



Centre Africain d'Etudes Supérieures
en Gestion

DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE

IV^{ème} Promotion

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

ANALYSE DES FACTEURS INFLUENCANT
LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE
DANS LA COMMUNE D'ABOBO
(COTE D'IVOIRE)



Présenté par :

Ghislain Bamele OUATTARA

Sous la direction de :

Hervé LAFARGE

Economiste de la Santé , Phd
Université Paris Dauphine

Dr Alpha BAH

Enseignant de Statistique au
Cesag

M0044DSES03

2



MAI 2003

DEDICACE

A ma Mère (la plus belle des Mamans) & A mon Père

***Aucun mot ne serait assez grand pour vous dire à tous les deux , toute ma fierté de vous avoir
comme parents .***

Dieu vous bénisse à jamais

A ma Sœur Danielle et à son Fils Tony

A mes frères Serge , Stéphane , Jacob

A tous les membres de ma famille.

REMERCIEMENT

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers tous ceux qui nous ont aidé à réaliser ce mémoire.

Nous les en remercions.

Nos remerciements vont particulièrement aux personnes suivantes :

Dr Hervé LAFARGE , Professeur associé au Cesag et Professeur à l'université Paris Dauphine pour vos conseils avisés et pour nous avoir suivi tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Dr Alpha BA enseignant de statistique au Cesag , pour vos conseils et vos importantes remarques

Dr Mo MENA , Conseiller régional de l'OMS et directeur de l'Institut Supérieur de Santé du Cesag

Tout le corps professoral et l'ensemble du personnel administratif de l'institut Supérieur de Santé du Cesag

Monsieur BAMSE Roger , Directeur de la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) au ministère de la Santé de Côte d'Ivoire pour avoir accepté de nous encadrer tout au long de notre stage au sein de votre service.

L'ensemble du personnel de la DIPE ; en particulier Monsieur Touré , Monsieur YEO Ali, Monsieur Fabrice N'guessan .

Monsieur et Madame KEITA pour avoir été pour nous, une véritable seconde famille durant de notre séjour au Sénégal..

Dr Lam DEMBA pour ta grande disponibilité et tes encouragements

Tous mes collègues et amis de la IVième promotion du Diplôme Supérieur d' Economie de la Santé du Cesag

Tous mes Amis Sénégalais en particulier : Diouf .K , Fara , Dieng

TABLE DES MATIERES

TITRES	PAGES
Dédicaces-----	I
Remerciements-----	II
Table des matières-----	III
Liste des Abréviations et Sigles-----	VI
Liste des Tableaux-----	VII
Liste des Schémas-----	X
Liste des Graphiques-----	X
Liste des Annexes-----	XI
INTRODUCTION -----	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE -----	3
CHAPITRE I) : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE -----	4
I-1) Conceptualisation du Problème de Recherche -----	4
I-2) Objectifs de l'étude-----	7
1.2.1) Objectif Général-----	7
1.2.2) Objectifs Spécifiques-----	7
CHAPITRE II) : REVUE DE LA LITTERATURE -----	8
I) Les Modèles théoriques de la demande de soins médicaux -----	8
I.1) Les modèles classiques de la demande de soins médicaux -----	9
I.1.1) Les fondements de la démarche néoclassique-----	9
I.1.2) Le modèle de régression Multiple : le modèle de R.Andersen et L.Benham -----	10
I.1.3) Le Modèle à équation simultanée : Le modèle de V.P. Fuchs et M-J Kramer -----	13
I.2) Le modèle de demande de santé issu de la théorie du capital humain (1972) : Le Modèle de M ; Grossman (1972, 1982)-----	15
I.3) Le modèle de demande pure de soins médicaux :Le modèle de G-L Stoddart et M-L Barer (1980) et de S.Darbon (1988)-----	17
I.4) Le modèle de demande de sécurité-----	19
II) Les Régressions Binaires LOGIT et PROBIT -----	20
II.1) La régression binaire Logit-----	21
II.2) Le régression binaire Probit-----	22
Etudes portant sur le sujet de recherche-----	23
III) Etudes réalisées en Côte d'Ivoire -----	24
IV) Etudes Réalisées dans d'autres pays Africains -----	26

TITRES	PAGES
CHAPITRE III) : MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE -----	27
III-1-2) Modèle Théorique-----	27
III-1-1) Hypothèse de recherche -----	29
a) Définition opérationnelle des variables-----	30
b) Spécification du Modèle de l'étude-----	34
III-2) Stratégie de Recherche-----	37
CHAPITRE IV) : PLANIFICATION OPERATIONNELLE DE LA RECHERCHE -----	38
Présentation de la zone d'enquête -----	38
V-1) Population à l'étude-----	41
V-2) Choix de l'échantillon-----	41
V-3) Outil de Collecte des données-----	42
V-4) Qualité des instruments de mesure-----	44
V-5) Méthode d'analyse des données-----	44
V-6) Considérations Ethiques-----	44
V-7) Difficultés de collecte des données-----	45
V-8) Limites de l'étude -----	46
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS -----	47
CHAPITRE VI) : ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON -----	48
I) les caractéristiques socio-économique des ménages et des chefs de ménage -----	48
I.1) Caractéristiques des ménages-----	48
I.2) Caractéristiques des chefs de ménages-----	48
II) Différents recours et itinéraires thérapeutiques -----	51
III) Motifs de recours et de non recours invoqués par les chefs de ménage-----	52
IV) Analyses bilatérales-----	55
CHAPITRE II) : ANALYSES MULTIVARIEES -----	67
I) Première modélisation :-----	67
I-1) Etude exploratoire des données-----	67
I-2) Régression logistique-----	68
I-3) Discussion des résultats-----	71

I) Deuxième modélisation :-----	72
I-1) Etude exploratoire des données-----	72
I-2) Régression logistique-----	73
I-3) Discussion des résultats-----	74
I) Troisième Modélisation :-----	76
I-1) Etude exploratoire des données-----	76
I-2) Régression logistique-----	77
I-3) Discussion des résultats-----	79
I) Quatrième modélisation -----	81
I-1) Etude exploratoire des données-----	81
I-2) Régression logistique-----	81
I-3) Discussion des résultats-----	83
CONCLUSION GENERALE-----	84
RECOMMANDATIONS -----	86
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES-----	88
ANNEXES-----	90

LISTE DES ABBREVIATIONS

BM : Banque Mondiale

CSU-COM : Centres de Santé Urbain à base communautaire

CZ : Centre de Zone

CSUS-SSSU : Service de Santé Scolaire et Universitaire

FSU-COM : Formation Sanitaire Urbaine Communautaire

HG : Hôpital Général

IB : Initiative de Bamako

INFLC : Infirmierie des Lycées et Collèges

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'habitat

UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l'enfance

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau N°1:** Etablissements sanitaires publics et parapublics de la commune d'Abobo
- Tableau N 2:** Répartition des chefs de ménage par sexe et par âge
- Tableau N 3:** Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et de la situation matrimoniale
- Tableau N 4:** Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et de la profession
- Tableau N 5:** Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et du niveau d'instruction
- Tableau N 6:** Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel principal
- Tableau N 7:** Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel secondaire
- Tableau N 8 :** Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel du ménage
- Tableau N°9:** Répartition des chefs de ménage en fonction des motifs de recours à la FSP
- Tableau N°10:** Répartition des chefs de ménage en fonction du motif de non-recours
- Tableau N 11 :** Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et du premier recours
- Tableau N 12:** Répartition des chefs de ménage en fonction de l'âge et du premier recours
- Tableau N 13 :** Répartition des chefs de ménage en fonction de la situation matrimoniale et du premier recours
- Tableau N 14 :** Répartition des chefs de ménage en fonction de la profession et du premier recours
- Tableau N 15:** Répartition des chefs de ménage en fonction du niveau d'instruction et du premier recours
- Tableau N 16:** Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel du ménage et du premier recours
- Tableau N 17:** Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception de la Distance et du premier recours
- Tableau N 18 :** Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception de la voie d'accès et du premier recours

Tableau N 19: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût du transport et du premier recours

Tableau N 20: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût des médicaments de la FSP et du premier recours

Tableau N 21: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une consultation au sein de la FSP et du premier recours

Tableau N 22: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une journée d'hospitalisation et du premier recours

Tableau N 23 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une consultation dans une FSP par rapport à la médecine traditionnelle et du premier recours

Tableau N 24 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du temps d'attente et du premier recours

Tableau N° 25 : Présentation des variables sur les caractéristiques Socioéconomiques

Tableau N° 26 : Test Bilatéral entre la variable expliquée et les caractéristiques Socioéconomiques des chefs de ménage :

Tableau N°27 : Modèle (1) retenu à la 17^{ième} Itération

Tableau N 28 : Test de Spécification du modèle (1)

Tableau N 29: Test d'ajustement global du modèle (1)

Tableau N 30: Test Bilatéral entre les variables sur la situation déclarée et la variable expliquée

Tableau N 31: Modèle (2) obtenu à la 6^{ième} Itération

Tableau N 32 : Tests de spécification du modèle(2)

Tableau N 33: Test d'Ajustement global du modèle (2)

Tableau N 34 : Présentation des variables de perception et de leur modalités

Tableau N 35: Test bilatéral entre les variables de perception et la variable expliquée

Tableau N 36 : Tests de spécification du Modèle (3)

Tableau N 37 : Test d'ajustement global du modèle (3)

Tableau N° 38 : Test Bilatéral des variables du modèle 4

Tableau N 39 : Tests de spécification du modèle 4

Tableau N 40 : Test d'ajustement global du modèle 4

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Répartition des chefs de ménage en fonction du premier recours

Schéma 2: Itinéraire thérapeutique des patients ayant comme premier recours
la FSP

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution du taux d'utilisation des Formation Sanitaire en Côte d'Ivoire
de 1997 à 2000

Graphique 2 : Courbes d'indifférence et de ligne de budget déterminant le
montant des soins médicaux que se procure le patient

Graphique 3 : Courbe de demande de soins médicaux issue de la fonction
d'utilité et du niveau de revenu

Graphique 4 : Répartition des chefs de ménage selon le sexe

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Questionnaire sur les facteurs influençant la demande de soins de santé dans
la commune d'Abobo

Annexe II : Maquette du modèle de demande de santé de M. GROSSMAN (1972)

Annexe III :Présentation tabulaire des résultats

Annexe IV: Présentation des variables sur les caractéristiques Socio-économiques

Annexe V : Présentation des variables de perception et de leur modalités

Annexe VI : Tarification des actes de santé dans les établissements sanitaires publics

INTRODUCTION

L'une des prérogatives de l'état, c'est d'aider les citoyens à se maintenir en santé ou, à retrouver la santé lorsque nécessaire.

Pour pleinement jouer ce rôle, le financement du fonctionnement du secteur de la santé a été pendant longtemps, la responsabilité exclusive de l'état dans de nombreux pays Africains.

Cette prise en charge totale des soins de santé des populations par l'état partait du principe que : « pour être accessibles à tous, les soins de santé se devaient d'être gratuits pour tous ». Une gratuité qui engendrait des coûts énormes entièrement supportés par l'Etat.

Les années 1980 ont été marquées par une forte crise économique mondiale. Les recettes des états ont connu une forte baisse au cours de cette période .

En Côte d'Ivoire, le PIB par habitant a chuté de 3,7% par an de 1979 à 1993

(source : Banque Mondiale « Economie de la Côte d'Ivoire »).La moins value de recette était particulièrement préoccupante pour l'état ivoirien qui, devait faire face à un accroissement continu de ses dépenses d'investissement .

En 1981, selon les chiffres de la Banque Mondiale, les dépenses d'investissement ont dépassée de 40% celles inscrites au plan d'investissement public (PIP) pour les cinq années précédentes.

Pour juguler cette crise, les institutions de Bretton Woods ont préconisé les PAS (Programmes d'Ajustement Structurels) qui ont poussé les gouvernements à réduire les dépenses publiques.

Le secteur de la santé, secteur dit non productif, à vu sa part fortement réduite dans le budget de l'état. Cette situation a entraîné une dégradation de l'état de santé des populations. Il est apparu urgent de trouver de nouvelles sources de financement du secteur de la santé .

C'est dans ce contexte que, en 1987, les ministres de la santé réunis à Bamako sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS ont lancé le principe du recouvrement des coûts . La vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge devait assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé .Par la suite, la notion de recouvrement des coûts s'est étendue à diverses recettes collectées par les

structures sanitaires : consultation , hospitalisation , accouchement, examens de laboratoire, traitement ophtalmologique, soins dentaires etc. ..

En Côte d'Ivoire, la mise en oeuvre de cette politique s'est faite en 1994.

Pour limiter les effets indirects liés à la tarification des soins ,des efforts ont été entrepris dans le but d'améliorer l'offre de soins . Ces mesures visaient particulièrement l'amélioration de l'accessibilité géographique (par la construction de Formations Sanitaires), de la qualité des prestations offertes , etc...

En dépit des progrès enregistrés , le problème d'accès des populations aux soins de santé se pose toujours avec acuité en Côte d'Ivoire. Les statistiques montrent en effet que les populations des zones rurales et également urbaines utilisent très peu les formations sanitaires mises à leur disposition.



PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE DE LA
RECHERCHE

CHAPITRE I) :

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

I-1) CONCEPTUALISATION DU PROBLEME DE RECHERCHE

Les formations sanitaires publiques de Côte d'Ivoire sont à des taux d'utilisation¹ relativement bas depuis de nombreuses années.

(cf. graphique 1 en annexe)

Estimé à 26,7% en 1997, le taux de fréquentation des formations sanitaires a connu une forte baisse en 1999 où , il a été évalué à 20,6%. (Source RASS 2000).

En volume , seulement 3457713 sur les 16399782 habitants que compte la Côte d'Ivoire soit moins d'1/4 de la population ivoirienne a utilisé les soins de santé offerts par les établissements sanitaires au cours de l'année 2000.

Dans la ville d'Abidjan , ce taux est passé de 23,4% en 1997 à 18,5% en 1999.

En 2000 , il a été évalué à 22,3% (source RASS 2000).

Bien qu'il ait légèrement augmenté en 2000, ce taux reste inférieur à celui de 1997.

Certains indicateurs de santé montrent que l'état de santé général de la population ne s'est pas amélioré au cours de cette période .Les enquêtes démographique et de santé en Afrique de l'Ouest réalisées en 1998, estiment en effet que , sur 1000 naissances vivantes , 112 enfants sont décédés avant leur premier anniversaire , 77 sont décédés entre 1 et 4 ans , si bien que 189 enfants n'atteignent pas l'âge de 5 ans.

Au niveau national, l'incidence des infections respiratoires aiguës est passée de 74 pour mille en 1995 à 94,9 pour mille en 1998 avec une augmentation annuelle moyenne de 8,7%.L'incidence de la rougeole a augmenté entre 1997 et 1998 , avec un taux national de 4,3 cas pour mille enfants âgés de moins de 5 ans .

Entre 1995 et 1998 , l'incidence nationale du paludisme a augmentée en Côte d'Ivoire. Passant de 68,9 pour mille en 1995 à 68,6 pour mille en 1996 il a atteint 84 pour mille en 1997 et 83,3 pour mille en 1998.

Le taux de prévalence du VIH-SIDA dans la population générale est de l'ordre de 12,5% à 14,2% en zone urbaine et de l'ordre de 8,7 à 10,2 en zone rurale.

¹ La formule de calcul du taux d'utilisation des formations sanitaires se trouve en annexe .Elle a été tirée du RASS 2000

Ce taux reste le plus élevé de l'Afrique de l'Ouest .

Ce fort taux ayant pour corollaire une progression de l'incidence nationale de la tuberculose au cours des dernières années.

Cette incidence était de 0,83 en 1995 ; 0,85 en 1996 ; 0,90 pour mille en 1997 , elle atteint 0,99 pour mille en 1998 soit une augmentation moyenne annuelle de 6%.

Dans le but d'améliorer l'état de santé général de la population, de grands chantiers ont été entrepris dans plusieurs régions de la Côte d'Ivoire .

Pour réduire les problèmes d'accès aux établissements publics de santé, des activités de construction , de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires ont été menées.

Le Projet Santé Abidjan (PSA) mis en oeuvre depuis 1992 par le ministère de la santé publique de Côte d'Ivoire et la Coopération Française , a permis d'accroître très considérablement le nombre de Formations sanitaires publiques de bases.

La construction de nombreuses formations sanitaires à base communautaire (FSU-COM) a fait passé le nombre de structures sanitaires publiques dans la commune d'Abobo , de 8 en 1992 à 21 en 2000.

L'objectif des FSU-COM est de fournir des soins de santé de base de qualité à une population cible à faible revenu.

Les faibles niveaux de revenu des populations rurales ont poussé les coopérations Belge et Allemande à développer des projets de mutualisation du risque maladie par la création de mutuelles de santé dans plusieurs régions de la Côte d'Ivoire, principalement dans les régions de l'Ouest et de l'Est .

Toutes ces initiatives ont pour objectif avoué de :« contribuer de façon permanente et durable à l'amélioration de la santé des populations. ».

La contradiction entre l'importance des actions menées pour faciliter l'accès des populations aux soins de santé et l'évolution à la baisse du taux d'utilisation des formations sanitaires nous amène à nous interroger sur l'efficacité de ces actions .

Il est vrai que l'effet direct de ces initiatives sur la demande de soins de santé est difficilement mesurable mais, la baisse continue du taux d'utilisation des soins de santé des formations sanitaires marque une grande contradiction entre l'objectif visé par ces actions et l'évolution réelle de la demande de soins de santé .

Il apparaît donc important de s'interroger sur les facteurs à l'origine de cette baisse.

Cette préoccupation fait l'objet de nos travaux de recherche.

Notre étude vise donc à identifier les facteurs qui expliquent la baisse du taux de fréquentation des formations sanitaires publiques en Côte d'Ivoire.

Nous retiendrons comme zone d'étude , la commune d'Abobo qui est l'une des dix communes de la ville d'Abidjan.

Les résultats de nos travaux de recherche permettront aux décideurs d'orienter les interventions dans le domaine de la santé vers celles qui ont le plus d'impact sur l'accessibilité des populations aux soins de santé .

I-2) OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1-2-1) OBJECTIF GENERAL

L'objectif Général de cette étude est d'identifier et d'analyser les facteurs influençant l'utilisation des Etablissements Sanitaires Publics dans la commune d'Abobo.

1-2-2) OBJECTIFS SPECIFIQUES

De manière spécifique, nous nous attèlerons à :

- Dégager le profil socio-économique des malades de la commune
- Décrire l'itinéraire thérapeutique des malades
- Identifier les variables susceptibles d'influencer la demande de soins de santé
- Mesurer l'effet de chacune des variables identifiées sur le choix du recours aux soins.
- Faire une analyse multivariée par régression Logistique afin de déterminer les facteurs ayant le plus d'effet sur la demande de soins de santé dans la commune d'Abobo
- Faire des propositions et recommandations susceptibles d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé

L'analyse des facteurs influençant la demande de soins de santé a fait l'objet de nombreuses études à travers le monde

Une revue de la littérature permettra d'identifier les modèles d'analyse de la demande de soins de santé et de faire le point sur les résultats des recherches réalisées dans certains pays africains.

CHAPITRE II) :

ETAT DES CONNAISSANCES

Les Modèles d'analyse de la demande de soins de santé

I) LES MODELES THEORIQUES DE LA DEMANDE DE SOINS MEDICAUX

Des tentatives de modélisation de la demande de santé ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche.

Trois types de modèles théoriques de la demande de soins médicaux constituent depuis de nombreuses années, des références en économie de la santé .

Ce sont :

- ✓ Le Modèle Néoclassique Traditionnel de la demande de soins médicaux
- ✓ Le Modèle de la demande de santé issu de la théorie du capital humain
- ✓ Le Modèle de la Demande pure de soins médicaux

La plus part des auteurs utilisent des méthodes de régression linéaire pour vérifier empiriquement ces modèles.

Les régressions Binaires Probit et Logit sont d'autres types de régressions prenant en compte des variables qualitatives comme variables endogènes. Ces méthodes de régressions feront également l'objet d'une présentation dans cette section.

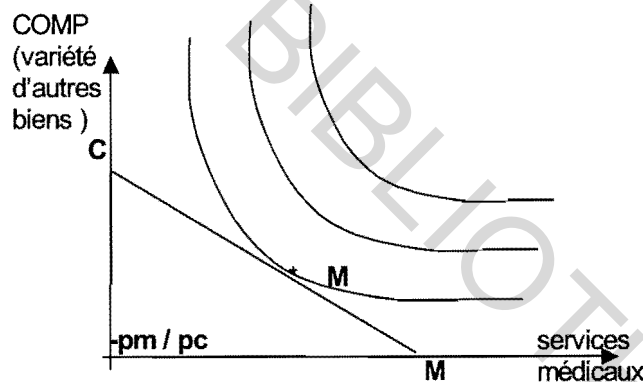
I-1) LES MODELES NEOCLASSIQUE DE LA DEMANDE DE SOINS MEDICAUX

L'approche Néoclassique de la demande part du principe que le consommateur rationnel cherche toujours à maximiser son utilité sous la contrainte de son revenu .

J-P Newhouse (1978) a illustré ce principe à travers un graphique mettant en relation la droite de revenu d'un patient et, les courbes d'indifférences représentant les différentes combinaisons des services médicaux et des variétés d'autres biens que le consommateur peut s'offrir (COMP). Le bien COMP regroupe plusieurs marchandises dont le prix relatif reste constant.

Le patient consommateur s'approvisionne en soins au prix pm et en unité de COMP au coût pc sous la contrainte de son budget . (Voir graphique 2)

Graphique 2 : Courbes d'indifférence et de ligne de budget déterminant le montant des soins médicaux que se procure le patient



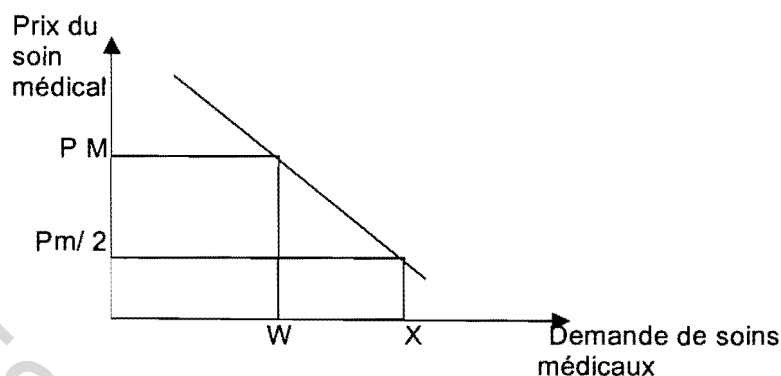
(source : The economics of medical care . J-P Newhouse ; 1978)

Le point M représente le niveau où le patient réalise une combinaison optimale des deux biens « COMP » et « services médicaux » sous la contrainte de son revenu.

Le comportement du consommateur de biens médicaux permet de voir que plus le prix² des services médicaux est faible , plus la quantité de services médicaux demandée est élevée. (voir graphique 3)

² Dans la perspective Néoclassique , le prix des soins médicaux prend en compte le prix monétaire de la visite médicale et le temps que le patient désire consacrer à se soigner.

Graphique 3 : Courbe de demande de soins médicaux issue de la fonction d'utilité et du niveau de revenu



(source : The economics of medical care . J-P Newhouse ; 1978)

Cette relation inverse entre le prix des soins médicaux et la quantité demandée de soins médicaux est reflétée par la pente de la courbe de demande, qui est négative indiquant ainsi que lorsque le prix d'un bien baisse , la quantité achetée augmente (Loi de la demande décroissante)

Une exception est cependant relevée par J-P Newhouse qui suppose qu'une augmentation du revenu , si l'état de santé et les autres facteurs restent constants , n'entraîne pas systématiquement une baisse de la demande de service de santé .

Ces principes de la demandes sont les bases sur lesquelles se fonde la démarche Néoclassique en matière de santé .

Les Modèles de régression multiple et les Modèles à équation simultanée sont deux outils d'analyse de la demande utilisant la démarche néoclassique en matière de santé.

I-1-2) Le Modèle de R.ANDERSEN et L.BENHAM (1970)

Le Modèle de Régression Multiple:

Les auteurs du modèle utilisent les données fournies par une enquête nationale auprès des ménages de 2367 familles comprenant 7803 individus pour établir une fonction de demande de soins médicaux .

Dans ce Modèle, ils retiennent comme variable dépendante : la consommation médicale des ménages en valeur(dépense médicale) ou en volume (quantité de biens et services médicaux consommés)

Les variables indépendantes sont constituées de 6 variables décomposées en 35 Indicateurs :

Le revenu (Y), le niveau de santé (I), le prix (P) les soins préventifs (E) , les caractéristiques démographiques.(D) et la qualité des soins (Q)

Quatre type d'analyse ont été effectué par les auteurs :

Première Analyse :

Pour analyser l'effet du revenu sur la consommation médicale, deux régressions sont réalisées:

Le premier est un modèle de régression simple entre « la consommation médicale » comme variable dépendante et le revenu comme variable indépendante. Le second modèle est une régression multiple entre la consommation médicale comme variable dépendante et les variables : revenu, prix , qualité, soins préventifs, caractéristiques démographiques comme variables indépendantes .

Ils aboutissent à la conclusion que les élasticités -revenus des dépenses de services médicaux diffèrent significativement lorsqu'elles sont obtenues par régression simple (0,41) ou par régression multiple (0,22) et que c'est le coût des primes d'assurance payées par la famille qui contribue plus que les autres variables ,à la réduction de l'élasticité- revenu des dépenses de services médicaux dans le modèle de régression multiple.

Deuxième Analyse :

Dans cette seconde analyse , les auteurs différencient le revenu permanent du revenu observé .Ils constatent que dans le modèle de régression simple qui met en relation la consommation médicale comme variable dépendante et le revenu observé comme variable indépendante , l'élasticité -revenu est égale à 0,41.

Lorsque dans ce même modèle , le revenu observé est substitué par le revenu permanent, l'élasticité- revenu augment et passe à 0,63.

En revanche , dans le modèle à régression multiple ayant comme variable dépendante la consommation médicale et comme variables indépendantes : le revenu, le prix , la qualité, les caractéristiques démographiques, les soins préventifs , le fait de substituer le revenu observé par le revenu permanent entraîne une légère diminution de l'élasticité revenu qui passe de 0,22 à 0,17 .

Ils expliquent ces résultats par le fait que, le revenu observé est beaucoup plus affecté par une variable particulière « la maladie » que ne l'est le revenu permanent³.

Troisième analyse :

Les auteurs choisissent dans cette troisième proposition d'introduire l'Etat de santé comme nouvelle variable indépendante dans le modèle de régression.

Ils réalisent ensuite 2 modèles .

Un modèle de régression simple où les dépenses de service médicaux sont régressées uniquement par le revenu permanent

Un modèle de régression multiple où les dépenses de service médicaux sont régressées à la fois par le revenu permanent et un ensemble d'autres variables (le prix , la qualité, les soins préventifs , les caractéristiques démographiques) auxquelles s'ajoutent la variable Etat de santé.

Ils constatent que l'élasticité -revenu passe de 0,17 dans le modèle à régression simple à 0,30 dans le modèle à régression multiple.

Ces résultats suggèrent que les malades ayant un revenu permanent bas sont davantage soumis à la maladie et dépensent moins au cours de leur maladie.

Quatrième Analyse :

Dans cette quatrième analyse , les auteurs font une distinction entre la dépense de services médicaux et le volume de service médicaux

Dans le modèle de régression simple où la variable dépendante est le volume de service et la seule variable indépendante est le revenu permanent, l'élasticité revenu de la demande est de 0,31 .

Lorsqu'on ajoute au modèle précédent les variables prix, qualité, soins préventifs , caractéristiques démographiques , l'élasticité revenu permanent de la demande est de 0.01 .

Lorsqu'on ajoute à ce modèle la variable niveau de santé , l'élasticité revenu de la demande soins de santé passe à 0,12.

³ La notion de revenu permanent a été élaborée par M.Friedman et F.Modigliani. Elle désigne au sein du revenu : une partie permanente liée à la fois au passé (montant du patrimoine) et à l'anticipation du revenu futur par les agents , ainsi qu'une partie transitoire liée aux variations non anticipées du revenu.

Les auteurs constatent donc que le fait d'exprimer la demande en quantité plutôt qu'en valeur entraîne une baisse de l'élasticité de la demande de services médicaux.

Les différentes propositions faites dans le cadre de cette analyse permettent d'apprécier de plusieurs façons, l'effet du revenu sur la demande de soins de santé.

L'une des faiblesses du modèle de R Andersen et L. Benham, c'est qu'il ne représente pas l'ensemble des inter-relations entre les variables qui caractérisent le marché des biens et services médicaux.

C'est cette insuffisance que V.P Fuchs et M-J Kramer tente de relever en concevant le Modèle à Equation simultanée

I-1-3) Le Modèle à Equation Simultanée :

Le Modèle de V.P Fuchs et M-J . Kramer

Une analyse plus fine des déterminants de la consommation médicale a été réalisée par les auteurs.

Le modèle suivant a été retenu pour l'analyse

$$QD = QD^* (AP \text{ ou } NP , BEN , MD , INC , BED)$$

Avec :

Q* : la quantité d'actes médicaux par tête (en équivalent de consultation de généralistes)

AP : prix moyen des actes médicaux

NP : prix net des actes médicaux

BEN : montant par tête des prestations médicales.

MD : nombre de médecins libéraux pour 100000 hbts

INC : le revenu personnel disponible par tête .

BED : le nombre de lits dans les hôpitaux de court séjours pour 1000 hbts

Le signe * indique qu'il s'agit de grandeur par tête

Le signe ^ indique qu'on utilise la valeur estimée à la première étape du calcul.

Ils réalisent par la suite plusieurs modèles en régressant la variable « quantité d'actes médicaux par tête (Q^*) » sur des combinaisons des variables exogènes (Ap ; NP ; BEN ; MD ; INC ; BED)

Ils constatent que l'élasticité revenu de la demande d'actes médicaux varient entre 0,04 et 0,57 ; cela , en fonction de la nature et du nombre de variables retenues dans le modèle.

Ils observent par la suite que le pouvoir explicatif des régressions augmente lorsqu'on introduit la variable « nombre de médecins libéraux pour 100000 hbts (MD^*) » alors que , dans le même temps, l'élasticité -revenu diminue.

Ces résultats amènent les auteurs à conclure que la variable « nombre de médecins libéraux pour 100000 habitants » influence beaucoup plus les variations de la variable « quantité d'actes médicaux par tête (d^*) » que le revenu.

Les résultats des modélisations montrent également une très faible sensibilité de la demande de services médicaux par rapport au prix.

Ils expliquent ces résultats par le fait que le prix moyen et le prix net ne tiennent pas compte du prix passé à la consommation de services médicaux.

Les Modèles traditionnels de la demande de soins de santé ont la particularité de tenir compte d'un ensemble important de variables pouvant affecter la demande de soins de santé .

Toute fois, ces modélisations comportent quelques limites.

Grossman (1972) constate en effet que ces analyses sont en fait des analyses de la demande de soins médicaux et non celles de la demande de santé elle même.

Il reproche également le fait que la variable état de santé ait été intégrée dans les modèles traditionnels , comme une variable exogène .

Grossman montre dans ses travaux que , l'endogénéisation de la variable « état de santé » permet d'obtenir de meilleurs ajustements.

I-2) LE MODELE DE DEMANDE DE SANTE ISSU DE LA THEORIE DU CAPITAL HUMAIN :

Le Modèle de Grossman (1972)

Le raisonnement qui fonde la modélisation de Grossman est que :

« la santé s'apparente à un bien durable , à un capital dont l'agent dispose dès sa naissance et qu'il gère jusqu'à sa mort ».

L'individu n'est plus seulement un consommateur de soins il est également considéré comme le producteur de son état de santé aux différentes périodes de sa vie.

Cette approche amène Grossman à considérer la variable « Etat de santé » comme une variable dépendante , contrairement à l'analyse néoclassique qui l'intégrait comme une variable exogène.

Dans sa modélisation , Grossman accorde également un rôle central à la variable « Temps ».

Le temps représente le principal coût indirect que doit supporter le patient.

Selon C. Becker (1965) , les ménages sont à la fois des producteurs qui minimisent leur fonction d'utilité sous une contrainte de revenu et de temps.

Les recherches de Grossman partent donc de l'hypothèse que le consommateur utilise son temps et un ensemble de biens pour produire de la bonne santé .

Il suppose également que l'augmentation du niveau d'éducation devrait accroître la production du capital santé (provenant d'une combinaison de soins médicaux et de temps).

C'est partant de ces hypothèses que Grossman conçoit le Modèle de demande de santé issu de la théorie du capital humain .

(voir maquette du modèle de Grossman en Annexe)

Ces travaux de recherche aboutissent à la construction de deux sous modèles :

- ✓ Le modèle d'Investissement Pur
- ✓ Le modèle de consommation Pure

L'idée de base du modèle d'investissement pur c'est que l'investissement dans la santé a pour but d'accroître le temps de travail par une réduction du temps perdu dû à un mauvais état de santé .

Dans ce modèle , la demande de soins et la demande de santé sont distinctes. Le patient consomme des biens de santé afin de produire de la bonne santé .

Dans le modèle de consommation pure , la demande de soins et la demande de santé sont interdépendants (l'une découlant de l'autre) .

Pour évaluer la capacité prédictive de son modèle, Grossman analyse dans un échantillon de 550 personnes actives , les effets du changement des variables prix , âge, taux de salaire et niveau d'éducation sur le comportement des deux variables indépendantes : le stock de santé et la demande de soins médicaux .

Il constate que les effets des variables exogènes (prix , âge, taux de salaire , éducation) sur la variable stock de santé ont toutes été correctement prédites par le modèle .

Par contre, le modèle prédisait une relation positive entre le taux de salaire et la consommation médicale. Les résultats empiriques aboutissent à une relation négative .

De même, le modèle prédisait une relation négative entre la niveau d'éducation et la consommation médicale , les résultats de l'expérimentation du modèle sur l'échantillon montre une corrélation positive entre ces deux variables .

Ces résultats montrent une faiblesse de la capacité prédictive du modèle lorsque la variable exogène est : la consommation médicale.

Quelques limites du modèle :

L'une des limites importante du modèle de Grossman , c'est qu'il part du principe que le consommateur disposerait d'une information parfaite et que c'est sur la base de ces informations qu'il effectuerait ses choix.

Cette approche ne répond pas à la réalité du marché des soins médicaux qui est caractérisé par la faible information du consommateur.

L'asymétrie de l'information entre le patient consommateur et le médecin a pour effet de provoquer l'induction de la demande par l'offre .

C'est cette ambiguïté dans l'approche de la demande de soins médicaux que tentent de lever les auteurs du modèle de demande pure de soins médicaux.

I -3) LE MODELE DE DEMANDE PURE DE SOINS MEDICAUX.

Contrairement aux autres secteurs d'activité, le secteur de la santé à ceci de particulier ,que l'on constate une importante étendue de l'intervention de l'état , la présence dominante de l'incertitude à tous les niveaux , de nombreuses externalités et l'existence d'une asymétrie des connaissances (le patient consommateur n'est pas libre de ses choix parce qu'il ne possède pas le même niveau d'information que le médecin.).

L'approche de la demande pure de soins médicaux distingue deux parties de la demande de soins :

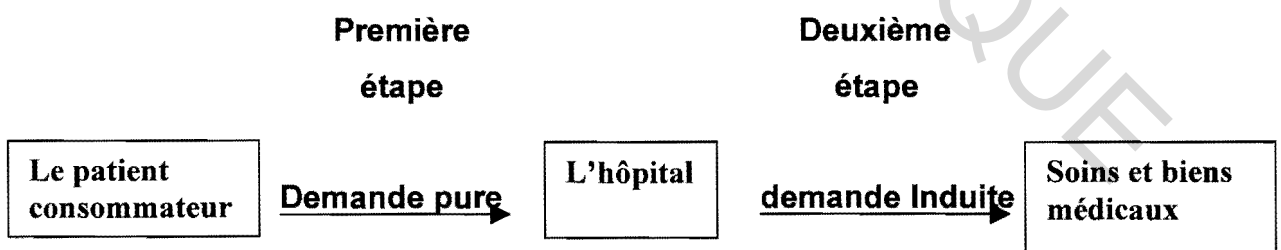
Une demande isolée de l'influence du médecin (demande pure) et

Une demande Induite par le médecin

Le principe de base du modèle de la demande pure de soins médicaux est que , le processus de consommation doit être analysé en 2 étapes .

Dans la première , le patient libre de ses choix prend lui même l'initiative d'avoir accès au marché des soins .

Dans la seconde étape , c'est le médecin qui décide de la nature et de la quantité des soins et biens médicaux à consommer. (Voir schéma ci- dessous).



G .L Stoddart et M.L Barrer (1980) et S.Darbon (1988) analysent cette demande pure à travers deux variables : la fréquence des épisodes de consommation et la fréquence des contacts.

Pour évaluer cette demande , G.L Stoddart et M.L Barer (1980) réalise une étude au Canada.

Ils retiennent comme variables dépendantes :

- le nombre d'épisodes
- le nombre de contacts
- la dépense de consommation médicale .

Ces variables sont régressées par les variables : prix des soins , revenu du consommateur, l'âge, le sexe , le niveau d'éducation , les caractéristiques socioprofessionnelles.

Ils aboutissent à la conclusion que l'épisode de consommation médicale est plus représentative de la variable « demande de consommation » que ne l'est le montant des consommations.

S. Darbon (1988) retient les mêmes variables dans une étude réalisées en France mais, il n'aboutit pas aux mêmes conclusions que Stoddart et Barrer .

Il constate que le coefficient de détermination du modèle ayant comme variable dépendante « la consommation médicale » est quasiment identique à celui du modèle ayant « la fréquence des épisodes » comme variable dépendante (le R^2 étant respectivement égale à 0,092 et 0,093)

Il aboutit à la conclusion que l'hypothèse de demande pure n'est pas nettement confirmée.

L'examen des limites des modèles dits de « demande de santé » en matière d'analyse économique des conséquences de l'incertitude des maladies ou de l'efficacité des soins à conduit Georges Menahem à développer le concept demande de sécurité .

I.4) LE MODELE DE DEMANDE DE SECURITE

Le Modèle de Georges Menahem ⁴ (Mars 2000)

Dans cette nouvelle approche , Georges Menahem part du principe que :
« l'individu considère l'investissement dans sa santé comme un des facteurs entrant dans la production de sa sécurité , au même titre que la gestion de ses prises de risque ou que la souscription d'une assurance ».

La gestion du capital santé perd alors son rôle central et n'est plus qu'un des moyens parmi d'autres grâce auxquels , un individu s'adapte à l'incertitude .

Selon le modèle de demande de sécurité , l'individu cherchant à maximiser à la fois son degré de santé et le niveau de satisfaction issus de ses consommations, fera un arbitrage entre ses investissements de santé , ses dépenses d'assurance et le niveau des risques qu'il accepte dans son existence .

Cette nouvelle approche qui part de l'hypothèse qu'un individu cherche toujours à « maximiser sa sécurité » ou « son temps de tranquillité » , relègue la santé à un rôle de facteur de production mais élargi le champs d'investigation des économistes de la santé dans l'analyse de la demande dans le secteur de la santé .

⁴ Georges Menahem : « Demande de santé ou Demande de Sécurité : deux modèles pour la santé en économie. »
(Mars 2000)

Les études précédentes avaient comme variables expliquées des variables quantitatives.

Mais, il est à noter que les variables qualitatives sont de plus en plus utilisées comme variables expliquées dans le cadre des modélisations car , ces variables à valeurs discrètes forment souvent la majorité des informations disponibles dans les enquêtes .

Deux types de modèle à choix discret sont généralement utilisés dans le cadre de l'analyse de la demande de soins de santé .

-Les modèles Binaires LOGIT et PROBIT

-Les Modèles Multinomiaux LOGIT et PROBIT

Les modèles binaires sont appelés ainsi parce que la variable expliquée est une variable dichotomique (à deux modalités possibles)

Par contre , les variables expliquées polytomiques (à plus de deux valeurs possibles) sont analysées dans le cadre de modèles multinomiaux .

Nous proposons de présenter dans cette partie , les modèles Binaires Logit et Probit.

II) Les modèles Binaires Logit et Probit :

Il s'agit ici de modéliser la réalisation d'un événement en faisant référence à sa probabilité. Pour calculer cette probabilité et estimer les paramètres des modèles , il est nécessaire de spécifier une distribution statistique des u_i (erreurs du modèle)

Les lois statistiques les plus couramment utilisées dans la pratique sont :

La loi logistique et la loi de Gauss (loi Normale)

Ces deux distributions donnent les modèles qualitatifs binaires appelés respectivement : **LOGIT et PROBIT**.

II-1) Le Modèle Binaire Probit :

On fait ici l'hypothèse que l'erreur u_i est une variable suivant une loi Normale de moyenne 0 et de variance σ^2

Les fonctions de densité et de répartition associées à la loi Normale $N(0,1)$ Sont respectivement :

$$\phi(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{x^2}{2}} \quad \Phi(x) = \int_{-\infty}^x \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{t^2}{2}} dt$$

$\Phi(x)$: La fonction de répartition issue de la distribution statistique du terme d'erreur

$\phi(x)$: La fonction densité associée à la fonction de répartition

La probabilité que la variable expliquée soit égale à 1 est donnée par le modèle suivant :

$$\text{Prob}(y_i=1) = \Phi\left(\frac{x_i\beta}{\sigma}\right)$$

Avec :

Y_i : la variable expliquée binaire qui prend les valeurs 0 ou 1

$\text{Prob}(Y_i=1)$: probabilité que Y_i soit égale à 1

X_i : un vecteur ($1 \times k$) de variables explicatives pour l'individu i associé au vecteur de paramètres

β : vecteur de paramètres

σ : Ecart type de u_i

II-1) Le modèle Binaire LOGIT :

L'hypothèse retenue ici , c'est que l'erreur u_i est une variable suivant une loi logistique .

Cette distribution Logistique admet comme fonction de répartition et de densité les expressions suivantes :

$$\Lambda (x_i\beta) = \frac{\exp(x_i\beta)}{1+\exp(x_i\beta)} \quad ; \quad \lambda (x_i\beta) = \frac{\exp(x_i\beta)}{[1+\exp(x_i\beta)]^2}$$

La probabilité que y_i soit égale à 1 ($y_i = 1$) est représentée par le modèle suivant :

$$\text{Prob} (y_i = 1) = \frac{\exp(x_i\beta)}{1+\exp(x_i\beta)}$$

On peut encore écrire :

$$\text{Log} \left(\frac{p_i}{1-p_i} \right) = x_i \beta$$

Avec :

Y_i : la variable expliquée binaire prend les valeurs 0 ou 1

Prob ($Y_i=1$) probabilité que Y_i soit égale à 1

X_i : un vecteur ($1 \times k$) de variables explicatives pour l'individu i associé au vecteur de paramètres

β : vecteur de paramètres

Dans la pratique, les modèles LOGIT et PROBIT sont très similaires en terme d'ajustement statistique . Les différences entre ces deux modèles se situent uniquement dans le cas de très grands échantillons.

Il faut aussi noter que , les valeurs estimées des paramètres du modèle Logit ne sont pas directement comparables à ceux du modèle Probit.

Pour effectuer une comparaison entre les paramètres de ces deux modèles , il convient de multiplier les estimateurs du Probit par $\pi / \sqrt{3}$.

Quelques études portant sur l'analyse des facteurs influençant la demande de soins de santé en Afrique

Plusieurs études ont paru au cours de ces dernières années qui jettent davantage de lumière sur les variables influençant la demande de soins médicaux . Nous nous attèlerons dans cette partie à présenter une série d'études réalisées en Côte d'Ivoire et dans certains pays d'Afrique

III) Etudes réalisées en Côte d'Ivoire

3-1) Les travaux de Gerlter et Van Der Gaag

Gerlter et Van Der Gaag ont réalisé en 1990 une étude portant sur la demande de soins médicaux en Côte d'Ivoire.

Ces chercheurs visaient à travers leur étude à identifier les variables qui constituent un obstacle à l'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire.

Les auteurs ont utilisé une analyse statistique à variables multiples avec variables de référence et simulations de politiques.

Les facteurs analysés étaient : la distance par rapport à l'établissement , les caractéristiques personnelles , le prix des soins médicaux .

Les auteurs ont abouti à la conclusion que les pauvres étaient deux à trois fois plus touchés par les prix des soins médicaux que les autres catégories sociales et que la distance éloignée des formations sanitaires constituait une des plus grandes difficultés d'accès des populations aux soins de santé.

L'approche statistique utilisée pour effectuer l'analyse des variables nous paraît justifiée vu le nombre élevé de facteurs à analyser.

Bien que le nombre de variables retenues pour l'analyse soit important, il ne prend pas en compte toute la dimension de l'accessibilité des populations aux soins de santé. D'autres variables telles que : la qualité des prestations offertes, les caractéristiques démographiques, le temps d'attente, le revenu etc... auraient pu être intégrées au modèle.

Elles auraient permis en effet d'avoir une meilleure appréciation des variables qui influencent la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire.

Une autre insuffisance du modèle, c'est l'introduction d'une variable de substitution.

Les auteurs ont en effet apprécié les coûts des soins en multipliant la durée du déplacement allé-retour par le taux de salaire [au moment de l'étude (1990) la tarification n'était pas encore appliquée dans les structures de santé en Côte d'Ivoire]. Cette estimation des coûts ne permet pas d'apprécier l'effet réelle de la tarification des soins sur la demande de soins de santé.

D'autres études menées après la mise en place du système de recouvrement des coûts par la tarification aboutissent à des conclusions plus réalistes.

3-2) Etude sur l'Utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire (CREDES septembre 2000)

Cette étude visait à identifier et à analyser les facteurs qui limitent l'utilisation des services de santé publics en Côte d'Ivoire en particulier dans les zones d'intervention de la KFW et de la GTZ (Coopération Allemande).

Dans le cadre de l'étude, une zone où aucune intervention n'a été menée a été retenue comme zone témoin.

L'étude devait permettre d'évaluer les efforts accomplis et d'identifier les points faibles du système sanitaire.

Pour cela , une enquête statistique par questionnaire auprès d'un échantillon de 1291 ménages qui ont eu récemment recours aux soins de santé préventifs ou curatifs a été effectuée.

Les ménages cibles étaient constitués de ménages ayant soit un adulte malade au cours des trois derniers mois , soit une femme ayant accouché au cours des 24 derniers mois.

Les résultats de l'enquête ont permis de réaliser une analyse multivariée des facteurs supposés avoir une influence sur l'utilisation des soins.

Six variables se sont avérées significatives : la zone d'intervention (zone GTZ et zone KFW par rapport à la zone témoin) , le milieu urbain (par rapport au milieu rural), le revenu (la catégorie de référence étant le revenu per capita inférieurs à 50.000 Fcfa) , l'habitat (moderne opposé à traditionnel), la distance à la structure correspondante ,et le niveau d'instruction.

Les résultats suivants ont été obtenus :

L'utilisation des soins apparaît moins forte dans la zone d'intervention de la GTZ et de la KFW.

Par contre ,dans la zone témoin (où aucune intervention n'a été menée) ,la fréquentation des formations sanitaires est plus importante que dans les zones d'intervention .

Les auteurs expliquent la corrélation négative entre les interventions et l'utilisation des services de santé par le fait que les localités où l'aide internationale s'est focalisée sont celles qui étaient les plus en difficultés et où l'utilisation des services de santé était la plus faible.

Le fait que les zones d'intervention aient après plus de cinq années d'intervention ,un taux de fréquentation des formations sanitaires toujours bas nous amène à supposer que d'autres facteurs tout aussi importants que ceux ayant fait l'objet des interventions n'ont pas été pris en compte par le projet.

Cet aspect mériterait donc d'être approfondi par d'autres études qui tiendraient compte d'une gamme plus importantes de variables exogènes .

IV) Etudes réalisées dans d'autres pays Africains

Lavy et J-Germain ont réalisé au Ghana en 1990 , une étude sur l'accessibilité des populations aux soins de santé.

Dans leur étude qui avait pour objectif d'identifier les facteurs à l'origine de la baisse de l'utilisation des services de santé au Ghana entre 1973 et 1987 ,ces auteurs ont retenue comme variables exogènes : le prix , la distance par rapport à l'établissement , les caractéristiques personnelles , les améliorations directes de la qualité et les caractéristiques de l'établissement (nombre de personnel disponible , la variété et la régularité de l'approvisionnement en médicaments et l'état physique des établissements de santé.)

L'analyse économétrique a permis aux auteurs de conclure que la variable ayant le plus d'effet sur l'utilisation des soins au Ghana était la disponibilité en médicaments et la gamme de service .

Ils constatèrent également que la tarification avait moins d'impact sur l'utilisation des formations sanitaires que la distance et le coût du déplacement.

Une étude retenant les mêmes variables explicatives a été réalisée au Nigeria par la Banque mondiale en 1991.

Elle abouti à la conclusion que le prix influence le choix des services de santé mais , son impact est relativement plus faible que la qualité des prestations offertes .

De même, la disponibilité en médicament dans les structures de santé est une variable significative ayant une corrélation positive avec la fréquentation des structures de santé .

Chapitre III) : MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

III-1) MODELE THEORIQUE

La revue de la littérature a permis de prendre connaissance avec l'ensemble des interactions qui existent entre les différents facteurs susceptibles d'influencer la demande de soins de santé.

Notre étude dont l'objectif principal est d'identifier et d'analyser les variables influençant la décision du premier recours aux soins s'inscrit dans l'approche dite de demande pure .

En effet, cette étude se situe en amont du processus de décision de recours aux soins de santé.

Nous analysons non pas la demande induite par le médecin (l'offre de soins) mais la décision qui vient du consommateur de soins de se référer en premier à tel ou tel type de recours en cas de maladie.

Ce choix, comme ont su le démontrer les auteurs du modèle de demande pure, provient beaucoup plus de la volonté du consommateur lui – même que de l'induction de l'offre.

Nous retiendrons dans le cadre spécifique de notre étude un ensemble de variables susceptibles d'influencer le choix du premier recours .

Ces variables ont été rassemblées en trois types de déterminants en relation entre eux .

ce sont :

- ✓ Les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage
- ✓ Les variables portant sur la situation déclarée
- ✓ Les variables de perception

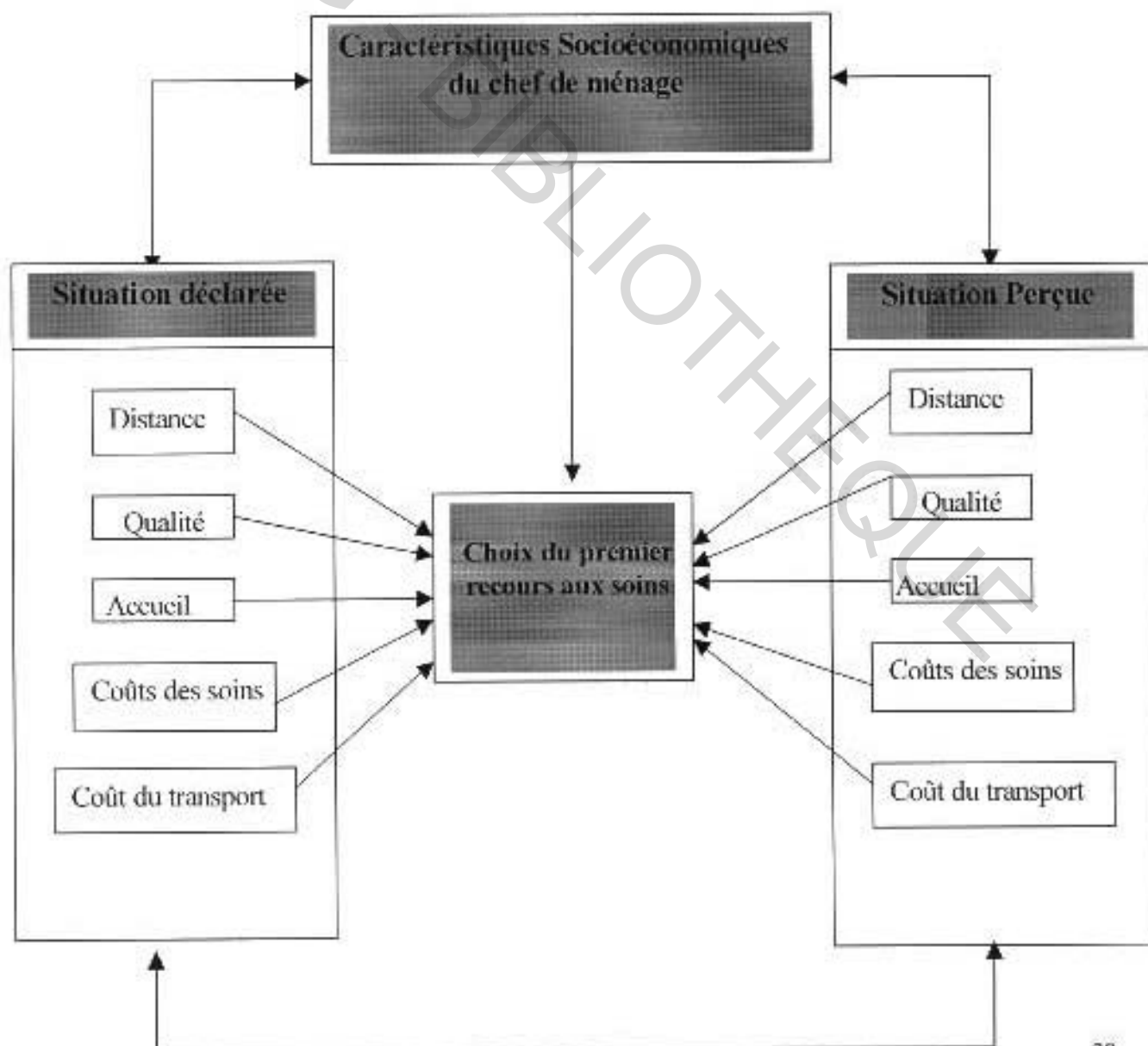
-Les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage concernent les variables suivantes : le sexe , l'âge , la situation matrimoniale, la profession , le niveau d'instruction, le revenu du chef de ménage .

-Les variables portant sur la situation déclarée :

sont définies comme telles , toutes les estimations faites par les chefs de ménage concernant les coûts des soins , du transport ,des médicaments au sein des FSP etc (ces variables sont clairement définie dans la section suivante)

-Les variables de perception ; ce sont les variables qui concernent la perception qu'ont les chefs de ménage des coûts des soins , des médicaments , du transport , de la qualité des prestations offertes au sein des FSP .

Le Schéma suivant présente l'ensemble de ces variables , les interactions qui existent entre elles et , leur influence sur le choix du premier recours aux soins en cas de maladie d'un des membres du ménage.



III-2) HYPOTHESES DE RECHERCHE :

Le revue de la littérature notamment des études déjà menées en Côte d'Ivoire et dans certains pays d'Afrique a permis de constater que l'accès des populations aux formations sanitaires publiques est lié à de nombreuses variables notamment (le coût des prestations , la distance , la qualité etc....)

Dans le cas de notre étude ,qui s'intéresse aux facteurs qui influencent le choix du premier recours aux soins , nous formulons les hypothèses suivantes :

- Plus le niveau de revenu du chef de ménage est bas, moins il a comme premier recours la FSP.
- Le nombre élevé de personnes dans le ménage a un impact négatif sur la décision de recourir en premier à une FSP.
- La mauvaise perception du coût des consultations influence négativement le choix de recourir en premier à une FSP en cas de maladie.
- L'absence de médicaments dans les FSP à un impact négatif sur la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie
- Plus les chefs de ménage ont une mauvaise perception de l'accueil moins ils ont recours aux FSP.

III-3) Définition opérationnelle des variables

3-3.1) La variable endogène

La variable endogène retenue pour notre étude sera : « le Recours »

La différenciation des individus se fera en fonction de leur décision de recourir en premier ou de ne pas recourir en premier à une formation sanitaire publique en cas de maladie.

Cette variable binaire prendra les valeurs :

0 si l'individu n'a pas comme premier recours la formation sanitaire publique en cas de maladie

1 si l'individu a comme premier recours la formation sanitaire publique en cas de maladie.

3-3-2) Les variables exogènes

L'analyse de la probabilité du choix de recourir ou de ne pas recourir en premier à une formation sanitaire publique en cas d'affection se fera en fonction d'un ensemble de variables rassemblées en 3 types de déterminants :

- ✓ Les caractéristiques Socioéconomiques
- ✓ Les variables portant sur la situation déclarée
- ✓ Les variables de Perception

Les caractéristiques Socioéconomiques

Les variables retenues dans cette partie sont les suivantes :

Le sexe, l'âge , la situation matrimoniale, la profession, le niveau d'instruction du chef de ménage, le nombre de personnes dans le ménage, le revenu mensuel du ménage (c'est la somme des revenus de tous les membres du ménage)

Les variables portant sur la situation déclarée

-L'accessibilité Géographique

Variables retenues :

La durée d'accès à la formation sanitaire publique la plus proche,

Le Coût du transport allé-retour en taxi communal entre le domicile et la FSP la plus proche.

-Coûts des soins

Variables retenues :

Coût d'une consultation dans une formation sanitaire publique,

Coût d'une journée d'hospitalisation

-La disponibilité en médicaments

Variables retenues :

La quantité de médicaments prescrits à la dernière consultation par le médecin de la FSP.

La quantité de médicament achetés au sein de la FSP

Le coûts des médicaments achetés au sein de la FSP

Les variables de perception

-Perception de l'accessibilité géographique

Variables retenues :

Perception de la distance entre le domicile et le FSP la plus proche

Perception du coût du transport allé - retour

Perception de l'état de la voie d'accès à la FSP

- Perception des coûts des soins :

Variables retenues :

Perception du coût d'une consultation dans une FSP

Perception du coût d'une journée d'hospitalisation

Perception du coût d'une consultation de médecine traditionnelle par rapport à celui d'une FSP.

-Perception de la disponibilité en médicaments au sein de la FSP:

Variables retenues :

Perception du coût des médicaments vendus au sein de la FSP

Perception des coûts des médicaments vendus à la FSP comparativement à ceux vendus dans les pharmacies privées

-Perception de la qualité des services

Variables retenues :

Perception de l'accueil

Perception de l'état de la FSP

Perception du temps d'attente au sein de la FSP

Perception qu'ont les chefs de ménage du personnel médical et paramédical

Les tableaux suivants sont une présentation synoptique des variables de l'étude et de leurs modalités :

La variable dépendante

Variable	Codification et Modalités
RECOURS	0 La FSP n'est pas le premier recours 1 La FSP est le premier recours

Les variables indépendantes

Les caractéristiques socioéconomiques

Variables	Codification et Modalités
Sexe	1 pour Masculin 2 pour Féminin
Age	1 pour Moins de 20 ans 2 pour [20-30[3 pour [30-40[4 pour [40-50[5 pour [50-60[6 pour 60-et plus
Situation Matrimoniale	1 pour Marié 2 pour Divorcé 3 pour Veuf 4 pour Célibataire 5 pour Union Libre
Profession	1 pour Artisan 2 pour Commerçant 3 pour Cultivateur 4 pour Salarié du public 5 pour Salarié du privé 8 pour Autres
Niveau D'instruction	1 pour Analphabète 2 pour Alphabétisé 3 pour primaire 4 pour Secondaire 5 pour Supérieur
Nombre de personne dans Le ménage	Quantité
Revenu mensuel du ménage	Montant

Accéssibilité Géographique

Variables	Codifications et Modalités
Durée d'accès à la FSP	temps en minute
Perception de la distance jusqu'à la FSP la plus proche	1 pour Acceptable..... 2 pour Longue 3 pour Très longue
Perception de laqualité dela voie d'accès à la FSP	1 pour En mauvais état 2 pour Praticable 3 pour En bon état
Coût du transport allé retour , de la maison à la FSP	Montant
Perception du coût du transport	1 pour Bas 2 pour Satisfaisant 3 pour Elevés 4 pour Trop élevés 8 pour NSP

Perception des coûts et Capacités de paiement

Variables	Codifications et Modalités			
Coût d'une consultation	Montant			
Perception du coût d'une consultation	1 pour Bas	3 pour Elevés	2 pour Satisfaisants	8 pour NSP
Coût d'une journée d'hospitalisation	Montant			
Perception du coût d'une journée d'hospitalisation	1 pour Bas	3 pour Elevés	2 pour Satisfaisants	8 pour NSP

Perception de la qualité

Variables	Codifications et Modalités	
Personnel	1 pour Accueillant	2 pour Honnête
Temps d'attente	1 pour convenable	2 pour Long
Le Médecin	1 pour Consacre suffisamment de temps	2 pour Explique comment prendre les médicaments
	4 pour Explique comment ne plus attraper la maladie	6 pour Compétents
L'état de la FSP	1 pour Propre	2 pour Possède tout le matériel nécessaire

Les variables personnel, medecin et états de la FSP ont fait l'objet d'une codification géométrique

Disponibilité en Médicament

Variables	Modalités
Quantité de médicaments prescrits par la FSP	Quantité
Quantité de médicaments achetés dans la FSP	Quantité
Prix des médicaments achetés à la FSP	Montant
Disponibilité en médicament dans la FSP	Quantité

III-4) Spécification du modèle théorique :

La variable binaire « Recours » est la variable expliquée de notre modèle d'étude .

Contrairement aux modèles de régression de R. Andersen et L.BENHAM (1970) qui renaient des variables quantitatives comme variable endogène, le caractère qualitatif binaire de la variable recours nous oriente vers le choix d'un modèle d'analyse de variables qualitatives .

L'état des connaissances nous a permis d'identifier des méthodes d'analyse endogénéisant des variables qualitatives .

Ce sont : Les modèles Binaires Probit et Logit.

Les modèles multinomiaux Probit et Logit

Nous retiendrons pour notre étude , la modélisation logistique qui, contrairement au modèle Probit est d'une manipulation plus aisée.

Le modèle binaire logit se présente sous la forme générale suivante :

$$P(y=1) = \frac{1}{1+e^x}$$

Avec :

$P(Y_i=1)$: probabilité que Y_i soit égale à 1

$X = x_i\beta$

X_i : un vecteur ($1 * k$) de variables explicatives pour l'individu i associé au vecteur de paramètres

β : vecteur de paramètres

Dans le cas spécifique de notre étude,

$P (Y_i=1)$ représente la probabilité qu'un malade de la commune d'Abobo ait comme premier recours une formation sanitaire publique .

Ce choix dépendra d'autres variables telles que : les caractéristiques socio-économiques , l'accessibilité géographique etc....

Pour une bonne visibilité de l'effet de ces variables sur le choix de recourir en premier à une FSP en cas de maladie ou , de ne pas le faire , nous effectuerons

4 modélisations :

Première Modélisation :

Le premier problème consistera à étudier l'impact des variables socio-économiques relatives au chef de ménage sur la probabilité d'avoir comme premier recours une FSP en cas de maladie.

Le modèle sera de la forme suivante :

$$P (Y_i=1) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

Avec $Z = \beta_0 + \beta_1 \text{ sexe} + \beta_2 \text{ Age} + \beta_3 \text{ Sitmat} + \beta_4 \text{ Profession} + \beta_5 \text{ revenu du ménage} + \beta_6 \text{ taille du ménage} + \mu_i$

avec :

μ_i : l'erreur du modèle

L'incorporation de la variable taille du ménage dans le modèle est motivée par le soucis de tenir compte d'une des caractéristiques importantes du ménage « la taille » . Nous pensons que le choix du chef de ménage de recourir en premier à une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage pourrait fortement dépendre de cette variable .

Seconde Modélisation :

Dans ce second modèle , la variable expliquée « recours » sera régressée par les variables portant sur la situation déclarée.

Seules les variables statistiquement différentes de zéro seront retenue pour la formulation de ce modèle .

Troisième Modélisation :

La variable expliquée « recours » sera régressée dans ce troisième modèle par l'ensemble des variables partant sur la perception.

De même que précédemment , seules les variables les plus significatives seront retenues pour la formulation de ce modèle.

Quatrième modélisation

Les variables retenues à l'issu des régressions précédentes serviront de variables endogènes dans ce quatrième modèle.

Le modèle final obtenu dans cette quatrième modélisation retiendra exclusivement comme variables explicatives , les variables statistiquement différentes de zéro.

Le choix du modèle Final se fera en fonction des critères de performance suivant :

- Le test de significativité du modèle . On dira qu'un modèle est significatif au seuil de 5% si sa P-value est inférieure à 0,05
- Le Pseudo R^2 ou R^2 de Mc Fadden qui est la mesure de la qualité globale du modèle. Plus le R-deux est proche de 1, plus les variations de la variable endogène sont expliquées par les variations des variables exogènes.

III-5) STRATEGIE DE RECHERCHE

Pour collecter des informations afin de vérifier empiriquement le modèle théorique, nous administrerons un questionnaire aux chefs de famille de la commune d'Abobo.

Les informations collectées seront analysées à l'aide du logiciel d'analyse de données (SPSS).

L'interprétation des résultats permettra d'identifier les facteurs influençant la décision de recourir en premier à une formation sanitaire publique en cas de maladie d'un membre des ménages de la commune d'Abobo

Il s'agit dans cette étude , d'identifier et d'analyser les variables qui influencent le choix du recours à une FSP dans la commune d'Abobo.

L'étude est donc de type corrélationnelle.

L'approche stratégique utilisée pour atteindre cet objectif est l'expérimentation invoquée.

Ce choix se justifie par le fait que nous effectuerons une investigation statistique des relations entre une variable dépendante et plusieurs variables indépendantes de façon à isoler l'influence de celles qui font l'objet des hypothèses de recherche.

CHAPITRE IV) : PLANIFICATION OPERATIONNELLE DE LA RECHERCHE

IV-I) PRESENTATION DE LA ZONE D'ENQUETE : LA COMMUNE D'ABOBO

La commune d'Abobo a été choisie pour faire l'objet de l'investigation empirique pour la collecte des données.

La justification de ce choix repose sur les critères suivants :

- La commune d'Abobo fait l'objet depuis le début des années 1990, d'investissements importants de la part de bailleurs de fonds pour l'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé .

Ainsi, depuis cette période , 13 nouveaux établissements de santé ont été ouverts faisant passer le nombre de formations sanitaires publiques et parapubliques de 8 avant 1990 à 21 en 2001. Les autres ayant été rénovées ou aménagées dans des locaux réhabilités .

En 1999, la formation sanitaire d'Abobo nord a été érigée en hôpital général comblant ainsi l'absence de structures d'hospitalisation de deuxième niveau.

- La commune d'Abobo est l'une des deux communes les plus peuplées de la ville d'Abidjan. Une grande partie de la population de cette commune travail dans le secteur informel. Certains quartiers de la commune sont constitués d'habitats précaires. Les ménages de ces quartiers ont des revenus très bas , ce qui peut constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé des formations sanitaires publiques .

- La taille moyenne du ménage de cette commune est de 5,47 personnes .La commune vient en deuxième position en ce qui concerne l'importance de la taille des ménage dans la ville d'Abidjan.

L'importance de cette taille pourrait également jouer sur le choix du recours à une formation sanitaire publique en cas de maladie.

4-1-1) PRESENTATION GENERALE :

La ville d'Abidjan , capital économique de la Côte d'Ivoire , est la deuxième ou troisième ville d'Afrique de l'Ouest après Lagos et peut être Ibadan par son agglomération qui compte 3,1 millions d'habitants (effectif corrigé 2000) source INS Elle concentre près d'1/5 de la population totale du pays , estimée a 16,46 millions (effectif corrigé 2000) source INS.

Abidjan est composée de 10 communes dont la surface totale atteint 57735 ha .

Divisées en 28 quartiers , la commune d'Abobo avec ses 1665 ha est la plus grande commune du district d'Abidjan.

La population de cette commune a été estimée à 638237 habitants au dernier recensement général de la population et de l'habitat de 1998.

4-1-2) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ABOBO⁵

Avec ses 638237 habitants (soit 22,2% de la population totale d'Abidjan) , la commune d'Abobo est la deuxième commune la plus peuplée d'Abidjan.

La population est composée de 322784 hommes et 315553 femmes soit respectivement 22,2% et 22,1% des hommes et des femmes de la ville d'Abidjan.

Le rapport de masculinité est de 102,3.

La commune compte 116752 ménages ; soit 20,23% des ménages de la ville d'Abidjan.

4-1-3) LE SYSTEME DE SOINS

L'offre publique de soins

Abobo fait partie des deux communes d'Abidjan ayant le plus grand nombre d'établissements publics et parapublics de santé .

La commune comporte 21 établissements sanitaires publics et parapublics.

Le tableau suivant présente la répartition des différents établissement sanitaires de la commune .

⁵ Toutes les statistiques énoncées dans cette partie sont tirées du RGPH 1998

Tableau N°1: Etablissements sanitaires publics et parapublics de la commune d'Abobo

Hôpital Général	1
FSU-COM	6
FSU Abobo	1
CSU-COM	7
CSUS-CAT	1
CZ	1
Centre d'éducation de santé	1
CSUS-SSSU	1
INFLC	2
Total	21

L'offre privée de soins

L'offre privée de soins est essentiellement représentée par de petites cliniques privées offrant pour la plus part des soins de santé de base.

Tableau N°1: Etablissements sanitaires publics et parapublics de la commune d'Abobo

Etablissement	Quantité
Hôpital Général	1
FSU-COM	6
FSU Abobo	1
CSU-COM	7
CSUS-CAT	1
CZ	1
Centre d'éducation de santé	1
CSUS-SSSU	1
INFLC	2
Total	21

L'offre privée de soins

L'offre privée de soins est essentiellement représentée par de petites cliniques privées offrant pour la plus part des soins de santé de base.

IV-2) POPULATION A L'ETUDE

L'unité d'analyse retenue pour notre étude est : le ménage .

Le ménage étant une entité composée de plusieurs individus, ses choix seront appréciés à travers ceux du chef de ménage.

Nous partons donc de l'hypothèse que les décisions des ménages en matière de recours aux soins seront celles du chef de ménage .

Critères d'inclusion et d'exclusion :

L'univers des objets qui seront étudiés est constitué de l'ensemble des ménages de la commune d'Abobo.

Le principal critère d'inclusion est l'appartenance du ménage à la commune d'Abobo ; sont donc exclus de la population cible, les ménages dont le lieu de résidence se situerait dans une commune autre que celle d'Abobo.

IV-3) CHOIX DE L'ECHANTILLON :

4-3-1) METHODE D'ECHANTILLONNAGE :

Ne disposant pas d'une base de sondage sur les ménages de la commune d'Abobo, nous utiliserons une méthode d'échantillonnage non -probabiliste.

La méthodes d'échantillonnage retenue sera l'Echantillonnage par Quotas qui consiste à évaluer les caractéristiques de la population cible et à les reproduire dans l'échantillon

Limite de la méthode par Quotas

La limite principale de cette méthode est liée à son caractère non-probabiliste
L'utilisation de technique d'échantillonnage non probabilistes rend difficile l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population cible ,

De même , les méthodes statistiques utilisées pour déterminer la taille d'un échantillon non probabiliste ne sont pas pertinentes .

4-3-2) TAILLE DE L'ECHANTILLON :

La taille échantillonnale retenue pour notre étude est de 92 ménages incluant en moyenne 5,47⁶ personnes par ménage .

L'étude concerne donc les choix de recours liés a environ 500 individus.

Rappelons toutefois que le choix du ménage de recourir à une formation sanitaire publique en cas de maladie sera apprécié à travers celui du chef de ménage .Ceci dans le but de concilier la nécessité de mener à bien l'administration du questionnaire et le manque de ressource auquel nous étions confronté.

4-3-3) SELECTION DES UNITES D'ANALYSE

La sélection des différentes unités d'analyse se fera de manière accidentelle.

IV-4) METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

Les Informations collectées pour l'étude seront fournies par les sujets de l'étude (les chefs de ménage).

Nous effectuerons des entrevues dirigées .

L'outil de collecte des données sera un questionnaire comprenant 6 sections :

- ✓ La première section traite des caractéristiques Socio-économiques du chef de ménage
- ✓ La seconde section porte sur la collecte d'informations sur l'accessibilité géographique
- ✓ La troisième section porte sur l'utilisation de l'offre de soins disponible.
- ✓ La quatrième section porte sur la disponibilité en médicament
- ✓ La Cinquième section porte sur la perception qu'ont les patients des coûts des prestations et de leur capacité de paiement.
- ✓ Enfin, la sixième section porte sur la perception qu'ont les patients de la qualité des services offerts au sein des formations sanitaires publiques.

⁶La taille moyenne des ménages de la commune d'Abobo ayant été évaluée à 5.47 personnes au dernier recensement général de la population et de l'habitat de Côte d'ivoire(RGP 1998)

a) Caractéristique Socio-économique du répondant :

Cette section comprend 2 parties :

- l'identification du chef de ménage (sexe , âge , Situation matrimoniale etc.)
- et les sources de revenu et le niveau de revenu du ménage.

b) Accessibilité Géographique :

Dans cette section , le questionnaire collecte des informations sur la distance entre la formation sanitaire publique la plus proche et le domicile du répondant, la perception qu'a le répondant de cette distance ,l'état de la voie d'accès à la structure de santé, le coût du transport.

Le répondant a également été invité à se prononcer sur sa perception du coût du transport.

c) Utilisation de l'offre de soins

Les différents recours des membres du ménage en cas de maladie ont été identifier dans cette section du questionnaire.

Les recours possibles étant :

Les établissements sanitaires publics

Les établissements sanitaires privés

La médecine traditionnelle

autres

d) Disponibilité en médicament :

Il s'agit ici de :

-déterminer la quantité de médicaments prescrits au malade par le médecin de la formation sanitaire publique et ,la quantité de médicaments acheté par le patient au sein da la pharmacie de l'hôpital.

-d'évaluer la perception qu'ont les répondants du prix des médicaments dans les formations sanitaires publiques et dans les pharmacies privées.

e.) Perception des coûts et capacité de paiement

Cette section détermine principalement, les coûts déclarés des consultations et des hospitalisations et, la perception qu'ont les usagers de la tarification des soins en vigueur actuellement au sein des formations sanitaires publiques et le prix maximum qu'ils seraient prêts a payer pour une consultation.

f) Perception de la qualité des services

La partie du questionnaire relative à la perception de la qualité des services offerts s'attèle à recueillir les avis des usagers sur le personnel médical et paramédical, sur le temps d'attente avant la consultation et sur l'état de la structure sanitaire.

IV-5) QUALITE DES INSTRUMENTS DE MESURE

Deux pré-tests du questionnaire ont été effectués auprès d'un échantillon de 15 ménages avant la validation finale du questionnaire. Ces pré-tests ont permis d'évaluer la fiabilité et la validité du questionnaire.

IV-6) ANALYSE DES DONNEES

Après avoir effectué des analyses descriptives des données collectées, nous procéderons à une analyse multivariée à Régression Logistique dans le but de vérifier les hypothèses de recherche.

Cette analyse multivariée nous permettra en effet, d'identifier la ou les variables qui influencent le plus la décision des ménages de la commune d'Abobo de recourir en premier à une formation sanitaire publique en cas de maladie d'un des membres du ménage.

Le traitement et l'analyse des données se feront à l'aide du logiciel **SPSS**

IV-6) CONSIDERATION ETHIQUES

Le libre consentement des sujets sera respecté de même que l'anonymat des informations recueillies auprès d'eux

IV-7) DIFFICULTES DE COLLECTE DES DONNEES :

Nous avons rencontré de nombreuses difficultés au cours de la réalisation de notre étude .

Les principales portaient sur :

- Le coût de la réalisation de l'étude
- la réticence des enquêtés à fournir des informations d'ordre socio-économiques.
- L'administration du questionnaire

Le coût de la réalisation de l'étude

La réalisation de l'étude à nécessité la mobilisation de ressources financières. Ne disposant pas de financement pour l'étude , nous avons réalisé nos travaux de recherche à nos propres frais.

La collecte d'information d'ordre socio-économiques :

Les enquêtés , pour la plus part, se refusaient à nous communiquer le montant de leur revenu.

Cet état de fait nous à conduit à classer les revenus par tranche.

Sur insistance et après explication , nous avons néanmoins pu disposer des informations sur les tranches de revenu .

-L'administration du questionnaire

L'administration du questionnaire s'est faite dans une période où, la Côte d'Ivoire était confrontée à une grave rébellion armée.

Cette situation a provoquée la méfiance des ménages .

Nous nous sommes vu refusé l'accès à de nombreuses familles.

La période d'administration des questionnaires a également coïncidé avec l'instauration d'un couvre feu à Abidjan allant de 19 h à 6h du matin.

L'enquête prévoyait interroger 150 ménages mais , les cas importants de refus de collaborer du fait de la crise nous ont poussé à limiter la taille de l'échantillon à 92 ménages.

IV-8) LIMITES DE L'ETUDE

La principale limite de cette étude se situe au niveau de la méthode d'échantillonnage.

-Ne pouvant disposer de la base de données sur les ménages, nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage par Quotas , limitant ainsi les possibilités d'extrapolations des résultats.

Une méthode d'échantillonnage probabiliste aurait par contre permis de généraliser à la population cible , les résultats observés dans l'échantillon.

-Les 92 ménages retenus comme taille de l'échantillon nous paraissent faible comparé à la taille de la population cible.

-Une autre conséquence liée à l'utilisation de la méthode d'échantillonnage non-probabiliste, c'est le choix arbitraire des sujets à l'étude ,

-Le fait d'avoir considéré le choix du chef de ménage comme représentant celui de l'ensemble du ménage est également l'une des limites de l'étude.

Cette approche ne reflète pas entièrement la réalité car, les individus appartenant au ménage et ayant leur propre source de revenu sont en général libre de leur choix .

Ces personnes auraient due être interviewées séparément .



DEUXIEME PARTIE :

**PRESENTATION ET
DISCUSSION DES RESULTATS**

L'analyse des résultats de l'étude se fera en deux parties .

La première sera consacrée à une analyse descriptive de l'échantillon .

Cette partie permettra de présenter les caractéristiques socioéconomiques des ménages et des chefs de ménages et d'apprécier l'itinéraire thérapeutique des malades de la commune.

Nous effectuerons par la même , une analyse bilatérale entre les variables susceptibles d'avoir le plus d'impact sur la demande de soins de santé et , le choix de recourir en premier ou non à une formation sanitaire publique en cas de maladie .

En seconde partie, une analyse multivariée permettra de formuler un modèle économétrique présentant les facteurs influençant le plus le choix du recours aux soins des formations sanitaires dans la commune d'Abobo.

CHAPITRE V) : ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON

I) LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUE DES MENAGES ET DES CHEFS DE MENAGE⁷

I.1) Caractéristiques des ménages

La taille Moyenne de l'échantillon de ménages retenu pour notre étude est de 4,9 personnes. Cette moyenne se rapproche de la moyenne des ménages de la commune d'Abobo (5,47 personnes par ménage) obtenue lors du dernier recensement général de la population et de l'habitat de Côte d'Ivoire en 1998 .

Les ménages composés de 7 personnes sont les plus présents ensuite ,viennent les ménages de 5 et 3 personnes qui représentent chacun 15,2% des ménages de la commune .

Le ménage le plus important est composé de 12 personnes .

I.2) Caractéristiques des chefs de ménages

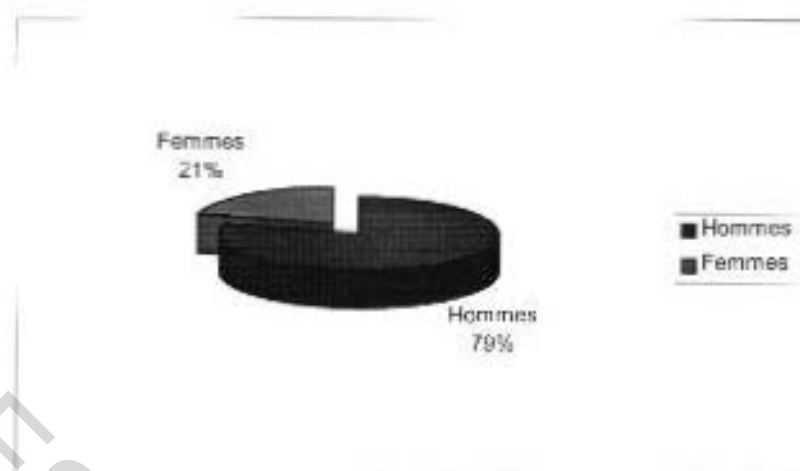
1.2.1) Répartition des chefs de ménages selon le sexe

79,3% des ménages interrogés ont comme chef de famille un homme.

Les femmes chefs de ménage représentent 20,7% des chefs de famille.

(Voir Graphique N°4)

⁷ Les tableaux présentant les résultats se trouvent en annexe



Graphique N°4 : Répartition des chefs de ménage selon le sexe

1.2.2) Répartition selon l'âge

Un grand nombre de chefs de famille appartient à la classe d'âge 30 – 40 ans soit 37% de l'effectif total.

Cette classe est à majorité composée d'hommes qui représentent 73,5 % de l'effectif. Les chefs de ménage âgés de 40 à 50 ans constitue la seconde classe d'âge la plus importante ,elle rassemble 29,3% des chefs de ménages .Là encore, les femmes sont les plus minoritaires, elle ne représentent que 14, 8% de cette classe.

Il est bon de remarquer que les classes d'âges de 50 –60 ans et 60 et plus sont essentiellement constituées d'hommes. Elles représentent 13,04 % des chefs de ménages . (Tableau N°2)

1.2.3) Répartition selon la situation matrimoniale

Les ménages sont constitués à 54,3% de couple mariés, 6,5% de veufs et de veuves et de 8,7% en union libre .

Les célibataires représentent 17,4 % des chefs de ménages .(Tableau N°3)

1.2.4) Répartition selon le niveau d'éducation

Parmi les chefs de ménage , on dénombre 35% d'analphabètes.

La grande majorité (65%) des chefs de ménage savent lire et écrire . Cette majorité est constituée à 88,13 % d'hommes .

Parmi les femmes de l'échantillon, 63,15% ne savent ni lire ni écrire

Seulement 10,52% d'entre elles ont au moins atteint le niveau du secondaire.

18,5% des chefs de ménage de l'échantillon ayant effectué. ont au moins le niveau des études primaires .

34,7 % ont atteint au moins le niveau du secondaire . .(Tableau N° 5)

1-2-5) Répartition selon la profession

Le commerce reste l'activité principale des chefs de ménage de la commune. En effet , 53,3% des chefs de ménages interrogés sont des commerçants .

La majorité des chefs de ménage femme soit 73,7% appartient à cette catégorie.

18,5% sont des salariés du public et du privé, 12% des chefs de ménage ont soit perdu leur emploi soit sont à la retraite .(Tableau N° 4)

1-2-6) Répartition selon le revenu du chef de ménage :

17,4 % des chefs de ménages de l'échantillon ont déclaré avoir plusieurs sources de revenu.

Pour 75% d'entre eux , le revenu secondaire n'excède pas 50000 Fcfa par mois.

41,3% des chefs de ménage de la commune ont un revenu principal inférieur à 50000 Fcfa par mois ; 38% ont leur revenu principal mensuel compris entre 50000 et 100000Fcfa.

Seulement 20,6% ont déclaré percevoir un revenu principal mensuel supérieur à 100000Fcfa.

A la question de savoir le nombre de personne dans le ménage ayant un revenu à part le chef de ménage , 60% des ménages ont déclaré ne disposer que de sources de revenu du chef de ménage. .(Tableaux N° 6 et 7)

1-2-7) Répartition selon le revenu du ménage

Les ménages constitués de plus d'une personne disposant d'un revenu représentent 29,3% de l'échantillon.

10,7% des ménages ont au moins deux personnes en plus du chef de ménage qui ont un revenu mensuel.

Pour 32,6% des ménages , le revenu mensuel est inférieur à 50000Fcfa , 45,6% des ménages ont un revenu total mensuel qui oscille entre 50000Fcfa et 150000Fcfa par mois ,

Le reste des ménages soit 19,6% ont un revenu mensuel supérieur à 1500000Fcfa

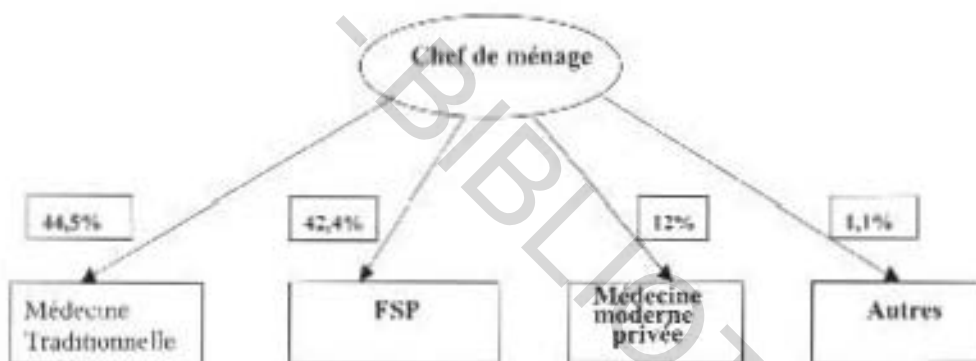
Signalons toute fois que 2.2% des ménages ne disposent d'aucun revenu. ; ces ménages ne survivent que grâce à l'aide de généreux bienfaiteurs . (Tableau N° 8)

II) Différents recours et itinéraires thérapeutiques :

Sur les 92 chefs de famille interrogés dans le cadre de l'étude , 42,4% ont déclaré avoir comme premier recours une formation sanitaire publique en cas de maladie de l'un de membres du ménage .

Ceux ayant recours à la médecine privée en cas de maladie représentent 12% de l'échantillon

Schéma N°2: Répartition des chefs de ménage en fonction du premier recours



Les recours à la médecine moderne en cas de maladie représentent 54,4% de l'échantillon .

Le recours aux soins traditionnels en cas de maladie représente 44,5% des chefs de ménage de l'échantillon ;seulement 1,1% des chefs de ménage ont déclaré n'avoir recours qu'à Dieu (à la prière) en cas de maladie.

III) Motifs de recours et de non recours invoqués par les chefs de ménage

III-1) Motifs de recours

Sur les 39 chefs de ménage ayant déclaré avoir la FSP comme premier recours en cas de maladie ,

76,92% ont au moins retenu l'efficacité comme critère de choix . Parmi eux , 20,5% ont déclaré avoir comme seul critère, l'efficacité des soins.

33,33% ont au moins retenu la disponibilité en médicament comme critère de choix.

46,15% ont au moins retenu le coût des prestations comme critère de choix .

43,58% ont au moins retenu la distance entre le domicile et la FSP comme critère de choix.

Seulement 5% ont déclaré tenir compte de l'accueil comme critère de choix.

Tableau N°9: Répartition des chefs de ménage en fonction des motifs de recours à la FSP

Motifs de Recours	Pourcentage de chefs de ménage
Efficacité des soins	76,92%
Coût des prestations	46,15%
Distance	43,58%
Disponibilité en médicament dans la FSP	33,33%
Accueil	5%

III-2) Motifs de non recours

53 chefs de ménage ont déclaré ne pas avoir la FSP comme premier recours en cas de maladie.

Parmi eux , 43,4% ont au moins retenu l'inefficacité des soins comme critère de non recours

43,2% des chefs de ménage ont déclaré ne pas recourir aux FSP à cause de l'absence de médicaments dans les FSP.

51% ont au moins retenu la cherté des tarifs des prestations comme critère de non recours.

41,5% ont au moins estimé la distance entre le domicile et la FSP comme trop longue.
 20,75% des chefs de ménage ont au moins retenu le mauvais accueil comme raison de non recours aux soins des Formations sanitaires publiques.

Tableau N°10: Répartition des chefs de ménage en fonction des motifs de non Recours à la FSP

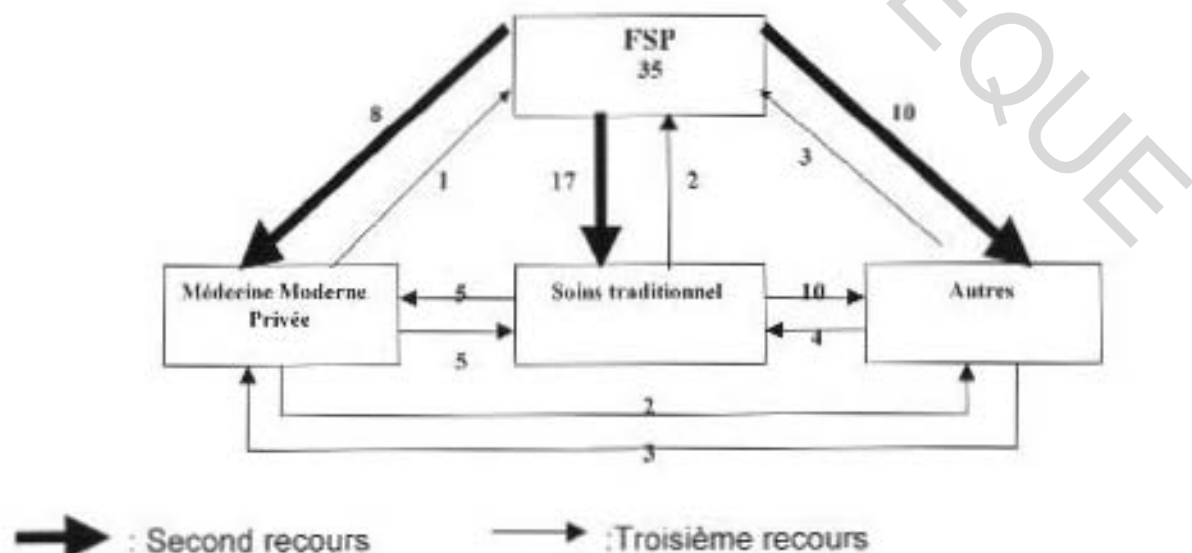
Motifs de non recours	Pourcentage de chefs de ménage
Tarifs élevés	51%
Inefficacité des soins	43,4%
Absence de médicaments dans les FSP	43,2%
Distance longue	41,5%
Mauvais accueil	20,75%

IV) Itinéraire thérapeutique des patients ayant comme premier recours la FSP

Les sujets de l'échantillon ont été amené a nous décrire leur parcours en cas de maladie . Parmi les chefs de ménage ayant déclaré avoir recours en premier à une FSP en cas de maladie, 4 ont déclaré avoir recours exclusivement à la FSP quelque soit l'évolution de la maladie. 35 chefs de ménage ont déclaré se référer à d'autres recours lorsque l'état de santé du malade ne s'améliore pas.

Le schéma suivant présente le parcours thérapeutique de ces 35 chefs de ménage.

Schéma N°3: Itinéraire thérapeutique des patients ayant comme premier recours la FSP



Sur les 35 chefs de ménage, 48,57% ont comme second recours, les soins traditionnels, 22,85% ont recours à la médecine moderne privée et , 28,57% déclarent soit recourir à Dieu soit effectuer une automédication.

.Au troisième recours , seulement 7 chefs de ménage affirment qu'ils reviendraient à la FSP si la solution à leur mal n'était pas résolu au second recours.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV) ANALYSES UNIVARIEES

Pour apprécier la dépendance entre le choix du type de recours et les facteurs susceptibles d'influencer ce choix , nous effectuerons une analyse bilatérale entre les variables susceptibles d'influencer le choix du recours et , la variable dépendante « recours ».

Ainsi , le choix du type de soins en premier recours sera apprécié à travers les variables suivantes

- Les caractéristiques socioéconomiques du chef de ménage (sexe , âge , situation matrimoniale , profession , revenu etc...)
- Le coût déclaré des consultations et des hospitalisations et la perception de ces coûts
- La distance déclarée entre le domicile et la FSP et la perception de cette distance
- Le coût déclaré du transport et la perception de ce coût
- La disponibilité en médicament
- La perception du personnel médical et paramédical
- La perception du temps d'attente
- La perception de l'état de la FSP

IV.1) Le choix du premier recours en fonction des caractéristiques socioéconomiques du chef de ménage.

Tous les tableaux de résultats concernant cette partie se trouvent en annexe

4.1.1) Selon le sexe

L'échantillon est constitué de 79,3% d'hommes chefs de ménage et de 20,7% femmes chefs de ménage.

Les chefs de ménage ayant comme premier recours la FSP représentent 42,4% de l'échantillon. Parmi ces chefs de ménage, 84,61% sont du sexe masculin et 15,38% sont du sexe féminin.

Dans l'échantillon de ménages retenu pour l'étude , 57,6% des chefs de ménage ont déclaré ne pas recourir en premier à la FSP en cas de maladie.

Les chefs de ménage hommes représentent 75,47% de cette catégorie

Les femmes chefs de ménage représentent quant à elle 24,52%

Les résultats du test de Khi 2 (P-value = 0,284) montrent qu'il n'y a pas de dépendance entre le sexe du chef de ménage et la décision de recourir ou de ne pas recourir en premier à une FSP en cas de maladie. (Tableau N° 11)

4.1.2) Selon l'âge :

La classe d'âge allant de 20 à 50 ans est la plus représentée dans l'échantillon. Elle représente en effet , 86,95% des chefs de ménage de l'échantillon ;

Dans cette classe , 57,5% déclarent ne pas avoir comme premier recours la FSP en cas de maladie .

Par contre , 42,5% déclarent recourir en premier à une FSP.

La classe d'âge des plus de 50 ans représente quant à elle 13,04% des chefs de ménage de l'échantillon ; 58,33% d'entre eux ne se réfèrent pas en premier à une FSP ,41,66% ont comme premier recours la FSP.

La répartition des chefs de ménage par classe d'âge en fonction du recours permet de constater que , quelque soit leur classe d'âge , les chefs de ménage préfèrent à environ 40% se référer en premier à une FSP en cas de maladie , 60% préfèrent recourir à d'autres types de soins .

Les résultats du test de Khi 2 (P-value = 0,11) montrent également qu'il n'y a pas de dépendance entre l'âge du chef de ménage et la décision de recourir ou de ne pas recourir en premier à une FSP en cas de maladie. (Tableau N° 12)

4.2.3) Selon la situation matrimoniale

Dans l'échantillon de notre étude , 50 chefs de ménage sont mariés, 12 sont divorcés , 16 sont célibataires.

Parmi les 50 mariés , 52% n'ont pas recours en premier à une FSP , 48% ont recours à une FSP en cas de maladie.

Sur les 42 chefs de ménage mariés, 35,75% déclarent recourir à une FSP en de maladie , les 64,3% autres préfèrent avoir recours en premier à d'autres types de soins.

Là encore , comme dans la répartition par classe d'âge , les non recours l'emportent sur les recours . (Tableau N° 13)

(La p-value= 0,093) est ici aussi supérieure à 0,05 il n'y a donc pas de relation entre la situation matrimoniale et le choix du premier recours aux soins.

4.2.4) Selon la profession

Les chefs de ménage exerçant le commerce comme activité principale représentent 53,26% de l'échantillon.

Il déclarent à 42,85% avoir comme premier recours une formation sanitaire publique en cas de maladie d'un des membres du ménage . 57,14% déclarent ne pas recourir à une FSP en cas de maladie .

Pour les autres catégories socioprofessionnelles, la part des non recours à la FSP reste également plus importante que le recours en premier à une FSP.

De même que précédemment , le choix du premier n'est pas dépendant de la profession du chef de ménage (p-Value = 0,586) (Tableau N 14)

4.2.5) Selon le Niveau d'instruction du chef de ménage :

Les chefs de ménage ne sachant ni lire ni écrire représentent 35,86% de l'échantillon.

Parmi eux , un grand nombre soit 72,72% déclarent ne pas recourir en premier à une FSP en cas de maladie . Seulement 27,27% ont comme premier recours la FSP.

Les chefs de ménage sachant lire et écrire représentent 53,26% de l'échantillon..

44 parmi ces chefs de ménage ont ou moins le niveau du primaire et au plus le niveau du secondaire.

Pour cette catégorie, 56,81% déclarent avoir comme premier recours la FSP ; 44,18% préfère se référer à d'autre recours .

Les résultats du test de khi 2 montrent qu'il n'y a pas de dépendance entre le choix du premier recours et le niveau d'instruction du chef de ménage (p-value= 0,072)

(Tableau N° 15)

4.2.6) Selon la taille du ménage

La taille moyenne des ménages est de 4,9 personnes.

Les ménages composés de plus de 5 personnes sont au nombre de 56 soit 60,86% de l'échantillon de ménages. Pour 39,28% de ces ménages , les FSP restent le premier choix.

Les autres ménages soit 60,71% préfèrent se référer à d'autres recours .

Les ménages de plus de 5 personnes représentent 39,13% des ménages de l'échantillon ;47,22% d'entre eux ont comme premier recours la FSP ; 52,77% se réfèrent à d'autres recours.

Les résultats du test de khi 2 montrent qu'il n'y a pas de dépendance entre le choix du premier recours et la taille du ménage (p-value= 0,507)

4.2.7) Selon le revenu mensuel du ménage :

Les ménages ayant un revenu mensuel inférieur à 50000Fcfca se réfèrent seulement à 30% en premier à une FSP en cas de maladie. Les autres préfèrent aller en premier à d'autres recours .

Parmi les ménages ayant un revenu mensuel oscillant entre 50000F Cfa et 150000F Cfa ,54,76% n'ont pas recours à la FSP en premier ; 45,23% fréquentent une FSP en premier recours .

Les ménages ayant un revenu mensuel supérieur à 150000Fcfca ont recours à 55,55% à une FSP en cas de maladie , 44,44% de ces ménages n'ont pas les Formations Sanitaires Publiques comme premier recours .

Pour l'échantillon de ménages de notre étude , le revenu mensuel du ménage semble ne pas également influencer le choix du premier recours aux soins.

(P-value= 0,372). (Tableau N° 16)

IV-2) Le choix du premier recours en fonction de la distance déclarée entre le domicile et la FSP la plus proche et la perception de cette distance :

4.2.1) Selon la distance déclarée :

La distance a ici été appréciée à travers la durée du trajet entre la domicile et la FSP la plus proche .

Ainsi, il a été demandé aux chefs de ménage , d'estimer le temps mis pour atteindre la FSP la plus proche .

La durée moyenne du trajet a été évaluée à 17,11mn . Le temps le plus court entre la FSP et le domicile est de 3 minutes .

Le temps le plus long est de 45 minutes.

Les ménages ayant déclaré avoir une durée d'accès à la FSP inférieure à 17,11 mn représentent 59,78% de l'échantillon.

Pour la plupart, les ménages sont relativement proches des formations sanitaires publiques .

Parmi les ménages les plus proches (durée d'accès inférieure à 15 mn) 40% se rendent directement à la FSP en cas de maladie ; 60% utilisent d'autres recours .

En ce qui concerne les ménages ayant une durée du trajet supérieure à 17,11 mn (ces ménages représentent 40,2% de l'échantillon) , le recours aux soins des FSP représentent 45,94% .Les autres ménages soit 54,05% préfèrent se référer à d'autres recours.

Dans l'ensemble , on constate que les ménages ayant déclaré avoir une durée d'accès à la FSP supérieure à 15 mn , utilisent beaucoup plus que les autres , les soins offerts par les établissement sanitaires publics.

Le test du khi 2 montre toutefois qu'il n'y a pas de dépendance entre le premier recours et la distance entre le domicile et la FSP la plus proche. (P-value =0,669).

4.2.2) Selon la perception de la distance :

Les chefs de ménage pour la plus part (65,2%) , perçoivent comme acceptable, la distance entre leur domicile et la FSP la plus proche .46,6% d'entre eux ont comme premier recours la FSP ; 58,33% se réfèrent en premier aux autres types de recours. Sur les 92 chefs de ménage de l'échantillon, 33,7% perçoivent la distance entre le Leur domicile et la FSP comme longue . plus de la moitié d'entre eux (54,8%) n'ont pas comme premier recours la FSP.

Les résultats du test du Khi2 (P-value =0,65) , montrent qu'il n'existe pas de dépendance entre la perception qu'on les chefs de ménage de la distance entre leur domicile et la FSP la plus proche. (Tableau N° 17)

4.2.3) Selon la perception de l'état de la voie d'accès entre le domicile et la FSP la plus proche :

En moyenne , 56,52% des chefs de ménage perçoivent la voie d'accès à la FSP la plus proche comme étant en bon état .

Parmi eux, 38,46% ont comme premier recours la FSP ; 61,15% se réfèrent plutôt à d'autres recours.

Les chefs de ménage qui perçoivent la voie d'accès comme étant en mauvais état représentent 43,47% de l'échantillon. ; 47,5% d'entre eux se rendent directement dans une FSP en cas de maladie , 52,5% se réfèrent à d'autres recours .

Les résultats du test du Khi² (P-value =0,384) , montrent qu'il n'existe pas de dépendance entre la perception qu'on les chefs de ménage de la voie d'accès entre leur domicile et , la FSP la plus proche. (Tableau N° 18)

4.2.4) Selon le coût déclaré du transport⁸

Le coût moyen du transport déclarée entre la FSP la plus proche et le domicile est de 276,07 F Cfa.

Le coût minimal étant de 0F (pour ceux qui se rende à pied) , le coût maximal de 1500 F.

Le mode est de 300 Fcfa.(58 chefs de ménage ont déclaré payé 300 FCFA pour le transport.)

La grande majorité des ménages 91,3% paient au maximum 300 F CFA en transport (taxi communaux) pour se rendre à la FSP.

Le reste soit 8,69% paient entre 500F CFA et 1500fFCFA⁹.

Pour les ménages dont le coût déclaré du transport est inférieur ou égal à 300F Cfa , le premier recours aux soins des FSP représente 41,66%.

Ceux ayant déclaré un coût du transport supérieur à 300f Cfa ont recours en premier à 50 % aux soins des FSP .

Le test du Khi 2 montre que le coût du transport entre le domicile et la FSP n'influence pas le choix du premier recours aux soins (P-value= 0 ,827).

4.2.5) Selon la perception du coût du transport :

Pour la majorité des ménages (66,33%), le coût du transport est perçu comme satisfaisant. Certains des ménages trouvent élevé le coût du transport entre le domicile et la FSP .Ces ménages représentent 33,7% de l'échantillon.

Le test du Khi (P-Value=0,462) montre qu'il n'existe pas de dépendance entre la perception qu'ont les chefs de ménage du coût du transport et la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie. (Tableau N° 19)

IV.3) Le recours aux soins selon le coût déclaré d'une consultation et d'une journée d'hospitalisation et la perception de ces coûts

⁸ C'est le coût allé retour en taxi communal (Wôro – Wôro)

4.3.1) Le recours selon le coût déclaré d'une consultation :

Le coût d'une consultation dans une FSP a été estimé par les chefs de ménage en moyenne à 642,39F Cfa .

Le coût minimal étant de 500 F et le coût maximal de 2000 F.

3 chefs de ménage ont déclaré ne pas connaître le coût d'une consultation dans une FSP .

Parmi eux, 1 seul affirme recourir en premier à une FSP en cas de maladie .

69,56% des chefs de ménage ont déclaré un tarif au plus égal à .700F CFA par consultation.

La majorité (67,39%) des ménages de l'échantillon estime ce coût à 500F CFA .

Parmi ceux-ci, 53,22% ont comme premier recours la FSP ; 46,77 se réfèrent en premier à d'autres recours .

Les chefs de ménage ayant estimés le tarif d'une consultation supérieur à 700 F Cfa représentent 27,17% de l'échantillon ;

Parmi ces chefs de famille, seulement 20% ont comme premier recours la FSP.

Les autres soit 80% préfèrent se référer à d'autres recours .

A la question de savoir quel est le coût maximal qu'ils seraient prêts à payer pour une consultation , les chefs de ménage ont répondu en moyenne comme coût maximal 476,09 F CFA

Le coût proposé le plus bas est « la gratuité (0 FCFA³) » ; le coût le plus élevé est de 1000F CFA

Il semblerait à travers ces résultats ,que les chefs de ménage soient très sensibles aux tarifs des prestations .

Le test du Khi 2 montre toutes fois qu'il n'existe pas de dépendance directe entre les coûts des consultations et la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie de l'un des membres du ménage (P-Value= 0,061)

³ Pour ce seul cas , nous avons retenu le coût du transport d'un taxi intercommunal (le ménage ayant déclaré être éloigné de la voie où circule les taxi communaux (Wôro -Wôro)

4.3.2) Le recours aux soins selon la perception des coûts déclarés d'une consultation :

Les chefs de ménage perçoivent à 60,86% , le coût d'une consultation comme étant satisfaisant. Par contre , 38,8% des chefs de ménage estiment que les coûts des consultations sont trop élevés.

Contrairement au coût déclaré, le test de Khi2 (**P-value = 0,001**) montre une dépendance entre la perception que les chefs de ménage ont du coût d'une consultation et le choix de leur premier recours.(Tableau 20)

4-3-3) Le recours aux soins selon le coût déclaré d'une journée d'hospitalisation. :

Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation déclarée par les chefs de ménage est de 3135,87 F CFA. Le coût minimal est de 2000 F CFA

Le coût maximal déclaré est de 18500F CFA.

68,47% des chefs de ménage ont déclaré ne pas connaître le coût d'une journée d'hospitalisation dans une FSP.

Parmi eux , 39,68% ont recours en premier à une formation sanitaire publique en cas de maladie d'un des membres du ménage.; 68,31% se réfèrent à d'autres recours.

Les chefs de ménage ayant estimés le coût d'une journée d'hospitalisation à moins de 3500F CFA représentent 9,78% de l'échantillon.

Ceux l'ayant évalué à plus de 3500F Cfa représentent 21,73% de l'échantillon.

L'analyse de leur comportement par rapport au recours aux soins , nous fait remarquer que 45% se rendent en premier dans une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage ; 55% se réfèrent à d'autres recours .

De même que pour le coût des consultations, Le test du Khi 2 montre qu'il n'existe pas de dépendance directe entre le coûts déclaré d'une journée d'hospitalisation et la décision de recourir en premier à une FSP (P-Value= 0,52)

Le choix de recours est –il fonction de la perception qu'ont ces chefs de ménage des coûts d'une journée d'hospitalisation ?

4-3-4) Le recours selon la perception du coût d'une journée d'hospitalisation :

Parmi les chefs de ménage ayant estimé le coût d'une consultation, 86,95% le perçoivent comme trop élevé.

Les résultats du test de Khi2 (P-Value=0,474) montrent que , le choix du premier recours aux soins ne dépend pas de la perception du coût de la journée d'hospitalisation. (Tableau N°21)

4-3-5) Le recours selon la perception du coût d'une consultation dans une FSP par rapport à celui de la médecine traditionnelle.

Les ménages ayant déclaré percevoir les coûts des prestations dans les FSP comme étant moins élevés que ceux pratiqués par les guérisseurs traditionnels , représentent 51,1% des chefs de ménage de l'échantillon. Parmi ces ménages , 70,2% ont comme premier recours la FSP en cas de maladie.

Le groupe de ménages percevant le coût des consultations dans les FSP comme identiques ou plus élevés que ceux du guérisseur traditionnel a beaucoup plus recours à la médecine traditionnelle en cas de maladie de l'un des membres du ménage. En effet, seulement 13,33% d'entre eux ont comme premier recours la FSP.

Le test du Khi 2 (P-value <<< 0,05) montre une dépendance entre le choix de la FSP comme premier recours et la perception qu'ont les chefs de ménage des coûts des consultations dans une FSP par rapport à ceux des guérisseurs traditionnels

(Tableau N°22)

IV.4) Le recours aux soins selon la disponibilité en médicament dans la FSP :

4-4-1) Le recours selon la quantité de médicaments acheté au sein de la FSP

La disponibilité en médicament dans les FSP a été évaluée pour l'échantillon à 53%.Le nombre moyen de médicaments prescrit par ordonnance est de 3,82

Le maximum étant de 10 et le minimum de 2 médicaments.

Le nombre moyen de médicaments achetés au sein de la FSP est de 1,89 avec un maximum de 6 et un minimum de 0

Le test du Khi 2 (P-value=0,039) montre que la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie de l'un des membres du ménage dépend de la disponibilité en médicaments au sein de la formation sanitaire publique.

4-4-2) Le recours selon le coût des médicaments achetés au sein de la FSP

Pour l'échantillon de ménages , le coût moyen de médicaments achetés au sein de la FSP est de 3390,84 FCFA. L'ordonnance la moins chère est évaluée à 500 FCFA ; la plus chère est de 13000 FCFA.

9 Chefs de ménage ont déclaré ne plus se souvenir du montant des médicaments prescrits à la dernière consultation ; 12 n'ont trouvé disponible, aucun des médicaments prescrits par le médecin de la FSP.

Parmi les 71 autres , 57,74 % ont déclaré avoir déboursé un montant inférieur à 3000 FCFA pour l'achat des médicaments. Ces chefs de ménage ont à 39% , la FSP comme premier recours.

Ceux ayant payé plus de 3000 FCFA de médicaments au sein de la FSP à la dernière consultation représentent ,42,25% des 71 Chefs de ménage ; 60% parmi eux ont déclaré recourir en premier à une FSP en cas de maladie.

Les autres soit 40% on plutôt recours à d'autres structures.

Le test du Khi 2 montre toutefois , qu'il n'existe pas de relation entre le coût des médicaments vendus à la FSP et le choix du premier recours. (P-value = 0,32)

4-4-3) Selon la perception du coût des médicaments

Les résultats de l'étude montrent que 76% des chefs de ménage trouvent satisfaisant les prix des médicaments vendus au sein de la FSP.

Ceux ayant cette perception du prix des médicaments ont recours en premier à 51,4% à une FSP en cas de maladie. (Tableau N°23)

Le test du Khi2 (P-Value =0,091) montre que le recours aux soins ne dépend pas directement de la perception des coût des médicaments vendus au sein de FSP.

IV.5) Le recours aux soins selon la qualité

La qualité des soins est ici perçue à travers la qualité du personnel médical et paramédical, le temps d'attente et l'état des FSP

4-5-1) Selon la perception qu'ont les chefs de ménage du personnel médicale

Les ménages à majorité (88,04%) , trouvent le personnel médical accueillant.

Parmi eux , 61,4% ont comme premier recours la FSP.

Seulement 44,56% des chefs de ménage trouvent le personnel honnête ; 47,22% de ces chefs de ménage ont déclaré recourir en premier à la FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage.

Le test du Khi2 ($p\text{-value} \lll 0,05$) indique une dépendance entre la perception qu'ont les chefs de ménage du personnel médical et le choix du premier recours aux soins.

4-5-3) Selon le temps d'attente

67,4% des chefs de ménage de l'échantillon estiment comme étant trop long ,le temps d'attente au sein de la FSP.

Un nombre très limité (35, 48%) de ceux ayant une mauvaise perception du temps d'attente a recouru en premier à une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage

Le test du Khi2 ($P\text{-Value} = 0,1$) indique qu'il n'y a pas de dépendance directe entre la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie et le temps d'attente au sein de la FSP. (Tableau N°24)

4-5-4 °) Selon la perception de l'état de la FSP

La totalité des chefs de ménage (96,73%) estime que les FSP sont propres ; 64,3% ont répondu y trouver l'ensemble du matériel nécessaire pour leur traitement.

Le test du Khi 2 ($P\text{-value} = 0,079$) montre toutefois qu'il n'y a pas de relation entre la perception de l'état de la FSP et le choix du premier recours aux soins.

L'analyse de l'influence des variables retenues dans l'étude sur le choix du premier recours aux soins nous fait remarquer que :

-Aucune des variables portant sur les caractéristiques socio-économiques des chefs de ménage influencent directement le choix du premier recours aux soins. Toutes ces variables ont en effet une p-value supérieure à 0,05 (au seuil de 5%).

-Parmi les variables portant sur la situation déclarée , seule la variable « quantité de médicaments achetées au sein de la FSP » influence directement le choix du premier recours pour les ménages de l'échantillon.

-Contrairement aux deux autres groupes de déterminants , 4 variables de perception influencent directement le choix du premier recours aux soins.

Ainsi , « la perception qu'ont les chefs de ménage du coût d'une consultation dans une FSP » s'est avérée significative par rapport au choix du premier recours.

De même , « la perception qu'a le chef de ménage du médecin de la FSP » , « la perception du coût d'une consultation dans une FSP par rapport à celui de la médecine traditionnelle » , « la perception qu'a le chef de ménage du personnel de la FSP » , influencent la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie.

Les variables de perception semblent donc , plus que les autres groupement de variables , avoir plus d'impact sur le choix du premier recours.

Dans le but de mieux expliciter les relations entre les variables à l'étude et le choix du premier recours , nous effectuerons dans la seconde section, une série de régressions qui permettront de confirmer ou d'infirmer ces résultats.

CHAPITRE II) : ANALYSES MULTIVARIEES

Dans cette partie, nous effectuerons 4 régressions qui permettront d'apprécier l'effet des variables retenues dans l'étude sur le choix du premier recours des ménages de la commune d'Abobo.

I) PREMIERE MODELISATION :

Dans ce modèle, la variable recours sera régressée par l'ensemble des variables portant sur les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage de la commune d'Abobo.

Pour les besoins de la régression Logistique qui veut que l'ensemble des variables qualitatives du modèle soient des variables dichotomiques, les modalités de certaines variables telles que, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction du chef de ménage, les classes de revenu, les classes d'âge, ont été transformées en variables binaires prenant les valeurs 0 et 1.

Le tableau N°25 (en annexe) présente l'ensemble de ces variables et leurs modalités

I-1) Etude exploratoire des données

Des tests bilatéraux ont permis de vérifier la relation entre chacune des variables expliquées et la variables dépendante « Recours ».

A un degré de significativité de 95% , les résultats des tests nous permettent de constater que 4 variables ont des paramètres statistiquement différents de zéro. Ainsi , les variables « classe d'âge des 20 à 30 ans » , « Niveau primaire » , « analphabète » et « célibataire » , influencent directement le choix du premier recours aux soins . (tableau N°26)

Tableau N° 26 : Test Bilatéral entre la variable expliquée et les caractéristiques Socioéconomiques des chefs de ménage :

Variables Endogènes	Score	Degré de liberté	Significativité
SEX	1,146	1	0,284
AGE2	6,939	1	0,008
AGE3	2,458	1	0,117
AGE4	0,519	1	0,471
AGE5	0,017	1	0,896
AGE6	0,104	1	0,747
MARIE	1,411	1	0,235
DIVORCE	0,003	1	0,957
VEUF	0,152	1	0,696
CELIBA	7,086	1	0,008
UNILIBRE	1,451	1	0,228
LIBERAL	0,954	1	0,329
ANALPHA	4,818	1	0,028
ALPHABE	0,026	1	0,871
PRIMAIRE	4,252	1	0,039
SECONDE	1,401	1	0,237
SUP	1,085	1	0,297
SOURCREV	1,028	1	0,311
REVENU1	2,799	1	0,094
REVENU2	0,002	1	0,961
REVENU3	0,305	1	0,581
REVENU4	3,502	1	0,061
NBREMENA	0,088	1	0,769

La régression Logistique permettra d'évaluer l'influence des caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage sur le choix du premier recours lorsque ces variables sont simultanément introduites dans un même modèle.

I-2) Régression Logistique

La méthode « descendante pas à pas (conditionnelles) » a été utilisée pour la régression .

L'ensemble des variables portant sur les caractéristiques socio-économiques des chefs de ménage ont été introduite à la première étape.

Ce sont :

SEX, AGE2, AGE3, AGE4, AGE5, MARIE, DIVORCE, VEUF, CELIBA, LIBERAL, ANALPHA, ALPHABE, PRIMAIRE, SECONDE, SOURCREV, REVENU1, REVENU2, REVENU3, REVENU4, NBREMENA.

A la fin des itérations , les résultats suivant ont été obtenu à la 17^{ième} étape.

Tableau N°27 : Modèle (1) retenu à la 17^{ième} itération

	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)
AGE2	1,838	0,850	4,675	1	0,031	6,284
CELIBA	1,960	0,921	4,522	1	0,033	7,096
PRIMAIRE	-1,047	0,596	3,082	1	0,079	0,351
NBREMENA	-,215	0,110	3,829	1	0,050	0,806
Constante	-1,631	1,047	2,425	1	0,119	0,196

Variables supprimées aux différentes itérations :

- a Variable(s) supprimée(s) à l'étape 2: REVENU3.
- b Variable(s) supprimée(s) à l'étape 3: REVENU2.
- c Variable(s) supprimée(s) à l'étape 4: SEX.
- d Variable(s) supprimée(s) à l'étape 5: AGE3.
- e Variable(s) supprimée(s) à l'étape 6: AGE5.
- f Variable(s) supprimée(s) à l'étape 7: SOURCREV.
- g Variable(s) supprimée(s) à l'étape 8: AGE4.
- h Variable(s) supprimée(s) à l'étape 9: DIVORCE.
- i Variable(s) supprimée(s) à l'étape 10: MARIE.
- j Variable(s) supprimée(s) à l'étape 11: VEUF.
- k Variable(s) supprimée(s) à l'étape 12: REVENU4.
- l Variable(s) supprimée(s) à l'étape 13: LIBERAL.
- m Variable(s) supprimée(s) à l'étape 14: ALPHABE.
- n Variable(s) supprimée(s) à l'étape 15: ANALPHA.
- o Variable(s) supprimée(s) à l'étape 16: REVENU1.
- p Variable(s) supprimée(s) à l'étape 17: SECONDE.

Les variables retenues à la 17^{ième} itération sont :

age2 , céliba , primaire , Nbremena

Le modèle pourrait donc se mettre sous la forme générale suivante :

$$\ln \left(\frac{P}{1-P} \right) = -1,631 + 1,838 X1 + 1,960 X2 - 1,047X3 - 0,215X4$$

Avec :

- P : Probabilité d'avoir la FSP comme premier recours
- X1 : le groupe d'âge de 20 à 30 ans
- X2 : La situation matrimoniale Célibataire
- X3 : Le niveau primaire
- X4 : Le nombre de personnes dans le ménage

Signalons toutefois que la variable « primaire » et le terme constante ne sont pas statistiquement différents de Zéro à un degré de significativité de 95 %.

I-2-1) Test de Spécification du modèle

Tableau N 28 : Test de Spécification du modèle (1)

	Khi-deux	ddl	Signif.
Etape	-2,319	1	0,128
Bloc	18,223	4	0,001
Modèle	18,223	4	0,001

Une valeur khi-deux négative indique que la valeur du khi-deux a diminué depuis l'étape précédente.

Les résultats du test montrent que le modèle est globalement significatif
 (P value=0,001)

I-2-2) Test d'ajustement global :

IL s'agit ici , de vérifier la qualité d'ajustement du modèle, autrement dit, de voir si les variables exogènes expliquent les variations de la variable expliquée

Tableau N 29: Test d'ajustement global du modèle (1)

Etape	-2log- vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
17	107,178	0,180	0,241

Les résultats du test d'ajustement global montrent que seulement 24,1%
 (R-deux de Nagelkerke) des variations de la variable « Recours » sont expliquées par
 les variations des variables explicatives.

Les variables retenues dans le modèle 1 influencent donc très faiblement les
 variations de la variable recours.

I-3) DISCUSSION DES RESULTATS

Les résultats de cette première modélisation nous font remarquer que ,la probabilité de recourir en premier à une FSP en cas de maladie dépend simultanément des variables Age(2) , Céliba , Nbre ménage.

En effet, ces variables sont toutes significatives au seuil de 5%. Seul la variable « primaire » s'avère non significative.

La variable Age2 :

Le signe positif du paramètre de cette variable signifie que , l'appartenance à ce groupe d'âge à un impact positif sur la probabilité de recourir en premier à une FSP en cas de maladie .Autrement dit , les chefs de ménage de la classe d'âge 20 à 30 ans ont plus tendance à recourir en premier à une FSP en cas de maladie.

La variable Céliba :

De même que pour la variable âge (2), la probabilité de recourir en premier à une FSP en cas de maladie est positivement liée au fait d'être célibataire.

On peut supposer que, les célibataires ayant moins de charges que les autres, sont moins sensibles aux coûts des prestations offertes dans les FSP.

La variable Primaire :

Le paramètre de cette variable n'est pas statistiquement différent de zéro au seuil de 5%.

La variable Nombre de personnes dans le ménage :

Cette variable , contrairement aux deux précédentes, à un paramètre négatif.

Le signe négatif de ce paramètre signifie que , plus le nombre de personnes dans le ménage est important , moins les membres du ménage ont comme premier recours la FSP en cas de maladie.

Ce résultat ,relativement attendu , pourrait s'expliquer par le fait que les charges du ménage augmentant avec le nombre d'individu ,les chefs de ménage auront tendance à rechercher les soins qu'ils estimeront être les moins coûteux en cas de maladie de l'un des membres du ménage.

Il convient toutefois de rappeler , comme l'a montré le test d'ajustement global du modèle ,que les variables retenues dans cette première modélisation n'expliquent que 24,1 % des variations de la variable dépendante « recours ».

La seconde modélisation permettra de d'apprécier l'influence des variables portant sur la situation déclarée , sur la décision des chefs de ménage de recourir en premier à une FSP en cas de maladie.

II) DEUXIEME MODELISATION

Cette seconde modélisation permettra d'apprécier l'effet du groupe de variables « situation déclarée » sur le choix du premier recours aux soins.

Comme dans le modèle 1 nous procéderons dans un premier temps à une analyse bilatérale entre ces variables et la variable « recours »

Nous effectuerons par la suite la simulation logistique .

II-1) Etude exploratoire des données

Tableau N 30: Test Bilatéral entre les variables sur la situation déclarée et la variable expliquée

Variables	Score	ddl	Significativité.
DUREACCE	0,616	1	0,432
COUTRANS	1,274	1	0,259
MEDPRESC	5,651	1	0,017
ACHATFSP	6,971	1	0,008
COUTMEDE	4,638	1	0,031
COUTCONS	5,084	1	0,024
COUTHOSP	0,070	1	0,791
MAXCONS	0,646	1	0,421

Ce test nous fait remarquer que les variables :

Nombre de médicaments prescrits, nombre de médicaments achetés aux sein de la FSP , coût des médicaments au sein de la FSP et coût d'une consultation , influencent le choix du premier recours aux soins en cas de maladie .

Ces variables sont en effet statistiquement différentes de zéro à une degré de significativité de 95 % ; elle ont toutes une P-value inférieure à 0,05.

II-2) Régression Logistique

La méthode d'analyse utilisée dans la première modélisation a été retenue pour cette seconde régression.

Les variables Introduites à la première itération sont :

DUREACCE, MEDPRESC, ACHATFSP, COUTMEDF, COUTCONS, COUTHOSP, MAXCONS.

Le coût du transport n'a pas été retenue comme variable explicative à cause de sa forte corrélation avec la durée d'accès .Plus le temps d'accès entre le domicile et la FSP la plus proche est élevé, plus le coût du transport est important.

Le tableau suivant présente les résultats obtenus à la 6^{ième} itération

Tableau N 31: Modèle (2) obtenu à la 6^{ième} Itération

ME = "MSJOB 878"		E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)
MEDPRESC	0,300	0,133	5,104	1	0,024	1,349
COUTCONS	-0,002	0,001	4,597	1	0,032	0,998
Constante	-0,365	0,721	0,256	1	0,613	0,694

Variables supprimées aux différentes itérations

- a Variable(s) supprimée(s) à l'étape 2: DUREACCE.
- b Variable(s) supprimée(s) à l'étape 3: MAXCONS.
- c Variable(s) supprimée(s) à l'étape 4: COUTHOSP.
- d Variable(s) supprimée(s) à l'étape 5: ACHATFSP.
- e Variable(s) supprimée(s) à l'étape 6: COUTMEDF.

Variables retenues à la 6^{ième} Itération

Deux variables ont été retenue à la fin des itérations ; ce sont :

- la quantité de médicaments prescrits par le médecin et
- le coût d'une consultation

Ces 2 variables sont statistiquement différentes de zéro (p value inférieure à 0,05)

Le modèle peut donc s'écrire sous la forme générale suivante :

$$\ln \left(\frac{P}{1-P} \right) = -0,365 + 0,300X1 - 0,002X2$$

Avec :

- P : la probabilité d'avoir comme premier recours le FSP
- X1 : la quantité déclarée de médicament prescrits par le médecin de la FSP
- X2 : le coût déclaré d'une consultation dans une FSP

La décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie dépendrait donc du nombre de médicaments prescrits et du tarif des consultations.

2-2-1) Test de spécification du modèle

Tableau N 32 : Tests de spécification du modèle(2)

	Khi-deux	ddl	Significativité.
Etape	-2,040	1	0,153
Bloc	11,076	2	0,004
Modèle	11,076	2	0,004

a Une valeur khi-deux négative indique que la valeur du khi-deux a diminué depuis l'étape précédente.

Comme le montre ce test, le modèle 2 est globalement significatif (P value inférieure à 0,05)

2-2-2) Test d'Ajustement global du modèle (2)

Tableau N 33: Test d'Ajustement global du modèle (2)

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
6	114,324	0,113	0,152

Bien que le modèle soit globalement significatif, le test d'ajustement global montre que les variations de la variable « recours » ne sont qu'à 15,2% expliquées par les variations des variables explicatives (R-deux de Nagelkerke =0,152) .

II-3) DISCUSSION DES RESULTATS :

Comme le montrent les résultats de la seconde régression, La décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie dépend du nombre de médicaments prescrits et du tarif des consultations dans une FSP.

Le Tarif des consultations

Le signe négatif du paramètre de cette variable montre que plus le coût déclaré d'une consultation au sein des Formations Sanitaires Publiques est élevé, plus la probabilité de recourir en premier à une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage est faible.

Autrement dit , plus le coût déclaré du tarif d'une consultation dans une FSP est bas, plus les chefs de ménage ont tendance à privilégier la FSP comme premier recours . Cette sensibilité des chefs de ménage aux tarifs des prestations se retrouvent dans presque toute la littérature sur la demande de soins de santé (Sauerborn et al. (1994, p. 189) ; Ellis et al. (1994, p.193). Li (1996, p.14) .

La quantité de médicaments prescrits .

Le nombre de médicaments prescrits par le médecin a également une influence sur la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie.

On constate en effet, que la quantité de médicaments prescrits a un impact positif sur la probabilité de recourir en premier à une FSP en cas de maladie .

Le choix du premier recours dépendrait donc du nombre de médicaments prescrits.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que , le nombre de médicaments prescrits par le médecin pourrait être apprécié comme un critère d'efficacité par les chefs de ménage.

Ceux –ci pourraient estimer qu'une ordonnance « fournie » contiendrait l'ensemble des médicaments susceptible de guérir leur mal.

Les résultats de cette seconde modélisation sont également à prendre avec réserve.

Le test d'ajustement global du modèle montre en effet que, seulement 15,2% des variations de la variable recours sont expliquées par les variations des variables « coût des consultations » et « quantité de médicaments prescrits ».

III) TROISIEME MODELISATION :

Les variables portant sur la perception qu'ont les chefs de ménage des coûts (soins, transport, etc...) et la qualité des soins seront retenues comme variables explicatives.

La présentation de ces variables et de leur modalités se trouvent dans le tableau N 34 en annexe.

La variable recours sera régressée par l'ensemble de ces variables.

Comme précédemment, nous procéderons avant la réalisation de la simulation logistique , à une analyse bilatérale entre les variables de perception et la variable « recours » .

III-1) Etude exploratoire des données

Tableau N 35: Test bilatéral entre les variables de perception et la variable expliquée

Variables de perception	Score	ddl	Signif.
PDISTANC	0,016	1	0,899
PVOIE	0,628	1	0,428
PTRANS	0,016	1	0,898
PCONSUL	13,332	1	0,000
PFSPTRA1	29,703	1	0,000
FSPTRA2	1,241	1	0,265
PFSPTRA3	27,008	1	0,000
PACGUEIL	20,410	1	0,000
PTPSATT	3,485	1	0,062
PMEDFSP	4,801	1	0,028
PDISPMED	0,238	1	0,626
PHONNETE	4,662	1	0,031
PMEDECIN	9,384	1	0,002
PFSP	0,018	1	0,894
PFSP	0,018	1	0,894

Les résultats du test bilatéral montrent que , sur les 14 variables de perception, 7 sont en relation avec la variable recours. Ce sont, la perception du coût de la consultation, le fait de percevoir le coût des soins des FSP comme étant moins cher que les soins de la médecine traditionnelle ,la perception de l'accueil, la perception de

la disponibilité en médicaments, la perception de l'honnêteté du personnel, la perception de la compétence du médecin de la FSP.

III-2) Régression Logistique

Les variables introduites à la première itération sont les suivantes :

PDISTANC, PVOIE, PTRANS, PCONSUL, PFSPTRA1, PFSPTRA2, PFSPTRA3, PACCUEIL, PTPSATT, PMEDFSP, PDISPMED, PHONNETE, PMEDECIN, PFSP.

A la suite des itérations, 9 variables ont été exclues :

- a Variable(s) supprimée(s) à l'étape 2: PHONNETE.
- b Variable(s) supprimée(s) à l'étape 3: PFSPTRA1.
- c Variable(s) supprimée(s) à l'étape 4: PCONSUL.
- d Variable(s) supprimée(s) à l'étape 5: PVOIE.
- e Variable(s) supprimée(s) à l'étape 6: PDISTANC.
- f Variable(s) supprimée(s) à l'étape 7: PDISPMED.
- g Variable(s) supprimée(s) à l'étape 8: PFSPTRA2.
- h Variable(s) supprimée(s) à l'étape 9: PFSP.
- i Variable(s) supprimée(s) à l'étape 10: PMEDFSP.

Modèle de régression Logistique

A la 10^{ème} itération, les résultats suivants ont été obtenus :

Lorsque le terme constant est inclus dans le modèle, une seule variable reste significative à la 10^{ème} itération. C'est la variable « perception de l'accueil »

Modèle obtenu à la 10^{ème} itération avec terme constant

Variables	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)
PTRANS	1,651	0,890	3,444	1	0,063	5,214
PFSPTRA3	12,138	33,314	0,133	1	0,716	186858,170
PACCUEIL	2,380	0,8263	8,217	1	0,004	10,590
PTPSATT	-10,057	33,303	0,091	1	0,763	0,000
PMEDECIN	-18,685	66,288	0,079	1	0,778	0,000
Constante	-1,549	0,977	2,516	1	0,113	0,212

La suppression du terme constant du modèle permet de constater que d'autres variables deviennent significatives en plus de la perception de l'accueil, ce sont : la perception du coût du transport, la perception du temps d'attente, la perception de la cherté des consultations de la médecine traditionnelle par rapport ceux des FSP, la perception qu'ont les chefs ménage du médecin de la FSP.

	Modèle log-vraisemblance	Modification dans -2log-vraisemblance	ddl	Signification de la modification
PTRANS	-28,776	4,126	1	0,042
PFSPTRA3	-62,290	71,154	1	0,000
PFSPTRA3	-62,290	71,154	1	0,000
PACCUEIL	-32,331	11,237	1	0,001

Analyse des Facteurs influençant la Demande de soins de Santé dans la commune d'Abobo
Bamele Ouattara - DESS-ES IV Cesag - Dakar 2003

PTPSATT	-37,423	21,420	1	0,000
PMEDECIN	-35,156	16,886	1	0,000

Basé sur des estimations conditionnelles de paramètres

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Toutes ces variables sont en effet statistiquement différentes de zéro au seuil de 5%.
 Le choix de recourir ou de ne pas recourir en premier à une FSP en cas de maladie dépendrait également de l'ensemble de ces variables.

3-2-1) Tests de spécification du Modèle :

Tableau N 36 : Tests de spécification du Modèle (3)

	Khi-deux	ddl	Signif.
Etape	-2,555	1	0,110
Bloc	70,864	5	0,000
Modèle	70,864	5	0,000

Une valeur khi-deux négative indique que la valeur du khi-deux a diminué depuis l'étape précédente.

Le test de spécification montre que le modèle est globalement significatif.

3-2-2) Test d'ajustement global du modèle :

Tableau N 37 : Test d'ajustement global du modèle (3)

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	48,267	0,566	0,760
2	48,289	0,566	0,760
3	48,359	0,566	0,760
4	48,448	0,565	0,759
5	48,666	0,564	0,758
6	48,914	0,563	0,756
7	49,477	0,560	0,753
8	50,184	0,557	0,748
9	50,870	0,554	0,743
10	53,425	0,541	0,726

A la 10^{ème} itération, le R-deux de Nagelkerke est de 72,6%

Ce qui signifie que, 72,6% des variations de la variable « recours » sont expliquées par les variations des variables explicatives.

Le modèle est donc d'un bon ajustement global.

II-3) DISCUSSION DES RESULTATS

Les résultats de cette troisième modélisation montrent que le choix du premier recours aux soins reste fortement dépendant des variables de perception.

En effet , 5 variables ont été retenues pour la construction de ce modèle ; ce sont : la perception du coût du transport, la perception de l'accueil, la perception du temps d'attente , la perception de la cherté des consultations de la médecine traditionnelle par rapport à ceux des FSP et la perception qu'ont les chefs de ménage de l'efficacité du médecin.

La perception de l'accueil :

La perception qu'ont les chefs de ménage de l'accueil qu'ils reçoivent au sein des FSP a un impact sur la probabilité d'avoir comme premier recours la FSP en cas de maladie. Le signe positif du paramètre signifie que plus ces chefs de ménage ont une bonne perception de la qualité de l'accueil au sein des FSP, plus il ont tendance à y recourir en cas de maladie.

L'accueil est une variable très importante à laquelle sont souvent sensible un grand nombre de patients. Les résultats obtenu ici corroborent ceux déjà obtenus par de nombreux auteurs à travers le monde . On pourrait citer en exemple , olivier Weil , JP Foirry « les problèmes d'accessibilité des services de santé en Côte d'Ivoire : résultats d'une enquête sur les facteurs d'utilisation »

La plupart des études montrent en effet une forte sensibilité des ménages à la variable « accueil ».

La perception du coût du transport :

Les résultats montrent que, plus les chefs de ménage perçoivent le coût du transport entre le domicile et la FSP la plus proche comme étant élevé, moins ils ont tendance à avoir la FSP comme premier recours.

Les ménages étant sensibles aux prix , une dépense supplémentaire liée à la distance éloignée entre la FSP et le domicile , les amènera à préférer d'autres recours. Ces résultats prônent en faveur de soins de proximité.

La perception du temps d'attente :

Le temps d'attente influence négativement la probabilité de recourir en premier à une FSP en cas de maladie. Le signe négatif du paramètre signifie en effet que , plus le

temps d'attente est long , moins les chefs de ménage ont tendance à recourir en premier à une FSP.

Les chefs de ménage de l'échantillon ont pour la plupart une occupation, le temps passé à attendre d'être reçu par le médecin est considéré par eux comme du temps non productif.

Ce résultat traduit l'impact du coût d'opportunité du temps sur la demande .

La perception de la cherté des consultations de la médecine traditionnelle par rapport à ceux des FSP :

La probabilité d'avoir comme premier recours la FSP est positivement liée à cette variable.

Plus le chef de ménage perçoit le coût d'une consultation de médecine traditionnelle comme étant plus élevé que celui d'une FSP , plus grande est la probabilité pour ce chef de ménage de recourir en premier à une FSP en cas de maladie.

Ces résultats confirment la sensibilité des chefs de ménage aux prix des prestations qui leurs sont offertes.

La perception de l'efficacité du médecin :

Les résultats montrent une relation négative entre la perception qu'ont les chefs de ménage de l'efficacité du médecin et le choix de recourir en premier à une FSP en cas de maladie .

Le signe négatif du paramètre montre en effet que , plus le chef de ménage perçoit le médecin comme efficace , moins il a tendance à recourir en premier à la FSP .

Contrairement aux deux modèles précédents , le test d'ajustement global du modèle montre que 72,6% des variations de la variable dépendante « recours » sont expliquées par les variables retenues dans cette troisième régression .

On peut donc dire que le choix du premier recours dépend fortement des variables de perception.

IV) QUATRIEME MODELISATION :

Toutes les variables les plus significatives des régressions précédentes ont été utilisées pour régresser la variable dépendante « recours ».

IV-1) Etude exploratoire des données

Tableau N° 38 : Test Bilatéral

Variables	Score	ddl	Significativité
AGE2	7,184	1	0,007
CELIBA	7,305	1	0,007
PRIMAIRE	4,075	1	0,044
NBREMENA	0,158	1	0,691
MEDPRESC	6,236	1	0,013
COUTCONS	5,274	1	0,022
PTRANS	0,016	1	0,898
PFSPTRA3	27,008	1	0,000
PACCUEIL	20,410	1	0,000
PTPSATT	3,485	1	0,062
PMEDFSP	4,801	1	0,028

Le test bilatéral montre que sur les 11 variables retenues , 8 influencent directement le choix du premier recours aux soins en cas de maladie de l'un des membres du ménage .

Ce sont : Le fait d'appartenir à la tranche d'âge des 20 –30 ans, le fait d'être célibataire, le niveau primaire, le nombre de médicament prescrit à la dernière consultation, le coût de la consultation , la perception du coût des consultation de la FSP par rapport à ceux de la médecine traditionnelle, le prix des médicaments à la FSP et la perception de l'accueil.

IV-2) Régression Logistique :

Comme pour les modélisation précédentes , la méthode d'analyse « descendante pas à pas conditionnelle » a été utilisée pour cette régression.

Les variables introduites à la première étape sont :

AGE2, CELIBA, PRIMAIRE, NBREMENA, MEDPRESC, COUTCONS, PTRANS, PFSPTRA3, PACCUEIL, PTPSATT, PMEDFSP.

Le tableau suivant présente les variables obtenues à la 7^{ème} itération

Modèle (4) obtenu à la 7^{ème} Itération

Variabiles	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)
CELIBA	4,093	1,398	8,568	1	0,003	59,920
PTRANS	-1,647	0,888	3,443	1	0,064	0,193
PFSPTRA3	6,009	1,609	13,937	1	0,000	407,076
PACCUEIL	2,928	0,855	11,728	1	0,001	18,692
PTPSATT	-3,455	1,309	6,969	1	0,008	0,031
Constante	-0,152	0,816	0,035	1	0,852	0,859

Les variables exclues au cours des différentes itérations

- a Variable(s) supprimée(s) à l'étape 2: NBREMENA.
- b Variable(s) supprimée(s) à l'étape 3: MEDPRESC.
- c Variable(s) supprimée(s) à l'étape 4: PMEDFSP.
- d Variable(s) supprimée(s) à l'étape 5: PRIMAIRE.
- e Variable(s) supprimée(s) à l'étape 6: COUTCONS.
- f Variable(s) supprimée(s) à l'étape 7: AGE2.

Variables retenues à la 7^{ème} itération

5 variables ont été retenues à la 7^{ème} itération :

les variables , célibataire , perception du coût du transport, la perception du coût des consultation de la FSP par rapport à ceux de la médecine traditionnelle, la perception de l'accueil , la perception du temps d'attente.

Le modèle retenu est donc :

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = - 0,152 + 4,093 X1 - 1,647 X2 + 6 X3 + 2,93 X4 - 3,45 X5$$

Avec :

- X1 : célibataire
- X2 : perception du coût du transport
- X3 : la perception du coût des consultation de la FSP par rapport à ceux de la médecine traditionnelle
- X4 : la perception de l'accueil
- X5 : la perception du temps d'attente.

Parmi ces variables , le variable « perception du coût du transport » et le terme constant ne sont pas statistiquement différents de zéro.

4-2-1) Tests de spécification du modèle

Tableau N 39 : Tests de spécification du modèle

	Khi-deux	ddl	Signif.
Etape	-0,756	1	0,385
Etape	-0,756	1	0,385
Bloc	72,871	5	0,000
Bloc	72,871	5	0,000

Modèle	72,871	5	0,000
--------	--------	---	-------

a. Une valeur khi-deux négative indique que la valeur du khi-deux a diminué depuis l'étape précédente.

Le test montre que le modèle est globalement significatif (p-value <<< 0.05)

4-2-2) Test d'ajustement global

Tableau N 40 : Test d'ajustement global du modèle

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	48,490	0,565	0,759
2	48,499	0,565	0,759
3	48,551	0,565	0,758
4	49,013	0,563	0,756
5	49,722	0,559	0,751
6	50,662	0,555	0,745
7	51,418	0,551	0,740

Le test d'ajustement global montre que , 74% des variations de la variable dépendante « recours » sont expliquées par les variations des variables indépendantes.

Les variables retenues dans la quatrième modélisation logistique explique donc globalement 74% des motifs de recours en premier à une Formation Sanitaire Publique en cas de maladie pour les ménages de l'échantillon.

IV-3) DISCUSSION DES RESULTATS :

Les résultats obtenus par cette 4^{ème} modélisation viennent confirmer ceux obtenus dans les régressions précédentes.

Ces résultats montrent en effet que la probabilité de recourir en premier à une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage est :

- positivement liée aux variables : « célibataire » , « perception de l'accueil » , « perception de la cherté des consultations de la médecine traditionnelle par rapport à ceux des FSP »
- négativement liée aux variables : « perception du coût du transport » , « perception du temps d'attente ».

Choix du modèle de l'étude :

Le choix du modèle de l'étude se fera en fonction des critères de performance précédemment définis : la significativité du modèle et le test d'ajustement global.

Modèles	Significativité	R-deux de Nagelkerke
Modèle 1	0,001	0,241
Modèle 2	0,004	0,152
Modèle 3	0,000	0,726
Modèle 4	0,000	0,74

La comparaison des différentes régressions fait remarquer que le modèle 4 a une bonne significativité globale ($P\text{-value} \ll 0,05$) et le coefficient de détermination (R-deux de Nagelkerke) le plus élevé (74%).

Ce modèle sera donc retenu comme modèle de l'étude.

On peut donc dire que la probabilité pour les chefs de ménage de l'échantillon de recourir en premier à une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage dépend principalement des variables suivantes :

« perception de l'accueil », « perception de la cherté des consultations de la médecine traditionnelle par rapport à ceux des FSP », « perception du coût du transport », « perception du temps d'attente », « le fait d'être célibataire ».

Ces variables influencent à 74% le choix du chef de ménage.

L'analyse univariée a fait remarquer que le choix du premier recours dépend également de : « la quantité de médicaments achetées au sein de la FSP », « la perception du coût d'une consultation dans une FSP », « la perception qu'a le chef de ménage du médecin de la FSP », « la perception qu'a le chef de ménage du personnel de la FSP » .

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de nos travaux de recherche était d'identifier les facteurs influençant le choix du premier recours aux soins dans la commune d'Abobo.

Dans le cadre de la collecte des données, nous avons administré des questionnaires à un échantillon de 92 ménages de la commune.

Pour l'analyse des données, nous avons regroupé les informations recueillies en trois types de déterminants : les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage, les variables sur la situation déclarée et, les variables de perception.

L'analyse univariée de l'influence de ces différentes variables sur le choix du premier recours aux soins a fait remarquer que, aucune variable portant sur les caractéristiques socio-économiques des chefs de ménage n'influence directement le choix du premier recours. Parmi les variables portant sur la situation déclarée, seule la variable « quantité de médicaments achetées au sein de la FSP » influence directement le choix du premier recours pour les ménages de l'échantillon. Quatre variables de perception se sont avérées significatives ce sont, « la perception qu'ont les chefs de ménage du coût d'une consultation dans une FSP », « la perception qu'a le chef de ménage du médecin de la FSP », « la perception du coût d'une consultation dans une FSP par rapport à celui de la médecine traditionnelle », « la perception qu'a le chef de ménage du personnel de la FSP ».

Une analyse multivariée a permis de mieux apprécier l'impact des différents groupes de variables sur le choix du premier recours.

La variable dépendante de l'étude « recours » étant une variable dichotomique, nous avons réalisé des régressions logistiques. Quatre modélisations ont été effectuées.

Dans la première, la variable recours a été régressée par l'ensemble des variables portant sur les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage de la commune. Dans la seconde, nous avons réalisé un modèle ayant les variables sur la situation déclarée comme variables explicatives.

Un modèle mettant en relation les variables de perception et la variable dépendante « recours » a été réalisé en troisième partie.

Le quatrième modèle a retenu comme variables explicatives les variables les plus significatives des trois autres régressions.

Pour chaque modélisation, nous avons effectué des tests de significativité et d'ajustement global. Les résultats des tests ont fait remarquer que, le modèle 4 a le coefficient de détermination le plus élevé. En effet, les variables retenue dans cette quatrième modélisation influencent à 74% la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage. Ce sont :

« la perception de l'accueil », « perception du coût du transport », « perception du temps d'attente », « célibataire », « perception de la cherté des consultations de la médecine traditionnelle par rapport à ceux des FSP ».

Nos hypothèses de recherche n'ont pas été entièrement vérifiées mais, l'étude a permis d'identifier un plus grand nombre de facteurs influençant la décision du chef de ménage dans le choix du premier recours aux soins.

RECOMMANDATIONS :

Les résultats obtenus nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

➤ Concernant la qualité :

Les chefs de ménage de l'échantillon ont montré une forte sensibilité à deux composantes de la qualité, :le temps d'attente et l'accueil au sein des FSP.

Une réduction du temps d'attente et une amélioration de l'accueil conduiront les ménages à avoir une meilleure perception de la qualité des prestations offertes au sein des FSP ce qui aura un impact positif sur le taux de fréquentation.

Pour réduire le temps d'attente, il importe que, les structures ayant les plus fortes demande en soins de santé reçoivent un plus grand nombre de médecins.

Nous pensons également que l'application intégrale de la politique de réforme hospitalisation aura un impact positif sur la qualité des prestations offertes au sein des FSP. En effet, cette réforme qui vise l'autonomisation des Formations sanitaires publiques créera un « marché concurrentiel de soins », ce qui incitera les FSP à la recherche de stratégies pour attirer le maximum de patients. Les FSP chercheront à offrir des soins de qualité à moindre coût (approche qualité-coût).

Une autre solution serait que la prise en charge totale du personnel des FSP proviennent des ressources propres de la FSP. Cette mesure aura pour conséquence une plus grande implication du personnel dans la recherche de résultats financiers positifs.

Une amélioration du résultat entraînera une hausse des salaires qui motivera beaucoup plus le personnel ce qui aura un effet positif sur la qualité des prestations offertes et favorisera un accroissement du taux de fréquentation des FSP.

Cette proposition pourrait faire l'objet de travaux de recherche afin d'étudier sa faisabilité.

Nous recommandons aussi la création d'un observatoire des bénéficiaires qui aura comme objectif principal, d'évaluer au cours de l'année, la perception qu'ont les usagers des soins qui leur sont offerts au sein des FSP. Ceci permettra d'évaluer de manière permanente le système et, d'opérer continuellement les ajustements nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins.

➤ Concernant la perception qu'ont les chefs de ménage du coût des prestations de la FSP et de la médecine traditionnelle

Des études d'évaluation économique du recours à la médecine traditionnelle et du recours à la médecine publique moderne permettront de mesurer l'efficacité de ces deux recours et les sommes engendrées par les ménages pour les traitements.

Ces résultats devront être publiés et faire l'objet de campagnes de sensibilisation afin que les chefs de ménage aient une meilleure appréciation de l'avantage de la médecine moderne par rapport à la médecine traditionnelle. Cette mesure permettra l'accroissement du taux d'utilisation des FSP et l'amélioration de l'état de santé général de la population.

➤ Concernant l'accessibilité géographique

Le problème d'accessibilité géographique semble être encore un facteur important dans le choix du premier recours malgré l'accroissement des FSP dans la commune. L'implantation de nouvelles structures encore plus proches des populations pourraient être une solution à ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

ALBAN THOMAS

Econométrie des variables qualitatives édition Dunod

ANDRE-PIERRE CONTRANDRIOPOULOS

Savoir préparer une recherche : la définir , la structurer, la financer

BANQUE MONDIALE

Vers des soins de santé durables en Afrique Subsaharienne : le partage des coûts .
Finding Region Afrique Numéro 63 (mai 1997)

BANQUE MONDIALE

Pour une meilleure santé en Afrique

BERESNIAK et GERARD DURU

Economie de la santé

BRUNO GALLAND

Les services de santé et la population : relation économique financière et institutionnelle

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE , paris 1997 N° 228 page 7

L'enfant en milieu tropical : prépaiement des soins de santé.

CREDES (Centre de Recherche , d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé)

Questions d'Economie de la santé N° 23 (décembre 2001)

CREDES , Coopération Financière Ivoir-Allemande,

Etude sur l'utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire, rapport intermédiaire septembre 2000

DOMINICK SALVATORE

Microéconomie (serie schäume)

FARBA LAMINE SALL

La tarification des prestations sanitaires dans le cadre de la reforme hospitalière au Sénégal mars 2002

FOND EUROPEEN DE DEVELOPPEMENT

Etude sur le recouvrement des coûts et les possibilités de mutualisation du risque maladie. Octobre 1996

HEALTH SERVICES MANAGEMENT RESEARCH (Volume 16 February 2003)

INS : INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE DE COTE D'IVOIRE

Recensement Général de la population et de l'Habitat 1998 (RGPH-1998)

KANGA ARMEL JONAS : : Mémoire de fin d'étude DSES II mai 2001

Les déterminants socio-économiques de santé maternelle : cas de l'observatoire de Niakhar (Sénégal)

LAVY , VICTOR AND J GERMAIN

Tradeoffs in cost , quality and accessibility in the utilization of health facilities : Insights from Ghana.

LITVACK ET BODART CLAUDE (1993)

Users fees plus quality equals improve access to health care : results of a field experiment in cameroon

MAMADOU ALPHA BAH

CODEX du module B2 Statistiques année académique 2001- 2002.

MENAHM GEORGES

Demande de soins de santé , demande de santé ,demande de sécurité : trois modèles pour la santé en économie

MICHEL MOUGEOT Economica 1994

Systeme de santé et concurrence

MILTON FRIEDMAN

Prix et Théorie Economique (ed Tendence Actuelle)

MINISTERE DE LA SANTE DE COTE D'IVOIRE Juin 1998

Enquête sur la qualité des services de santé en Côte d'Ivoire.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Rapport d'Etude ,Abidjan Centre régional de la santé publique en Afrique de l'Ouest

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 1997 1998 1999 2000

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES DE LA FRANCE

Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé : Bilan et Perspectives

NICOLAS TANTI-HARDOUIN

Economie de la santé Economie de la santé (ed Armand Colin)

OMS ORGANISATION MONDIALE DE LASANTE

Atelier sur la fixation différenciée des prix et sur le financement du médicament du médicament (Conseil Mondial de la santé du 8 au 11 Avril 2001 , Norvège)

OMS ORGANISATION MONDIALE DE LASANTE Guy Carrin

L'assurance sociale maladie dans les pays en développement un défi permanent
Revue internationale de sécurité sociale

OMS Genève

Série Macro-économique, santé et développement N° 6 octobre 1993

L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé .

OMS

Rapport sur la santé dans le monde 2000

PSA Projet Santé Abidjan

Déterminants Socio-économiques des recours aux soins de santé à Abidjan pour les affections graves .

Tableau de bord social 1999 Côte d'Ivoire mai 2002

R.PAUL SHAW ,CHARLES C GRIFFIN

Le financement des soins de santé en Afrique Subsaharienne pour la tarification des services et de l'assurance.

SOPHIE BEJEAN Economica 1994

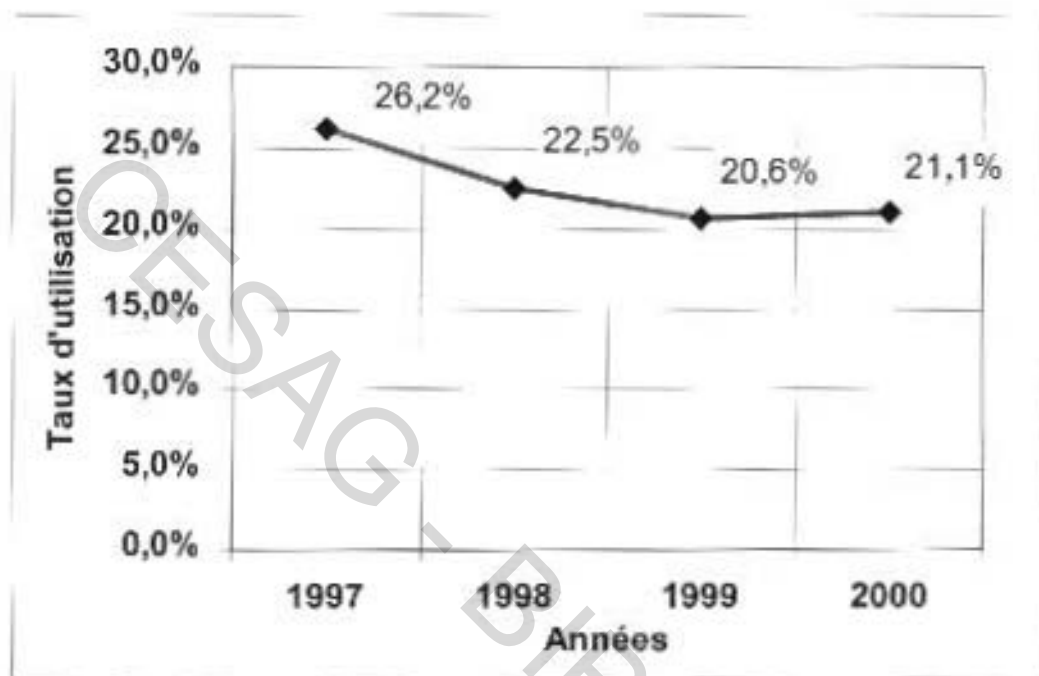
Economie du système de santé

TRAORE OUMAROU : Mémoire de fin d'étude DSES III juillet 2002

Les déterminants du recours aux soins en cas de fièvre palustre des enfants à l'observatoire de population de Niakhar.



Graphique N°1 : Evolution du taux d'utilisation des formations sanitaires publiques en Côte d'Ivoire



Source : Rapport Annuel sur la situation sanitaire en Côte d'Ivoire (RASS 2000)

Maquette du modèle de demande de santé de M. GROSSMAN (1972)

[1] Fonction d'utilité du patient consommateur :

$$\text{Max } U = U (\varnothing_0 H_0, \dots, O_n H_n ; Z_0, \dots, Z_n)$$

[2] Fonction de dépréciation du stock de capital santé compensé par de l'investissement en santé :

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta_i H_i$$

[3] Fonction d'investissement en santé :

$$I_i = H_i (M_i, TH_i, E_i)$$

[3'] Fonction de production d'autres biens finaux z :

$$Z_i = Z_i (X_i, T_i, E_i)$$

[4] Equation exprimant la contrainte de temps :

$$TW_i + TH_i + T_i + TL_i = \Omega$$

[4'] Equation exprimant la contrainte du budget :

$$\sum \frac{P_i M_i + F_i X_i}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i TW_i}{(1+r)^i} + A_0$$

[5] Equation exprimant la contrainte du revenu :

$$R = \frac{P_i M_i + F_i X_i + W_i (TH_i + T_i + TL_i)}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i \Omega}{(1+r)^i} + A_0$$

La demande de biens et de services médicaux s'obtient en maximisant l'équation [1] , sous les contraintes [2] [3] [4] [5] .

[6] Equation exprimant les conditions de premier ordre qui définissent l'investissement optimal

$$\frac{W_i G_i}{\pi_{i-1}} = r - \pi_{i-1} + \delta_i$$

Source : *The demand for theoretical an empirical investigation* , NBER, New York , 1972 .

Lexique :

H : le stock de capital santé

H_0 : le stock de capital initial

Z : ensemble des autres biens finaux (non médicaux)

δ : taux de dépréciation du capital santé

\varnothing : prix de service par unité de stock (temps de bonne santé induit par la détention d'une unité du capital santé)

M : les soins médicaux

I : Investissement brut en santé

E : stock de capital humain (où interviennent des variables relatives au niveau d'éducation ,

au milieu social de l'individu)

Ω : le temps disponible total

TW : temps consacré au travail

TH : temps consacré à la santé

T : temps consacré à d'autres biens

TL : temps perdu (non productif) pour cause de maladie

A_0 : revenus non salariaux

P : prix des soins médicaux

F : prix des autres biens

W : taux de salaire

r : taux d'intérêt

R : contrainte budgétaire de pleine richesse

G : produit marginal du stock de santé

π : coût marginal de l'investissement brut

π' : taux de variation du coût marginal de $i-1$ à i .

PRESENTATION TABULAIRE DES RESULTATS

Tableau N 2: Répartition des chefs de ménage par sexe et par âge

AGE		SEXE		Total
		1	2	
[20-30[	Effectif	13	8	19
	% dans SEXE	17,8%	31,6%	20,7%
[30-40[	Effectif	25	9	34
	% dans SEXE	34,2%	47,4%	37,0%
[40-50[	Effectif	23	4	27
	% dans SEXE	31,5%	21,1%	29,3%
[50-60[	Effectif	9		9
	% dans SEXE	12,3%		9,8%
60 et plus	Effectif	3		3
	% dans SEXE	4,1%		3,3%
Total	Effectif	73	19	92
	% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 3: Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et de la situation matrimoniale

Tableau croisé

SITMAT		SEXE		Total
		1	2	
1	Effectif	45	5	50
	% dans SEXE	61,6%	26,3%	54,3%
2	Effectif	5	7	12
	% dans SEXE	6,8%	36,8%	13,0%
3	Effectif	5	1	6
	% dans SEXE	6,8%	5,3%	6,5%
4	Effectif	10	6	16
	% dans SEXE	13,7%	31,6%	17,4%
5	Effectif	8		8
	% dans SEXE	11,0%		8,7%
Total	Effectif	73	19	92
	% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 4: Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et de la profession

Tableau croisé

PROFESSION		SEXE		Total
		1	2	
1	Effectif	14	1	15
	% dans SEXE	19,2%	5,3%	16,3%
2	Effectif	35	14	49
	% dans SEXE	47,9%	73,7%	53,3%
4	Effectif	8	1	9
	% dans SEXE	10,8%	5,3%	10,8%
5	Effectif	5	1	6
	% dans SEXE	6,8%	5,3%	7,0%
6	Effectif	9	2	11
	% dans SEXE	12,3%	10,5%	12,0%
Total	Effectif	73	19	92
	% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 5: Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et du niveau d'instruction

Tableau croisé

			SEXE		Total
			1	2	
INSTRUC	1	Effectif	21	12	33
		% dans SEXE	28,8%	63,2%	35,9%
	2	Effectif	6	4	10
		% dans SEXE	8,2%	21,1%	10,9%
	3	Effectif	16	1	17
		% dans SEXE	21,9%	5,3%	18,5%
	4	Effectif	26	1	27
		% dans SEXE	35,6%	5,3%	29,3%
	5	Effectif	4	1	5
		% dans SEXE	5,5%	5,3%	5,4%
Total		Effectif	73	19	92
		% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 6: Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel principal

RPRINCIPAL

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1	38	41,3	41,3	41,3
2	35	38,0	38,0	79,3
3	14	15,2	15,2	94,6
4	5	5,4	5,4	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tableau N 7: Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel secondaire

RSECONDAIR

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 0	76	82,6	82,6	82,6
1	12	13,0	13,0	95,7
2	3	3,3	3,3	98,9
3	1	1,1	1,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tableau N 8 : Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel du ménage

		REVMENSUEL		
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage
			de valide	cumulé
Valide	0	2	2,2	2,2
	1	30	32,6	34,8
	2	21	22,8	57,6
	3	21	22,8	80,4
	4	10	10,9	91,3
	5	8	8,7	100,0
	Total	92	100,0	

Tableau N 11 : Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
SEXE	1	Effectif	40	33	73
		% dans PREMREC	75,5%	84,6%	79,3%
	2	Effectif	13	6	19
		% dans PREMREC	24,5%	15,4%	20,7%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 12: Répartition des chefs de ménage en fonction de l'âge et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
AGE	2	Effectif	15	3	19
		% dans PREMREC	30,2%	7,7%	20,7%
	3	Effectif	15	18	34
		% dans PREMREC	30,2%	46,2%	37,0%
	4	Effectif	14	13	27
		% dans PREMREC	26,4%	33,3%	29,3%
	5	Effectif	5	4	9
		% dans PREMREC	9,4%	10,3%	9,8%
	6	Effectif	2	1	3
		% dans PREMREC	3,8%	2,6%	3,3%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 13 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la situation matrimoniale et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
SITMAT	1	Effectif	26	24	50
		% dans PREMREC	49,1%	61,5%	54,3%
	2	Effectif	7	5	12
		% dans PREMREC	13,2%	12,8%	13,0%
	3	Effectif	3	3	6
		% dans PREMREC	5,7%	7,7%	6,5%
	4	Effectif	14	2	16
		% dans PREMREC	26,4%	5,1%	17,4%
	5	Effectif	3	5	8
		% dans PREMREC	5,7%	12,8%	8,7%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 14 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la profession et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
PROFESSION	1	Effectif	11	4	15
		% dans PREMREC	20,8%	10,3%	16,3%
	2	Effectif	28	21	49
		% dans PREMREC	52,8%	53,8%	53,3%
	4	Effectif	4	3	7
		% dans PREMREC	7,5%	7,7%	7,6%
	5	Effectif	4	6	10
		% dans PREMREC	7,5%	15,4%	10,9%
	6	Effectif	6	5	11
		% dans PREMREC	11,3%	12,8%	12,0%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 15: Répartition des chefs de ménage en fonction du niveau d'instruction et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			3	1	
INSTRUC	1	Effectif	24	9	33
		% dans PREMREC	45,3%	23,1%	36,9%
	2	Effectif	8	4	10
		% dans PREMREC	11,3%	10,3%	10,9%
	3	Effectif	6	11	17
		% dans PREMREC	11,3%	28,2%	18,6%
	4	Effectif	13	14	27
		% dans PREMREC	24,5%	35,9%	29,3%
	5	Effectif	4	1	5
		% dans PREMREC	7,5%	2,6%	5,4%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 16 : Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel du ménage et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
REVMENSUEL	0	Effectif	1	1	2
		% dans PREMREC	1,9%	2,6%	2,2%
	1	Effectif	21	9	30
		% dans PREMREC	39,6%	23,1%	32,8%
	2	Effectif	12	9	21
		% dans PREMREC	22,6%	23,1%	22,8%
	3	Effectif	11	10	21
		% dans PREMREC	20,8%	25,5%	22,8%
	4	Effectif	3	7	10
		% dans PREMREC	5,7%	17,9%	10,9%
	5	Effectif	5	3	8
		% dans PREMREC	9,4%	7,7%	8,7%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 17: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception de la Distance et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
UPVDISTANC	0	Effectif	1		1
		% dans PREMREC	1,9%		1,1%
	1	Effectif	35	25	60
		% dans PREMREC	66,0%	64,1%	65,2%
	2	Effectif	17	14	31
		% dans PREMREC	32,1%	35,9%	33,7%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 18 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception de la voie d'accès et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
VOIEACCES	1	Effectif	21	19	40
		% dans PREMREC	39,6%	48,7%	43,5%
	2	Effectif	23	17	40
		% dans PREMREC	43,4%	43,6%	43,5%
	3	Effectif	9	3	12
		% dans PREMREC	17,0%	7,7%	13,0%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 19: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût du transport et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVTRANS	1	Effectif	2		2
		% dans PREMREC	3,8%		2,2%
	2	Effectif	33	26	59
		% dans PREMREC	62,3%	66,7%	64,1%
	3	Effectif	15	13	31
		% dans PREMREC	34,0%	33,3%	33,7%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 20: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une consultation au sein de la FSP et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVCONS	1	Effectif	1	1	2
		% dans PREMREC	1,9%	2,6%	2,2%
	2	Effectif	23	31	54
		% dans PREMREC	43,4%	79,5%	58,7%
	3	Effectif	29	6	35
		% dans PREMREC	54,7%	15,4%	38,0%
8	Effectif		1	1	
	% dans PREMREC		2,6%	1,1%	
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 21: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une journée d'hospitalisation et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVHOSP	0	Effectif	25	15	45
		% dans PREMREC	52,8%	46,2%	50,0%
	1	Effectif	1		1
		% dans PREMREC	1,9%		1,1%
	2	Effectif	22	18	40
		% dans PREMREC	41,5%	46,2%	43,5%
5	Effectif	1		1	
	% dans PREMREC	1,9%		1,1%	
8	Effectif	1	3	4	
	% dans PREMREC	1,9%	7,7%	4,3%	
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 22 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une consultation dans une FSP par rapport à la médecine traditionnelle et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
FSPTRADI	1	Effectif	14	33	47
		% dans PREMREC	26,4%	84,6%	51,1%
	2	Effectif	8	3	11
		% dans PREMREC	15,1%	7,7%	12,0%
	3	Effectif	31	2	33
		% dans PREMREC	58,5%	5,1%	35,9%
	4	Effectif		1	1
		% dans PREMREC		2,6%	1,1%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 23: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût des médicaments de la FSP et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVMEDFSP	0	Effectif	1		1
		% dans PREMREC	1,9%		1,1%
	1	Effectif	36	34	70
		% dans PREMREC	67,9%	87,2%	76,1%
	2	Effectif	15	5	21
		% dans PREMREC	30,2%	12,8%	22,8%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 24 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du temps d'attente et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
TPSATTENTE	1	Effectif		1	1
		% dans PREMREC		2,6%	1,1%
	2	Effectif	13	16	29
		% dans PREMREC	24,5%	41,0%	31,5%
	3	Effectif	40	22	62
		% dans PREMREC	75,5%	56,4%	67,4%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N°25 : Présentation des variables sur les caractéristiques Socio-économiques

Variables	Modalités
Age2	Non OUI
Age3	Non OUI
Age4	Non OUI
Age5	Non OUI
Age6	Non OUI
Marie	Non OUI
Divorce	Non OUI
Veuf	Non OUI
Celliba	Non OUI
Unlonlibre	Non OUI
Liberal	Non OUI
Analphabete	Non OUI
Revenu4	Non OUI
Revenu3	Non OUI
Revenu2	Non OUI
Revenu1	Non OUI
SourceRevenu	Non Oui
Superieur	Non OUI
Alphabetise	Non OUI
Primaire	Non OUI
Secondaire	Non OUI
Sex	Féminin Masculin

Tableau N 34 : Présentation des variables de perception et de leur modalités

Variables de perception	Modalités
Propreté FSP	Pas propre Propre
Perception vole	Non Praticable Praticable
Perception coût trans	Elevé Satisfaisant
Perception coût cons	Elevé Satisfaisant
Perception Fsptradi1	Autres Moins cher
Perception Fsptradi2	Non Pareil Pareil
Perception Fsptradi3	Autre Plus cher
Perception accueil	Pas accueillant Accueillant
Compétence médecin	Pas Compétent Compétent
Honnêteté du perso	Pas Honnête Honnête
Percep dispo FSP Pha	Non Disponible Disponible
Perception Med FSP	Cher Moins cher
Perception tps attente	Long Convenable
Perception Distance	Longue Acceptable

**TARIFICATION DES ACTES DE SANTE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES
 PUBLICS**

TARIFICATION NORMALE

(APPLICABLE AUX USAGERS BENEFICIANT D'UNE PROTECTION SOCIALE)

ACTES DE SANTE	TARIF (en FCFA)
Consultation Généraliste	5000
Consultation Spécialiste	7500
Chirurgie et Actes Spécialisés b(le K)	700
Acte Dentaire (le D)	700
Examen de laboratoire (le B)	100
Examen de Radiologie (le R)	700
Acte de Kinésithérapie (la Séance)	2000
Hospitalisation (Forfait Hôtellerie + Médicaments)	
Forfait journalier	
Catégorie 1	40000
Catégorie 2	25000
Catégorie 3	10000

**TARIFICATION PARTICULIERE APPLICABLE AUX AGENTS DU MINISTERE DE LA
 SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

STATUT DE L'AGENT	ACTES DE SANTE	TARIF
Agents de l'Etablissement	Consultation Autres Actes	Gratuit 50 % du Tarif Réduit
Autres Agents du Ministère	Tous actes	50 % du Tarif Réduit

Ces réductions s'étendent au conjoint et aux enfants sur présentation d'une pièce d'identité ou du carnet de santé

TARIFICATION REDUITE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS

(APPLICABLE AUX USAGERS SANS PROTECTION SOCIALE)

ETABLISSEMENT SANITAIRE	CASE DE SANTE	CENTRE DE SANTE RURAL	CENTRE DE SANTE URBAIN ET FSU	HOPITAL GENERAL COMMUNAL	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
ACTES DE SANTE					
Consultation*					
Médecine Générale	25	100	200	500	1000
Pédiatrie	-	-	200	500	1000
Gynécologie	-	-	200	500	1000
Consultation*					
Autres spécialités			500	1000	2000
Petite Chirurgie		200	500	1000	1500
Intervention Chirurgicale (hors médicaments)		-	-	5000	5000
Urgences Hors médicaments	-	-	300	1000	1500
Hospitalisation (forfait hors médicaments)					
Catégorie 1	-	-	-	38000	39500
Catégorie 2	-	-	1000	17000	18500
Catégorie 3	-	-	500	10000	11500
Non classé	-	-	-	3000	4500
Autres Actes					
Valeur de la lettre clé					
D (Dentaire)	-	-	300	300	300
R (Radiologie)	-	-	300	300	300
B (Laboratoire)	-	50	50	50	50
Accouchement					
-Normal	500 (hors kit)	500 (hors kit)	2000	2000	2000
-Pathologique (hors médicaments)				3000	3000
Kinésithérapie (la séance)	-	-	-	1000	1000
Circoncision					
-Adulte	-	-	-	5000	5000
-Enfant	-	-	-	1500	1500
Morgue					
Traitement (formol compris)	-	-	-	15000	15000
Conservation					
- 3 premier jours	-	-	-	Gratuit	Gratuit
- 4 à 7 jours	-	-	-	10.000(forfait)	10.000(forfait)
- 8 jours et plus	-	-	-	3000/ jour	3000/ jour

* Consultation : délai de validité de l'acte : 15 jours

ENQUETE SUR LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE DANS LA COMMUNE D'ABOBO

QUESTIONNAIRE

Date : Enquêteur : Quartier enquêté :	N° Ménage:
---	------------

Section 1: Informations Générales

1) Identification du répondant

Questions	Modalités
Q1 Sexe	Masculin..... <input type="checkbox"/> Féminin..... <input type="checkbox"/>
Q2 Age	Moins de 20 ans <input type="checkbox"/> [40-50[<input type="checkbox"/> [20-30[<input type="checkbox"/> [50-60[<input type="checkbox"/> [30-40[<input type="checkbox"/> 60 et plus <input type="checkbox"/>
Q3 Situation Matrimoniale	Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Q4 Profession	Ouvrier <input type="checkbox"/> Salarié public <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Salarié Privé <input type="checkbox"/> Cultivateur <input type="checkbox"/> Autre.....
Q5 Niveau d'Instruction	Analphabète <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Alphabétisé <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/>
Q6 Nombre de personnes dans le ménage	<input type="text"/>

2) Sources de Revenu

Questions	Modalités
Q7 Avez-vous plusieurs sources de revenu ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q8 A combien s'élève votre revenu mensuel principal ?	Moins de 50000[<input type="checkbox"/> [150000 ; 200000[<input type="checkbox"/> [50000 ; 100000[<input type="checkbox"/> 200000 et plus <input type="checkbox"/> [100000 ; 150000[<input type="checkbox"/>
Q9 A combien s'élève votre revenu mensuel secondaire ?	Moins de 50000 <input type="checkbox"/> [150000 ; 200000[<input type="checkbox"/> [50000 ; 100000[<input type="checkbox"/> 200000 et plus <input type="checkbox"/> [100000 ; 150000[<input type="checkbox"/>
Q10 A part le chef de ménage combien de personne ont un travail rémunéré dans votre ménage ?	<input type="text"/>
Q11 A combien s'élève le revenu mensuel de tous les membres du ménage	Moins de 50000[<input type="checkbox"/> [150000 ; 200000[<input type="checkbox"/> [50000 ; 100000[<input type="checkbox"/> 200000 et plus <input type="checkbox"/> [100000 ; 150000[<input type="checkbox"/>

Section 2 Accessibilité Géographique

Questions	Modalités
Q12 A quelle distance êtes vous de la formation sanitaire publique la plus proche	En Km <input type="text"/> En heures et minutes <input type="text"/> h <input type="text"/> mn
Q13 Que pensez-vous de cette distance? Est elle :	Acceptable..... <input type="checkbox"/> Longue <input type="checkbox"/> Très longue <input type="checkbox"/>
Q14 Comment est la voie d'accès à la structure de santé	En mauvais état <input type="checkbox"/> Praticable <input type="checkbox"/> En bon état <input type="checkbox"/>
Q15 Quel est le coût du transport aller-retour ?	<input type="text"/>
Q16 Que pensez-vous de ce coût ?	Bas <input type="checkbox"/> Trop élevés <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Elevés <input type="checkbox"/>

Section 3 : Utilisation de l'offre de soins disponible

Questions	Modalités
Q17 En cas de maladie avez-vous recours à plusieurs possibilités de traitement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q18 si oui, est-ce :	Simultanément <input type="checkbox"/> Successivement <input type="checkbox"/>
Q19 Quel est le premier recours des membres du ménage en cas de Maladie	La Formation sanitaire publique <input type="checkbox"/> le médecin privé <input type="checkbox"/> La médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....
Q20 Quel est le second recours des membre du ménages en cas de maladie	La formation sanitaire publique <input type="checkbox"/> Le médecin privé <input type="checkbox"/> La médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....
Q21 Quel est le troisième recours des membres du ménage en cas de maladie	La Formation Sanitaire publique <input type="checkbox"/> Le médecin privé <input type="checkbox"/> La médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....
Q22 Pourquoi l'hôpital public est votre premier recours (allez à Q24)	Moins cher <input type="checkbox"/> Présence de médicaments <input type="checkbox"/> Plus proche <input type="checkbox"/> Plus efficace <input type="checkbox"/> Meilleur accueil <input type="checkbox"/> Autre (à précisez).....
Q23 Pourquoi l'hôpital public n'est pas votre premier recours	Trop cher <input type="checkbox"/> Absence de médicaments <input type="checkbox"/> Trop éloigné <input type="checkbox"/> Moins efficace <input type="checkbox"/> Mauvais accueil <input type="checkbox"/> Autre (à précisez).....

Section 4 : Perception des coûts et Capacités de paiement

Questions	Modalités
Q24 Combien coûte une consultation dans une formation sanitaire publique ?	_____ NSP <input type="checkbox"/>
Q25 Combien coûte une journée d'hospitalisation dans une formation sanitaire publique ?	_____ NSP <input type="checkbox"/>
Q26 Comment trouvez vous le coût d'une consultation ?	Bas <input type="checkbox"/> Satisfaisants <input type="checkbox"/> Elevés <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q27 Comment trouvez vous le coût d'une journée d'hospitalisation ?	Bas <input type="checkbox"/> Satisfaisants <input type="checkbox"/> Elevés <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q28 Quel est le prix maximum que vous seriez prêt à payer pour une consultation ?	_____
Q29 A votre avis le coût d'une consultation dans une formation sanitaire publique par rapport à celui d'un tradipraticien est-il :	Moins cher <input type="checkbox"/> Pareil <input type="checkbox"/> Plus cher <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>

Section 5 : Perception de la Qualité des services

Questions	Modalités	Oui	Non	NSP
Q30 Que pensez-vous du personnel de la formation sanitaire publique ? Est-il :	Accueillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Honnête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q31 Comment trouvez vous le temps d'attente avant la consultation ?	Court	<input type="checkbox"/>		
	Vous convient	<input type="checkbox"/>		
	Long	<input type="checkbox"/>		
Q32 Que pensez vous des medecins de la formation sanitaire publique ?	Consacre suffisamment de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Explique comment prendre les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Explique comment ne plus attraper la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compétents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q33 Que pensez vous de la Structure sanitaire?	Propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Possède tout le matériel nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 6 : Disponibilité en médicaments

Questions	Modalités
Q34 Lors de votre dernière consultation dans la formation sanitaire publique , combien de médicaments vous ont été prescrits ?	<input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q35 Combien de médicaments avez vous pu acheter au sein de la formation sanitaire ?	<input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q36 Combien vous ont coûté les médicaments achetés dans la formation sanitaire ?	<input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>

Q37 Est-ce que les prix des médicaments dans la formation sanitaire vous conviennent ?	Oui Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q38 Comparativement aux prix dans les pharmacies ou au marché, sont-ils :	Moins chers Pareils Plus chers NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q39 Si les médicaments sont toujours disponibles, pensez vous que vous ou votre famille irait plus souvent dans une formation sanitaire publique ?	Oui Non NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de nos travaux de recherche était d'identifier les facteurs influençant le choix du premier recours aux soins dans la commune d'Abobo.

Dans le cadre de la collecte des données , nous avons administré des questionnaires à un échantillon de 92 ménages de la commune.

Pour l'analyse des données , nous avons regroupé les informations recueillies en trois types de déterminants : les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage, les variables sur la situation déclarée et, les variables de perception.

L'analyse univariée de l'influence de ces différentes variables sur le choix du premier recours aux soins a fait remarquer que , aucune variable portant sur les caractéristiques socio-économiques des chefs de ménage n'influence directement le choix du premier recours .Parmi les variables portant sur la situation déclarée , seule la variable « quantité de médicaments achetées au sein de la FSP » influence directement le choix du premier recours pour les ménages de l'échantillon. Quatre variables de perception se sont avérées significatives ce sont , « la perception qu'ont les chefs de ménage du coût d'une consultation dans une FSP » « la perception qu'a le chef de ménage du médecin de la FSP » , « la perception du coût d'une consultation dans une FSP par rapport à celui de la médecine traditionnelle » , « la perception qu'a le chef de ménage du personnel de la FSP » .

Une analyse multivariée a permis de mieux apprécier l'impact des différents groupes de variables sur le choix du premier recours .

La variable dépendante de l'étude « recours » étant une variable dichotomique , nous avons réalisé des régressions logistiques. Quatre modélisation ont été effectuées.

Dans la première ,la variable recours a été régressée par l'ensemble des variables portant sur les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage de la commune . Dans la seconde , nous avons réalisé un modèle ayant les variables sur la situation déclarée comme variables explicatives.

Un modèle mettant en relation les variables de perception et la variable dépendante « recours » à été réalisé en troisième partie.

Le quatrième modèle a retenu comme variables explicatives les variables les plus significatives des trois autres régressions.

Pour chaque modélisation, nous avons effectué des tests de significativité et d'ajustement global. Les résultats des tests ont fait remarquer que, le modèle 4 a le coefficient de détermination le plus élevé. En effet, les variables retenue dans cette quatrième modélisation influencent à 74% la décision de recourir en premier à une FSP en cas de maladie d'un des membres du ménage. Ce sont :

« la perception de l'accueil », « perception du coût du transport », « perception du temps d'attente », « célibataire », « perception de la cherté des consultations de la médecine traditionnelle par rapport à ceux des FSP ».

Nos hypothèses de recherche n'ont pas été entièrement vérifiées mais, l'étude a permis d'identifier un plus grand nombre de facteurs influençant la décision du chef de ménage dans le choix du premier recours aux soins.

RECOMMANDATIONS :

Les résultats obtenus nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

➤ Concernant la qualité :

Les chefs de ménage de l'échantillon ont montré une forte sensibilité a deux composantes de la qualité, :le temps d'attente et l'accueil au sein des FSP.

Une réduction du temps d'attente et une amélioration de l'accueil conduiront les ménages à avoir une meilleure perception de la qualité des prestations offertes au sein des FSP ce qui aura un impact positif sur le taux de fréquentation.

Pour réduire le temps d'attente, il importe que, les structures ayant les plus fortes demande en soins de santé reçoivent un plus grand nombre de médecins.

Nous pensons également que l'application intégrale de la politique de réforme hospitalisation aura un impact positif sur la qualité des prestations offertes au sein des FSP. En effet, cette réforme qui vise l'autonomisation des Formations sanitaires publiques créera un « marché concurrentiel de soins », ce qui incitera les FSP à la recherche de stratégies pour attirer le maximum de patients. Les FSP chercheront à offrir des soins de qualité à moindre coût (approche qualité-coût).

Une autre solution serait que la prise en charge totale du personnel des FSP proviennent des ressources propres de la FSP . Cette mesure aura pour conséquence une plus grande implication du personnel dans la recherche de résultats financiers positifs.

Une amélioration du résultat entraînera une hausse des salaires qui motivera beaucoup plus le personnel ce qui aura un effet positif sur la qualité des prestations offertes et favorisera un accroissement du taux de fréquentation des FSP.

Cette proposition pourrait faire l'objet de travaux de recherche afin d'étudier sa faisabilité.

Nous recommandons aussi ,la création d'un observatoire des bénéficiaires qui aura comme objectif principal , d'évaluer au cours de l'année , la perception qu'ont les usagers des soins qui leur sont offerts au sein des FSP.Ceci permettra d'évaluer de manière permanente le système et ,d'opérer continuellement les ajustements nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins.

➤ Concernant la perception qu'ont les chefs de ménage du coût des prestations de la FSP et de la médecine traditionnelle

Des études d'évaluation économique du recours à la médecine traditionnelle et du recours à la médecine publique moderne permettront de mesurer l'efficacité de ces deux recours et les sommes engendrées par les ménages pour les traitements.

Ces résultats devront être publiés et faire l'objet de campagnes de sensibilisation afin que les chefs de ménage aient une meilleure appréciation de l'avantage de la médecine moderne par rapport à la médecine traditionnelle. Cette mesure permettra l'accroissement du taux d'utilisation des FSP et l'amélioration de l'état de santé général de la population.

➤ Concernant l'accessibilité géographique

Le problème d'accessibilité géographique semble être encore un facteur important dans le choix du premier recours malgré l'accroissement des FSP dans la commune. L'implantation de nouvelles structures encore plus proches des populations pourraient être une solution à ce problème.

BIBLIOGRAPHIE :

ALBAN THOMAS

Econométrie des variables qualitatives édition Dunod

ANDRE-PIERRE CONTRANDRIOPOULOS

Savoir préparer une recherche : la définir , la structurer, la financer

BANQUE MONDIALE

Vers des soins de santé durables en Afrique Subsaharienne : le partage des coûts .
Finding Region Afrique Numéro 63 (mai 1997)

BANQUE MONDIALE

Pour une meilleure santé en Afrique

BERESNIAK et GERARD DURU

Economie de la santé

BRUNO GALLAND

Les services de santé et la population : relation économique financière et institutionnelle

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE , paris 1997 N° 228 page 7

L'enfant en milieu tropical : prépaiement des soins de santé.

CREDES (Centre de Recherche , d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé)

Questions d'Economie de la santé N° 23 (décembre 2001)

CREDES , Coopération Financière Ivoir-Allemande,

Etude sur l'utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire, rapport intermédiaire septembre 2000

DOMINICK SALVATORE

Microeconomie (serie schäume)

FARBA LAMINE SALL

La tarification des prestations sanitaires dans le cadre de la reforme hospitalière au Sénégal mars 2002

FOND EUROPEEN DE DEVELOPPEMENT

Etude sur le recouvrement des coûts et les possibilités de mutualisation du risque maladie. Octobre 1996

HEALTH SERVICES MANAGEMENT RESEARCH (Volume 16 February 2003)

INS : INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE DE COTE D'IVOIRE

Recensement Général de la population et de l'Habitat 1998 (RGPH-1998)

KANGA ARMEL JONAS : : Mémoire de fin d'étude DSES II mai 2001

Les déterminants socio-économiques de santé maternelle : cas de l'observatoire de Niakhar (Sénégal)

LAVY , VICTOR AND J GERMAIN

Tradeoffs in cost , quality and accessibility in the utilization of health facilities : Insights from Ghana.

LITVACK ET BODART CLAUDE (1993)

Users fees plus quality equals improve access to health care : results of a field experiment in cameroon

MAMADOU ALPHA BAH

CODEX du module B2 Statistiques année académique 2001- 2002.

MENAHM GEORGES

Demande de soins de santé , demande de santé , demande de sécurité : trois modèles pour la santé en économie

MICHEL MOUGEOT Economica 1994

Système de santé et concurrence

MILTON FRIEDMAN

Prix et Théorie Economique (ed Tendence Actuelle)

MINISTERE DE LA SANTE DE COTE D'IVOIRE Juin 1998

Enquête sur la qualité des services de santé en Côte d'Ivoire.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Rapport d'Etude ,Abidjan Centre régional de la santé publique en Afrique de l'Ouest

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 1997 1998 1999 2000

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES DE LA FRANCE

Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé : Bilan et Perspectives

NICOLAS TANTI-HARDOUIN

Economie de la santé Economie de la santé (ed Armand Colin)

OMS ORGANISATION MONDIALE DE LASANTE

Atelier sur la fixation différenciée des prix et sur le financement du médicament du médicament (Conseil Mondial de la santé du 8 au 11 Avril 2001 , Norvège)

OMS ORGANISATION MONDIALE DE LASANTE Guy Carrin

L'assurance sociale maladie dans les pays en développement un défi permanent
Revue internationale de sécurité sociale

OMS Genève

Série Macro-économique, santé et développement N° 6 octobre 1993

L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé .

OMS

Rapport sur la santé dans le monde 2000

PSA Projet Santé Abidjan

Déterminants Socio-économiques des recours aux soins de santé à Abidjan pour les affections graves .

Tableau de bord social 1999 Côte d'Ivoire mai 2002

R.PAUL SHAW ,CHARLES C GRIFFIN

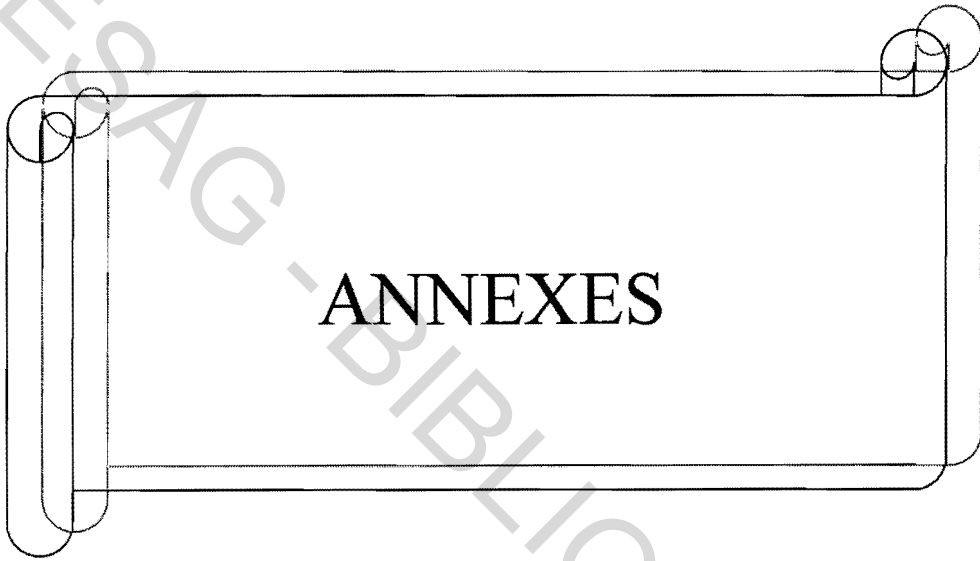
Le financement des sons de santé en Afrique Subsaharienne pour la tarification des services et de l'assurance.

SOPHIE BEJEAN Economica 1994

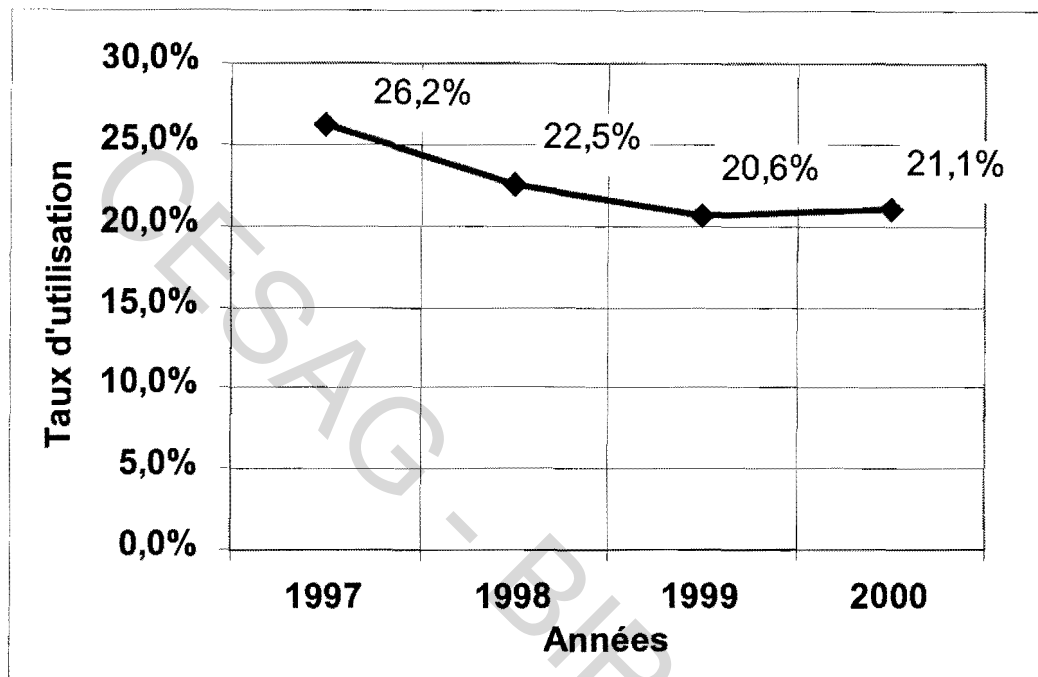
Economie du système de santé

TRAORE OUMAROU : Mémoire de fin d'étude DSES III juillet 2002

Les déterminants du recours aux soins en cas de fièvre palustre des enfants à l'observatoire de population de Niakhar.



Graphique N°1 : Evolution du taux d'utilisation des formations sanitaires publiques en Côte d'Ivoire



Source : Rapport Annuel sur la situation sanitaire en Côte d'Ivoire (RASS 2000)

Maquette du modèle de demande de santé de M. GROSSMAN (1972)

[1] Fonction d'utilité du patient consommateur :

$$\text{Max } U = U (\emptyset_0 H_0, \dots, O_n H_n ; Z_0 \dots Z_n)$$

[2] Fonction de dépréciation du stock de capital santé compensé par de l'investissement en santé :

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta_i H_i$$

[3] Fonction d'investissement en santé :

$$I_i = H_i (M_i T H_i E_i)$$

[3'] Fonction de production d'autres biens finaux z :

$$Z_u = Z_i (X_i, T_i E_i)$$

[4] Equation exprimant la contrainte de temps :

$$T W_i + T H_i + T_i + T L_i = \Omega$$

[4'] Equation exprimant la contrainte du budget :

$$\sum \frac{P_i M_i + F_i X_i}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i T W_i}{(1+r)^i} + A_0$$

[5] Equation exprimant la contrainte du revenu :

$$R = \frac{P_i M_i + F_i X_i + W_i (T H_i + T_i + T L_i)}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i \Omega}{(1+r)^i} + A_0$$

La demande de biens et de services médicaux s'obtient en maximisant l'équation [1] , sous les contraintes [2] [3] [4] [5] .

[6] Equation exprimant les conditions de premier ordre qui définissent l'investissement optimal

$$\frac{W_i G_i}{\pi_{i-1}} = r - \pi'_{i-1} + \delta_i$$

Source : *The demand for theoretical an empirical investigation* , NBER, New York , 1972 .

Lexique :

H : le stock de capital santé

H_0 : le stock de capital initial

Z : ensemble des autres biens finaux (non médicaux)

δ : taux de dépréciation du capital santé

\emptyset : prix de service par unité de stock (temps de bonne santé induit par la détention d'une unité du capital santé)

M : les soins médicaux

I : Investissement brut en santé

E : stock de capital humain (où interviennent des variables relatives au niveau d'éducation ,
au milieu social de l'individu)

Ω : le temps disponible total

TW : temps consacré au travail

TH : temps consacré à la santé

T : temps consacré à d'autres biens

TL : temps perdu (non productif) pour cause de maladie

A_0 : revenus non salariaux

P : prix des soins médicaux

F : prix des autres biens

W : taux de salaire

r : taux d'intérêt

R : contrainte budgétaire de pleine richesse

G : produit marginal du stock de santé

π : coût marginal de l'investissement brut

π' : taux de variation du coût marginal de $i-1$ à i .

PRESENTATION TABULAIRE DES RESULTATS

Tableau N 2: Répartition des chefs de ménage par sexe et par âge

			SEXE		Total
			1	2	
AGE	[20-30[	Effectif	13	6	19
		% dans SEXE	17,8%	31,6%	20,7%
	[30-40[	Effectif	25	9	34
		% dans SEXE	34,2%	47,4%	37,0%
	[40-50[	Effectif	23	4	27
		% dans SEXE	31,5%	21,1%	29,3%
	[50-60[	Effectif	9		9
		% dans SEXE	12,3%		9,8%
	60 et plus	Effectif	3		3
		% dans SEXE	4,1%		3,3%
Total		Effectif	73	19	92
		% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 3: Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et de la situation matrimoniale

Tableau croisé

			SEXE		Total
			1	2	
SITMAT	1	Effectif	45	5	50
		% dans SEXE	61,6%	26,3%	54,3%
	2	Effectif	5	7	12
		% dans SEXE	6,8%	36,8%	13,0%
	3	Effectif	5	1	6
		% dans SEXE	6,8%	5,3%	6,5%
	4	Effectif	10	6	16
		% dans SEXE	13,7%	31,6%	17,4%
	5	Effectif	8		8
		% dans SEXE	11,0%		8,7%
Total		Effectif	73	19	92
		% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 4: Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et de la profession

Tableau croisé

			SEXE		Total
			1	2	
PROFESSION	1	Effectif	14	1	15
		% dans SEXE	19,2%	5,3%	16,3%
	2	Effectif	35	14	49
		% dans SEXE	47,9%	73,7%	53,3%
	4	Effectif	6	1	7
		% dans SEXE	8,2%	5,3%	7,6%
	5	Effectif	9	1	10
		% dans SEXE	12,3%	5,3%	10,9%
	6	Effectif	9	2	11
		% dans SEXE	12,3%	10,5%	12,0%
Total		Effectif	73	19	92
		% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 5: Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et du niveau d'instruction

Tableau croisé

			SEXE		Total
			1	2	
INSTRUC	1	Effectif	21	12	33
		% dans SEXE	28,8%	63,2%	35,9%
	2	Effectif	6	4	10
		% dans SEXE	8,2%	21,1%	10,9%
	3	Effectif	16	1	17
		% dans SEXE	21,9%	5,3%	18,5%
	4	Effectif	26	1	27
		% dans SEXE	35,6%	5,3%	29,3%
	5	Effectif	4	1	5
		% dans SEXE	5,5%	5,3%	5,4%
Total		Effectif	73	19	92
		% dans SEXE	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 6: Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel principal

RPRINCIPAL

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1	38	41,3	41,3	41,3
2	35	38,0	38,0	79,3
3	14	15,2	15,2	94,6
4	5	5,4	5,4	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tableau N 7: Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel secondaire

RSECONDAIR

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 0	76	82,6	82,6	82,6
1	12	13,0	13,0	95,7
2	3	3,3	3,3	98,9
3	1	1,1	1,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tableau N 8 : Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel du ménage

		REVMENSUEL			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	2	2,2	2,2	2,2
	1	30	32,6	32,6	34,8
	2	21	22,8	22,8	57,6
	3	21	22,8	22,8	80,4
	4	10	10,9	10,9	91,3
	5	8	8,7	8,7	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Tableau N 11 : Répartition des chefs de ménage en fonction du sexe et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
SEXE	1	Effectif	40	33	73
		% dans PREMREC	75,5%	84,6%	79,3%
	2	Effectif	13	6	19
		% dans PREMREC	24,5%	15,4%	20,7%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 12: Répartition des chefs de ménage en fonction de l'âge et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
AGE	2	Effectif	16	3	19
		% dans PREMREC	30,2%	7,7%	20,7%
	3	Effectif	16	18	34
		% dans PREMREC	30,2%	46,2%	37,0%
	4	Effectif	14	13	27
		% dans PREMREC	26,4%	33,3%	29,3%
	5	Effectif	5	4	9
		% dans PREMREC	9,4%	10,3%	9,8%
	6	Effectif	2	1	3
		% dans PREMREC	3,8%	2,6%	3,3%
Total		Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 13 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la situation matrimoniale et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
SITMAT	1	Effectif	26	24	50
		% dans PREMREC	49,1%	61,5%	54,3%
	2	Effectif	7	5	12
		% dans PREMREC	13,2%	12,8%	13,0%
	3	Effectif	3	3	6
		% dans PREMREC	5,7%	7,7%	6,5%
	4	Effectif	14	2	16
		% dans PREMREC	26,4%	5,1%	17,4%
	5	Effectif	3	5	8
		% dans PREMREC	5,7%	12,8%	8,7%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 14 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la profession et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
PROFESSION	1	Effectif	11	4	15
		% dans PREMREC	20,8%	10,3%	16,3%
	2	Effectif	28	21	49
		% dans PREMREC	52,8%	53,8%	53,3%
	4	Effectif	4	3	7
		% dans PREMREC	7,5%	7,7%	7,6%
	5	Effectif	4	6	10
		% dans PREMREC	7,5%	15,4%	10,9%
	6	Effectif	6	5	11
		% dans PREMREC	11,3%	12,8%	12,0%
	Total	Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 15: Répartition des chefs de ménage en fonction du niveau d'instruction et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
INSTRUC	1	Effectif	24	9	33
		% dans PREMREC	45,3%	23,1%	35,9%
	2	Effectif	6	4	10
		% dans PREMREC	11,3%	10,3%	10,9%
	3	Effectif	6	11	17
		% dans PREMREC	11,3%	28,2%	18,5%
	4	Effectif	13	14	27
		% dans PREMREC	24,5%	35,9%	29,3%
	5	Effectif	4	1	5
		% dans PREMREC	7,5%	2,6%	5,4%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 16 : Répartition des chefs de ménage en fonction du revenu mensuel du ménage et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
REVMENSUEL	0	Effectif	1	1	2
		% dans PREMREC	1,9%	2,6%	2,2%
	1	Effectif	21	9	30
		% dans PREMREC	39,6%	23,1%	32,6%
	2	Effectif	12	9	21
		% dans PREMREC	22,6%	23,1%	22,8%
	3	Effectif	11	10	21
		% dans PREMREC	20,8%	25,6%	22,8%
	4	Effectif	3	7	10
		% dans PREMREC	5,7%	17,9%	10,9%
	5	Effectif	5	3	8
		% dans PREMREC	9,4%	7,7%	8,7%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 17: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception de la Distance et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVDISTANC	0	Effectif	1		1
		% dans PREMREC	1,9%		1,1%
	1	Effectif	35	25	60
		% dans PREMREC	66,0%	64,1%	65,2%
	2	Effectif	17	14	31
		% dans PREMREC	32,1%	35,9%	33,7%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 18 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception de la voie d'accès et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
VOIEACCES	1	Effectif	21	19	40
		% dans PREMREC	39,6%	48,7%	43,5%
	2	Effectif	23	17	40
		% dans PREMREC	43,4%	43,6%	43,5%
	3	Effectif	9	3	12
		% dans PREMREC	17,0%	7,7%	13,0%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 19: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût du transport et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVTRANS	1	Effectif	2		2
		% dans PREMREC	3,8%		2,2%
	2	Effectif	33	26	59
		% dans PREMREC	62,3%	66,7%	64,1%
	3	Effectif	18	13	31
		% dans PREMREC	34,0%	33,3%	33,7%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 20: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une consultation au sein de la FSP et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVCONS	1	Effectif	1	1	2
		% dans PREMREC	1,9%	2,6%	2,2%
	2	Effectif	23	31	54
		% dans PREMREC	43,4%	79,5%	58,7%
	3	Effectif	29	6	35
		% dans PREMREC	54,7%	15,4%	38,0%
	8	Effectif		1	1
		% dans PREMREC		2,6%	1,1%
	Total	Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 21: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une journée d'hospitalisation et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVHOSP	0	Effectif	28	18	46
		% dans PREMREC	52,8%	46,2%	50,0%
	1	Effectif	1		1
		% dans PREMREC	1,9%		1,1%
	3	Effectif	22	18	40
		% dans PREMREC	41,5%	46,2%	43,5%
	5	Effectif	1		1
		% dans PREMREC	1,9%		1,1%
	8	Effectif	1	3	4
		% dans PREMREC	1,9%	7,7%	4,3%
	Total	Effectif	53	39	92
		% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N 22 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût d'une consultation dans une FSP par rapport à la médecine traditionnelle et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
FSPTRADI	1	Effectif	14	33	47
		% dans PREMREC	26,4%	84,6%	51,1%
	2	Effectif	8	3	11
		% dans PREMREC	15,1%	7,7%	12,0%
	3	Effectif	31	2	33
		% dans PREMREC	58,5%	5,1%	35,9%
	8	Effectif		1	1
		% dans PREMREC		2,6%	1,1%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 23: Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du coût des médicaments de la FSP et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
QPVMEDFSP	0	Effectif	1		1
		% dans PREMREC	1,9%		1,1%
	1	Effectif	36	34	70
		% dans PREMREC	67,9%	87,2%	76,1%
	2	Effectif	16	5	21
		% dans PREMREC	30,2%	12,8%	22,8%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N 24 : Répartition des chefs de ménage en fonction de la perception du temps d'attente et du premier recours

Tableau croisé

			PREMREC		Total
			0	1	
TPSATTENTE	1	Effectif		1	1
		% dans PREMREC		2,6%	1,1%
	2	Effectif	13	16	29
		% dans PREMREC	24,5%	41,0%	31,5%
	3	Effectif	40	22	62
		% dans PREMREC	75,5%	56,4%	67,4%
Total	Effectif	53	39	92	
	% dans PREMREC	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau N°25 : Présentation des variables sur les caractéristiques Socio-économiques

Variables	Modalités
Age2	Non OUI
Age3	Non OUI
Age4	Non OUI
Age5	Non OUI
Age6	Non OUI
Marie	Non OUI
Divorce	Non OUI
Veuf	Non OUI
Celibat	Non OUI
Unionlibre	Non OUI
Liberal	Non OUI
Analphabete	Non OUI
Revenu4	Non OUI
Revenu3	Non OUI
Revenu2	Non OUI
Revenu1	Non OUI
SourceRevenu	Non Oui
Superieur	Non OUI
Alphabetise	Non OUI
Primaire	Non OUI
Secondaire	Non OUI
Sex	Féminin Masculin

Tableau N 34 : Présentation des variables de perception et de leur modalités

Variables de perception	Modalités
Propreté FSP	Pas propre Propre
Perception voie	Non Praticable Praticable
Perception coût trans	Elevé Satisfaisant
Perception coût cons	Elevé Satisfaisant
Perception Fspradi1	Autres Moins cher
Perception Fspradi2	Non Pareil Pareil
Perception Fspradi3	Autre Plus cher
Perception accueil	Pas accueillant Accueillant
Compétence médecin	Pas Compétent Compétent
Honnêteté du perso	Pas Honnête Honnête
Percep dispo FSP Pha	Non Disponible Disponible
Perception Med FSP	Cher Moins cher
Perception tps attente	Long Convenable
Perception Distance	Longue Acceptable

TARIFICATION DES ACTES DE SANTE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS

TARIFICATION NORMALE (APPLICABLE AUX USAGERS BENEFICIANT D'UNE PROTECTION SOCIALE)

ACTES DE SANTE	TARIF (en FCFA)
Consultation Généraliste	5000
Consultation Spécialiste	7500
Chirurgie et Actes Spécialisés b(le K)	700
Acte Dentaire (le D)	700
Examen de laboratoire (le B)	100
Examen de Radiologie (le R)	700
Acte de Kinésithérapie (la Séance)	2000
Hospitalisation (Forfait Hôtellerie + Médicaments) Forfait journalier	
Catégorie 1	40000
Catégorie 2	25000
Catégorie 3	10000

TARIFICATION PARTICULIERE APPLICABLE AUX AGENTS DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

STATUT DE L'AGENT	ACTES DE SANTE	TARIF
Agents de l'Etablissement	Consultation Autres Actes	Gratuit 50 % du Tarif Réduit
Autres Agents du Ministère	Tous actes	50 % du Tarif Réduit

Ces réductions s'étendent au conjoint et aux enfants sur présentation d'une pièce d'identité ou du carnet de santé

TARIFICATION REDUITE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS

(APPLICABLE AUX USAGERS SANS PROTECTION SOCIALE)

ETABLISSEMENT SANITAIRE	CASE DE SANTE	CENTRE DE SANTE RURAL	CENTRE DE SANTE URBAIN ET FSU	HOPITAL GENERAL COMMUNAL	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
ACTES DE SANTE					
Consultation*					
Médecine Générale	25	100	200	500	1000
Pédiatrie	-	-	200	500	1000
Gynécologie	-	-	200	500	1000
Consultation*					
Autres spécialités			500	1000	2000
Petite Chirurgie		200	500	1000	1500
Intervention Chirurgicale (hors médicaments)	-	-	-	5000	5000
Urgences Hors médicaments	-	-	300	1000	1500
Hospitalisation (forfait hors médicaments)					
Catégorie 1	-	-	-	38000	39500
Catégorie 2	-	-	1000	17000	18500
Catégorie 3	-	-	500	10000	11500
Non classé	-	-	-	3000	4500
Autres Actes					
Valeur de la lettre clé					
D (Dentaire)	-	-	300	300	300
R (Radiologie)	-	-	300	300	300
B (Laboratoire)	-	50	50	50	50
Accouchement					
-Normal	500 (hors kit)	500 (hors kit)	2000	2000	2000
-Pathologique (hors médicaments)				3000	3000
Kinésithérapie (la séance)	-	-	-	1000	1000
Circoncision					
-Adulte	-	-	-	5000	5000
-Enfant	-	-	-	1500	1500
Morgue					
Traitement (formol compris)	-	-	-	15000	15000
Conservation					
- 3 premier jours	-	-	-	Gratuit	Gratuit
- 4 à 7 jours	-	-	-	10.000(forfait)	10.000(forfait)
- 8 jours et plus	-	-	-	3000/ jour	3000/ jour

* Consultation : délai de validité de l'acte : 15 jours

TARIFICATION REDUITE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS

(APPLICABLE AUX USAGERS SANS PROTECTION SOCIALE)

ETABLISSEMENT SANITAIRE ACTES DE SANTE	CASE DE SANTE	CENTRE DE SANTE RURAL	CENTRE DE SANTE URBAIN ET FSU	HOPITAL GENERAL COMMUNAL	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
Consultation*					
Médecine Générale	25	100	200	500	1000
Pédiatrie	-	-	200	500	1000
Gynécologie	-	-	200	500	1000
Consultation*					
Autres spécialités			500	1000	2000
Petite Chirurgie		200	500	1000	1500
Intervention Chirurgicale (hors médicaments)		-	-	5000	5000
Urgences Hors médicaments	-	-	300	1000	1500
Hospitalisation (forfait hors médicaments)					
Catégorie 1	-	-	-	38000	39500
Catégorie 2	-	-	1000	17000	18500
Catégorie 3	-	-	500	10000	11500
Non classé	-	-	-	3000	4500
Autres Actes					
Valeur de la lettre clé					
D (Dentaire)	-	-	300	300	300
R (Radiologie)	-	-	300	300	300
B (Laboratoire)	-	50	50	50	50
Accouchement					
-Normal	500 (hors kit)	500 (hors kit)	2000	2000	2000
-Pathologique (hors médicaments)				3000	3000
Kinésithérapie (la séance)	-	-	-	1000	1000
Circoncision					
-Adulte	-	-	-	5000	5000
-Enfant	-	-	-	1500	1500
Morgue					
Traitement (formol compris)	-	-	-	15000	15000
Conservation					
- 3 premier jours	-	-	-	Gratuit	Gratuit
- 4 à 7 jours	-	-	-	10.000(forfait)	10.000(forfait)
- 8 jours et plus	-	-	-	3000/ jour	3000/ jour

* Consultation : délai de validité de l'acte : 15 jours

ENQUETE SUR LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE DANS LA COMMUNE D'ABOBO

QUESTIONNAIRE

Date : _____ Enquêteur : _____ Quartier enquêté : _____	N° Ménage: _____
---	------------------

Section 1 : Informations Générales

1) Identification du répondant

Questions	Modalités
Q1 Sexe	Masculin..... <input type="checkbox"/> Féminin..... <input type="checkbox"/>
Q2 Age	Moins de 20 ans <input type="checkbox"/> [40-50[<input type="checkbox"/> [20-30[<input type="checkbox"/> [50-60[<input type="checkbox"/> [30-40[<input type="checkbox"/> 60 et plus <input type="checkbox"/>
Q3 Situation Matrimoniale	Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Q4 Profession	Ouvrier <input type="checkbox"/> Salarié public <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Salarié Privé <input type="checkbox"/> Cultivateur <input type="checkbox"/> Autre..... <input type="checkbox"/>
Q5 Niveau d'Instruction	Analphabète <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Alphabétisé <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/>
Q6 Nombre de personnes dans le ménage	<input type="text"/>

2) Sources de Revenu

Questions	Modalités
Q7 Avez-vous plusieurs sources de revenu ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q8 A combien s'élève votre revenu mensuel principal ?	Moins de 50000[<input type="checkbox"/> [150000 ; 200000[<input type="checkbox"/> [50000 ; 100000[<input type="checkbox"/> 200000 et plus <input type="checkbox"/> [100000 ; 150000[<input type="checkbox"/>
Q9 A combien s'élève votre revenu mensuel secondaire ?	Moins de 50000 <input type="checkbox"/> [150000 ; 200000[<input type="checkbox"/> [50000 ; 100000[<input type="checkbox"/> 200000 et plus <input type="checkbox"/> [100000 ; 150000[<input type="checkbox"/>
Q10 A part le chef de ménage combien de personne ont un travail rémunéré dans votre ménage ?	<input type="checkbox"/>
Q11 A combien s'élève le revenu mensuel de tous les membres du ménage	Moins de 50000[<input type="checkbox"/> [150000 ; 200000[<input type="checkbox"/> [50000 ; 100000[<input type="checkbox"/> 200000 et plus <input type="checkbox"/> [100000 ; 150000[<input type="checkbox"/>

Section 2 Accessibilité Géographique

Questions	Modalités
Q12 A quelle distance êtes vous de la formation sanitaire publique la plus proche	En Km <input type="checkbox"/> En heures et minutes <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> mn
Q13 Que pensez-vous de cette distance? Est elle :	Acceptable..... <input type="checkbox"/> Longue <input type="checkbox"/> Très longue <input type="checkbox"/>
Q14 Comment est la voie d'accès à la structure de santé	En mauvais état <input type="checkbox"/> Praticable <input type="checkbox"/> En bon état <input type="checkbox"/>
Q15 Quel est le coût du transport aller-retour ?	<input type="checkbox"/>
Q16 Que pensez-vous de ce coût ?	Bas <input type="checkbox"/> Trop élevés <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Elevés <input type="checkbox"/>

Section 3 : Utilisation de l'offre de soins disponible

Questions	Modalités
Q17 En cas de maladie avez-vous recours à plusieurs possibilités de traitement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q18 si oui , est-ce :	Simultanément <input type="checkbox"/> Successivement <input type="checkbox"/>
Q19 Quel est le premier recours des membres du ménage en cas de Maladie	La Formation sanitaire publique <input type="checkbox"/> le médecin privé <input type="checkbox"/> La médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....
Q20 Quel est le second recours des membre du ménages en cas de maladie	La formation sanitaire publique <input type="checkbox"/> Le médecin privé <input type="checkbox"/> La médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....
Q21 Quel est le troisième recours des membres du ménage en cas de maladie	La Formation Sanitaire publique <input type="checkbox"/> Le médecin privé <input type="checkbox"/> La médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....
Q22 Pourquoi l'hôpital public est votre premier recours (allez à Q24)	Moins cher <input type="checkbox"/> Présence de médicaments <input type="checkbox"/> Plus proche <input type="checkbox"/> Plus efficace <input type="checkbox"/> Meilleur accueil <input type="checkbox"/> Autre (à précisez).....
Q23 Pourquoi l'hôpital public n'est pas votre premier recours	Trop cher <input type="checkbox"/> Absence de médicaments <input type="checkbox"/> Trop éloigné <input type="checkbox"/> Moins efficace <input type="checkbox"/> Mauvais accueil <input type="checkbox"/> Autre (à précisez).....

Section 4 : Perception des coûts et Capacités de paiement

Questions	Modalités
Q24 Combien coûte une consultation dans une formation sanitaire publique ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q25 Combien coûte une journée d'hospitalisation dans une formation sanitaire publique ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q26 Comment trouvez vous le coût d'une consultation ?	Bas <input type="checkbox"/> Satisfaisants <input type="checkbox"/> Elevés <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q27 Comment trouvez vous le coût d'une journée d'hospitalisation ?	Bas <input type="checkbox"/> Satisfaisants <input type="checkbox"/> Elevés <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q28 Quel est le prix maximum que vous seriez prêt à payer pour une consultation ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q29 A votre avis le coût d'une consultation dans une formation sanitaire publique par rapport à celui d'un tradipraticien est-il :	Moins cher <input type="checkbox"/> Pareil <input type="checkbox"/> Plus cher <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>

Section 5 : Perception de la Qualité des services

Questions	Modalités
Q30 Que pensez-vous du personnel de la formation sanitaire publique ? Est-il :	Oui Non NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q31 Comment trouvez vous le temps d'attente avant la consultation ?	Court <input type="checkbox"/> Vous convient <input type="checkbox"/> Long <input type="checkbox"/>
Q32 Que pensez vous des medecins de la formation sanitaire publique ?	Oui Non NSP Consacre suffisamment de temps <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Explique comment prendre les médicaments <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Explique comment ne plus attraper la maladie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Compétents <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q33 Que pensez vous de la Structure sanitaire?	Oui Non NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Possède tout le matériel nécessaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Section 6 : Disponibilité en médicaments

Questions	Modalités
Q34 Lors de votre dernière consultation dans la formation sanitaire publique , combien de médicaments vous ont été prescrits ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q35 Combien de médicaments avez vous pu acheter au sein de la formation sanitaire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Q36 Combien vous ont coûté les médicaments achetés dans la formation sanitaire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>

Q37 Est-ce que les prix des médicaments dans la formation sanitaire vous conviennent ?	Oui Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q38 Comparativement aux prix dans les pharmacies ou au marché, sont-ils :	Moins chers Pareils Plus chers NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q39 Si les médicaments sont toujours disponibles, pensez vous que vous ou votre famille irait plus souvent dans une formation sanitaire publique ?	Oui Non NSP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CESAG - BIBLIOTHEQUE