



Effets de l'offre de soins et des caractéristiques des ménages : Une analyse multi niveau de la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire

Effects of Healthcare Supply and Household Characteristics : A Multilevel Analysis of Healthcare Demand in Côte d'Ivoire

DIARRASSOUBA Alliou Salihini

Enseignant chercheur
Université Jean Lorougnon Guédé,
Daloa, Côte d'Ivoire

N'GUESSAN Sylvain

Docteur
Laboratoire d'Analyse et de Modélisation des Politiques Économiques (LAMPE)
Université Alassane Ouattara de Bouaké
Bouaké, Côte d'Ivoire

BONI Konan Jospin Wilfried

Doctorant
Laboratoire d'Analyse et de Modélisation des Politiques Économiques (LAMPE)
Université Alassane Ouattara de Bouaké
Bouaké, Côte d'Ivoire

OUATTARA Nawohingo Marie Louise

Économiste de la Santé
Université Alassane Ouattara, Bouaké,
Bouaké, Côte d'Ivoire

Date de soumission : 13/06/2024

Date d'acceptation : 14/08/2024

Pour citer cet article :

DIARRASSOUBA. A. S. & al. (2024) «Effets de l'offre de soins et des caractéristiques des ménages : Une analyse multi niveau de la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire», Revue Internationale du chercheur «Volume 5 : Numéro 3» pp : 605-630

Résumé

Cette étude vise à analyser les facteurs influençant la demande de soins, en examinant à la fois l'offre de services et les caractéristiques individuelles des ménages dans un contexte où le taux d'utilisation des services de santé reste faible (46,75 %) en Côte d'Ivoire. En utilisant les données de l'Enquête Harmonisée des Conditions de Vie des Ménages (EHCVM 2018), le modèle multiniveau adopté révèle que certains facteurs individuels, comme le sexe du chef de ménage et la gravité de la maladie, facilitent l'accès aux soins, tandis que vivre en milieu rural le freine. En outre, l'éloignement des centres de santé et l'absence de personnel qualifié sont des facteurs contextuels qui réduisent la probabilité de recours aux soins. Les résultats soulignent l'importance de l'offre de services dans la demande de soins, suggérant la nécessité de renforcer le budget de la santé, d'investir dans les infrastructures, et de décentraliser les services de santé pour améliorer l'accès, surtout en milieu rural.

Mots clés : Facteurs individuels, facteurs contextuels, Offre de soins, Demande de soins, Modèle Multiniveau.

Abstract

This study aims to analyze the factors influencing the demand for healthcare by examining both the supply of services and the individual characteristics of households in a context where the utilization rate of health services remains low (46.75%) in Côte d'Ivoire. Using data from the Harmonized Survey on Household Living Conditions (EHCVM 2018), the multilevel model adopted reveals that certain individual factors, such as the gender of the household head and the severity of the illness, facilitate access to healthcare, while living in rural areas hinders it. Additionally, the distance from health centers and the absence of qualified personnel are contextual factors that reduce the likelihood of seeking healthcare. The results highlight the importance of service supply in healthcare demand, suggesting the need to strengthen the health budget, invest in infrastructure, and decentralize health services to improve access, particularly in rural areas.

Keywords: Individual factors, contextual factors, healthcare supply, healthcare demand, multilevel model.



Introduction

La santé, en tant qu'élément clé du capital humain, joue un rôle essentiel dans le développement économique et demeure au centre des préoccupations des gouvernements. Elle est un préalable au bien-être et à la réussite du développement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme un état de bien-être physique, mental et social complet, englobant l'absence de maladie et d'infirmité.

Cependant, de nombreuses personnes dans le monde ont un accès limité aux soins de santé, en particulier dans les pays en développement. L'inaccessibilité aux soins requiert donc qu'un regard soit jeté autant du côté de l'offre que de la demande, dans la mesure où ces deux facteurs sont intrinsèquement liés, d'autant plus qu'une offre de soins médiocre peut entraîner une baisse de la demande de soins (O'Donnell, 2007). L'inaccessibilité aux soins peut entraîner une détérioration de la santé des individus, ce qui nécessite un investissement personnel dans la restauration et l'amélioration de leur capital santé (Grossman, 1972). Cet investissement ne peut porter ses fruits que si l'État garantit un accès équitable aux soins, ce qui peut également stimuler la croissance économique (Musgrave, 1969). Selon Arrow (1963), une population en bonne santé est économiquement plus productive, car la santé influence la productivité au travail et le progrès économique.

En Afrique, en particulier, de nombreux pays ont du mal à respecter l'engagement d'allouer au moins 15% de leur budget à la santé, comme promis lors de la Conférence d'Abuja en 2001. En Côte d'Ivoire, en matière de financement de la santé, la part des ressources publiques allouées au secteur est passée de 5,56% en 2012 à 6% en 2018, puis à 7,29% en 2020 (PNDS 2016-2020). Cette part est loin des objectifs fixés (15%) par la Déclaration d'Abuja. Par ailleurs, en 2020, 70,17% de la population vivait à moins de 5 km d'un centre de santé, un chiffre encore en deçà de la norme fixée par l'OMS (100%), mais en nette amélioration par rapport à 2012 où ce taux était de 44% (PNDS 2016-2020). Malgré des efforts tels que le projet de Financement basé sur la Performance (FBP) et la Couverture Maladie Universelle (CMU), ainsi que la construction de centres de santé, le taux d'utilisation des services de santé reste faible.

En effet, en Côte d'Ivoire, le taux d'utilisation des services, qui permet de mesurer la demande de soins de santé modernes, demeure encore faible au niveau national, avec un taux de 46,75% (38,87% au niveau des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) et 7,28% au niveau des hôpitaux de référence), selon le rapport PNDS (2016-2020). Les problèmes d'accessibilité aux services sociaux de base sont globalement identiques pour les pauvres et les



non-pauvres. Malgré la nette évolution de la proportion des personnes habitant à moins de 5 km en 2020 (70,17%), la question de l'accessibilité reste encore un problème, dans la mesure où en 2020, le taux d'utilisation des services s'élevait à 46,75%, en baisse par rapport à celui de 2019 qui était de 49,7% (PNDS 2016-2020).

Cela pourrait être imputable à un enchevêtrement du système formel et informel, donnant lieu à des recours thérapeutiques très diversifiés. Il ressort clairement que la demande de soins de santé n'est pas seulement déterminée par l'accessibilité géographique aux soins, mais nécessite la prise en compte d'autres facteurs inhérents à l'offre et aux caractéristiques socio-économiques des ménages (Comoé, 2018 ; Youness, 2018).

De manière générale, en Côte d'Ivoire, les raisons de ce faible taux d'utilisation incluent la concurrence entre la médecine moderne et les recours informels tels que l'automédication et la médecine traditionnelle, ainsi que des problèmes d'accessibilité géographique et économique. Devant cet état de fait, s'interroger sur les facteurs qui expliquent un si faible taux d'utilisation des services de santé nous amène à nous interroger sur les déterminants de la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire, d'autant plus que le comportement des ménages en matière de demande de soins est caractéristique de l'organisation socio-sanitaire du système. Ainsi, dans le souci de fournir aux décideurs et aux intervenants dans la promotion de la santé des informations leur permettant de mieux cibler les actions à entreprendre pour l'amélioration de la qualité de la santé des ménages, il s'avère nécessaire de se poser les questions suivantes :

- Quels sont les déterminants de la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire ?
- Plus spécifiquement, quelles sont les caractéristiques socio-démographiques des ménages qui influencent la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire ?
- Quel est l'effet de l'offre de soins de santé sur la demande de soins en Côte d'Ivoire ?

L'étude vise donc à analyser les déterminants de la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire en examinant l'effet de l'offre de soins de santé et les caractéristiques socio-démographiques des ménages qui influencent cette demande.

Cette étude, d'un point de vue scientifique, enrichit la littérature sur les déterminants de la demande de soins de santé en intégrant la composante de l'offre, souvent négligée. Sur le plan méthodologique, l'utilisation de l'analyse multiniveau comme technique de modélisation s'avère pertinente pour comprendre les déterminants de la demande, en prenant en compte à la fois les caractéristiques des ménages et les facteurs contextuels liés à l'offre, qui influencent l'itinéraire



thérapeutique des ménages. Enfin, sur le plan politique, cette étude offre une meilleure compréhension du système de santé ivoirien et aide à une meilleure orientation des politiques sanitaires visant une couverture sanitaire universelle.

La suite de ce papier aborde, dans un premier temps, les fondements théoriques et empiriques relatifs à la demande de soins. Ensuite, l'approche méthodologique, ainsi que la présentation et l'interprétation des résultats, sont mises en évidence. L'article se termine par une conclusion comprenant les principaux résultats et les recommandations politiques.

1. Revue de littérature

Tout travail scientifique repose sur un ensemble d'arguments théoriques et empiriques développés dans la littérature.

1.1. Apports théoriques

Du point de vue de la littérature économique, la demande et l'offre de services de soins se réfèrent en réalité à la demande et à l'offre de services de soins. Arrow (1963) est l'un des pionniers de l'économie de la santé des années soixante, notamment avec ses travaux sur les particularités du marché des soins médicaux : la nature de la demande de soins, les incitations des médecins, l'incertitude liée aux produits, aux conditions d'offre et à la fixation des prix. Il est essentiel de noter qu'une demande ne peut exister sans une offre préalable, et que l'offre de soins est une condition préalable pour stimuler une demande de soins. Les fondements théoriques liés à l'offre et à la demande de soins seront développés dans les sections suivantes.

1.1.1. Modèle théorique de l'offre des soins

La théorie de l'offre appliquée à la santé repose sur la théorie économique de l'offre et de la demande. Elle permet de comprendre comment l'offre de soins de santé est influencée par différents facteurs, tels que la demande de soins de santé et les coûts associés à la prestation de ces soins. L'offre de soins augmente lorsque la demande de soins augmente et que les coûts diminuent. Différentes théories expliquent l'offre de soins, notamment la théorie des finances publiques de Musgrave (1969), la loi des débouchées de Say (1803) et la demande induite par l'offre (Evans, 1974).

La loi des débouchées de Jean-Baptiste Say affirme que la production de biens et services crée automatiquement sa propre demande. Lorsqu'on applique cette loi au secteur de la santé, on constate que la production de médicaments engendre une demande pour d'autres services nécessaires, tels que les consultations médicales et les hospitalisations. Par conséquent, cette



dynamique stimule une demande accrue pour les soins de santé, exerçant ainsi un effet multiplicateur sur l'économie.

D'autre part, la théorie des finances publiques, développée par Musgrave (1969), identifie trois fonctions essentielles de l'État : l'allocation des ressources, la redistribution des revenus, et la régulation. Tout d'abord, l'allocation des ressources concerne la production de biens et services non marchands, tels que les infrastructures sanitaires, garantissant un accès équitable aux services essentiels. Ensuite, la redistribution vise à réduire les inégalités économiques par des politiques de protection sociale. Enfin, la régulation implique l'établissement de cadres juridiques pour encadrer les activités économiques, y compris les réformes et la régulation du secteur de la santé.

En outre, la théorie de la demande induite par l'offre, proposée par Evans (1974), soutient que l'offre de soins peut influencer la demande. En effet, les professionnels de santé, bénéficiant d'un avantage informationnel, peuvent créer une demande pour leurs services, souvent motivée par des considérations économiques. Par conséquent, une augmentation de l'offre de soins tend à accroître la demande correspondante.

1.1.2. Modèles théoriques de la demande de soins de santé

Les modèles théoriques de la demande de soins de santé se distinguent selon trois approches : l'approche par le coût, l'approche par les besoins, et l'approche par le capital, fondée par Grossman (1972).

Les approches de la demande de soins de santé présentent des perspectives variées sur la manière dont les individus recherchent des soins médicaux. L'approche par coût, comme modélisée par Phelps et Newhouse (1974), suggère que la demande de soins est influencée par les coûts supportés par le consommateur et ceux couverts par l'assurance. Plus les coûts sont faibles pour l'individu, plus la demande de soins tend à augmenter. En contraste, l'approche par les besoins, développée par Cullis et West (1979), repose sur l'idée que les individus consultent des médecins pour obtenir des recommandations sur les soins nécessaires, rendant ainsi la demande de soins inélastique et dépendante des conseils médicaux plutôt que des coûts.

Par ailleurs, la théorie du capital humain développée par Grossman (1972) offre une perspective différente en considérant la santé comme un bien durable susceptible de se déprécier avec l'âge mais pouvant être renforcé par des investissements appropriés. Selon Grossman, la demande de soins est influencée par des facteurs tels que l'âge, le revenu et l'éducation. À mesure que les



individus vieillissent, la détérioration de leur santé augmente la demande de soins. De plus, un revenu plus élevé permet d'investir davantage dans la santé, augmentant ainsi la demande de soins. L'éducation joue également un rôle crucial en améliorant l'efficacité des investissements en santé, ce qui réduit les coûts associés et améliore le capital santé. En somme, le modèle de Grossman (1972) souligne l'importance de l'éducation et de la santé dans l'amélioration de la productivité et du bien-être général de la population.

1.2 . Apports empiriques

La demande de soins de santé est influencée par une variété de facteurs socio-démographiques, économiques et contextuels. Des études permettent de mieux comprendre ces influences.

Ezzrari & al., (2022) ont analysé les déterminants de l'offre et de la demande de soins. Les résultats montrent que, d'une part, le niveau de revenu, la durée de la maladie et l'âge du patient sont des facteurs significatifs influençant le recours aux soins modernes. D'autre part, l'affiliation à un régime de couverture médicale joue également un rôle crucial en permettant aux ménages les plus pauvres d'accéder à des soins privés, qu'ils n'auraient pas sollicités autrement. En parallèle, Mbuku & al., (2023) ont mené une étude dans la zone de Kenge, mettant en évidence que plusieurs variables, telles que le sexe du chef de ménage, le lieu de traitement, et le coût des soins, sont associées à une faible utilisation des services de santé. Cette étude révèle les défis spécifiques rencontrés par les ménages dans cette région.

De plus, Masiye & Kaonga (2016), en utilisant un modèle Logit multinomial, ont révélé que les ménages dirigés par un chef ayant un niveau d'éducation plus élevé ont une probabilité accrue de rechercher des soins de santé formels. Ce phénomène est particulièrement notable pour les niveaux d'éducation secondaire et supérieure. De manière similaire, N'da & Aka (2018), grâce à un modèle Probit multinomial, ont montré que le niveau d'instruction détermine le recours aux soins de qualité est négativement corrélé avec l'utilisation des soins traditionnels en Côte d'Ivoire.

En revanche, Comoé (2018) a trouvé que les femmes issues de ménages de grande taille en Côte d'Ivoire consultent moins fréquemment pour des soins prénatals. Cette situation peut être attribuée à des contraintes économiques et à la taille du ménage. Par ailleurs, Ngwen (2018) a montré que le prix de la consultation influence négativement le recours aux tradipraticiens, aux centres de santé publics et aux structures privées par rapport aux hôpitaux publics. Cette constatation influence ainsi le choix des modalités de soins.



En ce qui concerne les facteurs socioéconomiques, Alowou & al., (2024) a souligné que le fait d'être une femme, le niveau d'éducation du père et la possession d'une assurance maladie sont des facteurs protecteurs contre le renoncement aux soins. Ces éléments jouent un rôle important dans la décision d'accéder aux soins médicaux. En outre, Selamat & al., (2020) ont trouvé que les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé, une tranche d'âge plus jeune et de bonnes connaissances sont associées à une demande plus élevée d'assurance maladie. Le revenu mensuel et le coût à payer sont également des facteurs économiques déterminants pour l'accès à l'assurance médicale.

Dans ce même contexte, Amba et Thiam (2022) ont analysé les iniquités dans l'utilisation des soins de santé. Leurs résultats indiquent que le recours aux soins augmente avec le niveau de vie et la couverture du risque maladie. La décomposition des résultats révèle que les disparités observées s'expliquent par la répartition des caractéristiques telles que l'âge, la zone de résidence, le bien-être économique et l'éducation. En somme, l'utilisation des soins de santé reste une fonction croissante du niveau de vie.

En Inde, Hamal & al., (2020) ont étudié les facteurs influençant l'utilisation des services de santé maternelle, révélant que le statut économique, la caste/ethnicité, l'éducation, le sexe, la religion et la culture sont des facteurs structurels majeurs. Par ailleurs, le lieu de résidence et l'âge de la mère à l'accouchement sont des facteurs intermédiaires importants. De plus, Traub-Merz, & Öhm (2021) ont analysé l'accès aux soins de santé en Afrique Sub-saharienne, montrant que la zone de résidence (urbaine vs rurale) est un facteur de différenciation crucial. En effet, les villes, dotées d'infrastructures meilleures, offrent un meilleur accès aux soins par rapport aux zones rurales, où les services sont souvent moins disponibles.

Enfin, Youness (2018) a révélé que les ménages de grande taille, en raison de leur faible revenu, doivent souvent choisir entre les soins de santé et les autres besoins du ménage, ce qui peut réduire l'accès aux soins médicaux. Cette situation contraste avec celle des ménages de petite taille, où la natalité élevée impacte les revenus et, par conséquent, les décisions de soins.

En conclusion, les facteurs démographiques et socioéconomiques jouent un rôle crucial dans la détermination de la demande de soins de santé. Une compréhension approfondie de ces facteurs est essentielle pour développer des politiques de santé efficaces et équitables.

2.Approche méthodologique

2.1. Cadre théorique du modèle



Le cadre théorique utilisé dans cette étude s'appuie sur le modèle d'Andersen (1995), qui a été par la suite approfondi par Leyland & Groenewegen (2020). Ce modèle fournit un outil analytique précieux pour évaluer les relations causales entre l'accès aux soins de santé et les facteurs individuels et environnementaux. En se concentrant sur le comportement des individus et leur utilisation des services de santé, ce modèle a été efficacement appliqué dans des études antérieures, telles que celle de Comoé (2018). Il est crucial de justifier le choix de ce modèle dans le cadre de cette étude, car il s'aligne parfaitement avec les objectifs de la recherche et offre une approche globale pour comprendre les déterminants de la demande de soins de santé.

2.1.1. Justification du choix du modèle

Le choix du modèle multiniveau dans notre étude se justifie par sa capacité à intégrer simultanément les facteurs individuels et contextuels qui influencent les décisions des ménages de recourir aux soins. Contrairement à la plupart des recherches en sciences sociales, qui se concentrent principalement sur les déterminants individuels de la santé, ce modèle permet d'inclure les effets contextuels dans l'analyse de la demande de soins (Courgeau & Baccaini, 1997 ; Goldstein, 2011 ; Leyland & Groenewegen, 2020). L'approche multiniveau, et en particulier le modèle logistique, est jugée pertinente pour analyser le comportement des ménages, en tenant compte à la fois de leurs caractéristiques individuelles et du contexte dans lequel ils évoluent.

2.1.2. Présentation de l'analyse multiniveau

Les modèles multi niveaux se sont développés depuis plus de 20 ans à travers toutes les sciences sociales.

❖ Avantages de l'analyse multiniveau

Les modèles multiniveaux jouent un rôle crucial en sciences sociales, car ils permettent d'obtenir des résultats statistiquement précis sans perte d'information. Ces modèles sont particulièrement utiles pour examiner comment les variables individuelles et de groupe influencent une variable dépendante mesurée au niveau individuel, comme dans notre étude portant sur les décisions des ménages de recourir aux soins. En intégrant la structure hiérarchique des données, ces modèles offrent une meilleure estimation des effets contextuels et des différences intergroupes (Leyland & Groenewegen, 2020). Ils permettent également de tester l'hétérogénéité des comportements entre différents contextes et d'évaluer l'influence des variables individuelles et contextuelles sur cette hétérogénéité.

❖ *Fonctionnement de l'analyse multiniveau*

Le modèle principal repose sur le comportement des individus, en particulier sur le recours aux soins lors d'épisodes morbides au sein des ménages ivoiriens. L'approche multi niveau est utilisée pour étudier les processus individuels dans un cadre spatial varié. Les individus ou les ménages situés dans différentes régions agissent en fonction de leurs caractéristiques personnelles tout en faisant face à des contraintes imposées par les conditions de vie spécifiques et les infrastructures de leurs régions respectives. Cette analyse utilise des techniques statistiques avancées issues de la généralisation du modèle linéaire simple. Ainsi, le modèle multi niveau se présente comme une extension du modèle linéaire simple.

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_i + \beta_{01} z_i + e_i \quad (1)$$

Et $e_i \rightarrow N(0, \delta_e^2)$

y_i : Variable dépendante de l'individu(i) ; β_0 : Parité moyenne dans le groupe, β_1 : Estimateur de la variable individuelle (i) ; x_i : Variable explicative individuelle (i) ; β_{01} : Estimateur de la variable contextuelle. z_i : Variable explicative contextuel(i) ; e_i : Résidus ou l'écart entre le score réel de l'individu)

Dans un contexte unique (une région), il existe une seule source de variation, c'est la variation entre les individus. Ainsi, l'on suppose que la distribution suit une loi normale et qu'elle peut être estimée par sa variance. En outre, dans le cadre de la régression à deux niveaux, si l'on introduit plusieurs contextes (plusieurs régions), considérés comme un échantillon de région dans un univers plus important (district), on construit une relation de régression pour chacune des régions. On a alors le modèle multi niveau à variance composée suivant (Robinson, 1989) :

$$y_{ij} = (\beta_0 + U_{0j}) + \beta_1 x_{ij} + \beta_{01} z_j + e_{ij} \quad (2)$$

où $u_{0j} \rightarrow N(0, \delta_{u_0}^2)$ et $e_{ij} \rightarrow N(0, \delta_e^2)$

e_{ij} : Résidu de l'individu i au sein de la région j (niveau 1, individuel) ; y_{ij} : La variable dépendante pour un individu (i) appartenant à la région (j) ; x_{ij} : La parité de la variable explicative de l'individu (i) appartenant à la région (j) ; z_j : La parité de la variable explicative de la région (j)

Par ailleurs, les modèles multiniveaux sont différents des modèles de régressions classiques (équation 1) du fait de la spécification complexe des résidus, estimés simultanément aux niveaux des individus (e) et des régions U_{0j} . En effet, le modèle multiniveau prend en compte

plusieurs niveaux d'estimation. Pour notre part, nous retenons trois niveaux selon la littérature : le modèle vide ; le modèle avec facteurs individuels et le modèle avec facteurs contextuels.

❖ *Le modèle vide*

L'utilisation cohérente des modèles multiniveaux s'appuie sur une stratégie de modélisation caractérisée par l'emploi de modèles d'une complexité croissante. La majorité des études commence l'analyse par un modèle vide. Cette étape a pour but de fournir une répartition initiale de la variance entre les différents niveaux grâce aux termes aléatoires inclus à chacun d'eux.

$$\Omega = \frac{\delta_{u_0}^2}{\delta_{e_0}^2 + \delta_{u_0}^2} \quad (3)$$

Avec Ω , le rapport de l'hétérogénéité entre les régions.

Cette formulation de départ met en évidence une homogénéité interne au sein de la région (groupement de niveau 2), elle est mesurée par ce coefficient de corrélation. Si ce coefficient est significativement différent de zéro ($\Omega \neq 0$), cela indique un possible effet contextuel. En effet, le modèle vide sert de référence pour la suite de la modélisation. Son application est donc primordiale pour une pertinence de l'analyse. L'étape suivante de l'analyse consiste en l'introduction des facteurs individuels.

❖ *Le modèle avec facteurs individuel*

L'introduction des facteurs individuels est exprimée par le terme il est susceptible d'expliquer une partie de la variation de la réponse sur la décision des individus. On obtient ainsi l'équation suivante :

$$y_{ij} = (\beta_0 + u_{0j}) + \beta_1 x_{ij} \quad (4)$$

où $u_{0j} \rightarrow (0, \delta_{u_0}^2)$

Le modèle à facteur individuel met en lumière les caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques des ménages, sans nécessairement considérer les facteurs environnementaux ou contextuels. La dernière étape du modèle intègre l'impact des facteurs environnementaux ou contextuels sur la probabilité de recourir aux soins, en tenant compte de leur influence significative.

❖ *Le modèle avec facteurs contextuels*

L'application des facteurs contextuels intervient lorsqu'il s'agit d'expliquer les variations observées entre les groupes ou les régions en utilisant des variables de niveau 2 (contextuelles) susceptibles d'influencer le recours aux soins dans notre étude. L'équation intégrant la variable contextuelle est présentée comme suit.



$$y_{ij} = (\beta_{00} + u_{0j}) + (\beta_{10} + u_{1j})x_{ij} + \beta_{01}Z_j + \beta_{11}Z_jx_{ij} \quad (5)$$

où $u_{0j} \rightarrow (0, \delta_{u_0}^2)$; $u_{1j} \rightarrow (0, \delta_{u_1}^2)$ et $\text{Cov}(u_{0j}, u_{1j}) = \delta_{u_{01}}$

L'introduction des variables contextuelles (Z_j) permet de réduire et d'expliquer les variations globales entre les groupes. L'utilisation des interactions entre niveaux est particulièrement utile lorsque le modèle inclut plusieurs effets aléatoires, car elle aide à identifier les facteurs contextuels qui expliquent les variations de chacun de ces effets (Koné, 2012). Ce modèle présente donc des avantages importants pour mener une étude approfondie. Pour une meilleure compréhension de cette analyse, il est essentiel de réaliser une analyse descriptive des variables liées aux caractéristiques des ménages.

3. Analyse descriptive des variables

L'analyse descriptive des variables comporte la présentation de la source des données. Enfin, l'on spécifie le modèle de l'étude.

3.1. Source de données

Les données utilisées dans cette étude sont issues de l'Enquête Harmonisée des Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) réalisée en 2018 sur toute l'étendue du territoire ivoirien. C'est la première enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages dont la collecte s'est déroulée simultanément dans les huit (08) pays membres de UEMOA à travers le Programme d'Harmonisation et de Modernisation des Enquêtes sur les Conditions de Vie des Ménages (PHMECV), avec l'appui de la Banque Mondiale afin d'améliorer la disponibilité, la qualité et la comparabilité des indicateurs de suivi de la pauvreté et des conditions de vie des ménages dans ses Etats membres. Pour ce qui concerne la Côte d'Ivoire, l'enquête a été réalisée en deux vagues auprès de 12 992 ménages comptant au total 61 116 individus en vue appréhender globalement les conditions de vie des ménages ivoiriens. L'échantillon était stratifié de façon à fournir une représentation adéquate du milieu urbain et rural ainsi que des indicateurs clés, tant au niveau national, que désagrégé au niveau du découpage administratif le plus élevé en dessous du niveau national.

3.2. Présentation des variables

Les déterminants du recours aux soins de santé sont fonction des caractéristiques individuelles (ménages) et des caractéristiques contextuelles (quartier d'habitation ou régions). Ces caractéristiques constituent des facteurs sociodémographiques et économiques.

3.2.1. Les facteurs sociodémographiques

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux variables que sont : l'âge, le sexe, la taille du ménage, le niveau d'éducation et le milieu de résidence.

❖ *Sexe du chef ménage*

Le sexe du chef de ménage joue un rôle important dans la décision de recourir aux soins. La distribution statistique montre que sur les 9684 individus ayant eu recours aux soins au cours des 30 derniers jours, 5126, soit 53% étaient issus d'un ménage dirigé par une femme, contre environ 47% lorsqu'il s'agit que le chef de ménage est un homme.

Tableau 1 : Répartition du recours aux soins au cours des 30 derniers jours par sexe

Consultation 30 derniers jours	Sexe du chef de ménage		Total
	Féminine	Masculin	
Non	3,297	3,128	6,425
Oui	5,126	4,558	9,684
TOTAL	8,423	7,686	16,109

Source : Calcul de l'auteur

Il ressort du tableau 1 que les ménages dirigés par les femmes sont plus enclins à recourir aux soins lorsque ceux-ci font face à un épisode morbide que ceux dirigés par un homme. Ce qui confirme la majorité des travaux traitant cette problématique et fait de la variable sexe du chef de ménage, une variable non négligeable dans notre analyse.

❖ *L'âge*

L'âge à toujours représente un facteur susceptible de modifier la décision de recourir ou non aux soins dans la mesure où chaque individu hérite d'un stock de santé qui se déprécie avec l'âge.

Tableau 2: Répartition des individus ayant recours aux soins selon l'âge

Consultation 30 derniers jours	AGE				Total
	Age<25 ans]25 ;50]ans]50 ;75] ans	Age>75	
Non	3,651	1,944	722	108	6,425
Oui	5,624	2,772	1,166	122	9,684
TOTAL	9,275	4,716	1,888	230	16,109

Source : Calcul de l'auteur

L'analyse statistique issue du tableau 2, révèle que la première catégorie, notamment des individus ayant moins de 25 ans est majoritairement représentée, avec 58,07%, suivi par celle

des individus de la catégorie 26-50 avec 28,62% et 12,04% pour les 51-75 ans. Les plus de 75 ans ne représentent que 1,26% des individus ayant recouru aux soins au cours des 30 derniers jours.

❖ *L'éducation*

Au regard du tableau ci-dessous (tableau 3), l'on observe qu'au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête, les individus n'ayant aucun niveau sont ceux qui ont le plus recourus aux soins et représentent 64% par rapport à ceux ayant un niveau d'étude. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les individus ayant le plus recourus aux soins sont celles vivant en milieu rural.

Tableau 3: Répartition des personnes ayant eu recours aux soins selon le niveau d'étude

Consultation 30 derniers jours	Niveau d'étude				Total
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Non	3 774	1 720	810	121	6 425
Oui	6 197	2 117	1 144	226	9 684
TOTAL	9 971	3 837	1 954	347	16 109

Source : Calcul de l'auteur

Par ailleurs, au niveau de ceux qui ont un niveau d'étude, l'analyse montre une forte proportion chez les individus ayant un niveau primaire, avec 21,86%, suivi du niveau secondaire qui est représenté à environ 12% et le supérieur à 2,33%.

❖ *Milieu de Résidence*

L'analyse de la répartition des individus en fonction du milieu de résidence comme le montre le tableau 4, montre que sur les 9684 individus ayant eu recours aux soins au cours des trente derniers jours, 3 695, soient 38,16% vivent en milieu urbain et 5989, soient 61,84% en milieu rural.

Tableau 4 : Répartition recours aux soins selon le milieu de résidence

Consultation 30 derniers jours	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Non	2,369	4,056	6,425
Oui	3,695	5,989	9,684
TOTAL	6,064	10,045	16,109

Source : Calcul de l'auteur

Ce tableau 4 montre que la majorité des consultations ont eu lieu en milieu rural, bien que le nombre de non-consultations soit également plus élevé en milieu rural.

3.2.2. Les facteurs économiques

❖ *Revenu*

Le revenu du chef de ménage constitue une variable importante dans notre problématique. Le tableau de répartition nous montre que les individus ayant un salaire annuel de plus de 850000F et représentent 45,69% des personnes ayant déclaré un revenu et qui ont eu recours aux soins sur la période. Ils sont suivis de ceux qui déclaré un revenu compris entre 450 000 F et 650 000F (14,04%) et de ceux ayant déclaré un revenu inférieur ou égal à 60 000 F (10,86%).

Tableau 5 : Répartition du recours aux soins selon le revenu

		Revenu						
Consultation 30 derniers jours	<=60000	60001-250	250001-45	450001-65	650001-85	+de 850000	Total	
Non	68	62	100	86	55	184	555	
Oui	82	66	80	106	76	345	755	
TOTAL	150	128	180	192	131	529	1,310	

Source : Calcul de l'auteur

Le tableau 5 montre que les individus vivant dans les ménages à revenus relativement élevés ont une probabilité plus élevée de se faire soigner que ceux des ménages à faible revenu.

❖ *Frais de la consultation*

La distribution statistique du recours aux soins en fonction des frais de consultation montre que plus les frais de consultation sont élevés, plus nombre de personne demandant le service est réduit. Pour des frais compris entre 100 F et 5000 F, 54,67% des individus ont accepté de payer pour se faire soigner. Par contre, pour des frais plus élevés que 5000F, la proportion des individus ayant recours aux soins à fortement baissée (1% pour un tarif compris entre 5001 et 10000 et 0,20% pour un tarif supérieur à 10000 F). A côté de cette dernière catégorie, les résultats révèlent un nombre important d'individus ayant bénéficié de la gratuité. Cette catégorie représente 44,13% ayant recours aux soins dans un contexte de gratuité.

Tableau 6 : Répartition du recours aux soins en fonction des prix de consultation

		Frais de consultation				
Consultation 30 derniers jours	Gratuit	100-5000f	5001-10000f	10001-15000f	Total	
Non	644	712	13	4	1,373	
Oui	1,068	1,323	24	5	2,420	
TOTAL	1,712	2,035	37	9	3,793	

Source : Calcul de l'auteur à partir de STATA

Il ressort du tableau 6 que plus les frais de consultation sont élevés, moins les individus font recours aux soins en cas d'épisode morbide. Dès lors, le prix ou les frais de consultation peuvent constituer un frein au recours aux soins des ménages, influençant ainsi la demande des soins.

3.2.3. Caractéristiques de l'offre

Les caractéristiques liées à l'offre de soins de santé sont généralement des facteurs contextuels.

❖ *Distance entre le lieu d'habitation et le centre de santé*

Dans cette analyse, la distance a été examinée afin de mettre en évidence l'accessibilité (la proximité) aux infrastructures sanitaires.

Tableau 7 : Répartition du recours aux soins en fonction de la distance

Consultation 30 derniers jours	Distance entre le lieu d'habitation et le centre de santé			
	0-5 Km	5-10 Km	Plus de 10 Km	Total
Non	746	139	151	1,036
Oui	1,478	195	219	1,892
TOTAL	2,224	334	370	2,928

Source : Calcul de l'auteur

Il ressort du tableau 7, que malgré une forte proportion d'individus vivant à moins de 5Km (78,11%), environ 22% vivent encore à plus de 5 Km d'un centre de santé, avec près de 2% vivant à plus de 10 Km. Ce qui traduit l'insuffisance des infrastructures sanitaires et peut constituer un motif de dissuasion pour les ménages de recourir aux soins de santé des individus.

❖ *Lieu de consultation*

Le lieu de la consultation est une variable importante dans notre problématique dans la mesure où il pourrait influencer la perception des individus quant à la qualité des soins qui y sont offerts. Le lieu de consultation pourrait avoir un effet sur la décision de recourir aux soins.

Tableau 8 : Répartition du recours aux soins selon le lieu de la consultation

Consultation 30 derniers jours	Lieux de la consultation			Total
	Etablissement public	Etablissement privé	Guérisseurs et tradi praticiens	
Non	736	230	70	1036
Oui	1 338	438	116	1 892
TOTAL	2 074	668	186	2 928

Source : Calcul de l'auteur

Les résultats issus du tableau 8 montrent que les établissements publics sont les plus fréquentés avec une proportion de 70,71%, suivi des établissements privé (23,15%) et enfin des guérisseurs et tradi-praticiens (6,13%).

❖ *Type de prestataire consultant*

Au même titre que le lieu de la consultation, le type de prestataire est une variable importante dans notre problématique dans la mesure où il pourrait influencer la perception des individus quant à la qualité des soins qui sont offerts dans le centre de santé. Comme le montre le tableau 9, le type de prestataire est susceptible d'avoir un effet sur la décision de recourir aux soins.

Tableau 9 : Répartition du recours aux soins le type de prestataire consultant

	Type de prestataire consultant			Total
	Médecins	Autres personnels de santé	Guérisseurs et tradipraticiens	
Consultations 30 derniers jours				
Non	434	532	70	1,036
Oui	795	981	116	1,892
TOTAL	1,229	1,513	186	2,928

Source : Calcul de l'auteur

Le tableau de répartition montre que 42,02% des consultations ont été réalisées par des médecins, puis 51,85% par d'autres personnels de santé notamment les infirmiers, les sages-femmes, les aides-soignants (es), et environ 6% par les guérisseurs. Il ressort que la disponibilité d'un personnel de santé qualifié pourrait avoir un effet sur le recours aux soins.

4. Présentations et discussions des résultats

Les résultats obtenus à partir de l'analyse multiniveau ainsi que leurs discussions sont présentées dans cette section.

4.1. Le modèle vide

L'application du modèle vide permet de constater la présence effective de facteur contextuel dans notre analyse. En effet, grâce au modèle vide nous pouvons dire si oui ou non nous avons des effets contextuels pris en compte dans notre analyse. L'existence de l'effet contextuel est prouvée par le coefficient de la corrélation intra-département Ω . Lorsque la valeur de Ω est significativement différente de zéro ($\Omega \neq 0$) alors nous notons la présence effective de facteur contextuel. L'on considère le modèle vide comme une référence pour l'analyse multi-niveaux car il revêt une importance fondamentale pour l'analyse. Alors, le spécifier constitue une étape importante pour la suite de l'analyse car nous ne pouvons pas procéder à une analyse multi-niveau sans évaluer cette étape.

Tableau 10 : Modèle vide

Cons 30 j	Coef.	Std. Err.	Z	P> z	[95% conf. Interval]
_cons	0,6061	0,0135	44,57	0,000	0,5794 0,6327



Region	Estimate	Std. Err.	[95% Conf. Interval]
var (_cons)	0,0055	0,0150	0,0032 0,0094
var (e.con30j)	0,2344	0,0026	0,2293 0,2396

LR test vs. logistic model: chibar2(01) = 270,68 Prob >= chibar2 = 0.0000

Source : Calcul de l'auteur

Les résultats consignés dans le tableau 10, montre en effet que Ω est égale à 0,234. Ce résultat démontre que Ω est significativement différent de zéro. Cependant malgré cette significativement faible, nous pouvons alors affirmer qu'il y a la présence de facteurs contextuels significative au seuil de 1%. Le modèle avec introduction des facteurs individuels représente la seconde étape de notre analyse multiniveau.

4.2. Modèle avec facteurs individuels

L'introduction de facteurs individuels fait passer la variance contextuelle Ω de 0,234 dans le modèle vide à 0,204 dans le modèle avec facteurs individuels. La variance est toujours significative au seuil de 1%. Cela signifie que le recours aux soins des ménages est en partie expliqué par les facteurs individuels des ménages en Côte d'Ivoire. Le tableau suivant présente les résultats du modèle avec facteurs individuels.

Tableau 11: Modèle avec introduction de facteurs individuels

Variables	Modèle vide		Modèle avec facteurs individuels	
	Coefficients	Effets marginaux	Coefficients	Effets marginaux
Constante	0,6061 (0,000)		0,6974 (0,000)	
Variance contextuelle	0,2344		0,2040	
FACTEURS INDIVIDUELS				
Sexe du chef de ménage				
Féminin			0,020**(0.024)	0,003 (0,854)
Milieu de résidence				
Rural			-0,032*** (0,001)	-0,038*(0,095)
Age du chef de ménage (ref : moins de 26ans)				
26-50ans			-0,042***(0.000)	-0,027 (0,233)
51-75ans			-0,066***(0.000)	-0,061* (0,061)
plus de 75			-0,192***(0.000)	-0,310***(0,000)
Niveau d'éducation (ref : aucun)				
Primaire			-0,052***(0,000)	-0,059**(0,015)
Secondaire			-0,037**(0.010)	-0,070**(0,021)
Supérieur			0,0373 (0.254)	-0,074 (0,397)
Taille du ménage			-0,0027* (0.079)	-0,003 (0,340)

Durée arrêt de maladie		
Entre 1 & 2 semaines	0,1217***(0,000)	0,121***(0,000)
Plus de 2 semaines	0,1857***(0,000)	0,193***(0,000)
Problème de santé 30j	-0,0039 (0,044)	-0,0039 (0,044)
Region var(cons)	0,0044	
wald chi2(16) = 301,56		
Prob > chi2 = 0,0000		
Log likelihood = -6455,7692		
(***) significativité à 1%, (**) significativité à 5%, (*) significativité à 10%		

LR test vs. Linear model: chibar2(01) = 139,50 Prob >= chibar2 = 0.0000

Source : Calcul de l'auteur

Le tableau 11 présente les résultats du modèle avec facteurs individuels. Les interprétations sont données dans les lignes qui suivent.

4.2.1. Le sexe du chef de ménage

L'influence du sexe du chef de ménage sur le recours aux soins de santé est significative et positive, avec une probabilité plus élevée lorsque le chef de ménage est une femme par rapport à un homme. Cette tendance peut être expliquée par la plus grande exposition des femmes aux risques sanitaires liés à la grossesse, à l'accouchement et aux soins des enfants, ce qui justifie leur présence plus fréquente dans les hôpitaux. Ces résultats sont conformes à ceux de certaines études antérieures (Mbuku & al., (2023), qui montrent également une influence positive du sexe du chef de ménage sur la demande de soins au sein des ménages.

4.2.2. Le milieu de résidence

Les résultats de l'étude montrent que le milieu de résidence rural a un effet négatif significatif sur le recours aux soins de santé, réduisant la probabilité de 3,8% pour les individus vivant en zone rurale. Cette diminution est liée aux problèmes d'accessibilité aux centres de santé en milieu rural. En Côte d'Ivoire, malgré des avancées, la couverture sanitaire est insuffisante, avec seulement 56,63% des districts sanitaires atteignant la norme, ce qui accentue les difficultés d'accès dans les zones rurales. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Traub-Merz & d Öhm (2021), qui ont trouvé que le recours aux soins médicaux est plus faible en milieu rural en Afrique Sub-saharienne en raison de l'infrastructure insuffisante comparée aux zones urbaines, ainsi que ceux de Masiye & Kaonga (2016), qui ont montré que la résidence rurale

est associée à une probabilité réduite de rechercher des soins formels. Il est crucial que l'État renforce ses investissements pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales.

4.2.3. La taille du ménage

La taille du ménage a une influence négative et significative au seuil de 10% sur le recours aux soins des ménages. Cela signifie que plus le ménage est de grande taille, moins le ménage a recours aux soins de santé en cas d'épisode morbide. La probabilité de recourir aux soins baisse ainsi de 0,27% lorsque la taille du ménage augmente. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans les ménages de grande taille, les ressources sont partagées avec plus de personnes, ce qui peut réduire la capacité du ménage à faire face aux besoins fondamentaux de la famille notamment pour ce qui concerne la nutrition et la santé. Ce résultat est conforme à celui de Youness (2018) qui dans son travail sur les inégalités sociales de recours aux soins de santé a révélé qu'en cas de maladie, les ménages de grande taille, caractérisés par un niveau de revenu faible préféraient subvenir aux autres besoins du ménage et recourir à la médecine traditionnelle ou à l'automédication. Ce qui pourrait conduire à des conséquences graves pour les ménages.

4.2.4. L'âge du chef de ménage

Selon les résultats de notre estimation nous constatons un effet négatif au seuil de 1% de l'âge du chef de ménage sur le recours aux soins de santé. Par ailleurs, lorsque le chef de ménage a un âge compris entre 51-75 ans et plus de 76 ans, la probabilité de recourir aux soins de santé baisse respectivement de 6,6% et 19%. Cet effet négatif de l'âge sur la demande des soins de ces deux catégories de personnes pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge, les individus sont le plus souvent confrontés à des pathologies chroniques telles que le diabète, la tension artérielle, les arthroses, etc., pour lesquels les coûts des soins peuvent s'avérer importants. Si ces personnes ne sont pas couvertes par des assurances, le coût peut s'avérer dissuasif et affecter négativement la possibilité de recourir aux soins ou favoriser le recours à d'autres types de soins. Ces résultats s'alignent sur ceux de Ezzrari & al., (2022) qui ont également trouvé que le recours est associé à l'âge.

4.2.5. Niveau d'éducation

Les résultats de l'analyse font ressortir que le niveau d'éducation a une influence significative et négative au seuil de 1% pour le niveau primaire et au seuil de 5% pour le niveau secondaire

sur le recours aux soins de santé. En effet, l'on observe le niveau d'éducation est élevé, moins les individus ont recours aux soins. Lorsque la probabilité de recourir aux soins pour les individus ayant un niveau primaire baisse de 5,9%, celles des individus ayant le niveau secondaire baisse de 7%, le niveau supérieur n'étant pas significatif. Ce résultat est contradictoire avec ceux trouvés de Selamat & al., (2020) qui soutiennent que vivre dans un ménage dont le chef à un niveau d'éducation plus élevé est associé à une probabilité accrue de rechercher des soins de santé formels que de pratiquer l'automédication. Cela pourrait s'expliquer par le fait que plus le niveau d'éducation est élevé, plus les individus ont tendance à pratiquer l'auto médication du fait de leurs niveaux de connaissance sur certaines pathologies ou à faire recours au secteur privé.

4.2.6. La durée de la maladie

Dans cette étude, le nombre de jours de travail perdu (durée arrêt maladie) pour un épisode morbide a été considéré pour analyser la gravité de la maladie. Il ressort de notre analyse que la durée de la maladie influence significativement et positivement la décision de recourir aux soins de santé. Lorsque la durée de l'arrêt maladie se situe entre une et deux semaines, la probabilité de recourir aux soins de santé augmente de 12% contre 19% lorsque cette période va au-delà de deux semaines. Ce résultat est conforme à celui de Ezzrari & al., (2022) qui soutient que la durée de la maladie (le nombre de jours pendant lesquels le patient a souffert) affecte positivement et significativement la décision de consulter des soins médicaux modernes. Ce qui amène à considérer la gravité de la maladie comme un déterminant important de la recherche de soins de santé modernes.

4.3. Modèle avec facteurs contextuels

Le modèle avec facteurs contextuels est une étape de notre analyse qui nous permet de démontrer la pertinence des différents facteurs contextuels (environnementaux). En effet, pour capter la pertinence de cette étape de l'analyse multi niveaux, la variance résiduelle doit être non significative ou doit tendre vers 0. Au regard du tableau suivant présentant les résultats du modèle avec facteurs individuels où la variance est de 0,204 il est donné de constater que le modèle avec facteurs contextuels comportant cette variance est passé à 0,182. Ainsi le modèle utilisé présente une robustesse.

Tableau 12 : Modèle avec facteurs contextuels

Modèle vide	Modèle avec facteurs contextuels
-------------	----------------------------------

Variables	Coefficients	Effets marginaux	Coefficients	Effets marginaux
Constante	0,6061 (0,000)		0,7899 (0,000)	
Variance contextuelle	0,2344		0,1827	

FACTEURS CONTEXTUELS

Distance entre le centre de santé et le lieu d'habitation

5 à 10 Km		-0,068**(0,030)	-0,068 **(0,030)
Plus de 10 Km		-0,041 (0,185)	-0,041 (0,185)

Qualité du service

Mauvais accueil		0,006 (0,895)	0,006 (0,895)
Absence de personnel qualifié		-0,104 **(0,044)	-0,104 **(0,044)
Personnel non qualifié		0,159***(0,002)	0,1598***(0,002)
Absence médicaments		-0,0101 (0,717)	-0,0101 (0,717)

Wald chi2(16) = 96,22

Prob > chi2 = 0,0000

Log likelihood = -1079,2706

(***) significativité à 1%, (**) significativité à 5%, (*) significativité à 10%

Source : Calcul de l'auteur à partir de STATA

Les résultats provenant du tableau 12 révèlent que les facteurs contextuels, tels que la distance entre le lieu d'habitation et le centre de santé ainsi que l'absence de personnel qualifié, ont une influence significative sur la demande de soins en Côte d'Ivoire. La probabilité de recourir aux soins diminue de 6,8% lorsque la distance entre le domicile et le centre de santé est comprise entre 5 et 10 km, et de 10% en l'absence de personnel qualifié. Ces résultats corroborent les travaux de **Nosy & al., (2024)**, qui soulignent l'importance de la distance comme barrière à l'accès aux soins. En outre, la qualité des soins, mesurée par la qualification du personnel, influence positivement la demande, comme le montrent les études de **Kochou & Rwenge, (2014)**. Cependant, dans les zones rurales, les ménages peuvent se tourner vers des prestataires non qualifiés faute d'alternatives, une situation qui reflète les contraintes géographiques et économiques. En somme, l'amélioration de l'offre de soins, tant en termes de proximité que de qualité, est essentielle pour augmenter la demande de soins.

Conclusion

En réalisant cette étude, l'objectif était d'analyser les effets de l'offre de soins et des caractéristiques des ménages sur leur décision de recourir aux services de santé en Côte d'Ivoire, où le taux d'utilisation des services de santé reste faible (46,75 %). Les résultats obtenus à l'aide



d'un modèle multiniveau montrent que certains facteurs individuels, tels que le sexe du chef de ménage et la gravité de la maladie, facilitent l'accès aux soins, tandis que vivre en milieu rural constitue un frein. De plus, l'éloignement des centres de santé et l'absence de personnel qualifié sont identifiés comme des facteurs contextuels réduisant la probabilité de recours aux soins.

Sur la base de ces résultats, des recommandations politiques ont été formulées, notamment l'augmentation du budget alloué à la santé pour améliorer la répartition des ressources, l'encouragement de la participation communautaire dans la construction et la gestion des établissements de santé, une meilleure distribution des infrastructures sanitaires et du personnel sur l'ensemble du territoire, la garantie d'une formation continue pour le personnel de santé, ainsi que la mise en place de mécanismes incitatifs pour encourager les prestataires à offrir des soins de qualité. Une attention particulière doit être accordée à la décentralisation des établissements de santé des zones urbaines vers les zones rurales afin de rapprocher les services de santé des populations, notamment celles vivant en milieu rural. Ces mesures visent à répondre à la demande croissante de soins de santé en Côte d'Ivoire.

Cependant, cette étude présente certaines limites, notamment l'absence de lien significatif entre le revenu des ménages et leur recours aux soins, un facteur remplacé par l'accessibilité, en particulier le coût de transport (distance entre le lieu d'habitation et le centre de santé). En outre, d'autres facteurs importants, tels que la qualité perçue des services et les préférences culturelles, n'ont pas été pris en compte, ce qui pourrait permettre une meilleure compréhension des déterminants de l'utilisation des soins. Ces limites soulignent la nécessité de recherches supplémentaires pour affiner les résultats et améliorer l'accès aux soins en Côte d'Ivoire.

Bibliographie



Alowou, A. P., Ataké, E.-H., & Pélissier, A. (2024). Barrières à l'accès et renoncement aux soins des étudiants de l'université de Lomé au Togo : Portrait et analyse des facteurs explicatifs à partir d'une enquête ad hoc. *Mondes en développement*, 206(2), 151–170.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Comoé, A. (2018). *Demande de soins prénatals en Côte d'Ivoire : Un réexamen des facteurs explicatifs de la décision des ménages* (Thèse de doctorat). Université Alassane Ouattara de Bouaké.

Courgeau, D., & Baccaïni, B. (1997). Analyse multi-niveaux en sciences sociales. *Population (French Edition)*, 52(4), 831-863.

Cullis, J. G., & West, P. A. (1979). *The economics of health: An introduction*. Oxford: Martin Robertson.

Evans, R. G. (1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In M. Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care* (pp. 162–173). Palgrave Macmillan UK.

Ezzrari, A., Mouhsini, F. Z., Mouttaki, O., & Zins, A. (2022). L'accès différencié des ménages marocains aux soins : Quels facteurs dominant ? *Revue Réflexions Économiques*, 2(2), Article 2.

Goldstein, H. (2011). *Multilevel statistical models*. John Wiley & Sons.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.

Hamal, M., Dieleman, M., De Brouwere, V., & de Cock Buning, T. (2020). Social determinants of maternal health: A scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India. *Public Health Reviews*, 41(1), 13.



Kochou, S. H., & Rwenge, M. J. (2014). Social factors of the nonuse or the inadequate use of prenatal care in Côte d'Ivoire. *African Evaluation Journal*, 2(1), 12.

Leyland, A. H., & Groenewegen, P. P. (2020). *Multilevel Modelling for Public Health and Health Services Research: Health in Context*. Springer Nature.

Masiye, F., & Kaonga, O. (2016). Determinants of healthcare utilisation and out-of-pocket payments in the context of free public primary healthcare in Zambia. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(12), 693.

Mbuku, E. N., Ntambu, R. N., Rutemba, E. B., Mangombo, B. T., & Lutumba, A. K. (2023). Facteurs associés à l'inaccessibilité des ménages de la zone de santé urbano-rurale de Kenge aux soins de santé. *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, 3(4), Article 4.

Musgrave, R. A. (1969). Cost-benefit analysis and the theory of public finance. *Journal of Economic Literature*, 7(3), 797-806.

N'da, C., & Aka, B. (2018). Households' therapeutic behavior: An empirical study for Côte d'Ivoire. *Applied Econometrics and International Development*, 18(2).

Newhouse, J. P., & Phelps, C. E. (1976). New estimates of price and income elasticities of medical care services. In *The Role of Health Insurance in the Health Services Sector* (pp. 261–320). NBER.

Ngwen, N. (2018). Effets des prix et des revenus sur le recours aux soins au Cameroun. *Mondes en développement*, 183(1), 29–48.

Nosy, A. M. N., & Razakamanana, M. V. (2024). Déterminants de l'accès aux soins des mères et enfants à Madagascar : Cas du district de Manandriana. *Revue Internationale de la Recherche Scientifique (Revue-IRS)*, 2(2), Article 2.

O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: Breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2820-2834.

Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) (2016-2020). Côte d'Ivoire.



Rapport annuel sur la situation sanitaire (2020). Direction de la Prospective de la Planification de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire.

Robinson, N. (1950). Universal Declaration of Human Rights: Its Origins, Significance and Interpretation. *Institute of Jewish Affairs*.

Robinson, S. (1989). Multisectoral models. In *Handbook of Development Economics* (Vol. 2, pp. 885-947).

Samba, M., & Thiam, I. (2022). Inégalités dans l'utilisation des soins: Une analyse de décomposition basée sur la protection financière contre le risque maladie au Sénégal. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 3(3), Article 3.

Say, J.-B. (1803). *Traité d'économie politique : Livre I (de la production des richesses)*.

Selamat, E. M., Ghani, S. R. A., Fitra, N., & Daud, F. (2020). Systematic review of factors influencing the demand for medical and health insurance in Malaysia. *International Journal of Public Health Research*, 10(2), Article 2.

Traub-Merz, R., & Öhm, M. (2021). Access to health service: A key demand of informal labour in Africa – Findings from representative country surveys in Sub-Saharan Africa. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Youness, J., Houda, L., & Hicham, O. (2018). Dépenses et utilisation de soins de santé : Une revue de littérature théorique et empirique. *European Scientific Journal*, 14(11), 29-48.