

Pratiques De Recours Aux Soins De Sante Des Populations Autochtones De La Localite De Kossihouen Dans La Sous- Prefecture De Songon (Cote D'ivoire)

ASSI Akotto Ulrich Odilon

Enseignant-chercheur, Département de géographie, Université Jean Lorougnon Guédé de
Daloa (Côte d'Ivoire),
akoto8assi@gmail.com

Résumé

En Afrique subsaharienne et singulièrement en Afrique de l'ouest, le recours aux soins dépend bien souvent des capacités d'accès. Les capacités d'accès sont généralement liées à l'information sur l'offre des soins (qui voir ou aller ?) inégale selon les milieux sociaux ou encore fonction de la distance aux lieux de soins. Cependant, l'analyse de la cartographie sanitaire ivoirienne, a relevé que vivre en milieu rural était un handicap certain au vu du faible niveau d'implantation de structure sanitaire. C'est dans un tel contexte que l'Etat ivoirien a fait construire en 2008 un centre de santé à Kossihouen afin de minimiser le coût de la distance géographique et de permettre à un plus grand nombre des ruraux, à avoir accès à un centre de santé public de proximité. Cependant, les résultats de ce travail ont relevé que moins de 30% des populations autochtones de la localité de Kossihouen fréquentent le centre de santé. Cet article cherche à mettre en exergue les facteurs qui sont à la base d'une faible fréquentation du centre de santé dudit village. La méthodologie utilisée s'est appuyée sur la collecte auprès des institutions sanitaires, l'utilisation d'un questionnaire ménage et d'un guide d'entretien. A cet effet, les premiers résultats ont indiqué que le revenu était pour 70% des chefs de ménages interrogés, un facteur prépondérant dans le choix des structures sanitaires. Par ailleurs, les questions du plateau technique par centre de santé, les services de santé ouverts structures sanitaires, la capacité des structures de santé à rapidement prendre en charge des patients militent, pour 69% des personnes interrogées, dans le choix des structures sanitaires. Enfin, la satisfaction du patient après consultation médicale est évoquée par 63% des enquêtés, comme un facteur influençant les perceptions des ruraux dans le choix des centres de santé.

Mots-clés : Abidjan, Songon, Kossihouen, recours aux soins.

Abstract

In sub-Saharan Africa and particularly in West Africa, the use of health care very often depends on the capacity to access it. Access capacities are generally linked to information on the provision of care (who to see or go?) Which is unequal according to social settings or even according to the distance from the places of care. However, the analysis of the Ivorian health mapping, noted that living in rural areas was a definite handicap in view of the low level of establishment of health structures. It is in such a context that the Ivorian State had a health center built in Kossihouen in 2008 in order to minimize the cost of geographical distance and to allow a greater number of rural dwellers to have access to a health center. local public health. However, the results of this work revealed that less than 30% of the indigenous populations of the locality of Kossihouen attend the health center. This article seeks to highlight the factors that are at the root of low attendance at the village health center. Therefore, the methodology used was based on collection from health institutions, the use of a household questionnaire and an interview guide. To this end, the first results indicated that the income was for 70% of the heads of households questioned, a preponderant factor in the choice of health structures. In addition, the questions of the technical platform per health center, the health services open to health structures, the capacity of health structures in the care of patients, for 69% of those questioned, in the choice of health structures. Finally, patient satisfaction after medical consultation is mentioned by 63% of respondents, as a factor influencing the perceptions of rural people in the choice of health centers.

Keywords: Abidjan, Songon, Kossihouen, seeking medical car

Date of Submission: 13-10-2021

Date of acceptance: 27-10-2021

I. INTRODUCTION

Dans nombre des pays en développement, les services de santé publics n'ont pas toujours été accessibles à la majorité des populations vivant dans des localités rurales Kouadio A.A (2010, p. 439-460). Le problème d'accès des populations rurales aux soins de santé est soit déterminé par l'inexistence des services sanitaires dans des milieux ruraux ou encore, par la qualité des services offerts (J.P Deschamps, 2000, p7). Ainsi, face au manque de structures de santé dans plusieurs territoires ruraux en Afrique sub-saharienne et les problèmes d'accès des ruraux aux soins de santé, les acteurs institutionnels tirent la sonnette d'alarme sur les enjeux de la santé publique dans les pays en développement au travers des symposiums, des rencontres internationales au début des années 2000. Les issues de ces rencontres sur le système sanitaire dans les pays en développement, au travers les rapports de l'organisation mondiale de la santé sur les OMD (intitulé MDG report,2005, 84 p), ont concouru à l'amélioration du niveau de desserte en service de santé dans les pays en développement et s'est caractérisée par l'implantation de plusieurs centres de santé dans les territoires ruraux de Côte d'Ivoire. L'un d'entre ceux-ci, bénéficiaire d'un centre de santé en Côte d'Ivoire sous-l'ère des OMD, est le village de Kossihouen dans la sous-préfecture de Songon, (figure 1). Cette localité est dotée d'un centre de santé depuis 2008, mais bien avant cette période, les populations étaient contraintes de parcourir plusieurs dizaines de kilomètres dans le but de rallier un centre de santé (généralement logé dans les villes environnantes). De par la présence de cette structure sanitaire dans cette localité, l'accès des populations de ce village aux services de santé s'est amélioré et le coût de la distance à parcourir pour avoir accès à un centre de santé public s'est considérablement réduit. Mais en dépit du fait que cette localité soit dotée d'un centre de santé (composé d'une maternité et d'un dispensaire), plusieurs autochtones ont recours à des centres de santé qui sont situés en dehors du village pour des pathologies qui peuvent être traités dans la structure sanitaire dudit village.

Quelles sont les pratiques de recours aux soins de santé médicaux des populations autochtones de Kossihouen ?

Face à de telles questions, il est proposé ces postulats ;

Les pratiques de recours aux soins de santé médicaux des populations sont déterminés, par le revenu des chefs de ménage ayant en charge le malade, ou par la qualité de l'offre en services de santé proposé par structure sanitaire.

Vérifier ces hypothèses, suppose l'élaboration d'une méthodologie de recherche. La première est relative aux techniques utilisées pour collecter les données et l'autre à la manière dont cette étude s'est déroulée afin de mener à bien cette recherche.

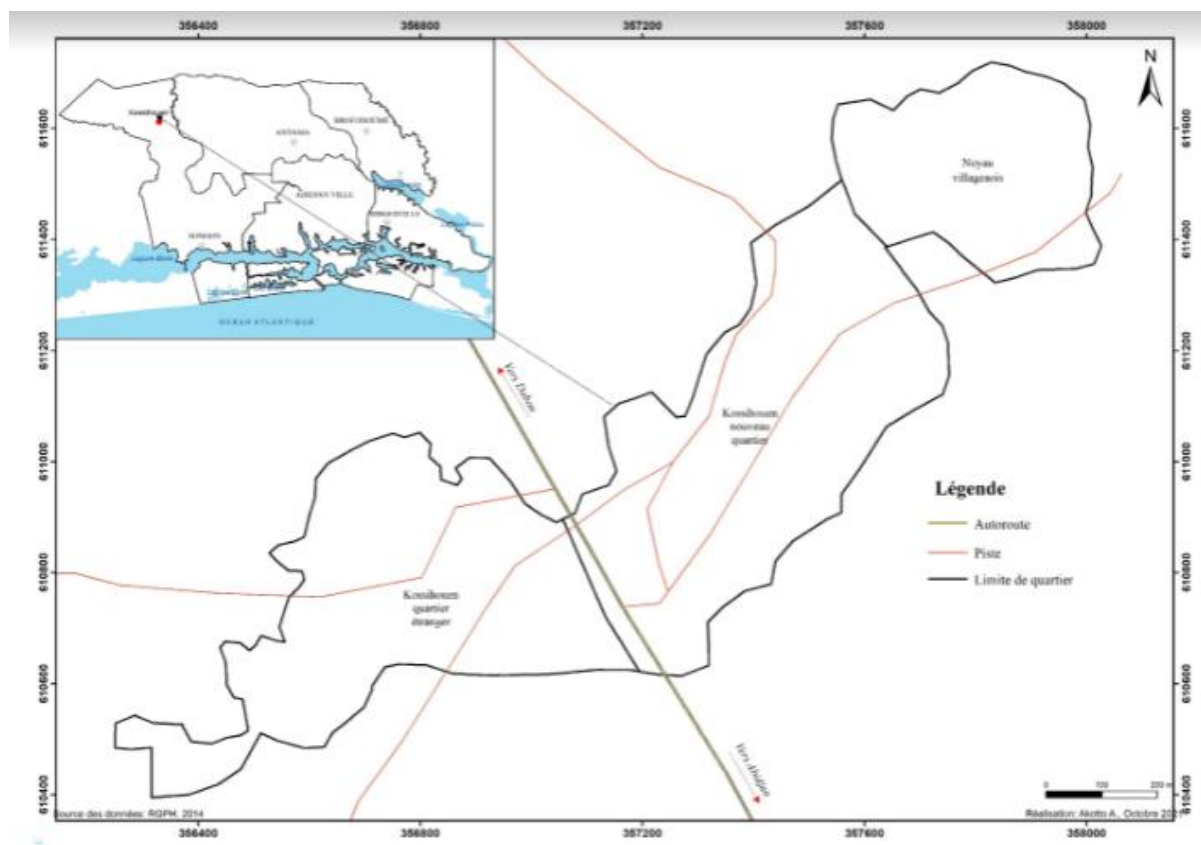


Figure 1: Localisation de Kossihouen (zone d'étude) dans le district d'Abidjan

Mais bien avant de décliner la démarche méthodologique, il est noté que les résultats de cet article sera structuré comme suit :

- la première partie mettra en rapport les caractéristiques socio-économiques et démographiques des personnes enquêtés afin de savoir si leur niveau d’instruction et le revenu du chef de ménage ne sont-ils pas des facteurs prépondérants dans le choix des itinéraires thérapeutiques des autochtones malades de Kossihouen.
- la seconde partie mettra en exergue les services existants dans chaque centre de santé, la qualité du plateau technique et du personnel soignant comme facteurs déterminants les pratiques de recours aux soins de santé médicaux des malades de cette localité.
- La dernière partie des résultats mettra en relief la qualité du service offert aux patients en termes de satisfaction du patient après consultation médicale.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. Cadre physique et humain

La localité de Kossihouen est un bourg de la sous-préfecture de Songon. Située à plus de 40 km de la ville d’Abidjan, cette localité est le village-noyau du canton des peuples Kobri, Nonkoua et Bobo (peuples atchans). Les terres sont essentiellement plates avec un relief composé de plateau (400 à 530 m) et de plaine (de 60 à 250 m). La végétation est composée de forêt tropicale et de mangrove. L’agriculture est l’activité dominante car elle occupe 87% des populations de cette localité. Les cultures pratiquées sont celle de l’hévéaculture à 51%, le cacao à 9%, le palmier à huile 32%, le vivrier à 11% et le maraicher à 7%. La fertilité du sol, l’exploitation de carrière de sable et de roches ont attiré de nombreux migrants qui vivent en parfaite harmonie avec les populations autochtones. Cette population était de 7853 habitants en 2019 dont 4364 migrants selon les estimations de l’Institut national de la statistique (2019).

Par ailleurs, il est important de noter avant de dérouler la démarche méthodologique, que cette étude s’intéressera qu’aux pratiques de recours aux soins de santé médicaux des autochtones de cette localité, au vu de la faible fréquentation du centre de santé du village.

2.2. Démarche méthodologique

La réalisation de cette étude s’est appuyée sur deux méthodes principales : le recours aux sources documentaires d’ordre statistiques et cartographiques d’une part et d’autre part, les données issues d’une enquête socio-économique et démographique, menée auprès des populations autochtones du village de Kossihouen dans la sous-préfecture de Songon en 2019. Cela, afin de déterminer les itinéraires thérapeutiques des populations autochtones du bourg de Kossihouen.

La conduite de cette étude a nécessité la collecte de données statistiques auprès des institutions sanitaires pour connaître les types de maladies dont souffrait les patients qui fréquentent les structures sanitaires sélectionnées, l’Institut National de la Statistique (INS) pour avoir les caractéristiques socio-démographiques des populations, extraire l’effectif des autochtones de l’ensemble de la population et extraire notre échantillon, et le Centre de Cartographie et de Télédétection (CCT) pour les données cartographiques. Par ailleurs, l’observation directe menée dans les centres de santé fréquentés par les populations sur 4 semaines (avec l’aide d’ enquêteurs restés sur chaque site durant toute la période de l’enquête) afin de déterminer sur la période, le nombre de patients en provenance de Kossihouen. Par ailleurs, les informations recueillies sur le site ont permis de recouper et d’analyser les données collectées auprès du district sanitaire. En outre, il s’est avéré nécessaire d’évaluer la distance géographique et le coût de la distance parcourue au quotidien par ces populations pour rallier les centres de santé choisis (à partir de la distance séparant de leur zone d’habitation dans le village-noyau au centre de santé choisis),

Par ailleurs, un questionnaire a été soumis, de manière aléatoire, à un échantillon de 97 ménages sur les 145 existants dans le village noyau de Kossihouen repartie par strate comme suit.

Tableau 1 : Effectif des ménages sélectionnés par sous-quartier ou secteur du noyau du village

Sous-quartier	Nombre de ménages	Effectif de ménage sélectionné
Secteur 1	32	22
Secteur 2	36	24
Secteur 3	34	23
Secteur 4	43	28
Total	145	97

Source : les enquêtes ménages (2019)

Le noyau du village est structuré en 4 strates, l'effectif sélectionné comme échantillon devrait être représentatif des populations par strate. Pour chaque strate, l'échantillon est de 50% +16% de l'effectif par secteur. Cette taille a été déterminée afin que les résultats soient beaucoup plus proches de la réalité. A cet effet, 97 ménages ont été interrogés sur 145 existants dans le noyau du village de Kossihouen. La technique utilisée pour sélectionner les personnes à interroger est la méthode par pas. Dans chaque secteur, le premier logement dans lequel réside un ménage sera sélectionné aléatoirement. Si le chef de ménage est présent et accepte de se soumettre au questionnaire, il constitue la première entité sélectionnée à partir duquel tous les autres ménages seront choisis. A cet effet, après l'identification de la première personne à interroger par secteur, la maison suivante sera choisie pour questionner le chef de ménage et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'effectif sélectionné par strate soit atteint.

Ce questionnaire a pour but d'identifier les pratiques du recours aux soins médicaux des populations autochtones de cette localité et de déterminer les raisons qui motivent leur choix dans la quête d'un service de santé. Cette activité de collecte d'information a nécessité des visites des différents lieux d'implantation des centres de santé privilégiés par ces populations et de celui de leur zone de résidence afin d'évaluer la distance géographique séparant ces deux lieux.

A cet effet, le traitement des données issues de l'exploitation des registres de consultation médicale, a permis de décrire le recours aux soins médicaux des populations autochtones de Kossihouen à partir de SIG. Tandis que le traitement quantitatif des données issues du questionnaire ménage à partir du logiciel SPSS statistiques 25 et du tableur Excel 2010, a permis de sortir des graphiques et des tableaux et de déterminer à partir d'analyse univariée et bivariée, les facteurs qui guident ces derniers à prioriser tel ou tel autre structure sanitaire.

Aussi, la figure 2, nous donne une présentation du village de Kossihouen et singulièrement de la zone d'administration du questionnaire ménage aux populations autochtones.

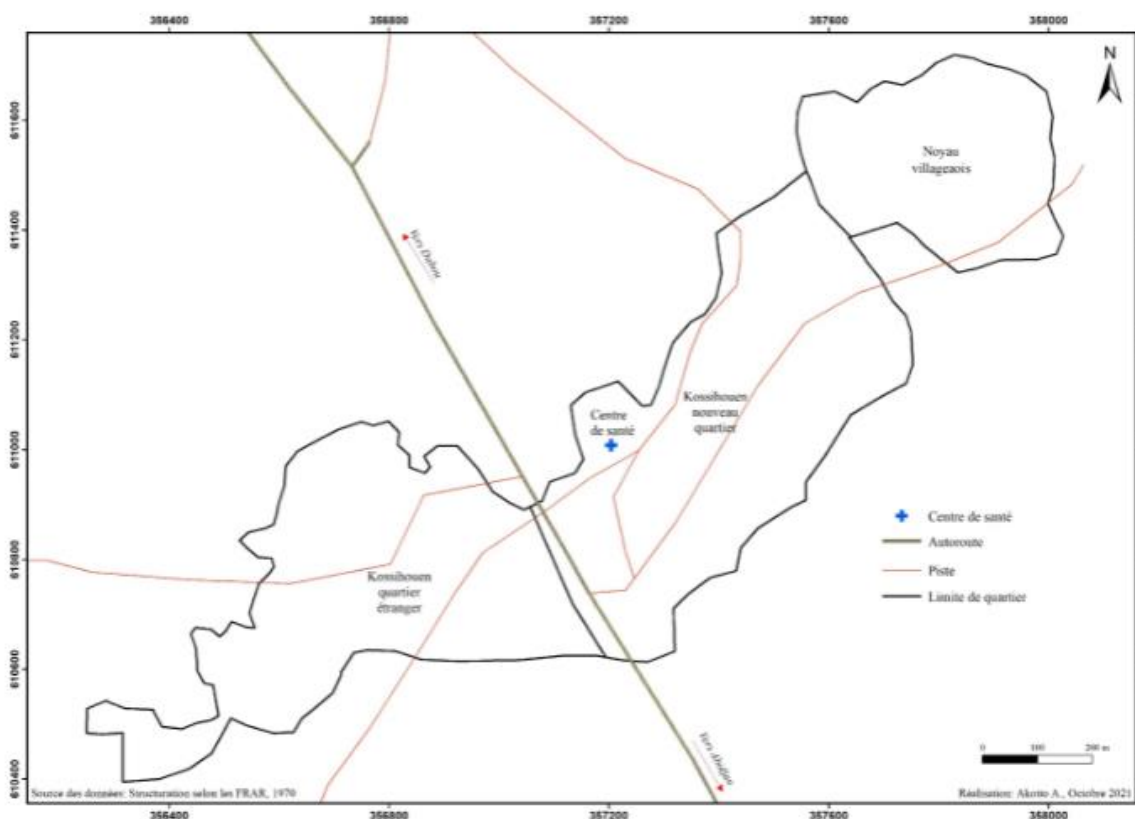


Figure 2 : Présentation du centre de santé et du noyau du village (lieu de vie des autochtones) à Kossihouen

III. RÉSULTATS

3.1. Les caractéristiques socio-démographiques des ménages et les pratiques de recours aux soins

3.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques des ménages

La population interrogée est composée à 71% de chefs de ménages âgés de 40 à 69 ans, tandis que 29% de l'échantillon a un âge compris entre 20 et 39 ans (tableau 2). Par ailleurs, la taille moyenne des ménages est de 6 personnes, bien que 43% des chefs de ménages de 40 à 69 sont dans des ménages de 8 personnes.

Tableau 2; répartition des chefs de ménage selon l'âge et la taille des ménages

Tranche d'âge des chefs de ménages	Effectif interrogé	Moins de 4 personnes	4-6 personnes	7 à10 personnes	Plus de 10 personnes
20-24 ans	4	1	3	0	0
25-29 ans	6	0	5	1	0
30-34 ans	8	0	7	1	0
35-39 ans	10	0	8	2	0
40-44 ans	15	0	5	8	2
45-49 ans	16	0	3	9	5
50-54 ans	12	0	1	7	4
55-59 ans	13	0	0	8	5
60-64 ans	8	0	0	2	6
65- 69 ans	5	0	0	2	3
TOTAL	97	1	32	40	25
Effectif en%	100	1	33	41	25

Source : Résultats de l'enquête (2019)

Par ailleurs, l'échantillon interviewé, dans sa grande partie, a un faible niveau d'instruction (tableau 3) ; environ 79% des chefs de ménages n'ont que le niveau primaire.

En effet, la répartition de la population par niveau d'instruction, révèle que 48% des chefs de ménages n'ont aucun niveau d'instruction, 31% n'ont pas excédé l'école primaire, tandis que 16% ont fait des classes du secondaire. Seuls 5% des enquêtés affirment avoir fait des études supérieures.

Tableau3: répartition des chefs de ménages par tranche d'âge et par niveau d'instruction

Tranche d'âge des chefs de ménages	Effectif interrogé	Aucun niveau	Niveau primaire	Niveau secondaire	Niveau supérieur
20-24 ans	4	0	1	3	0
25-29 ans	6	0	1	4	1
30-34 ans	8	2	3	2	1
35-39 ans	10	4	3	2	1
40-44 ans	15	6	5	2	2
45-49 ans	16	9	6	1	0
50-54 ans	12	8	5	1	0
55-59 ans	13	9	2	0	0
60-64 ans	8	5	3	0	0
65- 69 ans	5	4	1	0	0
TOTAL	97	47	30	15	5

Source : Résultats de l'enquête (2019)

En outre, 87% des chefs de ménage de 40 à 69 ans sont des personnes non instruites. Ils constituent à cet effet, la tranche d'âge ans à faible niveau d'instruction car seulement 8% d'entre eux, ont pu passer le cap du niveau primaire, alors que 50% des chefs de ménages de 20 à 39 ans ont atteint le cycle secondaire.

Quant à l'analyse du tableau 4, il met en rapport, les effectifs de population et les occupations des chefs de ménage. L'activité première des populations, est la pratique de l'agriculture, car 93% de l'effectif total des

enquêtés tirent leurs revenus des ressources agricoles. A cet effet, 7% d'entre eux n'ont pas d'occupation permanente. Ce sont entre autres, (5) fonctionnaires (des services publics et privés) (1) un à la retraite et (1) un sans emploi. .

Tableau4 : répartition des chefs de ménages par tranche d'âge et par type d'activité

Tranche d'âge des chefs de ménages	Effectif interrogé	Sans emploi	Paysan	Planteur	Fonctionnaire à la retraite/retraite anticipé suite à un accident de travail
20-24 ans	4	1	3	0	0
25-29 ans	6	0	6	0	0
30-34 ans	8	0	6	2	0
35-39 ans	10	0	7	3	0
40-44 ans	15	0	5	10	0
45-49 ans	16	0	1	11	4
50-54 ans	12	0	0	10	2
55-59 ans	13	0	0	11	2
60-64 ans	8	0	0	5	3
65- 69 ans	5	0	0	4	1
TOTAL	97	1	28	56	12
Effectif en%	100	1	29	58	12

Source : nos enquêtes (2019)

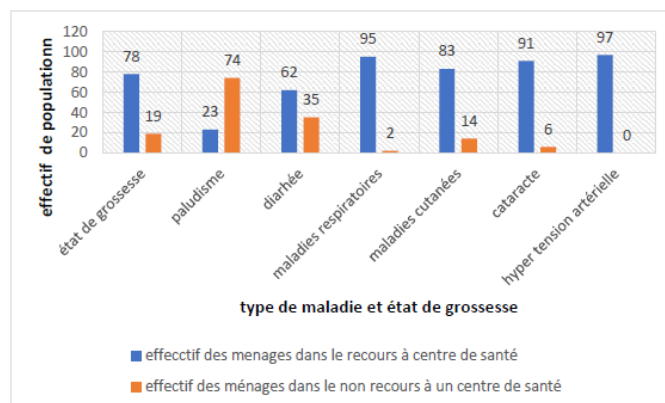
Le tableau 4, classifie les populations interrogées par activité exercée. Il relève qu'un seul chef de ménage (de moins de 25 ans) n'a pas d'activité véritable, génératrice de revenu (sans emploi). 84 autres vivent des activités agricoles (paysan et planteur) et 12 des chefs de ménages interrogés, sont des personnes ayant exercées dans les services publics et privés ivoirienne, désormais admis à la retraite.

À cet effet, l'analyse du tableau 4 relève que 78% des chefs de ménages de 20 à 39 ans, ont des occupations paysannes pour assurer leur subsistance, 18% des chefs de ménages de cette tranche d'âge sont des planteurs et 4% (des chefs de ménages de cette tranche d'âge) n'ont pas d'occupation permanente. A la différence du planteur, le paysan produit généralement pour sa propre consommation et celle de sa famille il peut en tirer quelques gains via la commercialisation de sa production. Cependant l'agriculture pratiquée par ce dernier est à petite échelle. Tandis que l'agriculture pratiquée par le planteur est à grande échelle. Le planteur produit généralement pour la commercialisation de sa production et emploie parfois des ouvriers pour travailler dans sa plantation. Par ailleurs, 74% des 40 à 69 ans, sont des planteurs, 9% constitués de paysans et 17% d'ex travailleurs des services publics et privés à la retraite.

L'activité exercée par ces derniers est rémunératrice de revenu. Ce revenu peut avoir un impact sur le choix du centre de santé et la qualité des soins. A cet effet, l'analyse du tableau 4, relève que les chefs de ménage qui ont un revenu mensuel compris entre 76 000 et 135 000 francs Cfa sont ceux de 40 à 69 ans. Tandis que 43% des chefs de ménages de 20 à 39 ans ont moins de 60 000 francs par mois (le SMIG ivoirien est de 60 000 francs).

3.2. Description des chefs de ménage selon les options de recours aux soins de santé

L'analyse du graphique 1, met en relief les maladies et autres besoins en soins de santé



Source : Districts sanitaires Yopougon-ouest, Dabou et nos enquêtes (2019)

Graphique 1: Causes de consultations hospitalières

L'analyse du graphique 1 révèle que tous les ménages interrogés ont recours à un centre de santé moderne lorsqu'un membre de leur famille a un problème de santé. A cet effet, hormis le paludisme, pour les six autres problèmes de santé consigné dans le graphique 1, plus de 64% des ménages interrogés ont recours aux formations sanitaires.

Bien qu'il soit observé dans 81% de cas des problèmes de santé chez les malades, les populations priorisent trois itinéraires dans le recours aux soins de santé moderne. A cet effet, 29% chefs de ménages ont affirmé que les membres de leur famille ont recours au centre de santé urbain de

Kossihouen, en cas de maladie (soit 29%) tandis que 71% ont recours aux hôpitaux implantés des de la commune de Yopougon et de la ville de Dabou.

Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques des chefs de ménages par centre de santé

Tranche d'âge des chefs de ménages	Effectif des ménages interrogés	Choix du centre de santé priorisé
20-39 ans	28	Kossihouen
40-49 ans	31	Yopougon
50-54 ans	12	Dabou
55-69 ans	26	Yopougon

Source : district sanitaires Yopougon-ouest, Dabou et nos enquêtes, 2019.

L'analyse du tableau 5 montre à cet effet, que les ménages jeunes (20 à 39 ans) ont comme premier recours le centre de santé urbain de Kossihouen, tandis que les chefs de ménages de 40 à 69 ans, préférèrent conduire leurs malades dans des hôpitaux implantés dans les communes d'Abidjan et de Dabou.

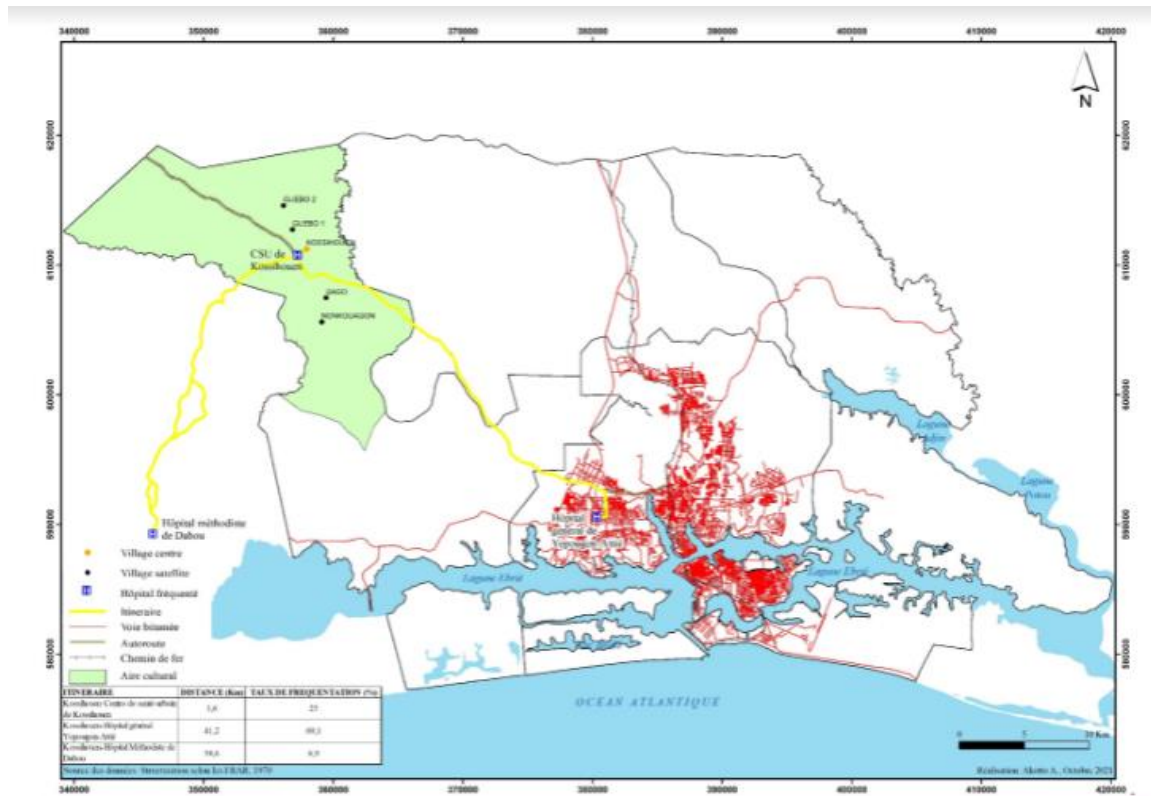


Figure 3: Localisation des centres de santé fréquentés par les populations autochtones en provenance du village noyau de Kossihouen

L'analyse du tableau 6 (ci-dessous), indique que 71% des populations rurales autochtones de Kossihouen priorisent les centres de santé de 2nd niveau dans la structuration du système sanitaire ivoirien. Ils vont à cet effet se faire soigner dans les hôpitaux des villes environnantes pour des maladies tels que le paludisme, les maladies cutanées et les infections respiratoires, bien que de telles pathologies peuvent se traiter au centre de santé urbain de Kossihouen., et cela, bien que ces hôpitaux soient tous deux situés à plus de 30 km de leur lieu de résidence.

Tableau 6 : le choix de fréquentation des structures sanitaires des populations autochtones de Kossihouen

Typologie des structures sanitaires fréquentés des populations autochtones	Distance	Effectifs des chefs de ménages	Taux de fréquentation des ménages des familles interrogées en%
Village noyau de Kossihouen- centre de santé urbain de Kossihouen	1,6 Km	28	29
Village noyau de Kossihouen-Hôpital général de Yopougon-Atté (ville d'Abidjan)	41,2 Km	57	58
Village noyau de Kossihouen- Hôpital méthodiste de la ville de Dabou	34,6 Km	12	13

Source : Google maps, 2018 ; nos enquêtes, 2019.

Quant aux 29% des populations restantes interrogées, il faut noter que ces derniers fréquentent le centre de Santé du village. Néanmoins, le tableau 6 révèle que ces derniers sont issus de familles constituées de de jeunes chefs de ménage.

Quant aux 29% des populations restantes interrogées, il faut noter que ces derniers fréquentent le centre de Santé du village. Néanmoins, le tableau 6 révèle que ces derniers sont issus de familles constituées de de jeunes chefs de ménage.

2.2. Les facteurs déterminant les structures de recours aux soins de santé

2.2.1. Le revenu, facteur prépondérant dans le choix des structures sanitaires

Les résultats de l'enquête ont indiqué que l'un des facteurs qui poussent les familles à prioriser une structure sanitaire est lié au revenu. Les ménages à faibles revenus, se contentent des services en soins de santé moins coûteux. Ils font l'effort de se rendre dans un centre de santé le plus proche (centre de santé de premier contact) en cas de maladie, en dépit du fait que ce centre de santé les services de maternité ne soit géré que par une sage-femme pour près 112 femmes par jour, en provenance des villages environnants au point où il faut se lever tôt le matin pour espérer être pris avant 12h. Idem pour l'infirmerie où le seul infirmier est tantôt avec des blessés pour des pensements, ou encore pour des prescriptions aux points où il est parfois débordé. Par ailleurs, cette structure sanitaire ne dispose pas de laboratoire pour une analyse de prélèvement sanguin, pour un test approfondi sur le type d'infection, et des problèmes de commodité, mais par manque de moyen financier, ils n'ont d'autres choix que de fréquenter ce centre de santé. A cet effet, le tableau 7, révèle que 29% des ménages (des ménages où le chef de famille à moins de 40 ans) fréquentent le centre de santé du village et non les hôpitaux des villes environnantes, à cause de leurs revenus relativement faibles.

Tableau 7 : Revenus mensuels des ménages fréquentant le centre de santé du village

Tranche d'âge des chefs de ménages	Revenu moyen mensuel (francs Cfa)	Choix de la structure sanitaire
20-24 ans	65 000	Centre de santé urbain de Kossihouen
25-29 ans	65 000	Centre de santé urbain de Kossihouen
30-34 ans	69 000	Centre de santé urbain de Kossihouen
35-39 ans	74 000	Centre de santé urbain de Kossihouen

Source : nos enquêtes (2019)

Ils priorisent le centre de santé du village de Kossihouen à cause des frais de consultation accessibles à tous (400 francs Cfa) Par ailleurs, ces derniers n'ont pas besoin de payer des frais de transport pour s'y rendre dans ce centre de santé contrairement aux autres (tableau 8). Les chefs de ménages de 20 à 39 ans, payeront au maximum pour un ménage constitué au plus de 8 personnes (tous malades) une somme de 3200 francs Cfa, alors que les dépenses pour une personne, à l'hôpital méthodiste de Dabou ou de l'hôpital général de Yopougon-Attié 2, excèdent 3200 francs Cfa (. Pour ces derniers, les frais d'accès à l'hôpital général de Yopougon-Attié sont 8 fois plus coûteux que celui du CSU de Kossihouen, d'où leur préférence pour le centre de santé local du village.

Tableau 8 : les frais de soins de santé des patients en provenance de Kossihouen par structure sanitaire

	KOSSIHOUEN	YOPOUGON-ATTIE 2	DABOU
Statut des centres de santé	CSU (structure publique)	Hôpital général (structure publique)	Hôpital méthodiste (structure privée)
Frais de consultation en francs Cfa)	400 frs	1300 frs	2000 frs
Coût minimum de déplacement par personne	0 frs	2000 frs	1800 frs
Frais total	400 frs	3300 frs	3800 frs

Source : nos enquêtes (2019)

Quant aux chefs de ménages dont le revenu excède mensuellement 100.000 francs Cfa, les frais de consultation médicaux et du transport ne doivent pas être obstacle de recours aux soins de santé dans un centre de santé plus efficiente, de par le nombre de services présents et du personnel existant. Ils vont à cet effet, là où ils sont sûrs d'avoir une meilleure assistance en service de santé, mais à un coût raisonnable. Pour ces derniers, payer 2000 francs pour une consultation médicale, est accessible, du moment où ils peuvent directement bénéficier d'une assistance médicale fournie par un médecin alors que ce n'est pas chose évidente au niveau du centre de santé de Kossihouen, nouvellement devenu centre de santé urbain. Les hôpitaux de Yopougon Attié-2 et méthodiste de Dabou, sont à cet effet, les choix des ménages aux revenus relativement élevés.

Tableau 9: Revenus mensuels des ménages fréquentant les hôpitaux de Yopougon et de Dabou

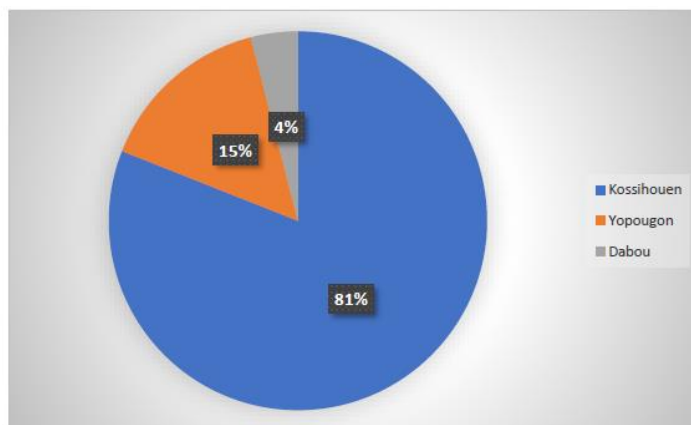
Tranche d'âge des chefs de ménages	Revenu moyen mensuel (francs Cfa)	Choix de la structure sanitaire
40-44 ans	113.500	Hôpital général de Yopougon
45-49 ans	126.500	Hôpital général de Yopougon
50-54 ans	131.000	Hôpital méthodiste de Dabou
55-59 ans	133.500	Hôpital général de Yopougon
60-64 ans	117.000	Hôpital général de Yopougon
65- 69 ans	112.000	Hôpital général de Yopougon

Source : nos enquêtes (2019)

En somme, l'analyse comparée des tableaux 7,8, et,9 relèvent que les familles dont les revenus excèdent 100.000 francs par mois, préfèrent aller dans des structures sanitaires e 2e niveau de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire, car ces structures sanitaires ont un meilleur plateau technique et de plusieurs services spécialisés contrairement au centre de santé de premier niveau comme celui de Kossihouen. Ces derniers doutent de la qualité de service en soins de santé du centre de santé de Kossihouen. Ils préfèrent recourir, à cet effet, aux structures sanitaires de niveau 2 qu'à une formation sanitaire de 1er contact (bien qu'éloignés du village et à coût plus élevé que celui du village) ; et ce, au vu des plateaux techniques à chaque échelle du système sanitaire.

Les ménages à faibles revenus n'ont pas beaucoup de choix en termes de structures sanitaires. Ils choisissent les centres de santé les moins couteuses à l'instar de celui de Kossihouen, bien qu'ils aient été parfois contraints d'avoir recours aux hôpitaux de Yopougon ou de Dabou, lorsque le centre de santé du village était dans l'incapacité de fournir un service adéquat aux malades tels que, complication lors d'un accouchement, examen radiologique, analyse sanguine (confère graphique 1). En effet, sur la base du questionnaire soumis aux chefs de ménage, toutes les familles ont en moyenne, effectuées 8 consultations médicales par an.

Pour ces derniers, le coût accessible du centre de santé de Kossihouen constitue l'un des facteurs qui maintienne près de 29% de la population de ce bourg le centre de santé du village. Par ailleurs, le graphique 2, retraçant la proportion en % les 184 visites médicales par centre de santé, des ménages à faibles revenus (les chefs de ménages ont moins de 40 ans) révèle qu'ils ont parfois recours aux centres de santé de niveau 2 dans la pyramide sanitaire ivoirienne (hôpitaux généraux).



Source : nos enquêtes, 2019

Graphique 2 : la fréquence du recours aux soins médicaux, des ménages à faible revenu par centre de santé en 2019

En effet, sur 184 visites médicales effectuées par les familles des chefs de ménages ayant un âge compris entre 20 et 39 ans en 2019, 19% des soins des familles de ces dites populations se sont fait dans des structures sanitaires autre que celui de Kossihouen. Ils étaient obligés de se rendre dans 15% des cas de consultation à l'hôpital général de Yopougou en dépit du fait qu'ils devaient payer (8) huit fois moins la somme déboursée s'ils étaient rendus au centre de santé de Kossihouen pour avoir accès à des soins de santé.

Cette situation semble indiquer que les choix des structures sanitaires peuvent être déterminés par des facteurs autres que le revenu du chef ménage, car plus de 77% des populations autochtones de Kossihouen fréquentent des structures sanitaires dont les frais médicaux sont beaucoup plus élevés que les frais de consultation de celui du village ; et ce, bien qu'ils aient des revenus mensuels inférieurs à 150. 000 francs Cfa.

3.2.2. La qualité des services proposés en soins de santé.

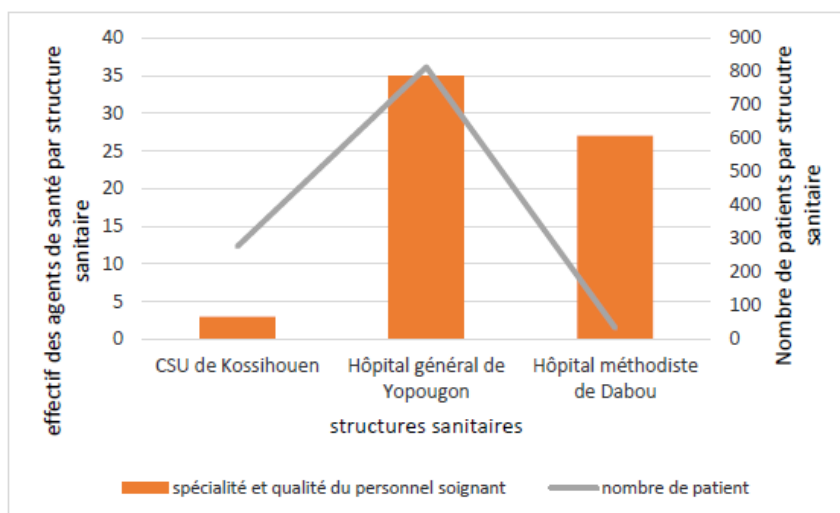
3.2.2.1. Le nombre de services en soins de santé disponible et la qualité du personnel soignant.

La corrélation du nombre de patients et du nombre de services de santé, au travers l'analyse du tableau 10 montre bien par comparaison des structures sanitaires fréquentés par les populations que les hôpitaux de Yopougou et de Dabou disposent de plus de service que celui de Kossihouen indique que les choix des structures sanitaires des malades en provenance du village noyau de Kossihouen est fonction du nombre de services en soins de santé proposé, du plateau technique et des spécialités du personnel soignant par structure sanitaire fréquenté. En effet, le centre de santé urbain de Kossihouen situé au niveau 1 de la pyramide du système sanitaire ivoirien n'est doté que trois (3) services. Par ailleurs, la faiblesse du plateau technique de Kossihouen, poussent les malades qui disposent de revenu acceptable ou encore ceux qui souffre d'une infection singulière à prioriser les hôpitaux de Yopougou et de Daloa.

Tableau 10: Les types de service et équipements par structure sanitaire

Structures sanitaires fréquentées par les populations autochtones de Kossihouen	Type de service existant par structure sanitaire	Plateau technique par structure sanitaire
Hôpital général de Yopougon	Médecine générale	Bloc obstétricaux-travail césarienne
	Maternité	Bloc opératoire de chirurgie générale
	Service dentaire	Service d'urgence
	Service ORL	Salle d'accouchement
	Service d'ophtalmologie	Réanimation adulte
	Pédiatrie	Sites d'imagerie médicale
	Service de radiologie	Salle d'anesthésie
		Salle de radiologie Salle d'hospitalisation
Hôpital méthodiste de Dabou	Médecine générale	Bloc obstétricaux-travail césarienne
	Maternité	Bloc opératoire de chirurgie générale
	Service dentaire	Service d'urgence
	Service ORL	Salle d'accouchement
	Service d'ophtalmologie	Réanimation adulte
	Pédiatrie	Salle d'anesthésie
		Salle de radiologie Salle d'hospitalisation
Centre de santé urbain de Kossihouen	Médecine générale Maternité Dispensaire	Salle de mise en observation Salle d'accouchement Salle de pansement

Source: district sanitaire Yopougon 6, 2019



Source : District sanitaire de Yopougon, 2019.

Graphique 3 : ratio personnel de santé/ patients par centre de santé

Par ailleurs, il est constaté à l'analyse du graphique 3 que les spécialités des agents de santé, influence tout aussi, les choix des populations autochtones quant aux structures sanitaires à prioriser. A cet effet, le graphique 3 révèle une fois de plus l'hôpital de Yopougon à lui seul reçu, plus des 80% de l'effectif des 1122

malades en provenance de Kossihouen. Ces derniers qui ont eu à fréquenter l'hôpital de Yopougon, y sont allés pour analyses médicaux qui ne pouvaient se faire au centre de santé de Kossihouen, car cette structure sanitaire ne possédait pas de spécialiste en laboratoire. D'autres se sont rendus pour un suivi médical auprès de spécialistes de santé. Par ailleurs, le graphique 3 relève qu'en dépit de l'effectif du personnel médical à Kossihouen, le centre de santé a reçu plus de malades que celui de l'hôpital de Dabou. Cela se justifie par le fait que ces malades ne souffraient de pathologies qui pouvaient être traitées autant dans une structure sanitaire de premier contact. Pour ces derniers, l'accessibilité financière des services est déterminant dans le choix des structures sanitaires.

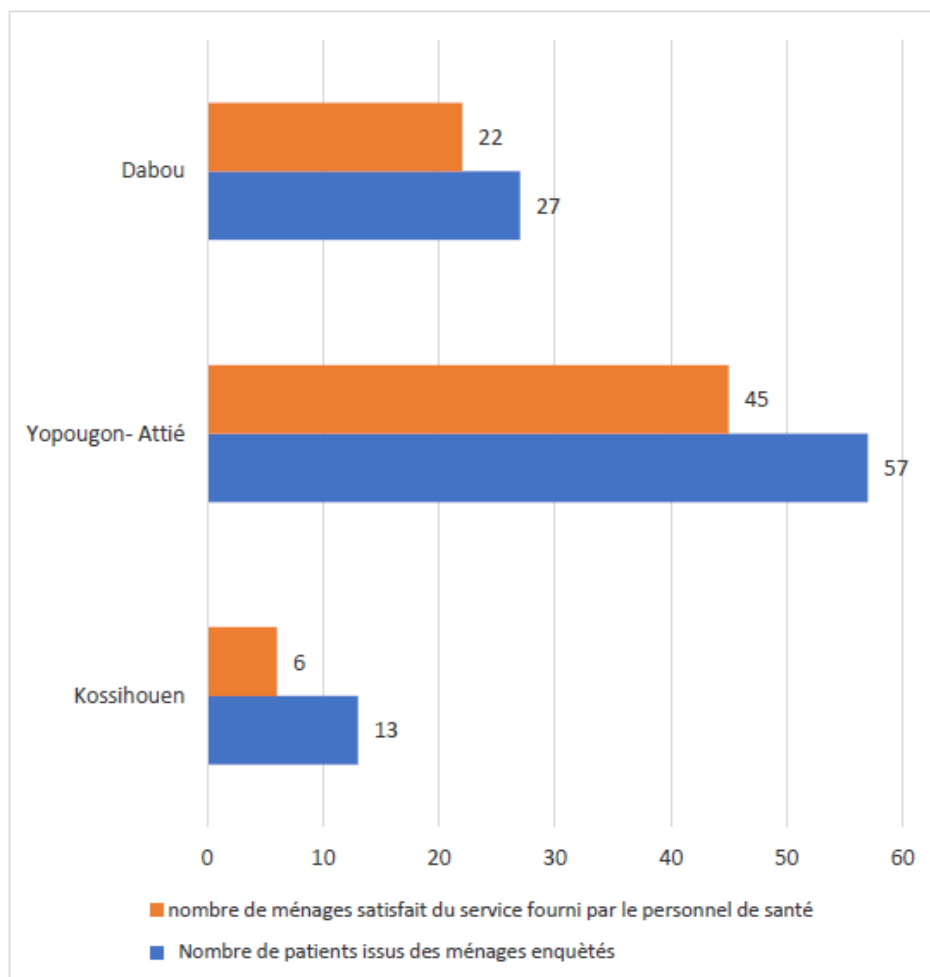
Mais au-delà du fait que les malades de Kossihouen ont des choix préférentiels pour les centres de santé urbain du village, force est de constater qu'en dépit du fait de son accessibilité géographique et financière, plus de 80% des malades se rendent dans les hôpitaux de Yopougon ou à Dabou afin d'accéder aux soins de santé moderne. A cet effet, l'analyse des résultats révèle que le nombre de service en soins de santé arrive à expliquer la forte présence de malade en provenance de Kossihouen pour l'hôpital général de Yopougon Attié-2.

. A l'exemple de plusieurs hôpitaux, l'hôpital général de Yopougon Attié-2, dispose de 8 services (un dispensaire, une maternité, un service de pédiatrie, un service de chirurgie dentaire, un bloc de chirurgicale, un service ophtalmologique, un laboratoire d'analyse, un service de radiologie) alors que le centre de santé de Kossihouen ne dispose que d'un service de médecine générale, d'un dispensaire et d'une maternité. De plus, les populations affirment que pour l'achat de médicaments, ils sont parfois contraints d'aller à Abidjan (pour 83% des personnes interrogées) ou à Dabou (pour 12% des personnes interrogés), car le village ne dispose pas de pharmacie, mais d'un dépôt pharmaceutique (ce dépôt ne fournit que des génériques anti paludéens, médicaments pour soulager la diarrhée, la toux et des pansements). A cet effet, plus de 75% des chefs de ménages interrogés trouvent peu d'intérêt à se faire consulter au centre de santé du village, puisqu'ils sont dans la majeure partie des cas contraints d'aller à Abidjan pour acheter des médicaments dans une pharmacie de la place. Ils préfèrent à cet effet, se rendre dans des hôpitaux de Yopougon ou à Dabou car la qualité et les spécialités du personnel soignant sont beaucoup plus acceptable que celui du centre de santé du village.

2.2.2.2. L'acceptabilité des structures sanitaires

Le graphique 4 donne un aperçu de la satisfaction des patients par centre de santé fréquenté.

A cet effet, 83% des malades de Kossihouen qui se sont rendus à l'hôpital méthodiste de Dabou, en sont sortis satisfaits tandis qu'au CSU du village seulement 46% des patients autochtones en sont sortis satisfaits des services par le personnel de santé présent. Ces derniers peu satisfaits, sont contraints de se rendre à Yopougon pour faire des examens complémentaires ou des analyses médicales pour un diagnostic efficient de la maladie. Quant à l'hôpital général de Yopougon Attié-2, il est constaté que 79% des malades ayant eu recours aux soins de santé dans des services de cet hôpital en sont sortis satisfaits. En somme, l'analyse des graphiques et tableaux, il est constaté que l'hôpital méthodiste de Dabou fourni des services plus que satisfaisants aux populations de ce village, tandis que le centre de santé du village n'est pas arrivé à satisfaire 50% des populations autochtones ayant eu recours aux soins de santé dans cette infrastructure sanitaire.



Source : nos enquêtes, 2019.

Graphique 4 : la satisfaction des malades après le recours aux soins par centre de santé

De ce fait, il est constaté que la qualité du service fournis par le personnel soignant et la diversité des services existants par structure sanitaire, en sont tout aussi des causes explicatives de la préférence des centres de santé de niveau 2 dans la pyramide sanitaire ivoirienne (hôpitaux) pour plus de 70% des populations autochtones de ce village.

IV. Discussion

Les données de cette étude sont limitées, elles ont été utilisées à l'échelle de trois (3) structures sanitaires du district d'Abidjan, cependant, l'utilisation de ces données a permis de connaître les motivations des autochtones de Kossihouen à vouloir prioriser les hôpitaux de Yopougon et de Dabou, dans la pratique du recours aux soins médicaux. De ce fait, il est constaté au regard des résultats, que les pratiques de recours aux soins de santé des populations de Kossihouen sont peu motivées par de logiques de proximité géographique. Cette perception est partagée par (F.M). Dramé, (2006, p. 367), dans une étude au Sénégal sur l'attractivité des soins de santé primaires. Elle affirme, à cet effet, que lorsqu'il 'y existe une diversité de structures de santé publique, la disparité de couverture sociale et les mobilités financières sont des facteurs déterminants dans le choix des structures sanitaires pour tout individu malade. Par ailleurs, les résultats de cette étude ont relevé que les malades à faible couverture sociale, n'ayant suffisamment pas de ressources financières, se tournent prioritairement dans des centres de santé de premier contact, ou ont parfois recours à la médecine traditionnelle, et ce, à cause du coût parfois accessible des frais de consultation en soins de santé. Tandis que les populations qui bénéficient d'une meilleure couverture sociale, d'un niveau de revenu acceptable, choisissent les centres de santé qui leur permettent de recouvrer au mieux la santé. Cette analyse est partagée par de (F.M). Dramé (2006, pp.317), et confirme nos résultats, en relevant que les choix des structures sanitaires, sont influencés par le coût du revenu moyen du chef de ménage, le nombre de services en soins de santé offert et la qualité du service fourni aux patients par structure sanitaire.

Mais au-delà de cette perception, (A). Franckel (2000, 73 p.), considère que les comportements de recours aux soins d'un malade ne sont pas à priori, liées à la situation géographique d'une structure sanitaire, mais

plutôt autour de deux notions complexes que sont la notion de maladie et la notion de soins. En effet, les malades priorisent les structures de santé où ils sont sûrs de trouver satisfaction après une consultation médicale. Bernard J.M (2012, pp 27) justifie le fait que plusieurs ruraux ne fréquentent pas le centre de santé du village en prenant l'exemple du milieu rural Haïtien. Il affirme de ce fait que la pénurie de personnel médical et en particulier de spécialistes (biologiste, pédiatre, radiologue), la précarité du tableau technique limite la fréquentation de centre de santé ruraux ou de 1er contact. Par ailleurs, bien qu'il soit avéré que la qualité du service de santé offert et le revenu moyen soient déterminant dans les choix des itinéraires thérapeutiques, des populations marginales en ressources financières ne peuvent fréquenter des hôpitaux situés à plusieurs kilomètres de leurs domiciles à cause de barrières économiques et géographiques tels que le coût du transport, et des soins de santé. Pour ces populations marginales, l'implantation d'un centre de santé dans leur localité est une aubaine. Ils sont de ce fait, les plus nombreux à se rendre des structures sanitaires de premier contact, et parfois dépourvus de plusieurs équipements de santé (I). Cheifou, 2003, P 56). Cette réalité évoquée (I). Cheifou (2003, P 57), dans un centre de santé rural du district sanitaire de Tahoua (Niger) est tout aussi perceptible à Kossihouen, car 29% des chefs de ménages à faibles revenus, priorisent le centre de santé dans leur village, ou la localité rural la plus proche (dans un rayon maximum de 5 km) aux hôpitaux des villes environnantes, car ce centre de santé, leur permet de minimiser le coût de transport et les frais des soins de par sa proximité géographique. Ils quittent leurs domiciles avec comme moyen de déplacement, la marche à pied ; ils accèdent au centre de santé dudit village en moins de 20min.

En somme, la comparaison des résultats discutés de l'enquête sur les recours aux soins des populations autochtones de Kossihouen, à ceux des auteurs suscités, révèle que les choix des structures sanitaires desdites populations suivent deux principales, logiques. La première logique des populations autochtones de Kossihouen met en exergue, les questions de proximité géographique dans le recours aux soins de santé. Tandis que la seconde logique qui guide les populations autochtones de ce village dans le choix des structures sanitaires, est la recherche de la qualité service de santé offert et, le poids du revenu du chef de ménage

V. CONCLUSION

En somme cette étude sur les pratiques de recours aux soins des populations autochtones de Kossihouen, a montré, en premier lieu, le paradoxe existant entre la proximité géographique du centre de santé du village et la priorisation des structures de santé environnant par les ménages. A cet effet, cette étude révèle que les logiques qui guident 71% des ménages interrogés dans le choix des structures sanitaires est avant tout, la qualité de l'offre fournie en soins de santé. Néanmoins 29%.des ménages interrogés, priorisent la proximité géographique dans la pratique du recours aux soins médicaux.

Bien que cette réalité soit en partie visible dans plusieurs territoires ruraux ouest- africaines cette étude est singulière dans la mesure où une marge de la population autochtones, les plus jeunes fréquentent pleinement le centre de santé de ce village.

Références bibliographiques

- [1]. BERNARD (J. M.), 2012. « L'accès aux soins de santé en province et en milieu rural en Haïti » In Haiti perspectives, vol. 1 n°3, pp 23-32.
- [2]. CHEIFOU (I) ,2004. Les déterminants du faible de taux de référence des centres de santé intégré ruraux vers le centre hospitalier départemental dans le district de Tahoua (Niger). Mémoire de maîtrise en sociologie. UAMN, 167p.
- [3]. DESCHAMPS (J. P), 2000 « Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement ». Médecine / Sciences, 7p.
- [4]. DRAME (F. M),2006. « Attraction des services de santé primaires et des centres de dépistage du VIH à Dakar ». (Sénégal). In Espace populations sociétés, Pp 361-371.
- [5]. FRANCKEL(A), 2007. Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le Cas Des Enfants Fébriles A Niakhar. Sociologie, Université De Nanterre - Paris X, 466 p.
- [6]. KOUADIO (A. A), 2010 « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », Les Cahiers d'Outre-Mer [En ligne], 251|Juillet-Septembre 2010, 22p, mis en ligne le 01 juillet 2013, consulté le 10 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/com/6075> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/com.6075>
- [7]. OMS,2005. La santé et les objectifs du millénaire pour le développement. MDG, Organisation mondiale de la santé, 20 avenue Applá,1211 Genève 27 (Suisse), 84 p : https://MDGreport2005_fr15.qxd-mdg