LES DETERMINANTS DU RECOURS AUX FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES À ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

Akou Don Franck Valéry **LOBA**, Maître-Assistant, Université Felix Houphouët-Boigny (Abidjan). Institut de Géographie Tropicale. valo226@yahoo.com

Eby Joseph **BOSSON**, Assistant, Université Felix Houphouët-Boigny (Abidjan). Institut de Géographie Tropicale. ebybosson@yahoo.fr

RESUME

L'objectif de cet article est d'identifier les déterminants associés à la faible sollicitation des centres de santé à Abidjan. Le Nord d'Abidjan a été retenu comme champ d'expérimentation. La méthodologie de collecte des données s'est basée sur l'administration d'un questionnaire à un échantillon de 100 ménages choisis de façon aléatoire. Le test de khi² et la régression logistique ont permis d'identifier les variables les plus significatives. L'étude révèle que 51% des chefs de ménage ont les formations sanitaires publiques comme première option dans leur parcours thérapeutique. Les déterminants les plus explicites sont les conditions d'accueil, les frais de transport, la commune de résidence, le temps d'attente avant réception du patient, le revenu, les dépenses et la distance à parcourir.

Mots clés : formation sanitaire publique, recours aux soins, chef de ménage, Abidjan, Côte d'Ivoire

ABSTRACT

The objective of this article is to identify the determinants associated with the weak request to health centers in Abidjan. The north of Abidjan was retained like field of interest. The methodology of data-gathering was based on the administration of a questionnaire to a sample of 100 selected households in a random way. The test of khi ² and the logistic regression made it possible to identify the most significant variables. The study reveals that 51 % of the heads of household have access to public health center like first option in their therapeutic course. The most explicit determinants are the conditions of reception, the transport costs, the place of residence, the latency before reception of the patient, the salary, the spending and the distance to be traveled.

Keywords: public health center, recourse to the care, head of household, Abidjan, Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

La santé est l'une des conditions essentielles du bien-être et de la capacité productive de tout individu et de toute communauté à promouvoir son développement. Prenant la pleine mesure de cette réalité, les gouvernements des pays d'Afrique sub-saharienne ont investi dès leur accession à l'indépendance dans les années 1960 d'importantes ressources dans la formation de professionnels de la santé et la construction d'infrastructures sanitaires. Le but visé était de procurer à leurs populations un bien-être physique et moral satisfaisant, ainsi qu'un accès aisé à des conditions sanitaires qui leur permettent de contribuer aux activités productives et au développement de leur société.

En Côte d'Ivoire, de grands chantiers de construction, de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires ont été entrepris dans toutes les régions afin de réduire les problèmes d'accès aux établissements publics de santé et les disparités inter régionales (HAUHOUOT A., 2002). Du fait de leur pouvoir polarisant sur l'espace, les villes ont été le réceptacle des premières infrastructures sanitaires. Abidjan, la capitale économique, le premier foyer de peuplement urbain a été en pole position des villes bénéficiaires. En effet, Abidjan concentre à elle seule 90 % des structures sanitaires publiques de niveau tertiaire, la quasi-totalité des structures spécialisées et une gamme variée de structures de niveaux primaire (LOBA A., 2009). Malgré cette présence d'infrastructures de premier ordre, une frange importante de la population n'y a pas recours. Selon les statistiques officielles (DIPE, 2009) ce sont seulement 32 % de la population abidjanaise qui fréquente régulièrement les centres de santé. Cette constatation nous emmène à nous interroger sur la nature des déterminants à la base de la faible fréquentation des centres de santé à Abidjan. L'objectif de cette recherche est d'identifier les facteurs associés à la faible fréquentation des centres de santé à Abidjan. Abidjan étant une ville en pleine extension spatiale et démographique, nous avons choisi de limiter notre champ d'expérimentation à la partie septentrionale du système lagunaire qui compartimente la ville en deux zones. L'option d'Abidjan Nord a été motivée par le fait que cette partie de la ville regroupe les communes les plus étendues et les plus peuplées et compte 1,7 fois plus de formations sanitaires publiques que la partie Sud de la ville (DIPE, 2006).

1. METHODOLOGIE

Les données collectées dans le cadre de cette étude proviennent essentiellement de sources documentaires et de l'administration d'un questionnaire. Les sources documentaires émanent

des rapports et annuaires statistiques produits par le Ministère de la santé. Des informations ont été aussi acquises auprès de l'Institut National de la Statistique (INS) en charge de la production de données socio démographique via le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). Nous signalons qu'à défaut de données récentes ce sont les données de 1998 qui ont été traitées, ainsi que des estimations établies en 2008.

Un questionnaire adressé aux ménages a été constitué. Il se compose d'une section regroupant des informations d'ordre sociodémographique, économique et d'une autre relative aux habitudes et parcours thérapeutiques des ménages. Le questionnaire est destiné aux chefs de ménage. Son but est de connaitre les habitudes médicales des ménages. Dans le cadre de notre étude, ne disposant pas d'une base de sondage sur les ménages des communes Nord d'Abidjan, nous avons opté pour une méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné. La taille retenue pour l'échantillonnage est de 100 ménages. L'espace d'étude Abidjan Nord a été divisé en trois secteurs :

- un secteur Est avec la commune de Cocody ;
- un secteur Centre avec les communes d'Abobo, d'Adjamé et d'Attécoubé ;
- un secteur Ouest avec la commune de Yopougon.

La commune du plateau n'a pas été incluse du fait de sa vocation résidentielle peu affirmée. Le Plateau est avant tout un centre administratif et n'est pas représentative de toutes les réalités sociodémographiques qui ont cours dans la ville. L'échantillon se répartit dans les trois secteurs: secteur Centre, 35 ménages ; secteur Ouest, 33 ménages ; secteur Est, 32 ménages. La répartition presqu' équitable des 100 ménages entre les 3 secteurs relève de la similarité des conditions de vie des ménages. Cette démarche méthodologique adoptée est du type non probabiliste. L'orientation adoptée est celle prise par OUATTARA B. (2003) dans une étude similaire menée dans la commune d'Abobo à Abidjan, mais aussi sur l'approche adoptée par KOUASSI K. et al (2014) dans le cadre d'une étude sur le suivi de patients soumis à des traitements par ARV (antirétroviraux) sur l'ensemble de la ville d'Abidjan.

Dans chaque secteur, les ménages ont été sélectionnés dans différentes catégories socio-résidentielles avec pour soucis de constituer un échantillon représentatif des réalités sociales. Ainsi, les quartiers d'habitation précaires et du haut standing ont été les champs de sélection des ménages.

Les informations recueillies auprès des ménages par questionnaire ont été saisies sous Excel et analysées sur Xlstat. La variable dépendante (recours aux formations sanitaires publiques) a été croisée avec les variables indépendantes afin de rechercher d'éventuelles dépendances qui permettraient d'expliquer le choix pour les ménages de recourir ou non aux formations sanitaires publiques (Ouattara B., 2003 ; Kouassi K. et al, 2014). A cet effet, le test de khi² a été appliqué au seuil de 5 %. Par la suite une analyse multi variée par régression logistique a été appliquée afin de voir comment réagissent les variables indépendantes quand elles ne sont pas traitées individuellement.

Figure 1. Localisation de la zone d'étude

Source : BNETD, 2010 / Dessin : Loba A.

2. RESULTATS

2.1. Caractéristiques socio-économiques des ménages

La taille moyenne des ménages dans cette étude est de 4,5 personnes. Dans le secteur Est à Cocody, elle est de 3,65 personnes; à l'Ouest, à Yopougon, elle est de 4,09 personnes et enfin dans le secteur Centre composé du trio Attécoubé, Abobo, Adjamé, elle est de 5,8 personnes.

Les ménages les plus importants se localisent pourtant à Cocody et à Yopougon et sont composés de 14 personnes.

Pour ce qui est de la répartition des chefs de ménage selon le sexe, nous observons que 31 % des chefs de ménage sont des femmes. Plus de 50 % d'entre elles vivent dans le secteur Ouest (commune de Yopougon). Quelque 30 % vivent dans la commune de Cocody en milieu résidentiel défavorisé (quartier précaire).

La répartition des chefs de ménage selon l'âge a révélé que 25 % des chefs de ménage appartiennent à la classe d'âge de 40-50 ans, 15 % ont entre 50 et 60 ans et seulement 2 % des enquêtés ont un âge supérieur à 40 ans. On note que les secteurs Est et Ouest regroupent 2/3 des chefs de ménage de plus de 40 ans.

La répartition des chefs de ménage selon le niveau d'instruction révèle que 17 % des chefs de ménage n'ont pas reçu d'instruction. Plus de 41 % d'entre ces derniers vivent en habitat défavorisé à Cocody et 29 % à Yopougon. De façon générale, 40 % d'entre eux sont des femmes. Sur les 83 % ayant reçu une instruction, environ 1/3 affirme avoir fait des études supérieures.

Relativement à la répartition des chefs de ménage selon la profession, l'étude révèle que 67 % des chefs de ménages exercent une activité informelle. 5 % disent être sans activité et 28 % exercent une fonction administrative.

Quant à la répartition des chefs de ménage selon le revenu, nous observons que 38 % des chefs de ménage affirment avoir un revenu mensuel oscillant entre 50 000 et 100 000 F CFA. Cette tranche est la plus importante. 30 % ont déclaré avoir un revenu mensuel inférieur à 50 000 quand 10 % affirment avoir plus de 300 000 Francs. Quelque 22 % se situent entre 100 000 et 300 000 F CFA. 50 % des revenus supérieurs à 300 000 se localisent à Cocody et 30 % à Yopougon. On observe que 35 % des revenus inférieurs à 50 000 F CFA sont situés à Cocody en milieu d'habitation défavorisée.

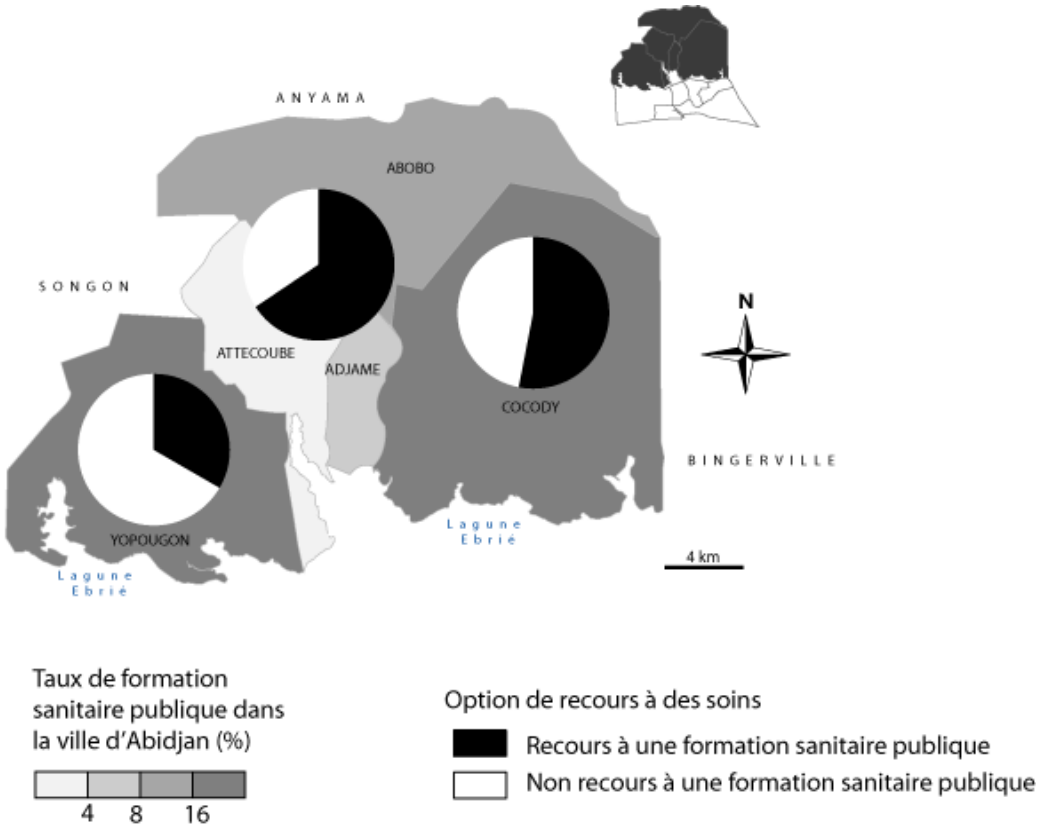
2.2. Description des chefs de ménage selon les options de recours aux soins thérapeutiques

Sur les 100 chefs de ménage interrogés, 51 ont affirmé avoir la formation sanitaire publique comme premier recours en cas de maladie (soit 51 %) et 49 ont déclaré avoir d'autres recours, soit 49 %. La figure 2 indique la répartition de ces options au niveau de chaque secteur. Sur les 51 chefs de ménage ayant recours aux formations sanitaires publiques, 45 % résident dans le secteur Centre (Abobo, Attécoubé, Adjamé) 21 % dans le secteur Ouest (Yopougon) et 33 % dans le secteur Est (Cocody).

Quant aux 49 chefs de ménage n'ayant pas recours aux formations sanitaires publiques, 44% résident dans le secteur Ouest, 30 % dans le secteur Est et 26 % dans le secteur Centre. On observe que plus de 75 % de ceux-ci pratiquent l'automédication.

Les secteurs de la partie Nord d'Abidjan représentent 63,3 % des formations sanitaires publiques de la ville. La figure 2 et la photo 1 donnent un aperçu de leur répartition spatiale et de leur présence dans la ville.

Figure 2. Répartition des ménages suivant leur option de recours aux formations sanitaires publiques



Source : Nos enquêtes, avril 2014 / Dessin : Loba A.

Photo 1. Vue du bâtiment abritant les locaux de la Formation sanitaire publique à la Riviera Palmeraie dans la commune de Cocody

Copyright : Bosson Eby, 2014

Le tableau 1 présente le profil des ménages selon leur parcours thérapeutique. Cette répartition s'est faite suivant un certain nombre de variables sociodémographiques, et géographiques.

Tableau 1. Présentation synthétique des caractéristiques des ménages par secteur de résidence et par option de recours thérapeutiques

Variables	Option de recours aux formations sanitaires publiques	Secteur de résidence			Ensemble
		Est	Centre	Ouest	
Pas d'Assurance maladie	Recours (%)	72.7	82	76.4	78.4
	Non recours (%)	81	66	66	73.4
Présence de 1 à 3 formations sanitaire publique dans le quartier	Recours (%)	100	82	100	70.5
	Non recours (%)	100	83.3	100	79.5
Distance séparant les formations sanitaires publiques des domiciles (plus de 500 m)	Recours (%)	40	35	28.5	41
	Non recours (%)	44	35	21	46.9
Accueil (personnel jugé non accueillant)	Recours (%)	8	39	50	54
	Non recours (%)	5	30.7	58.8	34.6
Temps d'attente (jugé long)	Recours (%)	81.8	52.2	76.4	68.7
	Non recours (%)	100	91.6	80	91.8
Frais de transport (moins de 500 f cfa)	Recours (%)	9	86.9	47	56.8
	Non recours (%)	90	25	53	63.2
Accueil du médecin (jugé bon)	Recours (%)	100	78.3	82.3	83
	Non recours (%)	100	100	80	93.8
Perception du temps de consultation (jugé bon)	Recours (%)	100	43.4	76.4	33
	Non recours (%)	13	33	33	24.4

Perception de la compétence des médecins	Recours (%)	72.7	84.9	76.4	80
	Non recours (%)	100	76.9	66	85.7

Source : Traitement des données par Xlsat

A ces résultats on peut ajouter que de façon général peu importe le parcours thérapeutique choisi, les chefs dans chacun des secteurs a près de 70 % en moyenne estiment que les formations sanitaires publiques présentent des insuffisances sur le plan de l'hygiène. Environ 80 % les trouvent sous équipées.

En somme, beaucoup de similitudes sont observables dans les réponses fournies par les ménages ayant recours aux formations publiques et ceux qui ne les sollicitent pas. Les chiffres obtenus ne permettent pas de réellement les distinguer. Le recours aux inférences statistiques nous permettra de mieux les caractériser en mettant en évidence les variables influençant l'option de recours aux structures publiques.

2.2.1. Traitement des résultats par analyse bi variée : le recours au test de khi²

Pour apprécier la dépendance entre l'option de recourir à la formation sanitaire publique et les paramètres socio démographiques et économiques susceptibles d'influencer cette option, une analyse bi variée par le test de khi² a été exécutée au seuil de significativité de 5 % (0,05).
Les résultats du test sont inscrits dans le tableau 2.

Tableau 2. Récapitulatif des résultats du test de khi²

Variable dépendante	Variables indépendantes	valeur p-value	Interprétation
Option de recourir à la formation sanitaire publique	Accueil	0,001	p-value inférieure à 0,05
	Temps d'attente	0,007	
	Secteur de résidence	0,027	
	Frais de transport	0,04	
	Profession	0,119	p-value supérieure à 0,05
	Orientation et consignes pour la prise des médicaments	0,127	p-value supérieure à 0,05
	Nombre de personnes par ménage	0,137	p-value supérieure à 0,05
	Revenu des chefs de ménages	0,155	p-value supérieure à 0,05
	Perception performance privée	0,215	p-value supérieure à 0,05
	Situation matrimoniale	0,253	p-value supérieure à 0,05
	Perception équipement structure	0,262	p-value supérieure à 0,05

	traditionnelle		
	Age du Chef de ménage	0,326	p-value supérieure à 0,05
	Perception du temps de consultation	0,33	p-value supérieure à 0,05
	Perception de l'hygiène des structures de médecine traditionnelle	0,449	p-value supérieure à 0,05
	Perception de la compétence des médecins	0,479	p-value supérieure à 0,05
	Perception de la performance de la formation sanitaire publique	0,504	p-value supérieure à 0,05
	Niveau d'instruction	0,527	p-value supérieure à 0,05
	Perception de la performance de la structure traditionnelle	0,53	p-value supérieure à 0,05
	Présence de formation sanitaire publique dans le quartier	0,543	p-value supérieure à 0,05
	Assurance	0,561	p-value supérieure à 0,05
	Dépenses des chefs de ménages	0,633	p-value supérieure à 0,05
	Sexe du chef de ménage	0,687	p-value supérieure à 0,05
	Distance séparant les formations sanitaires publiques des domiciles	0,697	p-value supérieure à 0,05
	Perception du niveau d'équipements des formations sanitaires publiques	0,826	p-value supérieure à 0,05
	Perception de l'hygiène des formations sanitaires publiques	0,826	p-value supérieure à 0,05
	Motif de consultation	0,833	p-value supérieure à 0,05
	Religion	0,846	p-value supérieure à 0,05
	Nombre d'enfants	0,855	p-value supérieure à 0,05
	Perception des structures sanitaires privées	0,91	p-value supérieure à 0,05
	Perception de l'hygiène dans les formations sanitaires privées	0,96	p-value supérieure à 0,05

Source : Traitement des données par Xlsat

- Pour p-value supérieure au seuil de 0,05 : on conclut que la liaison entre la variable dépendante et la variable indépendante n'est pas significative.
- Pour p-value inférieure au seuil de 0,05 : on conclut que la liaison entre la variable dépendante et la variable indépendante est significative.

Il ressort de cette analyse que les variables les plus significatives à même d'expliquer les options de recours à une formation sanitaire publique sont : l'accueil, le secteur de résidence, le temps d'attente avant réception, et les frais de transport.

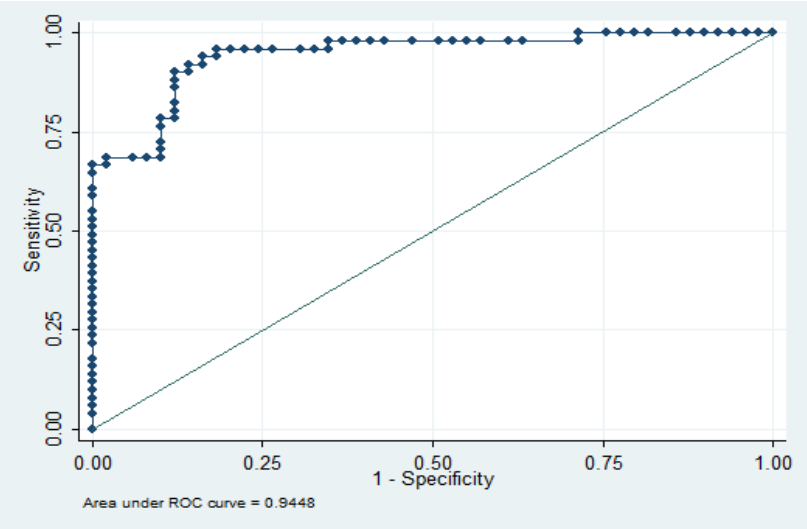
2.2.2. Traitement des résultats par analyse multi variée : le recours à la régression logistique

Le modèle de régression logistique multi variée sollicité a pris en compte l'ensemble des variables indépendantes. La régression logistique permet d'identifier mis en ensemble, la ou les variables les plus explicatives. KOUASSI K.V. et al (2014) avaient fait usage de ce modèle statistique pour évaluer les facteurs influençant la sortie des patients vivant avec le VIH du circuit de traitement en Côte d'Ivoire. AMINOT I., et DAMON M.N., (2002) ont eux aussi présenté l'intérêt de cette méthode d'analyse multivariée.

Dans le cadre de cette étude, la modélisation par régression logistique réalisée est globalement significative avec une p-value égale à 0,000 < 0,05. La sensibilité obtenue est de 90,2 %. Elle définit la probabilité de détecter à partir de notre modèle les individus qui ont pour premier recours des structures sanitaires publiques en cas de problème de santé. Quant à la spécificité qui est la probabilité pour le modèle de détecter les individus n'ayant pas pour premier recours des structures sanitaires publiques en cas de problème de santé, elle est de 85,71 %. Le modèle a donc une bonne sensibilité.

Dans l'ensemble, le modèle fait une bonne classification avec un taux de restitution de 88,0%. Nous remarquons aussi que la courbe ROC (*Receiving Operating Curve*) de notre modèle présente une aire de 0,9448 comme l'indique le graphique 1. Avec une aire comprise entre 0,9 et 1, le modèle fait une bonne discrimination entre les deux sous populations en présence dans cette étude.

Graphique 1. Présentation de la courbe ROC



Les variables les plus pertinentes mises en exergues par le modèle sont :
- la commune de résidence du ménage ;
- le nombre d'enfants du chef de ménage ;
- le nombre de personnes pris en charge par le chef de ménage ;
- le revenu mensuel du chef de ménage ;
- les dépenses du ménage ;
- la distance entre le ménage et le centre de santé ;
- l'appréciation de l'accueil du ménage face au personnel de santé (relation patient prestataire).

Nous remarquons qu'aux quatre variables déjà mis en exergue par le khi², s'ajoutent le nombre d'enfants et de personnes pris en charge par le ménage, le revenu et les dépenses du ménage et la distance parcourue pour atteindre un centre de santé.
Le modèle a abouti aux observations suivantes :
- un ménage du secteur Centre a 42,7 fois plus de chance à avoir comme premier recours les structures de santé publique en cas de problème de santé qu'un ménage des secteurs Ouest et Est ;
- un ménage qui possède plus d'enfant a moins de chance à avoir comme premier recours les structures de santé publique en cas de problème par rapport à un ménage qui n'a pas d'enfant ;
- les ménages qui ont un revenu supérieur à 30 000 F CFA par mois ont une forte chance à avoir comme premier recours les structures de santé publique en cas de problème de santé par rapport au ménage disposant moins de 30 000 F CFA comme revenu mensuel.

3. DISCUSSION

Ces vingt dernières années la pauvreté a été identifiée comme le facteur limitant l'accès aux services de base en Côte d'Ivoire. Les ressources des ménages ont été identifiées comme le facteur accélérant la marginalisation sociale et la mise à l'écart d'une certaine classe de citadins de services vitaux comme la santé (DSRP, 2009). A ce propos, la progression constante à Abidjan depuis 2002 de l'indice de pauvreté confirme la persistance de la paupérisation et le mauvais encadrement sanitaire.

En nous intéressant à la thématique du recours aux formations sanitaires publiques, notre objectif était de mettre en évidence l'impact des conditions de vie sur le parcours

thérapeutique des ménages. Ne pouvant prétendre étudier le tout Abidjan, nous avons considéré 5 des 10 communes de la ville toutes situées dans sa partie Nord. Faute de base de sondage récente et actualisée sur les ménages, nous avons opté pour une approche méthodologique non probabiliste qui a conduit à établir un échantillon par choix raisonné. Cette perspective a le mérite de produire un premier niveau de données sur la problématique étudiée. Pour des recherches futures, le recours à une approche probabiliste pourrait élargir la taille de l'échantillon et fournir de nouvelles informations. C'est aussi pour nous le lieu de noter les difficultés rencontrées au moment de nos enquêtes, en effet du fait du contexte post crise et des stigmates laissées par le conflit post-électoral de 2011, les populations se sont montrées réticentes et quelque fois hostiles. Nonobstant ces quelques écueils notre étude a pu se tenir et a abouti aux présents résultats que nous discutons maintenant.

Au vu des résultats obtenus, le recours aux formations sanitaires publiques est influencé par des paramètres économiques et sociodémographiques. Ceux-ci sont parvenus au stade actuel de notre recherche à expliquer les options de recours aux formations sanitaires publiques. Au nombre de ces paramètres, la trop longue attente que subisse les patients avant d'être reçu, la qualité de l'accueil et la probité du personnel, le coût du transport, la taille des ménages, le revenu mensuel et les dépenses des ménages. Ces résultats confirment ceux de OUATTARA B. (2003) qui ont insisté sur les répercussions de la qualité d'accueil et du temps d'attente sur les distances à parcourir pour accéder à une formation publique. L'analyse par régression logistique a permis de montrer que la qualité d'accueil et la durée du temps d'attente sont les principaux régulateurs des distances. L'accueil est un paramètre important dans la façon dont les populations perçoivent les formations sanitaires publiques en termes d'efficacité et de soutien. Les répercussions d'un mauvais accueil peuvent impacter la distance parcourue et le coût du transport. En effet, pour cause de mauvais accueil un patient peut éviter un centre de santé plus proche pour se rendre à une structure plus éloignée où les conditions d'accueil lui sont favorables (PNUD, 2000). Une structure sanitaire où les patients ne sont pas reçus avec diligence ne peut être attractive. La quête du bon accueil peut ainsi allonger la distance parcourue et augmenter les frais de transport (OUATTARA B., 2003). Car plus la distance est grande plus le tarif est élevé. De la même façon, le temps d'attente peut aussi avoir le même impact sur la rationalité du patient et l'obliger à parcourir une distance plus grande et à dépenser ainsi plus d'argent pour le transport.

La longue distance parcourue peut aussi être le corollaire d'une faible représentation des formations sanitaires dans les quartiers. Ce déficit peut aussi contraindre les populations à aller loin de leur habitation pour consulter un médecin dans une autre formation sanitaire publique (LOBA A., 2009).

Du fait du contexte de récession économique, le rallongement des distances a un impact économique difficilement supportable par les ménages. Les ménages enquêtés se sont en effet montrés plus sensibles aux prix du transport et ce dans les trois secteurs d'Abidjan Nord. Le niveau de revenu se présente comme un facteur restrictif aux soins (DSRP, 2009). L'étude a montré que la décision de recourir à un centre de santé publique est conditionnée par le niveau de revenu des ménages ; état de chose qui fragilise alors la situation des familles nombreuses. En effet, les résultats de la régression logistique ont établi une relation entre la taille des ménages et le recours aux formations publiques. Plus le ménage est grand, moins il y a de chance au vu du seuil revenu de 30 000 F CFA de solliciter la formation publique. Les populations les plus économiquement vulnérables courent ainsi le risque d'une marginalisation sanitaire accrue. On se demande alors s'il ne faudrait pas revoir à la baisse le coût de la consultation en ce moment à 2000 F CFA.

L'étude a aussi montré l'impact de la commune de résidence sur l'option de recourir à un centre de santé. Ce résultat met en cause les processus d'implantation des formations sanitaires publiques dans le cadre de l'urbanisation. La qualité de l'urbanisation peut impacter la disponibilité de l'équipement (HAUHOUOT A., 2002 ; REPCI, 2010). Le planificateur urbain au vu de la forte croissance que connait Abidjan Nord doit tenir compte de l'extension rapide du tissu urbain. A ce sujet Cocody et Yopougon sont des exemples patents, elles sont au nombre des communes dont les dynamiques spatiales sont les plus actives de la ville. L'étude a montré que les communes du secteur Centre offrent plus de possibilité d'accéder à une formation, et nous observons que ce sont des communes qui s'étendent le moins. En effet, le développement tout azimut des surfaces bâties n'est pas en adéquation avec la construction des formations sanitaires publiques. A l'arrivée, les populations de ces nouvelles extensions se retrouvent éloignées des formations existantes dans les anciens quartiers. Sur la question REPCI (2010) a indiqué que de nouveaux quartiers ont été construits sans que ne suivent les services et équipement de base.

CONCLUSION

Au terme de notre réflexion, il ressort principalement que l'option de recourir à une formation sanitaire publique en cas de maladie est fortement fragilisée par des paramètres socioéconomiques et par la qualité du service délivrée dans lesdites structures.

Sur ce second aspect la sensibilité des chefs de ménage manifestée à cet égard devrait interpeller le personnel médical. De notre avis, une révision du protocole d'accueil s'impose. Pour ce qui est de l'influence des paramètres socioéconomiques, la précarité des conditions de vie s'est révélée comme le principal handicap. Les planificateurs urbains devraient s'engager dans une réflexion qui aboutira à un rapprochement plus significatif des centres de santé des populations tant sur le plan de la distance géographique que des ressources économiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMINOT I., DAMON M.N., (2002): Régression logistique : intérêt dans l'analyse de données relatives aux pratiques médicales. In *: Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 33 n° 2 / avril-juin 2002*, Paris, pp 137-143.

DEMBELE A., (2010) : Réduction des inégalités et croissance économique en Côte d'Ivoire. UFR des sciences économiques, CIRES, Abidjan, 50 p.

DIPE (2006) : Annuaire des Statistiques Sanitaires 2001-2006. Ministère de la Santé, Abidjan, 329 p.

DIPE (2009): Annuaire des Statistiques Sanitaires 2007-2008. Ministère de la Santé, Abidjan, 242 p.

DRSP (2009) : Rapport de synthèse sur la pauvreté. Ministère du Plan, Abidjan, 199 p.

FLORIAN B., (1999) : Géographie de l'offre de soins et aménagement du territoire en Aquitaine. Université Paris-Sorbonne (Paris-IV), DEA, UFR de Géographie, Paris, 130 p.

GAVIN W., (1991) : Dynamique de la population et planification de l'éducation et de la santé. BIT, Genève, 85 p.

HAUHOUOT A., (2002) : Développement, aménagement, régionalisation en Côte d'Ivoire. EDUCI, Abidjan, 364 p.

KOUASSI K. V., COLY A., N'GUESSAN J., DOBE S., AGBO S., ZIMIN T., DOSSO Y., ACKAH A., TRAORE V., (2014) : Facteurs influençant la sortie des patients vivant avec le

VIH du circuit de traitement en Côte d'Ivoire. University Research, PEPFAR-USAID, Abidjan, 42 p.

LOBA A., (2009) : La problématique de la couverture en structure sanitaire dans la région des lagunes. In : *Revue de géographie et d'environnement Géotrope n°1*, EDUCI, Abidjan, pp 21-32.

OUATTARA B., (2003) : Analyse des facteurs influençant la demande de soins de santé dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire). CESAG, Dakar, 152 p.

PICHERAL H., SALEM G., (1992) : De la géographie médicale à la géographie de la santé : bilan et tendances de la géographie française (1960-1991). In *: Cahiers GEOS n° 22*, 45 p. http://www.documentation.ird.fr en ligne (consulté le 22/02/2014)

PNUD (2000) : Amélioration de l'accès aux infrastructures de base et aux services sociaux en Côte d'Ivoire. Abidjan, 68 p.

REPCI (2006) : Population et développement: défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire, Ministère du Plan et du Développement. Abidjan, 193 p.

REPCI (2010) : Urbanisation et développement en Côte d'Ivoire. Ministère du Plan et du Développement. Abidjan, 264 p.