



Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique



**CSRS**  
Centre Suisse de Recherches  
Scientifiques en Côte d'Ivoire



# **RSS-PASRES**

**REVUE DES SCIENCES SOCIALES**

**PROGRAMME D'APPUI STRATEGIQUE  
A LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

## **COMITE DE PILOTAGE**

**Président :** Professeur BIAKA Zasseli Ignace

**Vice-Président :** Jurg UTZINGER

**Vice-Président délégué :** BONFOH Bassirou, Centre Suisse de Recherches Scientifiques  
en Côte d'Ivoire

**Membres :** TRAORE Seydou, MEF  
HOEGAH Théodore, Représentant du Secteur Privé

**Observateurs :** ADOHI Krou Viviane, Président du Conseil Scientifique  
SANGARE Yaya, Secrétaire Exécutif, secrétaire de séance

## **COMITE SCIENTIFIQUE**

AKA-EVY Jean-Louis, Professeur Titulaire, Université Marian Nguabi de Brazzaville

AKAPKO Yaovi, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)

AKINDES Francis, Professeur Titulaire, Collège de France, Université Alassane Ouattara,  
Bouaké (Côte d'Ivoire)

BANCOLE Alexis, Maître de Conférences, Université d'Abomey Calavi

BIAKA Zasseli Ignace, Professeur Titulaire, Université Félix Houphët-Boigny d'Abidjan

BONGO-PASI M. Sangol, Professeur Titulaire, Université de Kinshasa

DIAGNE-MBENGUE Ramatoulaye, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop de  
Dakar

HOUNSOUNON-TOLIN Paulin, Maître de Conférences, Université d'Abomey Calavi

KONE Cyrille B., Professeur Titulaire, Université, de Ouagadougou

NIAMKE Koffi, Professeur Titulaire, Université Félix Houphët-Boigny d'Abidjan

POAME Lazare, Professeur Titulaire, membre associé de l'Accadémie Royale de Belgique,  
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

QUASHIE Maryse Adjo, Maître de Conférences, Université de Lomé

SAWADOGO Mahamadé, Professeur Titulaire, Université de Ouagadougou

## **COMITE DE LECTURE**

- Professeur ANOH Paul, Géographie, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (COTE D'IVOIRE)
- Docteur Nacoulma GOAMA, Géographie, Université de OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)
- Professeur N'DOUBA François, Psychologie, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (COTE D'IVOIRE)
- Docteur DE CHACUS Sylvie, Maître de Conférences, Psychologie, Université Abomey-Calavi (BENIN)
- Professeur BADINI Amadé, Philosophie, Université de OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)
- Professeur OUATTARA Tiarna, Histoire, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
- Professeur BATENGA Willy, Histoire, Université de OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)
- Docteur TOSSOU Cocou, Maître de Conférences, Sociologie, Université Abomey Calavi (BENIN)
- Docteur MALGOUBRI Pierre Maître de Conférences, Linguistique, Université de OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

## **COMITE DE REDACTION**

- Dr OUATTARA Lhaur-Yaigaiba Annette, Sociologie, Rédacteur en Chef, Université Nangui ABROGOUA
- Dr DAYORO Arnaud Kévin, Sociologie, Rédacteur en chef adjoint, Université Félix HOU-  
PHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
- Dr YAO KOUAME, Philosophie, Rédacteur, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (Côte  
d'Ivoire)
- Dr KONIN Séverin, Histoire, Rédacteur, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
- Dr ABOYA Narcisse, Géographie, Rédacteur, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (Côte  
d'Ivoire)
- Dr KRA Kouakou Appoh Enoc, Linguistique, Rédacteur, Université Félix HOUPHOUET-BOI-  
GNY (Côte d'Ivoire)
- Dr YAPO Ludovic, Lettres Modernes, Rédacteur, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (Côte  
d'Ivoire)
- Dr N'Dri Eugène, Psychologie, Rédacteur, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY (Côte  
d'Ivoire)

Directeur de Publication  
Professeur BIAKA Zasseli Ignace

## **ADMINISTRATION**

Secrétaire Exécutif du PASRES,  
Centre Suisse de Recherches Scientifiques, KM 17, ADIOPODOUME sur la route de DABOU.  
Tél : (225) 23 47 28 29;  
Fax : (225) 23 45 12 11;  
01 BP 1303 ABIDJAN 01  
Pasres@csrs.ci

## SOMMAIRE

<b>Mohamed ABDOU</b> : Rite d'initiation à la divination et ethnosciences chez les Baatombu du Nord-Benin .....	3
<b>Akiapo Marie-Joëlle AKIAPO</b> : Influence du statut socio-juridique sur la perception judiciaire du viol chez les acteurs .....	15
<b>Atsoutsè ALLEY</b> : Étude des troubles du comportement des enfants, du fonctionnement familial et des spi des parents .....	27
<b>Kodjo Sena ATCHON</b> : La diffusion de la machine foufoumix en milieu urbain et les transformations sociales au Togo .....	40
<b>Grahon Marie Thérèse Sidonie BEUGRÉ</b> : Femme, profession et maternité chez Platon : .....	54
<b>Hyacinthe Digbeugby BLEY</b> : L'assemblée nationale en Côte d'Ivoire : du parti unique aux premières heures du multipartisme (1960-1990) .....	66
<b>Okobé Noël DATRO</b> : Le palmier à huile dans la société traditionnelle des bété et dida de Côte d'Ivoire (XVIIIe- XXe siècle) .....	79
<b>M'bra Kouakou Dieu-donné KOUADIO &amp; all</b> : ONG et lutte contre le Vih/sida en Côte d'Ivoire : expériences de Bouake-Éveila Bouaké.....	95
<b>Noël SANOU</b> : Sinyebigetro Bobo : Les chansons de masque comme situation de communication sociale .....	112
<b>Antoine Sehi TAPE BI</b> : les déterminants de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire .....	131

# LES DETERMINANTS DE LA FAIBLE FREQUENTATION DES STRUCTURES SANITAIRES DE YOPOUGON-SICOGI (ABIDJAN-COTE D'IVOIRE)

## DETERMINANTS OF THE LOW FREQUENTATION OF THE HEALTH FACILITIES OF YOPOUGON-SICOGI (ABIDJAN-COTE D'IVOIRE)

Antoine Sehi TAPE BI<sup>i\*</sup>, Ferdinand Adja VANGAH<sup>ii</sup>, Paul Kouassi ANOH<sup>iii</sup>

### Résumé :

L'objectif de cette étude est d'identifier les déterminants de désaffection pour les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. La méthode de collecte de données s'est basée sur la recherche documentaire et sur l'administration d'un questionnaire adressé à 181 chefs de ménage choisis sur la base d'un sondage stratifié de la méthode aléatoire. La combinaison d'analyse des données statistiques issues de la recherche documentaire et d'enquête de terrain affinés aux tests statistiques du Khi-2, de Cramer et de régression logistique multivariée, ont permis d'identifier les variables qui déterminent la faible fréquentation de ces structures de santé.

L'étude révèle que, le taux de fréquentation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi est faible. Il est de 10,41% en 2013 et 9,28% en 2014 alors que la norme OMS est de 50%. Les déterminants les plus significatifs qui justifient ce faible taux de fréquentation sont, l'inadéquation entre l'offre de service de santé et les besoins de soins des populations, le manque de confiance au personnel médical et la proximité de l'hôpital général.

**Mots-clés :** Abidjan, Yopougon-Sicogi, déterminant, fréquentation, structures sanitaires

### Abstract :

The objective of this study is to identify the determinants of disaffection for Yopougon-Sicogi health facilities. The data collection method was based on desk research and the administration of a questionnaire to 181 household heads selected on the basis of a stratified random survey. The combination of analysis of statistical data from the literature search and field survey refined the statistical tests of Chi-2, Cramer and multivariate logistic regression, have identified the variables that determine the low attendance of these health structures.

The study reveals that the attendance rate of health facilities in Yopougon-Sicogi is low. It is 10.41% in 2013 and 9.28% in 2014 while the WHO standard is 50%. The most significant determinants that justify this low attendance rate are the inadequacy between the health service offer and the care needs of the populations, the lack of confidence in the medical staff and the proximity of the general hospital.

**Keywords :** Abidjan, Yopougon-Sicogi, determinant, attendance, health facilities

<sup>i\*</sup> Institut de Géographie Tropicale (IGT), Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire). E-mail : tapepergo2006@yahoo.fr

<sup>ii</sup>- Université Péléforo Gon Coulibaly Korhogo (Côte d'Ivoire). E-Mail : ferdinand.vanga@upgc.edu.ci

<sup>iii</sup>- Institut de Géographie Tropicale (IGT), Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire). E-mail : anohpaul@yahoo.fr

## INTRODUCTION

La fréquentation des structures de santé a été négativement affectée dans ces dernières années à travers certaines régions du monde. Ainsi, le taux de fréquentation des structures de santé dans la plupart des villes asiatiques et africaines a été relativement faible constituant ainsi un problème de santé publique. Les études sur le système des soins de santé en Afrique subsaharienne révèlent que le taux de fréquentation des districts sanitaires est très faible (0,24% au Mali ; 0,34 au Burkina-Faso ; 0,30 au Bénin) malgré la présence des infrastructures sanitaires (IDA, 2009 ; OMS, 2010).

En Côte d'Ivoire, la santé des populations a toujours constitué une préoccupation majeure pour toute politique de développement social et économique. C'est pourquoi, dès son accession à l'indépendance dans les années 1960, elle a investi d'énormes ressources dans la construction des établissements sanitaires et dans la formation des professionnels de santé (Loba et al, 2015). L'objectif était d'assurer les soins curatifs et préventifs de base afin d'améliorer le bien-être et la santé des populations tout en prenant en compte les besoins prioritaires de santé et des déterminants fondamentaux de santé suite à la déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978). Ainsi, cette offre de soins s'est caractérisée par sa densité et sa disponibilité dans la capitale économique qui est Abidjan, contrairement en milieu rural (Salem, 1998).

Abidjan, premier foyer de peuplement urbain regorge à elle seule 75% des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ivoiriens et la plupart des grands hôpitaux privés de référence (Tapeet al., 2015). Malgré cette importante offre de soins, le taux de fréquentation<sup>1</sup> de la population abidjanaise reste faible. Ainsi, selon les données statistiques, ce sont 38,49% de la population vivant à Abidjan qui fréquentent les infrastructures sanitaires (MSHP<sup>2</sup>, 2014). On note aussi, 0,4% de consultation en moyenne par personne et par an chez un généraliste (DSRP<sup>3</sup>, 2009 ; Ymba, 2016).

Yopougon, à l'image des autres communes du district d'Abidjan, dispose d'une offre de soins composé de structures sanitaires publiques et privées. Selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ; 89,5% de la population de cette commune se situent à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé alors que le taux de fréquentation de ces infrastructures sanitaires est de 35,61% (MSHP, 2014).

Yopougon-Sicogi, l'un des quartiers de cette commune abrite plusieurs établissements sanitaires privés avec une diversité de services d'offre de soins (Tape, 2014). Cependant, le taux de fréquentation de l'ensemble de ces structures sanitaires reste très faible. Il est de 8,89% en 2010 et 10,41% en 2013 ne dépassant guère la norme recommandée par l'OMS qui est 50% de fréquentation (DSYE, 2013 ; MSHP, 2014 ; Tape, 2014 ; DPPEIS, 2016). Et pourtant, selon le District Sanitaire de Yopougon Est (DSYE), 100% de la population du quartier vient à moins de deux kilomètres des équipements sanitaires (DSYE, 2013).

Ainsi, au regard de ce qui précède, malgré la proximité de ces infrastructures de santé et la diversité des services d'offre de soins, les populations y ont faiblement recours. Quelles sont donc les déterminants de désaffection pour les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ?

Cet article a pour objectif d'identifier les déterminants de désaffection pour les établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi.

1- La fréquentation de structures sanitaires est définie comme le nombre total des consultations de l'ensemble des formations sanitaires rapporté à la population (Brunet-jailly et al., 1989). Elle est aussi considérée comme la traduction quantitative du recours aux soins, donc un indice de mesure du volume d'activités d'une structure de soins (Dione, 2013).

2- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

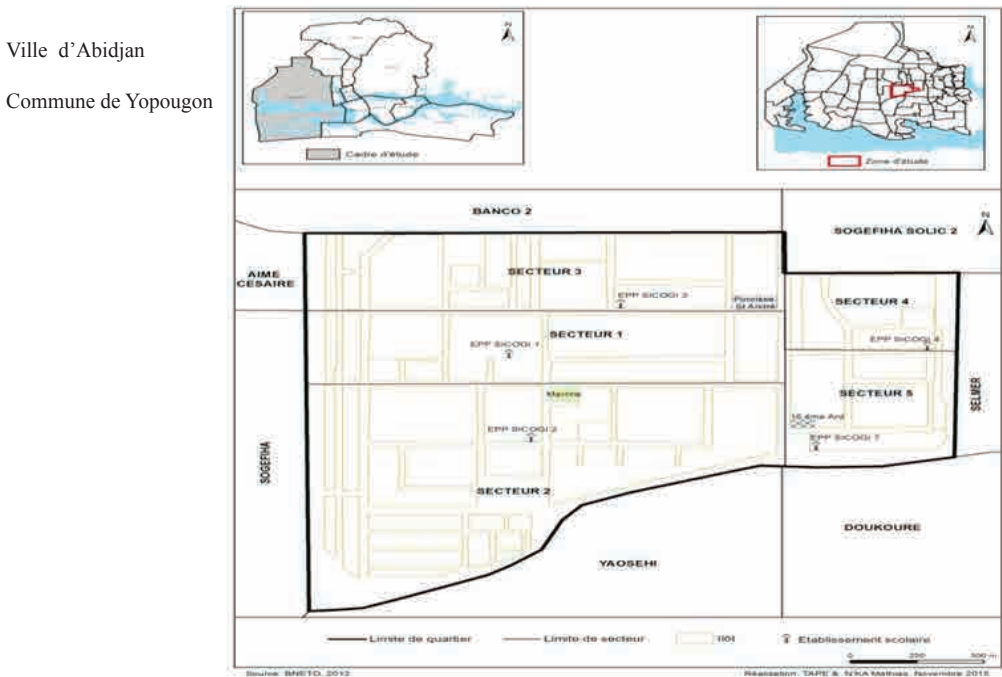
3- Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté

## 1. Zone d'étude, outils et méthodes

### 1.1. Zone d'étude : Yopougon-Sicogi

Situé au centre de la commune de Yopougon dans le district d'Abidjan, Yopougon-Sicogi fait partie des 32 quartiers que compte cette grande commune. Construit par la Société Ivoirienne de Construction et de Gestion Immobilière (SICOGI) entre 1968 et 1974, Yopougon-Sicogi est limité au sud par les quartiers et sous quartiers Yaossehi (appelé communément Sicoboïs) et Doukouré, à l'est par Selmer, à l'ouest par Sogefiha et Aimé Césaire et au nord par Banco 2 et SogefihaSolic 2 (Cf. figure 1 ci-dessous). C'est un quartier caractérisé par des habitats de type économique et subdivisé en 5 secteurs avec une population estimée à environ 36.555 habitants (INS-RGPH, 2014, Estimation INS, 2011). L'activité économique est dominée par celle du secteur informel (Tape et al., 2015)

La figure 1 ci-dessous représente la localisation du quartier Yopougon-Sicogi dans la commune de Yopougon et dans la District d'Abidjan.



**Figure 1 :** Localisation de Yopougon-Sicogi (Source : BNETD, 2012 ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

### 1.2. Outils et méthodes

Deux techniques de collectes des informations ont permis la réalisation de cette étude. Il s'agit de la recherche documentaire et l'enquête de terrain. Concernant la recherche documentaire, les informations collectées ont permis de comprendre les notions de fréquentation, de déterminant et de faire l'état de connaissance sur le problème étudié. Elle a également permis la collecte des données statistiques démographiques et sanitaires. Les données démographiques ont été collectées auprès de

l'Institut national de la statistique (INS) de Côte d'Ivoire (RGPH, 2014 et des estimations de 2010 et 2011). Quant aux données sanitaires, elles proviennent de la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) et de la Direction de l'Information, de la Planification et l'Evaluation (DIPE) du Ministère de la Santé. Ces informations ont été actualisées par les enquêtes de terrain auprès des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et de la population.

Quant à la détermination de nos unités statistiques au niveau de la population, elle s'est faite à partir de la formule de Fisher suivante:

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

Avec : **n** = taille d'échantillon requise, **t** = niveau de confiance à 95% (coefficient de marge 1,96), **p** = proportion des ménages n'ayant pas recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (**P** = 89%) et **m** = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05).

Ainsi, au niveau des ménages de Yopougon-Sicogi, 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. Ces strates étant ces différents secteurs. Afin de concilier la nécessité de mener à bien l'administration du questionnaire; nous avons retenus comme unité d'analyse " le ménage ". Le ménage étant composés de plusieurs individus, ces choix ont été appréciés à travers celui du chef de ménage. Les décisions des ménages en matière de recours aux soins sont celles du chef de ménage. Ainsi, sur les 4154 chefs de ménages estimés par l'Institut National de la Statistique (INS) en 2014 ; 181 chefs de ménages ont été retenus comme la taille de l'échantillon des ménages (suite aux différents calculs statistiques) répartis entre différents secteurs du quartier Yopougon-Sicogi. Cependant, compte tenu du nombre très réduit des établissements de santé (7), aucun échantillonnage n'a été fait.

Des entretiens ont été faits avec la Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires (DEPS) et le District Sanitaire de Yopougon (DSY) qui sont les instances de régulation du secteur de la santé. Aussi, avec les Responsables et Directeurs Techniques des établissements de santé qui exercent sur l'espace de Yopougon-Sicogi. Ceux-ci ont mis à disposition les différents registres et rapports d'activités.

Toutes les données recueillies ont été traitées à l'aide des logiciels Microsoft office 2007, Arc Gis (élaboration des cartes suite aux coordonnées des établissements de santé obtenues avec GPS de marque Garmin Map 78s) et STATA / SE12 (test statistique). Le test statistique du Khi-2 de Karl Pearson et celui de régression logistique multivariée ont permis d'analyser les différentes données issues de l'enquête. Le premier test a permis d'affirmer, s'il y a un lien ou non entre le recours aux structures de santé de Yopougon et les variables motifs découlant des enquêtes. Ces résultats ont été affinés par la suite par une régression logistique qui a permis de vérifier dans le cadre de cette étude, si des variables indépendantes peuvent prédire une variable dépendante au point d'expliquer réellement le renoncement aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi. Le choix de ces différents tests statistique se justifie par la nature des données recueillies au cours de l'enquête. La marge d'erreur retenue est de 5%.

## 2. RÉSULTATS

Les résultats de l'étude portent sur les déterminants de la faible fréquentation de ces établissements de santé. Toutefois, nous nous proposons d'abord de faire le bilan de la fréquentation de ces structures sanitaires afin de connaître leur niveau d'attractivité. Ces résultats sont par la suite discutés.

### 2.1. Bilan de la fréquentation des structures sanitaires

A Yopougon-Sicogi, l'offre de soins peut être divisée en 3 catégories d'établissements. Les établissements médicaux (Espace médical concorde et Cabinet dentaire Wacouboué) représentent 29% des structures sanitaires au même titre que les établissements paramédicaux (Espace secourisme et le Cabinet paramédical André Jean). Quant aux établissements socio-sanitaires (Centre médico-social Eden, Centre socio-sanitaire Bethel et le Centre médico-social LIAAI), ils représentent 42% de l'offre de soins du quartier. Ces structures sanitaires appartiennent au secteur privé de santé et fonctionnent sans aucune autorisation d'ouverture émise par les autorités sanitaires. Pourtant, ces infrastructures de santé exercent depuis plusieurs années à l'image du Centre socio sanitaire Bethel (2004), du Cabinet paramédical André (2005) et du Centre médico-social LIAAI (2008).

Les résultats relatifs à la fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi sont présentés dans le tableau croisé ci-dessous selon le type de structures sanitaires et les lieux de provenance des clients (usagers). Ces résultats concernent le niveau de fréquentation des différents établissements de santé au cours des années précédant nos enquêtes. Dans ce tableau, les valeurs affectées de signe positif (+) ou négatif (-) représentent les différents taux d'évolution ou de variation du niveau de fréquentation des structures sanitaires. Elles permettent d'avoir des tendances générales relatives à la fréquentation des établissements de soins de Yopougon-Sicogi. Ces différents taux sont obtenus à partir de la formule suivante :

$$T_{xV} = \left( \frac{v.f - v.i}{v.i} \right) \times 100$$

avec  $T_{x.V}$  (taux de variation),  $v.f$  (valeur finale) et  $v.i$  (valeur initiale).



**Tableau I** : Répartition des clients en 2013 et 2014 selon les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi et les lieux de provenance

Structures Sanitaires	Lieu de provenance des clients			
	Yopougon-Sicogi		Hors Yopougon-Sicogi	
	2013	2014	2013	2014
Espace médical concorde	203 (3%)	124 (3%)	155 (2%)	52 (1%)
	-38,91%		-64,45%	
Cabinet dentaire Wacouboué	125 (2%)	185 (4%)	100 (2%)	116 (3%)
	+48%		+16%	
Espace médical Secourisme	983 (16%)	998 (24%)	592 (9%)	187 (4%)
	+1,82%		-68,41%	
Centre paramédical André Jean	762 (12%)	777 (19%)	481 (8%)	155 (4%)
	+1,96%		-67,77%	
Centre médico-social Eden	858 (14%)	897 (22%)	552 (9%)	87 (2%)
	+4,54%		-84,23%	
Centre socio-sanitaire Bethel	320 (5%)	281 (7%)	205 (3%)	79 (2%)
	-12,18%		-61,46%	
Centre médico-social LIAAI	554 (9%)	132 (3%)	365 (6%)	73 (2%)
	-76,17%		-80%	
<b>Total</b>	3805 (61%)	3394 (82%)	2450 (39%)	749 (18%)
	-10,80%		-69,42%	

*Source : Enquêtes terrain ; Données issues des registres de consultation. Données affectées de signe sont les différentes tendances obtenues après calcul; TAPE, 2015*

l'espace médical secourisme, 23% (14% + 9%) le centre médico-social Eden, 20% (12% + 8%) le centre paramédical André Jean et 15% (9% + 6%) le centre médico-social LIAAI. Au cours de cette même année ; 61% des individus ayant recouru à ces établissements de soins sont des résidents de Yopougon-Sicogi contre 39% qui sont venus hors d'autres localités. On constate qu'en cas de problème de santé, la population de Yopougon-Sicogi sollicite plus le centre de soins infirmiers dénommé "Espace médical secourisme". La proportion des usagers qui l'utilisent est évaluée à 16% de l'ensemble des consultations enregistrées. Quant aux patients venant hors de Yopougon-Sicogi leur préférence va plutôt vers l'espace médical secourisme et le centre médico-social Eden avec 9% chacun de part de cette catégorie de clients.

En 2014, ce sont l'espace médical secourisme (28%), le centre médico-social Eden (24%) et le centre paramédical André Jean (23%) qui ont attirés le plus de patients comme ce fut le cas en 2013. Les populations de Yopougon-Sicogi sont celles qui utilisent encore plus les établissements de santé de leur quartier. Elles constituent 82% de l'ensemble des demandeurs de soins contre 18% qui viennent d'autres horizons. Toutefois, ces proportions restent des fréquences relatives et ne représentent rien face aux 61% des patients correspondant à 3805 individus venus de Yopougon-Sicogi en 2013.

Sur les deux années d'exercice (c'est-à-dire 2013 et 2014), la fréquentation des structures de Yopougon-Sicogi connu une baisse de l'ordre de 33,76%. De 6255 cas traités en 2013, ces infrastructures de santé ont enregistré en 2014, 4143 patients. Les plus fortes baisses ont été observées au niveau du centre médico-social LIAAI (-77,69%) et de l'espace médical concorde pourtant mieux équipé. En effet, celui-ci a perdu plus de la moitié de ces clients (-50,83%). Cependant, seul le cabinet dentaire Wacouboué reste le plus sollicité au fil des années. Ce centre de soins a eu sa clientèle passée de 225 en 2013 à 301 en 2014, soit une évolution de +33,77%. Son monopole en matière de soins bucco-dentaires sur l'espace du quartier et la qualité de son plateau technique justifie l'intérêt de la population.

Toutefois, on note que, le manque d'intérêt des populations vis-à-vis des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi est caractérisé par une baisse du niveau de fréquentation de 2013 à 2014 tant au niveau des riverains que des individus résidant hors de Yopougon-Sicogi. La fréquentation a baissé de 10,80% pour les usagers résidant dans le quartier et de 69,42% pour les patients qui viennent hors de cette unité infra-communale de Yopougon (cf. tableau n°1). Ce manque d'intérêt des populations vis-à-vis des établissements sanitaires de leur quartier a considérablement maintenu le taux de fréquentation de ceux-ci à un niveau très bas passant de 10,41% en 2013 à 9,28% en 2014 (soit une baisse de 1,13%). 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 le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSHP, 2014). Selon le District Sanitaire de Yopougon Est dont dépend Yopougon-Sicogi, le taux de fréquentation des infrastructures sanitaires dans ce district de santé était de 29,25% en 2014 et 32% en 2015. Cependant, malgré les efforts des autorités sanitaires et 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% (MSHP, 2014).

Au regard de ce qui précède, pourquoi l'attractivité des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi baissent-elle au fil des années ? En d'autres termes, quelles sont les raisons de la sous-fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi?

Avant de répondre à cette interrogation, la figure 2 ci-dessous représente la répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.



**Figure 2 :** Répartition spatiale des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Source : Enquête terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

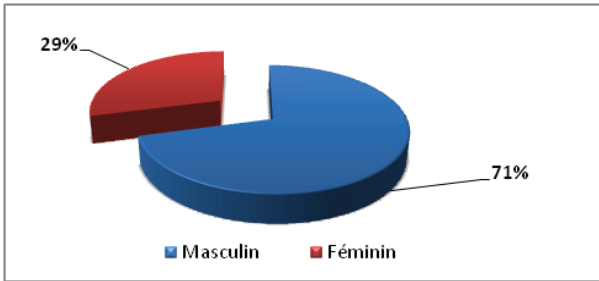
## 2.2. Profil démographique et motifs de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

Les résultats consignés dans des tableaux à double entrée ont été obtenus à l'aide du logiciel STATA / SE 12 après intégration des données d'enquête. Ce sont des tableaux d'indépendance de khi 2 de Karl Pearson et de régression logistique afin vérifier, d'une part, la pertinence des liaisons entre le recours aux structures de santé de Yopougon et les variables motifs découlant de nos enquêtes. Et d'autre part, si les variables motifs recueillies auprès des chefs de ménage expliquent réellement leur renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi.

Cette analyse est basée sur le non recours aux soins des populations de Yopougon-Sicogi dans les structures sanitaires de leur quartier. Toutefois, nous présentons d'abord les caractéristiques des chefs ménage selon le sexe, l'âge, le revenu, la profession et le niveau d'étude afin de mieux comprendre leur comportement vis-à-vis des établissements de santé de leur quartier.

### 2.2.1. Une faible fréquentation des infrastructures sanitaires plus marquée pour les caractères sexe et profession

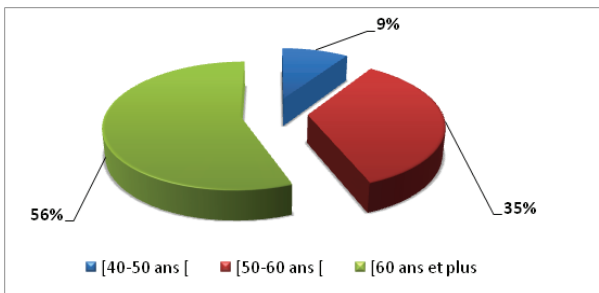
#### • Caractéristiques des chefs de ménages selon le sexe



**Figure 3 :** Répartition selon le sexe des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé (Source : Enquêtes terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Parmi les chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures sanitaires de leur quartier, ceux de sexe masculin sont les plus nombreux. Ils représentent 71% contre 29 % pour les chefs de ménages de sexe féminin.

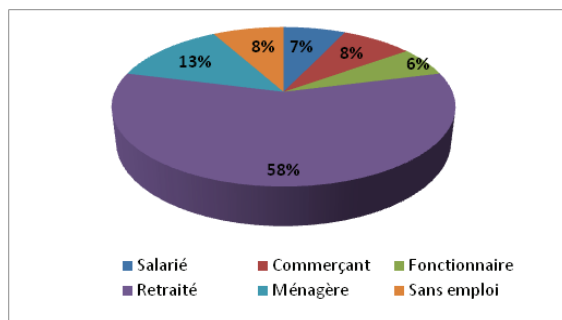
#### • Caractéristiques des chefs de ménages selon l'âge



**Figure 4 :** Répartition selon l'âge des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé (Source : Enquêtes terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

A Yopougon-Sicogi, nous observons trois tendances dans la répartition des chefs de ménages selon l'âge qui ne fréquentent pas les centres de soins de leur quartier. La première tendance se situe dans la tranche d'âge de 60 ans et plus avec 56%. Ces chefs de ménages sont constitués exclusivement de retraités. La seconde tendance constitue les chefs de ménages dont l'âge est compris entre 50 et 60 ans. Elle représente 35%. Tandis que la dernière tendance à 9% est constituée des chefs de ménages ayant l'âge compris entre 40 et 50 ans.

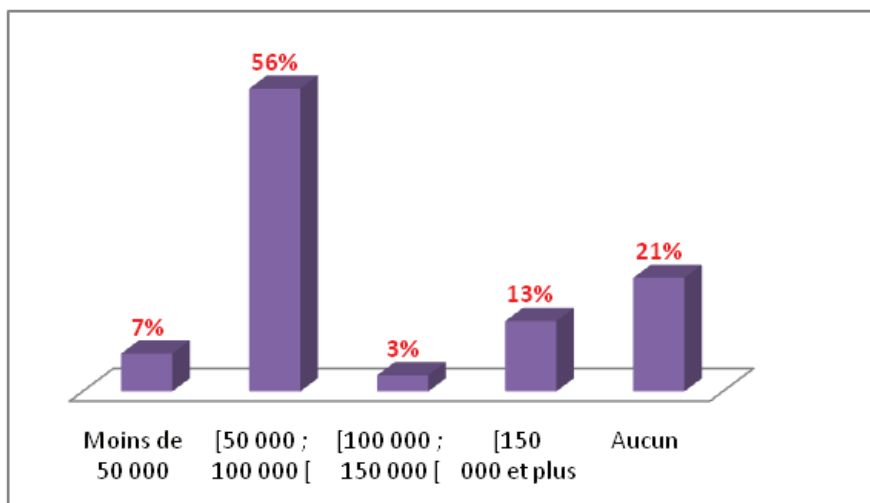
### • Caractéristiques des chefs de ménages selon la profession



**Figure 5 :** Répartition des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé selon la profession (Source : Enquête terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

On observe que les retraités représentent 58% de l'effectif des ménagères ne recourant pas aux établissements de soins. Ensuite, viennent les ménagères, les sans emplois et les commerçants. Les ménages concernés représentent respectivement 13% et 8%. On note que, la proportion des sans emplois est identique à celle des commerçants. Suivent enfin, les salariés et les fonctionnaires avec respectivement 6% et 7% de l'effectif total.

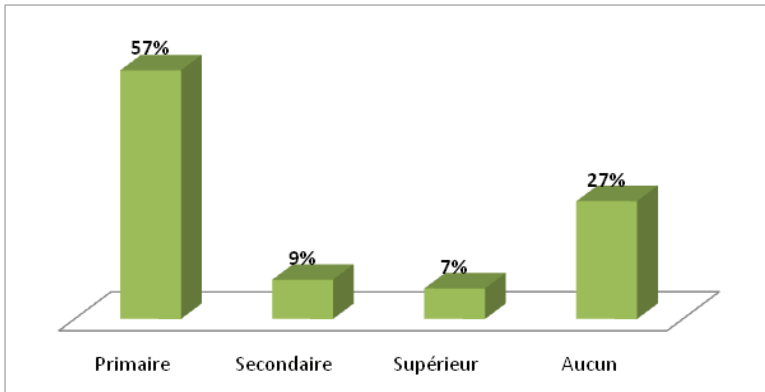
### • Caractéristiques des chefs de ménages selon le revenu



**Figure 6 :** Répartition des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures selon le Revenu (Source : Enquêtes terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Le figure 6 montre que 56% des chefs de ménages de l'échantillon ont déclaré avoir un revenu mensuel compris entre 50.000f CFA (76,33 €) et 100.000f CFA (152,67 €). Ce revenu concerne la plupart des retraités. On note également que 21% sont sans revenu et 13% ont un revenu supérieur à 150.000f CFA (229 €). Ceux dont le revenu est inférieur à 50.000f CFA (76,33 €) représentent 7% contre 3% pour les chefs de ménages dont le revenu est compris entre 100.000f CFA (152,67 €) et 150 000f CFA (229 €).

• **Caractéristiques des chefs de ménages selon le niveau d'étude**



**Figure 7 :** Répartition selon le revenu des chefs de ménages qui ne fréquentent pas les structures de santé (Source : Enquêtes terrain ; Conception et réalisation : TAPE, 2015)

Les chefs de ménages ayant arrêtés 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 ménages de niveau secondaire (collège et lycée) et supérieur ne représentent que 9% et 7%.

**2.2.2. Les déterminants de désaffection pour les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi**

Les motifs de renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi contenus dans le tableau II d'indépendance sont multiples. 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 : H0 (le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi ne dépend pas des motifs énumérés) et H1 (le recours aux structures sanitaires de Yopougon-Sicogi dépend des motifs énumérés).

**Tableau II :** Test d'indépendance du Khi 2

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 : Enquêtes de terrain ; Résultat obtenu à partir du logiciel STATA / SE 12 après intégration des données d'enquête ; TAPE, 2015

En analysant les profils lignes, on constate que parmi 100% des chefs de ménage 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. 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 (proximité, faible coût et durée de déplacement,) à l'hôpital public le plus proche (Hôpital Général de Yopougon ex. PMI).

On constate en outre que, la P-value associée à la statistique de test est inférieure au seuil de 5% ( $P = 0$  en anglais). De plus le V de Cramer (Cramer's V) est égal à 1, ce qui signifie que le lien entre ces variables est très 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 du renoncement aux établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi.

De ce qui précède, nous allons examiner ensemble si les variables explicatives (variables motifs) recueillies auprès des chefs de ménages expliquent le renoncement aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi à partir du modèle de régression logistique construit suivant :  
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 :

$$\begin{cases} y_i = 1 & \text{si l'individu a recours aux structures de santé} \\ \text{et} \\ y_i = 0 & \text{si non (si l'individu n'a pas recours aux structures de santé)} \end{cases}$$

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.

$$\text{Donc } x_i = \begin{pmatrix} 1 \\ \text{adaptation} \\ \text{confiance} \\ \text{accès} \end{pmatrix}$$

$\alpha$  qui est le vecteur des paramètres associés aux variables explicatives qui mesurent l'effet des variables sur le choix du recours est donc :

$$\alpha = \begin{pmatrix} a_0 \\ a_1 \\ a_2 \\ a_3 \end{pmatrix}$$

ei 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 analyse, on obtient le tableau des résultats ci-dessous :

**Tableau III** : Test de régression logistique (analyse multivariée)

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

Logistic regression	Number of obs =	1060
	LR chi2(3) =	50.61
	Prob > chi2 =	0.0000
Log likelihood = -114.72817	Pseudo R2 =	0.1807

Source : *Enquêtes terrain ; Résultat obtenu à partir du logiciel STATA / SE 12 après intégration des données d'enquête ; TAPE, 2015*

En observant le tableau III, on constate que toutes nos variables sont globalement significatives avec la P-value " Prob> chi 2 = 0,0000 qui est inférieure à 5% " et 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 toute 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 chefs de ménages de renoncer aux structures sanitaires de leur quartier est donc a priori justifier.

Cependant, les résultats de cette étude montrent aussi que, les structures de soins de santé modernes ne constituent pas la seule voie de recours aux soins à Yopougon-Sicogi. Mais il existe aussi sur cet espace, un secteur informel traditionnel et moderne d'offre de soins animé par les herboristes, les guérisseurs traditionnels, les cellules de prière thérapeutiques et les vendeuses de médicaments modernes "de rue". Selon nos enquêtes, à Yopougon-Sicogi ce sont 30% des chefs de ménage qui ont recours à ce type de soins dont 17% pour l'automédication et 13% pour la médecine traditionnelle.



Les photos 1 et 2 ci -dessous illustrent bien le poids des plantes médicinales dans le choix des populations pour se faire soigner.



**Photo 1** : Espace dédié aux herboristes et tradipraticiens au sein du marché de Yopougon-Sicogi (source : *Image d'enquête, TAPE, 2015*)



**Photo 2** : Feuilles et écorces de bois médicinales du marché Yopougon-Sicogi (source : *Image d'enquête, TAPE, 2015*)

Comme on le voit sur la photo 1; un grand espace est dédié à la vente des plantes médicinales au sein du marché de Yopougon-Sicogi. Sur la photo 2, on remarque la présence de toutes sortes de plantes destinées aux traitements de plusieurs maladies. Selon le Laboratoire Botanique de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan, ce sont des plantes telles que le *Phyllanthus Amarus*, l'*Alstonia Boonei*, l'*Annicktia Polycarpe*, l'*Alchornea Cordifolia* dont les vertus thérapeutiques sont reconnues de toute la communauté scientifique dans le traitement du paludisme et de plusieurs autres maladies. Mais sur le marché du quartier, ces plantes sont connues à travers les noms tels que l'Haoutré, le Djéka, l'Emien.

A côté de ces plantes médicinales, il y a aussi des produits pharmaceutiques qui sont vendus à même le sol au même titre que certaines denrées alimentaires (cf. photo 3 et 4 ci-dessous). Ce sont pour la plupart des médicaments essentiels importés d'Europe, d'Etats Unis et d'Asie qui sont vendus à des prix très bas comparativement aux produits exposés dans des officines de pharmacie. Sur 17% des chefs ménages enquêtés dont la pratique thérapeutique est l'automédication, 11% ont recours à ce type de médicaments. A titre illustratif de prix ; 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 commercial de Ventoline, utilisée dans le traitement des maladies respiratoires coûte 3.600f CFA (5,49 €) en pharmacie contre 1.800f CFA (2,74 €) sur le marché de Yopougon-Sicogi.

Les photos 3 et 4 ci-dessous montrent un aperçu des conditions dans lesquelles sont vendus ces médicaments à Yopougon-Sicogi



**Photo 3** : Etalage de médicaments au sein du marché de Yopougon-Sicogi pendant la nuit  
(Source : Image d'enquête prise la nuit, TAPE, 2015)



**Photo 4** : Etalage de médicament au sein du marché Yopougon-Sicogi en plein jour  
(Source : Image d'enquête, TAPE, 2015)

A Yopougon-Sicogi, ce 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>4</sup>. En effet, cet endroit est reconnu comme étant le lieu de référence de la vente de ces produits pharmaceutiques. Selon les animateurs de ce "marché", ces médicaments proviennent également de certaines associations, des vendeurs en pharmacie et surtout du secteur pharmaceutique officiel. Paradoxalement, en dépit de la diversité de l'itinéraire thérapeutique de la population de Yopougon-Sicogi; nos sujets d'enquête n'ont pas mentionnés ce secteur d'offre de soins informel (plantes médicinales, médicaments de rue, automédication) comme étant l'un des motifs de leur renoncement aux équipements de santé de leur quartier. Mais, nous considérons que ce secteur de soins informel comme étant déterminant car 30% de nos unités statistiques y ont recours pour se faire soigner.

### 3. DISCUSSION

#### 3.1. Une faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi

Les établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi restent faiblement fréquentés malgré leur proximité et les efforts importants consentis par les promoteurs de soins résultant de l'accroissement des structures d'offre de soins.

Les résultats de l'analyse du tableau n°1 indique que les populations, qu'elles soient du quartier Yopougon-Sicogi ou non, fréquentent de moins en moins ces structures sanitaires.

Ainsi, 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 niveau des établissements de santé de Yopougon-Sicogi, ce niveau a baissé de 10,80% pour les usagers résidant dans le quartier et de 69,42%

4- 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

pour les patients qui viennent hors du quartier (cf. tableau I). Ce manque d'intérêt pour les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi a impacté négativement le taux de fréquentation de l'ensemble de ces infrastructures sanitaires du quartier. Il a été de 10,41% en 2013 contre 9,28% en 2014, soit une baisse de 1,13% pour une population estimée à environ 36.555 habitants (INS, estimation 2011). Ces différents taux restent très en dessous de la norme de l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) qui est de 50%.

Cette faible fréquentation des structures sanitaires s'observe aussi bien sur tout le territoire ivoirien. On note au plan national, 31,37% en 2013 (DIPE, 2014) et 48,02 en 2015 (DPPEIS, 2016). De même, selon

Amorissani (1998), hormis la région sud qui avait un taux de fréquentation de cabinets dentaires de 21,8% avec 57,4% pour la ville d'Abidjan, le reste du pays se situe en deçà de 20% avec un taux moyen de 10,16%. Ce même constat a été fait par Sangare (2003) au cours d'une étude menée sur l'accessibilité aux soins bucco-dentaires. Les résultats de cette étude montrent que, le taux de fréquentation des établissements de santé a baissé de 5% à 20%. Cependant, la faible fréquentation des infrastructures sanitaires n'est pas propre à la Côte d'Ivoire. De nombreuses études ont mis en exergue la baisse du taux de fréquentation des infrastructures sanitaires. Ainsi au Mali par exemple, le taux de fréquentation des centres de santé a été de 32% en 2010 soit 68% des malades (MDSSPA, 2011). De plus selon l'OMS, lorsque le taux d'occupation des lits n'atteint pas 80%, les services hospitaliers sont sous-fréquentés, et c'est ce qui est le cas de ce pays. Il en est de même au Kenya et au Burkina Faso. En effet, au Kenya, on a noté une baisse de 15% de fréquentation des centres de santé suite à l'introduction de la tarification aux usager tandis qu'au Burkina Faso, on enregistrait une baisse de 45% des consultations dans les hôpitaux de district et de 33% dans les centres (Arcen-set al.,2008).

### 3.2. Des déterminants de la faible fréquentation des structures sanitaires justifiés

L'analyse des tableaux II d'indépendance et III de régression logistique multivariée montre 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 de sanitaires de leur quartier. Ce qui veut dire que la probabilité qu'ils n'aient pas recours à ces infrastructures de soins est élevée ( $p(y_i = 0)$ ). Autrement dit, 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 ménage 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 ménage. 85% de leurs dernières consultations ont été relatives aux pathologies telles que le diabète, la prostate, le rhumatisme, l'arthrose et des crises de vieillesse. Il est donc recommandé des services de soins spécialisés, pour le moment inexistant à Yopougon-Sicogi. L'absence de certains services de santé liée à l'âge est aussi observée au niveau du genre. En effet, des services de gynéco-obstétrique et de la maternité qui sont sollicités exclusivement par des femmes ne sont également pas disponibles à Yopougon-Sicogi. Il en est également pour les services de planning familial et de pédiatrie qui accueillent le plus souvent les femmes et les enfants accompagnées de leurs mamans. Or, plusieurs études montrent que, les individus de sexe féminin fréquentent plus les centres de santé que ceux de sexe masculin.

Aussi, à Yopougon-Sicogi, toutes les structures de santé sont de type privé nécessitant de moyens financiers. Or, la capacité de tout individu à assurer les frais inhérents à sa santé sont fortement liés à son revenu et souvent à sa profession. Ce qui est difficile d'être le cas à Yopougon-Sicogi car 63% des chefs de ménage interrogés gagnent moins de 100.000f CFA (152,44€) mensuellement, 21% sont sans revenu et 58% d'entre eux sont des retraités ;

- plus les ménages n'auront pas confiance au personnel médical, plus la probabilité qu'ils n'aient pas -Zrecours 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 utiliseront les infrastructures sanitaires de leur quartier. A Yopougon-Sicogi, au sein des établissements sanitaires, il ne se passe pas deux années de suite sans 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 patients. Le personnel permanent de ces centres de soins est constitué essentiellement d'aide infirmier (aide-soignant). 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 les enquêtés, deux cas de décès ont été enregistrés au cours de l'année qui a précédé nos enquêtes. 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 cadrant 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 quartiers ;

- 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). En effet à Yopougon-Sicogi, l'hôpital général de Yopougon (ex. PMI<sup>5</sup>) exerce une forte influence sur l'itinéraire thérapeutique de la population. A titre illustratif, les chefs de ménage interrogés ont reconnu cet hôpital comme étant leur centre de santé de recours systématique en cas de maladie. La zone de couverture de cet établissement de santé public va au-delà de Yopougon-Sicogi. La distance entre cet hôpital et le ménage le plus éloigné de Yopougon-Sicogi est d'environ 2 kilomètres et celle qui le sépare du plus proche est d'environ 7 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 femmes enceintes et des patients dont l'âge est inférieur à 5 ans.

A ces différentes raisons invoquées qui concourent à la sous-fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi, s'ajoutent aussi le poids de la médecine traditionnelle et l'automédication qui fait prospérer la vente illicite dans la rue des médicaments modernes. A Yopougon-Sicogi, 17% et 13% des chefs de ménage ont recours ces soins dans leurs parcours thérapeutiques. Selon les estimations de l'OMS (2007); au moins 80% de la population des pays en développement s'en remettent aux systèmes traditionnels en tant que principale source de soins. Aussi, selon le Ministère de la Santé Publique (2007), malgré un effort considérable de développement du système sanitaire et social ivoirien, 70 % de la population a 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.

S'il a été admis que l'inadéquation entre l'offre de services de soins et les besoins de services de santé des populations, 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 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 catégories essentielles de motifs liés à 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 aussi, aux effets secondaires des traitements perçus du au manque de visibilité de leur action ainsi qu'à la complexité de leur mode d'administration selon (Maccormack, 1984) cité par Franckel, 2004). Au Sénégal, il a été trouvé que l'âge était un déterminant clé la fréquentation des centres santé de Piquine dans la banlieue Dakaroise (Salem, 1994).

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, 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). Aussi, selon la Banque Mondiale (2007), les ressources financières demeurent en déficit 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 engoutir le budget mensuel de la famille. Cependant, force est de constater que nos résultats sont identiques avec celui de Mushagalusa (2005). En effet, les résultats de son étude sur "l'étude des déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages" indiquent que, l'inadéquation entre les besoins de soins des ménages et l'offre de services disponible ainsi que le manque de confiance au personnel médical constituent les raisons de non recours aux soins de santé dans la zone de santé de Kaditu (République Démocratique du Congo). Ces résultats corroborent avec ceux de Randall (1989) et Sidibe (2001) qui ont trouvé 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

Cet article s'est assigné comme objectif d'identifier les déterminants de la faible fréquentation des établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi. Ce quartier est caractérisé par des habitats de type économique. Aussi, c'est un espace infra urbain où les établissements sanitaires sont tous de type privés et un secteur informel d'offre de soins animé par les herboristes, les cellules de prière thérapeutiques et les vendeuses de médicaments modernes "de rue". Nos résultats montrent une diversité de recours thérapeutique qui constitue un atout pour la population dans sa quête de guérison. Cette diversité de recours thérapeutique qui s'offre à la population constitue également l'un des facteurs de la faible fréquentation des établissements sanitaire du quartier. Les motifs de renoncement aux soins au sein de ces établissements sanitaires de Yopougon-Sicogi restent dominés par l'absence de certains services de base, le manque de confiance au personnel médical et la proximité de l'hôpital public qui constitue le choix de recours systématique de la population en cas de besoins de soins.

Ainsi, la fréquentation des établissements de santé en Côte d'Ivoire demeure une préoccupation majeure pour les autorités sanitaires, car, la bonne santé des populations constitue un facteur déterminant au développement d'un pays.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**AL-SHAMMARI Khalaf, AL-ANSARI JM, AL-KHABBAZ Ak.**, 2007, « *Barriers to seeking preventive dental care by kwaiti adults* », Koweït, Med Princ Pract, 16 (6), pp 410-420

**ARCENS Bernard, CAREMEL Jean-François, GUIHARD Nicolas**, 2008, « *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante (Appel au G8)* », France, Paris, Edition Médecin du monde, 23p.

**BANQUE MONDIALE**, 2007, « *Accès aux soins dans les pays en voie de développement* », USA, Washington DC, Rapport Banque Mondiale, version française, pp 29-85

**BRUNET-JAILLY Joseph**, 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-JAILLY Joseph, DIARRA Kafing, COULIBALY Seydou**, 1989, « *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali* », Mali, Oms, document, WHO/SHS/NHP/ 89.10, 167p.

**DIONE Ibrahima**, 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, Thèse de doctorat en géographie, 245 p.

**Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire**, 2016, « *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2015* », Côte d'Ivoire, Abidjan, DPPEIS, 316p.

**DSYE**, 2013, « *Rapport d'activité du district sanitaire de 2008 à 2013* », Abidjan, Service Statistique, pp 5-25

**FRANCKEL Aurélien**, 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 en démographie, 465 p.

**LOBA Akon Don Franck Valéry, BOSSON Eby Joseph**, 2015, « *Les déterminants du recours aux formations sanitaires publiques à Abidjan (Côte d'Ivoire)* », Sénégal, Revue de géographie du laboratoire Leïdi-ISSN 0851-2515 n°13, décembre 2015 pp 115-170

**MAC CORMACK CP**, 1984, « *Human ecology and behaviour in malaria control in Tropical Africa* », Genève, Bulletin of World health organization, vol.62 suppl, pp50-87

**Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées**, 2011, « *Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali* », Mali, Bamako, Rapport final, 55p.

**Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida**, 2007, « *Programme nationale de la médecine traditionnelle. Document plan stratégique 2017-2011* », Côte d'Ivoire, Abidjan, DIPE, pp 1-35

**Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique**, 2014, « *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013* », Côte d'Ivoire, Abidjan, DIPE, 294p.

**DPPEIS**, 2017, « *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2016* », Côte d'Ivoire, 378 p.

**DPPEIS**, 2016, « *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2015* », Côte d'Ivoire, 316 p.

**Ministère du Plan et du Développement**, 2008, « *Enquête niveau de vie (ENV)* », Côte d'Ivoire, INS, 25p.

**MUSHAGALUSA Salongo. Pacifique**, 2005, « *Etude des déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de Kaditu / province du Sud-Kivu* », RDC, Université Kinshasa, Mémoire de DESS en Economie de la Santé, 81p.

**OMS**, 1978, « *Déclaration d'Alma-Ata. Conférence international sur les soins de santé primaires* », Alma-Ata, URSS, oms, 7p.

**OMS**, 2010, « *Rapport sur la Santé dans le Monde 2010 : les soins de santé primaires* », Genève, Suisse, 149 p.

**PICHERAL Henri**, 1984, « *Médecine et espace médical en France : Spécialisation et besoins dans médicométrie régionale* », France, Paris, Anthropos, pp 33-57

**PICHERAL Henri**, 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

- RICHARD Jean Luc**, 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, 1065p.
- SALEM Gérard**, 1994, « *Mères et enfants se soignent-ils de la même manière à Pikine ?*», Dakar, DEPS, CERPAA, pp 350-434
- SALEM Gérard**, 1994, « *Mères et enfants se soignent-ils de la même manière à Pikine ?*», Dakar, DEPS, CERPAA, pp 350-434
- SALEM Gérard**, 1998, « *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal)* », France, Editions Karthala et ORSTORM, 362 p.
- SANGARE Abou Dramane**, 2003, « *Accessibilité aux soins bucco-dentaires : enquête sur l'aspect comportemental de la population abidjanaise* », Abidjan, Université de Cocody, Thèse de Doctorat en Chirurgie dentaire, 143p.
- TAPE Bi Sehi Antoine, TUO Pega, APHING-KOUASSI Germain, ANOH Kouassi Paul**, 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 Milieux et des Sociétés), AHOHO, N° 14 -9è année, juin 2015, ISSN 1993-3134, pp184-201
- TAPE Bi Sehi Antoine**, 2017, « *Accès et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire)* », Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny, Thèse de Doctorat Unique en Géographie, 383 p.
- UNICEF**, 2004, « *Qualité et accès aux soins de santé en milieu urbain : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey*, in GOBBERS.D. , 2002, "L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest "», France, ads n°38 pp 71-78
- YAPI Diahou**, 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 Maïmouna**, 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
- YMBA Maïmouna**, 2016, « *Analyse de l'adéquation entre offre de soins primaires et besoins de soins à Abidjan (Côte d'Ivoire)*», Ouagadougou, Revue de géographie de l'Université de Ouaga 1 Joseph Ki Zerbo, n°005, oct 2006, Vol 1, pp 234-259