

Utilisation des services publics de santé à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire): Analyse des déterminants du recours aux soins de la population infanto-juvénile (0 à 14 ans)

[Use of public health services in Yamoussoukro (Côte d'Ivoire): Analysis of the determinants of the use of care of the infant-juvenile population (0 to 14 years)]

Kouamé Armand Kouassi

Département de Géographie, Université Peleforo GON COULIBALY, UFR Sciences Sociales, Korhogo, Côte d'Ivoire

Copyright © 2023 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: This study aims to determine the factors that influence the use of the public offer of care in the city of Yamoussoukro. The experiment is based on the demands of the health services by a population whose age is between 0 and 14 years. The research is motivated by the low use of public offerings at the national level. The data collection comes in the administration of a household questionnaire by quota method. The identification of determinants is based on the χ^2 test and logistic regression. The study reveals a level of recourse to public provision of care of 55.40%, determined essentially by geographical accessibility, medical insurance, knowledge of the offer of care, the perceived seriousness of the disease and the quality of care. These factors make it possible to build a model of recourse to care based on three pillars: quality of care, accessibility and perception of needs.

KEYWORDS: public offer of care, use of care, infant-juvenile population, Yamoussoukro.

RESUME: Cette étude vise à déterminer les facteurs qui influencent le recours à l'offre publique de soins dans la ville de Yamoussoukro. L'expérimentation se fonde sur les sollicitations des services de santé par une population dont l'âge est compris entre 0 et 14 ans. La recherche est motivée par le faible recours à l'offre publique constaté à l'échelle nationale. La collecte des données se décline en l'administration d'un questionnaire-ménage par méthode de quota. L'identification des déterminants s'appuie sur le test de χ^2 et la régression logistique. L'étude révèle un niveau de recours à l'offre publique de soins de 55,40%, déterminé essentiellement par l'accessibilité géographique, l'assurance médicale, la connaissance de l'offre de soins, la gravité perçue du mal et la qualité des soins. Ces facteurs permettent de constituer un modèle de recours aux soins basé sur trois piliers: la qualité des soins, l'accessibilité et la perception des besoins.

MOTS-CLEFS: offre publique de soins, recours aux soins, population infanto-juvénile, Yamoussoukro.

1 INTRODUCTION

Depuis les années 1970, les politiques sanitaires des pays subsahariens sont axées sur la généralisation des soins à travers une plus grande couverture géographique. À l'instar de l'Initiative de Bamako sur le recouvrement des coûts en 1987, la mise en œuvre de ces politiques contribue à renforcer l'offre publique de soins de premier niveau. Mais en dépit de cet accroissement de l'offre de soins, les taux d'utilisation des structures sanitaires restent faibles et les indicateurs de santé demeurent préoccupants [12]. À l'échelle nationale, le taux de recours en 2014 s'établit à 33,21 % contre 31 % dans le district sanitaire de Yamoussoukro [17], [16]. L'utilisation des services de santé reste donc un problème majeur en ce sens que la population ne les fréquente pas au niveau attendu [18].

Située au centre de la Côte d'Ivoire sur l'axe Abidjan-Bouaké (la Nationale A3), la ville de Yamoussoukro connaît une croissance démographique et spatiale rapide qui la place au 5^e rang de la hiérarchie urbaine après la métropole Abidjan, Bouaké, Daloa et Korhogo. L'effectif de la population en 1975 est de 35 575 habitants, 110 013 habitants en 1988, 155 803 habitants en 1998 et 207 412 habitants en 2014 [7]. La superficie urbanisée est passée de 1 750 ha en 1973 à 2 713 ha en 1984 et à plus de 3 300 ha en 2014 [3]. Cette croissance urbaine en constante évolution est la conséquence d'un aménagement volontariste impulsé par le Président Houphouët-Boigny qui a planifié la transformation radicale de son village natal en une ville universitaire, touristique et religieuse [4], [11], [2], [9]. Soumise donc à un contexte géographique en pleine mutation, la ville de Yamoussoukro apparaît à l'instar des villes subsahariennes, comme un espace à risques sanitaires multiples [21]. Les personnes les plus vulnérables sont les femmes en âge de procréer et surtout les enfants de moins de 15 ans qui représentent un peu plus de 40 % de la population [6], [15], [14]. Dans ce contexte, il est nécessaire de connaître les facteurs qui

influencent la demande de soins de la population infanto-juvénile pour contribuer au renforcement de la performance du système de santé. La croissance urbaine exerce une pression non négligeable sur l'offre de soins et impose une mobilisation de ressources conséquentes en faveur des populations. En vue d'améliorer l'accessibilité géographique à l'offre de soins, les autorités municipales de Yamoussoukro ont fait le choix d'accroître le nombre de structures sanitaires afin de rencontrer les besoins des populations. Cette option s'est traduite par l'implantation dans divers quartiers de la ville, de Centres de Santé Urbains (CSU) à partir de 2007. Il s'agit précisément d'Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) sensés venir en soutien aux structures existantes dans la dispensation de soins primaires. Cependant, quels sont les principaux facteurs qui influencent les recours à ces structures sanitaires? L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs liés au recours à l'offre publique de soins. De manière spécifique, il s'agit d'analyser la répartition spatiale des structures sanitaires publiques, de présenter les caractéristiques sociodémographiques des ménages et d'identifier les principaux facteurs influençant le recours à l'offre publique de soins.

2 METHODE

La collecte des données se fonde essentiellement sur des méthodes quantitatives (enquête transversale auprès des ménages, recueil de données dans les services de santé et consultation des sources statistiques du district sanitaire de Yamoussoukro). Les données relatives aux effectifs de population sont issues des estimations établies par l'Institut National de la Statistique (INS) en 2014. Le recours aux soins, en tant que processus soumis à différents paramètres, est aussi analysé à l'aide de méthodes qualitatives (entretiens semi-structurés). Un échantillon de 500 ménages est constitué et réparti entre les 9 quartiers de la ville par une méthode de quotas (Tableau 1).

Tableau 1. Synthèse du nombre de ménages à enquêter par quartier

Quartier	Population	Proportion (en%)	Ménages
Cité administrative	8 439	4	20
Résidentiel	7 073	3	15
Riviera	5 504	2	10
Habitat	15 813	7	35
Morofe	8 289	4	20
N'gokro	14 700	6	30
N'zuessy	52 012	22	110
Dioulakro	74 091	32	160
Kokrenou	47 084	20	100
Total	233 005	100	500

Sources. (INS, 2014; Nos enquêtes, 2015)

À ces différents ménages, il a été administré un questionnaire comportant les rubriques suivantes: caractéristiques sociodémographiques, conditions socio-économiques, recours thérapeutiques, choix structure sanitaire, perception de la maladie. La méthode d'enquête est l'échantillonnage aléatoire simple qui consiste d'abord à choisir le premier ménage au début de chaque îlot sélectionné et les suivants, selon un pas de sondage de 10 maisons jusqu'à ce que l'effectif de l'échantillon cible soit atteint dans chaque quartier. Le questionnaire a été administré au chef de ménage (représentant de la population cible) considéré comme le répondant de l'enquête ou une autre personne désignée par le chef de ménage. Ces données quantitatives ont été complétées par les statistiques provenant des services de santé et les informations mobilisées à l'aide des entretiens.

Les informations recueillies auprès des ménages par questionnaire ont été saisies sous Excel et analysées sur Epi Info 3.5.3. Des techniques empruntées à d'autres disciplines, notamment la statistique, ont été sollicitées pour analyser les liaisons entre les variables étudiées. Il s'agit d'abord du test de χ^2 utilisé pour mesurer l'association entre l'option de recours à l'offre publique de soins (variable dépendante) et les paramètres démographiques et socioéconomiques susceptibles d'influencer cette option (variables indépendantes). C'est une analyse uni-variée qui s'effectue au seuil de significativité de 5 % (0,05). Ainsi, toutes les probabilités (P-value) inférieures à 0,05 sont-elles révélatrices d'une relation d'influence entre la variable dépendante et la variable indépendante ciblée. Ensuite la régression logistique qui permet de ne retenir que les variables réellement explicatives du recours à l'offre publique de soins et de mesurer leur importance relative. C'est une analyse multi-variée qui porte sur un événement dichotomique en ce sens que soit le ménage recours à l'offre publique (code 1) soit il fait une autre option (code 0). Les résultats sont aussi considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5 % (P = 0,05). Cette technique utilisée dans de nombreuses études, permet en effet de contrôler l'effet des facteurs de confusion mis en évidence dans le cadre de l'analyse uni-variée (χ^2). Les variables explicatives sont transformées en modalités telles que les tranches pour l'âge, les classes pour le revenu, etc. Pour chaque variable, la première modalité sert de référence à la seconde. Les régressions logistiques indiquent l'odds ratio qui est la probabilité pour les cas d'être dans la modalité en question que dans la modalité de référence. Les données

recueillies auprès des ménages ont été ensuite confrontées ou complétées avec celles issues des services de santé pour combiner les opinions et mieux comprendre les déterminants du recours aux structures sanitaires publiques.

3 RESULTATS

3.1 UNE OFFRE PUBLIQUE DE SOINS ESSENTIELLEMENT LOCALISEE AU CENTRE DE LA VILLE

L'offre publique de soins disponible à Yamoussoukro se compose de sept centres de santé. Il s'agit du Centre Hospitalier Régional (CHR), de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), du Centre médical de l'Institut Polytechnique, de l'Infirmierie du Corps de Troupe de la Garde Républicaine (GR) et des CSU de N'zuessy, Morofe et Dioulakro (Figure 1).

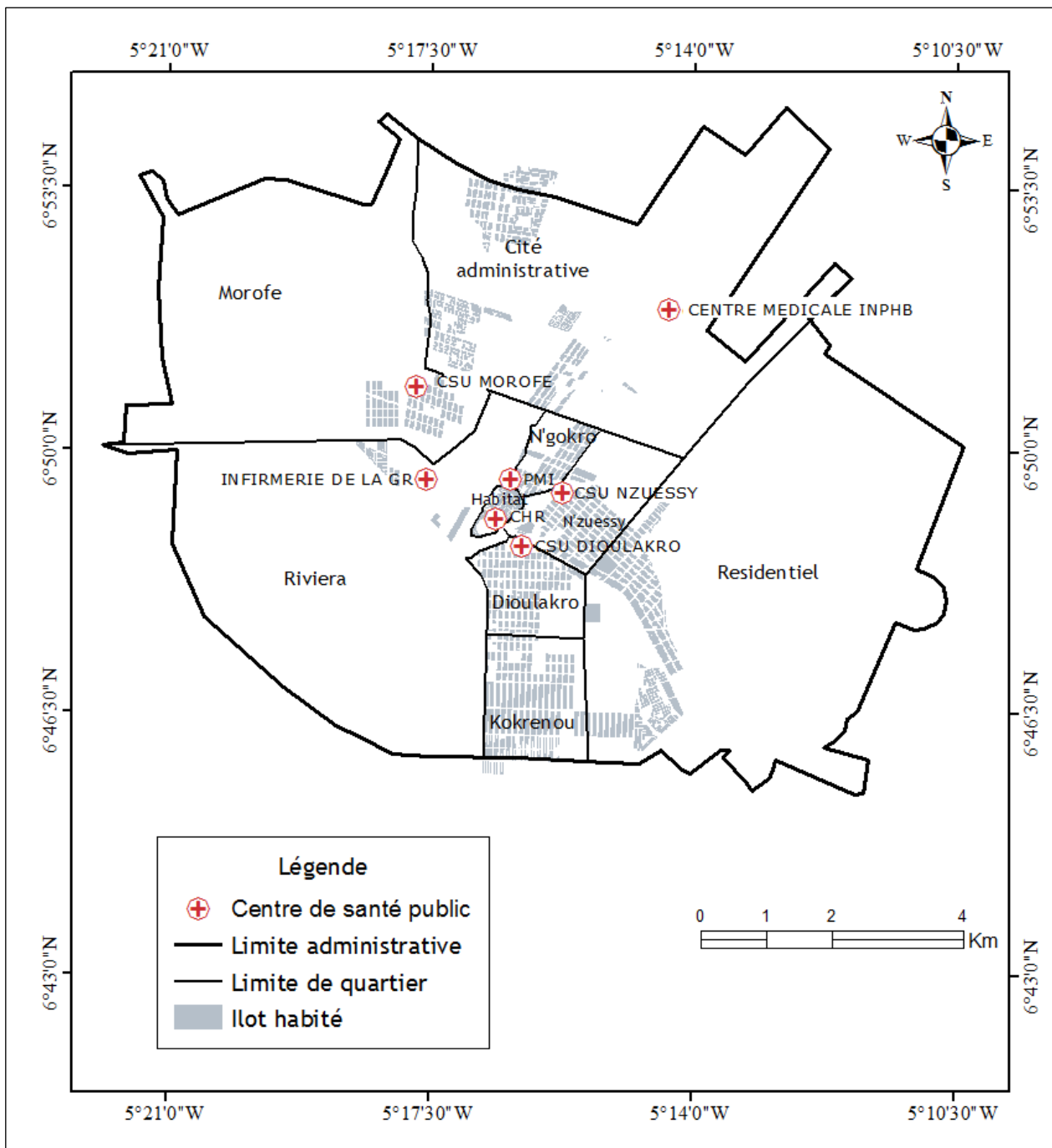


Fig. 1. Localisation des structures sanitaires publiques dans la ville de Yamoussoukro

Sources: (BNETD, 2014; Nos enquêtes, 2015)
 Réalisation: Kouassi, 2021

À l'exception du Centre médical de l'Institut National Polytechnique Houphouët-Boigny (INPHB) et du CSU de Morofe, localisés respectivement dans les périphéries Nord et Ouest de la zone d'étude, toutes les structures sanitaires publiques sont implantées dans le noyau central d'où une distribution géographique concentrée au cœur de la ville.

3.2 DES MENAGES AUX CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIOECONOMIQUES NETTEMENT DIFFERENCIEES

Les ménages dont l'âge du chef excède 36 ans, sont les plus nombreux (76,80 %). Ils sont principalement localisés à la Riviera (100 %) et Résidentiel (93,30 %). Ceux qui ont moins de 36 ans comptent pour 23,20 % et sont en proportion élevée à Morofe (50 %). Les chefs de ménage de sexe masculin représentent 83,40 % contre 16,60 % de ménages tenus par des personnes de sexe féminin. Ces hommes sont beaucoup plus nombreux à la Riviera (100 %), Cité administrative (95 %) et Résidentiel (93 %) soit les quartiers de haut standing. À l'opposé, les ménages dirigés par des femmes sont beaucoup plus localisés à l'habitat et Morofe (35 % en moyenne).

La répartition des chefs de ménage suivant le niveau d'étude présente une prépondérance des personnes alphabétisées (78,40 %) contre 21,60 % de personnes non alphabétisées. Ces dernières sont en proportion importante à Dioulakro (38,75 %) et surtout à Morofe (50 %) soit 1 habitant sur 2. Le niveau supérieur est plutôt marqué à la Riviera (100 %) et la Cité administrative (85 %). Il s'agit de secteurs résidentiels essentiellement réservés à des catégories professionnelles comme les personnels enseignants de l'Institut National Polytechnique Houphouët-Boigny (INPHB) et du Cafop supérieur. Les agents du secteur formel (salariés du public et du privé) représentent 45,80 % et les autres catégories de travailleurs, 54,20 % soit la majorité. Les salariés du secteur étatique ont une forte présence à la Cité administrative (90 %) qui est essentiellement constitué de logements d'état. Les autres catégories sont majoritaires à Dioulakro (73,13 %) et au quartier central Habitat (77,14 %) où se concentrent les principales activités commerciales de la ville.

Les ménages dont les revenus mensuels sont inférieurs à 300 000 FCFA sont les plus nombreux (80 %). Ceux qui ont un revenu supérieur ou égal à 300 000 FCFA, comptent pour 16,20 % de l'échantillon. Ces derniers sont enregistrés notamment au quartier Riviera (100 %), à la Cité administrative (85 %) et au quartier Résidentiel (80 %) soit dans les quartiers de haut standing. Les revenus inférieurs à 300 000 FCFA sont plutôt enregistrés dans les autres quartiers. Les chefs de ménage ayant pour appartenance religieuse le christianisme, occupent la plus forte proportion de l'échantillon (62,20 %). Le christianisme est prépondérant dans tous les quartiers (80 % en moyenne) à l'exception de Dioulakro où prédomine l'islam (61,30 %). Le nombre moyen d'enfants âgés de 0 à 14 ans au sein des ménages est de 2,44. Les moyennes les plus fortes sont enregistrées à Kokrenou (3,03), la Cité administrative (2,90) et à Dioulakro (2,64). Par contre, le quartier Résidentiel enregistre la moyenne la plus faible (1,67).

3.3 LE RECOURS À L'OFFRE PUBLIQUE DE SOINS DETERMINE ESSENTIELLEMENT PAR LA QUALITE DES SOINS, L'ACCESSIBILITE ET LA PERCEPTION DES BESOINS

Les recours de la population infanto-juvénile s'orientent à 55,40 % vers l'offre publique de soins et à 46,60 % vers d'autres options thérapeutiques constituées des structures sanitaires non étatiques (33,80 %), la médecine traditionnelle (10,80 %) et l'officine de pharmacie (3 %). Le tableau synthétique des résultats du test de χ^2 (Tableau 2) montre que les variables accessibilité géographique, assurance médicale, connaissance de l'offre de soins, gravité perçue du mal, nombre enfants, qualité de l'accueil, plateau technique et religion dont les probabilités sont inférieures à 0,05, exercent une influence sur le recours à l'offre publique de soins.

Tableau 2. Synthèse des résultats du test de χ^2

Variable indépendante	Recours à l'offre publique de soins			
	Oui (%)	Non (%)	Total (N)	P-value
Accessibilité géographique				0,0000
	Proche	74,76	25,24	210
	Eloigné	41,37	58,63	290
Âge du chef de ménage				0,42
	< 36 ans	58,6	41,4	116
	36 ans et plus	54,4	45,6	384
Assurance médicale				0,0002
	Oui	44,2	55,8	172
	Non	61,3	38,7	328
Connaissance de l'offre de soins				0,0000
	Exhaustive	76,4	23,6	123
	Non exhaustive	48,5	51,5	377
Gravité perçue du mal				0,0000
	Grave	66,3	33,7	365
	Pas grave	25,9	74,1	135
Niveau d'étude				0,4021
	Alphabétisé	51,9	48,1	108
	Non alphabétisé	56,4	43,6	392
Nombre d'enfants				0,0065
	Moins de 3	59,8	40,2	326
	3 et plus	47,1	52,9	174
Qualité de l'accueil				0,0003
	Bon	59,9	40,1	379
	Mauvais	41,3	58,7	121
Plateau technique				0,0151
	Bon	59,1	48,1	108
	Moyen	56,4	43,6	392
Quartier				0,2166
	Haut standing	46,7	53,3	45
	Economique	56,3	43,7	455
Religion				0,0063
	Christianisme	60,1	39,9	311
	Autre	47,6	52,4	189
Revenu				0,1514
	< 300 000 F CFA	56,8	43,2	419
	300 000 F CFA et +	48,1	51,9	81
Sexe				0,182
	Masculin	54	46	417
	Féminin	62,7	37,3	83

Source. Nos traitements statistiques (2021)

Par contre, l'âge du chef de ménage, le sexe, le niveau d'étude, le standing du quartier et le revenu (toutes les probabilités sont supérieures à 0,05), n'ont pas d'influence sur le recours à l'offre publique de soins. En insérant toutes les variables dans notre modèle de régression logistique, six en ressortent comme déterminants principaux du recours à l'offre publique (tableau 3).

Tableau 3. Modèle synthétique final de la Régression logistique

Term	Odds ratio	95%	C.i.	Coefficient	S. E.	Z-statistic	P-value
Accessibilité géographique	3,3916	1,9738	5,8279	1,2213	0,2762	4,4216	0,0000
Accueil	2,5652	1,5354	4,2855	0,9420	0,2618	3,5976	0,0003
Assurance médicale	4,9187	3,0429	7,9507	1,5930	0,2450	6,5018	0,0000
Connaissance offre	0,1481	0,0781	0,2808	-1,9102	0,3266	-5,8483	0,0000
Gravité du mal	3,2105	1,6797	6,1362	1,1664	0,3305	3,5292	0,0004
Plateau technique	2,2672	1,3907	3,6961	0,8185	0,2494	3,2826	0,0010
Constant	*	*	*	-1,3296	0,4309	-3,0857	0,0020

Source. Nos traitements statistiques (2021)

Les facteurs non déterminants en analyse uni-variée sont confortés en analyse multi-variée. Mais si les facteurs nombre d'enfants et religion sont corrélés au recours à l'offre publique de soins en analyse uni-variée, dans le modèle ajusté qui intègre les autres variables, l'association disparaît. Au terme de cette régression logistique, des tendances sont enregistrées à travers les odds ratio. Aussi, une meilleure accessibilité géographique (3,3), une connaissance exhaustive de l'offre de soins (0,14), l'absence d'assurance médicale (4,9), le bon accueil (2,5), la gravité perçue du mal (3,2) et le plateau technique (2,2), donnent-ils une probabilité plus forte de recours à l'offre publique de soins. En somme, les variables les plus déterminantes du recours à l'offre publique de soins sont: l'accessibilité géographique, la connaissance de l'offre de soins, l'assurance médicale, la qualité de l'accueil, la gravité perçue du mal et le plateau technique. Cette série de facteurs permet de constituer un modèle de recours à l'offre publique de soins dans la ville de Yamoussoukro axé sur trois piliers (Figure 2).

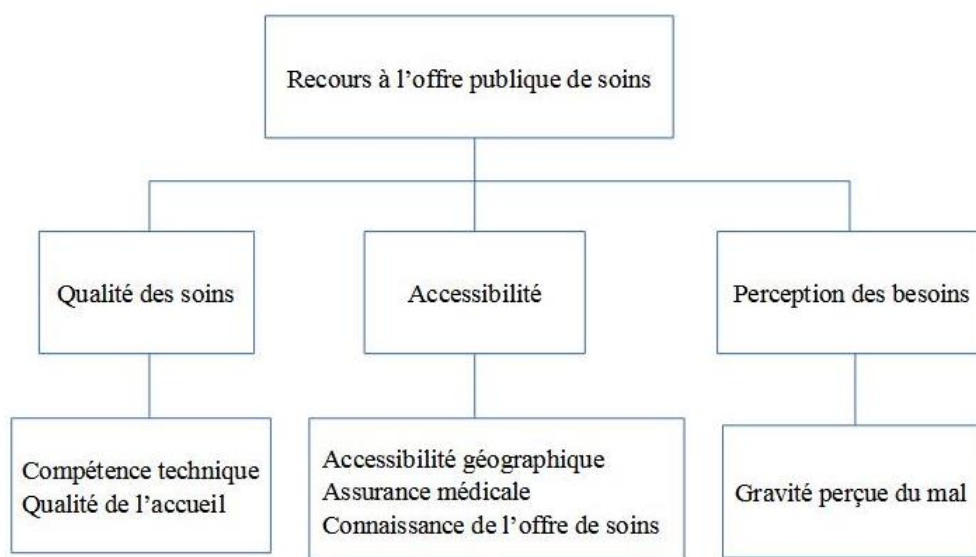


Fig. 2. Modélisation du recours à l'offre publique de soins (Kouassi, 2021)

L'accessibilité, la qualité des soins et la perception des besoins apparaissent alors comme les piliers qui influencent l'utilisation des services de santé. Le recours aux soins est en effet, un phénomène qui se réfère aux besoins de santé de la population, aux caractéristiques des individus, au comportement du professionnel et à l'organisation des systèmes de soins. La qualité des soins se résume en deux grandes dimensions à savoir la compétence technique (qualité du praticien, plateau technique) et les relations interpersonnelles (accueil). L'accessibilité ici est géographique et financière. La perception des besoins est vue comme la capacité du centre de santé à offrir des services pouvant satisfaire les besoins exprimés de la population ou la propension des ménages à utiliser les services offerts par le centre.

4 DISCUSSION

L'accès à des soins de qualité est l'un des déterminants fondamentaux de l'état de santé de la population. Si le secteur sanitaire public demeure le recours principal de la population infanto juvénile à Yamoussoukro, ces recours se font surtout en direction du CHR (67,50 %) qui est pourtant destiné à prendre en charge les problèmes de santé ne pouvant être assurés au premier échelon (centre de référence local).

Les patients semblent alors se détourner des soins au niveau primaire. Par ailleurs, l'accueil joue un rôle fondamental dans la qualité des soins perçue par les utilisateurs et donc dans le pouvoir d'attraction du centre de santé.

Les services de santé ne peuvent être utilisés que s'ils sont disponibles et accessibles. L'accès géographique aux soins dans la ville de Yamoussoukro est contrarié par une répartition spatiale de l'offre publique de soins concentrée au centre de la ville. Les dynamiques urbaines les plus importantes se localisent pourtant au sud-ouest, essentiellement à Kokrenou. Dans le fonctionnement du système national de santé, des ministères autres que celui de la santé, participent à l'offre publique de soins à travers leurs infrastructures sanitaires. C'est le cas dans la ville de Yamoussoukro, des Ministères de la Défense et de l'Enseignement supérieur avec l'Infirmier de la Garde Républicaine et le Centre médical de l'INPHB. Par ailleurs, le CSU de Dioulakro qui est la composante la plus récente (2009), est le fruit de la restructuration de l'annexe de la PMI. Ces centres sont assez méconnus des populations comme des composantes de l'offre publique de soins. Pourtant, plus un patient a une meilleure connaissance de l'éventail des structures sanitaires, plus ses possibilités de recours sont élevées et donc une plus grande probabilité de fréquentation que lorsqu'on en a une faible connaissance. L'appartenance à une mutuelle de santé peut également expliquer le recours aux services de santé dans la mesure où celle-ci prend en charge le coût des soins des adhérents en partie ou en totalité. Les ménages qui disposent d'une assurance médicale ne constituent que 34,40 % de l'échantillon et leurs recours sont cependant beaucoup plus tournés vers les structures sanitaires non étatiques (51,70%). L'offre publique de soins est sollicitée par 44,20 % des ménages.

La perception qu'un ménage a de la maladie de son enfant est l'un des facteurs qui l'amènent à recourir aux soins modernes. Les ménages ont souvent tendance à fréquenter un service de santé lorsqu'ils estiment que les signes cliniques du patient décrivent un caractère de gravité. Le cas échéant, des solutions alternatives sont pratiquées.

Malgré des différences d'ordre méthodologique, nos résultats peuvent être comparés à ceux d'autres recherches réalisées dans des contextes similaires. À Abidjan en Côte d'Ivoire, certaines études ont identifié comme facteurs déterminants du recours aux soins en milieu urbain, le mauvais accueil, le temps d'attente, le coût du transport, la taille des ménages et surtout le revenu [5], [19], [1]. La capacité économique des ménages apparaît comme un facteur accélérant la marginalisation sociale et la mise à l'écart d'une certaine classe de citoyens de services vitaux comme la santé. À Ouagadougou (Burkina Faso), l'étude menée par [13], conclut que les pratiques urbaines du recours aux soins sont le produit de multiples facteurs issus de différentes catégories explicatives qui apportent tous une contribution à l'explication des comportements vis-à-vis de la maladie. Il s'agit de la religion, le niveau scolaire, la connaissance de l'offre de soins environnante, la présence de médicaments au sein du ménage, mais aussi la perception de la maladie à travers la douleur et l'inquiétude. La connaissance de l'offre de soins environnante apparaît comme un élément indispensable aux démarches de soins dans la mesure où sa méconnaissance réduit la maîtrise de son quartier et de son territoire de soins. Au-delà de la connaissance stricte de l'offre de soins, il faut donc comprendre que l'intégration de l'individu à la ville, à son quartier, à des réseaux sociaux, joue un rôle de plus en plus important et particulièrement en ville où les structures familiales sont en pleine mutation, où la « grande » famille africaine s'éparpille et avec elle certaines solidarités (ibid.).

Dans la capitale mauritanienne Nouakchott, la qualité des soins mais aussi la gravité perçue du mal ont très souvent guidé les recours thérapeutiques [8]. La perception d'un caractère de gravité de la pathologie modifie l'attitude des ménages qui ne réagissent pas lors de la survenue d'un épisode morbide d'apparence banale. Dans ce contexte, c'est l'aggravation de l'état de santé qui conduit à un recours « spécialisé » dont le choix peut aussi être influencé par la perception de la maladie. À Bamako au Mali, la capacité économique du ménage et le niveau d'étude du chef de ménage apparaissent comme les principaux déterminants du recours aux soins [6]. Le niveau d'étude permet d'accroître les connaissances générales nécessaires par exemple à la compréhension des instructions du personnel de santé et aussi de mieux prendre en charge les enfants malades. Un niveau d'étude plus élevé suppose plus d'informations sur l'importance de fréquenter un établissement de soins en cas de maladie qu'un niveau d'étude moins élevé. Ce facteur culturel est aussi déterminant dans l'accès aux soins à Haïti. En effet, le déficit d'éducation de la population en général, et plus particulièrement en matière de santé, conditionne l'utilisation des services de santé [20]. Ce manque d'éducation de la population fait que la culture d'utilisation des services de santé ne se développe pas. Les mesures préventives n'étant pas connues, la population ne sait pas à quel moment une visite médicale est importante. Dans ce contexte, les patients se rendent souvent aux services de santé au stade terminal des maladies, ce qui complique singulièrement le travail des praticiens. L'offre de soins modernes constitue même le dernier recours thérapeutique. En cas d'épisode morbide dans ce pays, le guérisseur traditionnel demeure le premier recours des populations. Si certaines recherches montrent que les paramètres d'ordre économique ont un poids important dans les recours thérapeutiques et induisent des inégalités d'accès aux soins entre ménages de revenus différents, le revenu ne détermine pas nécessairement dans notre cas d'étude, l'utilisation des services de santé.

5 CONCLUSION

La finalité de cette étude sur l'utilisation des services publics de santé, est l'amélioration de la performance du système de santé qui reste une priorité pour les politiques sanitaires. Les recours de la population infanto-juvénile à l'offre publique de soins dans la ville de Yamoussoukro se fondent sur la trilogie qualité des soins, accessibilité et perception des besoins. La répartition inégale des services de santé plaide en faveur d'une nécessaire densification du maillage de l'offre publique de soins à travers la dotation en structures sanitaires de base, des quartiers Kokrenou et Résidentiel. La méconnaissance de l'éventail des structures sanitaires publiques interpelle sur l'utilité de stratégies de communication à mener suivant un principe de participation communautaire. L'insertion dans les formations médicales, de modules

portant sur les règles élémentaires de déontologie, le respect des autres et l'importance de l'accueil des patients, contribue de manière notable à une meilleure relation praticien/patient. Généralement, la qualité des prestations sanitaires, la rapidité d'accès aux examens et la gratuité des soins sont les attentes prioritaires des usagers des services publics de santé. Il apparaît alors nécessaire, de renforcer la couverture maladie universelle, d'équiper les laboratoires des CSU et d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé grâce au soutien financier du Programme d'Appui Stratégique à la Recherche Scientifiques (PASRES). Nous réitérons nos sincères remerciements au Secrétaire exécutif et au Conseil scientifique de cette institution pour leur confiance.

REFERENCES

- [1] [1] A.D.F.V. Loba et E.J. Bosson, « Les déterminants du recours aux formations sanitaires publiques à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Revue de géographie du laboratoire Leïdi*, n°13, 16p, 2015.
- [2] A. Dubresson, et S. Jaglin, *Gérer la ville du prince: le difficile exercice communal à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire)*, Paris, Institut Français d'Urbanisme (IFU), Université Paris X-Nanterre, 68p, 1993.
- [3] DIRECTION REGIONALE DE LA CONSTRUCTION, DE L'URBANISME ET DE L'HABITAT (DRCUH) de Yamoussoukro, *Synthèse sur la situation domaniale et foncière*, 8p, 2008.
- [4] F. Grenié, *Yamoussoukro, étude urbaine: contribution à l'étude des petites villes de Côte d'Ivoire*, Mémoire de maîtrise, Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, Institut de Géographie Tropicale (IGT), 93p, 1973.
- [5] G.B. Ouattara, *Analyse des facteurs influençant la demande de soins de santé dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire)*, Mémoire de fin d'étude, Dakar, CESAG, 152p, 2003.
- [6] I. Coulibaly, B. Keita, et M. Kuepie, «Les déterminants du recours thérapeutique au Mali: entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique», *Afrilux*, n°3, 16p, 2008.
- [7] INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 2014. Résultats globaux*, Secrétariat Technique Permanent, 14p, 2014.
- [8] I. Sy, M. Keita, O.M.Taleb, B. Lo, M. Tanner et C. Gueladio, «Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie): inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? » *Cahiers Santé*, vol 20, n°1, pp51-58, 2010.
- [9] J.F. Steck, *Transports par cars et dynamique spatiale en Côte d'Ivoire: le cas de Yamoussoukro*, Mémoire de maîtrise, Nanterre, Université Paris X-Nanterre, 175p, 1997.
- [10] J.L. Richard, *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Benin)*, Thèse de doctorat, Neuchâtel, Université de Neuchâtel, 1134p, 2001.
- [11] J.N. Loucou, *Yamoussoukro: guide pratique*, Ministère de l'information, Abidjan, 62p, 1989.
- [12] M. Audibert, E. De Roodenbeke, A. Pavy-Letourmy, et J. Mathonnat, «*Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse?* » Communication présentée au Développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon, 22p, 2004.
- [13] M.C. Harang, *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation: le cas de Ouagadougou (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat, Paris, Université Paris X Nanterre, 501p, 2007.
- [14] M. Dieng, M. Audibert, J.Y. Le Hesran, et A.T. Dial, *Déterminants de la demande de soins en milieu urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal, Série études et documents du CERDI*, Etudes et Documents n° 15, 28p, 2014.
- [15] MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2013-2015*, 55p, 2012.
- [16] MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE, *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS, 2015)*, 378p, 2016.
- [17] MINISTERE D'ETAT, MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT (MEMPD), *Études monographiques et économiques des Districts de Côte d'Ivoire. District autonome de Yamoussoukro*, 264p, 2015.
- [18] M. Querre, *Étude sur l'utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire*, rapport de mission, KFW, GTZ, Coopération financière franco-ivoirienne, 67p, 2001.
- [19] M. Ymba, *Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain: le cas de la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Thèse de doctorat, Artois, Université d'Artois, 280p, 2013.
- [20] S. Juin, *Diagnostic de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti*, Mémoire de master (Mc.Sc.), Montréal, Université de Montréal, 160p, 2012.
- [21] V.K. Wyss, I. Sy, C. Gueladio, et M. Tanner, *Urbanisation et santé à Rufisque (Sénégal). Enjeux et perspectives dans une ville de l'Afrique de l'Ouest*, *Medicus Mundi Schweiz*, Bulletin n°110, 92p, 2006.