



Représentation sociale et recours au système de santé publique au sud de la Côte d'Ivoire :

Une analyse à partir des données empiriques.

Traoré Kassoum & Fofana Memon

E-mail : sociologuefm@gmail.com

Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo (Côte d'Ivoire)

Résumé :

Le recours aux services de santé publique est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. C'est dans ce contexte que depuis la fin des années 1980, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans une dynamique de réformes du secteur de la santé qui a principalement concernée : (i) la mise en œuvre du « *recouvrement des coûts* » au niveau des services de santé publique tel que recommandé dans le cadre de l'Initiative de Bamako (IB), (ii) la fixation d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) la mise en œuvre du modèle d'organisation des services extérieurs de santé basés sur le district sanitaire tel que promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Parallèlement à ces réformes, plusieurs programmes verticaux ont été mis en place à travers le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) afin de faciliter le recours de la population aux systèmes de santé publique. Cependant, selon les statistiques de la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE), le taux de recours aux services de santé publique est faible et tourne autour de 20%. Ce taux de recours est l'un des taux les plus bas de la sous-région (MICS, 2006). Pendant ce temps, les indicateurs de santé restent inquiétants. C'est sur cette base que l'article tente d'analyser les perceptions que la population mobilise autour des services de santé publique notamment les représentations qui freinent l'expression d'un besoin ressenti. Au plan méthodologique, l'article repose sur une enquête qualitative, bien que la démarche de l'étude soit la combinaison d'une approche quantitative et qualitative, axée sur une analyse narrative et compréhensive.

Mots clés : recours, santé publique, perception de la population

Introduction

Après son indépendance, et en particulier la moitié des années 1970, du fait d'une croissance économique, le système sanitaire ivoirien a connu un essor important. Cet essor a ainsi favorisé une adéquation qualitative et quantitative entre l'offre de prestations sanitaires et les besoins des populations. L'État ivoirien répondait ainsi à l'une de ses vocations premières: protéger la santé individuelle et promouvoir la santé publique (Salem, 1993). Cependant, les réseaux de services de santé publique ainsi que ceux du privé et confessionnel mis en place, ne peuvent jouer ce rôle que s'ils sont effectivement utilisés par les populations en cas d'épisodes morbides.

En Côte d'Ivoire, les services de santé fonctionnels, disponibles restent largement l'objet de non-recours par les populations effectives (MICS12006). Cette remarque justifie que l'on s'attarde ici sur le sens attribué à la notion de "non-recours". La notion de non-recours sera appréhendée comme l'ensemble des relations, des significations et des représentations sociales dont les combinaisons font qu'en présence de pathologie, la population n'utilise ou n'exploite pas de façon potentielle et rationnelle les services de santé publique.

Les décennies 1960 et 1970 ont été marquées par une forte croissance économique dont a particulièrement profité le système sanitaire (DIPE, 2008). Un réseau de formation sanitaire s'est développé à travers le territoire national. Ce réseau était pourvu du personnel qualifié, résultat d'une politique volontariste de développement des ressources humaines. Durant cette période (1960-1970), le pays a opté pour la gratuité entière des soins de santé publique. Le financement reposait essentiellement sur le budget de l'État. Les médicaments étaient servis aux malades gratuitement. L'hôpital disposait d'une pharmacie en son sein qui était approvisionnée régulièrement par une institution nationale appelée pharmacie d'approvisionnement. Donc, au lieu d'une ordonnance comme c'est le cas aujourd'hui, le malade recevait après consultation du médecin un certain nombre de médicaments pour le traitement de sa maladie. Les frais d'hébergement ainsi que les frais médicaux d'examen, d'analyse et d'intervention chirurgicale étaient à la charge de l'État. Dans le même contexte, les populations parcouraient de longues distances pour se rendre dans un centre de santé. Malgré l'étroitesse du plateau technique et la distance géographique à cette époque, toutes les données montrent une augmentation importante du taux d'utilisation, les mesures d'accompagnement étant assurément centrales dans cette réussite². En effet, les taux de recours aux structures sanitaires étaient bien meilleurs qu'aujourd'hui.

Les années 80, marquées par la crise économique et les différents programmes d'ajustement structurel, ont été caractérisées par la réduction drastique des recettes publiques. La politique de gratuité à cette époque s'est avérée non seulement assez coûteuse pour les finances publiques mais encore porteuse d'un double déséquilibre d'une part, entre Abidjan et les villes de provinces et, d'autre part, entre les zones urbaines et les milieux ruraux. C'est ainsi que l'option de

¹ L'Enquête par grappes à Indicateurs Multiples

² Entretien avec la DIPE (Direction de l'information, de la planification et de l'évaluation)



gratuité a été progressivement abandonnée à partir de 1980³. L'Etat a donc décidé que la population contribue aux dépenses de leur propre santé. Les recettes ainsi recouvrées constituent les ressources propres pour les établissements et complètent le budget de l'Etat. Cette politique de prise en charge des frais sanitaires et médicamenteux par la population n'est pas toujours de nature à favoriser le recours aux services de santé de base pour les catégories sociales vulnérables et/ou pauvres qui représentent d'ailleurs la plus grande partie de la population ivoirienne. Le projet « *hôpital, ami des malades* » lancé en 2012 par le ministère de la santé traduit effectivement l'insuffisance de recours de la population aux systèmes de santé publique en Côte d'Ivoire. Dans ce contexte, il convient donc de s'interroger sur les perceptions sociales qui structurent le rapport de la population aux services de santé publique. Pour répondre à cette question l'étude a couvert les espaces urbains et ruraux des districts sanitaires d'Agboville, d'Adzopé et de Cocody-Anono (Abidjan). Les populations cibles sont le corps médical et para-médical, les populations (homme et femmes) qui résident dans les localités d'étude et les "guérisseurs traditionnels ou médecine traditionnelle. Les enquêtes de terrain ont privilégié la méthode d'analyse narrative (Grossetti et Barthe, 2008) et compréhensive mixant approches qualitative et quantitative. Cette méthode repose sur des entretiens fondés sur des entretiens narratifs ou, des enquêtés racontent leur parcours de soins. Des relances précises concernant les itinéraires thérapeutiques sont introduites de manière à en faire préciser les conditions d'accès. L'histoire est ensuite reconstruite et rédigée a posteriori par le chercheur. Cette méthode autorise à saisir et analyser l'activation de relations ou d'autres formes de médiations dans les processus de recours aux soins publics. Les entretiens ont été articulés autour de trois grandes thématiques libellées comme suit : la nosologie et l'étiologie de la maladie (i), les représentations mobilisées autour des systèmes de santé publique (ii), les logiques de recours aux soins publics (iii). Les données ont été renforcées au besoin par des entretiens au niveau des différentes institutions sanitaires que sont la DIPES, la DFR et DEPS.

1. La situation de recours des populations aux services de santé en Côte d'Ivoire

Les statistiques relatives à la Côte d'Ivoire et à certains de ses districts sanitaires illustrent bien le faible taux de recours de la population ivoirienne aux offres publiques de santé. Selon le récent rapport sur la situation sanitaire en Côte d'Ivoire (RASS, 1999-2008), le taux de recours aux structures sanitaires au plan national est de 26,3 %, de 22,5 % et de 21,1 % respectivement en 1997, en 1998 et en 2000⁴. Entre 1997 et 2000, le taux d'utilisation diminue en moyenne de 7,2 % tous les ans, même si cette évolution est inégale selon les régions sanitaires. Cette tendance à la baisse s'accroît en 2008 où le taux de recours est de 17,13 %. Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux est passé de 36,8 % en 1997 à 33,09 % en 2008 pour les hôpitaux généraux ; de 50,6 % en 1997 à 42 % en 2008 pour les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et de 60,5 % en 1997 à 44,5 % en 2008 pour les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). En somme, chaque année, le taux d'occupation des lits dans les structures sanitaires publiques diminue de près de 5 % (DIPE/SIG, 2006). Au plan régional, le taux de recours aux structures sanitaires a chuté de 19 % à 17,4 % en 1997 à 2000, à 13,98 % en 2008 dans la Vallée du Bandama. Dans le Worodougou de 22,6 % en 1997 ce taux est passé à 16,2 % en 2000 puis de 9,42 % en 2007 à 7,63 % en 2008. De 24,1 % en 1997 il est passé à 14,81 % en 2007 puis à 19,12 % en 2008 dans la Marahoué. Dans la région des Savanes, de 28,5 % en 1997 à 22,4 % en 2000 puis il est passé à 18,98% en 2008⁵. On remarque que les variations observées d'une région à l'autre ou d'un district sanitaire à l'autre donne le même constat. Au regard de ces données les acteurs de la santé estiment qu'en Côte d'Ivoire - tout particulièrement parmi les sphères dirigeantes et la coopération étrangère - que les services de santé construits, équipés et dotés en personnel à grand frais sont l'objet d'un recours en deçà de la moyenne espérée.

En revanche, l'Etat de Côte d'Ivoire a procédé à une démocratisation sanitaire par le rallongement du plateau technique allant jusqu'à la création des structures spécialisées, des Centre Hospitalier Régional (CHR), Centre de Santé Urbain (CSU), Centre de Santé Rural (CSR) et même des cases sanitaires. Toujours dans le soucis de favoriser l'accès aux soins de la population et créer aussi les conditions d'utilisation après l'arrêt de la gratuité, la Côte d'Ivoire a souscrit à divers objectifs et principes définis à des niveaux supranationaux : il s'agit de la déclaration d'Alma Ata en 1978 qui met en exergue les soins de santé primaire ; l'approche District en 1985 qui privilégie le développement de secteurs sanitaires basés sur une unité opérationnelle ; l'initiative de Bamako en 1987 centrée sur l'appel à la participation communautaire pour le développement sanitaire et en 2000, les Objectifs du millénaire pour la santé (OMS) issus des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Par ailleurs, en vue de motiver le personnel de la formation sanitaire, 20 % des recettes recouvrées sont distribués chaque année à titre de gratification, le reste étant affecté à un fond national de soutien à l'action sanitaire (CNS⁶, 2008). Pour l'atteinte de ces objectifs, l'Etat affiche l'ambition d'assurer une politique de soins équitables et de qualité accessible à l'ensemble de la population. En outre, le pays s'est doté, en 1996, d'un plan national de développement sanitaire (PNDS). Ce plan se focalise sur l'état de santé et le bien-être des populations, la mise en adéquation de l'offre des prestations sanitaires et des besoins essentiels de celles-ci c'est-à-dire, réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes de santé, améliorer l'efficacité globale du système et la qualité des prestations sanitaires, améliorer l'utilisation des services sanitaires et la promotion des soins de santé primaire par le paquet minimum d'activité (PMA). En ce qui concerne l'accessibilité aux structures sanitaires, au plan géographique, 54% de la population ivoirienne vit dans une localité disposant d'une structure sanitaire adéquate. 14 % vit à une distance de moins de 5 km, 15 % entre 5 et 10 km, 8 % vit entre 10 et 15 km, 5 % entre 15 km et 20 km. Seulement 4 % de la

³ Produit des entretiens réalisés avec la direction de la formation et de la recherche du ministère de la santé (DFR) et la DIPES en 2007

⁴ RASS (rapport sur la situation sanitaire) 1999-2000-2006-2008

⁵ Direction de l'information, de la planification et de l'évaluation (DIPE) MSP, RASS 99-2006

⁶ Compte National de la Santé



population vit à plus de 20 km (ACPCI, DRH/santé 2007)⁷. Au total, 68 % soit au moins 2 habitants sur 3 vivent, dans une localité possédant une formation sanitaire, ou n'en sont éloignés que de moins de 5 km. En plus, la Côte d'Ivoire a des ratios de médecins, infirmiers, sages-femmes et techniciens supérieurs par habitant proches des normes stipulées par l'organisation Mondiale de la Santé (MSHP, 2000). En effet, l'on compte aujourd'hui 01 médecin pour 5695 habitants, 01 infirmier pour 2331 habitants, 01 sage-femme pour 3717 femmes en âge de procréer et 01 technicien supérieur pour 13157 habitants contre un objectif de 01 médecin pour 6600 habitants et 01 sage-femme pour 6600 prévues par le PNDS⁸. Le ratio de couverture de la population en ESP⁹, hôpitaux publics et plateaux techniques s'améliore d'année en année et se rapproche des objectifs fixés par le PNDS (DRH/santé, 2006). Il en va de même des ratios de couverture en personnel médical et en personnel infirmier. Cette offre de soins satisfaisante est devenue plus performante, mais également plus technique et plus sophistiquée. Le nombre de spécialités et l'effectif actuel des médecins spécialistes en est une des expressions. En principe, cette évolution doit permettre de lever toutes les difficultés de recours aux soins et niveler socialement l'usage des structures de soins publics. Nonobstant les efforts de l'Etat, le taux moyen de recours aux services de santé tourne autour de 20%. Ce qui ressort dans le PNDS que le système de santé qui, malgré ses infrastructures imposantes, est resté peu performant au regard des faibles taux de recours enregistrés (PNDS, Tome 1) depuis 1997. En outre, selon le MICS¹⁰ (2006), le taux de recours aux services publics de santé de la Côte d'Ivoire est l'un des taux les plus bas de la sous-région.

2. Le recours aux services de santé publique comme un construit social dynamique

De prime abord, précisons que toute action est construction sociale. Par « *construction sociale* », entendons ici la représentation constructiviste dans la mesure où celle-ci montre la réalité sociale de quelque chose comme présence. La réalité dont il s'agit ici est le système de santé publique. Il s'agit d'examiner les rapports sociaux et leur logique propre de reproduction que la population mobilise désormais autour des services de soins publics. La logique de chaque rapport social engendre nécessairement une forme particulière de recours aux services de soins publics.

Dans cette partie, le rappel de la définition du concept de recours qui est loin de susciter l'unanimité tant chez les praticiens que chez les sociologues ou les spécialistes d'autres disciplines n'est pas abordé. Cependant, il est bon de préciser que le recours aux services de soins publics véhicule un ensemble de représentations qu'il est indispensable d'explicitier. La baisse significative du taux de recours et les conséquences qui en découlent est peut-être précisément liée à une idée de déconstruction sociale de la réalité sociale qu'est l'hôpital. Sur cette base et pour mieux rendre compte du problème, il est significatif d'appréhender les faits et les catégories de pensées que les acteurs mobilisent pour agir comme les produits d'une histoire et d'une relation sociale entre différents acteurs et non comme déjà donnés. Ainsi, l'analyse du recours aux services de santé publique sera appréhendée d'un point de vue socio-anthropologique en s'inspirant notamment des méthodes préconisées par Strauss pour étudier l'hôpital. En effet, pour Strauss (1992a), l'hôpital est modélisé comme un lieu dont l'ordre provisoire est le résultat de négociation ; réfutant « *l'image stéréotype du médecin élaborant à lui seul des protocoles thérapeutiques* » valable, selon, uniquement pour des maladies classiques au traitement bien connu. Strauss estime que les trajectoires médicales sont le produit complexe d'une élaboration collective. Ainsi, depuis leurs installations officielles en Côte d'Ivoire, il y'a plus d'un demi-siècle, les établissements sanitaires publics restent toujours en voie d'appropriation potentielle par les acteurs sociaux. En effet, la littérature mobilisée pour la présente étude révèle que les services de soins publics sont loin de représenter le recours potentiel de guérison souhaité par les autorités sanitaires, ceux-mêmes qui permettent aux sociétés de restructurer les conditions de leur propre existence. En dépit des politiques d'intention affirmées et réaffirmées depuis l'indépendance du pays, l'utilisation effective des services de soins publics reste encore un objectif à atteindre, dont les échéances sont sans cesse reculées. Les informations recueillies (observations et entretiens) ont permis, à cet effet, de constater que le non recours aux systèmes de santé public renvoie à un processus repérable à trois niveaux principaux.

2.1. L'hypothèse de la crise de "légitimité sociale"

Au regard des faits observés, on peut émettre l'hypothèse que le faible taux de recours aux services de soins publics est étroitement lié à ce qu'il est permis d'appeler « *crise de légitimité sociale* ». En effet, selon les enquêtés, le système de santé public est confronté à une crise de *légitimité sociale*. C'est-à-dire que la majorité des usagers ne se reconnaissent plus ou presque pas aux services publics de soins. Aussi, peut-on être surpris par ce constat lorsque l'on sait à quel point les services de santé sont critiqués par la population en ces termes « *Absence des médecins qui exercent en parallèle dans leur propre cabinet, médicaments en quantité insuffisante, surcharge de patients ou encore infrastructures vieillissantes, escroquerie des professionnels de santé, vente de médicaments dans les couloirs de l'hôpital public, sont autant de critiques dont l'hôpital est accusé*¹¹ ». Selon les résultats de l'étude, la crise de légitimité à laquelle est confronté le système de santé publique s'observe sous deux modalités:

⁷ Colloque sur l'accès aux soins, ACPCI (association des cliniques privées de CI), les cliniques privées de Côte d'Ivoire face aux enjeux de l'accessibilité aux soins, Abidjan-7, 8,9 novembre 2007

⁸ PNDS (programme national de développement sanitaire)

⁹ Etablissement sanitaire primaire

¹⁰ Enquête à indicateurs multiples

¹¹ Etienne Atta; quotidien, le Démocrate, N° 230- samedi 23-Dimanche 24 Juillet 2011



La première modalité se résume à *la monétarisation des rapports médicaux*. En effet, dans l'imaginaire des personnes enquêtées, l'hôpital est présenté non pas d'abord comme un lieu où l'on reçoit des soins dans des conditions d'accueil acceptable mais comme un marché "*Gouro d'Adjamé*"¹² où l'on discute du prix de biens marchands. Sur cet espace social situé au cœur de la commune d'Adjamé, district d'Abidjan, "l'argent" est au centre des rapports sociaux qui se construisent et se déconstruisent. Cette caractéristique de "*marché Gouro*" que les usagers attribuent aux services de santé publique est arrivée à « fétichiser » (rendre mystérieux) la réalité des soins hospitaliers même en période de gratuité ciblée. Dans ces conditions, l'hôpital ne sera attentif aux réalités anthropologiques que sont le malade et sa maladie que si et seulement si l'usager s'inscrit dans ce nouveau type de rapport. Cette affirmation est soutenue par les propos d'un enquêté en ces termes ; « *de nos jours dans ce pays, l'hôpital s'occupe des malades qui ont l'argent ou qui ont un parent bien placé et avec qui il peut manger. Même les médicaments qui sont gratuits, ils vont te vendre ça. Si tu donnes un cadeau à un agent de santé, il fera tout pour qu'on s'occupe de ton malade* ». Sur cette base, l'hôpital est perçu par les usagers comme une institution financière et non sociale, façonnant ainsi une étroite protection de la population. Le comportement différentiel que produit l'hôpital par la monétarisation des rapports sur la scène médicale est-il significatif dans le processus de recours ou non aux services de soins ? C'est pourtant ce que Boltanski (1971), semble indiquer en ces termes : « *La fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin et la qualité du « colloque singulier » évoluent quand on s'élève dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade. Ainsi les membres des classes supérieures qui appartiennent, par définition, à la même classe sociale que leur médecin ou encore au même « milieu » [...] entretiennent avec lui des rapports de familiarité. Ils peuvent déclarer qu'ils sont « en parfait accord avec leur médecin », ou « qu'avec lui le dialogue est facile » parce qu'ils parlent le même langage, ont les mêmes « habitudes mentales », utilisent des catégories de pensées similaires bref ont subi l'influence de la même « force formatrice d'habitudes » qui est en l'occurrence le système d'éducation* ».

A l'analyse, il est nécessaire d'affirmer que la nature de rapport observé sur la scène médicale vient briser les relations neutres qui devraient en principe structurer le rapport des usagers à l'hôpital ou aux médecins. Aussi, la fracture de cette neutralité est-elle arrivée à développer chez les usagers, des situations de non-recours aux soins publics, puisque cela les réincorporent dans une nouvelle relation dont la majorité n'ont pas les ressources nécessaires pour son fonctionnement. De plus, la baisse d'année en année du taux de recours aux services de santé publique fait prendre conscience que le modèle classique d'explication de cet état de fait semble ne pas être pertinent et qu'il faut reconnaître l'importance des interactions monétaires actuel à l'œuvre dans l'espace médical. Au regard de ce qui précède, il est impératif de préciser que pour faciliter le recours des usagers quel que soit leur position sociale, il faut restituer à l'espace médical la structure des lois. C'est-à-dire sa légitimité sociale donc un nouveau contrat social.

La seconde modalité est ce que nous avons appelé "*l'émergence des réseaux sociaux à l'hôpital*". Il s'agit de l'accès facile de l'usager aux soins médicaux ou aux médecins. Aux dires des enquêtés, le passage de l'usager aux médecins est de plus en plus adossé à un réseau social. Ce système de réseaux permet à l'usager de sauter un certain nombre de verrous (étapes) que pourrait rencontrer un usager dans le circuit médical. En effet, la manière dont sont formulées les règles du circuit médical interne aux établissements sanitaires ne peut être appréhendées sous un angle exclusivement médical, puisqu'elles engagent diverses formes de représentation du monde social, notamment à travers les principes d'équité et de justice sociale qui les sous-tendent. Sur cette question, il est bon de préciser que les opinions des enquêtés sont assez claires. Ainsi, 85,6 % des enquêtés attestent que les services de santé publique sont adossés aux "*système de faveurs*" (réseau social). Cette affirmation est confortée par les propos d'un enquêté en ces termes « *pour être reçu dans un hôpital aujourd'hui, il faut avoir un parent dans le métier sinon ton malade va mourir sous leur yeux* ». La majorité des enquêtés (85,6%) ont une évaluation négative de l'institution de santé publique à cause de l'émergence des faveurs sociaux. A l'analyse, il est significatif de préciser que le développement des faveurs sociaux entraine de fracturer progressivement le "slogan" « *je ne demande ni ton nom, ni ta race, ni ta religion, dis-moi quel est ton mal* » qui caractérise la conscience individuelle et collective de l'hôpital. Les propos d'un interviewé confirment cette attitude en ces termes « *quand tu viens avec ton malade à l'hôpital aujourd'hui, si tu ne connais personne dans le métier, tu ne trouveras pas de lit pour ton malade, il sera couché à même le sol, on ne s'occupera pas de lui tant que tu ne connais personne. Si tu n'as pas les moyens financiers aussi, là ça devient grave* ». Sur la base de ces données l'on peut dire que l'utilisation des services publics de soins est accordée en général sur un réseau social, mais la construction du réseau est difficile. Or donc "*Connaître*" quelqu'un dans une structure de soin de santé est une garantie d'un meilleur accès, d'un meilleur accueil, d'un meilleur traitement médical et donc de meilleurs soins. Pour les personnes qui sont dépourvues de tels réseaux sociaux, on mobilisera des stratégies pour construire un lien social personnel avec un membre de la structure. Dans ce mode de fonctionnement, les acteurs qui n'ont pas la capacité de mobiliser des ressources pour se construire un réseau social à l'hôpital développeront un jour ou l'autre des comportements de non-recours. Aussi, le mode de structuration d'un individu, lorsqu'il est corrélé à une précarité de réseau social, et une méconnaissance des stratégies de construction de réseau, devient-il un handicap majeur pour l'utilisation de soin. En effet, un patient reçu selon les normes, écouté et réconforté se sent confiant, à plus de chance d'appliquer un traitement et de recourir une autre fois à la structure de santé parce qu'il devient un usager potentiel. Par contre, un ou des acteurs déçus parce que ne disposant pas de ressources sociales ou des connaissances ne reviendront plus, sauf urgence, lorsque le cas devient désespérant. Ces personnes seront à la marge du système public de soin dans la mesure où elles ne disposent pas de ressources sociales permettant leur positionnement dans le champ thérapeutique public, ce qui peut déboucher sur une crise de confiance. Dans un contexte de volatilité du slogan « *je ne demande ni ton nom, ni ta race, ni ta religion, dis-moi quel est ton*

12 Le marché Gouro est le plus grand marché de la commune d'Adjamé du District d'Abidjan. C'est un espace d'échange de bien et d'objet de valeur.



mal» fondée sur une relation neutre entre usager et l'hôpital, et de son remplacement progressif par des relations codées, obligation est faite de valoriser un nouveau contrat social afin de stimuler les usagers à recourir à l'hôpital.

Toute cette situation contribue à renforcer davantage l'inégalité dans l'accès aux soins. Certes, l'inégalité sociale est une réalité partagée au monde, cependant, il est temps d'agir correctement sur la scène médicale pour réduire significativement celle-ci et favoriser le recours de tous aux soins de santé publique. En conclusion, l'on comprend que la crise de légitimité à laquelle le système de santé est confronté s'accompagne d'un comportement de non recours ou tardif aux soins de santé. La légitimité sociale devient alors un principe moteur et lubrifiant du recours aux services de santé. Et c'est sous ce rapport que la restauration de cette confiance devient une activité centrale pour l'hôpital.

2.2. Le poids de la dépendance financière et de l'influence du "grain"

Contrairement au premier déterminant décrit, on observe des comportements de non-recours aux soins de santé publique fabriqués par une *dépendance financière* et une *l'influence des "grain"*. Sur le plan financier, la dotation financière du malade et/ou de ses parents a été identifiée comme un facteur de recours ou non aux soins de santé publique en raison de la dépendance sur laquelle elle peut déboucher. Et l'écart entre revenu et coût de santé suffit à observer un non recours total aux soins de santé publique. Cette affirmation transparaît dans les propos d'un enquêté en ces termes « *les temps sont difficiles, on cherche juste à manger, avec ces temps d'ur ou l'on ne gagne même pas le quotidien, l'hôpital ne peut pas être dans notre répertoire même quand tu es malade* ». En outre, l'étude a pu constater que la constitution du revenu du ménage se construit à travers une stratégie qu'ils appellent « *molo-molo* » ou encore « *un peu-un peu* ». Ce processus de qualification des activités génératrices de revenus est un signe de faible revenu des enquêtés. Ainsi, l'instabilité du mode de vie et des activités exercées pourrait expliquer le non-recours à l'hôpital, car il faut bien avoir « *quelque chose en poche pour le quotidien* ». Audibert et Roodenbeke (2005), ne disent pas autre chose lorsqu'ils montrent l'existence d'un lien étroit entre le faible recours aux soins de santé et la pauvreté individuelle et/ou collective de la population. Ils soutiennent qu'ils existent une corrélation étroite entre le recours aux offres publiques de santé et le coût que cela implique en termes de transport, d'achat de soins, de consultation et d'hospitalisation. Ces résultats impliquent que les usagers à faible capacité économique visiteront rarement l'hôpital. En Côte d'Ivoire, le financement des soins de santé est en grande partie, directement supporté par les ménages qui ne disposent que d'une protection financière limitée contre les dépenses liées à l'utilisation des services de santé. La précarité de la situation du champ d'étude et le fait que des familles entières dépendent souvent du salaire de quelques-uns, sont pour beaucoup d'enquêtés (56%) un frein au recours aux soins modernes de santé. Pour corroborer ce constat, les statistiques officielles indiquent que seulement 15 à 20% de la population nationale sont en mesure de payer régulièrement des services de santé publique (PNUD, 1997). Dans ces conditions les pratiques médicales non officielles, facilement accessibles, et peu coûteuses constituent pour la population une alternative incontournable. Cependant, il faut souligner, sur la base des observations, que le recours ou non aux soins de santé n'est pas seulement qu'une dépendance financière. En effet, 54,67% des enquêtés affirment que « *tout n'est pas financiers* » et que « *les hommes sont autre chose que l'argent* ». « *Si tu sais que les gens sont humains envers toi à l'hôpital, sans affaire de relation ni escroquerie, tu peux faire tout possible pour trouver l'argent des soins* ». Toutefois, une attention particulière doit être portée à la dotation économique des usagers car la baisse des coûts de prestation des soins publics est censée ouvrir à chaque usager un espace de soin au sein de l'hôpital.

L'influence des "grain" sociaux et/ou de l'entourage, apparaît comme un point central dans l'analyse de la présente étude car il a été fréquemment évoqué dans les entretiens. En effet, la prise de décision de recours ou non aux services de santé intervient en interaction avec un vecteur social, selon les enquêtés qui se présente ici toujours dans une optique d'appréhension des facteurs de recours ou non des soins.

Ainsi, les données des entretiens révèlent que l'existence de "grains sociaux" dans les lieux géographiques de l'étude exerce une influence sur le choix de recours ou non aux services de santé publique. Au regard du fonctionnement des acteurs, l'on peut affirmer que les "grains sociaux" ont une dimension d'affiliation et constituent pour les membres un lieu de confiance qui fonctionne comme un assaisonnant. Son système de fonctionnement est de type communautaire. L'une des fonctions essentielles que les répondants donnent aux "grains" est qu'ils constituent, au-delà des causeries et d'échanges, un lieu d'entraide sociale défini par la communauté et produit diverses plus-values médicaux (conseils thérapeutiques, etc.), matérielles (économique, financières) et immatérielles (sociales, politiques). La finalité des "grains" n'est pas axée uniquement sur les causeries autour du thé mais prend en compte les différentes dimensions du renforcement des liens sociaux. Elle est capable de détourner les individus des services de soins publics.

De l'avis des enquêtés, les "grains sociaux" incitent à la générosité, à l'assistance, aux conseils thérapeutiques et à l'investissement dans le capital de relations social. En effet, pour 59,13% des enquêtés, leurs premiers recours thérapeutiques ont été conseillé par les membres de leur "grain". Ces grains se construisent, pour les jeunes, autour du thé, ou dans les "Bandjidromes"¹³ tous les jours à 17h. Pour les personnes âgées, c'est chez le chef du quartier après le diner. D'autre type de grain se construit dans les mosquées le plus souvent avant la prière de 18H30 communément appeler "fitri" ou "magrib" ou entre cette prière et la dernière prière musulmane du soir appelée "sagafo" ou "icha". 78,16% des acteurs qui animent ces "grains" ont un niveau d'étude primaire.

Ces points de rencontre qu'ils appellent "grain" à le monopole des solutions de préférence face à la maladie et autres problèmes sociaux. Ce qui est en jeu, c'est la recherche des voies pour préserver la santé des membres car disent-ils « *c'est en exposant tes problèmes, que cela soit maladie ou autre problème venant de toi ou un membre de ta famille au*

¹³ Le bandji, est une boisson locale alcoolisée extrait du palmier. Le Bandjidromes constitue le lieu de vente et de partage du bandji.



grain qu'on trouve solution. Si quelqu'un a déjà eu la maladie que tu as, facilement, il te dit ce qui l'a soigné. Si c'est l'hôpital, tu vas laba, si c'est africain ou les comprimés que les femmes vendent, tu vas payer pour te soigner aussi ». Le conseil thérapeutique lors de la maladie est l'une des manifestations les plus tangibles de l'influence de "grain". En effet, plus de 50% des recours à l'automédication (médicament de rue) sont décidés collectivement contre moins de 25% des recours aux systèmes de santé publics. Cela est soutenu par les propos d'un professionnel de santé moderne enquêté en ces termes « les pratiques de soins non officielles des usagers sont le plus souvent dictée par leurs amis ou leur connaissance, en groupe ils se donnent des conseils sur les pratiques de soins, ces conseils sont plus souvent liés aux pratiques profanes ». Le facteur "grain" est étranger dans le discours d'identification des déterminants aux soins de santé publique dans les milieux ruraux d'Afrique pourtant assez marquée par une influence sur les décisions thérapeutiques des usagers. Le traitement de la maladie étant lié à un système de vie, les "grains sociaux" fédèrent un champ large dans lequel les acteurs, préoccupés à trouver un traitement, trouvent la jonction de leurs pratiques thérapeutiques. La concertation des membres de son "grain" selon la terminologie locale vise principalement à surmonter les obstacles posés par le problème médical et par l'accès aux soins jugés efficaces. A cet effet, plus de 76% des enquêtés interrogés ont confirmé qu'ils cherchent des conseils avec les membres de leur "grain" d'appartenance avant d'amener leur malade dans telle ou telle structure de soins. Car disent-ils, « C'est le lieu où on se repose, on cause pour oublier notre fatigue, mais c'est aussi le lieu de dire son mal pour qu'on te donne une solution de soins car la maladie n'est pas fait pour cacher, il faut dire à tout le monde et tu auras médicament ».

Ce fait évoque la prégnance de la solidarité dans la structuration des actes thérapeutiques. Ainsi, dans la réflexion sur les facteurs de transition des comportements sanitaires, les "grain" sont à considérer comme des moteurs de diffusion de normes, d'idées et de pratiques susceptibles d'entraîner l'adoption de pratiques thérapeutiques non conformes aux attentes des autorités sanitaires. Généralement, les recours de soins que le "grain" conseil ne débouche pas sur les services de santé publique. Le recours à ses services modernes se fait lorsque le cas devient désespérant. Ce enquêté ne dit pas autre chose lorsqu'il dit « nous, on conseil les comprimés que nos mamans vendent au marché et le médicament traditionnelle ». L'émergence des "grains" méritent, à ce titre, d'être prises en compte, en tant qu'indicateur de l'exposition des usagers à des pratiques thérapeutiques non officielles.

3. L'hypothèse de la diversité des modèles de guérisons

La diversité des modèles de guérisons observée çà et là ne va pas de soi et interpelle la réflexion scientifique. Cette pratique sociale historique et tourmentée est en effet au centre des constructions idéologiques qui accompagnent le recours ou non aux services publics de santé moderne. Elle insuffle des contenus et des sens à valence plus ou moins négatives dans les processus d'utilisation optimale des services de soins publics.

Les observations ont permis de constater que cette pratique accusatrice de l'utilisation des services publics de soins se remarquent partout et à toutes les échelles médicales du milieu d'étude. Ainsi, l'émergence de la pluralité thérapeutique observée sur le terrain, et les résistances conscientes ou inconscientes de recours aux soins publics qu'elle suscite, ravive aujourd'hui très fortement le faible taux d'utilisation des soins publics. Cette affirmation est soutenue par les propos de cet enquêté en ces termes « c'est parce qu'on a nos façons de nous soigner que l'hôpital est sollicité au dernier moment, il y'a encore les comprimés moins chères que nos mamans vendent sur les marchés, et sa soigne bien ». En plus, l'étude a permis de repérer que les oppositions de sens et de signification de guérison entre l'hôpital et les autres formes de soins non officiels participent à la construction du non recours aux services de soins publics. De ce point de vue, il est bon de revenir sur les rapports sociaux concrets et leur singularité, dans l'optique d'éclairer la pluralité thérapeutique en jeu et leur concomitance d'autant plus que les implications idéologiques participent à la construction du recours ou non aux soins de santé publics. A cet effet, les observations ont permis d'appréhender une dichotomisation des rapports sociaux que les individus des milieux ruraux et urbain mobilisent autour de l'hôpital. C'est qu'en cas d'épisode morbide, les usagers sont mis en ballotage entre recourir à l'hôpital ou aux services de soin non officiel. C'est-à-dire que tantôt ils attribuent la confiance à l'hôpital tantôt ils lui retirent cette confiance selon les enjeux idéologiques du moment. Cette dichotomisation des rapports sociaux est parfois soutenue par une production idéologique et mythologique irréductible à chaque communauté, où l'étiologie et la nosologie de la maladie sont éloignées de toutes logiques biomédicales. Par exemple, à Rubino, village Abbey, situé à 60 km d'Agboville au sud de la Côte d'Ivoire, il a été rapporté que « lorsqu'une femme enceinte voie le cadavre d'un chat, elle mettra au monde un enfant chétif (malnutri) ». Ainsi, l'étiologie et/ou la nosologie de la maladie liée à la mauvaise nutrition sera orienté sur le fait que la mère de l'enfant a vu le « cadavre d'un chat » durant la grossesse. Et cette conception étiologique de la maladie suffira pour rompt le recours à l'hôpital puisque le point de départ de leur raisonnement est le rejet de la rationalité biomédicale. En outre, de l'avis des enquêtés « verser quelque goutte du lait maternel dans les yeux de l'enfant constitue un remède efficace contre toutes les maladies liées aux yeux de l'enfant ». Autant de discours sécuritaires mais fatalistes qui perturbent le recours effectif aux services de soins publics. Au regard du fonctionnement des populations, les cadres logiques de production nosologique et étiologique de la maladie élaborés et qui perturbent le recours effectif aux soins publics, sont adossés à la vision du monde individuelle et/ou communautaire. Et c'est ce que démontrent, les travaux de Memon F. & Dayoro A. K. (2014). Selon Memon F. & Dayoro A. K. (2014), la vision du monde constitue le noyau dur du recours aux services de santé publique. Ce nouvel déterminant socio-anthropologique oriente symboliquement les pratiques médicales des usagers et opère une conversion notable vers les voix thérapeutiques non officielles. En tout état de cause, il est important de souligner que : si à un moment donné, il y a certains individus qui "se réfère à la médecine moderne" et qu'on a l'impression que d'autres ne le font pas, c'est justement parce que la rationalité humaine est limitée par de multiples contraintes cognitives et symboliques (Raymond Massé, cité par Seri Dedy, 2010). Selon, Memon F. & Dayoro A. K. (2014), si une communauté donnée ou une personne a une lecture biologique de la réalité cosmologique, c'est-à-dire une réalité qui s'explique, s'interprète et soumise aux principes de la rationalité, elle aura une définition moins globalisante de



la maladie/santé. Les modèles interprétatifs et explicatifs de cette communauté seront dominés par la rationalité médicale. Tout simplement parce que le filtre culturel de celle-ci lui interdit inconsciemment d'accepter certains diagnostics et certaines étiologies. Conséquemment, le recours thérapeutique de cette communauté ou cet individu est orienté vers les agents de la médecine moderne. Par contre, si le mode de structuration de la réalité sociale d'une personne ou d'une communauté donnée montre que cette réalité est structurée de forces maléfiques et métaphysiques qui donnent la maladie/santé, cet individu aura moins tendance à s'en remettre à la biomédecine seule. Tout simplement, parce que sa lecture de la réalité sociale échappe à la question de la rationalité et elle n'interfère pas (ou peu) avec le niveau de connaissance biomédicale. Ainsi, les significations et les causes qui sont imputées à la maladie sont dominées par les variables exogènes et la rationalité populaire. Le médecin, dans ces conditions n'est pas celui qui prend à lui seul en charge la santé et la maladie, ce qui fait chuter le taux de recours aux services de soins publics. Deux faits majeurs renforcent bien cette affirmation. Il s'agit « d'une jeune malade sur le point d'être transférée à l'hôpital d'Abengourou (Côte d'Ivoire) mais qui fut empêchée à la suite d'un diagnostic établi par les "Komian" ; "la maladie n'est pas pour l'hôpital" affirment-ils. Et l'ambulance se retourna à Abengourou, abandonnant la malade qui mourût quelques heures plus tard »¹⁴. Le second fait est le cas d'un élève de 9ans « atteint de la méningite, cet enfant a été conduit chez les Komian ou il resta 11 jours dans le coma. Devant l'échec de la science des "Komian" les parents se tournent vers l'infirmier qui réussit à faire sortir l'enfant du coma...transféré à Abengourou, il se porte bien aujourd'hui »¹⁵ On imagine bien ce qui serait arrivé si l'enfant n'avait pas été confié à l'infirmier. Ces deux faits consolident la thèse selon laquelle que c'est à travers la mise en pratique du discours de la vision du monde que les usagers construisent leur rapport avec l'hôpital. Les entretiens ont permis de savoir qu'aux premières heures de la maladie, ce discours déconstruit le discours biomédical. Aujourd'hui avec l'élargissement, la massification et l'uniformisation de tous les rapports socioculturels, les sociétés ivoirienne en général et les sociétés des zones d'étude en particulier sont devenues une société en « ballotage ». C'est-à-dire que tradition et modernité s'entremêlent dans une dynamique telle qu'en ce qui concerne le recours thérapeutique, c'est un mélange de tout. De ce qui précède, l'on comprend que les mécanismes de recours aux soins sont multiples et parfois simultanés, oscillant entre tradition et modernité et qui vont de pair avec la vision du monde en vigueur dans la communauté. En effet, en cas d'épisode morbide, l'acteur met en œuvre des stratégies conformes à sa "vision du monde" au double sens Wébérien de rapport aux fins et aux valeurs. Sur cette base, un intérêt grandissant doit être accordé à l'analyse de la dynamique de la vision du monde et à leur rôle dans la capacité des populations à recourir ou non aux services publics de soins.

Conclusion :

L'étude avait pour but d'apporter des éléments de compréhension aux faibles taux de recours aux soins de santé publique, malgré tous les efforts engagés pour la valorisation de l'offre de soins de santé. De façon claire, elle visait à capter les différentes perceptions que les usagers de soins mobilisent autour des services de santé. Il ressort des résultats de l'étude quelques constats majeurs. L'émergence de réseaux sociaux et de la monétarisation des rapports médicaux ont été classées par l'étude comme des stimulants aux comportements de non-recours aux soins. Cette situation a été renforcée par les "bouches à oreilles" disent-ils. En effet, l'être humain est un être social qui partage son existence avec les autres. Dans ce faisceau de relations, il échange toutes informations dont celles sur les services de santé publique avec son semblable dans la sphère sociale ou professionnelle.

L'étude a démontré que la globalisation des rapports sociaux à travers les "grain" intervient également dans la fabrication des comportements de non-recours aux soins publics. Ainsi, pour une frange importante de la population enquêtées, au niveau de l'utilisation des soins, les "grain" restent un moyen d'échapper aux médecins pour des soins publics. La dépendance financière est également un stimulant de non-recours. Mais à ce niveau, il faut préciser que la finance n'a pas été indiquée comme un élément majeur de recours ou non aux soins. Autrement dit, la dotation économique n'est pas condescendant du recours aux soins.

L'adoption d'une conduite thérapeutique est le résultat d'un processus de décision complexe. Ce processus repose à la fois sur des caractéristiques propres à l'individu mais aussi sur celles de sa communauté et de ses référents sociaux. Ce processus complexe qui est à la base de la variété des soins de guérison freine le recours potentiel aux services de soins publics. C'est ce que l'étude a appelé la "vision du monde". En définitive, le recours aux services de santé publique a été identifié comme une construction sociale qu'il faut analyser comme telle.

Bibliographie :

1. Audibert M. & alii, 2004. *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, déc. Lyon, p. 22.
2. Aye M., 2000. Capital social, logiques de solidarité et accès aux soins de santé modernes en *Afrique subsaharienne*, Philosophia Doctor (Ph.D) en santé publique, Université de Montréal.
3. Berrou J.P. et Gondard-Delcroix, C. (2010) *Réseau social et accès aux ressources dans la trajectoire d'entreprises informelles: récits de vie d'entrepreneurs à Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso)*, Cahier du GREThA, N° 2010-09, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

¹⁴ Le fait à été rapporté par le professeur Dedy Seri, socio-anthropologue, IES-Université Cocody-Abidjan

¹⁵ Les récits ont été rapportés par le professeur Dédy Séri, socio-anthropologue, IES-Université Cocody-Abidjan



4. Franckel A., 2004. *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : cas des enfants fébriles à Niakhar*, Université Paris X-Nanterre
5. Grossetti M. et Barthe J.F. (2008) : *Dynamique des réseaux interpersonnels et des organisations dans les créations d'entreprises*. Revue Française de Sociologie, 49 (3), pp. 585-612.
6. Jean-Luc. R., 2001. *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture d'Ouessé*, Université de Neuchatel.
7. Memon F. et Dayoro A., 2013. « *Le recours aux systèmes de santé publique en Côte d'Ivoire : une approche par le noyau dur dans le district sanitaire d'Agboville* », Rev. ivoir. Anthropol. sociol. KASA BYA KASA, n° x, 20xx EDUCI 20xx p7-18
8. Ministère de la santé et de l'hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire, 2000-2006. *Rapport sur la situation sanitaire des années 2000-2006*. Abidjan, Nov 2008, direction de l'information, de la planification et de l'évaluation.
9. Ministère délégué auprès du Ministère de la solidarité chargé de la santé de la république de Côte d'Ivoire, 2002. *Rapport sur la situation sanitaire des années 1999-2000*, Abidjan, Nov 2002. Direction de l'information, de la planification et de l'évaluation.
10. Rodé A., 2010. *Le non-recours aux soins des populations précaires : construction et réception des normes*. Thèse de doctorat 288-378pp
11. Séry D., 1991. *Représentations de la maladie, connaissances et attitudes des africains face au fléau du sida : le cas de la Côte d'Ivoire*. Communication à la Conférence « Femme, Famille et Population » Ouagadougou-Burkina Faso 24-29 Avril 1991, UEPA
12. Strauss A. et alii, 1992 "*l'hôpital et son ordre négocié*", in *la trame de la négociation, textes de Strauss. A. réunis et présenté par Baszanger I.*, Paris, édition l'Harmattan P87-113

