

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES DE SPECIALISES

EN ECONOMIE DE LA SANTE (DESS/ES)

9^{ème} PROMOTION

MEMOIRE DE FIN CYCLE



**ETUDE DES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE
L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LE DISTRICT
SANITAIRE DE DAOUKRO EN COTE D'IVOIRE**

PRESENTE PAR:

Dr KONATE Abdoulaye

SOUS LA DIRECTION DE :

M. SAKHO Moustapha

Economiste de la Santé

Enseignant associé au CESAG

M0125DSES08

Mars 2008

2



108332



DEDICACES

Ce mémoire est dédié à toutes les personnes qui me sont chères, et qui ont œuvré pour mon bien être. Ces personnes ont toujours trouvé les mots justes pour m'encourager, me soutenir et me conseiller à mes moments difficiles. Elles ont tout mis à ma disposition pour ma réussite et mon épanouissement social parce qu'elles ont cru en mes compétences.

Je m'adresse plus particulièrement à :

- ❖ Feu mon père, M. KONATE Adama. Repose en paix.
- ❖ Ma mère Mme Coulibaly Assétou, pour m'avoir donné la vie, pour ses conseils, son soutien spirituel, financier et matériel. Que Dieu t'accorde longévité et santé.
- ❖ Ma fille, KONATE Soraya Marie-Grâce. Soit la bienvenue dans ce monde mon trésor et que le seigneur t'accorde santé, longévité et bonté.
- ❖ Ma fiancée Dr HIE CAROLE. Merci pour m'avoir donné cette belle petite princesse. Dieu te bénisse et t'accorde longue vie.

REMERCIEMENTS

- ❖ A la commission de l'UEMOA, pour m'avoir accordé cette bourse sans laquelle cette formation n'aurait pas eu lieu.
- ❖ A monsieur SAKHO Moustapha. Vous avez sacrifié votre temps combien précieux pour diriger ce travail. Sincères remerciements.
- ❖ A tout le personnel du District sanitaire de Daoukro, en particulier Dr BAMBA Lamine pour nous avoir accueilli et soutenu pour la réalisation de cette étude.
- ❖ A monsieur KOFFI Amani, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé au CESAG pour ses conseils et sa disponibilité.
- ❖ A monsieur EL HADJ Gueye, Chef du département Economie de la Santé de l'Institut Supérieur de Management de la Santé au CESAG pour nous avoir ouvert la voie du monde professionnel et pour ses conseils, infinies remerciements.
- ❖ A tout le corps enseignant de l'Institut Supérieur de Management de la santé (ISMS) sans lequel ce travail n'aurait pas été possible.
- ❖ A Mesdames GUEYE et ASTOU, à l'ISMS, pour leur disponibilité et leur soutien permanent, toute notre gratitude.
- ❖ Aux collègues de la 9^{ème} promotion en Economie de la santé pour les joies partagées et les difficultés endurées ensemble. Puisse cette formation être le début d'une amitié pérenne.
- ❖ A toutes celles et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce travail.

Puisse la lumière de l'éternel guider nos pas vers un avenir que nous souhaitons plus radieux.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

BIT	: Bureau International du Travail
CERDI	: Centre d'Etudes sur le Développement international
CESAG	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
ECD	: Equipe Cadre du District
EPA	: Etablissement Public national à caractère Administratif
EPIC	: Etablissement public national à caractère industriel et commercial
EPN	: Etablissement public national
ESPC	: Etablissement sanitaire de premier contact
FSU-COM	: Formation Sanitaires Urbaine à base Communautaire
HG	: Hôpital Général
IB	: Initiative de Bamako
ICA	: Institut de Cardiologie d'Abidjan
INHP	: Institut National de l'Hygiène Publique
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSP	: Institut National de Santé Publique
IRF	: Institut de Raoul Follereau
MICS	: Multiple Indicators Coverage Survey
MIJ	: Mortalité Infanto-Juvénile
MUGEFCI	: Mutuelle Général des Fonctionnaire de Côte d'Ivoire
OMD	: Objectifs de Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondial de la Santé
PAS	: Politique d'Ajustement Structurel
PIB	: Produit Intérieur Brut
PSP	: Pharmacie de la Santé Publique
SAMU	: Service Médical d'Urgence
SASDE	: Stratégie d'Accélération de la Survie de l'Enfant
SSP	: Soins de Santé Primaire
UNICEF	: Organisation des Nations Unis pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Quelques données de l’OMS pour 2007.....	27
Tableau N°2 : Quelques indicateurs du district de Daoukro.....	36
Tableau N°3 : Répartition des ménages selon la présence au moins d’un enfant de moins de 5 ans.....	40
Tableau N°4 : Répartition des ménages selon l’environnement familiale de l’enfant.	41
Tableau N°5 : Répartition des ménages selon leur taille.....	42
Tableau N°6 : Niveau d’instruction du chef de ménage.....	43
Tableau N°7 : Répartition des ménages selon la religion	44
Tableau N°8 : Nombre de ménages avec enfants de moins de 5 ans malades.....	44
Tableau N°9 : Signe de la dernière maladie de l’enfant de moins de 5 ans.....	45
Tableau N°10 : Gravité de la maladie.....	45
Tableau N°11 : Nombre de parents ayant cherché les soins pour les enfants	46
Tableau N°12 : Type de recours aux soins pour les enfants malades.....	46
Tableau N°13 : raisons de non fréquentation d’une FS	47
Tableau N°14 : Perception de la distance entre la maison et la FS.....	47
Tableau N°15 : Types de perception des parents sur les soins dans les FS.....	48
Tableau N°16 : Source des moyens financiers pour les dépenses des soins.	48
Tableau N°17 : Ménage abonnés à une mutuelle de santé	49
Tableau N°18 : Revenus mensuels déclarés par les ménages.....	49
Tableau N°19 : Tests bilatéral entre la variable expliquée et les variables explicatives.....	54
Tableau N°20 : Estimation du modèle.....	56
Tableau N°21 : Paramètres de spécification du modèle.....	57
Tableau N°22 : Paramètres d’ajustement du modèle.....	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle conceptuel de l'utilisation des FS par les enfants < 5ans.....	23
Figure 2 : Carte de la côte de la côte d'Ivoire.....	25
Figure 3 : Organisation du système de santé ivoirien.....	30
Figure 4 : Organigramme de fonctionnement du district	38
Figure 5 : Répartition des enfants de moins de 5 ans par sexe et par âge.....	42

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
INTRODUCTION.....	1
Problématique.....	2
Objectif de l'étude.....	5
Hypothèses.....	6
Intérêt de l'étude.....	6
Plan de l'étude.....	7
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONTEXTUEL DE L'ETUDE.....	8
Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	9
1-1 : Définition des principaux concepts.....	9
1.2. Revue de la littérature.....	15
1-3 : Méthodologie de recherche.....	18
Chapitre 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	25
2.1. Contexte géographique et économique.....	25
2.2. Présentation du système de santé ivoirien.....	26
2.3. Présentation du district sanitaire de Daoukro.....	35
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	39
Chapitre 3 : ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON.....	40
3.1. Caractéristiques des ménages.....	40
3.2. Comportement des ménages face à la maladie.....	44
Chapitre 4 : DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE.....	50
4.1. Estimation du modèle d'utilisation des services de santé.....	50
4.2. Discussion des résultats.....	58
RECOMMANDATIONS.....	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXES	

INTRODUCTION

La mort d'un enfant est toujours un événement tragique. Près de 11 millions d'enfants meurent chaque année (c'est-à-dire 300 000 par jour) avant l'âge de 5 ans. Ils vivent pour la plupart dans les pays en développement. La communauté internationale et les pays en développement doivent donc faire face à d'importants défis en terme de survie des enfants de moins de 5 ans.

C'est pourquoi lors de l'ouverture de la 55^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 8 septembre 2000, les 191 nations membres se sont engagées dans la mise en œuvre d'une stratégie coordonnée, traitant plusieurs problèmes simultanément sur un large front : Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'objectif 4 de ces OMD (OMD4) est de réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans avec pour cible la réduction de cette mortalité de deux tiers entre 1990 et 2015.

Aujourd'hui, sept ans après le lancement des OMD, le bilan est mitigé. Les quelques progrès qui ont été constatés dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans restent bien insuffisants.

Selon l'UNICEF, chaque année 2 800 000 enfants d'Afrique de l'Ouest et du Centre décèdent avant d'atteindre l'âge de 5 ans. En Côte d'Ivoire, pays de l'Afrique de l'Ouest la mortalité infantile se situait à 195 pour 1000 en 2005.

Ces enfants meurent le plus souvent, simplement par une absence d'antibiotique pour traiter une pneumonie ou de sels de réhydratation pour mettre fin à une diarrhée.

Dans un rapport publié le 7 avril 2005, l'OMS déclare que des centaines de millions d'enfants n'ont pas accès à des soins qui pourraient sauver leur vie. L'OMS estime que l'on pourrait réduire cette mortalité en appliquant plus largement des interventions essentielles et en mettant en place une continuité des soins pendant la grossesse, puis à l'accouchement et ensuite pendant la petite enfance.

Ces décès peuvent être donc évités avec les moyens dont nous disposons déjà par une bonne utilisation des services de santé existants.

En Côte d'Ivoire, en dépit des efforts mis en œuvre, le problème d'accès aux soins de santé des populations surtout des enfants de moins de 5 ans se pose avec acuité. Les statistiques montrent que les populations des zones rurales et également urbaines utilisent très peu les formations sanitaires mises à leur disposition.

Problématique

Au lendemain de leur indépendance, les pays africains, y compris la Côte d'Ivoire déclaraient la santé comme un droit et instaurent un système favorisant l'accès aux soins de santé pour tous. Cependant, les systèmes de santé hérités de la période coloniale, basés sur des infrastructures hospitalières lourdes, n'étaient pas adaptés à la répartition démographique et aux besoins de santé de base de ces pays.

Les années 80 virent donc une réorganisation profonde des systèmes de santé en Afrique, avec une forte décentralisation et une stratégie axée sur la prévention et les soins de santé primaires. C'est à Alma Ata en 1978 que les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé donnèrent officiellement le point de départ de cette nouvelle stratégie. Elle se heurta pourtant rapidement à la question de son financement.

Les pays africains surendettés et sous l'effet des programmes d'ajustement structurel (PAS) ne pouvant plus financer leurs services de santé, instaurent l'idée du financement des services de soins par le recouvrement des coûts des prestations auprès des malades. Cette idée fit son apparition au début des années 80 et fut officiellement lancée par l'OMS et l'UNICEF à Bamako en septembre 1987 sous le nom d'Initiative de Bamako (IB). Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à sa demande.

Cependant, la profondeur de la crise économique qu'a connue la Côte d'Ivoire a hypothéqué largement les chances de succès d'une telle initiative. La baisse du budget de l'Etat alloué à la santé, s'est accompagnée d'une baisse du revenu moyen des ménages et d'une hausse des disparités au sein des populations.

Dans le but d'améliorer l'état de santé général de la population, de grands chantiers ont été entrepris dans plusieurs régions du pays. Pour réduire le problème d'accès aux services publics de santé, des activités de construction, de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires ont été menées

La construction de nombreuses formations sanitaires à base communautaires (FSU-COM) a fait porter dans le district sanitaire de Daoukro le nombre de structures sanitaires publiques à 14 en 2007. 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 belges et allemandes à développer des projets de mutualisation du risque maladie par la création de mutuelles de santé dans plusieurs régions de la Côte d'Ivoire.

Toutes ces initiatives avaient pour objectif avoué de contribuer de façon permanente et durable à l'amélioration de la santé des populations par une bonne utilisation des services publics de santé.

Malgré tous ses efforts, le taux d'utilisation des formations sanitaires publiques reste encore bas. Ce taux était estimé à 26,7% en 1997, 20,6% en 1999 et 21% en 2000 (**Annexe 1**). En volume, seulement 3 457 713 sur les 16 399 713 habitants que comptait la Côte d'Ivoire soit moins d'1/4 de la population avait utilisé les soins de santé offerts par les établissements sanitaires publics en 2000.

Cette situation déjà non satisfaisante a été accentuée par la crise militaro-politique qu'a connu le pays depuis septembre 2002. Cette crise a considérablement modifié la demande de soins de santé de la population. D'une part, l'appauvrissement des populations a entraîné une baisse de la capacité financière de recours des ménages aux soins de santé et, d'autre part, la baisse du budget de l'Etat consacré à la santé a entraîné une dégradation de la qualité de l'offre publique de soins et une compensation par le secteur privé. Ces éléments ont eu de fortes conséquences non seulement sur le niveau des dépenses de santé mais aussi et surtout sur les formes d'accès aux soins.

Certains indicateurs de santé montrent que l'état de santé général de la population ne s'est pas amélioré au cours de cette période en particulier celui des enfants de moins de 5 ans. Selon l'UNICEF, en 2005 195 enfants sur 1000 sont décédés avant l'âge de 5 ans. Ce qui classe la Côte d'Ivoire au 13^{ème} rang des pays à fort taux de mortalité infanto-juvénile (MIJ). Ce taux élevé est principalement lié aux causes néonatales 33%, au paludisme 21%, à la pneumonie 20% et à la diarrhée 15%.

L'engagement du gouvernement en souscrivant aux OMD était d'atteindre le taux 52 pour 1000 concernant la MIJ en 2015. L'atteinte de cet objectif exige pour ce faire, la connaissance des déterminants de recours aux soins. Pour y arriver, les autorités sanitaires doivent disposer des données nécessaires qui leur permettront de prendre des mesures adéquates. Il s'agit des facteurs qui poussent la population à utiliser les services de santé modernes ainsi que les différentes barrières rencontrées qui empêchent cette population d'utiliser ces services qui, du reste demeurent sous utilisés dans notre pays.

Par ailleurs, bien qu'il y ait eu plusieurs investigations sanitaires dans le pays, les déterminants de l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans restent très mal connus en Côte d'Ivoire et plus particulièrement dans le district sanitaire de Daoukro. Ainsi, dans le contexte de réformes du système de santé envisagées au pays, l'étude des déterminants de l'utilisation

des services de santé par les enfants de moins de 5 ans pourrait être une base pour soutenir la formulation des politiques et stratégies de financement des soins de santé et la mise en place de politiques permettant de promouvoir un système de santé plus efficient et plus équitable.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude.

Elle va donc tenter de répondre à la question suivante: Quels sont les facteurs socio-économiques qui déterminent l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans?

Objectifs de l'étude

Objectif général

L'objectif général de cette étude était : Identifier les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans à Daoukro.

Objectifs spécifiques

Cette étude se propose comme objectifs spécifiques de :

- 1- Décrire les caractéristiques socio-économiques des ménages et leur comportement face à la maladie des moins de 5 ans
- 2- Identifier et mesurer l'effet des variables susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans

Hypothèses

- L'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans est fonction de caractéristiques socio-économiques du ménage (Il est alors possible d'agir sur ces facteurs pour améliorer l'utilisation de ces services de santé).
- Plus le niveau d'instruction du chef de ménage est élevé, plus il a tendance à recourir aux formations sanitaires pour les soins des enfants.
- les couvertures maladies telles que les mutuelles de santé favorisent l'utilisation des services de santé.

Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude se justifie par l'usage que divers acteurs peuvent en faire :

- ❖ **Pour le gouvernement** : Les résultats de cette étude devraient contribuer à l'élaboration de la politique sectorielle de santé dans le cadre de la stratégie nationale de l'accélération de la survie de l'enfant (SASDE) et de l'atteinte des OMD.
- ❖ **Pour les bailleurs de fonds et les ONG** : fournir des informations fiables pour mieux les orienter et les guider de manière objective dans leurs initiatives.
- ❖ **Pour le CESAG** : enrichir la base de données et ouvrir la porte à d'autres recherches.
- ❖ **Pour nous même** : approfondir nos connaissances aussi bien pratiques que théoriques dans le domaine de la survie de l'enfant.

Plan de l'étude

Ce travail est structuré en deux parties dont la première porte sur le cadre théorique et contextuel de l'étude. Dans cette partie nous allons définir les concepts clés, présenter le contexte général de l'étude et la méthodologie utilisée.

Dans la deuxième partie nous allons décrire les caractéristiques socio-économiques des ménages avec enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Daoukro et leur comportement face à la maladie de ces derniers. Cette partie abordera aussi l'identification des déterminants de l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans dans ce district.

Nous allons terminer par des suggestions et une conclusion.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE ET CONTEXTUEL DE L'ETUDE

Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

1-1 : DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS

1-1-1: Système de Santé

Il est généralement accepté qu'une meilleure accessibilité à des soins de qualité peut être atteinte si toutes les activités dans le domaine de santé, qu'elles soient de nature verticales ou horizontales, reposent sur un système de santé. Idéalement, si toutes les conditions préalables (sociales, politiques, économiques) sont réunies, le système de santé qui est un ensemble de structures doit assurer :

- une responsabilité sanitaire pour une population précise ;
- une organisation des soins curatifs, palliatifs, préventifs, et promotionnels par des services complémentaires afin de fournir des réponses adéquates à tous les problèmes de santé en tenant compte des ressources disponibles. Ces services doivent être coordonnés afin de pouvoir assurer une bonne accessibilité des usagers aux différents échelons et une circulation optimale de l'information ;
- un fonctionnement cohérent des structures de gestion et de concertation permettant une appropriation par les communautés, les professionnels de santé et les administrateurs du système ;
- des interactions constructives entre tous les acteurs concernés à tous les échelons du système, à commencer par les communautés en passant par les niveaux intermédiaire et central pour finir au niveau international.

1-1-2: Services de Santé

Les services de santé désignent les services hospitaliers, les services fournis principalement à des patients hospitalisés ou en ambulatoire, sous la direction

de médecins ou de personnes qualifiées, dans le but de les guérir ou de stabiliser leur état de santé. Il désigne aussi d'autres services de santé humaine tels que les services d'ambulances et les services des maisons de santé.

1-1-3: District Sanitaire

Le district sanitaire se définit comme une unité fonctionnelle de décentralisation et de l'organisation sanitaire pour une population bien définie. L'impulsion à la réflexion sur le district sanitaire est venue du directeur général de l'OMS. Le Dr MAHLER dans son allocution devant la 39^{ème} Assemblée Mondiale de la santé le 06 mai 1986, exprima nettement le souci de la gestion du système de santé au service des soins de santé primaires.

Le district sanitaire doit permettre une certaine concentration des ressources humaines et techniques, mais il doit également être assez petit pour avoir une possibilité d'établir une communication avec la population et une participation communautaire. En d'autres termes il doit concilier l'économie d'échelle et la recherche d'une planification du bas vers le haut pour rendre les soins plus pertinents et dégager les priorités.

Au niveau de chaque district, il existe un hôpital de référence appelé hôpital de district ensuite les formations sanitaires périphériques appelées centre de santé. Chaque centre de santé est responsable d'une aire de santé et l'hôpital de district joue un rôle de recours et d'appui pour l'ensemble des aires de santé de sa zone de responsabilité.

L'Equipe Cadre du District (ECD) est la structure chargée de garantir l'opérationnalité du District. Sous la direction du médecin-chef de district, elle veille à la bonne utilisation des ressources humaines, matérielles et financières permettant d'assurer :

- l'organisation et l'administration d'un système de santé de district, à savoir le bureau de district et les formations sanitaires du District ;

- l'organisation des interventions de santé publique et des activités liées à la santé ;
- la supervision des prestations des soins essentiels intégrés.

Elle doit, dans le même temps, s'assurer que toutes ses fonctions contribuent à soutenir les activités communautaires de santé que les comités de santé auront eux même organisées avec leurs propres fonds.

L'ECD devrait assumer les fonctions suivantes :

- identifier les besoins sanitaires des populations et les mesures nécessaires permettant d'y répondre tout en impliquant les populations ;
- planifier et coordonner les interventions pour l'utilisation optimale des ressources du district ;
- mettre en place et maintenir un bon niveau de soins dans les établissements de prestations sanitaires du district ;
- veiller à ce que les activités de santé, spécialement les initiatives de santé communautaires, reçoivent l'appui en matière de supervision, de formation continue en faveur du personnel et des leaders communautaires;
- procéder à la collecte et à l'analyse de l'information appropriée (avec implication de la communauté) et utiliser l'information pour améliorer les services.

1.1.4. Mortalité Infanto-Juvenile

Ce terme désigne le nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans pour 1000 personnes-années observées dans la population des enfants qui ont moins de cinq ans. Il est également désigné par « mortalité des moins de 5 ans ».

Il représente aussi la somme de la mortalité infantile (nombre de décès chez les bébés âgées de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes dans une année donnée) et de la mortalité juvenile (nombre de décès chez les enfants âgés de 1 à 4 ans pour 1000 personnes-années observés dans la population des enfants âgés de 1 à 4 ans).

1.1.5. Ménage

Selon l'INSEE, le ménage est défini comme l'ensemble des personnes (apparentées ou non) qui partagent de manière habituelle un même logement (que celui-ci soit ou non leur résidence principale) et qui ont un budget en commun. La résidence habituelle est le logement dans lequel l'individu vit d'habitude.

Font donc partie du même ménage des personnes qui ont un budget commun, c'est-à-dire :

- qui apportent des ressources servant à des dépenses faites pour la vie du ménage ;
- et/ou qui bénéficient simplement de ces dépenses.

Il est important de distinguer un ménage d'une famille. Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée, soit d'un couple marié ou non, avec ou sans enfants, soit d'un adulte avec un ou plusieurs enfants. Dans une famille, l'enfant doit être célibataire (lui-même sans enfant). La famille élargie comprend également les oncles et tantes, les grands-parents, les cousins, les neveux et les petits-enfants.

1.1.6. Modèles logistiques

Une variable est une valeur changeante, qu'il s'agisse de la caractéristique d'un objet, d'un individu ou d'un fait. Cette variable doit comporter au moins deux valeurs : couleur des cheveux de différentes personnes; âge; satisfaction; taille. On distingue les variables qualitatives et quantitatives. Une variable est dite qualitative lorsqu'elle est non mesurable numériquement (ou codée) et a un nombre limité de modalités.

En économétrie, lorsque la variable dépendante (variable expliquée) n'est pas quantitative mais qualitative le modèle de régression linéaire n'est pas approprié mais plutôt le modèle logistique. Ce qui distingue le modèle de régression logistique du modèle de régression linéaire est que dans le premier

la variable dépendante est qualitative, c'est-à-dire que cette variable prend comme valeur un attribut et non pas une valeur numérique : par exemple la variable état de santé prend les attributs « sain » ou « malade », la variable sexe « mâle » ou « femelle ».

Les modèles qualitatifs simples tels que les modèles logit-probit permettent d'exprimer la relation entre une variable dépendante qualitative à deux modalités (Y) et des variables indépendantes (explicatives) (X_i) qui peuvent être qualitatives et quantitatives.

Les éléments de base de ces modèles sont :

- Un événement Y ($Y=1$ ou 0)
- Une (ou plusieurs) variable indépendante X_i
- $P(Y=1/X_i)$, décrit la probabilité de $Y=1$ pour une valeur X_i donnée

L'on peut poser par exemple :

- $Y_i = 1$ si l'individu recours aux soins et $Y_i = 0$ sinon (variable dichotomique)
- $Y_i = 0$ si le poids de naissance est 2kg ; $Y_i = 1$ si poids de naissance est inférieur à 2 kg et $Y_i = 2$ si poids de naissance est supérieur à 2 kg (variable codée à 3 modalités, dans ce cas, on parle de variable polytomique)

Les modèles Logit-Probit permettent ainsi d'expliquer (et de calculer) la probabilité d'aller se faire soigner quand les valeurs des caractéristiques individuelles X sont connues.

La probabilité que $Y_i = 1$ (aller se faire soigner) connaissant les caractéristiques individuelles X_{1i}, \dots, X_{ki} , s'écrit :

$$E(Y_i = X_{1i}, \dots, X_{ki}) = P(Y_i = 1 | X_{1i}, \dots, X_{ki}) = f(X_{1i}, \dots, X_{ki})$$

où $E(Y_i = X_{1i}, \dots, X_{ki})$ est la moyenne de Y conditionnellement aux valeurs prises par les variables explicatives.

La variable explicative X peut être quantitative (poids, âge, revenu, dose d'un produit, degré d'exposition à un facteur de risque, etc.).

La probabilité que $Y_i = 1$ (aller se faire soigner) connaissant la valeur de la variable explicative X_i s'écrit :

$$P(Y_i = 1 | X_i) = \frac{\exp(X_i\beta)}{1 + \exp(X_i\beta)} = f(X_i)$$

et peut s'interpréter comme le pourcentage de se faire soigner lorsque la variable X prend une valeur précise.

Dans les modèles Logit, les coefficients ne sont pas directement interprétables : seul le signe du coefficient de X permet de savoir si la probabilité expliquée est fonction croissante ou décroissante de la variable X .

Par définition, dans le modèle Logit, $P_i = P(Y = 1 | X_i)$ est la probabilité qu'à l'individu i de connaître l'événement $Y_i = 1$ étant donnée la valeur de la variable explicative X , et $1 - P_i = P(Y_i = 0 | X_i)$ est la probabilité qu'à l'individu i de connaître l'événement $Y_i = 0$ étant donnée la valeur de la variable explicative X .

Cas d'une variable explicative nominale à plus de 2 modalités

Si X est une variable qualitative à plusieurs modalités, il ne faut pas coder X de la façon suivante, comme dans cet exemple :

0 : ex-fumeur ;

$X = 1$: fumeur actuel ;

$X = 2$: non fumeur ;

car ces valeurs numériques n'ont pas de sens «quantitatif» et induisent des relations entre les coefficients qu'on ne peut pas toujours expliquer ou justifier. Il faut créer autant de variables binaires qu'il y a de modalités pour X.

Dans un exemple sur le tabagisme, 3 variables dichotomiques peuvent décrire X, le statut tabagique :

$X_{1i} = 1$ si i est ancien fumeur, $X_{1i} = 0$ sinon

$X_{2i} = 1$ si i est fumeur, $X_{2i} = 0$ sinon

$X_{3i} = 1$ si i n'a jamais fumé, $X_{3i} = 0$ sinon

1.2. REVUE DE LA LITERATURE

La littérature sur les déterminants de la l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans est relativement abondante. La synthèse de celle-ci nous a permis de mieux cerner l'étude et de guider le choix des variables.

1.2.1. La religion

La religion est un facteur de conditionnement social qui peut influencer sur la santé des moins de 5 ans. D'une manière générale, au sein d'une même population, l'appartenance à des groupes religieux différents peut entraîner de différence de mortalité selon **AKOTO** (1990). Il affirme que les parents pratiquant la religion chrétienne recourent plus volontiers aux soins de santé que d'autres. Cela se vérifie à travers les comportements et attitudes des fidèles vis-à-vis des enfants surtout malades, la rupture ou non avec les pratiques traditionnelles, les pratiques d'allaitement et de sevrage. Le christianisme prône l'adoption de nouveaux comportements vis-à-vis de l'enfant que d'autres. En Côte d'Ivoire, on distingue trois grandes religions : musulmane, catholique et protestante (EDS, 1998).

1.2.2. Le revenu du ménage

Certains auteurs tel que **MUSHAGALGA** (2005) ont montré que le niveau de vie des ménages est un déterminant important de la santé des enfants. Selon **NESTOR** (1998), dans une étude réalisée en Côte d'Ivoire, le revenu avait un impact positif significatif sur la demande de soins. Les revenus du ménage dans lequel naît l'enfant sont constitués par les ressources apportées par les membres du ménage, notamment les ressources apportées par le père et la mère, où l'un des deux. Les enfants des familles modestes sont en situation défavorisée en ce qui concerne pratiquement tous les facteurs contribuant à un bon état de santé tels que l'information sur les questions de santé, la nutrition et surtout l'accès aux services de santé.

1.2.3. Qualité des soins

En Afrique au sud du Sahara, et en Côte d'Ivoire en particulier, on observe que la qualité des soins est un des éléments qui influencent en grande partie l'utilisation des services de santé surtout le suivi médical de la grossesse et les conditions d'accouchement. Certaines études (AKOTO, 1993 ; AKOTO et TABUTIN, 1987) ont montré que la qualité de l'accueil et l'amélioration du temps d'attente contribuent à l'acceptabilité des infrastructures sanitaires.

1.2.4. L'accessibilité géographique

L'accessibilité s'appréhende à travers la disponibilité réelle des services sanitaires et la distance qu'il faut parcourir pour les atteindre. La disponibilité d'un centre de santé est généralement saisie en termes de présence physique mais également en termes de nature des soins apportés. Beaucoup d'auteurs ont montré que le temps d'accès aux établissements de soins apparaît comme un facteur effectif de rationnement des services de santé, surtout en milieu rural. Les coûts de transport diminuent souvent de façon considérable la demande de soin de santé. Au Burkina Faso, les coûts de transport représentent 28% du coût total supporté par les patients. Au Bangladesh, le

transport est le second poste de dépense de santé d'un patient (CIET Canada, 2000).

En zone urbaine, le temps ne semble pas influencer les malades à rechercher des soins dans le secteur moderne étant données l'accessibilité physique relativement élevée des établissements et la densité des réseaux de transports en communs.

1.2.6. L'accessibilité culturelle

Une étude sur l'utilisation et demande des services de santé au Sénégal montre que parmi les 6.331 individus de la zone rurale ayant déclaré être tombés malades durant le mois précédant le passage de l'enquêteur, 50% n'ont pas cherché de soins dans le secteur moderne; 6% ont cherché des soins auprès d'un prestataire privé moderne; 8% ont cherché des soins auprès d'un hôpital ou d'un centre de santé public; et 36% ont cherché des soins auprès d'un poste de santé ou d'un dispensaire public. En d'autres termes, dans les zones rurales, la population a tendance à ne pas utiliser les formations sanitaires et à s'orienter vers d'autres types de soins parmi lesquels la médecine traditionnelle.

1.2.7. L'instruction scolaire

Dans les pays en développement, l'instruction des mères a été reconnue par certains démographes comme l'un des facteurs primordiaux de la baisse de la mortalité infantile tels que **BEHM** (1978) et **CALDWELL** (1979) cités par **MUSANGO** (2005). Le recours aux soins de santé des enfants, dépend beaucoup plus de la connaissance et de la compréhension des parents, des symptômes de la maladie. Souvent les mères non instruites sont influencées par certains membres de la famille dans leurs prises de décision, alors que celles qui sont instruites sont écoutées. L'éducation, plus spécifiquement la scolarisation permet au mère surtout, d'acquérir, à la fois les réflexes favorables et les moyens nécessaires à l'accession aux services de santé.

HAROUNA (1996) : « les mères instruites sont matériellement et socialement plus proches des services modernes de santé que leurs congénères non instruites ». En outre, la scolarisation permet également à la mère de mieux communiquer avec les personnels de santé. Le bien fondé de l'instruction pour l'accessibilité sociale dans les centres de santé n'est plus à démontrer. Celle-ci permet à la mère d'avoir la possibilité d'accéder à un emploi rémunéré, qui lui procure les moyens de prendre en charge les frais de santé.

1.2.8. Le sexe de l'enfant

Certains auteurs ont montré qu'il existe une différence de traitement à l'égard des enfants selon leur sexe. NADAJARAH (1983), affirme qu'il existe une différence de mortalité en faveur des garçons dans certains pays d'Asie du sud (Bangladesh) liée à la préférence aux enfants mâles pour l'allaitement et les soins de santé. La surmortalité féminine pendant la période 1-4 ans est due à la discrimination envers les filles. Cependant, GBENYON et LOCOH (1989) ont constaté que la plupart des résultats fournis par les enquêtes mondiales de la fécondité montrent cependant que les différences ne sont pas significatives. Ce constat est fait dans le contexte africain.

Cette revue de la littérature traitant les déterminants de la survie des enfants de moins de cinq ans, est loin d'être exhaustive malgré sa densité. Cependant elle nous a permis d'identifier les variables cruciales que cette étude pourra sélectionner pour expliquer le lien que chacune d'elles entretient avec la variable dépendante qui est l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans.

1-3 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Dans cette partie nous présenterons le type d'étude, les techniques de collecte et d'analyse des données.

1.3.1. Type d'étude

L'étude est descriptive et transversale. Par rapport aux objectifs de la recherche, plusieurs techniques quantitatives et qualitatives ont été utilisées.

1.3.2. Population d'étude

L'unité d'échantillonnage retenue dans notre étude est le ménage, l'unité déclarante, l'un des parents ou le tuteur légal et l'unité d'analyse est l'enfant de moins de 5 ans.

1.3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons pris en compte pour cette étude seulement les ménages résidents dans la zone du district sanitaire Daoukro. Nous avons donc exclu tous les ménages qui résidaient hors de la zone définie ci-dessus.

1.3.4. Plan Collecte des données

Les activités de collecte des données ont été précédées de l'obtention d'une autorisation officielle après l'explication du bien fondé de l'étude auprès des autorités du district.

La collecte a duré six jours du lundi 24 au vendredi 28 décembre 2007 et a mobilisée deux enquêteurs qui avaient comme pour objectif dix ménages à visiter par jour.

Nous avons donc interrogé les mères ou les chefs de ménage ou le tuteur légal. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli (*annexe 2*) qui a été adressé aux ménages de la zone de couverture du district. Il était relatif à la composition et la situation socio-économique du ménage, le recours aux formations sanitaires, le comportement face à la dernière maladie de l'enfant de moins de 5 ans.

I.3.5.2. Type d'échantillonnage

Un échantillonnage aléatoire à deux degrés a été utilisé. La zone du district sanitaire de Daoukro étant composée de 13 aires de santé, nous avons au premier degré tiré au hasard, six aires de santé. Au second degré, dans chaque aire de santé retenue, nous avons tiré au hasard 16 ménages.

I.3.6. Plan de traitement et d'analyse des données

Les données collectées ont été saisies et traitées de manière informatique à l'aide des logiciels SPSS 14.0 et Excel 2007. Toutes les productions statistiques (les fréquences, les moyennes, les écarts - types, les sommes, les minima et les maxima) ont été effectuées avec le logiciel SPSS 14.0. Les graphiques ont été produits grâce au tableur Excel.

L'analyse des données a reposé surtout sur des techniques économétriques. Pour notre étude nous avons choisi le modèle de régression logistique (Modèle Logit). L'avantage de cet outil est qu'il nous permet de déterminer :

- Dans quelle mesure les facteurs considérés expliquent la variable dépendante,
- L'ampleur et la direction (positive ou négative) de la relation entre chaque facteur et la variable dépendante après avoir contrôlé les effets des autres facteurs présents dans le modèle
- La contribution de chaque facteur à expliquer la variable dépendante au-delà de tous les autres facteurs contenus dans le modèle.

Le logiciel économétrique SPSS 14.0 a été utilisé pour estimer le modèle.

Nous nous sommes intéressés ici à la validation du modèle, aux signes attendus, à la valeur des coefficients ainsi qu'aux variables jugées

significatives dans notre modèle. L'interprétation du modèle retenu a été faite pour conclure notre analyse.

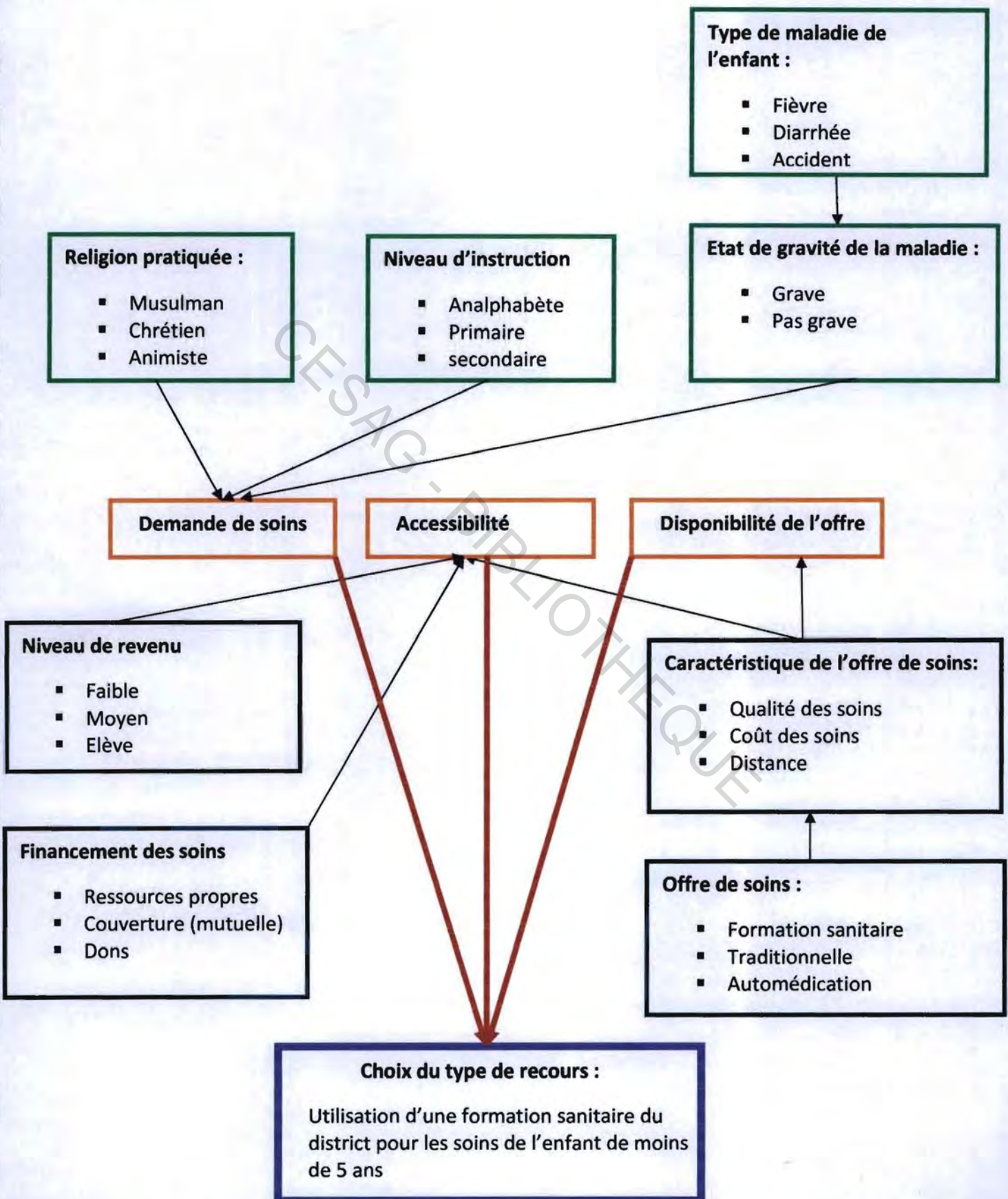
1.3.7. Limites et contraintes de l'étude

Les principales contraintes rencontrées au cours de cette étude étaient financières et liées à la période d'enquête limitée. Cela nous a obligé à réduire la taille de l'échantillon en augmentant le seuil d'erreur de 5 à 10%. La conséquence est qu'il sera difficile d'extrapoler les résultats.

1.3.8. Modèle conceptuel

Cette figure permet de voir le lien qui peut exister entre les différentes caractéristiques des ménages et l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans, ainsi que, ce que cela peut avoir comme implication sur la définition de la politique sanitaire. On observe que le niveau d'instruction, la religion et l'état de gravité de la maladie déterminent la demande de soins. Le niveau de revenu du ménage, le mode de financement des soins et le coût des soins déterminent à leur tour l'accessibilité des soins. La disponibilité des soins dépend de la distance et de la qualité des soins. Pour finir, l'association de la demande, l'accessibilité et la disponibilité des soins détermine le recours aux formations sanitaires en cas de maladie de l'enfant de moins de 5 ans.

Figure N°1 : Modèle conceptuel de l'utilisation des FS par les enfants < 5ans



1.3.5. Définition opérationnelle des variables

a. Variable dépendante :

La variable dépendante de cette étude est :

- **Utilisation des services de santé (demande des soins) :** L'utilisation des services de santé est un événement dichotomique ; soit l'enfant l'utilise, soit il ne l'utilise pas. La demande des soins de l'enfant de moins de 5 ans est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade.

b. Variables indépendantes :

Les variables indépendantes retenues dans le cadre de cette étude pour les différents modèles qui seront ajustés sont :

- Le revenu du ménage,
- La qualité de la prestation au niveau de la formation sanitaire
- Le niveau d'instruction du chef de ménage,
- La religion du ménage
- Appartenance à une mutuelle de santé
- Distance parcouru jusqu'à la formation sanitaire
- Type de maladie de l'enfant de moins de 5ans
- Etat de gravité de la maladie de l'enfant de moins de 5ans

Chapitre 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE

2.1. Contexte géographique et économique

Située près de l'équateur entre le 3^{ème} et 9^{ème} degrés de longitude ouest et entre le 5^{ème} et le 10^{ème} degré de latitude nord. La Côte d'Ivoire est un pays d'Afrique occidentale sa capitale, Yamoussoukro, est située au centre du pays. Elle est bordée au sud par l'Océan Atlantique au niveau du Golfe de Guinée, elle partage également des frontières terrestres avec le Libéria et la Guinée à l'ouest, le Mali et le Burkina au nord puis par le Ghana à l'est (**figure 2**). Elle a hérité ses frontières actuelles de la colonisation française.

Sa superficie est de 322 462 Km². Cette superficie représente 1% de la superficie totale de l'Afrique. Sa population était estimée en 2005 à 17 654 843 habitants.

Figure 2 : Carte de la côte de la Côte d'Ivoire



Au niveau économique après une forte croissance enregistrée de 1995 à 1998 (avec un rythme moyen de croissance de 5%) consécutive à la dévaluation du franc CFA en 1994 et la mise en œuvre de réformes structurelles conjuguées au relèvement du cours des matières premières. le pays est rentré ensuite dans une période d'instabilité politique et de déclin économique sans précédent depuis le coup d'état de décembre 1999 et qui a culminé avec la crise du 19 septembre 2002. Ces crises ont eu un impact économique et social majeur pour le pays. En effet le taux de croissance du PIB qui était de 5,4% en 1998 s'est établi à 1,6% en 1999 pour chuter à -2,3% en 2000. L'inversion de la tendance observée en 2001 (+0,3%) s'est estompée en 2002 en raison de la crise.

2.2. Présentation du système de santé ivoirien

2.2.1. Etat de la situation sanitaire

La Côte d'Ivoire, située dans la zone tropicale, connaît une épidémiologie fortement typée par la géographie, avec une forte dominance de maladies infectieuses et parasitaires qui représentent 50 à 60 % de la morbidité observée. La crise que connaît le pays depuis le 19 septembre 2002 a ébranlé le système de surveillance de ces maladies qui se mettait progressivement en place. Cette crise a eu pour conséquence de disloquer le système de santé qui revêt dorénavant deux aspects :

Au nord et à l'ouest, le système de santé, dépouillé de son équipement, vidé de son personnel et souffrant d'un manque notoire de médicaments, ne répond plus aux besoins fondamentaux des populations. Il n'est plus à même d'émettre des signaux d'alarme qui constituent la pièce essentielle de la surveillance épidémiologique. Le taux de complétude des rapports de notification hebdomadaire qui était de l'ordre de 90%, peu avant le 19 septembre 2002 oscille entre 30 et 40% actuellement.

Au sud, dans certaines zones (Abidjan, Yamoussoukro), le flux des populations déplacées pèse sur les structures de santé et entrave leur fonctionnement normal.

Tableau n°1 : Quelques données de l'OMS pour 2007 :

Espérance de vie à la naissance h/f (années): 42/47
Espérance de vie en bonne santé à la naissance h/f (années, 2002): 38/41
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes): 196
Quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000): 573/497
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$ int. 2004): 64
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2004): 3.8

Source : www.who.int/statistiques sanitaires mondiales 2007

2.1.2. La politique sanitaire nationale

Le développement des services modernes de santé s'est fait sur deux périodes majeures : la période coloniale et l'après indépendance.

La période avant l'indépendance a été marquée par la mise en place d'un service sanitaire minimum de base, la vulgarisation de l'hygiène collective et la prophylaxie des grandes endémies.

Dès l'indépendance, la Côte d'Ivoire a adopté une politique sanitaire qui visait à consolider les infrastructures coloniales et la formation du personnel. Ceci jusqu'en 1980 où la Côte d'Ivoire adhère à la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) prônée par l'OMS par la ratification de la Charte en 1981. On assiste à une révolution de la gestion du système sanitaire ivoirien qui connaît un début de concentration avec la création des directions régionales et des établissements publics nationaux qui pratiquent le recouvrement des actes de santé (1994) par la mise en œuvre de l'initiative de Bamako qui a entraîné une augmentation de l'inaccessibilité financière.

Pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public et à la faveur de la politique de médicaments essentiels adoptée par le gouvernement, la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) a été érigée en centrale d'achat des médicaments et consommables médicaux pour toutes les structures publiques.

La mise en place des districts sanitaires en 1994 a constitué une étape importante dans le processus de déconcentration. Sous l'autorité de l'équipe cadre, le district sanitaire est le lieu où s'effectue la planification opérationnelle pour permettre une bonne participation communautaire.

La crise économique avec son cortège de programmes d'ajustement structurel d'une part et d'autre part la crise socio-politique ont entraîné une baisse drastique des investissements de l'Etat et particulièrement dans le secteur de la santé.

Il faut relever que la politique sanitaire nationale a concerné essentiellement le secteur public. Si l'importance croissante du secteur privé est reconnue dans tous les documents, ses liens avec Ministère de la Santé sont encore peu développés. Par ailleurs, la contractualisation qui fait l'objet d'une certaine attention des autorités sanitaires ces dernières années, ne se traduit encore que marginalement dans les relations entre le secteur public et les autres acteurs sociaux, surtout privés.

La politique sanitaire ivoirienne est basée sur les Soins de Santé Primaires renforcée par l'Initiative de Bamako et prend en compte la stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant

2.1.3. Organisation du système de santé

Le système de santé public ivoirien est de type pyramidal avec deux versants : le versant administratif et le versant offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux :

Le versant administratif compte :

- Un niveau central qui comprend: le Cabinet du Ministre avec 16 membres, les services rattachés au Cabinet au nombre de 11, deux Directions Générales et huit (8) Directions Centrales.
- Un niveau intermédiaire correspondant aux dix neuf (19) directions régionales, chargées de coordonner les activités des services de santé implantés dans leur ressort territorial, avec des hôpitaux régionaux.
- Un niveau périphérique composé par (72) districts sanitaires, qui constituent le niveau opérationnel du système. Le district sanitaire correspond au département administratif, sauf dans le cas de la ville d'Abidjan qui en compte dix (10) et le cas de Bouaké qui en compte trois. Le district sanitaire est chargé de la mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP). Chaque district sanitaire abrite un réseau de structures de premier niveau (Etablissements de Soins de Premier Contact = ESPC) et un ou plusieurs hôpitaux généraux.

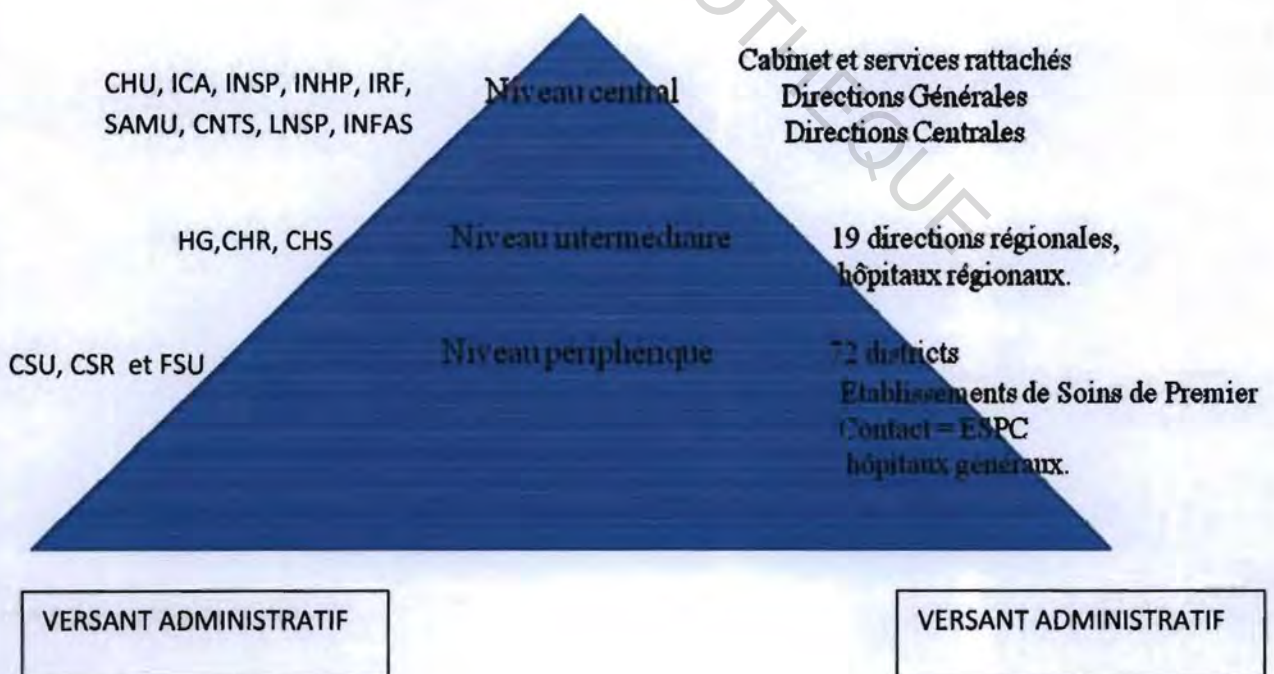
Le versant offre de soins compte :

- Un niveau primaire point d'entrée dans le système sanitaire et qui est constitué des établissements sanitaires de premier contact que sont les centres de santé (urbains et ruraux) et les formations sanitaires urbaines. En 2004, on comptait 1.133 établissements sanitaires primaires fonctionnels dont 28 Formations Sanitaires Urbaines et Centres de Santé Urbains à base Communautaire (FSU-COM et CSU-COM) regroupés à Abidjan et ses banlieues [44].
- Un niveau secondaire représenté par les établissements sanitaires de premier recours ou de référence pour les malades venus du niveau primaire. Ce niveau secondaire est constitué par les hôpitaux généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et certains Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS). En 2000, le pays comptait 48 Hôpitaux Généraux, 17

Centres Hospitaliers Régionaux et 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (RASS 1999-2000).

- Un niveau tertiaire constitué par les établissements sanitaires assurant une fonction de second et dernier recours. Ce niveau comprend les 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau (IRF) d'Adzopé, l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) de Treichville, le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) d'Abidjan et l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan. Ces Etablissements Publics Nationaux (EPN) de santé sont répartis en Etablissements Publics Nationaux hospitaliers et non hospitaliers. Ils sont classés en Etablissements Publics Nationaux à caractère Industriel et Commercial (EPIC) et en Etablissements Publics Nationaux à caractère Administratif (EPA)

Figure 3 : Organisation du système de santé ivoirien



Source : Ministère de la santé et de l'Hygiène publique

A côté du secteur public, il existe un secteur privé qui est en pleine expansion. Il comprend les cliniques et cabinets privés, les institutions de soins à but non lucratif relevant d'association et d'ONG et les officines privées.

Par ailleurs, la médecine traditionnelle joue un rôle important, notamment en zone rurale où elle constitue le principal recours en matière de soins. Le programme de promotion de la médecine traditionnelle créé le 28 décembre 2000 témoigne de l'intérêt que les autorités sanitaires portent à ce domaine. 6000 tradipraticiens ont été recensés et 400 formés en 1999 dans le moyen Comoé et œuvrent pour une meilleure collaboration avec la médecine moderne. La première journée africaine de promotion de la médecine traditionnelle instituée par l'OMS depuis le 31 août 2003 a été célébrée avec la participation de plusieurs associations de tradipraticiens et d'ONG œuvrant pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé.

Les ressources humaines

En 2004, le secteur de la santé comptait pour le secteur public 17 677 agents

dont : - Médecins :	1 698
- Chirurgiens dentistes :	204
- Pharmaciens :	128
- Infirmiers :	6 842
- Sages-femmes :	2146
- Bio techniciens :	1269
- Aides Soignants :	391
- Agents administratifs :	2420

En 1996, le ratio médecin/population était de 1 médecin pour 12 540 habitants.

En 2000, le ratio personnel de santé/population était de 1 médecin pour 9739 habitants, 1 infirmier pour 2374 habitants et 1 sage femme pour 2081 femmes en âge de procréer.

Les infrastructures

	Etablissement de santé	Nombre
EPC (établissement de premier contact)	FSU (formation sanitaire urbaine)	31
	CSU (centre de santé urbain)	263
	CSR (centre de santé rural)	892
	CMS (centre médico-social)	18
	CSUS (centre santé urbain spécialisé)	102
	DISTRICT	79
	INFLC (infirmierie lycée collègue)	73
	INFM (infirmierie militaire)	07
Etablissement sanitaire secondaire	INFP (infirmierie de prison)	07
	HG (hôpitaux généraux)	51
	CHR (centre hospitalier régional)	18
	CHS (centre hospitalier spécialisé)	02
Etablissement sanitaire tertiaire	CHU (centre hospitalier universitaire)	04

CHU + EPN	ICA (institut de cardiologie d'Abidjan)	01
	INHP (institut national de l'hygiène public)	01
	INSP (institut national de la santé public)	01
	LNSP (laboratoire national de la santé public)	01
	IRF (institut Raoul Follereau)	01
	PSP (pharmacie de la santé publique)	01
	CNTS (centre national de transfusion sanguine)	01
	SAMU (service d'aide médicale d'urgence)	01

Le ratio de couverture en 2000 était de:

- 1 ESPC pour 12 822 habitants ;
- 1 maternité pour 14 000 femmes en âge de procréer ;
- 1 lit d'hôpital pour 2890 habitants ;

Le dispositif sanitaire compte actuellement 1146 établissements sanitaires dont 13 EPN.

L'accessibilité des populations aux structures

-A moins de 5km : 48%

-Entre 5 et 15 km : 28%

-A plus de 15 km : 24%

Le financement du système

Le financement du système de santé recouvre trois fonctions principales étroitement liées. Il s'agit de :

-La mobilisation des ressources qui peuvent être publiques, privées, nationales ou extérieures

-La mise en commun des ressources (pooling) dont la finalité est de déconnecter le montant du paiement du coût des services de santé consommés par les ménages

-La fonction d'achat de service : elle concerne l'utilisation effective des ressources mobilisées qui servent à la production des services par les agents publics ou privés. Ces ressources permettront la formation, les investissements et la recherche (*Annexe 3*).

Le financement du secteur public était exclusivement à la charge de l'Etat entre 1960 et 1980, bénéficie actuellement de la contribution des ménages aussi bien dans les établissements publics nationaux que dans les autres formations sanitaires publiques pour lesquelles le recouvrement des coûts a été généralisé depuis 1994.

Quant aux aides extérieures elles sont composées de dons et de prêts pour que ces partenaires extérieurs interviennent dans le fonctionnement de la santé en Côte d'Ivoire. Le gouvernement doit élaborer une prévision de recettes et de dépenses selon le domaine d'intervention de chaque partenaire.

Les systèmes de protection sociale restent très limités et ne concernent qu'à peine 15% de la population :

-La CNPS couvre les accidents de travail, la retraite et les prestations familiales des travailleurs du secteur privé ;

-La MUGEFICI assure la couverture médicale et des médicaments des fonctionnaires et des agents de l'Etat et de leurs ayant droits ;

-Le fond de prévoyance militaire couvre les risques liés à la maladie, à la maternité, aux accidents de travail des militaires et de leurs ayant droits ;

-Les assurances privées s'adressent à une catégorie précise de la population en raison de leur coût élevé ;

Les mutuelles privées de santé sont à l'état embryonnaire tant dans leur organisation que dans leur portée.

L'AMU (assurance maladie universelle), pour lequel depuis 2000 la Côte d'ivoire s'est engagée est un vaste programme social qui consiste à donner à chaque citoyen (nationaux, non nationaux, travailleurs, agriculteurs, chômeurs, élèves, étudiants ...) la possibilité d'accéder aux services de santé partout sur le territoire national. Cette politique, si elle devient opérationnelle permettra à une grande partie de la population de bénéficier de soins.

2.2. Présentation du district sanitaire de Daoukro

Daoukro est une ville située au centre de la Côte d'Ivoire dans la région du N'zi-comoé dont le chef lieu de région est Dimbokro (cf. figure 2). Elle se trouve à 200 km d'Abidjan, la capitale économique.

2.2.1. Données de base

Tableau N°2 : Quelques indicateurs du district de Daoukro

INDICATEURS	NOMBRE	PROPORTION
Population totale	135 934	
Population 0-11mois	4010	2,95%
Femme enceinte	6797	5%
Femme en âge de procréer 15-49 ans	32080	23,6%
Population 6-11mois	2039	1,5%
Population 12-59 mois	19629	14,4%
Naissances vivantes	4010	2,95%
Population <5 ans	27187	20%
Population 9mois -14 ans	61170	45%
Population 0-14 ans (<15 ans)	62367	45,8%
> 15 ans	73567	54,17%
Population rurale	94202	69,3%
population urbaine	41732	30,7%

Source : District sanitaire de Daoukro

2.2.2. Les infrastructures

Le district sanitaire de Daoukro compte 17 formations sanitaires réparties de la manière suivante :

1 Hôpital général : Daoukro

9 Centres de santé ruraux :

-Lekikro

-Agnibilekro

-Anada

-Potossou

-kouakoussékro

-Zanzanssou

-Kogoti

-Samanzan

-N'guattakro

3 Centres de santé urbains :

-Ouélé

-Ettrokro

-Pépressou

1 PMI (centre de protection maternelle et infantile) à Daoukro

3 Infirmierie du lycée :

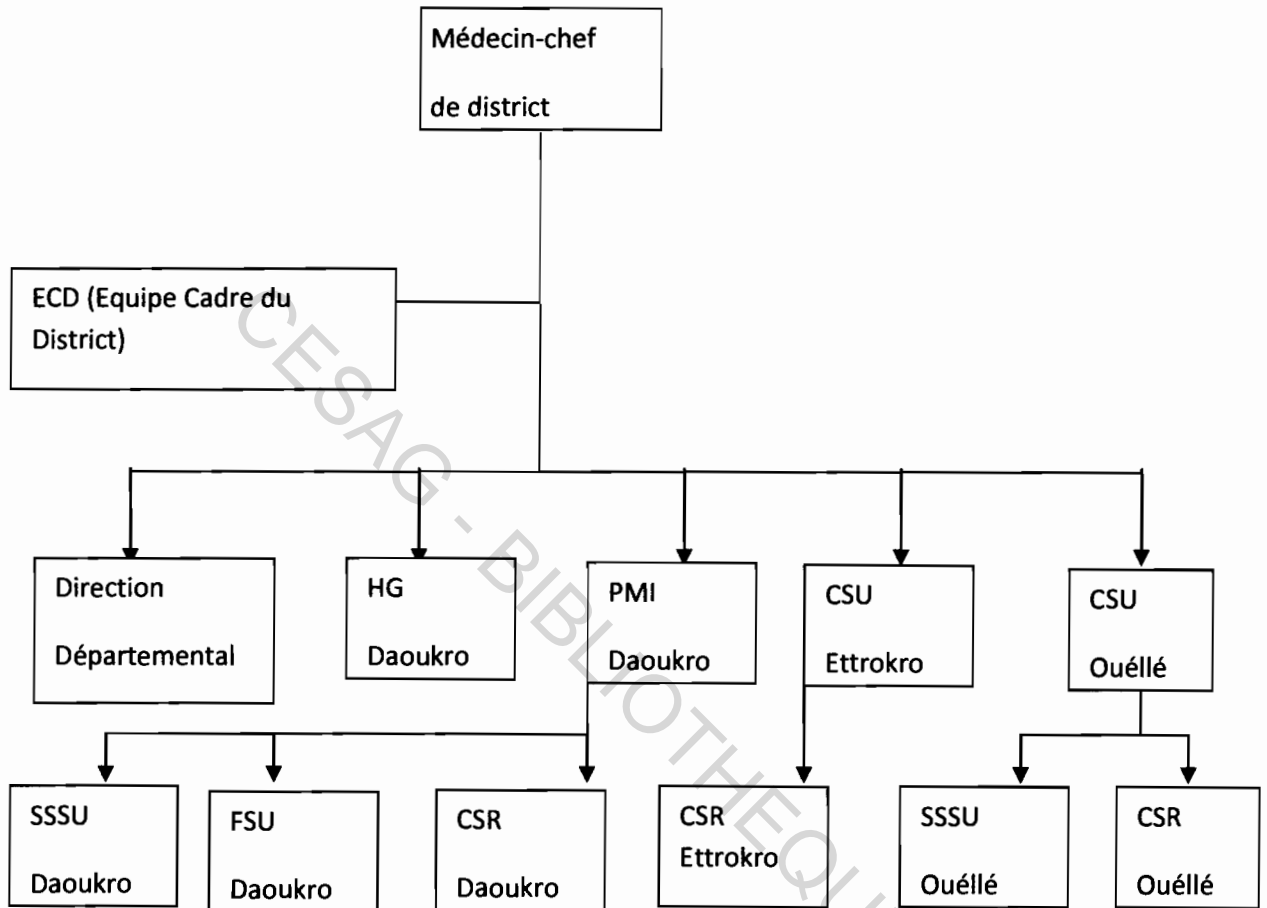
-lycée moderne daoukro

-lycée professionnel de daoukro

-lycée de Ouélé

2.2.3. L'organisation du district sanitaire de Daoukro

Figure 4 : organigramme de fonctionnement du district



DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

Chapitre 3 : ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON

Au cours de ce chapitre, nous présenterons les résultats et l'analyse des informations recueillies auprès des ménages qui décrivent :

- Les caractéristiques des ménages ;
- Le comportement face à la maladie de leur enfant de moins 5 ans ;
- La religion des ménages ;
- Le revenu des ménages ;
- la distance par rapport à la formation sanitaire.

3.1. Caractéristiques des ménages

3.1.1. Répartition des ménages enquêtés selon la présence d'un enfant de moins de 5 ans

Le tableau N°3 nous montre que 80,2% des ménages de notre étude avaient au moins un enfant de moins de 5 ans en leur sein. Cette proportion est plus élevée que celle de la moyenne nationale qui est de 69,1% selon le MICS 2006.

Tableau N°3 : Répartition des ménages selon la présence au moins d'un enfant de moins de 5 ans

Age des membres des ménages	Effectif	Pourcentage (%)
Au moins un membre d'âge inférieur à 5 ans	77	80,2
Age supérieur à 5 ans	19	19,8
Total	96	100

Source : les données de l'enquête

Il ressort du tableau N°4 que les enfants de moins de 5 ans qui vivent avec leurs deux parents représentent 55,9% de la population étudiée. Cette répartition se rapproche de la moyenne nationale qui selon l'enquête MICS 2006 se situe à 53,3%.

Tableau N°4 : Répartition des ménages selon l'environnement familiale de l'enfant

Environnement de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Père et mère	43	55,9
Père uniquement	4	5,2
Mère uniquement	21	27,2
Tuteur (trice) légal	9	11,7
Total	77	100

Source : les données de l'enquête.

3.1.2. Taille moyenne des ménages

Il ressort du tableau N°5 que la taille moyenne de ménage dans l'ensemble de cette étude est de 8,07 personnes par ménage.

Cette moyenne est supérieure à celle trouvée par l'enquête MICS 2006 qui situe la moyenne nationale à 7,2. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée dans un district où prédomine les populations rurales qui utilisent très peu les méthodes de planification familiale.

La taille des ménages peut être un facteur déterminant dans l'utilisation des services de santé et peut orienter le choix de ménage à fréquenter une structure moderne de santé ou non en cas de maladie. C'est la raison pour laquelle nous l'avons considéré comme une variable indépendante dans le modèle économétrique à estimer au chapitre suivant.

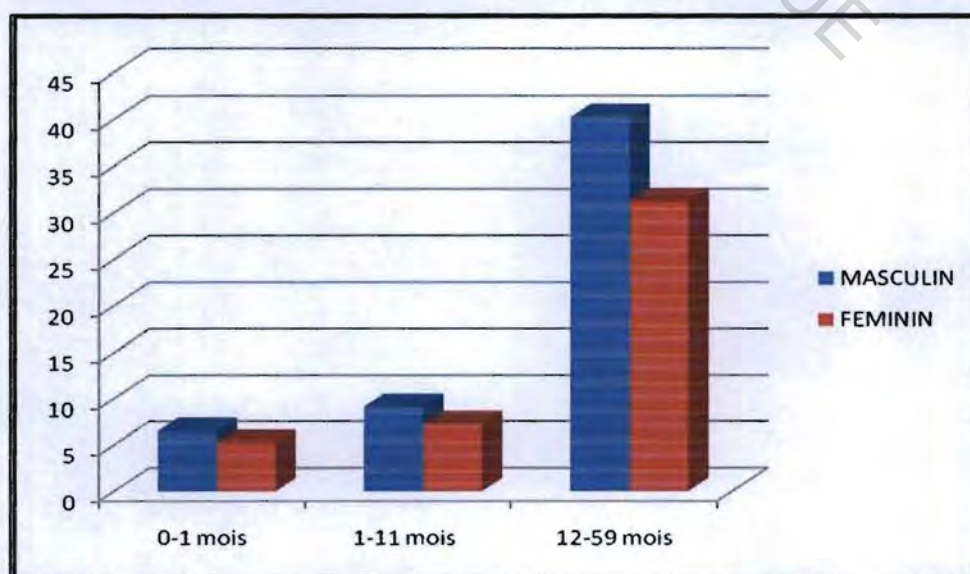
Tableau N°5 : Répartition des ménages selon leur taille

Tranche de taille	Effectif	Pourcentage (%)
2-3	1	1,3
4-5	5	6,5
6-7	35	45,5
8-9	27	35
10+	9	11,7
Total	77	100
Moyenne de l'ensemble = 8,07 personne/ménage		

Source : les données de l'enquête.

En rapport avec la répartition par tranche d'âge, les enfants de 12 à 59 mois représentent 71,4 % de notre échantillon d'étude, ce qui se rapproche de la moyenne du district où cette tranche représente 76% de la population des moins de 5 ans (figure N°5). Cette figure nous montre aussi que les enfants de sexe masculin constituaient la majorité des enfants de notre échantillon avec 55,8% de cet effectif.

Figure N°5 : Répartition des enfants de moins de 5 ans par sexe et par âge



Source : les données de l'enquête

3.1.3. Niveau d'instruction du chef de ménage

Le tableau N° 6 nous montre que 53,2% des chefs de ménages n'ont jamais été à l'école. Un faible niveau d'instruction, surtout parmi les femmes, est un frein pour l'appréhension des problèmes de santé et la recherche des solutions adéquates, en limitant l'utilisation des services préventifs et des soins curatifs de base. Par contre, un meilleur taux d'alphabétisation, surtout chez les femmes, contribue largement à une bonne santé des enfants de moins de 5 ans selon plusieurs études.

Tableau N°6 : Niveau d'instruction du chef de ménage

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)	Pourcentage cumulé (%)
Jamais à l'école	41	53,2	53,2
Primaire	16	20,8	74
1 ^{er} cycle secondaire	10	12,9	86,9
2 nd cycle secondaire	6	7,8	94,7
Supérieure	4	5,2	100
Total	77	100	

Source : les données de l'enquête.

3.1.4. Répartition des ménages selon leur religion

Au regard du tableau N°7, 53,2% des ménages étudiés pratiquent la religion catholique suivis des musulmans qui représentent 45,5%. Viennent ensuite les animistes qui ne représentent que 1,3%.

Cette répartition ne correspond pas à la tendance nationale telle que présentée dans le rapport final de l'enquête MICS 2000 où les musulmans dominent avec une proportion 38,6%. Ceci pourrait s'expliquer par la zone d'étude qui est peuplée en grande partie par des akans majoritairement chrétiens.

Cette variable pourra nous permettre lors de l'estimation du modèle au chapitre suivant de mesurer l'impact que pourrait avoir la religion sur l'utilisation des services de santé.

Tableau N°7 : Répartition des ménages selon la religion

Type de religion	Effectif	Pourcentage (%)
Musulmane	35	45,5
Chrétienne	41	53,2
Animiste	1	1,3
Total	77	100

Source : les données de l'enquête.

3.2. Comportement des ménages face à la maladie

3.2.1. Nombre de ménages ayant eu au moins un enfant malade durant les 30 derniers jours précédant l'enquête.

A la lumière du tableau N°8, 62,3% des enfants enquêtés ont été malades pendant les 30 derniers jours qui ont précédés l'enquête.

Tableau N°8: Nombre de ménages avec enfants de moins de 5 ans malades

Etat de santé	Effectif	Pourcentage (%)
Malades	48	62,3
Non malades	29	37,7
Total	77	100

Source : les données de l'enquête

3.2.2. Nombre des enfants selon le signe de la dernière maladie

L'observation de tableau N°9 nous montre que la majorité des enfants malades ont eu la fièvre comme signe prédominant. Ceci pourrait s'expliquer par la forte prévalence du paludisme dans cette zone.

Tableau N°9 : Signe de la dernière maladie de l'enfant de moins de 5 ans

Signe prédominant	Effectif	Pourcentage (%)
Fièvre	26	54,2
Diarrhée	13	27
Toux	8	16,6
Accident	1	4,2
Total	48	100

Source : les données de l'enquête

3.2.3. Gravité de la maladie

Dans l'ensemble, 68,3% des parents des enfants tombés malades ont considéré leur état grave, tandis que 31,7% considèrent cet état comme étant peu grave (tableau N°10).

Tableau N°10 : Gravité de la maladie

Stade de la maladie	Effectif	Pourcentage (%)
Grave	28	68,3
Peu grave	20	31,7
Total	48	100

Source : les données de l'enquête

La perception des parents sur la maladie des enfants peut avoir une incidence sur la décision d'amener ce dernier ou non vers une structure de soins. D'où l'importance de cette variable dans cette étude.

3.2.4. Ménages ayant cherché les soins de santé pour l'enfant malade

La lecture du tableau N°11 nous indique que dans 85,4% des cas, les parents ont cherché des soins pour les enfants malades. Cela démontre que la santé de l'enfant est une préoccupation majeure des parents.

Tableau N°11 : Nombre de parents ayant cherché les soins pour les enfants

Recours aux soins	Effectif	Pourcentage (%)
Ayant recours	41	85,4
Sans recours	7	14,6
Total	48	100

Source : les données de l'enquête

3.2.5. Orientation des parents pour soigner leur enfant

La lecture du tableau N°12 montre que seulement 47,9% des enfants malades fréquentent les formations sanitaires. Ce qui donne un taux de non fréquentation de 52,1% qui peut être un frein à l'atteinte des OMD.

Tableau N°12: Type de recours aux soins pour les enfants malades

Type de recours	Effectif	Pourcentage (%)
Formation sanitaires	23	47,9
Automédication	6	12,5
Médecine traditionnelle	12	25
Aucun recours	7	14,6
Total	48	100

Source : les données de l'enquête

3.2.6. Raison de non fréquentation d'une formation sanitaire

Parmi les 25 ménages n'ayant pas recouru aux FS, le problème de manque d'argent constitue dans 72% des cas le motif principal de renoncement aux soins (tableau N°13).

Tableau N°13 : raisons de non fréquentation d'une FS

Raisons	Effectif	Pourcentage (%)
Financière	18	72
Qualité des soins	2	08
Distance	1	4
Préférence pour d'autres recours	4	16
Total	25	100

Source : les données de l'enquête

3.2.7. Perception de la distance entre le domicile et la structure des soins

La distance que le parent doit parcourir pour accéder à la structure de santé est un facteur déterminant pour l'utilisation des services de santé. Dans notre étude 73% de parents déclarent que la formation sanitaire n'est pas éloignée (tableau N°14).

Tableau N°14 : Perception de la distance entre la maison et la FS

Situation de la FS	Effectif	Pourcentage (%)
Proximité	35	73
Eloignée	13	27
Total	48	100

Source : les données de l'enquête

3.2.8. Perception des parents sur les soins dans les FS

Dans cette étude, 60,4% des parents reconnaissent l'efficacité des soins dispensés dans les FS. Par ailleurs ceux-ci estiment que le coût de ces soins est élevé dans 85,5% des cas. Ce tableau N°15 nous indique donc les facteurs à capitaliser pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé.

Tableau N°15: Types de perception des parents sur les soins dans les FS

Type de perception	Effectif	Pourcentage (%)
Efficacité des soins	29 (n=48)	60,4
Qualité de l'accueil	16 (n=48)	33,3
Coût élevé des soins	41 (n=48)	85,5

Source : les données de l'enquête

3.2.9. Dépenses pour les soins de santé

Au vu du tableau N°16, les parents supportent eux même les frais des soins de santé dans 81,3% des cas. Ceci montre combien les coûts des soins pèsent sur les parents.

Tableau N°16 : Source des moyens financiers pour les dépenses des soins

Source	Effectif	Pourcentage (%)
Revenu des parents	39	81,3
Mutuelle	7	14,6
Dons	2	4,1
Total	41	100

Source : les données de l'enquête

3.2.10. Ménages abonnés à une mutuelle de santé

Au regard du tableau N°17, il est noté que seulement 14,6 % des ménages sont affiliés à une mutuelle et que les 85,4% restant n'ont pas de couverture maladie.

Tableau N°17 : Ménages abonnés à une mutuelle de santé

Membre d'une mutuelle	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	7	14,6
Non	41	85,4
Total	48	100

Source : les données de l'enquête

3.2.11. Revenu moyen déclaré des ménages par mois

Les revenus mensuels de 50% des ménages sont extrêmement bas (inférieur à 50 000 F CFA). Ceci compromet fortement l'accès aux soins de ces ménages avec le système de paiement direct (tableau N°18).

Tableau N°18 : Revenus mensuels déclarés par les ménages

Tranche de revenu (F CFA)	Effectif	Pourcentage (%)
0 à 50 000	24	50
50 à 100 000	13	27,1
100 à 150 000	5	10,4
150 à 200 000	4	8,3
> à 200 000	2	4,2
Total	48	100

Source : les données de l'enquête

Chapitre 4 : DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES MENAGES POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Dans ce chapitre, il sera question d'identifier les facteurs qui ont une influence sur l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans à partir d'un modèle logistique qui sera estimé sur la base des informations collectées auprès des ménages. Parmi les 96 ménages enquêtés, 77 comportaient au moins un enfant de moins de 5 ans et 48 ménages ont déclaré avoir eu au moins un enfant malade durant les 30 derniers jours précédant l'enquête dans leur ménage. Les données qui ont été analysées dans cette étude sont basées sur les informations fournies par ces 48 ménages sur leur comportement dans le cadre de la recherche des soins de santé.

4.1. Estimation du modèle d'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans

Dans ce point, nous présentons les principaux résultats de l'analyse économétrique qui ont consisté à estimer un modèle d'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans au regard de plusieurs variables retenues.

4.1.1. Formalisation théorique du modèle

L'analyse sur la demande des soins de santé a considéré comme variable réponse, la variable Y dont les valeurs correspondent à deux éventualités : faire soigner l'enfant dans une formation sanitaire ou non. Nous présentons dans ce qui suit la régression logistique dichotomique qui permet de modéliser cette variable Y de nature nominale en fonction de plusieurs variables indépendantes (à la fois dichotomiques et polytomiques).

A cette fin, les modalités ou catégories de la variable Y nominale sont étiquetées à l'aide de valeurs numériques : 1 lorsque l'enfant malade est allé se faire soigner dans une formation sanitaire et 0 dans le cas contraire.

Plusieurs variables indépendantes sont mises en relation pour expliquer le fait d'aller ou non se faire soigner dans une structure sanitaire. Ci-après les variables explicatives retenues dans notre modèle.

(a) Le revenu du ménage

Le revenu du ménage est un des déterminants importants de la demande des soins dans un système de santé dans la mesure où il peut accroître la probabilité d'utiliser un service de santé moderne. La santé n'a pas de prix, dit-on. Lorsqu'on dispose d'un revenu assez important, l'on ne peut se priver d'un service de qualité pour protéger la vie de son enfant.

(b) La gravité de la maladie

La perception qu'à la personne ou le ménage sur la maladie de son enfant est un des facteurs qui poussent les parents à utiliser les services de santé. On n'a tendance à utiliser un service de santé que lorsqu'on trouve que la maladie de son enfant devient grave. Dans le cas contraire on attend ou on pratique d'autres solutions alternatives.

(c) Le type de maladie

Le type de maladie dont souffre l'enfant est aussi un des facteurs pouvant expliquer l'utilisation d'un établissement de soins par les parents. Pour la population, certaines affections ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle, la médecine moderne s'avérant impuissante dans ces cas.

(e) La distance qui sépare le ménage et la formation sanitaire

L'impact de la distance sur l'utilisation des structures sanitaires est lié aux coûts et aux moyens de transport, surtout aux coûts d'opportunité. L'éloignement des centres de santé peut occasionner des coûts d'opportunité très importants surtout pour des ménages très pauvres. Cette situation peut s'empirer si la période de maladie coïncide avec des périodes où l'activité économique est à son maximum. Dans ces conditions, la demande de soins de santé dépend de la disponibilité d'autres personnes à remplacer la personne qui accompagne l'enfant à la formation sanitaire.

(f) Le niveau d'instruction du chef de ménage

Il est aussi relevé que le niveau d'instruction du chef de ménage est un important déterminant pour l'utilisation des services de santé pour l'enfant dans la mesure où il pourra mieux apprécier les problèmes de santé de l'enfant. Aussi lorsqu'il est instruit, il est censé disposer de plus d'informations sur l'importance de fréquenter un établissement de soins ou de consulter un personnel soignant en cas de maladie de l'enfant

(g) La religion

La religion du ménage a été retenue parce qu'elle peut à son tour influencer sur la décision d'aller ou non se faire soigner dans une formation sanitaire. En effet, certaines religions d'autres possibilités de guérison que les soins dans une formation sanitaire telles que la prière ou le maraboutage.

(i) La qualité des soins

Cette variable est d'une importance capitale dans le recours et la continuité de l'utilisation des formations sanitaires pour les enfants. Dans la mesure où si les parents sont assurés d'y obtenir la guérison pour leur enfant ils seront prêts à tous les sacrifices. Aussi la qualité des soins dans une formation sanitaire est une information qui circule rapidement au sein de la population et peu contribuer à l'augmentation de son utilisation.

(d) Appartenance à une mutuelle de santé

Les mutuelles de santé peuvent également expliquer le recours aux services de santé dans la mesure où celles-ci prennent en charge les coûts des soins de ses membres. Lorsqu'on est abonné à la mutuelle, on a tendance à aller se faire soigner en cas de maladie chez un professionnel soignant car ayant l'assurance que les soins sont pris en charge.

4.1.2. Etude exploratoire des variables

Le tableau ci-après fait apparaître les résultats des tests bilatéraux entre chacune des variables explicatives et la variable dépendante « RECOURS » obtenues du logiciel SPSS 14.0 et correspondant à l'étape 0 de la régression.

A un degré de significativité de 95%, les résultats des tests nous permettent de comprendre que toutes les variables n'interviennent pas nécessairement sur le choix de recourir aux formations sanitaires pour les soins des enfants de moins de 5 ans. Nous constatons donc que seules 5 variables ont une influence significative dans la décision d'aller ou non faire soigner son enfant dans une formation sanitaire : le revenu du ménage compris entre 0-50 000 FCA, l'état de gravité de la maladie, le premier cycle secondaire d'instruction, la perception des ménages sur la qualité des soins dans la FS et l'appartenance à une mutuelle de santé.

La distance séparant le ménage de la formation sanitaire, contrairement à plusieurs auteurs qui affirmaient qu'elle avait une grande influence sur l'utilisation des services de santé, ne présente pas dans notre étude une relation significative. Il en est de même pour la religion pratiquée par les ménages qui expliquait l'utilisation des services de santé qui se montre non significatif dans notre étude.

Ce résultat est cohérent avec la situation vécue dans le district sanitaire de Daoukro où nous avons 17 FS réparties sur l'ensemble du district pour une population de 135 934 habitants. Quant à la religion, on assiste de plus en

plus à une autonomie dans la prise de décision pour les soins de santé des fidèles religieux.

Tableau N°19 : Test bilatéral entre la variable expliquée et les variables explicatives

Variable Expliquée = RECOURS			
Variables Explicatives	Score	Degré de liberté	Significativité
REVENU1	9,025	1	0,001
REVENU2	0,251	1	0,661
REVENU3	0,743	1	0,612
REVENU4	1,419	1	0,257
REVENU5	0,567	1	0,618
GRAVITE	4,732	1	0,021
TYPEMDI	1,251	1	0,235
DISTANT	0,022	1	0,814
ANALPHA	1,632	1	0,195
PRIMAIRE	2,358	1	0,087
PCYCLE	8,367	1	0,003
SCYCLE	1,081	1	0,276
SUPERIEU	1,412	1	0,218
MUSULMA	0,426	1	0,514
CHRETIEN	0,139	1	0,461
QUALITE	4,187	1	0,069
MUTUELLE	8,908	1	0,002

Source : Données de l'enquête

Avec :

RECOURS= utilisation d'une formation sanitaire par les enfants < 5 ans

REVENU1= revenu du ménage compris entre 0-50 000 FCA

REVENU2= revenu du ménage compris entre 50 000-100 000 FCA

REVENU3= revenu du ménage compris entre 100 000-150 000 FCA

REVENU4= revenu du ménage compris entre 150 000-200 000 FCA

REVENU5= revenu du ménage supérieur à 200 000 FCA

TYPEDI= type de maladie

GRAVITE= état de gravité de la maladie

DISTANT=distance séparant le ménage et la formation sanitaire

ANALPHA= jamais allé à l'école

PRIMAIRE= niveau d'instruction primaire

PCYCLE= niveau d'instruction arrêtée au premier cycle secondaire

SCYCLE= niveau d'instruction arrêtée au second cycle secondaire

SUPERIEU= niveau d'instruction universitaire ou équivalent

MUSULMA= religion musulmane

CHRETIEN= religion chrétienne

QUALITE= perception des ménages sur la qualité des soins à la FS

MUTUELLE= appartenance à une mutuelle de santé

4.1.3. Calcul des probabilités d'utiliser une FS

La méthode de régression descendante pas à pas (conditionnelle) a été utilisée pour la régression logistique. Il s'agit pour le logiciel SPSS 14.0 d'éliminer à chaque étape la variable la moins significative jusqu'à détecter un ajustement parfait pour le modèle.

L'ensemble des variables a été introduite à la première étape. Ce sont :

REVENU,REVENU2,REVENU3,REVENU4,REVENU5,GRAVITE,TYPEDI,
DISTANT,ANALPHA,PRIMAIRE,PCYCLE,SCYCLE,SUPERIEU,MUSULMA,
CHRETIEN,QUALITE,MUTUELLE.

A la fin des itérations, les résultats suivants ont été obtenus à la 14^{ème} étape.

Les résultats de ces estimations se trouvent consignés dans le tableau n° 33 ci-dessous.

Tableau N°20 : Estimation du modèle

Variables explicatives	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)
REVENU1	-2,104	0,867	4,321	1	0,003	0,816
GRAVITE	0,743	0,596	1,065	1	0,041	2,653
PCYCLE	1,825	0,342	3,645	1	0,023	6,871
MUTUELLE	1,963	1,045	3,873	1	0,012	7,569
Constante	1,231	0,763	2,782	1	0,025	5,214

Source : données de l'enquête

Variables supprimées aux différentes itérations :

Variables supprimée à l'étape 2 : DISTANT

Variables supprimée à l'étape 3 : CHRETIEN

Variables supprimée à l'étape 4 :REVENU2

Variables supprimée à l'étape 5 : MUSULMAN

Variables supprimée à l'étape 6 :REVENU5

Variables supprimée à l'étape 7 :REVENU3

Variables supprimée à l'étape 8 : SCYCLE

Variables supprimée à l'étape 9 : ANALPHA

Variables supprimée à l'étape 10 : SUPERIEU

Variables supprimée à l'étape 11 :QUALITE

Variables supprimée à l'étape 12 : PRIMAIRE

Variables supprimée à l'étape 13 : TYPEMDI

Variables supprimée à l'étape 14 :REVENU4

Les variables retenues à la 14^{ème} itérations sont :

REVENU1, GRAVITE, PCYCLE, MUTUELLE.

Le modèle s'écrira donc comme suit :

$$\ln(P/1-P) = 1,231 - 2,1040 X_1 + 0,7431 X_2 + 1,8251 X_3 + 1,9631 X_4$$

Où

X_1 : revenu du ménage compris entre 0-50 000 FCA (REVENU1)

X_2 : état de gravité de la maladie(GRAVITE)

X_3 : niveau d'instruction arrêtée au premier cycle secondaire(PCYCLE)

X_4 : appartenance à une mutuelle de santé(MUTUELLE)

4.1.4. Test de spécification du modèle

Le tableau N°21 nous montre que le modèle est globalement significatif (P value= 0,001)

Tableau N°21 : Paramètres de spécification du modèle

	Khi-deux	ddl	Signif
Etape	-2,319	1	0,128
Bloc	11,093	4	0,001
Modèle	11,093	4	0,001

Source : données de l'enquête

4.1.5. Qualité l'ajustement global du modèle ou « Goodness of fit »

Le test d'ajustement global du modèle montre que 31% des variations de la variable dépendante « RECOURS » sont expliquées par la variation des variables indépendantes. Cette proportion relativement faible pourrait s'expliquer par la faible taille de l'échantillon retenu et aussi par l'omission de certaines variables censés mieux expliquer le phénomène.

Tableau N°22 : Paramètres d'ajustement du modèle

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
14	51,918	0,643	0,310

Source : données de l'enquête

4.2. Discussion des résultats

Les résultats de cette modélisation nous font remarquer que la probabilité d'utilisation des formations sanitaires par les enfants de moins de 5 ans en cas de maladie dépend simultanément des variables REVENU1, GRAVITE, PCYCLE et MUTUELLE.

La variable REVENU1 :

Le signe négatif du paramètre de cette variable signifie que l'appartenance de l'enfant de moins de 5 ans à un ménage ayant un revenu compris dans ce groupe a un impact négatif sur l'utilisation des services de santé en cas de maladie. Autrement dit les ménages ayant un revenu compris entre 0-50 000 FCA ont tendance à ne pas recourir aux formations sanitaires pour soigner leurs enfants quand ceux-ci tombent malades. Ce résultat de notre étude va dans le même sens que celui obtenu par l'étude menée par le CERDI en 1998 sur les déterminants de la demande de soins chez les sénoufo de Côte d'Ivoire qui montrait que les pauvres avaient une faible probabilité de recourir aux soins modernes . Ils se referaient donc à l'automédication en cas de maladie.

Etat de gravité de la maladie :

L'observation dans notre étude d'une relation significative et positive entre la gravité de la maladie de l'enfant de moins de 5 ans et le recours aux services de santé, signifie que les parents n'envoient ceux-ci dans une formation sanitaire seulement quand ils jugent leur état grave. Ce résultat est cohérent avec la situation vécue dans le district de Daoukro où les parents dont la

plupart ont un faible revenu viennent faire soigner leurs enfants dans une structure de santé seulement après avoir épuisé toutes les autres alternatives notamment l'automédication et médecine traditionnelle. L'utilisation des structures de santé se présentent donc comme une contrainte imposée par l'état d'aggravation de la maladie pour les enfants de moins de 5 ans. **MUSHAGALUSA** a trouvé le même résultat dans une étude similaire réalisée en RD Congo en 2005.

Niveau d'instruction arrêtée au premier cycle secondaire :

Le signe positif et significatif du paramètre de cette variable signifie que un chef de ménage ayant atteint le premier cycle secondaire a une forte probabilité à utiliser les services de santé pour son enfant de moins de 5 ans en cas de maladie. Cette influence du niveau d'instruction sur la probabilité de recourir aux structures de santé a été identifié au Nigéria (Akin et al., 1995), au Ghana (Lavy et germain, 1994) et au Benin (Bolduc et al., 1996).

Appartenance à une mutuelle de santé

L'appartenance à une mutuelle de santé a été identifiée comme une variable significative qui influence positivement l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans. Autrement dit le fait qu'ayant l'assurance que les soins sont pris en charge, les parents n'hésitent plus à faire soigner leurs enfants dans les structures de santé. La forte signification de cette variable s'explique par le poids des coûts des soins sur les ménages depuis l'instauration du paiement direct par l'initiative de Bamako. Ce résultat est conforme à celui de **SCHEINEIDER et Al.** qui en selon une étude réalisée au Rwanda en 2001 trouvaient une probabilité 4 fois plus élevée chez les membres des mutuelles de santé que chez les non membres.

RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette étude, nous amènent à suggérer aux différents décideurs et acteurs sanitaires à différents niveaux ce qui suit:

Pour le gouvernement

- Augmenter la part du budget accordée au secteur santé et accorder une subvention plus accrue des établissements de soins pour permettre de réduire les coûts des soins et ainsi minimiser les risques d'exclusion financière aux dépens des plus pauvres. Ceci devra être accompagné d'une bonne gouvernance et d'un contrôle permettant de s'assurer d'une utilisation rationnelle des fonds alloués à la santé.
- Accroître le potentiel financier des ménages en payant régulièrement aux fonctionnaires un salaire plus ou moins décent et en encourageant la mise en place des activités génératrices de revenu : micro - crédits, petit commerce, agriculture.
- Promouvoir la mise en place de mutuelles de santé avec l'appui de la banque mondiale et le BIT/STEP qui encourage fortement cette initiative.
- Encourager et inciter les parents à la scolarisation surtout des filles qui a un plus grand impact sur la santé des enfants.
- Instauration d'une politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans comme c'est le cas présentement au Niger.

Pour le district sanitaire

- Accorder plus d'importance aux facteurs qui améliorent la qualité des services dans les structures de santé.
- Stimuler la demande des services de santé en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par les structures de santé. Faire participer

les COGES pour faire comprendre aux ménages la nécessité de recourir à un service de santé dès que l'enfant est malade et ne pas seulement attendre que l'état de santé s'aggrave.

- Compléter cette étude en utilisant un échantillon plus grand et intégrant d'autres variables qui n'ont pas été pris en compte ici (l'âge, l'état matrimonial...) pour un meilleur résultat et une bonne représentativité de l'étude..

Pour les ménages et les communautés

-Conduire les enfants dans une structure sanitaire dès l'apparition des premiers signes de la maladie.

-Constituer des groupes de solidarité pour mettre en place des mutuelles de santé afin de partager les risques liés à la maladie en général et celle des enfants en particulier.

-Scolariser les enfants, surtout les filles et les encourager à poursuivre les études jusqu'au niveau secondaire au moins.

CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif d'identifier les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Daoukro.

La régression logistique que nous avons effectuée a permis de montrer que l'utilisation des structures de santé par les enfants de moins de 5 ans est influencée significativement par la gravité de la maladie, le niveau d'éducation du chef ménage et l'appartenance à une mutuelle de santé à travers une relation positive. Cependant il a été prouvé que le faible revenu exerçait une influence négative sur le recours aux soins dans les structures de santé.

Il sera donc difficile, voire impossible d'accroître le taux d'utilisation des services de santé dans ce district sanitaire. Les dépenses de santé engagées par les ménages prennent une part importante dans le revenu des ménages. Ceci ne fait que contribuer à maintenir le cercle vicieux de la pauvreté dans la mesure où les conditions précaires dans lesquelles les gens vivent, les prédisposent déjà à la maladie, malheureusement sans détenir de moyens nécessaires pour y faire face.

Les résultats de notre étude concordent avec nos hypothèses de recherche. Il importe cependant de signaler que cette étude connaît des limites en ce sens qu'elle est basée sur un faible échantillon ne permettant pas une extrapolation à l'ensemble de la zone du district sanitaire de Daoukro. Toutefois elle ouvre des pistes de réflexions sur les éléments explicatifs du recours à une formation sanitaire en cas de maladie d'un enfant de moins de 5 ans, donnant ainsi aux autorités du district des axes décisifs pour l'amélioration de la survie de l'enfant et de l'atteinte des OMD.

BIBLIOGRAPHIE

AKIN, G., D. (1995), quality of services and demand for health car in Nigeria: a multinominal probit estmation, *social science and medicine* 40, 11, 1527-1537.

AKOTO E. M « Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux et caractéristiques. Cause et déterminants », Département de Démographie, Université de Louvain, 1985, 273p.

ANCELLE T. (2002), Statistique et épidémiologie. Paris : Maloine, 300p.

AUDIBERT M., MATHONNAT J. (1998), les de déterminants de la demande de soins chez les sénoufo de Côte d'Ivoire, 14p.

BANQUE MONDIALE : l'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté, 2006.

BOLDUC, D., LACROIX, G et C. Muller (1996), the choice of providers in rural Benin a comparaison of discrete choice models, *journal of health economics*, vol.15,477-498.

LAVY V., QUIGLEY J. (1993), willingness to pay for the quality and intensity of medical care, LSMS Working Paper n°94, World Bank.

LOMECITE. Gratuité des soins aux enfants dd moins de 5 ans au Niger, 2007.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. Rapport annuel sur la situation sanitaire en Côte d'Ivoire (RASS), 2002.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. Rapport MICS Côte d'Ivoire, 2006.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. Rapport MICS Côte d'Ivoire, 2002.

MUSANGO LAURENT : Organisation et mise en place des mutuelles de santé défi au développement de l'assurance maladie au Rwanda, Thèse de docteur en sciences de la santé publique, Université libre de Bruxelles, 2005.

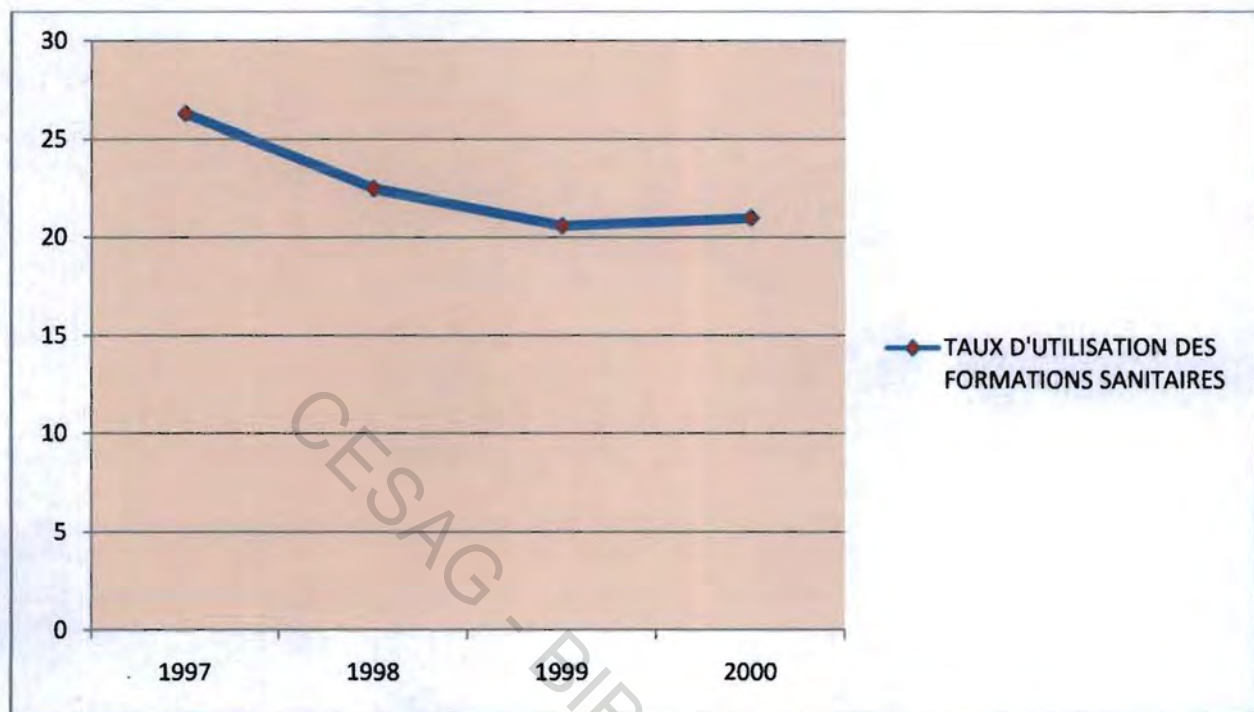
MUSHAGALUSA Pacifique S. Etude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de sante par les ménages de la zone de sante de kadutu/ province du sud – kivu, Mémoire de DESS en Economie de la santé, ESP, Université de Kinshasa, 2005.

NATIONS UNIES. Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement, 2005.

ANNEXES

- 1. EVOLUTION DU TAUX D'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES EN COTE D'IVOIRE**
- 2. QUESTIONNAIRE**
- 3. EVOLUTION DE L'INVESTISSEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE**

EVOLUTION DU TAUX D'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES EN COTE D'IVOIRE



**ETUDE DES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE
L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES ENFANTS DE
MOINS DE 5 ANS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
DAOUKRO**

Date :	
Zone enquêtée :	
Numéro du ménage : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IDENTIFICATION DU REpondant	
Nom :	
Prénoms :	
Statut dans le ménage :	
IDENTIFICATION DE L'ENfant DE MOINS DE 5 ANS	
Existe-il un enfant de moins de 5 ans qui vit dans cette maison ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si non l'enquête prend fin si oui poursuivre	
Sexe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Age (mois) : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Avec qui vit l'enfant : 1- les 2 parents <input type="checkbox"/> 2- le père seul <input type="checkbox"/> 3- la mère seul <input type="checkbox"/> 4- un tuteur(trice) <input type="checkbox"/>	
Combien de personne vivent dans cette maison ? <input type="text"/> <input type="text"/>	
Qu'elle est le niveau d'instruction du chef de ménage ?: 1-jamais à l'école <input type="checkbox"/> 2- primaire <input type="checkbox"/> 3-1 ^{er} cycle secondaire <input type="checkbox"/> 4-2 nd cycle secondaire <input type="checkbox"/>	
Qu'elle religion pratique le ménage ?: 1-musulmane <input type="checkbox"/> 2-chrétienne <input type="checkbox"/> 3-animiste <input type="checkbox"/>	
SANTE ET SOINS DE L'ENfant	
L'enfant est-il tombé malade au cours de ces 30 derniers jours ?: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
De quoi souffrait-il ou qu'elle était le signe principal : 1- fièvre <input type="checkbox"/> 2- diarrhée <input type="checkbox"/> 3-toux <input type="checkbox"/> 4-accident <input type="checkbox"/>	

Selon vous la maladie était-elle grave ? : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous cherché des soins ? : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui comment avez soigné l'enfant ? : 1-formation sanitaire <input type="checkbox"/>	
2- médecine traditionnelle <input type="checkbox"/>	
3-automédication <input type="checkbox"/>	
Si non, indiquer le raison ? : 1- financière <input type="checkbox"/>	
2-qualité des soins <input type="checkbox"/>	
3-distance par rapport à la formation sanitaire <input type="checkbox"/>	
4- préférence pour d'autres types de soins <input type="checkbox"/>	
PERCEPTION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR LES MENAGES	
Pensez-vous que la formation sanitaire est éloignée ? : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Pensez-vous que les soins sont efficaces à la formation sanitaire ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Pensez-vous que l'accueil est bon à la formation sanitaire ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Pensez-vous que les soins coûtent chers à la formation sanitaire ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
FINANCEMENT DES SOINS DE L'ENFANT	
Qui a payé les soins pour l'enfant ? : 1-revenu propre <input type="checkbox"/>	
2-mutuelle <input type="checkbox"/>	
3-don <input type="checkbox"/>	
4-autres <input type="checkbox"/>	
Etes-vous abonné à une mutuelle de santé ? : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
A combien estimez-vous votre revenu mensuel ? 1- de 0 à 50 000 fcfa <input type="checkbox"/>	
2-de 50 000 à 100 000 fcfa <input type="checkbox"/>	
3-de 100 000 à 150 000 fcfa <input type="checkbox"/>	
4- de 150 000 à 200 000 fca <input type="checkbox"/>	
5- supérieur à 200 000 fca <input type="checkbox"/>	

**EVOLUTION DE L'INVESTISSEMENT DANS LE SECTEUR
DE LA SANTE**

Investissement dans le secteur de la santé : crédit de paiement par type de financement de 1995 à 2003 (en millions de francs CFA)

ANNEE	Trésor	Emprunt	Don	Total
1995	7089	7017	22000	36106
1996	8484	11734	22203	42421
1997	14512	10967	17999	43478
1998	16411	12407	10232	39050
1999	16318	12141	8137	36626
2000	10269	12274	11451	33994
2001	11536	4050	7163	22749
2002	10946	13277	6975	31198
2003	12246	2632	2761	17639

Source : Ministère de l'économie et des Finances, novembre 2003