de deux pharmacies de Yopougon-Sicogi et dans le marché auprès des vendeuses de médicaments de rue à titre comparatif de prix, nous a permis de constater que le Staphypen (flucloxacilline 500mg) indiqué dans le traitement d'infections provoquées par des organismes à Gram-positifs, y compris les infections causées par les staphylocoques producteurs de B-lactamase coûte 3.460f CFA ( 5.28 €) en pharmacie contre 1.500f CFA (2.29 €) chez ces vendeuses. La Salbutamol connue sous le nom commercial de Ventoline utilisée dans le traitement des maladies respiratoires coûte 3.600f CFA (5,49 €) en pharmacie contre 1.800f CFA (2,74 €) dans le marché de Yopougon-Sicogi.

Les photos 2.8 et 2.9 ci-dessous montrent un aperçu des conditions dans lesquelles sont vendus ces médicaments à Yopougon-Sicogi.



**Photo 2.8** : Etalage de médicaments dans le marché de Yopougon-Sicogi pendant la nuit  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2015)



**Photo 2.9** : Etalage de médicament dans le marché Yopougon-Sicogi en plein jour  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2015)

Comme l'indique ces deux photos, ce sont pour la plupart les médicaments essentiels importés de l'Europe, des Etats Unis et d'Asie en particulier de l'Inde. Ce sont des médicaments tels qu'efferalgan codéine, paracétamol, mixa grippe, etc. Ces médicaments sont vendus de jour comme de nuit au même titre que certaines denrées alimentaires sans indiscretion avec la complicité de tous. Les rares passages des agents de forces de l'ordre ne dissuadent pas ces vendeuses, bien au contraire ceux-ci préfèrent souvent prendre de l'argent avec ces dames et laisser l'activité " prospérer et nourrir" ces animatrices. Toutefois, il ne faudrait pas confondre médicaments de rue et faux médicaments, car tous les médicaments de rue ne sont pas forcément faux (Radio France International, émission " Priorité santé " du 14 septembre 2015). Cependant, peut-on supprimer ce marché de médicaments de rue de Yopougon en particulier et ceux de toute la Côte d'Ivoire en général ? La suppression des ces marchés pourrait être impopulaire tant que les pharmaciens ne joueront pas leur rôle d'agent de santé public mais aussi, si le système de santé du pays n'est pas réformé.

Au regard de ces multitudes voies de recours thérapeutiques à Yopougon-Sicogi, quel est donc le profil sanitaire et l'itinéraire thérapeutique des populations de cette unité infra communale de Yopougon ?

### **2.2.5. Profil sanitaire des populations de Yopougon-Sicogi**

Les pathologies pour lesquelles les patients sollicitent les services d'offre de soins de Yopougon-Sicogi sont nombreuses. Nous faisons cas de quelques-unes qui sont courantes telles que le paludisme, la fièvre typhoïde, les infections bucco-dentaires et les maladies sexuellement transmissibles. Ces différentes maladies sont déterminées par la qualité du milieu de vie, les conditions climatiques, les comportements individuels et la capacité des services de santé à jouer pleinement leur rôle.

#### **2.2.5.1. Le paludisme, premier motif de consultation**

Le paludisme appelé malaria dans les pays anglo-saxons, est une maladie parasitaire grave, transmise par un moustique (l'anophèle femelle) dès la tombée du jour et pendant toute la nuit jusqu'à l'aube. Elle provoque des fièvres, des maux de tête et des troubles digestifs qui peuvent entraîner la mort en l'absence de soins. Cette maladie est devenue endémique en Côte d'Ivoire selon le Ministère de la Santé (Cabinet du Ministère, 2013).

Le paludisme constitue le premier motif de consultations dans les établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi particulièrement dans les centres de soins infirmiers et les centres médico-sociaux qui ne sont pas habilités à traiter un grand nombre de maladies.

En 2013, plus de 70% des consultations étaient liées au paludisme dans cinq des sept structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les Directeurs Techniques de ces établissements de soins. Cette pathologie s'est maintenue en tête comme premier motif de consultation au sein des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi en 2014 avec 86% de cas diagnostiqués. Même en 2015 et 2016, 75% à 78% de consultations respectives étaient encore liées à cette maladie (source: dépouillement des registres de consultations). La plupart des diagnostics dans ces établissements sanitaires sont présomptifs hormis le centre médical concorde qui est aussi capable de traiter les cas de paludisme aggravé. Selon TUO (2013), c'est une maladie endémique qui connaît des recrudescences en saison des pluies.

#### **2.2.5.2. La fièvre typhoïde**

Selon le District Sanitaire de Yopougon, la fièvre typhoïde est une maladie infectieuse et ces symptômes s'apparentent à ceux du paludisme.

Disposant de peu de moyens pour diagnostiquer clairement la maladie en l'absence de laboratoires d'analyses médicales dans l'ensemble des structures sanitaires, les centres de soins infirmiers et médico-sociaux qui sont majoritaires ne peuvent pas la traiter. Lorsque des suspicions de fièvre typhoïde sont constatées ou confirmées par un examen sanguin, le malade est évacué vers l'hôpital général (ex PMI) ou le Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon (CHUY). Ces hôpitaux sont choisis parce que ce sont des établissements de santé de référence et de niveau supérieur offrant une diversité de services par rapport à ceux de Yopougon-Sicogi.

#### **2.2.5.3. Les maladies et affections bucco-dentaires**

A Yopougon-Sicogi, les maladies et affection bucco-dentaires sont nombreuses. Ce sont entre autres les caries, les parodontopathies (affections touchant les gencives), le cancer buccal, les maladies infectieuses bucco-dentaires, les traumatismes liés à des blessures et les lésions congénitales. Cependant, celle qui est couramment diagnostiquée au sein du cabinet dentaire Wacouboué constitue les caries dentaires, principales causes de la perte de dents selon les spécialistes. Elles constituent 95% des motifs de consultations.

En effet, selon Dr. N'GBIN médecin au CHU de Treichville (anciennement à l'hôpital de Grand Lahou<sup>49</sup>), la carie dentaire est une maladie infectieuse. L'émail de la dent est le premier touché. Une cavité se forme dans la dent puis la carie se propage en profondeur. Si la carie n'est pas soignée, le trou s'agrandit et la carie peut atteindre la dentine (couche sous l'émail). Des douleurs commencent à se faire sentir, notamment avec le chaud, le froid ou le sucré. La carie peut gagner la pulpe de la dent. On parle alors de rage de dents. Enfin, un abcès dentaire peut apparaître lorsque les bactéries attaquent le ligament, l'os ou la gencive. Parmi les facteurs de risque des affections bucco-dentaires, figurent la mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et une hygiène insuffisante de la bouche. Ce sont aussi des facteurs de risque pour les quatre principales catégories de maladies chroniques (pathologies cardio-vasculaires, cancers, affections respiratoires et diabète). A ces maladies chroniques, il faudra associer les affections bucco dentaires.

#### **2.2.5.4. Les autres maladies**

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les indigestions et des problèmes dermatologiques sont des pathologies pour lesquelles les populations sollicitent de plus en plus les structures de santé de Yopougon-Sicogi. Selon les structures de santé, les populations concernées par les IST et les problèmes dermatologiques se situent dans les tranches d'âge de 20 ans à 30 ans. Cette situation qu'on pourrait qualifier de problème de santé publique à Yopougon-Sicogi dénote d'une carence au niveau de l'éducation sanitaire de la part des établissements socio-sanitaires relatives aux règles d'hygiène, à la prévention des IST, aux risques éventuels de dépigmentation ainsi qu'à l'utilisation des produits de beauté comportant de fort taux d'hydroquinone (au-delà du seuil de 2%), de corticoïde, de vitamine A, du mercure et de ses dérivées.

En effet, à Yopougon-Sicogi, l'utilisation des produits cosmétiques éclaircissants est une vieille habitude chez les femmes comme chez les hommes. S'agissant des hommes, ils sont en majorité d'origine nigériane<sup>50</sup>. Cependant, dans le quartier Yopougon-Sicogi, selon les directeurs techniques des centres de soins, 99% des usagers dont les pathologies sont liées à la peau ou à d'autres types des maladies du fait des produits décapants sont des femmes. Elles sont les plus nombreuses, même en Afrique de l'Ouest à se donner à cette pratique. Selon

---

<sup>49</sup> Ville ivoirienne située à environ 100 km d'Abidjan

<sup>50</sup> Nigéria est un pays situé en Afrique de l'ouest avec pour capitale politique Abuja et une population estimée à plus de 191 millions d'habitant en 2016 selon l'Institut National de la Statistique nigériane (Source : Radio France Internationale )

l'OMS (2011), environ 59% des femmes au Togo utilisent régulièrement des produits éclaircissants et quant au Nigéria cette proportion atteint 77%.

La dépigmentation touche toutes les classes sociales à Yopougon-Sicogi et les produits y afférents sont disponibles et à toutes les bourses dans des magasins aux abords du marché. Dans le magasin "chez Djibril et frères" où nous nous sommes rendu, l'affluence est impressionnante. Selon le propriétaire de lieu ; malgré l'interdiction de la vente de ces produits décapants, son magasin ne désemplit jamais. Il le dit avec le sourire. Ce sourire augure un sentiment de satisfaction des affaires qui vont bien. Or selon les spécialistes, ces produits éclaircissant peuvent également causer des cancers de la peau et des maladies internes dont l'hypertension et le diabète. C'est pourquoi, l'hydroquinone, un agent éclaircissant est interdit en Europe car, au-delà de 2%, il a un effet décapant dangereux (LE NOUVEAU CONSOMMATEUR, 2015).

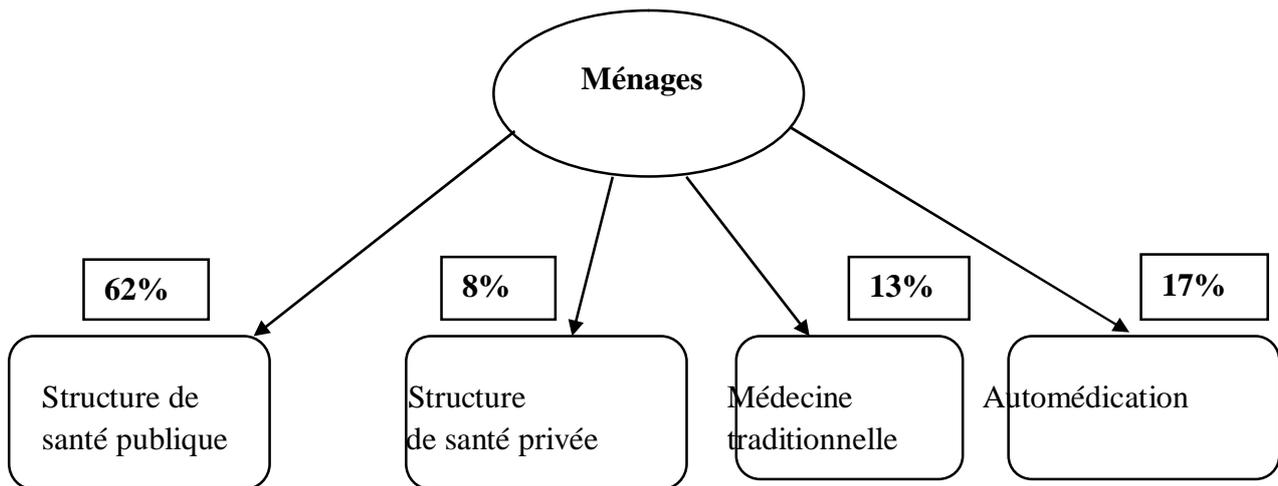
A l'analyse de cette situation, on constate que le profil épidémiologique des populations de Yopougon-Sicogi est similaire avec celui de la commune de Yopougon. Il est caractérisé par une recrudescence du paludisme et des maladies transmissibles.

#### **2.2.6. Itinéraire thérapeutique des populations de Yopougon-Sicogi**

Nous entendons par itinéraire thérapeutique des populations de Yopougon-Sicogi, l'ensemble des voies (itinéraires) de recours des populations dans le cadre de recherche de soins (ou de guérison).

Le regard que portent les populations sur une pathologie, ses manifestations et ses facteurs d'explication varient d'une culture à une autre. Ainsi, le résultat d'une étude menée par YONKEU (2006) montre que le raisonnement de la médecine occidentale ne représente pas l'unique référence pour les populations africaines en matière de santé. Ce résultat corrobore avec le comportement des ménages de Yopougon-Sicogi dans leur recours thérapeutique. Cependant, l'itinéraire thérapeutique des populations de Yopougon-Sicogi est fonction de la vision sur la maladie.

La figure 2.8 illustrative ci-dessous, indique une diversité de choix de premier recours aux soins de santé des ménages de Yopougon-Sicogi lors de recherche de guérison.



**Figure 2.8** : Répartition des ménages en fonction du premier recours thérapeutique  
(Source : Enquête terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

La figure 2.8 montre que, sur 100% des chefs de familles interrogés, 62% ont recours aux établissements de santé publics en cas de besoin de premier soins. Ceux ayant recours systématiquement à la médecine traditionnelle et à l'automédication représentent respectivement 13% et 17%. Et 8% de chefs de ménage se dirigent vers les structures de santé privées. Ces résultats sont identiques avec ceux de DIALLO (2008) et de TOURE (2008). En effet, les résultats de leurs différents travaux ont montré un intérêt des populations de leurs zones d'études pour les établissements publics de santé en cas de recours systématique à un centre de soins (44,3% au plan national ; 44,4% en zone urbaine et périurbaine bamakoise).

L'intérêt des populations de Yopougon-Sicogi pour les établissements publics s'explique par la recherche d'une meilleure qualité des soins au détriment des structures sanitaires privées de premier contact de Yopougon-Sicogi. La gravité de la maladie ressentie par le patient joue aussi un rôle dans le choix de la médecine moderne car plus la gravité de la maladie perçue augmente et plus les malades s'adressent aux centres de soins modernes. Ces résultats montrent en outre le poids important des remèdes traditionnels et de l'automédication dans le parcours thérapeutique des ménages de Yopougon-Sicogi. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus à Abidjan en 2003. En effet, ceux-ci ont montré que 20 % de la population avaient recours aux remèdes traditionnels en première intention, quand plus de la moitié des personnes interrogées avaient recours à l'automédication (SANGARE, 2003).

Cependant, nous constatons que, malgré la présence des cellules de prières thérapeutiques, les ménages enquêtés n'y ont pas recours dans le cadre de leur recherche de guérison. Mais pourquoi les ménages ne fréquentent-ils pas ces cellules de prière? Qui sont

les clients de ces cellules de prière thérapeutique ? Difficile de répondre à ces questions sans une étude approfondie. Toutefois, une certitude existe, c'est celle de la présence des individus venant du quartier Yopougon-Sicogi et des autres quartiers.

### **2.2.7. Les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi comme moyens de lutte contre la pauvreté**

L'absence d'étude sur les résultats financiers des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ne nous a pas permis de connaître la part de ces établissements de soins dans l'économie de Yopougon. En revanche, selon nos enquêtes, à part les médecins, 86% du personnel restant ont été recrutés dans le quartier Yopougon-Sicogi. Ce personnel est constitué exclusivement d'infirmiers, d'aide infirmier (aide soignant), garçons et filles de salles. Même si le niveau de rémunération de ces individus n'est pas celui qu'ils souhaitent (varie de 20.000f CFA (30,53€) à 50.000f CFA (76,33€)), ce salaire leur permet néanmoins de vivre au quotidien. Pour les infirmiers qui sont d'ailleurs tous fonctionnaires, cela constitue une devise supplémentaire.

Dans le quartier Yopougon-Sicogi, l'activité de prestation de soins privés n'est pas menée dans un environnement juridique adéquat pour les travailleurs. En effet, selon nos enquêtes, aucun agent non fonctionnaire (salarié) n'est lié à son employeur par un contrat de travail précis et ne dispose d'aucun numéro de sécurité sociale. Or, en Côte d'Ivoire, tous les employeurs sont soumis au Code du Travail et la Convention Collective Interprofessionnelles dans lesquelles font mention des droits et obligations des parties. Si cet état de fait prévaut à Yopougon-Sicogi, cela n'incombe-t-il pas au Ministère de l'Emploi et de la Fonction Publique à travers l'Inspection du Travail de Yopougon ? (CT<sup>51</sup>, Art 91.1 à Art. 91.10). Autrement, cette institution censée veiller à l'application de la réglementation du travail, remplit-elle sa mission de contrôle de la légalité en milieu de travail alors même qu'elle est située à environ 1500 mètres du quartier Yopougon-Sicogi? Seule une étude approfondie pourrait nous le dire. En attendant, les travailleurs sont dans le désarroi en partie à cause de leur ignorance des dispositifs juridiques.

En somme, en dépit du cadre juridique qui n'est pas propice à une bonne partie du personnel des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi et des salaires qui sont très bas, ces établissements de santé constituent des facteurs de réduction de pauvreté dans le quartier.

---

<sup>51</sup> Code du Travail

## **2.2.8. Contexte d'administration des soins de santé à Yopougon-Sicogi**

Les établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi sont multiples et se présentent sous diverses formes. Cependant, ces structures de santé rencontrent quelques difficultés qui nuisent à leur mission d'activités d'offre de soins.

Cette section met en exergue les difficultés que rencontrent les établissements dans l'administration des soins de santé au quotidien dans le quartier.

### **2.2.8.1. Des structures de santé qui exercent dans l'illégalité**

Les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sont toutes tournées vers l'offre de soins privée. Cela dit, ces établissements de soins exercent tous sans être reconnu par le Ministère de Tutelle. Avant de mener l'activité dans le domaine des soins de santé privés, il faudra tout d'abord obtenir un numéro d'autorisation d'exercer après l'étude d'un dossier technique dûment constitué adressé au Ministère de la Santé à travers la DEPS qui est la structure de régulation du secteur de l'offre de soins privée et publique. Or, au cours de notre étude, que ce soit en 2013 comme en 2014, 2015 et 2016, sur les sept (7) établissements de santé existants à Yopougon-Sicogi, aucun ne nous a communiqué son numéro d'autorisation d'ouverture en milieu urbain suite au procès verbale de la visite attestant la conformité du bâtiment et des équipements en matériel médical et médico-technique. Ce qui veut dire qu'ils ne sont pas habilités à exercer. Certaines de ces infrastructures sanitaires utilisent leur raison d'existence comme les ONG pour ne pas se mettre en règle si comme les conditions d'ouvertures d'une structure de santé privée variaient selon la qualité du promoteur.

La DEPS, elle-même ignore encore à ce jour l'existence de ces établissements de soins privés sur l'espace de Yopougon-Sicogi. Son incapacité à nous fournir le répertoire des structures de santé de cet espace illustre bien nos propos. Il en est de même pour le District Sanitaire de Yopougon qui n'a pas caché son étonnement au vue de notre répertoire relatif aux établissements de santé de Yopougon-Sicogi.

Les photos 2.10 et 2.11 ci-dessous sont relatives au cabinet dentaire Wacouboué et au cabinet paramédical André jean.



**Photo 2.10** : Cabinet dentaire Wacouboué  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2014)



**Photo 2.11** : Cabinet paramédical André J.  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2014)

A l'image des deux structures sanitaires ci-dessus ; les infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi ne disposent pas d'autorisation d'exercice ou d'ouverture. En effet, ce document émanant des autorités sanitaires étatiques et qui donne droit à tout promoteur de soins de santé privé d'exercer, est établi sous un numéro. Et c'est ce numéro qui doit figurer de prime à bord sur les panneaux d'indication afin de rassurer la population. Or, au cours de nos différentes enquêtes, aucune des structures sanitaires ne nous a communiqué ce numéro. Ce qui voudrait dire que ces producteurs de biens et services médicaux ne sont pas reconnus. Par conséquent, ils exercent dans l'illégalité. Même l'amélioration du cadre de travail et la rénovation du bâtiment qui abrite le centre social Eden n'ont pas entraîné en 2015 l'inscription du numéro d'autorisation sur l'enseigne. En réalité, ce numéro n'existe pas (cf. *photo 2.12 et 2.13*).



**Photo 2.12** : Centre médico-social Eden (Maintenant)  
 (Source : Image d'enquête, TAPE, 2015)



**Photo 2.13** : Centre social Eden (Avant)  
 (Source : Image d'enquête, TAPE, 2014)

Ces photos montrent qu'en dépit de nombreuses insuffisances, le centre médico-social Eden fait de gros efforts pour améliorer son image et son environnement. D'une enseigne collée au mur en 2014 (cf. photo 2.13), ce centre de soins a pu s'octroyer un panneau lumineux moderne en 2015 (cf. photo 2.12). Cependant, malgré ces améliorations, les numéros d'autorisation et d'ouvertures n'y figurent toujours pas faisant de cette structure sanitaire à l'image de ces homologues des « hors la loi de la santé ». En 2011, selon le MSLS (2012), 73% des établissements de santé privés en Côte d'Ivoire sont non autorisés, donc illégaux.

### 2.2.8.2. Une nécessité de former le personnel

Un personnel de santé qualifié et compétent est rassurant pour la population. A Yopougon-Sicogi, si les compétences professionnelles du personnel de vacation notamment les Médecins et Infirmiers diplômés d'Etat ne posent aucun problème comme nous l'avons signifié tantôt, en revanche le personnel permanent et certains responsables de ces établissements de santé manquent de formation et de qualification pouvant leur permettre de mener des activités dans le domaine de la santé comme la loi l'exige.

Former sur le tas, on les rencontre partout dans tous les établissements de santé. Certains responsables techniques sont des aides-soignants exposant ainsi la vie des patients à de nombreux risques. Toute chose qui ne rassure pas la population et ce qui a été d'ailleurs

invoqués par les chefs de ménages comme l'un des déterminants de renoncement aux soins de ceux-ci dans les structures de santé de leur quartier (*cf. chapitre 6*).

### **2.2.8.3. Des conditions de travail précaires**

A Yopougon-Sicogi, les infrastructures sanitaires sont multiples. Elles se présentent sous divers formes selon la typologie et la catégorie. Elles occupent des bâtiments différents selon la capacité financière de leurs promoteurs respectifs. Certaines occupent des logements de 3 à 4 pièces ou installées au rez-de-chaussée de certains immeubles tandis que d'autres sont dans des magasins aménagés pour la circonstance. Le jeu de la concurrence les oblige à faire des efforts afin de maintenir leur cadre sain et de rester attractif.

Dans le centre médical Concorde, on retrouve des carreaux partout sur les murs, le sol et plateau technique d'un niveau très élevé. C'est d'ailleurs la seule structure de santé qui dispose d'un bloc opératoire destiné aux interventions chirurgicales de grande envergure. Le seul cabinet dentaire n'est pas en reste. Quant à l'environnement autour de ces centres, il est lié à la bonne ou mauvaise gestion du milieu de vie des ménages environnants.

Ces centres sont plutôt d'accès facile au regard du modèle de construction du quartier par la société immobilière dénommée SICOGI et de la densité de son réseau routier. Au fil des années, les bâtiments qui accueillent certains centres se délabrent, façades vieillissantes et sales dans la plus part des cas. Les centres de soins infirmiers et centres médico-sociaux occupent des espaces relativement restreints. On les retrouve dans des magasins d'une pièce où des planches de bois ont permis de créer plusieurs pièces. Parfois, c'est une partie du logement du propriétaire qui fait office de centre de santé. L'entretien n'est pas toujours quotidien en ce qui concerne le nettoyage du sol. Les murs sont le plus souvent sales. Parfois aussi, ces structures passent inaperçues. La couche de peinture remonte au moment de l'ouverture du centre. L'aspect physique de ces structures sanitaires fait douter de la qualité des soins et prestations qui sont fournies. A cela s'ajoutent l'iniquité dans laquelle prospèrent les différents promoteurs de ces centres de soins au détriment d'une catégorie de personnel (aides infirmiers, filles et garçons de salle de salle). En effet, dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi, les dispositifs contenus dans le code du travail et la convention collective interprofessionnelle ne sont pas pris en compte à la lettre par les employeurs car non seulement les salariés perçoivent leur salaire main en main, mais ne sont non plus déclarés à la CNPS<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> Caisse Nationale de Prévoyance Sociale ivoirienne

Dans l'ensemble, les conditions dans lesquelles les structures sanitaires mènent leurs activités ont besoin d'être amélioré.

#### **2.2.8.4. Un manque de suivi du Ministère de la Santé**

Le suivi des activités des établissements de santé s'apprécie à travers les actions menées auprès des structures sanitaires par la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) ainsi que le District Sanitaire.

A ce niveau selon nos enquêtes, en 2012, seulement trois (3) structures sanitaires sur sept (7) soit 43% de l'effectif reconnaissent avoir reçu les inspecteurs de la DEPS au moins une fois. Au cours de cette même année, quatre (4) établissements de santé soit 57% ont accueilli les agents du District Sanitaire de Yopougon. En 2013, 100% de ces structures sanitaire avouent avoir été visité une fois par la DEPS et le DSY. Cependant, les chiffres soulèvent des interrogations. Si la DEPS et le DSY inspectent ces structures de santé, comment se fait-il que ces deux Institutions n'ont pas pu mettre à notre disposition un répertoire des établissements de santé de Yopougon-Sicogi conforme à la réalité du terrain ? Les promoteurs à travers ces réponses ne se donneraient-ils pas une forme de légitimité et de légalité ?

La recherche à ces interrogations nous a permis de savoir qu'en fait, les responsables et promoteurs de ces structures de santé nous ont considéré comme un agent du Ministère de la Santé. En réalité, ils n'ont pas enregistré la présence ni de la DEPS et de DSY au cours de l'année 2013. Dans ces conditions, l'anarchie devient de facto la règle. Il en a été de même en 2014.

L'anarchie est un phénomène bien connu par les acteurs du secteur. Elle est le résultat de plusieurs facteurs mais reste lié avant tout à l'absence de suivi continu du secteur. En effet, le Ministre de la santé a du mal à maîtriser l'évolution des établissements sanitaires privés du quartier de Yopougon-Sicogi. La localisation des établissements sanitaires est insuffisante. Le type d'établissement sanitaire est absent ou n'est pas clairement défini lorsqu'il s'agit des centres de soins infirmiers. Cela s'explique par le fait que ces centres de santé ouvrent sans être totalement en règle, trouvant les démarches légales assez longues. Et, il faut dire que les populations n'ont aucun moyen pour distinguer les centres autorisés et les centres non autorisés car plusieurs établissements n'affichent pas sur leur local la plaque qui détermine leurs typologies.

Des responsables attribuent des noms à leurs infrastructures de santé sans tenir compte de la catégorie et de la typologie auxquelles elles appartiennent. Les noms sont donnés aux

structures selon le bon vouloir et l'inspiration des responsables. Pourtant, selon des critères bien définis, il existe des noms appropriés pour chaque type d'établissement sanitaire privé. C'est ainsi qu'un établissement paramédical ne devrait pas voir figurer dans le nom du centre le mot « médical ». Pourtant le centre de soins infirmiers André Jean situé dans le Secteur 4 s'est donné le nom " Cabinet paramédical André Jean". Il en va de même pour un établissement médical qui ne devrait porter un nom supérieur à son type. Un cabinet médical ne peut être nommé clinique ou centre médical.

La photo 2.14 qui suit, constitue l'enseigne de centre de soins infirmiers André Jean pour indiquer son existence à la population.



**Photo 2.14** : Enseigne du centre de soins infirmiers André Jean  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2014)

Sur le panneau indicatif ci-dessus (cf. *photo 2.14*) relatif au centre de soins infirmiers André Jean, sont indiqués les différents services proposés par cet établissement de santé. Ce sont entre autres la consultation générale et de spécialité, les soins infirmiers, des examens de radiologie, etc. Sur cette enseigne le mot « médical » ne devrait pas y paraître. De plus, à part le service de soins infirmiers, cet établissement de soins ne devrait pas disposer en son sein les autres services qui sont mentionnés. A part les soins infirmiers, tous les autres actes médicaux ne font pas partie des prérogatives d'un centre de soins infirmiers car il est interdit à un médecin d'y intervenir. Or, c'est lui qui est habilité en principe à faire de la consultation selon la DEPS. Quant aux analyses et examens médicaux, ils sont du ressort des laboratoires d'analyses biologiques.

## **Conclusion chapitre 2**

En somme, Yopougon-Sicogi reste un quartier dortoir depuis sa création. Il est l'un des quartiers les plus peuplés de la commune avec une densité d'environ 348 habitants par hectare (348hbt/ha) et une population en majorité jeune. Cette population cosmopolite est caractérisée par la présence de tous les groupes ethniques de la Côte d'Ivoire et des ressortissants des pays de la CEDEAO. Le commerce informel est fortement développé et toutes les formes de salubrités sont gérées conjointement par le District d'Abidjan, la municipalité de Yopougon et la Société de Distribution d'Eau en Côte d'Ivoire (SODECI) car l'axiome « une âme saine dans un corps sain », à de la valeur pour les populations de ce quartier. C'est pourquoi, des efforts sont faits dans le sens de l'amélioration en matière de la qualité de leurs conditions de vie.

## **Conclusion partielle première partie**

Si l'on conçoit la politique de la santé comme un ensemble d'option et d'orientations définies au plan national pour assurer le maintien et l'amélioration de l'état de santé, alors on peut convenir d'une politique clairement affichée des pouvoirs publics en Côte d'Ivoire. Et parler des politiques de santé, c'est toucher au système de santé. Or qui dit système de santé, parle d'un ensemble d'éléments et d'interactions concernant l'amélioration de la santé humaine. Beaucoup d'efforts ont été faits pour asseoir une politique de santé publique et un système de soins convenables adaptés aux besoins des populations. La planification et la programmation des infrastructures et des équipements sanitaires, du personnel médical et paramédical ainsi que les animateurs socio-sanitaires ont permis de réduire la prévalence de certaines pathologies. Cependant, l'organisation du système sanitaire ivoirien reste grandement tributaire des politiques internationales de santé élaborées par les partenaires au développement du pays.

Le transfert de compétences aux communes de la ville d'Abidjan reste ineffectif dans de nombreux domaines et en particulier dans celui de la santé et d'hygiène publique. Ces compétences, bien que définies par le gouvernement, les communes les ignorent dans la pratique au cours de l'exercice du pouvoir. Comme conséquence, ce sont de grands espaces en milieu urbain qui se trouvent être dépourvus d'établissements de santé. Et ce, au détriment des populations dont les besoins en matière de santé croissent sans cesse.

Yopougon-Sicogi qui est l'un des quartiers de la commune de Yopougon dans le District d'Abidjan, abrite plusieurs structures sanitaires. Elles se caractérisent exclusivement par l'offre de soins privée car l'ensemble des promoteurs de ces établissements de santé sont des particuliers et des Organisations Non Gouvernementales (ONG) de promotion de santé. Il en existe de toutes les catégories à l'exception des structures de médecines alternatives et des établissements de santé publics. Cependant sur cet espace, l'offre de soins n'est pas tournée exclusivement vers les structures sanitaires. Les herboristes, les cellules de prières thérapeutiques et les vendeuses de médicaments (modernes) de rue se côtoient sur ce même espace de santé où du moins sur ce même marché de soins.

Le profil sanitaire des populations se caractérise par une recrudescence des pathologies telles que le paludisme, la fièvre typhoïde, les infections bucco-dentaires et les maladies transmissibles. Ces différentes maladies sont déterminées par la qualité du milieu de vie, les conditions climatiques, les comportements individuels et la capacité des services de santé à jouer pleinement leur rôle. Même si ces infrastructures de santé constituent des moyens de lutte contre la pauvreté, les modalités des dispositifs juridiques prévus pour encadrer les rapports entre employeurs et employés en milieu de travail ne sont pas respectées par les premiers cités.

Au regard de ce qui précède, nous pouvons affirmer que notre première hypothèse d'étude selon laquelle « L'absence de l'offre de soins publique sur l'espace de Yopougon-Sicogi a entraîné la prolifération des structures de santé privées » est confirmée. La gestion, le fonctionnement et l'organisation de ces infrastructures sanitaires échappent au District de santé.

Comment se répartissent donc, l'ensemble de ces structures sanitaires sur l'espace de Yopougon-Sicogi ? Quel est leur modèle de distribution spatiale ? C'est la réponse à ces interrogations qui fait l'objet de la deuxième partie de ce document.

## **Deuxième partie**

# **GEOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS A YOPOUGON-SICOGI**

Dans la première partie de ce document, comme nous l'avons constaté, le quartier Yopougon-Sicogi dispose d'une offre de soins de santé privée à travers diverses structures sanitaires. Les populations bénéficient des prestations de services de santé quand bien même que ceux-ci ne soient pas étatiques car constitués exclusivement d'un secteur privé qui, nous le verrons plus tard s'il répond aux besoins de soins des populations.

Souvent, sous la forte pression exercée par l'explosion démographique couplée d'une insuffisance de moyens; la maîtrise de l'organisation de l'espace urbain échappe aux autorités compétentes. En général, cette réalité se traduit soit par un déséquilibre spatial ou soit par un déséquilibre en volume entre les équipements mis à la disposition des populations installées et la taille de celles-ci. C'est donc à juste titre que nous accordons dans cette partie, un intérêt à l'analyse spatiale des ressources sanitaires de ce quartier basée sur la répartition dans l'espace du système de soins et de l'ensemble de l'appareil de distribution des biens et services médicaux et médico-sociaux. Cela suppose l'étude de la structuration spatiale de l'offre de soins à travers le quartier Yopougon-Sicogi, du contenu du paquet minimum d'activités des structures de santé et de leurs couvertures spatiales. Ce qui permet de savoir à quels modèles géographiques de localisation dans l'espace et logiques d'organisation spatiale, la structuration des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi obéit.

## **Chapitre 3 : MODALITES D'IMPLANTATION DES STRUCTURES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI**

L'amélioration des services sanitaires et de l'état de santé des populations exigent d'améliorer l'accessibilité des centres de santé et de l'offre de soins de santé. De ce fait, analyser, d'une part, les modalités d'implantation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi afin de savoir s'il y a une adéquation entre la demande et l'offre de soins à travers une couverture sanitaire de proximité avec la population, et d'autre part, comprendre la logique de leur implantation deviennent donc pour nous un impératif géographique.

Toutefois, avant d'y arriver, nous nous proposons de comprendre comment d'un Etat providentiel ou tous étaient égaux face à la santé, nous en sommes arrivés à la prolifération d'un secteur privé de santé dans un contexte de pauvreté et de post-conflit d'environ deux décennies.

### **3.1. L'avènement des structures de santé privées à Yopougon-Sicogi**

L'avènement des structures de santé privées dans la prise en compte de la problématique de l'accès et du recours aux soins de santé des populations de Yopougon-Sicogi est intimement lié à celui de la commune de Yopougon, de la ville d'Abidjan et de la Côte d'Ivoire toute entière.

En effet, plongée dans une crise économique très grave dans les années 80, la Côte d'Ivoire n'a eu d'autre choix que d'adopter en 1990 le Plan d'Ajustement Structurel (PAS) imposé par ses partenaires multilatéraux (Banque Mondiale et Fond Monétaire International). Cette situation a eu pour corollaire immédiate, l'introduction du secteur privé dans l'économie du pays en général et dans le système de soins de santé en particulier car les ressources allouées à la santé se sont réduites au fil des années (BRUNET, 1996). Ce libéralisme économique caractérisé par la privatisation est dans le domaine sanitaire soutenu par les instances internationales qui encouragent largement son développement afin d'assurer en théorie, un meilleur accès aux soins à l'ensemble de la population, car perçu comme un atout pour compléter la carte sanitaire (BENSON, 2001).

Force est de constater que, cette carte sanitaire était particulièrement déséquilibrée et dépourvue d'équipement de santé dans les villes de l'intérieur du pays et dans les communes de la ville d'Abidjan à forte concentration humaines telles que Yopougon et Abobo (DOGAUD *et al.*, 1998). Selon YMBA (2013); en 1992, seulement deux structures sanitaires

publiques fournissaient des soins de santé de premier niveau à une population de 530000 habitants à Abobo, contre une seule structure de santé publique à Yopougon dont la population était estimée à 543000 individus. Dans ces deux communes de la ville d'Abidjan, il a fallu l'arrivée des structures de santé communautaires pour voir s'accroître le nombre d'établissements sanitaires publics.

Les centres de santé communautaires sont des organismes qui fournissent une multitude de services de santé sociaux. Leur objectif tel que formulé dans la charte des formations sanitaires urbaines à base communautaire est de contribuer de façon permanente et durable à l'amélioration de la santé des populations qu'ils servent. Ils se différencient des autres centres de santé par la participation des populations à leur gestion. L'idée de la création de ces centres en Côte d'Ivoire a été proposée par les concepteurs du Projet Santé à Abidjan (PSA) qui a débuté ses activités en octobre 1992. A l'instar des pays du reste du monde, leur création avait pour but d'élargir l'accessibilité des populations aux soins de qualité à moindre coût à travers la diversification de l'offre de soins. Ainsi, l'objectif de la construction des centres communautaires sera de combler le vide des prestations sanitaires dans les localités où les centres de santé n'existaient pas. Les sites concernés par le projet étaient d'abord les communes d'Abobo et de Yopougon, ensuite ont suivi les villes de l'intérieur et d'autres communes d'Abidjan (BRUNET, 1996).

Ces centres de santé communautaires sont des établissements sanitaires privés mais à but non lucratif car l'association qui les gère est censée travailler au profit des résidents des quartiers et non à leur profit. Cependant, au regard de l'article 25<sup>53</sup> du décret portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés, une convention de service public a été signée par les Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire (FSU-COM) et les Centres de Santé Urbains à base Communautaires (CSU-COM). Ce qui leur confère le statut d'établissement sanitaire public.

Dans la commune de Yopougon, l'avènement des centres de santé communautaires a marqué le début d'une opération de restructuration totale de l'aire sanitaire de la commune par l'intégration des structures de soins de santé dans cet espace. Cette restructuration est récente et date de 1994 selon les districts sanitaires de Yopougon Est et Ouest. Cette période de restructuration de l'aire sanitaire de Yopougon est identique avec celle d'Abobo (ADOU,

---

<sup>53</sup> Article 25 : Un établissement sanitaire privé peut être associé au service public sanitaire par voie de convention avec le Ministère chargé de la Santé Publique. Dans ce cas, l'établissement est classé dans la catégorie des établissements sanitaires publics correspondant à ses missions et à son niveau d'intervention.

2010). En 2016, on dénombrait selon les deux districts sanitaires de Yopougon, 27 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) constitués exclusivement de centres de santé communautaires dont 14 dans le district sanitaire Ouest et 13 dans celui de l'Est (c'est à ce district sanitaire que sont rattachées toutes les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi).

Cependant, selon le Directeur du District Sanitaire de Yopougon-Est, la libéralisation du secteur de la santé n'a pas seulement fait qu'émerger les structures de santé privées à but non lucratif. Elle a aussi suscité la prolifération d'un secteur privé à but lucratif dans la ville d'Abidjan en général et dans la commune de Yopougon en particulier pour occuper le vide sanitaire observé malgré la présence des centres de santé communautaires.

Selon nos enquêtes, les structures sanitaires privées qui font l'objet de cette étude à Yopougon-Sicogi sont récentes. Leurs dates de création se situent dans l'intervalle des années 2000 à 2009 (*cf. chapitre 2*).

En somme, si l'histoire de l'avènement des structures de santé privées à Yopougon-Sicogi est connue, qu'est-ce qui explique donc leur logique d'implantation sur l'espace de ce quartier ?

### **3.2. Logique de localisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

Comprendre la logique de localisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi revient à faire l'analyse de leur implantation sur l'espace du quartier Yopougon-Sicogi. La localisation est définie comme la position absolue d'un lieu ou d'une activité (coordonnées géographiques : latitude et longitude) mais surtout relative (sa situation vis-à-vis d'autres lieux pris comme référence), ce qui rend l'échelle d'analyse importante dans la mesure où elle détermine le choix des références (monde, pays, région, ville, quartier...) et le système de relation afférent. Elle constitue également le lieu occupé dans un espace (BELHEDI, 2010).

A Yopougon-Sicogi, plusieurs facteurs ont été déterminants dans le choix des lieux occupés par les établissements sanitaires. Selon nos enquêtes, ce choix des lieux ne s'est pas fait de façon aléatoire. Au-delà de la forte concentration humaine (348 hbt/ha, *cf. chapitre 2*) répartie sur de faible superficie à l'intérieur des différents secteurs du quartier, l'implantation des structures sanitaires à Yopougon-Sicogi s'est opérée en fonction de l'Hôpital Général (ex. PMI<sup>54</sup>) de la commune. Cet établissement de santé public offre une diversité de service de

---

<sup>54</sup> Protection Maternelle et Infantile

santé à toute la population de Yopougon. Ce sont entre autres, les services de pédiatrie, ORL<sup>55</sup>, social, ophtalmologie, maternité, médecine générale, diététique, de prise en charge VIH/SIDA, chirurgie, gynécologie. Il dispose de plus de 60 lits d'hospitalisations, d'un centre anti tuberculeux, d'un bloc opératoire et couvre théoriquement 150000 habitants. Il offre une diversité de services de soins de santé et remplit bien sa fonction de point d'entrée dans le système de santé de Yopougon tant le nombre de patients référés à cet établissement est énorme. Cette structure publique de soins de santé est située à proximité du quartier Yopougon-Sicogi dans un quartier voisin appelé Sogefiha. La distance qui sépare le quartier Yopougon-Sicogi de l'hôpital général est d'environ sept (7) mètres à partir du lieu d'implantation de cet hôpital et de la limite Ouest du quartier.

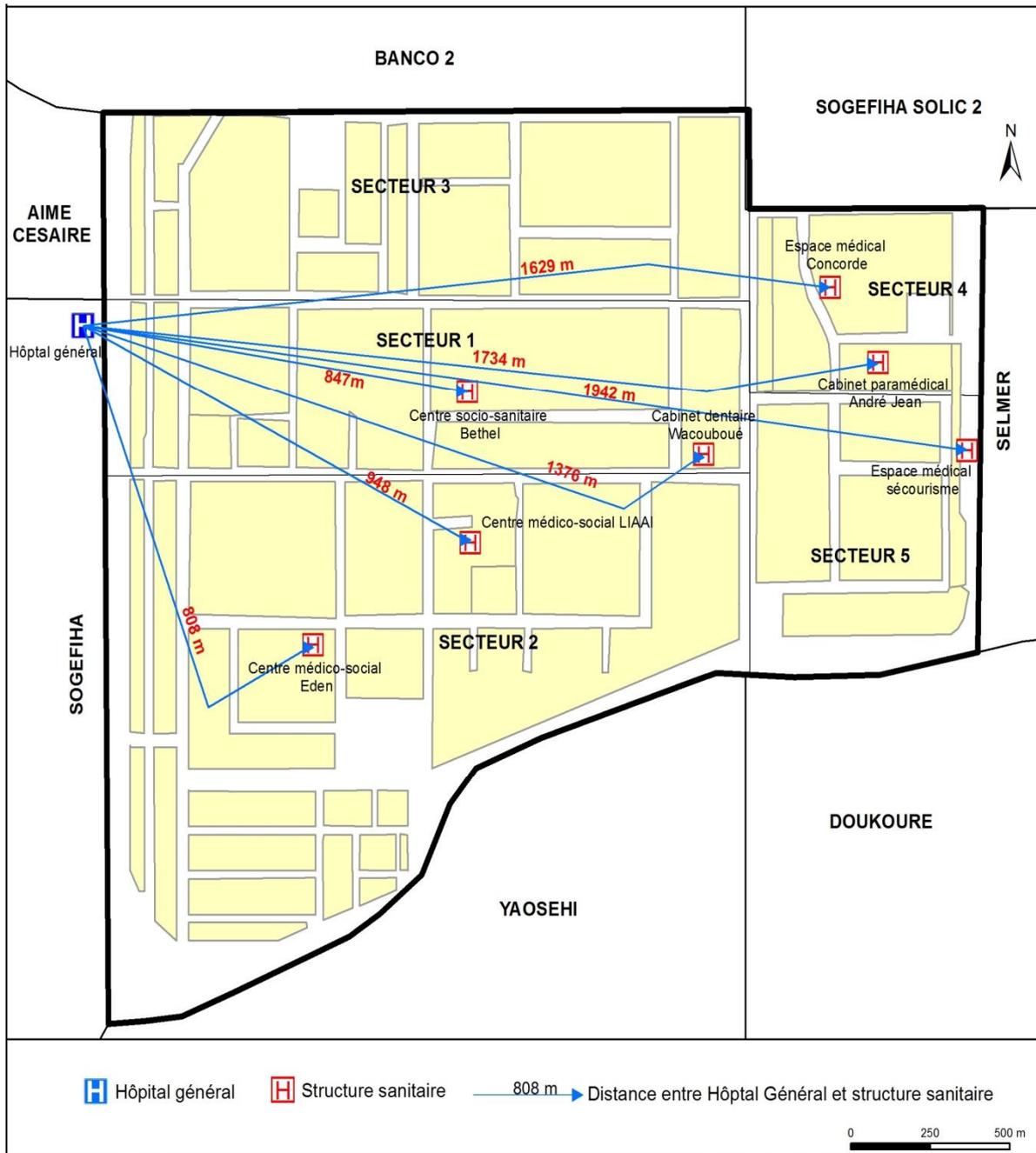
En effet, les promoteurs de soins privés se sont installés en s'éloignant le plus possible de cet établissement de santé public (*cf. figure 3.8*). La présence de l'hôpital général a influencé l'implantation des infrastructures de soins à Yopougon-Sicogi. Cette influence est tellement énorme que les structures sanitaires se situent à l'intérieur du quartier Yopougon-Sicogi à une distance importante de cet hôpital de telle sorte qu'en cas de problème de santé, le recours systématique à une structure de santé par les populations soit l'une d'entre elles. C'est pourquoi, l'ensemble des structures médicales (Espace médical concorde et Cabinet dentaire Wacouboué) et Centre de soins infirmiers (Cabinet paramédical André Jean et Espace médical secourisme) se situent dans les parties Nord-est et Est du quartier Yopougon-Sicogi à 1,734 km et 1,942 km de l'hôpital général. Ces infrastructures sanitaires représentent 57% des offres de soins de Yopougon-Sicogi.

La figure 3.9 ci-dessous indique les différentes distances entre l'hôpital général et les structures de santé de Yopougon-Sicogi. Ce sont des distances géodésiques<sup>56</sup> obtenues avec le logiciel ArcGis à partir des intervalles spatiaux séparant l'hôpital général de chacune des infrastructures de soins du quartier Yopougon-Sicogi.

---

<sup>55</sup> Oto-rhino-laryngologie (oreille, nez, gorge)

<sup>56</sup> Distance géodésique (physique ou topographique) : intervalle spatiale qui sépare deux points



**Figure 3.9 :** Distances entre les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et l'hôpital général  
 (Source : Enquête terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Il ressort de cette figure 3.9 que, les structures de soins les plus proches de l'hôpital général sont à 808 mètres et 847 mètres. Ce sont le Centre médico-social Eden et le Centre socio sanitaire Bethel. Les établissements de santé les plus éloignés sont les Centres de soins infirmiers c'est-à-dire le Cabinet paramédical André Jean et l'Espace médical secourisme. Ils sont situés respectivement à 1734 mètres et 1942 mètres de l'hôpital général. Mais selon les promoteurs de soins de Yopougon-Sicogi, la proximité du secteur 3 avec l'hôpital général explique l'absence de structures sanitaires respectives sur cet espace. Ainsi, l'espace sanitaire

de Yopougon-Sicogi est donc sous l'effet de voisinage de l'hôpital général de Yopougon. Cependant, il faudra relativiser ces différentes distances qui séparent l'hôpital général des infrastructures sanitaires du quartier Yopougon-Sicogi, car ces distances en ligne droite sont souvent mal perçues en situation réelle puisque souvent très courtes et n'ayant pas de sens opératoire. On serait plus sensible à la distance réelle qui dépend de la configuration effective du réseau routier et de la disposition des bâtiments du quartier.

L'un des facteurs qui a aussi déterminé l'implantation de ces établissements de soins dans le quartier est l'absence d'offres de soins publiques et parapubliques (centres communautaires). Du coup, l'éloignement des établissements sanitaires privés de Yopougon-Sicogi du quartier Sogefiha (quartier qui abrite l'hôpital général) constitue de facto un rapprochement de ces centres de soins des populations résidentes. L'éloignement de l'hôpital général engendre aussi l'étalement des aires chalandises des établissements de santé de Yopougon-Sicogi au quartier et sous-quartiers environnants que sont Selmer, Doukouré, Yaossehi (Sicoboï) et Sogefiha Solic 2 où l'offre de soins modernes est rare.

L'autre élément déterminant la localisation des établissements sanitaires sur l'espace de Yopougon-Sicogi constitue la fluidité et la qualité du réseau routier. En effet, hormis le centre médico-social LIAAI, l'ensemble des autres structures de santé se situe soit à proximité des principaux axes routiers du quartier ou soit dans des carrefours facilitant leur accès.

Lors de nos enquêtes, nous avons observé un lien entre certaines infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi et les marchés (marché des quartiers Sicogi et celui de Selmer). Ces équipements économiques constitueraient un facteur de localisation car 88% des clients sont des individus qui mènent des activités au sein des ces différents marchés. La proximité de ces différents marchés avec les structures sanitaires jouent donc un rôle important dans l'augmentation des taux de fréquentation. Seuls le Cabinet dentaire Wacouboué et l'Espace médical concorde ne sont pas proche de l'un des deux marchés. Cependant, ils accueillent aussi des patients qui viennent de ces endroits. Le marché, vu comme déterminant de localisation d'un établissement de santé n'est pas propre à Yopougon-Sicogi. A Abobo, dans la ville d'Abidjan, l'implantation de la Formation Sanitaire Urbaine (FSU) à proximité de l'un des grands marchés de la commune a augmenté le taux de fréquentation de cette formation sanitaire de 25%. De plus, la forte fréquentation a permis à l'établissement sanitaire de développer de nouvelles activités (MSLS, 2006).

Comprendre la logique d'implantation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi et ne pas tenir compte de leur dimension économique serait une erreur, car, toutes ces structures de soins implantées sur l'espace de Yopougon-Sicogi sont toutes tournées exclusivement vers l'offre de soins privée à but lucratif. Si cela est une évidence, il ne serait pas absurde de les considérer comme des unités économiques productrices de biens et services médicaux. En effet, le bilan financier de 71% des structures sanitaires auxquelles nous avons eu difficilement accès est en nette progression par rapport à l'année 2013. De plus, près de 98% du chiffre d'affaire annuel au cours des années 2014 et 2015 générés par ces centres de soins proviennent des patients des quartiers environnants et des zones d'implantation de ces infrastructures de santé. A ce sujet, un promoteur de soins à Yopougon-Sicogi a déclaré ceci : « *Je suis heureux car le seuil d'apparition ne m'a pas trahi. J'y avais pensé* ». Les propos de ce promoteur de soins vont dans le sens de ce que soutient BARAY (2002). En effet, celui-ci estime que, quel que soit le type d'activité considérée, le choix d'une bonne localisation est sans doute l'une des décisions les plus importantes qu'un investisseur prend. L'emplacement d'un service est en effet un investissement fixé sur le long terme et son choix bon ou mauvais se ressentira sur le niveau des activités, sur la part de marché et sur la rentabilité de l'activité d'une manière d'autant plus importante que le niveau local de concurrence est élevé .

Le quartier Yopougon-Sicogi constitue un espace de soins concurrentiel pour les différentes infrastructures de santé qui y sont installées en " l'absence " de l'Etat. Et prendre la décision de mener une activité à un endroit présente toujours le risque financier de ne jamais voir l'activité devenir rentable, alors qu'une bonne localisation engendrera un chiffre d'affaires et des profits élevés, une localisation pauvre se transformera en dettes (KIMES *et al.*, 1990). On peut donc ainsi affirmer que les établissements de santé de Yopougon-Sicogi sont bien localisés au regard de leur finance qui se porte bien. Même, pour ceux dont les promoteurs sont des ONG de promotion de la santé, leur implantation ne semble pas être guidée par des objectifs sociaux (c'est-à-dire venir en aide aux populations démunies et plus particulièrement aux enfants, femmes enceintes et personnes âgées qui ont plus besoins de soins de santé) et l'approche égalitaire promue par le secteur public, mais plutôt par le profit. C'est pourquoi, ces infrastructures sanitaires sont implantées dans le quartier Yopougon-Sicogi et visent les sous-quartiers environnants et surtout ceux défavorisés (Sicoboï, Doukouré, Sogefiha Solic2, etc.).

De ce qui précède, nous voyons là, qu'en plus de la proximité du quartier Yopougon-Sicogi de l'hôpital général, la distance et les voies de communication, certains équipements

ont constitué un facteur central dans le modèle de localisation et de diffusion des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. CLOAREC (1998) a donc eu raison en affirmant que, contrairement à certaines idées reçues, la localisation des équipements de santé n'est pas neutre. Quels sont donc les aires et rayons d'action de ces infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi ?

### **3.3. Aires d'influence des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi**

Nous désignons par aires d'influence des établissements de santé de Yopougon-Sicogi, les espaces médicaux de ces différentes structures de santé. La connaissance précise des caractères de ces zones concentrant la clientèle s'avère nécessaire, si l'on veut prévoir les taux de fréquentation futur des établissements de santé. Certains termes tels que l'aire de rayonnement, l'aire de recrutement, l'aire d'attraction et l'emprise de l'établissement sont souvent évoqués pour désigner l'aire d'influence ou l'espace médical d'un centre de soins.

De multiples définitions de l'aire d'influence ont été introduites depuis plusieurs années prenant pour fondement des approches variées. Mais cette aire géographique s'apprécie par une approche comportementale, managériale, sociale, financière, commerciale et géographique. L'aire d'influence est une zone de peuplement qui se différencie des aires géographiques voisines par l'importance de son potentiel de consommation. Ainsi, si l'on se réfère à toutes les définitions avancées, l'aire d'influence en termes de pouvoir attractif constitue l'aire géographique locale d'où proviennent 90 % de la clientèle total du commerce (ISADORE, 1954) ou l'aire d'influence à partir de laquelle un centre commercial peut espérer attirer au moins 85 % de son volume total des ventes (GRUEN *et al.*, 1960).

En termes de chiffre d'affaires, elle désigne, toute aire susceptible de fournir à un magasin un chiffre d'affaires minimum annuel de un dollar ou au minimum 0,5 % de la part de marché (APPLEBAUM *et al.*, 1961).

En termes d'éloignement, elle constitue d'une manière générale, une grande majorité des clients qui sont prêts à se déplacer de 12 à 15 minutes jusqu'à un maximum de 25 minutes pour atteindre un centre commercial régional (GRUEN *et al.*, 1960).

En termes de concurrence, la véritable aire d'influence est entièrement déterminée par les opérations d'attraction et de résistance des aires d'influence en compétition. Elle n'est pas un fait géographique mais est créée entièrement par la réponse et le comportement des individus (NELSON, 1958).

En somme, l'aire d'influence constitue donc la zone de couverture correspondant à l'espace occupé par la masse de population à desservir ou la capacité d'une structure sanitaire située en un lieu donné d'attirer des clients ou des patients. Sa détermination tient strictement compte de deux données de base comme nous le verrons par la suite : la masse critique de population à desservir et la densité de la population du quartier ou de l'espace concerné.

### **3.3.1. Aires d'influence et portées spatiales des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi : quel enjeu ?**

Définir et surveiller attentivement les frontières et les caractéristiques des aires d'influence est stratégique pour la survie des centres de soins. Dans le cas des infrastructures existantes comme celles de Yopougon-Sicogi, l'analyse des caractéristiques de l'aire d'influence est utile principalement pour adapter continuellement la politique marketing afin d'attirer autant de clients que possible tout en contrebalançant l'effort commercial des concurrents s'exerçant en sens opposé. Aussi, est-elle nécessaire à la planification sanitaire dans le cadre des études sur l'accès et le recours aux soins et dans la description des relations entre les populations et le personnel médical.

Connaître les portées spatiales des centres de santé de Yopougon-Sicogi est aussi important car elles permettent de déterminer les aires d'influence. La portée spatiale est définie comme, la distance maximale qu'un consommateur accepte de parcourir pour utiliser un service ou qu'un bien peut parcourir pour être échangé en restant à la portée du consommateur. C'est aussi la distance sur laquelle un mode de transport est plus rentable (BELHEDI, 2010).

Pour rappel, la détermination de l'aire d'influence tient strictement compte de la masse critique de population à desservir et la densité de la population du quartier ou de l'espace concerné. Selon les critères et normes du Ministère de la Santé, il faut une masse critique de population d'environ 15.000 habitants pour l'implantation d'un centre de santé urbain et de 1.000 habitants à 3 500 habitants en zone rurale. Il doit desservir dans un rayon de 5 km selon les décrets n°96-876 du 25 octobre 1996 (RCALR, 1996) et n°91 du 14 novembre 1991(DIPE, 2010). Cette disposition réglementaire ne concerne que les établissements de santé publics. Ne sont donc pas soumises à cette disposition, les structures de santé privées. D'ailleurs, aucune réglementation et aucune norme d'implantation n'existent à ce jour relatives au rayon de couverture, à la masse de population que doit desservir un centre de santé privé ainsi qu'à la distance de séparation entre deux structures de santé privées selon la DEPS (l'instance de régulation du secteur de la santé publique et privée en Côte d'Ivoire).

Même le décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés ne fait pas référence à tous ces éléments (RCALR, 1996) (*cf. annexe 2*). Cependant, étant donné que notre étude rentre dans le cadre de la géographie des soins (*cf. cadre théorique*), et faire cette “géographie” dans le quartier Yopougon-Sicogi sans faire l’analyse de la distribution spatiale des ressources sanitaires et du recours aux soins comme le recommande PICHERAL (2001), constituerait une grave aberration. C’est pourquoi, dans le cadre de cette étude, nous utiliserons les normes d’implantation relatives aux établissements publics de santé pour faire nos modélisations. A cet effet, nous déterminerons les différentes portées spatiales des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (toutes privées) et leurs aires d’influence afin de mesurer l’influence de la distance sur le recours aux soins de santé des populations. Aussi, de savoir, si l’espace de soins des populations de Yopougon-Sicogi concorde avec les espaces médicaux des centres de soins de leur quartier (*cf. chapitre 4 et 5 pour la réponse à cette préoccupation*).

Les différents calculs ont permis d’obtenir le tableau 3.11 ci-dessous. Ce tableau contient des données relatives à la taille de la population de Yopougon-Sicogi par secteur, aux densités, aires, portées spatiales et aux aires d’influence des établissements de santé.

En effet, les différentes portées spatiales et les aires de couverture des structures sanitaires ont été obtenues à partir de formule et méthode de calcul mis à notre disposition par la DESP. Elles ont été appliquées dans une étude similaire par ADOU (2010) et BELHEDI (2010).

**Tableau 3.11** : Portées spatiales et aires d’influence des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

Situation	Structures Sanitaires	Population (millier hbt)	Surface ( ha )	Densité ( hbts/ha )	Aire d’influence (ha)	Portée spatiale (m)
Secteur 4	Espace médical Concorde	3696	11	336	45	378
Secteur 1	Cabinet dentaire Wacouboué	6820	19	359,94	42	366
Secteur 5	Espace médical secourisme	4813	14	344,78	36	338
Secteur 4	Cabinet paramédical André Jean	3696	11	336	45	378
Secteur 2	Centre médico-social Eden	14080	40	352	43	370
Secteur 1	Centre socio sanitaire Bethel	6820	19	359,94	42	366
Secteur 2	Centre médico-social LIAAI	14080	40	352	43	370

*Source : Enquête terrain ; Données obtenues après calcul, TAPE, 2013*

- **Méthode de calcul de l'aire d'influence et de la portée spatiale : Cas de la structure de santé « Espace Médicale Concorde »**

On sait que la densité de la population du secteur concerné (secteur 4) est de 336 hts/ha  
si 336 hbts → 1 ha

et pour 15 000 hbts → X ha

donc  $X \text{ (ha)} = \frac{15000 \text{ hbts} \times 1 \text{ ha}}{336 \text{ hts}} \rightarrow X = 45 \text{ ha}$  avec X = aire sanitaire de la zone à représenter.

Pour la représentation cartographique de cette superficie ; nous devons d'abord déterminer le rayon (r) correspondant à cette superficie à partir de l'équation de cercle.

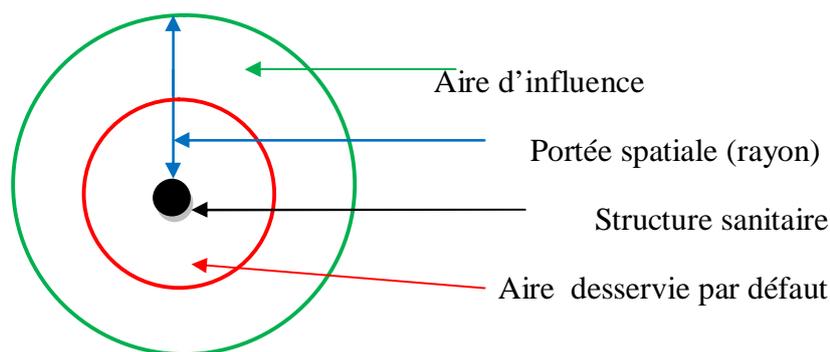
On sait que :

-  $X \text{ (ha)} = \pi r^2$  avec  $r \text{ (hm)} = \sqrt{\frac{X}{\pi}}$  qui correspond à la portée spatiale.

-  $r \text{ (hm)} = \sqrt{\frac{45}{\pi}} = 3,78 \text{ hm}$  soit 378m

Après différents calculs, la modélisation des aires et portées spatiales des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi sont matérialisées par la figure 3.9 ci-dessous. Elle a une forme géométrique circulaire car la portée spatiale qui équivaut à un rayon de cercle est obtenue à partir de l'équation de cercle.

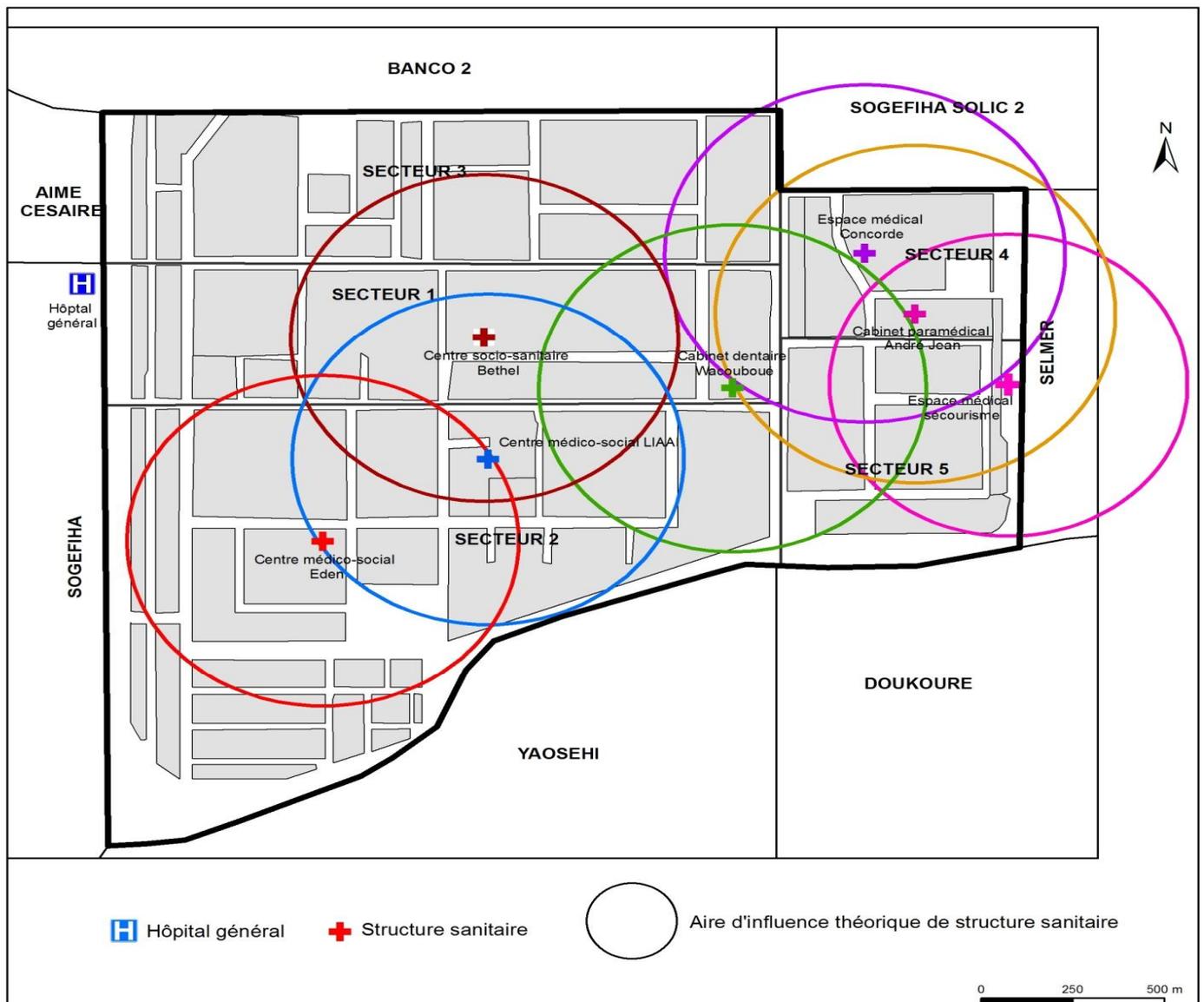
Cependant, dans la réalité, les populations desservies par un centre de santé ne sont pas organisées autour de ce centre selon cette configuration. C'est pourquoi DOUARD (2002) affirme, que les limites des aires d'influence sont devenues plus floues qu'autrefois également du fait du comportement plus versatile et de la plus grande mobilité du consommateur. Aussi, selon lui, la détermination précise de ces limites nécessite désormais des analyses plus poussées car l'approche d'une zone de chalandise est rendue plus complexe aujourd'hui par les nouveaux comportements des consommateurs qui sont devenus beaucoup plus mobiles et moins fidèles.



**Figure 3.10** : Configuration des portées spatiales des structures de Yopougon-Sicogi  
 (Source : Données d'enquête; Conception et réalisation : TAPE, 2014)

La figure 3.10 montre que, l'aire desservie par défaut représente une infime partie dans l'aire d'influence déterminée. Le périmètre de desserte des structures de santé de Yopougon-Sicogi selon les normes définies et retenues comme base d'évaluation va au-delà des zones d'implantation des infrastructures de santé. Cette situation est due, d'une part, à taille de la population par secteur par rapport à la population de référence (15.000 habitants/centre de santé), et d'autre part, à l'étroitesse des secteurs sur de faibles superficies. De ce fait, une partie de la population couverte par chaque centre de soins se trouve soit dans un autre secteur soit dans des quartiers au voisinage du Yopougon-Sicogi (*cf. figure 3.11*).

Toutes les structures de santé de Yopougon-Sicogi présentent les mêmes configurations.



**Figure 3.11 :** Aires d’influence théorique des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Source : Enquête terrain ; Ministères de la santé publics (DIPE, 2010); Conception et réalisation : TAPE, 2015)

La figure 3.11 obtenue à partir du tableau 3.11, met en relief les différentes aires d’influence représentant les zones de couverture des différentes structures de santé de Yopougon-Sicogi. Les représentations ont été possibles grâce aux portées spatiales à partir desquelles on détermine les distances entre l’établissement de santé et ses utilisateurs. En réalité, la population de chaque secteur où est implanté une structure sanitaire se trouve sous la couverture spatiale de celle-ci.

A l’analyse des statistiques du tableau 3.11 et de la figure 3.11, il convient de retenir que, la couverture des soins est suffisante à Yopougon-Sicogi en général et dans l’ensemble des secteurs où sont implantées les structures sanitaires en particulier.

Ces structures de santé couvrent au-delà des ménages des secteurs où elles sont implantées. Cependant, cette couverture spatiale n'est pas homogène car à Yopougon-Sicogi les promoteurs des établissements de santé ne respectent pas les distances de séparation entre, d'une part, les structures de soins de même typologie, et d'autre part, les structures de soins de catégories différentes à cause de l'absence de réglementation et surtout de la concurrence que se font les promoteurs de soins. Comme conséquence, on observe une configuration d'emboîtement (chevauchement) et de fusion entre les aires d'influence (*cf. figure 3.10*). Le chevauchement de ces aires d'influence des structures de santé laisse présager d'une densité de couverture médicale et d'une concurrence très accrue entre les prestataires de soins. Ce type de configuration est le même obtenu par PUMAIN *et al.* (2001) au cours de leur étude sur les interactions spatiales. Face à une situation similaire, ADOU (2010) s'est rendu compte que dans la commune d'Abobo à Abidjan (Côte d'Ivoire), la structuration des centres ou formations sanitaires urbaines à base communautaire ne répond pas aux normes définies par les autorités compétentes. Cette réalité l'a conduit à la redéfinition d'un autre type d'aire de chalandise appelé " aire de chalandise par défaut".

### **3.3.2. Analyses des aires d'influence et portées spatiales des structures sanitaires**

Ces analyses tiennent compte de la taille des populations desservies par secteur. Elles s'attachent également à la prise en compte des aires de couvertures réellement desservies.

#### **3.3.2.1. Espace médical concorde**

L'aire d'influence par défaut desservie par la structure de santé "Espace médical concorde" est faible. Elle s'étend sur une superficie de 11 hectares selon le BEPU. Or, l'aire d'influence déterminée en fonction de la masse de personne à définir et de la densité du secteur est de 45 hectares. Donc 76% de l'espace soit 34 hectares que devrait couvrir ce centre de soins n'est pas pris en compte. Cette aire d'influence théorique représente un rayon de 378 m à partir de la structure de soins. Cette distance constitue le rayon de couverture de l'infrastructure concernée selon la politique sanitaire. Donc, c'est au delà de cette distance qu'il devrait y avoir un autre établissement de santé.

#### **3.3.2.2. Cabinet dentaire Wacouboué**

L'aire d'influence définie du cabinet dentaire Wacouboué est de 42 hectares pour une portée de 336 m. Or, la zone desservie s'étale sur une superficie de 19 hectares. Donc, c'est

environ 45% de la superficie totale qui est prise en compte par cette couverture théorique. La grande partie de l'espace, soit 55%, n'est pas prise en compte par la structure de santé, en référence aux données de base de la définition de l'aire d'influence.

### **3.3.2.3. Espace médical secourisme**

Au niveau de l'Espace médical secourisme, la superficie du secteur 5 desservie est de 14 hectares. La couverture du centre de santé telle que calculée est de 36 hectares pour un rayon de 338 m.

### **3.3.2.4. Cabinet paramédical André Jean**

L'aire d'influence obtenue de la structure de santé " Cabinet paramédical André Jean" déterminée en fonction de la masse de personne à définir et de la densité du secteur est de (45 hectares). Or la superficie réellement desservie est de 11 hectares. L'écart de 76% de l'étendue de cette zone soit 34 hectares correspondante n'est pas pris en compte. Avec un rayon de 378 m à partir de la structure de soins, cette distance constitue le rayon de couverture de l'infrastructure concernée selon la politique sanitaire. Donc, c'est au delà de cette distance qu'il devrait y avoir un autre établissement de santé.

### **3.3.2.5. Centre médico-social Eden**

Au niveau du centre médico-social " Centre médico-social Eden" l'aire d'influence utile, telle que définie par la politique de santé est de 43 hectares avec une portée de 370m. Or, la zone desservie s'étale sur une superficie de 40 hectares. C'est donc 3 hectares soit 7% qui restent à pourvoir. Cette faible surface à combler s'explique par le fait que la population de desserte dans ce secteur est très proche (14080 habitants) de la population prise comme référence (15000 habitants) dans la base de calcul.

### **3.3.2.6. Centre socio-sanitaire Bethel**

La zone desservie par le centre médico-social " Centre socio-sanitaire Bethel" s'étale sur un espace de 19 hectares. L'aire d'influence déterminée relative à cette zone est de 42 hectares avec une portée de 366m. C'est donc 55% de cette surface qui n'est pas couverts par cette infrastructure de santé, soit 23 hectares.

### **3.3.2.7. Centre médico-social LIAAI**

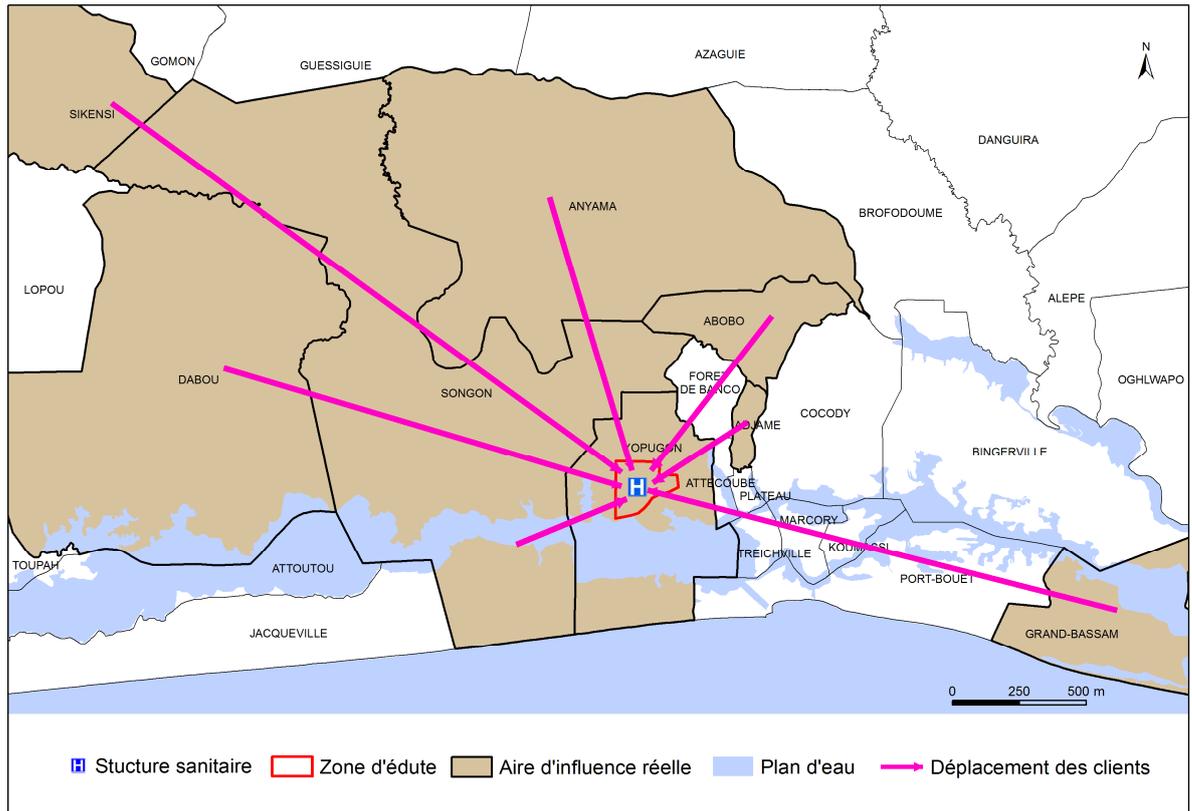
Au niveau de ce centre médico-social "Centre médico-social LIAAI", l'aire d'influence est de 43 hectares avec une portée de 370m. La zone desservie par centre médico-social s'étale sur un espace de 40 hectares. Elle constitue sans nul doute la plus étendue de tous les secteurs. L'aire d'influence déterminée relative à cette zone est de 43 hectares avec une portée de 370m. Dans cette zone, la situation se présente de la même façon que celle relative au centre médico-social Eden car ces deux structures sanitaires occupent le même espace, c'est-à-dire le Secteur 2.

### **3. 4. Aire d'influence réelle des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

L'aire d'influence effective ou réelle des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi renvoie à la capacité de ces structures de santé à attirer dans leur sillage des territoires de demande de soins. Si de toute évidence, les structures sanitaires sont implantées sur l'espace de Yopougon-Sicogi, en revanche, leurs utilisateurs viennent d'horizon divers. D'où viennent-ils et à quelle distance sont-ils situés par rapport à Yopougon-Sicogi ?

La réponse partielle (car cette question a été traitée de façon approfondie dans la troisième partie du document) à cette interrogation nous permettra de déterminer le territoire réel de desserte des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi. Les résultats de nos enquêtes montrent que, les utilisateurs des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi viennent d'horizons divers. Ils viennent des localités telles que, Selmer, Kouté, Sicoboï pour la commune de Yopougon ; Songon, Anyama, Adjamé pour le district d'Abidjan et Dabou, Grand-Bassam pour les villes environnant le district d'Abidjan. Ces différentes villes sont toutes situées à plus de 15 kilomètres de la ville d'Abidjan. Cette distance est fondamentale dans le domaine de santé car elle constitue un indicateur de proximité.

La figure 3.12 qui suit, représente l'aire d'influence réelle des établissements de santé de Yopougon-Sicogi.



**Figure 3.12 :** Aire d’influence effective des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Source : BNETD 2001 et enquêtes de terrain ; Conception et réalisation : TAPE, novembre 2015)

La figure 3.12 montre que, l’étendue de la polarisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est fortement élargie. Cependant, ces établissements de santé sont représentés sur la figure par un seul établissement dans le but d’éviter la surcharge graphique et la confusion du fond de plan comme le recommande POTTIER (2014).

Les résultats de nos enquêtes ont permis de mesurer l’importance et la polarisation<sup>57</sup> effective de chacun des établissements sanitaires à attirer des clients non prévus. Ces territoires de demande relatifs aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sont nombreux et dénotent l’attractivité de celles-ci malgré le fait que l’offre de services de soins soit réduite.

### Conclusion chapitre 3

L’avènement des structures sanitaires privées à Yopougon en général et à Yopougon-Sicogi en particulier, n’est pas isolé du contexte économique peu favorable qu’a connu la Côte d’Ivoire. Bien au contraire, la pression des partenaires au développement a eu raison de

<sup>57</sup> La polarisation renvoie à la capacité d’une infrastructure à attirer dans son sillage un territoire de demande. C’est l’espace sanitaire ou aire de recrutement qui peut être théorique ou effective (DIONE, 2013)

tous les domaines de l'économie par l'introduction du secteur privé. Dans le domaine de la santé, une multitude d'infrastructures sanitaires a été créée dans la ville d'Abidjan et partout ailleurs dans le pays.

A Yopougon-Sicogi, l'implantation de ces établissements sanitaires a contribué à un réaménagement de l'aire sanitaire de cet espace urbain. Mais, ces structures de santé, telles qu'elles sont localisées présentent des insuffisances à cause de l'absence de dispositions réglementaires relatives aux normes de leur implantation, c'est-à-dire ni la masse critique de la population à desservir et le rayon de couverture ne sont pas connus, encore moins, la distance de séparation entre deux centres de soins privés. Cependant, un texte de loi existe, mais celui-ci comporte des insuffisances. Comme conséquence, il s'en est suivi, d'une part, des aires d'influence déterminées très grandes que celles desservies par défaut concentrant chacune une masse des populations se situant dans d'autres secteurs du quartier ou sous plusieurs couvertures spatiales. Et d'autre part, une configuration d'emboîtement et de fusion entre ces aires d'influence. Toutefois, le territoire de desserte de ces infrastructures s'est fortement agrandi avec le concours des clients résidents soit dans le district d'Abidjan ou hors de cette mégalopole.

Au demeurant, la dynamique spatiale de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi correspond-elle à la spécificité du quartier ? Un quartier bâti, figé sans possibilité d'étalement et à proximité d'un hôpital public. En d'autres termes, comment se répartissent les infrastructures sanitaires sur l'espace de Yopougon-Sicogi ?

## **Chapitre 4 : ORGANISATION SPATIALE DES STRUCTURES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI**

La structuration spatiale de la meilleure façon d'un service ou d'une entreprise constitue un élément déterminant dans son utilisation ou dans la commercialisation de ses produits. C'est pourquoi, dans le chapitre 4 de ce document, nous étudions le mode d'organisation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi, afin de mettre ceux-ci en relation avec une théorie ou un modèle d'organisation géographique. Le but est précisément de savoir si la logique d'implantation de ces structures de soins à l'échelle infra urbaine a été imputée à la hiérarchisation fonctionnelle associée à la commune de Yopougon et à leurs zones d'influence. En d'autres termes, il s'agit de voir s'il y a une relation entre le nombre de structures sanitaires, le niveau des services offerts et la taille de ces centres de soins ainsi que celle des populations de leurs zones de polarisation. En un mot, il s'agit de passer en revue la desserte médicale<sup>58</sup> dans le quartier Yopougon-Sicogi.

### **4.1. Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi par secteur**

Les centres de soins existant à Yopougon-Sicogi sont en nombre suffisant au regard de la couverture spatiale (*cf. figure 3.10*). Le tableau 4.12 ci-dessous indique le nombre et les différentes proportions d'infrastructures de santé par secteur.

**Tableau 4.12 : Répartition des structures sanitaires par secteur**

<b>Secteurs</b>	<b>Structures</b>			<b>Total</b>
	<b>Médicales</b>	<b>Paramédicales</b>	<b>Socio-sanitaires</b>	
Secteur 1	<b>1B</b>	0	<b>1D</b>	2
Secteur 2	0	0	<b>2D</b>	2
Secteur 3	0	0	0	0
Secteur 4	<b>1A</b>	<b>1C</b>	0	2
Secteur 5	0	<b>1C</b>	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013, 2014, 2015 et 2016*

*A-Centre médical (Espace médical concorde)    B-Cabinet dentaire (Cabinet dentaire Wacouboué)  
C- Centre de soins infirmiers (Cabinet paramédical André Jean et Espace médical secourisme)*

<sup>58</sup> La desserte médicale se définit comme l'analyse de la répartition spatiale des structures sanitaires

*D-Centre médico-social (Centre médico-social Eden, Centre médico-social LIAAI et le Centre socio sanitaire Bethel)*

Il ressort du tableau 4.12, que les secteurs 1, 2 et 4 accueillent 6 des établissements de soins du quartier Yopougon-Sicogi repartis équitablement entre eux, soit 2 chacun. Quant au secteur 5, il dispose d'un seul établissement sanitaire. En revanche, dans le secteur 3, il n'y a aucun centre de soins.

A Yopougon-Sicogi, si les secteurs 1, 2, 4 et 5 abritent l'ensemble des structures sanitaires, force est de constater que ces centres de soins sont de catégories et de typologies différentes. Dans le secteur 1, nous avons un Cabinet dentaire (Cabinet dentaire Wacouboué) et Centre médico-social (Centre socio sanitaire Bethel) qui appartiennent respectivement aux catégories des établissements médicaux et sociaux sanitaires. Au niveau du secteur 2, seuls les établissements socio-sanitaires sont présents à travers les Centres médico-sociaux Eden et Centre médico-social LIAAI. Les structures médicales et paramédicales sont présentes dans le secteur 4. Ce sont le Centre médical (Espace médical concorde) et le Centre de soins infirmiers (Cabinet paramédical André Jean). Au niveau du secteur 5, seul un établissement paramédical est implanté, le Centre de soins infirmier (Espace médical secourisme).

Il est à noter aussi que le centre médical et le cabinet dentaire assez équipés sont peu représentés.

#### **4.2. Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les superficies des secteurs**

Le tableau 4.13 ci-dessous contient des données relatives à la répartition des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la taille des différents secteurs du quartier.

**Tableau 4.13 :** Répartition des structures sanitaires selon la taille des secteurs

Secteurs	Taille des secteurs		Nombre de structures sanitaires
	Taille (en ha)	Proportion (%)	
Secteur 1	19	<b>18%</b>	2
Secteur 2	40	<b>38%</b>	2
Secteur 3	21	<b>20%</b>	0
Secteur 4	11	<b>11%</b>	2
Secteur 5	14	<b>13%</b>	1
<b>Total</b>	<b>105</b>	100%	<b>7</b>

*Source : Bureau d'Etudes et de Planification Urbaine (BEPU) ; Enquête terrain, TAPE, 2013, 2014, 2015 et 2016*

Le tableau 4.13 montre une inégale répartition des structures de soins sur l'espace du quartier (cf. figure 2.4). Le secteur 4 qui a la plus petite superficie (11 ha soit 11% de la superficie totale de Sicogi) regorge le plus grand nombre d'infrastructures de santé autant que les secteurs 1 et 2 qui s'étalent sur de grandes surfaces (19 ha et 40 ha soient respectivement 18% et 38% de la superficie totale). Le nombre d'établissements sanitaires sur chacun de ces espaces est de 2. Le secteur 3 dont la superficie vient en deuxième position en termes de taille (21 ha soit 20% de la superficie totale) est dépourvu de structures de soins.

Cette inégale répartition des structures de santé à Yopougon-Sicogi s'observe aussi au niveau de la typologie de structure de santé. A ce niveau, on remarque que les 2 d'infrastructures de soins présentes sur l'espace du secteur 2 sont des centres médicaux sociaux appartenant à la catégorie des structures socio-sanitaires.

#### 4.3. Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les taille de la population et des secteurs

L'implantation de toutes structures de soins se fait en tenant compte de la taille de la population de l'espace d'installation selon qu'on soit en zone urbaine ou rurale. En Côte d'Ivoire, la taille de la population constitue l'un des critères les plus déterminants dans l'implantation d'un centre de santé (DIPE, 2010). C'est pourquoi à travers le tableau 4.14 ci-dessous, nous saisissons la répartition des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi selon la taille de la population par secteur.

**Tableau 4.14 :** Répartition des structures sanitaires selon la taille des populations et des secteurs

Secteurs	Taille de la population		Nombre de structures sanitaires
	Taille (en hbt*)	Proportion (en %)	
Secteur 1	6820	<b>19%</b>	2
Secteur 2	14080	<b>38%</b>	2
Secteur 3	7146	<b>20%</b>	0
Secteur 4	3696	<b>10%</b>	2
Secteur 5	4813	<b>13%</b>	1
<b>Total</b>	<b>36555</b>	100%	<b>7</b>

Source : INS, estimation 2011 ; Enquête terrain, TAPE, 2013, 2014, 2015 et 2016 \*habitant

On remarque à travers le tableau 4.14 que, 38% de la population de Yopougon-Sicogi installés dans le secteur 2 ont à leur endroit 2 structures de santé. Le nombre d'établissements

de soins dans les secteurs 1 et 4 est identique à ceux des secteurs 1 et 4 alors qu'ils concentrent seulement 29% de la population totale soit respectivement 19% et 10%. Pour une population de 4813 habitants soit 13% de l'ensemble des habitants de Yopougon-Sicogi, le secteur 5 enregistre 1 seule infrastructure de santé. Cependant, on constate en outre, que 20% de la population qui réside dans le secteur 3 n'enregistre aucune structure sanitaire construite à leur endroit.

Ces différentes inégalités observées dans la répartition des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les secteurs et leur taille ainsi que celle des populations s'expliquent par des insuffisances au niveau de la législation relative aux normes et critères d'implantation et d'organisation des structures de santé privées. Elles s'expliquent également par des stratégies marketing des promoteurs de ces établissements sanitaires et la présence d'un hôpital public au voisinage du quartier. Nous développerons tous ces aspects tout au long de cette thèse afin qu'on puisse mieux apprécier la situation.

La distribution spatiale des structures sanitaires du quartier Yopougon-Sicogi est matérialisée par la figure 2.4 ci-dessous. La cartographie de ces différentes structures de soins a été faite à partir des coordonnées obtenues avec le GPS de marque Garmin version GPS Map 78s. Toutefois, avant la figure 4.12 illustrative ci-dessous, nous présentons le tableau ci-après contenant ces différentes coordonnées relatives aux établissements sanitaires.

**Tableau 4.15** : Coordonnées des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

<b>N°</b>	<b>Structures sanitaires</b>	<b>Longitudes X (m)</b>	<b>Latitude Y (m)</b>	<b>Altitude Z (m)</b>
01	Espace médical Concorde	0381193	0590722	048
02	Cabinet dentaire Wacouboué	0381031	0590323	046
03	Cabinet paramédical André Jean	0381289	0590537	051
04	Espace médicale Secourisme	0381484	0590340	041
05	Centre socio- sanitaire Bethel	0380669	0590408	043
06	Centre médico- social Eden	0380489	0590046	037
07	Centre médico- social LIAAI	0380630	0590138	039
08	Hôpital Général*	03803225	0590502	0034

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013 \* L'Hôpital Général n'est pas sur l'espace de Yopougon-Sicogi

Le tableau 4.15 contient des données relatives aux points d'amer (coordonnées géographiques) des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.



**Figure 4.13 :** Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Source : Enquête terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

La figure 4.13 montre qu'il n'existe pas de centre de soins dans le secteur 3. En revanche, les secteurs 1 et 2 enregistrent chacun 2 établissements de santé contre 1 pour chacun des deux derniers secteurs.

#### 4.4. Hiérarchie hospitalière et système de référence à Yopougon-Sicogi

L'organisation de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi à travers les structures sanitaires est en phase avec la pyramide sanitaire ivoirienne. Elle est conforme aux textes en vigueur même si le système de référencement ne fonctionne presque pas à cause du type de soins administré par les établissements de soins et de la concurrence qui règne entre les différentes infrastructures sanitaires. Le bon fonctionnement de tout système de soins hiérarchisé repose sur l'existence effective d'un système de référence, c'est-à-dire, sur l'organisation préétablie du renvoi d'un patient vers le niveau inférieur, si nécessaire (RICHARD, 2010).

L'étude du système de soins et du système de référence est importante pour le géographe car il permet de savoir à quel niveau de la pyramide de l'offre de soins appartient chaque structure sanitaire et à quelle distance un patient peut être référé pour quel type de soins et dans quel type d'établissement de santé. Il détermine également l'essentiel des flux de patients au-delà du niveau de Soins de Santé Primaire<sup>59</sup> (SSP).

La figure 4.14 ci-dessous montre la structuration pyramidale de l'offre de soins de Yopougon-Sicogi. Cette pyramide comporte deux versants : le versant administratif et le versant offre de soins dont la composition se différencie de celle de l'échelle nationale (*cf. figure 1.4*). Le versant administratif correspondant aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est le niveau périphérique. Il constitue le niveau opérationnel du système de soins ivoirien et est administré par le District Sanitaire de Yopougon-Est. Le District Sanitaire permet aux autorités de pouvoir collecter les données dans les différents services de santé par niveau de référence. A ce titre, il est doté d'un Centre de Surveillance Epidémiologique (CSE) équipé d'ordinateurs et chargé de la collecte et de l'analyse des données fournies par les formations sanitaires de premier contact, les HG et les CHR mensuellement. Ce qui n'est pas

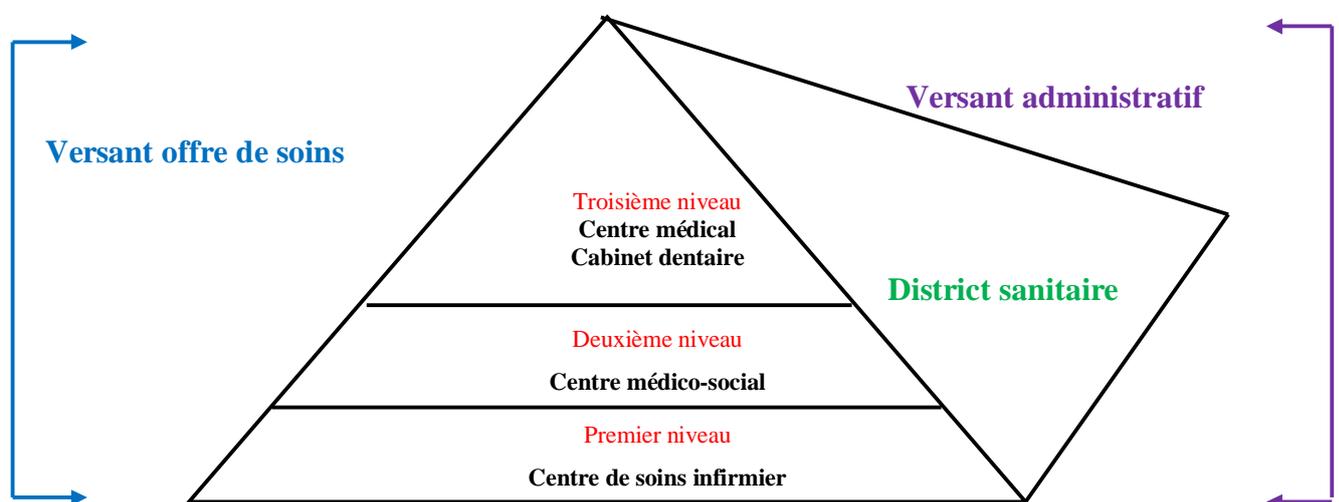
---

<sup>59</sup> Les soins de santé primaires (SSP) sont des soins essentiels, efficaces et accessibles fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination.

Les SSP comprennent au minimum les éléments suivants: une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, la fourniture de médicaments essentiels (DIPE, 2010).

le cas à Yopougon-Sicogi car aucune infrastructure sanitaire de Yopougon-Sicogi n'a reçu ni la visite de la DEPS encore moins celle du DSYE qui est d'ailleurs tout proche. Au cours de l'année 2014; il en a été de même. En 2015, ce sont seulement 57% des structures de santé qui ont été visités par les autorités compétentes contre 42% en 2016. Concernant leurs différents rapports d'activités, aucun n'est disponible à ce jour. A la question de savoir « pourquoi cette situation ? », le coordinateur du District Sanitaire nous a répondu en ces termes : « *Camarade, en principe c'est nous qui les gérons mais ils font ce qu'ils veulent et ils ne nous considèrent pas car ils traitent directement avec nos autorités au Plateau. Nous ne pouvons rien* ». Quel aveu d'impuissance de la part du District sanitaire ? Cela montre que la marge de manœuvre des districts sanitaires en Côte d'Ivoire est faible dans l'exécution de leur mission de surveillance et de contrôle des établissements sanitaires.

Quant au versant offre de soins, il correspond au premier niveau de la pyramide sanitaire. C'est le point d'entrer dans le système et est constitué des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). Ce sont au niveau de l'offre de soins privés, les centres de soins infirmiers, les cabinets médicaux et dentaires, les centres médicaux et médico-sociaux (DIPE, 2010). En somme, c'est l'ensemble des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi qui est concerné par cette base de la pyramide sanitaire nationale.



**Figure 4.14** : Pyramide de l'offre de soins de Yopougon-Sicogi (Source: Enquête terrain ; Conception et réalisation, TAPE, 2015)

La figure 4.14 ci-dessus montre que l'offre de soins à Yopougon-Sicogi se situe à trois niveaux selon l'échelle de grandeur des structures de santé privées. Au premier niveau, nous avons les centres de soins infirmiers (Cabinet paramédical André Jean et Espace médical secourisme). Ensuite, au deuxième niveau on trouve les centres médico-sociaux (centre

médico-social Eden, LIAAI et Centre socio sanitaire Bethel). Enfin, au troisième niveau, il y a le centre médical (Espace médical concorde) et le cabinet dentaire (Cabinet dentaire Wacouboué).

Les critères d'élaboration de cette figure sont basés sur l'appartenance des structures de santé de Yopougon-Sicogi à une catégorie et typologie d'établissement de santé privé prévu par le décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés. A ces critères, s'ajoutent ceux qui sont techniques, relatifs aux plateaux techniques, aux services d'offres de soins offerts et activités réalisées (PMA) ainsi qu'aux types d'agents médicaux qui y interviennent (*cf. annexe 2*).

Le centre médical et le cabinet dentaire sont au troisième niveau car ils appartiennent à la catégorie des structures médicales. Ces établissements de santé sont les mieux équipés et offrent plusieurs services de soins (médecine générale, médecine de spécialité, chirurgie, hospitalisation, analyse médicale, pharmacie interne et service d'hygiène et de soins dentaire). Au deuxième niveau, nous avons le centre médico-social. Il appartient à la catégorie des établissements socio-sanitaires. Les médecins, infirmiers et techniciens y interviennent et offre plusieurs services de soins.

Au premier niveau, on trouve le centre de soins infirmiers. Comme son nom l'indique, il offre des services de soins infirmiers promotionnels, préventifs et curatifs avec ou sans hospitalisation. Il appartient à la catégorie des structures paramédicales et aucun médecin n'y est autorisé à intervenir. Cependant, dans la pratique, à Yopougon-Sicogi comme un peu partout à Abidjan, les médecins y interviennent.

#### **4.5. Organisation spatiale des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi : théorie et modèle**

Il s'agit pour nous ici de voir, si la distribution spatiale et la logique d'implantation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi obéissent ou s'apparentent à une théorie et un modèle d'organisation de l'espace.

Les observations faites sur le terrain et l'analyse de la distribution et l'implantation de l'offre de soins tout au long des chapitres 3 et 4 de cette thèse unique permettent de conclure d'une part, que Yopougon-Sicogi constitue une place centrale. Cette place centrale se caractérise par le regroupement de structures sanitaires fournissant les services de soins à la population. D'autre part, que l'organisation des établissements de santé Yopougon-Sicogi s'est faite sur la base des principes de : répartition, spécialisation, hiérarchisation, espacement

et des aires d'influence. De ces différents principes observés, ont découlé des hypothèses suivantes :

- l'absence de l'offre de soins publique sur l'espace de Yopougon-Sicogi a entraîné la prolifération des structures de santé privées ;
- la distribution spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi est liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures sanitaires.

- ***Principe de répartition des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi***

Ce principe permet de situer les structures de soins à travers le quartier Yopougon-Sicogi qui est une unité infra-communale de Yopougon et subdivisé en cinq secteurs non homogènes. Cette disparité d'homogénéité se situe au niveau de la répartition des établissements de santé par secteur et selon la catégorie et la typologie, au niveau de la taille et de la densité de population par secteur.

- ***Principe de spécialisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi***

Le type de service offert par les établissements de santé est déterminé par la typologie de structure sanitaire à laquelle ils appartiennent. En d'autres termes, à chaque type d'établissement de soins correspond une certaine spécialisation en terme de service d'offre de soins prévues par les dispositions réglementaires (décret relatif aux normes et organisation des établissements sanitaires en Côte d'Ivoire). Ce sont les services de chirurgie, de soins dentaires et infirmiers, de consultations, de conseil et de promotion de la santé.

- ***Principe de hiérarchisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi***

La structuration des établissements de santé de Yopougon-Sicogi est faite selon un ordre pyramidal (*cf. figure 2.6*). Cette pyramide comporte deux versants : le versant administratif et le versant offre de soins. Elle montre que l'offre de soins à Yopougon-Sicogi est hiérarchisée avec trois niveaux selon l'échelle de grandeur des structures de santé privées.

- ***Principe d'espacement et aires d'influence des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi***

Par espacement, nous exprimons la notion de séparation spatiale entre les établissements de santé, et donc de distance. La distance a constitué un facteur central de localisation, de diffusion et d'interaction spatiale entre des structures de soins à Yopougon-Sicogi. La détermination des portées spatiales des différents établissements a permis de savoir que

l'ensemble de la population Yopougon-Sicogi se trouve en dessous des seuils de portées limites des services offerts par les centres. Cependant, même si la position de l'Hôpital Général et les axes principaux du réseau routier ont été déterminants dans la logique de localisation des infrastructures de santé dans le quartier, la distance de séparation entre ces différents établissements sanitaires n'a pas été respectée à cause du fait de la concurrence sur le marché de soins de ce quartier qui reste exclusivement privé. Aussi et surtout à cause des insuffisances que comportent les textes disponibles (déficit juridique). Ce qui a d'ailleurs eu pour conséquence majeure, l'obtention d'une configuration d'emboîtement et de fusion entre les aires d'influence des différents centres de soins (*cf. figure 3.11*).

Au regard de ce qui précède, nous pouvons affirmer que l'organisation spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi s'apparente à la théorie de localisation développée par CHRISTALLER (1933) et LÖSCH (1940). Cette théorie s'occupe de la répartition des services, leur hiérarchie, leur espacement et leurs aires de chalandise à travers le système de villes. Ramené à notre étude, la ville constitue Yopougon-Sicogi.

La particularité de cette théorie, c'est quelle repose sur deux grands principes fondamentaux que sont: la spécialisation et la hiérarchisation (BELHEDI, 2010). Or nous retrouvons ces deux grands principes fondamentaux dans l'organisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Cependant, la hiérarchisation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi se rapproche plus de l'approche de cette théorie développée par LÖSCH car si nous avons obtenu une configuration d'emboîtement et de fusion entre les aires d'influence des différents structures sanitaires (*cf. figure 3.11*) cela est dû à la variabilité des coefficients hiérarchiques  $K^{60}$  contrairement à CHRITALLER où  $K$  est fixe (3; 4; 7) selon les principes hiérarchiques.

#### **4.6. Organisation spatiale des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi et la théorie de localisation : une simple apparence ou une réalité**

Notre travail ici n'est pas de critiquer la théorie des places centrales malgré ses limites observées dans la littérature [MICHALAKIS *et al.* (1986) ; RADEFF (2000); ANONYME (2015)], mais de voir si l'organisation spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi a obéit à ses principes et postulats au point de la conduire à une configuration régulière.

---

<sup>60</sup> C'est un coefficient qui régit la hiérarchie dans un système de lieux centraux (BELHEDI, 2010)

Toutefois, même si cette théorie est remise en cause par certains auteurs, elle fait néanmoins partir des théories générales des systèmes en géographie (ALOKO, 2014).

Pour faire cette démonstration, nous confrontons les hypothèses relatives à la théorie des places centrales avec la réalité de l'espace de Yopougon-Sicogi et de son offre de soins à travers les établissements de santé :

- l'espace de Yopougon-Sicogi n'est pas isotrope car les populations, les établissements de santé ne sont pas équitablement répartis dans les différents secteurs du quartier. De plus, les densités sont différentes ainsi que la taille des secteurs ;
- même si les promoteurs des établissements de soins s'implantent dans des secteurs du quartier pour toucher le maximum de population (*cf. logique d'implantation*), cette population n'a pas un comportement rationnel et ne cherche pas à minimiser les coûts et les déplacements pour accéder aux centres de soins ;
- les populations n'ont pas une connaissance parfaite du marché de soins offert par les structures sanitaires de leur quartier ;
- la concurrence entre les différentes structures sanitaires n'est pas parfaite au regard des aires d'influence qui s'entremêlent et des coûts de traitement non uniformes ;
- même si les structures de soins sont hiérarchisées (*cf. pyramide des soins*), le court-circuitage est la norme car le système de référencement n'est pas respecté. De plus, la hiérarchie des secteurs ne suit pas celle des établissements sanitaires;
- les portées spatiales des structures de soins ne sont pas proportionnelles à leur niveau d'équipement et à l'offre de service de soins ;
- les coûts de transport sont proportionnels à la distance dans le quartier Yopougon-Sicogi mais avec un seul mode de transport et une liberté de circulation liée à l'isotropie spatiale (espace plat).

De ce qui précède, pouvons-nous affirmer que l'organisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'a aucun lien avec la théorie des places centrales ? Nous répondons par la négation car les établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi sont hiérarchisés et spécialisés même si la concurrence sur le marché des soins a entraîné le chevauchement des aires d'influence et que ces centres de soins ne constituent pas des nœuds de six axes principaux comme le préconise l'un des principes hiérarchiques de cette théorie. De plus, les hypothèses de départ émises ne correspondent plus à la réalité d'aujourd'hui comme nous venons de le constater (*cf. sous-titre 4.6*) puisque le comportement des hommes, les modes de consommation et d'organisation urbaine et les lois du marché ont changé sous l'influence de

plusieurs facteurs (le développement du transport, la géopolitique, la mondialisation).

#### **4.7. Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et modélisation**

La modélisation est la science de construire des modèles sur la base des données collectées et des observations faites en vue d'expliquer un fait ou un phénomène donné (BELHEDI, 2010). Ramenée à notre étude, c'est une démarche qui consiste à identifier les éléments de base de cette construction et de déterminer les relations majeures structurantes qui régissent l'affectation, l'organisation et le fonctionnement de l'espace de Yopougon-Sicogi à travers les structures sanitaires qui y sont implantées.

Modéliser, c'est concevoir un schéma de composition et de fonctionnement (modèle) qui rend le mieux compte du phénomène. Le modèle est donc "une représentation schématique d'une théorie, d'une réalité et d'une idée élaborée, en vue d'une démonstration" (HAGGETT, 1973). ALOKO (2014) le définit comme "une représentation graphique simplifiée d'un processus, d'une réalité géographique ou d'un système spatial qui vise par sa démarche simplifiée, à faciliter la compréhension et l'évolution des différentes étapes des processus spatiaux étudiés". C'est en outre une "représentation formalisée d'un phénomène à des fins d'interprétation" (BRUNET, 2000).

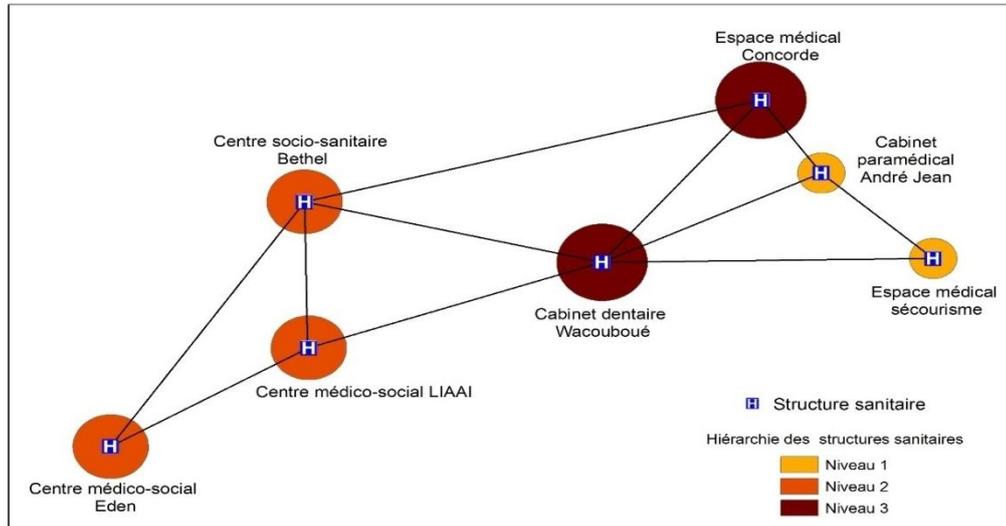
Cependant, la modélisation ne se limite pas à décrire, elle cherche à comprendre et expliquer les formes et les processus déterminants.

La théorie de base étant celle de la localisation, nous partons des hypothèses selon lesquelles :

- l'espace de Yopougon-Sicogi n'est pas isotrope car les populations, les établissements de santé ne sont pas équitablement repartis dans les différents secteurs du quartier. De plus, les densités sont différentes ainsi que la taille des secteurs ;
- même si les promoteurs des établissements de soins s'implantent dans des secteurs de sorte à toucher le maximum de population, cette population n'a pas un comportement rationnel et ne cherche pas à minimiser les coûts et les déplacements pour accéder aux centres;
- il n'existe pas de normes relatives à l'implantation des structures privées de santé ;
- la concurrence entre les différentes structures sanitaires n'est pas parfaite au regard des aires d'influence qui s'entremêlent et des coûts de traitement non uniformes ;
- la hiérarchie des secteurs ne suit pas celle des établissements sanitaires;
- les portées spatiales des structures de soins ne sont pas proportionnelles à la taille des

populations desservies par secteur.

Ainsi, vu ce qui précède, la figure 4.15 ci-dessous constitue la représentation schématique de la réalité d'organisation spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.



**Figure 4.15 :** Schéma représentant le modèle de distribution spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Source : Enquête terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Cette figure 4.15 donne une mosaïque triangulaire en lieu et place d'une figure hexagonale comme se fut le cas dans de nombreuses études (BELHEDI, 1992 ; BERRY, 1971 ; HAGGETT, 1973). Ce qui dénote la particularité et la complexité de l'organisation spatiale des services sanitaires de cet espace.

Du fait de la concurrence et du non-respect des distances de séparation entre centres de soins dues à l'absence de réglementations, la juxtaposition des aires d'influence des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi a conduit à adopter une structure triangulaire. La géométrie de cette structure, permet une couverture réellement exhaustive de l'espace du quartier Yopougon-Sicogi mais avec des intersections et sans homogénéité dues aux raisons évoquées un peu plus haut. Cette couverture est théoriquement mal perçue à cause du rapprochement des centres de soins des uns des autres. Chaque établissement de santé se positionne aux sommets des triangles de façon régulière selon le cas et est soumis à l'influence concurrentielle directe du centre de soins voisin sans tenir compte de sa hiérarchie, sa typologie et de sa catégorie. Pour rappel, toutes les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi offrent dans l'ensemble les mêmes services de soins à l'exception du cabinet dentaire. Dans ces conditions ; il n'y a pas de système de référencement. Ainsi, la hiérarchie des établissements de santé ne suit pas forcément les portées spatiales et les aires d'influences. Au vu des faits, la variation des densités a-t-elle contribué à déformer les aires triangulaires ?

Impossible de répondre à cette question car l'implantation des structures sanitaire de Yopougon-Sicogi n'a obéit clairement à aucune logique spatiale contrairement à ISARD (1956) qui a montré que la variation des densités contribue à déformer les aires hexagonales. En Tunisie, une étude sur l'organisation de l'espace a donné des résultats similaires que ceux de Yopougon-Sicogi. L'auteur a relevé un marché hiérarchisé et avec une répartition spatiale ordonnée selon un schéma triangulaire à coefficient hiérarchique (K) variable (BELHEDI, 1992).

On ne peut élaborer un modèle que lorsqu'on a compris une large partie de la réalité (BELHEDI, 2010). Mais ce modèle conçu, est-il destiné à comprendre cette réalité selon un cercle vicieux de la connaissance ? Autrement, les lecteurs de ce document nous comprendront-ils ? Nous osons croire que « oui ».

#### **Conclusion chapitre 4**

L'organisation spatiale des structures de santé sur l'espace infra urbain de Yopougon-Sicogi permet de constater une inégale répartition spatiale sous l'influence conjuguée de la présence de l'Hôpital Général(HG) à proximité du quartier, de la rareté de centres de soins dans les quartiers voisins situés à l'Est et au Sud de Yopougon-Sicogi, du réseau routier, de la présence des marchés (Yopougon-Sicogi et Selmer), de l'absence d'offres de soins publics et parapublics (centres communautaires) et surtout de l'insuffisance que comportent les textes de loi relatifs à l'organisation des établissements de santé privés. Mais l'absence d'établissement public de santé à Yopougon-Sicogi est justifiée car Yopougon-Sicogi est sous l'aire d'influence de l'hôpital général. Ce qui voudrait dire qu'en réalité l'Etat de Côte d'Ivoire n'est pas absent sur le marché de soins de Yopougon-Sicogi. L'Etat est donc présent à travers l'Hôpital Général selon l'échelle d'offre de soins calquée sur la hiérarchie des lieux centraux quand bien même que Yopougon-Sicogi soit construit plusieurs années avant la PMI (1978). Toutefois, il est à préciser que, ce n'est qu'en 2007 que la PMI a été érigée en Hôpital Général.

L'inégale répartition des structures sanitaires montre que leur implantation n'a répondu à aucune logique spatiale du quartier puisque le secteur 3 qui représente 20% la de superficie de Yopougon-Sicogi et abrite 20% de la population, ne dispose pas d'un centre de soins. Cette offre de soins privés très accessible à la fois en temps, en distance, en coût et moyen de déplacement à Yopougon-Sicogi s'est peu préoccupée d'une implantation régulière à travers le quartier que d'une logique de rentabilité, favorisant l'apparition de zones de forte

concentration et délaissant certains secteurs qu'ils jugent moins attractifs. Toute chose qui a mis en cause la complémentarité de ces structures sanitaires étant donné que les différentes aires d'influence se chevauchent. En somme, la structuration spatiale des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi reste conforme au modèle de localisation-allocation et à la logique territoriale, tous deux prenant leur fondement dans la théorie de localisation.

### **Conclusion partielle deuxième partie**

Les chapitres 3 et 4 de ce document montrent que, le schéma du modèle de distribution spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi obtenu, reste propre à Yopougon-Sicogi et à la nature de ses établissements de santé (privée). Il n'est donc pas calqué sur une hiérarchisation des lieux centraux en fonction du statut administratif du quartier, de la taille de sa population ni de son poids économique comme il est de tradition au niveau de l'organisation des établissements de santé publics. Toutefois, les déterminants de localisation de ces infrastructures de soins restent fortement liés à des logiques qui sont propres aux promoteurs des infrastructures sanitaires. Ainsi l'hypothèse 2 de départ selon laquelle « la distribution spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi est liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures sanitaires » est infirmée. Elle est infirmée car la distribution spatiale actuelle des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures sanitaires mais plutôt à la proximité de l'hôpital général, de la rareté de centres de soins dans les quartiers voisins, de la manière dont construction le réseau routier est construit, de la présence des marchés (Yopougon-Sicogi et Selmer) et des insuffisances que comportent les textes de loi relatifs à l'organisation des établissements de santé privés. Toute chose qui a emmené les promoteurs de soins à ne pas tenir compte de la proximité de leurs concurrents, de la catégorie et typologie de structures de soins de leurs concurrents ainsi que la taille des populations et des secteurs de leur lieu d'implantation.

Ainsi, la formalisation de l'offre de soins proposée à Yopougon-Sicogi s'est vue être surpassée par des trajectoires de recours aux soins sortant hors du quartier. Comme nous allons le voir dans les prochains chapitres de ce document, les populations situées à cheval sur ces limites physiques du quartier ont eu le choix de solliciter les établissements de santé qui leur conviennent le mieux.

Les deux premières parties de cette thèse unique ont permis de savoir que, le quartier Yopougon-Sicogi concentre une forte population en majorité jeune. Il dispose sur son espace de soins, des structures sanitaires exclusivement de type privé inégalement réparties avec un système de référencement quasi inexistant. Cette forte population devrait pouvoir constituer un atout pour ces structures sanitaires en termes d'utilisateur potentiel d'offre de services de soins disponibles, mais aussi, et surtout, un facteur d'accroissement des marges financières des promoteurs. C'est donc à juste titre, que nous nous proposons dans la troisième partie de ce document, de prendre en compte la question des facteurs qui déterminent l'accès et le recours aux soins de santé des populations au sein de ces établissements de santé.

## **Troisième partie**

# **LES DETERMINANTS D'ACCES ET DE RECOURS AUX STRUCTURES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI ET BILAN DE LA FREQUENTATION**

L'analyse des facteurs de la demande de soins est extrêmement importante pour la formulation de politiques et de stratégies dans le secteur de la santé. Une connaissance adéquate de l'étendue de ces facteurs de recours aux soins est importante pour mettre en place des politiques en vue d'assurer une utilisation effective des services de soins. Les déterminants de la demande de soins sont mis en relief de sorte à connaître le choix des populations comme des facteurs pouvant améliorer leur accès et recours aux soins de santé.

Cette troisième partie du document comprend deux chapitres. Le premier chapitre traite des facteurs qui influencent l'accès et l'utilisation des structures de santé de Yopougon-Sicogi des ménages ainsi que des déterminants de la demande de soins des usagers dans chacun des établissements de santé du quartier. Le but est de connaître les raisons de la présence de certains malades qui parcourent plusieurs kilomètres (distances) avant d'accéder aux infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi pour se faire soigner alors même qu'ils habitent à proximité des centres de santé de leur lieu de résidence. Le second chapitre analyse le niveau de la fréquentation de ces structures sanitaires.

## **Chapitre 5 : LES DETERMINANTS D'ACCES ET DE RECOURS AUX STRUCTURES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI**

Dans ce chapitre, il est question d'identifier les différents facteurs qui déterminent l'accès et le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Ces facteurs, que nous considérons comme des déterminants constituent les caractéristiques des individus liées à leur choix thérapeutique. Cette identification s'appuie sur la base des informations collectées auprès des ménages et des patients (ou clients).

### **5.1. Quelles variables d'étude retenir ?**

Normalement dans la démarche scientifique, il n'est pas bon de voir la méthodologie au niveau des résultats. Et, ce sous-titre ne constitue pas en soit une méthodologie mais un complément de cette méthodologie afin de mieux comprendre le choix du modèle des choix des variables retenues.

En effet, depuis plusieurs années, de nombreux chercheurs, le plus souvent en sociologie médicale et en santé publique, ont cherché à identifier les facteurs ou les associations de facteurs liés à l'utilisation des services de santé (occurrence, fréquence, type de services et plus rarement localisation des services utilisés) dans le but de décrire et de prédire cette utilisation (RICHARD, 2001). Les facteurs étudiés sont influencés par le contexte des études, mais aussi, assez largement semble-t-il par la formation des chercheurs, et ce, à partir des modèles d'utilisation des services de santé élaborés (modèles ANDERSEN (1968), GROSS (1972), KROEBER (1985), ADAY et SHORTELL (1988), ADAY et ANDERSON (1974), ANDERSEN et NEWMAN (1973)). Certains ont mis l'accent sur les processus psychologiques qui président à la perception de la maladie et aux choix thérapeutiques. D'autres ont privilégié l'influence des réseaux sociaux sur ces mêmes perceptions et choix. D'autres encore se sont intéressés surtout aux barrières que dresserait une mauvaise organisation médicale entre les patients potentiels et les prestataires de soins.

Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé ont souvent été organisés et regroupés autour de ces modèles explicatifs globaux, souvent de plus en plus complexes, car cumulant partiellement des approches précédentes. Il s'agissait donc surtout d'optimiser l'utilisation de ces services en identifiant et en éliminant, si possibles, les barrières à l'utilisation pour la population cible. La plupart de ces modèles regroupent de multitudes

caractéristiques de la population pouvant influencer l'utilisation des établissements de santé en trois catégories, à savoir :

1. les facteurs prédisposants (ce sont des caractéristiques socio-démographiques du malade ou de son entourage immédiat : le sexe, l'âge, l'ethnie, la religion, la taille du ménage, la profession, le niveau scolaire, la disponibilité d'une pharmacie de ménage, le type de service de santé visité) ;

2. les facteurs de réalisation (ce sont ceux qui offrent au malade la capacité d'utiliser les ressources disponibles: la distance séparant le domicile et le service de santé formel, la disponibilité de moyens de transport, la desserte des localités par les moyens de transport collectif, le lieu de résidence, le coût de déplacement, le temps mis pour accéder au centre de santé, le niveau économique du ménage)

3. les facteurs de besoins (la gravité perçue de la maladie, le diagnostic posé, latence thérapeutique<sup>61</sup>).

Cependant, il n'est pas possible de reprendre ces modèles dans un contexte de pays africains en voie de développement comme le nôtre, car, beaucoup trop complexes pour leur mise en œuvre et trop ambitieux. C'est pourquoi, dans le cadre de cette étude, nous avons pris en compte que des facteurs explicatifs que nous pouvons documenter de façon (relativement) fiable au moyen des nos enquêtes et tests statistiques retenus. Ce qui a conduit à privilégier les données factuelles, comme les caractéristiques socio-démographiques des ménages et des usagers des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi ainsi que leur localisation. Tout ceci, au détriment des facteurs renvoyant à des perceptions, valeurs, croyances, attitudes et connaissances. Toute chose qui permettrait une extrapolation éventuelle des résultats à une population plus large que les seuls échantillons.

Ainsi, le modèle d'identification des facteurs de recours retenu est celui d'ADAY *et al.* (1974). Ce modèle se repose essentiellement sur les caractéristiques de la population en y intégrant les facteurs prédisposants et facteurs de réalisation à l'exception des facteurs de besoins. C'est un modèle relativement simple, car, il se limite aux seuls soins curatifs (ce qui est d'ailleurs le cas des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi), mais aussi, s'attache à élucider les facteurs associés aux comportements de recherche de soins. Toutefois, sans être exhaustif et par souci de bien faire, nous allons suivre POWELL (1995) qui recommande aux chercheurs d'analyser toutes les variables susceptibles d'influencer le recours aux structures de soins. Selon lui, les études de l'utilisation doivent examiner les facteurs de réalisation, les

---

<sup>61</sup> La durée de la maladie au moment de la prise de décision

facteurs prédisposants et les facteurs de santé. Généralement, les sociologues de la santé ont étudié les facteurs prédisposants, au niveau individuel ou du groupe, les chercheurs en politique de santé ont examiné les variables liées au système de santé, et les géographes de la santé, les facteurs de réalisation, comme la distance. En somme, il est donc nécessaire d'examiner toutes les variables, classées en cinq sous-groupes :

- les variables démographiques (sexe, âge, taille du ménage) ;
- les variables économiques (profession, revenu, coût des prestations, coût des soins) ;
- les variables physiques ou géographiques (distance entre la structure de santé et le ménage ou le domicile du patient, durée du trajet, coût du trajet, mobilité) ;
- les variables culturelles (niveau d'étude, police d'assurance, type d'offre de soins) ;
- les variables organisationnelles (qualité des soins et des prestations, éducation sanitaire et relais communautaire).

Toutefois, ces cinq sous-groupes de variables énumérées peuvent être classées selon les deux catégories de facteurs retenues : facteurs prédisposants (sexe, âge, taille du ménage, profession, niveau d'étude), facteurs de réalisation (revenu, coût des prestations, coût des soins, distance entre la structure de santé et le ménage ou le domicile du patient, durée du trajet, coût du trajet, mobilité, police d'assurance, type d'offre de soins, qualité des soins et des prestations, éducation sanitaire et relais communautaire).

Il est vrai, toutes ces variables liées aux facteurs prédisposants et de réalisations énumérées seront étudiées sur recommandation de POWELL (1995). Cependant, nous n'allons pas nous détacher de l'hypothèse 3 de recherche. C'est pourquoi, les variables relatives aux conditions socio-démographiques (ou facteurs prédisposants) retenues dans le cadre de cette étude et à partir desquelles cette hypothèse 3 sera confirmée ou infirmée sont ainsi énumérées : sexe, âge, taille du ménage, niveau d'étude, type d'offre de soins, profession, revenu, coût des soins.

Au regard donc de ces différentes variables d'études retenues, quelles sont celles qui déterminent ou non le recours des populations aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ? Pour répondre à cette interrogation, nous avons subdivisé ce chapitre en deux sections. La première traite des déterminants de l'accès et de recours aux soins de santé des populations de Yopougon-Sicogi dans les structures de leur quartier. Quant au second, il est consacré aux facteurs de recours aux soins des patients (clients) dans chacun de ces établissements de santé. L'identification de tous ces éléments permettra de connaître non seulement, l'aire d'influence réelle des structures de santé (*cf. chapitre 3*), mais aussi, de comprendre pourquoi certains

malades viennent de très loin pour se faire soigner à Yopougon-Sicogi (alors même qu'il existe souvent des infrastructures de santé dans leur lieu de résidence).

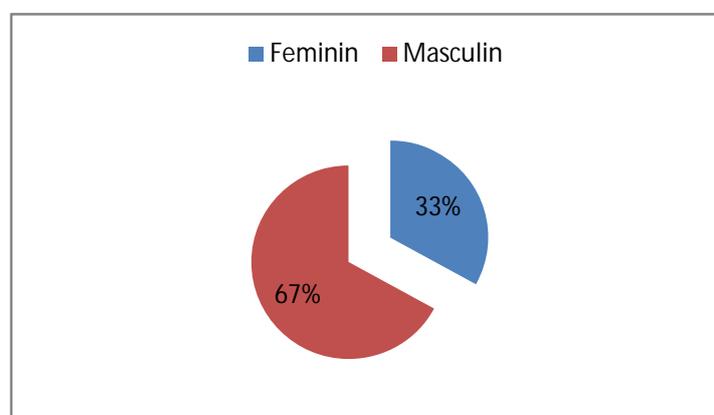
Avant de procéder à l'identification de ces déterminants, nous nous proposons de présenter des caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménages (*cf. Cadre méthodologique*) afin de mieux comprendre leur comportement dans le cadre de recherche de soins au sein des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi. Les données analysées sont basées sur des informations fournies par les chefs de ménages suite à l'enquête socio-sanitaire.

## 5.2. Caractéristiques des chefs de ménages comme déterminants du comportement de recours de soins

Les données inhérentes à ces caractéristiques concernent le sexe, l'âge, la taille des ménages, le niveau d'étude du chef de ménage, le revenu du ménage, etc. Il s'agit donc de définir lesquelles de ces caractéristiques constituent des déterminants de l'utilisation des différents structures sanitaires. Par déterminant, il faut plus entendre une caractéristique du ménage statistiquement liée au choix de recours thérapeutique au sein des établissements de santé de Yopougon-Sicogi. La pertinence statistique de chacun de ces éléments sera vérifiée au moyen du test de khi-2.

### 5.2.1. Sexe des chefs de ménages

Le sexe est une variable exogène importante dans le recours aux soins de santé. Selon qu'on soit homme ou femme, certains facteurs biologiques et naturels peuvent prédisposer à certains besoins de santé spécifiques et amener l'une ou l'autre catégorie d'utiliser le service de santé que d'autres.



**Figure 5.16.** : Répartition des chefs de ménage selon le sexe.  
(Source : Enquête terrain, TAPE, 2013)

Parmi les 181 chefs de ménages interrogés, 121 sont de sexe masculin, soit 67%. Les chefs de familles de sexe féminin ne représentent que 33%, soit 60 individus.

L'enquête a révélé que parmi les chefs de ménages de sexe féminin, 24% sont veuves et 9% ne partagent plus le même domicile avec leurs conjoints pour des raisons diverses.

### 5.2.2. L'âge des chefs de ménages

Les différentes tranches d'âge auxquelles appartiennent les chefs de ménages sont contenues dans le tableau ci-après :

**Tableau 5.16** : Répartition des chefs de ménage selon l'âge

Classe d'âge	[40 - 50 ans [	[50 - 60 ans [	[60 ans et plus	Total
Effectif	29	60	92	181
Proportion	16%	33%	51%	100%

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

La classe d'âge de 60 ans et plus est la plus représentée avec 51%, soit 92 chefs de ménages. Ceux dont l'âge est compris entre 50 ans et 60 ans représentent 33% des chefs de ménages contre 16% pour la classe d'âge dont l'âge est compris entre 40 ans et 50 ans.

L'âge a un impact sur l'utilisation des structures sanitaires. Les pathologies liées à l'âge sont différentes et guident la nature des services d'offre de soins sollicités, qui à son tour est fonction des structures de santé.

### 5.2.3. Taille moyenne des ménages

Elle exprime le nombre d'individus vivant sous le toit et la responsabilité des chefs de ménages.

Dans le tableau 5.17 ci-dessous, sont enregistrées les données relatives aux membres des ménages.

**Tableau 5.17 : Taille moyenne des ménages**

Intervalles	Ménages	Effectif des ménages enquêtés
[0 – 5 [	0 (0%)	0
[5 - 10 [	136 (75%)	1225
[10 - 15 [	45 (25%)	408
[15 et + [	0 (0%)	0
Total	181 (100%)	1633
Ratio		9,02

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Il ressort du tableau 5.17, que 5 à 9 individus vivent sous le toit de 75% des chefs de ménages contre 25% qui ont dans leur foyer 10 à 14 individus. En revanche, aucun ménage n'est constitué de moins de 4 personnes et de plus de 14 membres.

Le nombre moyen d'individus par ménage à Yopougon-Sicogi au regard de toutes ces données est de 9,02. Ce ratio est proche de celui observé par le District Sanitaire de Yopougon au cours de son étude sur le taux de succès de la campagne de vaccination contre la poliomyélite dans le quartier en 2012 (9,8 individus/ménage) et de celui de l'INS en 2011 (8,8 individus/ménage).

Il est prouvé que, lorsque la taille du ménage est grande et que le revenu n'est pas suffisant comme celui des ménages du quartier Yopougon-Sicogi (*cf. sous-titre 5.1.1.6*), en cas de maladie on réfléchit pour faire un choix entre se faire soigner où subvenir à d'autres besoins du ménage (PHELPS, 1995). La concentration d'individus par ménage s'explique par le fait que les jeunes, dépourvus de revenu à cause du chômage n'arrivent pas à se louer un appartement ou se prendre en charge. L'une des raisons est la forte propension de cette jeunesse à faire des enfants car selon elle, il n'est pas question de se soucier des conditions de vie avant de faire sa progéniture.

#### **5.2.4. Niveau d'étude des chefs de ménages**

Le tableau 5.18 qui suit, présente la répartition des chefs de ménages selon le niveau d'étude.

**Tableau 5.18.** : Répartition des chefs de ménages selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Sexe	Effectif	Proportion en %	Total
Primaire	M	86	48%	55%
	F	13	7%	
Secondaire	M	22	12%	12%
	F	0	0%	
Supérieur	M	13	7%	7%
	F	0	0%	
Aucun	M	0	0%	26%
	F	47	26%	
Total		181	100%	100%

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013 / M : masculin ; F : féminin

On observe dans le tableau 5.18 que, 55% des chefs de ménages ont un niveau primaire. Les chefs de ménages qui n'ont pas été scolarisés représentent 26%. Ces chefs de ménages sont toutes de sexe féminin et sont soit commerçantes ou ménagères. Les chefs de ménages qui ont atteint le niveau secondaire et supérieur représentent respectivement 12% et 7% et sont exclusivement de sexe masculin.

### 5.2.5. Profession des chefs de ménages

Les différentes professions des chefs de ménages sont enregistrées dans le tableau 5.19. Les retraités sont les plus nombreux avec 55%, soit 99 chefs de ménages. Les fonctionnaires et salariés représentent respectivement 5% et 7% des enquêtés. Les ménagères représentent 14%, les sans emploi 7% et ceux qui exercent dans le commerce informel 12%.

**Tableau 5.19** : Répartition des chefs de ménages selon la profession

Profession	Effectif	Proportion
Fonctionnaire	9	5%
Salarié	13	7%
Commerçant	22	12%
Retraité	99	55%
Ménagère	25	14%
Sans emploi	13	7%
Total	181	100%

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

La forte proportion des retraités s'explique par le fait qu'ils soient les propriétaires des logements du quartier depuis que la société SICOGI (promoteur immobilier) a cédé son titre de propriété aux locataires moyennant des contreparties financières, et cela, sous le contrôle de l'Etat à partir de l'année 1990. Selon la SICOGI ; depuis la mise en place du système de dessaisissement de ses anciens quartiers dans les années 1990, à ce jour, la quasi-totalité des logements de Yopougon-Sicogi appartient aux particuliers.

Le commerce informel est exercé exclusivement par les femmes. Selon elles, c'est la seule manière de pouvoir trouver les ressources financières pour nourrir les enfants et les nombreux petits enfants. Dans cette étude nous avons conféré la fonction de ménagère à tous ces chefs de ménages de sexe féminin qui sont sans profession. Elles vivent grâce à la pension de veuve pour certaines ou grâce aux ressources perçues des connaissances et des rentes issues de la location de certaines pièces de leur maison (les pièces de la maison sont partagées entre un ou plusieurs locataires et les membres du chef de ménage).

#### 5.2.6. Revenu des chefs de ménages

Sont contenus dans le tableau 5.20 les différentes tranches de revenu mensuel auxquelles appartiennent les ménages.

**Tableau 5.20** : Répartition des chefs de ménages selon le revenu

Niveau de revenu en franc CFA	Effectif	Proportion(en%)
Moins de 50 000	20	11%
[50 000 ; 100 000 [	94	52%
[100 000 ; 150 000 [	7	4%
[150 000 et plus	22	12%
Aucun	38	21%
Total	181	100%

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Selon le tableau, 52% des individus de l'échantillon ont déclaré avoir un revenu mensuel compris entre 50.000f CFA (76,22€) et 100.000f CFA (152,44€). Dans cette catégorie, les chefs de ménages retraités sont les plus nombreux. Ceux dont le revenu est au-delà de 150.000f CFA (228,67€) sont des salariés et des fonctionnaires. Ils sont au nombre de 22 et représentent 12% des enquêtés. Ceux dont le revenu est inférieur à 50.000f CFA

(76,22€) sont pour la plupart les acteurs du commerce. Les chefs sans revenu sont les ménagères et les chefs de ménages sans emploi. Ils représentent 21%, soit 38 individus.

Le revenu du ménage est l'un des déterminants importants de la demande des soins dans un système de santé dans la mesure où il peut accroître la probabilité d'utiliser un service de santé moderne. De même, un ménage qui ne dispose pas de ressources financières aura du mal à se faire soigner.

Dans le cadre de cette étude, nous avons constaté que seulement 21% des chefs de ménages ne disposent pas de revenu. Ce qui voudrait dire qu'en principe, 79% des ces chefs de familles disposent de revenu pouvant leur permettre d'assurer leur dépense de soins dans les centres de santé de leur quartier. Et pourtant, tous ces chefs de ménages ne sollicitent pas les structures de santé de Yopougon-Sicogi dans le cadre de recherche de soins en cas de maladie. Pourquoi cette situation ? Autrement dit, quels sont les déterminants de l'accès et du recours aux soins de santé des populations dans les structures sanitaires de leur quartier ?

### **5.3. Identification des déterminants de l'accès et du recours aux soins**

Les données analysées sont basées sur des informations fournies par les chefs de ménages de notre échantillon sur leur comportement dans le cadre de recherche de soins en cas de problèmes de santé.

Dans les différents tableaux à double entrée ci-dessous, le « **OUI** » correspond aux chefs de ménages qui utilisent ou qui ont déjà utilisé les structures de santé de Yopougon-Sicogi. A l'inverse, le « **NON** » représente ceux qui ne sollicitent pas les établissements de soins de leur quartier dans le cadre de recherche de soins ou dans leur quête de guérison (complément de la méthodologie).

#### **5.3.1. Relation entre recours aux soins de santé dans les structures sanitaires et variables démographiques**

Les variables retenues ici sont le sexe, l'âge et la taille du ménage. Toutes les données d'enquête relatives à ces variables sont enregistrées dans les tableaux à double entrée 5.21, 5.21.1 et 5.21.2 qui suivent.

##### **- Sexe et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires**

Le tableau 5.21 ci-dessous montre que les enquêtés de sexe masculin au nombre de 121 sont les plus nombreux. Ils représentent 67% parmi lesquels 63% n'utilisent pas les

structures de santé de Yopougon-Sicogi contre 4%, soit respectivement 114 et 7 individus. Quant aux enquêtés de sexe féminin, ils représentent 33% de l'ensemble des chefs de ménages enquêtés, soit 60 individus parmi lesquels 7% ont recours aux centres de soins de leur quartier contre 26%.

**Tableau 5. 21** : Sexe et recours aux soins de santé

Sexe	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Masculin	7 (4%)	114 (63%)	121 (67%)
Féminin	13 (7%)	47 (26%)	60 (33%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Après le tableau 5.21, on procède au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1).

**H0** : Le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est indépendant du sexe de la population. Autrement dit, le sexe des chefs de ménages n'est pas déterminant dans le cadre de l'utilisation des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi ( $khi-2_{cal} < khi-2_{tab}$ ).

**H1** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est dépendant du sexe de la population. Autrement dit, le sexe des chefs de ménages est déterminant dans le cadre de l'utilisation des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi ( $khi-2_{cal} > khi-2_{tab}$ ).

Après différents calculs suite à l'utilisation du test de khi-2 (*cf. annexe 3*); on constate que, le khi-2 calculé (10,30) est supérieur au Khi-2 des tables (3,84), alors nous rejetons l'hypothèse d'indépendance (H0). Donc, le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi dépend du sexe. Cela signifie que, le sexe des chefs de ménages de Yopougon-Sicogi est déterminant dans l'utilisation des structures de santé en cas de besoins de soins.

L'utilisation du test de khi-2 de Karl Pearson a montré que le sexe des chefs de ménages de Yopougon-Sicogi a une influence sur leur recours aux soins des établissements de santé de leur quartier. L'observation de cette variable « sexe » dans l'utilisation des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi, fait ressortir que les chefs de ménage de sexe féminin (7%) fréquentent plus les services de santé que les chefs de ménage de sexe masculin (4%). Ceci se justifie par le fait que ce sont les femmes qui sont plus vulnérables aux maladies et sollicitent plus souvent les services de santé. Ces résultats sont identiques à ceux obtenus au

Canada où 74% des hommes seulement contre 85% des femmes ont consulté un médecin de famille dans l'intervalle 1998 -1999 (BISHANGI, 2009).

- **Age et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires**

Dans le tableau 5.22 nous constatons que les enquêtés qui se situent dans la tranche d'âge de 60 ans et plus représentent 51% de l'ensemble des chefs de ménages dont 50% n'ont pas recours aux centres de soins contre 1%. Les chefs de ménages dont la tranche d'âge se situe entre 50 à 60 ans représentent 33% contre 16% se situant dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans. Dans ces deux tranches d'âge, les enquêtés qui utilisent les centres de santé de Yopougon-Sicogi représentent respectivement 2% et 8% contre 31% et 8% qui ne sollicitent pas ces centres en cas de besoin.

**Tableau 5.22 : Age et recours aux soins de santé**

Age	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
[40-50 ans [	14 (8%)	15 (8%)	29 (16%)
[50-60 ans [	4 (2%)	56 (31%)	60 (33%)
[60 ans et plus	2 (1%)	90 (50%)	92 (51%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Suite au tableau 5.22, on procède au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1).

**H0** : L'âge des chefs de ménages n'est pas déterminant dans le recours aux soins de santé au sein des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ( $khi-2 \text{ cal} < khi-2 \text{ tab}$ ).

**H1** : L'âge des chefs de ménages est déterminant dans le recours aux soins de santé au sein des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ( $khi-2 \text{ cal} > khi-2 \text{ tab}$ ).

Après l'utilisation du test de Khi-2 (*cf. annexe 3*), la variable exogène « âge » s'est avérée déterminante dans l'utilisation des établissements de soins de Yopougon-Sicogi par les ménages car le khi-2 calculé (49,47) est supérieur au Khi-2 des tables (5,99). Ce résultat s'explique par le fait que plusieurs maladies soient liées à l'âge partout ailleurs en général et à Yopougon-Sicogi en particulier où l'âge de l'ensemble des chefs de ménages part de 40 ans à plus de 60 ans. Ce résultat corrobore avec ceux de SALEM *et al.* (1994) dans leur étude sur "Mères et enfants se soignent-ils de la même manière à Pikine ?". Dans cette étude, ils sont

arrivés à la conclusion selon laquelle l'âge est un facteur déterminant dans le recours aux soins de santé à Pikine dans la banlieue dakaroise.

- **Taille du ménage et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires**

**Tableau 5.23 :** Taille du ménage et recours aux soins de santé

Taille moyenne des ménages	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
[5 - 10 [	16 (9%)	119 (66%)	135 (75%)
[10 - 15 [	4 (2%)	42 (23%)	46 (25%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

Source : Enquête terrain, TAPE, 2013

Il ressort du tableau 5.23, que 75% des chefs de ménage ont sous leurs toits entre 5 et 9 individus. Parmi ces 75% enquêtés, 66% n'utilisent pas les structures de santé contre 9% lors des épisodes de maladies. Les enquêtés qui ont sous leurs toits 10 à 14 individus représentent 25% parmi lesquels 23% n'ont pas recours aux centres de santé contre 2% qui utilisent ces établissements de soins.

Après le tableau 5.23, procédons au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en vue de l'utilisation du test de khi-2.

**H0 :** Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ne dépend pas du nombre d'individus dans les ménages ( $khi-2_{cal} < khi-2_{tab}$ ).

**H1 :** Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi dépend du nombre d'individus dans les ménages ( $khi-2_{cal} > khi-2_{tab}$ ).

En utilisant le test de Khi-2 de Pearson, la variable indépendante « nombre d'individus par ménage » s'est avérée déterminante dans l'utilisation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi (Khi-2 théorique (4,27) supérieur au Khi-2 des tables (3,84)). La taille du ménage influence donc la décision des populations de Yopougon-Sicogi d'aller ou non se faire soigner au sein des infrastructures de santé de leur quartier.

En effet, lorsque le ménage est de grande taille et que le revenu n'est pas suffisant, en cas de maladie on réfléchit pour faire un choix entre se faire soigner où subvenir à d'autres besoins du ménage. Ce qui peut ne pas être le cas lorsque la taille du ménage est petite. Ce résultat est identique à celui trouvé par RICHARD (2001) au cours de son étude portant sur l'accès et le recours aux soins dans la Sous-préfecture de Ouessè. Il en est de même pour MCKINLAY(1972) qui a établi un lien entre la taille du ménage et la faible utilisation des

services de santé. Il montre dans son étude qu'un couple avec beaucoup de jeunes enfants, fréquentent moins les infrastructures sanitaires. Selon ces deux auteurs, les besoins familiaux comprenant les soins augmentent avec la taille du ménage élevé, d'où élasticité de la demande des soins. Ces études ont montré que l'inaction face à la maladie dépend de la taille du ménage.

### 5.3.2. Relation entre recours aux soins de santé et variables économiques

Les variables d'étude retenues sont la profession, le revenu, le coût des prestations et des soins. Elles sont toutes contenues dans des tableaux à double entrée 5.24, 3.25 et 5.26.

#### - Profession des chefs de ménages et recours aux soins de santé

**Tableau 5.24 : Profession et recours aux soins de santé**

Profession	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Salarié	2 (1%)	11 (6%)	13 (7%)
commerçant	9 (5%)	13 (7%)	22 (12%)
Fonctionnaire	0 (0%)	9 (5%)	9 (5%)
Retraité	5 (3%)	94 (52%)	99 (55%)
Ménagère	4 (2%)	21 (12%)	25 (14%)
Sans emploi	0 (0%)	13 (7%)	13 (7%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Dans ce tableau, les enquêtés les plus nombreux sont les retraités avec une proportion de 55% parmi les lesquels 52% ne sollicitent pas les structures sanitaires du quartier. Les chefs de familles qui sont ménagères et commerçants représentent respectivement 14% et 12%. Ceux qui sont salariés et sans emploi représentent chacun 7%. Aucun fonctionnaire ou sans-emplois ne fréquentent les structures de santé de leur quartier. Seuls les commerçants (5%) sont les plus nombreux à solliciter les centres de soins du quartier.

En vue de l'utilisation du test de khi-2, on fait le choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) suivantes :

**H0** : La profession des chefs de ménages n'a pas d'influence sur l'utilisation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi.

**H1** : La profession des chefs de ménages influence l'utilisation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Comme résultat, la profession des chefs de ménages du quartier Yopougon-Sicogi s'est avérée déterminante dans l'utilisation des structures sanitaires de leur quartier car le Khi-2 calculé (27,13) est supérieur au Khi-2 théorique (11,07). Il y a donc un lien entre la variable « profession » des chefs de ménages de Yopougon-Sicogi et leur choix de recourir aux centres de santé de leur quartier. En effet, sur les 11% des ménages qui fréquentent les infrastructures de santé de leur quartier, 9% d'entre eux appartiennent à un corps de métier et mènent une activité génératrice de revenu. Ce qui leur permet d'assurer les dépenses liées à leur santé. Cette même variable s'est trouvée déterminante dans l'utilisation des centres de santé en Sierra Leone au cours d'une étude menée par GESLER *et al.* (1987). Selon les résultats de cette étude, les enfants des ménagères consultent moins les services confessionnels que les enfants des commerçantes et agriculteurs à cause des coûts élevés pratiqués, mais consultent plus les centres de santé publics. La profession des chefs de ménages influencent donc la fréquentation des services de santé.

- **Revenu du ménage et recours aux soins de santé**

**Tableau 5.25 : Revenus et recours aux soins de santé**

Revenu (en f CFA)	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Moins de 50 000	8 (5%)	12 (6%)	20 (11%)
[50 000 ; 100 000 [	4 (2%)	90 (50%)	94 (52%)
[100 000 ; 150 000 [	2 (1%)	5 (3%)	7 (4%)
[150 000 et plus	2 (1%)	20 (11%)	22 (12%)
Aucun	4 (2%)	34 (19%)	38 (21%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Le tableau 5.25 que, sur un total de 181 enquêtés, 52% des enquêtés soit 94 individus disposent d'un revenu se situant dans la tranche de 50.000f CFA (76,22€) à 100.000f CFA (152,44€). Seulement 2 % de ces individus utilisent les centres du quartier contre 50% qui sollicitent d'autres voies de recours. On remarque en outre que 21% des enquêtés ne disposent d'aucun revenu leur permettant de couvrir les dépenses de soins. Parmi ces 21% individus, 2% ont consulté les structures de soins de Sicogi lors des épisodes de maladies contre 19% qui ont préféré aller ailleurs.

En vue de l'utilisation du test de khi-2, on fait le choix des hypothèses d'indépendance (HO) et de dépendance (H1) qui suivent.

**HO** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est indépendants du revenu de la population.

**HI** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est dépendant du revenu de la population.

Comme résultat, l'utilisation des centres de soins de Yopougon-Sicogi s'est avérée dépendant du revenu des ménages après utilisation du test de Pearson ( $\chi^2$  calculé (23,80) >  $\chi^2$  des tables (9,48)). Ce qui voudrait dire qu'à Yopougon-Sicogi, pas d'argent, pas de soins malgré l'identité de certains promoteurs d'appareil de production de soins (des ONG). Or, la capacité de tout individu à assurer les frais inhérents à sa santé sont fortement liés à son revenu. Ce qui est difficile d'être le cas à Yopougon-Sicogi car 63% des chefs de ménages interrogés gagnent moins de 100.000f CFA (152,44€) mensuellement et 21% sont sans revenu. Le résultat trouvé est identique à celui de la Banque Mondiale (BM, 2007) qui, dans son rapport confirme que les ressources financières demeurent en dépit de tous, comme l'entrave majeure à l'accès aux soins de santé. Comme conséquence, en Côte d'Ivoire, les ivoiriens ne consulteraient pas un médecin rapidement car ils savent que le prix de la consultation et celui des médicaments ou des analyses qu'il prescrira, pourront engloutir le budget mensuel de la famille. Une autre enquête couvrant toute l'agglomération de Cotonou indique que le manque de moyens financiers a été invoqué par 72% des cas de non recours au traitement (CISSE *et al*, 1998). La faiblesse du revenu des chefs de ménages entrave donc le niveau de fréquentation des centres de santé. En effet, les résultats d'une étude sur l'économie locale de Korhogo ont montré que les frais d'éducation et de soins de santé qui occuperaient respectivement 4,4% et 5% du budget familiale ont une incidence sur l'utilisation des infrastructures de santé (TUO, 2013).

- **Coût des prestations et des soins pratiqué et recours aux soins de santé**

**Tableau 5.26** : Coûts des prestations et des soins et recours aux soins de santé

Perception des coûts des prestations et des soins	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	16 (9%)	11 (6%)	27 (15%)
Elevé	4 (2%)	150 (83%)	154 (85%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

Le tableau 5.26 montre que, sur les 181 enquêtés, 85% soit 154 individus estiment que les coûts des prestations et des soins fournis par les établissements de santé sont élevés.

Parmi ces 85%, 83% n'ont pas recours aux structures de soins du quartier contre 2% qui les fréquentent. En se référant au tableau 5.20 (voir tableau de revenu), on constate que 21% des enquêtés sont sans revenu et 63% ont un revenu inférieur à 100.000f CFA (152,44€). Même si les coûts des prestations et des soins les plus élevés dans le quartier sont inférieurs à 100 000f CFA (152,44€), la dépense de santé ne saurait être la seule dépense des ménages. Parmi ces enquêtés, 15% ont une perception allant dans le sens selon lequel les coûts pratiqués sont bas. 9% d'entre eux ont consulté les structures des soins pendant leur état morbide contre 6%.

Les choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en vue de l'utilisation de test du khi-2.

**H0** : La perception que la population a des coûts de prestation et des soins pratiqués dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'a pas d'influence sur leur choix de recourir aux soins.

**H1** : La perception que la population a des coûts de prestation et des soins pratiqués dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi a une influence sur leur choix de recourir aux soins.

Après calcul, on trouve que, le Khi-2 calculé (74,70) est supérieur au Khi-2 théorique (3,84). Donc la perception que la population a des coûts de prestation et des soins pratiqués dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi a une influence sur leur choix de recours aux soins en cas de besoin au sein de ces établissements de santé. Que ce soit les ménages qui fréquentent ces centres de santé et ceux qui le font pas, ils sont à 85% qui ont une opinion selon laquelle les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi pratiquent des coûts élevés. L'AAESPS<sup>62</sup> en mars 2009 à Accra au Ghana en rendant les conclusions de son étude sur « Les priorités de l'économie de la santé en Afrique » reconnaît cette dépendance en affirmant qu'il n'est pas étonnant de nos jours, d'entendre dire qu'ici, les gens n'ont pas de sous, ils préfèrent mourir avec leurs maladies. Cette association s'est même posé la question de savoir si la généralisation des recouvrements imposée par les bailleurs de fonds dans les formations sanitaires n'a-t-elle pas transformé celles-ci en centres de soins payants car pas d'argent, pas de soins au point parfois d'en vider les structures. Elle soutient également que, les tarifs de consultation très élevés pour 59% des populations pauvres constituent la première cause de non consultation.

---

<sup>62</sup> Association Africaine d'Economie de la Santé et de Politique de Santé

### 5.3.3. Relation entre recours aux soins et variables d'ordre physique (géographique)

Les variables retenues sont : la distance séparant les domiciles des ménages et les structures sanitaires, la mobilité, la durée et le coût du trajet entre les domiciles les ménages et les établissements de soins.

Toutes ces variables indépendantes mentionnées sont en relation directe avec les paramètres de la dimension de l'accès que nous avons choisis de privilégier dans le cadre de notre étude (*cf. revue de la littérature*). Il s'agit de l'accès effectif des populations aux structures de santé de leur quartier dans le cadre de recherche de soins.

Toutes les données d'enquête relatives à ces paramètres et à leurs modalités sont enregistrées dans des tableaux à double entrée qui suivent.

#### - Distance entre domiciles des ménages et infrastructures de santé et recours

**Tableau 5.27** : Distance et recours aux soins de santé

Perception de la distance	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Pas longue	13 (7%)	92 (51%)	105 (58%)
Longue	7 (4%)	69 (38%)	76 (42%)
Très longue	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

Il ressort de ce tableau que, 58% des enquêtés estiment que la distance qui sépare leur domicile et les centres de santé du quartier n'est pas longue. Parmi ces individus, 51% n'ont pas recours aux structures de soins du quartier contre 7%. Ce tableau montre en outre que 42% des ménages enquêtés ont déclaré que la distance séparant leur domicile aux centres de santé est longue. 38% d'entre eux utilisent les centres de soins du quartier contre 4% qui ne les utilisent pas. On constate également qu'aucun enquêté selon qu'il soit utilisateur ou non des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'a estimé que la distance séparant leur domicile aux établissements de santé est longue.

Suite au tableau 5.27, on procède au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1).

**H0** : La distance entre les structures de santé et les ménages n'est pas déterminante dans le cadre de l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ( $khi-2_{cal} < khi-2_{tab}$ ).

**H1** : La distance entre les structures de santé et les ménages est déterminante dans le cadre de l'utilisation structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ( $khi-2 \text{ cal} > khi-2 \text{ tab}$ ).

Comme résultat, on constate que le Khi-2 théorique (0,43) est inférieur au Khi-2 des tables (5,99), alors nous rejetons l'hypothèse alternative ou de dépendance et acceptons l'hypothèse nulle. Donc l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas dépendante de la distance qui sépare ces structures de santé et les ménages dans le cadre de leur recherche de soins au sein de ces infrastructures de santé.

L'utilisation du test statistique dans ce cas précis montre que les deux variables mises en corrélation sont sans lien [Khi-2 calculé (0,43) est inférieur au Khi-2 des tables (5,99)]. La distance n'est donc pas déterminante dans l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi malgré de faibles distances qui séparent les ménages des infrastructures de santé de leur quartier. Nos recherches montrent qu'à Yopougon-Sicogi, la distance la plus courte entre une structure de santé et un ménage est équivalent à l'épaisseur du mitoyen (15 cm) qui sépare les domiciles de certains chefs de ménages et les établissements de santé. Quant à la distance la plus longue, elle correspond à la plus grande portée spatiale (378m) de l'une des structures de soins calculée à partir des normes du Ministère de la santé de Côte d'Ivoire relatives aux établissements de santé publiques (*cf. chapitre 3* et DIPE, 2010). De plus, les bâtiments qui abritent les ménages sont les mêmes dans lesquels sont implantés les établissements de santé.

Ce résultat obtenu dans cadre de notre étude reflète bien la réalité de notre espace d'étude et est identique avec celui de OUATTARA (2003) contrairement aux conclusions de plusieurs recherches comme le cas de RICHARD (2001), qui a montré que la proximité constitue le facteur le plus prépondérant dans le choix du premier et second recours dans l'itinéraire thérapeutique des patients à Ouessè au Bénin. Il en est de même pour HOURS (1986) qui a affirmé que « c'est d'ailleurs la proximité qui, avant tout autre facteur, amène les patients à fréquenter les dispensaires de Douala ». Quant à DOUDOU (1996) il a révélé dans son étude que la distance empêche des malades atteints de la tuberculose, de suivre convenablement leur traitement. Toutefois, à Yopougon-Sicogi, malgré les faibles distances qui séparent les ménages des structures sanitaires, le taux de fréquentation des centres de soins reste faible (*cf. chapitre 6: 10,41% en 2013 ; 9,28% en 2014 ; 14,99% en 2015 ; 11,26% en 2016*).

Cependant, contrairement à nos résultats, KONE (2012) à trouvé au cours d'une étude menée à Dakar que, le coût de traitement n'a pas d'effet sur le choix des ménages en cas de maladies (fièvre) chez leurs enfants.

- **Mobilité des ménages et recours aux soins de santé**

**Tableau 5.28 : Mobilité et recours aux soins de santé**

Perception de la mobilité	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Faible mobilité	5 (3%)	24 (13%)	29 (16%)
Forte mobilité	15 (8%)	137 (76%)	152 (84%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Dans le tableau 3.28, on remarque que, 84% des ménages estiment qu'ils disposent d'une forte capacité de déplacement. Parmi eux, 76% ont déclaré n'avoir jamais utilisé les structures de santé, contre 8%. Cependant, 16 % des ménages déclarent avoir une faible mobilité. Parmi ceux-ci, 3% ont recours aux établissements de soins, contre 13%.

Le choix des hypothèses d'indépendance (HO) et de dépendance (H1) en vue de la mise en pratique du test du khi-2.

**HO** : La capacité de placement des ménages pour accéder aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas dépendante de l'utilisation de ces établissements de soins du quartier ( $khi-2_{cal} < khi-2_{tab}$ ).

**H1** : La capacité de placement des ménages pour accéder aux structures sanitaire de Yopougon-Sicogi est dépendante de l'utilisation de ces établissements de soins du quartier ( $khi-2_{cal} > khi-2_{tab}$ ).

Comme résultat, après l'utilisation du test d'indépendance de Karl Pearson, il s'est avéré qu'il n'y a pas de lien entre l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et la mobilité des ménages (Khi-2 calculé (1,34) est inférieur au Khi-2 tabulaire (3,84)).

La mobilité des ménages s'exprime ici en terme de leur capacité à se déplacer à travers les moyens dont ils disposent (marche, véhicule, bicyclette, etc.) pour accéder aux établissements sanitaires en cas de besoins de soins. Or à Yopougon-Sicogi, les faibles distances séparant les ménages des structures sanitaires (ce qui encourage la marche) d'une part et l'abondance des moyens de transport en commun (taxi communal et Gbaka) à moindre coût et le très bon état de la voirie du quartier d'autre part constituent des facteurs de grande

mobilité. C'est pourquoi d'ailleurs, 84% des ménages soumis à notre enquête ont déclaré avoir une grande capacité de déplacement malgré le fait qu'ils ne possèdent pas dans leur grande majorité de moyens de locomotion (véhicules ou engins à deux roues). Cependant, malgré cette facilité de déplacement dans le quartier Yopougon-Sicogi, seulement 11% des ménages ont recours aux infrastructures sanitaires de leur quartier en cas de besoins de soins.

Pourtant la mobilité des populations s'est toujours révélée déterminante dans l'utilisation des structures de soins contrairement à Yopougon-Sicogi. Ainsi dans la région de Haute Casamance, ensemble constitué du Sénégal, de la Gambie, de la Guinée Bissau et de la Guinée, l'absence de moyens de transport a été jugée entravant pour une certaine mobilité des populations de cet espace transfrontalier dans leur recherche de soins au sein des structures de santé (DIONE, 2013).

- **Durée du trajet séparant les domiciles des ménages et les infrastructures de santé et recours aux soins de santé**

**Tableau 5.29** : Durée du trajet et recours aux soins de santé

Perception de la durée du trajet	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Courte durée	18 (10%)	152 (84%)	170 (94%)
Longue durée	2 (1%)	9 (5%)	11 (6%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

A travers le tableau, 94% de nos sujets d'enquête ont affirmé que la durée du trajet entre leurs domiciles respectifs et les structures de santé de leur quartier est courte. Ces 94% des ménages sont repartis entre 10% d'utilisateurs des infrastructures sanitaires contre 84% de non utilisateur. Le tableau montre en outre que, 6% de l'ensemble des ménages enquêtés déclarent que, le temps mis avant d'accéder aux structures de santé entre leur domicile et ces établissements de soins est élevé. Parmi eux, 5% n'ont pas recours aux établissements de soins contre 1%.

Après le tableau 5.29, procédons au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en vue de l'utilisation du test de khi-2.

**H0** : La durée du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas déterminante dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins

**H1** : La durée du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est déterminante dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins

Après l'utilisation du test du khi-2, Le résultat montre que, la durée du trajet entre le domicile des ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas déterminante dans le recours aux soins de santé des populations au sein de ces établissements de santé. Ce qui signifie que, l'utilisation des établissements de soins n'est donc pas liée au temps mis avant de les accéder. Cela s'expliquerait par le fait que, l'ensemble des ménages se trouve à une faible distance des infrastructures de santé. Cependant, plusieurs études ont montré que le coût d'opportunité comme le temps de marche était un facteur limitant l'utilisation des établissements de soins (OLIVIER DE SARDAN, 2003 ; TALANI *et al.* , 2008).

Dans cette étude, nous avons considéré la durée du parcours entre les ménages et les structures de soins car elle rend mieux compte de la mesure de distance qui est fondamentale dans l'utilisation des établissements sanitaires. Cependant, nous n'y avons pas inclus le temps d'attente d'un moyen de transport et de l'état de santé d'un malade qui détermine le mode de transport et le rythme de déplacement s'il choisi la marche par exemple.

- **Coût du trajet séparant les domiciles des ménages et les infrastructures de santé et recours aux soins de santé**

Le coût retenu ici, inclus une dimension sociale. Donc il est de nature monétaire et non physique.

**Tableau 5.30** : Coût du trajet et recours aux soins de santé

Perception du coût du trajet	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	20 (11%)	147 (81%)	167 (92%)
Elevé	0 (0%)	14 (8%)	14 (8%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

Le tableau 5.30, contient des données relatives à la perception que les ménages ont du coût du trajet entre leurs domiciles et les établissements de soins mais aussi des données de l'utilisation ou non de ces infrastructures de santé. A cet effet, 92% de l'ensemble des ménages enquêtés estiment que le coût du trajet entre leurs domiciles et les établissements de soins de leur quartier est bas. Parmi ces 92% de ménages, 81% n'utilisent pas les structures de santé de Sicogi contre 11% qui les sollicitent en cas de besoins de soins.

Ce tableau montre en outre que, 8% des ménages déclarent que le coût de ce dit trajet est élevé. Ces individus sont exclusivement ceux qui ne fréquentent pas les appareils de distribution de soins de santé de leur quartier.

Après le tableau 5.30, procédons au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en vue de l'utilisation du test de khi-2.

**H0** : Le coût du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas déterminant dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins (khi-2 cal < khi-2 tab).

**H1** : Le coût du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est déterminant dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins (khi-2 cal > khi-2 tab).

Comme résultat, le coût du trajet séparant les domiciles des ménages et les infrastructures de sanitaires de Yopougon-Sicogi s'est avéré non déterminant dans l'utilisation des établissements de santé après utilisation du test d'indépendance du Khi-2 (Khi-2 calculé (1,87) est inférieur au Khi-2 des tables (3,84)). Il n'y a donc pas de lien entre le coût du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et l'utilisation de ces dits établissements de santé. Nos enquêtes relèvent que, le coût lié au frais de déplacement à Yopougon-Sicogi selon qu'on utilise les taxis communaux, les Gbakas ou les autobus de la SOTRA varie de 200f CFA (0,30 €) à 100f CFA (0,15 €) et la marche constitue le premier moyen de déplacement.

Cependant, seul l'état de santé (grave ou pas) du patient détermine ses moyens de déplacement. Ce résultat est contraire à celui obtenu à Daloa en Côte d'Ivoire dans le cadre d'une étude portant sur " La maîtrise sanitaire d'un centre urbain en Côte d'Ivoire : problématique de l'accès l'accessibilité et le recours de la population aux structures sanitaires : le cas du centre antituberculeux de la ville de Daloa ". En effet, cette étude a montré que, tellement les malades sont éloignés du centre de santé, ils n'hésitent pas à abandonner leur traitement lorsqu'ils n'ont pas d'argent pour le transport (DOUDOU, 1996).

#### **5.3.4. Relation entre recours aux soins de santé et variables culturelles**

Les variables retenues sont le niveau d'étude, le type d'offre de soins et la souscription à une police d'assurance santé. Les données concernant ces variables sont contenues dans les tableaux 5.31, 5.32 et 5.33.

- **Niveau d'étude des chefs de ménages et recours aux soins de santé**

**Tableau 5.31** : Niveau d'étude et recours aux soins de santé

Niveau d'étude	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Primaire	7 (4%)	92 (51%)	99 (55%)
Secondaire	7 (4%)	15 (8%)	22 (12%)
Supérieur	4 (2%)	69 (6%)	73 (8%)
Aucun	2 (1%)	45 (24%)	47 (25%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

On constate dans le tableau 5.31 que, la majorité des enquêtés ont le niveau primaire. Ils sont au nombre de 99, soit 55% de l'effectif total des enquêtés parmi lesquels 51% n'ont pas recours aux centres de soins. Parmi eux, 4% utilisent ces infrastructures sanitaires. Aussi, 25% de ces enquêtés n'ont aucun niveau c'est-à-dire qu'ils n'ont jamais été à l'école. Parmi eux, 24% sollicitent les établissements de soins contre 1%. Les chefs de familles qui ont atteint le niveau secondaire et le niveau supérieur représentent respectivement 12% et 8%.

Après le tableau 5.31, procédons au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en vue de l'utilisation du test de khi-2.

**H0** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ne dépend pas du niveau d'étude des chefs de ménages ( $khi-2_{cal} < khi-2_{tab}$ ).

**H1** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi dépend du niveau d'étude des chefs de ménages ( $khi-2_{cal} > khi-2_{tab}$ ).

Les résultats montrent que le niveau d'étude des chefs de ménages du quartier Yopougon-Sicogi est déterminant dans l'utilisation des structures sanitaires (Khi-2 calculé (11,81) supérieur au Khi-2 des tables (7,81)). Cela signifie que, plus les populations de Yopougon-Sicogi seront scolarisés plus elles utiliseront les structures de santé de leur quartier pour se faire soigner.

Nos enquêtes montrent que 90% des ménages qui fréquentent les établissements de santé ont été scolarisés. Ce résultat est identique avec celui de la Banque Mondiale (1994) qui concluait qu'en Afrique, le taux de mortalité infanto-juvénile y serait jusqu'à 50% inférieur lorsque la mère atteint le niveau secondaire. Le lien entre le niveau d'instruction et le recours aux soins a été aussi prouvé par la Banque Mondial (1994) au cours d'une étude limitée à

l'Afrique. En effet, cette étude conclut que, le taux de mortalité infanto-juvénile y serait jusqu'à 50% inférieur lorsque la mère a atteint le niveau d'étude secondaire.

- **Police d'assurance et recours aux soins de santé**

**Tableau 5.32 : Police d'assurance et recours aux soins de santé**

Police d'assurance	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Dispose d'une police d'assurance santé	2 (1%)	121 (67%)	123 (68%)
Ne dispose pas d'une police d'assurance santé	18 (10%)	40 (22%)	58 (32%)
Total	20(11%)	161 (89%)	181(100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Le tableau 5.32 montre que, 68% des chefs de ménages disposent d'une police d'assurance santé contre 32%. Parmi les 68% qui sont assurés, seulement 4% fréquentent les centres de soins de leur quartier, tandis que, 67% ne le font pas en cas de besoins de soins. Quant aux 32% des chefs de ménages qui disposent d'une police d'assurance santé, c'est seulement 10% d'entre eux qui fréquentent les établissements de santé de Yopougon-Sicogi alors que 22% ne le font pas.

En vue de l'utilisation du test de khi-2, on fait le choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) qui suivent.

**H0** : Le fait de ne pas disposer d'une police d'assurance santé n'a pas d'influence sur le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (khi-2 cal < khi-2 tab).

**H1** : Le fait de ne pas disposer d'une police d'assurance santé a une influence sur le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (khi-2 cal > khi-2 tab).

Le test de Khi-2 confirme que, la police d'assurance santé est déterminante dans le cadre du recours aux infrastructures de soins de santé de Yopougon-Sicogi (Khi-2 calculé (34,72) supérieur au Khi-2 des tables (3,84)). Ce qui voudrait dire que, plus les ménages de Yopougon-Sicogi disposeront d'une assurance santé, plus ils se feront soigner en dépit du fait que 90% des chefs de ménages qui fréquentent les structures de santé soient dépourvu d'un contrat d'assurance santé. Cette variable s'est montrée particulièrement aussi déterminante au

cours d'une étude menée au Sénégal. En effet, les résultats de cette étude ont montré que, dans l'environnement des pauvres, les programmes d'assurance marchent car, les membres de « Les mutuelles de santé » mises en place par le « Community Based Health Insurance » (CBHI), sont plus enclins à recourir aux services d'hospitalisation que les non membres et payent largement moins en cas de recours aux soins de santé (JÜTTING, 2003). C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande aux Etats qui ont un problème de fréquentation des infrastructures des soins de santé d'adopter le système de prépaiement. Cependant, en Côte d'Ivoire, il n'y a pas de système de protection sociale généralisé. De ce fait 85 % à 90 % de la population ne bénéficie d'aucune couverture sociale (MSSSH, 2004; *in SANGARE, 2011*). De plus selon TOUMANI (2001), la couverture du risque maladie existante ne profite qu'à une minorité (fonctionnaires et agents de l'Etat, cadre du secteur privé). Vu la complexité de la mise en place d'une protection sociale généralisée, le Ministre de la Santé Publique préconise qu'il soit d'abord instauré l'assurance maladie afin de maîtriser les différents paramètres. Les objectifs de l'assurance maladie seront d'améliorer l'accessibilité géographique et financière de l'offre des soins, de promouvoir le Paquet Minimum d'Activité (PMA), de renforcer la décentralisation des services de santé et de stimuler le développement du secteur privé (SANGARE, 2011).

- **Types d'offres de soins et recours aux soins de santé**

**Tableau 5.33 :** Types d'offres de soins et recours aux structures sanitaires

Type d'offre de soins	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Public	11 (6%)	101 (56%)	112 (62%)
Privé	5(3%)	9 (5%)	14 (8%)
Médecine traditionnelle	4 (2%)	20 (11%)	24 (13%)
Automédication	0 (0%)	31 (17%)	31 (17%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Le tableau 5.33 montre que, 62% des individus soumis à notre enquête sont attirés dans leur recours thérapeutique par des actes pratiqués au sein des infrastructures de santé publique. Parmi eux, 56% n'utilisent pas les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi qui sont du reste toutes de type privé. On constate en outre que 17% des ménages pratiquent l'automédication et n'ont pas recours aux établissements de santé de leur lieu de résidence.

Ceux qui sont tournés vers la médecine traditionnelle et les soins privés représentent respectivement 13% et 8%.

Après le tableau 5.33, procédons au choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en vue de l'utilisation du test de khi-2.

**H0** : Le type d'offre de soins n'a pas d'influence sur le recours aux soins de santé de la population dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ( $\chi^2_{\text{cal}} < \chi^2_{\text{tab}}$ ).

**H1** : Le type d'offre de soins a une influence sur le recours aux soins de santé de la population dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ( $\chi^2_{\text{cal}} > \chi^2_{\text{tab}}$ ).

La nature de l'offre de soins disponible dans une localité a de tout temps influencé l'itinéraire thérapeutique des malades et leurs parents. Yopougon-Sicogi n'est pas en reste car après l'utilisation du test du khi-2 ; il s'est avéré que le recours aux établissements de santé dépend du type d'offre de soins disponible [ $\chi^2_{\text{calculé}}$  (13,53) est supérieur au  $\chi^2_{\text{des tables}}$ (7,81)]. Au demeurant, les structures de santé (toutes privées) de Yopougon-Sicogi repousseraient-elles les populations au regard de la proportion des ménages qui les fréquentent (11%) ? Oubien, l'Etat les encouragerait-il à fréquenter des hôpitaux publics car disponibles et accessibles à tous comme le soutient BRUNET (1996) dans son ouvrage « *Argent et santé : Expérience de financement communautaire en Afrique* » ? Difficile d'y répondre. Néanmoins, le taux de fréquentation des structures de santé en Côte d'Ivoire (19,85% en 2010 ; 31,94% en 2011 ; 31,37% en 2013) demeure encore faible (MSLS, 2011 ; DIPE, 2014).

Quant à l'automédication comme moyen pour parvenir à la guérison (pour 17% de enquêtés), conduit à coup sûr à la faible fréquentation des services de santé. En effet, l'automédication influence négativement l'utilisation des services des soins même si dans cette étude nous n'avons pas cherché à établir le lien direct entre l'automédication et l'utilisation des centres de santé de Yopougon-Sicogi. Toujours est-il que la pratique de l'automédication utilisée par les ménages dans le cadre de recherche de soins et de guérison constitue une préoccupation dans un contexte de promotion de soins modernes. Les recherches de CISSE (1996) ont montré que l'importance de cette pratique est due à la proportion élevée d'états morbides sans consultation, sans parler de la prise de médicaments non prescrits en plus des médicaments prescrits avec des erreurs ou accommodement avec les ordonnance à Abidjan. Même au Mali, de nombreux auteurs ont montré que, les malades ont recours systématiquement à la pratique de l'automédication dans le cadre de recherche de soins (BERCHE, 1998 ; DIAKITE *et al.*, 1990).

### 5.3.5. Relation entre recours aux soins de santé et variables d'ordre organisationnel

La qualité des soins et prestations, le relais communautaire et la visite du personnel médical ont été retenus comme des variables d'étude.

#### - Qualité des soins et des prestations et recours aux soins de santé

**Tableau 5.34 :** Qualité des prestations et des soins et recours aux soins de santé

Perception de la qualité des soins et des prestations	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bonne	18 (10%)	27 (15%)	45 (25%)
Mauvaise	2 (1%)	134 (74%)	136 (75%)
Total	20 (11%)	181 (89%)	181 (100%)

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2013*

Le tableau que, 75% des unités statistiques ont une mauvaise perception de la qualité des prestations et des soins fournies dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Parmi eux, 74% ne sollicitent pas ces établissements de soins en cas de besoin de soins contre 1% qui le fait. Les enquêtés qui ont une bonne perception de la qualité des soins et des prestations qui est fournie représentent 25%. Parmi eux, 15% n'ont pas recours aux soins dans ces infrastructures sanitaires, contre 10%.

Choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) en vue de l'utilisation du test du khi-2.

**H0 :** La perception de la qualité des soins et des prestations fournies dans les structures de santé de Yopougon-Sicogi n'est pas déterminante dans le cadre de l'utilisation de ces infrastructures sanitaires ( $\text{khi-2 cal} < \text{khi-2 tab}$ ).

**H1 :** La perception de la qualité des soins et des prestations fournies dans les structures de santé de Yopougon-Sicogi est déterminante dans le cadre de l'utilisation de ces infrastructures sanitaires ( $\text{khi-2 cal} > \text{khi-2 tab}$ ).

Le recours au test statistique de Karl Pearson nous a permis de savoir qu'il y a un lien étroit entre la variable exogène étudiée ci-haut et l'utilisation des centres de santé de Yopougon-Sicogi (Khi-2 calculé (21,81) supérieur au Khi-2 des tables(3,841)). Cela signifie que, plus les chefs de ménages auront une bonne opinion sur les établissements de Yopougon-Sicogi, plus ils les solliciteront. Pour preuve, 90% des ménages qui fréquentent ces infrastructures sanitaires estiment que la qualité des soins et des prestations fournie est à la

hauteur de leurs attentes. Cette qualité de soins est définie comme étant la manière dont les individus et clients sont traités par le système qui offre les services. Le résultat de ce test relatif à nos différentes variables est identique avec celui trouvé par YMBA (2013) dans son étude sur « accès et recours aux soins de santé moderne en milieu urbain : le cas de la ville d'Abidjan ». En effet, cette étude montre que, 65% des patients enquêtés dans les structures de soins, se plaignent de l'accueil et du temps passé à la consultation. Il en est de même pour les populations de Ouessè qui affirmaient que le fait qu'un ou deux expatriés dirigent l'hôpital et y exercent inspire énormément confiance dans l'utilisation des centres de santé (RICHARD, 2001). De plus, des travaux récents établissent que l'exclusion des usagers aux soins de santé dans les villes africaines est avant tout imputable à la qualité (l'accueil, le temps d'attente, la propreté, la compétence du personnel, le plateau technique, relation soignant-soigné, disponibilité de médicaments, qualité perçue) offerte par les structures de santé (GOBBERS, 2002).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène<sup>63</sup> et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures de résultats et contacts humains à l'intérieur d'un système de soins. La satisfaction peut être considérée comme un résultat de la prestation de service. C'est pourquoi, ce sont les usagers les plus satisfaits qui sont généralement les plus fidèles au traitement (SIDIBE, 2001). Toutefois, BRUNET-JAILLY(1997) estime que, la qualité ne peut être considérée en dehors de son contexte, c'est une propriété plus relative qu'absolue, et son optimum est contraint par le contexte socio-économique, le niveau de ressources, les intrants technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu.

- **Education sanitaire, relais communautaire et recours aux soins de santé**

---

<sup>63</sup> Se dit d'un trouble ou d'une maladie provoqué par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur médical

**Tableau 5.35** : Education sanitaire, relais communautaire et le recours aux soins de santé

Education sanitaire Relais communautaire	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Formation et sensibilisation	2 (1%)	7 (4%)	9 (5%)
Pas de formation et sensibilisation	18 (10%)	154 (85%)	172 (95%)
Total	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

Dans le tableau 5.35, on remarque que, la majorité des enquêtés n'ont jamais été sensibilisés et formés dans le cadre des activités paramédicales que sont le relais communautaire et l'éducation sanitaire. La proportion relative à ces enquêtés est de 95% parmi lesquels 85% n'utilisent pas les centres de soins contre 10%. Les individus ayant été formés et sensibilisés sont au nombre de 9, soit 5% de l'effectif total des enquêtés.

En vue de l'utilisation du test de khi-2, on fait le choix des hypothèses d'indépendance (H0) et de dépendance (H1) qui suivent.

**H0** : Les activités paramédicales des établissements de santé de Yopougon-Sicogi ne sont pas déterminantes dans l'utilisation des structures sanitaires ( $\chi^2_{cal} < \chi^2_{tab}$ ).

**H1** : Les activités paramédicales des établissements de santé de Yopougon-Sicogi sont déterminantes dans l'utilisation des structures sanitaires ( $\chi^2_{cal} > \chi^2_{tab}$ ).

Comme résultat, après l'utilisation du test du Khi-2, les activités paramédicales des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi ne sont pas déterminantes dans le choix des ménages de recourir aux soins de santé dans les établissements sanitaires de leur quartier. Cela signifie que, moins les populations seront formées et sensibilisées sur les règles d'hygiènes par le personnel des centres de soins de Yopougon-Sicogi, plus ils ne fréquenteront pas ces structures de santé. En effet, nos enquêtes ont révélé que 95% de chefs de ménages interrogés ont reconnu n'avoir jamais été d'une part formés sur les règles de conduite hygiéniques en vue de conserver un bon état de santé et d'autre part sensibilisés pour les amener à utiliser les établissements de soins du quartier ou encore d'un autre quartier. Cette situation est révélatrice de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (10,41% en 2013 et 9,28 en 2014) très loin de la recommandation de l'OMS qui fixe la norme à 50%. La formation et de sensibilisation ont été montrées par DIALLO (2013) au Mali comme déterminants de recours aux services de santé. Selon l'auteur, la grande majorité

des femmes de la Commune I du district de Bamako, qui effectuent des consultations après leur accouchement, ont été soit sensibilisées ou soit formées par les relais communautaires qui les encadrent au niveau des ménages dans les aires santé.

### 5.3.6. Les variables les plus déterminant le recours aux structures sanitaires

Le test d'indépendance du khi-2 a permis d'identifier les variables sexe, âge, taille du ménage, profession du chef de ménage, le revenu du chef de ménage, niveau d'étude du chef de ménage, coût des soins, type d'offre de services de soins, police d'assurance et qualité des soins comme étant déterminant le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Mais parmi ces variables identifiées, quelles sont celles qui sont les plus déterminants ? En d'autres termes, quelles sont celles dont le recours aux infrastructures de santé est fortement lié ?

Pour identifier ces variables les plus déterminantes; nous procédons à la détermination du V de Cramer au niveau de chaque facteur. En effet, le khi-2 a permis d'indiquer qu'il existe une liaison entre la variable dépendante "recours" et chacune des variables explicatives identifiées. Le V de Cramer nous indique si cette liaison est très forte ou faible par sa valeur. Plus le V de Cramer est proche de 1, plus la dépendance est forte (DROESBEKE, 1997).

Le V de Cramer est défini par la formule suivant :

$$V = \sqrt{\frac{\text{khi}2}{n \times \min\{(k - 1), (r - 1)\}}}$$

Avec :

- **khi-2** = khi-2 calculé pour chaque variable ;
- **n** = taille de l'échantillon ;
- **k** = nombre de colonnes ;
- **r** = nombre de lignes ;
- **min** = constitue la valeur minimale de l'une des deux termes obtenue à l'issue de calcul.

La valeur du V de Cramer relative à chacune des variables est consignée dans le tableau 5.36 suivant (*cf. annexe 3 pour les calculs*).

**Tableau 5.36** : V de Cramer relatif à chacun des déterminants de recours

Variables	Khi-2	N	Min {(k-1), (r-1)}		V
			k-1	r-1	
Sexe	10,30	181	1	1	0,2
Age	49,47	181	1	2	0,5
Taille du ménage	4,27	181	1	1	0,1
Profession	27,13	181	1	5	0,3
Revenu	23,80	181	1	4	0,3
Coût des soins	74,70	181	1	1	0,6
Niveau d'étude	11,81	181	1	3	0,2
Police d'assurance	34,72	181	1	1	0,4
Type d'offre de service de soins	13,53	181	1	3	0,2
Qualité des soins	21,81	181	1	1	0,3

Source : Enquête terrain ; Données obtenues après calcul ; TAPE, 2017

En somme, à l'issue de ces différents calculs, les variables "âge" et "coût des soins" ce sont avérées comme étant les plus fortement liées à l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. En d'autres termes, le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi dépend plus de l'âge des chefs de ménages et leur niveau de revenu. Ce résultat est révélateur d'une insuffisance de service d'offre de soins liée aux pathologies des chefs de ménages. En effet, ceux-ci sont 51% âgés de 60 ans et plus et à 33% dont l'âge est compris en 50 et 60 ans. Aussi, 81% d'entre eux n'ont pas recours à ces infrastructures de santé à cause des pathologies liées à leur âge à cause du fait que les structures sanitaires n'offrent pas les services de soins requis (cf. chapitre 6). Ce résultat est d'autant justifié que, 38% des chefs de ménages sont sans revenu et 53% ont un revenu inférieur à 100000f CFA (152,44€), sachant que les établissements de soins tous de type privé dont le prix des prestations est difficile à supporter. Ce résultat est contraire à celui obtenu au Nigéria au cours d'une étude. En effet, celui-ci a montré que, le coût des soins ne constitue pas une variable fortement liée à l'utilisation des structures de santé (DENTON *et al.*, 1995). Par contre, quant à l'impact de la variable "âge" sur le recours aux établissements de santé, elle s'est avérée fortement dépendante et liée aux pathologies associées (MARIKO, 2003). L'auteur a trouvé que, l'adulte

d'âge avancé a tendance à délaissier les soins de premier niveau pour recourir à des soins plus spécialisés en milieu urbain.

#### **5.4. Les motifs de recours aux soins dans chacun des établissements sanitaires**

Cette section de ce chapitre 5, présente les différents motifs qui ont justifié le recours aux soins de santé des patients au sein de chacune des structures de soins de Yopougon-Sicogi. Ces informations ont été obtenues auprès des malades (clients) suite aux enquêtes socio-sanitaires effectuées au sein des différents établissements de santé.

Ces clients (patients) identifiés et enquêtés ont été choisis sur la base des méthodes et calculs statistiques pouvant permettre de légitimer la représentativité de l'ensemble de ces usagers (*cf. cadre méthodologique*). Ces unités statistiques, au nombre de 269, ont été regroupées en deux catégories après l'enquête, pour une meilleure analyse détaillée. La première catégorie est constituée des usagers qui habitent le quartier Yopougon-Sicogi (221 individus et repartis entre les différentes structures de santé). Quant à la seconde catégorie, elle rassemble les clients qui résident dans des localités autres que le quartier Yopougon-Sicogi (48 clients répartis entre les différentes infrastructures de soins).

Les données ci-dessous analysées sont basées sur des informations fournies par ces patients sur leur comportement dans le cadre de la recherche de soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Dans cette analyse, un intérêt très particulier a été fait, à l'endroit des effets de la distance sur chacune des infrastructures de santé. Ainsi, nous avons donc opté pour les distances euclidiennes entre les centres de soins et les lieux de provenance des patients. Ce sont donc des distances théoriques mesurées en mètre (m) ou en kilomètre (km) obtenues soit après calcul (*cf. chapitre 3*) ou avec le concours du service technique de la mairie de Yopougon selon que l'utilisateur vienne du quartier Yopougon-Sicogi ou d'une autre localité. L'objectif poursuivi à travers cette démarche, est de mesurer l'impact de la distance dans la demande de soins des usagers au sein de chacun des établissements de santé de Yopougon-Sicogi.

L'analyse de ces facteurs de la demande de soins au sein de ces infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi par ces usagers nous a permis de redéfinir l'aire d'attraction réelle des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

#### **5.4.1. Les motifs de recours aux soins : Cas des usagers résidant dans le quartier Yopougon-Sicogi**

Plusieurs facteurs ont justifié la demande de soins de santé de certains résidants de Yopougon-Sicogi au sein des structures sanitaires de leur quartier. Ces différents facteurs sont contenus dans des tableaux ci-dessous et analysés en fonction de chaque infrastructure de soins.

##### **5.4.1.1. Motifs de recours aux soins dans le centre médical « Espace médical concorde »**

Après l'analyse de l'impact de la distance sur ce centre, les patients ont évoqué les autres motifs de son utilisation.

###### **5.4.1.1.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l'Espace médical concorde**

La distance parcourue constitue un bon indicateur dans le cadre de recherche de soins. Le tableau ci-dessous contient les différentes distances parcourues par les clients entre leur domicile et le centre de santé Espace médical concorde. La distance de référence 378m constitue la portée spatiale de cet établissement de soins. Cette distance a été obtenue après différents calculs relatifs à la détermination des portées spatiales des structures de santé (*cf. chapitre 3*).

**Tableau 5.37** : Répartition des clients de l'Espace médical concorde selon la distance parcourue

Lieu de provenance	Effectif	Distance parcourue
Secteur 4	1	0 - 378m
Secteur 5	2	0 - 378m
Secteur 2	5	756m - 1134m
Total	8	

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Dans cette structure de santé où l'enquête s'est portée sur un échantillon de 11 individus ; il s'est avéré que 8 résident à Yopougon-Sicogi contre 3, qui viennent d'ailleurs. Sur les 8 patients, 5 sont situés à une distance comprise entre 756 mètres et 1134 mètres du centre de soins, contre 3 qui ont parcouru moins de 378 mètres avant d'y accéder. Pour rappel, le rayon de couverture de ce centre de soins est de 378m.

Nous constatons qu'avec cette structure de santé, l'éloignement n'a pas d'influence sur sa fréquentation car la majorité de ces utilisateurs habitent dans les autres secteurs du quartier. Si cette structure sanitaire a une telle caractéristique, c'est dû en partie à la qualité de son personnel de santé et aux différents services de soins qu'elle offre. Selon nos enquêtes, la présence de certains patients venus du secteur 2 est due aux médecins et spécialistes exerçant à la fois dans les structures de santé publiques mais aussi à l'espace médical concorde. Ils sont tous fonctionnaires de santé exerçant dans des établissements publics de santé et font partie des promoteurs. Ces praticiens demanderaient selon les patients qui sollicitent l'offre publique de soins de se rendre dans ce centre afin de bénéficier des coûts de prestations et de soins faibles.

#### 5.4.1.1.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l'Espace médical Concorde

Le tableau ci-dessous contient les différents motifs évoqués par les clients dans le cadre de son utilisation.

**Tableau 5.38** : Répartition des clients de l'Espace médical concorde selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Bonne qualité des soins et de prestation	3
Faible coût des prestations et des soins	3
Bon niveau de plateau technique	2
Total	8

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Le tableau 5.38 montre que, le choix de recourir à cette structure de santé à Yopougon-Sicogi a été manifesté par 3 individus à cause du faible coût des soins. 3 autres en ont justifié leur choix par la bonne qualité des soins et des prestations qui est fournie, contre un bon niveau du plateau technique pour 2 individus.

A Yopougon-Sicogi, le centre médical « Espace médical concorde » est la structure de santé appartenant à la catégorie des établissements médicaux. De ce fait, il est le mieux équipé et offre plusieurs types de service de soins tels que la chirurgie, la médecine générale et spécialité. En réalité, il pratique les coûts les plus élevés du quartier. Les coûts de consultations varient de 5.000f CFA (7,62 €) à 15.000f CFA (22,86 €) selon la pathologie. Si les patients estiment que les soins ne sont pas chers c'est dû au fait que sur les 8 patients enquêtés, 56% sont salariés et 36% des fonctionnaires avec un revenu mensuel supérieur à 150.000f CFA

(228,67 €). C'est dire qu'ils peuvent assurer les frais inhérents à leur santé à une certaine proportion. De plus, les coûts de prestations qui leur ont été proposés dans les CHU et hôpitaux généraux sont largement supérieur à leur capacité financière mais surtout supérieur à ceux qui leurs ont été proposés dans cette structure de santé.

#### **5.4.1.2. Motifs de recours aux soins dans le cabinet médical « Cabinet dentaire Wacouboué »**

Après l'analyse de l'impact de la distance sur ce centre, les patients ont évoqué les autres motifs de son utilisation.

##### **5.4.1.2.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué**

Le tableau 5.39 ci-dessous contient les différentes distances parcourues par les patients dans le cadre de recherche de soins dans le cabinet dentaire Wacouboué. La distance de référence est 366 mètres. Elle correspond au rayon de couverture de cette structure de santé obtenu après nos calculs (*cf. Chapitre 3*).

**Tableau 5.39** : Répartition des patients du cabinet dentaire Wacouboué selon la distance parcourue

Lieu de provenance	Effectif	Distance parcourue
Secteur 1	7	0 - 366m
Secteur 2	3	0 - 366m
Secteur 4	1	0 - 366m
Total	11	

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

On observe que l'ensemble des patients du cabinet dentaire Wacouboué ont parcouru moins de 366 mètres avant d'accéder à la structure de santé. Cette distance constitue un bon indicateur car elle permet de savoir si les patients sont venus hors de l'aire chalandise ou non. Même si tous les usagers de ce centre ont parcouru moins de 366 mètres, on constate que 7 d'entre eux viennent du secteur 1 contre respectivement 3 et 11 qui habitent les secteurs 2 et 4.

##### **5.4.1.2.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué**

Les raisons qui déterminent l'utilisation du cabinet dentaire Wacouboué sont enregistrées dans le tableau 5.40.

**Tableau 5.40** : Répartition des clients du cabinet dentaire Wacouboué selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours	Effectif	Proportion
Bonne qualité des soins et de prestation	3	25%
Faible coût des prestations et des soins	3	25%
Bon niveau de plateau technique	5	50%
Total	11	100%

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2015*

Le tableau 5.40 montre que, 3 patients expriment leur opinion en faveur de la bonne qualité des soins et des prestations, 3 autres pour le faible coût des prestations et des soins. Le bon niveau du plateau technique a été invoqué par 5 patients sur les 11 enquêtés.

A Yopougon-Sicogi, le cabinet dentaire Wacouboué est la structure de santé de spécialité. De ce fait, il est bien équipé avec des dentistes expérimentés et un bloc opératoire très moderne. Il pratique l'un des coûts les plus élevés du quartier. Les coûts de consultations varient de 5.000f CFA (7,62 €) à 15.000f CFA (22,86 €) selon la pathologie et de 20.000f CFA (30,48 €) à 40.000f CFA (60,97 €) selon le type d'intervention chirurgicale. Cependant, ces coûts restent élevés par rapport à ceux qui leurs sont proposés dans les centres de santé publics.

#### **5.4.1.3. Facteurs de recours aux soins dans le centre de soins infirmier « Espace médical Secourisme »**

Les facteurs qui conditionnent le recours aux soins dans ce centre de soins infirmier sont multiples. Ils sont relatifs à la distance, à la proximité avec le personnel médical, au manque de gravité de maladie.

##### **5.4.1.3.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l'Espace médical Secourisme**

Les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder à l'espace médical secourisme sont obtenues à partir de la distance de référence. Cette distance de référence correspond à la portée spatiale du centre de soins. Elle est évaluée à 338m.

Le tableau 5.41 contient la distance parcourue par les patients avant d'accéder à ce centre de soins infirmiers.

**Tableau 5.41** : Répartition des clients de l'Espace médical secourisme selon la distance parcourue

Lieu de provenance	Effectif	Distance parcourue
Secteur 4	24	0 - 338m
Secteur 5	42	0 - 338m
Total	66	

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

On constate que la totalité des clients qui sollicitent le centre de soins infirmier « Espace médical secourisme » se trouvent dans un rayon de 338m. Cependant, 64% d'entre eux sont venus du secteur 5 contre 36% pour le secteur 4.

A l'analyse de ce tableau 5.41, l'Espace médical secourisme répond bien à sa mission de prestation de soins de proximité car ce centre couvre exactement la population installé sous son aire d'influence tout comme les précédents centres.

#### 5.4.1.3.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l'Espace médical secourisme

Les motifs d'utilisation de l'espace médical secourisme sont enregistrés dans le tableau ci-après :

**Tableau 5.42** : Répartition des clients de l'Espace médical secourisme selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif	Proportion
Bonne qualité des soins et de prestation	15	23%
Faible coût des prestations et des soins	18	28%
Proximité du personnel de soins	20	30%
Maladie pas grave	13	19%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

*Source* : Nos enquêtes, TAPE, 2015

On constate que le choix de recourir à ce centre de soins infirmier est motivé à 30% par la proximité de son personnel avec la population et à 28% du faible coût qui y est pratiqué. La bonne qualité des soins qui sont administrées motivent le choix de 23% des enquêtés et 19% pour des facteurs selon lesquels les maladies dont-ils souffrent ne sont pas graves.

La proximité du personnel de santé de ce centre de soins infirmier avec les patients constitue un élément majeur dans le choix des populations de recourir aux soins de santé. Tous les aides soignants de cet établissement de santé vivent dans le quartier Sicogi.

Au sein de ce centre, le coût des consultations varie entre 1.000f CFA (1,52 €) et 2.000f CFA (3,04 €) selon l'offre de soins demandé et celui de traitement des maladies récurrentes entre 5.000f CFA (7,62 €) et 10.000f CFA (15,24 €) selon la maladie à traiter. Même si la majorité des enquêtés exercent dans le secteur informel à 81% avec un revenu mensuel inférieur à 50.000f CFA (76,22 €), les coûts de consultations et de traitements des différentes pathologies s'avèrent être à la portée des clients. En effet, lorsque les coûts de prestations et des soins sont élevés et que le patient ne dispose pas de moyens nécessaires, ils peuvent recourir à d'autres alternatives qu'ils trouvent à la portée de leur bourse pour se faire soigner, ou pour ne pas se faire soigner du tout.

L'offre de soins est diversifiée et cela en partie à cause de la qualité du personnel médical. Un personnel qualifié certes, qui ne devrait pas intervenir dans ce centre selon les textes de la DEPS relatives au personnel des structures de soins privés. En effet, les textes de lois défendent tout médecin d'intervenir dans un centre de soins infirmiers (annexe 2).

#### **5.4.1.4. Facteurs de recours aux soins dans le centre de soins infirmier « Cabinet paramédical André Jean »**

Après l'analyse de l'impact de la distance sur ce centre, les patients ont évoqué les motifs de son utilisation.

##### **5.4.1.4.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet paramédical André Jean**

Dans le tableau 5.43 sont enregistrées les distances parcourues par les patients pour accéder au cabinet paramédical André Jean. La distance de référence est de 378m obtenue après détermination de la portée spatiale de cet établissement de santé.

**Tableau 5.43** : Répartition des patients du cabinet paramédical André Jean selon la distance parcourue

Lieu de provenance	Effectif	Proportion	Distance parcourue
Secteur 4	35	70%	0 - 378m
Secteur 5	15	30%	0 - 378m
Total	50	100%	

*Source* : Nos enquêtes, TAPE, 2015

La distance parcourue par les patients pour accéder au cabinet paramédical André Jean est la même selon qu'on soit dans les secteurs 4 ou 5. Ce centre de soins infirmiers a les mêmes similitudes que le centre de soins infirmiers précédent. L'ensemble des clients qui le sollicitent habitent dans sa zone d'influence malgré le fait qu'ils ne résident pas tous au lieu d'implantation du centre.

#### 5.4.1.4.2. Les autres facteurs de recours aux soins dans le cabinet paramédical André Jean

Dans le tableau 5.44 ci-dessous, sont contenus les autres facteurs qui conditionnent le recours aux soins des patients dans le centre paramédical André Jean.

**Tableau 5.44** : Répartition des clients du cabinet paramédical André Jean selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif	Proportion (en %)
Faible coût des prestations et des soins	37	73%
Proximité	13	27%
Total	50	100%

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Le choix de recourir au centre de soins infirmiers « Cabinet paramédical André Jean » est motivé par deux facteurs. Sa proximité est exprimée par 13 enquêtés 13 individus et les faibles coûts des prestations sont évoqués par 37 enquêtés.

Le centre de soins infirmiers André Jean enregistre l'un des niveaux de fréquentation les plus élevés de Yopougon-Sicogi (1243 consultations en 2013 et 932 en 2014). Dans cette infrastructure sanitaire, le coût des consultations varie entre 500f CFA (0,76 €) et 1.000f CFA (1,52 €) et le coût de traitement des maladies récurrentes se situe entre 3000f CFA (4,57 €) et 10.000f CFA (15,24 €). Ces différentes tarifications sont à la portée de ses patients qui sont dans leur grande majorité (87%) constituées de femmes dont l'activité est le commerce du vivrier. Le marché du quartier Selmer se situe à environ 50 mètres de centre de soins. Selon nos enquêtes, le revenu mensuel de ces femmes ne dépasse guère la somme de 50.000f CFA (76,22 €).

Dans le Secteur 4 où le centre de soins est implanté, sa proximité avec la population est marquante à l'image des autres structures de santé de Yopougon-Sicogi. La distance la plus longue entre un ménage et cette structure de santé est l'équivalent du rayon de son aire d'influence et la plus courte est moins de 15 cm, juste l'épaisseur du mitoyen. De plus, l'aide soignant le plus ancien réside au sein de centre de soins et côtoie la population au quotidien.

#### **5.4.1.5. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social « Centre médico-social Eden »**

Les facteurs qui conditionnent le recours aux soins dans le centre médico-social sont multiples. Ils sont relatifs à la distance, à la proximité avec le personnel médical, au relais communautaire.

##### **5.4.1.5.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social Eden**

Les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder à au centre médico-social ont été obtenues à partir de la distance de référence. Cette distance de référence correspond à la portée spatiale de ce centre de soins. Elle est évaluée à environ 370m.

Le tableau ci-dessous contient la distance parcourue par les patients avant d'accéder au centre médico-social Eden.

**Tableau 5.45** : Répartition des patients du centre médico-social Eden selon la distance parcourue

Lieu de provenance	Effectif	Proportion	Distance parcourue
Secteur 1	14	23%	0 - 370m
Secteur 2	45	77%	0 - 370m
Total	59	100%	

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

On constate que tous les patients du centre médico-social ont parcouru moins de 370m. Cependant, tous ces patients ne résident pas sur le lieu d'implantation du centre, mais restent néanmoins sous son rayon de couverture. Cela est dû à la faible masse critique de la population du secteur d'implantation de l'établissement de soins.

##### **5.4.1.5.2. Les autres facteurs de recours aux soins dans le centre médico-social Eden**

Les autres facteurs conditionnant l'utilisation du centre médico-social Eden sont contenus dans le tableau suivant :

**Tableau 5.46** : Répartition des clients du centre médico-social Eden selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif	Proportion
Faible coût des prestations et des soins	15	26%
Proximité	14	23%
Education sanitaire et relais communautaire	30	51%
Total	59	100%

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

On constate dans le tableau 5.46 que, 26% des enquêtés utilisent ce centre à cause des coûts de prestations qui sont faibles, 23% de sa proximité avec leurs ménages et 51% à cause de ses activités d'éducation sanitaire et de relais communautaire.

Connaître des enseignements sur les règles de conduite hygiéniques en vue de conserver un bon état de santé (éducation sanitaire) et le rôle que jouent les relais communautaires, peuvent amener les populations à utiliser les structures des soins de santé. Par définition, les relais communautaires sont le point d'intersection entre la communauté (là où les maladies surviennent et observées) et les prestataires des soins (là où les maladies sont identifiées avec précision). Et c'est ce rôle que joue le promoteur (ONG de promotion de la santé) du centre médico-social Eden sur le terrain un peu partout dans la commune de Yopougon. C'est donc pourquoi, le premier motif de recours aux soins au sein de cet établissement de santé va à l'endroit des activités paramédicales du promoteur. Ces activités font qu'en cas de problème de santé, le centre médico-social devient systématiquement le premier centre de recours aux soins des populations.

Le coût de consultation générale est de 1000f CFA (1,52 €) et celui de spécialité est de 5.000f (7,62 €) au sein de cette structure de soins quel que soit le service de soins sollicité. De plus, le traitement du paludisme est gratuit. Et pourtant, cette pathologie endémique constitue le premier motif de consultation des patients de toutes les structures de santé du quartier. 70% des cas de morbidités observées par les infrastructures sanitaires sont liées au paludisme (registre des consultations).

#### **5.4.1.6. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social « Centre socio-sanitaire Bethel »**

Le centre socio-sanitaire Bethel est un centre médico-social. Les facteurs qui concourent à son utilisation sont multiples. Ils sont identifiés, mais leur analyse précède celle de l'impact de la distance sur cet établissement sanitaire.

#### 5.4.1.6.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel

La distance de référence entre le centre socio-sanitaire Bethel et le domicile de ses utilisateurs est évaluée à 366m. Cette distance constitue dans le cadre de notre étude la distance de référence car correspondant au rayon de l'aire chalandise du centre.

Le tableau suivant contient les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder au centre.

**Tableau 5.47 :** Répartition des clients du centre socio-sanitaire Bethel selon la distance parcourue

Lieu de provenance	Effectif	Distance parcourue
Secteur 1	7	0 - 366m
Secteur 2	8	0 - 366m
Secteur 3	3	0 - 366m
Total	18	

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2015*

On remarque dans ce tableau que les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder au centre socio sanitaire Bethel. Tous les 18 enquêtés ont parcouru moins de 366 m avant de solliciter les services de centre soins dont la portée spatiale est de 366m. La majorité des patients vit dans le secteur 2. Ils sont au nombre de 8 individus.

#### 5.4.1.6.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel

Dans le tableau 5.48, sont enregistrés les autres facteurs qui déterminent l'utilisation du centre médico-social Eden.

**Tableau 5.48:** Répartition des clients du centre socio-sanitaire Bethel selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Faible coût des prestations et des soins	5
Proximité	3
Relais communautaire et éducation sanitaire	10
Total	18

*Source : Enquêtes terrain, TAPE, 2015*

Le choix de recours du centre socio-sanitaire Bethel a été motivé par l'importance de ces activités d'éducation sanitaire et de relais communautaire au même titre que ses

homologues d'Eden et de LIAAI. Les faibles coûts de prestations et des soins et sa proximité ont attiré respectivement 5 et 3 individus.

Les activités d'éducation sanitaire et de relais communautaire sont déterminantes dans l'utilisation des établissements socio-sanitaires. La plupart des patients reconnaissent être venus là parce qu'ils ont été déjà visités par le personnel du centre. De plus, les coûts des prestations très étudiés en fonction de la population cible constituent des arguments majeurs de sa fréquentation. Le coût de la consultation varie de 2000f CFA (3,04 €) à 5000f CFA (7,62 €) selon que ce soit la consultation générale ou de spécialité. Quant aux coûts de traitement des pathologies récurrentes, ils se situent entre 10.000f CFA (15,24 €) et 15.000f CFA (22,86 €).

#### **5.4.1.7. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social « Centre médico-social LIAAI »**

Les motifs de recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI sont de plusieurs ordres. Après l'étude de l'impact de la distance, les autres motifs ont été énumérés.

##### **5.4.1.7.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI**

Le tableau 5.49 qui suit contient les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder au centre médico-social LIAAI.

**Tableau 5.49 :** Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon la distance parcourue

Lieu de provenance	Effectif	Distance parcourue
Secteur 2	5	0 - 370m
Secteur 3	4	370m - 740m
Total	9	

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2015*

On remarque que, 5 individus soumis à notre enquête, ont parcouru une distance inférieure à la portée spatiale du centre qui est de 370 mètres. En revanche, 4 sont venus hors de la zone d'influence du centre. Ils résident dans le secteur 3.

A l'image des autres structures sanitaires observées au cours de cette étude ; la proximité du centre médico-social LIAAI de ces patients est déterminante quant à son utilisation.

#### 5.4.1.7.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI

Les motifs d'utilisation de l'espace médical secourisme sont enregistrés dans le tableau ci-après.

**Tableau 5.50** : Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Faible coût des prestations et des soins	1
Proximité	2
Relais communautaire et éducation sanitaire	6
Total	9

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2015*

Les informations contenues dans ce tableau montrent que, 2 des enquêtés utilisent ce centre à cause de sa proximité contre 6 pour ses activités d'éducation sanitaire et de relais communautaire.

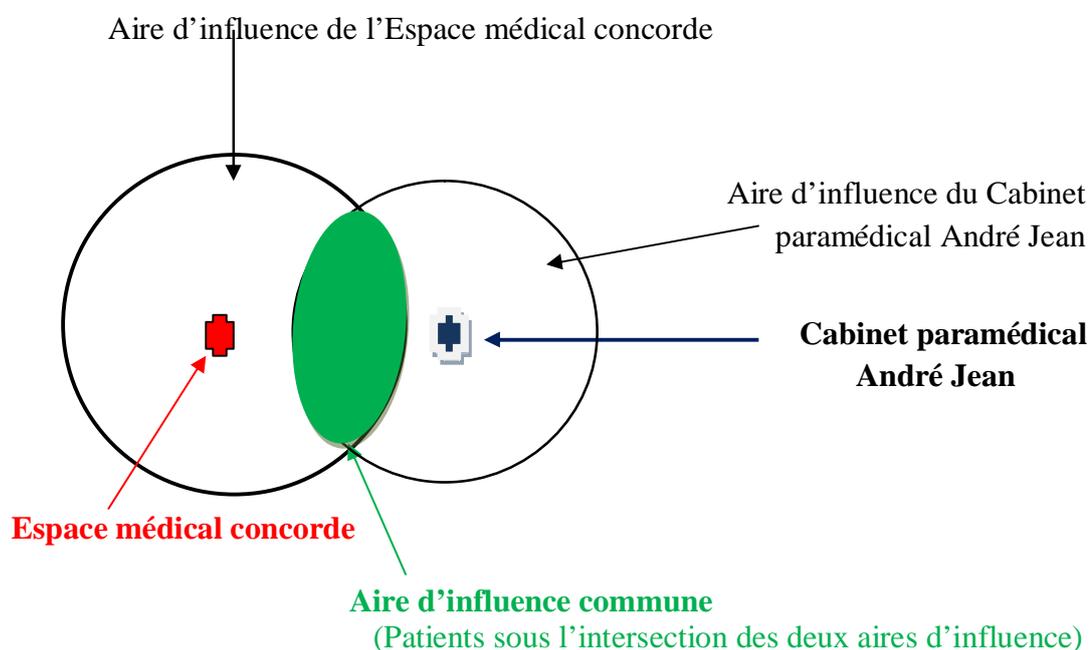
Les motifs de recours aux soins dans ce centre sont les mêmes que ceux du centre médico-social Eden. Cependant, au sein de cette structure de santé, le coût de la consultation est fixé à 2.000f CFA, soit 3,04€

Après analyse de tous les différents motifs qui ont justifié le recours des patients aux infrastructures sanitaires, on remarque que la faible distance a motivé le choix de tous les utilisateurs de l'ensemble des établissements de santé. La totalité des patients vit sous l'aire d'influence des centres de soins qu'il sollicite. Parmi ces patients, certains vivent à la fois sous plusieurs couvertures spatiales. Qu'est-ce qui pourrait donc déterminer le choix de ces patients à recourir à l'un ou à l'autre établissement de santé?

#### 5.4.1.8. Facteurs déterminants le choix de centres de soins des patients sous plusieurs aires d'influence

Il s'agit, d'identifier les facteurs qui déterminent le choix des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi par les patients qui sont sous plusieurs couvertures spatiales. Ces patients représentent 30% des clients enquêtés, soit 67 individus. Sur les 67 patients, 73% affirment avoir utilisés différents centres de soins du quartier Yopougon-Sicogi.

La figure 5.17 ci-dessous, présente le cas des patients à la fois sous l'aire d'influence de l'Espace médical concorde et du Cabinet paramédical André Jean.



**Figure 5.17 :** Localisation schématique des patients sous plusieurs aires d'influence  
(Source : Données d'enquête, TAPE (Doctorant), 2015)

La figure 5.17 ci-dessus représente la localisation des patients résidents à Yopougon-Sicogi sous couvertures spatiales à la fois des centres de soins Espace médical concorde et Cabinet paramédical André Jean.

Selon nos enquêtes, le rapprochement du domicile au centre, la proximité avec le personnel de soins, le coût de consultation, le coût d'hospitalisation, le type de pathologie, le service d'offre de soins et le coût de traitement constituent les facteurs qui déterminent le choix des patients à la fois sous ces deux aires d'influence de recourir aux soins dans l'une de ces structures de soins ou l'autre en cas de besoin de soins.

#### **5.4.2. Les motifs de recours aux soins : cas des usagers résidant hors du quartier Yopougon-Sicogi**

Plusieurs motifs ont justifié la demande de soins de santé des malades au sein des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi alors même que ces individus résident très loin pour certains du quartier Yopougon-Sicogi ou à proximité d'un établissement de santé pour d'autres. Que recherchent-ils donc ces usagers ? Autrement, quelles sont les raisons de leur recours à ces infrastructures de soins ? A l'évidence, ils cherchent tous la guérison. Mais

cette réponse semble prématurée et généraliste. Les différents motifs de recours sont contenus dans des tableaux ci-dessous et analysés en fonction de chacune des infrastructures de santé.

Par rapport aux distances séparant le quartier Yopougon-Sicogi et des clients qui viennent des autres localités pour recourir aux structures sanitaires implantées sur cet espace, nous avons regroupé les patients selon quatre modalités en fonction de leur lieu de provenance. Ceux qui proviennent à moins de 1 km, les clients localisés à une distance comprise entre 1 km et 5 km, entre 5 km et 10 et enfin les localités situées à plus de 15 km de Yopougon-Sicogi. Ce sont des distances indicatives et normatives internationales édictées par l'OMS (DIPE, 2010) dans le domaine de la santé en vue d'évaluer la proximité des populations aux centres de santé en milieu urbain comme en milieu rural. Ces usagers viennent des localités telles que Selmer, Kouté, Sicoboï pour la commune de Yopougon ; de Songon, Anyama, Adjamé pour le district d'Abidjan; de Dabou, Sikensi et Grand-Bassam comme villes environnant le district d'Abidjan.

#### **5.4.2.1. Motifs de recours aux soins dans le centre médical « Espace médical concorde »**

Les facteurs qui ont conditionné le recours aux soins dans ce centre médical sont multiples. Ils sont relatifs à la distance, au faible coût des prestations ainsi qu'à la confiance des patients placée au personnel médical.

##### **5.4.2.1.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l'espace médical concorde**

La santé n'a pas de prix, dit-on. C'est d'ailleurs pourquoi, des individus en situation morbide sont parfois obligés de parcourir de longues distances pour recouvrer la santé. Ceci est le cas des patients du centre médical « Espace médical concorde ».

Les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder à l'espace médical concorde sont contenues dans le tableau 5.51 suivant :

**Tableau 5.51** : Répartition des clients de l'espace médical concorde selon la distance parcourue et le lieu de provenance

Distance entre structure sanitaire et lieu de provenance des patients	Effectif
< 1 km	0
1 - 5 km	0
5 - 10 km	1
> 15 km	2
Total	3

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Dans cette structure de santé, on constate que deux des usagers ont parcouru une distance supérieure à 15 km avant d'accéder à l'établissement de soins. Ils sont tous venus de la région de Dabou. Et un seul venu du district d'Abidjan à une distance comprise entre 5 km à 10 km du quartier Yopougon-Sicogi. Cependant, selon le directeur technique, certains clients viennent des quartiers de la commune de Yopougon tels que Solic 2, Selmer, Ananeraie et Niangon.

Avec cette structure de santé, l'éloignement n'a pas d'influence sur sa fréquentation. Elle enregistre le maximum de sa clientèle extérieur au-delà de 15 km.

#### 5.4.2.1.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l'espace médical concorde

Le tableau ci-dessous contient les différents motifs évoqués par les clients dans le cadre de son utilisation.

**Tableau 5.52** : Répartition des clients de l'Espace médical concorde selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Confiance au personnel médical	2
Faible coût des prestations et des soins	1
Total	3

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Le choix des individus ne résidant pas à Yopougon-Sicogi de recourir à ce centre de soins a été motivé par la confiance qu'ils ont au personnel médical et le faible coût des prestations et des soins.

Pour rappel, à Yopougon-Sicogi, le centre médical « Espace médical concorde » est le mieux équipé et offre plusieurs types de service de soins tels que la chirurgie, la médecine générale et de spécialité. Il pratique en outre les coûts les plus élevés du quartier. Ces coûts de consultation varient de 5.000f CFA (7,62 €) à 15.000f CFA (22,86 €) selon les pathologies.

Si ces usagers estiment que les coûts sont bas c'est en partie à cause de leur revenu issu de leur force de travail. En effet, la structure socio-économique de ces individus montre qu'ils sont à 100% des salariés. Ainsi, la fin justifiant les moyens, parcourir une grande distance avant d'accéder à l'espace médical concorde pour se faire traiter par le médecin en qui ils ont placé leur confiance ne constitue pas de problème.

En réalité cette confiance naît suite au chantage que font les médecins à ces malades dans les établissements publics de santé. En clair, ce sont pour la plupart des malades et parents de malades détournés au cours de leur premier recours thérapeutique par ces fonctionnaires du Ministère de la Santé.

En somme, nous pouvons dire qu'au sein de l'espace médical concorde, les facteurs confiance au personnel médical et les faibles coûts des prestations et des soins ont déterminé la présence des patients venus de très loin de Yopougon-Sicogi. La distance n'étant pas un facteur limitant à l'utilisation de cet établissement de santé, ce qui intéresse les clients c'est le faible coût des prestations et des soins et la confiance qu'ils ont au personnel médical.

#### **5.4.2.2. Facteurs de recours aux soins dans le cabinet médical « Cabinet dentaire Wacouboué »**

Après l'analyse de l'impact de la distance sur ce centre, les patients ont évoqué d'autres motifs de son utilisation.

##### **5.4.2.2.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué**

Le tableau 5.53 ci-dessous contient les différentes distances parcourues par les patients dans le cadre de recherche de soins au sein du cabinet dentaire Wacouboué.

**Tableau 5.53** : Répartition des patients du cabinet dentaire Wacouboué selon la distance parcourue et le lieu de provenance

Distance entre structure sanitaire et lieu de provenance des patients	Effectif
< 1 km	2
1 - 5 km	3
5 - 10 km	4
> 15 km	0
Total	9

Source : Enquête terrain, TAPE, 2015

Quatre individus ont parcouru 5 à 10 km, trois entre 1 à 5 km et deux moins d'1 km avant d'atteindre ce cabinet dentaire. Ces quatre usagers résident dans le district d'Abidjan. Quant aux autres clients, ils viennent des autres quartiers de la commune de Yopougon tels que Yaossehi (Sicoboï), Sideci Lem, Sogefiha, Niangon, etc.

On constate qu'avec ce cabinet dentaire, l'utilisation de ses services augmente avec l'accroissement de la distance entre lui et ses usagers. En clair, la distance ne constitue pas une entrave à son utilisation.

#### 5.4.2.2.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué

Les raisons qui déterminent l'utilisation du cabinet dentaire Wacouboué sont enregistrées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 5.54** : Répartition des clients du cabinet dentaire Wacouboué selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours	Effectif
Bonne qualité des soins et de prestation	4
Bon niveau de plateau technique	4
Lien familial avec le personnel de soins	1
Total	9

Source : Enquête terrain, TAPE, 2015

Les motifs de recours sont exprimés par quatre clients autant en faveur de la bonne qualité des soins et des prestations que du bon niveau de son plateau technique. Et un seul justifie l'utilisation de ce cabinet dentaire par son lien de parenté avec le personnel médical.

La bonne qualité des soins et des prestations invoqués par les malades comme déterminant leur présence relève de la perception puisqu'ils recouvrent la santé car n'ayant pas la qualité d'attester du niveau de soins qui est fourni. Au cours de cette étude, nous nous sommes aperçus de la qualité des équipements de ce centre de soins. Les patients qui font mention de la qualité de son plateau technique sont ceux qui ont pour établissement de santé de premier recours en cas de problème bucco-dentaire ce centre de soins. Le lien de parenté est quelque chose de très important en Afrique et partout ailleurs. C'est pourquoi, il guide certains individus dans la prise de décisions. Donc, déterminer le choix du centre de soins des malades constitue l'un des facteurs à prendre en compte dans toutes les stratégies de redéploiement des effectifs du personnel de santé.

En somme avec le cabinet dentaire Wacouboué, le facteur distance est donc moins pris en compte par les usagers. Seuls, le lien familial avec le personnel de soins, le bon niveau de plateau technique et la bonne qualité des soins et de prestations fournies déterminent leur recours au cabinet dentaire Wacouboué.

#### **5.4.2.3. Motifs de recours aux soins dans le centre de soins infirmier « Espace médical secourisme »**

Une multitude de motifs ont conditionné le recours aux soins dans le centre de soins infirmier « Espace médical secourisme ». Ces motifs sont relatifs à la distance, à la proximité du domicile des patients au centre ainsi qu'au manque de gravité de la maladie.

##### **5.4.2.3.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l'Espace médical secourisme**

Les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder à l'espace médical secourisme sont enregistrées dans le tableau 5.55.

**Tableau 5.55** : Répartition des clients de l’Espace médical secourisme selon la distance parcourue et le lieu de provenance

Distance entre structure sanitaire et lieu de provenance des patients	Effectif
< 1 km	10
1 - 5 km	1
5 - 10 km	0
> 15 km	0
Total	11

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

On constate que la totalité des clients de cet établissement sanitaire se trouvent dans un rayon de 5 km. Deux d’entre eux se situent à moins d’un kilomètre contre un seul se situant entre 1 à 5 km. L’influence de centre de soins infirmier à l’échelle de son lieu d’implantation et des quartiers voisins est donc très importante. Du coup, le facteur distance devient l’un des déterminants de son utilisation.

Ces patients résident tous dans la commune de Yopougon dans des quartiers tels Solic 1, Selmer, Nouveau quartier et Kouté. Ce centre de soins a une aire d’influence réelle courte par rapport aux deux précédents remplissant ainsi son rôle de proximité et l’objectif de son implantation à cet endroit précis (*cf. logique d’implantation*).

#### 5.4.2.3.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l’Espace médical secourisme

Les motifs d’utilisation de l’espace médical secourisme sont enregistrés dans le tableau ci-après :

**Tableau 5.56** : Répartition des clients de l’Espace médical secourisme selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Proximité au centre	6
Faible coût des prestations et des soins	3
Maladie pas grave	2
Total	11

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

On constate que l’influence de la distance sur cet établissement sanitaire est véritablement importante car 6 des malades interrogés expliquent le choix de recours par la

proximité de leur domicile au dit établissement. Dix résidents à moins d'un kilomètre du centre de santé (cf. tableau 4.25). Le faible coût des prestations et des soins et la perception des malades sur leur état de santé ont influencé respectivement le choix de trois et deux des usagers.

Pour rappel, dans ce centre, le coût des consultations varie entre 1.000f CFA (1,52 €) et 2.000f CFA (3,04 €) selon l'offre de soins demandé et celui de traitement des maladies récurrentes entre 5.000f CFA (7,62 €) et 10.000f CFA (15,24 €) selon la maladie à traiter. Même si la majorité des enquêtés exercent dans le secteur informel à 95 % avec un revenu mensuel inférieur à 50.000f CFA (76,22 €), les coûts de consultations et de traitements des différentes pathologies s'avèrent être à leur portée.

En somme, dans l'itinéraire thérapeutique des malades résidant hors du quartier Yopougon-Sicogi, la distance entre ces individus et l'Espace médical secourisme ainsi que les faibles coûts des soins qui sont pratiqués constituent les motifs clés de l'utilisation du centre de soins infirmiers. A cela s'ajoute la perception qu'ils ont de leur état de santé.

#### **5.4.2.4. Motifs de recours aux soins dans le centre de soins infirmiers « Cabinet paramédical André Jean »**

Après l'analyse de l'impact de la distance sur ce centre, les patients ont évoqué d'autres motifs de son utilisation dans le cadre de la recherche d'offre de soins de santé.

##### **5.4.2.4.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet paramédical André Jean**

Dans le tableau 5.57 ci-après, sont enregistrées les distances parcourues par les patients selon leur lieu de provenance pour accéder au cabinet paramédical André Jean.

**Tableau 5.57** : Répartition des patients du cabinet paramédical André Jean selon la distance parcourue et le lieu de provenance

Distance entre structure sanitaire et lieu de provenance des patients	Effectif
< 1 km	9
1 - 5 km	2
5 - 10 km	0
> 15 km	0
Total	11

Source : Enquête terrain, TAPE, 2015

Tout comme le centre de soins infirmiers « Espace médical secourisme », le centre de soins infirmiers « Cabinet paramédical André Jean » atteint le maximum de sa population consultante à moins d'un kilomètre (soit 8 individus). Ce qui nous emmène à dire que son influence à l'échelle de son lieu d'implantation et des quartiers voisins est donc très importante. Donc, le facteur distance devient de facto l'un des déterminants de son utilisation comme ce fut le cas de son homologue de l'espace secourisme. Avec celui-ci, il a un bassin de recrutement commun. Autrement dit, sa fréquentation baisse avec l'augmentation de la distance.

#### 5.4.2.4.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le cabinet paramédical André Jean

Le tableau 5.58, contient les autres facteurs qui conditionnent le recours aux soins dans le centre paramédical André Jean.

**Tableau 5.58** : Répartition des clients du cabinet paramédical André Jean selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Faible coût des prestations et des soins	5
Proximité au centre	6
Total	11

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

La proximité du domicile des enquêtés avec le cabinet paramédical a justifié le recours de cinq individus contre six pour les faibles coûts des prestations et des soins.

Tout comme le centre de soins infirmier précédent, le centre de soins infirmier André Jean pratique des tarifs vraiment réduits (le coût des consultations est faible et varie entre 500f CFA (0,76 €) à 1.000f CFA (1,52 €) . Le coût de traitement des maladies récurrentes se situe entre 3.000f CFA (4,57 €) et 10.000f CFA (15,24 €). Cependant, si ces coûts paraissent moins élevés, ils sont à relativiser car les prix des médicaments non disponibles ne sont pas pris en compte. Ce qui augmenterait le prix de la guérison.

Ici encore, l'influence de la distance sur cet établissement sanitaire est prépondérante. En somme selon qu'on soit dans l'un des deux centres de soins infirmiers du quartier Yopougon-Sicogi, les facteurs qui conditionnent le recours à ces structures sanitaires restent identiques à l'exception de la variable motif de perception " maladie pas grave" au niveau de l'espace secourisme. Cependant, il est à noter que, le volume de la population consultante de

ces deux centres de soins et les distances qui séparent cette population aux établissements de santé concernés évoluent en sens inverse.

#### **5.4.2.5. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social « Centre médico-social Eden »**

Les facteurs qui conditionnent le recours aux soins dans le centre médico-social sont contenus dans les sous titres ci-dessous.

##### **5.4.2.5.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social Eden**

Les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder au centre médico-social sont enregistrées dans le tableau 5.59 suivant :

**Tableau 5.59** : Répartition des patients du centre médico-social Eden selon la distance parcourue et le lieu de provenance

Distance entre structure sanitaire et lieu de provenance des patients	Effectif
< 1 km	3
1 - 5 km	1
5 - 10 km	0
> 15 km	1
Total	5

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Le tableau 5.59 montre que, trois malades non résidants dans le quartier Yopougon-Sicogi se situent à moins de 1 km. Ils viennent de divers horizons (Sogefiha, Sicoboï, Sideci Lem). Un seul individu d'entre eux se situe à une distance variant entre 1 à 5 km de ce centre médico-social contre un autre à plus de 15km (Dabou<sup>64</sup>).

En observant ces données, on remarque que l'aire d'attraction réelle s'étend sur une grande distance comme celle de l'espace médical concorde alors que ces deux structures ne sont ni de la même catégorie encore moins de la même typologie (les raisons de cette situation seront élucidées à partir des autres facteurs motifs de recours). Cependant, cette portée doit être relativisée car c'est seulement un client qui réside à plus de 5 km. Lorsque cette distance augmente, le nombre d'utilisateurs baisse, c'est dire combien de fois ce facteur est déterminante dans l'utilisation de cet établissement de santé.

<sup>64</sup> Ville située à environ 30 km d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

#### 5.4.2.5.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre médico-social Eden

Les autres motifs qui ont justifiés l'utilisation du centre médico-social Eden sont contenus dans le tableau suivant :

**Tableau 5.60** : Répartition des clients du centre médico-social Eden selon les autres facteurs de recours aux soins

<b>Facteurs de recours aux soins</b>	<b>Effectif</b>
Proximité du centre	3
Education sanitaire et relais communautaire	2
<b>Total</b>	<b>5</b>

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Trois des enquêtés, utilisent cet établissement sanitaire à cause de sa proximité avec les domiciles respectifs contre 2 pour ses activités d'éducation sanitaire et de relais communautaire.

La proximité et les activités paramédicales se sont avérées comme des motifs majeurs de recours au centre social Eden au regard des données. Cela est justifié, car quatre des cinq clients se situent à moins de 1 km du centre. Ainsi, plus les patients constateront que les distances entre ce centre de soins et leurs domiciles sont faibles, plus ils fréquenteront cette structure sanitaire. Le second motif de recours aux soins au sein de cet établissement de santé va à l'endroit des activités paramédicales du promoteur car connaître des enseignements sur les règles de conduite hygiéniques en vue de conserver un bon état de santé encouragent les populations à fréquenter les structures de santé.

#### 5.4.2.6. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social « Centre socio-sanitaire Bethel »

Le centre socio-sanitaire Bethel est un centre médico-social. Les facteurs qui concourent à son utilisation sont multiples. Ils ont été identifiés et débutent par l'analyse de l'impact de la distance sur son utilisation.

##### 5.4.2.6.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel

Le tableau 5.61 contient les distances parcourues par les patients selon leur lieu de provenance.

**Tableau 5.61** : Répartition des patients du centre socio-sanitaire Bethel selon la distance parcourue et le lieu de provenance

Distance entre structure sanitaire et lieu de provenance des patients	Effectif
< 1 km	3
1 - 5 km	1
5 - 10 km	1
> 15 km	0
<b>Total</b>	<b>5</b>

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Le tableau 5.61 montrent que, trois des cinq individus soumis à notre enquête habitent à moins de 1 km du centre socio sanitaire Bethel et plus précisément dans les quartiers environnants Yopougon-Sicogi tels que Banco 2, Sogefiha et Sicobois. Un seulement réside à une distance comprise entre 1 à 5 km. Il en est de même pour un qui se situe à une distance qui se situe entre 5 et 10 km. Ces deux des patients viennent des autres quartiers de la commune de Yopougon et du district d'Abidjan.

On remarque qu'à moins de 1 km, le centre atteint le maximum de sa population consultante. Cependant, son bassin de recrutement est rétréci par rapport à celui du centre social Eden qui va au delà de 15 km. De plus, au fur et à mesure que la distance qui sépare cette structure de santé aux usagers augmente, le nombre d'utilisateurs baisse faisant ainsi de ce facteur l'un des plus déterminants de l'utilisation de ce type d'établissement de santé.

#### 5.4.2.6.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel

En plus de la distance, les autres facteurs de recours au centre socio-sanitaire Bethel sont contenus dans le tableau 5.62.

**Tableau 5.62**: Répartition des clients du centre socio-sanitaire Bethel selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Faible coût des prestations et des soins	2
Relais communautaire et éducation sanitaire	3
<b>Total</b>	<b>5</b>

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Le choix de recours aux soins est motivé par les activités paramédicales du centre trois enquêtés contre deux pour les faibles coûts de prestations et des soins.

Les activités d'éducation sanitaire et de relais communautaire font partie des prérogatives des ONG de promotion de la santé. C'est pourquoi, la majorité de ces malades est venu là car ayant été visité ou formé sur les règles d'hygiène par le personnel du centre. Et cela, en rapport avec les coûts des prestations très étudiés en fonction de la population. Ce qui constitue l'un des arguments majeurs de sa fréquentation.

En conclusion, le recours au centre médico-social est fortement lié à la distance, au faible coût des prestations ainsi qu'à ses activités de formation.

#### **5.4.2.7. Facteurs de recours aux soins dans le centre médico-social «Centre médico-social LIAAI »**

Les motifs de recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI sont de plusieurs ordres. Après l'étude de l'impact de la distance, nous évoquerons les autres par la suite grâce aux réponses obtenues auprès des patients de cet établissement de santé.

##### **5.4.2.7.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI**

Le tableau ci-après contient les différentes distances parcourues par les patients avant d'accéder au centre médico-social LIAAI.

**Tableau 5.63** : Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon la distance parcourue et le lieu de provenance

Distance entre structure sanitaire et lieu de provenance des patients	Effectif
< 1 km	2
1 - 5 km	1
5 - 10 km	1
> 15 km	0
Total	4

*Source : Enquête terrain, TAPE, 2015*

Deux des quatre clients soumis à notre enquête ont parcouru une distance inférieure à 1 km. Un seule à parcouru une distance comprise entre 1km et 5km contre un seul aussi qui se situe entre 5km et 10 km.

A l'image des deux autres établissements socio-sanitaires, la distance s'avère déterminante dans l'utilisation du centre médico-social LIAAI par individus habitant hors de ce quartier. Ces usagers viennent de Sicobois, Sideci Lem, Sideci vatican, Port-bouet 2, banco 2.

#### 5.4.2.7.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI ''

Les motifs d'utilisation de l'espace médical secourisme sont enregistrés dans le tableau ci-après :

**Tableau 5.64** : Répartition des clients du centre médico-social LIAAI selon les autres facteurs de recours aux soins

Facteurs de recours aux soins	Effectif
Faible coût des prestations et des soins	1
Proximité	2
Relais communautaire et éducation sanitaire	1
Total	4

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2015

Les informations contenues dans ce tableau montrent que, un des enquêtés utilisent ce centre à cause de ses activités d'éducation sanitaire et de relais communautaire. Les faibles coûts de ses prestations et sa proximité avec les domiciles des malades ont justifié les raisons de recours d'un seul patient des cas cliniques respectifs.

Les facteurs de recours aux soins dans ce centre sont les mêmes que celui du centre médico-social Eden et du centre socio-sanitaire Bethel car les trois mènent les mêmes types d'activités, appartiennent à la même catégorie et ont le même type de promoteur.

### Conclusion chapitre 5

En somme, à Yopougon-Sicogi, les motifs du choix de recours des patients aux structures de soins sont nombreux et varient selon leurs localités de résidence et le type d'établissement de santé.

S'agissant des clients dont le lieu d'habitation est le Yopougon-Sicogi, la proximité avec le personnel médical, les faibles distances qui séparent les domiciles et les centres de soins, le bon niveau de plateau technique et la bonne qualité de soins justifient le choix de ces

usagers dans le cadre de leur recherche aux soins au sein des structures sanitaires de leur quartier. De plus, les patients à la fois sous plusieurs aires de couverture sanitaire avancent que le type de pathologie dont ils souffrent, l'offre de services de santé et les coûts de traitement de ces pathologies constituent aussi des motifs qui conditionnent leur choix en faveur de ces structures de soins.

Quant aux malades qui viennent des localités autres que Yopougon-Sicogi, la distance s'est avérée déterminante pour eux dans l'utilisation des établissements paramédicaux et socio-sanitaires représentés par les centres de soins infirmiers et les centres médico-sociaux. En revanche, elle ne l'est pas dans la fréquentation des établissements médicaux que sont le cabinet dentaire Wacouboué et le centre médical espace médical concorde car ceux-ci atteignent le maximum de leurs populations consultant au-delà de plus 10 kilomètres de distance des domiciles des cas jugés cliniques. En plus de la distance selon le cas, la confiance au personnel de santé, les faibles coûts de traitement appliqués, le lien familial, le bon niveau de plateau technique, la proximité ont influencé l'itinéraire thérapeutique de ces usagers à l'avantage des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Toutefois, c'est à partir de la diversité des lieux de provenance des clients des établissements de santé de Yopougon-Sicogi, que nous avons pu redessiner la carte d'attraction sanitaire réelle des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi (*cf. chapitre 4*).

Le chapitre 5 a permis d'identifier les différents déterminants du recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Cependant, les résultats des enquêtes ont montré qu'en dépit du fait que les infrastructures de soins de Yopougon-Sicogi enregistrent des consultations, plusieurs ménages renoncent à ces établissements de santé dans le cadre de leur recherche de guérison. Sur l'ensemble des ménages (représentés par les chefs de familles) soumis à nos enquêtes, 89% n'utilisent pas ces structures de santé de leur quartier. De ce qui précède, il apparaît donc nécessaire de rechercher les motifs de renoncement aux soins de santé de ces ménages au sein des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Avant d'y arriver, nous présentons et analysons d'abord le bilan de la fréquentation de ces différents établissements de santé de Yopougon-Sicogi.

## **Chapitre 6 : BILAN DE LA FREQUENTATION DES STRUCTURES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI**

L'amélioration de l'état de santé des populations constitue un facteur endogène de croissance et de développement (ARCENS *et al.*, 2008). De même, un établissement de soins de santé moderne formel ne vaut que par l'intérêt que lui requiert la population dans sa quête de guérison. C'est pourquoi, dans ce sixième et dernier chapitre de cette Thèse Unique, nous nous proposons d'analyser le niveau de fréquentation des structures de santé de Yopougon-Sicogi. Selon les deux Districts de Santé de la commune de Yopougon, la fréquentation des établissements sanitaires reste faible comparativement à celle de certaines communes de la ville d'Abidjan au cours de ces dernières années. Qu'en-est-il de Yopougon-Sicogi et quelles en sont les raisons ?

La réponse à cette interrogation, fait suite aux résultats des différentes enquêtes sanitaires et socio-sanitaires réalisées auprès des infrastructures de santé et des populations. Toutefois, rappelons qu'une bonne offre de soins relève d'une répartition rationnelle des structures de santé dans l'espace et ensuite d'un plateau technique proposant une palette élargie de services de soins curatifs, préventifs, promotionnels et une qualité de soins impeccable. Si l'évaluation de l'efficacité de ces structures de soins tient compte de la qualité des soins proposés en termes de desserte et de densité médicale, elle demeure ensuite fortement liée au niveau de fréquentation. Ainsi, avant de procéder à l'analyse du niveau de fréquentation des structures de santé de Yopougon-Sicogi, nous procédons à la clarification de certains termes, notamment le taux de fréquentation et le taux d'utilisation.

Selon le coordinateur des activités du District Sanitaire de Yopougon Est ; le taux de fréquentation est défini comme la moyenne des consultations durant une période donnée, rapportée à la population totale d'une aire sanitaire donnée.

Quant au taux d'utilisation, il prend plutôt en compte le nombre de consultants. Par définition, le taux d'utilisation représente dans chaque aire de santé, la proportion de la population qui a fréquenté un centre de santé au moins une fois au cours d'une période donnée. En d'autres termes, c'est le nombre total des consultants<sup>65</sup> de l'ensemble des formations sanitaires rapporté à la population totale de l'aire de santé.

De ces définitions, on retient que la fréquentation constituant un indice de mesure du volume d'activités d'une structure de soins, est la traduction quantitative du recours aux soins et tient compte des consultations (DIONE, 2013). Un consultant peut effectuer plusieurs

---

<sup>65</sup> Nouveaux malades

consultations ou épisodes. Toutes ces consultations seront toutes prises en compte pour le calcul du taux de fréquentation. Mais pour le calcul du taux d'utilisation, elles ne compteront que « 1 ». Cependant, le chiffre « 1 » ne variera pas lorsqu'il s'agit de la même pathologie.

En somme, la fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sera définie par le nombre de consultations enregistrées au cours des années 2013, 2014, 2015 et 2016 précédents la rédaction de ce document. Les données antérieures à ces différentes dates ont été détruites pendant la guerre suite à l'élection présidentielle de 2010. Pour rappel, la commune de Yopougon a été l'un des épïcêtres de cette crise au niveau de la ville d'Abidjan.

En général, dans beaucoup d'établissements sanitaires en Côte d'Ivoire, l'enregistrement est si peu soigné qu'on ne connaît pas le nombre de consultants (ou nouveau malades) mais simplement le nombre de noms couchés sur les registres, sans doute plus proche du nombre de consultations (toute visite d'un malade à un professionnel de santé) que le nombre de consultants. Cela est dû au fait que, les agents chargés de tenir les statistiques sanitaires comptent facilement comme consultant, un malade venu subir un traitement pour une maladie pour laquelle il a été enregistré quelques jours auparavant. Et si on leur demande le nombre de consultations, ils corrigent sans hésiter le nombre de noms relevés dans les registres. Ailleurs, certains chercheurs ont fait le même constat. C'est pourquoi, BRUNET-JAILLY *et al.* (1989) affirment que les taux de fréquentations tirés des statistiques sanitaires de routine sont donc toujours erronés, et sans doute souvent surestimés.

Ce chapitre est basé sur l'analyse du niveau de fréquentation des différentes structures sanitaires de Yopougon-Sicogi en rapport avec les coûts pratiqués. Il contient en outre, les motifs de renoncement aux soins de santé des populations au sein des établissements sanitaires de leur quartier.

### **6.1. Répartition et analyse et de la fréquentation des structures de santé**

Les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sont multiples. Elles offrent plusieurs services de soins à la population de Yopougon-Sicogi mais aussi à celle de toute la commune, du district d'Abidjan et des villes environnant le district d'Abidjan comme nous venons de constater dans les chapitres précédents.

Dans cette section, nous présentons les différents bilans de leurs activités en termes d'évolution de leur niveau de fréquentation au cours des années précédant nos enquêtes. Ces différentes données sont présentées dans des tableaux croisés selon la catégorie et la typologie

de structures sanitaires mais aussi selon la part du marché de soins de chacun des établissements de santé et les lieux de provenance des clients.

Les valeurs affectées de signe positif (+) ou négatif (-) représentent les différents taux d'évolution ou de variation du niveau de fréquentation de ces infrastructures de santé. Elles permettent d'avoir des tendances générales relatives à l'utilisation des établissements de soins de Yopougon-Sicogi. Ces différents taux sont obtenus à partir de la formule suivante :

$$\mathbf{T_x.V} = \left( \frac{v.f - v.i}{v.i} \right) \times 100$$

avec Tx.V (taux de variation), v.f (valeur finale) et v.i (valeur initiale).

### 6.1.1. Fréquentation des infrastructures de soins selon la catégorie de structures sanitaires et les lieux de provenance des usagers

Le tableau croisé 6.65 ci-dessous contient des données relatives aux clients ayant sollicité les structures de santé de Yopougon-Sicogi au cours des années 2013, 2014, 2015 et 2016 selon la catégorie à laquelle appartiennent ces structures de soins et les lieux de provenance des usagers.

**Tableau 6.65** : Répartition des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la catégorie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016

Catégorie de structures sanitaires	Lieu de provenance des clients																Total Clients			
	Yopougon-Sicogi				Autres quartiers de Yopougon				District d'Abidjan				Hors district d'Abidjan							
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Etablissements Médicaux	328	309	508	531	93	102	285	237	162	61	94	61	ND*	5	135	111	583 (9%)	477 (12%)	1022 (19%)	940 (16%)
	-5,79%	+64,40%	+4,52%		+9,67%	+17,94%	-16,84%		-62,34%	+54,09%	-35,40%		+2600%	-17,77%			-18,18%	+114,25%	-8,02%	
Etablissements Paramédicaux	1745	1775	2551	2801	1073	342	371	545	0	0	252	180	ND*	0	168	97	2818 (45%)	2117 (51%)	3342 (61%)	3643 (64%)
	+1,71%	+43,71%	+9,80%		-68,12%	+8,47%	-46,90%		0%	+252%	-28,57%		+168%	-42,26%			-24,87%	+57,86%	+9%	
Etablissements Socio-sanitaires	1732	1310	739	783	866	222	300	267	256	16	54	36	ND*	1	24	15	2854 (46%)	1549 (37%)	1117 (20%)	1101 (20%)
	-24,36%	-43,58%	+5,95%		-74,36%	+35,13%	-11%		-93,75%	+237,5%	-35,18%		+2300%	-37,50%			-45,72%	-27,88%	-1,52%	

Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ; \* Non Disponible ; Données affectées de signe obtenues après calcul ; TAPE , 2016

Le tableau 6.65 montre que, les usagers des structures de santé de Yopougon-Sicogi viennent d'horizons divers et ce, selon les différentes catégories auxquelles appartiennent ces centres de soins. Cependant, nous constatons une disparité au niveau de la fréquentation de ces infrastructures de santé d'une période à l'autre au regard des différents taux de variation. En effet, au cours de la période 2013-2014, les établissements socio-sanitaires sont passés de 2854 clients reçus à 1549 clients, soit une baisse de 45,72%. Le taux de -24,87% est le niveau d'évolution de la fréquentation au cours de cette même période en ce qui concerne les établissements paramédicaux contre une baisse de 18,18% pour les établissements médicaux. En revanche, de 2014 à 2015, le recours massif des malades à ces établissements de soins à entraîné un accroissement de plus 114,25% de consultations au niveau des structures de soins médicaux et 57,86% pour les établissements paramédicaux contrairement aux établissements de socio-sanitaires qui n'ont encore pas connu de dynamique positive au cours de la même période (-27,88%). De 2015 à 2016, la plus part de ces établissements de santé ont enregistré de forte baisse allant de 1,52% à 8% contrairement aux établissements paramédicaux.

Selon les lieux de provenance des patients, si au cours de la période 2014-2015, la tendance est globalement à la hausse à l'exception des établissements socio-sanitaires qui ont enregistré une baisse de 43,58% de fréquentation, au cours des années précédentes, les populations se sont moins intéressées aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. En effet, seuls les établissements médicaux et paramédicaux ont connu un accroissement de leur clientèle venue respectivement des autres quartiers de la commune de Yopougon (+9,67%) et des résidents Yopougon-Sicogi (+1,71%) soit de 1745 clients en 2013 à 1775 clients en 2014. Cependant, ces mêmes établissements paramédicaux n'ont enregistré aucun client venu des autres communes du District d'Abidjan et des localités environnant le district. La plus forte baisse observée selon les lieux de provenance des usagers a été enregistrée au niveau des clients venus des communes de la ville d'Abidjan et au sein des établissements socio-sanitaires. Elle est évaluée à moins de 93,75% soit un écart de 240 patients sur ces deux années. Toutefois, sur la période 2015-2016, en plus des clients venus de Yopougon-Sicogi, les patients résidant dans les autres localités ont montré leur intérêt à l'endroit de ces centres de soins eu égard aux différentes évolutions du niveau de fréquentation observé.

Sur les 6255 individus reçus par ces établissements de santé de Yopougon-Sicogi en 2013, 46% d'entre eux ont recouru aux structures socio-sanitaires contre 45% pour les structures paramédicales et 9% pour les établissements médicaux. En 2014 et 2015, contrairement aux établissements socio-sanitaires, la catégorie la plus fréquentée a été les établissements paramédicaux avec 51% et 61% des épisodes. Les établissements socio-

sanitaires et médicaux ont enregistré respectivement 37% et 12% de l'ensemble des patients au cours de cette même année en 2014 contre 20% et 19% en 2015. De même en 2016; ce sont les établissements paramédicaux qui ont été les plus fréquentés (64% des 5664 patients reçus). Ensuite, viennent les établissements socio-sanitaires (20%) puis les établissements paramédicaux (16%).

Le cumul des clients contenus dans le tableau 6.66 ci-dessous montre qu'en 2013, au moment où les établissements socio-sanitaires enregistraient le plus fort taux de patients venant hors de Yopougon-Sicogi (18%), ce sont les établissements paramédicaux et socio-sanitaires qui en faisaient de même au niveau de ceux résidants dans le quartier (28%). Comme en 2013, de 2014 à 2016, ce sont les infrastructures paramédicales qui ont été les plus fréquentées tant par la population de Yopougon-Sicogi que par celle venue d'autres localités. De 1775 patients consultés venus du quartier Yopougon-Sicogi en 2014, ce sont près de 2551 consultations qui ont été effectuées en 2015 et 2801 en 2016, soit respectivement une hausse de plus 43% et 50% de fréquentation. En revanche, on constate que, les populations de Yopougon-Sicogi fréquentent de moins en moins les établissements socio-sanitaires de leur quartier au fil des années en dépit d'une hausse de plus de 5% observée en 2016. Le volume de patients reçus qui était 1732 en 2013 est passé à 1310 en 2014 puis 739 en 2015, soit une baisse de 24,36% et 43,58% de fréquentation sur les périodes 2013-2014 et 2014-2015.

**Tableau 6.66** : Cumul des clients des structures sanitaires selon la catégorie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016

Catégorie de structures sanitaires	Lieu de provenance des clients							
	Yopougon-Sicogi				Hors Yopougon-Sicogi			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Etablissements Médicaux	328 (5%)	309 (7%)	508 (9%)	513 (9%)	255 (4%)	168 (4%)	514 (9%)	409 (7%)
	-5,79%      +64,40%      +4,52%				-34,11%      +205,95%      +20,42%			
Etablissements Paramédicaux	1745 (28%)	1775 (43%)	2551 (47%)	2801 (50%)	1073 (17%)	342 (8%)	791 (14%)	822 (14%)
	+1,71%      +43,71%      +9,80%				-68,12%      +131,28%      +6,44%			
Etablissements Socio-sanitaires	1732 (28%)	1310 (32%)	739 (14%)	783 (14%)	1122 (18%)	239 (6%)	378 (7%)	317 (6%)
	-24,36%      -43,58%      +5,95%				-78,69%      +58,15%      -16,13%			

Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi; Données affectées de signe obtenues après calcul ; TAPE, 2016

Dans ces établissements de santé, le coût de consultation (générale et spécialité) varie de 5.000f CFA (7,62€) à 15.000f CFA (22,86€) pour les établissements médicaux, de 500f CFA (0,76€) à 5000f CFA (7,62€) pour les établissements paramédicaux et de 1.000f CFA (1,52€) à 5.000f CFA (7,62€) pour les établissements socio-sanitaires. Quant au coût de traitement des pathologies récurrentes (*cf. chapitre 2*), le coût varie de 15.000f CFA (22,86€) à plus de 35.000f CFA (53,35€) pour les établissements médicaux (mieux équipés et de troisième niveau selon la pyramide sanitaire) y compris les médicaments de premier recours ou de premier soins selon les actes médicaux. Il se situe entre 5.000f CFA (7,62€) et 15.000f CFA (22,86€) pour les établissements paramédicaux et va de la gratuité à 15.000f (22,86€) pour ce qui est des établissements socio-sanitaires.

### **6.1.2. Fréquentation des infrastructures de soins selon la typologie des structures sanitaires et les lieux de provenance des usagers**

Les informations contenues dans le tableau 6.67 concernent le bilan de la fréquentation des établissements sanitaires. Elles sont disposées selon la typologie à laquelle appartiennent ces infrastructures de soins et les lieux de provenance des clients.

**Tableau 6.67** : Répartition des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la typologie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016

Typologie des structures sanitaires	Lieu de provenance des clients																Total clients			
	Yopougon-Sicogi				Autres quartiers de Yopougon				District d'Abidjan				Hors district d'Abidjan							
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Centre Médical	203	124	305	277	55	35	200	132	100	12	40	28	ND*	5	100	95	358 (6%)	176 (4%)	645 (12%)	532 (10%)
	-38,91%	+145,96%	-9,18%		-36,36%	+471,42%	-34%		-88%	+233,33%	-30%		+1900%	-5%			-50,83%	+266,47%	-14,65%	
Cabinet dentaire	125	185	203	254	38	67	85	105	62	49	54	33	ND*	0	35	16	225 (3%)	301 (7%)	377 (7%)	408 (7%)
	+48%	+9,72%	+25,12%		+76,31%	+26,86%	+23,52%		-19,40%	+10,20%	-38,88%		+35%	-54,28%			+33,77%	+25,24%	+8,22%	
Centre de soins infirmiers	1745	1775	2551	2801	1073	342	371	545	0	0	252	180	ND*	0	168	97	2818 (45%)	2117 (51%)	3342 (61%)	3643 (64%)
	+1,71%	+43,71%	+9,80%		-68,12%	+8,47%	+46,90%		0%	+252%	-28,57%		+168%	-42,26%			-24,87%	+57,86%	+9%	
Centre médico-social	1732	1310	739	783	866	222	300	267	256	16	54	36	ND*	1	24	15	2854 (46%)	1549 (38%)	1117 (20%)	1101 (19%)
	-24,36%	-43,58%	+5,95%		-74,36%	+35,13%	-11%		-93,75%	+257,5%	-35,18%		+2300%	-37,50%			-45,72%	-27,88%	-1,52%	

Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi; \* Non Disponible ; Données affectées de signe obtenues après calcul ; TAPE, 2016

On remarque que selon la typologie des structures de soins, le centre médico-social s'est distingué par une forte sollicitation en 2013. Au cours de cette année, 46% des utilisateurs des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi ont sollicité les centres de soins appartenant à cette typologie de centre de santé privé. Le centre de soins infirmiers a été visité par 45% des usagers. Quant au centre médical et au cabinet dentaire, ils ont enregistré respectivement 6% et 3% de l'ensemble des consultations. Par contre en 2014 et 2015, ce sont les centres de soins infirmiers qui ont été les plus visités par les malades avec respectivement 51% et 61% des consultations suivies par les centres médico-sociaux. Cependant, ces centres médico-sociaux se sont distingués par une baisse de leur volume de patients sur ces trois années (2854 clients en 2013, 1549 en 2014 et 117 en 2015 soit une baisse de l'ordre de 45,72% et 27,88% sur les périodes 2013-2014 et 2014-2015).

On constate en outre que, de 2013 à 2016, seul le cabinet dentaire a connu une dynamique stable au niveau de sa clientèle. De 225 patients en 2013, cette typologie de structure de santé a enregistré dans son registre des "entrées" 301 patients en 2014, 377 en 2015 puis 408 clients en 2016 soit respectivement une évolution de plus de 33%, 25% et 8% de sa clientèle. La plus forte baisse a été observée au niveau du centre médical (-50,83% de fréquentation) en 2013. En effet, cet établissement est passé de 385 clients enregistrés en 2013 à 176 clients en 2014, soit un écart de 209 individus. Si en 2016, les centres médicaux et médico-sociaux ont connu une baisse de leur clientèle, en revanche les centres de soins infirmiers et cabinets dentaires ont observé une hausse de 8% à 9% de leurs patients.

Selon les lieux de provenance de clients, ce sont les centres de soins infirmiers qui ont été les plus sollicités par les usagers venant de Yopougon-Sicogi en 2013 (1754 clients soit 27,89%), 2014 (1775 clients soit 43%), 2015 (2551 clients soit 47%) et 2016 (2801 clients soit 68%) suivis des centres médico-sociaux même si ceux-ci se trouvent désintéressés par la population. En effet, la fréquentation de cette typologie d'établissement sanitaire a baissé de 2013 à 2015 passant de moins de 24,30% sur la période 2013-2014 à moins de 13,58% sur la période 2014-2015. Cependant, sur la période 2015-2016, on a constaté une augmentation de +5,95%. Concernant les usagers habitants hors de Yopougon-Sicogi, leur préférence est allée plutôt vers les centres médico-sociaux en 2013 contrairement aux années 2014 et 2015 où ils ont le plus sollicité les centres de soins infirmiers (8% et 15% des clients). Cependant, le cabinet et le centre médical se caractérisent par un faible volume de malades sur toutes ces années tant au niveau des usagers résidents à Yopougon-Sicogi que ceux venus des autres quartiers et communes.

Le cumul des clients venus hors du quartier Yopougon-Sicogi et ceux résidant dans le quartier Sicogi contenus dans le tableau 6.68 ci-dessous, montre que seul le cabinet dentaire n'a pas cessé d'enregistrer l'augmentation de sa fréquentation au cours de l'exercice 2013, 2014, 2015 et 2016. Le nombre d'usagers est passé de 125 en 2013 à 185 en 2014, de 185 à 203 en 2015 et de 254 en 2016 soit un taux de variation de +48%, +9,72% puis 25,12% pour les clients qui habitent le quartier Yopougon-Sicogi. Ceux venant hors du dit quartier ont évolué à +16% et 50% au cours des mêmes périodes avant de dégringoler en 2016 (-11,49%). Toutefois, même si la variation de la clientèle des centres médico-sociaux a baissé passant de -24,30% sur la période 2013-2014 à -43,58% sur la période 2014-2015, le volume de ces usagers est numériquement supérieur au centre médical et au cabinet dentaire tous deux réunis sur les mêmes périodes (*cf. tableau 6.65.2*).

**Tableau 6.68** : Cumul des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la typologie des établissements de santé et les lieux de provenance des clients en 2013, 2014, 2015, 2016

Typologie de structures sanitaires	Lieu de provenance des clients							
	Yopougon-Sicogi				Hors Yopougon-Sicogi			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Centre médical	203 (3%)	124 (3%)	305 (5%)	277 (5%)	155 (2%)	52 (1%)	340 (6%)	255 (4%)
	-38,91% +145,96% -9,18%				-66,45% +553,84% -25%			
Cabinet dentaire	125 (2%)	185 (4%)	203 (4%)	254 (4%)	100 (2%)	116 (3%)	174 (3%)	154 (3%)
	+48% +9,72% +25,12%				+16% +50% -11,49%			
Centre de soins Infirmiers	1745 (28%)	1775 (43%)	2551 (47%)	2801 (50%)	1073 (17%)	342 (8%)	791 (15%)	822 (14%)
	+1,71% +43,71% +9,80%				-68,12% +131,28% +6,44%			
Centre médico-social	1732 (28%)	1310 (32%)	739 (13%)	783 (14%)	1122 (18%)	239 (6%)	378 (7%)	317 (6%)
	-24,3 -43,58% +5,95%				-78,69% +58,15% -16,13%			
<b>Total</b>	<b>3805 (61%)</b>	<b>3394 (82%)</b>	<b>3798 (69%)</b>	<b>4115 (73%)</b>	<b>2450 (39%)</b>	<b>749 (18%)</b>	<b>1683 (31%)</b>	<b>1549 (27%)</b>
	<b>-10,80% +11,90% +8,34%</b>				<b>-69,42% +124,69% -7,96%</b>			

Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi; Données affectées de signe obtenues après calcul ; TAPE (Doctorant), 2016

Au sein de ces typologies d'établissements de santé, le coût de consultation (générale et spécialité) varie de 5.000f CFA (7,62€) à 15.000f CFA (22,86€) pour le centre médical et le cabinet dentaire, de 500f CFA (0,76€) à 5000f CFA (7,62€) pour le centre de soins infirmiers et de 1.000f CFA (1,52€) à 5.000f CFA (7,62€) pour le centre médico-social. S'agissant du coût de traitement des pathologies récurrentes, il varie de 15.000f CFA (22,86€) à plus de 35.000f CFA (53,35€) encore pour le centre médical et le cabinet dentaire. Ce coût se situe entre 5.000f CFA (7,62€) et 15.000f CFA (22,86€) pour le centre de soins infirmiers et va de la gratuité à 15.000f (22,86€) pour ce qui est du centre médico-social.

### **6.1.3. Fréquentation des infrastructures sanitaires et les lieux de provenance des usagers**

Le tableau 6.69 présente la part d'individus ayant sollicité chacune des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi au cours de l'exercice 2013, 2014, 2015, 2016 et leurs lieux de provenance.

**Tableau 6.69** : Répartition des clients par structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les lieux de provenance en 2013, 2014, 2015, 2016

Structures sanitaires	Lieu de provenance des clients																Total clients			
	Yopougon-Sicogi				Autres quartiers de Yopougon				District d'Abidjan				Hors district d'Abidjan				2013	2014	2015	2016
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Espace médical concorde (Centre médical)	203	124	305	277	55	35	200	132	100	12	40	28	ND*	5	100	95	358 (6%)	176 (4%)	645 (12%)	532 (10%)
	-38,91%	+149,96%	-9,18%		-36,36%	+471,42%	-34%		-88%	+233,33%	-30%		+1900%	-5%			-50,83%	+266,47%	+14,65%	
Cabinet dentaire Wacouboué (Cabinet dentaire)	125	185	203	254	38	67	85	105	62	49	54	33	ND*	0	35	16	225 (3%)	301 (7%)	377 (7%)	408 (7%)
	+48%	+9,72%	+25,12%		+76,31%	+26,86%	+23,52%		-19,40%	+10,20%	-38,88%		+35%	-54,28%			+33,77%	+25,24%	+8,22%	
Espace médical secourisme (Centre de soins Infirmiers)	983	998	2464	2358	592	187	336	480	0	0	252	175	ND*	0	168	97	1575 (25%)	1185 (29%)	3220 (59%)	3110 (55%)
	+1,52%	+146,89%	-4,30%		-68,41%	+79,67%	+42,85%		0%	+252%	-30,55%		+168%	-42,26%			-24,76%	+171,72%	-3,41%	
Centre paramédical André Jean (Centre de soins Infirmier)	762	777	87	443	481	155	35	65	0	0	0	5	ND*	0	0	0	243 (20%)	932 (22%)	122 (2%)	513 (9%)
	+1,96%	-88,80%	+409,19%		-67,77%	-77,41%	+85,71%		0%	0%	+5%		0%	0%			-25,02%	-86,90%	+320,49%	
Centre médico-social Eden (Centre médico-social)	858	897	302	276	429	81	191	144	123	5	17	11	ND*	1	24	15	1410 (23%)	984 (24%)	534 (10%)	446 (9%)
	+4,54%	-66,33%	-8,60%		-81,11%	+135,80%	-24,60%		-95,93%	+240%	-35,29%		+2300%	-37,50%			-30,21%	-45,73%	-16,47%	
Centre socio-sanitaire Bethel (Centre médico-social)	320	281	332	312	160	73	85	38	45	6	37	25	ND*	0	0	0	525 (8%)	360 (9%)	454 (8%)	375 (6%)
	-12,18%	+18,14%	-6,02%		-54,37%	+16,43%	-55,29%		-86,66%	+516,66%	-32,43%		0%	0%			-31,42%	+26,11%	-17,40%	
Centre médico-social LIAAI (Centre médico-social)	554	132	105	195	277	68	24	85	88	5	0	0	ND*	0	0	0	919 (15%)	205 (5%)	129 (2%)	280 (5%)
	-76,17%	-20,45%	+85,71%		-75,45%	-64,70%	+254,16%		-94,31%	-100%	0%		0%	0%			-77,69%	-37,07%	+117,05%	
<b>Total</b>	3805 (61%)	3394 (81,9%)	3798 (69%)	4115 (73%)	2032 (32%)	666 (16%)	956 (18%)	1049 (18%)	418 (7%)	77 (2%)	400 (7%)	277 (5%)	ND*	6 (0,1%)	327 (6%)	223 (4%)	6255 (100%)	4143 (100%)	5481 (100%)	5664 (100%)
	-10,80%	+11,90%	+8,34%		-67,22%	+43,54%	+9,72%		-81,57%	+419,48%	-30,75%		+5350%	-31,80%			-33,76%	+32,29%	+3,33%	

Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi; \* Non Disponible ; Données affectées de signes sont obtenues après calcul ; TAPE, 2016

En l'observant de prêt, on constate que sur les quatre années, ce n'est qu'en 2013 que les infrastructures de santé de cette unité infra communale de Yopougon ont été les plus utilisées par les populations (6255 consultations) contrairement aux années 2014 (4143 clients), 2015 (5481) et 2016 (5664). Si au cours de la période 2013-2014, on a observé une baisse de la fréquentation (-33,76%), elle est passée à la hausse sur les périodes suivantes avec une hausse de 32,29% et 3,33%.

En effet, sur les 6255 clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi au cours de l'année 2013, 25% d'entre eux ont fréquenté l'espace médical secourisme, 23% le centre médico-social Eden, 20% le centre paramédical André Jean et 15% le centre médico-social LIAAI. La plus faible sollicitation a été enregistrée au niveau du cabinet dentaire Wacouboué, avec 3% de l'ensemble des clients. En 2014 et 2015, comme ce fut le cas en 2013, les fortes fréquentations sont observées au niveau de l'espace médical secourisme avec respectivement 29% et 59% de l'ensemble des malades consultés. On voit là, qu'en cas de problème de santé, les populations de Yopougon-Sicogi sollicitent plus le centre de soins infirmiers appelé 'Espace médical secourisme'. La proportion des clients qui l'utilisent s'est accrue de 2013 à 2015 avec des taux d'augmentation de +1,52% à +146,89%. Cependant, si en 2014, le centre médico-social Eden vient en deuxième position au niveau du volume de fréquentation (24%), il en n'est pas le cas en 2015 et 2016 où c'est l'Espace médical concorde et l'Espace médical secourisme qui se sont distingués avec respectivement 12% et 55% de l'ensemble des clients. Au cours de ces mêmes années, le Centre paramédical André Jean (centre de soins infirmiers) et celui du médico-social LIAAI (centre médico-social) ont enregistré chacun 2% et 5% de l'effectif des "entrées" accentuant le désintérêt des populations à leur égard (-86,90% ; -37,07% ; -17,40%). Cette situation est en partie due à la mutation qui a eu lieu au niveau de la gouvernance de ces deux établissements de santé, ce qui conforte nos résultats (Cf. chapitre 3 et 4) relatifs aux motifs de recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. En effet, selon certains usagers, l'amitié qui les lie à certains personnels médicaux déterminait leur recours aux soins de santé dans les infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi. En revanche, le cabinet dentaire Wacouboué reste dans une dynamique positive en termes de volume de patients consultés au fil des années. Les raisons résident dans la qualité de son plateau technique, des services de soins disponibles, de la qualité des soins administrés mais surtout à cause de son monopole de soins bucco-dentaires sur l'espace de Yopougon-Sicogi.

Le cumul des clients venus hors du quartier Sicogi et ceux résidant à Yopougon-Sicogi contenus dans le tableau 6.70 ci-dessous montre que, ce sont les populations de Yopougon-Sicogi qui fréquentent plus les centres de soins de leur quartier, quoi de plus normal. En effet en 2013, sur les 6255 malades reçus par l'ensemble des établissements de santé, 61% sont venus de Yopougon-Sicogi contre 82% en 2014, 69% en 2015 et 73% en 2016 soit respectivement 3394 individus, 3798 individus et 4115 individus. En revanche, au niveau des clients venus d'autres localités, 39% et 31% d'entre eux ont été enregistrés en 2013 et 2015 contre 18% en 2014. En 2016; leur proportion était de 207% rapportée à l'ensemble de tous les clients. Là encore c'est l'Espace médical secourisme qui enregistre le plus grand nombre de clients alors que ceux-ci se faisaient rares ailleurs. Les raisons de cet afflux de patients vers cette infrastructure de soins résident dans la logique de son implantation et son management orchestrés par son promoteur (*cf. chapitre 3, 4 et 5*).

**Tableau 6.70** : Cumul des clients par structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les lieux de provenance en 2013, 2014, 2015, 2016

Structures Sanitaires	Lieu de provenance des clients							
	Yopougon-Sicogi				Hors Yopougon-Sicogi			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Espace médical Concorde	203 (3%)	124 (3%)	305 (5%)	277 (5%)	155 (2%)	52 (1%)	340 (6%)	255 (4%)
	-38,91%    +145,96%    -9,18%				-64,45%    +553,84%    -25%			
Cabinet dentaire Wacouboué	125 (2%)	185 (4%)	203 (4%)	254 (4%)	100 (2%)	116 (3%)	174 (3%)	154 (3%)
	+48%    +9,72%    +25,12%				+16%    +50%    -11,49%			
Espace médical Secourisme	983 (16%)	998 (24%)	2464 (45%)	2358 (42%)	592 (9%)	187 (4%)	756 (14%)	752 (13%)
	+1,82%    +146,89%    -4,30%				-68,41%    +304,27%    -0,52%			
Centre paramédical André jean	762 (12%)	777 (19%)	87 (2%)	443 (8%)	481 (8%)	155 (4%)	35 (1%)	70 (1%)
	+1,96%    -88,80%    +409,19%				-67,77%    -77,41%    +100%			
Centre médico-social Eden	858 (14%)	897 (22%)	302 (5%)	276(5%)	552 (9%)	87 (2%)	236 (4%)	170 (3%)
	+4,54%    -66,33%    -8,60%				-84,23%    +171,26%    -27,96%			
Centre socio-sanitaire Bethel	320 (5%)	281 (7%)	332 (6%)	312 (6%)	205 (3%)	79 (2%)	122 (2%)	63 (1%)
	-12,18%    +18,14%    -6,02%				-61,46%    +54,43%    -48,36%			
Centre médico-social LIAAI	554 (9%)	132 (3%)	105 (2%)	195 (3%)	365 (6%)	73 (2%)	24 (1%)	85 (2%)
	-76,17%    -20,45%    +85,71%				-80%    -67,12%    +254,16%			
<b>Total</b>	<b>3805 (61%)</b>	<b>3394 (82%)</b>	<b>3798 (69%)</b>	<b>4115 (73%)</b>	<b>2450 (39%)</b>	<b>749 (18%)</b>	<b>1683 (31%)</b>	<b>1549 (27%)</b>
	<b>-10,80%    +11,90    +8,34%</b>				<b>-69,42%    +124,69%    -7,96%</b>			

Source : Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi; Données affectées de signe obtenues après calcul ; TAPE, 2016

Les populations, quelles soient de Yopougon-Sicogi ou des autres localités fréquentent peu les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi au fil des années en dépit d'un regain de sollicitation contrastée en 2015 et 2016.

Pour ce qui est des coûts pratiqués au sein de ces structures de Yopougon-Sicogi, l'on remarque qu'au moment où le coût de consultation (générale et spécialité) est de 5.000f CFA (7,62€) à 15.000f CFA (22,86€) dans les infrastructures les moins fréquentées (le centre médical Concorde et le cabinet dentaire Wacouboué), celui pratiqué au sein des centres de soins les plus fréquentés va de 500f CFA (0,76€) à 5.000f CFA (7,62€) et même à la gratuité selon le cas. Quant au coût de traitement des pathologies récurrentes, il varie de 15.000f CFA (22,86€) à plus de 35.000f CFA (53,35€) encore pour ces deux structures sanitaires les moins fréquentées mais qui sont les plus équipées et de niveau supérieur selon la pyramide sanitaire. Ce coût de traitement des maladies récurrentes se situe entre 5.000f CFA (7,62€) et 15.000f CFA (22,86€) pour l'espace médical secourisme et le centre socio-sanitaire Bethel. Il va de la gratuité à 10.000f (24,90€) au niveau du centre médico-social Eden, de 5.000f CFA (7,63€) à 10.000f CFA au niveau du centre médico-social LIAAI et de 3.000f CFA à 15.000f CFA (22,90€) au sein du cabinet paramédical André Jean.

Ces différents coûts comprennent tous les actes posés dans le traitement y compris les médicaments ainsi que ceux des premiers secours et les chambres d'hospitalisation.

En somme, on remarque que l'Espace médical Concorde et le Cabinet dentaire Wacouboué se distinguent des cinq autres structures de santé par les coûts élevés de leurs prestations, tant au niveau de la consultation que du traitement des maladies récurrentes. Les prix pratiqués des ces infrastructures sanitaires sont 2 à 3 fois plus élevés que ceux pratiqués dans les autres structures de santé du quartier. Ces deux structures de soins de troisième niveau selon la pyramide sanitaire de Yopougon-Sicogi, ont enregistré 9% de la population consultante en 2013 contre 91% pour les cinq autres centres de soins réputés à pratiquer de faibles coûts. En 2014, au moment où les établissements paramédicaux et socio-sanitaires accueillent 88% de l'ensemble des usagers, les établissements médicaux constitués de l'Espace médical Concorde et du cabinet dentaire Wacouboué ont enregistré 12% de la clientèle totale et 19% en 2015. Il en est de même en 2016 où plus de 84% des patients se sont dirigés vers les établissements paramédicaux et médico-sociaux. Du coup, le constat est qu'à Yopougon-Sicogi, ce sont les structures sanitaires qui offrent les coûts de prestations les moins élevés qui sont les plus fréquentées par les usagers.

Cependant, il faudra relativiser ce résultat, car s'il a été prouvé théoriquement que les infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi qui offrent les coûts de prestation les plus élevés sont les moins fréquentées, dans la pratique, les usagers de ces établissements de santé au cours de nos enquêtes n'ont pas fait mention d'un éventuel coût de prestations de soins élevé. Les caractéristiques socioprofessionnelles des clients de ces deux structures de soins (Cabinet dentaire Wacouboué et Espace médical concorde) indiquent qu'ils sont à 92% des salariés et fonctionnaires avec un revenu mensuel supérieur à 150.0000f CFA (228,67 €), donc à même d'assurer les coûts liés à leur santé. La conclusion d'une étude effectuée à Abidjan sur la clientèle des FSU-com., des établissements publics et privés était parvenue au même résultat. Il ressort de cette étude que les clients des établissements privés sont pour la plupart des personnes à revenu élevé et ont un niveau d'instruction plus élevé (ETTE *et al.*, 1998).

S'il est admis que le niveau de fréquentation d'un service de santé est la traduction quantitative du recours aux soins au sein de ce service, au sein des établissements de santé de Yopougon-Sicogi, ce niveau a baissé de 10,80% pour les usagers résidents dans le quartier et de 69,42% pour les patients qui viennent hors de cette unité infra-communale de Yopougon sur la période 2013-2014. Par contre, il s'est accru pour les deux catégories d'usagers sur les périodes 2014-2015 et 2015-2016 de 11,90% et 8,34% pour les clients résidents à Yopougon-Sicogi et de +124,69% pour les patients habitants hors de l'espace du quartier seulement sur la période 2014-2015 car de 2015 à 2016, ce niveau a dégringolé de 7,96%. Ces signes positifs (+) affectés à ces valeurs n'ont pas pu infléchir les différents taux de fréquentation de l'ensemble de ces infrastructures de santé de 2013 à 2016. En effet, cet indicateur sanitaire pertinent a été de 10,41% en 2013, de 9,28% en 2014, de 14,99% en 2015 et de 11,26% pour une population estimée à environ 36.555 habitants selon l'INS. Ces différents taux de fréquentation sont très éloignés de ceux obtenus dans les districts sanitaires de la ville d'Abidjan en 2013 [Yopougon Est (32,95%); Yopougon Ouest (38,28%); Abobo Est (43,13%) et Marcory-Treichville (27,99%)] et au niveau national en Côte d'Ivoire (31,37%) selon MSLS (2014). Selon le district sanitaire de Yopougon Est, en 2014 et 2015, le taux de fréquentation des infrastructures sanitaires dans ce district de santé était de 29,25% et 32%. Cependant, malgré les efforts des autorités sanitaires, politiques et des organisations qui militent dans le domaine de la promotion de la santé des populations, ces différents taux restent très en dessous de la norme de l'OMS qui est de 50%.

Au regard de ce constat des faits, pourquoi les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'attirent-elles pas beaucoup de malades ? En d'autres termes, quelles sont les raisons de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?

## **6.2. Les raisons de la faible fréquentation des structures sanitaires**

Les raisons de la faible fréquentation des infrastructures de soins de Yopougon-Sicogi sont diverses. Pour rappel, 89% des ménages interrogés n'utilisent pas les infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Ainsi, connaître les motifs de leur renoncement aux centres de santé de leur quartier s'avère nécessaire, car, leur absence au sein de ces infrastructures constitue un facteur de baisse du niveau de fréquentation, donc, une des raisons justifiant la faible fréquentation. Ces données seront analysées et interprétées dans leurs plus petits détails à partir du test de régression logistique combiné à celui d'indépendance (khi-2).

### **6.2.1. Les motifs de la faible fréquentation des structures sanitaires selon les promoteurs de soins**

Les raisons invoquées expliquant la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les Directeurs Techniques et responsables de ces structures sont nombreuses. Il s'agit d'une part, de l'implantation récente des centres de soins dans les quartiers voisins de Yopougon-Sicogi, des services de santé tournés vers le traitement des pathologies moins graves et ne nécessitant pas très souvent d'hospitalisation, de l'insuffisance d'offre de services de soins, des conditions de vie précaires des populations. Et d'autre part, de la proximité de l'hôpital général de Yopougon qui joue bien son rôle d'effet de voisinage, de la permanence qui est assurée par des aides soignants<sup>66</sup> dans la plupart des cas au sein des centres de soins. Toute chose qui ne rassure pas les patients et leurs parents une fois au sein des services.

Une suivante raison est aussi l'absence prolongée de certains médecins intervenant au sein de ces structures sanitaires. Cette absence rend quasiment impossible le détournement des malades des centres de santé publics vers les établissements sanitaires privés de Yopougon-Sicogi. Pour rappel, tous les médecins intervenant à Yopougon-Sicogi sont tous fonctionnaires. Les motifs de cette absence prolongée sont d'ordre professionnelle selon le responsable de l'espace médical concorde (*cf. encadré 1*). Donc, une fois absent, les clients

---

<sup>66</sup> Professionnels de santé formés sur 3 à 6 mois selon le cas souvent dans des établissements privés non reconnu par les Ministères de tutelles.

qui lui font confiance et qui lui sont fideles n'y viennent pas pour se faire consulter en cas de besoins de soins.

### **Encadré 1**

*Jeune frère, si le niveau de fréquentation de mon centre a baissé ces derniers temps c'est parce que je ne suis plus trop présent à Abidjan. J'interviens en tant qu'expert dans un projet de l'OMS pour le compte de l'Etat de Côte d'Ivoire. La-bas, ça m'arrange ce qui fait que mes clients n'ont plus le courage de venir ici. De plus lorsqu'ils m'appellent, je leurs réponds que je suis absent (source : Enquête terrain)*

#### **6.2.2. Les motifs de renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires selon les chefs de ménages**

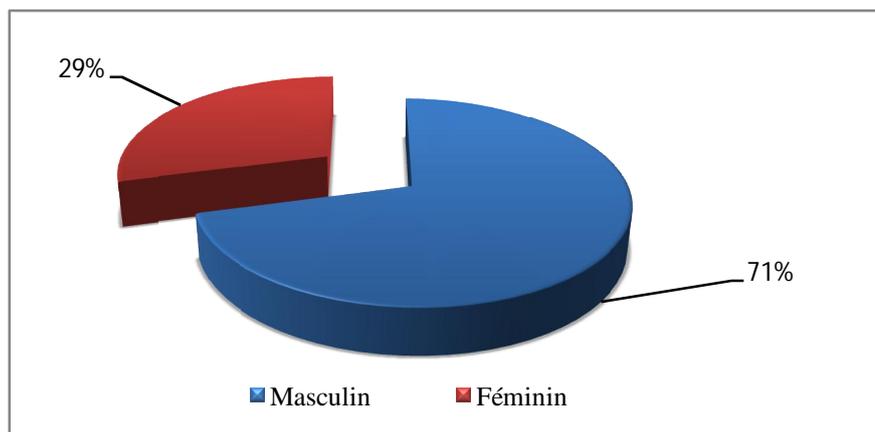
Dans cette section du document, avant de connaître les motifs de renoncement des ménages aux soins de santé dans les structures sanitaires de leur quartier, nous avons jugé bon d'analyser leurs caractéristiques sociodémographiques. Le but est de mieux comprendre le lien qu'il y a entre leurs différentes situations et leur capacité à ne pas solliciter les établissements de santé implantés sur l'espace du quartier Yopougon-Sicogi.

##### **6.2.2.1. Les caractéristiques des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures sanitaires**

Les différents résultats obtenus ci-dessous sont basés sur des informations fournies par les chefs de ménages qui ne fréquentent pas les établissements de santé de Yopougon-Sicogi dans le cadre de leur recherche de soins. Ils sont au nombre de 161 et représentent 89% de l'effectif total des chefs de ménages soumis à notre enquête domiciliaire.

##### **6.2.2.2. Les caractéristiques des chefs de ménages selon le sexe**

La figure 6.18 ci-dessous illustre les données relatives à la répartition des chefs de ménages selon le sexe qui ne fréquentent pas les centres de soins.

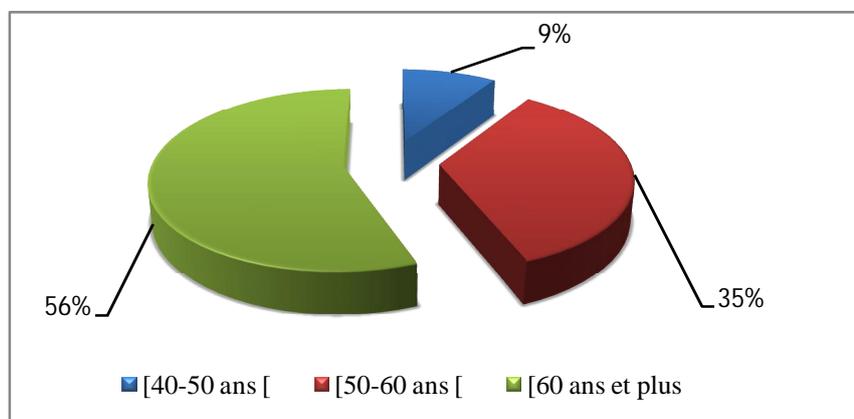


**Figure 6.18** : Répartition selon le sexe des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé (Source : Enquête terrain, 2013 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

L'analyse de la figure 6.18 montre que, les chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures sanitaires de leur quartier sont dominés par les hommes (71%). Quant aux femmes, elles représentent 29% des unités statistiques.

### 6.2.2.3. Les caractéristiques des chefs de ménages selon l'âge

Les informations illustrées par la figure 6.19 concernent la structure selon l'âge des chefs de ménages qui ne sollicitent pas les structures sanitaires de leur quartier.

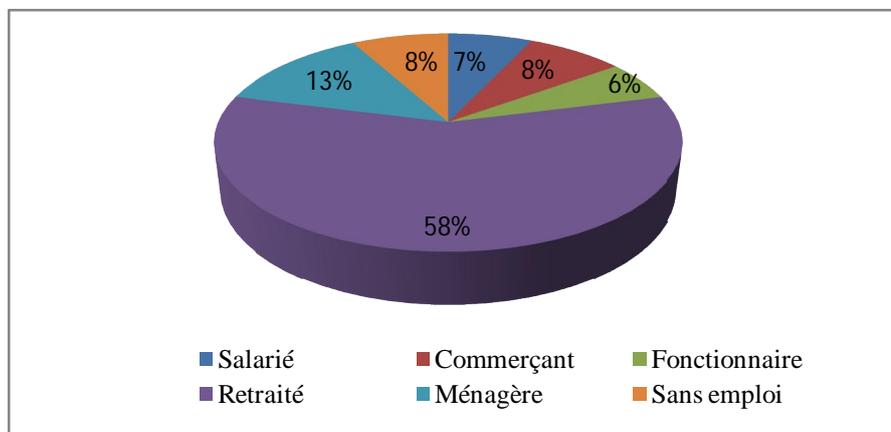


**Figure 6.19** : Répartition selon l'âge des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé (Source : Enquête terrain, 2013 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Concernant l'âge, la figure 6.19 met en relief une proportion importante de chefs de ménages âgés de 50 ans parmi ceux qui ne fréquentent pas les structures sanitaires. Ils représentent 91% des chefs de ménages dont 35% ont entre 50 et 60 ans et 56% ont au moins 60 ans.

#### 6.2.2.4. Les caractéristiques des chefs de ménages selon la profession

La figure 6.20, présente des données relatives à la répartition selon la profession des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

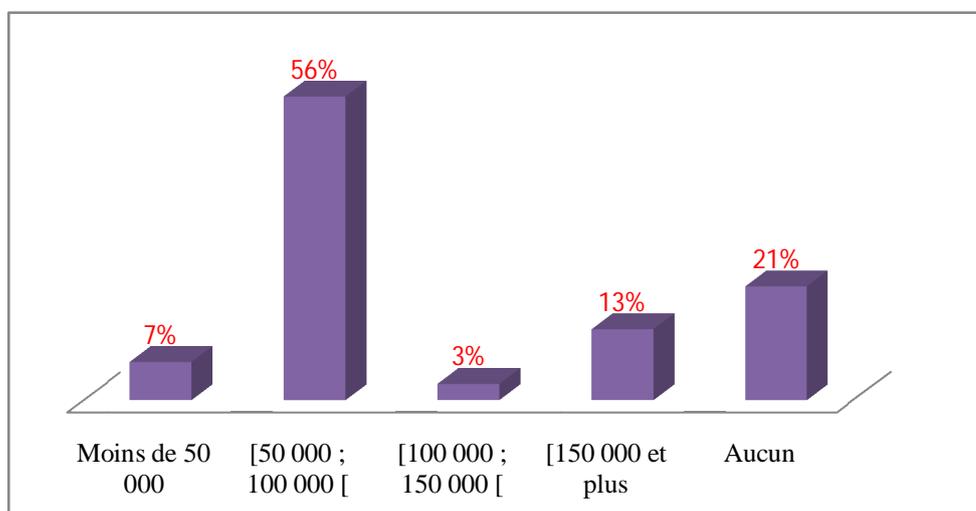


**Figure 6.20** : Répartition selon la profession des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé (Source : Enquête terrain, 2013 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Il ressort de la figure 6.20 que, parmi les chefs de ménages ne recourant pas aux établissements de santé, les retraités sont les plus nombreux (58%). Ensuite, viennent les ménagères et les sans emplois. Les ménages concernés représentent respectivement 13% et 8%. L'on note également que, la proportion des sans emplois est identique à celle des commerçants (8%).

#### 6.2.2.5. Les caractéristiques des chefs de ménages selon le revenu

Les informations illustrées par la figure 6.21 concernent, la répartition selon le revenu des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi.

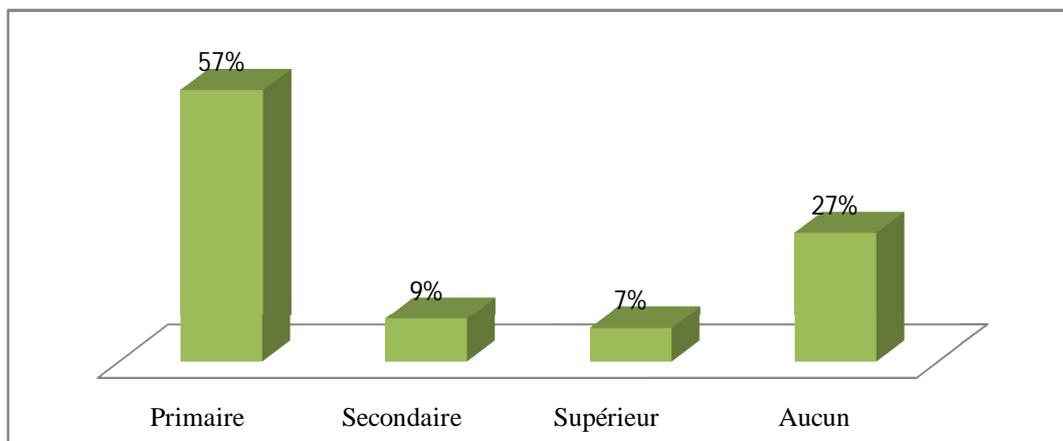


**Figure 6.21** : Répartition selon le revenu des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé (Source : Enquête terrain, 2013 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

L'analyse de la figure 6.21 montre que, le revenu mensuel de 63% des ménages qui ne fréquentent pas les structures sanitaires du quartier est inférieur à 100.000f CFA (152,44 €). Ce revenu concerne la plupart des retraités. On note également que 21% sont sans ressource financière.

#### 6.2.2.6. Les caractéristiques des chefs de ménages selon le niveau d'étude

La figure 6.22, présente les données relatives à la répartition selon le niveau d'étude des chefs de ménages qui ne sollicitent pas les centres de soins de leur quartier en cas de besoin de soins de santé.



**Figure 6.22 :** Répartition selon le niveau d'étude des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures pas les structures de santé (Source : Enquête terrain, 2013 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Les chefs de ménages ayant arrêté leurs études au primaire représentent 57% de l'ensemble des individus qui ont été pris en compte dans cette étude. Ceux qui n'ont pas été scolarisés sont au nombre 43, soit 27% des chefs de familles qui renoncent à se faire soigner au sein des infrastructures de leur quartier. Quant aux chefs de manages de niveau secondaire et supérieur (Bac étant le diplôme minimal) ne représentent que 9% et 7%.

En somme, nous avons là, un aperçu des caractéristiques des ménages qui, dans leur itinéraire thérapeutique ne sollicitent pas les structures de santé de Yopougon-Sicogi.

#### 6.2.2.7. De diverses raisons de renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires

Les motifs de non recours aux soins de santé dans les structures de santé de Yopougon-Sicogi sont contenus dans le tableau 6.71 ci-dessous. Ces chefs de ménages représentent 89% de l'ensemble de nos unités statistiques, soit 161 individus sur un total de 181. Ces motifs sont classés selon l'ordre établi dans le tableau 6.71 ci-après.

**Tableau 6.71** : Répartition des motifs de non recours aux centres de soins de Yopougon-Sicogi selon les chefs de ménages

N°	Motifs de renoncement aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi	Effectif	Proportion (en %)
1	Inadaptation de l'offre de services de soins aux besoins de services de santé	68	42%
2	Manque de confiance au personnel médical	59	37%
3	Accès facile à l'hôpital public le plus proche	34	21%
	Total	161	100%

*Source* : Enquête terrain, TAPE, 2013

Le tableau indique que, 42% des enquêtés n'utilisent pas de structures de santé de leur quartier. Le motif invoqué est l'inadaptation de l'offre de services de soins à leurs besoins de services de santé. Le manque de confiance au personnel médical et l'accès facile à l'hôpital public le plus proche ont été invoqués respectivement par 37% et 21% des chefs de ménages.

Ainsi, à partir de ces résultats obtenus, nous allons vérifier si les variables motifs recueillies auprès des ménages expliquent réellement leur renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Pour tester ce résultat, nous avons utilisé la combinaison du test de régression logistique et de celui d'indépendance à l'aide du logiciel STATA / SE 12 après intégration de tous les paramètres afin d'examiner toutes les variables « ensemble » comme le recommande POWELL(1995). Mais « ensemble » ne veut pas dire successivement, mais plutôt conjointement comme le précise RICAHRD (2001).

Le premier test permettra de dire, s'il y a un lien ou non entre le recours aux structures de santé de Yopougon et les variables motifs découlant de nos enquêtes (*cf. tableau 6.72*). Ces résultats seront affinés par la suite par une régression logistique. Le second test, utilisé couramment en sciences de la santé tout comme le premier d'ailleurs, lorsque la variable à prédire est dichotomique, nous permet de vérifier dans notre cas, si des variables indépendantes peuvent prédire une variable dépendante. En d'autres termes, cette méthode permet de vérifier si les variables explicatives (variables motifs) recueillies auprès des ménages expliquent le non recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Nous procédons à l'analyse de ces résultats en deux étapes.

- **Première étape**

On commence par tester ou vérifier l'existence d'un lien entre le choix du recours et les raisons de l'utilisation ou non des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Les hypothèses testées sont les suivantes :

**H<sub>0</sub>** : Le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ne dépend pas des motifs énumérés.

**H<sub>1</sub>** : Le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi dépend des motifs énumérés.

Le tableau 6.72 ci-dessous, présente des données relatives aux variables indépendantes et dépendantes ainsi que leurs modalités dans le cadre de recherches de soins des ménages de Yopougon-Sicogi au sein des structures de santé de leur quartier. Il représente celui d'indépendance obtenue après la mise en corrélation des différentes variables.

**Tableau 6.72** : Indépendance (corrélation entre les variables pour déterminer la P-value)

recours	Motif						Total
	Inadapte	acces	adapte	confiance	nonacces	nonconfia	
NON	68 42.24	34 21.12	0 0.00	0 0.00	0 0.00	59 36.65	161 100.00
OUI	0 0.00	0 0.00	9 45.00	6 30.00	5 25.00	0 0.00	20 100.00
Total	68 37.57	34 18.78	9 4.97	6 3.31	5 2.76	59 32.60	181 100.00

Pearson chi2 (5) = 181.0000    Pr = 0.000  
Cramér's V = 1.0000

*Source* : Enquête terrain ; Résultat obtenu à partir du logiciel STATA / SE 12 après intégration des données d'enquête ; TAPE et TANOE (Statisticien), 2015

En analysant les profils lignes<sup>67</sup>, on constate que parmi 100% des ménages n'ayant pas recours aux infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi dans le cadre de leur recherche de soins, 42% trouvent que l'offre des services de soins est inadaptée à leur besoin. Et 37% d'entre eux disent ne pas avoir confiance au personnel médical contre 21% qui justifient leur renoncement aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi par l'accès facile à l'hôpital public le plus proche (Hôpital Général de Yopougon ex. PMI).

<sup>67</sup> Nous rappelons que cette analyse est basée sur le non recours aux soins dans les établissements de santé de Yopougon-Sicogi à l'aide du logiciel STATA / SE 12.

On constate en outre que, la P-value associée à la statistique de test est inférieure au seuil de 5% (Pr = 0 en anglais). Ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse nulle d'indépendance. De plus le V de Cramer (Cramer's V) est égal à 1, ce qui signifie que le lien entre ces variables est fort.

En somme, il y a bien un lien considérable entre le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et les variables motifs justifiant les raisons de non fréquentation de ces établissements de santé de Yopougon-Sicogi.

### - Deuxième étape

De ce qui précède, nous allons expliquer le choix de recours à partir du modèle de régression logistique. Pour rappel, ce modèle permet de modéliser le choix ou la probabilité de choix en ce qui concerne un attribut (variable).

### Modélisation

Soit  $y_i$  le choix effectué par l'individu (le ménage)  $i$  en ce qui concerne le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi :

$$\left\{ \begin{array}{l} y_i = 1 \text{ si l'individu a recours aux structures de santé} \\ \text{et} \\ y_i = 0 \text{ si non (si l'individu n'a pas recours aux structures de santé)} \end{array} \right.$$

Ce choix peut se justifier par une variable non observable (variable latente)  $y_i^*$  qui pourrait être le degré de satisfaction des ménages vis-à-vis des établissements de santé de leur quartier. Autrement dit, les ménages ont recours aux infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi si le degré de satisfaction obtenu dans ces infrastructures est supérieur à un seuil minimal de satisfaction  $C$ .

Ainsi, on a le modèle suivant :

$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{si } y_i^* > C \\ 0 & \text{si } y_i^* \leq C \text{ (ou si non)} \end{cases}$$

Mais cette variable latente  $y_i^*$  pourrait être elle-même expliquée par les variables explicatives que sont :

- adaptation (adapté ou inadapté) ;
- confiance (avoir confiance et ne pas avoir confiance) ;
- accès (accès facile et accès difficile).

Ou

$y_i^* = \alpha x_i + \epsilon_i$  avec  $x_i$  qui est le vecteur des variables explicatives.

Donc  $x_i = \begin{pmatrix} 1 \\ \text{adaptation} \\ \text{confiance} \\ \text{accès} \end{pmatrix}$

$\alpha$  qui est le vecteur des paramètres associés aux variables explicatives qui mesurent l'effet des variables sur le choix du recours est donc :

$$\alpha = \begin{pmatrix} a_0 \\ a_1 \\ a_2 \\ a_3 \end{pmatrix}$$

$\epsilon_i$  est le terme d'erreur résumant toutes les variables qui pourraient expliquer le degré de satisfaction des ménages, mais qui n'ont pas été pris en compte.

Après étude on obtient le tableau des résultats ci-dessous :

**Tableau 6.73** : Régression logistique (analyse multivariée)

Logistic regression		Number of obs = 1060		LR chi2(3) = 50.61		Prob > chi2 = 0.0000	
Log likelihood = -114.72817		Pseudo R2 = 0.1807					
Non_recours	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]		
Inadapte	1.087533	.4496185	2.42	0.016	.2062966	1.968769	
Non_confiance	1.579914	.3986291	3.96	0.000	.7986156	2.361213	
Acces	-1.339386	.4154511	-3.22	0.001	-2.153655	-.5251163	
_cons	-4.035041	.4639178	-8.70	0.000	-4.944303	-3.125779	

*Source* : Enquête terrain ; Résultat obtenu à partir du logiciel STATA / SE 12 après intégration des données d'enquête ; TAPE et TANOE (Statisticien), 2015

On constate que toutes les variables sont globalement significatives car la P-value (Prob > chi 2 = 0,0000) est inférieur à 5%. Aussi, les variables explicatives relatives aux motifs de non recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

expliquent à elles seules à 18% de la variabilité du modèle dans l'ensemble de toutes les variables qui pourraient expliquer ce modèle.

En testant la significativité individuelle des variables, on constate que les différentes P-values associées à chaque variable (colonne  $P > |Z|$ ) sont inférieures à 0,05 (5%). Ainsi le choix des ménages de ne pas recourir aux structures sanitaires de leur quartier est donc a priori justifié.

#### - **Interprétation et discussion des résultats issus du tableau régression**

En observant le tableau 6.73, on constate, que, les coefficients associés aux variables explicatives (colonne coef.) " Inadapté et Non confiance" sont positifs et respectivement égaux à 1,08 et 1,57. Cependant, le coefficient associé à la variable motif "Accès" est négatif (-1..33).

De tout ce qui précède, cela qui signifie que :

- plus l'offre de services de soins est inadaptée aux besoins des ménages, moins ils manifestent le désir de fréquenter les établissements sanitaires de leur quartier. Ce qui veut dire que la probabilité qu'ils n'aient pas recours à ces infrastructures de soins est élevée ( $p(y_i = 0)$ ). En d'autres termes, plus l'offre de services de soins est inadaptée aux besoins des ménages plus la probabilité qu'ils renoncent aux structures de santé de Yopougon-Sicogi est élevée. En effet selon nos enquêtes, 56% des chefs de ménages qui n'utilisent pas les établissements de soins de Yopougon-Sicogi sont vieillissants. Ils appartiennent tous à la classe d'âge 60 ans et plus. Or, plusieurs pathologies sont liées à l'âge avancé, ce qui est d'ailleurs le cas de ces chefs de ménages. Ainsi, 85% de leurs dernières consultations étaient relatives aux pathologies telles que le diabète, la prostate, le rhumatisme, l'arthrose et des crises de vieillesse. Ce qui recommande des services de soins spécialisés, or ceux-ci n'existent pas pour le moment à Yopougon-Sicogi ;

- plus les ménages n'auront pas confiance au personnel médical, plus la probabilité qu'ils n'aient pas recours aux établissements sanitaires est élevée ( $p(y_i = 0)$ ). En d'autres termes, plus les ménages n'auront pas confiance au personnel médical moins ils fréquenteront les infrastructures sanitaires de leur quartier. A Yopougon-Sicogi, au sein des établissements sanitaires il ne se passe pas deux années de suite sans qu'aucune erreur médicale grave ne soit enregistrée à cause de la maladresse et des mauvaises décisions prises par certains agents de santé. Ce qui a pour corollaire des décès de certains patients. Le personnel permanent des centres de soins est constitué essentiellement d'aide infirmier. Ils interviennent le plus

souvent en l'absence des médecins et infirmiers qui sont du reste tous fonctionnaires exerçant dans des structures de santé publiques au moment où les patients sollicitent les centres de soins. Et c'est en ce moment là que le risque d'accident est élevé. Selon nos enquêtés, deux cas de décès ont été enregistrés au cours de l'année qui a précédé notre passage. Ces décès ont été causés suite à des injections de produits paludéens (Quinimax) au niveau des muscles deltoïdes alors que celles-ci se font selon les règles médicales sur le quadrant supérieur externe. Il faut dire que la socialisation de ces structures de santé ainsi que leurs personnels avec la population font que, ces problèmes de décès qu'on pourrait qualifier d'homicide involontaire dans les tribunaux sont très souvent réglés dans la communauté par des sages et chefs de quartier ;

- plus l'accès à l'hôpital public le plus proche est facile, moins ils fréquenteront les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ( $p(y_i = 1)$  est faible). Dans le quartier Yopougon-Sicogi, s'il y a un centre de santé public qui influence le choix de la population dans leur parcours thérapeutique, c'est bien l'hôpital général de Yopougon (ex. PMI<sup>68</sup>). C'est pourquoi, à la question de savoir, quel est le centre de santé public de recours systématique aux soins, ces ménages ont tous répondu PMI (l'hôpital général de Yopougon). Il faut dire que pendant longtemps ce centre de santé public a existé en tant qu'une PMI avant de devenir Hôpital Général (HG) ou public en 2007 suite au reforme du système de santé. C'est pourquoi, jusqu'à présent l'appellation de cet hôpital général sous le nom " PMI" est resté dans l'inconscient de toute la population. La zone de couverture de cet établissement de santé public va au-delà du quartier Yopougon-Sicogi. La distance entre cet hôpital et le ménage le plus éloigné du quartier Sicogi est d'environ 1950 mètres (1,950 km) et celle qui la sépare du plus proche se situe entre 20 mètres et 50 mètres. De plus, cette structure de santé publique dispose de tous les services d'offre de soins à l'exception des interventions chirurgicales complexes. Les coûts de consultation sont faibles et certaines prestations sont gratuites notamment les tests du paludisme, les interventions obstétricales et la prise en charge des patients dont l'âge est inférieur à 5 ans.

S'il a été admis, que l'inadéquation entre l'offre de services de soins et les besoins de services de santé des populations, comme, le manque de confiance au personnel médical ainsi que l'accès facile (proximité) à l'hôpital public le plus proche constituent les motifs de renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi, en

---

<sup>68</sup> Protection Maternelle et Infantile

revanche au Koweït, l'automédication, la peur des soins dentaires et la présence de douleur sont significativement liées au renoncement aux soins (AL-SHAMMARI *et al.*, 2007). Dans le cercle de Bandiagara, il est ressorti deux types essentiels de motifs liés la faible fréquentation des formations sanitaires (TINTA *et al.*, 1990). Le premier bien connu, concerne le manque de moyens engendrant une mauvaise qualité des prestations fournies dans les services de santé et le second est d'ordre culturel car la médecine moderne ne s'est pas installée sur un espace vierge mais plutôt dans un milieu africain qui a ses propres pratiques en matière de santé. Contrairement à nos résultats, en Tanzanie la faible fréquentation des structures sanitaires était liée à la faible accessibilité géographique et financière, mais également aux effets secondaires des traitements perçus, au manque de visibilité de leur action et à la complexité de leur mode d'administration selon MACCORMACK (1984,) cité par FRANCKEL (2004) au cours de son étude sur le comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar.

Aussi, le manque de ressources financières constitue un obstacle majeur pour le renoncement aux soins de santé d'une manière générale en Afrique sub-saharienne. La situation s'est davantage dégradée depuis l'instauration du paiement des actes médicaux dans de nombreux pays. A Dakar au Sénégal, l'obstacle principal reste le coût excessif des médicaments prescrits qui représente 60% à 70% du coût global du recours aux soins (UNICEF *et al.*, 2004). Il en est de même à Abidjan en Côte d'Ivoire où 70,1% des ménages renoncent aux soins dentaires modernes par le manque de ressources financières (SANGARE, 2003). Cependant, force est de constater que nos résultats sont identiques avec certains auteurs (RANDALL, 1989 ; SIDIBE, 2001). En effet, les résultats de leurs recherches ont aussi montré que l'inadaptation des services offerts (les agents de santé exerçant dans le Gourma sont des hommes, or les femmes et spécialement les femmes nobles n'acceptent pas de se faire soigner par un homme) et la faible compétence du personnel (non application des règles classiques de conduite thérapeutique, la non disponibilité des médicaments à moindre coût, le mauvais accueil) constituaient les motifs de non recours aux structures de santé de Gourma et de la commune III du District de Bamako.

## **Conclusion chapitre 6**

Les établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi sont multiples et divers. Ils ont su produire des soins pour attirer des patients d'origines diverses. Leur niveau de fréquentation varie selon la typologie et la catégorie d'infrastructures de santé auxquelles ces structures

sanitaires de Yopougon-Sicogi appartiennent ainsi qu'aux stratégies managériales propres à chaque établissement de soins. Cependant, en dépit de leur nombre élevé, le taux de fréquentation reste très faible et varie d'une année à l'autre. Le quartier Yopougon-Sicogi n'est donc pas autocentré au plan sanitaire. Ce manque d'intérêt des populations de Yopougon-Sicogi vis-à-vis des structures sanitaires de leur quartier a impacté négativement le taux de fréquentation de l'ensemble de ces infrastructures de santé rapporté à l'ensemble de la population.

Selon les promoteurs de soins, cette faible fréquentation s'explique par l'implantation récente des centres de soins dans les quartiers à proximité de Yopougon-Sicogi, l'offre de services de soins tournée vers le traitement des pathologies moins graves et ne nécessitant pas très souvent d'hospitalisation, l'insuffisance d'offre de services de soins, des conditions de vie précaires des populations et de la proximité de l'hôpital général de Yopougon. Quant aux chefs de ménages, ils évoquent l'inadéquation entre l'offre de services de soins et leurs besoins de services de santé, le manque de confiance au personnel médical ainsi que la proximité de leur domicile à de l'hôpital général de Yopougon qui offre plusieurs services de soins pour justifier le renoncement aux soins au sein des structures sanitaires de leur quartier. Concernant les coûts liés aux prestations des structures de santé, on note que les établissements de soins les plus fréquentées par les usagers sont ceux qui pratiquent les coûts les moins élevés.

### **Conclusion partielle troisième partie**

On retient dans la troisième partie de ce document que, les déterminants de l'accès et le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sont divers. Ainsi, après l'utilisation du test statistique du Khi-2 de Karl Pearson, les variables telles que le sexe, l'âge, la taille du ménage, la profession du chef de ménages, le revenu du ménage, la perception des coûts de prestations et des soins se sont avérés déterminantes dans l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Il en est de même pour le niveau d'étude, la détention d'une police d'assurance santé, le type d'offre, la perception que les ménages ont de la qualité des soins et des prestations fournies par le personnel médical. Mais, parmi tous ces déterminants, les variables "âge" et "coût des soins" ce sont avérées statiquement plus liée au recours aux établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi suite à l'application du test de Crame. En revanche, le test a montré qu'il n'y avait pas de lien entre la variable dépendante

« recours » et les variables spatiales telles que : la distance séparant les domiciles et les centres de soins, la durée et le coup du trajet séparant les domiciles et les structures sanitaires ainsi leur capacité de déplacement (mobilité). L'éducation sanitaire et relais communautaire se sont avérées aussi non déterminant dans l'utilisation des infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi.

Toutefois, s'il est vrai que nous avons suivi les recommandations de POWEL (1995) en analysant toutes les variables susceptibles d'influencer l'utilisation des établissements de santé de Yopougon-Sicogi, en revanche, toutes les variables liées aux conditions socio-démographiques (niveau d'étude, type d'offre de soins, police d'assurance, profession, revenu, coût des soins, sexe, âge, taille du ménage) retenues dans le cadre de cette étude ce sont avérées déterminantes dans le cadre du recours des populations aux infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Ainsi, l'hypothèse 3 de départ, selon laquelle « les conditions socio-démographiques des populations déterminent l'accès et le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi » est confirmée.

De plus, l'espace de soins des populations ne concordent pas avec les espaces médicaux des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi car les enquêtes ont révélé que, 89% de nos unités statistiques se détournent de ces infrastructures de santé, puisque ne répondant pas à leurs besoins.

## CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Ce travail de recherche a concerné la thématique de l'accès et du recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Un quartier dortoir depuis sa création avec une forte concentration de population cosmopolite caractérisée par la présence de tous les groupes ethniques de la Côte d'Ivoire ainsi que des ressortissants des pays voisins.

Cette étude est avant tout basée sur l'analyse de la distribution spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et de l'identification des facteurs socio-spatiaux de l'accès et du recours des populations aux soins de santé au sein de ces infrastructures de santé.

La question principale émise relative à cette étude avait pour finalité la vérification de trois hypothèses formulées.

La première stipule que « l'absence d'offre de soins publique sur l'espace de Yopougon-Sicogi a entraîné la prolifération des structures de santé privées ».

Après l'identification des promoteurs de soins de santé sur l'espace du quartier Yopougon-Sicogi; il est ressorti que, la carte sanitaire de Yopougon-Sicogi est caractérisée par l'absence de l'Etat à travers les centres de santé publics. Aussi, les initiateurs d'infrastructures sanitaires de cette unité-infra communale sont exclusivement des particuliers et des Organisations Non Gouvernementales (ONG). Sur les sept des centres de soins répertoriés, la part de chacune de ces entités sur le marché de soins de Yopougon-Sicogi est respectivement de quatre pour les ONG contre trois pour les particuliers (personne physique de droit privé) en termes de représentativité. Il est à noter que, ces ONG sont la matérialisation d'une unité économique tournée vers une pratique d'offre de soins basée la réalisation de bénéfices. La création de ces structures de santé privées sur l'espace de Yopougon-Sicogi avait pour but d'améliorer la santé des populations mais surtout d'occuper le vide sanitaire observé sur l'espace du quartier en l'absence des centres de santé publics.

Compte tenu de ce qui précède et comme ci-dessus noté (*cf. chapitre 2*), notre première hypothèse d'étude est confirmée car l'offre de soins à travers les établissements de santé sur l'espace de Yopougon-Sicogi sont tous de droit privé à but lucratif.

La deuxième hypothèse est « la distribution spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi est liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures sanitaires ».

Il est ressorti de notre analyse des faits que, la distribution spatiale des structures sanitaires, bien qu'elle apporte une amélioration de l'aire sanitaire de Yopougon-Sicogi, n'est

soumise à aucune norme d'aménagement des structures de santé telle qu'exigée par le Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, et ce, à cause du caractère privé de ces établissements de santé. En effet, en Côte d'Ivoire, il n'existe pas de dispositions réglementaires relatives aux critères et normes d'implantation des structures de santé privées comme il en existe au niveau des établissements sanitaires publics encadrés par les décrets n°96-876 du 25 octobre 1996 (RCALR, 1996) et n°91 du 14 novembre 1991 (DIPE, 2010). Cependant, il existe un texte de loi notamment le décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés (RCALR, 1996). Mais celui-ci ne détermine pas les distances de séparation entre centres, la taille de population à desservir, le type de structure de santé à un tel endroit par rapport soit à la taille de la localité ou de la population, etc. La distribution spatiale de ces centres de santé sur l'espace urbain de Yopougon-Sicogi permet de constater une inégale répartition sous l'effet conjugué de la proximité de l'hôpital général de Yopougon, de la rareté de centres de soins dans les quartiers voisins, de la fluidité et la qualité du réseau routier, de la présence des marchés (Yopougon-Sicogi et Selmer), de la concurrence du marché et surtout du déficit de réglementation. Cette situation a d'une manière ou d'une autre légitimé l'anarchie dans la diffusion spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi au vu et au su des autorités sanitaires. Toutes choses égales par ailleurs, cette disposition spatiale des centres de soins a entraîné une configuration d'emboîtement et de fusion des aires d'influence théorique calculées sur la base des normes d'implantation du Ministère de la Santé relatives aux établissements de santé publics.

Au regard de cette analyse, notre deuxième hypothèse d'étude selon laquelle « la distribution spatiale des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi est liée au non respect des critères et normes d'organisation des structures de santé » est donc infirmée.

La troisième hypothèse formulée est « les conditions socio-démographiques des populations déterminent l'accès et le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ». Suite à la construction des modèles à partir du test de Khi-2 de Pearson pour établir la corrélation entre les différentes variables retenues dans le cadre de cette étude, les variables telles que le sexe, l'âge, la taille du ménage, la profession du chef de ménages, le revenu du ménage, le coût des soins se sont avérés déterminantes dans l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Il en est de même pour le niveau d'étude et le type d'offre de soins. Cependant, le test de Cramer a montré que, les variables les plus déterminantes sont l'âge et le coût des soins ( $V = 5,2$  ;  $V = 6,4$ ).

Ainsi, vu ce qui précède, nous pouvons affirmer que notre hypothèse selon laquelle « les conditions socio-démographiques des populations déterminent l'accès et le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi » est confirmée.

La démarche qui a œuvré à l'aboutissement de ces résultats, nous a permis d'abord de poser la problématique générale de l'étude, définir les concepts utilisés et conceptualiser cette problématique. Ce qui a abouti à l'identification des objectifs (principal et spécifiques) et par la suite les différentes hypothèses d'étude.

Cependant, notre étude comporte quelques insuffisances. Ces insuffisances se situent à quatre niveaux. Au premier niveau, nous avons retenu une marge d'erreur de 5% pour estimer la grandeur voulue. Cette marge d'erreur a été choisie délibérément, car, toutes œuvres humaines comportent des erreurs et nous ne voulons pas masquer les nôtres pour des questions d'honnêteté scientifique. Aussi, dans le but de pouvoir répondre aux exigences de l'utilisation des statistiques qui recommande une marge d'erreur dans toutes études pour la grandeur que l'on veut estimer. Au deuxième niveau, c'est le fait d'avoir considéré le choix des chefs des ménages comme représentant celui de l'ensemble de la population de Yopougon-Sicogi. Cette approche ne reflète pas la réalité car, les individus appartenant au ménage et ayant leur propre source de revenu sont en général libres de leur choix de structures de santé dans le cadre recherche de soins. Au troisième niveau, ces insuffisances s'apprécient à travers l'utilisation des normes et critères relatifs aux établissements de santé publics pour déterminer les aires d'influence des structures sanitaires privées de Yopougon-Sicogi. Au quatre et dernier niveau, c'est le fait de ne pas déterminer les différents coefficients hiérarchiques des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. La valeur de ces coefficients hiérarchiques nous aurait permis de connaître l'ordre de grandeur hiérarchique des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi suite l'emboîtement de leurs aires d'influence respectives.

Au regard de tout ce qui précède, nous sommes arrivés à la conclusion que la géographie de la santé doit compter dans la mise en place des politiques de santé et des systèmes de soins en vue de permettre une meilleure élaboration de la carte sanitaire du pays basée sur la prise en compte de façon effective de l'adéquation entre les besoins de soins des populations et l'offre de service de santé. Le niveau de la santé constituant l'un des éléments essentiels du niveau de vie, il est donc admis de nos jours que l'amélioration des conditions sociales et économiques d'un pays, d'une région ou d'une ville va de paire avec le progrès en matière de protection et d'amélioration de la santé.

Il est vrai en portant notre choix sur l'étude des comportements de recherche de soins dans les infrastructures de santé de Yopougon-Sicogi et de leurs déterminants, cette thèse visait à proposer quelques pistes permettant d'améliorer l'accès des populations aux soins et d'améliorer une fréquentation encore très faible des structures sanitaires. C'est pourquoi, les résultats de cette étude nous ont amené à formuler les recommandations suivantes :

- **au niveau Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida**

Le manque de rigueur dans l'application des mécanismes opérationnels de contrôle et de suivi des activités médicales dans le secteur privé de soins en Côte d'Ivoire a donné lieu à un boom de création d'établissements sanitaires exposant ainsi les populations à des risques sanitaires importants. En 2011, sur 2036 établissements sanitaires privés recensés, 1482 étaient non autorisés (MSLS, 2012). C'est pourquoi, le Ministère en charge de la santé à travers la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) et le District Sanitaires) devrait:

- faire appliquer à la lettre le décret n°96 - 877 du 25 octobre 1996 et compléter par l'Arrêté N°21/MSHP/DGS/DEPS/S6DESPr du 16 juillet 2007 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires. Faire appliquer le décret permettrait d'assainir le milieu. Du coup, on ne verra plus non seulement des établissements illégaux encore moins des médecins et infirmiers du secteur public exercer de manière illégale dans le secteur privé;

- améliorer les textes de lois ci-dessus relatifs à l'organisation des établissements sanitaires privés en y ajoutant des mentions telles que la distance de séparation entre centres selon la typologie et la catégorie dans un espace donné, éventuellement la taille de la population concernée afin d'éviter des chevauchements entre infrastructures sanitaires de même type ou de même catégorie comme cela est le cas à Yopougon-Sicogi ;

- organiser des inspections régulières et inopinées dans les infrastructures sanitaires afin d'évaluer les activités qui s'y déroulent. Pour ce faire, il faudra mettre à la disposition de la DEPS et des DS des moyens logistiques et des mesures d'accompagnement qui font cruellement défaut ;

- faire respecter la catégorie et la typologie d'établissements sanitaires privés. Pour cela, il faudrait que chaque structure privée porte le nom qui correspond à sa typologie parce que le contraire occasionne le désordre. Il doit être formellement interdit aux centres de santé de se prémunir de nom supérieur à sa typologie. C'est-à-dire faire en sorte que dans le nom d'un

centre de soins infirmiers par exemple, ne figure pas le mot « médical » ce qui pourrait mettre fin à la manipulation de la population et à la confusion ;

- améliorer les conditions de travail de la Direction des Etablissements et des Professions sanitaires (DEPS) ainsi que celles des Districts Sanitaires. Cela doit se faire par l'équipement de ces institutions en mobiliers de bureau moderne, des outils informatiques et des véhicules de liaison. Ne pas aussi oublier des primes d'incitation dont le but est de réduire le risque de corruption de la part des promoteurs illégaux ;

- aller vers la déconcentration de la DEPS de telle sorte qu'elle soit présente dans toutes les grandes régions du pays. Cela permettra un meilleur contrôle, évitera aux promoteurs de venir chaque fois à Abidjan et réduira les délais de traitement des dossiers ;

- donner une vraie alternative au système de santé ivoirien par le développement et l'accroissement de la promotion des herboristes et tradipraticiens dans les médias d'Etat ;

- réduire les faux médicaments en énorme quantité et les médicaments de rue "de vraie" constituent un véritable danger pour la santé. C'est pourquoi, il faudra reconvertir les acteurs de ce milieu à une autre profession avant de contenir tous les circuits frauduleux d'importation et de commercialisation. Toutefois, pour l'efficacité de cette mesure, l'Etat devra baisser ou supprimer les taxes à l'importation légale de médicament afin que les populations aient accès aux médicaments de qualité à moindre coût.

- **au niveau des promoteurs des structures de santé privées**

- Améliorer la qualité des prestations et des soins.

La qualité des soins de santé est un élément déterminant de la demande de soins de santé et plus particulièrement dans le choix entre un centre de santé moderne et la médecine traditionnelle d'une part et entre structures publiques et privées d'autre part. *''Toute chose égale par ailleurs''*, en assurant la qualité des soins dans les centres de santé modernes, la demande de soins dans ces structures ou la fréquentation de ces structures de soins peut substantiellement augmenter. Pour assurer la qualité des prestations et des soins dans ces structures de santé, il faudra assurer la disponibilité de médicaments par un approvisionnement régulier en produits de santé, la formation du personnel de santé sur les protocoles thérapeutiques et le recrutement désormais des agents venant des écoles reconnues à cet effet.

- Revoir et ajuster les coûts des prestations et des soins.

Le coût à payer pour accéder aux soins de santé est un facteur qui peut guider le choix de consulter ou non un personnel soignant en cas de maladie. En effet, lorsque le coût de soins est élevé et que le patient ne dispose pas de moyens nécessaires, il peut recourir à d'autres

alternatives qu'il trouve à la portée de sa bourse pour se faire soigner, ou pour ne pas se faire soigner du tout. Raison pour laquelle, il serait souhaitable que les établissements de santé tiennent compte des conditions de vie des populations avant de fixer les coûts de leurs prestations.

- Améliorer les infrastructures et les plateaux techniques.

Yopougon-Sicogi dispose d'un important réseau d'établissements de soins, tous privés au risque de nous répéter. Malgré cet important réseau, la satisfaction des populations n'est pas complètement assurée pour diverses raisons. Elles sont vétustes et insuffisamment entretenues. On note une grande disparité entre les plateaux techniques des établissements de santé de même niveau dans la pyramide sanitaire des structures privées. De plus, toutes ces structures sanitaires souffrent d'interruptions fréquentes de fourniture en eau et/ou électricité. Parmi elles, certaines ne disposent même pas de source de secours pour l'alimentation en eau potable.

- Respecter les textes et mettre fin à la confusion.

Le non respect de la législation relative aux activités des structures de soins privées et la confusion dans l'esprit des populations sont bien connus de tous. Ils sont le résultat de plusieurs facteurs mais restent liés avant tout à l'absence de suivi constant du secteur.

En effet, le non respect des textes se caractérise par l'insuffisance ou l'inexistence de localisation des établissements sanitaires, l'absence de plusieurs informations sur leur papier en-tête et les biais observés dans les contacts. A cela s'ajoute l'absence du type d'établissement sanitaire ou celui-ci n'est pas clairement défini lorsqu'il s'agit des centres de soins infirmiers et des cabinets médicaux. Tous ces écarts ont pour conséquence de ne pas permettre aux patients de se diriger systématiquement dans les structures adaptées à leur besoin.

- Améliorer les conditions de travail du personnel.

La protection au travail des salariés contre toute forme d'abus est devenue, avec la prise de conscience du public face aux risques, un des aspects de première importance dans le monde du travail. En effet, dans l'exercice d'une activité professionnelle, les conditions de travail sont un ensemble de paramètres qui influent sur la satisfaction que peut donner cette activité ainsi que sur les formes et de degrés de fatigues qui induisent des conséquences qu'on peut qualifier de répercussion. En clair, toute situation de travail engendre des effets plus ou moins prononcés pour les employés. Afin de réduire au minimum la matérialisation de ces effets au sein des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi, les responsables des ces biens économiques gagneraient à relever le niveau de salaire de leur personnel d'une part, et faire

appliquer les textes de lois régissant leur rapport avec le personnel de soins dans l'intérêt des malades d'autre part.

- Œuvrer pour la participation de toute la communauté.

Au niveau de la participation communautaire, plusieurs initiatives doivent être développées par les relais communautaires pour permettre une réelle implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les relais communautaires regroupant les Agents de Santé Communautaire (ASC), les groupes de soutien à une action sanitaire spécifique, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) ainsi que les Associations et Organisations à Base Communautaire (ABC/OBC). A Yopougon-Sicogi, les relais communautaires sont des ONG à qui appartient l'exclusivité des centres médico-sociaux.

Cependant, ils ne jouent pas leur rôle de promotion de la santé, d'éducation sanitaire et de sensibilisation de la population de l'intérêt du recours aux soins de santé modernes. Ce qui impacte négativement sur la fréquentation des centres. Notre étude montre que les populations ne bénéficient pratiquement pas des actions menées par ces ONG.

- Faire appel aux outils d'implantation de biens économiques.

Etant donné que la bonne localisation d'un service détermine sa survie, les promoteurs de soins privés en Côte d'Ivoire devraient avoir recours au préalable au géomarketing. C'est une application spécifique à l'économie spatiale. Il repose sur le principe selon lequel les distances et l'organisation des phénomènes dans l'espace géographique exercent une véritable influence sur l'économie. Il permet d'identifier le seuil d'apparition et la portée limite des centres de soins afin d'assurer la pérennité et d'éviter les chevauchements des aires chalandises. Ramené au quartier Yopougon-Sicogi, son utilisation aurait permis : la réduction de la concurrence, l'établissement d'un système de réfrènement clair, une adéquation entre les services offerts et les besoins des populations et surtout d'éviter le foisonnement des aires d'influence.

- **au niveau des ménages**

- Recourir aux soins de santé de qualité.

Un centre de santé ne remplit sa mission d'offre de soins lorsqu'elle est fréquentée par la population sous sa zone de couverture. C'est pourquoi, les populations de Yopougon-Sicogi gagneraient à rechercher des pistes orthodoxes d'amélioration de leur santé en dépit des recours thérapeutiques alternatives qui leurs sont offertes que sont les guérisseurs, les tradi-patriciens et certains fidèles religieux qui n'hésitent pas à mettre en quarantaine des fidèles malades en lieu et place de leur demander de se rendre à l'hôpital. Les guérisseurs et les

tradi-patriciens incriminés ici sont ceux qui ne sont pas reconnus par la communauté et les autorités sanitaires.

- Tourner ‘le dos’ aux médicaments de rue.

Les médicaments de rue constituent un problème de santé publique. C’est pourquoi, le prix de ces médicaments ne saurait être un indicateur suffisant dans leur utilisation car même si la santé ne doit pas être considérée comme une dépense, investir peu dans de faux médicaments et / ou médicaments de rue constitue un facteur de risque pour la santé.

En définitive, nous osons croire que des actions seront menées dans le sens de l’amélioration des conditions d’accès et de recours des populations de Yopougon-Sicogi aux structures de santé de leur quartier, mais surtout que des études similaires soient menées dans toutes les régions de la Côte d’Ivoire en vue de construire un paysage sanitaire dans une logique de satisfaction entre l’offre et la demande de soins. Cela recommande une collaboration entre spécialistes de la santé et des sciences sociales pour un meilleur accès et une utilisation effective des structures de santé susceptibles de réduire les inégalités sanitaires en Côte d’Ivoire.

Loin de prétendre à une sorte d’exhaustivité ; cette étude a levé un coin de voile sur les principaux problèmes liés à l’utilisation des établissements de santé de Yopougon-Sicogi. Au demeurant, malgré la présence de nombreuses officines de pharmacie et le marché de médicaments modernes de rue dans ce quartier, les médicaments sont-ils à la portée de la population pour se faire soigner ?

## BIBLIOGRAPHIE

**ADAY L. A. et al.** , 1974, « *A framework for the study of access to medical care* », USA, Health Services Research: pp 208-219

**ADJAMAGBO A. et al.** , 2005, « *Santé des populations : les itinéraires thérapeutiques en question* », In Léonard Eric (Dir.), Vimard Patrice (dir.), (2005) In crises et recompositions d'une agriculture pionnière en Côte d'Ivoire : dynamiques démographiques et changement économiques dans le bas Sassandra (Côte d'Ivoire). Paris : Karthala, IRD, 2005, (Hommes et Sociétés).pp 293-314

**ADOMON A. A.** , 2014, « *Bilan de la politique de décentralisation en Côte d'Ivoire : Cas des communes d'Alépé, de Taabo et de Yopougon* », Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny Cocody, Institut de Géographie Tropicale, Thèse de doctorat, 343 p.

**AL-SHAMMARI K. F. et al.** , 2007, « *Barriers to seeking preventive dental care by kwaiti adults* », Koweït, Med Princ Pract, 16, pp410-420

**ANONYME**, 2010, « *Glossaire de statistique : le test de dépendance du khi-carre de Pearson* », Disponible sur <http://www.bibmath.net/chideuxTest.htm>. [Consulté le 05/01/2013]

**APPLEBAUM W. et al.**, 1961, « *The Dynamics of Store Trading Areas and Market Equilibrium, Annals of the Association of American Geographers n°51/1* », USA, reprinted with permission of the original publishers by Kraus Reprint Ltd Nendeln Lichtenstein, pp5-98

**APPLEBAUM W.** , 1968, « *The Analog Method for Estimating Potential Store Sales* », USA, Guide to Store Location Research, Addison-Wesley, Reading, Mass, pp 1-25

**ARCENS B. et al.** , 2008, « *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante (Appel au G8)* », France, Paris, Edition Médecin du monde, 23 p.

**ATTOUMANI C.** , 2001, « *Coût des soins bucco-dentaires : l'exemple de la mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI). Constat, analyse et propositions* », Abidjan, Université de Cocody, Thèse de Doctorat en chirurgie dentaire, pp 5-195

**BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT**, 2015, « *Indicateurs sur le genre, la pauvreté et l'environnement sur les pays africains* », Abidjan, Département de la Statistique, Volume XVI , pp 19-319

**BANQUE MONDIALE**, 1994, « *Meilleure santé en Afrique* », Washington, DC, BM, pp 1-67

**BANQUE MONDIALE**, 2007, « *Accès aux soins dans les pays en voie de développement* », USA, Washington DC, Rapport Banque Mondiale, version française, pp 29-85

- BARAY J.** , 2002, « *Localisation commerciale multiple: une application du traitement du signal et du modèle p-médian au développement d'un réseau de magasins de produits biologiques* », Rennes, Université Rennes I, Thèse de Doctorat, pp 1-250
- BARBIERI M. et al.** , 1991, « *Politique de santé et population* », France, Politique Africaine n° 44, pp 51-65
- BAUELLE G.**, 2000, « *Géographie du peuplement. Cursus Géographique* », France, Armand Colin, 192 p.
- BASSET G. et al.** , 2002, « *Management de la Distribution* », Paris, édition Dunod, pp 1-77
- BELHEDI A.** , 1992, « *L'organisation de l'espace en Tunisie* », Tunis, PUT, 270 p.
- BELHEDI A.**, 2010, « *Les modèles de localisation des activités économiques (mlae)*», Tunisie, PUT, 203 p.
- BENSON J.S.** , 2001, « *The impact of privatization on access in Tanzania*», Dar es-Salaam , Social Science and Medecine, 52, pp 1520-1915
- BERCHE T.**, 1998, « *Anthropologie et santé publique en pays Dogon* », Paris, APAD-Karthala, pp 2-25
- BERRY B. J. L** , 1971, « *Géographie des marchés et du commerce de détail* », Paris, édition Armand Colin, 254 p. ( 1 ère édition 1967 en anglais ), NJ. , 251 p.
- BITEMO M. et al.** , 2008, « *Accessibilité aux services et aux soins de santé à Pointe-Noire (Congo) : cas des circonscriptions socio-sanitaires de M'Paka et Tié-Tié* », Congo, Médecine d'Afrique Noire, N°55 (2), pp 25-78
- BONNET P.**, 2002, « *le concept d'accessibilité et d'accès aux soins* », France, Dossier de GEOS, Université de Montpellier 3, 25 p.
- BOURY F.** , 2004, « *Réflexion sur la pertinence de l'espace d'étude en santé publique : L'observation de la santé à Toulouse et dans son aire d'influence* », Paris, Université de Paris V, VI, VII, XI, 54 p.
- BOUTY C. et al.** , 2010, « *L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud, le cas des médicaments : amorce de réflexion concernant l'accès aux antirétroviraux au Benin et l'accès aux antituberculeux en Nouvelle-Calédonie* », France, Faculté de Pharmacie Grenoble, Thèse de Doctorat, 241 p.
- BRUNET-JAILLY J. et al.** , 1989, « *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali* », Bamako, INRSP, 179 p.

**BRUNET-JAILLY J.**, 1996, « *La santé dans quelques pays d'Afrique de l'ouest après quinze ans d'ajustement* » in COUSSY J, VALLIN J, Crise et population en Afrique, les études du CEPED, N° 13, EMESS-INED-INSEE-ORSTOM Université Paris II, pp 150-300

**BRUNET-JAILLY J.**, 1997, « *Innover dans les système de santé : expérience d'Afrique de l'ouest* », Paris, édition Karthala.(Homme et société :travaux et document du CREPAO ;9) 439 p.

**BRUNET R. et al.**, 1995, « *Les mots de la géographie, critique* », Montpellier-Paris : reclus. 3<sup>e</sup> édition, Dynamiques du territoire. La documentation Française. 520 p.

**BRUNET R.**, 2000, « *Des modèles en géographie ? Sens d'une recherche* », Liège, Bulletin de la Société de Géographie de Liège, n°2, pp 2-45

**CALBERAC Y.**, 2010, « *Terrains de géographes, géographes de terrain. Communauté et imaginaires disciplinaires au miroir des pratiques de terrain des géographes français du XXe siècle* », Lyon, Université de Lyon 2, 396 p.

**CHEVALIER P.**, 2003, « *Santé environnementale, in. Environnement et santé public-Fondements et pratiques* », Paris, Edisem / Tec & Doc, Action Vale, pp 95-86

**CISSE B.**, 1996, « *Equité dans l'accès aux soins et à l'utilisation des services de santé : cas de cinq capitales ouest-africain (rapport d'avancement)*», Abidjan, IRD, UNICEF, Coopération française, 83 p.

**CLAVAL P.**, 1974, « *Eléments de géographie économique* », in BELHEDI A. (2010) ; M. Th. Genin, Litec, 361 p.

**CLOAREC-DOMERGUE D.**, 1998, « *L'infrastructure de santé : l'héritage colonial à Abidjan* », cité par LE BRIS E. et al, : Les métropoles du sud au risque de la culture planétaire, Edition Karthala, pp 1-185

**CODE DU TRAVAIL**, 1995, « *Loi n° 95-15 du 12 janvier 1995* », République de Côte d'Ivoire, 303 p.

**CONTE M.**, (1991), « *Etude de cas : les indicateurs de santé et la politique sanitaire en Côte d'Ivoire* », Abidjan, rapport de fin de cycle, ENSEA 87 p.

**CRIEL B.**, 1993, « *Financement des soins de santé primaires : cas d'un schéma de prépaiement au niveau du premier échelon* », in centre national de l'Enfance, Argent et santé : expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, Paris, 24-27 sept. 1991 : 73-84, Paris : CIE, 321 p.

**DENTON E. H. et al.**, 1995, « *Quality of services and services and demand for health care in Nigeria: A multinomial Probit Estimation* », Holland, Social Science and Medecine, Vol 40, n°11, pp1527-1537

**DESJARDIN J.** , 2007, « *L'analyse de régression logistique* », Montréal, Québec, Tutorials in quantitative methods for psychology, 1, pp 30-41

**DETRUIT J.C.** , 2002, « *Emergence de l'Economie de la santé dans les professions des santés* », France, Faculté d'odontologie de Montrouge, Conférence du 05 mai, Extrait pp 1-11

**DIAKITE B. D.**, 1990, « *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni, Etude socio-économique et sanitaire* », Bamako, Vol 1, INRSP, pp1-145

**DIAKITE B. D.** , 1993, « *Problèmes des nomades au Gourma* », in : BRUNET J. (éd.) , *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociale, douze expériences de terrain* : 193-209, Paris : Karthala, ORSTOM, 342 p.

**DIALLO B. A.** , 2013, « *Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako* », Mali, Agence Française de Développement Sahel, Rapport pays, 54 p.

**DIALLO C. B.** , 2008, « *Recours aux soins et ressources des jeunes en milieu urbain et périurbain bamakois* », Bamako, Université de Bamako, Thèse de Doctorat en médecine, pp18-76

**DIPE**, 2010, « *Critères et normes d'implantation et d'ouverture des établissements sanitaires* », Abidjan, Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, 17 p.

**DOGAUD H. et al.** , 1998, « *Les formations sanitaires à base communautaire à Abidjan : un système naissant de prépaiement non mutualisé* », Paris, CIDEP, Communication au séminaire international sur le prépaiement des soins et mutualité en santé de l'Afrique de l'Ouest, pp 1-15

**DONABEDIAN A.** , 1973, « *Aspect of medical care administration: Specifying requirements for health care* », Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 649 P.

**DIONE I.** , 2013, « *Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier* », Angers, Université d'Angers, pp 5-245

**DOUARD J.P.** , 2002, « *Géomarketing et Localisation des Entreprises Commerciales, Stratégies de localisation des Entreprises Commerciales et Industrielles : De Nouvelles Perspectives* », Belgique, De Boeck Université, Josselin éditeurs, 120 p.

**DROESBEKE J.J.** ,1997, « *Elément de statistiques* », Bruxelles, université libre de Bruxelles, Editions Ellipses, pp 1-15

**DSYE**, 2013, « *Rapport d'activité du district sanitaire de 2008 à 2013* », Abidjan, Service Statistique, pp 5-25

**DUMMER T. J. P.** , 2008, « *Géographie de la santé : soutien à la politique publique et à la planification de la santé publique* », Canada, Journal d'Association Médicale Canadienne, 178(9), pp 1177-1180

**DURKHEIM E.** , 1973, « *Règles de la méthode sociologique* », Paris, quadrige, puf, pp 1-45

**ESCALON E.** , 1998, « *Les conditions économiques de la pérennisation des formations sanitaires urbaines à base communautaire* », Abidjan, petit Bassam : ORSTOM, 66 p

**ESSO E.** , 2013, « *Méthode de choix d'un l'échantillon représentatif* », Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, Institut de Géographie Tropicale (IGT), Cours de statistique , 81p.

**ETTE J. et al.** , 1998, « *Analyse comparée des FSU-com. et des établissements publics et privés* ; In, Santé en capitales, », Abidjan, Colloque international, Abidjan, CEDA pp15-380

**FENK J.** , 1992, « *The concept and measurement of accessibility* » in, White Kerr (ed.), Health services research : an anthology : 842-855, Washington : Pan America Health Organization, 1082 p.

**FRANCKEL A.** , 2004, « Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar », France, Université Paris X – Nanterre, Thèse de Doctorat, pp246-311

**GAGE G. et al** , 1984, « *Health care delivery for under five children in rural Sierra Leone* », in AKHTAR Rai. (ed), Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints: 427-68, Chur (etc): Harwood Academic Publisher, 520 p.

**GESLER W.** , 1984, « *Health care in developing countries* », Washington, Association of American Geographers, Resource Publication in Geography ,88 p.

**GESLER W. et al.** , 1987, « *Health care delivery for under five children in rural Sierra Leone* », USA, AKHTAR rais (éd) health and desaease in tropical Africa: geographical and medical viewpoint, Harwood Academic Publishers, 520 p.

**GIVADINOVITCH J-M.** , 1987, « *Comment rédiger des notes et rapports ?* », Paris, édition de Vecchi, 280 p.

**GOBBERS D.**, 2002, « *in L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest* », France, Rubriques internationale, adsp n°38, 71p.

**GOODMAN D.C. et al.** , 1982, « *The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization : is closer always better ?* »,USA, American journal of public health, pp 1144-1150

**GRUEN V. et al.** , 1960, « *Shopping Town USA: The Planning of Shopping Centers* » , New York , Reinhold Publishing Co. , pp 1-33

**GUESSAN BI G. , et al. ,** 1996, « *Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire) : Deux ans après la dévaluation du Franc CFA* », Abidjan : Direction régionale de la santé publique et des affaires sociales du Sud ; mission française et d'action culturelle, pp 2-23

**HAGGETT P. ,** 1973, « *L'analyse spatiale en géographie humaine* », Paris, édition A. Colin, 390 p. (1 ère édition 1965 version anglaise, *Locational analysis in geography*, Londres, Arnold, 339 p)

**HAGGETT P. ,** 1983, « *Geography, a modern synthesis* », New York, Harper & Row, 371 p

**HOSSAIN M. et al. ,** 1999, « *Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues* », Dhaka, *Health policy and planning* 14(2), pp152-163

**HOURS B. et al. ,** 1992, « *Santé et marché en Asie* », France, Mondes en Développement, 93 XXIV

**HOURS B. ,** 1997, « *Entre marché et Etat : La difficile maîtrise du système de santé laotien* », France ORSTOM, Autre part(3), pp 65-78

**INSTITUTE OF MEDECINE,** 1993, « *Acces to Health Care in America* », USA, Washington National Academy Press, pp 1-15

**ISADORE V.F. ,** 1954, « *Retail Trade Analysis* », University of Wisconsin, Bureau of Business Research and Service, Madison, pp 24-99

**ISARD W. ,** 1956, « *Location and space economy* », USA, New York, MIT Press, John Willey, XIX, 360 p.

**IZHAR N. et al. ,** 1994, « *Spatial inequalities an historical evolution in health provision : Indian and Zambia exemples* », in : PHILLIPS D. et al, (ed) , " Health and developpement : 216-233, London, New York : Routledge, 331 p.

**JALBY V. ,** 2016, « *Analyses des données statistiques -2016-2017- VI- Analyses statistiques bivariées 2016-2017*», France, Université de limoges, M1 AES, pp1-4  
[www.unilim.fr/pages\\_perso/vincent.jalby/m1\\_aes/cours/6\\_bivariées.pdf](http://www.unilim.fr/pages_perso/vincent.jalby/m1_aes/cours/6_bivariées.pdf). [Consulté le 2 /11/16]

**JAVEAU R. ,** 1993, « *Etudes et recherches en marketing* », Paris, Edition Nathan, pp 5-15

**JÜTTING P. ,** 2003, « *Do Community Health Based Insurance Schemes improve poor's access to health care? Evidence from rural Senegal* » *World Development* (32): 273-288.

**KAPLAN A. ,** 1964, « *Méthode des sciences sociales* », San Francisco, éd Chandler, 428 p.

**KEYSER DE V. ,** 2010, « *Système des soins de santé en Afrique Subsaharienne et la santé mondiale (2010-2070 (INI))* », Bruxelles, Rapport de la Commission du Développement de l'Union Européenne, pp 5-25

**KHAN A.** 1988, « *Evaluating the performance of regional health care service system: a geographic methodology* », USA, Ann Arbor : UMI Dissertation service, 319 p.

**KIMES S.E. et al.** , 1990, « Selecting Profitable Hotel Sites at La Quinta Motors Inns », USA, Texas University, Interfaces 20, Mars-Avril pp 12-20

**KONAN A. F.** , 2013, « *Production, distribution et commercialisation du pétrole en Côte d'Ivoire* », Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny, Thèse de géographie, pp 11-59

**KONE K. G.**, 2012, « *L'équité de l'accès aux soins dans le contexte de subvention des médicaments : une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar* », Sénégal, Université Cheick Antar Diop de Dakar, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, pp 3-207

**KPATA N. J.** , 2010, « *Malades mentales et thérapies dan l'itinéraire initiatique des guérisseurs Akyé : l'examen des Komyen* », Abidjan, Université de Cocody, Thèse de Doctorat en Sociologie, pp 1-26

**LALANNE A.** , (date non indiquée), « *Hiérarchie des place centrales vs hiérarchie de réseaux* », Bordeaux, CJRS (Online)/ RCSR (en ligne) ISSN : 1925-2218 Vol. 33 (1): 1-14, Disponible sur [www.cjrs-rcsr.org/V33/1/2-33-1-LALANNE.pdf](http://www.cjrs-rcsr.org/V33/1/2-33-1-LALANNE.pdf). [Consulté le 05/2/2015]

**LAMBERT D.C.** , 1985, « *Lexique d'économie de la santé* », Paris : Economica, 129 p.

**LATOUR P. et al.** , 2001, « *Géomarketing : Principes, méthodes et applications* », France, Editions d'Organisation, 271p.

**LE COURRIER**, 1979, « La santé dans les Etats ACP », Bruxelles, Bimestriel, pp. 54-55

**LE NOUVEAU CONSOMMATEUR**, 2015, « *Presse écrite, Hebdomadaire, Informations spécialisées* », Abidjan, n°150 du 05 au 11 octobre 2015, Edipresse, 12 p.

**LE PEN C.** , 1996, « *Efficacité et équité en économie de la santé. Quelques remarques introductives. In journées des économistes Français de la santé et équité* », Dijon : LATEC Groupe de recherche en économie de la santé et de la protection sociale. Université de Bourgogne. Faculté des sciences économiques de Dijon, pp 15-125

**LÖSCH A.** , 1940, « *The economics of location* », USA, New Haven, Yale University Press, cite par BELHEDI A.(2010) : Les modèles de localisation des activités économiques (mlae), Tunisie, PUT, 203 p.

**LOUKOU J. N. et al.** , 1987, « *Mémorial de la Côte d'Ivoire : Du nationalisme à la nation* », Côte d'Ivoire, Edition Ami Abidjan, 320 p.

**LUCAS V. et al.** , 1996, « *Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités. Données sociales* », France, Cedres n° 1117 pp 259-264

- LUCAS V. et al.** , 1996 , « *Distance d'accès aux soins en 1990* », Paris : CEDRES, 72 p.
- LURIE N.** , 1997, « *Studying access to care in Managed Care Environments* », USA, Journal list, Health Serv Res , 32(5) pp 691-701
- MACLEAN U. et al.** , 1982, « *Utilization of indigenous healers in national delivery systems* », USA, Soc Sci Med. 16, pp 1810-1820
- MACCORMACK C.P.** , 1984, « *Human ecology and behaviour in malaria control in Tropical Africa* », Swiss, Bulletin of World health organization, vol.62 suppl, pp50-87
- MARCONOT J-M.** , 2003, « *La fin des villes, la durée des quartiers* », France, Natures sciences et société, 11, pp 15-280
- MARIKO M.** , 2003, « *Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali : The specific role of structural, process and outcome components* », Holland, Social Science and Medecine, 56, pp1183-1196
- MASSERIA C.** , 2007, « *Inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé* », Hongrie, rapport de synthèse, pp 10-180
- MCCREERY C. et al.** , 2007, « *First-year Statistics for psychology students through work example. The chi-square test: A test of association between categorical variables*», UK, Formerly Lecturer in Experimental Psychology Magdalen College Oxford, Oxford Forum, Psychological Paper N°2007-1 pp1-15 Disponible sur [http:// www.celiagreen.com/charlesmccreery/statistics/chisquare.pdf](http://www.celiagreen.com/charlesmccreery/statistics/chisquare.pdf). [Consulté le 15/01/2013]
- MCKINLAY J.** 1972, « *Some approaches and problems in the study of the use of services: an overview* », USA, journal of health and behavior 13: pp 115-152
- MEHDI K.** , 2012, « *Introduction à l'analyse des données quantitatives : le test de khi-deux pas à pas* », France, Université Cergy-Pontoise, pp 5-25
- MERENNE-SCHOUMAKER B.** , 1996 , « *La localisation des services : Géographie d'aujourd'hui* », Paris, Nathan Université, édition P.J.R, 191 p.
- MB**, 2015, « *Préparation du budget 20016* », Abidjan, DGBF infos N°023, 23p.
- MICHALAKIS M. et al.** , 1986, « *Le cadavre exquis de la centralité : l'adieu à l'hexagone régulier* », Lausanne Ératosthène Sphragide n° 1, pp 15 - 87
- MID**, 2012, « *Compétences transférées aux communes* », Côte d'Ivoire, Abidjan, Service la documentation, pp 1-15
- MILLS A.** , 1991, « *Décentralisation des systèmes de santé : Concepts, problèmes et expériences de quelques pays* », Genève, OMS, pp 4-15

- MPD**, 2008, « *Enquête niveau de vie (ENV)* », Côte d'Ivoire, INS, pp1-25
- MSHP**, 1993, « *Etude pilote de recensement et de formation des tradi-praticiens de santé dans l'objectif d'une intégration officielle dans la pratique des SSP* », Abidjan, Rapport du Groupe de Travail, pp 2-25
- MSHP**, 2010, « *Rapport du landscape analysis Côte d'Ivoire* », Abidjan, Programme National de Nutrition, pp 1-73
- MSHP**, 2012, « *Plan National de Développement Sanitaire (2012-2015)* », Côte d'Ivoire, 92p.
- MSLS**, 2006, « *Activités VIH/SIDA dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire* », Abidjan, DIPE, Rapport Annuel, 246 p.
- MSLS**, 2014, « *Rapport Annuelle sur la Situation Sanitaire 2013* », Côte d'Ivoire, DIPE, 294p.
- MSP**, 1989, « *Fichiers internes des services* », Côte d'Ivoire, Direction de la santé publique, pp 1-5
- MSHP**, 2010, « *Critères et normes d'implantation et d'ouverture des établissements sanitaires* », Côte d'Ivoire, Abidjan, DIPE, 17p.
- MSSSH**, 2004, « *La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire* », Abidjan, DP, pp1-18
- MÜLLER D.**, 2002, « *Test de khi deux* », Disponible sur <http://www.apprendre-en-ligne.net/random/khideux.html> [consulté le 10 /01/2013]
- NELSON R.L.**, 1958, « *The Selection of Retail Locations* », New York. F.W. Dodge Corp, 153 p.
- N'DA P.**, 2002, « *Méthodologie de la recherche : De la problématique à la discussion des résultats .Comment réaliser un mémoire, une thèse en sciences sociales et en éducations* », Abidjan, EDUCI, 144 p.
- OLIVIER DE SARDAN J-P.**, 2003, « *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* », Paris, Edition KARTHALA, 462p.
- OMS**, 1946, « *La charte de sa constitution* », Genève, Nations Unies, 15 p.
- OMS**, 1978, « *La déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires* », Kazakhstan, Alma Ata, 28 p.
- OMS**, 2000, « *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant* », Genève, suisse, 67 p.

**OMS**, 2001, « *Macroéconomie et santé : investir dans a santé pour le développement économique* », Genève, suisse, Rapport, 200 p.

**OMS**, 2006, « *Formulation d'une politique de santé bucco-dentaire: manuel à l'usage des responsables de programmes de santé bucco-dentaire dans la région africaine* », Congo, Brazzaville, AFR/ORH/05.1. , pp 1-65

**OMS**, 2007, « *La santé des populations autochtones* », Genève, Adresse URL : [http : // www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/fr/index.html) [consulté en mars 2015]

**OMS**, 2008, « *Inégalités criantes entre riches et pauvres en matière de santé* », Suisse Genève, Revue (*Actualité de la santé*), pp 9-21

**OMS**, 2010, « *Rapport sur la Santé dans le Monde 2010 : les soins de santé primaires* », Suisse, Genève, , 149 p.

**OMS**, 2011, « *Rapport sur la santé et l'environnement* », Suisse, Genève, pp 2-45

**OMS**, 2013, « *Maladie diarrhéiques* », Suisse, Genève, Aide Mémoire, n°33 pp 2-25

**OUEDRAOGO F. C.** , 1993, « *Espaces géographiques d'une endémie tropicale : les schistosomiasés de l'ouest et centre de la Côte d'Ivoire* », Abidjan, Université Cocody, Institut de Géographie Tropicale (IGT), Thèse de doctorat 3è cycle, 285 p.

**OXFAM**, 2008, *Oxfam briefing paper*, «*Health insurance in low- income countries*», UK, Oxford, , pp. 2-14

**PAMPALON R. et al.** , 2008, « *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent* », Québec, Institut national de santé Publique pp 5-45

**PARIZOT I. et al.** , 2004, « *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles de l'Ile de France* », France, Les Travaux de l'observatoire, 46 p.

**PASCAL J.** , 2008, « *Inégalités sociales d'accès aux soins de prévention des consultants de l'hôpital* », Paris, Université Paris XI ,Thèse de santé publique, 236 p.

**PENCHANSKY R. et al.** , 1984, « *Relating satisfaction with access to utilization of services* », USA, medical care 22, pp 550-670

**PHELPS C.** , 1995 « *Les fondements de l'économie de la santé* », France, Publi-Union, 324 p

**PHILLIPS D.** , 1990, « *Health and health care in the third world countries : aspects of distribution an accessibility* », USA, Hatlow : longman, 334 p.

**PICHERAL H.** , 1984, « *Médecine et espace médical en France : Spécialisation et besoins dans médocométrie régionale*», France, Paris, Anthropos, pp 33-57

- PICHERAL H.** , 1984, « *Mots et concepts de la géographie de la santé* », France, Cahiers GEOS 2 : pp 1-26
- PICHERAL H.**, 1998, « *Territoires et valeurs d'usage de l'espace : éléments d'une géographie de la santé. In Allocation des ressources et géographie des soins.* », Paris, CEDRES, pp 15-58
- PICHERAL H.** , 1989, « *Echelles d'analyse de la desserte en soins médicaux* », France, Cahiers GEOS 16 : 1-10
- PICHERAL H.** , 2001, « *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, atelier géographie de la santé* », Université de Montpellier 3 Paul Valéry, édition 2001, 307 p.
- PINAULT R. et al.** , 1995, « *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* », Montréal, éditions Nouvelles, pp 1-45
- PIRIOU J.** , 2012, « *Enquête sur la région touristique une recherche sur les pratiques spatiales de dimension régionale des acteurs du tourisme* » , Angers, Université d'Angers, 577 p.
- POTTIER P.** , 2014, « *Sémiologie graphique* », Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny de Cocody-Abidjan, Institut de Géographie Tropicale (IGT), Cours Master 2, pp 1-142
- POWELL M.** , 1995, « *On the outside looking in : medical geography , medical geographers and access to health care* »,USA, health and place, pp 41-50
- PUMAIN D. et al.** , 2001, « *Les interactions spatiales* », France, édition Armand Collin, Cursus Géographique, pp 5-150
- RADEFF A.**, 2000, « *Historiens et modèles géographiques: des lieux centraux aux décentralisés* », Paris, Colloque GéoPons, pp 97-110
- RCALR**, 1996, « *Décret n°96-876 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire* », Abidjan, Journal Officielle de la République de Côte d'Ivoire
- RICHARD J.L.** , 2001, « *Accès et recours aux soins de santé dans le Sous-préfecture de Ouessè* » , France, Thèse de Doctorat, Institut de Géographie de l'Université de Neuchâtel, 1065 p.
- SALEM G.** , 1998, « *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal)* », France, Editions Karthala et ORSTORM, 362p.
- SALEM G. et al.** , 1994, « *Mères et enfants se soignent-ils de la même manière à Pikine ?*», in : CHARBIT Yves et NDIAYE Salif (dir.) *la population du Sénégal*, Dakar: DEPS, CERPAA, pp 350-434

**SANGARE A. D.** , 2011, « *Comportement en santé orale et déterminants du recours aux soins dans le département de Dabou – Côte d’Ivoire* », Lyon, Université Claude Bernard de Lyon 1, Thèse de Doctorat, 143 p.

**SANGARE A. D.**, 2003, « *Accessibilité aux soins bucco-dentaires : enquête sur l’aspect comportemental de la population abidjanaise* », Abidjan, Université de Cocody, Chirurgie dentaire, pp 5-25

**SEMA**, 1969, « *La localisation des établissements industrielles. Etudes des facteurs de localisation en vue du développement régional*, Oream Lorraine », in **BELHEDI A.** (2010) , ‘ *Les modèles de localisation des activités économiques (mlae)*’ , Tunisie, Université de Tunis, 203 p.

**SIDIBE T.** , 2001, « *Etude des itinéraires thérapeutiques et préférentiels des usagers en santé de la commune III du district de Bamako : cas du CSCOM de N’tomikorobougou* », Mali, Université de Bamako, Thèse de Doctorat en Médecine, pp17-101)

**SMALL J. et al.** , 1986, « *A modern dictionary of geography* » London: Adward Arnold, 233p.

**TAFFE P.** , 2004, « *Cours de régression logistique appliqué* », Lausanne, Institut Universitaire de médecine social et préventive et centre d’épidémiologie clinique, pp 1-15

**TAPE B. S. A. et al.** , 2015, « *L’accès et le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d’Ivoire)* », Lomé, Revue de Géographie du LARYMES (Laboratoire de recherche sur la Dynamique de Togo, Milieux et des Sociétés), N° 14 -9<sup>e</sup> année, juin 2015, ISSN 1993-3134, pp184-201

**THOUEZ J-P.** , 1987, « *Organisation spatiale des système de soins* », Canada, Université de Montréal, Presse Universitaire, pp 5-166

**TINTA S. et al.**, 1990, « *Enquête socio-sanitaire dans le cercle de Bandiagara (1989-1990)* », Mali, Bamako, INRSP, 86p.

**TONGLET R. et al.** , 1999, « *L’organisation du système de santé dans les villes d’Afrique sub-saharienne : modèles et pratiques. Etude interuniversitaire en appui à la politique de Coopération*», Belgique, Université Libre de Bruxelles, pp 2-25

**TOURE B. et al.**, 1993, « *Enquête sur les conditions de vie et les recours aux soins de santé dans la commune de Yopougon (Abidjan)* », Abidjan, Rapport, pp 1-15

**TUO P.** , 2013 , « *Approche géographique de la méningite et du paludisme dans le nord ivoirien : Cas de Korhogo* », Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, Thèse de Doctorat en Géographie, 321 p.

**UNICEF et al.** , 2004, « *Qualité et accès aux soins de santé en milieu urbain : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey*», Sénégal, Dakar, Ed bureau régional UNICEF, 217p.

- VANGA A. F.**, 2001, « *Conséquences socio-économiques de la gestion des ressources naturelles: Cas des pêcheries dans les lacs d'AYAMÉ et de Buyo (Côte d'Ivoire)* », Abidjan, Université d'Abobo-Adjamé, Thèse de Doctorat, pp 1-44
- VARENNE B.**, 2005, « *Transition épidémiologique et santé orale au Burkina Faso: disparités d'états de santé et de recours aux soins* », France, Université de Paris VI, Thèse de Doctorat en Santé Publique, pp 1-180
- VERNAZZA-LIGHT Ni. et al.**, 2010, « *Sociétés, environnements et santé* », Marseille, Collection Objectifs Suds, IRD éditions, 366 p.
- VIGNERON E.**, 2000, « *Les bassins de santé: concept et construction* », Montpellier, DATAR-GEOS Groupe prospective santé et territoire, Atelier de géographie de la santé, pp 15-66
- VIGNERON E. et al.**, 2012, « *Les clefs de l'accès aux soins: inégalités sociales et territoriales* », Paris, Nouvelle Fabrique des Territoires, 34 p.
- VIGNERON E.**, 1995, « *La géographie de la santé en question* », France, Dijon, Espace Populations Sociétés, n°1, 148 p.
- VOLVEY A.**, 2003, « *Terrain* », Paris, Berlin, Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, pp 900-910
- WATY M. O.**, 1993, « *Etats des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique: quelles perspectives pour le financement communautaire?* » In YMBA M. *Accès et recours aux soins de santé moderne en milieu urbain: le cas de la ville d'Abidjan – Côte d'Ivoire* », France, Artois, Thèse de Doctorat, Université d'Artois, pp 1-496
- YAPI D.** 2003, « *La recherche urbaine à l'épreuve des milieux marginalisés dans la ville, réflexion sur les défis méthodologiques en sciences humaines* », Abidjan, EDUCI, Collection recherche et méthodologie, pp1-115
- YMBA M.**, 2013, « *Accès et recours aux soins de santé moderne en milieu urbain: le cas de la ville d'Abidjan – Côte d'Ivoire* », France, Artois, Thèse de Doctorat, Université d'Artois, pp 1-496
- YONKEU S.**, 2006, « *A quoi un système de santé africain financièrement accessible et durable devrait-il ressembler au XXIe siècle?* » Document de travail Research Matters. Disponible sur [http://irdc.ca/uploads/user-S/1153923581yonkeu\\_juin\\_2006.pdf](http://irdc.ca/uploads/user-S/1153923581yonkeu_juin_2006.pdf) [consulté le 03/12/2014]
- ZAIDI A.**, 1985, « *The urban bias in health facilities in Pakistan* », Pakistan, Social Science and medicine 20 (5), pp 473-482

# **ANNEXES**

# **Annexe1**

- ✓ **Répertoire des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**
  
- ✓ **Tableau de synthèse des différentes catégories et typologie de structures sanitaires de Côte d'Ivoire**
  
- ✓ **Table de la loi du khi-deux**

**Répertoire des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

N°	Noms des structures sanitaires	Catégories des structures sanitaires	Type de structures sanitaires	District Sanitaire	Numéros d'autorisation	Numéro d'immatriculation	Localisation
1	Espace Médical Concorde	Etablissements Médicaux	Centre médical	Yopougon-Est	NP*	NP	Secteur 4
2	Cabinet dentaire Wacouboué		Cabinet dentaire	Yopougon-Est	NP	NP	Secteur 1
3	Espace Médical Secourisme	Etablissements Paramédicaux	Centre de soins infirmiers	Yopougon-Est	NP	NP	Secteur 5
4	Cabinet Paramédical André Jean		Centre de soins infirmiers	Yopougon-Est	NP	NP	Secteur 4
5	Centre Médico-social Eden	Centres Médico-sociaux	Centre médico-social	Yopougon-Est	NP	NP	Secteur 2
6	Centre socio sanitaire Bethel		Centre médico-social	Yopougon-Est	NP	NP	Secteur 1
7	Centre Médico-social LIAAI		Centre médico-social	Yopougon-Est	NP	NP	Secteur 2

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013, 2014, 2015, 2016 / NP : Non Parvenu*

**Tableau : Synthèse des différentes catégories et typologies de structures sanitaires privées en Côte d'Ivoire**

Catégories	particularité	Type	Responsable technique	Capacité d'accueil	Spécialité
Laboratoires d'analyses biologiques		Laboratoire d'analyses biologiques	Technicien paramédical		
Etablissements pharmaceutiques	Production ou distribution de médicaments autorisés	Officine de pharmacie	Pharmacien		Dispensation au public de médicaments, produits et objet compris dans le monopole pharmaceutique
		Dépôt de vente de produits			Dispensation de médicaments autorisés seulement
		Grossiste-répartiteur	Pharmacien		Approvisionnement et distribution en gros de médicaments, produits et objets compris dans le monopole pharmaceutique
		Unité de production	Pharmacien		Fabrication de médicaments autorisés
Etablissements socio-sanitaires	Forte composante de prise en charge des individus et des familles	Centre médico-social	Médecin assisté d'un infirmier et d'un assistant social		Activités de diagnostic, de soins curatifs et promotionnels, d'information, d'éducation pour la santé
		Centre de conseils et des soins ambulatoires	Médecin ou infirmier selon le type		Activités de dépistage, de prévention, de traitement et de conseils des individus sur un territoire donné
Etablissements de médecine alternative		Centre de médecine traditionnelle			Activités de soins basés sur les procédés traditionnels
		Centre d'herboristerie			Conseil et traitement basés sur l'utilisation des plantes médicinales
		Centre de naturothérapeute			Conseil et traitement basés sur l'utilisation des plantes des substances naturelles (aliments, argiles, plantes...)
		Centre de diététique			Activités de soins basés sur les procédés d'acupuncture
Etablissements médicaux	Peuvent être des responsables seulement les médecins	Polyclinique	Médecin	Plus de 60 lits	Plusieurs spécialités
		Clinique	Médecin	5 à 60 lits	Plus de 03 spécialités
		Centre d'imagerie médicale	Médecin radiologue		Examen uniquement
		Centre d'exploration fonctionnelle	Médecin spécialiste		Examen uniquement
		Centre médical	Médecin	05 lits	Plus d'une spécialité
		Cabinet médical	Médecin	05 lits	01 spécialité
		Cabinet d'expertise médicale	Médecin		
		Cabinet dentaire	Chirurgien-dentiste		

**Tableau : Synthèse des différentes catégories et typologies  
de structures sanitaires privées en Côte d'Ivoire (suite)**

Catégories	Particularité	Type	Responsable technique	Capacité d'accueil	Spécialité
Etablissements paramédicaux	Interdit aux médecins d'y exercer	Centre de soins infirmiers	Infirmier	05 lits maxi	
		Case de santé villageoise	Infirmier	05 lits maxi	
		Maternité	Sage-femme	05 lits maxi	Accouchement Oui
		Cabinet de soins pré et post natal	Sage-femme	05 lits maxi	Accouchement Non
		Laboratoire de prothèse dentaire	Technicien de prothèse dentaire		Fabrication et pose partielle ou totale de prothèse dentaire
		Cabinet d'audioprothèse			Conception, pose et contrôle de l'efficacité des prothèses auditives
		Cabinet d'orthophonie			Rééducation spécialisée dans les troubles du langage, de la parole et de la voix
		Centre de kinésithérapie et de réadaptation fonctionnelle			Tous les modes de traitement basés sur les mouvements actifs et passifs de l'organisme humain
		Cabinet de podologie			Adaptation des chaussures aux malformations des pieds
		Cabinet psychothérapie			Traitement des problèmes psychologiques
		Cabinet opticien-lunetterie			Montage de verres et adaptation des lunettes
		Cabinet d'opticien-optométriste			Montages des verres et adaptation des lunettes plus examens de détection de troubles de la vue

Source : DEPS, 2013

Loi de Khi-deux

Le tableau donne  $x$  tel que  $P(K > x) = p$

p	0,999	0,995	0,99	0,98	0,95	0,9	0,8	0,2	0,1	0,05	0,02	0,01	0,005	0,001
ddl														
1	0,0000	0,0000	0,0002	0,0006	0,0039	0,0158	0,0642	1,6424	2,7055	3,8415	5,4119	6,6349	7,8794	10,8276
2	0,0020	0,0100	0,0201	0,0404	0,1026	0,2107	0,4463	3,2189	4,6052	5,9915	7,8240	9,2103	10,5966	13,8155
3	0,0243	0,0717	0,1148	0,1848	0,3518	0,5844	1,0052	4,6416	6,2514	7,8147	9,8374	11,3449	12,8382	16,2662
4	0,0908	0,2070	0,2971	0,4294	0,7107	1,0636	1,6488	5,9886	7,7794	9,4877	11,6678	13,2767	14,8603	18,4668
5	0,2102	0,4117	0,5543	0,7519	1,1455	1,6103	2,3425	7,2893	9,2364	11,0705	13,3882	15,0863	16,7496	20,5150
6	0,3811	0,6757	0,8721	1,1344	1,6353	2,2041	3,0701	8,5581	10,6446	12,5916	15,0332	16,8119	18,5476	22,4577
7	0,5985	0,9893	1,2390	1,5643	2,1673	2,8331	3,8223	9,8032	12,0170	14,0671	16,6224	18,4753	20,2777	24,3219
8	0,8571	1,3444	1,6349	2,0325	2,7326	3,4895	4,5936	11,0301	13,3616	15,5073	18,1682	20,0902	21,9550	26,1245
9	1,1519	1,7349	2,0879	2,5324	3,3251	4,1682	5,3801	12,2421	14,6837	16,9190	19,6790	21,6660	23,5894	27,8772
10	1,4787	2,1559	2,5582	3,0591	3,9403	4,8652	6,1791	13,4420	15,9872	18,3070	21,1608	23,2093	25,1882	29,5883
11	1,8339	2,6032	3,0535	3,6087	4,5748	5,5778	6,9887	14,6314	17,2750	19,6751	22,6179	24,7250	26,7568	31,2641
12	2,2142	3,0738	3,5706	4,1783	5,2260	6,3038	7,8073	15,8120	18,5493	21,0261	24,0540	26,2170	28,2995	32,9095
13	2,6172	3,5650	4,1069	4,7654	5,8919	7,0415	8,6339	16,9848	19,8119	22,3620	25,4715	27,6882	29,8195	34,5282
14	3,0407	4,0747	4,6604	5,3682	6,5706	7,7895	9,4673	18,1508	21,0641	23,6848	26,8728	29,1412	31,3193	36,1233
15	3,4827	4,6009	5,2293	5,9849	7,2609	8,5468	10,3070	19,3107	22,3071	24,9958	28,2595	30,5779	32,8013	37,6973
16	3,9416	5,1422	5,8122	6,6142	7,9616	9,3122	11,1521	20,4651	23,5418	26,2962	29,6332	31,9999	34,2672	39,2524
17	4,4161	5,6972	6,4078	7,2550	8,6718	10,0852	12,0023	21,6146	24,7690	27,5871	30,9950	33,4087	35,7185	40,7902
18	4,9048	6,2648	7,0149	7,9062	9,3905	10,8649	12,8570	22,7595	25,9894	28,8693	32,3462	34,8053	37,1565	42,3124
19	5,4068	6,8440	7,6327	8,5670	10,1170	11,6509	13,7158	23,9004	27,2036	30,1435	33,6874	36,1909	38,5823	43,8202
20	5,9210	7,4338	8,2604	9,2367	10,8508	12,4426	14,5784	25,0375	28,4120	31,4104	35,0196	37,5662	39,9968	45,3147
21	6,4467	8,0337	8,8972	9,9146	11,5913	13,2396	15,4446	26,1711	29,6151	32,6706	36,3434	38,9322	41,4011	46,7970
22	6,9830	8,6427	9,5425	10,6000	12,3380	14,0415	16,3140	27,3015	30,8133	33,9244	37,6594	40,2894	42,7957	48,2679
23	7,5292	9,2604	10,1957	11,2926	13,0905	14,8480	17,1865	28,4288	32,0069	35,1725	38,9683	41,6384	44,1813	49,7282
24	8,0849	9,8862	10,8564	11,9918	13,8484	15,6587	18,0618	29,5533	33,1962	36,4150	40,2704	42,9798	45,5585	51,1786
25	8,6493	10,5197	11,5240	12,6973	14,6114	16,4734	18,9398	30,6752	34,3816	37,6525	41,5661	44,3141	46,9279	52,6197
26	9,2221	11,1602	12,1981	13,4086	15,3792	17,2919	19,8202	31,7917	35,5632	38,8851	42,8558	45,6417	48,2899	54,0520
27	9,8028	11,8076	12,8785	14,1254	16,1514	18,1139	20,7030	32,9116	36,7412	40,1133	44,1400	46,9629	49,6449	55,4760
28	10,3909	12,4613	13,5647	14,8475	16,9279	18,9392	21,5880	34,0266	37,9159	41,3371	45,4188	48,2782	50,9934	56,8923
29	10,9861	13,1211	14,2565	15,5745	17,7084	19,7677	22,4751	35,1394	39,0875	42,5570	46,6927	49,5879	52,3356	58,3012
30	11,5880	13,7867	14,9535	16,3062	18,4927	20,5992	23,3641	36,2505	40,2560	43,7730	47,9611	50,8922	53,6720	59,7031
40	17,9164	20,7065	22,1643	23,8376	26,5093	29,0505	32,3450	47,2685	51,8051	55,7585	60,4361	63,6907	66,7660	73,4020
50	24,6739	27,9907	29,7067	31,6639	34,7643	37,6886	41,4492	58,1638	63,1671	67,5048	72,6133	76,1539	79,4900	86,6608
60	31,7383	35,5345	37,4849	39,6994	43,1880	46,4589	50,6406	68,9721	74,3970	79,0819	84,5799	88,3794	91,9517	99,6072
70	39,0364	43,2752	45,4417	47,8934	51,7393	55,3289	59,8978	79,7146	85,5270	90,5312	96,3875	100,4252	104,2149	112,3169
80	46,5199	51,1719	53,5401	56,2128	60,3915	64,2778	69,2069	90,4053	96,5782	101,8795	108,0693	112,3288	116,3211	124,8392
90	54,1552	59,1963	61,7541	64,6347	69,1260	73,2911	78,5584	101,0537	107,5650	113,1453	119,6485	124,1163	128,2989	137,72084
100	61,9179	67,3276	70,0649	73,1422	77,9295	82,3581	87,9453	111,6667	118,4980	124,3421	131,1417	135,8067	140,1695	149,4493
120	77,7751	83,8516	86,9233	90,3667	95,7046	100,6236	106,8056	132,8063	140,2326	146,5674	153,9182	158,9502	163,6482	173,6174
140	93,9256	100,6548	104,0344	107,8149	113,6593	119,0293	125,7581	153,8537	161,8270	168,6130	176,4709	181,8403	186,8468	197,4508
160	110,3603	117,6793	121,3456	125,4400	131,7561	137,5457	144,7834	174,8283	183,3106	190,5165	198,8464	204,5301	209,8239	221,0190
180	127,0111	134,8844	138,8204	143,2096	149,9688	156,1526	163,8682	195,7434	204,7037	212,3039	221,0772	227,0561	232,6198	244,3705
200	143,8428	152,2410	156,4320	161,1003	168,2786	174,8353	183,0028	216,6088	226,0210	233,9943	243,1869	249,4451	255,2642	267,5405
250	186,5541	196,1606	200,9386	206,2490	214,3916	221,8059	229,0128	268,5986	279,0504	287,8815	298,0388	304,9396	311,3462	324,8324
300	229,9634	240,6634	245,9725	251,8637	260,8781	269,0679	279,1243	326,5986	337,1785	341,3951	352,4246	359,9064	366,8444	381,4252
400	318,2596	330,9028	337,1553	344,0781	354,6410	364,2074	376,0218	423,5895	436,6490	447,6325	460,2108	468,7245	476,6064	493,1318
500	407,9470	422,3034	429,3875	437,2194	444,1468	459,9261	473,2099	526,4014	540,9303	553,1268	567,0698	576,4928	585,2066	603,4460
600	498,6229	514,5289	522,3651	531,0191	541,1801	556,0560	570,6680	628,9433	644,8004	658,0936	673,2703	683,5156	692,9816	712,7712
700	590,0480	607,3795	615,9075	625,3175	639,6130	652,4973	670,3308	728,5991	748,3591	762,6607	778,9721	789,9735	800,1314	821,3468
800	682,0665	700,7250	709,8969	720,0107	735,3623	749,1852	766,1555	833,4557	851,6712	866,9114	884,2789	895,9843	906,7862	929,3289
900	774,5698	794,4750	804,2517	815,0267	831,3702	846,0746	864,1125	935,4987	954,7819	970,9036	989,2631	1001,6296	1013,0364	1036,8260

## Annexe 2

# **Décret relatifs aux activités des structures de santé privées**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

DÉCRET N° 96-877 DU 25 OCTOBRE 1996  
PORTANT CLASSIFICATION, DÉFINITION ET  
ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES  
PRIVÉS

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Sur rapport du Ministre de la Santé Publique

Vu la Constitution ;

Vu le décret n° 96-PR/002 du 26 janvier 1996, portant nomination des membres du  
Gouvernement tel que modifié par le décret 96 PR/10 du 10 août 1996;

Vu le décret n° 96-179 du 1<sup>er</sup> mars 1996 portant attributions des Membres du  
Gouvernement ;

Vu le décret n° 96-231 du 13 mars 1996 portant organisation du Ministère de la Santé  
Publique;

Le Conseil des Ministres entendu ;

DÉCRÈTE

## TITRE I - CLASSIFICATION GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVÉS

### ARTICLE PREMIER

Les Établissements Sanitaires Privés sont classés d'après leur nature et niveau d'intervention, comme suit :

1. Établissements Médicaux :
  - Polyclinique,
  - Clinique,
  - Centre d'Imagerie Médicale,
  - Centre d'Exploration Fonctionnelle,
  - Cabinet Dentaire,
  - Centre Médical,
  - Cabinet Médical,
  - Cabinet d'Expertises Médicales.
  
2. Établissements pharmaceutiques :
  - Officine de pharmacie,
  - Dépôt de vente de produits pharmaceutiques,
  - Grossiste-répartiteur,
  - Unité de production.
  
3. Laboratoires d'analyses biologiques
  
4. Établissements Paramédicaux :
  - Centre de soins infirmiers,
  - Case de Santé Villageoise.
  - Cabinet de Soins Pré et Post Natales,
  - Maternité,
  - Cabinet d'Audioprothèse,
  - Cabinet d'Orthophonie,
  - Centre de Kinésithérapie et de Réadaptation fonctionnelle,
  - Centre d'Orthopédie,
  - Cabinet de Podologie,
  - Cabinet de Psychothérapie,
  - ✕ - Cabinet d'Opticien-Lunetier, ✕
  - Cabinet d'Opticien-Optométriste
  - Laboratoire de Prothèse Dentaire,
  - Cabinet de Pédicure-Manucure.
  
5. Établissements Socio-Sanitaires :
  - Centre Médico-Social,
  - Centre de Conseils et de Soins Ambulatoires,
  
6. Établissements de Médecine Alternative :
  - Centre de Médecine traditionnelle,

- Centre d'Herboristerie,
- Centre de Naturothérapie, ✕
- Centre de Diététique
- Cabinet d'Acupuncture.

## TITRE II - DÉFINITION DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVÉS

### CHAPITRE I : Les Établissements Médicaux

#### ARTICLE 2

Les établissements médicaux ont pour activités principales le diagnostic, le traitement, avec ou sans hospitalisation, des malades. L'admission dans ces établissements est prononcée, soit sur certificat médical, soit en urgence.

#### ARTICLE 3

Une *Polyclinique* est un établissement assurant les activités de consultation et d'hospitalisation dans les domaines de la Médecine générale, de la Chirurgie générale, de la Pédiatrie, de la Gynécologie-obstétrique et éventuellement d'autres spécialités.

Une *Clinique* est un établissement assurant les activités de consultation et d'hospitalisation d'au plus trois spécialités médicales.

#### ARTICLE 4

Un *Centre d'Imagerie Médicale* est un établissement où s'effectuent des examens permettant d'obtenir une image d'un organe ou d'un appareil biologique en vue d'établir un diagnostic.

Un *Centre d'Exploration Fonctionnelle* est un établissement où s'effectuent les examens complémentaires visant à apprécier l'état fonctionnel d'un organe ou d'un appareil biologique en vue d'orienter un diagnostic.

#### ARTICLE 5

Un *Centre Médical* est un établissement de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires comportant plusieurs spécialités.

Un *Cabinet Médical* est un établissement de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires comportant une seule spécialité.

Un *Cabinet d'Expertises Médicales* est un établissement où s'effectuent les examens médicaux visant à déterminer les dommages physiques et psychiques subis par une victime.

Un *Cabinet dentaire* est un établissement de soins et d'hygiène dentaires.

## CHAPITRE II : Les Établissements Pharmaceutiques

### ARTICLE 6

Les établissements pharmaceutiques ont pour activités principales la production ou la distribution de médicaments autorisés.

### ARTICLE 7

L'*Officine de Pharmacie* est un établissement assurant la dispensation au public des médicaments, produits et objets compris dans le monopole pharmaceutique et la préparation éventuelle de médicaments.

Le *Dépôt de vente de produits pharmaceutiques* est un établissement assurant la dispensation des médicaments autorisés par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

### ARTICLE 8

Le *Grossiste-répartiteur* est un établissement d'approvisionnement et de distribution en gros de médicaments, de produits et objets compris dans le monopole pharmaceutique.

L'*Unité de production pharmaceutique* est un établissement de fabrication de médicaments autorisés par arrêté des Ministres chargés de la Santé et du Commerce.

## CHAPITRE III : Les Laboratoires d'analyses biologiques

### ARTICLE 9

Le *Laboratoire d'Analyses biologiques* est un établissement assurant des analyses biologiques.

## CHAPITRE IV : Les Établissements Paramédicaux

### ARTICLE 10

Les établissements paramédicaux ont pour activités principales la prévention, la promotion, le diagnostic et les soins, avec ou sans hospitalisation.

### ARTICLE 11

Un *Centre de Soins Infirmiers* est un établissement à but lucratif ou non assurant des soins infirmiers promotionnels, préventifs et curatifs.

Une *Case de Santé Villageoise* est un établissement initié par une communauté villageoise en vue d'assurer des activités de petits soins promotionnels préventifs et curatifs et d'éducation pour la santé.

### ARTICLE 12

Un *Cabinet de Soins Pré et Post Natus* est un établissement assurant des soins préventifs et curatifs aux femmes en grossesse ou venant d'accoucher.

Une *Maternité* est un établissement assurant les activités de consultation, d'accouchement et de soins de suites de couche.

ARTICLE 13

Un *Cabinet d'Audioprothèse* est un établissement assurant la conception, la pose et le contrôle d'efficacité de prothèses auditives.

Un *Cabinet d'Orthophonie* est un établissement assurant la rééducation spécialisée dans les troubles de langage, de la parole et de la voix.

ARTICLE 14

Un *Centre de Kinésithérapie et de Réadaptation fonctionnelle* est un établissement où s'effectuent tous les modes de traitement (massage, gymnastique médicale, etc.) basés sur les mouvements actifs et passifs de l'organisme humain.

Un *Centre d'Orthopédie* est un établissement assurant la conception, la pose et le contrôle d'efficacité des prothèses et appareillages.

Un *Cabinet de Podologie* est un établissement assurant l'adaptation des chaussures aux malformations du pied.

ARTICLE 15

Un *Cabinet de Psychothérapie* est un établissement assurant les activités de consultations en utilisant exclusivement comme traitement, des techniques psychologiques.

ARTICLE 16

Un *Cabinet d'Opticien-Lunetier* est un établissement où s'effectuent le montage des verres et l'adaptation des lunettes.

Un *Cabinet d'Opticien-Optométriste* est un établissement où s'effectuent, outre le montage des verres et l'adaptation des lunettes, les examens de détection des troubles de la vue, à l'aide d'un appareillage approprié.

Un *Laboratoire de Prothèse Dentaire* est un établissement assurant la fabrication et la pose partielle ou totale des prothèses dentaires.

Un *Cabinet de Pédicure-Manucure* est un établissement où s'effectue le traitement des affections épidermiques (couches cornées) des pieds et des mains à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang.

---

**CHAPITRE IV : Les Etablissements Socio-Sanitaires**

ARTICLE 17

Les établissements socio-sanitaires ont pour activités principales la prévention, la promotion, le diagnostic et les soins, avec ou sans hospitalisation. Ils comprennent une forte composante de prise en charge sociale des individus et des familles.

ARTICLE 18

Un *Centre Médico-Social* est un établissement assurant les activités de diagnostic, de soins curatifs et promotionnels, d'information, d'éducation pour la santé.

ARTICLE 19

Un *Centre de Conseils et de Soins ambulatoires* est un établissement assurant sur un territoire donné des activités de dépistage, de prévention, de traitement et de conseils aux individus.

CHAPITRE VII: Établissements de Médecine Alternative

ARTICLE 20

Un *Centre de Médecine Traditionnelle* est un établissement où se pratiquent des activités de soins basés sur les procédés traditionnels (consultations, usages des plantes, etc...).

ARTICLE 21

Un *Centre d'Herboristerie* est un établissement de conseils et de traitement basés sur l'utilisation des plantes médicinales.

Un *Centre de Naturothérapie* est un établissement de conseils et de traitement basés sur l'utilisation des substances naturelles, (aliments, argile, plantes, etc...)

Un *Centre de Diététique* est un établissement de conseils et de traitement basés sur une alimentation orientée.

ARTICLE 22

Un *Centre d'Acupuncture* est un établissement où s'exercent des activités de soins basés sur les procédés d'acupuncture, à l'exclusion de toute autre technique traditionnelle chinoise.

TITRE III - ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS  
SANITAIRES PRIVÉS

ARTICLE 23

Les normes d'organisation et de fonctionnement des principaux établissements sanitaires privés sont décrites à l'annexe du présent décret. Les autres feront l'objet d'un arrêté du Ministre chargé de la Santé Publique.

ARTICLE 24

La répartition des établissements sanitaires privés dans les catégories prévues à l'article premier du présent décret ainsi que toutes les précisions sur la classification de ces établissements sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Santé Publique.

Leur mise à jour annuelle fait l'objet d'un arrêté du Ministre chargé de la Santé Publique.

6



ARTICLE 25

Un établissement sanitaire privé peut être associé au service public sanitaire par voie de convention avec le Ministère chargé de la Santé Publique.

Dans ce cas, l'établissement est classé dans la catégorie des établissements sanitaires publics correspondant à ses missions et à son niveau d'intervention.

ARTICLE 26

Le Ministère de la Santé Publique est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire.

Fait à Abidjan, le 25 OCTOBRE 1996

HENRI KONAN BEDIE

Copie certifiée conforme à l'original  
P. Le Secrétaire Général du Gouvernement p. o.



LE CHANCELIER JURIDIQUE

ANNEXE DU DECRET N° 96-877 du 25 octobre 1996  
PORTANT CLASSIFICATION, DÉFINITION ET ORGANISATION DES  
ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVÉS

1. ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX

1.1. Polyclinique

1.1.1. Plateau technique

- capacité d'accueil d'au moins 60 lits ;
- une unité d'accueil et de traitement d'urgences avec une salle de petite chirurgie, deux salles de soins et trois lits de mise en observation ;
- un bloc obstétrical comprenant au moins une salle d'opération, une salle d'accouchement et un poste de travail ;
- un bloc chirurgical comprenant au moins une salle d'opération avec annexe ;
- un poste de réanimation et de soins intensifs avec gaz médicaux ;
- une unité de radiodiagnostic (os et poumons, viscères sans préparation), une unité d'échographie, un électrocardiogramme et électroencéphalogramme sous la responsabilité d'un médecin spécialisé et éventuellement un scanner ;
- un laboratoire d'analyses médicales ;
- un cabinet dentaire ;
- une pharmacie ;
- une stérilisation centrale ;
- une banque de sang ;
- une ambulance ;
- un service général comprenant un atelier de maintenance chargé de l'entretien du matériel biomédical,
- une cuisine
- une laverie.
- une morgue avec au moins 5 casiers ;
- une station d'épuration et d'incinération des déchets médicaux.

1.1.2. Personnel technique

Établissement placé sous l'autorité d'un Directeur Administratif.

Il comprend :

- un Médecin-Chef permanent placé à la tête de chaque service médico-chirurgical,
- un Infirmier-Chef permanent responsable de chaque unité de soins.

Le ratio est de un médecin pour vingt lits. La moitié au moins des médecins doit être permanente.

Le personnel infirmier doit être titulaire du diplôme d'État.

Le ratio est de un infirmier pour dix lits. Les 3/4 au moins des infirmiers diplômés d'Etat doivent être permanents.

## 1.2. Clinique

### 1.2.1. Plateau technique

- capacité de 15 à 60 lits ;
- une unité de consultation médicale ;
- une unité de consultation correspondant à chacune des spécialités ;
- une unité d'hospitalisation médicale ;
- une unité d'hospitalisation correspondant à chacune des spécialités ;
- une échographie ;
- une pharmacie ;
- une unité de stérilisation ;
- une ambulance.
- un service général avec cuisine, laverie, etc..

### 1.2.2. Personnel technique

Établissement placé sous l'autorité d'un Médecin.

Un médecin placé à la tête de chaque service médico-chirurgical,  
Le ratio est d'un médecin pour vingt lits.

Le personnel infirmier exerçant doit être titulaire du diplôme d'Etat,  
Le ratio est d'un infirmier pour dix lits. La moitié au moins des Infirmiers exerçant doit être permanente,

## 1.3. Centre d'Imagerie Médicale

### 1.3.1. Plateau technique

- une unité de radiodiagnostic ;
- une unité d'échographie ;
- éventuellement une unité de résonance magnétique nucléaire ou de tomодensitométrie (scanner).

### 1.3.2. Personnel technique

Établissement placé sous l'autorité d'un médecin Radiologue.

## 1.4. Centre d'Exploration Fonctionnelle

Centre tenu par un Médecin Spécialiste exclusivement.

Centre dentaire  
- 1 Salle de Rad. Maxillo-Faciale

### 1.5. Cabinet dentaire

#### 1.5.1. Plateau technique

- une salle de consultation,
- une salle d'extraction dentaire,
- une salle d'hygiène bucco-dentaire,
- une salle de prothèse,
- un fauteuil dentaire,
- une radio.
- une salle de stérilisation

#### 1.5.2. Personnel technique

Il est dirigé par un chirurgien-dentiste exclusivement qui travaille avec une radio, et un fauteuil dentaire.

### 1.6. Centre Médical

Il est dirigé par un médecin généraliste ou spécialiste.

Il comporte du matériel pouvant orienter la diagnostic correspondant à la spécialité pratiquée.

Il doit être doté de cinq lits d'observation au maximum. 5 lits au maxi.  
1 salle de stérilisation

## 2. ÉTABLISSEMENTS PARA MÉDICAUX

### 2.1. Centre de Soins Infirmiers

Établissement tenu par un Infirmier diplômé d'État.  
La capacité d'accueil est de cinq (5) lits maximum.  
Aucun médecin n'est autorisé à y exercer.

### 2.2. Cabinet de Soins Pré-et Post Natales

Établissement tenu par une Sage-Femme diplômée d'État.  
Sa capacité d'accueil est de 5 lits maximum.  
Aucun médecin n'est autorisé à y exercer.

## 3. ÉTABLISSEMENTS SOCIO SANITAIRES

### 3.1. Centre Médico-Social

Établissement placé sous l'autorité d'un médecin assisté d'un infirmier et d'un assistant social.

Il comprend :

- un service de consultations,
- un service de soins

- un service de vaccination et d'éducation,
- un service de protection maternelle et infantile,
- un laboratoire d'analyses médicales.
- un service de planning familial

### 3.2. Centre de Conseils et de Soins Ambulatoires

Établissement dirigé par un médecin ou un infirmier selon le type d'établissement.

Il comprend:

- un service de soins infirmiers à domicile,
- un service médical à domicile,
- le service de soins à domicile est constitué d'équipe pluridisciplinaire : médecin, infirmier, assistant social, technicien de Laboratoire etc...

### 4. ÉTABLISSEMENTS DE MÉDECINE ALTERNATIVE

L'établissement est géré par un praticien de médecine alternative.

## Annexe 3

**Application du test de Khi-deux  
relatifs aux différentes variables  
retenues et calcul du V de Cramer**

## Application du test de Khi-deux (Khi-2) de Karl Pearson

### 1. Relation entre recours aux soins et variables démographiques

#### ✓ Sexe et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

Tableau 3. 21 : Sexe et recours aux soins de santé

Sexe	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Masculin	7 (4%)	114 (63%)	121 (67%)
Féminin	13 (7%)	47 (26%)	60 (33%)
<b>Total</b>	<b>20 (11%)</b>	<b>161 (89%)</b>	<b>181 (100%)</b>

Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013

#### ✓ Choix de l'hypothèse d'indépendance (pas d'influence) (H0) et de dépendance (influence) (H1)

**H0** : Le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est indépendant du sexe de la population. Autrement dit, le sexe des chefs de ménages n'a pas d'influence sur leur recours aux soins dans les structures de santé de Yopougon-Sicogi.

**H1** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est dépendant du sexe de la population. Autrement dit, le sexe des chefs de ménages influence leur recours aux soins dans les structures de santé de Yopougon-Sicogi.

#### ✓ Calculons les effectifs théoriques

On calcule l'effectif théorique pour chaque case du tableau en multipliant les totaux qui lui correspondent et en divisant par l'effectif total. On obtient ainsi le tableau suivant :

Sexe	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Masculin	13,37	107,62	121
Féminin	6,62	53,37	60
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>161</b>	<b>181</b>

**Méthode de calcul** : Cas pratique

$$13,37 = \frac{20 \times 121}{181}$$

$$107,62 = \frac{161 \times 121}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

$$\text{Khi2} = \frac{(\text{effectif observé} - \text{effectif théorique})^2}{\text{effectif théorique}}$$

Ainsi, on obtient le tableau ci-après :

Sexe	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
Masculin	3,03	0,37	3,40
Féminin	6,14	0,76	6,90
<b>Total</b>	9,17	1,13	<b>10,30</b>

Khi-2 est donc égal à :  $3,40 + 6,90 = 10,30$

ou :  $9,17 + 1,13 = 10,30$

**Méthode de calcul** : Cas pratique

$$3,03 = \frac{(7 - 13,37)^2}{13,37}$$

$$0,37 = \frac{(114 - 107,62)^2}{107,62}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$D = (k-1)(r-1)$  avec k nombre de colonnes et r nombre de lignes

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Marge d'erreur 5%, degré de liberté est 1 avec la marge d'erreur de 5%, Khi-deux des tables 3,84

✓ **Age et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.22 : Age et recours aux soins de santé**

Age	Recours aux soins à Yopougon-Sicogi		Total
	Oui	Non	
[40-50 ans [	14 (8%)	15 (8%)	29 (16%)
[50-60 ans [	4 (2%)	56 (31%)	60 (33%)
[60 ans et plus	2 (1%)	90 (50%)	92 (51%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013*

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (HO) et de dépendance (H1)**

**HO** : L'âge des chefs de ménages n'a pas d'influence sur leur recours aux soins dans structures de santé de Yopougon-Sicogi

**H1** : L'âge des chefs de ménages influence leur recours aux soins dans les structures de santé de Yopougon-Sicogi

✓ **Calculons les effectifs théoriques**

Age	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
[40-50 ans [	3,20	25,79	29
[50-60 ans [	6,62	53 ,37	60
[60 ans et plus	10,16	81,83	92
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$6,62 = \frac{20 \times 60}{181}$$

$$53,37 = \frac{161 \times 60}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

Le Khi-2 est la somme correspondant au total des Khi-2 par sexe calculés. Il s'obtient à partir de la formule suivante :

$$\text{Khi} - 2 = \frac{(\text{effectif observé} - \text{effectif théorique})^2}{\text{effectif théorique}}$$

On obtient après différents calculs le tableau suivant :

Age	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
[40-50 ans [	36,45	4,51	40,96
[50-60 ans [	1,03	0,12	1,15
[60 ans et plus	6,55	0,81	7,36
<b>Total</b>	44,03	5,44	<b>49,47</b>

Khi-2 est donc égal à :  $40,96 + 1,15 + 7,36 = 49,47$

Cas pratique :

$$1,03 = \frac{(4 - 6,62)^2}{6,62}$$

$$0,12 = \frac{(56 - 53,37)^2}{53,37}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(3-1) = 2$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Avec la marge d'erreur de 5%, le Khi-deux des tables est de 5,99.

✓ **Taille des ménages et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.23 :** Taille des ménages et recours aux soins de santé

Taille moyenne des ménages	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
[5 - 10 [	16 (9%)	119 (66%)	135 (75%)
[10 - 15 [	4 (2%)	42 (23%)	46 (25%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0 :** Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est indépendant du nombre d'individus dans les ménages

**H1 :** Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est dépendant du nombre d'individus dans les ménages

✓ **Calculons les effectifs théoriques**

Après les différents calculs à partir de la formule précédente, nous obtenons le tableau ci-après :

Taille moyenne des ménages	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
[5 - 10 [	14,91	120,08	135
[10 - 15 [	5,08	30,91	46
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$14,91 = \frac{20 \times 135}{181}$$

$$120,08 = \frac{161 \times 135}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

On obtient après calcul le tableau ci-dessous à partir de la formule précédente:

Taille moyenne des ménages	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
[5 - 10 [	0,07	0,01	0,08
[10 - 15 [	0,22	3,97	4,19
<b>Total</b>	0,29	3,98	<b>4,27</b>

Khi-2 est donc égal à :  $0,29 + 0,30 = 0,59$

Cas pratique :

$$0,07 = \frac{(16 - 14,91)^2}{14,91}$$

$$0,01 = \frac{(119 - 120,08)^2}{120,08}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Avec la marge d'erreur de 5%, le Khi-deux des tables est de 3,84.

## 2. Relation entre recours aux soins et variables économiques

Les variables d'étude retenues sont la profession, le revenu, le coût des prestations et des soins. Elles sont toutes contenues dans des tableaux à double entrée 3.24, 3.25 et 3.26.

✓ **Profession et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.24 : Profession et recours aux soins de santé**

Profession	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Salarié	2 (1%)	11 (6%)	13 (7%)
commerçant	9 (5%)	13 (7%)	22 (12%)
Fonctionnaire	0 (0%)	9 (5%)	9 (5%)
Retraité	5 (3%)	94 (52%)	99 (55%)
Ménagère	4 (2%)	21 (12%)	25 (14%)
Sans emploi	0 (0%)	13 (7%)	13 (7%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (HO) et de dépendance (H1)**

**HO** : La profession des chefs de ménages n'a pas d'influence sur leur recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

**H1** : La profession des chefs de ménages influence leur recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

✓ **Calculons les effectifs théoriques**

Après les différents calculs à partir de la formule précédente de l'effectif théorique, nous obtenons le tableau ci-après :

Profession	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Salarié	1,43	11,56	13
commerçant	2,43	19,56	22
Fonctionnaire	0,99	8,00	9
Retraité	10,93	88,06	99
Ménagère	2,76	22,23	25
Sans emploi	1,43	11,56	13
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$1,43 = \frac{20 \times 13}{181}$$

$$11,56 = \frac{161 \times 13}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

On obtient après différents calculs à partir de la formule de khi-2 tableau suivant :

Profession	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Salarié	0,22	0,02	0,24
commerçant	17,76	2,20	19,96
Fonctionnaire	0,99	0,12	1,11
Retraité	3,21	0,40	3,61
Ménagère	0,55	0,06	0,61
Sans emploi	1,43	0,17	1,60
<b>Total</b>	<b>24,16</b>	<b>2,97</b>	<b>27,13</b>

Khi-2 est donc égal à :  $24,16 + 2,97 = 27,13$

Cas pratique :

$$0,22 = \frac{(2 - 1,43)^2}{1,43}$$

$$0,02 = \frac{(11 - 11,56)^2}{11,56}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(6-1) = 5$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Avec 5% comme marge d'erreur et un intervalle de confiance de 95%, on obtient 11,07 comme Khi-deux tabulaire.

✓ **Revenu et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.25 : Revenus et recours aux soins de santé**

Revenu (en f CFA)	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Moins de 50 000	8 (5%)	12 (6%)	20 (11%)
[50 000 ; 100 000 [	4 (2%)	90 (50%)	94 (52%)
[100 000 ; 150 000 [	2 (1%)	5 (3%)	7 (4%)
[150 000 et plus	2 (1%)	20 (11%)	22 (12%)
Aucun	4 (2%)	34 (19%)	38 (21%)
<b>Total</b>	20 (11%)	1161 (89%)	181 (100%)

Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est indépendants du revenu de la population.

**H1** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est dépendant du revenu de la population.

✓ **Calculons les effectifs théoriques**

Après différents calculs, nous obtenons le tableau ci-après :

Revenu (en f CFA)	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Moins de 50 000	2,20	17,79	20
[50 000 ; 100 000 [	10,38	83,61	94
[100 000 ; 150 000 [	0,77	6,22	7
[150 000 et plus	2,43	19,56	22
Aucun	4,19	33,80	38
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$0,77 = \frac{20 \times 7}{181}$$

$$6,22 = \frac{161 \times 7}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

Après différents calcul, on obtient le tableau ci-après:

Revenu (en f CFA)	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Moins de 50 000	15,29	1,88	17,17
[50 000 ; 100 000 [	3,92	0,43	4,35
[100 000 ; 150 000 [	1,96	0,23	2,19
[150 000 et plus	0,07	0,01	0,08
Aucun	0,01	0,00	0,01
<b>Total</b>	<b>21,25</b>	<b>2,55</b>	<b>23,80</b>

Khi-2 est donc égal à :  $21,25 + 2,55 = 23,80$

Cas pratique :

$$1,96 = \frac{(2 - 0,77)^2}{0,77}$$

$$0,23 = \frac{(5 - 6,22)^2}{6,22}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(5-1) = 4$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Considérant le degré de liberté qui est 4 et une marge d'erreur de 5% , le Khi-deux des tables correspond à 9,48 selon la table des lois de Khi-2.

✓ **Conclusion**

Le Khi-2 calculé (23,80) supérieur au Khi-2 des tables (9,48) : le recours aux soins des ménages dans les établissements de santé de leur quartier dépend de leur niveau de revenu.

✓ **Coût des prestations et des soins et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.26** : Coûts des prestations et des soins et recours aux soins de santé

Perception des coûts des prestations et des soins	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	16 (9%)	11 (6%)	27 (15%)
Elevé	4 (2%)	150 (83%)	154 (85%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : La perception que la population a des coûts de prestation et des soins pratiqués dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'a pas d'influence sur leur choix de recourir aux soins.

**H1** : La perception que la population a des coûts de prestation et des soins pratiqués dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi a une influence sur leur choix de recourir aux soins.

✓ **Calculons les effectifs théoriques**

On calcule l'effectif théorique pour chaque case du tableau en multipliant les totaux qui lui correspondent et en divisant par l'effectif total. Après les différents calculs à partir de cette formule, nous obtenons le tableau ci-dessous:

Perception des coûts des prestations et des soins	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	2,98	24,01	27
Elevé	17,01	136,98	154
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$2,98 = \frac{20 \times 27}{181}$$

$$24,01 = \frac{1161 \times 27}{181}$$

### ✓ Calculons Khi-2

Le Khi-2 est la somme correspondant au total des Khi-2 calculés selon le niveau de perception. Il s'obtient à partir de la formule suivante :

$$\text{Khi} - 2 = \frac{(\text{effectif observé} - \text{effectif théorique})^2}{\text{effectif théorique}}$$

On obtient le tableau suivant :

Perception des Coût des prestations et des soins	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	56,88	7,04	63,92
Elevé	9,55	1,23	10,78
<b>Total</b>	66,43	8,27	<b>74,70</b>

Khi-2 est donc égal à :  $63,92 + 10,78 = 74,70$

Cas pratique :

$$9,55 = \frac{(4 - 17,01)^2}{17,01}$$

$$1,23 = \frac{(150 - 136,98)^2}{136,98}$$

### ✓ Calculons le degré de liberté (D)

$D = (k-1)(r-1)$  avec k nombre de colonnes et r nombre de lignes

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

### ✓ Recherche de khi-deux des tables

Avec 5% comme marge d'erreur et un intervalle de confiance de 95%, le Khi-deux tabulaire correspond à 3,84.

### ✓ Conclusion

Le Khi-2 calculé (74,70) est supérieur au Khi-2 des tables (3,84) : la perception que la population a des coûts de prestation et des soins pratiqués dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi a une influence sur leur choix de recours aux soins en cas de besoin au sein de ces établissements de santé.

### 3. Relation entre recours aux soins et variables d'ordre géographique (physique)

Les variables retenues sont : la distance séparant les ménages et les structures sanitaires, la mobilité, la durée et le coût du trajet entre les ménages et les établissements de soins.

- ✓ **Distance et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

**Tableau 3.27** : Distance et recours aux soins de santé

Perception de la distance	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Pas longue	13 (7%)	92 (51%)	105 (58%)
Longue	7 (4%)	69 (38%)	76 (42%)
Très longue	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Nos enquêtes, TAPE, 2013

- ✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : La distance entre les structures de santé et les ménages n'a pas d'influence sur leur recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

**H1** : La distance entre les structures de santé et les ménages a une influence sur leur recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

- ✓ **Calculons les effectifs théoriques ou d'indépendance**

Après les différents calculs, nous obtenons le tableau ci-après :

Perception de la distance	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Pas longue	11,60	93,39	105
Longue	8,39	67,60	76
Très longue	0	0	0
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$11,60 = \frac{20 \times 105}{181}$$

$$67,60 = \frac{161 \times 76}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

On obtient le tableau suivant :

Perception de la distance	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Pas longue	0,16	0,02	0,18
Longue	0,23	0,02	0,25
Très longue	0	0	0
<b>Total</b>	<b>0,39</b>	<b>0,04</b>	<b>0,43</b>

Khi-2 est égal à :  $0,39 + 0,04 = 0,43$

Cas pratique :

$$0,23 = \frac{(7 - 8,39)^2}{8,39}$$

$$0,02 = \frac{(69 - 67,60)^2}{67,60}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(3-1) = 2$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Le Khi-deux tabulaire correspondant est dans l'ordre de 5,99 avec une marge d'erreur de 5% et un degré de liberté égale à 2.

✓ **Conclusion**

Khi-2 calculé (0,43) est inférieur au Khi-2 des tables (5,99) : la distance n'est pas déterminante l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

✓ **Mobilité et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

**Tableau 3.28 : Mobilité et recours aux soins de santé**

Perception de la mobilité	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Faible mobilité	5 (3%)	24 (13%)	29 (16%)
Forte mobilité	15 (8%)	137 (76%)	152 (84%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2015*

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : La capacité de placement des ménages pour accéder aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas dépendante de l'utilisation de ces établissements de soins du quartier.

**H1** : La capacité de placement des ménages pour accéder aux structures sanitaire de Yopougon-Sicogi est dépendante de l'utilisation de ces établissements de soins du quartier.

✓ **Calculons les effectifs d'indépendance**

Après les différents calculs, nous obtenons le tableau ci-après :

Perception de la mobilité	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Faible mobilité	3,20	25,79	29
Forte mobilité	16,79	135,20	152
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$3,20 = \frac{20 \times 29}{181}$$

$$25,79 = \frac{161 \times 152}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

On obtient le tableau suivant :

Perception de la mobilité	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Faible mobilité	1,01	0,12	1,13
Forte mobilité	0,19	0,02	0,21
<b>Total</b>	1,20	0,14	<b>1,34</b>

Khi-2 est égal à :  $1,13 + 0,21 = 1,34$

Cas pratique :

$$1,01 = \frac{(5 - 3,20)^2}{3,20}$$

$$0,12 = \frac{(24 - 25,79)^2}{25,79}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Le Khi-deux tabulaire est de 3,84 avec une marge d'erreur de 5%, un intervalle de confiance de 95%, et un degré de liberté égale à 1.

✓ **Conclusion**

Le Khi-2 calculé (1,34) inférieur au Khi-2 tabulaire (3,84) : il n'y a pas de lien entre l'utilisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et la mobilité des ménages.

✓ **Durée du trajet et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

Tableau 3.29 : Durée du trajet et recours aux soins de santé

Perception de la durée du trajet	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Courte durée	18 (10%)	152 (84%)	170 (94%)
Longue durée	2 (1%)	9 (5%)	11 (6%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

Source : Nos enquêtes, TAPE, 2015

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : La durée du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas déterminante dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins

**H1** : La durée du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est déterminante dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins

✓ **Calculons les effectifs théoriques ou d'indépendance**

Après les différents calculs à partir de la formule précédente, nous obtenons le tableau ci-après :

Perception de la durée du trajet	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Courte durée	18,78	151,21	170
Longue durée	1,21	9,78	11
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$18,78 = \frac{20 \times 170}{181}$$

$$151,21 = \frac{161 \times 170}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

Perception de la durée du trajet	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Courte durée	0,03	0,00	0,03
Longue durée	0,51	0,06	0,57
<b>Total</b>	0,54	0,06	<b>0,60</b>

Khi-2 est égal à :  $0,03 + 0,57 = 0,60$

Cas pratique :

$$0,51 = \frac{(2 - 1,21)^2}{1,21}$$

$$0,06 = \frac{(9 - 9,78)^2}{9,78}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Marge d'erreur 5%, degré de liberté 1, Khi-deux des tables 3,84.

✓ **Conclusion**

Le Khi-2 théorique (0,60) inférieur au Khi-2 des tables (3,84) : la durée du trajet entre le domicile des ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas déterminante dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins.

✓ **Coût du trajet et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

Le coût retenu ici inclut une dimension sociale. Donc il est de nature monétaire et non physique.

**Tableau 3.30 : Coût du trajet et recours aux soins de santé**

Perception du coût du trajet	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	20 (11%)	147 (81%)	167 (92%)
Elevé	0 (0%)	14 (8%)	14 (8%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2015*

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : Le coût du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi n'est pas déterminant dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins

**H1** : Le coût du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est déterminant dans le recours aux soins de santé au sein de ces structures de soins

✓ **Calculons les effectifs théoriques ou d'indépendance**

Après les différents calculs à partir de la formule précédente, nous obtenons le tableau ci-après :

Perception du coût du trajet	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	18,45	148,56	167
Elevé	1,54	12,45	14
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$116,89 = \frac{127 \times 1064}{1156}$$

$$947,10 = \frac{1029 \times 1064}{1156}$$

✓ **Calculons Khi-2**

Le Khi-2 est la somme des Khi-2 correspondant à chaque paramètre de la variable d'étude. On obtient ainsi le tableau suivant :

Perception du coût du trajet	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bas	0,13	0,01	0,14
Elevé	1,54	0,19	1,73
<b>Total</b>	1,67	0,2	<b>1,87</b>

Khi-2 est égal à :  $0,14 + 1,73 = 1,87$

Cas pratique :

$$0,13 = \frac{(20 - 18,45)^2}{18,45}$$

$$0,01 = \frac{(147 - 148,56)^2}{148,56}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Avec une marge d'erreur de 5% , un intervalle de confiance de 95%, et un degré de liberté égale à 1, le Khi-deux tabulaire correspondant est dans l'ordre de 3,84.

✓ **Conclusion**

Le Khi-2 calculé (1,87) est inférieur au Khi-2 des tables (3,84) : pas de lien entre le coût du trajet entre les ménages et les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et l'utilisation des établissements de santé de Sicogi.

#### 4. Relation entre recours aux soins et variables socioculturelles

✓ **Niveau d'étude et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.31** : Niveau d'étude et recours aux soins de santé

Niveau d'étude	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Primaire	7 (4%)	92 (51%)	99 (55%)
Secondaire	7 (4%)	15 (8%)	22 (12%)
Supérieur	2 (1%)	69 (6%)	13 (7%)
Aucun	2 (2%)	43 (24%)	47 (26%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source* : Nos enquêtes, TAPE, 2013

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est indépendants du niveau d'étude des chefs de ménages.

**H1** : Le recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est dépendant du niveau d'étude des chefs de ménages.

✓ **Calculons les effectifs théoriques ou d'indépendance**

Après les différents calculs à partir de la formule précédente, nous obtenons le tableau ci-après :

Niveau d'étude	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Primaire	10,93	88,06	99
Secondaire	2,43	19,56	22
Supérieur	1,43	11,56	13
Aucun	5,19	41,80	47
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$10,93 = \frac{20 \times 99}{181}$$

$$88,06 = \frac{161 \times 99}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

Le Khi-2 est la somme des khi-2 correspondant à chaque paramètre de la variable d'étude. On obtient ainsi le tableau suivant :

Niveau d'étude	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Primaire	1,41	0,17	1,58
Secondaire	8,63	1,06	9,69
Supérieur	0,22	0,02	0,24
Aucun	0,27	0,03	0,30
<b>Total</b>	10,53	1,28	<b>11,81</b>

Khi-2 est donc égal à :  $10,53 + 1,28 = 11,81$

Cas pratique :

$$1,47 = \frac{(7 - 10,93)^2}{10,93}$$

$$0,17 = \frac{(92 - 88,06)^2}{88,06}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$$D = (k-1)(r-1)$$

$$D = (2-1)(4-1) = 3$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

4marge d'erreur de 5%, degré de liberté, le Khi-deux tabulaire est 7,81.

✓ **Conclusion**

le Khi-2 calculé (11,81) est supérieur au Khi-2 théorique (7,81) : le niveau d'étude des chefs de ménages du quartier Sicogi est déterminant dans l'utilisation des structures sanitaires de leur quartier.

✓ **Police d'assurance et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.32 : Police d'assurance et recours aux soins de santé**

Police d'assurance	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Dispose d'une police d'assurance santé	2 (1%)	121 (67%)	123 (68%)
Ne dispose pas d'une police d'assurance santé	18 (10%)	40 (22%)	58 (32%)
<b>Total</b>	20(11%)	161 (89%)	181(100%)

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013*

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : Le fait de ne pas disposer d'une police d'assurance santé n'a pas d'influence sur le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

**H1** : Le fait de ne pas disposer d'une police d'assurance santé a une influence sur le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

✓ **Calculons les effectifs théoriques**

Après différents calculs à partir de la formule précédente, nous obtenons le tableau suivant :

Police d'assurance	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Dispose d'une police d'assurance santé	13,59	109,40	123
Ne dispose pas d'une police d'assurance santé	6,40	51,59	58
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$6,40 = \frac{20 \times 50}{181}$$

$$51,59 = \frac{161 \times 58}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

Après différents calculs à partir de la formule de khi-2 précédente, on obtient le tableau ci-dessous :

Police d'assurance	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Dispose d'une police d'assurance santé	9,88	1,22	11,10
Ne dispose pas d'une police d'assurance santé	21,02	2,60	23,62
<b>Total</b>	30,90	3,82	<b>34,72</b>

Khi-2 est donc égal à :  $11,10 + 23,62 = 34,72$

Cas pratique :

$$21,02 = \frac{(18 - 6,40)^2}{6,40}$$

$$2,60 = \frac{(40 - 51,59)^2}{51,59}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$D = (k-1)(r-1)$  k nombre de colonnes et r nombre de lignes

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

degré de liberté 1 , marge d'erreur qui de 5% , on obtient le Khi-deux tabulaire dans l'ordre 3,84.

✓ **Conclusion**

Khi-2 calculé (34,72) est supérieur au Khi-2 des tables (3 ,84) : le fait de ne pas disposer d'une police d'assurance santé n'a pas d'influence sur le recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. A l'inverse, nous acceptons l'hypothèse alternative.

✓ **Types d'offres de soins et recours aux soins**

**Tableau 3.33** : Types d'offres de soins et recours aux structures sanitaires

Type d'offre de soins	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Public	11 (6%)	101 (56%)	112 (62%)
Privé	5(3%)	9 (5%)	14 (8%)
Médecine traditionnelle	4 (2%)	20 (11%)	24 (13%)
Automédication	0 (0%)	31 (17%)	31 (17%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013*

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (H0) et de dépendance (H1)**

**H0** : Le type d'offre de soins n'a pas d'influence sur le recours aux soins de santé de la population dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

**H1** : Le type d'offre de soins a une influence sur le recours aux soins de santé de la population dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

✓ **Calculons les effectifs théoriques ou d'indépendance**

Après différents calculs, nous obtenons le tableau ci-après :

Type d'offre de soins	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Public	12,37	99,62	112
Privé	1,54	12,45	14
Médecine traditionnelle	2,65	21,34	24
Automédication	3,42	27,57	31
<b>Total</b>	20	1161	181

Cas pratique :

$$1,54 = \frac{20 \times 14}{181}$$

$$12,45 = \frac{161 \times 9}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

A partir de la formule de Khi-2 ci-dessus, on obtient le tableau suivant :

Type d'offre de soins	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Public	0,15	0,01	0,16
Privé	7,77	0,95	8,72
Médecine traditionnelle	0,68	0,08	0,76
Automédication	3,42	0,47	3,89
<b>Total</b>	12,02	1,54	<b>13,53</b>

Khi-2 est donc égal à :  $0,16 + 8,72 + 0,76 + 3,89 = 19,71$

Cas pratique :

$$7,77 = \frac{(5 - 1,54)^2}{1,54}$$

$$0,95 = \frac{(9 - 12,45)^2}{12,45}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$D = (k-1)(r-1)$  k nombre de colonnes et r nombre de lignes

$$D = (2-1)(4-1) = 3$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Le Khi-deux tabulaire correspondant est dans l'ordre de 7,81 avec une marge d'erreur de 5% et un degré de liberté égale à 3.

✓ **Conclusion**

Le Khi-2 théorique (13,53) est supérieur au Khi-2 des tables (7,81) : le type d'offre de soins disponible dans le quartier Yopougon-Sicogi est déterminant dans l'utilisation par les ménages des établissements de soins.

**5. Relation entre recours aux soins et variables d'ordre organisationnel**

La qualité des soins et prestations, le relais communautaire et la visite du personnel médical ont été retenus comme des variables d'étude.

✓ **Qualité des soins et des prestations et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.34 : Qualité des prestations et des soins et recours aux soins de santé**

Perception de la qualité des soins et des prestations	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bonne	18 (10%)	27 (15%)	45 (25%)
Mauvaise	2 (1%)	134 (74%)	136 (75%)
<b>Total</b>	20 (11%)	181 (89%)	181 (100%)

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013*

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (HO) et de dépendance (H1)**

**HO** : La perception de la qualité des soins et des prestations fournies dans les structures de santé de la Sicogi n'ont pas d'influence sur le recours aux soins de la population dans ces centre de santé.

**H1** : La perception de la qualité des soins et des prestations fournies dans les structures de santé de la Sicogi ont une influence sur le recours aux soins de la population dans ces centre de santé.

✓ **Calculons les effectifs théoriques ou d'indépendance**

Après les différents calculs, nous obtenons le tableau ci-après :

Perception de la qualité des soins et des prestations	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bonne	4,97	40,02	45
Mauvaise	15,02	120,97	136
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$4,97 = \frac{20 \times 45}{181}$$

$$40,02 = \frac{161 \times 45}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

On obtient le tableau ci-dessous après différents calculs :

Perception de la qualité des soins et des prestations	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Bonne	4,90	4,23	9,13
Mauvaise	11,28	1,40	12,68
<b>Total</b>	16,18	5,63	<b>21,81</b>

Khi-2 est égal à :  $16,18 + 5,63 = 21,81$

Cas pratique :

$$4,90 = \frac{(18 - 4,90)^2}{4,90}$$

$$4,23 = \frac{(27 - 40,02)^2}{40,02}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$D = (k-1)(r-1)$  k nombre de colonnes et r nombre de lignes

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

Si la marge d'erreur est de 5% et que le degré de liberté est 1, alors le Khi-deux des tables correspond à 3,84.

✓ **Conclusion**

Le Khi-2 calculé (21,81) est supérieur au Khi-2 des théorique (3,841) : la perception de la qualité des soins et des prestations fournies dans les structures de santé de Sicogi influence le recours aux soins des populations dans les infrastructures de santé de leur quartier.

✓ **Education sanitaire, relais communautaire et recours aux soins de santé**

**Tableau 3.35** : Education sanitaire, relais communautaire et le recours aux soins de santé

Education sanitaire Relais communautaire	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Formation et sensibilisation	2 (1%)	7 (4%)	9 (5%)
Pas de formation et sensibilisation	18 (10%)	154 (85%)	172 (95%)
<b>Total</b>	20 (11%)	161 (89%)	181 (100%)

*Source : Nos enquêtes, TAPE, 2013*

✓ **Choix de l'hypothèse d'indépendance (HO) et de dépendance (H1)**

**HO** : Les activités paramédicales des établissements de santé de la Sicogi n'ont pas d'influence sur le recours aux soins de santé des ménages.

**H1** : Les activités paramédicales des établissements de santé de la Sicogi ont une influence sur le recours aux soins de santé des ménages.

✓ **Calculons les effectifs théoriques ou d'indépendance**

Education Sanitaire et Relais communautaire	Recours aux soins à Yopougon- Sicogi		Total
	Oui	Non	
Formation et sensibilisation	0,99	8,00	9
Pas de formation et sensibilisation	19,00	152,99	172
<b>Total</b>	20	161	181

Cas pratique :

$$0,99 = \frac{20 \times 9}{181}$$

$$8,00 = \frac{161 \times 172}{181}$$

✓ **Calculons Khi-2**

Le Khi-2 est la somme correspondant au total des Khi-2 relatifs aux paramètres de la variable observée.

$$\text{Khi} - 2 = \frac{(\text{effectif observé} - \text{effectif théorique})^2}{\text{effectif théorique}}$$

<b>Education Sanitaire et Relais communautaire</b>	<b>Recours aux soins à Yopougon- Sicogi</b>		<b>Total</b>
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Formation et sensibilisation	1,03	0,12	1,15
Pas de formation et sensibilisation	0,05	0,01	0,06
<b>Total</b>	1,08	0,13	<b>1,21</b>

Khi-2 est donc égal à :  $1,15 + 0,06 = 1,21$

Cas pratique :

$$1,03 = \frac{(2 - 0,99)^2}{0,99}$$

$$0,12 = \frac{(7 - 8)^2}{8}$$

✓ **Calculons le degré de liberté (D)**

$D = (k-1)(r-1)$  k nombre de colonnes et r nombre de lignes

$$D = (2-1)(2-1) = 1$$

✓ **Recherche de khi-deux des tables**

marge d'erreur étant de 5%, alors l'intervalle de confiance est à 95%. Le croisement tabulaire de cette marge d'erreur et le degré de liberté correspond à 3,84 comme Khi-deux des tables.

### ✓ Conclusion

Khi-2 calculé (1,21) est inférieur au Khi-2 des tables(3,84) : les activités paramédicales des établissements sanitaires de Sicogi n'ont aucune influence sur le choix des populations de recourir aux soins dans les structures de santé de leur quartier.

## Calcul du V de Cramer

Le V de Cramer est défini par la formule suivant :

$$V = \sqrt{\frac{\text{khi2}}{n \times \min\{(k - 1), (r - 1)\}}}$$

Avec :

- khi-2 = khi-2 calculé pour chaque variable ;
  - n = taille de l'échantillon ;
  - k = nombre de colonnes ;
  - r = nombre de lignes ;
  - min = constitue la valeur minimal de l'une des deux termes obtenue à l'issue de calcul.
- Le V de Cramer pour la variable " sexe"

$$V_{\text{sexe}} = \sqrt{\frac{10,30}{181 \times 1}} \quad \text{car } k-1 = 2-1 = 1 \text{ et } r-1 = 2-1 = 1$$

$V_{\text{sexe}} = 0,2$ . Donc la dépendance entre la variable "recours" aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et la variable " sexe" est faible.

- Le V de Cramer pour la variable "âge"

$$V_{\text{âge}} = \sqrt{\frac{49,47}{181 \times 1}}$$

$V_{\text{âge}} = 0,5$  . Cela signifie que, l'intensité du lien entre les variables "recours" et " âge" est forte.

- Le V de Cramer pour la variable "taille du ménage"

$$V_{\text{taille du ménage}} = \sqrt{\frac{4,27}{181 \times 1}}$$

V taille du ménage = 0,1 . Ce qui veut dire que, la dépendance entre la variable "recours" et la variable " taille du ménage" est faible.

- Le V de Cramer pour la variable "profession"

$$V_{\text{profession}} = \sqrt{\frac{27,13}{181 \times 1}}$$

V profession = 0,4 . Donc l'intensité du lien entre la variables "recours" et la variable " profession" est faible.

- Le V de Cramer pour la variable "revenu"

$$V_{\text{revenu}} = \sqrt{\frac{23,80}{181 \times 1}}$$

V revenu = 0,4. Cela veut dire que, la dépendance entre la variable "recours" et la variable " profession" est faible.

- Le V de Cramer pour la variable "coût des soins"

$$V_{\text{coût des soins}} = \sqrt{\frac{74,70}{181 \times 1}}$$

V coût des soins = 0,6 . Donc l'intensité du lien entre la variables "recours" et la variable " coût des soins" est forte.

- Le V de Cramer pour la variable "niveau d'étude"

$$V_{\text{niveau d'étude}} = \sqrt{\frac{11,81}{181 \times 1}}$$

V niveau d'étude = 0,3. Ce qui veut dire que, la dépendance entre la variable "recours" et la variable " niveau d'étude" est faible.

- Le V de Cramer pour la variable "police d'assurance santé"

$$V_{\text{police d'assurance}} = \sqrt{\frac{34,72}{181 \times 1}}$$

V police d'assurance = 0,4. Donc l'intensité du lien entre la variables "recours" et la variable " police d'assurance " est faible.

- Le V de Cramer pour la variable "type d'offre de service de soins"

$$V \text{ type d'offre de service de soins} = \sqrt{\frac{13,53}{181 \times 1}}$$

V type d'offre de service de soins = 0,3. Cela signifie que, la dépendance entre la variable "recours" et la variable " type d'offre de service de soins" est faible.

- Le V de Cramer pour la variable "qualité des soins"

$$V \text{ qualité des soins} = \sqrt{\frac{21,81}{181 \times 1}}$$

V qualité des soins = 0,3. Donc l'intensité du lien entre la variables "recours" et la variable " qualité des soins " est faible.

## **Annexe 4**

# **Les différents questionnaires et guides d'entretiens**



**Q106/** Quelle est votre zone d'intervention ?

- Abobo
- Attecoubé
- Cocody
- Yopougon
- Autres (à préciser) : .....

**Q107/** Quelles sont les structures sanitaires implantées sur l'espace de Yopougon-Sicogi ?

Structures de santé de Yopougon-Sicogi	Catégorie	Typologie	Numéro d'autorisation	Numéro d'ouverture	Numéro d'immatriculation	Statut (privé ou public)	Nombre de visite					
							2012	2013	2014	2015	2016	

**Q108/** Parmi ces structures sanitaires, combien sont-elles dont :

- le plateau technique n'est pas conforme
- le bâtiment n'est pas adapté
- le personnel n'est pas qualifié
- la situation n'est régularisée
- l'hygiène n'est pas acceptable
- le plateau technique n'est pas conforme
- les bilans des activités ne sont pas disponibles

Nommez-les : .....

**Q109/** Que préconisez-vous pour que la DEPS soit encore plus efficace dans l'accomplissement de sa mission ? .....

**Je vous remercie**







Q108/ Fonction exacte au sein de la structure sanitaire : .....

## II) STRUCTURE SANITAIRE ET PLATEAU TECHNIQUE

Q109/ Nom de la structure sanitaire : .....

Q110/ Localisation :

Secteur : ..... Sous quartier : .....

N° du logement .....

Q111/ Statut : Public  Privé

Q112/Catégorie : Etablissement médicale  Etablissement paramédicale

Laboratoire d'analyse biologique  Etablissement socio-sanitaire

Etablissement de médecine alternative

Autre (à préciser) : .....

Q113/ Type de structure sanitaire : .....

Q114/ Date d'ouverture : .....

Q115/ N° d'autorisation : ..... N° d'immatriculation : .....

Q116/ Type de bâtiment : .....

Q117/ A remplir les tableaux ci-dessous

	Désignation	Quantité
<b>Plateau Technique</b>	Nombre de chambres d'hospitalisation	
	Nombre de lits d'hospitalisation	
	Nombre de scanner	
	Nombre d'échographes	
	Nombre de blocs de chirurgie	
	Nombre de blocs obstétricaux	
	Nombre de groupe électrogène	
	Nombre de bouteille d'oxygène	
	Nombre de poupinel	
	Nombre fauteuil dentaire	
	Nombre de stérilisateur	
	Nombre de davier	
	Nombre de chambre noire	
	Nombre sonde	
	Nombre spatule	
Autres (à précisez).....		
.....		
.....		

N°	Différents services d'offre de soins
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

	Type	Personnel permanent	Personnel vacataire	Effectif total
<b>Personnel</b>	Médecin généraliste			
	Médecin de spécialité			
	Infirmier/infirmière			
	Sage-femme			
	Auxiliaire paramédical			
	Technicien paramédical			

### III) RECOUVREMENT ET STATISTIQUES

Q118/ A remplir le tableau ci-dessous

Années et lieux de provenance	Clients reçus	Nombre de clients résidant à Yopougon-Sicogi	Nombre de clients (patients) Résidant hors Yopougon-Sicogi			Total
			Autres quartiers de Yopougon	District d'Abidjan	Villes environnantes	
<b>2012</b>						
Lieux de provenance						
<b>2013</b>						
Lieux de provenance						
<b>2014</b>						
Lieux de provenance						
<b>2015</b>						
Lieux de provenance						
<b>2016</b>						
Lieux de provenance						

Q119/Qu'est-ce qui a motivé votre implantation sur ce site ? .....

.....  
.....

Q120/Quel est le coût de :

- consultation médecine générale : .....
- consultation médecine de spécialité : .....
- hospitalisation :.....
- examen médical (selon le type d'examen) :.....
- intervention chirurgicale (selon le type d'intervention) :.....

Q121/Quelles sont les maladies récurrentes à Yopougon-Sicogi ?.....

.....  
.....

Q122/ Quels sont les coûts de traitement de ces maladies récurrentes (selon le type de maladie) ?.....

.....  
.....

Q123/ Que pensez-vous du niveau de fréquentation de votre structure sanitaire ?

Elevé  Moyen  faible  très faible

Q124/ Comment pouvez vous expliquer un tel niveau de fréquentation ?.....

.....  
.....  
.....

Q125/ Que préconisez-vous pour une plus forte utilisation de votre centre de soins de santé par les populations ?

.....

#### IV) RAPPORTS DEPS<sup>69</sup>, DSYE<sup>70</sup> ET STRUCTURE SANITAIRE

Q126/ Combien de fois avez-vous reçu la visite de la DEPS?

- En 2012 : Une (01) fois  Deux (02) fois   
Trois (03) fois  Plus de cinq (04)  Pas du tout   
- En 2013 : Une (01) fois  Deux (02) fois

<sup>69</sup> Direction des Etablissements et Professions Sanitaires

<sup>70</sup> District Sanitaire de Yopougon-Est

Trois (03) fois  Plus de cinq (04)  Pas du tout

- En 2014 : Une (01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (04)  Pas du tout

-En 2015 : Une (01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (05)

-En 2016 : Une (01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (05)

**Q127/** Combien de fois avez-vous reçu la visite de la DSYE ?

- En 2012 : Une(01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (05)  Pas du tout

- En 2013 : Une (01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (04)  Pas du tout

-En 2014 : Une (01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (05)  Pas du tout

-En 2015 : Une (01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (05)

-En 2016 : Une (01) fois  Deux (02) fois

Trois (03) fois  Plus de cinq (05)

***Je vous remercie***



**Q107/** Quelle est votre situation professionnelle ?

**a :** Retraité(e)  **b :** Salarié  **c :** Fonctionnaire  **e :** Commerçant   
**f :** Ménagère  **g :** Sans emploi

Autres (à préciser).....

**Q108/** Disposez-vous d'un revenu mensuel ? **a :** Oui  **b :** Non

**Q109/** Si Oui, à combien s'élève t-il (en franc CFA) ?

**a :** [5 ; 50 000 [  **b :** [50 000 ; 100 000[  **c :** [100 000 ; 150 000[   
**d :** [150 000 et plus

## II. CONSOMMATION DE SOINS

**Q110/** Avez-vous une fois utilisé l'une des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?

**a :** Oui  **b :** Non

**Q111/** Si Oui, laquelle et pour quels motifs ?.....

*Si Non, passer à la question Q123 et Q124*

**Q112/** Combien avez-vous dépensé dans cette structure de santé (consultation, hospitalisation, médicament) (en franc CFA) ? **a :** Gratuit  **b :** [5000 ; 20 000 [

**c :** [20 000 ; 40 000[  **d :** [40 000 ; 50 000[  **e :** [50 000 ; et plus

**Q113/** Comment avez-vous trouvé ce coût) ? **a :** Bas  **b :** Elevé

**Q114/** A quelle distance êtes-vous de la structure sanitaire que vous avez fréquenté ?

En m   En km

**Q115/** Quelle est la durée du trajet entre votre domicile et la structure sanitaire (en heures et minutes) ?

**Q116/** Que pensez vous de la distance qui sépare votre domicile à cette structures de santé ?

**a :** Pas longue  **b :** Longue  **c :** Très longue

**Q117/** Que pensez vous de la durée du trajet entre votre domicile et la structure sanitaire ?

**a :** courte  **b :** longue

**Q118/** Quel est le coût du trajet entre votre domicile et la structure sanitaire ?

**a :** 0f  **b :** 100f  **c :** 200f  **d :** 300f  **e :** plus de 500f

**Q119/** Que pensez-vous de ce coût ?

**a :** Bas  **b :** Elevé

**Q120/** Quel a été est votre moyen de déplacement pour accéder au centre de soins ?

**a :** Voiture  **b :** Moto  **c :** Bicyclette  **d :** Marche

**Q121/** Que pensez-vous de votre capacité de mobilité ? **a** : faible  **b** : forte

**Q122/** Comptez-vous utiliser de nouveau les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi en cas de problème de santé ? **a** : Oui  **b** : Non

A- Si Oui, pourquoi ?

**c** : En cas d'urgence  **d** : Sa proximité

Autres (à précisez).....

B- Si Non, pourquoi ?

**e** : Certains services sont inexistants  **f** : Faible niveau des plateaux techniques

**g** : Locaux sont inadaptés  **h** : Environnement des locaux pas trop propre

**i** : Médicaments souvent pas disponibles

**k** : Assurances inaccessibles  **l** : Coûts de prestations élevés

**m** : Mauvais accueil  **n** : Personnel pas rassurant

Autres (à préciser).....

**Q123/** Pourquoi n'utilisez- vous pas les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?

**a** : Structure sanitaire privée  **b** : Mauvais accueil (perception)

**c** : Pas rassuré par le personnel médical  **d** : Temps d'attente élevé (perception)

**e** : Automédication  **f** : Médecine naturelle  **g** : Prière (religion)

**h** : Coût élevé des prestations (perception)  **i** : Préférence des centres de santé publique

**j** : Mauvaise réputation  **k** : Bâtiment inadapté  **l** : Accident médical

Autres (à préciser) :.....

**Q124/**Dans quelles conditions pouvez fréquenter les structures sanitaires de votre quartier ?

**Q125/** Quel est votre premier recours (recours système) en cas de besoins de soins ?

**a** : Structure sanitaire publique  **b** : Structure sanitaire privée

**c** : Médecine traditionnelle (guérisseur)  **d** : Eglise (utilisant la prière)

**f** : Mosquée (utilisant la prière)  **g** : Automédication

Autres (à préciser) :.....

**Q126/** Pour le choix de recours systématique à une structure de santé publique ou privée, quel est le nom du centre de santé concerné ?.....

**Q127/** Quels sont les motifs pour ce type ce choix de recours thérapeutique?.....

**Q128/** Avez-vous une police d'assurance santé ? **a:** Oui  **b:** Non

**Q129/** Combien de fois avez-vous participé aux séances d'éducation sanitaires avec les agents de santé ? / /

**Q130/** Avez-vous une fois été entretenu par un relais communautaire pour parler d'une situation sanitaire? **a:** Oui  **b:** Non

**Q131/** Que suggérez-vous pour une meilleure amélioration de votre santé et celle des membres de votre famille?.....

*Je vous remercie*



105/ Lieu de résidence :

a : Commune :.....

b : Quartier :.....

Q106/ Quel est votre niveau d'étude ?

a : Primaire  b : Secondaire  c : Supérieur  d : Aucun

Q107/ Quel est le nombre de membre de votre ménage ?     /    /    

Q108/ Quelle est votre situation professionnelle ?

a : Retraité(e)  b : Salarié  c : Fonctionnaire  d : Commerçant   
e : Elève  f : Sans emploi

Autres (à préciser).....

Q109/ Disposez-vous d'un revenu mensuel ? a : Oui  b : Non

Si Oui, à combien s'élève t-il (en franc CFA) ?

c : [5 ; 50 000[  d : [50 000 ; 100 000[  e : [100 000 ; 150 000[   
h : [150 000 et plus

### III. CONSOMMATION DE SOINS

Q110/ Pourquoi avez-vous choisi de venir vous faire soigner ici ?

a : Je connais un membre du personnel de santé

b : Mon assurance maladie le permet

c : Coût des prestations et des soins bas

d : Bonne qualité des soins et des prestations

e : Maladie grave

f : Maladie moins grave

g : Maladie pas grave

h : La structure possède d'un bon plateau technique

i : Le temps de choisir une autre structure de santé ou un autre moyen de traitement

j : Le personnel fait l'éducation sanitaire

k : Le personnel rend des visites inopinées à domicile

l : La structure dispose de médicaments

m : L'environnement et cadre de vie salubre

Autre (à préciser).....

.....

**Q111/** Pour quelles pathologies avez-vous sollicité ce centre soins ?.....

**Q112/** Quel est le résultat de votre traitement ?

**a :** Guérison       **b :** Amélioration       **c :** Pas guérison

**Q113/** Comment avez-vous trouvez la qualité des prestations et des soins ?

**a :** Bonne       **b :** Mauvaise

**Q114/** Quel a été le coût de votre traitement (consultation, hospitalisation, médicament) (en franc CFA) ?

**a :** [5000 ; 10 000[       **b :** [10 000 ; 20 000[       **c :** [20 000 ; 30 000[   
**d :** [30 000 ; 40 000[       **e :** [40 000 ; 50 000[       **f :** [50 000 et plus

**Q115/** Comment l'avez-vous trouvé (le coût) ? **a :** Bas  **b :** Elevé

**Q116/** A quelle distance êtes-vous de cette structure sanitaire ?

**a :** 0 - 338m       **b :** 0 - 366m       **c :** 0 - 370m       **d :** 0 - 378m   
**e :** 370 - 740m       **f :** 378 - 756m       **g :** 756 - 1134m       **h :** < 1km   
**i :** 1 - 5km       **k :** 5 - 10km       **l :** >15km

**Q117/** Que pensez vous de cette distance ?

**a :** Pas longue       **b :** Longue       **c :** Très longue

**Q118/** Possédez-vous un engin pour vos déplacements ? **a :** Oui       **b :** Non

Si Oui, lequel ?      **c :** Voiture       **d :** Moto       **e :** Bicyclette

Si Non, comment êtes-vous arrivé (es) dans ce centre de soins ?

**f :** à pied       **g :** en taxi       **h :** à moto       **i :** à Vélo

Autres (à précisez) .....

**Q119/** Quelle est le coût du transport aller-retour de votre domicile à ce centre de soins (en franc CFA) ? **a :** 1000       **b :** 1500       **c :** 2000       **d :** plus de 2000

Autres (à précisez) .....

**Q120/** Que pensez-vous de ce coût de transport ? **a :** Bas       **b :** Elevé

**Q121/** Comptez-vous revenir dans ce centre en cas de problème de santé ?

**a :** Oui       **b :** Non

Si Non, pourquoi (choisir les réponses ci-dessous) ?

**c :** Certains services sont inexistantes       **d :** Faible niveau des plateaux techniques

**e :** Locaux sont inadaptes       **f :** Environnement des locaux salubre

**g :** Ce ne sont pas des centres de santé publics       **h :** Mauvais accueil

**j :** Les médicaments sont toujours indisponibles       **k :** Coûts de prestations élevés

**l** : Assurances inaccessibles       **m** : Personnel pas rassurant

Autres (à préciser).....

.....

**Q122/** A quelle distance, habitez-vous de l'établissement de santé le plus proche?

.....

**Q123/** Comment appelle t-on cet établissement de santé le plus proche?.....

.....

**Q124/** Quel est votre recours systématique en cas de problème de santé ?

**a** : Structure sanitaire publique       **b** : Structure sanitaire privée

**c** : Médecine traditionnelle (guérisseur)       **d** : Eglise (utilisant la prière)

**e** : Mosquée (utilisant la prière)       **f** : Automédication

Autres (à préciser) :.....

**Q125/** Pourquoi ce type choix de recours thérapeutique?.....

.....

**Q126/** Combien de fois avez-vous participé aux séances d'éducation sanitaires avec les professionnels de la santé de Yopougon-Sicogi ? ||

**Q127/** Avez-vous une fois été entretenu par un relais communautaire pour parler d'une situation sanitaire? **a** : Oui       **b** : Non

**Q128/** Que suggérez-vous pour une meilleure fréquentation des structure sanitaires?

.....

*Je vous remercie*



## TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	2
RESUME.....	3
ABSTRACT.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
SOMMAIRE.....	7
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES PHOTOS.....	9
LISTE DES TABLEAUX.....	10
LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>17</b>
<b>I. CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>20</b>
I.1. Contexte, justification du choix du sujet et de la zone d'étude.....	20
I.2. Les concepts.....	22
I.2.1. Le concept de santé.....	22
I.2.2. Le concept d'accès aux soins.....	23
I.2.3. La perception du concept d'accès aux soins en économie de la sante .....	31
I.2.4. Relation entre accès et localisation .....	33
I.2.5. Le concept de recours aux soins .....	34
I.2.6. Lien entre accès et utilisation .....	35
I.2.7. Concept de soins de santé .....	36
I.2.8. Concept de structure sanitaire .....	36
I.3. Revue de la littérature.....	37
I.3.1. Les déterminants de l'accès aux soins de santé.....	37
I.3.2. Les déterminants du recours aux soins de santé.....	38
I.3.3. Les facteurs limitant l'accès et le recours aux soins de santé.....	40
I.3.4. Le secteur privé dans le système de santé .....	42
I.3.5. Les disparité de qualité des soins et couverture sanitaire .....	42
I.3.6. Les mentions géographiques de l'accès aux soins .....	45
I.4. Problématique.....	48
I.5. Objectifs de l'étude.....	53
I.5.1. Objectif principal .....	53

I.5.2. Objectifs spécifiques .....	53
I.6. Les hypothèses de recherches.....	54
I.6.1. Hypothèse principale .....	54
I.6.2. Hypothèses secondaires.....	54
<b>II. CADRE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>54</b>
II.1. Echelle d'étude et unités d'observation.....	55
II.1.1. Echelle d'étude.....	55
II.1.2. Unités d'observation.....	55
II.1.2.1. Le quartier.....	55
II.1.2.2. Les secteurs.....	56
II.2. Les variables de recherche.....	56
II.2.1. Variables liées aux caractéristiques de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi.....	57
II.2.2. Variables relatives à la distribution spatiale des infrastructures sanitaire.....	58
II.2.3. Variables relatives aux déterminants sociodémographiques.....	59
II.3. Techniques de collecte et données utilisées.....	60
II.3.1. La recherche documentaire.....	60
II.3.2. L'enquête de terrain.....	64
II.3.2.1. L'observation directe.....	64
II.3.2.2. Les entretiens (semi-directifs).....	65
II.3.2.3. L'enquête par questionnaire.....	65
II.3.2.3.1. La pré-enquête.....	66
II.3.2.3.2. Le déroulement de l'enquête.....	66
II.3.2.3.2.1. L'enquête auprès de la population de Yopougon-Sicogi.....	67
II.3.2.3.2.2. L'enquête auprès des clients des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi... 73	
II.4. Les outils de collecte des données.....	79
II.5. Le traitement des données.....	79
II.5.1. Le traitement manuel.....	79
II.5.2. Le traitement statistique .....	79
II.5.3. Le traitement cartographique.....	80
II.6. Méthodes d'analyse de données.....	80
II.6.1. Analyse spatiale.....	80
II.6.1.2. Analyse descriptive .....	81
II. 6.1.3. Analyse comparative.....	81

II.6.1.4. Analyse bivariée .....	81
II.6.1.5. Analyse multivariée (régression logistique).....	83
II.7. Sélection et formation des enquêteurs.....	83
II.8. Durée de l'enquête.....	84
<b>PREMIERE PARTIE : Politique de sante, espace d'étude et ressources sanitaires de Yopougon-Sicogi.....</b>	<b>88</b>
<b>Chapitre 1 : Politique et organisation du système de santé ivoirien.....</b>	<b>90</b>
1.1. Les caractéristiques du pays.....	90
1.1.1. Situation géographique .....	90
1.1.2. Situation socio-économique .....	92
1.1.3. Situation démographique .....	93
1.1.3. Situation sanitaire .....	93
1.2. Politique en matière de sante en Côte d'Ivoire .....	95
1.3. Organisation du système de soins ivoirien .....	97
1.3.1. Le versant prestataire ou offre de soins .....	98
1.3.2. Le versant gestionnaire ou administratif .....	100
1.4. L'impact des politiques internationales de santé sur l'organisation du système de soins ivoirien.....	102
1.4.1. Impact de la Conférence de Alma Ata sur le système de soins ivoirien .....	102
1.4.2. Impact de l'Initiative de Bamako (IB) sur le système de soins ivoirien.....	104
1.5. Les moyens de la politique sanitaire ivoirienne .....	105
1.5.1. Les moyens financiers .....	106
1.5.2. Les moyens humains.....	106
1.5.3. Les moyens matériels.....	107
1.6. Abidjan : du district à la ville, état des lieux de l'offre de soins.....	108
Conclusion chapitre 1.....	110
<b>Chapitre 2 : Espace d'étude et offre de soins à Yopougon-Sicogi.....</b>	<b>112</b>
2.1. Situation de l'espace d'étude : de la commune de Yopougon au quartier Yopougon-Sicogi.....	112
2.1.1. La commune de Yopougon .....	113
2.1.2. Le quartier Yopougon-Sicogi .....	114

2.1.2.1. Les caractéristiques de la population de Yopougon-Sicogi.....	115
2.1.2.2. Une forte présence d'activités informelles.....	117
2.1.2.3. Le transport.....	118
2.1.2.4. Les Equipements.....	119
2.1.2.4.1. Les équipements éducatifs .....	119
2.1.2.4.2. Les équipements sportifs, de loisirs et culturels.....	119
2.1.2.4.3. Les équipements sécuritaires et administratifs.....	119
2.1.2.4.4. Les équipements commerciaux.....	120
2.1.2.4.5. Les équipements sanitaires.....	120
2.1.2.5. Les infrastructures.....	120
2.1.2.5.1. La voirie.....	120
2.1.2.5.2. L'assainissement.....	121
2.2. L'offre de soins à Yopougon-Sicogi.....	122
2.2.1. La nature de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi.....	122
2.2.1.1. Les structures d'offre de soins de Yopougon-Sicogi selon la qualité des promoteurs.....	123
2.2.1.2. Les structures d'offre de soins de Yopougon-Sicogi selon la catégorie.....	124
2.2.1.3. Les structures d'offre de soins de Yopougon-Sicogi selon la typologie.....	125
2.2.1.4. Evolution des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi .....	125
2.2.2. Caractéristiques et spécialisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi....	127
2.2.2.1. Structure de santé «Espace médical concorde».....	127
2.2.2.2. Structure de santé «Cabinet dentaire Wacouboué».....	128
2.2.2.3. Structure de santé «Espace médical secourisme».....	128
2.2.2.4. Structure de santé «Cabinet paramédical André Jean».....	129
2.2.2.5. Structure de santé «Centre médico-social Eden».....	129
2.2.2.6. Structure de santé «centre socio sanitaire Bethel ».....	130
2.2.2.7. Structure de santé «Centre médico-social LIAAI ».....	130
2.2.3. Cadre de vie et de l'habitat des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	131
2.2.4. Le système de soins de Yopougon-Sicogi.....	132
2.2.4.1. Le secteur formel moderne d'offre de soins à Yopougon-Sicogi.....	133
2.2.4.2. Le secteur informel d'offre de soins à Yopougon-Sicogi.....	134
2.2.5. Profil sanitaire des populations de Yopougon-Sicogi.....	138
2.2.5.1. Le paludisme, premier motif de consultations.....	138
2.2.5.2. La fièvre typhoïde.....	139

2.2.5.3. Les maladies et affections bucco-dentaires.....	139
2.2.5.4. Les autres maladies .....	140
2.2.6. Itinéraire thérapeutique des populations de Yopougon-Sicogi.....	141
2.2.7. Les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi comme moyens de lutte contre la pauvreté.....	143
2.2.8. Contexte de l'administration des soins de sante à Yopougon-Sicogi.....	144
2.2.8.1. Des structures de santé qui exercent dans l'illégalité.....	144
2.2.8.2. Une nécessité de former le personnel.....	146
2.2.8.3. Des conditions de travail précaires.....	147
2.2.8.4. Un manque de suivi du Ministère de la Santé .....	148
Conclusion chapitre 2.....	150
Conclusion partielle première partie.....	150
<b>DEUXIEME PARTIE : Géographie de l'offre de soins à Yopougon-Sicogi.....</b>	<b>152</b>
<b>Chapitre 3 : Modalités d'implantation des structures sanitaires de Yopougon- Sicogi.....</b>	<b>154</b>
3.1. L'avènement des structures de sante privées à Yopougon-Sicogi.....	154
3.2. Logique de localisation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	156
3.3. Aires d'influence des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	161
3.3.1. Aires d'influence et portées spatiales des structures sanitaires de Yopougon- Sicogi : quel enjeu ?.....	162
3.3.2. Analyses des aires d'influence et portées spatiales des structures sanitaires.....	167
3.3.2.1. Espace médical concorde .....	167
3.3.2.2. Cabinet dentaire Wacouboué.....	167
3.3.2.3. Espace médical secourisme.....	168
3.3.2.4. Cabinet paramédical André Jean.....	168
3.3.2.5. Centre médico-social Eden.....	168
3.3.2.6. Centre socio-sanitaire Bethel.....	168
3.3.2.7. Centre médico-social LIAAI.....	169
3. 4. Aire d'influence réelle des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi .....	169
Conclusion chapitre 3.....	170

<b>Chapitre 4 : Organisation spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi....</b>	<b>172</b>
4.1. Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi par secteur.....	172
4.2. Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la taille des secteurs .....	173
4.3. Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon la taille de la population et des secteurs.....	174
4.4. Hiérarchie hospitalière et système de référence à Yopougon-Sicogi.....	178
4.5. Organisation spatiale des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi : théorie et modèle.....	180
4.6. Organisation spatiale des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi et la théorie de localisation : une simple apparence ou une réalité.....	182
4.7. Structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et modélisation .....	184
Conclusion chapitre 4 .....	186
Conclusion partielle deuxième partie.....	187

**TROISIEME PARTIE : Les déterminants d'accès et de recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et bilan de la fréquentation .189**

<b>Chapitre 5 : Les déterminant d'accès et de recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....</b>	<b>191</b>
5.1. Quelles variables retenir ?.....	191
5.2. Caractéristiques des chefs de ménages comme déterminants du comportement de recours de soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	194
5.2.1. Sexe des chefs de ménages.....	194
5.2.2. L'âge des chefs de ménages.....	195
5.2.3. Taille moyenne des ménages.....	195
5.2.4. Niveau d'étude des chefs de ménages.....	196
5.2.5. Profession des chefs de ménages.....	197
5.2.6. Revenu des chefs de ménages.....	198
5.3. Identification des déterminants de l'accès et du recours aux soins de santé dans les structures de Yopougon-Sicogi.....	199
5.3.1. Relation entre recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et variables démographiques.....	199

5.3.2. Relation entre recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et variables économiques.....	203
5.3.3. Relation entre recours aux soins dans les structures de Yopougon-Sicogi et variables d'ordre physique (géographique).....	207
5.3.4. Relation entre recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et variables culturelles.....	212
5.3.5. Relation entre recours aux soins dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et variables d'ordre organisationnel.....	217
5.3.6. Les facteurs les plus déterminants le recours aux structures sanitaires.....	220
5.4. Les motifs de recours aux soins dans chacun des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	222
5.4.1. Les motifs de recours aux soins : Cas des usagers résidant dans le quartier Yopougon-Sicogi.....	223
5.4.1.1. Motifs de recours aux soins dans le centre médical «Espace médical concorde»	223
5.4.1.1.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l'Espace médical concorde ..	223
5.4.1.1.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l'Espace médical concorde.....	224
5.4.1. 2. Motifs de recours aux soins dans le cabinet médical « Cabinet dentaire Wacouboué ».....	225
5.4.1.2.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué.....	225
5.4.1.2.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué ....	225
5.4.1.3. Facteurs de recours aux soins dans le centre de soins infirmier «Espace médical secourisme».....	226
5.4.1.3.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l'Espace médical Secourisme.....	226
5.4.1.3.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l'Espace médical secourisme.....	227
5.4.1.4. Facteurs de recours aux soins dans le centre de soins infirmier « Cabinet paramédical André Jean ».....	228
5.4.1.4.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet paramédical André Jean.....	228
5.4.1.4.2. Les autres facteurs de recours aux soins dans le cabinet paramédical André Jean.....	230
5.4.1.5. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social " Centre médico-social Eden "	230

5.4.1.5.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social Eden.....	230
5.4.1.5.2. Les autres facteurs de recours aux soins dans le centre médico-social Eden.....	230
5.4.1.6. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social “ Centre socio- sanitaire Bethel ” .....	231
5.4.1.6.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel.....	232
5.4.1.6.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel....	232
5.4.1.7. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social “ Centre médico-social LIAAI ” .....	233
5.4.1.7.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI .....	233
5.4.1.7.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI ” .	234
5.4.1.8. Facteurs déterminants le choix de centres de soins des patients sous plusieurs aires d’influence .....	234
5.4.2. Les motifs de recours aux soins : Cas des usagers résidant hors du quartier Yopougon-Sicogi.....	235
5.4.2.1. Motifs de recours aux soins dans le centre médical “Espace médical concorde”.....	236
5.4.2.1.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l’espace médical concorde.	236
5.4.2.1.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l’espace médical concorde.....	237
5.4.2.2. Facteurs de recours aux soins dans le cabinet médical “Cabinet dentaire Wacouboué ” .....	238
5.4.2.2.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué.....	238
5.4.2.2.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le cabinet dentaire Wacouboué....	239
5.4.2.3. Motifs de recours aux soins dans le centre de soins infirmier “Espace médical secourisme” .....	240
5.4.2.3.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans l’Espace médical secourisme.....	240
5.4.2.3.2. Les autres motifs de recours aux soins dans l’Espace médical secoursisme.....	241
5.4.2.4. Motifs de recours aux soins dans le centre de soins infirmier “ Cabinet paramédical André Jean ” .....	242

5.4.2.4.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le cabinet paramédical	
André Jean.....	242
5.4.2.4.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le cabinet paramédical	
André Jean.....	243
5.4.2.5. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social « Centre médico-social Eden ».....	244
5.4.2.5.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social Eden.....	244
5.4.2.5.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre médico-social Eden.....	245
5.4.2.6. Motifs de recours aux soins dans le centre médico-social «Centre socio-sanitaire Bethel ».....	245
5.4.2.6.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel.....	245
5.4.2.6.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre socio-sanitaire Bethel....	246
5.4.2.7. Facteurs de recours aux soins dans le centre médico-social « Centre médico-social LIAAI » .....	247
5.4.2.7.1. Impact de la distance sur le recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI .....	247
5.4.2.7.2. Les autres motifs de recours aux soins dans le centre médico-social LIAAI.....	248
Conclusion chapitre 5.....	248

**Chapitre 6 : Bilan de la fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....** 250

6.1. Répartition et analyse de la fréquentation des structures de santé de Yopougon-Sicogi.....	251
6.1.1. Fréquentation des infrastructures de soins de Yopougon-Sicogi selon la catégorie de structures sanitaires et les lieux de provenance des usagers.....	253
6.1.2. Fréquentation des infrastructures de soins de Yopougon-Sicogi selon la typologie de structures sanitaires et les lieux de provenance des usagers.....	257
6.1.3. Fréquentation des infrastructures sanitaires de Yopougon-Sicogi et les lieux de provenance des usagers.....	262
6.2. Les raisons de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.	269
6.2.1. Les motifs de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les promoteurs de soins.....	269

6.2.2. Les motifs de renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi selon les chefs de ménages .....	270
6.2.2.1. Les caractéristiques des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi .....	270
6.2.2.2. Les caractéristiques des chefs de ménages selon le sexe.....	271
6.2.2.3. Les caractéristiques des chefs de ménages selon l'âge .....	271
6.2.2.4. Les caractéristiques des chefs de ménages selon la profession .....	272
6.2.2.5. Les caractéristiques des chefs de ménages selon le revenu .....	272
6.2.2.6. Les caractéristiques des chefs de ménages selon le niveau d'étude.....	273
6.2.2.7. De diverses raisons de renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.....	273
Conclusion chapitre 6.....	280
Conclusion partielle troisième partie.....	281
<b>CONCLUSION GENERALE ET COMMANDATIONS .....</b>	<b>283</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>291</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>304</b>
<b>Annexe 1 : Répertoire des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ; tableau de synthèse des différentes catégories et typologie de structures sanitaires de Côte d'Ivoire ; table de la loi de khi-deux.....</b>	<b>305</b>
<b>Annexe 2 : Décret relatif aux activités des structures de santé privées.....</b>	<b>310</b>
<b>Annexe 3 : Application du test de Khi-deux relatifs aux différentes variables retenues....</b>	<b>322</b>
<b>Annexe 4 : Les différents questionnaires et guides d'entretien.....</b>	<b>355</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>374</b>