

DOCUMENTS DE RECHERCHE DE L'OBSERVATOIRE
DE LA FRANCOPHONIE ÉCONOMIQUE

DROFE

DROFE no. 12

**L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS
IVOIRIENS : UNE ANALYSE PAR LE MODÈLE DE
COMPTAGE**

Amany Elysée ETIEN

Unité de formation et de recherche des sciences économiques et de gestion
Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

amany.etien@gmail.com

AOÛT 2020

Observatoire de la
Francophonie économique

Université 
de Montréal

et du monde.

Observatoire de la Francophonie économique de l'Université de Montréal

L'Observatoire de la Francophonie économique (OFE) a été créé en juin 2017 par l'Université de Montréal, en partenariat avec le gouvernement du Québec, l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) et l'Agence universitaire de la Francophonie (AUF). Cette création s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la *Stratégie économique pour la Francophonie* entérinée lors du Sommet de Dakar, en novembre 2014.

L'OFE est constitué d'un réseau d'experts et d'expertes universitaires répartis dans plusieurs pays francophones et ambitionne de devenir un centre de calibre international d'études, de recherche et d'activités de liaison et de transfert sur la Francophonie économique.

L'Organisation nourrit un intérêt marqué pour les pays émergents et en développement, notamment ceux du continent africain.

Pour plus d'information, visitez le site : <http://ofe.umontreal.ca>

Merci aux partenaires de l'OFE :



L'accès aux soins dans les hôpitaux publics ivoiriens : une analyse par le modèle de comptage

DROFE no.12

Amany Elysée ETIEN

Unité de formation et de recherche des sciences économiques et de gestion
Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
amany.etien@gmail.com

Août 2020

Résumé : L'accès aux soins est un indicateur déterminant dans l'évaluation des systèmes de santé. En Côte d'Ivoire, les ménages ont difficilement accès aux centres de santé. La situation devient plus critique lorsqu'on s'intéresse aux conditions d'accès des hôpitaux généraux et des centres hospitaliers régionaux. Cette étude vise à identifier les déterminants du recours aux soins dans les hôpitaux généraux et régionaux ivoiriens. A l'aide d'un échantillon de 4 308 individus ayant déclarés avoir eu recours à des soins dans un centre de santé au cours des quatre semaines précédant l'enquête sur le niveau de vie des ménages réalisée par l'institut national de la statistique en 2015, nous avons établi la fréquence d'utilisation des hôpitaux de niveau secondaire. Dès lors, nous avons utilisé le modèle binomial négatif à inflation de zéro pour estimer les coefficients des facteurs susceptibles d'accroître le nombre de consultations dans les centres hospitaliers. Les résultats montrent que le tarif des consultations et le coût du transport ne constituent pas une raison de renoncement aux soins dans les hôpitaux de référence contrairement aux frais de médicaments. Ainsi, l'accès aux soins ne dépend pas seulement des facteurs financiers mais également de la capacité de ces hôpitaux à délivrer des consultations de spécialité aux patients.

Mots clés : Accès aux soins, Côte d'Ivoire, Hôpital, Modèle de comptage

Remerciements : Cet article est issu du stage doctoral effectué à l'Université de l'Ouest de Timișoara sous le numéro "UVT 4509/06.03.2017" dans le cadre du programme de bourses « Eugen Ionescu ». Ce stage a bénéficié de l'appui technique de l'Agence universitaire de la francophonie (AUF) et du soutien financier du gouvernement de la Roumanie. L'auteur remercie un évaluateur anonyme pour ses remarques et suggestions.

Les idées exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de l'OFE ou de ses partenaires. Les erreurs et lacunes subsistantes de même que les omissions relèvent de la seule responsabilité de l'auteur.

1. Introduction

Les systèmes de santé dans la plupart des pays africains demeurent faibles avec des lacunes en matière de disponibilité du personnel de santé, des équipements, d'accès et d'égalité dans la répartition des services de santé (OMS/AFRO, 2016). L'activité hospitalière dans les pays en développement d'Afrique subsaharienne révèle le constat d'un système de production de soins dont les résultats sont largement en dessous des normes mondiales (Tiehi, 2006). En raison de l'inexistence d'infrastructures hospitalières ou de leurs sous-équipements, les indicateurs de santé dans cette zone du monde sont parmi les plus faibles.

En Côte d'Ivoire, la loi garantit à chaque citoyen un accès égal à la santé. Le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2014 a dénombré 22 671 331 habitants avec une densité de 70,3

habitants/km² dont 50,2 % vivent en milieu urbain et 49,8 % en milieu rural. Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans, 16 %. La population est très jeune puisqu'un ivoirien sur deux a moins de 20 ans et près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans. Malgré une croissance économique remarquable durant la dernière décennie, la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté ne cesse d'augmenter. En 2015, la pauvreté absolue était estimée à 46,3%. Elle concernait aussi bien les hommes (45,5%) que les femmes (47,2%).

La conception et la mise en œuvre de la politique nationale de santé est guidée par les données socioéconomiques. Depuis les années 1960, plusieurs investissements publics ont été réalisés dans le secteur de la santé. Il s'agit d'une part de la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des centres de santé communautaire, de la formation et de recrutement du personnel médical et paramédical. Et d'autre part, le système de santé a été organisé sous forme pyramidale selon les recommandations de la conférence de Harare (1985). Deux décennies après l'effectivité de la décentralisation sanitaire, les résultats demeurent encore insuffisants. En 2015, les statistiques du ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) montrent clairement une sous-utilisation des principaux services offerts dans les districts sanitaires et cela à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le taux de fréquentation des centres de santé stagne. Il atteint difficilement la barre des 30%. L'accessibilité aux centres de santé ne s'améliore guère. De 2009 à 2013, une personne sur trois réside à moins de cinq kilomètres d'un centre au niveau national. La situation est plus catastrophique dans les districts sanitaires de Soubré (22%), Dabakala (17%), Gueyo (12%) et Odienné (5%). Concernant les soins prénataux et de suivi de grossesses, le taux de couverture de la première consultation prénatale est à 88%. A partir de la quatrième visite, seulement 44% des femmes continuent de fréquenter les services de santé. Certains privilégient les soins alternatifs aux soins produits par les professionnels de santé. Les disparités régionales sont loin d'être éliminées. Les populations des régions du nord sont celles qui fréquentent de moins en moins les structures sanitaires formelles. A cela s'ajoutent les contrastes entre zones rurales et zones urbaines. Malgré les importantes ressources financières et humaines investies dans les hôpitaux durant ces 20 dernières années pour l'amélioration de leur attractivité, aucune étude récente n'a été menée pour évaluer l'accessibilité des hôpitaux régionaux et départementaux par la population ivoirienne.

La question de recherche découlant de cette étude est la suivante : le système hospitalier d'offre de soins est-il accessible ? Cette étude se propose d'analyser l'offre de soins des centres hospitaliers.

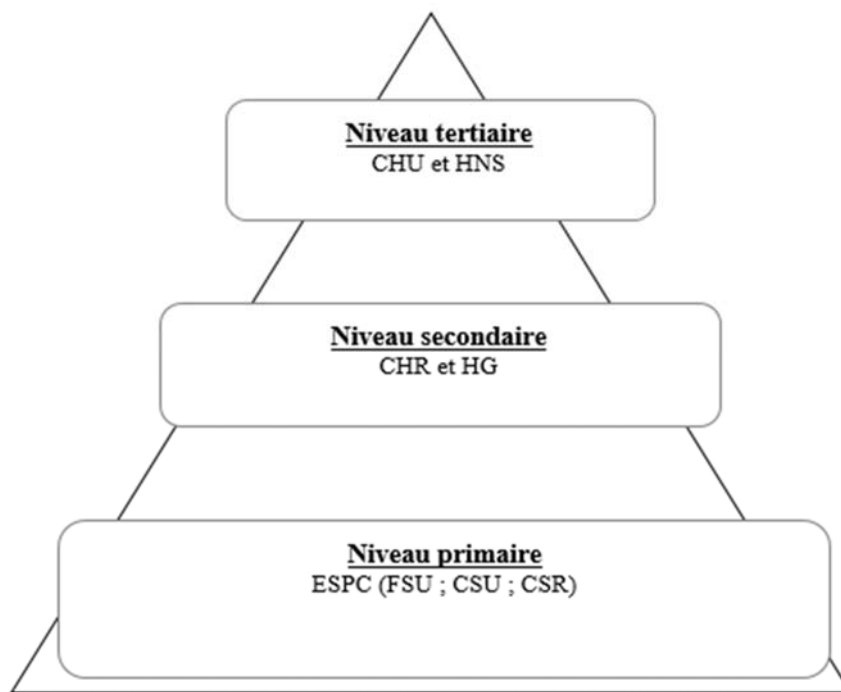
2. Le système hospitalier ivoirien

2.1 Généralités

Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. Il est composé de sous-systèmes dont le plus visible est le système d'offre de soins. En Côte d'Ivoire, le système de santé est caractérisé par un secteur public fort face à un secteur privé qui se développe progressivement. Cependant, l'offre de soins de santé dans le secteur privé souffre d'une anarchie latente. Selon le répertoire des structures sanitaires, 60% des établissements privés de soins n'ont aucune autorisation d'ouverture du MSHP mais participent à l'offre de soins. La médecine traditionnelle relativement importante participe à la prise en charge des besoins de santé des populations mais se heurte toujours à la mauvaise organisation malgré la création du programme national de promotion de la médecine traditionnelle.

Le système public d'offre de soins ivoirien est organisé sous forme pyramidale à trois niveaux (Figure n°1).

Figure n°1 : La pyramide sanitaire



Source : Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2016

Le niveau tertiaire de la pyramide regroupe tous les établissements publics nationaux qui exercent dans le secteur de la santé. Les plus connues sont les CHU et les hôpitaux nationaux spécialisés (HNS). Dans le cadre de la décentralisation sanitaire, l'ensemble du territoire est divisé en 20 régions sanitaires. Au sein de chaque région, on trouve les centres hospitaliers régionaux (CHR). Les CHR délivrent des soins de santé primaires mais également des soins de médecine spécialisée. Les hôpitaux généraux (HG) sont la deuxième forme d'institution sanitaire de niveau intermédiaire avec les CHR. Les CHR et les HG ont un rôle central comme le montre leur position dans la pyramide sanitaire. Ils dépendent directement des districts sanitaires. Au bas de la pyramide, se trouvent les établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Ce sont les formations sanitaires urbaines (FSU), les centres de santé urbains (CSU), et les centres de santé ruraux (CSR).

En 2015, on recensait 1 964 structures de santé de 3^{ème} niveau ; 101 structures de santé de 2^{ème} niveau et 13 structures de santé de niveau 1 dont 4 CHU. Les ressources humaines de santé sont de diverses compétences. En 2014, on comptait 23 999 agents prestataires de soins avec 3 943 médecins, 359 chirurgiens-dentistes et 736 pharmaciens. Les agents paramédicaux étaient estimés à 10 491 infirmiers, 4 370 sages-femmes et 2 496 techniciens supérieurs de santé (MSHP, 2016). Malgré l'effectif important du personnel de santé en Côte d'Ivoire, l'offre en ressources humaines demeure insatisfaisante. De plus, l'on enregistre une forte disparité dans la répartition du personnel de santé avec une concentration au profit des régions du sud du pays. En effet, près de 40% du personnel sanitaire réside dans le district autonome d'Abidjan où vit seulement 24% de la population totale du pays.

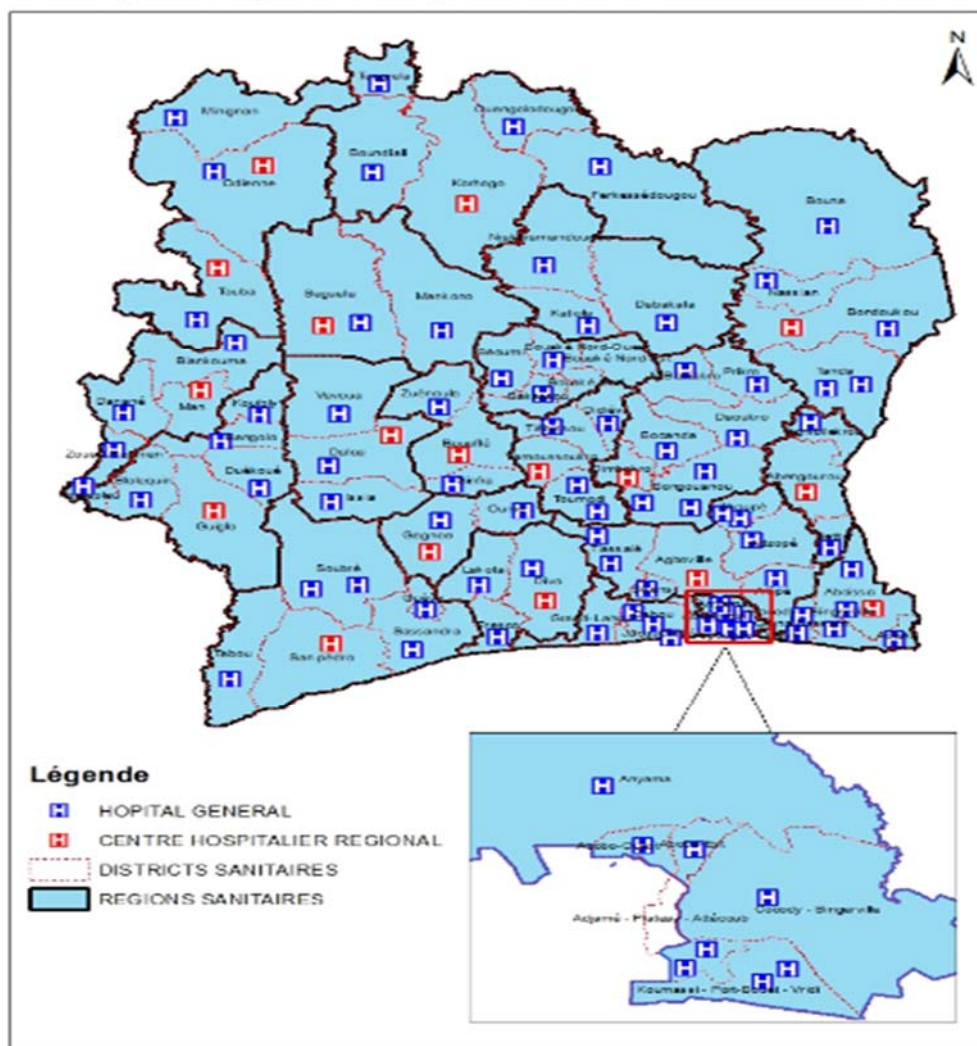
2.2 Les hôpitaux de référence

2.2.1 Au niveau de l'offre

L'HG est une structure sanitaire dont la capacité d'accueil est de 50 lits au moins et qui assure d'une part des activités de consultation et d'hospitalisation en médecine générale, en pédiatrie, en chirurgie, en gynéco-obstétrique et en odontostomatologie et dispose d'autre part d'un laboratoire et d'une pharmacie (Kouyaté, 2013). Implanté généralement dans le chef-lieu du district sanitaire, il prend en charge les personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour les ESPC de ladite zone. Quant au CHR, c'est une structure sanitaire comprenant au minimum 150 lits. Il est situé dans le

chef-lieu de la région sanitaire. En plus des activités des HG, il dispose d'autres services : ORL, ophtalmologie, anesthésie-réanimation, dermatologie et imagerie médicale. Ainsi, il a une mission de recours ultime vis-à-vis de tous les établissements sanitaires de la région. Le système sanitaire ivoirien est subdivisé en 20 régions sanitaires et 82 districts sanitaires au niveau administratif. Au niveau des structures d'offres de soins, le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire est composé de 101 hôpitaux de référence (HR), c'est-à-dire 17 CHR et 84 HG (Figure n°2).

Figure n°2 : Répartition spatiale des hôpitaux de référence



Source : Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2016

Pour évaluer la performance des hôpitaux, on apprécie les activités qu'elles fournissent dans leurs différents services (Tableau 1).

Tableau 1 : Activités des hôpitaux de référence

	Consultation	Hospitalisation	Admission	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation des lits
2009	993 006	460 406	123 045	3,8	41,2
2010	1 085 783	387 428	112 082	3,5	27,1
2011	3 014 167	419 663	148 571	2,9	29,5
2012	1 687 707	509 312	165 665	3	30,6
2013	2 144 941	597 060	196 892	3,2	45,1
2015	2 232 897	777 849	261 472	3	65
Moyenne	1 859 750	525 286	168 455	3,2	44,6

Source : Ministère de la santé et de l'hygiène publique (RASS 2015 ; 2013 ; 2012 ; 2011 ; 2010 et 2009)

Les consultations et les hospitalisations représentent les principales activités des centres hospitaliers. De 2009 à 2015, les HR ont effectué en moyenne 1 859 750 consultations et 693 741 hospitalisations dont 24% en admission. On utilise le terme d'admission pour les patients hospitalisés sous recommandation d'un ESPC. L'analyse du tableau montre une évolution positive du nombre de consultations. L'année 2011 est marquée par un pic de consultations. Cette tendance est justifiée par la gratuité des soins instaurée après la crise post-électorale (d'août 2011 à janvier 2012). Cette mesure d'exemption de paiement des frais par les usagers des établissements sanitaires publics avait pour objectif de soulager des populations durement frappées par la chute des activités économiques.

L'analyse détaillée des consultations révèle que les consultations de médecine générale sont les plus importantes (40,4%). Viennent ensuite les consultations en pédiatrie (18,6%) et en gynécologie (10%). Pour chacune des autres spécialités (chirurgie, ophtalmologie, ORL, odontologie, dermatologie et réanimation), les consultations représentent moins de 6% de l'ensemble. 6% des consultations conduisent à une hospitalisation et la durée moyenne de séjour n'excède pas trois jours.

Globalement, les services sont sous-utilisés puisqu'en moyenne, 6 lits sur dix ne sont pas occupés.

2.2.2 Au niveau de la demande

La demande de soins renvoie généralement à deux notions en économie de la santé : l'accessibilité et l'accès. La notion d'accessibilité représente l'attribut d'une institution ou d'un service sanitaire pour lequel un accès est possible. L'accès quant à lui, se réfère à la possibilité d'obtenir un service de santé en présence d'un besoin ressenti et d'un désir de soins (Doubouya, 2008). On peut évaluer l'accessibilité en termes de barrières à l'utilisation de services à l'aide d'enquêtes de populations ou d'enquêtes de perception des patients.

Dans le cadre de cette étude, nous considérons l'enquête sur le niveau de vie des ménages (ENV) en Côte d'Ivoire de l'année 2015 pour cet exercice. Est considéré comme accessible tout HR qui peut facilement être utilisé par les populations et pour lequel il y a peu de barrières géographiques, socioculturelles et économiques.

2.2.2.1 Accessibilité géographique et sociale des hôpitaux publics

L'accessibilité géographique est un jugement porté sur la disponibilité des hôpitaux, leur répartition sur le territoire et la facilité avec laquelle les populations y accèdent. Le niveau secondaire du système d'offre de soins dispose de 84 HG et 17 CHR pour une population estimée à 23 250 385 habitants (MSHP, 2016). Le ratio est de 1 HR pour 230 202 habitants, loin de la norme de l'OMS (1/150 000 habitants). Il existe de fortes disparités entre les districts sanitaires. Cette situation est la résultante d'une mauvaise répartition des structures hospitalières. Ce qui dès lors crée un déséquilibre de la carte sanitaire. Les régions sanitaires du sud-ouest présentent des ratios largement au-dessus de la norme OMS. Les mauvais ratios enregistrés dans les régions d'Abidjan et de Bouaké. Ils se justifient par la présence des centres hospitaliers de niveau 1 dans ces zones.

L'accessibilité géographique est définie aussi comme une mesure de la proximité à travers la relation entre la localisation des services et celle des patients, en tenant compte de la mobilité des patients (le moyen de transport utilisé), de la distance et de la durée du trajet. Accéder aux infrastructures de santé s'avère difficile pour les patients (Tableau 2).

Tableau 2: Accessibilité géographique en Côte d'Ivoire (%)

	Non pauvres	Pauvres	Ensemble
Quel moyen de locomotion			
<i>N'existe pas</i>	39,2	54,4	44,1
<i>A domicile</i>	0,2	0,2	0,2
<i>Pied</i>	13,8	9,9	12,5
<i>Vélo</i>	0,7	1	0,8
<i>Mobylette</i>	4,9	5	4,9
<i>Voiture</i>	8,2	3,7	6,7
<i>Transport en commun</i>	28	18,4	24,9
<i>Sans objet</i>	5,2	7,5	5,9
Le temps mis (minutes)			
<i>Domicile</i>	0,1	0,1	0,1
<i>00-05</i>	6,4	6,4	6,4
<i>06-14</i>	27,3	22,5	26,2
<i>15-29</i>	22,1	22	22
<i>30-44</i>	17,4	15,5	16,9
<i>45-59</i>	7,8	7,8	7,8
<i>Plus de 60</i>	19	25,7	20,6
Distance moyenne (km)			
<i>A domicile</i>	0,3	0,4	0,3
<i>Moins de 5 km</i>	44,5	38,8	43,1
<i>5 à 10 km</i>	26,4	22,5	25,4
<i>Plus de 10 km</i>	25,3	33,8	27,4
<i>nsp</i>	3,5	4,5	3,8

Source : Institut national de la statistique, 2015

L'ENV (2015) révèle que quatre personnes sur dix renoncent aux soins parce qu'il n'y a pas de moyen de locomotion pour se rendre dans les hôpitaux publics. 52,8% des ménages doivent parcourir au moins 5 km pour recevoir des soins. Pour se rendre dans un HG, les ménages utilisent majoritairement les transports en commun (24,9%) quel que soit leur statut social. En effet, la distance entre le lieu de résidence et les infrastructures sanitaires de niveau 2 est relativement longue. C'est d'ailleurs ce qui explique qu'ils mettent plus de 15 minutes pour rallier les deux points. Les problèmes d'accessibilité aux services sociaux de base sont dans l'ensemble identiques pour les pauvres et les non pauvres.

2.2.2.2 Accessibilité économique des hôpitaux publics

L'accessibilité économique mesure la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient à payer les soins reçus. De 6,8% en 2002, la part des dépenses de santé dans la dépense totale des ménages ivoiriens était estimée en 2015 à 2% soit 10 814 FCFA. Les dépenses de santé ne cessent de baisser au fil des années en raison de la pauvreté grandissante surtout dans les zones urbaines.

Le paiement direct de soins accroît le renoncement aux soins médicaux. Pourtant, seulement 4% de la population bénéficie un système d'assurance selon les comptes nationaux de la santé (2008). La majorité de la population est de ce fait exclue (les populations en milieu rural et les travailleurs du secteur informel) pour des raisons économiques. Elle se tourne vers les pratiques de santé informelles (automédication traditionnelle ou moderne) et risquées (médicament de la rue, décoction d'origine douteuse). La couverture assurantielle est limitée au secteur public et aux plus grandes entreprises du secteur privé. Les mutuelles de fonctionnaires ont une longue tradition de prépaiement des soins médicaux. Elles regroupent plus de 75% des assurés. Les salariés, dans le cadre des contributions sociales obligatoires et des assurances privées bénéficient aussi d'une couverture assurantielle.

Les raisons économiques les plus fréquemment citées pour renoncement aux soins sont le coût de la consultation et le coût du trajet. Il est donc urgent d'entreprendre des actions en faveur d'une couverture universelle en matière de santé.

Depuis 2001, les charges liées au fonctionnement des HR ne cessent d'augmenter et les tarifs des soins sont laissés à la discrétion des responsables des hôpitaux (MSLS, 2013). L'amélioration de l'accès aux soins passe dans un premier temps par l'instauration d'un système de tarification des soins hospitaliers clair, uniforme et adapté. Ce système transitoire devra céder sa place ensuite au système de mutualisation des soins prôné par les autorités dont l'objectif est de permettre un égal accès aux soins.

3. Revue de littérature

Notre revue de littérature sur les déterminants de la demande de soins se présente en deux étapes. D'une part, nous analysons les études se référant au contexte ivoirien. D'autre part, une revue succincte des études sur le recours aux soins dans les pays en développement (PED) est présentée

3.1 La demande de soins dans le contexte ivoirien

Les premières études sur la demande de soins datent des années 90. A partir d'un modèle qui autorise la prise en compte de l'influence du revenu dans la formulation de la fonction d'utilité à partir des données de la Banque Mondiale, Gertler et Gaag (1990) ont montré une liaison significative entre la demande et les tarifs hospitaliers. Les résultats ont révélé que la demande de soins dans les cliniques (ambulatoire et hospitalier) tend à devenir plus élastique au fur et à mesure que le prix de ces services augmente. D'autre part, la demande est plus élastique pour les revenus les plus faibles et pratiquement inélastique pour les revenus élevés. Les auteurs ont abouti à la conclusion que les pauvres étaient deux à trois fois plus touchés par les prix des soins médicaux.

D'autres études vont confirmer le caractère inéquitable du marché de la santé en Côte d'Ivoire. Dow (1996, 1999) aboutit également à la conclusion que les élasticités-prix de demande est négative. Cette relation est encore plus accentuée pour les individus à revenu bas. Perrin (2000) a évalué l'impact d'une modification du prix sur la demande des services de santé entre plusieurs groupes de niveaux de vie issus d'un échantillon représentatif de la ville d'Abidjan. Fondant son analyse sur un modèle logit multinomial emboîté, l'auteur aboutit au résultat que la réaction de la demande pour chaque type de soins à une augmentation des prix apparaît relativement faible, et cela pour tous les groupes de niveaux de vie. Perrin (2000) conclue que la demande de soins pour l'ensemble des individus est inélastique au prix.

A partir des années 2000, certains auteurs ont mené des études en rapport avec l'actualité de l'époque : la mise en place de l'assurance maladie. Kouadio et al. (2008) analysent la relation entre la demande de soins et l'assurance maladie en Côte d'Ivoire à partir d'un modèle de comptage. La base de données utilisée à cet effet est issue de l'enquête « Recours aux soins et dépenses de santé » réalisée dans la banlieue abidjanaise (Yopougon) en 1992. Les résultats montrent d'une part que l'itinéraire thérapeutique et la détention d'une police assurance déterminent le recours aux soins de santé. Ainsi, la décision de se rendre dans un centre de santé vient après avoir épuisé les alternatives automédications traditionnelles et modernes. D'autre part, ils indiquent que l'activité et l'âge sont des facteurs importants dans la souscription à une police d'assurance. Le recours aux soins de santé est peu sensible au sexe, à l'âge, au revenu et à la distance parcourue.

A partir de la même base de données, Tapé (2007) obtient des résultats quelque peu similaires. L'assurance et le prix constituent des facteurs déterminants dans la demande de soins médicaux. Les caractéristiques socioéconomiques et la gravité de la maladie ont un impact sur les choix des individus en matière de soins de santé. Il s'agit du revenu, du niveau d'instruction, de l'ethnie, de la relation du patient avec le médecin, de l'âge du patient, de la durée et du type de maladie. En fait, l'impact positif de l'assurance sur le recours aux soins a été suffisamment démontré dans la population ivoirienne. C'est pourquoi N'guessan et Bouaffon (2006) ont poussé la réflexion plus loin. Dans une optique de mise en place de la couverture maladie universelle, quelle devra être la contribution financière des individus ? Les résultats économétriques, pour le département d'Aboisso (sud-est), indiquent que la majorité des chefs de ménages enquêtés souhaiterait cotiser annuellement un montant d'environ 5 000 FCFA. Ce qui

représente 3% de la dépense annuelle de santé de l'échantillon. Ce consentement à cotiser est influencé par l'âge, le niveau d'instruction et le revenu du ménage.

L'arrivée à échéance des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) a suscité un nouvel axe de recherche. Il s'agissait de faire le bilan des OMD-santé. La demande de soins en Côte d'Ivoire se déplace vers les soins maternels et infantiles. En effet, les résultats sanitaires en matière de santé de la mère et de l'enfant sont au plus bas ; Et ce, malgré les efforts en matière d'ouverture d'établissement sanitaires de premiers contacts et le recrutement d'infirmiers et de sages-femmes. La mortalité infantile reste élevée, et la malnutrition et l'anémie chez les enfants ont atteint des proportions alarmantes. Tiehi (2012) évalue les variables économiques et non économiques susceptibles de modifier la demande de soins des enfants. L'échantillon de 1 023 enfants est extrait de l'ENV de 2008. Il est constitué des enfants ayant eu recours à une consultation médicale trente jours avant l'enquête. Les résultats montrent que le tarif de la consultation a un impact négatif, mais les ménages ont une préférence pour les soins privés. Les ménages dirigés par des hommes sont moins enclin à utiliser les services de santé, contrairement aux personnes riches et hautement qualifiées. La distance influence positivement la décision de consulter les services de santé. Ce résultat reste surprenant dans la mesure où l'éloignement des structures constitue une dépense supplémentaire en termes de coût de transport.

Dans une autre étude portant sur le recours aux consultations prénatales en Côte d'Ivoire, l'auteur examine des facteurs susceptibles d'encourager l'utilisation des services de santé maternelle par les femmes. Tiehi (2013) utilise un échantillon de 356 femmes extrait de l'ENV-2008. La régression du modèle probit multinomial relève que le coefficient du tarif des consultations est statistiquement significatif et positif. Il montre ainsi que les femmes enceintes ne sont pas indifférentes au coût des consultations. Son augmentation contribue à stimuler positivement la demande de soins. A contrario, le coût du transport a un impact négatif sur la demande. Le manque d'accès aux ressources nécessaires pour couvrir les coûts du transport dû à l'éloignement des centres de santé est un obstacle à l'accès aux soins de santé maternelle. L'effet est plus important pour les centres de santé (19,83% pour les soins publics et 17,16% pour les soins privés) par rapport aux soins traditionnels (8,57%). Au-delà de la paupérisation de la femme, l'étude révèle aussi que le faible niveau d'éducation et la résidence en milieu rural ne favorisent pas la première consultation prénatale (CPN). L'auteur recommande de réduire la dépendance économique de la femme et surtout d'améliorer les conditions de la scolarisation afin qu'à terme, les CPN augmentent.

3.2 La revue récente des déterminants du recours aux soins dans les PED

Les études effectuées dans les PED depuis l'adoption de la politique de participation financière des usagers ont mis l'accent sur l'impact de cette politique sur l'utilisation des services sanitaires par les usagers (Cissé et al., 2004). Au-delà de l'évaluation de l'initiative de Bamako (1987), la problématique de l'accès aux soins dans les pays d'Afrique subsaharienne est devenue une question importante, surtout depuis le lancement des OMD et la volonté de plusieurs pays de protéger les groupes vulnérables contre l'exclusion aux soins. Des études se sont intéressées aussi bien aux aspects non monétaires de la demande de soins ainsi qu'à la qualité des prestations des soins.

Le Ghana enregistre depuis les années 2000 des performances économiques remarquables. L'une des clés de ce succès repose sur l'augmentation des dépenses sociales publiques selon les documents stratégiques de réduction de la pauvreté¹. Les budgets alloués aux programmes de réduction de la pauvreté ont connu en 2004, une hausse de 50% avec une part considérable dédiée aux dépenses de santé. Gaddah (2011) s'est proposé d'examiner l'incidence des dépenses publiques de santé sur la demande de soins des ménages ghanéens. Les résultats montrent que les subventions accordées aux programmes de santé maternelle et infantile stimulent significativement le nombre des visites. Il remarque par ailleurs que l'augmentation de près de 50% du prix de la consultation concomitamment à une réduction du coût du transport accroît la demande de soins de santé dans les établissements publics. Ainsi, le principal facteur dans la décision de consulter est l'accessibilité géographique. L'étude considère la longueur des files d'attente comme un indicateur de la qualité des soins. C'est pourquoi

¹ Deux documents sont disponibles : le premier couvre la période 2003-2005 et le second, la période 2006-2008.

l'auteur recommande la mise en place d'une politique cohérente visant à améliorer l'accès aux établissements de santé et réduire le temps entre l'arrivée dans le centre et le début de la consultation.

D'autres études ont examiné le rôle de la distance dans la détermination du choix des fournisseurs de soins de santé. Les résultats ont montré que la distance entre le centre de santé et la maison influe sur le choix des établissements de santé. Awoyemi et al. (2011) ont signalé un effet négatif et significatif de la distance sur l'usage des soins. Les résultats indiquaient que lorsque l'hôpital est éloigné de la maison, les patients résidants en ville se tournent vers les cliniques et les ruraux vers l'automédication. Ces résultats étaient sensiblement conformes aux résultats de Ssewanyana et al. (2004) qui constatent que la probabilité de chercher des soins de santé moderne diminue avec l'augmentation de la distance dans le contexte ougandais. Cependant, Mwabu, et al. (2003) ont révélé qu'au Kenya, la distance avait peu d'effet sur la demande pour les services de soins. La raison plausible de cette constatation était que la majorité des personnes ont déclaré avoir résidé à moins de trois kilomètres d'un établissement de santé, ce qui suggère que les établissements de santé dans la zone d'étude étaient accessibles à la population.

Bien que la littérature sur la demande de soins de santé au Kenya abonde, Muriithi (2013) remarque l'absence d'études menées exclusivement dans les zones urbaines, surtout les quartiers populaires où résident en grand nombre les populations vulnérables et économiquement faibles au même titre que dans les zones rurales. L'enquête diligentée en 2008 dans le quartier de Kibera, bidonville situé au cœur de la ville de Nairobi a permis de recueillir les données sur l'utilisation des établissements de santé. L'étude développe et teste l'hypothèse selon laquelle l'information disponible sur la qualité du service dans les établissements de santé affecte la demande de soins. Les résultats montrent que les principaux déterminants de la demande de santé dans ces quartiers défavorisés de Nairobi sont la qualité du service, l'information sur cette qualité, le niveau de richesse et le sexe du patient. En guise de recommandation, l'auteur propose d'améliorer les conditions de fournitures des soins et la réputation des centres de santé par la vulgarisation des activités médicales.

Ruhara et Mbonigaba (2016) étudient le rôle des facteurs économiques dans le choix des fournisseurs de services de santé au Rwanda. L'étude utilise le logit multinomial comme cadre économétrique et emploie les données statistiques de l'institut national des statistiques du Rwanda. Les résultats indiquent que l'assurance maladie est un facteur important dans le choix des établissements de santé. Le tarif des consultations est l'obstacle majeur à l'accès aux soins. Les résultats montrent que lorsque le revenu du ménage augmente, les patients passent des hôpitaux publics aux privés où la qualité est supposée être élevée. Les auteurs recommandent l'élargissement la politique de couverture maladie universelle.

4. Méthodologie

4.1 Le modèle théorique

Les modèles de comptage sont utilisés dans la modélisation de la fréquence des événements sur une période courte présentant une proportion de non réponse plus ou moins importante (Jones, 2007). Les modèles de comptage sont utilisés couramment en économie². Le principal est le modèle de poisson. Mais il admet des hypothèses très restrictives (équidispersion). C'est pourquoi les auteurs lui préfèrent les modèles comme le modèle binomial négatif, le modèle (poisson ou binomial négatif) à inflation du zéro, le modèle tronqué et le modèle à barrière (Hausman et al., 1984).

Les différents tests économétriques nous ont conduits à choisir le modèle binomial négatif à inflation de zéro (ZINB) comme approche économétrique. Son équation est la suivante (Hilbe, 2011) :

² La banque (le nombre de faillites), les assurances (nombre de sinistres), l'économie industrielle (le nombre des entrants sur le marché), le management (le nombre de brevets) et l'économie de la santé (avec le nombre de visites de santé).

$$P(y_i = j) = \begin{cases} \pi_i + (1 - \pi_i)g(y_i = 0) & \text{si } j = 0 \\ (1 - \pi_i)g(y_i) & \text{si } j > 0 \end{cases} \quad (1)$$

Où π_i est la fonction de liaison logistique et $g(y_i)$ la distribution binomiale négative définies par :

$$g(y_i) = P(Y = y_i / X_i) = (1 - \psi) \frac{\Gamma(y_i + v)}{\Gamma(y_i + v) \Gamma(v)} \left(\frac{v}{v + \lambda_i} \right)^v \left(\frac{\lambda_i}{v + \lambda_i} \right)^{y_i} \quad (2)$$

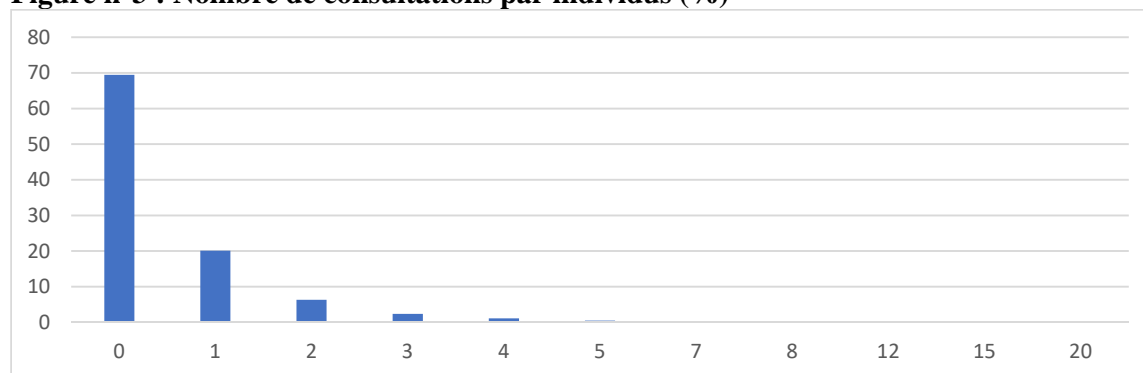
$$\pi_i = \frac{\lambda_i}{1 + \lambda_i} \quad (3)$$

4.2 Les données

Les données de notre étude sont extraites de l'ENV réalisée en 2015 par l'institut national de la statistique. L'objectif de l'enquête était de collecter des informations destinées à améliorer la planification et l'évaluation des politiques économiques et sociales en Côte d'Ivoire. Ainsi, l'ENV met en lumière les conditions de vie des ménages et leur comportement dans une société en constante mutation. L'échantillon soumis à notre étude est constitué de 4 308 individus qui ont déclaré avoir effectué une visite médicale dans un centre de santé au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête (Figure n°3).

69,45% de cet effectif a déclaré n'avoir effectué aucune consultation médicale dans un HR alors que 1 316 individus ont effectué au moins une consultation. 865 individus soit 20% ont effectué exactement une consultation ; 273 individus ont effectué deux consultations. Une centaine de personnes a consulté à trois reprises. Après la quatrième visite, les consultations sont de plus en plus rares. Deux types de variables indépendantes ont été définis pour faciliter la compréhension. Celles-ci ont trait aux caractéristiques socioéconomiques et sanitaires des enquêtés et de leur ménage d'origine et les caractéristiques liées au centre hospitalier choisi.

Figure n°3 : Nombre de consultations par individus (%)



Source : Auteur, à partir du traitement des données

5. Résultats et discussions

La présente étude qui se distingue des précédentes par la prise en compte du système hospitalier et le choix d'un modèle de comptage pour l'analyse économétrique fournit principalement deux résultats (Tableau 3).

Le modèle estimé est globalement significatif au seuil de 1% Prob > chi2 = 0,000 ; (voir tableau n°2). Ainsi, l'hypothèse nulle (H0) que tous les coefficients sont égaux à zéro est aisément rejetée. Cependant, toutes les variables explorées n'affectent pas nécessairement le nombre de visites effectuées dans les hôpitaux.

5.1 Au niveau des variables économiques

Le « tarif des consultations » est positif et statistiquement significatif à 1% dans l'augmentation du nombre de consultation. Ce résultat est conforme à celui de Tiehi (2013). Son étude révèle que la demande de soins prénatale évolue positivement avec l'augmentation du tarif de la consultation, et cela jusqu'à un seuil au-delà duquel toute augmentation du tarif des consultations entraîne une baisse de l'utilisation des services de santé. Ce signe positif se justifie par la volonté des individus de payer plus pour obtenir les soins appropriés. Toutefois, ce résultat s'oppose à celui obtenu par Tapé (2007) et Tiehi (2012) en Côte d'Ivoire qui ont trouvé que le prix a un effet négatif et significatif sur le recours aux soins.

Le coefficient de la variable « coût du transport » est également positif et significatif au seuil de 1%. Le coût du transport exerce une influence positive sur le nombre de consultations effectuées dans les HR. Pourtant, les frais de transport constituent une entrave au recours aux soins de santé dans plusieurs études (Mariko, 2003 ; Tiehi, 2012). Ce résultat est contradictoire à première vue met en lumière l'urgence de la prise en charge des patients et la disponibilité des services de médecine de spécialité (chirurgie, cardiologie, ophtalmologie, pédiatrie, ...) de laboratoire et de radiologie se trouvant uniquement dans ces hôpitaux. D'ailleurs, ce résultat est corroboré par la liaison positive et significative entre le nombre de consultations et la présence des services de médecine de spécialité dans le HR.

Les « frais de médicaments » exercent une influence négative sur le nombre de consultations effectué dans les HR. Mariko (2003) a d'ailleurs montré dans le contexte malien que les frais de médicaments sont une entrave au recours aux soins de santé. Cependant, cette relation n'est pas linéaire. Il y a bien un effet quadratique de sorte qu'il existe un montant au-delà duquel les individus sont contraints à fréquenter les hôpitaux. Il pourrait s'agir des cas d'hospitalisation, d'admission ou de maladies complexes où les individus ont une faible capacité d'arbitrage.

5.1.2 Au niveau des variables sociodémographiques

Lorsque l'individu ne réside pas dans une zone urbaine, il a de moins en moins recours aux soins dans un HR. Cela peut se justifier par la localisation exclusive des HR dans les centres urbains. Les difficultés liées à l'accessibilité géographique empêchent ces individus d'effectuer des consultations dans ces centres de santé plus réputés que les dispensaires. D'autre part, les coutumes et les traditions ancestrales font que la médecine moderne est l'ultime recours dans l'itinéraire thérapeutique des individus en particulier les ruraux (Perrin, 2000).

Les femmes ont plus recours aux soins dans les CHR et les HG que les hommes. En effet, les femmes sont plus exposées aux risques sanitaires comparativement aux hommes. La grossesse et l'accouchement sont des motifs valables pour justifier la présence des femmes dans les hôpitaux. Cependant, la littérature montre que les femmes ont en général, pour des problèmes de santé identiques, moins recours que les hommes aux structures modernes de santé (Cissé, 2011).

En référence aux musulmans, la demande de soins des individus animistes dans les centres de santé de niveau 2 est plus faible. Ce résultat est similaire à celui de Kochou et Rwenge (2014). Ces auteurs ont identifié les religions non révélées comme un facteur de la non-utilisation des services de soins prénataux en Côte d'Ivoire. Selon leur résultat, les femmes animistes ou adeptes de religion traditionnelle ont environ deux fois plus de risque que les musulmanes de ne jamais faire les visites prénatales. Selon ces auteurs, l'ethnie et l'animisme véhiculent des valeurs traditionnelles en matière de santé.

Tableau n°2: Résultat de l'estimation du modèle ZINB

<i>Variables</i>	<i>Coefficients (t-std)</i>	<i>Effets marginaux (t-std)</i>
Age	-0,0013 (-0,65)	-0,0006 (-0,65)
Sexe		
Masculin	référence	référence
Féminin	0,1572*** (0,059)	0,0765*** (2,65)
Alphabétisation		
Oui	référence	référence
Non	0,0317 (0,49)	0,0160 (0,49)
Situation matrimoniale		
Mariage civil	référence	référence
Mariage religieux	-0,1207 (-1,36)	-0,0656 (-1,37)
Célibataire	-0,1940** (-2,08)	-0,1017** (-2,05)
Autres	-0,1563 (-1,51)	-0,0835 (-1,56)
Religion		
Musulman	référence	référence
Chrétien	-0,1138* (-1,79)	-0,0577* (-1,79)
Animiste	-0,3530** (-2,15)	-0,1596** (-2,49)
Sans religion	0,0853 (0,77)	0,0484 (0,75)
Milieu de résidence		
Urbain	référence	référence
Rural	-0,4109*** (-5,84)	-0,2021*** (-5,81)
Etat morbide		
Oui	référence	référence
Non	0,0563 (0,93)	0,0288 (0,92)
Taille du ménage	0,081 (0,78)	0,0041 (0,78)
Revenu du ménage	-0,1063** (-1,98)	-0,0540* (-1,96)
D'autres dépenses de santé		
Oui	référence	référence
Non	0,4170 (1,61)	0,2303 (1,45)
Le coût de la consultation	0,0399*** (3,59)	0,0203*** (3,53)
Le montant des médicaments	-0,1395*** (-2,03)	-0,0709** (-2,00)
Le montant des médicaments²	0,0194*** (3,66)	0,0099*** (3,52)
Le coût du transport	0,0344*** (3,34)	0,0175*** (3,31)
Motif de la consultation		
Générale	référence	référence
Spécialité	0,1696* (1,76)	0,0903* (1,65)
Vaccins et autres	0,0864 (1,26)	0,0441 (1,24)
Le personnel de santé		
Personnel médical	référence	référence
Personnel paramédical	-0,5210*** (-6,05)	-0,3749*** (-9,78)
Autres	-0,4665 (-1,40)	-0,6450*** (-14,84)
score	0,3053* (1,77)	0,1553* (1,77)
Constante	0,7780 (0,95)	
<i>inflate</i>		
Le personnel de santé	2,8445*** (5,39)	-0,1198*** (-3,49)
Constante	-7,4433*** (-5,18)	
<i>Inalpha</i>	-0,0420 (-0,41)	
<i>alpha</i>	0,9581	

Number of observations = 4 308

Nonzero observations = 1316

Zero observations = 2992

Inflation model = logit

LR chi2(22) = 217,05

Log likelihood = -3806,991

Prob > chi2 = 0,0000

Indication de niveau de significativité : *** $p < 1\%$; ** $p < 5\%$; * $p < 10\%$

Source : Auteur, à partir du traitement des données

6. Conclusion

L'accès du système de santé revêt un caractère particulier dans le contexte de soins de santé puisque parmi les résultats d'une mauvaise qualité de soins (erreurs médicales, mauvais diagnostics, itinéraire thérapeutique, stratégie managériale...), nous pouvons compter le décès, l'invalidité ou le renoncement aux soins à long terme des patients. Ainsi, l'objectif de la présente étude était de vérifier si les facteurs

économiques avaient un impact dans le recours aux soins dans les CHR et les HG. Nos résultats ont montré, toutes choses égales par ailleurs, que les coûts de la consultation et du transport influencent positivement le nombre de consultations contrairement au montant des médicaments. Ainsi, l'accès aux soins ne dépend pas seulement de la disponibilité des HR sur le territoire national mais également la capacité ces établissements de santé à fournir l'ensemble des activités hospitalières. Il s'agit principalement des consultations réalisées par des médecins spécialisés. Il importe alors de sensibiliser les différents acteurs (les décideurs et le personnel de santé) pour garantir des soins appropriés aux usagers des HR conformément au paquet minimum d'activité.

Références

Awoyemi T.T., Obayelu O.A. et Opaluwa H.I. (2011), «Effect of Distance on Utilization of Health Care Services in Rural Kogi State, Nigeria». *J Hum Ecol*, 35(1): 1-9

Cissé A. (2011), Analysis of Health Care Utilization in Côte d'Ivoire, Research paper no. 201, African Economic Research Consortium (AERC), Nairobi.

Cissé B., Luchini S. et Moatti J-P. (2004), «Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les Pays en Développement : les raisons de résultats contradictoires ». *Revue française d'économie*, Volume 18, Numéro 4 p. 111 – 149

Doumbouya M.L. (2008), Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée, Working paper n° 2008-2 ; Laboratoire d'Économie de la Firme et des Institutions (LEFI), Lyon.

Dow W.H. (1999), «Flexible Discrete Choice Demand Models Consistent with Utility Maximisation: An Application to Health Care Demand». *American Journal of Agricultural Economics*, Vol.81, n°3, p.680-685.

Dow W.H. (1996), Unconditional demand for health care in Côte d'Ivoire: Does the selection on health status matters? Living Standards Measurement Study, Working Paper No. 127. Washington DC: World Bank.

Gaddah M. (2011), Progressivity of health care services and poverty in Ghana, Working Paper

Gertler P. et VAN DER GAAG J. (1990), The willingness to pay for medical care: Evidence from two developing countries, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Hilbe J. (2011), Negative Binomial Regression, Cambridge University Press.

Institut National de la Statistique (2015), Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages en Côte d'Ivoire (ENV-2015) : Profil de Pauvreté, Côte d'Ivoire.

Jones A. (2007), Applied econometrics for health economists, Radcliffe publishing, Seattle.

Kochou S. et Rwenge M. (2014), « Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire », *African Evaluation Journal* [En ligne], 761, Art. #79. URL: <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79>

Kouadio A., Monsan V. et Gbongue M. (2008), Social Welfare and Demand for Health Care in the Urban Areas of Côte d'Ivoire, Research paper no. 281, African Economic Research Consortium (AERC), Nairobi.

Kouyaté M. (2013), La gestion budgétaire de l'hôpital public en Côte d'Ivoire, L'harmattan-Côte d'Ivoire, Abidjan.

Mariko M. (2003), « Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process, and outcome components », *Social Science and Medicine*, 56:1183-96.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016), Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire : Année 2015, Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2013), Répertoire des structures sanitaires publiques et privées de 2011, Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (2015), Comptes de la Santé 2013, Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (2014), Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2013, Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (2013), Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2010-2012, Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (2011), Rapport sur la Situation Sanitaire 2007-2009, Côte d'Ivoire.

Muriithi M.K. (2013), «The Determinants of health seeking behaviour in a Nairobi slum-Kenya» *European Scientific Journal*, 9(8), 151-164.

Mwabu G., Wang'ombe J. et Nganda B. (2003), «The demand for health care in Kenya» *African Development Review*, vol.15, n° 2-3, pp. 439-53.

N'guessan C.F.J. et Bouaffon N.Y.V. (2006), Contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie universelle en Côte d'Ivoire: une analyse à partir du modèle tobit censuré, conférence Analyse Economique et Développement de l'AUF, Paris.

OMS/AFRO (2016), Le programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 : Une vision pour la couverture sanitaire universelle, Brazzaville.

Perrin H. (2000), Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé à Abidjan, Groupement Interdisciplinaire en Sciences Sociales, Abidjan.

Ruhara C.M. et Mbonigaba J. (2016), «The Role of Economic Factors in the Choice of Medical Providers in Rwanda», *Journal of Economics and Behavioral Studies* Vol. 8, No. 2, pp. 65-78.

Ssewanyana S., Nabyonga O.J., Kasirye I. et Lawson D. (2004), Demand for Health Care Services in Uganda, Implications for Poverty Reduction., Munich Personal RePEc archive.

Tapé Y.B. (2007), Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire, Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval.

Tiehi T.N. (2013), «Antenatal Care in Cote d'Ivoire: An Empirical Investigation», *World Journal of Social Sciences*, Vol. 3, No. 4, pp. 144 – 157.

Tiehi T.N. (2012), «Demand for Child Healthcare in Côte d'Ivoire: A multinomial Probit Analysis», *International Review of Business Research Paper*, vol 8, no.6, pp.113-125.

Tiehi, T.N. (2006), Analyse du modèle ivoirien de production de soins de santé : une évaluation de l'efficacité technique des hôpitaux publics, Thèse de doctorat ès sciences économiques, Université d'Abidjan-Cocody.