

Université de Lille 1

Faculté des Sciences Economiques et Sociales



Thèse de Doctorat en

SCIENCES ÉCONOMIQUES

Présentée et soutenue publiquement par

Zrampieu Sarah BA

Le 27 Juin 2017

**QUALITE ET ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SOINS MATERNELS
ET INFANTILES DANS UN CONTEXTE D'EXEMPTION DE PAIEMENT :
CAS DE LA COTE-D'IVOIRE.**

Membres du jury :

Mme Faridah DJELLAL, Professeur, Université de Lille 1, directeur de thèse.

M. Camal GALLOUJ, Professeur, Université Paris 13 Sorbonne Cité, rapporteur.

Mme Marie-Eve JOËL, Professeur, Université Paris-Dauphine.

Mme Blandine LAPERCHE, Professeur, Université du Littoral.

M. Valery RIDDE, Professeur, Ecole de Santé Publique, Université de Montréal, rapporteur.

A mon Père, Ibrahima BA, et ma mère, Maïmouna SORO

Remerciements

Cette thèse n'aurait pu aboutir sans le soutien de plusieurs personnes que je souhaite remercier.

Je voudrais, d'abord, remercier, ma directrice de thèse, Faridah DJELLAL, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je lui suis reconnaissante pour sa disponibilité, ses encouragements, ses remarques critiques suite à la lecture de ce manuscrit.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer mon travail. Je suis honorée par leur présence dans mon jury.

Ma reconnaissance va à l'endroit de mon père et ma mère pour leur soutien infaillible et indéfectible durant ce parcours de recherche. Je remercie également toute ma famille, particulièrement, mes frères et sœurs pour leurs encouragements.

Je remercie Jean-Claude pour son indulgence durant mes moments d'indisponibilité et ses encouragements.

Je remercie le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique de Côte-d'Ivoire d'avoir financé cette recherche.

Mes remerciements s'adressent aussi aux enquêteurs qui ont travaillé à la réalisation des enquêtes qualitatives.

Je remercie tous les doctorants et jeunes docteurs du SH1, la convivialité entre collègues aura été d'un apport considérable à l'aboutissement de cette thèse. Je remercie, en particulier, Juliette pour ses lectures critiques de cette thèse, Christian, Claudine, Elvire, Ferhat, Lucie, Semiath et Mamadou pour leurs encouragements.

Je remercie tous mes amis et connaissances qui m'ont encouragé durant ce parcours, Sara Nemanga, Adelaïde, Emmanuelle, Faty, Séverine, Silène, Samantha, Lucie et Mama Macha.

Je remercie toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de cette thèse.

Table des matières

Table des matières.....	3
Liste des acronymes	7
Introduction générale	11
1. Objectifs de la thèse	12
2. Problématique de la thèse	12
3. Hypothèses de la thèse	14
4. Démarche méthodologique	15
4.1. Approche théorique.....	15
4.2. Approche empirique.....	16
5. Les différentes parties de la thèse	17
Première partie : Santé et systèmes de santé dans les pays en développement.....	19
Introduction de la première partie.....	21
Chapitre 1 : La santé dans les pays en développement :	23
Un état des lieux.....	23
Introduction chapitre 1	25
1. Définitions, spécificités et enjeux en matière de santé dans les PED	26
1.1. Définitions en matière de santé.....	26
1.2. Spécificités en matière de santé en Afrique	30
1.3. Enjeux en matière de santé en Afrique	36
2. Quelles conceptions de la santé dans les PED ?	42
2.1. La santé comme bien public mondial.....	42
2.2. La santé comme droit humain	50
2.3. La santé comme service public	51
2.4. La santé comme composante du capital humain.....	55
Conclusion chapitre 1	65
Chapitre 2 : Quelles politiques pour l'amélioration des systèmes de santé en Afrique Sub-saharienne ?	67

Introduction chapitre 2.....	69
1. Les politiques de santé en Afrique sub-saharienne.....	70
1.1. La politique de soins de santé primaire.....	70
1.2. Le recouvrement du coût des prestations sanitaires.....	80
1.3. De l'exemption de paiement à la couverture maladie universelle.....	84
1.4. Evolution de la politique sanitaire en Côte-d'Ivoire.....	89
2. Les systèmes de santé en Afrique sub-saharienne.....	90
2.1. Les modèles de systèmes de santé en Afrique sub-saharienne.....	90
2.2. Les caractéristiques des systèmes de santé en Afrique sub-saharienne.....	94
2.3. Le système de santé ivoirien : une présentation approfondie.....	96
Conclusion chapitre 2.....	106
Chapitre 3 : Politiques publiques, accessibilité aux services et qualité des services : Approche théorique.	107
Introduction chapitre 3.....	109
1. Théories, politiques publiques, aide au développement et santé.....	110
1.1. Le Public Choice : Une théorie du choix collectif.....	110
1.2. Les nouvelles stratégies de l'aide au développement : le principe d'appropriation.....	114
2. L'accessibilité aux services et la qualité des services : Quelques outils d'analyse théorique.	115
2.1. Les déterminants de l'accessibilité aux soins.....	116
2.2. La qualité : Une analyse théorique.....	130
3. Analyse du cadre théorique de recherche.....	147
Conclusion chapitre 3.....	150
Introduction de la seconde partie.....	153
Chapitre 4 : Les concepts d'accessibilité et de qualité : quelles applications aux services de soins ?	155
Introduction chapitre 4.....	157
1. La qualité des soins : un concept multidimensionnel.....	158
1.1. L'approche conceptuelle de Roemer et Montoya-Aguilar (1989).....	159
1.2. L'approche conceptuelle de Donabedian (1993).....	160
1.3. L'approche conceptuelle de Tarlov et al. (1989).....	163

1.4.	Combinaison des approches de Tarlov et al. (1989) et Gallouj et Weinstein (1997).....	166
2.	Evaluation de la qualité des soins dans les PED : Quelques outils de collecte de données.....	166
2.1.	Les procédures normales d'enregistrement et de déclarations.....	167
2.2.	Les études spéciales dans les services de santé.....	167
2.3.	Les enquêtes sur les patients	167
2.4.	Les enquêtes sur les ménages.....	168
3.	Les déterminants de la qualité des soins dans les PED.....	169
4.	Evaluation de la qualité des soins sur base de certains indicateurs.....	171
4.1.	Choix des indicateurs	171
4.2.	Calcul des indicateurs	172
4.3.	Estimation des indicateurs pour la Côte-d'Ivoire.....	173
	Conclusion chapitre 4	176
	Chapitre 5 : Effectivité de l'exemption de paiement et accessibilité aux soins maternels et infantiles : Cas des consultations prénatales dans les centres de santé publics ivoiriens.....	177
	Introduction chapitre 5.....	179
1.	L'offre publique et privée de soins : quels impacts sur la qualité et l'accessibilité aux soins en Côte-d'Ivoire ?.....	180
1.1.	Description de l'offre nationale de soins en Côte-d'Ivoire.....	180
1.2.	Description de l'offre publique et privée de soins en Côte-d'Ivoire.....	181
1.3.	Répartition de l'offre de soins et taille de la population par région sanitaire	184
2.	Effectivité de l'exemption de paiement soins maternels et infantiles.....	187
2.1.	Matériel et méthodes.....	188
2.2.	Description des échantillons des ENV 2008 et 2015 constituées pour l'analyse.....	190
2.3.	Stratégie d'analyse	198
2.4.	Analyse de l'effectivité de l'exemption de paiement des soins	198
3.	Accessibilité aux services de soins maternels et infantiles	200
3.1.	Matériel et méthodes.....	200
3.2.	Analyse de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles	203
	Conclusion chapitre 5	212

Chapitre 6 : Qualité et accessibilité aux soins : Cas des centres de santé de Songon et Port-Bouët au Sud de la Côte-d'Ivoire.	213
Introduction chapitre 6.....	215
1. Qualité et accessibilité aux soins maternels et infantiles : Cas de centres de santé de Songon et Port-Bouët en Côte-d'Ivoire.	216
1.1. Matériel et méthodes.....	216
1.2. Résultats d'analyse.....	219
1.3. Discussion des résultats	227
2. Analyse de la satisfaction des patientes par rapport aux services de soins maternels et infantiles : Cas du « concours maternité accueillante ».	235
2.1. Matériel et méthodes.....	235
2.2. Résultats d'analyse.....	237
Conclusion chapitre 6	243
Conclusion générale.....	245
Bibliographie.....	253
Liste des tableaux.....	265
Liste des figures	267
Liste des encadrés	268
Liste des annexes	269
Annexes	271

Liste des acronymes

AA : Afrique Australe

AC : Afrique Centrale

ACPCI : Association des Cliniques privées de Côte d'Ivoire

AE : Afrique de l'Est

AO : Afrique de l'Ouest

ASC : Agent de Santé Communautaire

ASS : Afrique Sub-Saharienne

CGRAE : Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMS : Commission Macroéconomie et Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

CSR : Centre de Santé Rural

CSU : Centre de Santé Urbain

DDS : Direction Départementale de la Santé

DIPE : Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation

DPIC : Droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce

DTOS: Directly Observed Therapy Short

DTC3 : la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche

EDSCI : Enquête Démographique et de Santé-Côte-d'Ivoire

EI : Economie institutionnelle

ENV-CI : Enquête Niveau de Vie- Côte-d'Ivoire

EPDS : Exemption de Paiement Direct des Soins

EPN : Etablissement Public National

EPS : Exemption de Paiement de Soins

ESPC : Etablissements Sanitaires de Premier Contacts

FAS : Fonds d'Action Sanitaire

FCFA : Franc de la Communauté Financière d'Afrique

GIVS: Global Immunization Vision and Strategy

HG : Hôpital Général

IB : Initiative de Bamako

INS : Institut National de la Statistique

MUGEFCI : Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat

MSLS : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

NQA : Niveau de Qualité Acceptable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS/AFRO : Organisation Mondiale de la Santé Afrique

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OSC : Organisations de la Société Civile

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PED : Pays en développement

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PI : Pays Industrialisés PNUD : le Fonds des Nations Unies pour le Développement

PNB/hbt : Produit National Brut par habitant

PIB/hbt : Produit Intérieur Brut par habitant

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

RGPH-CI : Recensement Général de l'Habitat et de la Population de Côte-d'Ivoire

RCI : République de Côte-d'Ivoire

RDC : République Démocratique du Congo

SIDA : Syndrome immunodéficientaire acquis

SPDSS : Suppression du Paiement Direct des Soins de Santé

SSP : Soins de Santé Primaires

SONU : Soins Néonataux Urgence

SERVQUAL : Service Quality

TBN : Taux Brut de Natalité

TBM : Taux Brut de Mortalité

TAR : Traitements Anti-Rétroviraux

TR : Théorie de la Régulation

TC : Théorie des Conventions

UNICEF : Fonds des Nations pour l'Enfance

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

WHO: World Health Organization

Introduction générale

Depuis la déclaration d'Alma-Ata, en 1978, à l'Initiative de Bamako en 1987, les systèmes de santé des pays en développement (PED) auront connu différentes réformes. La déclaration d'Alma-Ata est issue de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), qui s'est tenue à Alma-Ata en 1978. Cette conférence prône « la protection et la promotion de la santé de tous les peuples du monde » (OMS, 1978) au travers du développement des soins de santé primaires. Les soins de santé primaires sont définis, dans cette déclaration, comme « *le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé* » (OMS, 1978). La déclaration d'Alma-Ata prône également un coût de soins qui pourrait être supporté par tous. Après la déclaration d'Alma-Ata et ses recommandations, le retour à la tarification des prestations sanitaires en réponse à la crise de la dette vécue par les PED, est décidé en 1987, suite à une session du comité régional africain de l'OMS. La déclaration issue de cette session est dénommée Initiative de Bamako. En effet, à partir des années 1980, les PED sont soumis aux programmes d'ajustement structurel (PAS). La mise en œuvre de ces programmes limite l'intervention de l'Etat en matière de dépense de santé. La réduction du rôle de l'Etat va fragiliser le système santé. (Peemans, 2002). Dans ce contexte économique des années 80, l'Initiative de Bamako recommande le retour à la tarification des prestations sanitaires en vue de l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires. Ainsi, en moins d'une décennie, les réformes en matière de santé dans les PED seront passées, aussi paradoxalement que cela pourrait paraître, à une volonté de favoriser l'accès des plus vulnérables aux soins de santé, en levant la barrière financière (coût des soins), puis, une autre, d'améliorer la qualité des services de soins, au risque d'exclure ces mêmes couches les plus vulnérables, avec le retour de la tarification des services de soins. D'un autre côté, depuis le début des années 2000, nombre de pays africains tendent à revenir à la suppression du paiement des prestations sanitaires. De ce fait, la « généralisation du paiement direct des soins de santé en Afrique subsaharienne vers la fin des années 1980 » (Ridde, 2012), après environ une décennie de services gratuits, semble n'avoir pas fait ses preuves, au point d'en revenir à la case départ, de gratuité des soins de santé. Parmi les arguments justifiant ce retour, on compte le fait que le paiement direct des soins de santé n'améliore pas forcément la qualité des services offerts (Ridde, 2012). En effet, bien que l'un des objectifs des mesures d'exemption de paiement direct des soins, soit l'accès des plus

vulnérables aux soins de santé, il ne faut cependant pas perdre de vue, que l'accès aux soins de santé ne peut être apprécié, que par l'amélioration de l'état de santé des populations qu'il est censé engendrer. Par ailleurs, l'amélioration de l'état de santé des populations ne peut être matérialisée qu'au travers de la qualité effective des services. De façon plus précise, si la population accède aux soins de santé sans barrière financière et que son état de santé ne s'améliore pas, en raison de la mauvaise qualité des services, l'effet de la suppression du paiement direct des soins n'aura pas été escompté. D'un autre côté, si le paiement des soins n'a pu favoriser la bonne qualité et l'accessibilité aux services, sa suppression y parviendra-t-elle ? Telles seront les questions auxquelles ce travail de recherche tentera de répondre.

Afin de mieux comprendre comment ce travail sera mené, nous nous proposons d'en expliciter les objectifs, la problématique qui en ressort, les hypothèses qui le sous-tendent, la démarche méthodologique qui le guide et les différentes parties selon lesquelles la présentation de ce travail sera structurée.

1. Objectifs de la thèse

Cette thèse s'inscrit dans la continuité des travaux menés par Ridde (2012), par De Sardan et Ridde (2014)¹, sur la suppression du paiement direct des soins de santé (SPDSS) et ses conséquences sur la qualité des services de soins. Son objectif principal sera, d'abord **d'identifier les conséquences de la suppression du paiement direct des soins de santé sur la qualité et l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles** dans un contexte de PED. Les objectifs secondaires de cette thèse seront, de **décrire et analyser les conséquences sur la qualité des services de soins maternels et infantiles, du passage de la suppression du paiement direct des soins de santé à la Couverture maladie Universelle (CMU)**, en sachant que, le plus souvent, les politiques de suppression du paiement direct des soins de santé sont censées déboucher sur le long terme sur des mécanismes de CMU.

2. Problématique de la thèse

Dans le cadre de cette thèse, la thématique de la suppression du paiement direct des soins de santé sera abordée sous l'angle de ses conséquences sur la qualité et l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, la suppression du paiement direct des soins de santé étant définie comme « *toute réduction officielle du paiement direct des soins au point de service* »

¹ Ces travaux portent principalement sur des pays d'Afrique sub-saharienne tels que le Ghana, l'Ouganda, le Kenya, le Burkina-Faso, le Mali, le Niger.

visant un groupe, une région ou un service » (Witter, 2009) citée par (Ridde, 2012). En tant que politique, la suppression du paiement direct des soins de santé provient de décisions prises « top down » dans des contextes fort politisés (pré ou post-électorales) et sans implication des personnels de santé encore moins des usagers (Ridde, 2012 ; Meessen *et al.*, 2011 ; Nimpagaritse et Bertone, 2011). D'un autre côté, les modalités de son application varient, principalement, selon le secteur de santé concerné, soit public, soit privé ou soient les deux, la **tranche de population** visée par ces mesures, en général les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq, la **durée de la suppression** soit temporaire, soit illimitée. Relativement, à la tranche de la population visée, la suppression peut être :

- Universelle, c'est-à-dire que celle-ci couvre l'ensemble de la population mais le plus souvent pour certains services de santé de base uniquement ;
- Catégorielle, c'est-à-dire limitée à un groupe de population, le plus souvent les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq, comme c'est le cas dans la majeure partie des pays africains ;
- Mixte, c'est-à-dire universelle pour certains services de santé et catégorielle pour d'autres. (Ridde *et al.*, 2010 ; Ridde, 2012).

De plus, si l'application des mesures de la suppression du paiement direct des soins de santé est une chose, son opérationnalisation, en est une autre. En effet, il ressort de la littérature antérieure que le décalage temporel entre l'annonce de la mesure et son application effective au niveau du système de santé (Ridde et Morestin, 2011 ; Ridde, 2012), le financement de la mesure, l'asymétrie d'information relevant du manque de communication entre le gouvernement et les techniciens du Ministère de la santé, entre les techniciens de Ministère de la santé et le personnel des centres de santé, mais aussi au niveau des usagers des services de santé gratuits (Ridde *et al.*, 2010 ; Ridde, 2012 ; Meessen *et al.*, 2011 ; Nimpagaritse et Bertone, 2011) constituent de véritables obstacles à la mise en œuvre de la suppression du paiement direct des soins de santé. Par ailleurs, d'après la littérature exploitée dans le cadre de cette recherche (Ridde *et al.*, 2010 ; Ridde, 2012 ; Meessen *et al.*, 2011 ; Nimpagaritse et Bertone, 2011), les effets de la suppression du paiement direct des soins de santé sur la qualité des services de soins semblent controversés d'un pays à l'autre, la qualité pouvant se définir, dans une forme la plus énoncée comme « *l'adéquation entre un produit et l'attente (réelle ou potentielle) d'un client* » (Gomez, 1994). Comme illustration, dans des pays comme le Ghana, bien que cela ait été temporaire, le bon approvisionnement en médicaments a permis l'amélioration de la qualité des services. En Afrique du Sud et à Madagascar,

l'approvisionnement en médicaments a posé problème affectant ainsi la qualité des services offerts. En Afrique du sud, l'accroissement du nombre de patients augmente les temps d'attente de ceux-ci, diminue le temps de consultation et par conséquent détériore la qualité des services offerts par les professionnels de la santé. En Ouganda, la propreté des centres de santé, le temps d'attente des patients et l'attitude du personnel soignant sont remis en cause, de façon mitigée. (Ridde *et al.*, 2010 ; Ridde et Morestin, 2011 ; Ridde, 2012). Aussi, parmi les pistes encore peu explorées en matière de recherche sur la SPDSS dans le contexte africain, celle de la perception de la population générale et des usagers des services de santé, quant à la SPDSS et la qualité des services, est apparue comme intéressante à aborder dans le cadre de cette recherche. De façon plus précise, il s'agira de **déterminer les conséquences de la suppression du paiement direct des soins de santé sur la qualité et l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, en portant une attention particulière au point de vue de la population générale et des patientes, avec la Côte-d'Ivoire comme terrain de recherche**. Cette thèse sera un cadre de réflexion sur les dispositions à prendre en vue d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles dans un contexte de suppression du paiement direct des soins.

3. Hypothèses de la thèse

L'hypothèse principale sur laquelle reposera cette thèse est que la suppression du paiement direct des soins de santé entraîne la détérioration de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins en raison des encombrements qu'elle engendre au niveau des centres de santé. Cette hypothèse est énoncée sur la base du principe développé par Coestier et Marette (2004) selon lequel « *la détérioration de la qualité est due à des encombrements qui apparaissent lorsque l'optimum, engendré par l'accroissement de l'activité ayant favorisé l'amélioration de la qualité, est atteint* » (Coestier et Marette, 2004). Ce principe est approprié, en sachant que la gratuité des soins engendre souvent des encombrements liés à une hausse de l'utilisation des services de santé (Ridde, 2012).

Les hypothèses secondaires concernent l'évaluation de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins, dans un contexte d'exemption de paiement direct des soins. La qualité et l'accessibilité aux services de soins des services de soins, seront évaluées à partir de la perception des patientes, des prestataires de soins, de la population résidant proche des centres

de santé et de responsables d'institutions œuvrant dans le domaine de la santé. Les hypothèses secondaires sont les suivantes :

- L'évaluation de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins varie en fonction des personnels de santé face auxquels les patientes sont confrontées, en considérant la relation interpersonnelle entre prestataire de soins et patiente comme déterminante dans l'évaluation de la qualité ;
- L'évaluation de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins est différente selon qu'une patiente réside en milieu rural ou urbain, étant donné l'accessibilité géographique différente entre ces deux milieux ;
- La perception des patientes des services de soins maternels et infantiles, quant à la qualité et l'accessibilité aux services de soins dans un contexte de suppression du paiement direct des soins change selon leur niveau d'instruction.

4. Démarche méthodologique

D'un point de vue méthodologique, ce travail de recherche sera construit sur la base d'éléments théoriques relatifs à l'objet de recherche mais aussi à partir d'analyses empiriques afin de pouvoir confronter nos hypothèses à la réalité d'un espace géographique donné, la Côte-d'Ivoire.

4.1. Approche théorique

Les différentes théories et concepts en lien avec la santé, les systèmes de santé, le développement, l'accessibilité aux soins mais aussi la qualité des services des soins, seront énoncés et analysés. En effet, il est important de connaître les fondements théoriques sur lesquels repose l'évaluation de la santé, des systèmes de santé mais aussi de l'accessibilité aux soins et de la qualité des services de soins. L'analyse préalable de ces fondements théoriques, nous permettra de les confronter, par la suite, à notre cas de recherche. Dans ce cadre, l'accent sera mis sur la théorie de l'asymétrie d'information (Akerlof, 1970 ; Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997), la théorie des capacités (Sen, 2000), la théorie de Lancaster (1966) appliquée aux services par Gallouj et Weinstein (1997). La théorie de l'asymétrie informationnelle a été choisie dans le but d'analyser l'effectivité de l'application de l'exemption de paiement et l'accessibilité aux soins. L'approche par les capacités et le cadre conceptuel de Levesque *et al.* (2013) seront utilisés afin d'analyser l'accessibilité aux soins. Enfin, la théorie lancastérienne appliquée aux services permettra d'analyser la qualité des soins. D'un autre côté,

les théories économiques du développement seront examinées. De façon plus précise, nous examinerons la théorie du capital humain développée par Becker (1975), sur la santé en tant que composante du capital humain et déterminante dans la productivité économique individuelle (Sachs, 2001). Le lien entre capital-santé et productivité du travail se démontre par le fait que « le temps de vie en bonne santé » permet une allocation du temps de travail favorable à une augmentation de la productivité (Schultz, 1999). De plus, nous examinerons la théorie relative aux nouvelles stratégies de l'aide au développement (OCDE, 2005) afin de comprendre l'émergence de politique publique, comme l'exemption de paiement, dans un contexte de PED comme la Côte-d'Ivoire. En ce qui concerne l'évaluation de l'accessibilité aux services de soins, elle sera basée sur le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé développé par Levesque *et al.* (2013). Par ailleurs, la théorie des conventions, issue de l'économie institutionnelle, sera également mise en évidence, en raison de sa contribution à l'explication de la prestation de qualité. D'autre part, la théorie du public Choice (Buchanan, 1972) sera analysée, en raison de son application aux services de santé.

Après avoir énoncé les différentes théories qui seront analysées dans le cadre de notre recherche, nous expliquerons dans le paragraphe suivant, les données et les méthodes qui seront utilisées sur le plan empirique.

4.2. Approche empirique

Sur le plan empirique, il s'agira de tester les hypothèses de notre travail de recherche à partir de données issues d'enquêtes auprès d'acteurs du système de santé ivoirien parmi lesquels les patientes et prestataires des services de soins maternels et infantiles, la population proche des centres de santé et les ONG œuvrant dans le domaine de la santé. Les données utilisées seront principalement issues des Enquêtes Niveau de Vie des ménages en Côte-d'Ivoire (ENV) menées en 2008 et 2015 sur le territoire ivoirien, mais aussi d'entretiens directs et approfondis réalisés dans des centres publics de santé ivoiriens. De façon plus précise, la distribution des échantillons de patientes qui ont consulté pour motif de grossesse durant les trois mois précédant les ENV, respectivement de 132 patientes en 2008 et 230 patientes en 2015, ont été analysés pour les variables coût de consultation d'un personnel de santé moderne et frais d'hospitalisation. Ces analyses ont été réalisées en vue de vérifier l'application effective de l'exemption de paiement en Côte-d'Ivoire. D'autre part, l'influence de l'exemption de paiement des soins sur l'accessibilité aux soins a été examinée, à partir d'analyses bivariées entre la variable exemption de paiement, créée à partir de la variable dépenses de santé,

présente dans les ENV, et les problèmes énoncés dans les ENV comme obstacles à l'accès aux soins des populations (frais de consultation, frais d'ordonnance, coût du transport, coût des hospitalisations, insuffisance du personnel de santé, éloignement du centre de santé, milieu de résidence). Concernant, les entretiens semi-directifs et approfondis, ils ont été menés dans quatre centres publics de santé ivoiriens, dont deux en milieu rural et deux en milieu urbain. Les quatre centres de santé sélectionnés (plus précisément, leurs services de soins maternels et infantiles) pour réaliser ces entretiens sont : le CSR-D public Abou de Port-Bouët, le CSR-DM public de Songon Agban, le CSU-D public Centre Médical Base Aérienne de Port-Bouët et le CSU-DM public de Songon Kassable. Ces centres de santé sont sous les Directions Départementales de la Santé (DDS), de Yopougon Ouest Songon et Port-Bouët Vridi située à proximité de la capitale économique ivoirienne, Abidjan. Ils ont été choisis en raison de cette proximité à la capitale qui a facilité l'accessibilité des agents enquêteurs aux centres. Au total, 90 entretiens semi-directifs ont été recueillis, au moyen d'enregistrement audio, au cours du mois de mai 2016 pendant une semaine. Parmi ces entretiens, 55 ont été menés auprès de femmes ayant accouché durant les six mois précédant l'enquête, 14, concernent les professionnels de services de soins maternels et infantiles et 21, la population générale, c'est-à-dire celle environnant les centres de santé sélectionnés. De plus, 26 entretiens qualitatifs approfondis auprès des acteurs précédemment cités et des responsables d'ONG œuvrant dans le domaine de la santé ont été recueillis dans les mêmes centres de santé, au cours du mois de janvier 2017 durant deux semaines. Ces entretiens ont permis de recueillir des informations relatives, à la perception et l'évaluation de l'accessibilité et de la qualité de services de soins maternels et infantiles soins dans un contexte d'exemption de paiement de soins.

5. Les différentes parties de la thèse

Cette thèse sera structurée en deux parties constituée chacune de trois chapitres. **La première partie** traitera de **la santé et des systèmes de santé dans les PED**, il s'agira dans ce premier chapitre, de faire un état des lieux sur la santé dans les PED, à partir de la littérature théorique et des informations recueillies sur les spécificités et enjeux en matière de santé dans les PED. Dans le second chapitre, les différentes politiques de santé mises en place dans les PED, durant ces dernières années, seront présentées. L'analyse de ces politiques de santé sera réalisée avec un accent mis sur la transition de l'exemption de paiement des soins à la couverture maladie universelle. Enfin, dans le troisième chapitre de cette thèse, le cadre théorique d'analyse, de notre recherche, sera réalisé à partir de l'analyse de théories, essentiellement, économiques. Les théories économiques analysées dans ce troisième chapitre sont la théorie de l'asymétrie

informationnelle (Akerlof, 1970 ; Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997), la théorie des capacités (Sen, 2000) et l'approche lancastérienne appliquée aux services de soins (Gallouj et Weistein, 1997). **La deuxième partie** de cette thèse sera principalement consacrée à **l'analyse de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, dans un contexte de suppression du paiement direct des soins appliqué, à la Côte-d'Ivoire**. De façon plus précise, il s'agira dans le quatrième chapitre de cette thèse, d'analyser les déterminants de la qualité des services de soins ainsi que les outils permettant l'évaluation de la qualité des soins. Dans ce quatrième chapitre, le concept de qualité des soins sera, également, examiné à partir des approches conceptuelles de Roemer et Montoya-Aguilar (1989), Donabedian (1993) et Tarlov *et al.* (1989). Le cinquième chapitre de cette thèse sera consacré à vérifier l'effectivité de l'exemption de paiement et l'accessibilité aux services de soins, dans le cas des consultations prénatales dans les centres publics de santé ivoiriens, à partir des ENV 2008 et 2015. Enfin, le sixième et dernier chapitre de cette thèse, aura pour objectif d'évaluer l'accessibilité, la qualité des soins et la satisfaction des patientes des services de soins maternels et infantiles, dans un contexte d'exemption de paiement, dans des centres de santé de Songon et Port-Bouët au Sud de la Côte-d'Ivoire, à partir d'entretiens semi-directifs et approfondis réalisés auprès des patientes, des prestataires de soins, de personnes vivant proches des centres de santé et de responsables d'ONG œuvrant dans le domaine de la santé.

**Première partie : Santé et systèmes de santé dans les pays
en développement.**

Introduction de la première partie

Les changements environnementaux entraînés par l'activité humaine de production et de consommation, de ces dernières décennies, ainsi que les transformations économiques, socio-culturelles et politiques, découlant des mouvements importants de personnes et de biens, auront favorisées de nombreuses mutations en ce qui concerne l'état de santé des populations au niveau mondial, mais encore au niveau des PED, plus particulièrement, ceux d'Afrique sub-saharienne (Martens, 2002 ; OMS/AFRO, 2014). En effet, en plus de maladies comme le paludisme dû principalement aux conditions climatiques, se sont rajoutés le VIH/Sida, la tuberculose, l'Ebola mais aussi des maladies cardiovasculaires, engendrées par la mauvaise alimentation et le stress, que génèrent la forte urbanisation africaine (OMS/AFRO, 2014). De plus, l'Afrique sub-saharienne, en raison de l'accroissement des conflits armés qui y surviennent, constitue un espace géographique propice à la propagation de maladies. Aussi, dans le but de mieux comprendre la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement direct de soins dans les PED, ainsi que l'importance de maintenir le niveau de qualité des services de soins, dans le contexte des PED, il nous a paru intéressant de dresser le portrait relatif aux paradigmes en matière de conception de la santé, de même que de présenter les évolutions concernant les systèmes de santé dans les PED. Dans ce cadre, la première partie de cette thèse reposera sur trois chapitres. Le premier chapitre traitera de la littérature théorique sur la conception de la santé, ainsi que des spécificités et enjeux en matière de santé dans les PED. Le second chapitre analysera les politiques et systèmes sanitaires dans les pays d'Afrique sub-saharienne, sera consacré à faire un état des lieux. Enfin, le troisième chapitre sera consacré à la réalisation du cadre théorique de notre recherche. Dans le premier chapitre, il s'agira de présenter les conceptions de la santé sur lesquelles reposent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques telles que l'exemption de paiement direct des soins afin de mieux percevoir l'origine de ces politiques. Parmi les notions sur la santé en lien avec les politiques publiques, celle de la santé comme bien public mondial, sera développée étant donné les justifications que cette approche apporte à la nécessité de lever la barrière financière en matière d'accès aux soins de santé, pour les populations les plus vulnérables. La conception de la santé comme composante du capital humain, sera, aussi, analysée afin d'insister sur l'importance d'intégrer des politiques publique, comme l'exemption de paiement des soins, dans les PED, en raison du lien étroit entre santé et développement. D'un autre côté, le second chapitre permettra de dégager les spécificités et enjeux en matière de santé dans les PED en vue de

mieux cerner le contexte sanitaire général de l'espace géographique étudié qu'est l'Afrique sub-saharienne. Ce second chapitre examinera également l'évolution des politiques de santé en Afrique sub-saharienne, en particulier, ainsi que l'évolution des systèmes de santé dans cette région. L'évolution des politiques et systèmes de santé, des pays d'Afrique sub-saharienne, sera abordée en raison de la nécessité de systèmes de santé solides, indispensables à la bonne mise en œuvre de politiques publiques de santé telle l'exemption de paiement direct des soins.

Chapitre 1 : La santé dans les pays en développement : Un état des lieux.

Introduction chapitre 1

Ce premier chapitre de thèse aura pour principale visée de préciser les différents concepts sur lesquels repose cette recherche ainsi que de dresser le profil sanitaire des PED et plus particulièrement de ceux d'Afrique sub-saharienne. En effet, il est indispensable de saisir les concepts de bien public mondial-santé et de capital-santé, et de présenter les principales caractéristiques des pays d'Afrique sub-saharienne en matière de santé, avant d'en arriver au lien entre politiques de santé et qualité des services de soins. Quelles réalités des PED, en termes de santé, guident l'élaboration et la mise en place des politiques de santé ? Telle est la question à laquelle ce chapitre tentera de répondre. Dans ce cadre, le bien public mondial-santé sera défini en partant de la définition du bien public, du bien public mondial, pour en arriver à préciser les caractéristiques du bien public mondial-santé. De même, le capital-santé, en tant que composante du capital humain sera analysé à partir de la définition du capital humain. Ensuite, le lien entre capital-santé, croissance et développement sera expliqué à partir de deux approches, à savoir celle de Théodore Schultz (1999) et de la Commission Macroéconomie et Santé (Sachs, 2001). Dans la première section de ce chapitre, les spécificités et enjeux en matière de santé dans les PED seront présentés. Il s'agira, dans cette section, de décrire la transition démographique et sanitaire en Afrique sub-saharienne, après avoir défini les concepts de « santé », « maladie » et « mort », importants dans la compréhension des raisons pour lesquelles, tout doit être mis en œuvre, en vue de la bonne santé des populations. Enfin, la lutte contre les maladies transmissibles telles le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que celles non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires et les affections respiratoires chroniques, représentant un enjeu de santé, en Afrique sub-saharienne sera analysée.

1. Définitions, spécificités et enjeux en matière de santé dans les PED

Cette section, telle que précisé en introduction de chapitre, aura pour principale visée d'analyser les définitions, spécificités et enjeux de santé dans les PED. En effet, il est indispensable de définir, très clairement, les concepts majeurs en lien avec la santé, de présenter les caractéristiques émergentes en matière de santé, ainsi que les perspectives qui découlent des réalités sanitaires au niveau des PED, avant d'en arriver à problématiser une recherche sur la thématique de la santé. Surtout, en sachant les inégalités en santé, relevées au sein de l'espace géographique des PED, plus particulièrement d'Afrique sub-saharienne. Cette démarche permettra de comprendre le contexte dans lequel notre recherche est réalisée.

1.1. Définitions en matière de santé

Dans cette sous-section, les notions de santé, de maladie et de mort, seront, respectivement, clarifiées. Compte tenu des divers angles d'approche auxquels ces notions peuvent être rattachées, elles apparaissent comme des concepts. Une analyse conceptuelle nous semble utile. Ces concepts ont été choisis, étant donné leur lien avec l'objectif de l'organisation des systèmes de santé, qui est celui de réduire, sinon d'éviter la maladie et la mort, et de favoriser la bonne santé, la santé optimale.

1.1.1. Le concept de santé

Partant d'une dimension principalement physique, le concept de santé se définit, à l'origine de son apparition, en référence à l'absence de symptômes, de maladies. Cette définition permettait de mesurer, aisément, la santé sur la base de critères physiques, donc, plus facilement, visibles. Par la suite, la dimension mentale sera progressivement intégrée à cette définition dans le courant des années 1900. Quelques années plus tard, l'OMS fait apparaître la notion de bien-être dans la définition du concept de santé, en l'énonçant comme étant « *un état de bien-être complet physique, mental et social qui ne peut être réduit à l'absence de maladie ou d'infirmité* »² et précise la définition de la santé en la qualifiant de « *mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.* »³.

² <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>, consulté le 18/09/2014

³ http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf, consulté le 18/09/2014

Le bien-être étant représenté, par certains auteurs, comme en lien avec la joie, la réalisation des potentialités, les relations sociales. Aussi, le bien-être subjectif se distingue du bien-être personnel. Cette définition de l’OMS relève le caractère multidimensionnel du concept de santé. De même, pour Marc Lalonde (1981) qui fait apparaître plusieurs dimensions du concept de santé en la définissant, comme « *le résultat de plusieurs facteurs associant l’héritage génétique, l’environnement, le style de vie personnelle et les soins médicaux* » (Lalonde, 1981)⁴. Toutefois, la définition de l’OMS présente différentes dimensions, prises séparément, contrairement à l’approche, qui considère toutes les dimensions comme interdépendantes, approche dite holistique. Cette définition holistique de la santé issue du modèle oriental (chinois), bien qu’intéressante à appréhender, en vue de l’amélioration de services de soins (diagnostic et traitement appropriés), est le moins mis en évidence, en raison de la difficulté à décrire et mesurer certaines dimensions qui la composent (Hunter *et al.*, 2013). Aussi, les différentes dimensions qui composent le concept de santé, tant en ce qui concerne le modèle holistique que celui conventionnel, ont été examinées par Hunter *et al.* (2013) et sont présentées dans l’encadré 1.

⁴ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> , consulté le 02/02/2015

Encadré 1 : Les dimensions du concept de santé.

- la dimension **physique** : condition physique, souplesse, force, agilité et autres indices physiques comme le tonus musculaire, cholestérol, indice de masse corporelle et la tension artérielle. Modèles sont souvent axés sur les comportements de santé et les actions nécessaires pour soutenir la santé, comme la médecine d'autogestion de la santé, de mode de vie et de prévention ;
- la dimension **psychologique/émotionnelle** : attitudes positives, estime de soi réaliste et optimisme, prise de conscience des sentiments et résilience ;
- la dimension **intellectuelle** : la capacité d'apprendre, être créatif, avoir une pensée critique et autres compétences cognitives de niveau supérieure ;
- la dimension **spirituelle** : Croyances et valeurs, sens et buts dans la vie, paix intérieure et une capacité à se transcender ;
- la dimension **occupationnelle** : l'utilisation optimale des compétences pour des activités utiles et satisfaisantes et le travail, qui peut être rémunérée ou non. Les activités récréatives sont aussi considérées.
- la dimension **sociale** : la qualité des interactions interpersonnelles, donner et recevoir du soutien et de l'engagement des individus de sa communauté et son environnement.
- la dimension **environnementale** : Maîtrise de soi, capacité à gérer sa vie ; ou compréhension de l'importance de l'environnement sur la santé d'un individu.

Source : Hunter *et al.*, 2013.

Dans l'objectif d'approfondir la compréhension des différentes dimensions de la santé mises en exergue par Hunter *et al.* (2013), le 'cercle de santé' développé par Saylor (2004) a été analysé.

Le 'cercle de santé' représenté à la figure 1, modèle de définition de la santé proposé par Saylor (2004), illustre et résume bien, le lien entre les différentes dimensions du concept de santé relevées par Hunter *et al.* (2013).

Figure 1 : Le cercle de santé.



Source : Saylor, 2004.

Le 'cercle de santé' s'appuie sur les fondements de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) qui définit la santé optimale comme reposant sur l'équilibre entre le yin et le yang, étant respectivement traduit comme partie non éclairée et partie éclairée d'une réalité. Le 'yin' étant représenté dans la figure par la couleur noire et le 'yang', par la couleur blanche. Le centre du cercle représentant la santé optimale qui est le reflet du bien-être et de la qualité de vie. Dans la figure, le 'yin' se décrit au travers de la régénération et le 'yang', au travers des activités et performances.

Par ailleurs, les notions de santé optimale et de bien-être sont aussi intéressantes à définir pour la compréhension de notre objet d'étude. La santé optimale se définit comme l'équilibre dynamique entre les différentes dimensions de la santé présentées dans le 'cercle de santé' de Saylor (Saylor, 2004 ; O'Donnell, 2009 ; Song et Kong, 2015). Le bien-être, étant défini en référence à la santé présentée comme étant plus que l'absence de maladies (Hunter *et al.*, 2013).

D'un autre côté, Gaimard (2011) fait ressortir le caractère relatif de la santé, du fait que la santé peut être perçue différemment d'un individu à l'autre.

1.1.2. Le concept de maladie

Le concept de morbidité et celui de maladie sont étroitement liés. En effet, la morbidité est le rapport du nombre de malades à la population totale sur une période donnée. Par conséquent, déterminer la morbidité nécessite une définition claire de la maladie. Or, la maladie est difficile à observer (Gaimard, 2011). Dans ce cadre, Gaimard (2011) énonce « trois composantes de morbidité en fonction de la provenance de l'information sur les malades. Ces trois composantes sont la morbidité déclarée (ou subjective), la morbidité diagnostiquée et la morbidité objective ou mesurée. La morbidité est dite déclarée lorsque l'information sur la maladie est collectée directement auprès des individus. La morbidité déclarée est également appelée morbidité ressentie ou subjective en raison de ce que la perception qu'un individu a de son état de malade est liée à sa propre échelle de valeur. Dans le cas de la morbidité diagnostiquée, l'information sur les malades est donnée par le médecin. La morbidité diagnostiquée est souvent étudiée au travers d'enquêtes épidémiologiques. La morbidité objective ou mesurée désigne, quant à elle, la composante de la morbidité renseignée sur la base d'examens médicaux réalisés sur toute ou partie d'une population. » (Gaimard, 2011).

1.1.3. Le concept de mort

Conséquence fatale de la maladie, la mort est importante à définir, étant donné que toute l'organisation des systèmes de santé a pour objectif principal de l'éviter. De façon générale, la mort peut se définir comme la fin de la vie. La fin de la vie étant décrite, de façon plus technique, au travers de « quatre principaux signes. Ces quatre principaux signes sont la perte totale de l'état de conscience et de toute activité spontanée en dehors des réponses réflexes, la suppression de réactivité pour tous les nerfs crâniens, l'abandon de la respiration spontanée et un électroencéphalogramme plat qui caractérise la mort cérébrale. Ces quatre signes doivent être constants pendant un délai d'observation suffisant (12 à 48 heures) (Gourbin et Wunsch, 2002) » (Gaimard, 2011)

1.2. Spécificités en matière de santé en Afrique

Après avoir précisé les concepts, qu'il nous a paru intéressant de mettre en évidence dans la sous-section consacrée aux définitions en matière de santé. Cette sous-section, consacrée aux spécificités en matière de santé en Afrique, permettra de décrire les caractéristiques de santé des populations des PED, plus particulièrement celles africaines. Il s'agira dans cette sous-

section de présenter le niveau de transition démographique et sanitaire en Afrique, le lien entre questions de population et santé étant étroit, cette approche a paru pertinente. Ainsi, la définition et les caractéristiques de transition démographique et sanitaire en Afrique seront exposées dans la sous-section suivante.

1.2.1. La transition démographique en Afrique

Dans le but de comprendre la transition démographique en Afrique, la définition de la transition démographique, en tant que phénomène de population, sera, d'abord, définie. Ensuite, la transition démographique sera appliquée à la région africaine, à partir d'indicateurs de fécondité et de mortalité.

1.2.1.1. Définition de la transition démographique

La transition démographique est un processus d'évolution de la population traduit par le passage d'un état à un autre. Elle est représentée par quatre principales étapes, auxquelles se situent, de façon différente, les pays selon l'évolution de leur population. Les quatre étapes qui composent la transition démographique sont, respectivement « l'équilibre pré-moderne, l'étape industrielle, la phase de maturité industrielle et l'équilibre post-industriel. L'équilibre pré-moderne est caractérisé par des taux bruts de natalité et de mortalité élevés avoisinant 35 ‰ à 45 ‰, le taux brut de natalité (TBN) étant défini comme le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année, et le taux brut de mortalité (TBM), comme le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année. L'étape industrielle est définie par un TBN inchangé et un TBM qui baisse autour de 15 ‰. Après, la phase de maturité industrielle survient. La phase de maturité industrielle s'identifie par des TBN et TBM qui baissent jusque 10 ‰. Enfin, la dernière étape, qui est celle de l'équilibre post-industriel, fait apparaître des taux bruts de natalité et de mortalité approximativement inférieurs ou égaux à 10 ‰. » (Coale (1973), Montgomery (2009), cités par Eastwood et Lipton (2011)). La transition démographique est intéressante à aborder, dans le cadre de cette recherche, étant donné son lien avec les questions de natalité et de mortalité. En effet, la natalité et la mortalité relèvent, également, de la santé. Aussi, l'analyse des spécificités de la transition démographique au niveau des PED, plus précisément ceux d'Afrique sub-saharienne (ASS) permettra de comprendre le contexte de notre recherche. En effet, la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne se situent entre la première et la seconde phase de la transition démographique et sont ainsi désignés comme étant des pays à transition

démographique inachevée. Ce caractère inachevé de la transition démographique, qui traduit des niveaux de natalité et de mortalité plus ou moins élevés dans les PED, constitue une spécificité en matière de santé dans les PED.

1.2.1.2. Caractéristiques de la transition démographique en Afrique

En région africaine, la transition démographique est difficile à situer. En effet, dans cette région du monde, le taux brut de natalité est estimé à 36 ‰ et le taux brut de mortalité est estimé à 10‰ en 2015 (UN, 2015). La valeur du TBN rapporte à l'étape pré-moderne de la transition démographique alors que la valeur du TBM rapporte à l'étape de maturité industrielle. Ces écarts, entre les valeurs des TBN et TBM, ne permettent pas de situer, clairement, l'étape de la transition démographique qui correspond à la région africaine. Cependant, à partir de ces indicateurs, nous pouvons émettre l'hypothèse que la transition démographique en Afrique se situe entre l'étape pré-moderne et la phase de maturité industrielle. D'autre part, l'analyse des TBN et TBM, des autres régions du monde, permet de situer, aisément, les étapes de la transition démographique auxquelles ces régions se situent. Concernant, l'Asie, les TBN et TBM respectifs de 18 ‰ et 7 ‰ (UN, 2015), permettent de la situer entre l'étape industrielle et la phase de maturité industrielle. Ensuite, l'Europe, avec des TBN et TBM de 11 ‰ (UN, 2015), se situe, très clairement, à l'équilibre post-industriel. Enfin, l'Amérique du nord, qui se situe, également, à l'équilibre post-industriel, avec des TBN et TBM, respectivement de 12 ‰ et 8 ‰ (UN, 2015).

1.2.2. Transition sanitaire en Afrique

De même que pour la transition démographique, la transition sanitaire sera définie et décrite au niveau africain à partir d'indicateurs de santé tels les taux de mortalité maternelle et infantile ainsi que le taux de prévalence de certaines maladies comme la paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

1.2.2.1. Définition de la transition sanitaire

La transition sanitaire se compose de la transition démographique, telle que définie plus haut, et de la transition épidémiologique. La transition épidémiologique étant définie comme un processus de changement, en termes de résurgence de maladie, causes de décès. De façon plus

précise, la transition épidémiologique a été définie par Omran (1971) comme se composant de trois périodes, en référence à la démographie de l'ouest de l'Europe à cette époque, à savoir :

- L'âge de la peste et de la famine, période pendant laquelle la mortalité est principalement due aux maladies infectieuses et à la malnutrition ;
- L'âge des pandémies en recul, caractérisée par une baisse de la mortalité, du fait de la diminution des maladies infectieuses ainsi que de la hausse progressive du taux de maladies dégénératives ;
- L'âge des maladies dégénératives et des maladies provoquées par l'homme, désigné par un bas niveau de maladies infectieuses et de mortalité. (Vitzthum et Spielvogel, 2003)

Ainsi, pendant que la transition épidémiologique s'intéresse aux évolutions concernant la mortalité et la morbidité, la transition sanitaire, qui s'intéresse à la santé et à la survie, s'explique au travers des changements culturels, économiques, sociaux et environnementaux qui conduisent les transitions démographique et épidémiologique. De ce fait, en référence, aux différentes périodes de la transition épidémiologique, la transition sanitaire peut être décrite comme suit :

- A l'âge de la peste et de la famine correspondent, « *une faible utilisation des ressources écologiques et un manque de capital social et économique nécessaires à l'amélioration de la santé* » (Martens, 2002) ;
- Durant l'âge des pandémies en recul, « *la croissance économique est stimulée par une hausse du capital social qui optimise la santé grâce aux infrastructures et à la technologie qui favorisent l'utilisation des ressources écologiques et fournissent les services sociaux de base* » (Martens, 2002) ;
- Au cours de la période représentée par l'âge des maladies dégénératives et provoquées par l'homme, « *la croissance économique influence directement la santé. A ce stade, l'espérance de vie augmente grâce à l'amélioration de soins et de la technologie médicale ; et la santé fortement déterminée par les aspects sociaux notamment les conventions culturelles au sujet de la nourriture et de la boisson* » (Martens, 2002).

Par ailleurs, Martens (2002), dans sa démarche d'approfondir la réflexion sur la transition sanitaire, propose 4 groupes de scénarios possibles de changements sociaux, économiques, environnementaux et culturels, à partir desquels sont mis en évidence 3 étapes de la transition sanitaire. Ces trois étapes de la transition sanitaire viennent compléter celles reposant sur la

transition épidémiologique de Omran (1971). Ainsi, comme évolution future possible dans la transition sanitaire, Martens (2002) relève :

- L'âge des maladies infectieuses émergentes, présenté comme étant caractérisé par l'apparition de nouvelles maladies infectieuses ou la réapparition d'anciennes maladies infectieuses, causées par le mouvement de population pour les voyages et le commerce. Cette étape s'identifie, également, par les changements environnementaux liés à l'activité humaine, la pression sur l'environnement, la surutilisation des antibiotiques et des insecticides ;
- L'âge de la technologie médicale, correspondant à des changements de style de vie, et au niveau environnemental. Ces changements sont compensés par une croissance économique élevée et une amélioration de la technologie ;
- L'âge de la santé durable auquel une amélioration de la santé des populations est associée. L'amélioration de la santé des populations est liée à des investissements conséquents dans les services sociaux. A ce stade, les politiques de santé sont mises en place, de sorte à ce que la santé des générations futures ne soit pas compromise par l'épuisement des ressources nécessaires à celles-ci. (Martens, 2002)

1.2.2.2. Caractéristiques de la transition sanitaire en Afrique

D'après le classement régional des causes principales de la charge de morbidité, mesurées en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) pour l'année 2011 basé sur les statistiques sanitaires mondiales 2013 et présenté dans le rapport sur la santé des populations en région africaine 2014, « 36% des années de vie en bonne santé ont été perdues (DALY) du fait de maladies infectieuses et parasitaires, 26% en raison de maladies non transmissibles, 13% à cause des affections néonatales, 11% en raison d'infections respiratoires, 7% à cause de traumatismes accidentels, 5 % étant dues aux carences nutritionnelles, 2 % aux affections maternelles et 2 % aux traumatismes délibérés. » (OMS/AFRO, 2014). De ces informations, il apparaît que la région africaine se situe à la quatrième étape de la transition sanitaire développée par Martens (2002), à savoir celle de l'âge des maladies infectieuses émergentes.

• Le niveau de mortalité en Afrique

Bien que le niveau de mortalité ait globalement baissé dans les PED durant ces dernières années, il demeure encore élevé, plus précisément en Afrique subsaharienne, comparativement à celui des Pays industrialisés (PI). En effet, pendant que le taux de mortalité adulte est 343

pour 1000 habitants en ce qui concerne les hommes et de 298 pour 1000 habitants pour les femmes vivant en région africaine en 2012 (OMS/AFRO, 2014), il est de 161 pour 1000 habitants pour les hommes et de 89 pour 1000 habitants pour les femmes en région européenne pour la même année (OMS/AFRO, 2014), soit presque la moitié du taux de mortalité adulte en région africaine. Il en est de même pour le ratio de mortalité maternel ainsi que le taux de mortalité infantile qui évoluent selon les mêmes tendances. Cela démontre des efforts qu'il reste encore à faire en matière de réduction de mortalité dans les PED, de façon générale, et en Afrique, de façon particulière. Aussi, étant donné l'importance accordée aux premières années de vie en raison de leurs conséquences sur l'état de santé sur le long terme, une attention particulière sera portée sur la mortalité infantile mais aussi la mortalité maternelle car elles constituent encore des problématiques en matière de santé dans les PED.

- *La mortalité maternelle*

Le lien entre mortalité maternelle et mortalité infantile est établi au niveau du fait qu'une mauvaise alimentation et des soins prénataux inadéquats concernant la mère ont des conséquences sur le risque décès et de maladies du nouveau-né puis de l'enfant. En 2013, le ratio estimé de mortalité maternelle représentant le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes est estimé à 500 pour 100 000 naissances vivantes en région africaine et à 190 pour 100 000 naissances vivantes en région asiatique tandis qu'il est estimé à 68 pour 100 000 naissances vivantes et 17 pour 100 000 naissances vivantes respectivement en Amérique et en Asie. Les principales causes de décès maternels, en 2010, sont l'hémorragie qui cause 34% des décès maternels et l'hypertension qui est à l'origine de 19% des décès maternels en Afrique subsaharienne. Alors que durant les dernières décennies, les décès maternels de la région étaient principalement causés par les infections et l'anémie. (OMS/AFRO, 2014)

- *La mortalité infantile*

En région africaine, la mortalité néonatale définit comme la mortalité qui survient lors des 28 premiers jours de la vie, constitue « un tiers de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans. D'un autre côté, un tiers des décès de nouveau-nés au niveau mondial sont observés en région africaine, trois quarts d'entre eux ont lieu au cours de la première semaine de vie tandis que presque la moitié, s'observe durant les 24 premières heures de vie » (OMS/AFRO, 2014). Comme principales causes de décès des nouveau-nés l'on compte : la prématurité à l'origine

de 10,4% de la mortalité néonatale puis l'hypoxémie⁵ et le traumatisme obstétrical à la base de 10% de la mortalité néonatale au titre de l'année 2011. La mortalité néonatale est donc une composante de la mortalité infantile, la mortalité infantile étant observée au cours des 5 premières années de vie. En 2012, le taux de mortalité des moins de 5 ans représentant la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes est estimé à 95 pour 1000 en région africaine contre 12 pour 1000 en région européenne. Au niveau mondial, le taux de mortalité des moins de 5 ans est 48 pour 1000 naissances vivantes en 2012. Parmi principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans vivant en région africaine, il y a :

- le paludisme qui provoque 14,9% des décès ;
- la pneumonie à l'origine de 13,8% des décès ;
- les maladies diarrhéiques comme provoquant 10,1% des décès. (OMS/AFRO, 2014)

- ***La santé de la femme en Afrique***

La santé de la femme est importante à aborder en raison de sa fragilité durant les années de procréation ainsi que des taux élevés de mortalité et d'incapacité liés au VIH/sida et aux affections maternelles à l'origine d'une morbidité élevée pour les femmes en âge de procréer vivant sur le continent africain (OMS, 2009). En effet, la santé de la femme africaine est essentiellement affaiblie par « les maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les affections maternelles et périnatales et les carences nutritionnelles. De façon plus précise, au niveau mondial, environ 30% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont anémiques dont la moitié à cause d'une carence en fer ; aussi, près de 57% de ces femmes anémiques résident en Afrique » (OMS/AFRO, 2014)

1.3. Enjeux en matière de santé en Afrique

Les maladies transmissibles représentent la principale charge de morbidité totale en région africaine (OMS/AFRO, 2014). Ensuite, viennent les maladies non transmissibles qui se développent de façon croissante sur le continent. Ainsi, la lutte contre ces maladies constitue un véritable enjeu en matière de santé dans la région africaine. Cette sous-section présentera les enjeux de santé au niveau africain que sont principalement la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

⁵ Diminution du taux d'oxygène dans le sang.

1.3.1. Lutte contre les maladies transmissibles

La lutte contre les maladies transmissibles constitue un véritable enjeu de santé en Afrique, surtout lorsque sont comptés parmi ces maladies, celles qui font le plus ravage au niveau mondial tels le VIH/SIDA et la tuberculose⁶.

1.3.1.1. Le VIH/SIDA

Avec un taux d'incidence, soit le nombre estimé de nouvelles infections par an pour 100 personnes âgées de 15-49 ans, de 1,02% pour l'année 2012 en ce qui concerne l'Afrique australe, le VIH/SIDA représente l'une des maladies transmissibles dont la présence est encore considérable en Afrique comparativement aux autres régions du monde. En effet, 70% des nouvelles infections au VIH/SIDA estimées au titre de l'année 2012 ont été observées en Afrique sub-saharienne (Nations Unies, 2014). De même, le taux de mortalité lié au VIH/SIDA, de 377 décès pour 100 000 habitants en 2012 concernant la région africaine est largement au-dessus de celui des autres régions du monde qui ne dépassent pas 22 décès pour 100 000 habitants (OMS, 2014). De plus, le taux de prévalence du VIH/SIDA demeure élevé en Afrique, celui-ci étant estimé à 2774 pour 100 000 habitants alors qu'il est de 244 pour 100 000 habitants et de 185 pour 100 000 habitants respectivement pour l'Europe et l'Asie du Sud-Est. Face à la présence encore notable du VIH/SIDA en Afrique (OMS, 2014), certaines raisons sont évoquées parmi lesquelles, le faible niveau d'information sur l'épidémie ainsi que sur les comportements à risque pour les jeunes âgés de 15-24 ans considérés comme étant les plus sensibles à être infectés. De ce fait, « seulement 39 % des jeunes hommes africains et 28 % des jeunes femmes africaines âgés de 15 à 24 ans ont une connaissance approfondie du VIH selon les estimations entre 2006-2012. Aussi, l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque élevé pour les femmes et les hommes âgés de 15-24 ans est respectivement estimé à 37% et 57% entre 2006-2012 alors que la cible fixée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida en 2001 est de 95% » (Nations Unies, 2014). Toutefois, il convient de faire remarquer les avancées en matière de prévention et traitement au niveau de l'Afrique qui ont permis la hausse du taux de survie avec le VIH/SIDA, particulièrement grâce à l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux (TAR) au travers d'une approche santé publique et une utilisation stratégique

⁶ D'après les statistiques estimées par l'OMS pour 2015, la tuberculose et le VIH/Sida compte parmi les 10 maladies les plus mortelles au monde avec respectivement 1,373 millions de décès et 1,060 millions de décès.

de ceux-ci pour prévenir la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (OMS/AFRO, 2014).

1.3.1.2. La tuberculose

Principale cause de décès des personnes vivants avec le VIH, la tuberculose constitue derrière le VIH/SIDA l'une des maladies transmissibles les plus importantes en Afrique. Ainsi, « 27% des nouveaux cas de tuberculose enregistrés au niveau mondial pour l'année 2012 concerne la région africaine et 46% des personnes atteintes de tuberculose sont positives pour le VIH » (OMS/AFRO, 2014). D'un autre côté, les taux d'incidence et de prévalence de la tuberculose estimés pour l'année 2012, respectivement de 255 et 303 pour 100 000 habitants bien qu'ayant sensiblement diminué durant la dernière décennie s'avèrent encore importants et demeurent élevés par rapport aux autres régions du monde (OMS, 2014). Pour lutter efficacement contre la tuberculose, l'OMS préconise au travers de sa « stratégie Halte à la tuberculose » (WHO, 2006) la mise en œuvre de la démarche « DTOS » (Directly Observed Therapy Short) basée sur cinq éléments que sont :

- L'implication des politiques au travers de l'accroissement des ressources humaines et financières nécessaires ainsi que la mise en place d'une législation conséquente ;
- Les dépistages de cas et diagnostics de qualité ;
- L'approvisionnement efficace en médicaments ;
- Le traitement approprié avec surveillance et soutien aux patients ;
- La mise en place d'un système de suivi et évaluation de la maladie. (OMS, 2015)

En Afrique, la lutte contre la tuberculose s'est matérialisée par « l'expansion de la stratégie DTOS, l'amélioration du dépistage des cas grâce à l'amélioration des produits de diagnostic, l'application des directives de l'OMS relatives à la tuberculose pédiatrique et le traitement conjoint de la tuberculose et du VIH/SIDA permettant aux personnes atteintes de tuberculose d'accéder aux tests de dépistage et au traitement du VIH/SIDA » (OMS/AFRO, 2014).

1.3.1.3. Le paludisme

Malgré les efforts réalisés en matière de lutte contre le paludisme, l'Afrique demeure le continent où la manifestation de cette maladie reste importante. Au niveau mondial, environ 198 millions de cas de paludisme ont été estimés ainsi que 548 000 décès liés au paludisme enregistrés au titre de l'année 2013. Aussi, avec environ 80% des cas de paludisme observés

au niveau mondial, l'Afrique représente, après l'Asie du Sud-Est (12%) et la région méditerranéenne (6%), le continent sur lequel le paludisme est le plus présent. D'autre part, le niveau de mortalité due au paludisme, en ce qui concerne la région africaine, qui est de 80% des cas de décès liés au paludisme au niveau mondial, ne fait que confirmer la réalité selon laquelle les pays d'Afrique sub-saharienne supportent la charge la plus élevée de mortalité due au paludisme au niveau mondial. Cependant, il est intéressant de préciser que ces indicateurs de morbidité et de mortalité liée au paludisme ont diminué au cours de la dernière décennie en passant de 227 millions de cas de paludisme observés en 2000 contre 198 millions de cas en 2013 ; de même, une baisse de 34% d'incidence de la maladie a été enregistrée entre 2000 et 2013 pour la région africaine et une baisse de 40% est projetée pour l'année 2015 pour cette région. (WHO, 2014). Dans le but de faire baisser les tendances de morbidité et de mortalité due au paludisme dans la région d'Afrique sub-saharienne, « les principales mesures ont consisté à favoriser :

- la disponibilité et utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- le traitement fondé sur le diagnostic utilisant les CTA ;
- la participation des communautés à la lutte antipaludique ;
- le renforcement des capacités de lutte antivectorielle pour le paludisme.

De plus, l'implication des gouvernements africains, de l'Union Africaine ainsi que les financements considérables obtenus au niveau international ont contribué à la lutte contre le paludisme en Afrique. » (OMS/AFRO, 2014)

1.3.2. Lutte contre les maladies non transmissibles

D'ici l'an 2030, le niveau de mortalité liée aux maladies non transmissibles sera supérieur à celui lié aux maladies transmissibles, pour le continent africain (OMS/AFRO, 2014). Parmi les maladies non transmissibles en forte expansion sur le continent, les principales sont les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires et le cancer. Les précisions concernant ces maladies seront développées dans les lignes qui vont suivre.

1.3.2.1. Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires qui touchent, le plus, les populations africaines sont l'hypertension, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies

coronariennes. Le vieillissement de la population apparaît comme principal motif expliquant la progression de ces maladies en Afrique. (OMS/AFRO, 2014)

1.3.2.2. Les affections respiratoires chroniques et le cancer

Chez les Africains, les affections respiratoires les plus relevées sont l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la tuberculose et le cancer du poumon. Aussi, le cancer du col de l'utérus est fortement observé, au niveau des femmes africaines, les indicateurs relatifs à ce type de cancer sont plus élevés, en région africaine, par rapport aux autres régions du monde. En dehors du cancer du col de l'utérus, les cancers qui touchent le plus les femmes africaines sont ceux du sein, de l'estomac, du poumon ainsi que le cancer colorectal. Tandis que les hommes sont, le plus affecté, par le cancer de la prostate et celui du foie. En réponse à cette montée de maladies non transmissibles, les gouvernements africains ont décidé de s'attaquer au principal facteur de risque de ces maladies à savoir, le tabac. Ainsi, au travers de lois antitabac et de mesures concrètes, telles que la hausse du prix des cigarettes, la région africaine espère voir l'expansion de ces maladies freinée. D'un autre côté, pour combattre le cancer du col de l'utérus en Afrique, le dépistage visuel et la cryothérapie sont préconisés. (OMS/AFRO, 2014)

Dans l'objectif de comparer les indicateurs, qui ont permis de mettre en évidence les spécificités et enjeux en santé en Afrique, à ceux des autres régions du monde, les tableaux 1 et 2 ont été réalisés. Le tableau 1, fait la synthèse des spécificités en santé en Afrique, en comparant les indicateurs de santé de la région africaine, à ceux de l'Amérique, de l'Asie et de l'Europe. Les indicateurs de santé sélectionnés dans le cadre de cette comparaison sont l'espérance de vie, les taux de mortalité néonatale, infantile, et adulte, le ratio de mortalité maternelle et les années de vie perdues. Le tableau 1 révèle que les taux de mortalité néonatale, infantile et adulte sont plus élevés en Afrique par rapport aux autres régions. Le ratio de mortalité maternelle est, également, plus élevé en Afrique que dans les autres régions du monde. Les valeurs concernant les indicateurs de mortalité sont les plus faibles en Europe et en Amérique. D'un autre côté, l'espérance de vie à la naissance, est plus faible en Afrique, comparativement aux autres régions du monde. Le tableau 1 démontre l'importance de mettre en œuvre des politiques de santé adéquates, en Afrique, afin de réduire le niveau de mortalité.

Tableau 1 : Synthèse des spécificités en santé en Afrique en comparaison à l'Amérique, l'Asie et l'Europe (2012-2013).

Indicateurs (en 2012)	Afrique	Amérique	Asie du Sud- Est	Europe	Monde
Espérance de vie à la naissance (par an)	58	76	67	76	70
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	32	8	27	6	21
Taux de mortalité infantile (probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes)	95	15	50	12	48
Taux de mortalité adulte (probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1000 habitants), homme/femme	343/298	161/89	222/149	179/80	187/124
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) en 2013	500	68	190	17	210
Années de vie perdues (pour 100 000 habitants)	63 153	18 202	29 553	22 738	28 311

Source : OMS, 2014. (Statistiques Sanitaires Mondiales)

D'autre part, le tableau 2, fait la comparaison des taux d'incidence du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique par rapport à ceux de l'Europe, de l'Amérique et de l'Asie du Sud-Est. Ces taux d'incidence révèlent les enjeux en matière de lutte contre ces maladies dans chacune de ces régions du monde.

Tableau 2 : Synthèse des enjeux en santé en Afrique en comparaison à l'Amérique, l'Asie et l'Europe.

Taux d'incidence (pour 100 000 habitants) en 2012	Afrique	Amérique	Asie du Sud- Est	Europe	Monde
VIH/Sida	176	15	12	18	33
Tuberculose	255	29	187	40	122
Paludisme	18 579	139	1 462	NA	3 752

Source : OMS, 2014. (Statistiques Sanitaires Mondiales)

Le tableau 2 démontre que la lutte contre le paludisme est déterminante dans l'amélioration de la santé des populations africaines, en raison du taux d'incidence élevé de cette maladie en Afrique. Aussi, bien que le VIH/Sida, et la tuberculose aient des taux d'incidence moins élevés que celui du paludisme, ils sont supérieurs à ceux des autres régions du monde. De ce fait, la lutte contre le VIH/Sida et la tuberculose se présente comme un véritable enjeu de santé en Afrique.

Dans cette section, nous avons analysé les définitions, spécificités et enjeux en santé dans les PED. La section suivante fera l'analyse des conceptions de la santé dans les PED.

2. Quelles conceptions de la santé dans les PED ?

La conception de la santé est différente selon le contexte social, économique, juridique ou environnemental, par rapport auquel elle se rapporte. A cet effet, il est important de présenter les différentes conceptions de la santé, surtout dans le cadre d'une recherche portant sur la santé. Dans cette section, il s'agira de présenter les différentes conceptions de la santé tant économique, juridique que humaine en mettant en évidence l'aspect économique étant donné l'objet de notre recherche.

2.1. La santé comme bien public mondial

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « *un état de bien-être complet physique, mental et social qui ne peut être réduit à l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946). De cette définition, il ressort le lien étroit entre la notion de « santé » et celle de « bien ». Ainsi, la santé est un état de bien-être mais aussi un bien au sens économique du terme. En effet, depuis l'avènement des Programmes d'Ajustement Structurels (PAS) dans les PED durant les années 1980-1990, la santé est considérée comme un bien public plutôt qu'un service public (Boidin, 2005 ; 2014). De façon plus précise, les services de santé en tant que services publics se caractérisent par un financement intégral par l'Etat avec pour finalité l'accès aux soins pour tous, tandis que les services de santé considérés comme biens publics ramènent au caractère marchand de l'offre sanitaire. Dans ce dernier cas, l'Etat n'intervient que lorsque le marché de la santé est défaillant. Cette défaillance conduira à une offre sanitaire publique selon les externalités occasionnées « *sur la satisfaction des besoins sanitaires des usagers des services de santé* » (Boidin, 2005), en sachant que ces externalités sont identifiées à partir des critères de non-rivalité et d'absence d'exclusion caractérisant la santé publique en tant que bien collectif pur (Samuelson, 1954). De ce fait, la santé est donc considérée comme un bien public,

mieux un bien public mondial. Le caractère mondial de la santé en tant que bien public est perceptible à trois niveaux, d'après les critères mis en évidence par Kaul *et al.* (2002) : d'abord, la santé ne relève pas uniquement d'un groupe de pays aux indicateurs de richesse similaires tels les pays développés ; ensuite, les effets de la santé touchent la population mondiale et enfin ses effets concernent les générations futures. (Kaul *et al.*, 2002 ; Boidin, 2005). De ce caractère mondial de la santé comme bien public, il ressort des spécificités selon l'approche sur laquelle on se base. Ainsi, la santé peut être perçue, sous l'angle de l'économie publique, comme un bien public mondial final, en raison des cercles vertueux ou vicieux de l'état de santé des individus, les uns sur les autres, ou un bien public mondial intermédiaire lorsque l'on considère les médicaments ou encore les réglementations qui régissent leur accès, et qui participent au bon état de santé des populations. Dans ce cadre, la santé devient le bien public final de biens publics intermédiaires que constituent les médicaments ou les réglementations concernant leur accès. Selon l'approche " biens communs ", la santé est plutôt perçue comme un "bien commun" dont la gestion commune et mondiale doit être une nécessité. Cette approche est plus soutenue par les acteurs de la solidarité internationale. (Boidin, 2005).

Dans l'optique de présenter cette notion de santé comme bien public mondial, nous définirons, d'abord, le bien public au sens économique du terme, ensuite, le bien public mondial et enfin, nous mettrons en évidence les caractéristiques qui permettent d'identifier le bien public mondial-santé.

2.1.1. Définition du bien public

Afin de mieux comprendre cette conception de la santé comme bien public mondial, il convient de revenir à la définition de base du bien public. Aussi, dans le but de préciser le concept de "bien public", la description du bien privé, opposé au bien public, s'avère intéressante. D'abord, un bien « *est défini comme ce qui est utile, apte à satisfaire les besoins humains* »⁷. Le caractère " économique " d'un bien provient du fait qu'il doit, en plus, être rare.⁸ Pour Beitone *et al.* (2013), « *un bien économique est un produit de l'activité de production qui se distingue d'un service par son aspect matériel. Dans la théorie néoclassique, un bien est ce qui procure une utilité pour un consommateur, qu'il soit matériel ou non* » (Beitone *et al.*, 2013). Ensuite, le bien privé ou privatif, est un bien qui a le caractère d'être rival et excluable à la fois

⁷ <http://www.universalis.fr/encyclopedie/bien-economique/>, consulté le 25 février 2015.

⁸ <http://www.universalis.fr/encyclopedie/bien-economique/>, consulté le 25 février 2015.

(Beitone *et al.*, 2013). Le bien excluable étant défini comme « un bien qui ne peut être accessible que moyennant un prix » (Beitone *et al.*, 2013) et le bien dit rival, « *lorsque son utilisation par un individu, prive un autre de la possibilité de l'utiliser* » (Beitone *et al.*, 2013). Ainsi, si le bien privé a pour caractéristiques la rivalité et l'exclusion tel que défini plus haut, le bien public ou collectif, par opposition, sera caractérisé par la non-rivalité et la non-exclusion par les prix. Les précisions ci-dessus seront récapitulées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Définition du bien public selon Beitone et al. (2013)

	Exclusion	Non-exclusion
Rivalité	Biens privatifs	Biens communs
Non-rivalité	Biens de club	Biens collectifs

Sources : Beitone *et al.*, 2013 ; Kaul *et al.*, 2002.

Le tableau 3 fait apparaître, en plus, des biens privatifs et collectifs, les biens communs et les biens de club qui sont également définis à partir des critères de rivalité et d'exclusion. D'après le tableau, le bien de club est un bien qui a les caractéristiques d'exclure certains individus de son usage mais dont l'utilisation ne prive pas un autre individu de la possibilité de l'utiliser. D'un autre côté, le bien commun est un bien rival, c'est-à-dire dont l'utilisation par un individu prive un autre de pouvoir l'utiliser mais aussi un bien non excluable, c'est-à-dire un bien auquel on peut accéder sans payer. Par ailleurs, pour revenir à la définition du bien public, il convient de préciser, que la typologie de biens publics regroupe « *les biens collectifs gérés par l'Etat ainsi que les biens tutélaires, les biens tutélaires étant définis comme des biens produits par la puissance pour des raisons éthiques et politiques* » (Beitone *et al.*, 2013).

Une autre analyse réalisée par Smith (2014) est intéressante pour la compréhension de la classification des biens à partir de l'intensité d'exclusion, rattachée au coût d'acquisition du bien, et du degré de rivalité, associé au niveau d'encombrement concernant l'accès à ce bien. Afin de mieux présenter cette classification, Smith (2014) étend le tableau 3 proposé par Beitone *et al.* (2013) et Kaul *et al.* (2002) à un niveau supplémentaire et en arrive au tableau 4.

Tableau 4 : Définition du bien public selon Smith (2014).

Rivalité	Exclusion		
	Coût négligeable (exclusion élevée)	Coût modéré (exclusion modérée)	Coût infini (exclusion faible)
Pas d'encombrement (pas de rivalité)	Biens publics impurs (livres)	Biens publics impurs (câble TV)	Biens publics purs (qualité de l'air)
Encombrement (rivalité modérée)	Biens de club/biens publics locaux (gyms)	Biens publics mixtes et biens de club (routes à péage)	Ressources communes (rues)
Encombrement infini (rivalité élevée)	Biens privés purs (tablettes de chocolat)	Ressources naturelles, accès fermé (stocks de poisson)	Ressources naturelles, accès ouvert (eau de source)

Source : Smith, 2014.

Cette classification proposée par Smith (2014) est pertinente dans le cas de notre recherche en ce qu'elle intègre la notion d'encombrement. Laquelle notion, matérialise l'un des problèmes engendré par la SPDSS au niveau des services de soins.

2.1.2. Définition du bien public mondial

Le bien public mondial ou encore bien collectif mondial est « *un bien public dont la gestion dépasse le cadre national.* » (Beitone *et al.*, 2013). En effet, selon Kaul *et al.* (2002), « les biens publics ont un caractère national, toutefois en raison de nombreuses mutations au niveau mondial, les problèmes autrefois résolus au niveau national doivent maintenant l'être au niveau mondial. Ainsi, l'apparition du concept de bien public mondial répond à un besoin d'analyser et de coordonner les politiques et les actions à un niveau international, ceci, en considération de l'ouverture économique et de l'interdépendance croissante entre les pays. De ce fait, un bien public est qualifié de mondial en considérant principalement les bénéficiaires de ce bien. D'un point de vue éthique, « *le bien public mondial est défini en référence aux connaissances, matériels, infrastructures et mesures y compris les normes internationales légales et éthiques qui soutiennent et remplissent les conditions de base de l'existence humaine ; procurent des avantages dont aucun individu ne devrait être exclu ; s'étendent aux frontières nationales, culturelles et générationnelles ; ne peut être possédé comme un droit de propriété privée et*

dont la consommation n'implique théoriquement pas de rivalité ni de diminution dans leur utilisation » (Faunce, 2012). Toutefois, cette définition bien qu'axée sur le plan éthique tire son origine de l'économie des finances publiques en considérant l'approvisionnement en biens publics mondiaux comme étant financé par « un investissement collectif des ressources publiques des Etats » (Faunce, 2012). Aussi, tandis que la théorie économique décrit le bien public comme issu d'une forme institutionnelle d'approvisionnement, les sciences politiques l'appréhendent comme le produit de « conditions situationnelles et technologiques mais aussi de processus socio-politiques » (Héritier, 2015). Partant, pour qu'un bien soit qualifié de public, il est indispensable de se référer à son mode d'approvisionnement (Héritier, 2015). Dans ce cadre, l'accent mis, par Kaul (2015), sur la politique publique mondiale comme moyen d'approvisionnement en biens publics mondiaux, est intéressant à analyser pour la compréhension du caractère mondial ou non d'un bien public (Kaul, 2015). Mais avant, intéressons-nous à l'approche conceptuelle de Kaul *et al.* (2002) afin de mieux saisir cette analyse de la politique mondiale publique. Pour résumer les propos de Kaul *et al.* (2002), un bien public est qualifié de mondial lorsque ce bien n'est pas réservé à un pays ou un groupe de pays donné, un groupe socio-économique donné ou une génération donnée. Par ailleurs, un bien public mondial peut être identifié au travers de son opposition avec un bien public non mondial. En effet, un bien public est qualifié de non mondial en tenant compte non seulement d'aspects géographiques, le bien public non mondial pouvant être un bien public soit local, soit national ou encore régional, mais aussi d'aspects sociologiques et temporels qui se doivent d'être discutés et décidés en concertation avec tous les acteurs et bénéficiaires de ce bien, ceci, en se basant sur une analyse critique des effets de ce bien sur la population mondiale. Aussi, faut-il se garder de qualifier un bien public de bien mondial ou non mondial sans analyse critique précise préalable du contexte dans lequel ce bien est produit, car d'un contexte à un autre, un bien public local, national ou régional peut être considéré comme un bien privé ou encore de club à l'échelle mondiale. » (Kaul *et al.* 2002). Dans le but d'aider à l'identification des biens publics mondiaux, Kaul *et al.* (2002) proposent, en partant de diverses études de cas, une classification de ces derniers à partir des problèmes politiques et d'action collective auxquels ils sont liés. De cette classification, il ressort trois grands groupes à savoir :

- D'abord, le groupe dans lequel on retrouve « les biens de l'indivis mondial naturel » dont les problèmes de politique et d'action collective sont respectivement ceux de la durabilité et de la surutilisation. Parmi les biens composant ce groupe, on retrouve les biens naturels, par exemple, la stabilité du climat. En effet, si la production de déchets toxiques par les firmes

n'est pas contrôlée à l'échelle mondiale, cela pourrait avoir des répercussions sur le réchauffement climatique mondial. Ainsi, en partant de ce que la stabilité du climat est un bien public mondial, la durabilité de la protection de la planète Terre contre le réchauffement climatique est remise en cause par les externalités négatives créées par la surutilisation de l'atmosphère, perçue au travers d'une surproduction de déchets toxiques issus de firmes œuvrant dans le domaine chimique ;

- Ensuite, le patrimoine mondial fabriqué par l'homme représente le second groupe de biens publics mondiaux. Ce groupe est composé entre autres « *des connaissances scientifiques et pratiques, des principes et des normes, du patrimoine culturel commun et des infrastructures transnationales comme Internet* » (Kaul et al. 2002). Dans cette catégorie, le problème d'action collective posé est celui de la sous-utilisation contrairement au premier groupe. Comme illustration, la sous-utilisation d'Internet pourrait provenir de barrières telles que l'illettrisme, la langue, la possibilité financière d'acheter un ordinateur.
- Enfin, le dernier groupe qui englobe « *les résultats d'une politique mondiale* » (Kaul et al. 2002) que sont entre autres la paix, la santé, la stabilité financière, l'équité et la justice. Le problème d'action collective qui ressort de cette catégorie est celui de leur offre insuffisante. Les biens de cette catégorie sont des variables de flux étant donné qu' « *un effort continu est nécessaire pour s'assurer de leur offre* » (Kaul et al. 2002). Ainsi, la santé est un bien public mondial en tant que résultat d'une politique mondiale. Son offre est suffisante en ce que dans certaines régions du monde, notamment dans les PED, les matériels et équipements ainsi que le personnel soignant sont insuffisants par rapport aux besoins et la demande émanant des populations. En effet, lorsque l'on considère l'apparition et la propagation d'épidémies à l'échelle mondiale, la santé est préservée au travers de politiques sanitaires mondiales visant à protéger la population mondiale. Dans ce cas, la santé se présente comme résultant d'une politique mondiale d'où son appartenance à cette catégorie de biens publics mondiaux. Cette particularité de la santé d'être à la fois une variable de flux, un produit de l'activité humaine et le résultat d'une politique mondiale en tant que bien public mondial sera développée dans la section suivante.

2.1.3. Le bien public mondial-santé

Cette sous-section décrira les caractéristiques du bien public mondial-santé ainsi que les interprétations qui en sont faites par Boidin (2014) et Smith (2014). Boidin (2014) analyse la

santé comme bien public mondial à partir de la lutte contre les maladies transmissibles. Smith (2014) interprète bien public mondial-santé à partir des effets économiques des externalités.

2.1.3.1. Les caractéristiques du bien public mondial-santé

Les caractéristiques du bien public mondial-santé se décrivent à partir de la difficulté à définir son contenu (Boidin, 2014). Boidin (2014) fait ressortir trois spécificités du bien public mondial-santé, à savoir qu'il se présente comme « étant à plusieurs facettes, faisant coexister plusieurs motivations et comme étant bipolaire » (Boidin, 2014). En effet, la santé est considérée comme un bien public mondial à plusieurs aspects car selon les situations, elle peut revêtir différentes formes en tant que bien public mondial : soit la forme finale, soit la forme intermédiaire. Par exemple, la santé est un bien public mondial final en la considérant comme un résultat plutôt qu'un « bien » tandis qu'elle est un bien public mondial intermédiaire à travers les médicaments. Ainsi, étant donné que les médicaments sont sensés contribuer à une bonne santé, ils sont considérés comme les biens publics intermédiaires d'un bien public final : l'état de santé de la population. Les médicaments étant eux-mêmes produits de la connaissance scientifique perçue comme bien public mondial. Cependant, cette approche de Boidin (2014) de considérer le bien public mondial-santé comme pouvant revêtir plusieurs formes (intermédiaire-finale), nécessitant « *un jeu d'acteurs stratégiques qui coopèrent par intérêts* » (Boidin, 2014), d'où la notion de « *coexistence de plusieurs motivations* » définie par Boidin (2014), et étant bipolaire du fait qu'il met en jeu deux pôles d'acteurs, l'un qualifié de « *maillons faibles* » (les PED) et l'autre de « *fournisseurs dominants* » (les pays développés-PD) (Boidin, 2014) est limitée en ce qu'elle pourrait s'appliquer à tout autre bien d'où la nécessité d'y rajouter d'autres précisions. De ce fait, il est reconnu que ces conceptions de la santé (bien public mondial final ou intermédiaire) se heurtent à des obstacles relatifs à la définition de leur contenu et de leur mesure (Kaul *et al.* 2002 ; Boidin, 2014). D'un autre côté, Smith (2014) identifie deux grandes catégories de bien public mondial-santé dont l'une, en lien avec « *les problèmes de santé d'un pays ayant des externalités entre pays comme la lutte contre les maladies transmissibles* » (Smith, 2014) et l'autre portant sur « *la transmission transfrontalière des facteurs influençant les risques de santé tels que la sécurité alimentaire, la commercialisation du tabac ou le commerce international de stupéfiants* » (Smith, 2014). De cette catégorisation, Smith extrait encore trois classes à savoir : les connaissances et technologies, les politiques et réglementations ainsi que les systèmes de santé.

2.1.3.2. Les différentes interprétations de la santé comme bien public mondial

Dans cette sous-section, la lutte contre les maladies transmissibles, les effets économiques des externalités et les facteurs de réduction des risques de santé permettront d'expliquer la santé comme bien public mondial.

a) La lutte contre les maladies transmissibles

L'interprétation de la santé comme bien public mondial réalisée par Smith (2014), à partir de la lutte contre les maladies transmissibles rejoint celle de Boidin (2014). En effet, selon ces auteurs, la prévention contre certaines maladies transmissibles comme le VIH/SIDA, la tuberculose représente un bien public mondial en ce que les bénéfices de la réduction du risque d'infection seront d'ordre mondial (Smith, 2014).

b) Les effets économiques des externalités

Les conséquences d'une mauvaise santé des populations en termes de perte de production et de revenu mettent en évidence le lien entre pauvreté et maladie. En effet, la mauvaise santé, de par les externalités qu'elle engendre, a un impact sur la croissance économique tant au niveau national que mondial. Ainsi, la santé est un bien public mondial, la détérioration de ce bien, du point de vue du capital humain, se traduisant par des disparités économiques entre pays mais aussi par la baisse de la productivité et du revenu économique au niveau mondial (Smith, 2014).

c) Les facteurs de réduction des risques de santé

- **Les connaissances et technologies** appliquées à la santé représentent des biens publics mondiaux-santé, notamment grâce aux informations sur les risques de santé et régimes de traitement ainsi que les technologies d'interventions curatives et préventives telles que les médicaments et les vaccins qui ont des effets positifs sur la santé au niveau mondial (Smith, 2014).
- **Les politiques et réglementations**, plus particulièrement celles concernant les droits de propriété intellectuelle relatifs à la fabrication de médicaments constituent des biens publics mondiaux-santé à partir du moment où politiques et réglementations favorisent la transmission, à moindre coût, de brevet de fabrication

de médicaments des pays développées aux PED en vue de l'amélioration des soins de santé, et partant de l'état de santé des populations de ces pays (Boidin, 2014 ; Smith, 2014).

- **Les systèmes de santé**, en tant que structures d'application des connaissances et technologies, de même que des politiques et réglementations en matière de santé représentent eux-mêmes des biens publics mondiaux (Smith, 2014).

2.2. La santé comme droit humain

D'après Boidin (2005), « *la santé comme droit humain implique de considérer comme prioritaire l'atteinte par tous d'un seuil minimum de santé, le seuil sanitaire étant défini comme le minimum nécessaire pour que la santé et la nutrition permettent à l'individu, quelle que soit sa culture, de contribuer positivement aux capacités* » (Boidin, 2005). Cependant, la conception de la santé comme droit humain peut revêtir diverses approches. En effet, des auteurs comme Kaul *et al.* (2002) partent d'une approche plus globale entre "économie publique" et "biens communs" en considérant les droits humains, eux-mêmes, comme des biens publics mondiaux. Ainsi, la santé en tant que droit humain, dans cette conception, reviendrait à considérer la santé comme bien public mondial, ce qui est fortement discutable en partant des notions d'efficacité et d'équité respectivement propres aux concepts de "bien public mondial" et de "droits humains" qui font que ceux-ci ne peuvent être totalement apparentés. Autrement dit, les droits humains ne peuvent être pleinement assimilés à des biens publics mondiaux étant donné « *la différence fondamentale dans la priorité donnée aux critères de régulation (efficacité, équité)* » (Boidin, 2005). En outre, l'approche par les droits humains demeure secondaire par rapport à celle économique-commerciale sur le plan international. En effet, la question de l'analyse coût-efficacité, relative au financement des dépenses de santé dans les PED, complexifie la définition du droit à la santé en le reléguant en arrière-plan, et privilégie le critère d'efficacité plutôt que d'équité bien que des « *critères éthiques de décisions collectives lui soit adjoint* » (Boidin, 2005). Comme illustrations, le financement de la lutte contre le Sida qui s'avère plus coûteux mais moins efficace comparativement au financement de la santé maternelle, plus particulièrement, de césariennes pour les femmes enceintes. Toutefois, le financement de ces deux postes de dépenses s'avère éthiquement justifiables. Cette analyse coût-efficacité des dépenses de santé dans les PED, bien que prônant une certaine éthique, donne des arguments en faveur de l'approche économique-commerciale de la santé. D'un autre côté, la concurrence entre droit de propriété intellectuelle et droit à la

santé pour la fabrication de médicaments par les PED, place la santé au cœur des enjeux commerciaux mondiaux. Dans ce cadre, plusieurs accords ont été revus par les membres de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) au sujet des droits au brevet pour les firmes pharmaceutiques. Ces accords, sont le plus souvent remis en cause par les PED qui estiment être lésés. En réalité, ces accords ont tendance à être contestés parce qu'ils priorisent les droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce (DPIC) plutôt que les droits humains à la santé. (Boidin, 2005).

2.3. La santé comme service public

Tel qu'explicité par Boidin (2014) et Héritier (2015), la santé en tant que service public se distingue du bien public-santé soit de « par un financement intégral de l'Etat » (Boidin, 2014), soit « *par des obligations de correction de marché afin d'assurer l'accessibilité aux services de santé* » (Héritier, 2015). Ainsi, dans le contexte de santé comme service public, l'offre sanitaire a un caractère non marchand (Boidin, 2014). Aussi, afin de mieux appréhender la conception de la santé comme service public, il est important de préciser les concepts de service, service de santé mais aussi de service de soins.

- **Le concept de service**

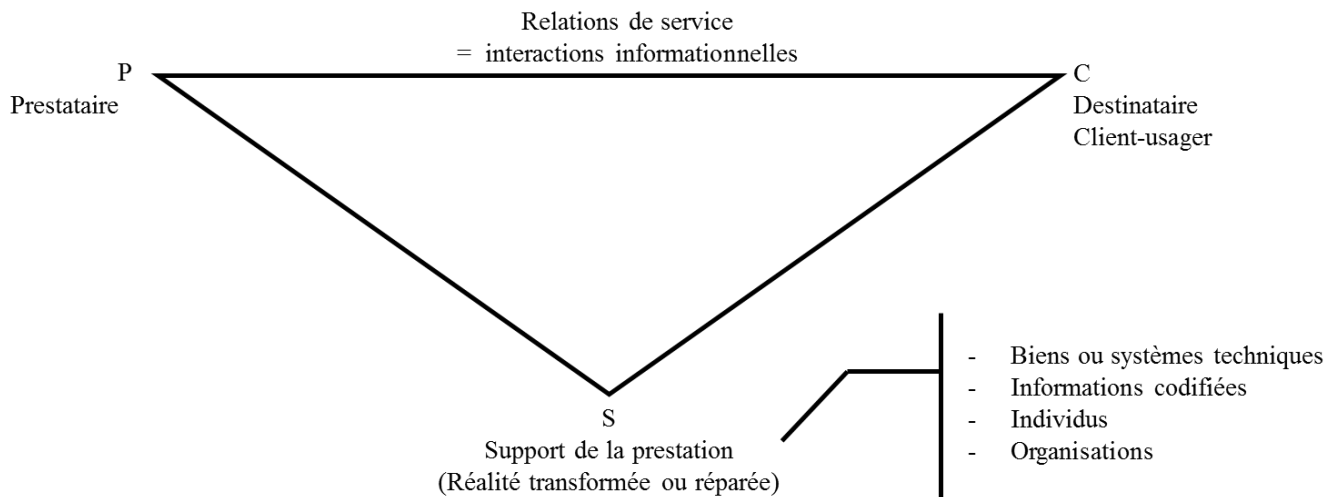
Selon Gadrey (1992), « *le service est la transformation de la condition d'un individu, ou d'un bien appartenant à un agent économique quelconque, résultant de l'activité d'un autre agent économique, à la demande ou avec l'agrément du premier agent* » (Gadrey, 1992) et « *l'activité de service, une opération visant une transformation d'état d'une réalité C, possédée ou utilisée par un consommateur (ou client, ou usager) B, réalisée par un prestataire A à la demande de B, et souvent en relation avec lui, mais n'aboutissant pas à la production d'un bien susceptible de circuler économiquement indépendamment du support C* » (Gadrey, 1992). D'autre part, Djellal *et al.* (2004) résumant Gadrey (1996) en définissant le « *service comme un ensemble d'opérations diverses de traitement réalisées par le prestataire sur un support, entretenant des liens divers avec le client sans pour autant que soit élaborée une marchandise susceptible de circuler économiquement indépendamment de ce support.* » (Djellal *et al.*, 2004).

- **Le concept de service de santé**

En partant de l'approche de Gadrey (1992 ; 1996), l'activité de service de santé, se définira comme la transformation de l'état de santé d'un individu (usager) réalisée par un prestataire de

soin (médecin, infirmier, sage-femme, etc...) à la demande de cet individu. Afin, de mieux clarifier ses propos Gadrey met en évidence un graphique représenté à la figure 2.

Figure 2 : Le triangle des services.



Source : Gadrey, 1996.

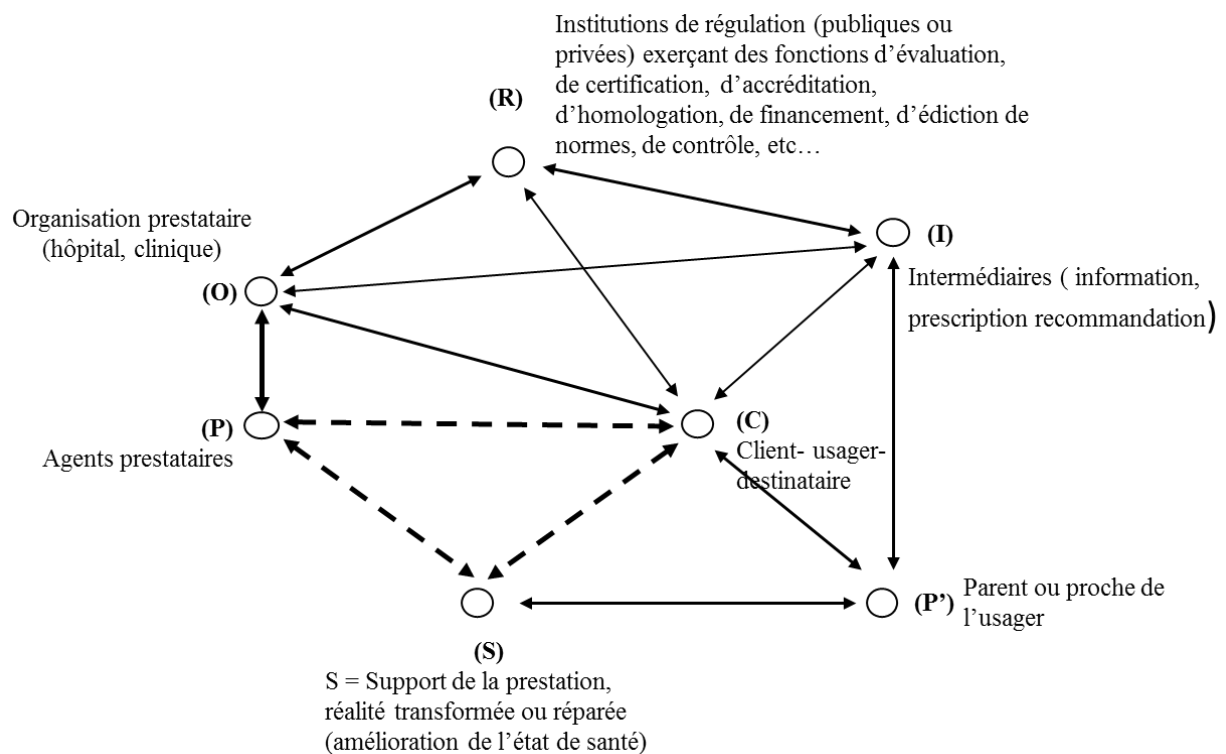
Par ailleurs, il convient de noter que pour notre recherche, l'intérêt sera porté sur les services publics de santé étant donné que l'exemption de paiement direct des soins, dans le contexte ivoirien, s'applique uniquement aux établissements sanitaires publics (annexe 1). De ce fait, l'adaptation du triangle des services aux services de soins, en particulier, sera réalisée à partir des travaux de Djellal *et al.* (2004), relatifs à « l'hôpital innovateur », qui permettent de préciser le concept de services de soins.

- **Le concept de service de soins**

Le concept de services de soins sera explicité au travers du polygone des services hospitaliers développé par Djellal *et al.*, (2004a) sur la base du triangle des services de Gadrey (1996). En effet, dans leur recherche portant sur l'innovation dans le milieu hospitalier, Djellal *et al.* (2004) précisent que dans le cadre des soins de santé au patient ou malade, « *les principaux supports envisagés sont : les biens ou supports techniques, des informations codifiées, l'individu (client, usager) lui-même dans ses caractéristiques physiques, intellectuelles ou de localisation spatiale* » (Djellal *et al.*, 2004a). De plus, ces auteurs enrichissent le triangle des services de Gadrey (1996) en y rajoutant divers acteurs dont : le système de régulation (institutions privées ou publiques de certification, évaluation, contrôle et financement), la famille du patient ou du malade, les intermédiaires (organisations ou associations de conseil,

de recommandation, d'information) ainsi que la relation salariale entre agents prestataires et organisation prestataire (Djellal *et al.*, 2004a). Tous ces apports précités donnent lieu au polygone des services hospitaliers, réalisé Djellal *et al.*, (2004), représenté par la figure 3. Il convient de préciser que la figure 5 combine le pentagone des services hospitaliers à celui des services de soins aux personnes âgées (Djellal *et al.*, 2004a ; 2004b)

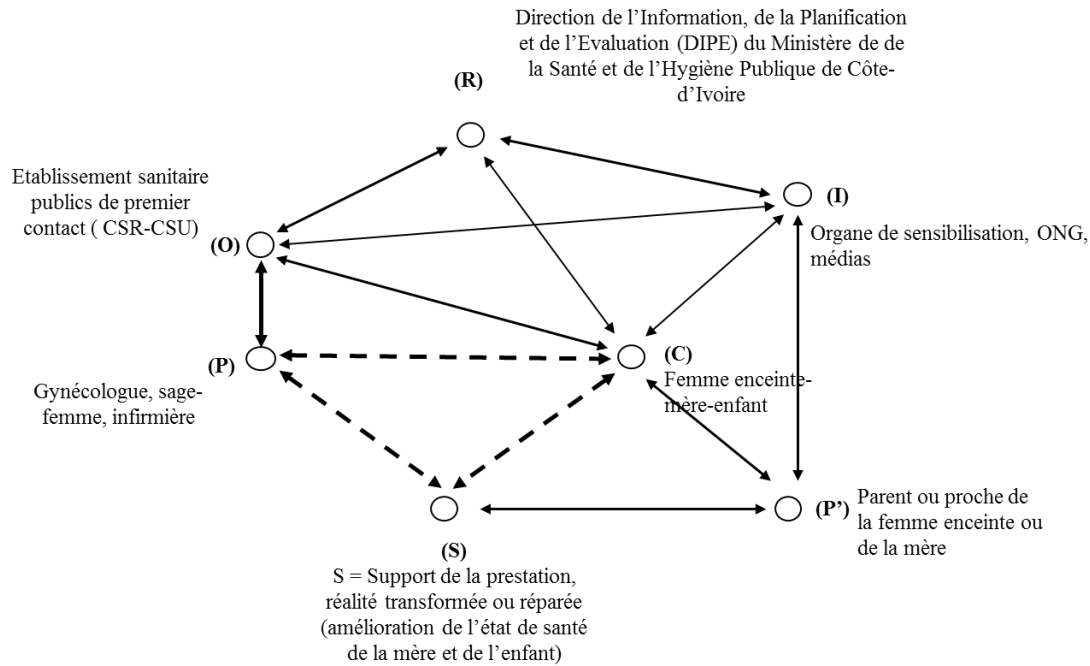
Figure 3 : Le polygone des services.



Sources : Djellal *et al.* (2004a ; 2004b).

Le polygone des services hospitaliers, grâce aux précisions apportées concernant les acteurs impliqués dans les services de soins, permettra d'identifier les potentiels acteurs à enquêter dans le cadre de notre recherche. Aussi, dans le souci d'adapter le polygone des services aux services de soins maternels et infantiles, objet de notre recherche, la figure 4, a été réalisée.

Figure 4 : Le polygone des services de soins maternels et infantiles appliqué à la Côte-d'Ivoire.

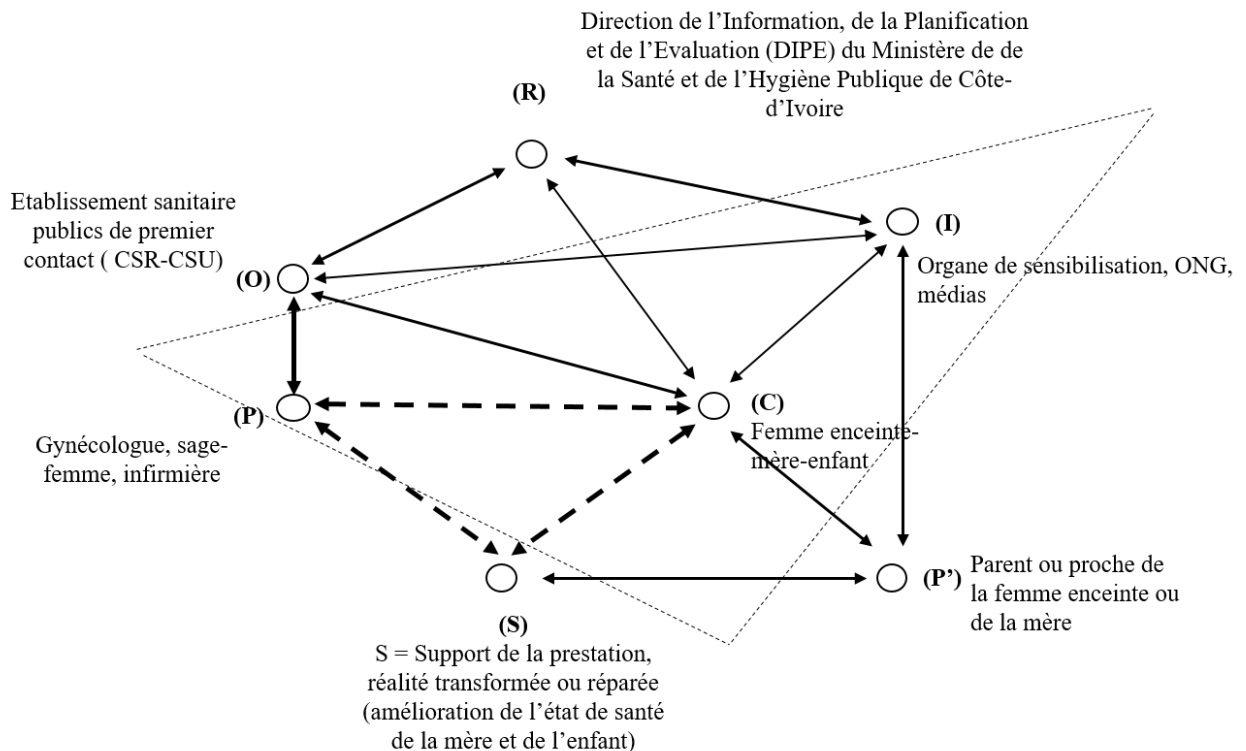


Source : Fait par l'auteur d'après Djellal *et al.* (2004a ; 2004b).

De plus, la figure 5, précise les acteurs du polygone des services de soins maternels et infantiles qui seront interrogés dans le cadre de notre recherche. Tous les acteurs du polygone qui se retrouvent à l'intérieur du triangle quadrillé seront enquêtés dans le cadre de notre recherche. Le choix s'est porté sur ces acteurs en raison de la facilité de contact. En effet, comparativement aux institutions publiques et établissements sanitaires publics qui engagent l'Etat dans leur démarche de réponse aux interviews, les prestataires de soins, les patientes et les ONG seront moins réfractaires à répondre aux interviews.

Les précisions concernant les acteurs mis en évidence dans le triangle quadrillé de la figure 5 que sont les prestataires, les patientes et les ONG seront faites au chapitre 2 dans la section consacrée à l'analyse approfondie du système de santé ivoirien.

Figure 5 : L'identification des acteurs à enquêter à partir du polygone des services de soins maternels et infantiles.



Source : Fait par l'auteur d'après Djellal *et al.* (2004a ; 2004b).

2.4. La santé comme composante du capital humain

Le lien entre santé et développement permet de mieux comprendre la conception de la santé comme composante du capital humain. Pour des auteurs comme la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, « *l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement de long terme* » (Sachs, 2001) ; le prix Nobel d'économie Fogel démontre, dans ses travaux d'exploration sur la possibilité d'un lien causal entre santé et revenu, que « *l'amélioration du régime nutritionnel expliquait environ la moitié de la croissance britannique entre la fin du 17^{ème} siècle et la fin du 20^{ème} siècle, ces progrès alimentaires pouvant s'interpréter aussi bien comme un effet de revenu que comme un effet de santé* » (Gaimard, 2011). Ainsi, en analysant le lien entre santé et développement, il est aussi question de tenir compte de « l'évolution du concept développement, qui au départ perçu comme croissance économique, est, par la suite, considéré comme « humain », puis « durable ». C'est

en cette seconde qualification du développement considéré comme « humain » que se rattache la conception de la santé comme composante du capital humain. Le développement humain intègre la dimension d'autonomie individuelle à la notion de croissance économique, et est défini par le Fonds des Nations Unies pour le Développement (PNUD) comme « *le processus conduisant à l'élargissement des possibilités offertes à chacun. Il a pour objectif fondamental de créer un environnement qui offre aux populations la possibilité de vivre longtemps, et en bonne santé, d'acquérir les connaissances qui les aideront dans leur choix et d'avoir accès aux ressources leur assurant un niveau de vie décent* » (Gaimard, 2011). Dans le but de mieux saisir cette conception de la santé comme composante du capital, ce paragraphe s'attachera à définir le concept de capital humain, ensuite, le capital-santé puis à présenter le lien entre ce capital-santé, la croissance et le développement économiques.

2.4.1. Le concept de capital humain

Le capital humain est défini par l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) comme « *l'ensemble des connaissances, qualifications, compétences et autres qualités possédées par un individu et intéressant l'activité économique.* » (OCDE, 1998). « *Le capital humain constitue un bien immatériel qui peut faire progresser ou soutenir la productivité, l'innovation et l'employabilité* » (OCDE, 2001). Beitone *et al.* (2013) le définissent comme « l'acquisition de connaissances ou de savoir-faire par un individu, lui permettant d'améliorer son efficacité productive. Le capital étant défini comme toute ressource susceptible de fournir de flux de revenus futurs. » (Beitone *et al.*, 2013). Autrement dit, le capital humain est un stock immatériel, car constitué de capacités innées et de connaissances mentales, il est indissociable de celui auquel il est rattaché (Beitone *et al.*, 2013). Développé à l'origine par Théodore Schultz et Gary Becker durant les années 60, le concept de capital humain donne lieu à la théorie du capital humain stipulant que « toute dépense susceptible d'améliorer le niveau de formation d'un individu augmente sa productivité, et par conséquent ses revenus futurs » (Schultz, 1961 ; Becker, 1968). De façon plus précise, Schultz (1961) développe que le capital humain provient et s'accumule à partir de cinq facteurs clés que sont :

- La santé, en ce compris, ses infrastructures et services, ayant un impact sur l'espérance de vie des individus, et partant, sur leur productivité en tant que force de travail ainsi que sur leur capacité à consommer en tant qu'agent de consommation, favorisant un cercle vertueux de l'économie ;
- La formation professionnelle proposée par les employeurs ;

- L'instruction du primaire au supérieur ;
- La formation continue pour les adultes ;
- Les migrations en vue de saisir les opportunités d'emploi.

C'est en ce facteur de production et d'accumulation qu'est la santé, que le concept de capital humain se présente comme intéressant à aborder dans le cadre de cette étude.

2.4.2. Le capital-santé

Tel qu'explicité dans la section précédente, le capital humain est constitué d'une composante santé. De ce fait, Grossman (1972) énonce que, « *la santé peut être assimilée à un stock durable de capital qui produit un temps en bonne santé. De façon plus précise, les individus sont supposés hériter d'un stock initial de santé qui se déprécie avec l'âge et peut être accru grâce à un investissement* » (Grossman, 1972). De même, Schultz (1982) développe que, « chaque individu possède un état de santé considéré comme un stock : son capital-santé dont la contribution se perçoit comme un service de santé. Une partie de la qualité de son stock initial est héritée et l'autre est acquise. D'autre part, ce stock se déprécie avec le temps et à un rythme croissant en fin de vie. De plus, l'investissement brut dans ce capital humain suppose des coûts d'acquisition et d'entretien, à savoir : les soins depuis l'enfance, l'alimentation, l'habillement, le logement, les services médicaux et les soins de soi. Aussi, parmi les services rendus par le capital-santé, on compte « le temps de vie en bonne santé » ou « temps de vie sans maladie » favorisant le temps alloué au travail, à la consommation et aux activités de loisir. » (Schultz, 1982 ; Grossman, 1972 ; Becker, 1968). De ces définitions, l'on comprend mieux l'utilisation de l'espérance de vie ou encore de l'espérance de vie en bonne santé comme l'un des indicateurs du niveau de croissance ou de développement économique d'un pays, car une augmentation du nombre d'individus en « bonne santé » mais aussi du « temps de vie sans maladie » de ces mêmes individus est susceptible, par voie de conséquence, d'accroître la productivité du travail, la consommation, les dépenses de loisir favorisant l'activité économique. D'où le lien établi entre capital santé, croissance et développements économiques qui sera présenté dans la section suivante.

2.4.3. Capital-santé, croissance et développement

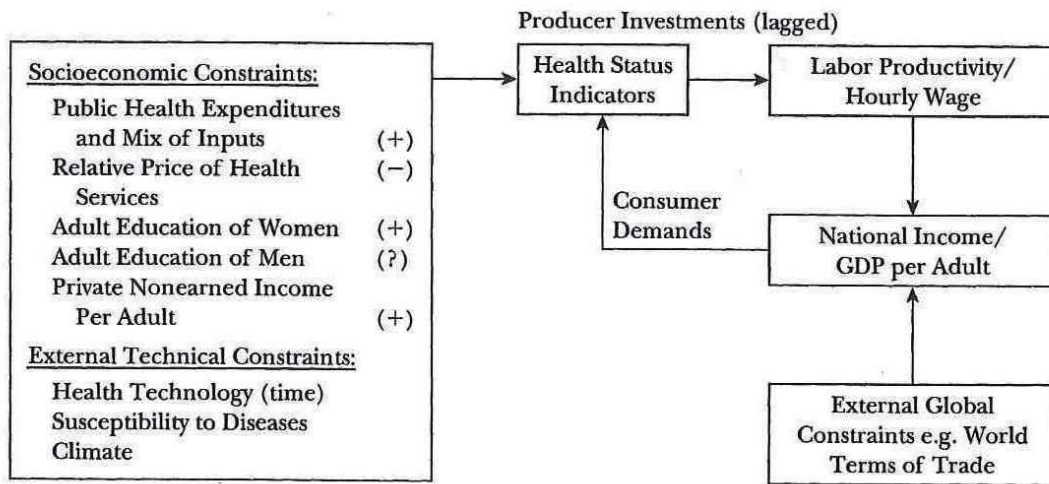
Dans cette partie consacrée à la santé comme composante du capital humain, deux approches décrivant le lien entre capital-santé, croissance et développement nous ont paru intéressantes à analyser. La première approche, celle de Schultz, nous a paru pertinente en raison du lien établi entre variables socio-économiques, technologiques, microéconomiques, macroéconomiques et la santé. La seconde approche est celle de la Commission Macroéconomie et Santé de Sachs (2001) révélant le lien entre santé, croissance et développement économique.

2.4.3.1. L'approche selon Schultz

La figure 6 représente le lien entre variables socioéconomiques, capital-santé, productivité du travail et croissance économique tel qu'établi par Théodore Schultz (1999). De cette figure, il apparaît que les contraintes socioéconomiques et techniques externes influencent les indicateurs de santé, partant le capital-santé. Les contraintes socioéconomiques qui améliorent le capital-santé, sont les dépenses de santé publiques, le niveau d'instruction des parents, plus particulièrement, celui de la femme (mère), le revenu issu de l'héritage. Tandis que le prix relatif des services de santé a un effet négatif sur le capital-santé. D'autre part, les contraintes techniques concernent la technologie de la santé, qui évolue, très rapidement, avec le temps, comparativement, à celle liée à l'éducation, l'exposition aux maladies et le climat. En effet, un accroissement des dépenses publiques de santé, s'il est orienté vers une hausse des budgets d'investissements en matériel et équipement des centres de santé, en formation de personnel de santé qualifié, mais aussi des budgets de fonctionnement favorables à une rémunération conséquente des personnels de santé, contribuera à une amélioration de la qualité des services de santé, donc une amélioration du capital-santé. De même, un niveau d'instruction élevé de la mère favorise un meilleur capital-santé des membres de la famille, essentiellement de l'enfant, étant donné que c'est, elle, qui est principalement responsable de prendre soin de l'enfant et de s'occuper de l'alimentation de la famille. Ainsi, en ayant un niveau d'instruction élevé, la mère devient plus apte à prendre connaissance des pratiques favorables à la bonne santé de l'enfant mais aussi celles à éviter, surtout dans le contexte africain où les femmes sont le plus souvent peu instruites. D'un autre côté, le revenu issu de l'héritage permet de faciliter les emprunts contractés par les individus dans l'intention de financer les soins de santé. Par contre, le prix relatif de services de santé comme exigence financière avant d'accéder aux soins de santé réduit la capacité des individus à bénéficier des soins de santé, surtout dans le contexte africain, et

par conséquent, influence négativement la capital-santé. D'autre part, la technologie de la santé tributaire du facteur temps, de par la possibilité qu'elle offre, de contrecarrer promptement certaines épidémies que les politiques publiques ont du mal à freiner, de même que la vulnérabilité face aux maladies ainsi que le facteur climat (certaines régions du monde étant plus propices à la propagation de certaines maladies comme les régions tropicales) , affecte plus ou moins le capital-santé. A la suite de l'explication de la relation entre contraintes socioéconomiques et techniques et capital-santé, intervient celle du lien entre capital-santé et productivité du travail. Le lien entre capital-santé et productivité du travail se démontre par le fait que « le temps de vie en bonne santé » permet une allocation du temps de travail favorable à une augmentation de la productivité. Après, apparaît le lien entre productivité du travail et revenu national ou PIB par adulte. En effet, une productivité accrue du travail engendrée par un capital-santé positif agit positivement sur le revenu national et le PIB par adulte, en entraînant une hausse de ces indicateurs. Par ailleurs, l'accroissement du revenu national et du PIB par adulte augmente la demande de consommation étant donné que la fonction de consommation est une fonction croissante du revenu, en d'autres termes, plus le revenu augmente, plus la consommation s'accroît. De plus, la hausse de la demande de consommation alimentaire et en services de soins contribuera à une amélioration du capital-santé, d'où la relation entre demande de consommation et indicateurs de santé. Cependant, il ne faut pas oublier la relation entre les contraintes globales externes telles que les termes de l'échange mondial qui influence le niveau de revenu national et le PIB par adulte. (Schultz, 1999)

Figure 6 : Déterminants et conséquences de l'accumulation du capital-santé.



Source : Schultz (1999).

La pertinence du modèle de Schultz (1999) pour notre objet de recherche est qu'il intègre le niveau d'instruction des parents, plus particulièrement, de la mère. En effet, selon Schultz (1999), le niveau d'instruction de la mère a une influence positive sur l'accumulation du capital-santé de l'enfant. Cette analyse permet de comprendre, l'intérêt porté sur les soins maternels et infantiles, dans le cadre de notre recherche, en sachant que dans les régions en développement, le niveau de scolarisation des jeunes filles est faible. En effet, en 2015, l'indice de parité des sexes⁹ dans l'enseignement primaire est d'environ 0,97 tandis que dans l'enseignement supérieur, cette parité, est d'environ 0,7 (Nations Unies, 2015).

Parallèlement au modèle de Schultz (1999), l'approche développée par la commission Macroéconomie et Santé est également pertinente pour notre objet de recherche. L'approche de Schultz (1999) est plus centrée sur l'individu, réalisée à un niveau plus microéconomique. Par contre, l'approche de la commission Macroéconomie et Santé est réalisée à un niveau macroéconomique, comme son nom l'indique. Cette approche sera analysée dans la section suivante.

⁹ L'indice de parité des sexes est le ratio du taux brut de scolarisation des filles par rapport au taux brut de scolarisation des garçons pour chaque niveau d'enseignement. http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf Consulté, le 17/03/2017

2.4.3.2. L'approche selon la commission Macroéconomie et Santé

L'approche de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS), pour expliquer le lien entre capital-santé, croissance et développement économiques, bien que présentant des particularités, rejoint celle de Schultz, en de nombreux points, notamment en ce qui concerne les variables socioéconomiques, le capital-éducation et le développement économique. De façon générale, l'approche CMS représentée par la figure 7 démontre que les politiques économiques, les institutions, la gouvernance et la provision de biens publics exercent une influence sur les autres composantes du schéma que sont :

- le capital humain incluant le niveau d'instruction, l'autoformation, le développement des capacités physiques et intellectuelles ;
- la santé ;
- la technologie, y compris les connaissances scientifiques intéressantes pour accroître le niveau de production ;
- les innovations au niveau de l'économie domestique;
- la diffusion de la technologie en provenance de l'étranger ;
- le développement économique désigné par la hausse du Produit National Brut par habitant (PNB/hbt) et de la réduction de la pauvreté ;
- Le capital d'entreprise composé d'investissements fixes en installation et équipement, du travail d'équipe et de l'organisation de la force de travail, des opportunités d'investissement ainsi que la capacité à attirer les facteurs travail et capital. (Sachs, 2001)

De façon plus précise, les interrelations entre les composantes précitées sont décrites comme suit :

➤ **Le niveau d'instruction, l'autoformation, le développement physique et cognitif**

Ils favorisent la bonne santé et le développement économique car tel qu'expliqué dans l'approche selon Schultz, un niveau d'instruction élevé contribue à la connaissance de bonnes pratiques en matière d'alimentation et de santé mais aussi à un accroissement du revenu national ainsi qu'à la réduction de la pauvreté, de par l'augmentation de la productivité du travail qu'ils engendrent. De plus, ils améliorent la technologie grâce aux innovations en termes d'économie domestique et aux connaissances scientifiques, favorables à élévation de la production, découlant d'un niveau d'instruction élevé et de l'autoapprentissage.

➤ **La technologie**

L'accumulation des connaissances scientifiques et des innovations en matière d'économie domestique contribuent à l'amélioration des services de santé et donc de l'état de santé des populations, comme démontré dans l'approche selon Schultz, de même qu'à l'amélioration des conditions de vie des populations nécessaires à la réduction de la pauvreté permettant le développement économique. D'où la relation entre technologie, santé et développement économique mis en évidence dans le schéma ci-dessous.

➤ **La santé**

Le « temps de vie en bonne santé » favorise l'accroissement du niveau d'instruction, de l'autoformation et le développement des capacités physiques et intellectuelles. En effet, un individu en « bonne santé » est plus habilité à renforcer ses capacités physiques et intellectuelles, de même que son niveau d'instruction. Aussi, un individu en « bonne santé » constitue une force de travail intéressante pour l'entreprise grâce à ces capacités physiques et intellectuelles. D'où le rapport entre santé et capital d'entreprise.

➤ **Le capital d'entreprise**

Cette composante du schéma, en raison de la masse salariale qu'elle accorde aux employés constituant la force de travail, a un effet positif sur l'augmentation du PNB/hbt. De plus, les investissements en installation et équipement des entreprises en alimentant le circuit économique entraînent une hausse du PNB/hbt et une baisse du niveau de pauvreté. Enfin, le capital d'entreprise joue un rôle déterminant dans le développement de la technologie en finançant la recherche de nouveaux procédés de production ou encore de nouvelles formes d'organisation du travail en vue d'un accroissement de la productivité . D'où le lien entre capital d'entreprise et technologie.

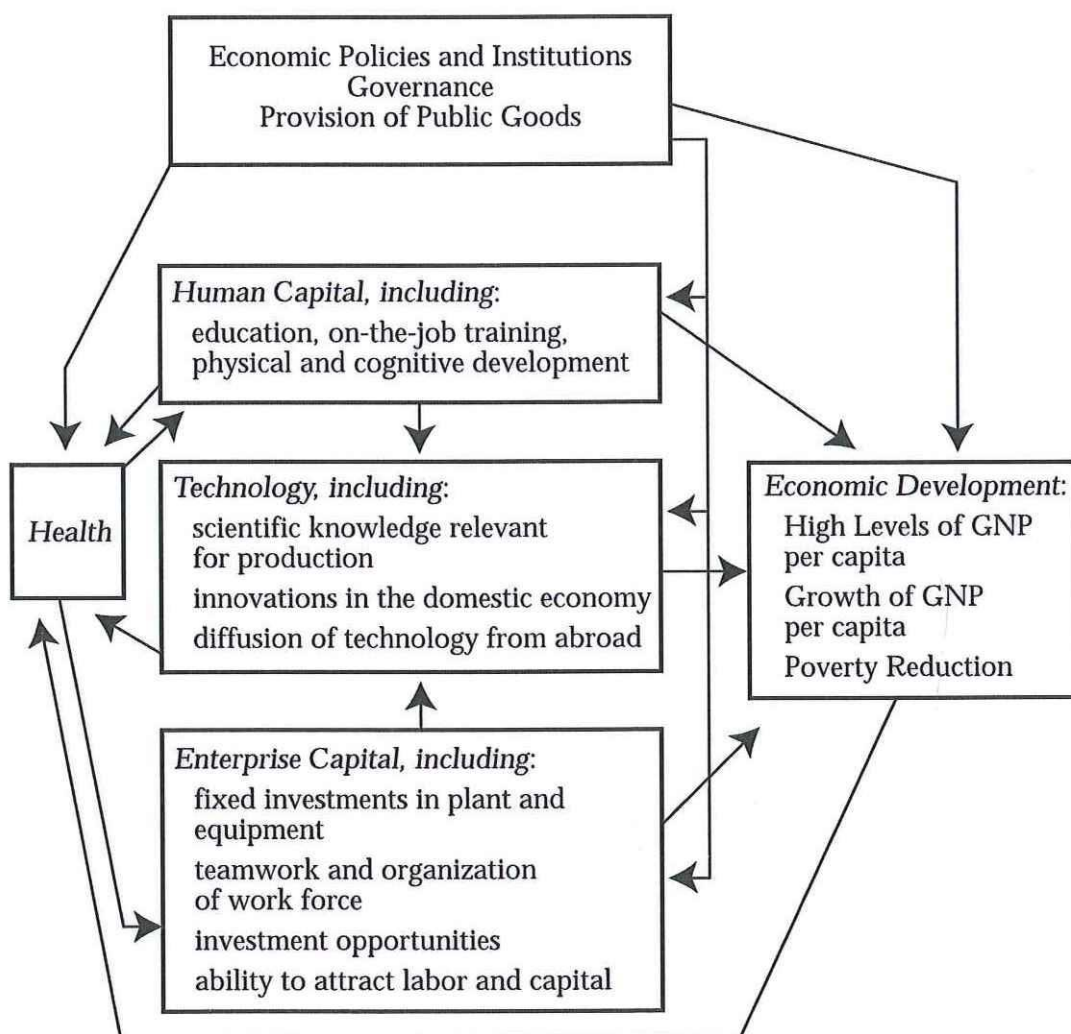
➤ **Le développement économique**

La relation établit entre le développement économique et la santé est pareille à celle relevée par l'approche de Schultz. Ainsi, le développement économique matérialisé par la croissance du PNB/hbt et la réduction de la pauvreté, a un impact favorable sur la santé des individus en levant la barrière financière pour avoir accès aux soins de santé, et en accordant de meilleures conditions de vie aux populations au travers d'un meilleur accès à l'eau potable et à une alimentation saine, conséquences d'un bon financement des politiques publiques. Toutefois, il

convient de faire remarquer que la santé est la seule de toutes les composantes du schéma selon la CMS) à être influencée par le développement économique.

Le seul facteur présent dans l'approche selon la CMS, représentée par la figure 7, et qui n'apparaît pas dans l'approche selon Schultz est le capital d'entreprise. Hormis ce dernier, toutes les autres composantes de l'approche selon la CMS sont présentes d'une manière ou d'une autre dans l'approche selon Schultz et ne diffèrent qu'au niveau des éléments que ces composantes incluent.

Figure 7 : Health as an Input into Economic Development.



Source : Sachs, 2001.

La figure 7 représente le lien entre macroéconomie, développement économique et santé. Cette figure est intéressante à relever dans le cadre d'une recherche sur la santé en Afrique

subsaharienne. En effet, d'après l'approche Macroéconomie et Santé, le niveau de développement des pays d'Afrique subsaharienne pourrait être amélioré grâce à des efforts consentis dans le domaine de la santé. Or, la qualité et l'accessibilité aux services de soins, objets de notre recherche, jouent un rôle important, dans la réalisation de l'amélioration de l'état de santé des populations, surtout dans le contexte africain. Les chapitres 3 et 4 apporteront des précisions quant aux aspects de la qualité et de l'accessibilité, importants dans l'amélioration de l'état de santé des populations. Ainsi, l'approche macroéconomie et santé est intéressante à intégrer à notre travail de recherche en raison de ce qu'elle réitère l'intérêt d'une recherche sur la santé, dans un pays d'Afrique subsaharienne, comme la Côte-d'Ivoire.

Conclusion chapitre 1

Le premier chapitre de cette thèse a examiné le contexte sanitaire des PED, à partir de l'analyse des conceptions de la santé au niveau mondial, mais aussi à partir de l'explication des spécificités et enjeux en matière de santé en Afrique subsaharienne. En effet, il est important d'analyser les différentes conceptions de la santé, au niveau mondial, afin de comprendre l'application de ces conceptions à la région d'Afrique subsaharienne. Dans ce cadre, les conceptions de la santé comme bien public mondial (Boidin, 2014 ; Smith, 2014), droit humain (Boidin, 2005), service public (Boidin, 2014 ; Héritier, 2015) et comme composante du capital humain (Schultz, 1999 ; Sachs, 2001) ont été analysées. Cette analyse des conceptions de la santé révèle l'intérêt d'une recherche sur la thématique de la santé. D'autre part, ce chapitre a expliqué les définitions, spécificités et enjeux en matière de santé. De ce fait, la définition de la santé optimale au sens de Saylor (2004) a été expliquée, ainsi que les spécificités et enjeux en santé dans les PED qui sont, principalement, la santé maternelle et infantile, les maladies transmissibles, comme la tuberculose et le VIH/SIDA, et les maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires. Le profil sanitaire des PED, analysé dans ce chapitre, permet de faire la transition au second chapitre, qui traite des politiques et systèmes de santé. En effet, il faut des politiques et systèmes de santé qui tiennent compte des spécificités sanitaires des populations vivant dans les PED, en vue de l'amélioration de la santé de ces populations. Le second chapitre suivant analysera ces politiques et systèmes de santé.

Chapitre 2 : Quelles politiques pour l'amélioration des systèmes de santé en Afrique Sub-saharienne ?

Introduction chapitre 2

Après avoir présenté les différentes conceptions de la santé sur lesquelles il nous a paru pertinent de faire reposer cette recherche, nous allons, dans le présent chapitre, analyser les politiques de santé dans l'ordre chronologique de leur évolution sur le territoire d'Afrique Sub-saharienne, pour ensuite, faire état des différents modèles de systèmes de santé entre régions d'Afrique Sub-saharienne et leurs caractéristiques. En effet, il est important de situer l'origine de la politique d'exemption de paiement de soins en partant des politiques qui ont été préalablement mises en œuvre, ceci, afin de relever les éléments contextuels au travers desquels, la politique d'exemption de paiement de soins a émergé. Dans ce cadre, la première section de ce chapitre sera consacrée à l'analyse de la politique de soins de santé primaires, telle qu'élaborée lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978. La politique de soins de santé primaires sera analysée à partir de deux approches, l'une verticale et l'autre horizontale, tout en précisant, sur la base de certaines de leurs composantes (politique d'allaitement maternel, vaccination, offre en eau potable et assainissement, interventions des agents de santé communautaires) comment elles sont appliquées en Afrique Sub-saharienne. Ensuite, la politique de recouvrement de coût des prestations sanitaires, telle qu'élaborée par l'initiative de Bamako en 1987, sera examinée. Après, la politique d'exemption de paiement, après l'échec de l'initiative de Bamako, sera explicitée. Enfin, la progression vers la Couverture Maladie Universelle (CMU), comme suite à la politique d'exemption de paiement, sera mise en évidence. En fin de première section, l'évolution de la politique sanitaire ivoirienne sera mise en évidence en raison de ce que la Côte-d'Ivoire représente notre terrain de recherche. Après avoir présenté ces politiques de santé, seront exposés, dans la seconde section de ce chapitre, les différents modèles de systèmes de santé d'ASS en fonction des régions (Afrique de l'Ouest, de l'Est, centrale et australe). Dans cette dernière section, les caractéristiques des systèmes de santé seront mises en évidence au travers de comparaison entre pays des différentes régions précitées, en précisant les convergences et divergences ainsi que les forces et faiblesses des systèmes de santé développés au sein de ces pays. De même que pour la première section, une attention sera portée au cas de la Côte-d'Ivoire, en tant que terrain de recherche, au travers de la présentation approfondie du système de santé ivoirien.

1. Les politiques de santé en Afrique sub-saharienne

Les politiques de santé ont évolué en Afrique Sub-saharienne tant en fonction du contexte socio-économique mondial que de celui de cette région. Ainsi, d'un point de vue chronologique, les politiques de santé qui ont marqué l'Afrique Sub-saharienne, sont respectivement, celle des soins de santé primaires, en 1978, à la conférence d'Alma-Ata, celle du recouvrement du coût des prestations sanitaires, décidée en 1987, lors de l'Initiative de Bamako, et enfin, celle de l'exemption de paiement des soins, propre à chaque pays, qui réapparaît depuis le début des années 2000.

1.1. La politique de soins de santé primaire

Prônée lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 et préconisée par la déclaration marquant cette conférence, la politique de soins de santé primaires s'inscrit dans l'objectif de « santé pour tous » à atteindre pour le bien-être des populations du monde, surtout celles les plus défavorisées (OMS, 1978). De ce fait, l'Afrique sub-saharienne aura été l'un des espaces les plus visés par cette politique étant donné ses indicateurs de pauvreté et de santé défavorables. Aussi, le rapport de l'OMS pour l'année 2008 portant sur les soins de santé primaires bien que faisant état de progrès considérables, au niveau mondial, en matière de soins primaires, fait également mention d'inégalités encore fortes entre régions du monde mais aussi entre régions d'un même pays (OMS, 2008). Dans ce même rapport, les soins primaires sont définis en comparaison avec les soins offerts par les centres conventionnels et ceux issus des programmes de lutte contre les maladies. De cette comparaison, il ressort que les soins primaires se distinguent en ce qu'ils sont axés sur les besoins sanitaires, s'inscrivent dans une relation prestataire de soins et patient de long terme, sont « *complets, continus et centrés sur la personne* » (OMS, 2008), engagent la responsabilité et créent le partenariat entre individus dans la gestion de la santé au niveau collectif (OMS, 2008). De même, Kruk *et al.* (2010) définissent les soins primaires comme « *un service de santé caractérisé par des soins de premier contact, une facilité d'accès, des soins répondant à une large gamme de besoins sanitaires, la continuité et l'implication de la collectivité* » (Kruk *et al.*, 2010). Bien que définis comme tels, la Déclaration d'Alma-Ata relève que la mise en place des soins de santé primaires, doit se faire en tenant compte de plusieurs dimensions, parmi lesquelles on pourrait citer « les conditions économiques, les caractéristiques socio-culturelles et politiques, les problèmes de santé ainsi que l'organisation des systèmes de santé » (OMS, 1978) spécifiques à chaque région ou pays du monde, mais aussi entre diverses régions d'un même pays. Aussi, une orientation

est donnée à la politique de soins de santé primaires menée par chaque pays, sur la base soit d'une offre verticale de soins de santé primaires ("selective primary health care"), soit d'une offre horizontale de soins de santé primaires ("comprehensive primary health care"). L'approche verticale consiste « à mener des interventions bien définies, de façon similaire, dans les endroits où les problèmes de santé posés sont les mêmes ; à se concentrer sur des cibles spécifiques et utiliser les données à des fins de gestion ; se focaliser prioritairement sur l'offre de services. Les résultats de cette approche se mesurent au travers de l'impact et des revenus du succès lié à la couverture de prévention » (Lawn et al., 2008) tandis que l'approche horizontale « repose sur un changement sociétal et une appropriation par la communauté différents selon les endroits ; repose sur un modèle intersectoriel ; a pour intervention de base, la surveillance et offre de soins de santé primaires à un niveau local » (Lawn et al., 2008). L'idéal entre ces deux approches aura suscité beaucoup de débats. Toutefois, afin de mener à bien l'analyse de cette politique de santé en Afrique sub-saharienne, nous partirons de ces deux approches pour décrire la politique de soins de santé primaires en Afrique sub-saharienne.

1.1.1. L'approche verticale

L'approche verticale de soins de santé primaires se présente, comme étant un bon point de départ pour la mise en œuvre de la politique de soins de santé primaires. De ce fait, Magnussen et al. (2004), la qualifie de "stratégie intérimaire permettant d'entamer le processus de mise en œuvre de la politique de soins de santé primaires" (Magnussen et al., 2004). A l'origine, cette approche repose sur des programmes orientés vers le suivi de la croissance chez les enfants de moins de cinq ans, la thérapie de réhydratation orale, l'allaitement maternel et la vaccination (Magnussen et al., 2004). Dans le cas des PED d'Afrique sub-saharienne, seuls les sujets de l'allaitement et de la vaccination seront abordés, étant donné que la littérature, concernant ces pays, explorée pour cette section, nous a mieux renseignées sur ces éléments.

1.1.1.1. L'allaitement maternel

Important pour la nutrition du nouveau-né et recommandé comme favorisant la bonne croissance des enfants de moins de cinq ans, l'allaitement maternel est considéré comme déterminant dans la réduction de la mortalité des moins de cinq ans (UNICEF, 2009, cité par Gupta et al., 2013). De façon pratique, l'allaitement maternel est optimal : lorsqu'il est initié dans l'heure de naissance, lorsqu'il est réalisé exclusivement durant les six premiers mois après la naissance, et lorsqu'il est pratiqué en complémentarité avec une alimentation adéquate

à la suite des six premiers mois après la naissance jusqu'à l'âge de deux ans et plus (Gupta *et al.*, 2013). Des précisions émises ci-dessous, la présence de l'allaitement maternel parmi les éléments sur lesquels repose l'approche verticale de la politique des soins de santé primaires s'avère incontestable. Gupta *et al.*, dans leur étude sur les politiques et programmes en matière d'alimentation infantile, s'appuyant sur des indicateurs représentant 10 secteurs au niveau desquels il faut intervenir pour améliorer les pratiques de nutrition infantile, font état de ce que « *la couverture globale de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de 6 mois d'âge est seulement de 36%, c'est-à-dire que seulement 49 millions des 136 millions d'enfants qui naissent annuellement bénéficient de l'allaitement maternel* » (WHO, 2011, cité par Gupta *et al.*, 2013). Parmi ces secteurs d'action en vue de l'amélioration des pratiques d'allaitement maternel, on compte :

- La politique nationale, le programme et la coordination ;
- L'initiative « hôpitaux amis des bébés » ;
- La mise en œuvre du Code international du commerce de produits remplaçant le lait maternel ;
- La protection de la maternité ;
- Les systèmes de soins de santé et de nutrition ;
- La prise en charge de la mère et la sensibilisation communautaire ;
- Le support informationnel ;
- L'alimentation du nourrisson et le VIH ;
- L'alimentation du nourrisson en situation d'urgence ;
- Le suivi et l'évaluation. (WHO/UNICEF, 2002, cité par Gupta *et al.*, 2013)

Ces différents secteurs d'actions précités, ont été énumérés dans le cadre de la stratégie globale de nutrition infantile approuvée lors des Assemblées mondiales de la Santé en 2002 puis acceptée par le Conseil d'administration de l'UNICEF durant la même année (Gupta *et al.*, 2013). Dans l'intention de décrire la politique de l'allaitement maternel, en tant que composante de l'approche verticale de politiques de soins de santé primaires, au niveau des PED de la région africaine, nous nous concentrerons sur le premier secteur cité, à savoir, celui de la politique nationale, du programme et de la coordination de l'allaitement maternel. Concernant l'indicateur relatif à ce secteur, il s'agissait de répondre à une série de questions portant sur l'effectivité d'une politique officiellement acceptée par le gouvernement, soutenue par un plan d'action au niveau national et par la présence d'un dispositif de coordination national appuyé par un budget adéquat (Gupta *et al.*, 2013). Parmi les 40 pays formant

l'échantillon sous étude de Gupta *et al.*(2013), 9 pays d'Afrique sub-saharienne sont présents à savoir : la Zambie, le Ghana, le Malawi, la Gambie, le Cameroun, l'Ouganda, le Swaziland, le Mozambique et le Cap-Vert. La situation de ces pays d'Afrique sub-saharienne au sujet de cet indicateur est assez disparate et semble être le reflet de leur niveau de croissance et de développement socio-économique. Une comparaison de cet indicateur de politique nationale d'allaitement maternel avec le PIB/habitant comme indicateur économique serait intéressante pour comprendre l'hétérogénéité de cet indicateur entre ces pays d'Afrique sub-saharienne. Le tableau 5 fait apparaître l'indicateur relatif à la politique nationale d'allaitement maternel sur une échelle de 10, ainsi que le PIB/habitant pour ces 9 pays en 2011, étant donné que l'étude de Gupta *et al.* a été menée en 2011.

Tableau 5 : Indicateur de politique nationale d'allaitement maternel et PIB/habitant de 9 pays d'ASS pour l'année 2011.

Indicateurs	Politique nationale d'allaitement maternel (/10)	PIB/habitant (en dollars US, 2011)
Cameroun	6	1256,7
Cap-Vert	0	3801,4
Gambie	6	521,2
Ghana	9	1594,1
Malawi	7.5	364,1
Mozambique	5	536,9
Swaziland	5	3140,5
Ouganda	5	530,9
Zambie	9	1740,7

Source: Gupta *et al.*, (2013), World Bank (2011).

Le coefficient de corrélation entre ces indicateurs concernant ces pays d'Afrique sub-saharienne, est négatif. Ce qui signifie qu'il y a une relation négative entre l'effectivité d'une politique nationale d'allaitement maternel et le PIB/habitant pour les pays représentés dans le tableau 5. Autrement dit, plus le PIB/habitant est élevé, moins la politique nationale d'allaitement est effective. Aussi, le lien entre effectivité de la politique d'allaitement et PIB/habitant dans le cas de ces pays se présente comme étant relatif. En effet, un pays comme la Zambie, bien qu'étant en tête de tous les pays d'ASS en matière d'effectivité de politique

nationale d'allaitement maternel à un PIB/habitant deux fois moins élevé que celui du Cap-Vert, considéré comme le dernier des pays d'ASS en termes d'effectivité de politique nationale d'allaitement maternel, de surcroît avec un indicateur nul. Ainsi, l'effectivité d'une politique nationale d'allaitement maternel, dans le cas de ces 9 pays d'ASS, ne serait pas le reflet du niveau économique du pays mais pourrait être surtout le fait d'une volonté politique certaine. Par ailleurs, il est intéressant de relever que la moyenne de tous ces pays d'ASS au sujet de cet indicateur d'effectivité d'une politique nationale d'allaitement maternel est de 5.83 sur une échelle de 10, ce qui indique que des efforts sont encore à réaliser en matière de politique nationale d'allaitement maternel dans l'ensemble de ces pays.

1.1.1.2. La vaccination

De même que l'allaitement maternel, la vaccination est reconnue comme déterminante dans « la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants mais aussi des femmes en Afrique » (Lafond *et al.*, 2015). En effet, en 2008, au total, 1,5 millions d'enfants meurent de maladies qui auraient pu être évitées grâce à des vaccins conseillés par l'OMS. Aussi, des 8,8 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans enregistrés au niveau mondial, en 2008, 17% aurait pu être empêchés au moyen de vaccins. En termes de couverture vaccinale, 86% d'enfants dans le monde, soit 115 millions environ, ont été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche (DTC3) au titre de l'année 2014. Par contre, 18,7 millions d'enfants de moins de 1 an n'ont pas été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche (DTC3) pour la même année. Encore, au titre de l'année 2014, plus de 60% de ces enfants non vaccinés vivent dans 10 pays dont 5 sont de la région africaine. Ces 5 pays sont la république démocratique du Congo, l'Ethiopie, le Nigeria, l'Ouganda et l'Afrique du Sud. De ces estimations, il apparaît que l'Afrique doit faire des progrès en ce qui concerne la couverture vaccinale surtout celle relative à la DTC3.¹⁰ Le niveau de couverture vaccinale ainsi que la mise en œuvre des programmes de vaccination au niveau africain se décrit bien, au travers de l'analyse menée par Kamara *et al.* (2013) au sujet des progrès réalisés dans 50 pays, dont 33 d'Afrique, en matière de stratégie globale de vaccination. Cette étude de Kamara *et al.* (2013) est intéressante en ce qu'elle expose bien comment une stratégie de court terme (approche verticale), sélective peut s'inscrire dans un processus de long terme (approche horizontale). De façon plus précise, Kamara *et al.* (2013) font le bilan à mi-parcours (2010) de la stratégie globale de vaccination

¹⁰ http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/donnees_mondiales_vaccination_new.pdf?ua=1
Consulté le 18/08/2015.

(Global Immunization Vision and Strategy- GIVS), à partir de l'atteinte ou non par les pays sous étude des objectifs énoncés, par la dite stratégie, qui sont les suivants :

- « réaliser une couverture vaccinale supérieure ou égale à 90% au niveau national et supérieure ou égale à 80% au niveau des districts ;
- Réduire le niveau de mortalité liée à la rougeole de 90% comparativement à celui de l'année 2000. » (Kamara *et al.*, 2013)

De plus, par la GIVS, les pays sont incités à mettre en œuvre un plan décennal allant de 2006 à 2015 d'où le lien avec l'approche horizontale. Ce plan décennal repose sur quatre principaux domaines d'interventions, que sont :

- « La protection de la population dans un monde en mutation ;
- L'introduction de nouveaux vaccins et technologies ;
- L'intégration des interventions et de la surveillance dans un contexte de système de santé ;
- La vaccination dans un contexte d'interdépendance mondiale. » (Kamara *et al.*, 2013)

Les résultats issus de l'étude de Kamara *et al.* (2013), présentant les progrès réalisés comparativement à l'année 2006, soit un an après l'adoption des directives du plan pluriannuel, sont regroupés suivant les domaines d'intervention précités et concernent la période 2007-2010. Ces résultats font ressortir que 7 pays des 33 pays africains analysés, présentent une couverture vaccinale de DTC3 supérieure ou égale à 90% en 2006, contre 10 pays en 2010 alors que la planification envisageait que 30 pays africains aient atteint une couverture vaccinale de DTC3 supérieure ou égale à 90% à l'an 2010. D'un autre côté, l'évolution en matière d'introduction de nouveaux vaccins est difficile à apprécier. En effet, en 2006, 24 pays africains ont déjà introduit le vaccin contre l'hépatite B (HepB), 12 pays africains, le vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) et 1 pays africain, le vaccin contre la rougeole seconde dose. Avec comme objectifs que 24 pays africains introduisent le vaccin contre l'Hib, 12 pays africains, le vaccin contre la rougeole seconde dose, 6 pays africains, le vaccin contre l'HepB, 5 pays africains, le vaccin antipneumococcique et 2 pays africains, le vaccin antirotavirus ; seulement, 22 pays africains ont effectivement introduit le vaccin contre l'Hib, 10 pays africains, le vaccin contre l'HepB et 2 pays africains, le vaccin antipneumococcique, au titre de l'année 2010. Ces informations relatives aux prévisions et réalisations en matière d'introduction de nouveaux vaccins sont récapitulées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Comparaison entre prévision et réalisation (nombre de pays) en matière d'introduction de nouveaux vaccins dans les pays africains pour la période 2006-2010.

Type de vaccin	Déjà introduit en 2006	Introduction planifiée pour 2010	Introduction réalisée en 2010
HepB	24	6	10
Hib	12	24	22
Rougeole seconde dose	1	12	0
Pneumococcique	0	5	2
Rotavirus	0	2	0

Source : Kamara *et al.* (2013).

D'autre part, 23 des 33 pays africains étudiés par Kamara *et al.* (2013) ont prévu réalisé conjointement la vaccination et d'autres interventions de santé. Parmi ces interventions de santé réalisées conjointement à la vaccination, on compte la distribution de moustiquaires imprégnées contre le paludisme, et des antihelminthiques (antiparasitaires), ainsi que la gestion intégrée de maladies de l'enfance. Toutefois, dans la plupart des pays africains, ce sont les deux premières interventions citées qui sont réalisées parallèlement aux campagnes de vaccinations. Aussi, au sujet de la surveillance des maladies évitables par les vaccins, telles celles relevées dans le tableau 6, il apparaît un décalage entre la planification de l'introduction du vaccin et celle de la surveillance de la maladie sur un territoire donné. Ainsi, seulement 15 pays africains ayant prévu l'introduction du vaccin contre Hib, ont également prévu la surveillance concernant cette maladie et 5 pays africains ont prévu d'introduire la vaccin antipneumococcique dont 2 pays ont prévu la surveillance de la maladie. Par ailleurs, 4 pays africains, bien qu'ayant prévu la surveillance concernant le pneumocoque et le rotavirus, n'ont pas prévu l'introduction de vaccin contre ces maladies. Enfin, les programmes de vaccination doivent être réalisés dans un contexte d'équité dans l'accès aux vaccins et aux financements nécessaires ainsi que dans la disponibilité de l'information pour tous les pays, d'où la notion d'interdépendance globale entre les domaines d'interventions de la GIVS. Comme illustration, il ressort que le financement de la vaccination doit être amélioré afin d'atteindre les objectifs de la GIVS. De façon plus précise, afin de maintenir constants les acquis en matière de couverture vaccinale en 2006, les dépenses allouées par enfant doivent être en moyenne de 15 US\$ en ce qui concerne l'Afrique. Aussi, les résultats de l'étude révèlent que ce montant doit être élevé à 26 US\$ par enfant africain, pour la période 2008-2010 en vue de la réalisation des objectifs du GIVS. (Kamara *et al.*, 2013)

Après avoir décrit, deux des composantes de l'approche verticale de la politique de soins de santé primaires que sont l'allaitement maternel et la vaccination, dans un contexte de PED, plus particulièrement de pays d'ASS, nous présenterons, dans la section suivante, également deux composantes de l'approche horizontale, à savoir l'offre en eau potable et infrastructures d'assainissement ainsi que les interventions des agents de santé communautaires, selon le même contexte de pays d'ASS. En effet, d'après la déclaration d'Alma-Ata (1978), la politique de soins de santé primaire doit s'inscrire dans un continuum de soins.¹¹

1.1.2. L'approche horizontale

D'après la déclaration d'Alma-Ata (1978), la politique de soins de santé primaires doit s'inscrire dans un continuum de soins. C'est sur cette dynamique de continuum de soins que repose l'approche horizontale. Pour mener à bien le continuum de soins en matière de politique de soins de santé primaire, des actions intersectorielles doivent être menées en collaboration avec la communauté. Parmi ces actions intersectorielles, celles qui nous ont paru intéressantes, concernent l'offre en eau potable et infrastructures d'assainissement de base ainsi que les interventions des agents de santé communautaires. L'attention portée à l'offre en eau potable provient de ce que l'eau est indispensable à la vie. En effet, « l'homme privé d'eau, meurt au bout de quatre à sept jours, alors qu'il peut résister au manque de nourriture, pour une période allant de vingt à quarante jours. Aussi, l'eau représente 61,6% du poids du corps »¹². De ce fait, un approvisionnement adéquat en eau potable réduira considérablement la présence de maladies liées à l'eau telles que la diarrhée, le choléra, la malnutrition pour ne citer que ceux-ci¹³, surtout dans le contexte des pays d'ASS. Aussi, l'assainissement de base est essentiel à une bonne santé en raison de son rôle dans la pratique d'une hygiène saine. D'autre part, le choix porté sur les actions des agents de santé communautaires est justifié par la nécessité d'impliquer les communautés à la gestion ainsi qu'à l'éducation au sujet de leur santé, surtout dans un contexte de pays d'ASS où la dimension socio- culturelle, particulièrement en milieu rural, peut freiner la communauté en termes de recours aux soins de santé.

¹¹ http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, consulté le 20/08/2015.

¹² http://www.fao.org/docrep/004/w0073f/w0073f09.htm#P4_44, consulté le 13/03/2017.

¹³ http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diseasefact/fr/, consulté le 05/09/2015

1.1.2.1. L'offre en eau potable et infrastructures d'assainissement de base

Avant de présenter les tendances en matière d'approvisionnement en eau potable et assainissement de base concernant les pays d'ASS, définissons d'abord ce qu'est l'eau potable, de même que l'assainissement de base. D'après l'OMS, « *l'eau potable est une eau ayant des caractéristiques microbiennes, chimiques et physiques qui répondent aux directives de l'OMS ou aux normes nationales relatives à la qualité de l'eau de boisson. L'eau de boisson désignant l'eau utilisée à des fins domestiques, la boisson, la cuisine et l'hygiène personnelle.* »¹⁴. Par ailleurs, la même institution précise *l'assainissement de base* en le présentant comme « *la technologie la moins coûteuse qui assure l'évacuation hygiénique des excréments et des eaux ménagères ainsi qu'un milieu de vie propre et sain tant à domicile que dans le voisinage des utilisateurs.* »¹⁵. En termes de chiffres, les évolutions concernant cette composante de l'approche horizontale de la politique de soins de santé primaires, au niveau mondial, se traduisent comme suit :

- « 1,1 milliards de personnes sont privées de source d'eau salubre améliorée ;
- 2,6 milliards de personnes sont privées d'accès à une latrine simple « améliorée ».¹⁶

De plus, des 1,6 millions de personnes mourant chaque année de maladies diarrhéiques engendrées par le manque d'approvisionnement en eau potable et assainissement de base. 90% sont des enfants de moins de cinq ans demeurant dans l'espace des PED.¹⁷ Dans l'intention de mieux cerner l'évolution relative à l'accès à l'eau potable ainsi qu'aux infrastructures d'assainissement de base dans les pays d'ASS, nous nous appuyerons sur l'étude réalisée par Hopewell et Graham (2014) dans 31 villes d'ASS. En résumé, cette étude montre « une amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les villes étudiées, respectivement de 65% et de 83% tandis que la réduction du temps alloué à la collecte d'eau potable ainsi que la réduction de la défécation en plein air demeurent faibles » (Hopewell et Graham, 2014). De façon plus précise, « la ville présentant la couverture en approvisionnement en eau la plus élevée est Addis-Abeba (99,9%), à l'opposé de la ville de Luanda (63,9%) qui

¹⁴ http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diseasefact/fr/, consulté le 05/09/2015

¹⁵ http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/fr/, consulté le 05/09/2015

¹⁶ http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/fr/, consulté le 05/09/2015

¹⁷ http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/fr/, consulté le 05/09/2015

présente la plus faible couverture en approvisionnement » (Hopewell et Graham, 2014). D'un autre côté, en termes de progrès, la ville du Bénin possède la moyenne annuelle d'amélioration en approvisionnement la plus importante avec 4,7% de points contrairement à Abuja qui a la moyenne annuelle d'amélioration la plus faible de 1,7% de point sur la période étudiée allant de 2000 à 2012. Par ailleurs, la meilleure ville en matière d'assainissement est celle de Dakar avec 59,6% de ses ménages qui ont recours aux infrastructures d'assainissement, en comparaison à Brazzaville où les ménages ne recours aux infrastructures d'assainissement qu'à hauteur de 8,2% et se retrouve en fin de liste. De plus, en ce qui concerne le temps de collecte d'eau potable, Kumasi se présente comme étant la ville où la proportion des ménages qui accordent 30 minutes de leur temps ou plus à recueillir de l'eau potable est la plus faible (8,2%) alors que cette proportion est de 43,3% pour la ville de Yaoundé, dernière de liste concernant cet indicateur. Enfin, pour ce qui est de la défécation en plein air, la moyenne de prévalence de toutes les villes étudiées demeure faible, soit de 3,4%. Ce, étant donné que cette pratique relève le plus souvent du milieu rural. Ce sont, plus particulièrement, les villes de Kumasi (3,7%) et Addis-Abeba (5,8%) où cette pratique prévaut le plus au sein des ménages, l'opposé de villes telles que Dar es Salaam et Maputo où cette pratique n'est observée dans aucun ménage. (Hopewell et Graham, 2014)

1.1.2.2. Les interventions des agents de santé communautaires

Avant d'exposer les actions des agents de santé communautaires (ASC) dans le contexte des pays d'ASS, précifions, d'abord, ce qui les distingue des professionnels de santé. Bhattacharyya *et al.* (2001), distingue les ASC des professionnels de santé (aides-infirmiers ou techniciens de santé) à partir de trois éléments majeurs. Ces trois éléments majeurs sont la durée de la formation, l'appartenance à la communauté et le temps d'emploi. En effet, pour « une durée de formation de 1 à 6 mois, en plus de 3 années d'études primaires en ce qui concerne les ASC, les professionnels de santé, quant à eux, doivent être formés sur période de 1 à 2 ans, en plus d'avoir réalisé des années études primaires. Aussi, les ASC appartiennent à la communauté à l'opposé des professionnels de santé. De plus, les ASC sont employés à temps partiel tandis que les professionnels de santé le sont à temps plein. Enfin, il apparaît comme éléments de comparaison, les professionnels de santé reçoivent une rémunération de la part du programme alors que les ASC sont rétribués par la communauté. » (Walt (1988) cité par Bhattacharyya *et al.* (2001)). Cependant, l'étude de Christopher *et al.* (2011), sur l'impact des interventions curatives des ASC concernant le paludisme, la pneumonie et la diarrhée sur la

mortalité et la morbidité infantile en ASS, circonscrit le rôle des ASC à la définition selon laquelle « *les ASC sont des personnes formées en vue de la prestation des soins curatifs (avec ou sans interventions préventives en santé) pour le paludisme, la pneumonie ou la diarrhée concernant les enfants âgés de moins de six ans* » (Christopher *et al.*, 2011). De cette étude de Christopher *et al.* (2011), il ressort que 63% de baisse à 87% de hausse de la mortalité infantile liée aux maladies précitées, durant la période allant de 1987 à 2007, sont observées en milieu rural gambien et ghanéen où interviennent les ASC. Egalement, 84% de baisse de la morbidité infantile de à la fièvre et aux parasites est relevée en milieu rural gambien. De plus, le constat de cette étude est que la baisse de la mortalité infantile est importante lorsque des interventions préventives, telles que la distribution de moustiquaires imprégnés et d'anti-paludéens, sont menées conjointement aux interventions curatives. (Christopher *et al.*, 2011). D'autre part, l'étude comparative d'Aantjes *et al.* (2014), sur l'intégration des programmes ASC dans les stratégies nationales de revitalisation des soins de santé primaires, pour quatre pays d'ASS, que sont l'Ethiopie, le Malawi, l'Afrique du Sud et la Zambie, révèle que les interventions des ASC sont nécessaires à la réalisation des soins de santé primaires et que leur intégration aux systèmes nationaux de santé, dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH, se fait selon 3 approches. Ces trois approches sont la supervision, la contractualisation et l'orientation. La supervision peut être illustrée par les cas du Malawi et de la Zambie, où les programmes d'ASC sont indépendants des initiatives du gouvernement en matière de soins de santé primaires (SSP) et ne joue qu'un rôle régulateur. La contractualisation s'observe en Afrique du sud où le gouvernement travaille en collaboration avec les organisations de la société civile (OSC) pour le déploiement des ASC. Enfin, l'orientation est constatée en Ethiopie, où le gouvernement considère les ASC comme relevant de la société civile, et partant, n'a aucune politique claire d'intégration de ces ASC aux services de SSP, si ce n'est une simple politique d'orientation. (Aantjes *et al.*, 2014)

1.2. Le recouvrement du coût des prestations sanitaires

La politique de recouvrement du coût des prestations sanitaires a émergé suite à la 37^{ème} session du comité régional africain de l'OMS qui s'est tenue en 1987, à Bamako au Mali. Cette session aura abouti à la résolution AFR/RC37/R6 dénommée “ Initiative de Bamako” (IB). L'IB avait pour principal objectif de favoriser l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant au travers de la participation des communautés au financement et à la gestion des systèmes de santé. (OMS, 1999). En effet, dans cette résolution, le comité régional pour l'Afrique de

l'OMS « reconnaît la nécessité d'un mécanisme d'autofinancement des activités des SSP au niveau du district ; note avec satisfaction les expériences concluantes de certains pays de la Région sur le recouvrement des coûts en prenant la dotation en médicaments essentiels comme fonds de roulement ; invite les Etats membres à définir et mettre en œuvre un mécanisme d'autofinancement des SSP au niveau du district, en utilisant notamment les dotations en médicaments essentiels comme fonds de roulement » (OMS/AFRO, 1987). De ce qui précède, l'IB se présente comme le point de départ de la politique de recouvrement du coût des prestations sanitaires. De ce fait, l'accent sera mis, dans cette section, sur l'origine, les principes ainsi que la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako au niveau des pays d'ASS.

1.2.1. Origine et principes de l'Initiative de Bamako

1.2.1.1. Origine de l'Initiative de Bamako

Issue du manque de précision de la déclaration d'Alma-Ata au sujet du financement des services de soins dans le cadre de la politique de soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako est aussi le résultat de la crainte émise par le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, lors de la tenue de la conférence d'Alma-Ata, concernant l'aptitude financière des populations à recourir aux soins de santé (OMS/AFRO, 1978 ; Ridde, 2005). En effet, la crise de l'endettement affectant les pays africains durant les années 70-80, qui donnera lieu aux programmes d'ajustement structurel (PAS), aura également eu des effets négatifs au niveau sanitaire. Aussi, dans le but de contrecarrer les effets de cette crise financière sur les systèmes de santé, l'Initiative de Bamako a été préconisée afin de poursuivre la politique de soins de santé primaires. Or, étant donné le déficit budgétaire des Etats entraînant une baisse de leur financement des systèmes de santé, la contribution des usagers des services de santé devenait incontournable. Par ailleurs, tout devait être mis en œuvre afin de faciliter l'accès aux soins des plus vulnérables. Ainsi, l'Initiative de Bamako précisait le paiement direct des soins par les usagers en vue d'une meilleure qualité des services de soins ainsi qu'un meilleur accès aux soins. (Ridde, 2005). En termes techniques, il s'agissait de vendre aux usagers les médicaments génériques gratuits donnés par les bailleurs de fonds afin d'avoir une marge bénéficiaire permettant un nouvel approvisionnement en médicaments des comités de gestion sanitaire, de même qu'une amélioration de la qualité des services de soins par un accroissement de la rémunération des personnels de santé permis par les fonds provenant des usagers des services de soins. Ce mécanisme d'autofinancement des comités de gestion avait déjà fait l'objet de

projets pilotes dans certains districts sanitaires africains, l'un des objectifs de l'Initiative de Bamako était d'élargir ces projets à l'ensemble de l'Afrique. (Ridde, 2005). Cependant, pour pouvoir être appliquée dans tous les pays africains, l'Initiative de Bamako devait reposer sur des principes solides qui sont développés dans la section suivante.

1.2.1.2. Principes de l'Initiative de Bamako

« Au nombre de huit, les principes directeurs de l'Initiative de Bamako sont les suivants :

- L'accessibilité des communautés aux services de SSP garantie par les gouvernements ;
- La décentralisation de prise de décisions au niveau de districts sanitaires au sujet de la gestion des SSP ;
- La décentralisation de la gestion financière en vue de la gestion par les communautés des fonds générés au niveau local ;
- L'application à tous les niveaux du système de santé des principes de financement communautaire des services de santé ;
- Un financement conséquent des gouvernements aux SSP et aux services de santé locaux ;
- L'intégration du concept de médicaments essentiels dans les politiques de santé reposant sur les SSP ;
- L'accessibilité des populations les plus démunies aux soins de santé au travers d'exonération et de subventions ;
- La définition d'objectifs clairs et d'indicateurs permettant d'évaluer les progrès réalisés. »
(Ridde, 2005).

De notre point de vue, le principe 7 remet en cause le mécanisme sur lequel repose l'IB. En effet, sur la base de quel critère, la catégorie sociale des plus démunies sera repérée ? C'est également sur ce principe, nous le verrons plus loin, que reposera, aussi paradoxalement que cela puisse paraître, la politique d'exemption de paiement de soins. Ainsi, au travers de ce principe, l'IB laissait déjà transparaître l'une de réformes sanitaires qui donnera lieu à la SPDSS. Sur la base de ces principes l'IB a été mise en œuvre dans divers pays africains, la section qui suit met en évidence quelques expériences d'application de l'IB au niveau africain.

1.2.2. Mise en œuvre de l'Initiative de Bamako

Dans son analyse des expériences africaines en matière de paiement de soins de santé, Gilson (1997) précise que le recouvrement des frais se fait selon deux principaux modèles, le modèle standard et le modèle de l'IB. Le modèle standard est appliqué au niveau mondial et caractérisé par une redistribution des ressources, collectées auprès des usagers, en vue d'accroître l'efficacité des services de soins ainsi que l'équité dans l'accès aux soins. D'autre part, le modèle de l'IB, issu d'expériences réalisées au niveau africain, traduit par le contrôle des fonds provenant des usagers au niveau primaire, plus précisément, par les communautés de base. La différence fondamentale, entre ces deux modèles, est que le premier, repose sur une redistribution des fonds reçus des usagers, au travers d'une décentralisation entre niveaux régional et de districts sanitaires, tandis que le second, est basé sur la gestion des fonds au niveau communautaire. Aussi, comme autres éléments de différenciation, le modèle de l'Initiative de Bamako est le plus souvent mis en œuvre dans les pays d'Afrique francophone tandis que les pays d'Afrique anglophone et lusophone appliquent conjointement les deux modèles. (Gilson, 1997). De notre point de vue, l'idéal aurait été d'appliquer les deux modèles au niveau de tous les pays africains, le modèle standard serait intégré au modèle de l'IB afin de superviser au niveau étatique, la gestion des fonds au niveau communautaire. De façon plus précise, il s'agira d'octroyer aux représentants des autorités sanitaires un droit de regard quant à la gestion des fonds par les communautés afin de jouer un rôle de conseil mais aussi d'appui à la gestion. Partant, les ressources provenant des usagers seraient utilisées de façon efficiente et optimale. D'autre part, concernant l'évaluation des réalisations issues de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, l'OMS (1999) relève l'accroissement de la participation communautaire et du co-financement, un meilleur accès aux médicaments essentiels, et un renforcement des systèmes de santé des districts. (OMS, 1999). Ainsi, on peut conclure que, les principes directeurs de l'Initiative de Bamako auront bien guidés sa mise en œuvre au point d'observer parmi ses réalisations des éléments faisant partie des énoncés de ces principes directeurs tels que « la décentralisation de la gestion financière, en vue de la gestion par les communautés des fonds générés au niveau local, l'intégration du concept de médicaments essentiels dans les politiques de santé reposant sur les soins de santé primaires ». (Ridde, 2005). Toutefois, bien que l'Initiative de Bamako ait joué un rôle réformateur au niveau primaire des systèmes de soins, sa mise en œuvre aura connu des dysfonctionnements, notamment en ce qui concerne l'inclusion des plus vulnérables. En effet, au niveau des pays d'Afrique de l'Ouest, le niveau de fréquentation des services de soins pour consultation curative, est demeuré faible

durant l'Initiative de Bamako. De plus, en raison de la complexité à discerner les personnes indigentes de celles qui ne l'étaient pas, l'exemption de paiement prévue par l'Initiative de Bamako pour cette catégorie de la population, leur était difficilement applicable. Du fait, de ces dysfonctionnements, entre autres précités, l'Initiative de Bamako débouchera dès la fin des années 1990, sur la politique d'exemption de paiement de soins. (Ridde, 2012)

1.3. De l'exemption de paiement à la couverture maladie universelle

L'exemption de paiement direct des soins ayant déjà été développé en introduction générale, une section lui sera consacrée pour mettre plus accent sur la couverture maladie universelle (CMU) considérée comme la réforme sanitaire intégrant et succédant à l'EPS (Lagomarsino *et al.*, 2012 ; Ridde, 2012 ; RCI, 2013).

1.3.1. L'exemption de paiement des soins

Selon Witter *et al.* (2008) , l'EPS concerne « *toute réduction officielle des paiements directs pour les soins, visant un groupe, une région ou un service* » (Witter *et al.*,2008). Etant donné que la littérature portant sur l'EPS, au niveau africain, a été mis en évidence en introduction générale, les lignes suivantes, préciseront les effets de cette politique sur la satisfaction des usagers dans le contexte ouest-africain. Rapportant, les connaissances disponibles en termes de politiques et programmes d'exemption de paiement direct des soins en Afrique de l'Ouest, Robert *et al.* (2012) relèvent que dans les pays sous étude, que sont le Burkina-Faso, le Ghana, le Niger et le Mali ayant des politiques d'EPDS essentiellement ciblées :

- « aux soins maternels et infantiles et néonataux d'urgence (SONU) ;
- aux femmes enceintes indigentes ;
- aux services liés à l'accouchement ;
- aux services pour les enfants de moins de cinq ans ;
- au traitement antipaludéen pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ; aux césariennes dans les services publics ;
- à la prise en charge de personnes atteintes du VIH/Sida. » (Ridde, 2012).

Les principales tendances qui se dégagent au sujet de la satisfaction des usagers sont les suivantes :

- « les femmes sont grandement satisfaites de l'EPDS en raison de l'occasion qu'elle offre de pouvoir anticiper sur les dépenses, de les diminuer et de payer à postériori ;

- la majeure partie des répondants apprécie l'EPDS ;
- la défiance des usagers vis-à-vis du personnel soignant, et en ce qui concerne les coûts ;
- le doute des usagers quant à l'effectivité de la prise en charge gratuite. » (Ridde, 2012).

1.3.2. La couverture sanitaire universelle (CSU)

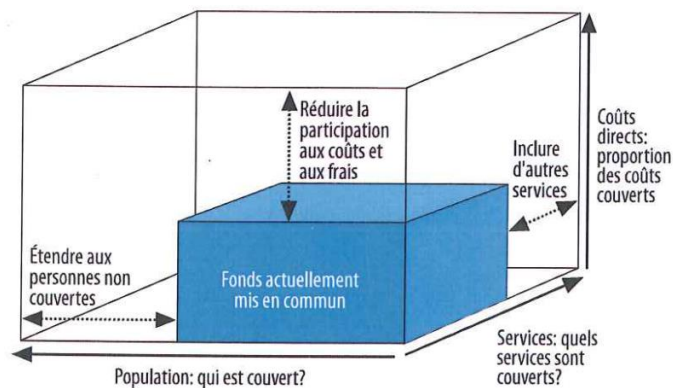
1.3.2.1. Définition du concept de CSU

La couverture universelle en santé se définit comme étant « *un accès universel aux prestations de santé avec une protection sociale correspondante* » (OMS, 2008). Pour atteindre la couverture universelle en santé, l'OMS au travers de son rapport de 2010 relève trois dimensions à prendre en compte, qui permettent de conceptualiser la notion de couverture universelle. Ces trois dimensions, représentées à la figure 8, sont les suivantes :

- Les services de santé nécessaires : la question posée, à ce niveau, est celle de savoir quels services devront bénéficier de la couverture ?
- Le nombre de personnes ou encore les catégories de personnes qui seront concernées par la couverture : Quelles seront les personnes qui bénéficieront de la couverture ?
- Le coût des soins pour ceux qui devront payer : jusqu'à quel montant les coûts seront couverts ?

Pour une meilleure compréhension de ce concept de "couverture universelle" passant par ces trois dimensions, la figure 8 apparaît comme intéressante. En effet, l'évaluation de ces trois dimensions, à partir d'indicateurs de santé, permet de déterminer le niveau de progression, d'un espace donné, en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle.

Figure 8 : Les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle.



Source : Rapport sur la santé dans le monde 2013 (OMS, 2013)

Dans la figure 8, la partie intitulée « Fonds actuellement mis en commun » est « *la situation hypothétique actuelle d'un pays où environ la moitié de la population est couverte pour environ la moitié des services disponibles, mais où moins de la moitié des coûts de ces services est couverte par les fonds mis en commun* » (OMS, 2010).

De façon plus descriptive, dans cette figure, « *le volume total de la grande boîte représente le coût de l'ensemble des services pour tout le monde à un moment donné. Le volume de la petite boîte bleue représente les services et les coûts de santé qui sont couverts par des caisses communes préfinancées* » (OMS, 2013). Autrement dit, plus la boîte bleue augmente de volume, plus les services et coûts de santé sont assurés par des fonds mis en commun. D'un autre côté, l'augmentation de la base du cube, uniquement, c'est-à-dire de la population couverte et des services couverts, avec une réduction de la hauteur du cube, c'est-à-dire des coûts directs supportés par la population pour bénéficier des soins, traduit une bonne progression vers la couverture sanitaire universelle. En effet, l'objectif de la couverture sanitaire universelle, est la protection contre le risque financier, dans la démarche d'accès aux soins des populations. Dans ce cadre, le prépaiement est adopté, en opposition au paiement direct au point de service de santé.

Maintenant, abordons dans le détail ces trois dimensions du concept de couverture universelle :

➤ **Les services de santé couverts**

Ces services peuvent concernés soient la prévention, le traitement, la rééducation et les soins palliatifs (OMS, 2013). A ce niveau, les services devant bénéficier de la couverture devront être ceux qui seront identifiés comme essentiels, nécessaires aux besoins sanitaires de la population mais aussi ceux considérant les attentes de la population ainsi que la capacité de cette population à allouer ses ressources au secteur santé en termes de prépaiement (OMS, 2008).

➤ **La population bénéficiaire de la couverture**

Cette population devra être celle qui n'est pas assurée, qui n'a pas accès aux soins et qui n'est pas protégée contre le risque financier engendré par les dépenses de santé catastrophiques liées au paiement direct au point de service de santé (OMS, 2008 ; OMS, 2013).

➤ **La proportion des coûts couverts**

Il s'agit, à ce niveau, de « *la proportion du coût des soins de santé qui sera couverte par la mise en commun des cotisations et les mécanismes de prépaiement, en réduisant la participation financière de l'utilisateur sous forme de paiement direct au lieu où sont donnés les soins* » (OMS, 2008). Ainsi, la progression vers une couverture sanitaire universelle passe par l'abandon du paiement direct au profit de mécanisme de prépaiement.

1.3.2.2. La progression vers la couverture sanitaire universelle

➤ **En Afrique sub-saharienne**

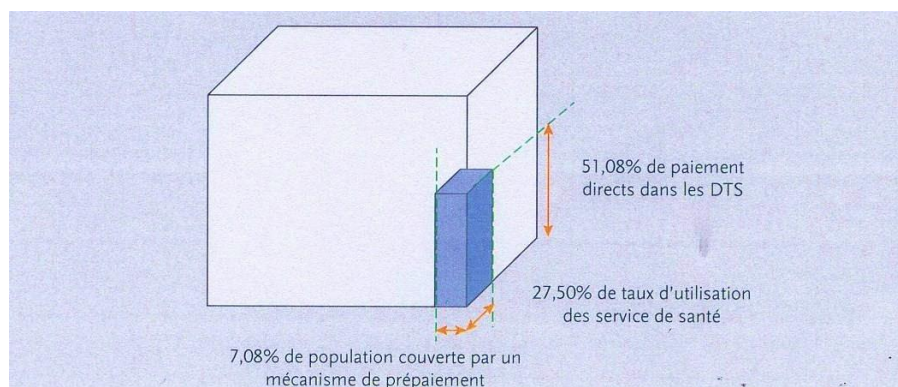
De façon générale, la progression vers l'objectif de couverture sanitaire universelle repose sur une politique de SPDSS préalablement menée ou se fait simultanément à la mise en œuvre d'une politique de SPDSS. (Lagomarsino *et al.*, 2012 ; Ridde, 2012 ; RCI, 2013). Ainsi, la réalisation de la CSU se présente comme un processus de long terme, d'où la notion de progression qui lui est souvent rattachée. Dans le contexte africain, une étude consacrée aux réformes nationales d'assurance maladie dans des pays en développement en Afrique et Asie met en évidence que la plupart des pays sous étude ont vu « la part dépenses des administrations

publiques en santé en pourcentage des dépenses totales en santé augmentée entre 5 et 11 points pour certains (Ghana, Indonésie, Rwanda et Vietnam) et entre 1 et 3 points pour d'autres (Inde, Kenya, Mali et Nigéria). Ensuite, que certains de ces pays étendent leur fond de couverture au travers des revenus des taxes comme c'est le cas pour le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, les Philippines, et le Vietnam tandis que d'autres tels que le Kenya, le Nigéria et le Rwanda poursuivent la collecte de contributions volontaires des ménages malgré les obstacles que cela implique. Aussi, bien que certains pays aient privilégiés, à l'origine des réformes, les patients hospitalisés, ceux-ci tendent à faire bénéficier les services de santé primaires et préventifs en raison du fait que ces services sont souvent très coûteux pour les usagers mais aussi ont un plus grand impact sur la santé des populations. » (Lagomarsino *et al.*, 2012)

➤ En Côte-d'Ivoire

La figure 9 présente la situation de la Côte-d'Ivoire concernant la progression vers la couverture sanitaire universelle. Cette figure traduit le faible niveau auquel se situe la Côte-d'Ivoire en matière de couverture sanitaire universelle. En effet, Bissouma-Ledjou *et al.* (2015), dans leur analyse du suivi des progrès de la Côte-d'Ivoire vers la CSU, ont réalisé cette modélisation. Cette modélisation a été faite à partir d'indicateurs de protection contre le risque financier. Ces indicateurs représentent le pourcentage de la population couverte par un mécanisme de prépaiement, la proportion des paiements directs dans les dépenses de santé (DTS) et le taux d'utilisation des services de santé. Ces indicateurs ont des valeurs, respectivement, de 7,08%, 51,08% et 27,50% entre 2012-2013, comme démontré dans la figure 9. (Bissouma-Ledjou *et al.*, 2015).

Figure 9 : Modélisation du cube de la CSU (situation de base) en Côte d'Ivoire



Source : Bissouma-Ledjou *et al.* (2015)

La figure 9 permet de faire la transition vers l'évolution de la politique sanitaire ivoirienne dans la section suivante. En effet, l'évolution de la politique sanitaire ivoirienne pourrait expliquer ce niveau faible de progression vers la CSU, pour la Côte-d'Ivoire.

1.4. Evolution de la politique sanitaire en Côte-d'Ivoire

Le système sanitaire ivoirien a été hérité de la période coloniale (1893-1960). Aussi, en s'appuyant sur les acquis fortement marqués par l'ex-métropole, à savoir la France, la politique sanitaire ivoirienne s'est axée sur la création d'infrastructures de santé en milieu urbain et de « *services mobiles de lutte contre les grandes endémies en milieu rural* » (RCI, 2008) durant les premières années d'indépendance. Ensuite, une politique de développement sanitaire prônant « *les grands hôpitaux et la mise en place de bases secteurs de santé rurale* » (RCI, 2008) a été mise en place jusqu'au début des années 1990. Par ailleurs, suite à la crise socio-économique qu'a connue le pays dans les années 80, le gouvernement ivoirien décide en 1981 de l'adoption d'une politique sanitaire tournée vers les Soins de Santé Primaires (SSP). Cependant, cette politique n'a été effective au niveau national qu'à partir de 1994 « *avec la création des districts de santé en 1994 et la définition en 1996 d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) aux échelons primaires et secondaires de la pyramide sanitaire* » (RCI, 2008) mais aussi l'application du recouvrement des coûts des actes de santé. Ainsi, après précision par les arrêtés n° 137 et 138 du 1er Juin 1994, les bases de santé rurales sont devenues districts sanitaires. Ces districts sanitaires passent entre 1994 et 2007, de 28 à 72. Cette orientation de la politique sanitaire reposant sur le district sanitaire, les SSP et le PMA a été réaffirmée lors de la conception du PNDS 1996-2005. Aussi, en partant du premier PNDS de 1996-2005 dont le principal objectif était « l'amélioration de l'Etat de santé et de bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins de la population avec pour objectifs spécifiques : la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux grands problèmes de santé, l'amélioration de l'efficacité du système et l'amélioration de la qualité des prestations » (RCI, 2008), le PNDS de la Côte-d'Ivoire a dû être redéfini compte tenu de la crise politico-militaire, ceci en sachant que les résultats attendus n'ont pas été concrètement réalisés, la Côte-d'Ivoire en passant par le PNDS 2008-2012 à l'objectif général d'« *améliorer l'Etat de santé et le bien-être des populations dans un contexte de post-conflit par la réduction de la morbidité et la mortalité* », en est arrivée au PNDS 2012-2015 avec pour visée « *l'amélioration de l'Etat de santé et de*

bien-être des populations au travers, non seulement, de l'amélioration de la santé maternelle et des enfants de moins de 5 ans, de l'offre et de l'utilisation de services de qualité, mais aussi, du renforcement de la gouvernance du secteur de la santé et du leadership du Ministère de la santé, de la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales et de la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité. » (RCI, 2008)

Toutefois, il convient de faire remarquer que bien que les objectifs de ces PNDS soient clairement mis en évidence, ils demeurent difficiles à mettre en œuvre en raison des crises socio-politiques et économiques rencontrées par la Côte-d'Ivoire depuis le conflit armé de 2002.

2. Les systèmes de santé en Afrique sub-saharienne

Dans l'intention de décrire le cadre dans lequel les politiques publiques de santé sont mises en œuvre, les différents systèmes de santé d'ASS sont importants à exposer. Dans cette section, les modèles de systèmes de santé tels qu'ils se présentent dans les quatre diverses régions d'ASS, à savoir : l'Afrique de l'Ouest (AO), l'Afrique de l'Est (AE), l'Afrique Centrale (AC) et l'Afrique Australe (AA) seront mis en évidence. De façon plus précise, une comparaison entre organisation des systèmes de santé de certains pays de ces régions sera réalisée afin de dégager les modèles prédominants. Dans ce cadre, les rapports portant sur la stratégie de coopération de l'OMS avec ces pays, serviront de principal matériel. Aussi, en tant que terrain de recherche un accent sera mis sur la Côte-d'Ivoire par la présentation détaillée du système de santé ivoirien.

2.1. Les modèles de systèmes de santé en Afrique sub-saharienne

Le tableau 7 récapitule l'organisation des systèmes de santé relevant du secteur public pour l'Afrique du Sud, la Côte-d'Ivoire, l'Ethiopie, le Ghana, le Mozambique, le Nigéria, la République Démocratique du Congo, le Sénégal et l'Ouganda. Hormis, la Côte-d'Ivoire, tous les pays de l'échantillon ont été sélectionnés sur la base d'aucun critère particulier. Cependant, le choix a été fait de sorte à avoir dans l'échantillon analysé des pays d'ASS francophone, anglophone et lusophone afin de savoir les caractéristiques propres à chaque groupe en matière d'organisation de système de santé, pour ensuite, faire des comparaisons intra et inter groupes. Par ailleurs, la Côte-d'Ivoire a été sélectionnée pour cet échantillon en tant que pays représentant notre terrain de recherche.

Le tableau 7 met en évidence trois principaux modèles de systèmes de santé relevant du secteur public de ces pays africains. Le modèle le plus représenté est celui général à trois niveaux, ensuite, vient celui spécialisé à trois niveaux et enfin, celui à plus de trois niveaux. Par “modèle général”, il est fait référence au modèle qui intègre à la fois, niveaux administratif et opérationnel comme c’est le cas pour le Sénégal, la Côte-d’Ivoire et la RDC, et par “modèle spécialisé”, il est fait référence à celui qui distingue le niveau administratif du niveau opérationnel. En effet, ces trois principaux modèles semblent correspondre aux réalités de ces pays en termes de contexte démographique, spatial, économique, le tableau suivant tentera d’éclairer cette hypothèse.

Tableau 7 : Organisation des systèmes de santé du secteur public dans 9 pays d’Afrique sub-saharienne.

Pays	Organisation du système de santé	
Sénégal	Trois niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - opérationnel (district sanitaire) - intermédiaire (région médicale) - politique et stratégique (directions et services nationaux) 	
Côte-d’Ivoire	Pyramide sanitaire à trois niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - central (directions générales) - intermédiaire (directions régionales) - opérationnel (districts sanitaires) 	
Ghana	Plusieurs niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - national (Ministère de la Santé, Service de santé du Ghana) - régional - district et sous-districts - communautaire 	
Nigeria	Niveaux opérationnels : <ul style="list-style-type: none"> - primaire - secondaire - tertiaire 	Niveaux administratifs : <ul style="list-style-type: none"> - Ministère fédéral de la Santé - Gouvernements d’Etats et locaux - Agence nationale de SSP
Ethiopie	Trois niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - niveau 1 : Woreda/district sanitaire (hôpital primaire, centre de santé, postes de santé satellites liés entre eux, intégrés à un organe de direction et constituant l’Unité de SSP) - niveau 2 : Un hôpital général - niveau 3 : Un hôpital spécialisé 	
Ouganda	Cinq niveaux : National/ régional/ général/ districts/sous-districts	

République Démocratique du Congo	Trois niveaux : - central (Cabinet du ministre de la Santé publique, secrétariat général, directions centrales et programmes spécialisés) - intermédiaire (divisions provinciales, districts sanitaires) - périphérique (centres de santé, Hôpitaux Généraux de Référence)	
Mozambique	Quatre niveaux : - niveau 1 : Services de SSP - niveau 2 : hôpitaux ruraux de districts - niveau 3 : Hôpitaux provinciaux - niveau 4 : Hôpitaux centraux et spécialisés -	
Afrique du Sud	Niveaux administratifs : - département national de la santé ; - départements provinciaux de la santé ; - gouvernement local.	Niveaux opérationnels (hôpitaux) : - tertiaire - régional - district

Sources: FMOH (2010); OMS/AFRO (2009a-d); The Lancet (2009); WHO (2009a-2014).

Le tableau 8 a été réalisé afin d’apprécier les différences concernant l’organisation des systèmes de santé du secteur public à partir des caractéristiques démographique, spatiale et économique des pays dont les systèmes de santé ont été analysés précédemment. L’intérêt du tableau 8, est de déterminer si l’organisation des systèmes de santé de ces pays a été choisie en raison de leurs caractéristiques démographiques, spatiales et économiques. En effet, selon la population plus ou moins importante d’un pays, ou encore selon la répartition de la population sur un territoire donné, l’organisation du système de santé peut varier.

D’après le tableau 8, le Nigeria est le pays dont la population est la plus importante avec environ 177 475 986 millions d’habitants, ensuite, vient l’Ethiopie avec 96 958 732 millions d’habitants, après, la République Démocratique du Congo avec 74 877 030 millions d’habitants. D’autre part, pour faire le lien avec l’organisation des systèmes de santé, on observe à partir du tableau 7 que ces trois pays ont une organisation de système de santé à trois niveaux (primaire/secondaire / tertiaire- central/ intermédiaire/ périphérique). Il en est de même, pour les pays dont la population est moins importante comme le Sénégal (14 672 557 millions d’habitants), la Côte-d’Ivoire (22 157 107 millions d’habitants) et le Ghana (26 786 598 millions d’habitants), et qui ont également une organisation de système de santé à trois niveaux. Cette observation aboutit à la conclusion qu’il n’y a pas de différence d’organisation de système de santé en fonction de la taille de la population. Du point de vue, de la densité de

population, le Nigeria demeure toujours en tête avec 195 habitants au km², ensuite, apparaît l'Ouganda avec 189 habitants au km² et après, le Ghana avec 118 habitants au km². L'organisation des systèmes de santé de l'Ouganda est à cinq niveaux alors que celles du Nigéria et du Ghana sont à trois niveaux. En ce qui concerne, les pays qui ont les plus faibles densités de population comme la RDC (33 habitants au km²), le Mozambique (35 habitants au km²), et l'Afrique du Sud (45 habitants au km²), on constate une organisation à quatre niveaux pour le Mozambique tandis que la RDC et l'Afrique du Sud ont une organisation à trois l'de population. Enfin, concernant, les dépenses en santé par habitant, les pays qui dépensent le plus, sont l'Afrique du Sud (593 US dollars), le Nigeria (115 US dollars) et le Ghana (100 US dollars). Ces pays ont tous des organisations de systèmes de santé à trois niveaux. Par ailleurs, les pays dont les dépenses en santé par habitant sont moindres, comme la RDC (16 US dollars), l'Ethiopie (25 US dollars) ont des organisations de système de santé similaires à trois niveaux, sauf le Mozambique (40 US dollars) qui a une organisation de système de santé à quatre niveaux.

Tableau 8 : Caractéristiques démographique, spatiale et économique des 9 pays d'Afrique sub-saharienne.

Pays	Population totale (en millions)	Superficie (km ²)	Densité population (hbts / km ²)	Dépenses en santé par habitant (US dollars)
Afrique du Sud	54 001 953	1 219 090	45	593
Côte-d'Ivoire	22 157 107	322 460	70	87
Ethiopie	96 958 732	1 104 300	97	25
Ghana	26 786 598	238 540	118	100
Mozambique	27 216 276	799 380	35	40
Nigeria	177 475 986	923 770	195	115
Ouganda	37 782 971	241 550	189	59
République Démocratique du Congo	74 877 030	2 344 860	33	16
Sénégal	14 672 557	196 710	76	46

Source : World Bank (2013-2014)¹⁸

¹⁸ <http://data.worldbank.org/country>, consulté le 10/08/2015

Après avoir analysé les différents modèles de systèmes de santé du secteur public d'ASS, dont le modèle prédominant qui est celui à trois niveaux, qu'il soit général ou spécialisé, nous allons dans la section suivante, faire ressortir les similitudes et différences entre ces modèles ainsi que leurs forces et faiblesses.

2.2. Les caractéristiques des systèmes de santé en Afrique sub-saharienne

Pour analyser les convergences et divergences ainsi que les forces et faiblesses des modèles présentés dans la section précédente, nous allons scinder les pays d'ASS sélectionnés en deux principaux groupes, à savoir les pays d'ASS francophone et ceux d'ASS anglophone et lusophone, car le poids de la colonisation est révélateur de l'origine de leur organisation de système de santé (Hoosen *et al.*, 2009). Ainsi, pour les anciennes colonies francophones, certaines caractéristiques se décèlent, de même pour les anciennes colonies anglophones et lusophones.

2.2.1. Comparaison entre pays d'Afrique francophone, anglophone et lusophone

D'un point de vue général, tous les modèles de systèmes de santé analysés, ont été construits à partir du « scénario de développement sanitaire approuvé par le comité régional de l'OMS pour l'Afrique, en 1985, dans la volonté d'atteindre l'objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000 tel que convenu lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978. Ce scénario repose sur le renforcement des infrastructures de santé de la région africaine en commençant au niveau du district, ensuite, au niveau intermédiaire et enfin, au niveau central » (OMS, 1989 ; OMS/AFRO, 2009). De façon plus précise, les pays d'Afrique subsaharienne francophones analysés que sont la Côte-d'Ivoire, le Sénégal et la RDC, ont directement copié ce scénario à trois niveaux, cet aspect constitue un élément commun à ces trois pays tandis les pays d'Afrique subsaharienne anglophone et lusophone l'ont plus ou moins modifié voire adapté à leur contexte. Ainsi, des pays d'Afrique subsaharienne anglophone comme le Nigeria et l'Afrique du Sud ont une organisation de système de santé, que nous qualifierons de « modèle spécialisé » car étant subdivisé en deux catégories administrative et opérationnelle, chacune composée de trois niveaux soit national, régional et local pour ce qui est du côté administratif, soit primaire, secondaire et tertiaire en ce qui concerne l'opérationnel. D'un autre côté, l'Ethiopie en tant que pays d'Afrique subsaharienne anglophone semble avoir résumé catégorie administrative et opérationnelle à trois niveaux, comme c'est le cas pour les pays d'Afrique subsaharienne francophone, mais de façon beaucoup plus affinée (district sanitaire, hôpital général et hôpital

spécialisé), avec un accent mis sur l'aspect opérationnel. Enfin, viennent les pays d'Afrique subsaharienne anglophone et lusophone à organisation de systèmes de santé à plus de trois niveaux, parmi lesquels on compte le Ghana, le Mozambique et l'Ouganda. En effet, ces trois pays précités présentent une structure de systèmes de santé alliant administratif et opérationnel de quatre jusque cinq niveaux. Par exemple, pour le Ghana et l'Ouganda, donc les deux pays d'Afrique subsaharienne anglophone, la structure du système de santé se compose des niveaux national, régional, général, districts et/ou sous-districts, et communautaire. Pour le Mozambique, l'organisation du système de santé se compose respectivement de services de soins de santé primaires, des hôpitaux ruraux de districts, des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux centraux et spécialisés. En résumé, les pays d'Afrique subsaharienne francophone, analysés dans cette section, ont des modèles d'organisation de système de santé similaires entre eux mais qui se distinguent de ceux pays d'Afrique subsaharienne anglophone et lusophone. Aussi, les pays d'Afrique subsaharienne anglophone ont des modèles de système de santé principalement différents entre eux mais qui se rejoignent en certaines caractéristiques. Par contre, le seul pays d'Afrique subsaharienne lusophone présente une structure de système de santé assez particulière et considérablement différente de celles de tous les autres pays analysés. Cette particularité pourrait être comprise au travers d'une comparaison avec d'autres pays d'Afrique subsaharienne lusophone qui ne sont que malheureusement peu nombreux mais aussi dont les rapports qui aurait pu nous éclairer à ce sujet sont rédigés en portugais, une langue qui nous est méconnue.

2.2.2. Quel modèle de système de santé optimal ?

Les forces et faiblesses des structures de systèmes de santé analysés dans cette section seront abordées en termes du lien établi entre les différents niveaux ainsi que la capacité de coordination et de gestion entre ces niveaux. En effet, l'organisation des systèmes de santé telle qu'elle est présentée ne peut constituer en elle-même une force ou une faiblesse mais c'est plutôt la façon dont ses différents niveaux sont coordonnés qui pose le plus souvent problème. De ce fait, la principale faiblesse de ces systèmes que l'on peut relever est celle du manque de coordination entre les différents niveaux. Effectivement, en raison du manque de financement, du manque de ressources humaines et du manque de coordination entre bailleurs de fonds, la coordination entre niveaux de systèmes de santé s'avère difficile (OMS, 2009c). Tous ces déficits précités, constituent eux aussi, des faiblesses des systèmes de santé d'Afrique subsaharienne, en général. Ainsi, on en arrivera à affirmer que les systèmes de santé d'Afrique

subsaharienne ne présentent que des faiblesses, tellement leurs forces sont difficiles à identifier. Or, la seule capacité de ces systèmes de santé à résister, malgré tous ces déficits, constitue une force et nous amène à la conclusion que, l'organisation des systèmes de santé à trois niveaux, considérée comme prédominante dans les pays d'Afrique subsaharienne, représente aussi, en tant que support de réalisation de l'action sanitaire, une force pour ces systèmes.

2.3. Le système de santé ivoirien : une présentation approfondie

Afin de comprendre la mise en œuvre de l'exemption de paiement dans le contexte ivoirien, il est indispensable de savoir comment est organisé le système de santé ivoirien, quels sont les principaux acteurs de ce système et ce qui le caractérise. Dans ce sens, le système de santé ivoirien sera analysé dans les sections suivantes.

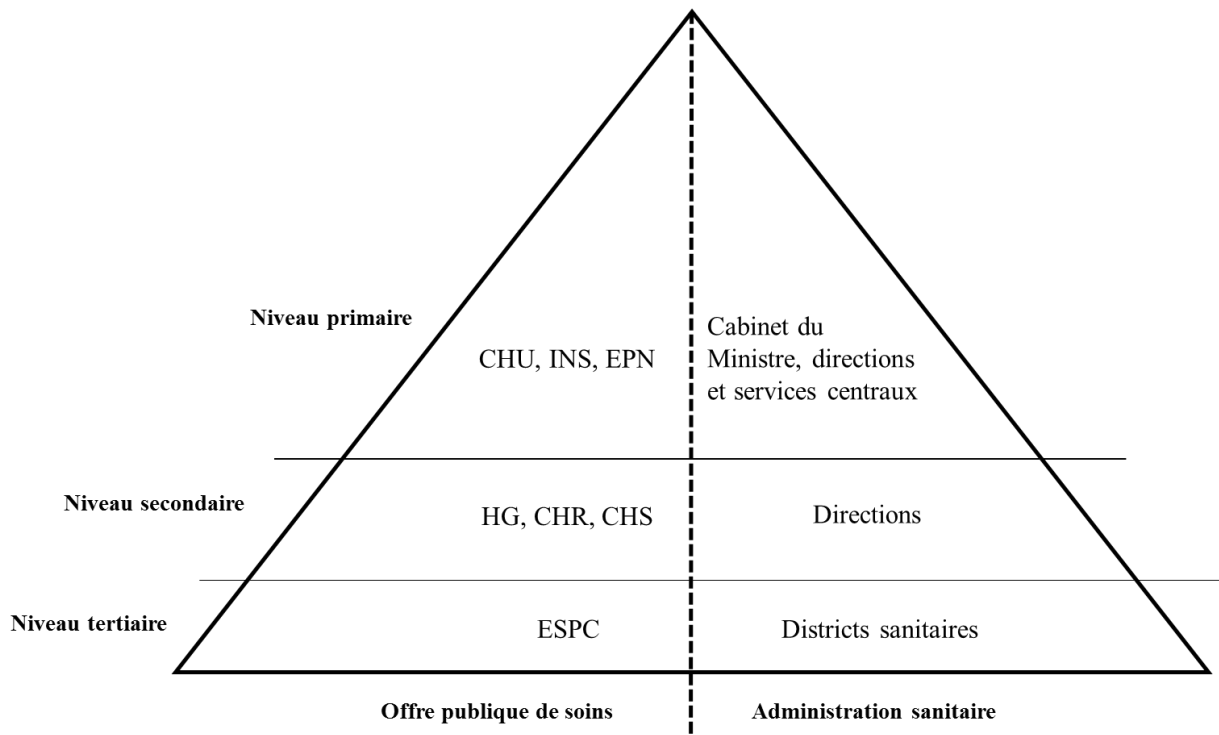
2.3.1. L'organisation du système de santé ivoirien

En partant de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon laquelle « *un système de santé inclut toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé* » (OMS, 2000), l'organisation du système de santé ivoirien est présentée comme étant composée « *d'une offre publique de soins, d'une offre privée de soins et d'une administration sanitaire* » (RCI, 2012).

2.3.1.1. Offre publique de soins et administration sanitaire

La figure 10 représente les composantes du secteur sanitaire public, que sont l'offre publique de soins et l'administration sanitaire. L'organisation de l'offre publique de soins et de l'administration sanitaire est de type pyramidal à trois échelons. Au premier échelon de l'offre publique de soins, on retrouve les Etablissements Sanitaires de Premier Contacts (ESPC). Le second échelon se compose des établissements sanitaires de recours pour la première référence. Enfin, le troisième échelon compte les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence. En ce qui concerne, l'administration sanitaire, elle se compose au niveau primaire des districts sanitaires, au niveau secondaire des directions régionales et au niveau tertiaire, du cabinet du ministre, des directions et services centraux. (RCI, 2012)

Figure 10 : Pyramide sanitaire du secteur public ivoirien.



Sources : RCI, 2010 ; RCI, 2012.

Par ailleurs, l'offre privée de soins, n'est pas organisée de façon pyramidale comme l'offre publique. La sous-section suivante fait l'analyse de l'offre privée de soins en Côte-d'Ivoire.

2.3.1.2. Offre privée de soins

L'offre privée de soins comprend 4 sous-secteurs. Les 4 sous-secteurs qui composent l'offre privée de soins, en Côte-d'Ivoire, sont le sous-secteur à but lucratif, aussi qualifié de libéral, celui à but non lucratif, de type confessionnel et associatif, celui qui concerne la protection sociale, à savoir médecine du travail, mutuelle et assurance maladie, et enfin la médecine traditionnelle. (RCI, 2010)

a) Le sous-secteur privé libéral

Principalement représenté en milieu urbain (grandes villes, capitale), ce sous-secteur est depuis quelques années en pleine expansion avec la multiplicité de création d'établissements sanitaires tels que les polycliniques, les cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie

et infirmeries privées. Ainsi, entre 2007 et 2011, le pays est passé de 1212 établissements sanitaires privés (RCI, 2010) à 2036 (RCI, 2012). Toutefois, ces établissements sont le plus souvent créés sans autorisation préalable du Ministère de la Santé, ce qui explique la fermeture de 24 d'entre eux, en 2011, alors que 1458 d'entre eux sont encore dans l'attente de leur autorisation de conformité (RCI, 2012). Ces établissements sont aussi sujets à certaines critiques notamment au niveau « *des performances et des comportements professionnels (les rackets, les écarts de déontologie, l'absentéisme, etc...)* » (RCI, 2010)

b) Le sous-secteur de type confessionnel, associatif et organisation à base communautaire

Il contribue essentiellement à offrir des soins au niveau primaire. En 2011, ce sous-secteur comptabilise 49 établissements. (RCI, 2010)

c) Le sous-secteur relatif à la protection sociale

Il est représenté par « *les grosses entreprises publiques et privées qui emploient à temps plein ou à temps partiel des médecins chargés de contrôler l'état de santé de leurs salariés et parfois des familles de ces derniers* » (RCI, 2010).

d) La médecine traditionnelle

Ce sous-secteur est représenté par environ 8500 Tradipraticiens en 2007 et « *constitue avec l'automédication le premier recours aux soins en cas de maladie (ENV, 2008)* » (RCI, 2010). Ce sous-secteur occupe une place non négligeable dans le secteur privé. (RCI, 2010 ; RCI, 2012)

2.3.1.3. Le secteur pharmaceutique

Le circuit d'approvisionnement en médicaments est assuré au niveau public par la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), qui en détient le monopole dans le secteur public. Créée en 1984, la PSP est une structure de type EPIC (Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial) où les établissements publics sanitaires sont contraints de s'approvisionner, ce, à hauteur de « *75% pour les CHU et 100% pour les autres établissements sanitaires publics* » (RCI, 2010). De façon plus précise, « *les médicaments représentaient 75% des produits commandés, 22% de petit matériel, 1,2% de produits de laboratoires, 1,1% de produits*

d'hémodialyse et 0,1% de produits dentaires. En 2007, 11% des médicaments achetés en Côte d'Ivoire venaient de la PSP et donc du secteur public » (RCI, 2010). Par ailleurs, d'un point de vue financier la PSP a vu son chiffre d'affaires baissé durant ces dernières années (« moyenne annuelle de 14, 532 milliards de FCFA entre 2001 et 2005, 10, 761 milliards de FCFA en 2007 à 10, 636 milliards de FCFA en 2008 » (RCI, 2010)) compte tenu de problèmes de trésorerie lié aux difficiles décaissements par le Trésor Public, auprès duquel elle est tenue de procéder aux versements des produits de ses ventes en raison du principe d'unicité de caisse de l'Etat ivoirien. De ce fait, la PSP s'est vue perdre sa crédibilité vis-à-vis de ses fournisseurs, étant donné le retard de paiements ou encore le non-paiement de ces derniers. A cet effet, bien que « la PSP détienne une créance de 13 milliards de FCFA sur le Trésor Public, elle enregistre en septembre 2009, une dette de 6,3 milliards de FCFA à l'égard de ses fournisseurs dont 4 milliards concernaient les fournisseurs étrangers » (RCI, 2010). Toutes situations de trésorerie, précédemment décrites, ont entraîné des dysfonctionnements dans l'approvisionnement de médicaments, essentiellement marqués par des ruptures de stocks en magasin, suscitant la création de circuits parallèles d'approvisionnement à caractère illégal, qui sur le long terme risque de constituer un réel problème de santé publique. (RCI, 2010)

Au niveau privé, le secteur pharmaceutique ivoirien est composé de trois entreprises que sont Laborex, DPCI et Copharmed avec des chiffres d'affaires respectifs de 49 milliards de FCFA, 26 milliards de FCFA et 21 milliards de FCFA en 2007. Ces entreprises approvisionnent le secteur privé, au quotidien, elles ont une part de marché de plus de 85%. (RCI, 2010)

Il convient, toutefois, de préciser que 90% de médicaments importés et 10% de médicaments produits localement permettent l'approvisionnement le marché pharmaceutique ivoirien. (RCI, 2010)

2.3.1.4. Besoins en santé

a) Mortalité

En Côte-d'Ivoire, l'espérance de vie à la naissance est évaluée à 51 ans en 1990 contre 53 ans en 2012, l'espérance de vie à l'âge de 60 ans est de 16 ans en 2012 et l'espérance de vie en bonne santé est 48 ans pour cette même année. (OMS, 2014)

D'un autre côté, le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 17‰ en 1978 à 14‰ en 2006. (RCI, 2008 ; RCI, 2012). Le taux de mortalité à l'âge adulte, c'est-à-dire la probabilité de

mourir entre 15 et 60 ans, est de 412‰ en 1990 contre 409‰ en 2012 pour les hommes ivoiriens, et 351‰ en 1990 et 396‰ en 2012 pour les femmes ivoiriennes.

Le taux de mortalité néonatale était de 48‰ en 1990 contre 40‰ en 2012, le taux de mortalité infantile de 99‰ en 2000 contre 76‰ en 2012 et le taux de mortalité des moins de 5 ans est de 145‰ en 2000 contre 108‰ en 2012. Ces décès enregistrés dans la population des enfants âgés de moins de 5 ans sont dans 16% des cas dus au paludisme, qui constitue ainsi la principale cause de décès dans cette tranche de population. (OMS, 2014)

Le ratio de mortalité maternelle, quant à lui, est passé de 670 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 720 pour 100 000 naissances vivantes en 2013. (OMS, 2014)

b) Morbidité

➤ Le paludisme

En Côte-d'Ivoire, la principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans demeure le paludisme (RCI, 2012). De plus, « *environ 50% des motifs de consultation dans les ESPC sont liés au paludisme* » (RCI, 2012). Ainsi, en 2012, le taux d'incidence du paludisme en population générale est de 20 730 cas pour 100 000 habitants en Côte-d'Ivoire. D'un autre côté, en 2000, 22% des cas de décès des enfants de moins de 5 ans sont liés au paludisme contre 16% en 2012. (OMS, 2014) Aussi, la prévalence du paludisme concernant les enfants de 6-59 mois est de 18% et celle chez les femmes enceintes est de 7% en 2012 (RCI, 2012).

➤ La tuberculose

En Côte-d'Ivoire, la tuberculose se présente comme provoquant principalement le décès des PVVIH, le VIH/SIDA étant reconnu comme favorisant le développement de la tuberculose (RCI, 2012). En 2000, le taux de mortalité lié à la tuberculose parmi les personnes séronégatives est de 56 cas pour 100 000 habitants contre 22 cas pour 100 000 habitants en 2012. Aussi, en 2000, le taux d'incidence de la tuberculose est de 369 cas pour 100 000 habitants contre 172 cas pour 100 000 habitants en 2012. Par ailleurs, la prévalence de la tuberculose est de 513 cas pour 100 000 habitants en 2000 contre 226 cas pour 100 000 habitants en 2012. (OMS, 2014)

➤ Le VIH/Sida

En Afrique de l'Ouest, la Côte-d'Ivoire constitue l'un des pays où la prévalence du VIH/SIDA demeure la plus élevée, soit 2268 cas pour 100 000 habitants en 2012 (OMS, 2014). D'après l'Enquête Démographique et de Santé Côte-d'Ivoire (EDSCI) menée en 2012, « la prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans est de 3,7 %, elle est plus élevée chez les femmes (4,6 %) comparativement aux hommes (2,9 %). Par ailleurs, la prévalence augmente avec l'âge aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Elle est faible chez les 15-19 ans (moins de 1 %), et atteint 8 % chez les 45-49 ans. D'autre part, la prévalence du VIH est plus élevée en milieu urbain (4,3 %) qu'en milieu rural (3,1 %). Aussi, la ville d'Abidjan (5,1 %), le Centre-Nord (4,4 %), le Sud-Ouest (4,3 %), le Centre-Est (4,0 %) ont les prévalences les plus élevées. De plus, la prévalence est très élevée parmi les veuves (17,3 %) et les séparées/divorcées (8,0 %). Encore, parmi les personnes infectées, 58 % de femmes et 60 % d'hommes ne connaissent pas leur statut de séropositivité. Enfin, dans 1,9 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 5,4 % des couples, un seul des conjoints est séropositif, soit la femme (2,6 %), soit l'homme (2,8 %) » (RCI, 2012).

En Côte-D'ivoire, les principaux facteurs à l'origine de l'expansion du VIH/SIDA sont les suivants :

- Le niveau élevé de pauvreté, le faible niveau de revenus ainsi que la dégradation des conditions de vie ;
- Le manque de connaissance du VIH/SIDA ainsi que de ses moyens de transmission et de prévention au sein des populations ;
- Les perceptions et pratiques socioculturelles au sujet du VIH/SIDA (excision, tatouage, piercing) ;
- Le multi-partenariat sexuel ;
- La vulnérabilité des femmes par rapport à leur choix sexuel en raison de leur faible statut socio-économique ;
- Les déplacements massifs des populations ivoiriennes du fait de la guerre ;
- La stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH (RCI, 2012)

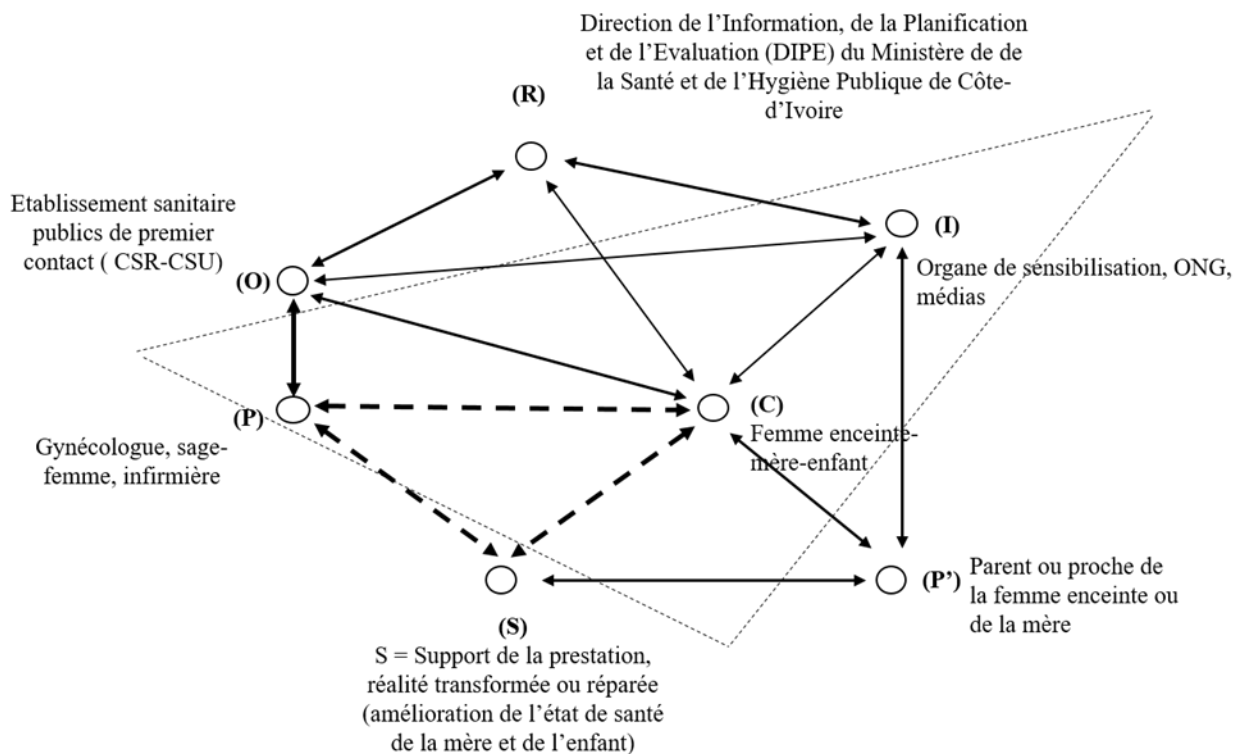
2.3.2. Les acteurs du système de santé ivoirien

La particularité des systèmes de santé est qu'un acteur peut jouer plusieurs rôles à la fois. En effet, le consommateur de soins est prestataire de soins à partir du moment où il est responsable de son hygiène de vie (alimentation, salubrité, sport, comportements en matière de santé). Ce

même consommateur de soins finance le système de santé par le paiement de prestations sanitaires, lorsqu'il y a recours, ou en payant ses impôts ou encore par le paiement de primes à des assurances –maladie. Aussi, tous les acteurs d'un système de santé, ci-dessus énumérés (consommateur de soins, prestataires de soins, administrateurs sanitaires, bailleurs de fonds) peuvent prendre le rôle de malade à un moment de leur vie. (OMS, 2000)

Dans l'objectif d'identifier les acteurs du système de santé ivoirien, le polygone des services de soins maternels et infantiles, représenté au chapitre 1, servira de repère.

Figure 11 : Le polygone des services de soins maternels et infantiles comme repère dans l'identification des acteurs du système de santé ivoirien.



Source : Fait par l'auteur d'après Djellal *et al.* (2004a ; 2004b).

2.3.2.1. Les consommateurs de soins

Ce sont les patients bénéficiant des prestations sanitaires ou encore les populations bénéficiaires des services de santé publiques collectifs. Ceux-ci sont qualifiés de

consommateurs, étant donné qu'ils opèrent des choix, et adoptent des attitudes en matière de soins de santé, qui influencent leur état de santé. (OMS, 2000)

En Côte-d'Ivoire, le profil épidémiologique (taux de mortalité des moins de 5 ans : 148 pour 1000 naissances vivantes en 2000 contre 123 pour 1000 naissances vivantes en 2010 ; Ratio de mortalité maternelle : 590 pour 100 000 naissances vivantes contre 400 pour 100 000 en 2010) ainsi que la volonté d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5, ont encouragé le gouvernement à mener une politique en faveur des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes, leur facilitant l'accès aux soins de santé par la levée de recouvrement des coûts des actes sanitaires les concernant, ce, depuis février 2012. Cette partie de la population se présente, depuis lors, comme potentielle consommateur bénéficiaire des soins de santé en Côte-d'Ivoire. Les organisations de la société civile et les organisations professionnelles ivoiriennes interviennent également, en tant que population bénéficiaire des soins, dans la réalisation du PNDS. (RCI, 2012)

2.3.2.2. Les prestataires de soins

Ce sont les professionnels du secteur de la santé qui offrent leurs services. En Côte-d'Ivoire, l'offre de soins, telle qu'explicitée plus haut, se compose des secteurs public, privé, traditionnel et pharmaceutique. De plus, l'offre de ressources humaines en santé n'est pas satisfaite malgré le nombre considérable de prestataires de soins : 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2353 sages-femmes en 2011, les ratios médecin-population et infirmier-population respectivement de 1/11 450 habitants à 1/5695 habitants et de 1/3646 habitants à 1/2331 habitants, entre 1998 et 2007. En effet, le ratio concernant les sages-femmes a baissé entre 1998 et 2007, il est de 1/1802 femmes en âge de procréer en 1998 contre 1/3717 femmes en âge de procréer en 2007. Aussi, « le ratio personnel de santé par population est de 1,3 personnel de santé pour 1000 habitants contre 2,5 recommandé par l'OMS ». (RCI, 2012)

2.3.2.3. L'administration sanitaire

Elle est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre des divers programmes de santé mais aussi du suivi et de l'évaluation de ces programmes et du système sanitaire. En Côte-d'Ivoire, ce sont le Cabinet et les directions centrales du Ministère de la Santé, les Directions Régionales et Départementales de la santé ainsi que les districts sanitaires qui composent cette administration. (RCI, 2012)

2.3.2.4. Les bailleurs de fonds

Hormis le gouvernement qui finance le Ministère de la Santé au travers du Ministère de l'économie et des finances (4% en moyenne entre 2006 et 2010) et les ménages (69% de la dépense totale de santé en 2008), les partenaires au développement que sont « *les agences de coopération internationale bilatérale et multilatérale, les agences du système des Nations Unies, les organisations non Gouvernementales internationales, les représentations des initiatives mondiales visant des objectifs de santé, les personnalités ou agences agissant dans le domaine de la philanthropie* » participent aussi au financement de la santé en Côte-d'Ivoire et à la mise en œuvre du PNDS. (RCI, 2012)

2.3.3. Le système de santé ivoirien : Un système de santé hybride.

Le système de santé ivoirien est qualifié d'hybride en raison du fait qu'il associe divers mécanismes en matière de paiement des prestations sanitaires. En effet, en Côte-d'Ivoire coexiste « un système d'assurance maladie et un système national étatique qui, lui-même, fait coexister un système de recouvrement des coûts et une gratuité pour certaines prestations sanitaires ». (RCI, 2008)

2.3.3.1. Le système d'assurance maladie

En Côte d'Ivoire, le risque maladie est couvert, au niveau public, par « *la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGEFICI) et les autres Mutuelles des agents du secteur Public (Mutuelle des Agents du Trésor, Mutuelle des Agents des Impôts, Fonds de Prévoyance de la Police Nationale, Fonds de Prévoyance militaire, etc.)* » (RCI, 2012) Au niveau privé et assimilé, c'est « *la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les dispositions légales régissant la Médecine d'Entreprise* » (RCI, 2012) qui assure la couverture du risque maladie. D'un autre côté, l'assurance volontaire du risque maladie relève des compagnies d'assurances privées et des mutuelles de santé. Ces compagnies d'assurances privées offrent leurs services en contrepartie de primes qui se présentent comme étant élevées tandis que la MUGEFICI n'assure que dans une certaine mesure les dépenses en médicaments des fonctionnaires. Ainsi, malgré la présence dans le pays « *d'une quarantaine d'organisations mutualistes de types divers réparties en associations de gestion communautaire, en mutuelles d'entreprises, en auto-assurance, en ONG, en associations de santé et en mutuelles de santé ayant concédé la gestion à un opérateur privé* », celui-ci ne compte que 4% environ de sa population couverte par le risque maladie, d'après les CNS 2007-2008 ». (RCI, 2012).

En conclusion, le système ivoirien d'assurance maladie n'est ni généralisé, ni égalitaire. (RCI, 2008). Par ailleurs, il convient de préciser que le gouvernement ivoirien tente de parvenir à une généralisation et une égalité de la couverture du risque maladie à travers son projet de Couverture Maladie Universelle (CMU) qui devrait s'étendre à l'ensemble de la population ivoirienne. (RCI, 2008 ; RCI, 2012)

2.3.3.2. Le système national étatique

a) Le recouvrement des coûts

En Côte-d'Ivoire, la contribution des ménages aux dépenses totales de santé est considérable (72% en 2007 contre 69% en 2008) en raison du « *recouvrement des coûts des actes de santé et des médicaments dans les établissements sanitaires publics et les paiements via les assurances privées et les mutuelles d'assurance de santé* » (RCI, 2012). Les prestations sanitaires sont offertes en contrepartie de tarifs à l'acte élaborés depuis 1993 et révisés entre 1994 et 1995. Ces fonds issus du recouvrement des coûts servent au financement des dépenses de fonctionnement et des primes au personnel des établissements sanitaires publics mais aussi à l'alimentation des fonds du Trésor et des Fonds d'Action Sanitaire (FAS). (RCI, 2012)

b) La gratuité pour certaines prestations

Après une période d'exemption universelle de paiement des soins au point de service, instaurée par un arrêté en date du 16 avril 2011 dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires, ce, en raison de la crise post-électorale qu'a connu le pays, le gouvernement ivoirien est passé le 20 février 2012 à une exemption ciblée des soins, aux parturientes et aux enfants de moins âgés de 0 à 5 ans. En effet, les dysfonctionnements engendrés par l'exemption universelle, à savoir, « hausse de la fréquentation des services, surexploitation du personnel et du plateau technique, épuisement rapide des stocks de consommables et non-respect du système de référence et contre-référence » (RCI, 2012) ont encouragé cette exemption ciblée.

Conclusion chapitre 2

Ce second chapitre de thèse a fait l'analyse des politiques et systèmes de santé mis en œuvre dans les PED, plus particulièrement, ceux d'Afrique subsaharienne. Ainsi, l'évolution des politiques de santé en Afrique subsaharienne, depuis la politique de soins de santé primaires (1978) jusque la Couverture Maladie Universelle (2010), en passant par le recouvrement du coût des prestations sanitaires (1987) puis l'exemption de paiement des soins (2000) a été révélée. L'analyse de l'évolution des politiques de santé en Afrique subsaharienne est pertinente, dans le cas de notre recherche, en raison de la nécessité de situer l'émergence de la politique d'exemption de paiement par rapport aux politiques de santé antérieures. La politique de soins de santé primaires a été expliquée, à partir de l'approche verticale, qui repose sur les programmes orientés vers le suivi de la croissance chez les enfants de moins de cinq ans, la thérapie de réhydratation orale, l'allaitement maternel et la vaccination (Magnussen *et al.*, 2004) ; et l'approche horizontale, qui s'inscrit dans le cadre du continuum de soins recommandée par la déclaration d'Alma-Ata sur la politique de soins de santé primaires. L'offre en eau potable et infrastructures d'assainissement de base ainsi que les interventions des agents de santé communautaires ont permis d'illustrer l'approche horizontale. Par ailleurs, l'évolution de la politique sanitaire ivoirienne a été explicitée. En effet, du fait que la Côte-d'Ivoire soit notre terrain de recherche, il est important de connaître l'évolution de ces politiques en matière de santé. D'autre part, l'organisation des systèmes de santé de pays d'Afrique de l'Ouest (Côte-d'Ivoire, Ghana, Nigéria, Sénégal), d'Afrique Centrale (République Démocratique du Congo), d'Afrique de l'Est (Ethiopie, Ouganda, Mozambique) et d'Afrique Australe (Afrique du Sud) a été examinée. Les comparaisons entre pays d'Afrique anglophone (Ghana, Nigéria, Ouganda, Afrique du Sud), d'Afrique francophone (Côte-d'Ivoire, République Démocratique du Congo, Sénégal) et d'Afrique lusophone (Mozambique) ont révélé le modèle de système de santé le plus dominant qui est celui à trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire). De plus, le système de santé ivoirien a fait l'objet d'une analyse approfondie en raison de ce que la Côte-d'Ivoire représente notre terrain de recherche. Ce second chapitre a permis de préciser le contexte politique sanitaire de l'Afrique subsaharienne, en général, et de la Côte-d'Ivoire, en particulier. Ces précisions étaient nécessaires à la réflexion sur le cadre théorique adéquat pour notre recherche. Ainsi, le troisième chapitre de cette thèse s'appuie sur ce second chapitre en vue de construire le cadre théorique et conceptuel de notre recherche.

Chapitre 3 : Politiques publiques, accessibilité aux services et qualité des services : Approche théorique.

Introduction chapitre 3

Les concepts importants, à la compréhension de notre objet de recherche, et les caractéristiques sanitaires de la région d'Afrique subsaharienne, de même que les conceptions de la santé sur lesquelles reposent les politiques publiques de santé, telles que l'exemption de paiement direct des soins, ont été analysés dans le premier chapitre. Le second chapitre examine l'évolution des politiques publiques de santé, et compare les systèmes de santé d'Afrique subsaharienne, afin de savoir laquelle de leur organisation est la plus dominante, et d'identifier les forces et faiblesses de ces systèmes de santé. Le présent chapitre vise à déterminer, à partir des deux chapitres précédents, le cadre théorique d'analyse de notre recherche. Dans ce cadre, nous avons exploré diverses théories desquelles ont été identifiés les intérêts et limites, pour, ensuite, choisir celles sur lesquelles s'appuiera cette recherche. La théorie du public choice (Buchanan, 1972), la nouvelle approche à la théorie du consommateur (Lancaster, 1966), la théorie de l'asymétrie d'information (Akerlof, 1970, Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997), la théorie des capacités (Sen, 2000), la théorie des conventions (Favereau, 1989 ; Batifoulier, 2001) ont été explorées dans le cadre de cette recherche. Par ailleurs, les approches conceptuelles portant sur l'accessibilité (Levesque *et al.*, 2013) et la qualité des services (Gomez *et al.*, 1994 ; Gallouj et Weinstein, 1997) ont été examinées. De plus, le principe d'appropriation, relatif aux nouvelles stratégies de l'aide au développement, a été intégré au cadre théorique d'analyse de notre recherche afin d'expliquer les conditions d'émergences de politiques publiques comme l'exemption de paiement direct des soins. Ainsi, le cadre théorique de notre recherche repose sur les approches théoriques relatives au principe d'appropriation, à l'asymétrie informationnelle, aux capacités, aux caractéristiques des produits et services, qui sont précisées à partir des approches conceptuelles sur l'accessibilité et la qualité des services. Ces approches théoriques qui composent le cadre théorique de notre recherche seront analysées dans ce chapitre. D'abord, les théories permettant d'expliquer les politiques publiques seront mises en évidence. Ensuite, quelques outils d'analyse conceptuelle et théorique de l'accessibilité et la qualité de services seront examinés. Et enfin, la contribution de la théorie des conventions à la compréhension et l'explication de la prestation de qualité sera révélée.

1. Théories, politiques publiques, aide au développement et santé

Bien que les approches présentées, dans cette première partie de chapitre, soient en opposition, nous avons jugé intéressant de les exposer pour certaines raisons. En effet, au départ de cette recherche, le regard avait été porté sur la théorie du Public Choice, comme possible composante de notre cadre théorique d'analyse, en raison du lien étroit entre contexte électoral et décision de mise en œuvre de politique d'EPDS par les dirigeants, mais aussi de l'application de cette théorie aux services de santé par Buchanan (1972), d'où l'exploitation de la littérature dans ce cadre. De même, pour la nouvelle approche à la théorie du consommateur, qui avait été perçue comme possible composante du cadre théorique d'analyse de l'aspect qualité de notre recherche. Cependant, au fur et à mesure de l'évolution de cette recherche, les inconvénients de ces théories, quant à notre objet de recherche, se sont révélés, d'où l'orientation prise, d'exploiter d'autres théories parmi lesquelles la théorie de l'asymétrie d'information (Akerlof, 1970), la théorie des capacités (Sen, 1985) et la théorie des conventions (Favereau, 1989 ; Batifoulier, 2001).

Dans cette section, consacrée à l'analyse des théories en lien avec la décision et la mise en œuvre de politiques publiques de santé, nous examinerons, d'abord, la théorie du Public Choice et ensuite, le principe d'appropriation énoncé, par la Déclaration de Paris (OCDE, 2005), dans le cadre des nouvelles stratégies de l'aide au développement.

1.1.Le Public Choice : Une théorie du choix collectif.

La théorie du Public Choice peut être perçue comme l'analyse du lien entre comportements des individus sur le marché et comportements des individus dans un processus politique (Buchanan, 1972). Cette théorie est l'application de l'analyse économique aux phénomènes relevant de la science politique. Elle s'apparente à une théorie du choix collectif.

Les pionniers de l'école du Public Choice sont James Buchanan et Gordon Tullock qui appartiennent à l'École de Virginie. Les travaux de cette école reposent sur l'ouvrage « *The Calculus of consent* » publié en 1962.

Les principales hypothèses sur lesquelles repose cette théorie sont les suivantes :

- Les individus agissent de façon similaire dans un contexte de marché comme dans un processus politique ;
- Les hommes politiques ne sont pas motivés par l'intérêt général mais plutôt par l'intérêt particulier (homo politicus) ;

- L'action collective se compose d'actions individuelles ;
- L'action des individus comme participants au groupe décisionnel sous la contrainte unique de la règle de majorité simple ;

Aussi, cette théorie développe des thématiques telles :

- Le paradoxe de vote (majorité simple - majorité optimale) ;
- Le marchandage politique (« logrolling ») ;
- Le théorème de l'électeur médian.

De ce qui précède, il ressort que l'école du Public Choice s'oppose à l'école de l'économie du bien-être, conduite par des économistes comme Pigou. L'opposition entre ces écoles, se situe au niveau de l'hypothèse selon laquelle l'Etat agit dans l'intérêt général mais aussi à l'école keynésienne qui préconise l'intervention de l'Etat pour réguler les défaillances du marché car d'après les économistes du Public Choice, le comportement des individus composant la sphère politique est également régi par le principe de rationalité, cherchant à maximiser leur intérêt personnel et non général.

1.1.1. Application de la théorie du Public Choice aux services nationaux de santé

Dans cette partie de son ouvrage dénommée "*The Inconsistencies of the National Health Service*" (Buchanan, 1972), Buchanan tente de mettre en exergue les raisons de l'échec de la gratuité du système national de santé britannique. Selon Buchanan, l'une des raisons de cet échec est d'ordre institutionnel et peut s'expliquer par la « *structure des institutions* ». En effet, d'après Buchanan, il faudrait des institutions favorisant la cohérence générale du processus décisionnel social. Dans cette partie d'ouvrage Buchanan construit son propos en cinq points qui sont les suivants :

- Le principe d'élasticité ;
- Les économies externes ;
- La prédiction néoclassique ;
- Le processus de choix démocratique ;
- L'individu en tant que consommateur privé et fournisseur public.

1.1.1.1. Le principe d'élasticité

Ce principe, dans le contexte tel que Buchanan l'explique, met en évidence que l'offre de produits ou de services divisibles entre individus, à prix nul pour les consommateurs, autrement dit, l'offre de produits ou de services divisibles entre individus et gratuits, entraîne une hausse de la quantité de biens ou services gratuits demandés paradoxalement aux biens et services dont le prix égal au coût marginal. Ce, en raison de l'élasticité prix par rapport à la demande individuelle de ces biens et services. Le problème est que les gouvernements offrent les soins gratuits sans tenir compte (indépendamment) des besoins en santé ou de la demande de soins exprimée. En effet, l'offre de soins même gratuits devrait être ajustée en fonction de la demande de soins. (Buchanan, 1972)

1.1.1.2. Les économies externes

D'après Pigou, les activités qui engendrent des économies externes considérables favorisent des sous-investissements au niveau des individus et des entreprises privées. « *La prédiction serait que ce don à l'organisation, du privé au public, se traduirait par une augmentation substantielle de la dépense sur la prestation des services* » (Buchanan, 1972). Toutefois, James Buchanan émet l'hypothèse que dans un contexte d'organisation publique ou collective, ces effets externes peuvent être internalisés dans un processus de décision collective. (Buchanan, 1972)

1.1.1.3. La prédiction néoclassique

Dans cette section, Buchanan remet en cause les prédictions néoclassiques portant sur la substitution des services privés par des services nationaux comme les services médicaux ou de santé. Ces prédictions néoclassiques auxquelles s'opposent Buchanan, portent essentiellement sur l'hypothèse selon laquelle une telle substitution dans l'organisation des services conduirait à une augmentation des investissements d'un niveau sous-optimal à un niveau optimal. Pour Buchanan, bien que le principe d'élasticité soit reconnu par les théoriciens traditionnels de la finance publique, les prédictions selon lesquelles les gouvernements investiront au-delà des limites optimales sont à prendre en compte. En effet, pour Buchanan, l'inefficience des services nationaux gratuits n'est pas due aux excès de dépenses pour ceux-ci mais plutôt à l'inadéquation entre l'offre de services gratuits et la demande orientée vers ces services. (Buchanan, 1972)

1.1.1.4. Le processus de choix démocratique

Cette section relève la différence entre les économistes néoclassiques et keynésiens, et l'école du Public Choice au sujet de l'analyse institutionnelle et politique. En effet, pour l'école du Public Choice, dont Buchanan fait partie, les décisions gouvernementales ne sont pas distinctes des préférences des citoyens individuels. Car, les individus font des choix, à la fois, en tant qu'agent économique dans un processus d'échange commercial, pour l'offre ou la demande de biens et services privés, mais aussi en tant qu'agent économique opérant dans un processus politique en vue de l'offre ou l'acquisition de biens et services publics. Aussi, dans l'optique de mieux comprendre la logique de comportement du citoyen individuel, dans un contexte de services nationaux gratuits, comme les services de santé, à la lumière des théories de l'école du Public Choice, il convient de considérer « l'individu citoyen comme demandeur de services de santé d'une part, mais aussi comme un potentiel électeur d'une autre » (Buchanan, 1972). En d'autres termes, cette logique s'apparente à celle du « *calcul rationnel d'un individu à la fois demandeur individuel ou privé et fournisseur public ou collectif de services de santé* » (Buchanan, 1972). Dans ce cas, l'ensemble des citoyens peut être assimilé à une unique personne et cette unique personne comme représentant la communauté dans son ensemble. Ainsi, « *comme participant au processus politique, le citoyen, en tant que membre d'un groupe doit pouvoir faire le choix de contribuer ou pas à la production de biens et services au profit de tous les membres du groupe à travers des taxes imputées à tous les membres du groupe* » (Buchanan, 1972). De plus, en tant que participant au choix politique collectif mais comme électeur-contribuable-bénéficiaire, l'individu a le droit et le devoir de préciser ses préférences concernant la quantité agrégée de services de santé devant être offerte à la communauté dans son ensemble. Aussi, les services de santé ne sont pas « gratuits » dans le sens plein du terme étant donné les contributions des citoyens par les taxes. (Buchanan, 1972)

1.1.1.5. L'individu en tant que consommateur privé et fournisseur public

A ce niveau d'analyse, Buchanan se pose la question de savoir pourquoi l'individu en tant que « consommateur privé » demande plus de services qu'il en offre en tant que « fournisseur public ». L'une des réponses à cette question est donnée par la microéconomie élémentaire qui stipule que l'individu rationnel étend sa demande de services jusqu'au point auquel son utilité marginale devient nulle. En d'autres termes, il n'y a pas d'intérêt pour un individu de réduire son utilisation additionnelle d'un service, tant que celle-ci lui procure des avantages, des effets

positifs. En effet, tout individu rationnel confronté à aucune charge directe en tant que consommateur, autrement dit exempté de paiement direct pour un service donné, ne verra son avantage personnel à restreindre sa propre demande. Surtout lorsque le coût de ce service envers lui est moindre par rapport à celui imposé à l'ensemble de la communauté pour le lui offrir. A ce moment, le comportement du consommateur s'apparente à celui d'un individu qui ne souhaite pas contribuer volontairement au financement d'un bien purement public ou purement collectif mutuellement désiré. En effet, s'il décidait de réduire sa consommation individuelle, personnelle pour raison de "conscience sociale", il se comporterait de façon irrationnelle. (Buchanan, 1972)

1.1.2. Quels intérêts et limites pour notre objet de recherche ?

La théorie du Public Choice, bien qu'elle ait été développée dans un contexte de pays industrialisés, est intéressante pour analyser l'émergence d'une politique de gratuité des soins de santé, en tant que politique publique, dans un contexte de pays en développement comme la Côte-d'Ivoire. En effet, en les informations recueillies des études antérieures, relèvent que la décision de l'application de la politique de gratuité est faite, le plus souvent, dans un contexte fort politisé, pré ou post-électoral (Ridde, 2012). Aussi, les applications de la théorie du Public Choice aux services nationaux de santé britanniques, gratuits depuis 1948, développées par Buchanan (1972) dans son ouvrage "*Theory of public choice: Political Applications of Economics*" permettront de faire le lien avec notre recherche.

Cependant, en mettant en avant cette théorie, dans le cadre de notre recherche, il sera difficile de faire le parallèle avec d'autres théories, portant, notamment, sur les concepts clés développés dans cette recherche, à savoir, la qualité et les services.

1.2. Les nouvelles stratégies de l'aide au développement : le principe d'appropriation.

Le principe d'appropriation fait référence aux engagements énoncés par la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, qui s'est tenue à Paris du 28 février au 2 mars 2005. Parmi ces engagements que devaient respecter tant les pays partenaires que les pays donateurs, en vue de l'efficacité de l'aide au développement, il y a : l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, les résultats et la responsabilité mutuelle (OCDE, 2005). En effet, suite au constat que l'inefficacité de l'aide au développement s'expliquait, principalement, « par le manque

d' « appropriation » par les Etats des politiques financées par l'aide »¹⁹, l'engagement d'appropriation par les pays partenaires a été décidé par la Déclaration de Paris. Dans ce cadre, les pays partenaires devaient « s'engager à exercer une réelle maîtrise de leurs politiques et stratégies de développement et assurer la coordination de l'action à l'appui du développement. » (OCDE, 2005). Cette appropriation devait se traduire par le fait que les pays partenaires devaient « s'investir du premier rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs stratégies nationales de développement²⁰, dans le cadre d'un vaste processus de consultation. » (OCDE, 2005). De cette précision, s'établit le lien entre engagement d'appropriation et émergence, décision et mise en œuvre de politique de développement, en vue de la lutte contre la pauvreté, comme l'exemption de paiement des soins. En effet, dans sa circulaire relative à l'application de l'arrêté interministériel portant sur l'exemption ciblée de paiement des soins en Côte-d'Ivoire (annexe 1), le gouvernement ivoirien précise bien qu'il « a pris le décision d'instaurer une mesure exceptionnelle d'exemption de paiement des frais médicaux par les usagers des établissements publics et à base communautaires en vue d'alléger leur souffrances » (RCI, 2012). Ainsi, le gouvernement ivoirien s'investit dans la réalisation de la politique d'exemption de paiement des soins, tel que demandé, dans l'engagement d'appropriation énoncé par la Déclaration de Paris. Dans ce sens, l'engagement d'appropriation intègre le cadre d'analyse de notre recherche en ce qui concerne les conditions d'émergence, d'élaboration et de mise en œuvre de l'exemption de paiement, en tant qu'instrument de lutte contre la pauvreté.

2. L'accessibilité aux services et la qualité des services : Quelques outils d'analyse théorique.

L'accessibilité aux services et la qualité des services seront analysées conjointement, d'un point de vue conceptuel et théorique, en raison de ce que l'accessibilité est une caractéristique de la qualité (Djellal *et al.*, 2004). Dans cette section, les travaux de Levesque *et al.* (2013) sur le concept d'accès aux soins de santé seront analysés en raison de leur caractère récent, mais aussi du fait qu'ils font la synthèse de la littérature sur le concept d'accès aux soins de santé. Ensuite, le concept de qualité sera analysé à partir de l'approche de Gomez *et al.* (1994) et du modèle SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1985), puis de Lancaster (1966). L'application de l'approche lancastérienne aux services, développée par Gallouj et Weinstein (1997), la théorie

¹⁹ Pollet (2011), <http://www.revue-nouvelle.be/Aide-au-developpement-au-coeur-des-controverses>, consulté le 15/02/2017

²⁰ Stratégies de lutte contre la pauvreté (OCDE, 2005)

d'asymétrie informationnelle (Akerlof, 1970 ; Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997) et la théorie des conventions (Favereau, 1989 ; Batifoulier, 2001) seront également analysées.

2.1. Les déterminants de l'accessibilité aux soins²¹

Dans cette section, les déterminants de l'accessibilité aux soins ont été analysés à partir de ceux de l'utilisation des services de santé. Les modèles développés dans cette section sont ceux de d'Andersen et Newman (1973), d'Aday et Andersen (1974) et de Kroeger (1983). Ces modèles ont été choisis en raison de leur ancienneté qui permettra la compréhension de l'évolution vers de nouveaux modèles qui en sont la fusion (Levesque *et al.*, 2013).

2.1.1. L'utilisation des services de santé : Du modèle d'Andersen et Newman (1973) à celui de Kroeger (1983)

Les modèles seront présentées par ordre chronologique, c'est-à-dire de celui d'Andersen et Newman (1973) à celui de Kroeger (1983), en passant par celui d'Aday et Andersen (1974).

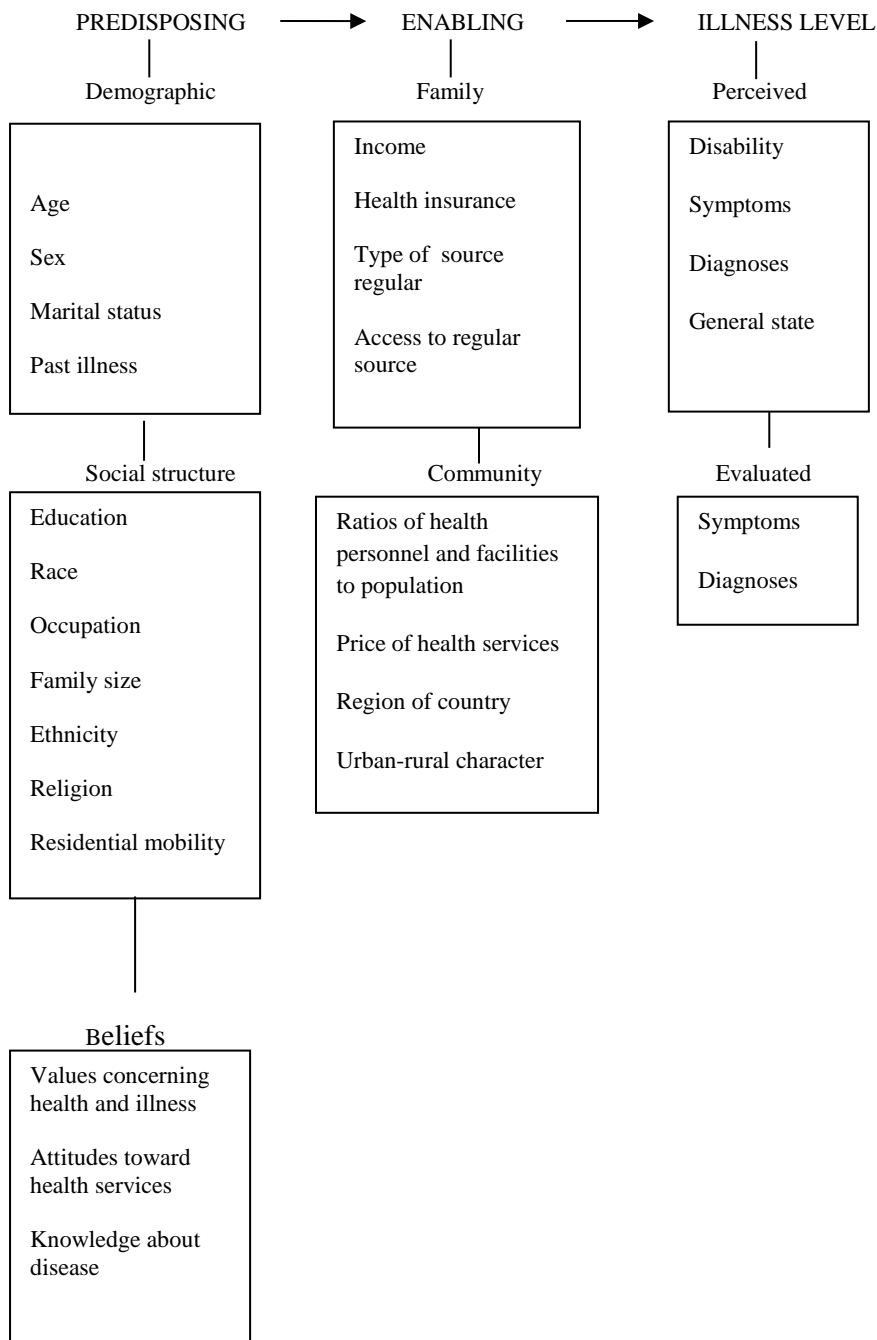
2.1.1.1. Le modèle d'Andersen et Newman (1973)

Le modèle d'Andersen et Newman, représenté à la figure 12, a été proposé dans le contexte des Etats-Unis. Ce modèle précise les variables qui composent chaque catégorie de facteurs associés à l'utilisation des services de santé. Ainsi, selon « Andersen et Newman (1973) :

- dans la catégorie des facteurs **prédisposant**, on compte : les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, l'éducation, la race, l'occupation, la taille de la famille, la religion pour ne citer que ceux-ci et les croyances sur la maladie, c'est-à-dire les valeurs concernant la santé, l'attitude de l'individu vis-à-vis des services de santé, les connaissances sur la maladie ;
- dans la catégorie des facteurs **facilitant** l'utilisation des services de santé, le modèle énonce les caractéristiques propres à la famille que sont le revenu, l'assurance santé, le type de source régulière de soins, l'accès à cette source régulière, et celles propres à la communauté que sont les ratios de personnels et infrastructures de santé par rapport à la population, le prix des services de santé, la région du pays et le caractère rural-urbain de la communauté dans laquelle le ménage vit ;
- enfin, la dernière catégorie concerne les niveaux de maladie perçue et évaluée, tous deux caractérisés par les symptômes et les diagnostics » (Andersen et Newman, 1973)

²¹ Extrait de mémoire réalisé dans le cadre de notre master en démographie.

Figure 12 : Les déterminants individuels de l'utilisation des services de santé. (Andersen et Newman, 1973)



Source: Andersen et Newman (1973).

L'objectif de l'analyse de la figure 12, dans le cadre de notre recherche, est de permettre l'identification des variables individuelles sur lesquelles pourront s'appuyer notre travail au niveau empirique. De façon plus précise, les variables telles que l'âge, le statut matrimonial,

le niveau d'instruction seront également mise en évidence dans notre travail empirique afin d'évaluer leur influence sur l'accès aux soins des patientes ciblées par notre recherche.

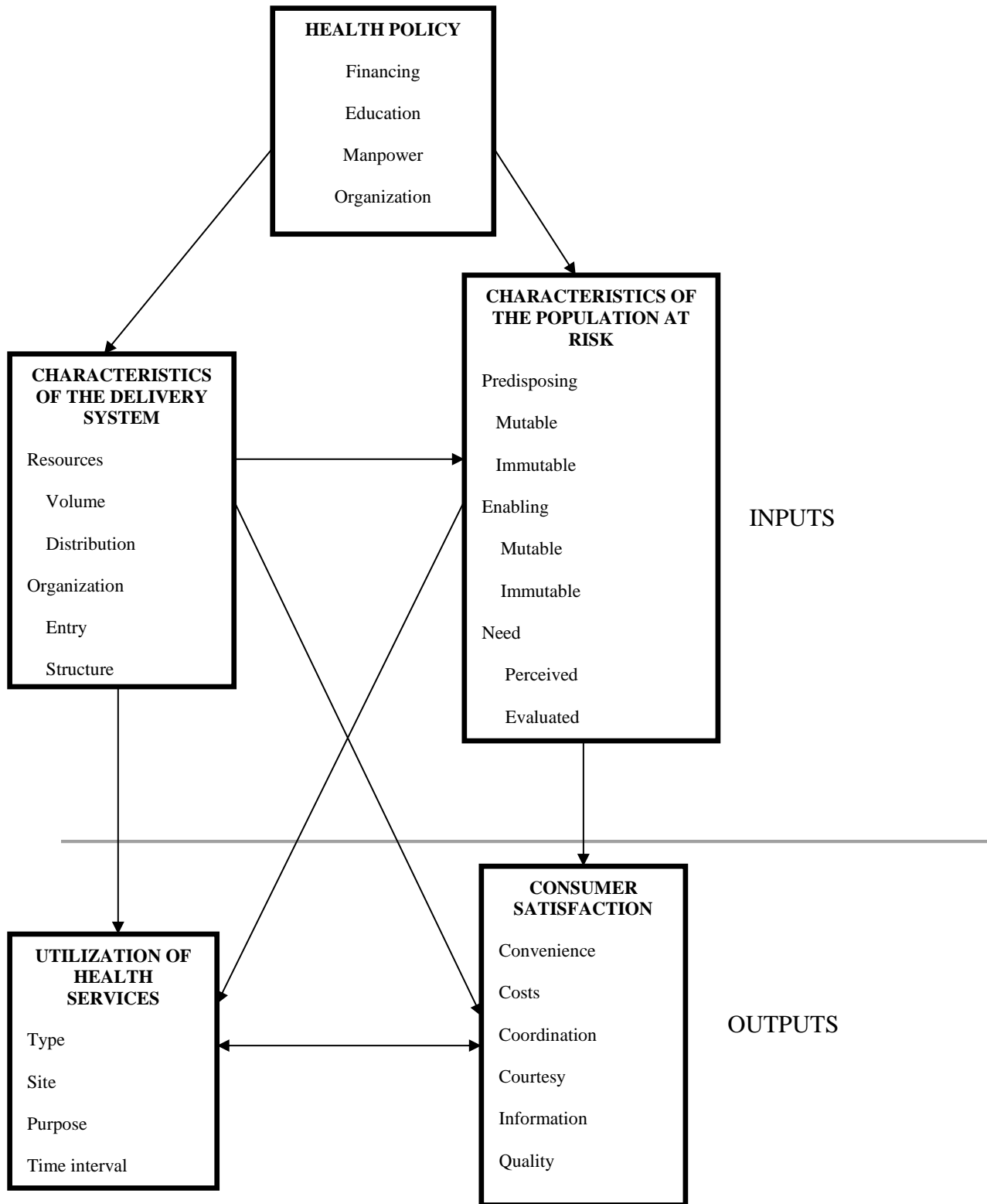
Il en est, de même, pour le modèle d'Aday et Andersen (1974), développé dans le paragraphe suivant. Ce modèle permettra d'identifier les variables, tant macroéconomiques que microéconomiques sur lesquelles notre travail empirique, relatif à l'évaluation de la qualité des soins, s'appuiera.

2.1.1.2. Le modèle d'Aday et Andersen (1974)

La figure 13 présente le modèle d'Aday et Andersen (1974). Dans ce modèle, l'utilisation des services de santé est présentée, comme découlant d'un processus de production dans lequel les caractéristiques du système de soins et de la population soumise au risque de recourir aux soins sont considérées des inputs, l'utilisation des services de santé et la satisfaction du consommateur constituant les outputs (Phillips, 1990 : 184). Le modèle d'Aday et Andersen présente des similitudes avec celui de Gross. Les caractéristiques de la population à risque que sont les facteurs prédisposant et facilitant, le besoin perçu ou évalué sont considérées comme déterminant l'utilisation des services de santé. Cependant, ces auteurs ne spécifient pas clairement les facteurs qu'ils qualifient de prédisposant et facilitant l'utilisation des services de santé comme le fait Gross.

La contribution du modèle d'Aday et Andersen est d'intégrer les **politiques de santé** et les **caractéristiques du système de santé** ainsi que la **satisfaction du consommateur** dans l'explication de l'accès aux soins de santé. Ce modèle a été construit dans le contexte américain.

Figure 13 : A framework for the study of access to health services (from Aday and Andersen 1974).



Source: Phillips, 1990.

Parallèlement à la figure 12, la figure 13, nous permettra d'identifier les variables qui seront prises en compte dans l'évaluation de la qualité des soins. En effet, les variables comme l'intervalle de temps entre les consultations, le niveau d'information du patient, la coordination entre patient et prestataire de soins seront intégrées à l'analyse de la qualité des soins.

2.1.1.3. Le modèle de Kroeger (1983)

Le modèle de Kroeger, établi dans le contexte des pays en développement, mis en évidence par Haddad et Fournier (1995) est proche de celui d'Andersen et Newman (1973). En effet, « Kroeger classe les facteurs associés à l'utilisation des services de santé en trois grandes catégories de caractéristiques que sont **les caractéristiques individuelles** : l'âge, le sexe, les caractéristiques du ménage, l'ethnie et la religion, l'acculturation, la transition culturelle, les innovateurs, l'interaction avec la famille et le réseau social, l'habitat et le lieu de résidence, l'éducation, le revenu et le statut socio-économique, la protection sociale et la couverture médicale ; **les caractéristiques de la maladie et de ses perceptions** : la nature du problème de santé, la durée de la symptomatologie, la sévérité du problème de santé, les classifications des maladies, l'efficacité attendue des thérapeutiques envisagées ; enfin, les **caractéristiques des services et des perceptions qu'en ont les patients** : la qualité (composantes techniques, continuité du service, relations interpersonnelles, caractéristiques organisationnelles), les coûts d'utilisation (coût relatifs aux honoraires et aux traitements, coûts de transport, coût d'attente, pertes de temps et de revenu), l'accessibilité géographique » (Fournier et Haddad, 1995 : 297 ; 320).

Le modèle de Kroeger rassemble des éléments du modèle d'Aday et Andersen mais aussi de celui de Gross. Il constitue un bon résumé des deux modèles précédemment présentés. Les caractéristiques socio-démographiques individuelles, telles l'âge, le sexe, les caractéristiques du ménage (taille du ménage) et l'éducation présentes dans le modèle de Gross, se retrouvent dans le modèle de Kroeger. De plus, les caractéristiques des services, tels la qualité, les coûts d'utilisation énoncées par Kroeger sont également relevées dans la rubrique "satisfaction du consommateur" du modèle d'Aday et Andersen. La notion d'accessibilité figure à la fois dans les modèles Aday-Andersen et de Kroeger.

Pour préciser ses catégories de caractéristiques, Kroeger utilise des notions qui ne se retrouvent pas dans les autres modèles, dont certaines sont importantes à expliquer dans l'objectif d'une compréhension univoque du sens qu'elles renferment :

- ***L'acculturation, la transition culturelle*** : Fournier et Haddad (1995), la définissent comme « un changement dans les sociétés traditionnelles induit par un contact avec les valeurs, les idées et les techniques de la culture occidentale » (Fournier et Haddad, 1995 :299) ;
- ***Les innovateurs*** : Ce sont « des personnes qui adoptent des croyances, des attitudes ou des comportements nouveaux bien avant les autres membres du groupe social » (Fournier et Haddad, 1995 :299) ;
- ***Les composantes techniques*** : Il s'agit des « compétences techniques du personnel de santé. Par exemple, les agents de santé communautaires peuvent être moins préférés aux médecins, étant donné leurs compétences techniques limitées » (Fournier et Haddad, 1995 :308) ;
- ***La continuité du service*** : « La possibilité pour les patients de rencontrer les mêmes personnels de santé lors de leurs visites successives pourrait être un facteur qui influe sur les comportements d'utilisation » (Fournier et Haddad, 1995 :309) ;
- ***Les relations interpersonnelles*** : Il s'agit des relations entre soignants et soignés (Fournier et Haddad, 1995 :309-310) ;
- ***Les caractéristiques organisationnelles*** : « Heures d'ouverture, possibilité de demeurer à l'hôpital avec un proche, possibilité de payer après avoir reçu les soins ou de bénéficier des soins à crédit » (Fournier et Haddad, 1995 :310).

En résumé, toutes les théories présentées dans cette section font ressortir des catégories de caractéristiques ou facteurs individuels ou sociétaux qui influencent le recours aux soins de santé des populations et, qui d'un auteur à un autre, peuvent être intégrés dans des schémas soient systémiques (interrelation entre les facteurs), soient causaux (facteurs présentés selon un ordre causal), soient les deux à la fois comme c'est le cas pour le modèle de Gross (schéma systémique et causal) et le modèle de Andersen et Newman (schéma causal). Aussi, les modèles présentés ont été pour la plupart élaborés dans le contexte des Etats-Unis. Qu'en est-il du contexte africain auquel s'intéresse ce travail de recherche ? Quel lien peut-être fait entre ces théories et les études empiriques sur l'Afrique subsaharienne ? D'un point de vue pratique, à quelles conclusions les études empiriques récentes sur l'Afrique surtout subsaharienne aboutissent-elles ? Tel est l'objet de la sous-section suivante.

2.1.2. L'utilisation de services de santé : Des théories aux études empiriques sur l'Afrique sub-saharienne.

Les études empiriques montrent que les principales raisons qui expliquent l'inégal accès des populations aux soins de santé en Afrique subsaharienne sont la **distance géographique**, le **coût des soins** et la **qualité des services** (Commeyras *et al.*, 2007 ; Manzambi *et al.*, 2000 ; Mills *et al.*, 2005 ; Rutherford *et al.*, 2010). En effet, « avec 51% de sa population disposant de moins de 1,25 dollars par jour en 2005 » (Nations Unies, 2011 : 6), les populations de cette région du monde, le plus souvent pauvres, n'ont pas la possibilité de payer la consultation, les médicaments, mais aussi le déplacement jusqu'au centre de santé. Aussi, dans une grande partie de la littérature exploitée dans le cadre de ce travail, **le lien fait entre l'accessibilité aux soins de santé et la pauvreté des populations est récurrent** (Aka, 2010 ; Doumbouya, 2007 ; Kouamela *et al.*, 2008 ; Olivier De Sardan, 2003).

Au-delà de ces principaux motifs financiers, d'autres motifs sont évoqués comme **l'attitude du praticien vis-à-vis du patient** (Klein, 2007 ; Olivier De Sardan, 2003 ; Mills *et al.*, 2005), **l'autonomie de décision du patient** (Klein, 2007 ; Rutherford *et al.*, 2010), **le temps d'attente**, présenté comme étant plus long que le temps de consultation (Klein, 2007 ; La Foucade *et al.*, 2006), l'équipement présent au sein de la structure de santé (Doumbouya, 2007 ; Klein, 2007 ; La Foucade *et al.*, 2006), « *la réputation de la structure sanitaire concernant le traitement administré* » (Klein, 2007 : 473). Ces motifs, cités dans des études quantitatives ou qualitatives sur les populations du centre du Bénin (Klein, 2007), des Caraïbes (La Foucade *et al.*, 2006), du Cameroun (Commeyras *et al.*, 2003) ou encore de la Guinée-Conakry (Doumbouya, 2007), sur les femmes du district d'Abidjan en Côte-d'Ivoire (Olivier De Sardan, 2003), sur les femmes du Nord du Ghana (Mills *et al.*, 2005), sont constitutifs de la dimension socio-culturelle de l'accessibilité aux soins de santé. Parmi ceux-ci, les plus souvent mentionnés par les femmes sont l'attitude du praticien vis-à-vis du patient et l'autonomie de décision (Olivier De Sardan, 2003 ; Rutherford *et al.*, 2010).

De plus, le problème de l'accessibilité géographique est signalé de façon récurrente par les **populations rurales** (Commeyras *et al.*, 2003 ; Doumbouya, 2007 ; Mills *et al.*, 2005), par exemple, l'étude de Commeyras *et al.* sur les populations du Cameroun révèle que « 49,77% des individus qui résident en milieu rural pour un effectif de 321 enquêtés ont l'éloignement du centre de santé comme principale difficulté pour accéder aux centres de santé modernes

contre 7,14% d'individus pour un effectif de 101 enquêtés résidants en milieu urbain » (Commeyras *et al.*, 2003 :17). D'autre part, le problème de la qualité des services est le plus souvent évoqué par les **populations urbaines** (Commeyras *et al.*, 2003 ; Doumbouya, 2007 ; Mills *et al.*, 2005), de même, « les populations de Yaoundé et de Douala (les deux grandes villes du Cameroun) évoquent la qualité des services comme principale difficulté rencontrée pour accéder aux centres de santé modernes à hauteur de 28,83% pour un effectif de 141 enquêtés, contre 9,15% d'individus résidant en milieu rural pour un effectif de 59 enquêtés » (Commeyras *et al.*, 2003 :17).

D'autres facteurs d'ordre socio-culturel sont souvent négligés dans l'explication de l'accès aux soins de santé, peut-être parce que leur influence est moindre, bien que réelle. Il s'agit de **la perception qu'a le patient** de la maladie dont il est affecté, de sa notion de ce qu'est un état de « bonne santé », mais aussi de son **réseau social** (Andersen, 1995 ; Manzambi *et al.*, 2000 ; Rutherford *et al.*, 2010). En effet, l'étude de Manzambi *et al.*, démontre que « *l'existence d'une relation personnelle entre le ménage et un membre du personnel soignant* » (Manzambi *et al.*, 2000 : 567) est le second critère de choix de structures de soins de la population sous son étude parmi tous les autres critères (Manzambi *et al.*, 2000).

Il y a aussi comme autre facteur socio-culturel important, le **niveau d'instruction** du patient (La Foucade *et al.*, 2006) qui détermine fortement son choix d'accéder ou pas aux soins et dont l'effet passe par la perception du patient concernant la maladie dont il souffre. Ce facteur est aussi lié à **l'environnement familial et communautaire** (Andersen, 1995 ; Rutherford *et al.*, 2010). Il arrive, de plus, que le sexe du praticien mais aussi le langage parlé par ce dernier détermine l'accès aux soins (Klein, 2007). Par exemple, Klein, dans son étude sur les populations béninoises obtient une « *corrélation significative entre le sexe du patient et celui du praticien dans la décision de recourir aux soins* » (Klein, 2007 : 476). Et ce sont les femmes qui sont le plus influencées par ce critère, soit « *37% de femmes contre 11% d'hommes pour un échantillon total de 839 individus enquêtés dont 420 hommes et 419 femmes* » (Klein, 2007 :465 ; 476).

Par ailleurs, des éléments tels l'offre de soins déterminée par la répartition des structures de santé sur un territoire donné et la part du budget public dévolue au secteur de la santé (Aka, 2010 ; La Foucade *et al.*, 2006) ont un effet sur les variables que sont la distance géographique, le coût des soins, et la qualité des services et, partant, jouent un rôle tout aussi considérable dans l'accès aux soins. De façon plus spécifique, le constat selon lequel les **investissements**

sont inégalement répartis, ceci étant matérialisé par une forte concentration des infrastructures sanitaires en milieu urbain au détriment du milieu rural, des ratios de soignants-soignés et des taux d'équipement en matériel sanitaire toujours plus favorables au milieu urbain (Doumbouya, 2007 ; La Foucade *et al.*, 2006). Il y a également une disparité dans les dépenses allouées aux niveaux de soins, soit primaire, secondaire ou tertiaire qui pourraient ainsi favoriser une meilleure qualité des services concernant certains soins comparativement à d'autres (La Foucade *et al.*, 2006).

Aussi, des paramètres comme le **mauvais état des routes**, la **rareté des véhicules de transport** en zone rurale (Aka, 2010), la **corruption** dans les centres de santé (Doumbouya, 2007 ; Olivier De Sardan, 2003) sont importants à noter comme s'opposant à l'accessibilité des populations aux soins de santé.

Concernant **l'impact d'un conflit armé** sur l'accessibilité aux soins de santé, la littérature explorée fait apparaître qu'un conflit armé affecte considérablement le système sanitaire par la destruction ou encore l'abandon des infrastructures sanitaires et la réduction du personnel soignant qui se retire des zones de conflit (Betsi *et al.*, 2006). Ainsi, le personnel soignant local laisse place aux actions des Organisations Non Gouvernementales (ONG), qu'elles soient locales ou internationales, qui prennent en charge les populations d'un point de vue sanitaire. Car, en effet, inversement aux personnels soignants, les ONG prolifèrent, en période de conflit, dans les zones de guerre afin d'y mener leurs actions. Cependant, concernant les ONG locales, la réalité du manque d'équipement et de matériel demeure présente, rendant ainsi difficile l'accès aux soins pour les populations non déplacées (Betsi *et al.*, 2006).

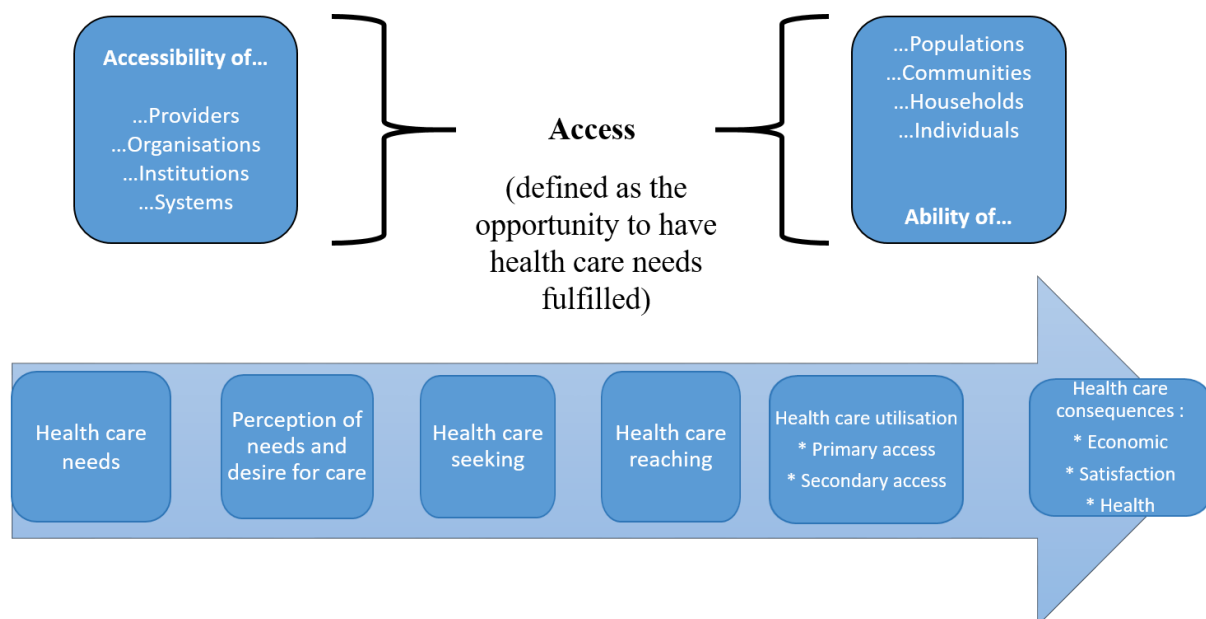
Les études empiriques en faisant ressortir principalement la distance géographique, le coût des soins et la qualité des services comme principaux problèmes pour recourir aux soins de santé en Afrique subsaharienne rejoignent certaines des théories présentées précédemment notamment celles d'Andersen et Newman (1973) et d'Aday et Andersen (1974). En effet, la distance géographique est une composante de l'accessibilité qu'évoque Gross dans son modèle ; de même, Kroeger parle de l'accessibilité géographique dans la catégorie des caractéristiques des services et des perceptions qu'en ont les patients (Fournier et Haddad, 1995 : 297 ; 320). D'un autre côté, le prix des services de santé (coût des soins) est mentionné dans le modèle d'Andersen et Newman comme facteur pouvant faciliter l'accès aux soins (Andersen et Newman, 1973 :107); Aday et Andersen citent, quant à eux, les coûts et la qualité des services de santé comme outputs composant la satisfaction du

consommateur (Phillips, 1990 :184); et Kroeger fait aussi intervenir la qualité dans la catégorie des caractéristiques des services et des perceptions qu'en ont les patients (Fournier et Haddad, 1995 : 297 ; 320). Par ailleurs, d'autres variables relevées dans les études empiriques telles le sexe, le niveau d'instruction sont présentes dans tous les modèles sauf celui d'Aday et Andersen, la répartition des structures de santé sur le territoire étant présentes dans les modèles d'Andersen et Newman et d'Aday et Andersen (Andersen et Newman, 1973 :107 ; Phillips, 1990 :184).

2.1.3. L'accessibilité comme déterminant de l'accès : l'approche conceptuelle de Levesque et al. (2013)

La figure 14 explique la conception de l'accès aux soins de santé, telle que définie par Levesque *et al.* (2013) à partir de l'analyse synthétique de la littérature sur le concept d'accès aux soins de santé. D'après cette figure, l'accès aux soins de santé est défini comme « *la possibilité de satisfaire les besoins en soins de santé* » (Levesque *et al.*, 2013). De façon plus précise, l'accès aux soins de santé est conçu, par ces auteurs comme, le résultat de l'interaction entre les capacités individuelles et l'accessibilité aux services. C'est au niveau de cette interaction qu'intervient l'approche des capacités développée par Armatya Sen (2000) appliquée à l'accès aux services de soins.

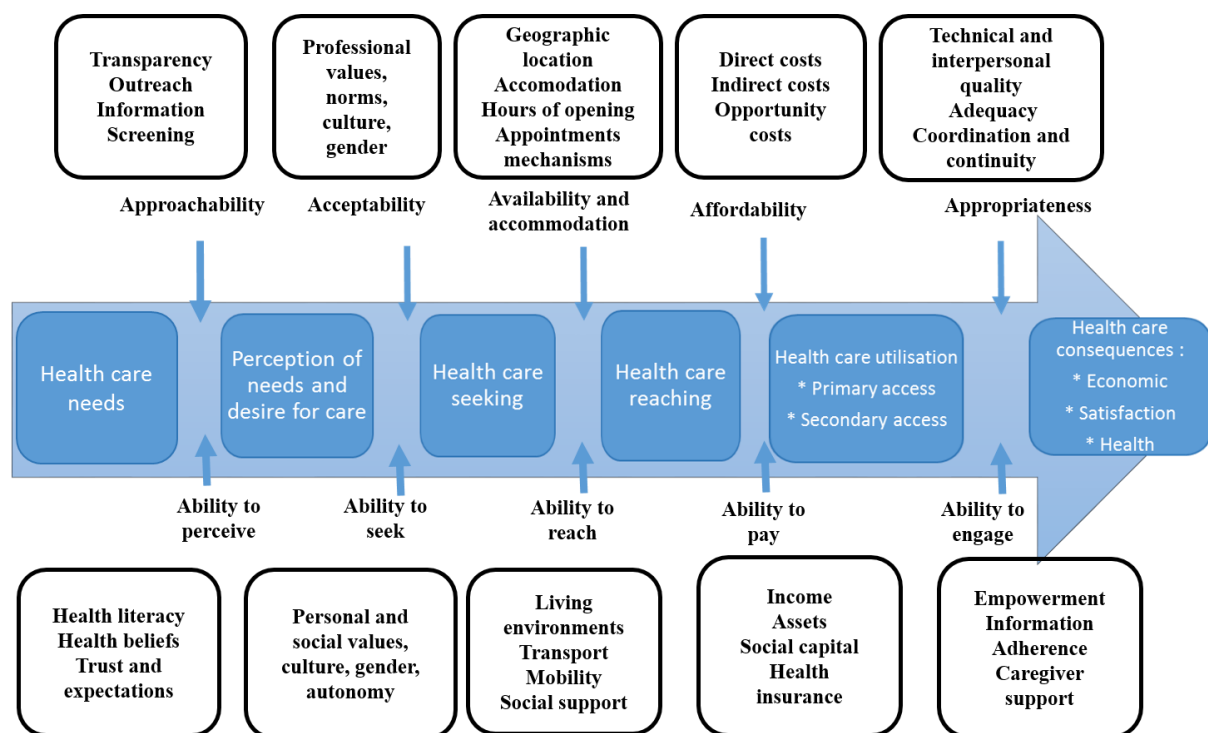
Figure 14 : Une définition de l'accès aux soins de santé.



Source : Levesque et al. (2013)

La figure 15 précise l'interaction entre capacités individuelles et accessibilité aux services à partir de cinq dimensions. Du côté de l'accessibilité aux soins de santé, les cinq dimensions sont la proximité, l'acceptabilité, la disponibilité et l'accueil, le coût abordable des services et l'adéquation des services. Du côté des capacités individuelles, les dimensions sont la capacité de percevoir, la capacité de chercher, la capacité d'atteindre, la capacité de payer, et la capacité de s'engager. Selon Levesque *et al.* (2013), ces cinq capacités individuelles devront être en lien avec les cinq dimensions de l'accessibilité afin de réaliser l'accès aux soins de santé.

Figure 15 : Un cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé.



Source : Levesque et al. (2013)

La figure 15 présente, clairement, les éléments sur lesquels reposent les aptitudes, les capacités. Par exemple, la capacité à percevoir le besoin de santé dépendra du niveau de connaissance, dans le domaine de la santé, des croyances au sujet de la santé et de la maladie. L'aptitude à désirer un soin de santé est fonction des valeurs personnelles et sociales, de la culture, du genre et du niveau d'autonomie de l'individu. La capacité à rejoindre un centre de santé afin de bénéficier de soins dépend des conditions de vie, du transport, de la mobilité et du soutien social. Après, l'aptitude à payer est liée au revenu, au capital social, à l'assurance santé. Enfin, la capacité à s'engager, dans la démarche d'accès aux soins, relève du niveau d'autonomisation, d'information, d'adhérence et de soutien ainsi que de l'attitude des soignants. L'identification

des éléments favorisant les capacités qui rendront possibles l'accès aux soins, permet de faire la transition, dans la section suivante, avec l'analyse de l'approche par les capacités et son application à la santé et à l'accès aux soins, en particulier.

2.1.4. La théorie des capacités (Sen, 2000) : Une application à l'accès aux services de soins.

Dans cette section, l'approche par les capacités sera, d'abord, définie. Ensuite, les applications de cette approche à la santé et l'accès aux soins seront analysées.

2.1.4.1. Présentation de l'approche par les capacités

La théorie des capacités a été développée par Amartya Sen (2000), dans son analyse de l'inégalité sociale. Dans son livre intitulé 'Repenser l'inégalité', Amartya Sen (2000) s'appuie sur les travaux de John Rawls (1971) afin de remettre en question l'économie du bien-être en sa philosophie utilitariste. En effet, Sen (2000), dans sa thèse, qui allie économie et philosophie, soutient que l'approche rawlsienne est limitée en ce qu'elle considère les biens premiers comme uniques déterminants de la liberté individuelle réelle. De façon plus précise, Sen (2000) défend que l'allocation égalitaire de biens premiers n'entraîne pas forcément la justice sociale ou encore la liberté réelle. Par exemple, deux individus dotés du même revenu, mais dont l'un est handicapé ou invalide, n'auront pas la même capacité à mener une activité sportive, bien qu'ils aient, en leur possession, tout le matériel sportif nécessaire grâce à leur revenu. Dans ce cadre, l'approche par les capacités doit être privilégiée par rapport à celle des biens premiers. Car la justice sociale ne dépend pas uniquement de la quantité de biens premiers possédés par un individu mais plutôt de ses capacités. Au sens de Sen (2000), « *la capacité est la liberté d'un individu de choisir la vie qu'il a des raisons de valoriser, la liberté réelle de l'individu d'accomplir diverses combinaisons de fonctionnements* » (Sen, 2000). Ainsi, Sen (2000) distingue la capacité (capability) du fonctionnement (functioning), la première est définie comme l'aptitude à la réalisation, et le second, la réalisation en elle-même (Sen, (1999 ; 2000) cité par Moubé (2015)).

2.1.4.2. Approche par les capacités, santé et accès aux soins

L'approche par les capacités a été appliquée au domaine de la santé, en général, et de l'accès aux soins de santé, en particulier. Dans ce cadre, les travaux de Norman Daniels (2009) et de

Ballet et Jiddou (2005) sont intéressants à analyser en raison du lien qu'ils établissent entre approche par les capacités, santé et accès aux soins.

➤ L'analyse de Norman Daniels (2009)

Daniels (2009), dans sa démarche d'appliquer la théorie rawlsienne, à la santé et aux soins de santé, émet trois questions fondamentales qui permettront l'extension de cette théorie rawlsienne. La première question fait le lien entre la santé, comme fonctionnement normal, et sa protection en termes de justice, de morale, afin de préserver les possibilités, les capacités de ce fonctionnement. Ensuite, la seconde question concerne « *les principes de justice comme équité de Rawls et les déterminants sociaux de la santé* » (Daniels, 2009). Enfin, la dernière question entraîne l'analyse de la satisfaction équitable des besoins de santé.

La réponse donnée par Daniels (2009), au sujet de la première question, c'est-à-dire du lien entre santé et capacités, repose sur l'argument selon lequel « *la santé contribue à la protection de l'égalité des chances, alors satisfaire les besoins de santé protège l'égalité des chances* » (Daniels, 2009). D'un autre côté, Daniels (2009) soutient que la satisfaction des besoins de santé est déterminante en raison de l'accès aux opportunités, que permet un 'bon' état de santé, en tant que fonctionnement normal (Daniels, 2009). Dans ce cadre, Daniels (2009) énonce le concept de 'gamme normale d'opportunités'. D'après Daniels (2009), « *la gamme normale d'opportunités est l'ensemble de plans de vie que les personnes raisonnables de cette société sont susceptibles d'envisager pour elles-mêmes* » (Daniels, 2009). Aussi, la gamme normale d'opportunité est réduite lorsque le fonctionnement normal se détériore. En d'autres termes, un mauvais état de santé entrave les opportunités de réalisation des aptitudes individuelles, des capacités. D'où l'importance de la satisfaction équitable des besoins de santé. (Daniels, 2009).

Dans sa réponse à la seconde question, concernant l'équité et les déterminants sociaux de la santé, Daniels (2009) s'appuie sur le constat relevé, en épidémiologie sociale, selon lequel il y a un lien entre les inégalités de santé et le niveau de revenu et d'éducation. Aussi, afin de contrecarrer les effets des inégalités socio-économiques sur l'accès aux opportunités, le principe rawlsien d'égalité équitable de chances est mis en évidence par Daniels (2009). Autrement dit, dans le but « de protéger les chances de tous, en termes d'accès aux opportunités, il faudra garantir un accès universel aux soins de santé » (Daniels, 2009).

Enfin, la réponse à la dernière question, relative la satisfaction équitable des besoins de santé, révèle « la justice procédurale développée par Rawls comme solution à la distribution des ressources en matière de politique de santé » (Daniels, 2009). De façon plus précise, « en l'absence d'accord sur les principes de distribution, le résultat d'un processus décisionnel correct est considéré comme juste » (Daniels, 2009).

L'analyse de Daniels (2009) fait le lien avec l'approche par les capacités de Sen (2000) en ce qu'elle s'inspire de la théorie rawlsienne comme l'approche par les capacités. Aussi, cette analyse démontre le lien entre théorie rawlsienne, approche par les capacités, santé et accès aux soins, en sa notion de gamme normal d'opportunités que la santé favorise en tant que fonctionnement normal.

Parallèlement, aux travaux de Norman Daniels (2009), les travaux de Ballet et Jiddou (2005) font également le lien entre approche par les capacités et accès aux soins. La particularité des travaux de Ballet et Jiddou (2005) est qu'ils appliquent à l'Afrique subsaharienne.

➤ L'analyse de Ballet et Jiddou (2005)

Ballet et Jiddou (2005), dans leurs travaux consacrés à l'accès aux soins en Mauritanie, fondent leur cadre d'analyse sur l'approche par les capacités. Dans le but de construire leur cadre d'analyse, ces auteurs reprennent la définition de la qualité de l'existence, comme fondement du bien-être individuel, énoncée par Sen. En effet, d'après Sen (2000), « la qualité de l'existence, d'un individu, se définit en fonction du vecteur de ses fonctionnements représentés par un ensemble d'états (being) et d'actions (doing) » (Sen (2000) cité par Ballet et Jiddou (2005)). Aussi, afin de faire le lien entre l'approche par les capacités et l'accès aux soins, Ballet et Jiddou (2005), émettent que dans le cadre « d'une analyse sur la santé, considérée comme fonctionnement élémentaire, les capacités de base seront définies à partir des possibilités d'accès » (Ballet et Jiddou, 2005). Dans ce cadre, Ballet et Jiddou (2005) développent quatre paramètres dont dépend l'état de santé d'un individu. Ces quatre paramètres sont l'accès 'subjectif', l'accès 'objectif', l'accès 'social' et les externalités.

L'accès 'objectif' dépend de « la disponibilité des services. Il peut être évalué à partir du taux d'accessibilité géographique, de l'accès aux médicaments, le revenu et l'accueil dans les services. L'accès 'subjectif' est apprécié à partir des perceptions individuelles, familiales et collectives concernant la santé. L'accès 'social' est lié aux facteurs culturels, aux opportunités sociales positives et négatives. Enfin, les externalités concernent les interactions entre les

personnes et les groupes » (Ballet et Jiddou, 2005). Par exemple, la contamination d'un groupe de personnes par individu atteint d'une maladie, est considérée comme externalité négative. Par ailleurs, l'offre en eau potable et l'assainissement constituent des externalités positives, en termes de santé.

Ces paramètres peuvent être liés selon les situations. Par exemple, l'accès 'social' a une influence sur l'accès 'objectif'. En effet, les croyances culturelles peuvent freiner l'accès physique aux soins. Ce phénomène est constaté, dans le cas de l'accès des femmes aux soins, lorsque les prestataires de soins, sont sexe masculin. (Ballet et Jiddou, 2005).

L'analyse des travaux de Daniels (2009) et Ballet et Jiddou (2005) permet de comprendre la relation qui peut être faite entre approche par les capacités, santé et accès aux soins. Aussi, le paragraphe suivant précisera le lien entre l'approche par les capacités et l'approche conceptuelle de Levesque *et al.* (2013) au sujet de l'accès aux soins de santé.

L'approche par les capacités de Sen (2000) s'intègre à l'approche conceptuelle de Levesque *et al.* (2013) concernant l'accès aux soins de santé. En effet, l'approche de Levesque *et al.* (2013) est basée sur cinq capacités individuelles. Les capacités de percevoir, de chercher, d'atteindre, de payer, de s'engager, que ces auteurs énoncent, permettent de réaliser l'accès aux soins de santé. Dans ce cadre, l'inégalité dans l'accès aux soins de santé proviendra des différents niveaux de capacités de percevoir, de chercher, d'atteindre, de payer, de s'engager, des individus.

Pour faire, le lien avec notre objet de recherche, la capacité, dans le cadre de l'accès aux soins selon Levesque *et al.* (2013), sera la liberté de percevoir, de chercher, d'atteindre, de payer, de s'engager dans la démarche d'accès aux soins de santé.

Cette section a permis de mettre en évidence les théories relatives à l'accessibilité qui constitueront le cadre théorique de notre recherche. La section suivante analysera les outils théoriques expliquant la qualité. Cette section permettra de démontrer les théories relatives à la qualité qui intégreront notre cadre théorique.

2.2. La qualité : Une analyse théorique.

Dans cette section, l'analyse théorique de la qualité sera réalisée à partir de l'analyse conceptuelle de Gomez *et al.* (1994), du modèle SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1985), de l'approche lancastérienne appliquée aux services par Gallouj et Weinstein (1997), de la théorie

d'asymétrie informationnelle (Akerlof, 1970, Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997), et de la théorie des conventions (Favereau, 1989 ; Batifoulier, 2001).

2.2.1. L'analyse conceptuelle de Gomez (1994)

Dans cette sous-section, la qualité sera définie selon la conception de Gomez (1994). Ensuite, le concept de qualité sera analysé au niveau historique et de la théorie économique.

2.2.1.1. Le concept de qualité

Gomez (1994) dans son livre consacré à l'étude sur la qualité et la théorie des conventions fait ressortir la définition la plus énoncée de la qualité, présentée comme « *l'adéquation entre un produit et l'attente (réelle ou potentielle) d'un client* » (Gomez, 1994). Or, cette définition semble insuffisante étant donné qu'elle ne précise pas les critères de qualité. D'un autre côté, l'économie de la qualité pouvant se définir comme « *un système de représentation cohérent de l'émergence, de la logique, et des mutations des règles socio-économiques sur lesquelles reposent les critères de qualité* » (Gomez, 1994) est sensée apporter quelques précisions. Aussi afin de mieux comprendre ce à quoi ce concept est sensé renvoyer, il serait intéressant de rendre compte de son évolution dans le temps, pour ensuite expliciter les fondements théoriques desquels ce concept émane.

2.2.1.2. Au niveau historique

D'après Gomez (1994), durant le 19^{ème} siècle la définition de la qualité a évolué sur la base des qualificatifs qui en précisaient le contenu. Ainsi, on est passé successivement à :

- La qualité-inspection :

Présente à partir de 1900, elle relève de la période tayloriste et post-tayloriste, est marquée par l'organisation scientifique du travail avec la mécanisation et la standardisation de la production. Dans cette logique de qualité, la qualité n'est pas dépendante de la satisfaction du client mais plutôt du rapport de l'inspecteur, des critères du producteur basés sur des règles scientifiques, la clientèle étant de proximité. (Gomez, 1994).

- La qualité-contrôle :

Elle intervient à partir de 1930. Avec l'augmentation considérable de la production, le client, le produit et le salarié deviennent anonymes et l'inspection devient coûteuse. A ce niveau, il sera question d'un arbitrage coût-bénéfice. De ce fait, on assiste à l'émergence du concept de 'Niveau de Qualité Acceptable' (NQA) définissant le seuil de tolérance de l'entreprise en termes de défauts de production. (Gomez, 1994).

- La qualité-assurance :

Apparue à partir de 1940, elle est associée au concept de Client-Roi et relève de la période fordiste marquée par la consommation de masse. En effet, après la seconde guerre mondiale, le pouvoir d'achat élevé du consommateur fait changer le rapport d'échange entre producteur et consommateur. Le nouveau rapport d'échange met en jeu « *des clients nombreux et anonymes* » face à « *des produits nombreux et différenciés* ». Face à cela, une logique contractuelle de qualité, caractérisée par la polarisation ainsi que l'aspect relationnel et la définissant comme « *un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiques, destinées à donner confiance en l'obtention régulière de la qualité requise* » (Afnor, 1979) cité par Gomez (1994), se précise. (Gomez, 1994).

- La qualité-totale ou globale :

Elle apparaît à partir des années 1970 avec la crise du fordisme et est caractérisée par la « *marchéisation des services, la régulation par le marché, l'individualisme généralisé, l'affaiblissement des syndicats* » (Gomez, 1994). Elle se définit comme « *l'ensemble des principes et des méthodes organisés en stratégie globale, visant à mobiliser toute l'entreprise pour obtenir une meilleure satisfaction du client au moindre coût* » (Gomez, 1994 : 36), fortement liée à la notion de perfection (zéro défaut) et joue un rôle central dans la redéfinition de l'équilibre social. (Gomez, 1994).

2.2.1.3. Au niveau théorique

Pour Gomez (1994), le modèle micro-économique standard est limité dans la définition des critères d'évaluation de la qualité à partir du jeu du marché. En effet, il part du concept de qualité contractuelle, défini comme « *la conformité aux exigences (des clients)* » (Gomez, 1994 : 48) ou encore « *l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* » (Gomez, 1994 : 48), et situé à la frontière entre l'économie et la gestion, pour ensuite faire le parallèle

avec la micro-économie standard, en présentant la qualité contractuelle comme « *le produit d'un ajustement entre l'offre et la demande* » (Gomez, 1994 : 54). Ainsi, la qualité pourrait être mesurable directement par le niveau relatif des prix ou de façon rétroactive par la garantie à laquelle est associé le bien. Dans ce cas, la norme qualité est établie avant l'échange sur la base d'un accord, soit ex ante, et pose des contractions concernant l'axiome standard de choix autonomes des individus. Face aux contradictions posées par les axiomatiques de la micro-économie standard en ce qui concerne l'évaluation de la qualité, la théorie des conventions est une alternative possible. (Gomez, 1994).

2.2.2. Les déterminants de la qualité des services selon le modèle SERVQUAL

Parasuraman *et al.* (1985) développe le modèle SERVQUAL qui met en évidence le service perçu par le consommateur. La qualité de ce service perçu est déterminée, selon Parasuraman *et al.* (1985), par 10 principales classes, à savoir :

➤ Accès :

Il s'identifie au travers de « l'accessibilité et la facilité de contact réalisés par : une facilité de contact téléphonique avec les services (pas de lignes occupées ou de mise en attente considérable) ; un temps d'attente réduit pour accéder au service ; des horaires d'ouverture commodes ; un emplacement commode des locaux où sont offerts les services. » (Parasuraman *et al.*, 1985). Pour faire le lien avec notre recherche, ce déterminant de la qualité selon SERVQUAL fait référence à l'accessibilité physique aux services de soins (distance géographique, moyens de transport, temps mis pour rejoindre le centre de santé).

➤ Communication :

Elle « signifie la transmission de l'information dans un langage compréhensible aux clients. L'adaptation de ce langage en fonction du niveau de compréhension des clients (niveau d'instruction) » (Parasuraman *et al.*, 1985). Cette variable est assimilée à la variable de processus du cadre conceptuel de Tarlov *et al.* (1989) qu'est le niveau de communication (style interpersonnel).

➤ Compétence :

Il s'agit « de la possession des connaissances et compétences requises en vue d'offrir le service. A ce niveau, on peut citer : les connaissances et compétences du personnel de contact, du

personnel de support opérationnel, et la capacité de recherche de l'organisation » (Parasuraman *et al.*, 1985). Pour articuler avec notre sujet de recherche, on pourrait citer : les compétences techniques et interpersonnelles du professionnel de santé. Cette variable du modèle SERVQUAL rejoint les variables structurales et de processus de soins, développées par Tarlov et al. (1989) dans leur cadre conceptuel, que sont : la spécialité de formation (caractéristique du professionnel de santé) et attitude interpersonnelle (style interpersonnel).

➤ Courtoisie :

Elle suppose « la politesse, le respect, la considération et l'amitié du personnel de contact » (Parasuraman *et al.*, 1985). Dans le cas de notre recherche, le personnel de contact est assimilé au personnel de santé (médecin, sages-femmes, infirmiers), et la courtoisie, est le plus souvent lié à l'accueil offert aux patientes par le professionnel de santé.

➤ Crédibilité :

« Elle concerne l'honnêteté vis-à-vis du client » (Parasuraman *et al.*, 1985). Dans le cadre de notre recherche, on pourrait citer : l'honnêteté du personnel de santé vis-à-vis des patientes, au sujet des diagnostics et traitements proposés.

➤ Fiabilité :

Elle « implique cohérence entre performance et sûreté de fonctionnement au travers d'une offre de service approprié au premier contact avec le client et du respect des promesses faites au client ». (Parasuraman *et al.*, 1985)

➤ Réactivité :

Elle « concerne la volonté et la rapidité à rendre le service en rappelant le client rapidement, par l'envoi immédiat de bordereau de transaction ou encore la promptitude de prise de rendez-vous » (Parasuraman *et al.*, 1985). Pour faire le lien avec notre sujet de recherche, la réactivité suppose l'aptitude du professionnel de santé à réagir promptement face au problème de santé d'une patiente, comme par exemple une hémorragie (perte de sang) suite à une césarienne.

➤ Sécurité :

Elle est « considérée comme la liberté de tout danger, tout risque ou doute concernant le service » (Parasuraman *et al.*, 1985). Dans le contexte de notre recherche, le parallèle peut être fait en considérant, par exemple, le matériel et l'équipement des services de soins, qui doivent

être désinfectés, maintenus propres et en bon état afin d'éviter tout risque de transmission de maladies ou autres complications médicales concernant les usagers.

➤ Tangibilité (preuve physique du service)

La tangibilité du service est présentée comme la preuve physique (Parasuraman *et al.*, 1985). Dans le cadre des services de soins, la tangibilité peut être perçue au travers des résultats médicaux issus des diagnostics et traitement proposés par le médecin. En d'autres termes, l'issue du problème de santé aura-t-il été la mort, la persistance du problème de santé ou la guérison totale.

➤ Compréhension/connaissance du client

A ce niveau, il est question de prendre en compte et de comprendre les attentes du client (Parasuraman *et al.*, 1985). Concernant les services de soins, ce déterminant rejoint les variables de structure que sont les caractéristiques du patient développées par Tarlov et al. (1989), plus particulièrement : le genre, les habitudes en santé, les attitudes et croyances, les préférences. Toutes ces variables caractéristiques permettent de comprendre les besoins du patient ainsi que ses attentes. En effet, au sujet des services de soins maternels, il est important de comprendre les patientes, par exemple, leur désir de discrétion lié à leurs croyances surtout en milieu rural où elles sont sensibles concernant leur intimité.

La présentation des déterminants de la qualité des services, en général, et des soins, en particulier, a été faite afin de servir de référence dans l'analyse des informations, relatives à la définition de la qualité par les enquêtés, qui seront collectées dans le cadre de notre recherche.

2.2.3. L'approche lancastérienne : Une théorie sur les caractéristiques des biens.

2.2.3.1. Présentation de l'approche

« La théorie du consommateur telle que développée par Hicks et Allen (19^{ème} siècle), relève comme seule propriété partagée par tous les biens, le fait « qu'ils soient des biens ». Or, ce postulat entraîne la neutralité face à la différence de goût des consommateurs. Ainsi, cette théorie se révèle incapable de considérer des aspects importants de la relation entre biens et consommateurs. Face à ce constat, la nouvelle théorie du consommateur développée par Kelvin J. Lancaster en 1966 présente les biens non pas comme des objets directs d'utilité mais plutôt

en supposant que l'utilité provient des propriétés et caractéristiques des biens. Cette approche de Lancaster est présentée dans l'encadré 2.

Encadré 2 : Le modèle de Lancaster (1966).

Hypothèse 1 : Le bien lui-même ne donne pas d'utilité au consommateur ; c'est plutôt les caractéristiques que possède ce bien qui augmente son utilité ;

Hypothèse 2 : En règle générale, un bien possède plus d'une caractéristique et plusieurs caractéristiques seront partagées par plus d'un bien ;

Hypothèse 3 : Les biens en combinaison peuvent posséder des caractéristiques différentes de celles présentées chez des biens séparés.

Les hypothèses du modèle de comportement du consommateur relatif à cette nouvelle approche sont les suivantes :

Hypothèse 1 : Considérons un bien unique ou un ensemble de biens comme étant une activité de consommation et auquel est associé un scalaire représentant le niveau d'activité de consommation. La relation entre le niveau d'activité et la quantité de biens consommés dans le cadre de cette activité est linéaire et objective.

Hypothèse 2 : Chaque activité de consommation produit un vecteur fixé de caractéristiques. Cette relation est également linéaire.

Hypothèse 3 : Tout individu possède une fonction ordinale d'utilité basée sur les caractéristiques dénommée $U(z)$ et choisira une situation qui maximise $U(z)$.

Dans ce modèle, la relation entre l'ensemble des caractéristiques disponibles au consommateur (le vecteur Z : ingrédients directs de ses préférences et de son bien-être) et l'ensemble de biens disponibles pour lui (le vecteur X représentant sa relation avec le reste de l'économie), n'est pas directe et particulière comme dans le modèle traditionnel mais indirecte à travers le vecteur d'activité Y (vecteur de transmission).

Si nous considérons une situation de choix standard exposant le consommateur dans une condition de marché avec une contrainte budgétaire linéaire, cette situation dans notre modèle devient :

$\text{Max}(z)$

Soumis à $px \leq k$

Avec $z=By$

$x=Ay$

$x, y, z \geq 0$

Source : Lancaster (1966)

2.2.3.2. Intérêts et limites de l'approche lancastérienne

Bien que l'approche de Lancaster ouvre une piste de recherche en termes d'application à d'autres domaines de l'économie, notamment l'économie de la santé, à laquelle se rapporte notre thème de recherche. Il est, toutefois, important de souligner qu'il sera difficile, dans le cadre de cette recherche, d'utiliser cette théorie avec celle des conventions en raison des contradictions qui les opposent, tant au niveau des concepts que des hypothèses développées.

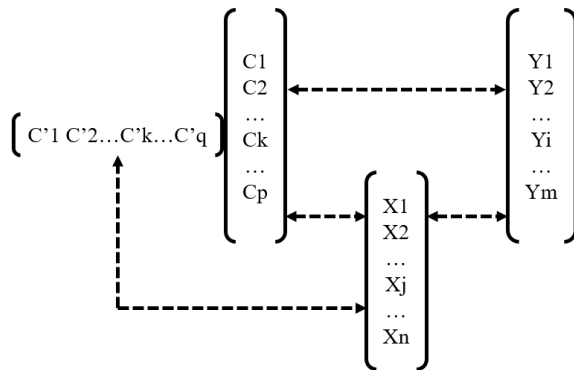
En se présentant comme énoncée dans l'encadré 2, la nouvelle approche à la théorie du consommateur, développée par Lancaster, se révèle intéressante pour étudier la qualité des services sur la base des caractéristiques de ceux-ci. Dans ce sens, Gallouj et Weinstein (1997), font le parallèle à l'approche de Lancaster, en l'appliquant aux services. Afin d'établir le lien entre l'approche de Lancaster et son applicabilité aux services, les travaux de Gallouj et Weinstein (1997) seront analysés.

2.2.4. L'approche lancastérienne appliquée aux services : Une analyse de Gallouj et Weinstein (1997).

Dans leurs travaux, Gallouj et Weinstein (1997) s'inspirent des travaux de Lancaster (1966) et de Saviotti et Metcalfe (1984), en représentant le service comme un vecteur de caractéristiques. Les caractéristiques du vecteur service sont les caractéristiques techniques (X_j), les caractéristiques finales (Y_i), les compétences du prestataire de service (C_k) et les compétences du client (C'_k). Le modèle de Lancaster (1966) a mis en évidence le vecteur de caractéristiques pour expliquer la consommation d'un bien. Le modèle de Saviotti et Metcalfe (1984) qui s'applique aux services, précise les différentes caractéristiques qui composent le vecteur service, à savoir : les caractéristiques finales ou "de services" (Y), les caractéristiques techniques ou "internes" (X) et les caractéristiques de processus (Z). Dans le modèle de Saviotti et Metcalfe (1984), les caractéristiques finales proviennent d'une combinaison de caractéristiques techniques. L'apport des travaux de Gallouj et Weinstein (1997), est de préciser que chaque caractéristique technique, mobilise des compétences, à la fois du prestataire de services et du client (Gallouj et Weinstein, 1997). Gallouj et Weinstein (1997) intègrent ces compétences au modèle de Saviotti et Metcalfe (1984) pour en arriver au modèle représenté à la figure 16. L'intérêt d'analyser les travaux de Gallouj et Weinstein (1997), dans le cadre de notre recherche, se situe au niveau de leur contribution, à l'explication de la qualité des services de soins, à partir des caractéristiques tant techniques que de compétences, qui

seront observées dans ces services. Dans ce sens, en lieu et place de compétence du client, il s'agira de compétence du patient, lors de l'approfondissement de ce modèle de Gallouj et Weinstein (1997) dans son application aux services de soins, en particulier, au chapitre 4 de cette thèse.

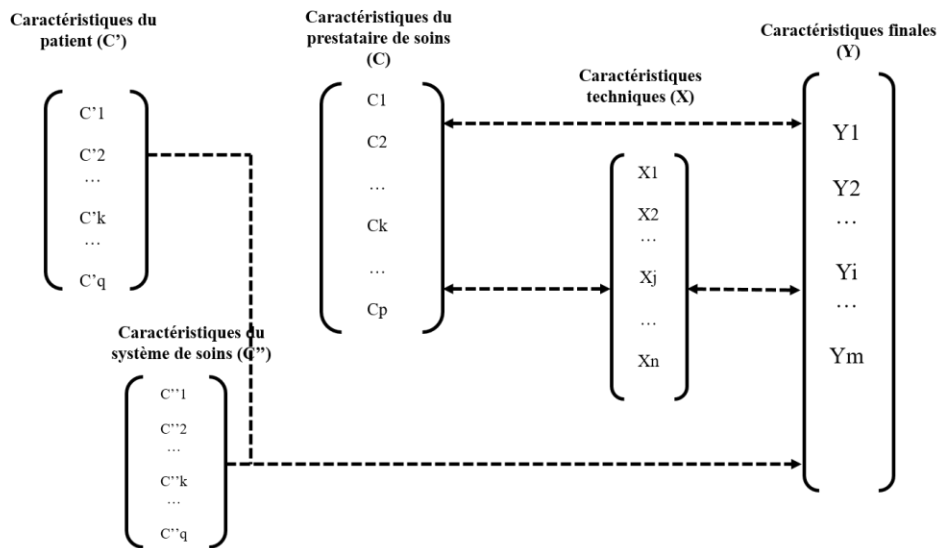
Figure 16 : Le service comme vecteur de caractéristiques



Source : Gallouj et Weinstein (1997).

Le chapitre 4 de cette thèse fera l'analyse de l'adaptation du vecteur de caractéristiques aux services de soins. Cependant, la figure 16, qui représente, le vecteur de caractéristiques appliqué services de soins, permettra de confirmer l'intérêt de l'approche Lancastérienne appliquée aux services dans le cas de notre recherche.

Figure 17 : Le service de soins comme vecteur de caractéristiques.



Source : D'après Gallouj et Weinstein (1997).

La figure 17 précise les caractéristiques qui s'appliquent aux services de soins. Ainsi, en comparaison avec la figure 16, les caractéristiques du client deviennent les caractéristiques du patient et les caractéristiques du prestataire de service deviennent les caractéristiques du prestataire de soins. D'autre part, les caractéristiques techniques et finales sont présentes dans les figures 16 et 17. De plus, les caractéristiques du système de soins ont été rajoutées.

2.2.5. L'asymétrie d'information : quelles conséquences sur l'accessibilité et la qualité des services ?

Dans cette sous-section, la théorie d'asymétrie informationnelle sera présentée. Ensuite, son application aux services de soins sera expliquée.

2.2.5.1. Présentation de la théorie d'asymétrie informationnelle

La théorie d'asymétrie informationnelle a été développée par Akerlof (1970), dans son analyse consacrée à l'incertitude, concernant la qualité, sur le marché d'automobiles d'occasion. Dans ces travaux, Akerlof (1970) énonce qu'il existe « une asymétrie relative à l'information disponible, au sujet la qualité des véhicules d'occasion. En effet, les vendeurs détiennent plus d'information sur la qualité du véhicule d'occasion, comparativement, aux acheteurs. Dans ce

cadre, il existe une asymétrie d'information dans la relation entre le vendeur et l'acheteur. » (Akerlof, 1970)

Par ailleurs, l'application de cette théorie au domaine de l'assurance santé, est intéressante à relever, par rapport à notre objet de recherche. Aussi, l'application de cette théorie à l'assurance santé permettra de mieux comprendre les concepts de 'sélection adverse' et 'aléa moral' mis en évidence par cette théorie.

Akerlof (1970) étend sa théorie à l'assurance santé à partir du constat que les compagnies d'assurance étaient réticentes à assurer de personnes âgées de plus 65 ans (Akerlof, 1970). Ainsi, la sélection adverse est pratiquée par les compagnies d'assurance en ce qu'elle privilégie les personnes jeunes. De façon plus précise, la sélection adverse ou antisélection « désigne les dysfonctionnements des marchés d'assurance qui résultent de l'information cachée dont les assureurs peuvent disposer sur leurs propres risques et qui n'est pas accessible aux assurés »²². D'autre part, Arrow (1963), dans son article sur l'incertitude et l'économie du bien-être appliqué aux soins médicaux, souligne l'aléa moral comme problème en matière d'assurance santé. En effet, Arrow (1963) émet l'hypothèse qu'un médecin peut, selon sa convenance, prescrire un traitement plus cher qu'un patient en a besoin (Arrow, 1963). Dans ce cadre, les compagnies d'assurance pourrait devoir dépenser plus, qu'il ne faut, d'où la notion d'aléa moral, encore dénommée risque moral. « Il y a aléa moral ou risque moral lorsque l'assureur ne peut vérifier les efforts de prévention des risques de l'assuré »²³. En d'autres termes, « l'aléa moral se pose dans toute situation où une personne prend une décision dont le résultat est avantageux si les choses vont bien, alors que quelqu'un d'autre supporterait les coûts si les choses tournent mal » (Krugman, (2009) cité par Retolaza et al. (2016))

L'asymétrie d'information peut s'appliquer à des domaines, autres, que celui de l'assurance. Les travaux de Karpik (1989) concernant la profession d'avocat permettent d'illustrer les diverses applications qui peuvent être faites de l'asymétrie d'information, en matière d'économie de la qualité. En effet, l'incertitude d'un client concernant la qualité des services qui peuvent être rendus par un avocat entraîne une asymétrie d'information. Dans cette situation, Karpik (1989) propose que le choix de l'avocat se fasse à partir du jugement basé sur

²² PICARD, « ASSURANCE - Économie de l'assurance », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 23 mars 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/assurance-economie-de-l-assurance/>

²³ PICARD, « ASSURANCE - Économie de l'assurance », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 23 mars 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/assurance-economie-de-l-assurance/>

le réseau et la confiance. Ainsi, l'asymétrie informationnelle sera réduite grâce aux informations issues des réseaux de clients de ces avocats, mais aussi de la confiance accordée à l'avocat. Dans ce cadre, Karpik (1989) met l'accent sur le marché-jugement en comparaison au marché prix. Sur le marché jugement, le choix repose sur des éléments permettant de réduire l'incertitude de la qualité, comme le réseau et la confiance, tandis que sur le marché prix, c'est la variation des prix qui est déterminante. (Karpik, 1989).

Les travaux réalisés par Gallouj (1997) au sujet de l'impact de l'asymétrie d'information sur la sélection et l'évaluation des prestataires de services permettent d'approfondir la compréhension de la théorie de l'asymétrie d'information. Dans son analyse de l'incertitude de la qualité sur le marché du conseil, Gallouj (1997) résume cinq éléments, issus des travaux de De Bandt (1995), qui expliquent « l'insuffisance d'information face auquel le client peut être confronté. Le premier élément est le niveau de compétence et d'expérience des prestataires de service. Le second élément est le niveau d'adéquation entre les compétences du prestataire et les services demandés. Le troisième élément est la qualité du produit et son contenu. Le quatrième élément est la quantité exacte d'effort et de ressources dépensée pour offrir le service. Enfin, le dernier élément est le hasard, en tant que variable exogène, qui peut influencer l'efficacité du service sans qu'il ne soit possible d'identifier le niveau de responsabilité du prestataire. » (De Bandt (1995) cité par Gallouj (1997)).

D'autre part, les précisions données par Gallouj (1997) concernant les concepts de sélection adverse et aléa moral approfondissent la compréhension de ces concepts. Gallouj (1997) définit la sélection adverse « *comme une situation où le prestataire de service a un avantage informationnel en ce qui concerne une variable exogène* » (Gallouj, 1997) et l'aléa moral « *comme l'ensemble des problèmes associés à l'incapacité de l'acheteur à observer les actions menées par le prestataire de service* » (Gallouj, 1997). Dans le cas de la sélection adverse, il est fait référence aux « *caractéristiques cachées* » et dans le cas de l'aléa moral, il fait référence au « *comportement caché* ».

L'intérêt de la théorie d'asymétrie informationnelle comme composante de notre cadre théorique de recherche se situe au niveau de son application aux prestations de services, et au domaine de la santé, développée dans les recherches antérieures de Arrow (1963), Karpik (1989), Gallouj (1997) et Retolaza *et al.* (2016). Ces applications permettront de faire, aisément, le lien avec notre recherche portant sur les services de santé. Aussi, le faible niveau

d'alphabétisation des populations africaines, en général, et ivoiriennes, en particulier,²⁴ justifie l'intégration de cette théorie dans notre cadre d'analyse. En effet, le niveau d'alphabétisation est déterminant dans l'accès et la compréhension de l'information.

2.2.5.2. Asymétrie informationnelle, accessibilité et qualité des services de soins

La théorie de l'asymétrie d'information développée par Akerlof (1970) est intéressante à appliquer à notre recherche en raison du niveau inégal d'information qui peut exister entre patient et prestataire de soins dans le processus d'offre de soins. En effet, les situations de sélection adverse et d'aléa moral s'appliquent à la relation de services entre patient et prestataire de soins. Par exemple, le prestataire peut décider de la nécessité pour le patient de réaliser une radiographie, dans l'intention d'accroître les revenus de son service de radiographie, en sachant que cela n'est pas indispensable (sélection adverse). De même, le prestataire peut décider de prescrire des médicaments à un patient, en sachant que ceux-ci ne sont pas indispensables à son traitement, cela, dans l'intention d'obtenir des avantages de la part des firmes pharmaceutiques produisant ces médicaments. Concernant, la situation d'aléa moral, elle peut être illustrée par le fait que le patient passe, volontairement, sous silence des informations sur ces habitudes en santé pouvant entraîner un diagnostic erroné du prestataire de soins et favorisé un mauvais traitement (aléa moral). Ainsi, la qualité est influencée par le niveau d'asymétrie d'information. Par ailleurs, l'asymétrie d'information représente un obstacle à la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement (Ridde, 2012 ; Meessen *et al.*, 2011 ; Nimpagaritse et Bertone, 2011).

2.2.6. La théorie des conventions : Quelle contribution à l'explication de prestation de qualité ?

La théorie des conventions (TC) fait partie des théories intégrées à l'économie dit institutionnelle en opposition avec l'économie orthodoxe (Chavance, 2007). Ainsi, il sera indispensable de situer l'économie institutionnelle dans l'histoire des courants de pensée économique et de la présenter avant d'analyser la théorie des conventions.

²⁴ Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 et plus est de 61%, en Afrique sub-saharienne, pour l'année 2010 et de 43%, en 2015, en Côte-d'Ivoire. Alors qu'en Europe et Asie Centrale, le taux d'alphabétisation est estimé à 99% en 2010. <http://donnees.banquemondiale.org> consulté le 22 mars 2017.

2.2.6.1. L'économie institutionnelle : Historique de l'avènement d'un courant de pensée.

L'économie institutionnelle (EI) est la partie de l'économie qui considère les institutions comme essentielles à l'économie. Les écoles issues de l'économie institutionnelle ont émergé entre la fin du 19^{ème} et le début de 20^{ème} siècle mais aussi entre la fin du 20^{ème} et le début du 21^{ème} siècle. Les points communs à ces écoles sont les suivants :

- Les institutions sont endogènes et pas exogènes au champ de l'économie en tant que discipline ;
- L'intérêt central porté sur le changement plutôt que sur l'équilibre ;
- La prédominance entre ces écoles de la notion d'« émergence ».

De ce fait, l'économie institutionnelle se rapproche du courant keynésien en s'écartant de celui néoclassique avec un ancrage dans l'institutionnalisme traditionnel. Aussi, en dehors des convergences précitées qui unissent les différentes écoles relevant de l'économie institutionnelle, certaines caractéristiques d'ordre doctrinal, méthodologique et théorique, propres à chacune de ces écoles et qui permettent de les distinguer, constituent les divergences entre celles-ci. (Chavance, 2007)

➤ Les écoles de la fin du 19^{ème} siècle au début du 20^{ème} siècle

A l'origine de l'Economie institutionnelle, on retrouve **l'école historique allemande** menée par Gustav von Schmoller, au début des années 1900, avec son ouvrage portant sur les principes d'économie politique. Dans cet ouvrage, Schmoller met en évidence les institutions et les organes comme indispensables à l'analyse en matière d'économie politique. De ce fait, il assimile « l'analyse des institutions et organes pour la connaissance du corps social à ce qu'est l'anatomie pour celle du corps humain » (Schmoller (1900) cité par Chavance (2007)). Selon Schmoller, « l'institution est un ensemble d'habitudes et de règles de la morale, de la coutume et du droit ayant un centre ou un but commun, liées entre elles et formant un système » (Schmoller (1900) cité par Chavance (2007)) tandis que « l'organe en tant que côté personnel de l'institution représente la forme constante matérialisant le regroupement des individus et des biens pour des objectifs précis. Comme illustration, la forme organique de l'institution qu'est le mariage est la famille » (Schmoller (1900) cité par Chavance (2007)). Après l'école allemande apparaît **l'institutionnalisme évolutionniste de Veblen** qui se concentre sur le changement des institutions d'où la notion d'évolutionnisme. Les principales critiques de

Veblen s'adressent aux théories classiques et néoclassiques au sujet respectivement « de leur postulat utilitariste, normatif et de leurs lois d'équilibre donnant lieu à une vision statique de l'économie » (Chavance, 2007). D'après Veblen, « le changement institutionnel ainsi que la sélection des institutions s'appuient sur une interaction entre dynamique au niveau technologique et les instincts et habitudes. Dans ce sens, Veblen qualifie les institutions de représenter une extension des habitudes, ainsi que la croissance de la culture, de séquence cumulative d'habitudes » (Chavance, 2007). Aussi, l'institutionnalisme selon Veblen repose sur la causalité cumulative qui se traduit par « *une approche séquentielle du changement marquée par l'irréversibilité du temps et le caractère cumulatif des transformations successives* ». (Chavance, 2007). D'un autre côté, Veblen apparente son approche à la théorie de l'évolution biologique de Darwin qui se base à la fois sur l'évolution et la sélection naturelle au travers de sa logique de « *sélection évolutionniste des institutions* » (Chavance, 2007) qui traite « *l'évolution de la structure sociale comme processus de sélection naturelle des institutions* » (Veblen (1899) cité par Chavance (2007)). Dans la continuité de Veblen, Walton Hamilton développe l'« *institutional economics* » dans l'entre deux-guerres. Son approche est fortement inspirée de celle de Veblen et se résume par l'ambivalence des institutions caractérisées par leur centralité mais aussi leur ambiguïté. Hamilton énonce ses propos en ces termes : « *les institutions et les actions humaines, compléments et antithèses, se refont perpétuellement les unes les autres dans le drame sans fin du processus social* » (Hamilton (1919) cité par Chavance (2007)). Par ailleurs, Commons, auteur dominant de l'institutionnalisme américain bien que s'inspirant également de Veblen, s'oppose à son approche en certains points. En effet, les théories institutionnelles développées par Commons, encore appelées « *going concern theories* » reposent à la fois sur l'approche classique et néoclassique au travers des théories de l'équilibre et celle de Veblen par sa théorie du processus inspirée de Darwin. Plus précisément, les théories de Commons font référence au « *processus intentionnel et délibéré* » tandis que celles de Veblen se concentrent sur les processus « *non intentionnels* ». Dans ce sens, Commons énonce « *l'équilibre guidé* ». D'autre part, Commons développe dans son approche les concepts d'organisation active (going concern), de règles d'action (working rules) dont le lien est décrit comme suit : « *l'organisation active est définie comme l'anticipation commune des transactions bénéfiques, réglées par des règles d'action* » (Chavance, 2007). D'un autre côté, Polanyi, bien que n'étant pas économiste, contribuera significativement au courant institutionnaliste hétérodoxe grâce à son ouvrage « *La Grande Transformation* » en exposant les concepts d'« *encastrement* » et de « *désencastrement* » mais aussi de « *formes d'intégration* ». Pour **Polanyi**, « *l'économie est un processus institutionnalisé,*

encastrée dans des institutions économiques et non économiques et les formes d'intégration représentent les mouvements institutionnalisés par lesquels les éléments du processus économique sont reliés » (Polanyi (1957 ; 1977) cité par Chavance (2007)). Comme autre auteur relevant du courant institutionnaliste, apparaît également **Menger** en tant que pionnier de l'école autrichienne. L'apport de Menger se perçoit au travers de sa thèse relative aux institutions pragmatiques et celles organiques. D'après Menger, « *les institutions pragmatiques sont la conséquence d'une volonté commune orientée vers leur établissement, par opposition aux institutions organiques qui sont l'aboutissement non voulu d'efforts humains en vue d'atteindre des objectifs essentiellement individuels* » (Menger (1883) cité par Chavance (2007)). De cette approche, il ressort un lien avec la théorie du changement non intentionnel de Veblen et les institutions organiques, d'une part, et un rapprochement entre la notion d' « *équilibre guidé* » de Commons et les institutions pragmatiques. Aussi, Menger pose la question de la création et la survie des institutions sans action collective à l'origine de leur établissement. (Chavance, 2007).

➤ **Les écoles de la fin du 20^{ème} siècle au début du 21^{ème} siècle**

Dans la continuité de l'école autrichienne, **Hayek** présente sa théorie des **ordres et règles** en relation avec les institutions. A cet effet, Hayek distingue deux types d'ordres et de règles, l'ordre étant compris au sens de structure et la règle comme outil à l'origine de décision. Parmi les types d'ordres et règles précisés par Hayek, il y a : les ordres organisés et ceux spontanés, de même que les règles de l'organisation et celles dites d'ordre spontané. Les ordres et règles en rapport avec l'organisation se résument respectivement aux qualificatifs de simple, concret et prescriptif pendant que les ordres et règles relevant du spontané se définissent comme complexes, abstraits et prohibitifs. (Hayek (1973) cité par Chavance (2007)). Cette analyse de Hayek se rapproche effectivement de la théorie de Menger sur les institutions pragmatiques et organiques dans leur caractéristique liée à l'intention ou non. De plus, sous l'influence de Hayek, Eucken développe l'approche de **l'ordolibéralisme** en économie institutionnelle. Selon Eucken, l'ordolibéralisme, à la différence du libéralisme manchestérien et de l'approche hayékienne de l'ordre, précise « le rôle de l'Etat comme garant de l'ordre de marché au travers de l'établissement et du maintien de la concurrence. Cet ordre institué par l'Etat sera basé sur des principes constitutifs et régulateurs. Les principes constitutifs étant reliés à la constitution économique et préalables aux principes régulateurs » (Chavance, 2007). Comme autre courant institutionnaliste dominant de la fin du 20^{ème} siècle, apparaît **la nouvelle**

économie institutionnelle (NEI) avec les contributions majeures d'auteurs tels que Williamson et North, le premier étant à l'origine du concept de '*NEI*'. Bien qu'étant en lien avec la '*vieille économie institutionnelle*' ('*institutional economics*') de Commons, la NEI tente de se différencier de la première, à qui elle reproche de manquer de théorie, autrement dit d'être antithéorique. Dans son approche, Williamson s'intéresse aux mécanismes de gouvernance en s'appuyant sur les concepts de "firme" en tant qu'organisation et des "coûts de transactions" en remplacement respectivement du marché, et des coûts de détermination des prix (Chavance, 2007). Il est question dans cette approche de choisir entre le marché et la firme en tant qu'institutions perçues comme « *structures de gouvernance alternatives* » sur la base des coûts engendrés au niveau de chacune d'entre elles (Chavance, 2007). D'autre part, North s'inspire également, en partie, de la théorie néoclassique et son analyse se présente comme étant intéressante, surtout au niveau de la distinction qu'il établit entre institutions et organisations. Les premières étant, selon lui, les règles du jeu, et les secondes, les joueurs qui ont pour objectif de remporter la victoire dans un contexte de règles à partir de « *stratégies, de coordination, de compétences et de moyens plus ou moins honnêtes* » (Chavance, 2007). En fin de cette historique, portant sur l'Economie institutionnelle, interviennent **la théorie de la régulation** et celle **des conventions** comme courants institutionnalistes européens contemporains, développées respectivement à partir des années 1970 et 1980.

2.2.6.2. La théorie des conventions

Apparue à la fin des années 80, la Théorie des conventions encore appelée "Ecole ou Economie" en s'opposant à reconnaître le marché comme seul mode de coordination économique se présente comme « *une grille de lecture des interactions entre individus dans un contexte de volonté de coordination sinon de coopération* » (Biencourt, et al., 2001 : 202). Pour l'Ecole des conventions, l'intervention des règles est indispensable à la coordination des comportements des agents. Elle distingue, ainsi, les *règles régulatrices* considérées comme moyen de régulation des pratiques et relevant de la rationalité stratégique et les *règles constitutives* comme moyen d'institution de pratiques. La règle étant définie comme « *une prescription de comportement à laquelle il est possible de se conformer et qui indique quel comportement est requis ou préféré ou prohibé dans des contextes déterminés* » (Searle (1995) cité par Chaserant et Thévenon (2001)). D'un autre côté, la convention se définit comme « *une règle à trois caractéristiques : l'arbitraire, le vague de la définition et l'absence de menace explicite de sanctions* » (Batifoulie et de Larquier, 2001 : 13). Le caractère conventionnel de

la qualité, perceptible au travers des normes établies entre différents acteurs qui la spécifie, justifie le lien fait dans cette recherche entre Economie des conventions et concept de qualité. Par ailleurs, la notion de service, au travers des prestations et relations de service basées, le plus souvent, sur des règles de comportement pourrait mettre en évidence deux types de conventions, d'après Gadrey (1994), à savoir : la convention de prestation et la convention de fidélité. Ainsi, tant les concepts de qualité que de service, objets de notre recherche, semblent entrer dans le contexte de l'Ecole des conventions.

3. Analyse du cadre théorique de recherche

La figure 18 présente la relation entre politique d'exemption de paiement des soins, accessibilité aux soins et qualité des soins révèle notre cadre d'analyse de recherche. Cette figure permet de comprendre le lien entre notre objet de recherche, qui est l'accessibilité et la qualité des services dans un contexte d'exemption de paiement, et les approches théoriques développées. De façon plus précise, la figure 18 montre le processus de réalisation de l'accès et de la qualité des services de soins, depuis l'émergence de la politique d'exemption de paiement des soins, en passant par la décision de son adoption ainsi que sa mise en œuvre. De plus, la correspondance entre chaque étape du processus de réalisation de l'accès et de la qualité des services de soins, avec les théories développées dans ce chapitre, a été indiquée dans la figure 18. Ainsi, la figure 18 démontre que les conditions d'émergence de la politique d'exemption de paiement des soins, expliquée, à partir du principe d'appropriation par les gouvernements, déterminent la décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement des soins. Ensuite, la mise en œuvre de l'exemption de paiement des soins est déterminée par la décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement des soins. Après, l'accessibilité aux soins est déterminée par la mise en œuvre de l'exemption de paiement. Aussi, l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles détermine l'accès aux soins et la qualité des soins. Enfin, la qualité des services de soins maternels et infantiles est déterminante dans l'accès aux soins.

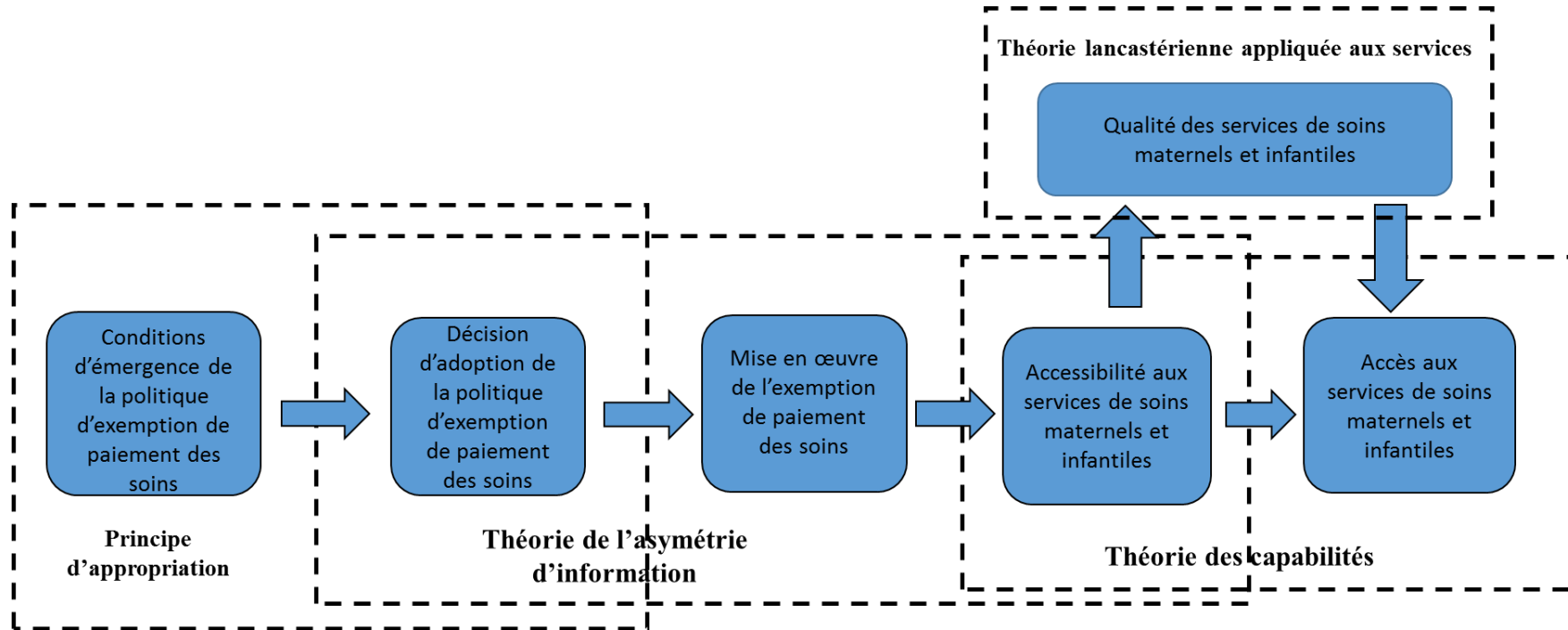
Le lien entre décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement, mise en œuvre de l'exemption de paiement des soins et accessibilité aux services de soins maternels et infantiles s'analyse à partir de la théorie d'asymétrie informationnelle. En effet, si les acteurs du système de santé sont inégalement informés de la décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement ainsi que de sa mise en œuvre, l'accessibilité aux services de soins exemptés de paiement en sera affectée.

Concernant, le lien entre accessibilité et accès aux soins, il est démontré à partir de la théorie des capacités de Sen (2000). En effet, dans ce cadre, l'accessibilité est la possibilité de réaliser, alors que l'accès est la réalisation. En d'autres termes, l'accès est la réalisation de l'accessibilité grâce à la mise en œuvre des capacités, au sens de Levesque *et al.* (2013), de de percevoir, de chercher, d'atteindre, de payer, de s'engager.

Pour ce qui est de la qualité des services de soins maternels et infantiles, la théorie lancastérienne appliquée aux services par Gallouj et Weinstein (1997) permettra de l'évaluer à partir des caractéristiques des patientes, du prestataire de services, du système de soins et des caractéristiques techniques et finales.

Par ailleurs, la figure fait remarquer que la décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement prend en compte, à la fois, le principe d'appropriation et la théorie d'asymétrie informationnelle, en termes d'outils d'analyse théorique. Il en est, de même, pour l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, en tant qu'élément constitutif de notre cadre d'analyse, qui croise théorie de l'asymétrie d'information et théorie des capacités. Ainsi, la théorie de l'asymétrie d'information et la théorie des capacités permettent d'expliquer l'accessibilité aux soins maternels et infantiles exemptés de paiement. Aussi, la décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement est influencée par le niveau d'appropriation des gouvernements et le niveau d'asymétrie d'information faible favorisera la mise en œuvre de la politique. D'où le lien établi entre ces deux théories concernant la décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement.

Figure 18 : Relation entre politique d'exemption de paiement de soins-accessibilité aux soins- qualité des soins.



Source : Fait par l'auteur

Conclusion chapitre 3

L'objectif de ce chapitre était de construire le cadre d'analyse de notre recherche à partir de théories, principalement, économiques. Dans ce sens, diverses théories ont été analysées parmi lesquelles la nouvelle approche à la théorie du consommateur développée par Lancaster (1966), dite approche lancastérienne, l'asymétrie informationnelle (Akerlof, 1970, Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997), l'approche par les 'capabilités' (Sen, 2000). Ces théories, précédemment, citées composent notre cadre d'analyse de recherche. D'un autre côté, les approches conceptuelles de l'accès aux soins de santé (Levesque *et al.*, 2013) et de la qualité des services (Gallouj et Weinstein, 1997) précisent ce cadre d'analyse, de même que le principe d'appropriation relatif aux nouvelles stratégies de l'aide au développement, qui permet l'explication des conditions d'émergence de la politique d'exemption de paiement direct des soins dans un contexte de PED.

La relation entre politique d'exemption de paiement, accessibilité aux soins, et qualité des soins, traduite sur le plan théorique à partir des théories d'asymétrie d'information (Akerlof, 1970, Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997), des capabilités (Sen, 2000), et de Lancaster appliquée aux services (Gallouj et Weinstein, 1997) permet de récapituler le dernier chapitre de cette première partie de cette thèse. En effet, cette relation développée au plan théorique permettra de mieux comprendre, le quatrième chapitre suivant, qui approfondit l'analyse de l'accessibilité et de la qualité dans leur application aux services de soins, en particulier, mais aussi l'évaluation de ces services.

Seconde partie :

La qualité et accessibilité aux services de soins maternels et infantiles dans un contexte d'exemption de paiement en Côte-d'Ivoire.

Introduction de la seconde partie

Cette seconde partie de thèse sera consacrée à l'analyse de la qualité des services de soins dans un contexte d'exemption de paiement. Cette analyse sera appliquée aux services de soins maternels et infantiles de Côte-d'Ivoire. De façon plus précise, il s'agira principalement d'évaluer la qualité des services de soins maternels et infantiles auprès des patientes de ces services ainsi que des membres de ménages, après avoir vérifié l'effectivité de la mise en œuvre de l'exemption de paiement et les conditions d'accessibilité géographique à ces services. Car un service de soins, même gratuit, ne peut produire l'effet escompté, de lever la barrière financière aux plus vulnérables, que lorsque l'accès géographique y est optimal. Pour mener à bien cette analyse, des informations issues d'enquêtes tant quantitatives que qualitatives sur les ménages, les patientes et les professionnels de santé seront exploitées. S'agissant des enquêtes quantitatives, elles concernent : l'Enquête Niveau de Vie des ménages de Côte-d'Ivoire pour l'année 2015 dénommée ENV-CI (2015), réalisée entre janvier et mars 2015 sur le territoire ivoirien, et l'enquête conduite dans le cadre du concours « maternité accueillante » « initié en 2006 par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) de Côte-d'Ivoire en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) sous la coordination de la Direction du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant en vue de motiver les acteurs de terrain, l'amélioration de la qualité des services ainsi que le renforcement des Soins Maternels et infantiles et Néonataux d'Urgence (SONU). » (RCI, 2014). Pour ce qui est des enquêtes qualitatives, il sera question de conduire des entretiens approfondis auprès de membres de ménages et avec des professionnels de santé exerçant auprès des services de soins maternels et infantiles, à savoir principalement les : gynécologues, sages-femmes et infirmières. Cette seconde partie de thèse sera organisée entre trois chapitres. Le premier chapitre traitera des déterminants de la qualité des services de soins avec un accent mis sur les déterminants les plus observés au niveau des PED. En effet, avant d'évaluer la qualité des soins, il est important de préciser les éléments par rapport auxquels cette qualité des soins est démontrée. Dans ce cadre, ce chapitre débutera, en première sous-section, par la présentation des différentes approches conceptuelles de la qualité des soins, la conceptualisation de la notion de qualité des soins étant indispensable à la bonne compréhension de notre analyse. A la suite de cette conceptualisation de la qualité des soins, seront mis en évidence les outils de collecte d'informations en vue de l'évaluation de la qualité des soins et es déterminants de la qualité des soins appliqués aux PED a proprement dits. En

seconde sous-section du premier chapitre de cette partie de thèse, l'offre publique et privée de soins en Côte-d'Ivoire seront décrites ainsi que leurs conséquences sur la qualité des soins. Le second chapitre de cette partie de thèse entame, de façon concrète, le travail empirique de notre recherche. En effet, ce chapitre analysera l'effectivité de l'exemption de paiement au niveau des services de soins maternels et infantiles ivoiriens ainsi que de l'accessibilité géographique à ces services. Dans ce cadre, une analyse statistique tant descriptive qu'explicative sera effectuée à partir des données de l'ENV-CI (2015). Cette analyse statistique au travers du logiciel statistique STATA permettra de développer, d'une part, des tableaux croisés entre variables d'intérêt en vue de vérifier l'effectivité de l'application de l'exemption de paiement au niveau des soins maternels et infantiles, plus particulièrement concernant les consultations prénatales, et d'autre part, des modèles de régression logistique permettant d'expliquer l'influence de l'accessibilité géographique sur la possibilité de bénéficier de soins exemptés de paiement, tout en différenciant les milieux urbain et rural afin d'observer s'il existe des disparités considérables entre ces milieux, pour ce qui est du lien entre exemption de paiement et accessibilité géographique aux soins maternels et infantiles. Dans ce sens, ce second chapitre décrira, d'abord, les bases de données constituées pour l'analyse et la méthodologie utilisée pour les analyses, et après, les résultats d'analyse seront présentés et interprétés. Enfin, le dernier chapitre de cette thèse aura pour objectif d'évaluer la qualité des services soins maternels et infantiles dans le contexte d'exemption de paiement tel qu'il sera décrit au chapitre précédent. Dans ce chapitre, l'accent sera mis sur l'analyse qualitative au travers de l'exploitation des informations issues des entretiens semi-directifs et approfondis menés auprès des professionnels de santé, des patientes et des membres de ménages. A ce niveau, la représentation que, les acteurs précités ont, de la qualité des soins, les critères d'évaluation de cette qualité et la perception qu'ils en ont, seront analysés à partir de méthodes d'analyse de contenu.

Chapitre 4 : Les concepts d'accessibilité et de qualité : quelles applications aux services de soins ?

Introduction chapitre 4

Ce quatrième chapitre fera, dans un premier temps, le bilan de la littérature explorée au sujet des déterminants de la qualité, en partant de la définition du concept de qualité des soins, au travers de la présentation des différentes approches conceptuelles extraites de la littérature exploitée, pour en arriver aux déterminants de la qualité des soins appliqués aux PED, en passant par la description des outils de collecte d'informations en vue de l'évaluation de la qualité. Parmi les approches conceptuelles développées, apparaissent celles de Donabedian (1993), de Roemer et Montoya-Aguilar (1989) et Tarlov et al. (1989). Ces approches révèlent le caractère multidimensionnel de la qualité des soins. Concernant les outils de collecte d'informations pour l'évaluation de la qualité des soins, ils sont exposés par Roemer et Montoya-Aguilar (1989). Il s'agit des procédures normales d'enregistrement et de déclarations, les études spéciales dans les services de santé, les enquêtes sur les ménages et les enquêtes sur les patientes (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). De même, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) énoncent les déterminants de la qualité des soins dans le contexte des PED que sont : l'environnement et l'infrastructure du système de santé. Dans un second temps, ce chapitre décrira les offres publique et privée de soins en Côte-d'Ivoire. En effet, du nombre et de la répartition spatiale des structures sanitaires publiques et privées, représentant respectivement l'offre publique et privée de soins, dépendent l'accessibilité physique aux soins de santé mais aussi la qualité des services de soins, ce, en considérant la taille de la population qui doit être en adéquation avec les offres proposées. Ainsi, après avoir fait le bilan des offres publique et privée de soins en Côte-d'Ivoire et de leur répartition, nous préciserons les indicateurs qui seront utilisés pour apprécier l'impact de ces offres sur la qualité et l'accessibilité physique aux soins, en partant des raisons du choix de ces indicateurs, aux résultats issus de leur calcul déterminé à partir d'une méthode qui sera expliquée. Pour terminer ce chapitre, le lien entre offre de soins et qualité des soins sera analysé à partir des certains indicateurs

1. La qualité des soins : un concept multidimensionnel.

Cette section présentera le caractère multidimensionnel de la qualité des soins au travers des approches de Donabedian (1993), de Roemer et Montoya-Aguilar (1989) et Tarlov et al. (1989). L'approche de Donabedian (1993) est pertinente car ces travaux sont considérés comme parmi les pionniers concernant la qualité des soins. L'approche de Roemer et Montoya-Aguilar (1989) est intéressante à présenter en raison de ce qu'elle s'applique aux PED comme la Côte-d'Ivoire et l'approche de Tarlov *et al.* (1989) étant donné qu'elle présente un approfondissement de l'analyse de Donabedian (1988).

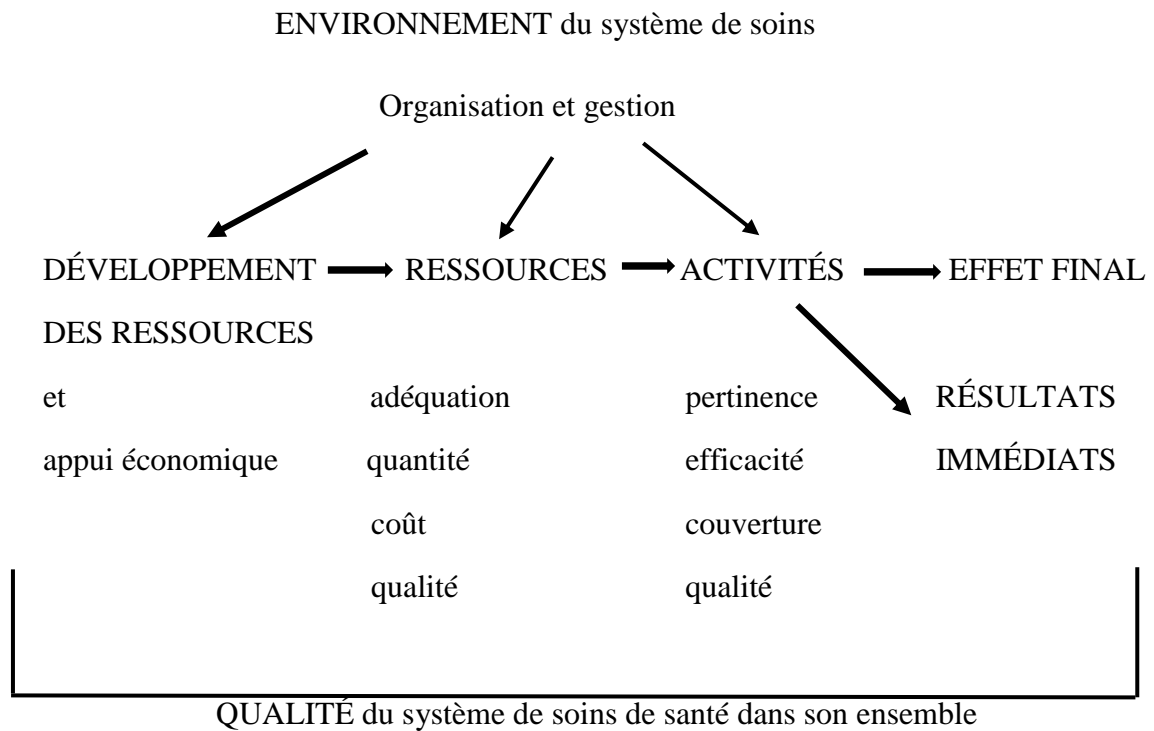
Parmi les travaux concernant la qualité des soins, ceux de Roemer et Montoya-Aguilar (1989) et d'Avedis Donabedian (1993) permettront de décrire le caractère multidimensionnel de la qualité des soins. En effet, définissant la qualité des soins, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) précisent qu'elle se compose de deux niveaux : l'un général, à savoir, « la qualité du système de santé dans son ensemble et l'autre plus particulier, des ressources et activités de santé devant correspondre à des normes préétablies » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). Pour ce qui est des travaux de Donabedian (1993), la qualité des soins est présentée comme « le produit de deux éléments, à savoir : la science et la technologie des soins de santé, d'une part, et leur application pratique, d'autre part. Le premier élément représentant les outils et le second, le mode d'utilisation de ces outils » (Donabedian, 1993). Ces deux éléments constituant déjà deux dimensions de l'approche conceptuelle de la qualité des soins. De plus, d'après Donabedian (1993), « l'interaction entre ces éléments produit une qualité des soins a sept principales caractéristiques que sont : efficacité, effectivité, efficience, optimalité, acceptabilité, légitimité et équité (Donabedian, 1993) » pouvant être considérées comme autres dimensions de la qualité des soins. Aussi, le champ d'application pratique des outils que sont la science et la technologie utilisés pour réaliser la qualité des soins, ici, entendu le système de santé se compose de plusieurs acteurs intervenant à plusieurs niveaux. De ce fait, il apparaît une autre démarche caractérisant la qualité des soins comme concept multidimensionnel. Les figures suivantes développées et adaptées des travaux de Roemer et Montoya-Aguilar (1989) et Donabedian (1993) permettront de mieux comprendre le caractère multidimensionnel de la qualité des soins.

1.1. L'approche conceptuelle de Roemer et Montoya-Aguilar (1989)

L'approche conceptuelle de Roemer et Montoya-Aguilar (1989), décrite par la figure 19, expose deux niveaux de représentation de la notion de qualité. Le premier niveau, identifié au travers de l'ensemble du système de santé, et le second niveau, perceptible au travers des ressources et activités issues de l'organisation et de la gestion du système de soins. Concernant le premier niveau de représentation, il s'agit plus spécifiquement de la qualité au sens plus général d'une population ou d'un problème de santé publique. Dans cette perspective, la qualité est évaluée en considérant l'organisation et la gestion du système de soins depuis le développement des ressources jusqu'à l'effet final en passant successivement par les ressources elles-mêmes puis les activités. Dans ce cas, « *ce sont les changements enregistrés dans les taux de survie, de morbidité et d'incapacité et les progrès accomplis dans le développement physique et mental de la population entière* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989) qui sont pris en compte comparativement au second niveau de représentation, restreint aux ressources et activités, qui prendra plutôt en considération « *les conséquences des soins dispensés à un individu ou la performance d'un établissement* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989) comme résultat final. Pour ce qui est de ce second niveau de représentation, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) précisent qu'au stade des ressources, « *la qualité est identifiée à la simple capacité à assurer fidèlement les services programmés au travers de la formation, du savoir-faire, des connaissances, des attitudes et comportements du personnel de santé, du degré de propreté et de sécurité des installations, et de l'adéquation de l'équipement et des fournitures* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). A propos des activités, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) expliquent, que dans ce cas, « *le concept de qualité est lié à l'excellence technique entendue comme la mesure dans laquelle les activités entreprises satisfont aux impératifs techniques d'efficacité et de sécurité et devrait inclure les dimensions de l'acceptabilité personnelle, sociale et culturelle ainsi que le respect des normes éthiques* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). En résumé, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) définissent le premier niveau de représentation de la qualité comme « *un tout englobant les ressources, les activités, la gestion et les résultats obtenus et se distinguant du système sous tous ses aspects* », le second niveau de représentation de la qualité pouvant être assimilé « *à l'une des caractéristiques des ressources et activités de santé de manière à ce qu'une série de donnée de ressources s'identifie par son type ou sa catégorie, sa quantité, son coût unitaire et sa qualité* », et qu'une série de donnée d'activités se dissocie par le type, la quantité et l'efficacité de ces activités en fonction des problèmes de santé visés, de même que le degré de couverture de la

population cible et la qualité des prestations » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). D’où les notions d’adéquation, quantité, coût et qualité rattachées aux ressources, dans le schéma, de même que le lien entre les notions de pertinence, efficacité, couverture et qualité pour ce qui est des activités.

Figure 19 : La qualité des soins selon Roemer et Montoya-Aguilar (1989)



Source : Roemer et Montoya-Aguilar, OMS (1989).

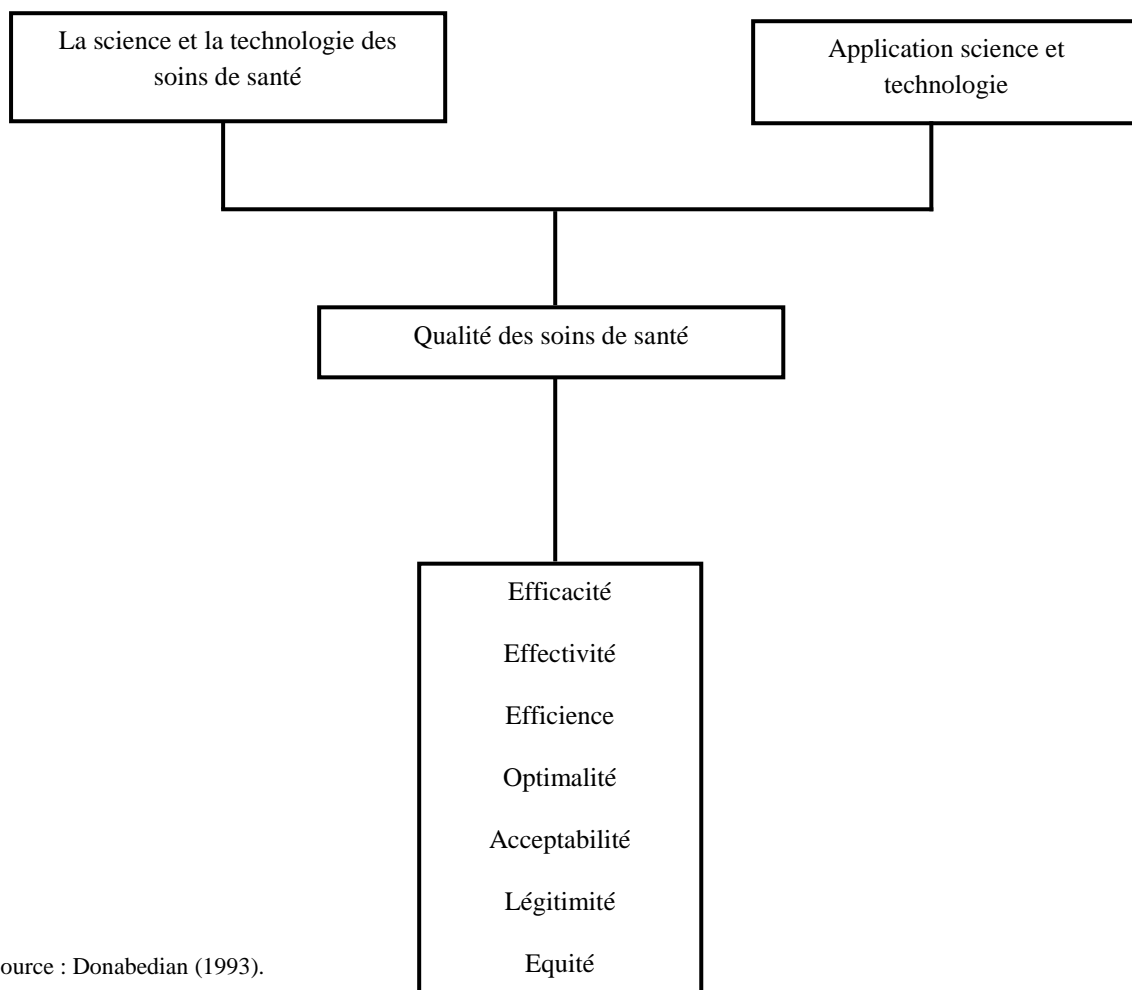
1.2. L’approche conceptuelle de Donabedian (1993)

Comme expliqué précédemment, l’approche de Donabedian rapporte le concept de qualité à deux principales dimensions, présentes dans la figure 20, que sont : « *la science et la technologie des soins de santé, d’une part, et l’application pratique de celles-ci, d’autre part* » (Donabedian, 1993). D’un autre côté, la qualité est, selon cette approche, caractérisée par sept principales propriétés tel que représenté dans la figure 20, à savoir :

- L’efficacité : Elle est définie par Donabedian comme « *la capacité de la science et la technologie des soins de santé à apporter des améliorations à la santé lorsque celles-ci sont utilisées dans les circonstances les plus favorables* » (Donabedian, 1993) ;
- Effectivité : Définie par Donabedian comme « *le degré par lequel les améliorations en santé prévues sont réalisées* » (Donabedian, 1993) ;

- Efficience : présentée par Donabedian telle « *la capacité à réduire le coût des soins sans faire baisser le niveau d'amélioration réalisable en termes de santé* » (Donabedian, 1993) ;
- Optimalité : Entendue par Donabedian comme « *l'équilibre entre les améliorations en santé et les coûts permettant d'atteindre ces améliorations* » (Donabedian, 1993) ;
- Acceptabilité : Expliquée par Donabedian comme étant « *le niveau de conformité aux souhaits, désirs et attentes des patients et membres de leurs familles* » (Donabedian, 1993)
- Légitimité : Enoncée par Donabedian comme « *la conformité aux préférences sociales telles qu'exprimées dans les principes éthiques, valeurs, mœurs, lois et régulations* » (Donabedian, 1993)
- Equité : Exposée par Donabedian au travers de « *la conformité au principe qui détermine ce qui est juste et équitable dans la répartition des soins de santé et leurs bénéfices à la population* » (Donabedian, 1993)

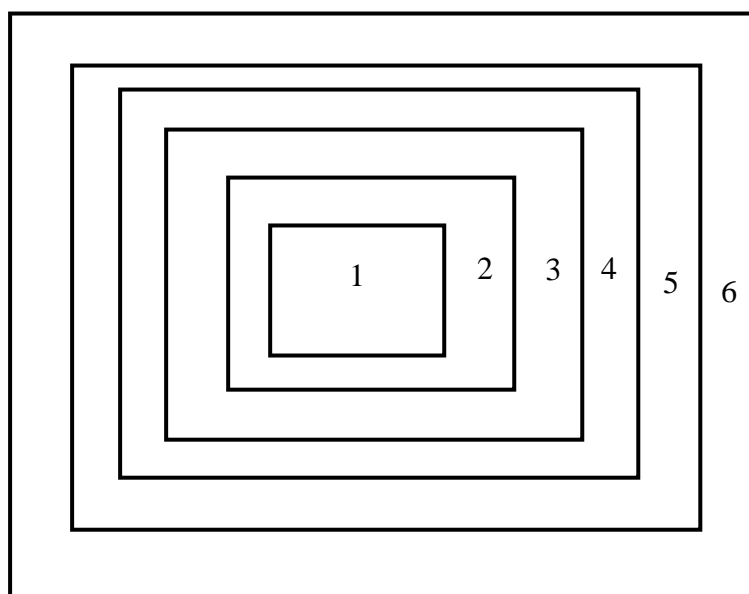
Figure 20 : La qualité des soins de santé selon Donabedian (1993)



Source : Donabedian (1993).

De plus, Donabedian (1993) expose le champ d'application pratique de la qualité de soins en précisant les acteurs qui y interviennent. Ces différents acteurs mis en évidence, révèlent d'autres dimensions du processus de qualité de soins. Chaque niveau d'acteur ou d'interaction entre acteurs correspondant à une dimension du processus. Au cœur de ce champ, apparaît l'interaction entre patients et professionnels de santé. Aussi, de tout l'univers des soins de santé développé par Donabedian au travers de la figure suivante, le lieu d'interaction entre les patients et les professionnels de santé est considéré par l'auteur comme « l'espace où sont prises les décisions les plus critiques en matière de processus de qualité » (Donabedian, 1993). De ce fait, Donabedian (1993) précise que la qualité doit être le résultat d'une démarche participative libre, égale et informée entre patient et professionnel de santé (Donabedian, 1993). En effet, chacun de ses acteurs devant « assumer ses responsabilités parmi lesquelles sont évoquées, pour ce qui est du professionnel de santé, l'évaluation précise de l'état du patient, la connaissance des possibilités d'intervention de la science et de la technologie actuelles, le choix de l'intervention, la plus appropriée, en accord avec les préférences du patient, la capacité du professionnel de santé à réaliser l'intervention désirée par le patient. En ce qui concerne le patient, ses responsabilités seront de rechercher les soins appropriés au moment approprié et vers les services de soins appropriés, transmettre l'information nécessaire à une évaluation correcte de son état, et enfin, participer pleinement au processus décisionnel de gestion de son état de santé. » (Donabedian, 1993).

Figure 21 : Le champ d'application pratique de la qualité des soins. 1, patients, professionnels de santé, et leur interaction ; 2. fournisseurs institutionnels ; 3. Organisation des consommateurs, professionnels et fournisseurs institutionnels ; 4. Assureurs ; 5. Chercheurs, promoteurs, éducateurs et leurs organisations ; 6. Décideurs politiques et régulateurs.



Source : Donabedian (1993).

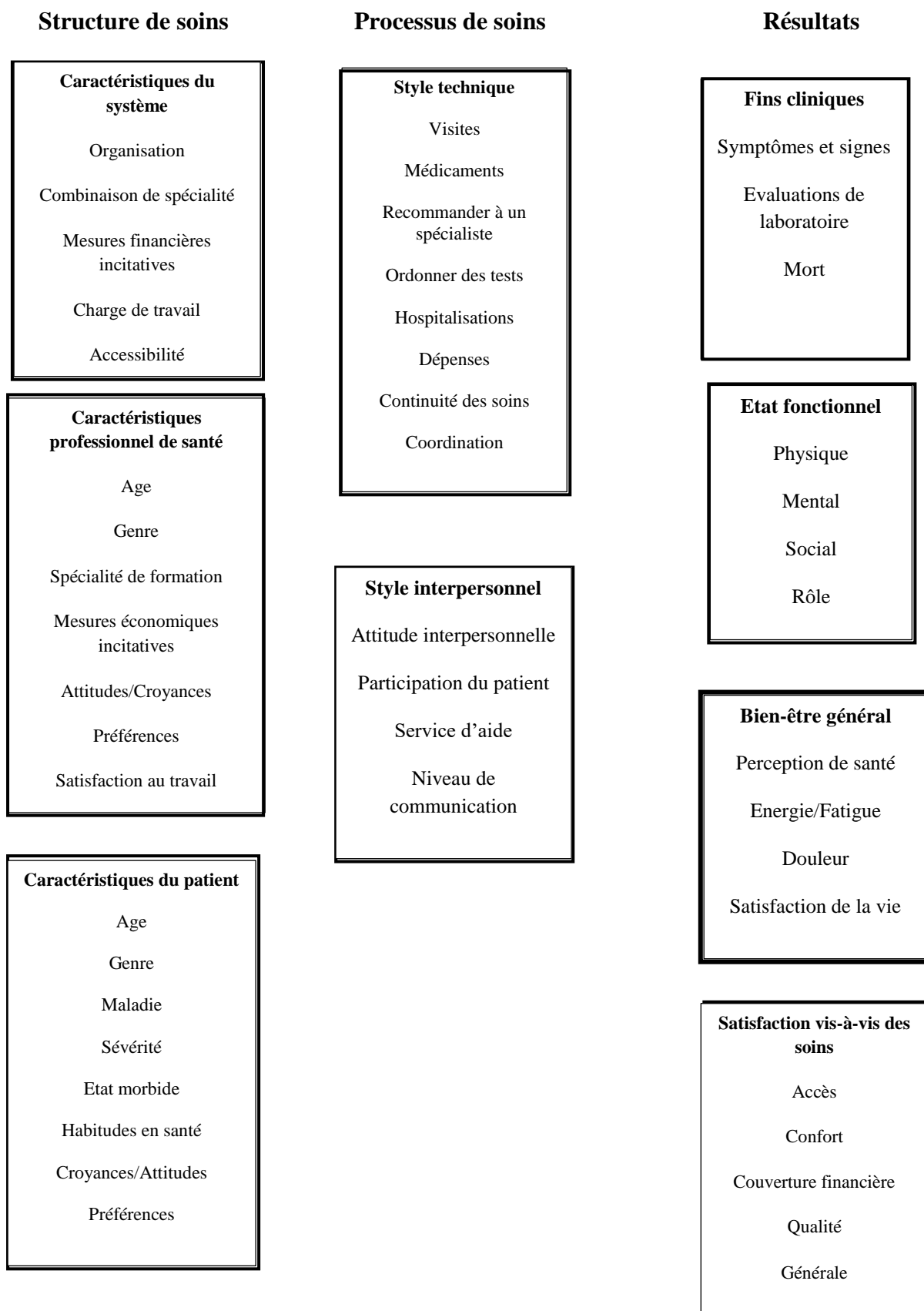
Bien que l'interaction entre patient et professionnel de santé soit centrale, en raison de ce qu'elle réduit l'asymétrie informationnelle (Gallouj, 1997) le rôle des autres acteurs de la figure n'est pas négligeable. Ainsi, d'après la figure 21, apparaissent juste après l'interaction patient-professionnel de santé, les fournisseurs institutionnels dont le rôle est de concevoir et de mettre en œuvre les programmes de financement de soins, de manière à atteindre l'objectif d'efficience. A la suite des fournisseurs institutionnels, se présente les organisations de consommateurs, de professionnels et fournisseurs institutionnels. En effet, les organisations de consommateurs et professionnels appuient les fournisseurs institutionnels par la pérennisation et l'expansion de sensibilisation des consommateurs concernant leurs décisions en matière de soins. Enfin, se succèdent assureurs, puis le groupe formé par les chercheurs, promoteurs, éducateurs et leur organisations. Le rôle des chercheurs est de présenter l'information la plus actualisée permettant au patient de faire le meilleur choix. De même pour les promoteurs et éducateurs qui doivent véhiculer l'information fidèlement en vue du bien-être du patient. Comme derniers acteurs du schéma, interviennent les décideurs politiques et régulateurs dont le rôle est de soutenir, encourager et récompenser les efforts réalisés par les différents acteurs de la figure en vue d'atteindre la qualité des soins de santé. (Donabedian, 1993).

1.3. L'approche conceptuelle de Tarlov et al. (1989)

L'approche conceptuelle de Tarlov et al. (1989) est inspirée du modèle conceptuel de Donabedian mettant en évidence le cycle structure-processus-résultat dans la démarche qualité. Cette approche est représentée par le cadre conceptuel d'analyse des résultats médicaux développé par Tarlov et al. (1989) et représenté par la figure 22. Ce cadre conceptuel fait apparaître les principales variables structurales, de processus et de résultats permettant l'étude des résultats médicaux. Parmi les variables structurales sont comptées celles en lien, respectivement, avec les caractéristiques du système de soins, celles du professionnel de santé et celles du patient. Les variables structurales composant les caractéristiques du système de soins sont l'organisation du système de santé, à titre d'illustration, dans le cas de la Côte-d'Ivoire, elle est de type pyramidal à trois niveaux (Cf. partie 1, chapitre 2), la combinaison de spécialité en termes de services de soins offerts par le système, les mesures financières incitatives proposées par le système, la charge de travail, l'accessibilité aux services de soins proposés par le système. Concernant, les caractéristiques du professionnel de santé, elles reposent, principalement, sur les variables que sont l'âge et le sexe du professionnel de santé, la spécialité de formation, les mesures économiques incitatives, les attitudes, croyances et préférences du professionnel de santé, et enfin, la satisfaction au travail. Pour ce qui est des

caractéristiques du patient, les principales variables présentées sont l'âge et le sexe du patient, la maladie affectant le patient, la sévérité de cette maladie, l'état morbide du patient, ses habitudes en matière de soins de soi, et enfin, les croyances, attitudes et préférences du patient. Toutes ces variables structurales sont déterminantes pour une offre de soins de qualité en ce qu'elles influencent le processus de soins et les résultats. D'autre part, les variables de processus se répartissent en deux styles de pratique de soins, à savoir, les styles technique et interpersonnel. « Le style technique, qui se rapporte aux services spécifiques utilisés et à la façon dont le traitement est géré » (Tarlov *et al.*, 1989), est évalué à partir du nombre de visites, des prescriptions médicales, de la recommandation à un spécialiste, de l'ordonnance de tests, du nombre d'hospitalisation, du coût des dépenses et de la continuité des soins, définie par le fait que « le patient ait recours à un même professionnel de santé ou choisisse principalement un médecin, dans sa démarche de recours aux soins » (Tarlov *et al.*, 1989). La coordination, est « la mesure selon laquelle le médecin traitant principal est informé des traitements reçus par le patient auparavant, et communique avec les autres professionnels de santé ayant, déjà, traité le patient concernée » (Tarlov *et al.*, 1989). Le style interpersonnel prend en compte le niveau d'interaction entre le professionnel de santé et le patient. Parmi les variables permettant d'évaluer cette composante du processus de soins apparaissent l'attitude du professionnel de santé vis-à-vis du patient (convivialité, courtoisie, respect, sensibilité), la participation du patient au choix et à la responsabilité du traitement, le conseil aux patients au sujet de leurs habitudes en matière de santé, le respect des recommandations de traitement, et enfin, le niveau de communication entre professionnel de santé et patient. Enfin, les résultats issus des structures et processus de soins seront appréciés à quatre niveaux, à savoir, les fins cliniques, l'état fonctionnel, le bien-être général et la satisfaction vis-à-vis des soins. Les fins cliniques sont observées au travers des symptômes et signes, persistant après le processus de soins, des évaluations de laboratoire, et des décès survenus après le processus de soins. L'état fonctionnel se perçoit au niveau physique, mental, social. Le bien-être est évalué par la perception quant au niveau de santé, le niveau de fatigue, la douleur et la satisfaction de la vie du patient. La satisfaction du patient vis-à-vis des soins est mesurée au travers de l'accessibilité aux soins, du confort, de la couverture financière, de la qualité des soins et de la satisfaction générale. (Tarlov *et al.*, 1989)

Figure 22 : Cadre conceptuel d'analyse des résultats médicaux (Tarlov et al., 1989)

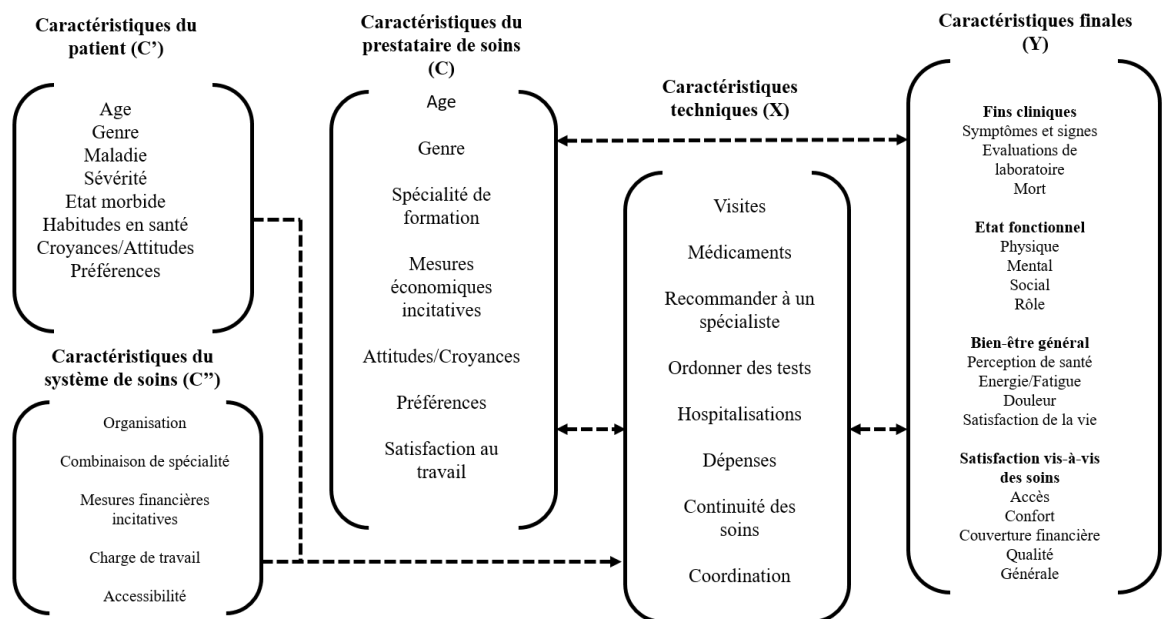


Source: Tarlov AR, Ware JE Jr., Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. (1989).

1.4. Combinaison des approches de Tarlov et al. (1989) et Gallouj et Weinstein (1997)

La combinaison des approches a été réalisée afin de mettre en évidence les relations entre les caractéristiques précisées dans l'approche de Tarlov et al. (1989).

Figure 23 : La qualité des soins évaluée à partir des caractéristiques d'acteurs du système de soins.



Source : Fait par l'auteur.

La figure 23 met en évidence que les caractéristiques du patient et du système de soins interagissent pour influencer les caractéristiques techniques. D'autre part, les caractéristiques du prestataire influence directement les caractéristiques finales ou indirectement, à travers les caractéristiques techniques.

2. Evaluation de la qualité des soins dans les PED : Quelques outils de collecte de données.

De même que pour la conceptualisation de la qualité des soins, les travaux de Roemer et Montoya-Aguilar (1989) nous éclairent au sujet de la collecte d'informations en matière d'évaluation de la qualité. A ce sujet, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) exposent quatre principales approches que sont : les procédures normales d'enregistrement et de déclarations,

les études spéciales dans les services de santé, les enquêtes sur les patients et les enquêtes sur les ménages.

2.1. Les procédures normales d'enregistrement et de déclarations

Les procédures normales d'enregistrement et de déclarations concernent les rapports réalisés dans le cadre du processus d'information sanitaire. Il s'agit de rapports soient annuels, trimestriels ou mensuels relatifs aux ressources ou aux activités, réalisés soient au niveau national, régional, des districts sanitaires ou communautaire. Ainsi, les rapports sur les ressources sont établis au niveau de chaque échelon des services de soins et les données collectées portent sur un inventaire tant quantitatif que qualitatif notamment en ce qui concerne « *le respect des normes de répartition du personnel, l'adéquation et l'entretien des bâtiments, l'actualisation et l'emploi des normes de qualité et les mécanismes d'assurance de la qualité. Aussi, les rapports sur les activités revêtent un caractère qualitatif comme les aspects quantitatifs de la qualité à savoir : le nombre moyen de consultations prénatales par future mère, la distribution de consultations prénatales par mois de gestation, la fréquence et les résultats des examens de l'eau de boisson et des aliments, le taux de mortalité dans les hôpitaux.* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989).

2.2. Les études spéciales dans les services de santé

« Reconnues sous le nom d'audits des soins de santé ou audits médicaux lorsqu'elles sont en lien avec les activités, et apparentées aux procédures d'homologation lorsqu'elles sont en lien avec les ressources, les études spéciales dans les services de santé permettent également d'évaluer la qualité des services de soins. Ces études peuvent être réalisées de façon régulière ou épisodique. A cet effet, des protocoles à questions permettant l'évaluation de la qualité des ressources et des corrections des procédures techniques ont été produits par l'OMS. » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989).

2.3. Les enquêtes sur les patients

Ce type d'enquêtes permet l'évaluation du côté humain ou interpersonnel de la qualité des soins (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). Elles peuvent être assimilées à des enquêtes de satisfaction des patients quant aux attitudes et pratiques des professionnels de santé. Le travail réalisé par Gasquet *et al.* (2003) en vue de l' « *adaptation culturelle et la validation de questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français* » (Gasquet *et al.*, 2003) illustre bien ce genre d'enquêtes. En effet, dans le cadre de ce travail Gasquet *et al.* (2003)

élaborent des questionnaires d'évaluation de la satisfaction des populations vis-à-vis des services de soins, inspirés du modèle américain et tenant compte du contexte sanitaire français. Au sortir de ce travail, Gasquet et al. (2003) énoncent des questionnaires portant sur 9 dimensions de l'offre de soins, à savoir : « *accès aux soins primaires, accès aux soins secondaires, possibilité de choix, couverture maladie, communication et compétence du généraliste, compétence du spécialiste, communication avec le spécialiste, qualités humaines des médecins et satisfaction globale* » (Gasquet et al., 2003). Telles sont entre autres, les éléments sur lesquelles portent les questionnaires relatifs à ce genre d'enquêtes.

2.4. Les enquêtes sur les ménages

En plus de collecter des informations sur la qualité des soins, ce type d'enquêtes renseigne aussi sur l'état de santé des populations, le taux de couverture sanitaire ainsi que les comportements en matière de santé. Roemer et Montoya-Aguilar (1989) qualifient ce type d'enquêtes de « *meilleure source à laquelle puiser afin de connaître la qualité de l'autoprise en charge communautaire, familiale et individuelle ainsi que la qualité de l'éducation sanitaire, de la nutrition et de l'environnement.* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). Pour ces enquêtes, un échantillon représentatif des ménages de l'espace géographique donné doit être choisi afin d'attester de la fiabilité de l'interprétation des informations recueillies. Aussi, le choix d'enquêteurs imprégnés des réalités locales ainsi que leur formation en adéquation avec les cultures de l'espace géographique enquêté sont importants dans la mise en œuvre de ces enquêtes. Autrement, si toutes les dispositions précitées considérables à la bonne mise en œuvre des enquêtes sur les ménages ne peuvent être remplies, des entretiens et observations auprès de quelques ménages peuvent être réalisés en complément des enquêtes. Dans ce cas, l'interprétation des résultats de ces entretiens et observations doit être effectuée avec beaucoup de mesure. (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989)

En résumé, selon l'objectif visé, le contexte de l'étude ainsi que l'espace géographique étudié, l'un ou l'autre des outils de collecte présenté précédemment peut être choisi. Aussi, pour les besoins de notre recherche, les enquêtes sur les patients et sur les ménages serviront d'outils de collecte d'information, étant donné l'accessibilité et la disponibilité des données issues de ce type d'enquêtes dont nous avons pu bénéficier auprès d'institutions.

3. Les déterminants de la qualité des soins dans les PED

Préciser les déterminants de la qualité des soins est indispensable à la compréhension de la logique selon laquelle l'évaluation de la qualité des soins est réalisée. En effet, il est important de savoir les éléments sur lesquels reposent des soins de santé de qualité supérieure afin de pouvoir analyser la qualité de soins santé dans un cas donné. Dans ce sens, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) précisent deux catégories de déterminants de qualité de soins que sont : l'environnement et l'infrastructure du système de santé.

Selon Roemer et Montoya-Aguilar (1989), « le contexte social, économique, politique et culturel d'un espace donné influence l'infrastructure du système de santé. En effet, pour un espace donné, le financement de soins est variable selon le niveau du Produit National Brut (PNB), de même pour la part du PNB alloué à la santé qui dépend d'éléments tant politiques que sociaux. » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). D'où la prise en compte de l'environnement du système de santé comme déterminant de la qualité des soins. D'un autre côté, « l'infrastructure du système de santé influence la qualité des soins. Cette infrastructure du système de santé se compose de cinq principaux éléments, repris dans la figure 1, que sont :

- Les ressources et leur production ;
- L'organisation ;
- Le soutien économique ;
- La gestion ;
- Les prestations de soins.

➤ Les ressources et leur production

Parmi les ressources du système de santé apparaissent : « *le personnel, les locaux, les fournitures (y compris les médicaments) et les connaissances ou leur application à la technologie. Leurs existence et production sont indispensables à la réalisation des prestations de soins* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989)

➤ **L'organisation des ressources**

L'organisation des ressources se réalise au travers d'entité nationale telle « le Ministère de la Santé, d'organismes publics, d'établissements d'enseignement, d'organisations sans but lucratif, et d'entités du secteur privé » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989)

➤ **Le soutien économique**

« Nécessaire au système de santé, le soutien économique concerne le produit des recettes fiscales assurant le financement des organismes d'Etat, aussi des systèmes d'assurance sociale ou de sécurité sociale. Il s'agit, également des dons ou prestations de travailleurs bénévoles, et d'assurance volontaire selon les cas. » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989)

➤ **La gestion**

Dans l'étude de Roemer et Montoya-Aguilar (1989), la gestion repose sur : la planification, l'administration, la réglementation et l'évaluation. Dans leur conception de la gestion, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) mettent en évidence deux approches, à savoir celle de « *la participation communautaire ou contribution des populations locales à la supervision et à l'exécution d'un programme, et celle de la collaboration intersectorielle ou maintien d'une communication productive entre le personnel de santé et le personnel d'autres secteurs (éducation, agriculture, logement, transports, etc...)* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989)

➤ **Les prestations de soins**

« Les prestations peuvent être d'ordre préventif ou curatif et relever de niveau soit primaire, secondaire ou tertiaire. Le niveau primaire concerne les soins essentiels délivrés par les centres ou postes de santé à personnel au service de l'Etat. Les niveaux secondaire et tertiaire relève des hôpitaux et appuient les activités de santé réalisées dans la communauté et les services périphériques. Ces différentes formes d'organisation des prestations de soins ont des conséquences sur la qualité des soins. » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989)

4. Evaluation de la qualité des soins sur base de certains indicateurs

Cette section présentera les indicateurs sur la base desquels il nous a paru pertinent d'évaluer la qualité des soins de santé maternels et infantiles dans notre cas de recherche. Ce choix est inspiré de l'étude de Roemer et Montoya-Aguilar (1989).

4.1. Choix des indicateurs

Selon Roemer et Montoya-Aguilar (1989), « *les critères dont devraient tenir compte les indicateurs de qualité des soins de santé primaires sont les suivants :*

- *Être en rapport avec les objectifs de la politique de santé du pays ;*
- *Être valables (c'est-à-dire mesurer vraiment ce que l'on cherche à mesurer) ;*
- *Être simples et peu coûteux ;*
- *Permettre de différencier les personnes ou les groupes qui reçoivent des soins de haute ou de faible qualité. » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989)*

Sur la base de ces critères, Roemer et Montoya-Aguilar (1989) proposent des exemples d'indicateurs de qualité relatifs à la santé maternelle et infantile tels que : « *le pourcentage de femmes enceintes qui ont subi au moins trois examens prénataux, et le pourcentage des accouchements pratiqués par des personnels de divers niveaux de formation* » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989). Aussi, en tenant compte de ces critères et de la disponibilité des informations, notre choix s'est porté sur les indicateurs de couverture par les services de santé et de densité de personnel de santé suivants :

➤ **Couverture par les soins anténatals (%)**

La couverture par les soins anténatals représente « *le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans avec une naissance vivante au cours d'une période donnée qui ont reçu des soins prénatals fournis par un personnel sanitaire qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) au moins une fois pendant la grossesse.* » (OMS, 2016)

➤ **Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)**

C'est « *le pourcentage des naissances vivantes qui ont été assistées lors de l'accouchement par un personnel sanitaire qualifié.*

Le personnel de santé qualifié comprend les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les autres membres du personnel de formation médicale telle que définie selon chaque pays. Cette définition est conforme à celle utilisée pour le compte à rebours jusqu'en 2015, dans le cadre de la collaboration DHS-MICS ». (OMS, 2016)

➤ **Couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an (%)**

Cet indicateur représente « le pourcentage d'enfants âgés de moins d'un an qui ont reçu une dose du vaccin Bacille-Calmette-Guérin (BCG), trois doses de vaccin antipoliomyélitique, trois doses du combiné diphtérique, tétanique et vaccin anticoquelucheux (DTC3) et une dose du vaccin contre la rougeole. » (OMS, 2016)

➤ **Enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque (%)**

C'est « le pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans avec de la fièvre dans les zones à risque de paludisme et qui ont été traités avec des médicaments antipaludiques efficaces. » (OMS, 2016)

➤ **Personnel infirmier et sages-femmes**

C'est le « nombre total de personnel de soins infirmiers et obstétricaux, de sages-femmes dans le pays. » (OMS, 2016)

➤ **Densité du personnel de soins infirmiers et obstétricaux (pour 10 000 habitants)**

C'est « le nombre de personnel de soins infirmiers et obstétricaux pour 10 000 habitants. » (OMS, 2016)

4.2. Calcul des indicateurs

Après avoir défini les indicateurs choisis, il est important d'exposer la méthode de leurs calculs. Les indicateurs estimés en pourcentage sont déterminés à partir d'autres indicateurs estimés en valeur absolue. Aussi, les périodes d'observation au cours desquelles les données, permettant le calcul des indicateurs, sont collectées, peuvent être de 2, 3 ou 5 ans précédant l'enquête.

➤ **Couverture par les soins anténatals (%)**

Cet indicateur s'obtient par « le rapport du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans avec une naissance vivante au cours d'une période donnée et qui ont reçu des soins prénatals fournis par un personnel sanitaire qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) au moins une fois pendant la grossesse au nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans avec une naissance vivante dans la même période » (OMS, 2016)

➤ **Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)**

Cet indicateur est estimé à partir du « rapport entre le nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été assistées lors de leur accouchement par un personnel sanitaire qualifié dans la période précédant l'enquête et le nombre total de naissances vivantes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, intervenant au cours de la même période précédant l'enquête. » (OMS, 2016)

➤ **Couverture vaccinale chez les enfants d'un an (%)**

Cet indicateur est calculé en rapportant « le nombre d'enfants âgés de 12 à 23 mois, recevant une dose du vaccin BCG, trois doses de vaccin antipoliomyélitique, trois doses de vaccin DTC3 et une dose du vaccin contre la rougeole au nombre total d'enfants âgés de 12 à 23 mois étudiés. » (OMS, 2016)

➤ **Enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque (%)**

Cet indicateur est déterminé par « le nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois avec de la fièvre dans les 2 semaines précédant l'enquête, qui ont reçu un médicament contre le paludisme rapporté au nombre total d'enfants âgés de 0 à 59 mois signalés avoir eu de la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête. » (OMS, 2016)

4.3. Estimation des indicateurs pour la Côte-d'Ivoire

Ce tableau révèle que 89% des femmes âgées de 15-49 ans et ayant eu une naissance vivante, au cours de la période 2006-2013, en Côte-d'Ivoire, ont effectué au moins une visite pour des soins prénatals auprès de personnel de santé qualifié. Par ailleurs, cet indicateur de couverture par les soins anténatals passe à 44%, lorsque l'on considère au moins quatre visites pour des soins prénatals. Ce qui signifie que 44% des femmes âgées de 15-49 ans et ayant eu une

naissance vivante, au cours de la période 2006-2013, en Côte-d'Ivoire, ont effectué au moins quatre visites pour des soins prénatals auprès de personnel de santé qualifié. Ainsi, lorsque l'on passe d'au moins une visite à quatre visites, une baisse de l'indicateur de couverture par les soins anténatals est constatée. D'autre part, seulement 57% des naissances vivantes enregistrées entre 2006-2013 en Côte-d'Ivoire, ont été assistées par un personnel de santé qualifié. La valeur de cet indicateur portant sur les naissances assistées par un personnel de santé qualifié, justifie l'avènement de l'EPDS en Côte-d'Ivoire mais démontre aussi de la faible mise en œuvre de cette politique.

Tableau 9 : Indicateurs de couverture par les services de santé et de densité de personnel de santé en Côte-d'Ivoire.

Indicateurs	Estimation
Couverture par les soins anténatals au moins 1 visite entre 2006-2013 (%)	89
Couverture par les soins anténatals au moins 4 visites entre 2006-2013 (%)	44
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié entre 2006-2013 (%)	57
Couverture vaccinale chez les enfants d'un an en 2012 (%)	94
Enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque entre 2006-2012 (%)	18
Personnel infirmier et sages-femmes en 2008	9231
Densité du personnel de soins infirmiers et obstétricaux (pour 10 000 habitants) entre 2006-2013	4,8

Source : Statistiques sanitaires mondiales OMS, 2014.

Cependant, la couverture vaccinale chez les enfants d'un an en 2012, est très importante en Côte-d'Ivoire et s'élève à 94%. D'un autre côté, 18% seulement des enfants de moins de 5 ans fiévreux ont reçu un traitement antipaludique, ce qui est très faible car la Côte-d'Ivoire est un pays à forte endémie palustre (OMS/AFRO, 2009). Enfin, la densité du personnel de soins

infirmiers et obstétricaux est de 4,8 pour 10 000 habitants entre 2006-2013 en sachant que la population totale de Côte-d'Ivoire est estimée à 22 157 107 habitants entre 2011-2015 et la population féminine de Côte-d'Ivoire représente 49,1% de cette population totale (Banque Mondiale, 2016). Ainsi, la valeur de cet indicateur de densité se présente comme étant faible, en considération du contexte ivoirien.

Conclusion chapitre 4

Ce chapitre a posé les fondements de la compréhension de l'accessibilité et de la qualité appliquées aux services de soins, en particulier. Dans ce chapitre, le caractère multidimensionnel de la qualité des soins a été démontré à partir des approches conceptuelles de Donabedian (1993), de Roemer et Montoya-Aguilar (1989) et Tarlov et al. (1989). Aussi, les procédures normales d'enregistrement et de déclaration, les études spéciales dans les services de santé, les enquêtes sur les patients et les enquêtes sur les ménages ont été révélées comme des outils de collecte de données en vue de l'évaluation de la qualité des soins par Roemer et Montoya-Aguilar (1989). D'un autre côté, les déterminants de la qualité des soins selon Roemer et Montoya-Aguilar (1989) ont été précisés. Parmi ces déterminants de la qualité des soins apparaissent deux catégories : ceux relatifs à l'environnement du système de santé et ceux relatifs à l'infrastructure du système de santé. De plus, les déterminants de l'accessibilité aux services de soins ont été précisés à partir de l'analyse de modèles d'utilisation de services de santé développés par Andersen et Newman (1973), Aday et Andersen (1974) et Kroeger (1983). Les deux chapitres suivants, s'appuieront sur les éléments permettant d'expliquer, d'analyser et évaluer l'accessibilité et la qualité des soins, développés dans ce chapitre, afin de répondre à notre question de recherche et vérifier nos hypothèses de recherche.

**Chapitre 5 : Effectivité de l'exemption de paiement et
accessibilité aux soins maternels et infantiles : Cas des
consultations prénatales dans les centres de santé publics
ivoiriens.**

Introduction chapitre 5

L'analyse de l'effectivité de l'exemption de paiement, pour les consultations prénatales, et de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, nécessite un choix de données et de méthodes appropriées. Ainsi, pour réaliser cette analyse, le matériel utilisé sera représenté par les Enquêtes Niveau de Vie des Ménages (ENV) 2008 et 2015, dont la présentation sera faite dans ce chapitre, de même que la démarche d'élaboration des échantillons extraits des ENV permettant de procéder à l'analyse de l'effectivité de l'exemption de paiement, pour les consultations prénatales, et de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles. Cependant, avant d'exposer la démarche d'élaboration de ces échantillons, les concepts d' « exemption de paiement » et de « services de soins maternels et infantiles », sur lesquels repose notre recherche, seront précisés, puis opérationnalisés en variables, afin de leur faire correspondre les données appropriées. Ensuite, la méthode d'analyse, principalement descriptive, et reposant sur une comparaison entre les données de dépenses de santé des ENV 2008 et 2015, sera explicitée. Enfin, les échantillons extraits des ENV 2008 et 2015, respectivement de 132 femmes et 230 femmes seront analysés puis les résultats d'analyse seront discutés. D'autre part, l'analyse de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, sera faite, à la suite de celle de l'effectivité de l'exemption de paiement. L'analyse de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles dans un contexte d'exemption de paiement sera, à la fois, descriptive et explicative, avec respectivement, l'élaboration de tableaux croisés et la réalisation de tests χ^2 , à partir des échantillons de données extraits des ENV 2008 et 2015. De façon plus précise, le test χ^2 est un test statistique qui permet de mesurer l'association entre variables qualitatives. Ainsi, la variable exemption de paiement, obtenue à partir des dépenses de santé nulles (égales à 0 FCFA) ou non nulles (supérieures à 0 FCFA), a été associée aux obstacles à l'accès aux soins, intitulés « problèmes de santé » dans les ENV (annexes 8 et 9), que sont : les frais de consultation, les frais d'ordonnance, coût du transport, coût des hospitalisations, insuffisance du personnel, et éloignement du centre.

1. L'offre publique et privée de soins : quels impacts sur la qualité et l'accessibilité aux soins en Côte-d'Ivoire ?

Cette section décrira l'offre publique et privée de soins en Côte-d'Ivoire et ses conséquences sur la qualité et l'accessibilité physique aux soins. D'abord, l'effectif des structures sanitaires ivoiriennes sera donné selon qu'elles relèvent du public ou du privé, puis leur répartition spatiale en fonction des régions sanitaires. Ensuite, les indicateurs permettant d'analyser les effets de l'offre publique et privée sur la qualité et l'accessibilité aux soins seront exposés. Et enfin, l'analyse des effets de l'offre publique et privée sur la qualité et l'accessibilité aux soins a proprement dite sera faite.

1.1. Description de l'offre nationale de soins en Côte-d'Ivoire

Avant de spécifier l'offre de soins publique et privée en Côte-d'Ivoire, présentons d'abord, l'offre de soins au niveau national.

Tableau 10 : Synthèse nationale des structures sanitaires publiques et privées ivoiriennes en 2010.

Type de structures et établissements	Nombre
Etablissements sanitaires publics 2009-2010 (ESPC, HG, CHR, CHU)	1887
EPN/EPIC (CHU, INSP, INHP, ICA, CNTS, LNPS, IRF, IPCI)	11
Services administratifs (DDS & DR)-2009-2010	102
Etablissements sanitaires privés autorisés (2009)	554
Etablissements sanitaires privés non autorisés	1482
Etablissements sanitaires Confessionnels & Communautaires	99
Total	4135

Source : DIPE, 2011.

Le tableau 10 fait apparaître que la Côte-d'Ivoire compte au total 4135 structures et établissements de santé en 2010. Parmi ces structures et établissements : 1887 sont des établissements sanitaires publics soit des ESPC, HG, CHR ou CHU ; 11 des EPN ou EPIC ; 102 des services administratifs ; 554 établissements sanitaires privés autorisés ; 1482 établissements sanitaires privés non autorisés ; 99 établissements sanitaires confessionnels et

communautaires. Ainsi, la part la plus importante en termes d'établissements sanitaires concerne les établissements publics (45,63%) puis les établissements sanitaires privés non autorisés (35,84%). Par ailleurs, ce tableau attire notre attention sur la disproportion considérable entre établissements sanitaires privés autorisés et établissements sanitaires privés non autorisés (13,39%). De façon plus précise, le part des établissements privés non autorisés en Côte-d'Ivoire en 2010, représente environ trois fois celle des établissements sanitaires privés autorisés. Toutefois, étant donné que la mesure d'exemption de paiement des soins ne concerne que les établissements publics, l'accent ne sera mis sur les établissements privés dans le cadre de notre recherche.

1.2. Description de l'offre publique et privée de soins en Côte-d'Ivoire

Les tableaux 11, 12 et 13 font la synthèse des structures sanitaires publiques et privées ivoiriennes en 2010 et 2014. Au titre de l'année 2010, la Côte-d'Ivoire compte, au total, 1989 établissements sanitaires publics dont la majorité est représentée par des Etablissements Sanitaires de Premier Contact. Afin d'analyser l'évolution de l'offre publique de soins, l'effectif des structures sanitaires publiques ivoiriennes a également été révélé pour l'année 2014. Ainsi, l'évolution de l'offre publique de soins en Côte-d'Ivoire, durant la période 2010-2014, se traduit par une augmentation du nombre d'établissements publics (28 établissements sanitaires en plus).

1.2.1. Offre publique

Le tableau 11 fait apparaître que l'offre publique de soins en Côte-d'Ivoire est représentée par 1989 établissements sanitaires et services administratifs au titre de l'année 2010. Ces établissements sanitaires sont principalement les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) au nombre de 1800, après viennent respectivement, les Etablissements Sanitaires de Premier Niveau de Référence, au nombre de 66, les CHR, au nombre de 17, et les CHU, au nombre de 4. Concernant, les services administratifs, on dénombre 83 Directions Départementales de la Santé (DDS) et 19 Directions Régionales de la Santé (DRS).

Tableau 11 : Synthèse des structures sanitaires publiques ivoiriennes en 2010.

Etablissements	Etablissements publics
ESPC	1800
Etablissements Sanitaires de Premier Niveau de Référence	66
CHR	17
CHU	4
DDS	83
DRS	19
Total	1989

Source : DIPE, 2011.

Le tableau 12 révèle que l'effectif des structures sanitaires publiques ivoiriennes a augmenté de 28 entre 2010 et 2014. De façon plus précise, c'est le nombre d'ESPC qui s'est accru durant cette période car il passe de 1800 à 1930, soit 130 ESPC, en plus. Par ailleurs, le nombre d'établissements sanitaires de Premier Niveau de Référence, de CHR et de CHU est resté inchangé. D'autre part, les effectifs des structures sanitaires publiques des DDS et DRS n'ont pas été communiqués.

Tableau 12 : Synthèse des structures sanitaires publiques ivoiriennes en 2014.

Etablissements	Etablissements publics
ESPC	1930
Etablissements Sanitaires de Premier Niveau de Référence	66
CHR	17
CHU	4
Total	2017

Source : Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance, 2014 (Bissouma-Ledjou *et al.*, 2015).

Cette configuration de l'offre publique de soins de Côte-d'Ivoire, fait apparaître la volonté des autorités sanitaires ivoiriennes de mettre en œuvre la politique de soins de santé primaires pour tous, prônée à la conférence d'Alma-Ata en 1978, en considérant le nombre important d'ESPC représentant le niveau primaire de la pyramide sanitaire ivoirienne.

1.2.2. Offre privée

Le tableau 13 présente les effectifs de structures sanitaires privées ivoiriennes entre 2008 et 2010.

Tableau 13 : Synthèse des structures sanitaires privées ivoiriennes en 2010.

Structures Sanitaires Privées	Effectif selon l'année (évolution de 2008 à 2010)	
	2008	2009-2010
Polycliniques	15	13
Cliniques	182	136
Infirmières privées	556	964
Cabinets de médecines et de Gynéco-Obstétrique	227	114
Cabinets dentaires	Non recensés	101
Laboratoires	11	20
Centre d'imagerie médicale	4	4
Cliniques de médecine chinoise	36	67
Centre de soins ambulatoires	Non recensés	4
Centre d'Hémodialyse	Non recensés	1
Centre d'ostéopathie	Non recensés	2
Unités de soins divers (centres de communication ; structures d'encadrement des ONG ; centres de naturothérapie ; dispensaires etc...)	Non recensées	147
Centre de santé des entreprises	463	463
TOTAL	1494	2036

Source : DIPE, 2011.

En tenant compte de ce que certaines structures sanitaires privées n'aient pas été recensées en 2008, les informations contenues dans le tableau 13, révèlent que l'offre privée a considérablement augmenté entre 2008 et 2010 en Côte-d'Ivoire, passant de 1494 à 2036 structures sanitaires. Cette hausse d'effectifs est, principalement, due à l'accroissement des infirmières privées et des cliniques chinoises. Les unités de soins divers, à savoir : centres de communication, structures d'encadrement des ONG, centres de naturothérapie et dispensaires,

non recensées en 2008, contribuent également à cette hausse d'effectifs à hauteur de 147 unités présentes en 2010 sur le territoire ivoirien. En comparaison, la Côte-d'Ivoire compte en 2014 2273 établissements privés sanitaires contre 1909 en 2012. Ces établissements privés ne sont pas toujours reconnus légalement. (Bissouma-Ledjou *et al.*, 2015). « *En 2012, le secteur sanitaire privé ivoirien représente 40% de l'offre totale de soins* » (Bissouma-Ledjou *et al.*, 2015).

Tableau 14 : Etablissements sanitaires privés, communautaires et confessionnels intégrés au SIG.

	Ets Sanitaires Privés lucratifs	Ets sanitaires à base Communautaire	Ets sanitaires Confessionnels
ESPC	209	45	45
Etablissements Sanitaires de Premier Niveau de Référence	1	0	8

Source : DIPE, 2011.

Concernant les établissements sanitaires privés, le tableau 14 révèle 209 ESPC et 1 Etablissement Sanitaire de Premier Niveau de Référence (ESPNR). Aussi, parmi les établissements sanitaires à base communautaire 45 sont des ESPC. Il en est de même pour les établissements sanitaires confessionnels dont 45 sont ESPC et 8 des ESPNR.

1.3.Répartition de l'offre de soins et taille de la population par région sanitaire

Le tableau 15 présente la répartition des structures sanitaires et des populations par direction régionale sanitaire (DRS). Ce tableau met en évidence que les DRS aux grands effectifs de population comptent également un nombre élevé de structures sanitaires. En effet, la DRS Lagune 2 qui contient la population la plus importante, évaluée à 2 874 128 habitants en 2010, possède au total 185 structures sanitaires. Il en est de même pour la DRS Lagunes 1, dont la population s'élève à 2 468 736 habitants et qui compte 192 structures sanitaires en 2010. Ces effectifs de structures sanitaires pour les DRS Lagunes 1 et 2 sont les plus élevés. Par ailleurs, la DRS Bas-Sassandra avec 1 996 736 habitants ne possède que 161 structures sanitaires, tandis que celle de Vallée du Bandama en possède 180 pour une population de 1 546 311 habitants. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la Vallée du Bandama soit une région située au centre de la Côte-d'Ivoire, et que celle-ci contienne la ville de Bouaké, considérée comme un carrefour des activités commerciales, donc favorisant des mouvements importants de population nécessitant une présence d'infrastructures sanitaire plus élevée. D'autre part, les DRS aux petites tailles de population comme le Worodougou (500 098 habitants) et Denguélé-

Bafing (517 622 habitants) comptent respectivement 61 et 95 structures sanitaires. Aussi, la DRS au plus petit effectif de structures sanitaires est celle du Moyen-Cavally, avec 58 structures sanitaires pour 728 045 habitants. En conclusion, la tendance générale de ce tableau est que les effectifs de structures sanitaires sont proportionnels à la taille de population des DRS. Ainsi, les besoins sanitaires des populations devraient être satisfaits.

Afin de mieux comprendre la répartition entre offre de soins et taille de la population par région sanitaire de Côte-d'Ivoire, une carte de la Côte-d'Ivoire selon le découpage administratif de 2010, qui partage le territoire ivoirien en 19 régions, comparativement à celui de 2011 qui compte 30 régions, est présentée à la suite du tableau 15.

Tableau 15 : Répartition des structures sanitaires et des populations par région.

DRS	POP 2010	DDS	ESPC	HG	CHU	CHR	Total hôpitaux de référence	TOTAL
Agnéby	751 626	3	82	2	0	1	3	91
Bas Sassandra	1 996 736	4	145	5	0	1	6	161
Denguélé-Bafing	517 622	4	87	0	0	2	2	95
Fromager	777 072	2	98	1	0	1	2	104
Haut Sassandra	1 534 100	3	151	2	0	1	3	160
Lacs	681 537	4	98	4	0	1	5	112
Lagunes 1	2 468 736	9	159	11	1	0	12	192
Lagunes 2	2 874 128	9	150	11	2	0	13	185
Marahoué	835 499	4	79	2	0	1	3	89
Montagnes	1 340 233	6	126	5	0	1	6	144
Moyen-Cavally	728 045	4	46	3	0	1	4	58
Moyen-Comoé	564 940	2	80	1	0	1	2	86
N'Zi-Comoé	907 210	6	135	4	0	1	5	151
Savanes	1 330 449	4	148	6	0	1	7	166
Sud-Bandama	976 036	2	98	1	0	1	2	104
Sud-Comoé	657 569	3	75	5	0	1	6	90
Vallée du Bandama	1 546 311	7	158	6	1	1	7	180
Worodougou	500 098	2	55	1	0	1	2	61
Zanzan	1 003 204	5	129	5	0	1	6	146
TOTAL	21 991 151	83	2099	75	4	18	96	2375

Source : DIPE, 2011.

Figure 24 : Découpage administratif de la Côte-d'Ivoire selon les 19 régions.



Source: The World Gazetteer, <http://www.world-gazetteer.com>

2. Effectivité de l'exemption de paiement soins maternels et infantiles

Le matériel utilisé pour évaluer l'effectivité de la politique d'exemption de paiement dans le cadre de notre recherche est représenté par les Enquêtes Niveau de Vie des Ménages (ENV) réalisées en Côte-d'Ivoire durant les années 2008 et 2015. De ces enquêtes ont été extraites des données à partir desquelles des bases spécifiques pour l'analyse ont été élaborées. Ces bases spécifiques ont été analysées de façon descriptive au travers de tableaux croisés.

2.1. Matériel et méthodes

Dans cette section les Enquêtes Niveau de Vie des Ménages (ENV) seront présentées et les concepts en lien avec notre recherche seront opérationnalisés.

2.1.1. Présentation des Enquêtes Niveau de Vie des Ménages (ENV)

Les données utilisées pour ce travail sont issues des Enquêtes Niveau de Vie des Ménages (ENV) 2008 et 2015 organisées sur le territoire ivoirien. L'organisation des ENV est expliquée dans l'encadré 3.

Encadré 3 : Les Enquêtes Niveau de Vie en Côte-d'Ivoire.

L'ENV a pour « objectif principal de collecter des informations destinées au suivi, à l'amélioration, à la planification et à l'évaluation des politiques économiques et sociales en Côte d'Ivoire. Elles collectent des données de base sur le niveau et les conditions **sanitaires**, d'éducation, de logement, de dépenses de consommation, de travail et d'activités, de transport, etc., des ménages afin d'étudier l'évolution du niveau de vie des ménages et de la pauvreté, d'analyser la situation des groupes vulnérables, d'offrir un cadre d'analyse de l'impact des différentes mesures économiques, financières et sociales au niveau des ménages. » (RCI, 2003).

L'ENV 2008 a « porté sur un échantillon de 12600 ménages obtenu grâce à un tirage aléatoire à deux degrés. Au premier degré, 630 grappes, correspondant aux districts de recensement (DR), ont été tirées et ensuite dénombrées. Après le dénombrement de la grappe entière, 20 ménages ont été systématiquement tirés et enquêtés. » (RCI, 2008). Les ménages ont été répartis « entre les 21 strates formées de la ville d'Abidjan et du milieu de résidence (urbain et rural) de chacune des 10 anciennes régions administratives du pays » (RCI, 2008).

L'ENV 2015 a couvert « un échantillon de 47 000 individus pour 12900 ménages africains résidant en Côte-d'Ivoire. L'échantillonnage a été réalisé à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014 (RGPH2014) comme base de sondage. La méthode de sondage aléatoire à deux degrés a été utilisée en vue d'extraire l'échantillon de ménages : au premier degré, les Districts de Recensement (DR) ou Zone de Dénombrement (ZD) ont été tirés, par allocation proportionnelle, dans les strates de l'étude ; au second degré, 12 ménages ont été tirés de façon systématique par ZD. Aussi, l'échantillon a été stratifié en trois ensembles permettant d'obtenir des résultats significatifs pour : la région et selon le milieu de résidence ; la ville d'Abidjan ; l'ensemble de la Côte d'Ivoire, milieu urbain et rural. La taille de l'échantillon par strate a varié entre 276 et 1 188 ménages, pour tenir compte du poids démographique de certaines régions, soit un échantillon total de 12 900 ménages pour les 33 strates (31 régions plus la ville d'Abidjan et le District Autonome de Yamoussoukro), le District Autonome d'Abidjan (hors la ville d'Abidjan) est associé à la région des Grands Ponts. »

Sources : RCI, 2003 ; RCI, 2008 ; RCI, 2015.

2.1.2. Définition et opérationnalisation des concepts

Afin de réaliser l'analyse descriptive de l'évaluation de l'exemption de paiement à partir de données statistiques, les concepts pris en compte dans notre recherche doivent être définis puis opérationnalisés en variables.

2.1.2.1. L'exemption de paiement

Défini par Witter (2009) comme « toute réduction officielle du paiement direct des soins au point de service visant un groupe, une région ou un service » (Witter, 2009) cité par (Ridde, 2012), l'exemption de paiement, dans le cas de la Côte-d'Ivoire, concerne diverses prestations sanitaires ciblées aux femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans. Dans le cadre de notre analyse, l'exemption de paiement sera opérationnalisé au travers d'un coût de consultation ou des frais d'hospitalisation nuls. Autrement dit, toute femme, qui aura dépensé une somme supérieure à 0 Fcfa pour une consultation ou une hospitalisation dans le cadre de soins prénataux, sera considérée comme n'ayant pas bénéficié de l'exemption de paiement. Les informations concernant le coût de consultation et les frais d'hospitalisation nuls seront extraites des sections Hb et Lb (dépenses de santé), issues respectivement des questionnaires ENV 2008 et 2015. Les extraits de ces sections Hb et Lb sont présentes dans le tableau 16.

Tableau 16 : Extrait des questionnaires des ENV 2008 et 2015 relatifs aux sections sur les dépenses de santé.

Enquêtes	Section questionnaire	Numéro question	Libellé
ENV 2008	Hb. Dépenses de santé	5	Les frais de consultation d'un personnel de santé moderne et de vaccination
		6	Les frais d'hospitalisation
ENV 2015	Lb. Dépenses de santé	5	Les coûts de consultation d'un personnel de santé moderne et de vaccination

Sources : Questionnaires ENV 2008 et 2015.

2.1.2.2. Les services de soins maternels et infantiles

Les services de soins maternels et infantiles concernent toutes les prestations sanitaires en direction des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, encore appelé couple mère-enfant. Les prestations sanitaires concernées par notre analyse seront les consultations prénatales en raison de ce qu'elles représentent le point de départ des prestations sanitaires relatives au suivi de grossesse. Les informations concernant les consultations prénatales sont extraites des sections B et C (santé) respectivement des questionnaires ENV 2008 et 2015, exposées dans le tableau 17.

Tableau 17 : Extrait des questionnaires des ENV 2008 et 2015 relatifs aux sections santé sur les consultations prénatales.

Enquêtes	Section questionnaire	Numéro question	Libellé
ENV 2008	B. Santé	4	Quel est le motif de consultation ? Modalité code 4 : consultation prénatale.
ENV 2015	C. Santé	1.c	Quel était le motif de la dernière consultation de au cours des 4 dernières semaines ? Modalité code 28 : consultation prénatale.

Sources : Questionnaires ENV 2008 et 2015.

2.2. Description des échantillons des ENV 2008 et 2015 constituées pour l'analyse

Les échantillons extraits des ENV en vue de l'analyse de l'effectivité de l'exemption de paiement des consultations prénatales ont été ciblées à la population des malades qui ont consulté dans un centre de santé public, au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête, pour motif de consultation prénatale. Le choix d'extraire ces données a été fait en raison de ce que la politique d'exemption de paiement est ciblée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Aussi, les consultations prénatales, d'après la circulaire du Ministère de la Santé de Côte-d'Ivoire portant sur les modalités de mise en œuvre de l'exemption de paiement, font partie des prestations sanitaires prises en compte par cette mesure. Par ailleurs, étant donné que notre objectif est de vérifier l'effectivité de la mesure d'exemption de

paiement, il était important de savoir le montant des dépenses effectuées pour bénéficier d'une consultation prénatale : est-il effectivement nul ou pas ? D'où l'intégration de ce montant dans les bases de données constituées pour l'analyse. De l'ENV 2015 et 2008, ont été extraits respectivement des échantillons de 230 femmes et de 132 femmes.

La description précise et détaillée de l'élaboration de ces échantillons est nécessaire à la compréhension de la démarche d'analyse suivie ainsi que la rigueur des résultats obtenus.

Etant donné que notre recherche porte sur les services de soins, il est important d'estimer le pourcentage de malades de l'échantillon total de l'ENV concernée, de même que le pourcentage d'individus qui ont consulté. Toutefois, il convient de préciser que seul de motif de la dernière consultation représente le critère à partir duquel les données utilisées pour l'analyse seront extraites.

Au titre de l'ENV 2008, pour un échantillon total de 59477 individus couvert par l'enquête, 20,27% affirment avoir été malades au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête contre 79,73% affirmant n'avoir pas été malades au cours de ces 4 dernières semaines. D'un autre côté, 13,16% des personnes enquêtées ont consulté un personnel de santé ou un guérisseur durant les 4 dernières semaines précédant l'enquête contre 86,84% qui n'ont pas consulté.

De même que pour l'ENV 2008, la distribution de l'échantillon de l'ENV 2015 selon les variables consultation et malades a été réalisée. Ainsi, pour un échantillon total de 47635 individus pour l'ENV 2015, 10,60% des individus interrogés déclarent avoir été malades au cours 4 dernières semaines précédant l'enquête contre 89,40% déclarant n'avoir pas été malade au cours de cette même période. Ce pourcentage de malades enregistré pour l'ENV 2015 est d'environ 10 points inférieur à celui constaté pour l'ENV 2008. Autrement dit, entre l'ENV 2008 et l'ENV 2015, le pourcentage de personnes se déclarant malades durant la période précédant l'enquête a baissé. Aussi, le pourcentage de personnes qui consultent 9,3% contre 90,7% qui ne consultent pas, au titre de l'ENV 2015. En comparaison avec l'ENV 2008, le pourcentage d'individus qui consultent est d'environ 4 points inférieur à celui de l'ENV 2008.

Tableau 18 : Distribution de l'échantillon (N) selon les variables consultation (de services de santé modernes comme traditionnels) et malade.

Variables		ENV 2008 (N= 59477)		ENV 2015 (N= 47635)	
		Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Malade					
-	Oui	12057	20,27	5053	10,60
-	Non	47420	79,73	42582	89,40
Consultation					
-	Oui	7829	13,16	4444	9,3
-	Non	51648	86,84	43191	90,7

Sources : ENV 2008-2015.

Parmi les personnes qui déclarent avoir été malades au cours des 4 dernières semaines précédant l'ENV 2008, 48% sont des hommes et 52% sont des femmes.

Pour un échantillon total de 5053 malades pour l'ENV 2015, 49,3% sont des hommes et 50,7% sont des femmes. Cette distribution de l'échantillon de malades de l'ENV 2015 selon le sexe est à peu près similaire à celle de l'ENV 2008.

Tableau 19 : Distribution de l'échantillon de malades selon la variable sexe

Variables		ENV 2008 (N=12056)		ENV 2015 (N=5053)	
		Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Sexe	Masculin	5835	48	2491	49,3
	Féminin	6221	52	2562	50,7

Sources : ENV 2008-2015.

Concernant le motif de la dernière consultation, pour un échantillon de 6861 individus qui ont consulté durant les 4 dernières semaines précédant l'ENV 2008, 93% ont pour motif la 'maladie', 2% ont pour motif la consultation prénatale, 2% pour motif le bilan médical et 1% ont un motif autre que ceux précités.

Pour un échantillon total de 3014 individus qui ont consulté durant les 4 dernières semaines précédant l'ENV 2015, 53% ont pour motif de consultation la malaria (le paludisme), 12%, la grossesse, 8%, la vaccination, 7%, les maux d'estomac et 21%, tout autre motif.

Tableau 20 : Distribution de l'échantillon selon le motif de la dernière consultation.

ENV 2008 (N=6861)			ENV 2015 (N=3014)		
Motif de la consultation	Effectifs	Pourcentages	Motif de la consultation	Effectifs	Pourcentages
Maladie	6371	93	Malaria	1587	53
Consultation prénatale	171	2	Grossesse	359	12
Vaccination	120	2	Vaccination	232	8
Bilan médical	107	2	Maux d'estomac	208	7
Autre	92	1	Autre	628	21

Sources: ENV 2008-2015.

Par ailleurs, les femmes qui ont consulté dans un centre de santé public pour motif de grossesse représentent 83,75% de l'échantillon ENV 2008, des femmes qui ont consulté pour motif de grossesse contre 16,25% qui ont consulté dans un centre de santé privé.

Parmi les personnes qui ont consulté pour motif de grossesse au titre de l'ENV 2015, 90,3% ont consulté dans un centre de santé public contre 8,9% dans un centre de santé privé.

Tableau 21 : Distribution de l'échantillon de personnes ayant consulté pour motif de grossesse (consultation prénatale) selon la variable centre de santé.

Centre de santé	ENV 2008 (N=277)		ENV 2015 (N= 359)	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Public	232	83,75	324	90,3
Privé	45	16,25	32	8,9
Ne sait pas	NA	NA	3	0,8

Sources: ENV 2008-2015.

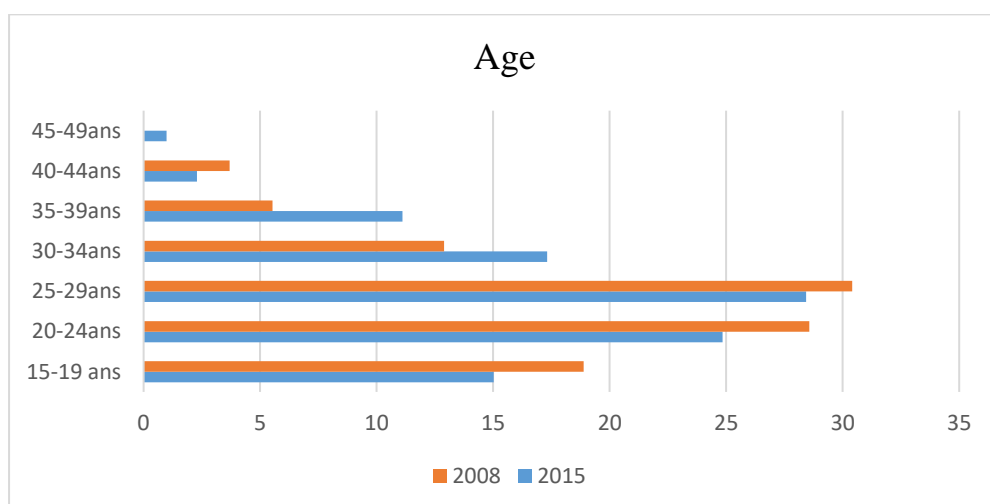
Avant d'analyser l'effectivité de l'application de l'exemption de paiement des échantillons ENV 2008-2015 sous étude. Il est important de décrire les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié. Ainsi, il ressort de l'échantillon de personnes ayant consulté pour motif de grossesse dans un centre de santé public, les caractéristiques sociodémographiques suivantes :

➤ **Age des patientes**

La majorité des patientes de l'échantillon de l'ENV 2008 se partage les tranches d'âge 20-24 ans et 25-29 ans. En effet, 28,57% des patientes, qui font partie de l'échantillon de l'ENV 2008 sous étude, ont un âge compris entre 20-24 ans. Aussi, environ 30,41% des patientes ont un âge compris entre 25-29 ans. Les autres tranches d'âge, à savoir celles de 15-19 ans, 30-34 ans, 35-39 ans et 40-45 ans, se compose respectivement de 18,89%, 12,9%, 5,53% et 3,69% de l'échantillon de l'ENV 2008.

De même que pour l'échantillon de l'ENV 2008, les principales tranches d'âge de l'échantillon de l'ENV 2015 sont celles de 20-24 ans et 25-29 ans avec respectivement 24,84% et 28,43%. Après, apparaissent successivement les tranches d'âge de 30-34 ans avec 17,32%, de 15-19 ans avec 15,03%, de 35-39 ans avec 11,11%, de 40-44 ans avec 2,29% et de 45-49 ans avec 0,98%.

Figure 25 : Age des patientes.



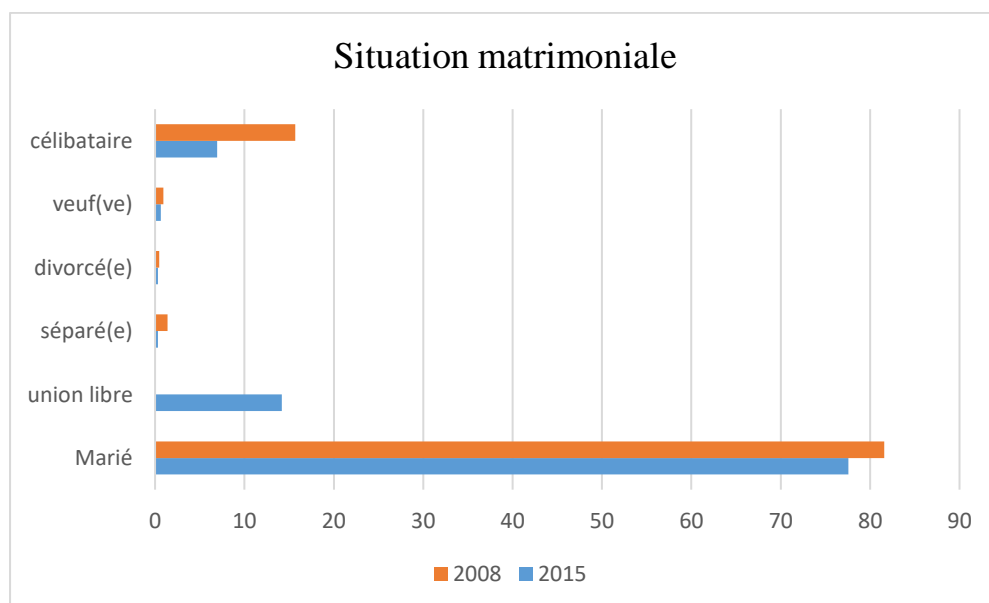
Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

➤ Situation matrimoniale des patientes

Il ressort des analyses que 81,57% des patientes de l'échantillon de l'ENV 2008 sont mariées contre 15,67% qui n'ont jamais été mariées. D'un autre côté, 0,46% des patientes sont divorcées, 1,38% séparées et 0,92% sont veuves.

Pareillement à l'échantillon de l'ENV 2008, la plupart des patientes de l'échantillon de l'ENV 2015, soit 77,55%, sont mariées et 14,19% sont en union libre. Par ailleurs, 6,93% sont célibataires, 0,33% sont divorcées, 0,33% sont séparées et 0,66% sont veuves.

Figure 26 : Situation matrimoniale des patientes.



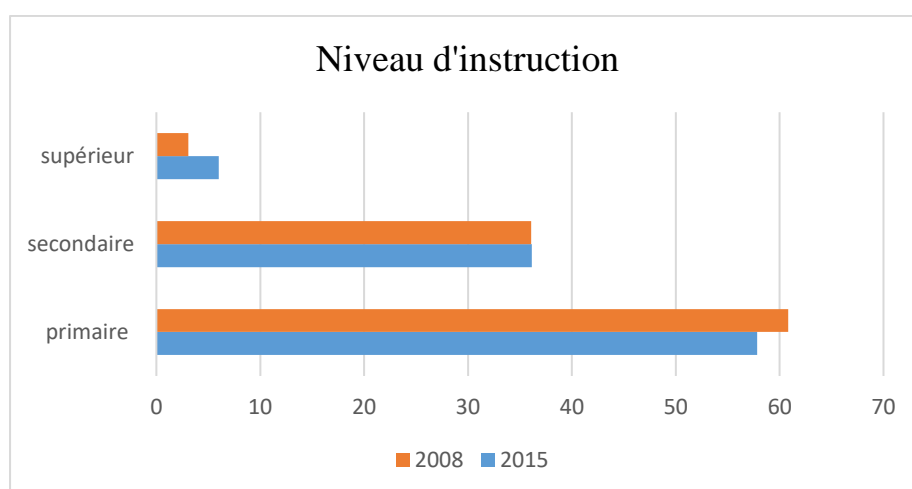
Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

➤ Niveau d'instruction des patientes

53,93% des patientes de l'échantillon de l'ENV 2008 sont sans diplôme, 41,57% de l'échantillon ont niveau d'instruction secondaire et 4,48% ont un niveau d'instruction supérieur.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, l'échantillon de l'ENV 2015 se partage respectivement entre niveau d'instruction primaire avec 57,83%, niveau d'instruction secondaire avec 36,14% et 6,02% pour le niveau d'instruction supérieur.

Figure 27 : Niveau d'instruction des patientes



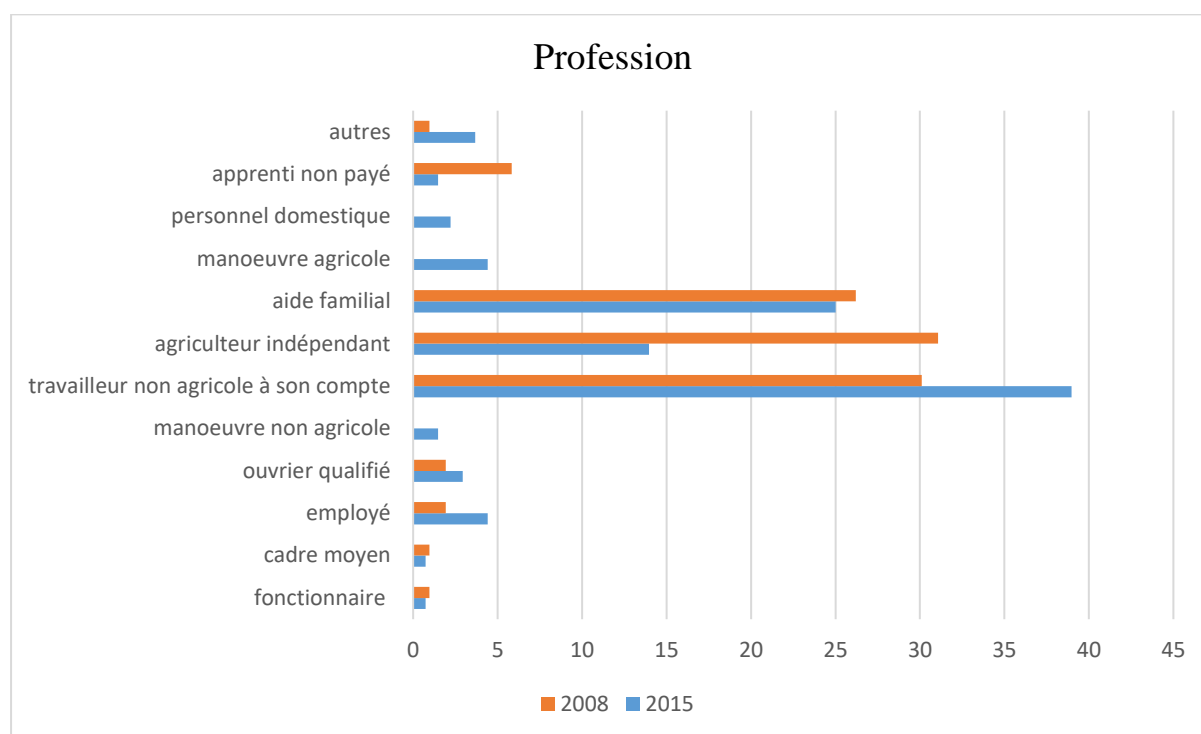
Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

➤ Profession des patientes

D'un point de vue professionnel, les professions d'agriculteur indépendant, de travailleur non agricole et d'aide familiale se partagent la plupart de l'échantillon de patientes de l'ENV 2008 avec respectivement 31,07%, 30,1% et 26,21%. Ensuite, suivent les professions : d'apprenti avec 5,83%, d'ouvrier et d'employé qualifié avec 1,94%, chacune, et enfin, les fonctionnaires de catégorie A, agent de maîtrise et autres avec 0,97%, chacune.

Comme pour l'échantillon de l'ENV 2008, l'échantillon de l'ENV 2015 est dominé par les professions relevant du domaine agricole. Ainsi, 38,97% des patientes de l'échantillon sont des travailleurs agricoles, 13,97% des agricultrices indépendantes et 4,41% des manœuvres agricoles. Le pourcentage de patientes aides-familiales est aussi considérable avec 25. Les autres professions telles que : emploi non qualifié, personnel domestique, apprenti non payé et autres se partagent le reste de l'échantillon.

Figure 28 : Profession des patientes



Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

Lorsque l'on intéresse au coût de consultation d'un personnel de santé moderne, 33% des femmes qui ont consulté dans un centre de santé public, à coût de consultation nul, pour motif de grossesse, contre 67% qui ont dépensé une somme de plus de 1fcfa pour un échantillon total de 132 femmes.

De ce tableau, il ressort qu'au titre de l'année 2008, 33% des femmes de l'échantillon qui ont consulté pour motif de consultation prénatale ont bénéficié de services gratuits contre 67% de femmes qui ont dépensé pour bénéficier de services de consultation prénatale. L'analyse des frais d'hospitalisation a été rajoutée à celle du coût de consultation afin d'approfondir l'évaluation de la mise en œuvre de l'exemption de paiement aux services de soins maternels et infantiles car les frais d'hospitalisation pour complication de grossesse sont également comptés parmi les prestations sanitaires couvertes par la mesure d'exemption de paiement en Côte-d'Ivoire.

Tableau 22 : Distribution de l'échantillon de personnes ayant consulté dans un centre de santé public, pour motif de grossesse selon la variable coût de consultation d'un personnel de santé moderne et de vaccination au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

Coût de consultation d'un personnel de santé moderne	ENV 2008 (N=132)		ENV 2015 (N=230)	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
0 Fcfa	43	33	95	41
1 Fcfa et plus	89	67	135	59

Sources: ENV 2008-2015.

Tableau 23 : Distribution de l'échantillon de personnes ayant consulté dans un centre de santé public, pour motif de grossesse selon la variable frais d'hospitalisation au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

Frais d'hospitalisation	ENV 2008 (N=132)		ENV 2015 (N=230)	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
0 Fcfa	125	95	221	96
5000 Fcfa et plus	7	5	9	4

Sources: ENV 2008-2015.

2.3. Stratégie d'analyse

Afin de vérifier l'effectivité de l'application de l'exemption de paiement aux consultations prénatales, une comparaison entre les dépenses de santé des femmes ayant eu recours à un personnel de santé moderne pour une consultation prénatale sera faite pour les années 2008 et 2015 à partir des données de dépenses de santé des ménages des ENV 2008 et 2015. De façon plus précise, le pourcentage de femmes qui auront dépensé (coût de consultation supérieur à 0 fcfa) et qui n'auront rien dépensé pour bénéficier de consultation prénatale (coût de consultation nul) sera déterminé pour chaque ENV puis comparé entre les deux ENV afin de savoir si l'exemption de paiement de soins est effectivement appliquée après la décision de cette mesure en 2012. D'où la prise en compte de l'année 2008 (avant la décision d'exemption de paiement de soins) et de l'année 2015 (après la décision d'exemption de paiement de soins) en vue d'apprécier l'évolution de cette politique.

2.4. Analyse de l'effectivité de l'exemption de paiement des soins

L'analyse réalisée à partir des données des ENV 2008 et 2015 est essentiellement descriptive. Cette analyse repose sur une comparaison entre données des ENV 2008 et 2015 concernant les

dépenses de santé nulles pour motif de consultation prénatale ou grossesse dans un centre de santé public.

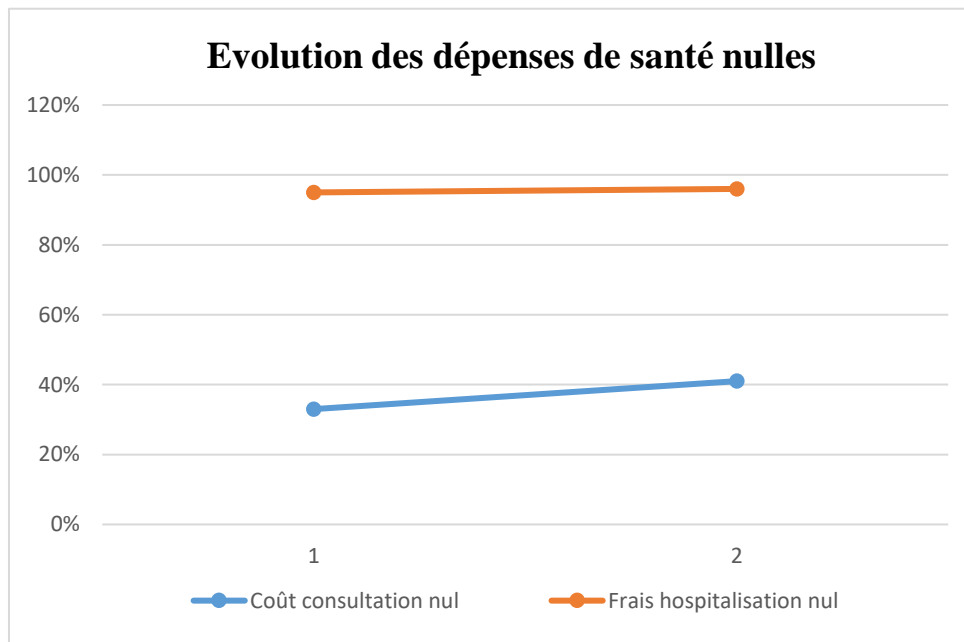
Les résultats issus de l'analyse quantitative des données ENV 2008 et 2015 font apparaître que l'application de la SPDSS n'est pas totalement effective Côte-d'Ivoire en 2015. En effet, pour un échantillon de 230 femmes ayant consulté dans un centre de santé public, pour motif de consultation prénatale au cours des trois derniers mois précédant l'enquête 41% seulement affirme n'avoir dépensé aucune somme (0 FCFA) en 2015 contre 33% en 2008 pour un échantillon de 132 femmes, ce qui signifie que le pourcentage de femmes concerné par le coût de consultation nul des services de soins maternels et infantiles a évolué de seulement 7% sur une période de 7 ans en sachant que la politique de SPDSS a été ciblée aux femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans en 2012. Or, dans la circulaire du ministère de la Santé de Côte-d'Ivoire portant sur la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins, il est mentionné que la consultation prénatale devrait être exemptée de paiement. Ainsi, même après 3 ans de mise en œuvre de la SPDSS, le nombre d'Ivoiriennes qui paient pour bénéficier des services de consultation prénatale demeure encore élevé.

Tableau 24 : Evolution des dépenses de santé nulles entre 2008 et 2015 pour motif de consultation prénatale dans un centre de santé public. (N₂₀₀₈=132) et (N₂₀₁₅=230)

Dépenses de santé	2008	2015
Coût consultation nul	33%	41%
Frais hospitalisation nul	95%	96%

Sources : ENV 2008 et 2015.

Figure 29 : Evolution des dépenses de santé nulles entre 2008 (1) et 2015 (2) pour motif de consultation prénatale dans un centre de santé public. (N₂₀₀₈=132) et (N₂₀₁₅=230)



Sources : ENV 2008 et 2015.

3. Accessibilité aux services de soins maternels et infantiles

L'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles a été analysée à partir d'échantillons extraits des ENV 2008 et 2015. Les précisions concernant ces échantillons seront données dans la section suivante.

3.1. Matériel et méthodes

Cette section révèle les données utilisées pour l'analyse de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles et explique la méthode utilisée pour leur exploitation.

3.1.1. Matériel

Le matériel utilisé pour analyser l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles est, à quelques apports près, le même que celui employé pour analyser l'effectivité de la politique d'exemption de paiement, à savoir les données des ENV 2008 et 2015. En effet, aux bases de données ENV 2008 et 2015 constituées pour analyser l'effectivité de la politique d'exemption

de paiement, ont été rajoutées des données portant sur les problèmes de santé issues des sections Pb1 pour l'ENV 2008 et Nb1 pour l'ENV 2015.

Tableau 25 : Extrait questionnaires ENV 2008 et 2015.

Enquête	Section questionnaire	Numéro question	Libellé
ENV 2008	Pb. Santé	1	<p>Est-ce que vos problèmes de santé se situent au niveau de :</p> <p>1.Frais de consultation Oui.....1 Non.....2 Sans objet....3</p> <p>1.Frais d'ordonnance Oui.....1 Non.....2 Sans objet....3</p> <p>3. Coût du transport Oui.....1 Non.....2 Sans objet....3</p> <p>4. Coût des hospitalisations Oui.....1 Non.....2 Sans objet....3</p> <p>5. Insuffisance du personnel de santé Oui.....1 Non.....2 Sans objet....3</p>

			<p>6. Eloignement du centre de santé</p> <p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>Sans objet....3</p>
ENV 2015	Nb. Santé	1	<p>Est-ce que vos problèmes de santé se situent au niveau de :</p> <p>2.Frais de consultation</p> <p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>Sans objet....3</p> <p>2.Frais d'ordonnance</p> <p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>Sans objet....3</p> <p>3. Coût du transport</p> <p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>Sans objet....3</p> <p>4. Coût des hospitalisations</p> <p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>Sans objet....3</p> <p>5. Insuffisance du personnel de santé</p> <p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>Sans objet....3</p>

			6. Eloignement du centre de santé
			Oui.....1
			Non.....2
			Sans objet....3

Sources : Questionnaires ENV 2008 et 2015.

3.1.2. Méthodes

La méthode d'analyse repose sur la réalisation de tableaux croisés en ligne ainsi que de tests Chi² afin d'évaluer le niveau d'association entre la gratuité ou non et les différents problèmes de santé évoqués dans les ENV. En effet, avant d'approfondir l'analyse au travers d'une régression, il est important de réaliser ces tests afin d'évaluer la nécessité de réaliser d'autres analyses statistiques dont notamment la régression. Ainsi, étant donné la nature qualitative des variables sous études le choix s'est porté sur la réalisation de tableaux croisés et de tests Chi². Le test Chi² étant un test statistique permettant de mesurer l'association entre variables qualitatives.

3.2. Analyse de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles

Les tableaux croisés suivants, permettent de décrire le niveau de relation entre l'exemption de paiement et les déterminants de l'accessibilité financière, physique et géographique que sont : les frais de consultation, les frais d'ordonnance, le coût du transport, le coût des hospitalisations, l'insuffisance du personnel et l'éloignement du centre de santé. De façon plus précise, l'objectif des résultats présentés dans ces tableaux est de répondre à la question de savoir si ces différentes variables, représentant les dimensions financière, physique et géographique de l'accessibilité, influencent tant pour les bénéficiaires de l'exemption de paiement que pour celles qui n'en bénéficient pas. Ainsi, on pourra découvrir les raisons expliquant l'inaccessibilité aux soins tant des bénéficiaires de l'exemption de paiement que pour celles qui n'en bénéficient pas. Il convient aussi de préciser que notre intérêt s'est principalement porté sur la dimension financière de l'accessibilité, étant donné le caractère principalement économique de cette recherche.

Les tests Chi² permettront de mesurer l'intensité de la relation entre l'exemption de paiement et ces déterminants de l'accessibilité aux soins.

Parmi les personnes qui ont bénéficié de l'exemption de paiement au titre de l'ENV 2008, 73,33% considèrent les frais de consultation comme un frein à l'accès aux soins. D'un autre côté, 80% des personnes qui n'ont pas bénéficié de l'exemption de paiement estiment que les frais de consultation ont été un obstacle à leur volonté d'accéder aux soins.

Concernant l'ENV 2015, 25,26% des femmes qui ont bénéficié de l'exemption de paiement considèrent que les frais de consultation sont un obstacle à leur accès aux soins contre 66,32% de ces femmes qui estiment que les frais de consultation ne représentent pas un frein à leur accès aux soins. D'un autre côté, pour 28,15% des femmes qui n'ont pas bénéficié de la gratuité des soins, les frais de consultation constituent un problème dans leur accès aux soins, contre 58,52% d'entre elles, qui affirment que les frais de consultation ne sont pas un obstacle à leur accès aux soins.

Tableau 26 : Association entre exemption de paiement et frais de consultation comme obstacle à l'accès aux soins.

ENV 2008 (N=100)				
Exemption de paiement	Frais de consultation comme obstacle à l'accès aux soins		Total	
	Oui	Non		
Oui	73,33%	26,67%	100%	
Non	80%	20%	100%	
Total	77,50%	22,50%	100%	
ENV 2015 (N=230)				
Exemption de paiement	Frais de consultation comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	25,26%	66,32%	8,42%	100%
Non	28,15%	58,52%	13,33%	100%
Total	26,96%	61,74%	11,30%	100%

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

La totalité des bénéficiaires de l'exemption de paiement de notre échantillon ENV 2008, relèvent les frais d'ordonnance comme problème d'accès aux soins. D'autre part, parmi les femmes qui n'ont pas bénéficié de l'exemption de paiement, 88% présentent les frais d'ordonnance comme obstacle à leur accès aux soins.

Parmi les patientes, de l'échantillon de l'ENV 2015, qui ont bénéficié de l'exemption de paiement, 69,47% affirment que les frais d'ordonnance représentent un problème pour accéder aux soins contre 22,11% pour lesquelles les frais d'ordonnance ne sont pas un obstacle à l'accès aux soins. Chez les patientes qui n'ont pas bénéficié de l'exemption de paiement, 74,07% affirment que les frais d'ordonnance posent problème dans leur accès aux soins contre 15,56% qui estiment que les frais d'ordonnance ne posent pas problème dans leur accès aux soins.

Tableau 27 : Association entre exemption de paiement et frais d'ordonnance comme obstacle à l'accès aux soins.

ENV 2008 (N=100)				
Exemption de paiement	Frais d'ordonnance comme obstacle à l'accès aux soins		Total	
	Oui	Non		
Oui	100%	0%	100%	
Non	88%	12%	100%	
Total	92,50%	7,50%	100%	
ENV 2015 (N=230)				
Exemption de paiement	Frais d'ordonnance comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	69,47%	22,11%	8,42%	100%
Non	74,07%	15,56%	10,37%	100%
Total	72,17%	18,26%	9,57%	100%

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

Pour 60% des femmes de l'échantillon de l'ENV 2008, bénéficiant de l'exemption de paiement, le coût du transport constitue un frein à leur accès aux soins. Alors que parmi les femmes ne bénéficiant pas de l'exemption de paiement, seulement 44% considèrent le coût du transport comme un obstacle aux soins contre 52% qui estiment que le coût du transport ne constitue pas un frein à leur accès aux soins.

17,89% des patientes exemptées du paiement des soins de l'échantillon ENV 2015, pensent que le coût du transport jusqu'au centre de santé représente un frein à leur accès aux soins contre 71,58% qui considèrent que le coût du transport n'est pas un frein à leur accès aux soins. D'autre part, chez les patientes dont les soins n'ont pas été gratuits, 25,19% perçoivent le coût

du transport comme un problème dans l'accès aux soins contre 60% qui ne le perçoivent pas comme un problème pour accéder aux soins.

Tableau 28 : Association entre exemption de paiement et coût du transport comme obstacle à l'accès aux soins.

ENV 2008 (N=100)				
Exemption de paiement	Coût du transport comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	60%	33,33%	6,67%	100%
Non	44%	52%	4%	100%
Total	50%	45%	5%	100%
ENV 2015 (N=230)				
Exemption de paiement	Coût du transport comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	17,89%	71,58%	6,67%	100%
Non	25,19%	60%	4%	100%
Total	22,17%	64,78%	5%	100%

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

Tant les bénéficiaires de l'exemption de paiement que celles qui n'en bénéficient pas, pour plus de la moitié de l'échantillon de l'ENV 2008, soit respectivement 53,33% et 56%, considèrent que le coût des hospitalisations représente un problème pour accéder aux soins.

Au sujet du coût des hospitalisations au titre de l'échantillon de l'ENV 2015, 28,95% des patientes exemptés de paiement, le considère comme problème dans l'accès aux soins contre 47,37% d'entre elles qui ne le perçoivent pas comme un problème dans l'accès aux soins. Concernant, les patientes dont les soins n'ont pas été exemptés de paiement, le coût des hospitalisations représentent une barrière pour 29,63% d'entre elles, à l'opposé de 50,37% d'entre elles pour lesquelles le coût d'hospitalisation n'est pas une barrière dans l'accès aux soins.

Tableau 29 : Association entre exemption de paiement et coût des hospitalisations comme obstacle à l'accès aux soins.

ENV 2008 (N=100)				
Exemption de paiement	Coût des hospitalisations comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	53,33%	26,67%	20%	100%
Non	56%	40%	4%	100%
Total	55%	35%	10%	100%
ENV 2015 (N=230)				
Exemption de paiement	Coût des hospitalisations comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	28,95%	47,37%	13,68%	100%
Non	29,63%	50,37%	20%	100%
Total	33,48%	49,13%	17,39%	100%

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

Parmi les bénéficiaires de l'exemption de paiement de l'échantillon ENV 2008, 53,33% perçoivent l'insuffisance du personnel de santé comme un obstacle à l'accès aux soins, de même que 40% des femmes qui n'ont pas bénéficié de l'exemption de paiement.

Pour ce qui est de l'association entre exemption de paiement et insuffisance du personnel de santé, il apparaît que parmi les patientes, de l'échantillon ENV 2015, qui ont bénéficié de soins gratuits, 29,47% reconnaissent l'insuffisance du personnel de santé comme obstacle à leur accès aux soins contre 57,89% qui ne le reconnaissent pas comme un frein dans leur accès aux soins. Par ailleurs, 25,19% des femmes qui n'ont pas bénéficié d'exemption de paiement présentent l'insuffisance du personnel de santé comme un obstacle à leur accès aux soins contre 57,78% d'entre qui ne le considèrent pas comme un problème dans leur accès aux soins.

Tableau 30 : Association entre exemption de paiement et insuffisance du personnel de santé comme obstacle à l'accès aux soins (N=100).

ENV 2008 (N=100)				
Exemption de paiement	Insuffisance du personnel de santé comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	53,33%	33,33%	13,33%	100%
Non	40%	48%	12%	100%
Total	45%	42,50%	12,50%	100%
ENV 2015 (N=230)				
Exemption de paiement	Insuffisance du personnel de santé comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	29,47%	57,89%	12,63%	100%
Non	25,19%	57,78%	17,04%	100%
Total	26,96%	57,83%	15,22%	100%

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

Au titre de l'ENV 2008, l'éloignement du centre de santé est considéré comme un obstacle à l'accès aux soins pour 66,67% des femmes qui ont bénéficié de l'exemption de paiement et 52% des femmes qui n'ont pas bénéficié de l'exemption de paiement.

Au niveau de l'association entre exemption de paiement et éloignement du centre de santé, pour l'échantillon ENV 2015, l'éloignement du centre de santé apparaît comme frein à l'accès aux soins pour 40% des femmes qui ont bénéficié de l'exemption de paiement et 42,22% des femmes qui n'ont pas bénéficié de l'exemption de paiement. D'un autre côté, 49,47% des patientes qui n'ont pas bénéficié de l'exemption de paiement et 46,67% de celles qui en ont bénéficié, estiment que l'éloignement du centre ne constitue pas une barrière à l'accès aux soins.

Tableau 31 : Association entre exemption de paiement et éloignement du centre de santé comme obstacle à l'accès aux soins.

ENV 2008 (N=100)				
Exemption de paiement	Eloignement du centre de santé comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	66,67%	26,67%	6,67%	100%
Non	52%	48%	0%	100%
Total	57,50%	40%	2,50%	100%
ENV 2015 (N=230)				
Exemption de paiement	Eloignement du centre de santé comme obstacle à l'accès aux soins			Total
	Oui	Non	Sans objet	
Oui	40%	49,47%	10,53%	100%
Non	42,22%	46,67%	11,11%	100%
Total	41,30%	47,83%	10,87%	100%

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

D'un point de vue géographique, pour l'ENV 2008, 66,67% des femmes qui ont reçus des soins exemptés de paiement résident en milieu rural et 55,22% des femmes qui n'ont pas bénéficié de soins exemptés de paiement résident en milieu urbain. Autrement dit, pour l'échantillon de l'ENV 2008, la plupart des femmes qui bénéficient de l'exemption de paiement résident en milieu rural et la majorité des femmes qui ne bénéficient pas de l'exemption de paiement résident en milieu urbain. L'explication de ce constat sera abordée dans la partie consacrée à la discussion des résultats.

Parmi les patientes qui ont bénéficié de l'exemption de paiement, au titre de l'échantillon ENV 2015 41,05% résident en milieu urbain et 58,95% résident en milieu rural. D'un autre côté, 45,93% des patientes qui n'ont pas bénéficié de soins gratuits résident en milieu urbain contre 54,07% d'entre elles qui résident en milieu rural.

Tableau 32 : Association entre exemption de paiement et milieu de résidence.

ENV 2008 (N=100)			
Exemption de paiement	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
Oui	33,33%	66,67%	100%
Non	55,22%	44,78%	100%
Total	48%	52%	100%
ENV 2015 (N=230)			
Exemption de paiement	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
Oui	41,05%	58,95%	100%
Non	45,93%	54,07%	100%
Total	43,91%	56,09%	100%

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

Des tests Chi² réalisés pour l'échantillon de l'ENV 2008, dont les résultats sont présentés dans le tableau 33, il ressort que le niveau d'association entre l'exemption de paiement et les déterminants de l'accessibilité que sont les frais de consultation, les frais d'ordonnance, le coût du transport, le coût des hospitalisations, l'insuffisance du personnel de santé et l'éloignement du centre de santé n'est pas significatif tant aux seuils de 1%, 5% et 10%. Autrement dit, pour un niveau d'erreur de 1%, 5% ou 10%, les déterminants de l'accessibilité précités n'influencent pas la possibilité de bénéficier de l'exemption de paiement. Par ailleurs, l'intensité de la relation entre exemption de paiement et milieu de résidence est significative au seuil de 5%.

Tableau 33 : Résultats Test Chi².

ENV 2008		ENV 2015	
Variables	Ch ²	Variables	Ch ²
Exemption de paiement-frais de consultation	0,24	Exemption de paiement-frais de consultation	1,91
Exemption de paiement-frais d'ordonnance	1,95	Exemption de paiement-frais d'ordonnance	1,70
Exemption de paiement-coût du transport	1,34	Exemption de paiement-coût du transport	3,28
Exemption de paiement-coût des hospitalisations	2,89	Exemption de paiement-coût des hospitalisations	2,83
Exemption de paiement-insuffisance du personnel de santé	0,86	Exemption de paiement-insuffisance du personnel de santé	1,09
Exemption de paiement-éloignement du centre de santé	3,08	Exemption de paiement-éloignement du centre de santé	0,18
Exemption de paiement-milieu de résidence	4,24**	Exemption de paiement-milieu de résidence	0,54
*** : Significatif à 1% ; ** : Significatif à 5% ; * : Significatif à 10%.			

Source : Fait par l'auteur à partir de données ENV 2008-2015.

Les résultats des tests Chi², entre exemption de paiement et les différents déterminants de l'accessibilité financière et géographique aux soins, portant sur les données ENV 2015 mettent en évidence une indépendance entre exemption de paiement et tous les déterminants de l'accessibilité choisis pour l'analyse. Ainsi, il ressort de notre analyse, qu'au titre de l'ENV 2015, l'exemption de paiement n'a aucune influence significative sur l'accessibilité financière et géographique aux soins.

Conclusion chapitre 5

L'objectif de ce chapitre était de vérifier l'effectivité de l'exemption de paiement direct des soins, plus particulièrement, maternels et infantiles, en Côte-d'Ivoire ainsi que l'accessibilité à ces services. Dans ce cadre des échantillons extraits des ENV 2008 et 2015, respectivement de 132 et 230 femmes, ont été analysés. De façon plus précise, les dépenses de santé nulles pour motif de consultation prénatale ou grossesse dans un centre de santé public ont été comparées entre les ENV 2008 et 2015. Ces comparaisons ont révélé que l'application de l'exemption de paiement direct des soins maternels et infantiles n'est pas totalement effective Côte-d'Ivoire en 2015. En effet, pour un échantillon de 230 femmes ayant consulté dans un centre de santé public, pour motif de consultation prénatale au cours des trois derniers mois précédant l'enquête 41% seulement affirme n'avoir dépensé aucune somme (0 FCFA) en 2015 contre 33% en 2008 pour un échantillon de 132 femmes, ce qui signifie que le pourcentage de femmes concerné par le coût de consultation nul des services de soins maternels et infantiles a évolué de seulement 7% sur une période de 7 ans en sachant que la politique d'exemption de paiement direct des soins maternels et infantiles a été ciblée aux femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans en 2012. Or, dans la circulaire du ministère de la Santé de Côte-d'Ivoire portant sur la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins, il est mentionné que la consultation prénatale devrait être exemptée de paiement (annexe 1). Ainsi, même après 3 ans de mise en œuvre de la SPDSS, le nombre d'Ivoiriennes qui paient pour bénéficier des services de consultation prénatale demeure encore élevé. D'un autre côté, l'analyse de l'accessibilité aux soins maternels et infantiles, à partir de test statistiques χ^2 démontre l'indépendance, tant pour les données ENV 2008 que ENV 2015, entre l'exemption de paiement direct des soins et les déterminants de l'accessibilité aux services choisis pour l'analyse. En d'autres termes, l'exemption de paiement n'a pas d'influence significative sur l'accessibilité financière et géographique, d'après nos analyses. Ce chapitre analyse l'effectivité de l'exemption de paiement et l'accessibilité aux soins maternels et infantiles, d'un point de vue quantitatif, le chapitre suivant, analysera la qualité, l'accessibilité et la satisfaction des patientes concernant les services de soins maternels et infantiles, d'un point de vue qualitatif. Aussi, ce chapitre a réalisé une analyse au niveau national ivoirien, mais le chapitre suivant fera une analyse au niveau de centres de santé précis.

Chapitre 6 : Qualité et accessibilité aux soins : Cas des centres de santé de Songon et Port-Bouët au Sud de la Côte-d'Ivoire.

Introduction chapitre 6

Suite à l'analyse portant sur l'effectivité de la politique d'exemption de paiement et l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, basée sur des données quantitatives, intervient, en dernier chapitre de cette thèse, l'analyse de la qualité et l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles à partir d'entretiens semi-directifs et approfondis. La conduite et l'analyse de ces entretiens semi-directifs et approfondis visent deux principaux objectifs. Le premier objectif est de conceptualiser la qualité de soins à partir de la perception des acteurs de système de soins, et d'évaluer l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, ainsi que le niveau d'information et de connaissance sur l'existence et la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement, selon la perception des patientes, des personnels soignant et des membres des ménages proches des centres de santé. Le second objectif est d'évaluer le niveau d'information et de connaissance sur l'existence de la Couverture Maladie Universelle en Côte-d'Ivoire. Au total 90 entretiens semi-directifs ont été recueillis dans des centres publics de santé de Songon et de Port-Bouët tant en milieu rural qu'en milieu urbain. De façon plus précise, 55 femmes ayant accouché durant les 6 mois précédant l'enquête et qui ont consulté dans les centres de santé concernés par notre enquête ont été interrogées, 14 membres du personnel soignant et 21 membres de ménages proches des centres de santé ont également été interrogés. De plus, 26 entretiens approfondis auprès des acteurs précédemment cités et des responsables d'ONG œuvrant dans le domaine de la santé ont été recueillis dans les mêmes centres de santé, au cours du mois de janvier 2017 durant deux semaines. Ces entretiens approfondis ont été réalisés afin de compléter et vérifier les résultats issus de l'analyse des entretiens semi-directifs. Les centres de santé sélectionnés pour notre enquête sont le CSR-D public Abou de Port-Bouët, le CSR-DM public de Songon Agban, le CSU-D public Centre Médical Base Aérienne de Port-Bouët et le CSU-DM public de Songon Kassable. Ces centres de santé ont été choisis en raison de leur proximité à la capitale, qui a facilité leur accessibilité aux agents enquêteurs. D'un autre côté, l'analyse de la satisfaction des patientes réalisée à partir des données recueillies dans le cadre du « concours maternité accueillante 2014 » sera exposée, en vue d'une comparaison avec les résultats obtenus de notre enquête dans les centres de santé de Songon et Port-Bouët.

1. Qualité et accessibilité aux soins maternels et infantiles : Cas de centres de santé de Songon et Port-Bouët en Côte-d'Ivoire.

1.1. Matériel et méthodes

Dans cette section seront présentés la méthode de collecte de données qui a permis de réaliser l'enquête qualitative et la méthode d'analyse de cette enquête.

1.1.1. Présentation de l'enquête qualitative

L'enquête qualitative réalisée dans le cadre de cette recherche, a été menée sous notre direction, par une équipe comprenant 4 agents enquêteurs et 1 superviseur. Cette enquête s'est déroulée au cours des mois mai 2016 (une semaine) et de janvier 2017 (deux semaines), dans des centres publics de santé de Songon et de Port-Bouët, situés au Sud de la Côte-d'Ivoire. De façon plus précise, au total 4 centres publics ont été sélectionnés, à savoir le CSR-D public Abou de Port-Bouët, le CSR-DM public de Songon Agban, le CSU-D public Centre Médical Base Aérienne de Port-Bouët et le CSU-DM public de Songon Kassable. Ces centres ont été choisis en raison de leur proximité à la capitale économique ivoirienne, Abidjan, mais aussi parce que les Directions Départementales de la Santé (DDS), de Yopougon Ouest Songon et Port-Bouët Vridi, auxquelles ces centres appartiennent, se composent à la fois de CSU et CSR à l'opposition d'autres DDS. La proximité de centres sélectionnés avec la capitale aura facilité l'accessibilité des agents enquêteurs aux centres. Les caractéristiques des centres de santé sélectionnés sont présentées dans l'encadré 4.

Encadré 4 : Les caractéristiques des centres de santé sélectionnés pour l'enquête qualitative.

• **CSR-D public Abou Abou et CSU-D public Centre Médical Base Aérienne de Port-Bouët**

Les centres de santé, CSR-D public Abou et CSU-D public Centre Médical Base Aérienne, sont localisés dans le district sanitaire de Port-Bouët/Vridi qui relève de la région sanitaire Abidjan-lagunes 2. Le dispensaire rural municipal Abou Abou (CSR-D) de Port-Bouët a ouvert en 2003 tandis qu'aucune information n'a permis d'identifier l'année d'ouverture du CSU-D PUBLIC Centre Médical Base Aérienne.

Le nombre de femmes en âge de procréer de ce district sanitaire est de 66 949 en 2008. Les localités sont desservies par des routes bitumées. Concernant l'utilisation et la couverture des services de santé, elles estimées à 68,08%, pour les premières consultations prénatales (CPN1), et à 39,88% pour les troisièmes consultations (CPN3) en 2008. Le taux de couverture d'accouchement à l'établissement dans le secteur public est de 73,24%.

• **CSR-DM public de Songon Agban et CSU-DM public de Songon Kassable**

Les CSR-DM public de Songon Agban et CSU-DM public de Songon Kassable sont situés dans le district sanitaire de Yopougon Ouest dans la commune de Songon. Le district sanitaire Yopougon Ouest fait partie de la région sanitaire Abidjan-lagunes 1. Le CSR-DM public de Songon Agban a ouvert en 1958 et le CSU-DM public de Songon Kassable a ouvert en 1986.

La part de femmes en âge de procréer, dans la population totale à charge de ce district sanitaire, est estimée à 19,41%. Les ESPC sont desservis par des routes bitumées. En termes de couverture de services de santé, du secteur public, les CPN1 sont estimées à 38,21%, et les CPN3, à 27,55%.

Tous les indicateurs de santé relèvent de l'année 2008 en raison de l'ancienneté de la carte sanitaire de Côte-d'Ivoire que nous avons pu exploiter. Cependant, les informations sont intéressantes à savoir.

Source : Carte sanitaire 2008 de la Côte-d'Ivoire, RCI (2010).

Par ailleurs, les cartes représentant les régions et districts sanitaires seront mises en évidence dans les annexes 14 et 15 afin de situer les centres de santé choisis dans le cadre de notre enquête.

L'annexe 14 permet de situer la zone géographique de notre enquête qualitative. Cette figure représente la Côte-d'Ivoire répartie en régions et districts sanitaires. La région sanitaire concernée par notre enquête qualitative est celle d'Abidjan-lagune au Sud.

La région sanitaire d'Abidjan-lagune est subdivisée en deux secteurs lagune 1 et lagune 2. Les districts sanitaires de Port-Bouët/Vridi et Yopougon ouest Songon, sélectionnés dans le cadre de notre recherche, sont localisés, respectivement, à l'est du secteur lagune 1 et au centre du secteur lagune 2.

La présence de CSU et CSR dans le même district sanitaire aura permis la collecte de données en vue d'une analyse comparée entre milieux rural et urbain. La collecte de données s'est faite sur la base d'un questionnaire semi-directif adressé à 3 acteurs du système de soins, impliqués dans le processus d'exemption de paiement tel qu'élaboré par les autorités ivoiriennes, que sont :

- Les femmes ayant accouché durant les six mois précédant l'enquête ;
- Les gynécologues ou sages-femmes ou infirmières des services de soins maternels et infantiles (SSMI) ;
- La population environnante des centres de santé qui a consulté durant les six mois précédant l'enquête, dénommée population générale dans le cadre de notre recherche.

Le questionnaire avait pour principal objectif de collecter des informations sur la perception de ces acteurs au sujet de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles des centres de santé sélectionnés. Le questionnaire interroge sur les dimensions, tant technique que relationnelle de la qualité, de même que les dimensions géographique et cognitive de l'accessibilité dans un contexte d'exemption de paiement.

Au total, 90 entretiens semi-directifs et 26 entretiens approfondis ont été recueillis au moyen d'enregistrement audio. Parmi les entretiens semi-directifs, 55 ont été menés auprès de femmes ayant accouché durant les six mois précédant l'enquête, 14, concernent les professionnels de services de soins maternels et infantiles, et 21, la population générale. Parmi les entretiens approfondis, 12 ont été réalisés auprès des patientes des services de soins maternels et infantiles, 8 auprès de prestataires de soins de ces services, 4 auprès d'individus résidant à proximité des centres de santé sélectionnés et 2 entretiens ont été conduits, auprès de représentant d'ONG œuvrant dans le domaine de la santé, dans l'espace géographique des districts sanitaires de Yopougon Ouest Songon et Port-Bouët Vridi.

1.1.2. Méthode d'analyse

La méthode d'analyse des interviews a consisté à attribuer des codes aux principales réponses données par les enquêtés. En effet, dans le questionnaire, des propositions de réponses ont été faites afin d'éviter qu'une multitude de réponses ne soit donnée, limitant les possibilités de catégorisation puis d'interprétation des informations recueillies, d'où le caractère semi-directif des entretiens. Toutefois, suite aux principales réponses données, l'enquêté est invité à donner

plus de détails, de précisions concernant son choix de réponse. Autrement dit, l'enquête est amenée à s'exprimer le plus que possible.

1.2.Résultats d'analyse

Dans cette section consacrée aux résultats d'analyse, les résultats issus de l'analyse des entretiens qualitatifs seront expliqués d'abord pour la qualité des services de soins maternels et infantiles, et ensuite, concernant, l'accessibilité à ces services. Les extraits entretiens qui apparaissent dans cette section ont été sélectionnés en raison de leur pertinence par rapport à la moyenne des réponses obtenues de nos entretiens. En d'autres termes, ces extraits d'entretiens permettent d'attester des principaux résultats issus de nos analyses.

1.2.1. La qualité des services de soins maternels et infantiles dans un contexte d'exemption de paiement

Les résultats, issus de l'analyse des entretiens qualitatifs, qui concernent la perception de la qualité des services de soins maternels et infantiles, seront présentés successivement, pour les patientes, les prestataires de soins et la population résidant proche des centres de santé sélectionnés.

1.2.1.1.Les patientes

L'analyse de contenu des entretiens révèle que la quasi-totalité des femmes de l'échantillon interrogé sont satisfaites de la qualité des soins offerts dans les centres de santé ciblés par notre recherche. De façon plus précise, elles sont satisfaites de la qualité de la consultation, du diagnostic et du traitement. Il en est de même, concernant l'accueil du personnel soignant que la quasi-totalité des femmes qualifient de bien.

« La qualité des soins, c'est bon pour le moment » (patiente, CSU-D Base Aérienne Port-Bouët)

Aussi, pour la plupart des patientes, le temps de consultation paraît convenable. Par contre, presque la moitié des femmes interrogées estiment que le temps d'attente avant la consultation est important. Parmi les principales suggestions en vue de l'amélioration de la qualité des soins sont citées, respectivement par ordre d'importance, l'amélioration de l'accueil, la baisse du coût des médicaments et examens, la baisse du coût des soins maternels, l'amélioration des soins et traitements, l'amélioration des équipements.

« Pour améliorer la qualité des soins, je pense qu'il faut revoir la réception des patients »
(patiente, CSR-D Abou Port-Bouët)

« La qualité, c'est la prise des personnes, c'est l'accueil » (patiente, CSR-D Abou Port-Bouët)

« Pour de bons soins, il faut mettre l'accent sur l'accès aux médicaments » (patiente, CSR-D Abou Port-Bouët)

Du point de vue des patientes, la qualité des soins n'est pas détériorée. Cependant, elles émettent des suggestions en vue de l'amélioration de la qualité. Pour faire le lien avec la théorie, le maintien de la qualité des soins malgré la gratuité pourrait s'expliquer par le résultat obtenu de nos analyses quantitatives, qui révèle que l'exemption de paiement n'est pas totalement appliquée en Côte-d'Ivoire. En effet, en référence au principe de Coestier et Marette (2004), si la gratuité des soins n'est pas totalement effective, il n'y aura pas d'encombres entraînés par l'augmentation de l'utilisation des services de soins. Cette supposition sera d'autant plus vérifiée si l'analyse des entretiens qualitatifs, concernant l'accessibilité aux services de soins, fait apparaître qu'il n'y a pas d'encombres liés à hausse de fréquentation des services de soins.

D'autre part, l'amélioration de l'accueil par le personnel soignant, comme principale suggestion en vue de l'amélioration de la qualité des soins, confirme l'importance de la courtoisie du personnel soignant dans la satisfaction des patientes, comme relevé dans le modèle de d'Aday et Andersen (1974) et le modèle SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1985).

1.2.1.2. Les professionnels de soins

Au sujet de la qualité, environ la moitié des prestataires des SSMI questionnés, considèrent que le nombre de patientes reçu par jour est convenable à la réalisation d'une prestation de qualité pour chaque patiente. Ainsi, l'adéquation entre nombre de personnels soignants et patientes reçues semble être controversée. En plus, une grande partie des prestataires estime que la charge de travail n'est pas convenable en considérant l'effectif du personnel soignant, le matériel et les équipements à disposition.

D'un autre côté, l'aspect relationnel de la qualité est caractérisé par une interaction entre prestataires de soins et patientes. En effet, le plus grand nombre de prestataires interviewés relève une interaction entre eux et les patientes. Aussi, pour la plupart des prestataires de soins, les patientes sont compréhensives.

« L'attitude des patientes est acceptable » (Sage-femme, CSU-D Songon)

« Assez souvent, les patientes sont aimables » (Médecin, CSR Songon Agban)

De même, la quasi-totalité des prestataires affirme que les patientes expriment leur mécontentement lorsque qu'elles ne sont pas satisfaites de l'accueil ou des soins reçus. Parmi les aspects de la qualité des soins à améliorer en vue d'une meilleure prise en charge des patientes, le trio, compétences du personnel soignant, augmentation du matériel et de l'équipement et formation du personnel soignant, est énoncé, de façon récurrente par les prestataires de soins questionnés.

« La bonne qualité des soins passe par l'équipement en matériel de qualité » (Médecin, CSR Songon Agban)

« Le matériel manque pour bien accueillir les patientes » (Sage-femme, CSU-D Songon)

« La bonne qualité des soins, c'est des services bien organisés, bien équipés » (Sage-femme, CSU-D Songon)

Les résultats issus des entretiens qualitatifs avec les prestataires de soins, mettent en évidence l'interaction entre patientes et prestataires de soins, comme présenté, dans le champ d'application pratique de la qualité des soins de Donabedian (1993) et le cadre conceptuel d'analyse des résultats médicaux de Tarlov *et al.* (1989) représentés respectivement par les figures 21 et 22. De plus, la charge de travail, considérée comme importante par la majorité des prestataires, influence le système de soins en tant que caractéristique de ce système, tel que développé par Tarlov *et al.* (1989) dans leur cadre conceptuel d'analyse des résultats médicaux.

Par ailleurs, le trio compétence du personnel soignant-augmentation du matériel et de l'équipement-formation du personnel soignant, suggéré afin d'améliorer l'offre de soins récapitule bien, les caractéristiques des prestataires de soins et les caractéristiques techniques comme déterminantes pour la qualité de l'offre de soins, tel que relevé dans la combinaison des approches de Tarlov *et al.* (1989) et Gallouj et Weinstein (1997), représentée par la figure

23. D'autre part, la compétence du prestataire de service est également mise en évidence dans le modèle SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1985).

1.2.1.3. La population générale

Pour ce qui est de la qualité, les interviewés parmi la population avoisinant les centres de santé estime, à l'unanimité, que l'accueil par le personnel soignant est bien.

De même, pour le temps de consultation par le professionnel de santé, que la majorité des enquêtés considèrent convenable. Aussi, la quasi-totalité des enquêtés sont satisfaits de la consultation, du diagnostic et du traitement ainsi que de la qualité des soins, en général. Par contre, le temps d'attente avant la consultation est considéré comme étant important par la moitié des enquêtés. Les suggestions en vue de l'amélioration de la qualité des soins sont successivement la baisse du prix des médicaments et des soins, l'amélioration de l'accueil et l'amélioration des soins et traitements.

1.2.2. L'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles dans un contexte d'exemption de paiement

Les résultats concernant l'accessibilité physique, géographique et cognitive, aux services de soins maternels et infantiles seront exposés d'abord pour les patientes, ensuite, pour les prestataires de soins, et enfin pour la population résidant à proximité des centres de santé sélectionnés.

1.2.2.1. Les patientes

➤ *Accessibilité physique et géographique*

L'évaluation de l'accessibilité aux centres de santé de Songon et de Port-Bouët s'est faite au travers de l'analyse des variables suivantes : le moyen de déplacement pour rejoindre le centre de santé, l'accompagnement par un proche jusqu'au centre de santé, le temps mis pour atteindre le centre de santé concerné et le temps d'attente avant la consultation. Des entretiens réalisés, il ressort que la plupart des femmes interrogées rejoignent les centres de santé au moyen d'un véhicule plutôt qu'à pied et s'y rendent seules plutôt qu'accompagnées par un proche. D'un autre côté, le temps mis par les patientes pour parvenir aux centres de santé est en moyenne de 14 minutes. De façon plus précise, pour la localité de Songon, le

temps mis pour atteindre le centre de santé est de 11 minutes en moyenne, en milieu urbain, contre 10 minutes en moyenne, en milieu rural. Pour la localité de Port-Bouët, les femmes interrogées mettent en moyenne 15 min, pour accéder au centre de santé en milieu urbain, contre 22 minutes en moyenne, en milieu rural. Par ailleurs, le temps d'attente avant consultation est considéré par la majorité des patientes comme étant important. De façon générale, la dimension géographique de l'accessibilité n'est pas remise en cause dans les centres de santé concernés par notre recherche.

➤ *Accessibilité cognitive*

Les entretiens conduits auprès des patientes mettent en évidence leur manque de connaissance concernant l'existence de la politique d'exemption de paiement en Côte-d'Ivoire ainsi que les modalités de la mise en œuvre de cette politique. En effet, à la question de savoir leur définition de la gratuité des soins, la plupart des femmes interrogées savent que la gratuité des soins consiste à ne pas payer pour les soins. Par contre, lorsque l'on interroge les patientes sur leur connaissance de l'existence d'une politique de gratuité en Côte-d'Ivoire, la majorité affirme ne pas être informée de l'existence de cette politique en Côte-d'Ivoire. Aussi, les médias représentent le moyen par lequel la quasi-totalité des patientes sont informées de la gratuité des soins. D'un autre côté, au sujet des problèmes de santé et des personnes bénéficiant de la gratuité des soins, la plupart des femmes interrogées déclarent ne pas savoir. Dans ce sens, il ressort des entretiens qu'une minorité de femmes ont bénéficié de soins gratuits durant les six mois précédant l'enquête. Ce constat rejoint les résultats de nos analyses quantitatives selon lesquels l'exemption de paiement n'est pas totalement appliquée en Côte-d'Ivoire. De façon plus précise, les soins gratuits reçus étant principalement la consultation et la distribution de moustiquaire.

1.2.2.2. Les professionnels de soins²⁵

➤ *Accessibilité physique et géographique*

La quasi-totalité des professionnels des SSMI interrogés n'ont aucune observation à relever concernant l'accessibilité physique et géographique au centre de soins. De même, à la question de savoir les obstacles à l'accessibilité physique et géographique, pour lesquels les

²⁵ Gynécologues, sage-femmes, infirmiers.

professionnels n'ont rien à déclarer. Aussi, une minorité des professionnels de santé estiment qu'il y a des aspects à améliorer en vue d'une meilleure accessibilité. Autrement dit, l'accessibilité physique et géographique leur paraît convenable dans leur grande majorité.

« L'accessibilité au centre est facile pour moi, j'ai une voiture » (prestataire, CSR-D Abou Port-Bouët)

« Le centre de santé est accessible » (Médecin, CSR Songon Agban)

« L'accessibilité au centre dépend de la zone d'habitation de chacun et des moyens de chaque personnel » (prestataire, CSR-D Abou Port-Bouët)

➤ **Accessibilité cognitive**

Comparativement aux patientes interviewées, dont la majorité n'était pas informée de l'existence d'une politique de gratuité des SSMI en Côte-d'Ivoire, la totalité des prestataires de soins enquêtés savent ce qu'est la gratuité des soins ainsi que l'existence de la politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire. La quasi-totalité des prestataires de soins a été informée de l'existence de cette politique par les autorités. Au sujet de la mise en œuvre de la politique, la quasi-totalité des prestataires a réalisée des soins gratuits dont les soins maternels et infantiles pour environ la moitié des prestataires.

« J'ai déjà réalisé des soins gratuits pour un bilan prénatal » (prestataire, CSR-D Abou Port-Bouët)

« J'ai consulté gratuitement pour le test de paludisme » (prestataire, CSR-D Abou Port-Bouët)

« Oui, pour la gratuité, nous avons reçu la note du district détaillant tous les aspects » (Infirmier, CSU Songon)

« Oui j'ai réalisé des consultations prénatales et des soins de paludisme pour des enfants gratuitement » (Médecin, CSR Songon Agban)

« Oui, je suis informée de la gratuité des soins. Certains soins sont gratuits pour les enfants en formation sanitaire. J'ai, moi-même, réalisé des consultations prénatales et de paludisme, gratuits » (Sage-femme, CSU-D Songon)

1.2.2.3. La population générale²⁶

➤ Accessibilité physique et géographique

L'analyse de l'accessibilité physique et géographique concernant la population environnant les centres de santé enquêtés, fait apparaître que la grande partie des personnes interrogées se rend dans ces centres de santé à pied plutôt qu'en véhicule. Ce qui vient confirmer que ces personnes résident vraiment à proximité des centres de santé au point de s'y rendre à pied. De même, la majorité des enquêtés affirment que le temps mis pour accéder aux centres de santé n'est pas important. Aussi, plus de la moitié des interviewés se fait accompagner aux centres de santé.

➤ Accessibilité cognitive

A la question de savoir ce qu'est la gratuité des soins, plus de la moitié des interrogés répondent que c'est des soins non payés. D'un autre côté, environ la moitié des enquêtés n'est pas informée de l'existence de la politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire. Pour le peu d'enquêtés informés de l'existence de cette politique en Côte-d'Ivoire, les principaux moyens d'information ont été les patients et les médias. Par ailleurs, plus de la moitié des interrogés sait que les bénéficiaires de la gratuité des soins sont principalement les femmes et les enfants mais ne sait pas les problèmes de santé bénéficiant de la gratuité des soins. Aussi, la majorité de la population enquêtée n'a jamais bénéficié de soins gratuits parce qu'elle n'est pas informée de la gratuité des soins. Enfin, à la question de savoir le niveau d'information de la population enquêtée sur la mise en place, par les autorités, de la Couverture Maladie Universelle en Côte-d'Ivoire, celle-ci affirme dans sa majorité ne pas être informée de la mise en œuvre de la CMU et déclare ne pas s'être fait enrôler bien que l'enrôlement ait été lancé depuis février 2015 par la Caisse National d'Assurance Maladie (CNAM), organisme national en charge de la mise en œuvre de la CMU.

Les résultats obtenus de l'analyse des entretiens qualitatifs avec les patientes, les prestataires de soins et la population générale, permettent de faire, aisément, le lien avec notre cadre théorique de recherche. D'abord, le constat selon lequel l'accessibilité physique et géographique n'est pas remise en cause les enquêtés, pourrait s'expliquer à partir du principe de Coestier et Marette (2004) relatif aux encombrements. En effet, l'exemption de paiement

²⁶ Population résidant à proximité des centres de santé sélectionnés pour notre enquête qualitative.

n'étant pas totalement appliquée, l'absence d'encombrements entravant l'accessibilité physique et géographique aux services de soins permet de maintenir la qualité des soins. Par ailleurs, le niveau inégal d'information entre les patientes et les prestataires de soins concernant l'existence et la mise en œuvre de l'exemption de paiement met en évidence la théorie de l'asymétrie d'information (Akerlof, 1970, Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997) comme composante du cadre théorique de notre recherche. En effet, la majorité des prestataires de soins enquêtés sont informés de l'existence et des modalités de mise en œuvre de l'exemption de paiement tandis que la majorité de patientes enquêtées ne sont pas informées de la politique d'exemption de paiement des soins. De plus, les prestataires de soins semblent ne pas informer les patientes, encore moins, leur proposer, des soins gratuits. Cette supposition peut s'expliquer par la raison avancée, par les prestataires de soins, du nombre de patientes reçu par jour et de la charge de travail peu convenables pour, respectivement, la majorité et la moitié d'entre eux. Ainsi, les prestataires n'informent pas les patientes de la gratuité afin d'éviter une hausse de charge de travail engendré par un surcroît du nombre de patientes à consulter. D'où le lien entre ce résultat d'analyse et la théorie de l'asymétrie d'information.

1.2.3. Implication des ONG dans la mise en œuvre de l'exemption de paiement

Les deux entretiens²⁷ que nous avons réalisés avec les responsables des ONG 'Espoir'²⁸ (Port-Bouët) et 'Santé'²⁹ (Songon), ne pourront, à eux seuls, expliquer totalement la réalité de l'implication des ONG dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'exemption de paiement en Côte-d'Ivoire. En effet, l'objet de notre recherche n'étant pas d'analyser des ONG dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'exemption de paiement. Toutefois, ils fournissent des pistes de réflexions intéressantes. D'abord, les ONG enquêtées non pas été impliquées dans l'élaboration de la politique d'exemption de paiement en raison de leur non représentativité.

« Non, nous n'avons pas été impliqué dans le processus d'élaboration de la Couverture Maladie Universelle, notre structure a été jugée non représentative » (Conseiller social, ONG Santé)

« J'ai entendu parler de la gratuité des soins à la télévision » (Représentant ONG Espoir)

²⁷ Approfondis

²⁸ Nom fictif

²⁹ Nom fictif

« La gratuité des soins est bienvenue mais doit être améliorée » (Représentant ONG Espoir)

Par ailleurs, les responsables de ces ONG considèrent la gratuité des soins comme étant bienvenu mais devant être améliorée. Pour ce qui est de la pratique de la qualité des soins, les responsables d'ONG suggèrent une meilleure communication entre les acteurs du système de soins et une répression des fraudes.

1.3. Discussion des résultats

Avant d'entamer la discussion des résultats récapitulés dans les tableaux 36 et 37, il convient de préciser que la notation relative à la qualité et la gratuité des soins a été faite à partir de la grille représentée dans le tableau 34. Aussi, la taille d'échantillon des enquêtés, en fonction des entretiens semi-directifs et approfondis réalisés, est rappelée dans le tableau 35.

Tableau 34 : Grille de notation de la qualité et de la gratuité.

Notation	Proportion des enquêtés
Pas bonne	Moins de la moitié
Bonne	Plus de la moitié

Source : Fait par l'auteur.

Tableau 35 : Taille échantillon enquêtés.

Enquêtés	Entretiens semi-directifs	Entretiens approfondis
Patientes	55	12
Prestataires de soins	14	8
Population générale	21	4
Responsables d'ONG	0	2
Total	90	26

Source : Fait par l'auteur.

Tableau 36 : Tableau récapitulatif des résultats d'analyse pour les patientes et la population générale des centres de santé de Songon et Port-Bouët.

Rubriques		Patientes	Population générale
Qualité des soins	Accueil personnel soignant	Bon	Bon
	Temps d'attente avant consultation	Important	Important (par la moitié)
	Temps de consultation	Convenable	Convenable
	Satisfaction consultation	Bonne	Bonne
	Satisfaction diagnostic	Bonne	Bonne
	Satisfaction traitement	Bonne	Bonne
	Satisfaction qualité des soins	Bonne	Bonne
	Suggestions amélioration qualité	Par ordre d'importance : <ul style="list-style-type: none"> - l'amélioration de l'accueil, - la baisse du coût des médicaments et examens, - la baisse du coût des soins maternels, - l'amélioration des soins et traitements, - l'amélioration des équipements. 	Par ordre d'importance : <ul style="list-style-type: none"> - la baisse du prix des médicaments et des soins - l'amélioration de l'accueil - l'amélioration des soins et traitements
Accessibilité géographique et physique	Moyen de déplacement	En majorité, en véhicule	En majorité, à pied
	Temps mis (min) pour atteindre le centre santé	- Général : 14 min en moyenne - Milieu urbain : 13 min en moyenne - Milieu rural : 16 min en moyenne	Pas important
	Accompagné	En majorité, seules	Plus de la moitié, accompagnée

Accessibilité cognitive	Définition de la gratuité	Bonne	Bonne
	Connaissance de l'existence de la politique de gratuité en Côte-d'Ivoire	En majorité, non informées	Environ la moitié, non informée
	Moyen d'information sur l'existence de la politique en Côte-d'Ivoire	En majorité, les médias	En majorité, les patients et les médias
	Problèmes de santé bénéficiant de la gratuité	Ne savent, en majorité, pas	Ne sait, en majorité, pas
	Bénéficiaires de soins gratuits	Une minorité	Une minorité
	Soins gratuits reçus	Principalement, consultation et distribution de moustiquaires	Principalement, soins maternels et infantiles
	Connaissance de la CMU		En majorité, non informée
	Enrôlement CMU		En majorité, non enrôlée

Source : Fait par l'auteur.

Tableau 37 : Tableau récapitulatif des résultats d'analyse pour les professionnels de santé des centres de santé de Songon et Port-Bouët.

Rubriques	Professionnels de santé
Nombre de patientes reçu par jour est-il convenable ?	Pas convenable (par la moitié)
Charge de travail est-elle convenable ?	En majorité, pas convenable
Jugement de l'attitude des patientes (interaction)	Bon
Patientes passives/ exigeantes/compréhensives ?	En majorité, compréhensives
Mécontentement quand insatisfaction des patientes	En majorité, oui

	Aspects de la qualité des soins à améliorer	En majorité, trio : compétences du personnel soignant, augmentation du matériel et de l'équipement et formation du personnel soignant
Accessibilité géographique et physique	Jugement sur l'accessibilité géographique	Aucune observation (quasi-totalité)
	Obstacles à l'accessibilité géographique	En majorité, rien à déclarer
	Aspects à améliorer pour une meilleure accessibilité	En majorité, non
Accessibilité cognitive	Définition de la gratuité	Bonne
	Connaissance de l'existence de la politique de gratuité en Côte-d'Ivoire	La totalité, informée
	Moyen d'information sur l'existence de la politique en Côte-d'Ivoire	La quasi-totalité par les autorités
Accessibilité cognitive	Problèmes de santé bénéficiant de la gratuité	La totalité, sait
	Bénéficiaires de soins gratuits	La totalité, sait
	Soins gratuits offerts	Quasi-totalité
	Personnes bénéficiant de ces soins gratuits	Femmes et enfants

Source : Fait par l'auteur.

1.3.1. Discussion

Les résultats d'enquête synthétisés dans les tableaux 37 et 38, d'une part, pour les patientes et la population générale, et d'autre part, pour les professionnels de santé, permettront de vérifier la cohérence des réponses données par les enquêtés, à partir de leur comparaison entre groupes d'acteurs (patientes - professionnels de santé). Ainsi, le résultat, selon lequel, le temps d'attente avant consultation est considéré comme important, pour la majorité des patientes, correspond à la perception des professionnels de santé que le nombre de patientes reçu par jour et la charge de travail, ne sont pas convenables, respectivement pour la moitié et la majorité des professionnels de santé interrogés. Par ailleurs, la majorité des patientes interrogées ne sont pas

informées de l'existence d'une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire, encore moins des problèmes de santé auxquels l'exemption de paiement est appliquée. A l'opposé, les professionnels de santé sont informés de l'existence de l'exemption de paiement ainsi que des problèmes de santé auxquels l'exemption de paiement s'applique. De cette comparaison, il se pose le problème de niveau d'information entre acteurs du système de soins, au sujet de l'exemption de paiement. Ce constat reflète une situation d'asymétrie informationnelle entre ces acteurs. D'un autre côté, une minorité de patientes affirment avoir bénéficié de soins gratuits durant les six mois précédant l'enquête, alors que la quasi-totalité des professionnels déclarent avoir accordé des soins gratuits. Cette opposition entre soins gratuits reçus par les patientes et soins gratuits offerts par les professionnels de santé est fort discutable. En effet, la question reste posée de savoir pourquoi la quasi-totalité des patientes n'ont pas bénéficié de soins gratuits si les professionnels de santé attestent avoir offert des soins gratuits à leurs patientes. Ainsi, les réponses données par l'une ou l'autre partie peuvent être remises en cause. Une autre contradiction apparaît, en ce qui concerne, la qualité des soins appréciée à partir de l'accueil par le personnel soignant. La quasi-totalité des patientes considèrent l'accueil par le personnel soignant comme étant bien, alors que l'amélioration de l'accueil, apparaît comme première suggestion des patientes, en vue de l'amélioration de la qualité des soins. Cette contradiction pose la question de la déformation des réponses données par les patientes, d'après leur appréhension des objectifs de l'entretien. En effet, si les patientes estiment que les résultats de l'enquête seront rapportés aux professionnels de santé, elles ne diront que du bien de la qualité des soins offerts, la suggestion, quant à l'amélioration de la qualité, étant une opportunité, pour les patientes, de signifier, autrement, la véritable perception qu'elles ont de la qualité des soins. Autrement dit, il est plus facile de dire « c'est bien mais il faut faire mieux » que de dire « ce n'est pas bien, il faut un bon accueil ». Cependant, toutes ces explications ne sont que suppositions. D'autre part, la réponse donnée par les professionnels de santé concernant l'expression, par les patientes, de leur mécontentement, lorsqu'elles ne sont pas satisfaites des soins reçus (Cf. tableau 38), remet en cause les suppositions au sujet de leur aversion à exprimer leur véritable perception de la qualité des soins. Aussi, la baisse du coût des médicaments, des examens et des soins maternels et infantiles, suggérée par les patientes en vue de l'amélioration de la qualité des soins, est en accord avec le fait qu'une minorité de patientes a bénéficié de soins gratuits. Encore, lorsque les soins gratuits offerts, à la minorité des patientes, se rapportent à la consultation et à la distribution de moustiquaires. De plus, il convient de remarquer l'honnêteté du personnel soignant qui suggère l'amélioration des

compétences ainsi que de la formation du personnel soignant pour une meilleure qualité des soins. L'amélioration du matériel et de l'équipement étant aussi suggérée.

Les résultats de l'analyse qualitative font apparaître des pistes de réflexions intéressantes à approfondir comme nous l'avons exposé dans la discussion. Par ailleurs, nous allons expliquer dans la section suivante en quoi les résultats obtenus dans les entretiens qualitatifs complètent ceux obtenus au niveau quantitatif, tel que présenté dans le chapitre 5.

1.3.2. L'analyse qualitative : quel apport en comparaison à l'analyse quantitative ?

L'analyse quantitative réalisée dans le cadre de notre recherche, dont les résultats sont présentés dans le chapitre 5, concerne, principalement, l'analyse de l'effectivité de l'exemption de paiement et de l'accessibilité physique et financière aux services de soins maternels et infantiles, alors que l'analyse qualitative a permis de comprendre la perception et l'évaluation de la qualité des services de soins maternels et infantiles, par les acteurs du système de santé sélectionnés ainsi que les connaissances et pratiques relatives à l'accessibilité cognitive. En effet, l'analyse des tableaux croisés entre la variable exemption de paiement et les déterminants de l'accessibilité aux soins démontre une indépendance entre ces variables. Dans ce cadre, les analyses quantitatives n'ont pu être poussées en raison de cette absence de significativité. Aussi, dans le but de déterminer les perceptions, opinions, connaissances et pratiques au sujet de l'accessibilité, en général, et l'accessibilité cognitive, en particulier, l'analyse qualitative s'est imposée. D'un autre côté, les résultats qualitatifs ont permis de vérifier les résultats obtenus sur le plan quantitatif. En d'autres termes, et de façon plus précise, l'apport de l'analyse qualitative, en comparaison à l'analyse quantitative, est de pouvoir prendre en compte la dimension cognitive de l'accessibilité aux soins, que l'analyse des données ENV ne nous permettait pas de réaliser. Ainsi, la question du niveau d'information des patientes concernant l'existence et la mise en œuvre de l'exemption de paiement est abordée dans l'analyse qualitative, contrairement à l'analyse quantitative. Les résultats qualitatifs relatifs à l'accessibilité cognitive sont considérés comme majeurs dans le cadre de cette recherche. En effet, pendant que l'attention pourrait être portée sur des facteurs plus techniques (manque d'équipement, approvisionnement en médicaments, faible effectif de personnel soignant) pouvant expliquer, que l'exemption de paiement ne soit pas totalement effective, le niveau d'information au sujet de l'existence et la mise en œuvre de la gratuité des soins apparaît comme déterminant dans la mise en œuvre effective de cette gratuité. En effet, si les patientes

ne sont pas informées de l'existence et la mise en œuvre de la gratuité des soins, comment pourraient-elles en bénéficier, encore moins la réclamer, lors de leur fréquentation des services de soins. Par ailleurs, le constat observé, dans le contexte ivoirien, selon lequel le personnel soignant est, en majorité, informé de l'existence et la mise en œuvre de la gratuité des soins, tandis que la majorité des patientes ne le sont pas, rejoint celui des travaux antérieurs, réalisés par Ridde (2012) concernant l'analyse des effets de l'exemption de paiement dans le contexte d'Afrique sub-saharienne. Dans ce cadre, la section suivante tentera d'articuler les résultats issus de notre travail de recherche à ceux obtenus dans les travaux antérieurs.

1.3.3. Résultats qualitatifs : quelle contribution par rapport aux travaux antérieurs ?

Dans cette section, nous allons faire le lien entre les résultats d'analyse qualitative, issus de notre recherche, et ceux obtenus dans les recherches antérieures portant sur les effets de l'exemption de paiement direct des soins en Afrique sub-saharienne. De façon plus précise, il s'agira de révéler l'apport des résultats qualitatifs, à la compréhension des conséquences de la gratuité des soins maternels et infantiles, dans le contexte ivoirien. Dans ce cadre, l'accent sera mis sur les travaux de Ridde (2012), étant donné que notre recherche s'inscrit dans leur continuité, et a émergé suite aux pistes de recherche émises par Ridde (2012) dans ses travaux consacrés aux politiques d'abolition du paiement direct des soins en Afrique sub-saharienne.

En référence aux travaux de Ridde (2012) sur *“l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest”* (Ridde, 2012)³⁰, nous pouvons affirmer que notre travail de recherche a permis de *« comprendre la perception de la population générale (individus résidant proches des centres de santé sélectionnés) et des patientes concernant l'abolition du paiement direct et de la qualité des services »* (Ridde, 2012 : 107)³¹, tel que proposé par Ridde (2012) comme piste de recherche à approfondir. De plus, l'analyse des *« effets de l'exemption de paiement direct sur les pratiques professionnelles et la relation soignant-soigné »* (Ridde, 2012 : 108), est intégrée dans la partie qualitative de notre recherche. En effet, dans les grilles d'entretien, adressées aux patientes et aux prestataires de soins, sont intégrées, respectivement, la question de l'accueil des patientes par le personnel soignant, et l'interaction entre les prestataires de soins et les patientes. D'après les informations récapitulées dans les tableaux 37 et 38 qui présentent les résultats qualitatifs, il apparaît que la majorité des patientes trouve que l'accueil par le

³⁰ RIDDE, Valéry (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 341p.

³¹ Chapitre 5

personnel soignant est bon mais suggère, toutefois, une amélioration de cet accueil. Par ailleurs, environ la moitié des professionnels de santé enquêtés, estime que le nombre de patientes reçu par jour n'est pas convenable à la réalisation d'une prestation de soins de qualité. Aussi, la plupart des prestataires de soins interrogés affirme que la charge de travail n'est pas convenable. Enfin, pour la plus grande partie des prestataires de soins, l'interaction avec les patientes est bonne, et les patientes sont compréhensives. Le retour aux résultats qualitatifs énoncés, précédemment, situe la contribution de notre recherche aux travaux réalisés par Ridde (2012).

D'autre part, certains de nos résultats, plus précisément ceux portant sur la dimension cognitive de l'accessibilité aux soins rejoignent les résultats obtenus par Ridde (2012) dans son « *analyse d'un projet pilote d'abolition du paiement des soins au Niger* »³² (Ridde, 2012). En effet, le problème de l'inégal niveau d'information entre « légitimants, actants et réactants »³³ concernant l'existence et la mise en œuvre de l'exemption de paiement est relevé dans cette analyse. Ainsi, pendant que les patientes ne sont pas souvent informées de l'existence et la mise en œuvre de l'exemption de paiement, comme révélé par les résultats qualitatifs issus de notre travail de recherche, les prestataires de soins, sont, pour la quasi-totalité, informés de la politique et des modalités de sa mise en œuvre. Aussi, quand bien même les patientes sont informées de la gratuité de soins, ces informations sont soit insuffisantes, incomplètes ou mal expliquées (Ridde, 2012). De ce fait, résoudre le problème de l'asymétrie d'information entre les différents acteurs paraît nécessaire à l'application totalement effective de l'exemption de paiement direct des soins.

³² Chapitre 9

³³ Ces concepts proviennent du triangle de la décision d'abolir le paiement de soins mis en évidence par Ridde (2012). Dans ce cadre, les légitimants sont ceux qui officialisent les décisions (autorités sanitaires), les actants ceux qui les mettent en œuvre (prestataires de soins) et les réactants ceux qui en bénéficient (usagers et non usagers) (Ridde, 2012 : 178).

2. Analyse de la satisfaction des patientes par rapport aux services de soins maternels et infantiles : Cas du « concours maternité accueillante ».

L'analyse de la satisfaction des patientes, par rapport aux SSMI, basée sur les résultats du « concours maternité accueillante 2014 » a été intégrée à cette chapitre afin de permettre une comparaison avec les résultats obtenus de notre enquête qualitative. De plus, notre enquête qualitative a été réalisée au niveau de deux centres de santé, localisés sur une partie du territoire ivoirien, alors que le « concours maternité accueillante 2014 » s'est étendu à différents centres de santé couvrant tout le territoire ivoirien. Ainsi, comparer nos résultats d'enquête qualitative à ceux du « concours maternité accueillante 2014 » revient à faire une comparaison entre les caractéristiques relevées entre les centres de santé de Songon et Port-Bouët, et les centres de santé ivoiriens, en général, en d'autres termes, au niveau national.

2.1. Matériel et méthodes

L'analyse de la satisfaction des patientes par rapport aux services de soins maternels et infantiles reposera sur les informations recueillies dans le cadre du « concours maternité accueillante » initié depuis 2006 en Côte-d'Ivoire, par la coopération entre le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Le « concours maternité accueillante » a pour objectif « d'augmenter l'utilisation des services de santé maternelle par la communauté au travers de : l'amélioration de l'environnement et de la qualité des soins et du travail dans les maternités, l'évaluation de la qualité des services offerts y compris l'environnement de travail des structures sanitaires, la sélection des fidèles utilisatrices des services SR (Consultations Prénatales, PF, PTME, accouchement y compris les vaccins à jour) dans un centre de santé avec un personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmier), la récompense les lauréats dudit concours. Les données utilisées pour notre recherche sont celles issues de la cinquième édition dudit concours, organisée en 2014 par la DC-PNSR/PF avec l'appui financier de l'UNFPA. Cette édition s'est déroulée du 13 au 24 octobre 2014 et a couvert les 20 régions sanitaires du pays. De façon plus précise, 20 structures sanitaires ont été présélectionnées, à raison d'une structure par région, et ont été évaluées après une période de 6 semaines d'observation.

Tableau 38 : Liste des structures sanitaires présélectionnées pour le « concours maternité accueillante » édition 2014.

	REGION	DISTRICT	STRUCTURE
1	AGNEBY-TIASSA-ME	Sikensi	C.S.R. Elibou
2	GBOKLE-NAWA SAN-PEDRO	San-pédro	Maternité de Coopaga
3	KABADOUGOU-BAF-FOLON	Odienné	CSU de Samatiguila
4	HAUT SASSANDRA	Daloa	Maternité Municipale De Daloa
5	GOH	Gagnoa	Maternité de Galébré
6	BELIER	Yamoussoukro	CSR Bringakro
7	ABIDJAN 1 GRAND PONT	Adjamé-Plateau-Attécoubé	FSU Plateau
8	ABIDJAN 2	Koumassi-Port-bouet-Vridi	C.S. U.Com de Gonzagville
9	MARAHOUÉ	Sinfra	C.S.R. Kayeta
10	TONKPI	Man	CSU Libreville
11	CAVALLY-GUEMON	Guiglo	Maternité de Zouan
12	N'ZI-IFOU	Dimbokro	Maternité rurale de Soungassou
13	INDENIE-DJUABLIN	Abengourou	CSU Appoisso
14	PORO-TCHOLOGO BAGOUE	Korhogo	Maternité petit Paris
15	LÔH-DJIBOUA	Divo	Maternité de Grobiakoko
16	SUD-COMOE	Aboisso	Maternité de Ahigbékoffikro
17	GBEKE	Bouaké-Sud	CSU Air-France 3
18	HAMBOL	Katiola	C S U de Timbé
19	WORODOUGOU-BERE	Séguéla	CSR Tégouéla
20	BOUNKANI-GONTOUGO	Tanda	Maternité de Lomo

Source : RCI, 2014.

Dans chaque district visité, l'évaluation s'est faite à l'aide d'une fiche d'évaluation de la structure, un questionnaire communautaire est adressé aux clientes utilisatrices des services de la SR (PF, CPN, accouchement, consultation post-natale et autre motif) et à un leader communautaire pour voir l'intégration du prestataire dans la communauté et une fiche clientes pour sélectionner et récompenser des fidèles utilisatrices des services SR. » (RCI, 2014).

Notre recherche s'intéresse à l'enquête communautaire qui repose sur un questionnaire précis présenté dans l'encadré 4.

Encadré 4 : Présentation du questionnaire cliente du « concours maternité accueillante 2014 ».

« Le questionnaire cliente élaboré pour recueillir l'avis des clientes de la CPN, de la CPoN et de l'accouchement sur le travail en général (accueil, les soins reçus, la satisfaction de la cliente par rapport aux soins reçus, etc. et sur l'intégration du prestataire dans la communauté. Au total deux cent (200) clientes ont été interrogées soit dix (10) clientes par maternité. Il contient les sections suivantes :

1. Identification de la structure sanitaire.
2. Caractéristiques sociodémographiques
3. Motif de la visite dans la structure sanitaire
 - Consultation PF,
 - Si Visite prénatale (CPN),

 - Si Consultation postnatale (CPoN),
 - Si Accouchement
 - autres motifs
4. Satisfaction de la cliente
5. Intégration sociale du prestataire de santé dans la communauté.

Pour être éligible à participer à cette étude, la cliente doit être :

- Une femme âgée de 15 à 49 ans
- Consentant à participer volontairement à l'étude

Ayant visité le centre de santé au cours des trois derniers mois pour l'un des motifs suivants (CPN, CPoN, Accouchement et PF) »

Source : RCI, 2014.

2.2. Résultats d'analyse

Les caractéristiques sociodémographiques des patientes enquêtées dans le cadre du « concours maternité accueillante » seront présentées afin de décrire l'échantillon analysé.

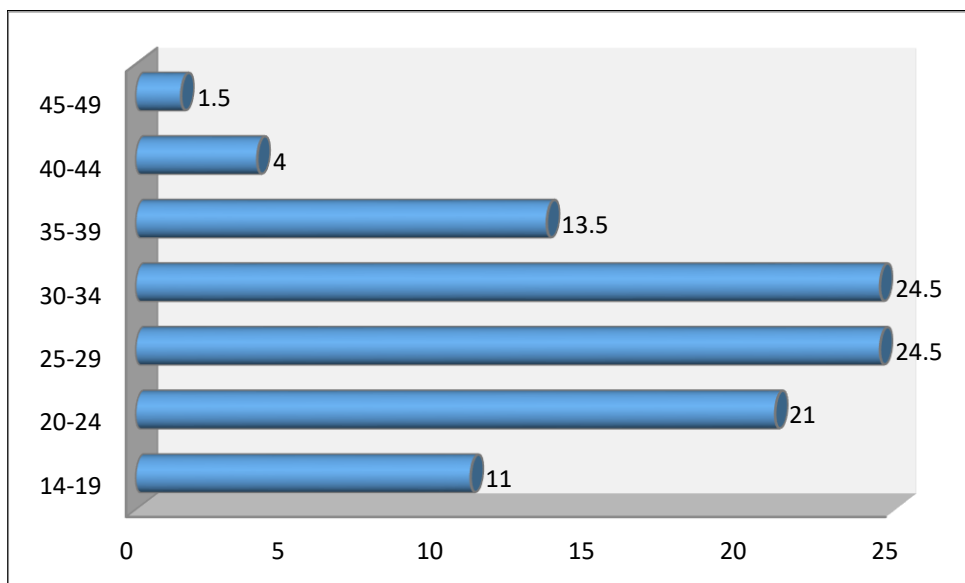
2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, en général, celles qui seront particulièrement décrites dans le cadre de notre recherche sont : l'âge, la situation matrimoniale, la profession, le niveau d'instruction, car considérées comme facteurs prédisposant dans l'utilisation des services de santé d'après le modèle de Andersen et Newman (1973) et de Kroeger (1983).

2.2.1.1. Age

La figure 30 démontre que parmi les patientes enquêtées, 24,5% ont un âge compris entre 25-29 ans, même pourcentage pour la tranche d'âge 30-34 ans. D'un autre côté, 21% des patientes ont un âge compris entre 20-24 ans, 13,5%, ont entre 35-39 ans, 11%, ont de 14 à 19 ans. Enfin, 4% des patientes de l'échantillon, ont entre 40-44 ans et 1,5%, ont entre 44-49 ans. En résumé, la plus grande proportion de patientes de l'échantillon a un âge compris entre 20-34 ans, soit 70% de l'échantillon analysé.

Figure 30 : Age patientes « concours maternité accueillante 2014 ».

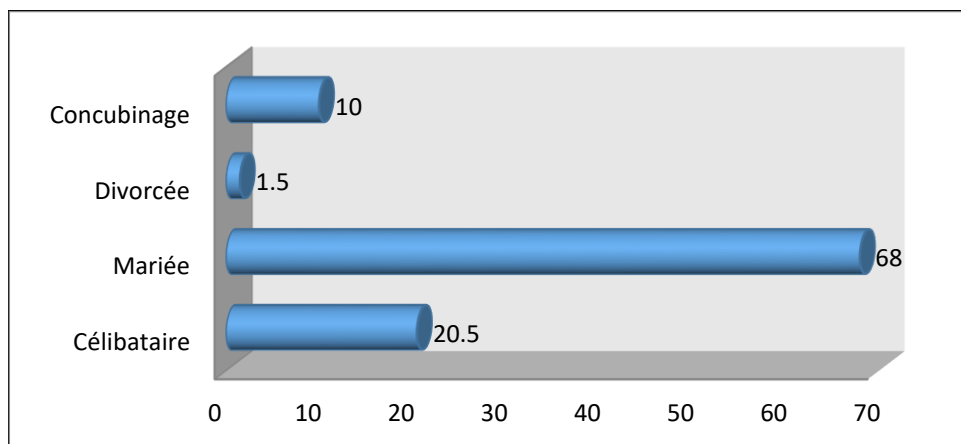


Source : RCI, 2014.

2.2.1.2. Situation matrimoniale

La figure 31 qui décrit la situation matrimoniale des patientes de l'échantillon analysé, révèle que 68%, d'entre elles, sont mariées contre 20,5% qui sont célibataires. D'autre part, 10% des patientes sont en concubinage et 1,5% sont divorcées.

Figure 31 : Situation matrimoniale patientes « concours maternité accueillante 2014 ».

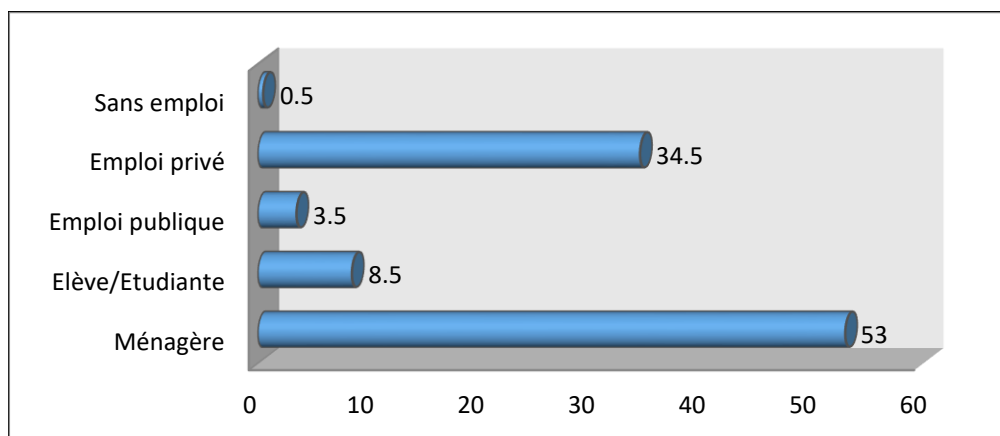


Source : RCI, 2014.

2.2.1.3. Profession

En ce qui concerne, la profession des patientes, 53% d'entre elles sont des ménagères, 34,5%, ont un emploi privé, contre 3,5% qui ont un emploi public. Enfin, 8,5% des patientes sont des étudiantes et 0,5% sont sans emploi.

Figure 32 : Profession patientes « concours maternité accueillante 2014 ».

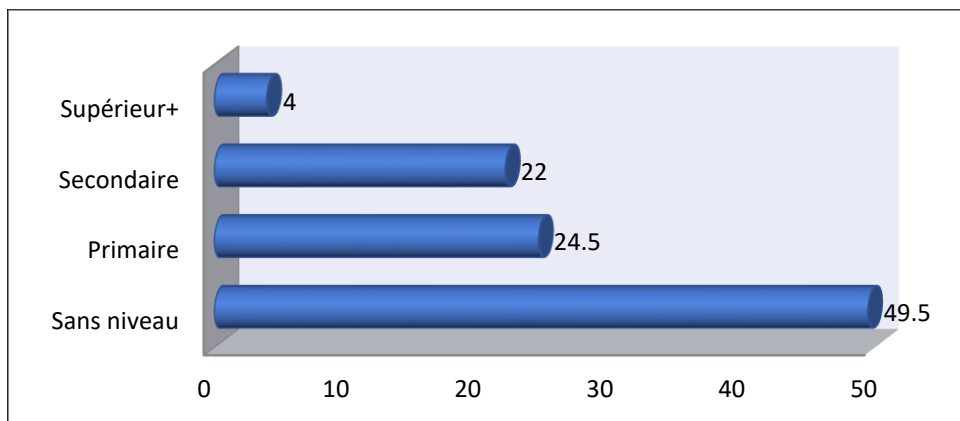


Source : RCI, 2014.

2.2.1.4. Niveau d'instruction

Il apparaît de la figure 33, présentant le niveau d'instruction des patientes, que 49,5% d'entre elles, sont sans niveau contre 24,5% qui ont un niveau primaire, 22% qui ont un niveau secondaire et 4% qui ont un niveau d'instruction supérieure.

Figure 33 : Niveau d'instruction patientes « concours maternité accueillante 2014 ».



Source : RCI, 2014.

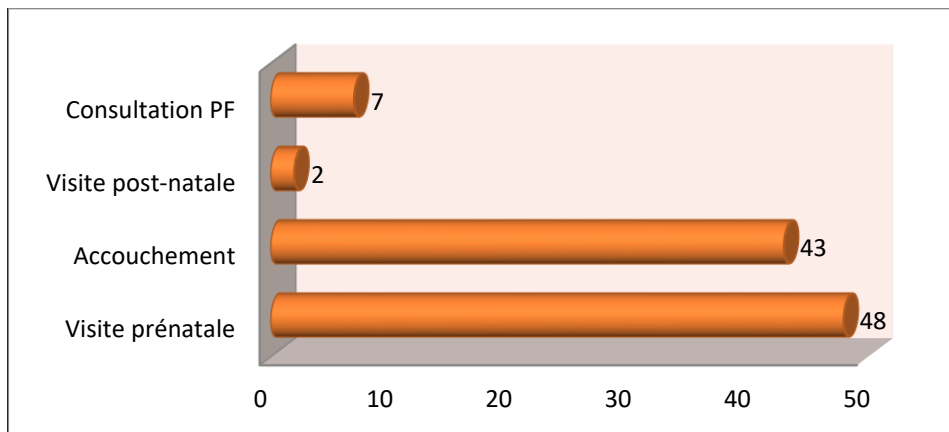
2.2.2. Satisfaction des patientes et intégration du prestataire dans la communauté

Dans cette sous-section, les motifs de visite médicale des patientes enquêtées, puis leur satisfaction ainsi que l'intégration du prestataire de soins au sein de la communauté seront analysés.

2.2.2.1. Motif de visite médicale des patientes

Le principal motif de visite médicale des SSMI est la visite prénatale pour 48% des patientes, suivi de l'accouchement pour 43% des patientes. La consultation pour le planning familial constitue un motif de visite pour 7% des patientes, et la visite post-natale est un motif de visite pour 2% des patientes.

Figure 34 : Motif visite médicale patientes « concours maternité accueillante 2014 ».



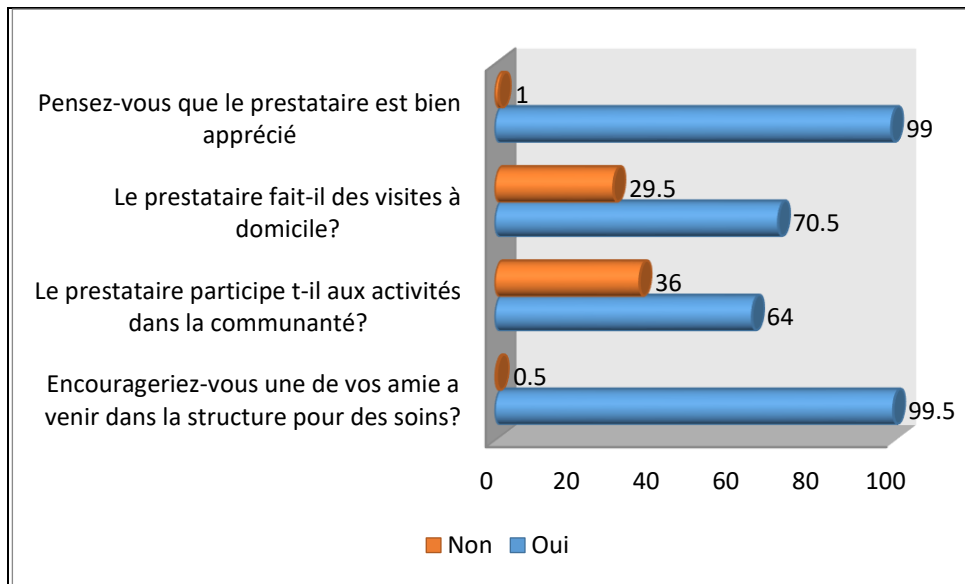
Source : RCI, 2014.

2.2.2.2. Satisfaction des patientes et intégration du prestataire dans la communauté

La figure 35 présente les résultats d'analyse des données portant sur la satisfaction des patientes, au sujet des SSMI des centres de santé sélectionnées dans le cadre du « concours maternité accueillante 2014 », et l'intégration du prestataire dans la communauté. Ces résultats d'analyse mettent en évidence que la quasi-totalité des patientes interrogées apprécient le prestataire de soins et encouragerait leurs amies à fréquenter la structure concernée pour des soins. D'autre part, pour 70,5% des patientes, les prestataires font des visites contre 29,5% des patientes qui estiment que les prestataires ne font pas de visite à domicile. Aussi, pour 64% des patientes, le prestataire participe aux activités dans la communauté contre 36% qui affirment que le prestataire ne participe pas aux activités communautaires. (RCI, 2014).

Figure 35 : Satisfaction patientes et intégration du prestataire dans la communauté

« concours maternité accueillante 2014 ».



Source : RCI, 2014.

L'analyse des résultats du « concours maternité accueillante 2014 » a été réalisée afin de les comparer à ceux de nos enquêtes qualitatives. La comparaison entre les résultats de ce concours et ceux de nos enquêtes, plus précisément, en ce qui concerne la satisfaction des patientes, sont similaires. En effet, 3 après la conduite du concours, les patientes des centres de santé de Songon et Port-Bouët sont globalement satisfaites de la qualité des soins. Cependant, cette comparaison est à considérer avec réserve en raison du niveau différent d'évaluation entre le « concours maternité accueillante 2014 » et les enquêtes que nous avons réalisées. En effet, le « concours maternité accueillante 2014 » a été réalisé au niveau national tandis que nos enquêtes se limitent au niveau de deux districts sanitaires, ceux de Yopougon Songon et de Port-Bouët. En effet, l'extrapolation n'est donc pas possible mais il convient de remarquer les similitudes entre les résultats de nos analyses qualitatives et ceux du « concours maternité accueillante 2014 » au sujet de la satisfaction des patientes.

Conclusion chapitre 6

Dans le dernier chapitre de cette thèse, l'analyse des entretiens semi-directifs et approfondis, recueillis auprès des patientes, des prestataires de soins, de la population résidant à proximité des centres de santé de Songon et de Port-Bouët choisis, et de responsables œuvrant dans le domaine de la santé, a été réalisée. Ce sont au total, 118 entretiens dont 90 semi-directifs et 26 approfondis qui ont été recueillis. Les résultats d'analyse de ces entretiens font apparaître que la qualité des soins est bonne d'après les patientes et la population résidant proche des centres de santé. Aussi, parmi les principales suggestions en vue de l'amélioration de la qualité des soins sont citées, respectivement par ordre d'importance, l'amélioration de l'accueil, la baisse du coût des médicaments et examens, la baisse du coût des soins maternels, l'amélioration des soins et traitements, l'amélioration des équipements. Concernant, les prestataires de soins, l'adéquation entre nombre de personnels soignants et patientes reçues semble être controversée. En plus, une grande partie des prestataires estime que la charge de travail n'est pas convenable en considérant l'effectif du personnel soignant, le matériel et les équipements à disposition. Parmi les aspects de la qualité des soins à améliorer en vue d'une meilleure prise en charge des patientes, les prestataires de soins énoncent les compétences du personnel soignant, l'augmentation du matériel et de l'équipement et formation du personnel soignant. D'autre part, l'analyse de l'accessibilité à partir des entretiens semi-directifs et approfondis fait apparaître que la dimension géographique de l'accessibilité n'est pas remise en cause par les patientes, les prestataires de soins et populations vivant proches des centres de santé concernés par notre recherche. Par ailleurs, la majorité des patientes et individus, résidant à proximité, affirme ne pas être informée de l'existence de la politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire tandis que la quasi-totalité des prestataires de soins a été informée de l'existence de cette politique par les autorités. Aussi, la quasi-totalité des prestataires de soins a réalisée des soins gratuits dont les soins maternels et infantiles. De plus, l'analyse de la satisfaction des patientes dans le cadre du « concours maternité accueillante 2014 » conduit sur l'étendue du territoire est en accord les résultats obtenus de nos analyses qui sont que la qualité des soins est considérée comme satisfaisante dans les services de soins maternels et infantiles ivoiriens, encore trois années plus tard.

Conclusion générale

L'objectif principal de cette thèse était d'analyser l'accessibilité et la qualité des services de soins maternels et infantiles dans un contexte d'exemption de paiement direct de soins de santé dans le cas de la Côte-d'Ivoire. A partir d'un cadre d'analyse basé sur des théories, principalement, économiques, il s'agissait de vérifier si l'exemption de paiement direct des soins détériorait la qualité et l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, concernés par l'exemption de paiement. Dans ce cadre, les données issues des Enquêtes Niveau de Vie des ménages (ENV), réalisées par l'Institut National de la Statistique de Côte-d'Ivoire (INS-CI), sur le territoire ivoirien, en 2008 et 2015, ont été analysées de manière quantitative. De façon plus précise, ces données ENV ont fait l'objet d'analyse bivariée à partir de tableaux croisés et de tests Chi². D'autre part, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs et approfondis auprès des patientes, des prestataires des services de soins maternels et infantiles et d'individus résidant proches des centres de santé ivoiriens sélectionnés. Les centres de santé sélectionnés sont le CSR-D public Abou de Port-Bouët, le CSR-DM public de Songon Agban, le CSU-D public Centre Médical Base Aérienne de Port-Bouët et le CSU-DM public de Songon Kassable. Ces centres sont situés au Sud de la Côte-d'Ivoire. L'analyse du contenu des entretiens semi-directifs et approfondis a permis de répondre aux questions auxquelles l'analyse quantitative ne permettait pas de répondre. Les principaux résultats issus de nos analyses concernent l'application partielle de l'exemption de paiement direct aux services de soins maternels et infantiles, le maintien de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, et enfin, la difficile transition vers la Couverture Maladie Universelle.

L'application partielle de l'exemption de paiement direct des soins

Les résultats de l'analyse quantitative des données ENV 2015 font apparaître que l'exemption de paiement n'est pas totalement effective pour les consultations prénatales, comme décidé par les autorités ivoiriennes. En effet, trois ans après l'adoption de la politique d'exemption de paiement des soins en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, seulement 41% des femmes, pour un échantillon de 230 femmes, ayant consulté dans un centre public de santé, pour motif de consultation prénatale, au cours des trois derniers mois précédant l'ENV, affirme n'avoir rien déboursé. D'un autre côté, l'analyse des entretiens semi-directifs et approfondis, menés auprès des patientes, révélant que la majorité d'entre elles, n'est pas informée de l'existence et de la mise en œuvre de l'exemption de paiement, explique que

l'application de l'exemption de paiement ne soit totalement effective. En effet, comparativement aux patientes, la totalité des prestataires de soins interrogés, est informée de l'existence de la politique d'exemption de paiement. Ce constat du niveau inégal d'information entre patientes et prestataires de soins, au sujet de l'existence de l'exemption de paiement justifie l'intégration de théorie d'asymétrie d'information à notre cadre d'analyse. Ainsi, l'asymétrie d'information entre patientes et prestataires de soins pourrait expliquer que l'application exemption de paiement ne soit pas totalement effective. Aussi, si l'exemption de paiement n'est pas totalement appliquée, les encombrements liés à la gratuité peuvent être inexistant ou très faibles. Dans ce cadre, la qualité et l'accessibilité aux services de soins ne se détériorent pas, d'où le second principal résultat issu de notre recherche, qu'est le maintien de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles, malgré l'adoption de la politique d'exemption de paiement.

Le maintien de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins maternels et infantiles

Il ressort de nos analyses que, la qualité et l'accessibilité physique et géographique aux services de soins ne sont pas remises en cause par les patientes des centres de santé sélectionnés. En effet, la quasi-totalité des patientes enquêtées sont globalement satisfaites de la qualité des soins. Concernant, l'accessibilité aux soins, le temps de consultation est considéré comme convenable par la majorité de l'échantillon de patientes tandis que le temps d'attente avant consultation paraît important. Aussi, à partir des informations recueillies, auprès des patientes, au sujet du moyen de déplacement pour rejoindre le centre de santé, et du temps mis pour atteindre le centre de santé concerné, l'accessibilité géographique apparaît comme convenable. De façon plus précise, la plupart des patientes rejoignent le centre de santé en véhicule et la moyenne de temps pour rejoindre le centre de santé est de 14 minutes. Pour la localité de Port-Bouët, le temps mis pour rejoindre le centre de santé est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain, environ 7 minutes d'écart. La proximité des centres de santé sélectionnés avec la capitale peut expliquer que l'accessibilité géographique soit aisée. En effet, les zones situées en périphérie de la capitale bénéficient souvent des infrastructures routières semblables à celles de la capitale.

La détérioration de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins n'est pas mise en évidence par les patientes de l'échantillon enquêté. Par ailleurs, des suggestions ont été faites par les patientes en vue de l'amélioration de la qualité des soins. Ces suggestions concernent par ordre d'importance, l'amélioration de l'accueil, la baisse du coût des médicaments et

examens, la baisse du coût des soins maternels, l'amélioration des soins et traitements, l'amélioration des équipements. Cette liste de suggestions permet de faire le lien avec l'approche lancastérienne appliquée aux services de Gallouj et Weinstein (1997), permettant d'expliquer la qualité, mais aussi les modèles d'Andersen et Newman (1973) et d'Aday et Andersen (1974) relatifs à l'accessibilité aux soins. De façon plus précise, l'accueil, le coût des médicaments et examens, le coût des soins et les équipements représentent les caractéristiques techniques du service de soins en tant que vecteur de caractéristiques. D'un autre côté, le coût des soins et médicaments apparaît comme un facteur facilitant l'utilisation des services de santé dans le modèle d'Andersen et Newman (1973). Aussi, le modèle d'Aday et Andersen (1974) représente le coût des soins et la courtoisie (accueil) comme déterminant dans la satisfaction du consommateur.

Comparativement aux patientes interrogées, les prestataires de soins enquêtés, ont un avis controversé au sujet de la qualité des soins offerts. En effet, pour la moitié d'entre eux, le nombre de patientes reçu par jour est convenable à la réalisation d'une prestation de qualité pour chaque patiente. De plus, pour la plupart des prestataires interrogés, la charge de travail n'est pas convenable en considérant l'effectif du personnel soignant, le matériel et les équipements à disposition. Dans ce cadre, les suggestions faites par les prestataires en vue d'une meilleure prise en charge des patientes concernent l'amélioration des compétences du personnel soignant, l'augmentation du matériel et de l'équipement, et la formation du personnel soignant. Ces éléments de suggestions intègrent également l'approche lancastérienne appliquée aux services de Gallouj et Weinstein (1997). L'amélioration des compétences du personnel soignant et sa formation représente une caractéristique du prestataire de soins et l'augmentation du matériel et de l'équipement, une caractéristique technique. Par ailleurs, la charge de travail est une caractéristique du système de soins. D'autre part, pour ce qui est de l'accessibilité géographique aux centres de santé sélectionnés, la majorité des prestataires n'ont rien à déclarer. Ainsi, l'accessibilité géographique leur semble convenable.

De façon générale, la détérioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins, n'est pas constatée, tant par les patientes que par les prestataires. Par contre, des suggestions sont faites en vue de l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins. Ainsi, la qualité et l'accessibilité aux soins n'ont pas été affectées par l'exemption de paiement en raison de ce que son application n'est pas totalement effective. De façon plus précise, l'optimum n'étant pas atteint, en termes de hausse d'utilisation des services de soins due à la gratuité, la qualité

et l'accessibilité aux soins ne s'en trouvent pas détériorées. (Coestier et Marette, (2004) ; Ridde (2012).

La difficile transition vers la Couverture Maladie Universelle

L'analyse de la mise en œuvre de l'exemption de paiement direct des soins ne peut être réalisée, sans analyser, par la suite, la transition vers la Couverture Maladie Universelle. En effet, dans le cas de la Côte-d'Ivoire, l'exemption de paiement ciblée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans représente une mesure transitoire vers la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (RCI, 2012). Aussi, les entretiens que nous avons menés dans le cadre de notre recherche, nous permettent de rendre compte de la progression de la Côte-d'Ivoire vers la Couverture Maladie Universelle. La Couverture Maladie Universelle a été instituée en Côte-d'Ivoire, en mars 2014, par la loi N°2014-131 du 24 mars 2014. En Côte-d'Ivoire, la Couverture Maladie Universelle comporte deux régimes, le Régime Général de Base (RGB) et le Régime d'Assistance médicale. Dans le RGB, le financement provient des cotisations des assurés qui s'élèvent à 1000 CFA, par mois, par personne à partir de 5 ans, tandis que le Régime d'Assistance médicale qui concerne les indigents, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, est subventionné par l'Etat en substitution au paiement des cotisations de la catégorie de la population dite "vulnérable". Par ailleurs, en pratique, la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle n'est pas effective, elle n'est qu'au stade de l'enrôlement de quatre catégories d'individus : les fonctionnaires et les agents de l'Etat, les travailleurs du secteur privé affiliés à la CNPS, les retraités du secteur public et du secteur privé affiliés respectivement à la CGRAE et la CNPS, ainsi que les planteurs de certaines filières agricoles (hévéa et palmier à huile). (Bissouma-Ledjou *et al.*, 2015).

Dans le cas de notre recherche, les individus résidant proches des centres de santé ont été interrogés au sujet de leur niveau d'information concernant l'existence de la Couverture Maladie Universelle en Côte-d'Ivoire et de leur enrôlement. Le principal constat qui ressort, de l'analyse de nos entretiens, est que la majorité des individus de notre échantillon n'est pas informée de l'existence de la Couverture Maladie Universelle et ne s'est pas faite enrôlée dans le cadre de mesure. Aussi, si la phase d'enrôlement ne concerne, d'abord, que les fonctionnaires et les agents de l'Etat, les travailleurs du secteur privé affiliés à la CNPS, les retraités du secteur public et du secteur privé affiliés respectivement à la CGRAE et la CNPS, et les planteurs de des filières agricoles hévéa et palmier à huile (Bissouma-Ledjou *et al.*, 2015), l'explication face à ce constat serait que la majorité des individus de notre échantillon n'appartienne pas à ces

catégories. Cependant, la grande partie de notre échantillon enquêté devrait être informée de l'existence de la Couverture Maladie Universelle. Dans ce cadre, l'asymétrie d'information entre futurs affiliés, et autorités sanitaires pourrait être à l'origine d'une progression difficile vers la mise en œuvre effective de la Couverture Maladie Universelle.

D'autre part, l'enrôlement prioritaire de catégories d'individus déjà affiliés à des régimes de sécurité sociale démontre la complexité d'intégrer la population dite "vulnérable" en raison de la difficulté à l'identifier, en pratique.

Apports, limites et perspectives de la thèse

➤ **Apports**

L'apport de ce travail de recherche est de contribuer au débat sur la relation entre gratuité et qualité en matière de services de soins. En effet, la gratuité est remise en cause, car considérée comme peu efficace, trop coûteuse pour l'Etat, et entraînant la déresponsabilisation des individus (Touré, 2012 ; Ridde, 2012 ; Koné, 2014). Ce débat sur la relation entre gratuité et qualité des soins est fondamental dans des pays où les populations ne peuvent assumer les coûts des soins et que les ménages sont toujours les premières sources de dépenses en santé comme c'est le cas en Côte-d'Ivoire.

Sur le plan théorique, l'apport de cette thèse a été de proposer un cadre théorique permettant de comprendre et d'expliquer la relation entre politique d'exemption de paiement des soins, accessibilité aux soins et qualité des soins. De façon plus précise, les conséquences de l'exemption de paiement des soins sur l'accessibilité et la qualité des soins sont expliquées, en partant de l'émergence de la décision d'adoption de la politique d'exemption de paiement jusqu'à la réalisation de l'accès et de la qualité des soins, à partir de quatre composantes théoriques. Les quatre composantes théoriques qui fondent notre cadre d'analyse sont le principe d'appropriation par les gouvernements, issu de la Déclaration de Paris (2005) relative aux nouvelles stratégies de l'aide au développement, la théorie d'asymétrie d'information (Akerlof, 1970 ; Karpik, 1989 ; Gallouj, 1997), la théorie des capacités (Sen, 2000) et la théorie lancastérienne appliquée aux services (Gallouj et weinstein, 1997). Ainsi, ce cadre théorique peut être appliqué à d'autres recherches afin d'analyser la relation entre politique d'exemption de paiement des soins, accessibilité aux soins et qualité des soins.

Sur le plan empirique, cette thèse a permis de rendre compte de la situation de la Côte-d'Ivoire en matière d'application de la politique d'exemption de paiement de soins et de progression

vers la Couverture Maladie Universelle. Ainsi, à partir des résultats de cette thèse, des orientations peuvent être prises en vue de l'amélioration de la mise en œuvre de la gratuité ciblée, dans le contexte ivoirien. De notre point de vue, la principale orientation prise dans le sens de l'amélioration de la mise en œuvre de la gratuité ciblée devra concerner, principalement, **le niveau de communication et d'information des patientes**. En effet, dans le cas des centres de santé que nous avons enquêté, il existe un décalage considérable de niveau d'information entre patientes et prestataires de soins, au sujet de l'existence et des modalités d'application de la gratuité des soins. Ce décalage de niveau d'information, au détriment des patientes, représente un frein à l'application de la gratuité au bénéfice de toutes les personnes concernées par cette mesure. Aussi, réduire ce décalage de niveau d'information pourrait permettre une application quasi effective de l'exemption de paiement, comparativement aux résultats de notre recherche.

➤ Limites

Les limites de notre travail de recherche sont perceptibles à deux niveaux. D'abord, au niveau de l'analyse quantitative, la faiblesse des effectifs de nos échantillons a rendu impossible la réalisation d'analyses permettant la comparaison entre catégorie socio-démographique. En effet, la comparaison entre les patientes qui ont bénéficié de la gratuité et celles qui n'en ont pas bénéficié en fonction du niveau d'instruction, ou du milieu de résidence n'a pu être réalisée. Cette comparaison aurait permis de vérifier nos hypothèses secondaires qui étaient de vérifier s'il y avait une différenciation de l'évaluation de l'accessibilité et de la qualité des soins selon que les patientes soient plus instruites ou non ou encore selon que les patientes résident en milieu urbain ou non. Cette comparaison aurait également permis de vérifier si les patientes au niveau d'instruction élevé bénéficient plus de la gratuité étant donné leur niveau d'information, en lien avec leur capacité d'accéder à l'information, du fait leur niveau d'instruction élevé. De même pour le milieu de résidence, par rapport auquel une comparaison entre milieu urbain et rural du pourcentage de patientes qui ont bénéficié de la gratuité des soins aurait permis de prendre des orientations en vue d'améliorer la mise en œuvre de la gratuité dans le milieu de résidence où le pourcentage de patientes qui ont bénéficié de la gratuité est faible.

Ensuite, au niveau de l'analyse qualitative, la principale limite concerne l'absence de responsables de l'administration sanitaire, en général, et du Ministère de la Santé, en particulier, parmi les acteurs du système de santé enquêtés. En effet, la difficulté à contacter les autorités sanitaires, en raison de la lourdeur administrative constatée dans le contexte

ivoirien, a représenté un obstacle considérable à la réalisation d'entretiens avec les responsables de l'administration sanitaire. Or, des entretiens avec cette catégorie d'acteurs auraient permis d'approfondir l'explication de l'asymétrie d'information au sujet de l'existence et de la mise en œuvre de l'exemption de paiement. D'un autre côté, l'autre limite de notre travail, intéressante à relever, toujours au niveau de l'analyse qualitative, est de n'avoir pas intégré parmi les acteurs enquêtés, les femmes qui ont accouché durant les six mois précédant notre enquête mais qui n'ont pas fréquenté les centres de santé sélectionnés, ou qui ont suivi des traitements traditionnels. En effet, interroger cette catégorie de femmes, qui n'ont pas eu recours aux services de soins des centres sélectionnés pour notre enquête, aurait permis de vérifier si le manque d'information, au sujet de l'existence et de la mise en œuvre, a constitué un obstacle dans leur démarche de recours aux soins. Cependant, la difficulté à identifier et repérer cette catégorie de femmes n'a pas permis de les enquêter.

➤ Perspectives de recherche

Ce travail de recherche a ouvert des pistes de recherche qui méritent d'être approfondies. D'abord, les résultats obtenus de nos analyses quantitatives pourraient être comparés à ceux qui seront obtenus, de l'analyse de données ENV, qui seront réalisées dans les prochaines années en Côte-d'Ivoire. Ainsi, l'évolution de l'application de l'exemption de paiement, pourrait être appréciée à partir de nos résultats quantitatifs. Aussi, des enquêtes qualitatives, du même type que celles que nous avons réalisées, pourraient être menées dans d'autres districts sanitaires afin de vérifier si les résultats diffèrent considérablement d'un district sanitaire à un autre, et les raisons de cette éventuelle différence de résultats entre districts sanitaires. Dans ce cadre, les entretiens pourraient être étendus aux responsables de l'administration sanitaire et aux femmes qui n'ont pas eu recours aux services de soins.

Après, l'application de notre cadre théorique à des recherches réalisées dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne permettrait de le tester et de l'améliorer.

Enfin, une analyse approfondie de la transition de la gratuité ciblée des soins vers la Couverture Maladie Universelle mérite également d'être réalisée.

Bibliographie

AANTJES, Carolien, Tim, QUINLAN, et Joske BUNDERS (2014). « Integration of community home based care programmes within national primary health care revitalisation strategies in Ethiopia, Malawi, South Africa and Zambia: a comparative assessment », *Globalization and health*, vol.10, n°85, 15p.

AKA, Kouadio Aka (2010). « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, vol. 3, n° 251, p.439-459.

AKERLOF, George A. (1970). « The market for "Lemons": Quality uncertainty and the market mechanism », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, n°3, p.488-500.

ANDERSEN, Ronald, et John NEWMAN (1973). « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.51, n°1, p.95-124.

BALLET, Jérôme, et Fah Ould Brahim JIDDOU (2005). « L'accès au système de santé en Mauritanie : Problèmes de capacités et défis institutionnels », *Mondes en développement*, Vo.3, n°131, p. 87-97.

BATIFOULIER, Philippe et Guillemette de LARQUIER (2001). Introduction- De la convention et de ses usages, in : BATIFOULIER, Philippe (dir.), *Théorie des conventions, Introduction*, Paris, Economica, p. 9-31.

BECKER, Gary Stanley (1968). *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*, Columbia University Press, New York, first edition.

BEITONE, Alain, CAZORLA, Antoine, DOLLO, Christine et DRAI Anne-Mary (2013). *Dictionnaire de science économique*, Armand Colin, Paris, 4^{ème} édition, 523p.

BETSI, N.A., B.G. KOUDOU, G. CISSÉ, A.B. TSCHANNEN, A. M. PIGNOL, Y. OUATTARA, Z. MADOUGOU, M. TANNER, et J. UTZINGER. (2006). « Effect of an armed conflict on human resources and health systems in Côte-d'Ivoire: Prevention of and care for people with HIV/AIDS », *AIDS Care*, vol.18, n°2, p.356-365.

BHATTACHARYYA, Karabi, Peter, WINCH, Karen, LEBAN, et Marie TIEN (2001). *Agents de santé communautaire : Effets des incitations et des désincitations sur leur motivation, maintien en poste et durabilité*. Une publication du Projet Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet de Soutien à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant) (BASICS II) pour l'USAID, Arlington, Virginia, octobre 2001.

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw612.pdf , consulté le 26 septembre 2015.

BIENCOURT, Olivier, Camille CHASERANT et Antoine REBÉRIOUX (2001). L'économie des conventions : l'affirmation d'un programme de recherche, in : BATIFOULIER, Philippe (dir.), *Théorie des conventions, Chapitre VI*, Paris, Economica, p. 193-217.

BISSOUMA-LEDJOU, Tania, Allarangar, YOKOUIDE, Juliana GNAMON, et Laurent MUSANGO - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau de la Représentation en Côte-d'Ivoire (OMS-CI) (2015). *Suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle en Côte-d'Ivoire : Analyse situationnelle de base*, 56p.

BOIDIN, Bruno (2005). « La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ? », *Mondes en développement*, vol.3, n° 131, p.29-44.

BOIDIN, Bruno (2014). *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*, Presses universitaires du septentrion, Villeneuve-d'Ascq, 183p.

BOYER, Robert (2004). *Théorie de la régulation.1. Les fondamentaux*, Paris, La Découverte, 125p.

BOYER (1986). *La théorie de la régulation : une analyse critique*, Paris, La Découverte, 143p.

BUCHANAN, James M. et Gordon TULLOCK (1962). *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*, Ann Arbor, the University of Michigan Press, 384p.

BUCHANAN, James M., et Robert D. TOLLISON (éd.) (1972), *Theory of public choice: Political Applications of Economics*, Ann Arbor, The University of Michigan Press, 330p.

CHASERANT, Camille et Olivier THÉVENON (2001). Aux origines de la théorie économique des conventions : prix, règles et représentations, in : BATIFOULIER, Philippe (dir.), *Théorie des conventions, Chapitre I*, Paris, Economica, p. 35-61.

CHAVANCE, Bernard (2007). *L'économie institutionnelle*, Paris, La Découverte, 122p.

CHRISTOPHER, Jason B, Alex, LE MAY, Simon LEWIN, et David A ROSS (2011). « Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa », *Human resources for health*, vol.9, n°27, 11p.

COESTIER, Bénédicte et Stephan MARETTE (2004). *Economie de la qualité*, Paris, La Découverte, 122p.

COMMEYRAS, C. et NDO, J. R., (2003). « Etudes de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun », communication présentée au colloque “*Les journées des Economistes Français de la Santé : Santé et Développement* ”, organisé par CERDI, Clermont-Ferrand, France, 21p.

COMMISSION EUROPÉENNE (2001). *Promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises*, Bruxelles, Livre vert, juillet 2001, COM(2001) 366 final, 18 juillet 2001- JOCE C5-0161/2002.

DANIELS, Norman (2009). « L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé », *Raisons politiques*, vol.2, n° 34, p. 9-29.

DE BANDT, Jacques (1995). *Services aux entreprises : informations, produits, richesses*, Economica, Paris, 268p.

DJELLAL, Faridah, Faïz GALLOUJ et Karim GALLOUJ (2004a). « La dynamique de l'innovation et du changement dans les services de soins aux personnes âgées. », *Revue française des affaires sociales* 3/2004 (n° 3), p. 137-169

DJELLAL, Faridah, Camal GALLOUJ, Faïz GALLOUJ et Karim GALLOUJ (2004b). *L'hôpital innovateur. De l'innovation médicale à l'innovation de service*, Masson, Paris, 133p.

DONABEDIAN, Avedis (1993). « Quality in Health Care: Whose Responsibility Is It? », *American College of Medical Quality*, vol.8, n°2, p.32-36.

DOUMBOUYA, Mohamed Lamine. (2007). « Pauvreté et accessibilité aux services de santé : cas de la Guinée », *Economie et Solidarités*, vol. 38, n° 2, p. 137-153.

EASTWOOD, Robert, et Michael LIPTON (2011). «Demographic transition in sub-Saharan Africa: How big will the economic dividend be? », *Population Studies*, Vol. 65, n°1, pp. 9-35.

FAUNCE, Thomas (2012). *Global Publics Goods*, Encyclopedia of Applied Ethics, 2nd edition, p.523-528.

FEDERAL DEMOCRATIC REPUBLIC OF ETHIOPIA, MINISTRY OF HEALTH (FMOH) (2010). *Health Sector Development Programme IV 2010/11-2014/15*, final draft, March 2010, 114p.

FOURNIER, Pierre, et Slim HADDAD (1995). Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, in : GÉRARD, Hubert, et Victor PICHÉ (dir), *Sociologie des populations*, PUM/AUPELF-UREF, p.289-325.

GABAS, Jean-Jacques, et HUGON Philippe (2001). « Les biens publics mondiaux et la coopération internationale », *L'Économie politique*, vol. 4, n° 12, p. 19-31.

GADREY, Jean (1994). Relations, contrats et conventions de service, in : BANDT, Jacques de et Jean GADREY (dir.), *Relations de services, Marché de services Chapitre VI*, CNRS Editions, p. 123-152.

GADREY, Jean (1996). *L'économie des services*, Paris, Repères, La découverte, 125p.

GAIMARD, Maryse (2011). *Population et santé dans les pays en développement*, Paris, L'Harmattan, 308p.

GALLOUJ, Camal (1997). « Asymmetry of information and the service relationship : selection and evaluation of the service provider », *International Journal of Service Industry Management* », vol.8, n°1, p.42-64.

GALLOUJ, Faïz, et WEINSTEIN, Olivier (1997). « Innovation in services », *Research policy*, n° 26, p.537-556.

GILSON, Lucy (1997). « The lessons of user fee experience in Africa », *Health Policy and Planning*, vol.4, n° 12, p.273-285.

GOMEZ, Pierre-Yves (1994). *Qualité et théorie des conventions, Partie 1*, Paris, Economica, p.9-74.

GROSSMAN, Michael (1972). « On the concept of Health Capital and the Demand for Health», *The Journal of Political Economy*, vol.80, n° 2, p.223-255.

GUPTA, Arun, Radha HOLLA, J.P DADHICH, Shoba SURI, Marta TREJOS et Joyce CHANETSA (2013). « The status of policy and programmes on infant and young child feeding in 40 countries », *Health and Policy planning*, vol.28, p.279-298.

HÉRITIER, Adrienne (2015). *Public Goods: International*, International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, 2nd edition, vol.19, p.540-544.

HOOSEN, Coovadia, Rachel, JEWKES, Peter, BARRON, David, SANDERS, Diane, MCINTYRE (2009). « The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges », *The Lancet*, vol.374, p. 817-834.

HOPEWELL, Mike R, et Jay P. GRAHAM (2014). «Trends in access to water supply and sanitation in 31 major sub-Saharan African cities: an analysis of DHS data from 2000 to 2012», *BMC Public Health*, vol.14, n°208, 12p.

KAMARA, Lidija, Patrick LYDON, Julian BILOUS, Jos VANDELAER, Rudi EGGERS, Marta GACIC-DOBO, William MEANEY et Jean-Marie OKWO-BELE (2013). « Global Immunization

Vision and Strategy (GIVS): a mid-term analysis of progress in 50 countries », *Health and Policy planning*, vol.28, p.298-308.

KARPIK, Lucien (1989). « L'économie de la qualité », *Revue française de sociologie*, vol.30, n°2, p.187-210.

KAUL, Inge, GUNBERG Isabelle et STERN Marc (2002). *Les biens publics mondiaux : La coopération internationale au XXI^{ème} siècle*, Paris, Economica, 272p.

KAUL, Inge (2015). *Global Public Policy*, International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, 2nd edition, vol.19, p.178-185.

KLEIN, Tamar (2007). « Selecting Therapies in Benin: Making Choices between Informal, Formal, Private and Public Health Services », *Africa Spectrum*, vol. 42, n° 3, Informal Institutions and Development in Africa, p. 461-481.

KONE, Yaouaga Félix (2014). La mise en place des gratutés des années 2000 au Mali : Sida, césarienne et paludisme, in : OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre et RIDDE, Valéry (dir.) (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger, Chapitre 5*, Paris, Karthala, p.101-113.

LAFOND, Anne, Natasha KANAGAT, Robert STEINGLASS, Rebecca FIELDS, Jenny SEQUEIRA et Sangeeta MOOKHERJI (2015). « Drivers of routine immunization coverage improvement in Africa: findings from district-level case studies », *Health and Policy planning*, vol.30, p.298-308.

LA FOUCADE, Althea Dianne, et SCOTT, Ewan B (2006). « A review of the literature on manifestations of inequitable access to health care: lessons for the Caribbean », *Social and Economic Studies*, vol. 55, n° 4, Health Issues Facing Small Island States in the Caribbean , p. 107-132.

<http://www.jstor.org/stable/27866486>

LAGOMARSINO, Gina, Alice GARABRANT, Atikah ADYAS, Richard MUGA, Nathaniel OTOO (2012). « Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia », *The Lancet*, vol.380, p. 933-943.

LANCASTER, Kelvin J. (1966). « A new approach to consumer theory », *Journal of Political Economy*, vol. 74, n°2, p.132-157.

LEVESQUE, Jean-Frédéric, Marc F. HARRIS et Russell GRANT (2013). «Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations», *International Journal for Equity in Health*, vol.12, n°18, 9p.

MANZAMBI, J. K., et al (2000). « Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 5, n°8, p. 563–570.

MARTENS, Pim (2002). « Health transitions in a globalising world: towards more disease or sustained health? », *Futures*, vol. 34, p.635–648.

MEESSEN, Bruno, David HERCOT, Mathieu NOIRHOMME, Valéry RIDDE, Abdelmajid TIBOUTI, Christine kirunga TASHOBYA et Lucy GILSON (2011). «Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries », *Health policy and planning*, vol.2, n°26, p.16-29.

MILLS, Samuel, et Jane T. Bertrand (2005). « Use of Health Professionals for Obstetric Care in Northern Ghana », *Studies in Family Planning*, vol. 36, n° 1, p. 45-56.

MOUBE, Moubé (2015). *Des principes de responsabilité et de solidarité pour un accès financier équitable aux soins de santé : Le cas des travailleurs de l'informel urbain du Cameroun en situation de vulnérabilité*, Thèse de doctorat en sciences humaines, Université de Montréal, Montréal.

NATIONS UNIES (2015). *Objectifs du Millénaire pour le développement- Rapport 2015*, New York, 75p.

NATIONS UNIES (2014). *Objectifs du Millénaire pour le développement- Rapport 2014*, New York, 59p.

NIMPAGARITSE, Manassé et Maria Paola BERTONE (2011). « The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi », *Health policy and planning*, vol.2, n°26, p.63-71.

OCDE (1998). *L'investissement dans le capital humain : Une comparaison internationale*, Paris, 121p.

OCDE (2001). *Du bien-être des nations : le rôle du capital humain et social*, Paris, 136p.

OCDE (2005). Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et Programme d'action d'Accra, 26p.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre et RIDDE, Valéry (dir.) (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Karthala, Paris.

OLIVIER DE SARDAN, Jean Pierre (2003). Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé, in : JAFFRE, Yannick, et Jean

Pierre OLIVIER DE SARDAN (dir), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, p.265-294.

OMRAN, Abdel R. (1971). « The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, partie 1, p. 509–538.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1978). *Alma-Ata 1978 : Les soins de santé primaires*, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS) du 6-12 septembre 1978, Genève, 88p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1999). Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger, OMS (Afrique): 4.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2009a). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain*, Genève, 94p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional de l'Afrique (OMS/AFRO) (2009b). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 : Côte-d'Ivoire*, 49p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional de l'Afrique (OMS/AFRO) (2009c). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 : République Démocratique du Congo*, 48p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional de l'Afrique (OMS/AFRO) (2009d). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 : Sénégal*, 57p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional de l'Afrique (OMS/AFRO) (2014). *La santé des populations : les mesures efficaces – le Rapport sur la santé dans la Région africaine 2014*, 232p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2014). *Statistiques sanitaires mondiales 2014*, Genève, 182p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2013). *Rapport sur la santé dans le monde 2013: La recherche pour la couverture sanitaire universelle*, Genève, 168p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010). *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle*, Genève, 121p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais*, Genève, 126p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, 248p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional de l'Afrique (OMS/AFRO) (2014). *La santé des populations : les mesures efficaces – le Rapport sur la santé dans la Région africaine 2014*, 232p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Comité régional pour l'Afrique (OMS/AFRO) (1987). *Rapport du comité régional, trente-septième session, 9-16 septembre 1987*, Bamako, 213p.

O'DONNELL, Michael P. (2009). « Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities », *American Journal of Health Promotion*, vol. 24, n°1, p. 4-5.

PEEMANS, Jean-Philippe (2002). *Le développement des peuples face à la modernisation du monde, les théories du développement face aux histoires du développement "réel" dans la seconde moitié du XXe siècle*, L'Harmattan, 543p.

PHILLIPS, David R. (1990). Using health services, in: PHILLIPS, David R., *Health and health care in the Third World*, p.178-220.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE (2013). *Stratégie Nationale Protection Sociale (Mars 2013)*.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA (2013). *Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (Février 2013)*.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA (2012). *Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 (Avril 2012)*.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA (2008). *Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 (Janvier 2008)*.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, MINISTÈRE D'ETAT, DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE et ICF INTERNATIONAL (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*, Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, MINISTÈRE DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (2003). *Profil de pauvreté en Côte-d'Ivoire en 2002 : Résultats provisoires*.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (1998). *Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1999, RGPH-98, vol. IV, tome 1, Etat et structures de la population, 117p.*

RETOLAZA, José Luis, Leire SAN-JOSE, Sara URIONABARRENETXEA, et Domingo GARCÍA-MERINO (2016). « Linking the moral hazard and leverage in companies », *Ramon Llull journal of applied ethics*, n° 7, p. 143-166.

RIDDE, Valéry, Ludovic, QUEUILLE, et Yamba KAFANDO (dir) (2012). *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*, Montréal, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM)- Help - Hilfe zur Selbsthilfe e.V., Allemagne (HELP e.V).

http://www.helpev.de/fileadmin/media/ExemptionPaiementEnAOCapitalisations_296p_CRCHUM-HELP-ECHO_2012.pdf, consulté le 01/10/2015.

RIDDE, Valéry (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 341p.

RIDDE, Valéry, Emilie ROBERT, et Bruno MEESEN (2012). « A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems », *BMC Public Health*, vol.12, n° 289.

RIDDE, Valéry et Florence MORESTIN (2011). « A scoping review of the literature on the abolition of user fees in the healthcare services in Africa », *Health Policy and planning*, vol.1, n°26, p.1-11.

RIDDE, Valéry, Emilie ROBERT et Bruno MEESEN (2010). « Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé ». *World Health Report (2010) Background paper*, n°18, Genève: OMS.

RIDDE, Valéry (2005). *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina-Faso*, Thèse de doctorat en santé communautaire, Université Laval, Québec.

ROBERT, Emilie, Yamba, KAFANDO, Ludovic, QUEUILLE, et Valéry, RIDDE (2012). Etat des lieux des connaissances disponibles sur les politiques et programmes d'exemption du paiement direct des soins en Afrique de l'Ouest, in : RIDDE, Valéry, Ludovic, QUEUILLE, et Yamba KAFANDO (dir) (2012). *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de*

l'Ouest, Chapitre 1, Montréal, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM)- Help - Hilfe zur Selbsthilfe e.V., Allemagne (HELP e.V), p.15-108.

SACHS, Jeffrey D. (2001). *Macroeconomic and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva.

SAYLOR, Coleen (2004). « The Circle of Health », *Journal of Holistic Nursing*, vol. 22, No. 2, p. 98-115.

SCHULTZ, Theodore William (1961). « Investment in human capital », *The American Economic Review*, vol. 51, n°1, p.1-17.

SCHLUTZ, Theodore William (1982). *Investing in people: the economics of population quality*, University of California Press, London, 173p.

SEN, Amartya (2000). *Repenser l'inégalité*, Editions du Seuil, 321p.

SMITH, Richard (2014). *Global Public Goods and Health*, Encyclopedia of Health Economics, vol.1, p.322-326.

SONG, M., et KONG, E.H. (2015). « Older adults' definitions of health: A metasynthesis », *International Journal of Nursing Studies*, vol.52, n°6, p.1097-106.

TOURÉ, Laurence (2012). «La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins?» Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali, *Afrique contemporaine*, vol.3, n° 243, p. 49-63.

UNITED NATIONS, DEPARTEMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Data Booklet*. ST/ESA/SER.A/377. https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_DataBooklet.pdf
Consulté le 16/03/2017

VITZTHUM, Virginia J., et Hilde SPIELVOGEL (2003). « Epidemiological transitions, reproductive health, and the Flexible Response Model », *Economics and Human Biology*, vol.1, p.223–242.

WITTER, S, M, DIENG T, Richard WITTER, S. And DE BROUWERE, V. F (2008). *National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal*, vol. 24, n°3, Antwerp, ITG Press, p.167- 198.

WALT, Gill (1988). *Community Health Workers: Policy and Practice in National Programs*, EPC Publication, n°16, The Evaluation and Planning Centre, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London.

WHO/AFRO (2009a). *WHO Country Cooperation Strategy 2008-2011: Ghana*, 43p.

WHO/AFRO (2009b). *WHO Country Cooperation Strategy 2009-2014: Uganda*, 43p.

WHO/AFRO (2013a). *WHO Country Cooperation Strategy 2012-2015: Ethiopia*, 69p.

WHO/AFRO (2013b). *WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013: Mozambique*, 45p.

WHO/AFRO (2014). *WHO Country Cooperation Strategy 2014-2019: Nigeria*, 68p.

WHO (2014). *World malaria report 2014*, Geneva, 242p.

WHO (2014). *World Health Statistics 2014*, WHO Press, Geneva, Switzerland, 180p.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Synthèse des spécificités en santé en Afrique en comparaison à l'Amérique, l'Asie et l'Europe (2012-2013).....	41
Tableau 2 : Synthèse des enjeux en santé en Afrique en comparaison à l'Amérique, l'Asie et l'Europe.....	41
Tableau 3 : Définition du bien public selon Beitone et al. (2013).....	44
Tableau 4 : Définition du bien public selon Smith (2014).....	45
Tableau 5 : Indicateur de politique nationale d'allaitement maternel et PIB/habitant de 9 pays d'ASS pour l'année 2011.....	73
Tableau 6 : Comparaison entre prévision et réalisation (nombre de pays) en matière d'introduction de nouveaux vaccins dans les pays africains pour la période 2006-2010.....	76
Tableau 7 : Organisation des systèmes de santé du secteur public dans 9 pays d'Afrique subsaharienne.	91
Tableau 8 : Caractéristiques démographique, spatiale et économique des 9 pays d'Afrique subsaharienne.	93
Tableau 9 : Indicateurs de couverture par les services de santé et de densité de personnel de santé en Côte-d'Ivoire.....	174
Tableau 10 : Synthèse nationale des structures sanitaires publiques et privées ivoiriennes en 2010.....	180
Tableau 11 : Synthèse des structures sanitaires publiques ivoiriennes en 2010.....	182
Tableau 12 : Synthèse des structures sanitaires publiques ivoiriennes en 2014.....	182
Tableau 13 : Synthèse des structures sanitaires privées ivoiriennes en 2010.....	183
Tableau 14 : Etablissements sanitaires privés, communautaires et confessionnels intégrés au SIG.....	184
Tableau 15 : Répartition des structures sanitaires et des populations par région.	186
Tableau 16 : Extrait des questionnaires des ENV 2008 et 2015 relatifs aux sections sur les dépenses de santé.....	189
Tableau 17 : Extrait des questionnaires des ENV 2008 et 2015 relatifs aux sections santé sur les consultations prénatales.....	190
Tableau 18 : Distribution de l'échantillon (N) selon les variables consultation (de services de santé modernes comme traditionnels) et malade.	192
Tableau 19 : Distribution de l'échantillon de malades selon la variable sexe.....	192

Tableau 20 : Distribution de l'échantillon selon le motif de la dernière consultation.	193
Tableau 21 : Distribution de l'échantillon de personnes ayant consulté pour motif de grossesse (consultation prénatale) selon la variable centre de santé.....	194
Tableau 22 : Distribution de l'échantillon de personnes ayant consulté dans un centre de santé public, pour motif de grossesse selon la variable coût de consultation d'un personnel de santé moderne et de vaccination au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.	198
Tableau 23 : Distribution de l'échantillon de personnes ayant consulté dans un centre de santé public, pour motif de grossesse selon la variable frais d'hospitalisation au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.	198
Tableau 24 : Evolution des dépenses de santé nulles entre 2008 et 2015 pour motif de consultation prénatale dans un centre de santé public. (N ₂₀₀₈ =132) et (N ₂₀₁₅ =230)	199
Tableau 25 : Extrait questionnaires ENV 2008 et 2015.	201
Tableau 26 : Association entre exemption de paiement et frais de consultation comme obstacle à l'accès aux soins.....	204
Tableau 27 : Association entre exemption de paiement et frais d'ordonnance comme obstacle à l'accès aux soins.....	205
Tableau 28 : Association entre exemption de paiement et coût du transport comme obstacle à l'accès aux soins.	206
Tableau 29 : Association entre exemption de paiement et coût des hospitalisations comme obstacle à l'accès aux soins.....	207
Tableau 30 : Association entre exemption de paiement et insuffisance du personnel de santé comme obstacle à l'accès aux soins (N=100).	208
Tableau 31 : Association entre exemption de paiement et éloignement du centre de santé comme obstacle à l'accès aux soins.....	209
Tableau 32 : Association entre exemption de paiement et milieu de résidence.	210
Tableau 33 : Résultats Test Chi ²	211
Tableau 34 : Grille de notation de la qualité et de la gratuité.	227
Tableau 35 : Taille échantillon enquêtés.	227
Tableau 36 : Tableau récapitulatif des résultats d'analyse pour les patientes et la population générale des centres de santé de Songon et Port-Bouët.	228
Tableau 37 : Tableau récapitulatif des résultats d'analyse pour les professionnels de santé des centres de santé de Songon et Port-Bouët.....	229
Tableau 38 : Liste des structures sanitaires présélectionnées pour le « concours maternité accueillante » édition 2014.	236

Liste des figures

Figure 1 : Le cercle de santé.	29
Figure 2 : Le triangle des services.	52
Figure 3 : Le polygone des services.....	53
Figure 4 : Le polygone des services de soins maternels et infantiles appliqué à la Côte-d’Ivoire.	54
Figure 5 : L’identification des acteurs à enquêter à partir du polygone des services de soins maternels et infantiles.	55
Figure 6 : Déterminants et conséquences de l’accumulation du capital-santé.....	60
Figure 7 : Health as an Input into Economic Development.....	63
Figure 8 : Les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle.	86
Figure 9 : Modélisation du cube de la CSU (situation de base) en Côte d’Ivoire	88
Figure 10 : Pyramide sanitaire du secteur public ivoirien.	97
Figure 11 : Le polygone des services de soins maternels et infantiles comme repère dans l’identification des acteurs du système de santé ivoirien.....	102
Figure 12 : Les déterminants individuels de l’utilisation des services de santé. (Andersen et Newman, 1973).....	117
Figure 13 : A framework for the study of access to health services (from Aday and Andersen 1974).	119
Figure 14 : Une définition de l’accès aux soins de santé.	125
Figure 15 : Un cadre conceptuel de l’accès aux soins de santé.	126
Figure 16 : Le service comme vecteur de caractéristiques	138
Figure 17 : Le service de soins comme vecteur de caractéristiques.	139
Figure 18 : Relation entre politique d’exemption de paiement de soins-accessibilité aux soins- qualité des soins.	149
Figure 19 : La qualité des soins selon Roemer et Montoya-Aguilar (1989).....	160
Figure 20 : La qualité des soins de santé selon Donabedian (1993).....	161
Figure 21 : Le champ d’application pratique de la qualité des soins. 1, patients, professionnels de santé, et leur interaction ; 2.fournisseurs institutionnels ; 3. Organisation des consommateurs, professionnels et fournisseurs institutionnels ; 4. Assureurs ; 5. Chercheurs, promoteurs, éducateurs et leurs organisations ; 6. Décideurs politiques et régulateurs.	162

Figure 22 : Cadre conceptuel d'analyse des résultats médicaux (Tarlov et al., 1989)	165
Figure 23 : La qualité des soins évaluée à partir des caractéristiques d'acteurs du système de soins.	166
Figure 24 : Découpage administratif de la Côte-d'Ivoire selon les 19 régions.	187
Figure 25 : Age des patientes.....	195
Figure 26 : Situation matrimoniale des patientes.....	195
Figure 27 : Niveau d'instruction des patientes	196
Figure 28 : Profession des patientes.....	197
Figure 29 : Evolution des dépenses de santé nulles entre 2008 (1) et 2015 (2) pour motif de consultation prénatale dans un centre de santé public. (N ₂₀₀₈ =132) et (N ₂₀₁₅ =230).....	200
Figure 30 : Age patientes « concours maternité accueillante 2014 ».	238
Figure 31 : Situation matrimoniale patientes « concours maternité accueillante 2014 ».	239
Figure 32 : Profession patientes « concours maternité accueillante 2014 ».	239
Figure 33 : Niveau d'instruction patientes « concours maternité accueillante 2014 ».	240
Figure 34 : Motif visite médicale patientes « concours maternité accueillante 2014 ».	241
Figure 35 : Satisfaction patientes et intégration du prestataire dans la communauté	242

Liste des encadrés

Encadré 1 : Les dimensions du concept de santé.....	28
Encadré 2 : Le modèle de Lancaster (1966).	136
Encadré 3 : Les Enquêtes Niveau de Vie en Côte-d'Ivoire.	188
Encadré 4 : Les caractéristiques des centres de santé sélectionnés pour l'enquête qualitative.	217

Liste des annexes

Annexe 1 : Circulaire relative à l'application de l'arrêté interministériel portant sur l'exemption ciblée de paiement des soins en Côte-d'Ivoire.	272
Annexe 2 : Extrait questionnaire ENV 2015, section santé.....	279
Annexe 3 : Extrait questionnaire ENV 2008, section santé.....	280
Annexe 4 : Extrait questionnaire ENV 2015, section dépenses de santé.....	281
Annexe 5 : Extrait questionnaire ENV 2008, section dépenses de santé.....	282
Annexe 6 : Extrait questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques des patientes, ENV 2015.	283
Annexe 7 : Extrait questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques des patientes, ENV 2008.	286
Annexe 8 : Extrait questionnaire portant sur les obstacles à l'accès aux soins (problèmes de santé), ENV 2015.....	289
Annexe 9 : Extrait questionnaire portant sur les obstacles à l'accès aux soins (problèmes de santé), ENV 2008.....	290
Annexe 10 : Grilles d'entretiens semi-directifs.	291
Annexe 11 : Grilles d'entretiens approfondis.	295
Annexe 12 : Questionnaires clientes « concours maternité accueillante 2014 ». (RCI, 2014)	299
Annexe 13 : Fiche d'évaluation des structures sanitaires « concours maternité accueillante 2014 » (RCI, 2014).	302
Annexe 14 : Carte des régions et districts sanitaires de Côte-d'Ivoire en 2008.	308
Annexe 15 : Carte des hôpitaux et centres de santé publics de la région sanitaire des lagunes en 2008.....	309

Annexes

Annexe 1 : Circulaire relative à l'application de l'arrêté interministériel portant sur l'exemption ciblée de paiement des soins en Côte-d'Ivoire.



MINISTRE DE LA SANTE ET
LA LUTTE CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

LE MINISTRE

A

0731

- Messieurs les Directeurs Généraux des CHU ;
- Messieurs les Directeurs Régionaux et Départementaux de la Santé et de la Lutte contre le Sida ;
- Messieurs les Directeurs des CHR et HG ;
- Messieurs les PCA, Directeurs et Médecins-Chefs des ESCOM ;

Circulaire N° /MSLS/ CAB du 27 FEV 2012, relative à l'application de l'arrêté interministériel n° du 2012, instituant des mesures d'exemption ciblée de paiement du coût des actes médicaux dans les Etablissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés.

Au sortir de la crise postélectorale qu'a connue notre pays en 2010, le Gouvernement a pris la décision d'instaurer une mesure exceptionnelle d'exemption de paiement des frais médicaux par les usagers des établissements sanitaires publics et à base communautaire (ESCOM) en Avril 2011.

Cette décision qui a été prise pour alléger les souffrances des populations, s'est déroulée durant **10 mois, du 16 Avril 2011 au 16 Février 2012.**

Depuis le 20 Février 2012, le Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé et de Lutte contre le Sida, a déclaré la fin de cette mesure d'exemption totale et a annoncé par la même occasion le début de la Gratuité ciblée, dont les principaux bénéficiaires sont la femme enceinte et les enfants de 0 à 5 ans ; ceci pour répondre aux recommandations de l'OMS, notamment pour l'atteinte des OMD 4 et 5.

Il s'agit de mesures transitoires qui sont mises en œuvre dans la perspective de la mise en place prochaine de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

La présente circulaire a pour objet de préciser : i) le champ d'application, ii) les prestations et les actes concernés, iii) les tarifs applicables, iv) les modalités de mise en œuvre et de gestion des mesures sélectives d'exemption de paiement de la prise en charge médicale des usagers des établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés.

NY

I. CHAMP D'APPLICATION

I.1- Sont concernés par l'application des mesures d'exemption sélective de paiement, tous les établissements de la pyramide sanitaire relevant du secteur public ainsi que les établissements sanitaires communautaires conventionnés.

I.2- Ces mesures d'exemption sélective de paiement s'adressent en particulier aux personnes démunies et aux non assujettis sociaux. Elles ciblent préférentiellement le groupe-cible mère-enfant, en raison des objectifs poursuivis dans le cadre de l'accélération de l'amélioration de la santé dudit groupe.

II. PRESTATIONS ET ACTES CONCERNES

II. 1- Les prestations et actes concernés par les mesures d'exemption sélective de paiement sont :

- la consultation des femmes enceintes et des enfants âgés de 0 à 5 ans ;
- les consultations prénatales ;
- les examens du bilan prénatal, tels que consignés dans le nouveau carnet de la mère et de l'enfant et deux échographies obligatoires (1^{er} et 2^{ème} trimestre de la grossesse) ;
- l'accouchement par voie basse et ses complications ;
- la césarienne ;
- la fourniture des kits d'intrants correspondants ;
- l'hospitalisation pour les accouchements ;
- l'hospitalisation pour les césariennes.
- la prise en charge des pathologies les plus fréquentes de l'enfant âgé de 0 à 5 ans autres que le paludisme à savoir : les infections bactériennes néonatales, la souffrance cérébrale du nouveau-né,
- la prématurité/hypotrophie, la détresse respiratoire du nouveau-né, la pneumonie, les maladies diarrhéiques, la méningite, les anémies, la malnutrition, la rougeole et le sida pédiatrique, les occlusions intestinales, les péritonites, les fractures, les ostéomyélites et ostéoarthrites ;
- l'hospitalisation pour les enfants âgés de 0 à 5 ans pour les pathologies ci-dessus citées;
- les examens complémentaires minimum définis pour chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- le traitement du paludisme ;
- les 48 premières heures de prise en charge pour les urgences médico-chirurgicales ;

ny

II.2- Les urgences médico-chirurgicales sont tous les cas de pathologies jugés urgents et qui sont admis dans les services des urgences ou les services d'urgence des établissements sanitaires.

II.3- Les examens complémentaires sont les examens biologiques et radiologiques minimum requis pour chaque cas de prise en charge et qui sont réalisables dans l'établissement sanitaire.

III. TARIFS APPLICABLES

1- Le passage de l'exemption totale de paiement à l'exemption sélective de paiement réintroduit automatiquement le recouvrement des coûts des actes de santé et des médicaments pour les usagers non éligibles aux mesures d'exemption.

2- Les tarifs des actes pour les mesures d'exemption sélective de paiement sont ceux des tarifs réduits en vigueur, applicables aux usagers ne bénéficiant pas d'un système de couverture maladie.

3- Dans tous les autres cas qui sont non éligibles aux mesures d'exemption de paiement, il est consenti un abattement de 30 % sur les tarifs réduits en vigueur lorsque ceux-ci sont supérieurs à 1000 F. CFA.

4- Ces nouveaux tarifs des prestations doivent être affichés dans les locaux des établissements sanitaires.

5- Les modalités habituelles d'admission des usagers ainsi que les modalités de recouvrement des coûts des actes de santé dans les établissements sanitaires publics prévues par les textes en vigueur restent applicables.

IV. MODALITES DE MISE EN OEUVRE

IV.1- Circuit des malades au sein de la pyramide sanitaire

1-1 D'une manière générale, lorsque le dispositif sanitaire ainsi que les ressources humaines, matérielles et logistiques le permettent, l'itinéraire des usagers doit suivre les différents niveaux de la pyramide sanitaire dans le cadre du système de référence/contre-référence qui vise à rationaliser l'utilisation des services. (Des ESPC vers les HG et CHR ; et des HG ou CHR vers les CHU et autres Instituts de dernier recours).

1-2 Les établissements sanitaires qui réfèrent des cas vers d'autres établissements sont tenus de respecter, dans la mesure des moyens disponibles, les règles d'usage en la matière, notamment en ce qui concerne la délivrance de bulletin de consultation ou de billet d'évacuation, la

3

My

transmission du dossier médical, la confidentialité, la communication et le suivi du cas après la référence.

IV.2- Circuit des malades au sein des établissements sanitaires

2-1 Les hôpitaux de référence doivent s'organiser au mieux pour faciliter l'accueil et la prise en charge des usagers conformément aux circuits habituels en observant la priorité accordée aux cas d'urgence et aux malades référés.

2-2 Les patients admis en hospitalisation dans le cadre des urgences médico-chirurgicales bénéficient, en plus de la prise en charge thérapeutique, de l'exemption de paiement des frais d'hospitalisation pour les 48 premières heures.

2-3 Ces exemptions de paiement prennent fin au-delà des 48 heures pour tous les actes et les prestations à venir, si l'état de santé du bénéficiaire exige son maintien en hospitalisation.

IV.3- Eligibilité des usagers bénéficiaires des mesures d'exemption de paiement au sein des établissements sanitaires d'accueil

3-1 Les bénéficiaires des mesures d'exemption sélective de paiement sont :

- les femmes enceintes ;
- les enfants âgés de 0 à 5 ans pour les pathologies indiquées ci-dessus ;
- les personnes de tout sexe et de tout âge présentant un cas d'urgence médico-chirurgicale ;
- les personnes de tout sexe et de tout âge présentant un paludisme confirmé.

3-2 L'éligibilité des bénéficiaires des mesures d'exemption sélective de paiement est décidée par le personnel soignant, pour les établissements sanitaires de premier contact en milieu rural et par les services des entrées ou des admissions, pour les établissements sanitaires de premier contact urbains et pour les hôpitaux de référence.

3-3 La pièce d'identité du bénéficiaire, le carnet de la mère et de l'enfant, la copie de l'extrait de naissance, ou le cas échéant, la déclaration de bonne foi des parents et des accompagnants sont des éléments de vérification de l'âge et du statut social exigibles par les services de santé en vue de l'éligibilité des usagers aux mesures d'exemption.

Hy

3-4 En dehors des cas d'accouchement, des cas d'indication de césarienne, des enfants âgés de 0 à 5 ans et des cas d'urgence médico-chirurgicale, les cas référés ne sont pas systématiquement exemptés de paiement.

3-5 Dans le cas spécifique du paludisme, l'exemption de paiement ne peut être décidée sur la base de la présomption diagnostique. Seul le traitement administré suite à la confirmation du diagnostique est exempté de paiement.

IV.4. Rationalisation des examens complémentaires

En attendant l'harmonisation et la standardisation prochaine des méthodes et des pratiques en matière d'examens biologiques et radiologiques, les personnels de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire sont encouragés à rationaliser la prescription des examens complémentaires dans le cadre de la mise en œuvre des mesures d'exemption sélective de paiement.

V. MODALITES DE GESTION

V.1. Financement des mesures d'exemption de paiement

Le financement des mesures d'exemption de paiement est assuré par l'Etat à travers le financement de l'approvisionnement en médicaments et le remboursement aux établissements sanitaires concernés, des montants correspondant aux redevances non perçues auprès des usagers.

V. 2. Remboursements aux établissements sanitaires des redevances non perçues

Les Etablissements sanitaires comptabiliseront chaque fin de mois, les redevances facturées et non perçues dans le cadre de la gratuité ciblée, et transmettront les Etats y afférant, au DAF du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, pour paiement après les contrôles d'usage.

A cette fin, le DAF du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida dressera un point mensuel des charges desdits établissements, à l'attention du MEF, et assurera le plaidoyer nécessaire en vue de la mobilisation des fonds

La capacité qu'auront les établissements sanitaires à faire face avec promptitude à leurs charges les plus essentielles, est une des conditions sine qua non pour la réussite de la politique de gratuité ciblée.

Aussi, les remboursements desdites redevances non perçues, aux établissements sanitaires concernés, se feront-ils dans les meilleurs délais.



V.3. Gestion de l'approvisionnement en médicaments et intrants

3.1- La gestion efficiente de l'approvisionnement en médicaments et intrants dans les établissements sanitaires constituent l'élément déterminant de la prise en charge des cas. La Pharmacie de la Santé Publique (PSP), les pharmaciens de district, des CHR et HG, les gestionnaires de pharmacie, les personnels de santé sont invités à observer des règles strictes de bonne gestion.

3.2- Au démarrage de la mise en œuvre de la Gratuité ciblée, des inventaires des stocks de médicaments et intrants, suivis de l'estimation de la valeur financière, doivent être faits dans toutes les pharmacies des districts et établissements sanitaires approvisionnés ou non par la PSP, afin de garantir la traçabilité et la transparence dans la gestion desdits médicaments.

3.3- En matière de gestion financière au niveau des pharmacies des districts, des CHR, des HG, et des ESCOM, il sera tenu une comptabilité financière séparée entre les médicaments et autres instants stratégiques consommés d'une part, dans le cadre de la gratuité ciblée, et d'autre part, ceux faisant l'objet d'un recouvrement des coûts ; à l'effet d'engager les procédures nécessaires, pour le remboursement auprès des autorités compétentes. Les montants recouverts sont gérés conformément aux dispositions habituelles en vigueur.

VI. MECANISME DE SUIVI

Le dispositif national de suivi et d'évaluation mis en place dans le cadre de l'exemption totale de paiement reste inchangé pour les mesures d'exemption sélective de paiement.

Au niveau de chaque District sanitaire le comité de gestion des établissements sanitaires (COGES) doit s'organiser pour assurer le suivi de l'application de ces mesures.

Des évaluations régulières, périodiques seront faites tous les trimestres, en vue d'apporter des mesures correctrices nécessaires.



VII. INSPECTION, CONTROLE ET SANCTIONS

Des inspections et des contrôles seront faits respectivement par les services de l'Inspection générale et ceux du contrôle de gestion du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Tout manquement à l'application effective desdites mesures d'exemption sélective de paiement ainsi que les cas de fraudes et d'abus constatés seront sanctionnés conformément aux lois en vigueur.



Pr. Thérèse A. N'DRIYOMAN

AMPLIATIONS

- Présidence de la République	: 1
- Premier Ministre	: 1
- Secrétariat général du Gouvernement	: 1
- Tous Ministères	36
- Cabinet du MSLS	: 1
- Toutes Directions du Ministère	17
- Tous services rattachés	12
- Tous EPN du MSLS	13
- Contrôle Financier	: 1
- IGSL	: 1
- Archives	: 1

Annexe 2 : Extrait questionnaire ENV 2015, section santé.

SECTION C : SANTE

NB: Les parents répondent pour les enfants		CODES QUESTION C.1.c & c2b	
CODES QUESTION C.1.b		CODES QUESTION C.1.e	
ASC	1	Case de santé	1
Assistant médical	2	ESPC	2
Sage femme, infirmier	3	Hopital général	3
Médecin	4	CHR	4
Pharmacien	5	CHU	5
Autres	6	Centre spécialisé	6
CODES QUESTION C.2.c		CODES QUESTION C.3.b	
trop cher	1	Plus efficace/confiance	1
éloignement	2	Moins cher	2
pas nécessaire	3	Plus proche	3
pas de CS	4	Habitude	4
tradition	5	Conseil	5
accueil	6	Autres	6
autre	7	CODES QUESTION C.5.	
CODES QUESTION C.3.		Oui, guérison totale	1
Personnel de santé formel	1	Oui, guérison avec séquelle	2
Guérisseur	2	Non	3
CODES QUESTION C.6.b		CODES QUESTION C.5.	
Moins d'1 mois	1	Oui, guérison totale	1
1 à 3 mois	2	Oui, guérison avec séquelle	2
4 à 6 mois	3	Non	3
7 mois à 1 an	4	fièvre, malaria	
1 à 3 ans	5	diarrhée	
plus de 3 ans	6	maux d'estomac	
		vomissements	
		mal de gorge	
		respiration nasale (sinus)	
		respiration pulmonaire (poitrine, poumons)	
		grippe	
		asthme	
		maux de tête	
		évanouissements	
		problèmes de peau	
		problèmes dentaires	
		problèmes oculaires	
		orl (oreilles/nez/gorge)	
		mal de dos	
		problèmes cardiaques	
		tension artérielle	
		douleurs urinaires	
		diabète	
		troubles mentaux	
		tuberculose (tb)	
		IST	
		brûlure	
		fracture	
		blessure	
		intoxication	
		Consultation prénatale	
		maladie chronique non précisée	
		Bilan médical	
		Vaccination	
		autre	

ESPC: Etablissement Sanitaire de Premier Contact

hh.1	C.1. Personnel de santé qualifié				C.2. Guérisseur/Tradipraticien/chinois			C.3.	C.3.b.	C.4. Au cours des 4 dernières semaines	C.6.b	C.5. Au cours des 4 dernières semaines		
IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	C.1.a. [nom] a-t-il consulté un personnel de santé au cours des 4 dernières semaines?	C.1.b. Quel personnel de santé [nom] a-t-il consulté au cours des 4 dernières semaines?	C.1.c. Quel motif de la dernière consultation de [nom] au cours des 4 dernières semaines?	C.1.d. Combien de consultations [nom] au cours des 4 dernières semaines?	C.1.e. Où la dernière consultation a-t-elle eu lieu au cours des 4 dernières semaines?	C.1.f. Le centre de santé où avez-vous fait la dernière consultation au cours des 4 dernières semaines est-il public ou privé?	C.2.a. [nom] a-t-il consulté un guérisseur au cours des 4 dernières semaines?	C.2.b. Quel motif de la visite de [nom] chez le guérisseur au cours des 4 dernières semaines?	C.2.c. Pourquoi [nom] n'a pas consulté un personnel de santé qualifié ?	personnel de santé formel et du guérisseur [nom] a-t-il consulté en premier?	Pourquoi ?	4 dernières semaines [nom] a-t-il été malade?	Depuis quand [nom] a cette maladie?	4 dernières semaines la maladie de [nom] a-t-elle été guérie?
1	oui.....1 non.....2 (si 2, aller à C.2.a)	(CF CODES)	(CF CODES)	Max=20	(CF CODES)	Public...1 Privé...2 NSP...3	oui.....1 non.....2 (Si 2 aller à C.4.)	(CF CODES)	(CF CODES)	(SSI C.1.a=1 C.2.a=1)		oui.....1 non.....2 (Si 2 vérifier âge et aller à C7 sinon aller à C18)	(CF CODES)	
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

Annexe 3 : Extrait questionnaire ENV 2008, section santé.

SECTION B : SANTE

CODES QUESTION B.2 Moins d'1 mois 1 1 à 3 mois 2 3 à 6 mois 3 6 mois à 1 an 4 1 à 3 ans 5 plus de 3 ans 6		CODES QUESTION B.4 Maladie 1 Bilan médical 2 Consultation prénatale 3 Vaccination 4 autre 8		CODES QUESTION B.8 trop chère 1 éloignement 2 pas nécessaire 3 pas de médecin 4 disponible 5 tradition 6 autre 8	
CODES QUESTION B.5 ET B7 Guérisseur 1 Assistant médical 2 Sage femme, infirmier 3 Médecin 4 Pharmacien 5 Autre 8		CODES QUESTION B.9 CHU 1 Hôpital, CHR 2 ESPC 3 Clinique 4 Domicile 5 Autres 8		CODES QUESTION B.10 Public 1 Privé 2	
				CODES QUESTION B.11 non 0 BCG 1 DTC hep B3 2 VAR 4 VAA 8 VAT2+ 16 Vitamine A 32	

IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	B.1. Avez-vous été malade au cours des quatre dernières semaines ?	B.2. Depuis quand avez-vous cette maladie ?	B.3. avez-vous consulté un personnel de santé ou un guérisseur au cours des quatre dernières semaines ?	B.4. Quel est le motif de cette consultation ?	B.5. Qui avez-vous consulté en premier lieu ?	B.6. Combien de consultations avez-vous fait au cours des 4 dernières semaines	B.7. Qui avez-vous consulté en dernier lieu ?	B.8. Pourquoi n'avez-vous pas consulté un personnel de santé formelle ?	B.9. Où la consultation a-t-elle eu lieu ?	B.10. Quel est le type de centre de santé ?	Uniquement les enfants de moins de 5 ans	B.11. (NOM) a-t-il été vacciné ? Si oui, quels types de vaccin a-t-il reçu ?	B.12. Avez-vous une moustiquaire qui peut être utilisée pour dormir ?	B.13. Cette moustiquaire a-t-elle été traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	B.14. Avez-vous dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?
	oui.....1 non.....2	(CF CODES)	oui.....1 non.....2	(CF CODES)	(CF CODES)	(CF CODES)	(CF CODES)	(CF CODES)	(CF CODES)	(CF CODES)	(CF CODES)	oui.....1 non.....2	oui.....1 non.....2	oui.....1 non.....2	
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

Annexe 4 : Extrait questionnaire ENV 2015, section dépenses de santé.

SECTION Lb : DEPENSES DE SANTE

<p>CODES QUESTION Lb.11</p> <p>assurance 1</p> <p>parents 2</p> <p>ong 3</p> <p>etat 4</p> <p>autres 5</p>	
<p>CODES QUESTIONS Lb.12.b</p> <p>Taux de couverture 100% 1</p> <p>Taux de couverture 90% 2</p> <p>Taux de couverture 80% 3</p> <p>Taux de couverture 70% 4</p> <p>Taux de couverture 60% 5</p> <p>Taux de couverture 50% 6</p>	
<p>Les questions 2 à 10 ne concernent que les personnes ayant effectuées des dépenses de santé (qui ont répondu oui à la question 1). Pour les questions 2 à 8 et la question 10 Essayer d'évaluer pour les 3 derniers mois et pour chaque membre du ménage.</p>	

hh.1	Lb.1. (nom a-t-il bénéficié des dépenses de santé ou a-t-il effectué des dépenses de santé au cours des 3 derniers mois pour lui-même? oui.....1 non.....2)	Lb.2. Quel est le montant des consultations prénatales CPN? (uniquement femmes de plus de huit (8) ans)	Lb.3. Quel est le montant des produits pharmaceutiques achetés au cours des 3 derniers mois ?	Lb.4. Quel est le montant des médicaments traditionnels achetés au cours des 3 derniers mois ?	Lb.5. Les coûts de consultation d'un personnel de santé moderne et de vaccination au cours des 3 derniers mois ?	Lb.6. Les frais d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois ?	Lb.7. Les frais de séjour et de transport des personnes accompagnant le malade au cours des 3 derniers mois ?	Lb.8. Les frais de consultation d'un guérisseur ou d'un praticien et dépenses ordonnées par ces derniers au cours des 3 derniers mois ?	Lb.9. Les dépenses de santé non encore citées au cours des 3 derniers mois ?	Lb.10. Certaines de vos dépenses sont-elles prises en charge en partie ou en totalité au cours des 3 derniers mois ? oui.....1 non.....2	Lb.11. Qui vous a donné cette prise en charge au cours des 3 derniers mois ? (CF CODES) (Si 1 aller à Lb.12b)	Lb.12. Quel est le montant total de ces prises en charge? (lorsque la prise en charge est donnée par une tierce personne)	Lb.12.b. Quel est le taux de couverture si c'est une assurance?	Lb.13. Quel est le montant de vos cotisations mensuelles pour votre assurance?
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Annexe 5 : Extrait questionnaire ENV 2008, section dépenses de santé.

SECTION Hb : DEPENSES DE SANTE

CODES QUESTION Hb.2		CODES QUESTION Hb.11	
Consultation prénatale	1	assurance	1
VIH/SIDA	2	parents	2
Suivi médical des enfants	3	org	3
Consultation	4	Etat	4
Bilan médical	5	autre	8
Vaccination	6		
Hospitalisation	7		
Examen médical	8		
autre	9		

Les questions 2 à 10 ne concernent que les personnes ayant effectuées des dépenses de santé (qui ont répondu oui à la question 1).
 Pour les questions 3 à 9
 Essayer d'évaluer pour les 3 derniers mois et pour chaque membre du ménage :

IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	Hb.1. Avez-vous effectué des dépenses de santé au cours des 3 derniers mois ? oui.....1 non.....2 <i>(Si non aller à Hb.13)</i>	Hb.2. Quel type de dépense de santé ? <i>(CF CODES)</i>	Hb.3. Le montant des médicaments pharmaceutiques achetés	Hb.4. Le montant des médicaments traditionnels achetés	Hb.5. Les frais de consultation d'un personnel de santé moderne et de vaccination	Hb.6. Les frais d'hospitalisation	Hb.7. Les frais de séjour et de transport des personnes accompagnant le malade	Hb.8. Les frais de consultation d'un guérisseur ou d'un praticien et dépenses ordonnées par ces derniers	Hb.9. Les dépenses de santé non encore citées	Hb.10. Certaines de vos dépenses sont-elles prises en charge en partie ou en totalité ? oui.....1 non.....2 <i>(Si non pers. suiv.)</i>	Hb.11. Qui vous donne principalement cette prise en charge ? <i>(CF CODES)</i>	Hb.12. Quel est le montant total de ces prises en charge	Hb.13. Si vous êtes assuré, quel est le montant de vos cotisations mensuelles ?
	01												
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Annexe 6 : Extrait questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques des patientes, ENV 2015.

SECTION A : COMPOSITION DU MENAGE

CODES QUESTION A.2		CODES QUESTION A.3		CODES QUESTION A.7	
Chef	1	Présent vu	1	Musulman	1
Epouse ou mari	2	Présent non vu.....	2	Catholique	2
Enfant	3	Absent	3	Méthodiste/Protestant	3
Père ou mère	4			Evangelique	4
Sœur ou frère	5			Autre chrétien	5
Nièce ou neveu	6			Autre religion	6
Beau-fils/fille	7			Animiste	7
Beau-frère/sœur	8			Sans religion	8
Beau-père/mère	9				
Petit fils/fille	10				
Autres parents du chef	11				
Autres parents du conjoint domestique	12				
Parent du domestique	13				
Pensionnaire	14				
Parent du pensionnaire	15				
Non apparenté	16				
	17				

FICHE MENAGE FAIRE UNE LISTE COMPLETE DES PERSONNES EN COMMENCANT PAR LE CHEF DE MENAGE ET POSER Q.A.1 ET Q.A.2 POUR CHAQUE PERSONNE AVANT DE PASSER A Q.A.3 ET PLUS	hh.1 IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	A.1. Sexe	A.2. Lien de parenté avec le chef de ménage	A.3. Statut de résidence	A.4. Quel âge avez-vous?		A.5. Quelle est votre situation matrimoniale ?	A.6. Ethnie ou nationalité	A.7. quelle est votre religion ?
		M.....1 F.....2	(CF CODES)	(CF CODES)	(SI AGE < 12 aller à A.6) Si l'âge est supérieur à 1 an ne préciser pas l'âge en mois		(CF CODES)	(CF MANUEL DE CODIFICATION)	(CF CODES)
hh.0. Nom et Prénoms					A.4.a Ans	A.4.b Mois			
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								

SECTION D : EDUCATION

(PERSONNES DE 3 ANS ET PLUS)

CODES QUESTION D.7. ET D.11.		CODES QUESTION D.5		CODES QUESTION D.9	
Maternelle	1	Trop jeune	1	Aucun	1
CP1	2	Trop âgé	2	CEPE	2
CP2	3	Fille	3	BEPC	3
CE1	4	Ecole trop éloignée	4	BAC	4
CE2	5	Ne peut pas payer les frais de scolarité	5	DEUG/DUES/DUEL	5
CM1	6	Famille ne permet pas la scolarisation	6	LICENCE	6
CM2	7	Pas intéressé par les études	7	MAITRISE	7
6eme	8	Education considérée comme inutile	8	DEA	8
5eme	9	Insécurité à l'école	9	DOCTORAT	9
4eme	10	Apprendre un métier	10	CAP	10
3eme	11	Travailler dans l'entreprise familiale	11	BEP	11
2nde	12	Aider dans les tâches ménagères à la maison	12	BP	12
1ere	13	Pas d'extrait de naissance	13	BT	13
Terminale	14	Pas de cantine scolaire	14	BTS	14
Secondaire professionnel et technique		Maladie/handicap	15	DUT	15
1 ^{ère} année	15	Autres	16	Ingénieur	16
2 ^e année	16			MBA/Master	17
3 ^e année	17			DESS	18
4 ^e année	18			PhD	19
Supérieur général				Autres(preciser)	20
1 ^{ère} année	19				
2 ^e année	20				
3 ^e année	21				
4 ^e année et +	22				
Ecole corannique					
1 ^{ère} année	23				
2 ^e année	24				
3 ^e année et +	25				

CODES QUESTION D.1 et D.3	
Lire	1
Lire et écrire	2
Non	3

hh.1	D.1. (nom sait-il lire et/ou écrire en français ?	D.3. (nom sait-il lire et/ou écrire dans une autre langue ?	D.4. (nom a-t-il déjà fréquenté une école ?	D.5. Pour-quoi (nom) n'a jamais été scolarisé ?	D.6. Quel-le est la date d'entrée au CP1 ?	D.7. Quelle est la dernière classe que [nom] a achevée?	D.8. Quel-le est la année d'obtention du CEPE ?	D.9. Quel est le plus haut diplôme de (nom)?	D.10. Fréquentiez-vous l'école l'année scolaire dernière (2013 2014)?	D.11. Si Oui, quelle classe fréquentiez vous l'année scolaire dernière?	D.12. Fréquentez l'école vous cette année scolaire (2014 2015)?
IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.O.)	(CF CODES)	(CF CODES)	oui.....1 non.....2 (Si 1 aller à D.6)	(aller à D.20) (CF CODES)	(Mettre 9998 si ne sais pas)	(CF CODES)	(Mettre 9998 si ne sais pas) (Sans objet 9999) (9997 n'a pas obtenu le CEPE)	(Sans objet 98) (CF CODES)	oui.....1 non.....2 (Si 2, aller à D.12)	oui.....1 non.....2 (Si 2, aller à D.20) (CF CODES)	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											

SECTION Eb : EMPLOI PRINCIPAL

(PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)

CODES QUESTION Eb.3 Fonctionnaire catégorie A 1 Fonctionnaire catégorie B 2 Fonctionnaire catégorie C 3 Fonctionnaire catégorie D 4 Personnel de direction 5 Cadre supérieur 6 Cadre moyen 7 Agent de maîtrise 8 Employé qualifié 9 Employé non qualifié 10 Ouvrier qualifié 11 Ouvrier non qualifié 12 Manœuvre non agricole 13 Travailleur non agricole à son propre compte (sans salariés) 14 Patron non agricole (avec salariés) 15 Apprenti payé 16 Agriculteur indépendant 17 Métayer 18 Aide familial 19 Manœuvre agricole 20 personnel domestique 21 Stagiaire payé 22 Stagiaire non payé 23 Apprenti non payé 24 Bénévolé 25 Autre 26		CODES QUESTION Eb.9 Relations personnelles (parents ou amis) 1 Directement auprès de l'employeur 2 Petites annonces (radio, journaux, affiches, etc.) 3 FNJ 4 AGEPE 5 Agence ou association privée de placement 6 Autres programmes et projets d'appui à l'emploi (PATEC, PAE, THIMO, etc.) 7 Concours 8 Initiative personnelle 9 Promotion / nomination / mutation 10 Par internet 11 Autre 12		CODES QUESTION Eb.7 Ne veut pas travailler plus 1 Horaire fixé par la loi ou l'employeur 2 Moins de travail dû à la mauvaise conjoncture 3 Problème personnel (santé, travaux domestiques, etc.) 4 Autre 5	
		CODES QUESTION Eb.8 Horaire normal 1 Excès de travail dû à la bonne conjoncture 2 Excès de travail pour pouvoir survivre 3 Autre 4		CODES QUESTION Eb.4 au domicile familial 1 chez l'employeur 2 bureau informel 3 bureau formel 4 usine 5 plantation/ferme/jardin 6 construction 7 site d'exploitation de carrières 8 magasin/kiosque/marché 9 ambulant 10 dans la rue 11 autre 12	
		CODES QUESTION Eb.5 Permanent 1 Occasionnel 2			

hh.1 IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	Eb.1. a Quel type de travail avez-vous effectué pendant les 7 derniers jours ou que vous avez l'habitude d'exercer? (A SAISIR)	Eb.1. b Quelles sont vos principales tâches et fonctions? Code CITP	Eb.2. a Dans quelle activité avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours (ou dans laquelle vous exercez habituellement)?	Eb.2. b Quelle est la destination principale de la production de l'unité dans laquelle vous exercez? Vente.....1 Consommation personnelle.....2 Service non marchand.....3 NSP.....4	Eb.3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle à l'obtention de ce travail et actuellement ?		Eb.4. Où exercez-vous votre emploi principal ?	Eb.5. S'agit-il d'un emploi permanent ou occasionnel?	Eb.6. Combien d'heures avez-vous consacré à cette activité la semaine dernière ? (Si >48h aller à Eb.8) (Si <40h aller à Eb.7)	Eb.7. Pourquoi avez-vous travaillé moins de 40 h ? (CF CODES)	Eb.8. Pourquoi avez-vous travaillé plus de 48 h ? (CF CODES)	Eb.9. Comment avez-vous eu connaissance de cet emploi ? (CF CODES)
					Eb.3.a. Obtention	Eb.3.b. Actuellement						
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Annexe 7 : Extrait questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques des patientes, ENV 2008.

SECTION A : COMPOSITION DU MENAGE

CODES QUESTION A.4		CODES QUESTION A.5		CODES A.8		CODES QUESTION A.9	
Chef	1	Présent vu	1	Akan	1	Musulman	1
Epouse ou mari	2	Présent non vu	2	Krou	2	Catholique	2
Enfant	3	Absent	3	Mandé du nord	3	Methodiste	3
Père ou mère	4	Visiteur	4	Mandé du sud	4	Evangelique	4
Sœur ou frère	5			Voltaïque (gur)	5	Autre chrétien	5
Nièce ou neveu	6	CODES QUESTION A.7		Burkinabé	6	Autre religion	6
Beau-fils/fille	7	Marié (e)	1	Malien	7	Animiste	7
Beau-frère/sœur	8	Divorcé (e)	2	Ghanéen	8	Sans religion	8
Beau-père/mère	9	Séparé (e)	3	Libérien	9		
Petit fils/fille	10	Veuf/Veuve	4	Guinéen	10	CODES QUESTION A.10	
Autres parents du chef	11	Jamais mariée	5	Autre ouest africain	11	Sans handicap	0
Autres parents du conjoint domestique	13	CODES QUESTION A.11		Autres africains	12	Aveugle	1
Parent du domestique	14	Naissance	1	Autre ivoirien	13	Sourd	2
Pensionnaire	15	Guerre/Conflit	2			Muet	4
Parent du pensionnaire	16	Accident	4			Paralysée	8
Non apparenté	17	Maladie	8			Malade mentale	16
		Autre	16			Hand. physique	32
						Hand. des mbres sup.....	64
						Hand. des mbres inf.....	128

FICHE MENAGE
FAIRE UNE LISTE COMPLETE DES PERSONNES EN COMMENCANT PAR LE CHEF DE MENAGE ET POSER Q.A.3 ET Q.A.4 POUR CHAQUE PERSONNE AVANT DE PASSER A Q.A.5 ET PLUS

A.1. Nom et Prénoms

A.2. IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	A.3. Sexe M.....1 F.....2	A.4. Lien de parents avec le chef de ménage (CF CODES)	A.5. Statut de résidence (CF CODES)	A.6. Quel est votre âge ?		A.7. Quelle est votre situation matrimoniale ? (CF CODES)	A.8. Ethnie ou nationalité (CF MANUEL DE CODIFICATION)	A.9. Quelle est votre religion ? (CF CODES)	A.10. Souffrez vous de l'un des handicaps suivants ? (CF CODES) (Si 0 aller à A.12)	A.11. Quelle est l'origine de votre handicap (CF CODES)	Uniquement aux enfants de moins de 18 ans	
				ANS	MOIS						A.12. La mère biologique de (NOM) est-elle en vie? oui.....1 non.....2 nsp.....9 (Si 2 ou 9 aller à A.15)	A.13. La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage? (ID de la mère ou 0) (Si F>0 aller à A.15)
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SECTION D : EDUCATION
(PERSONNES DE 3 ANS ET PLUS)

<p>CODES QUESTION D.7.b ET D.11.b</p> <p>Maternelle 1 CP1 2 CP2 3 CE1 4 CE2 5 CM1 6 CM2 7 6eme 8 5eme 9 4eme 10 3eme 11 2nde 12 1ere 13 Terminale 14 Secondaire professionnel et technique 1^{ère} année 15 2^e année 16 3^e année 17 4^e année 18 Supérieur 1^{ère} année 19 2^e année 20 3^e année 21 4^e année et + 22 Ecole corannique 1^{ère} année 23 2^e année 24 3^e année et + 25</p>	<p>CODES QUESTION D.5</p> <p>trop jeune 1 trop âgé 2 fille 3 école trop éloignée 4 ne peut pas payer les frais de scolarité 5 famille ne permet pas la scolarisation 6 pas intéressé par les études 7 éducation considérée comme inutile 8 insécurité à l'école 9 apprendre un métier 10 travailler dans l'entreprise familiale 11 aider dans les tâches ménagères à la maison 12 Pas d'extrait de naissance 13 pas de cantine scolaire 14 maladie/handicap 15 autre 88</p> <p>CODES QUESTION D.1, D.2 et D.3</p> <p>Lire 1 Lire et écrire 2 Non 3</p>	<p>CODES QUESTION D.7.a D.9, D.11.a et D.13.a (page suivante pour D.13.a)</p> <p>aucun 1 CEPE 2 BEPC 3 BAC 4 DEUG/DUES/DUEL 5 LICENCE 6 MAITRISE 7 DEA 8 DOCTORAT 9 CAP 10 BEP 11 BP 12 BT 13 BTS 14 DUT 15 Ingénieur 16 MBA/Master 17 DESS 18 PHD 19 Autre(préciser) 88</p>
---	---	---

IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	D.1. Savez-vous lire et/ou écrire en français ?	D.2. Savez-vous lire et/ou écrire en arabe ?	D.3. Savez-vous lire et/ou écrire dans une langue nationale ?	D.4. Avez-vous déjà fréquenté une école ?	D.5. Pourquoi (nom) n'a jamais été scolarisé ?	D.6. Quelle est la date d'entrée au CP1 ?	D.7. Quelle est la dernière classe que vous avez achevée ?		D.8. Quelle est la date d'obtention du CEPE ?	D.9. Quel est votre plus haut diplôme ?	D.10. Fréquentiez-vous l'année scolaire dernière (2006/07) ?	D.11. Quelle classe fréquentez-vous l'année scolaire dernière ?		D.12. Fréquentez-vous cette année scolaire (2007/08) ?
	(CF CODES)	(CF CODES)	(CF CODES)	oui.....1 non.....2 (Si oui aller à D.6)	(CF CODES) (Quelle que soit la réponse, aller à D.22)		a. Diplôme préparé	b. Année d'étude		(CF CODES)	oui.....1 non.....2 (Si Non, aller à D.12)	a. Diplôme préparé	b. Année d'étude	oui.....1 non.....2 (Si non, aller à D.20)
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

SECTION Ec : EMPLOI PRINCIPAL
(PERSONNES DE 5 ANS ET PLUS)

CODES QUESTION Ec.3 Fonctionnaire catégorie A 1 Fonctionnaire catégorie B 2 Fonctionnaire catégorie C 3 Fonctionnaire catégorie D 4 Personnel de direction 5 Cadre supérieur 6 Cadre moyen 7 Agent de maîtrise 8 Employé qualifié 9 Employé non qualifié 10 Ouvrier qualifié 11 Ouvrier non qualifié 12 Manœuvre non agricole 13 Travailleur non agricole à son propre compte (sans salariés) 14 Patron non agricole (avec salariés) 15 Apprenti 16 Agriculteur indépendant 17 Métayer 18 Aide familial 19 Manœuvre agricole 20 personnel domestique 21 Stagiaire 22 Autre 88		CODES QUESTION Ec.8 Relation personnelle 1 Directement auprès de l'employeur 2 Auprès de l'AGEPE 3 Bureau de placement 4 Annonce, Media 5 Autre 8		CODES QUESTION Ec.6 Volonté de l'entreprise 1 Pas assez de travail 2 Permission 3 Occupation domestique 4 Travail à temps partiel 5 Travail occasionnel 6 Autre 8	
A domicile 1 chez l'employeur 2 bureau informel 3 bureau formel 4 usine 5 plantation/ferme/jardin/carrées 6 Chantier 7 site d'exploitation de carrière 8 magasin/kiosque/marché 9 ambulancier 10 dans la rue 11 autre 88		CODES QUESTION Ec.4 Pour gagner plus 1 Plus de travail 2 Temps habituel 3 Autre 8		CODES QUESTION Ec.7 Jour 1 Semaine 2 Mois 3 An 4	
		CODES QUESTION Ec.9 DUREE J.TPS			

IDENTIFIANT DE L'INDIVIDU (I.D.)	Ec.1. Quel est le nom de votre métier ou de votre profession principale ? <i>(CF MANUEL DE CODIFICATION)</i>		Ec.2. Quelle est votre activité principale ou celle de la structure où vous exercez ? <i>(CF MANUEL DE CODIFICATION)</i>		Ec.3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle à l'obtention de ce travail et actuellement ? <i>(CF CODES)</i>		Ec.4. Où exercez-vous votre emploi principal ? <i>(CF CODES)</i>	Ec.5. Combien d'heures avez-vous consacré à cette activité la semaine dernière ? <i>(Si >40, aller à Ec.7)</i> <i>(Si =40 aller à Ec.8)</i>	Ec.6. Pourquoi vous avez travaillé moins de 40 h ? <i>(CF CODES)</i> <i>(Quelle que soit la réponse, aller à Ec.8)</i>	Ec.7. Pourquoi avez-vous travaillé plus de 40 h ? <i>(CF CODES)</i>	Ec.8. Comment avez-vous eu connaissance de cet emploi ? <i>(CF CODES)</i>	Ec.9. Depuis combien de temps exercez-vous cet emploi ? <i>(CF CODES)</i>	
	NOM	CODE	NOM	CODE	A l'obtention	Actuellement						DUREE	J.TPS
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Annexe 8 : Extrait questionnaire portant sur les obstacles à l'accès aux soins (problèmes de santé), ENV 2015.

SECTION Nb : INVENTAIRES DES MOTIFS

SANTÉ	EDUCATION
<p>Nb.1. Est-ce que vos problèmes de santé se situent au niveau :</p> <p>Nb.1.1. Frais de consultation Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.1.2. Frais d'ordonnance Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.1.3. Coût du transport Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.1.4. Coût des hospitalisations Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.1.5. Insuffisance du personnel de santé Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.1.6. Eloignement du centre de santé Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.2. Classer les principaux problèmes de santé dans l'ordre d'importance 1. Frais de consultation 2. Frais d'ordonnance 3. Coût du transport 4. Coût des hospitalisations 5. Insuffisance du personnel de santé 6. Eloignement du centre de santé</p>	<p>Nb.5. Est-ce que vos problèmes d'éducation scolaire des enfants se situent au niveau :</p> <p>Nb.5.1. Scolarité Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.2. Fournitures scolaires Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.3. Manque de places Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.4. Trop d'enfants à scolariser Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.5. Dépassement d'âge Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.6. Abandon/ travail insuffisant Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.7. Grossesse des filles Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.8. Maladies des enfants Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.9. Absence/éloignement de l'école Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.10. Avortement Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.11. Violence à l'école Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.12. Extrait de naissance Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.13. Absence de cantine scolaire Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.5.14. Absence d'internat, foyer/hebergement Oui 1 Sans objet 3 Non 2</p> <p>Nb.6. Classer les principaux problèmes d'éducation scolaire des enfants dans l'ordre d'importance 1. Scolarité 2. Fournitures scolaires 1er 3. Manque de places 4. Trop d'enfants à scolariser 2e 5. Dépassement d'âge 6. Abandon/ travail insuffisant 3e 7. Grossesse des filles 8. Maladies des enfants 9. Absence/éloignement de l'école 10. Avortement 11. Violence à l'école 12. Extrait de naissance 13. Absence de cantine scolaire 14. Absence d'internat, foyer/hebergement</p>
<p>ALIMENTATION</p> <p>Nb.3. Est-ce que vos problèmes d'alimentation se situent au niveau :</p> <p>Nb.3.1. Approvisionnement en eau de boisson Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.3.2. Coût des modes de cuisson (Gaz, Charbon et bois) Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.3.3. Approvisionnement en poisson Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.3.4. Approvisionnement en viande Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.3.5. Approvisionnement en vivriers Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.3.6. Coût des denrées alimentaires Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Nb.4. Classer les principaux problèmes d'alimentation dans l'ordre d'importance 1. Approvisionnement en eau de boisson 1er 2. Coût des modes de cuisson (Gaz, Charbon) 2e 3. Approvisionnement en poisson 4. Approvisionnement en viande 5. Approvisionnement en vivriers 3e 6. Coût des denrées alimentaires</p>	

Annexe 9 : Extrait questionnaire portant sur les obstacles à l'accès aux soins (problèmes de santé), ENV 2008.

SECTION Pb : INVENTAIRES DES MOTIFS

SANTÉ	EDUCATION
<p>Pb.1. Est-ce que vos problèmes de santé se situent au niveau :</p> <p>Pb.1.1. Frais de consultation Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.1.2. Frais d'ordonnance Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.1.3. Coût du transport Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.1.4. Coût des hospitalisations Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.1.5. Insuffisance du personnel de santé Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.1.6. Eloignement du centre de santé Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.2. Classer les principaux problèmes de santé dans l'ordre d'importance</p> <p>1. Frais de consultation 2. Frais d'ordonnance 3. Coût du transport 4. Coût des hospitalisations 5. Insuffisance du personnel de santé 6. Eloignement du centre de santé</p> <p>1^{er} <input type="text"/> 2nd <input type="text"/> 3^{ème} <input type="text"/></p>	<p>Pb.5. Est-ce que vos problèmes d'éducation scolaire des enfants se situent au niveau :</p> <p>Pb.5.1. Scolarité Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.2. Fournitures scolaires Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.3. Manque de places Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.4. Trop d'enfants à scolariser Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.5. Dépassement d'âge Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.6. Abandon/ travail insuffisant Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.7. Grossesse des filles Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.8. Maladies des enfants Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.9. Absence/éloignement de l'école Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.10. Avortement Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.11. Violence à l'école Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.12. Extrait de naissance Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.5.13. Absence de cantine scolaire Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.6. Classer les principaux problèmes d'éducation scolaire des enfants dans l'ordre d'importance</p> <p>1. Scolarité 2. Fournitures scolaires 3. Manque de places 4. Trop d'enfants à scolariser 5. Dépassement d'âge 6. Abandon/ travail insuffisant 7. Grossesse des filles 8. Maladies des enfants 9. Absence/éloignement de l'école 10. Avortement 11. Violence à l'école 12. Extrait de naissance 13. Absence de cantine scolaire</p> <p>1^{er} <input type="text"/> 2nd <input type="text"/> 3^{ème} <input type="text"/></p>
<p>ALIMENTATION</p> <p>Pb.3. Est-ce que vos problèmes d'alimentation se situent au niveau :</p> <p>Pb.3.1. Petit déjeuner Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.3.2. Repas de midi Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.3.3. Repas du soir Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.3.4. Approvisionnement en vivriers Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.3.5. Approvisionnement en viande et poisson Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.3.6. Coût des denrées alimentaires Oui 1 Non 2 Sans objet 3</p> <p>Pb.4. Classer les principaux problèmes d'alimentation dans l'ordre d'importance</p> <p>1. Petit déjeuner 2. Repas de midi 3. Repas du soir 4. Approvisionnement en vivriers 5. Approvisionnement en viande et poisson 6. Coût des denrées alimentaires</p> <p>1^{er} <input type="text"/> 2nd <input type="text"/> 3^{ème} <input type="text"/></p>	

Annexe 10 : Grilles d'entretiens semi-directifs.

QUESTIONNAIRE

Identification enquêteur

1	Centre de soins enquêté	
2	Nom enquêteur	
3	Date de l'entretien	
4	Durée de l'entretien	

Grille d'entretien 1 : Demande de soins maternels et infantiles.

- Accessibilité aux soins et perception-opinion sur la qualité des soins.

1	<p>Comment avez-vous procédé pour vous rendre au centre de soins (partant de votre domicile) ?</p> <p>- A pied <input type="checkbox"/> En véhicule <input type="checkbox"/></p> <p>- Considérez-vous que le temps mis ou la distance parcourue pour y accéder soient importants ? Durée (en mn).....</p> <p>- Avez-vous été accompagné au centre de soins par un proche ou êtes-vous y allé seule ?</p>
2	<p>Comment avez-vous été accueillie par le personnel soignant du centre de soins ?</p> <p>- Le temps d'attente avant la consultation a-t-il été important ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>- Le temps durant lequel le professionnel de santé vous a consulté, vous paraît-il convenable ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
3	<p>Avez-vous été satisfait par la consultation, le diagnostic et le traitement proposés par le professionnel de santé ?</p> <p>- La consultation ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>- Le diagnostic ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>- Le traitement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
4	<p>Comment jugez-vous la qualité des soins proposés par ce centre des soins ?</p> <p>- Satisfaisante ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>- Comment améliorer la qualité de ces soins ? Sur quels aspects faut-il mettre l'accent en vue de cette amélioration ?</p>
5	<p>Quelles suggestions, pouvez-vous faire aux professionnels de santé en vue de l'amélioration de la qualité des soins ?</p>

Source : Mendo (2013).

- Connaissance et pratique de la gratuité des soins

1	<p>Selon vous, qu'est-ce que la gratuité des soins ?</p> <p>- Savez-vous qu'il existe une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire ? Si OUI, comment en avez-vous entendu parler ? Savez-vous en quoi elle consiste ?</p>
2	<p>Pour vous, qu'est-ce que c'est la gratuité des soins ?</p> <p>- Quelles sont les problèmes de santé (maladies) pour lesquelles les soins sont gratuits ? - Qui peut bénéficier de la gratuité des soins ? - Comment avez-vous été informé de la gratuité des soins ?</p>
3	<p>Avez-vous déjà bénéficié de soins de santé gratuits ? Si OUI, lesquels ? Si NON, pourquoi ?</p>

QUESTIONNAIRE

Identifiant enquêteur

1	Centre de soins enquêté	
2	Nom enquêteur	
3	Date de l'entretien	
4	Durée de l'entretien	

Grille d'entretien 2 : Offre de soins maternels et infantiles.

- Accessibilité aux soins et perception-opinion sur la qualité des soins.

1	<p>Comment jugez-vous l'accessibilité physique/géographique au centre de soins ?</p> <p>- Selon vous, quels sont les obstacles à cette accessibilité physique/géographique ? -Pensez-vous qu'il y ait des aspects à améliorer en vue d'une meilleure accessibilité ?</p>
2	<p>Le nombre de patientes que vous recevez, en moyen par jour, vous semble-t-il convenable à la réalisation d'une prestation de soins de qualité pour chaque patiente ?</p> <p>- Temps de consultation ? - Selon vous, la charge de travail est-elle convenable en considérant l'effectif du personnel soignant, le matériel et les équipements à disposition ?</p>
3	<p>Comment jugez-vous l'attitude des patientes à votre égard ?</p> <p>- Il y a-t-il une interaction entre vous lors des consultations ? - Sont-elles passives ? Exigeantes ? Compréhensives ?</p>

	- Leur mécontentement est-il exprimé lorsqu'elles ne sont pas satisfaites de l'accueil ou des soins reçus ?
4	Selon vous, quels aspects de la qualité des soins doit être amélioré pour une meilleure prise en charge des patientes ? <ul style="list-style-type: none"> - Techniques (compétence du personnel soignant, formation des personnels soignant, augmentation des matériels et équipements, augmentation des effectifs de personnel) ? - Relationnelles (communication, courtoisie, réactivité) ?

- Connaissance et pratique de la gratuité des soins

1	Selon vous, qu'est-ce que la gratuité des soins ? - Savez-vous qu'il existe une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire ? Si OUI , comment en avez-vous entendu parler ? Savez-vous en quoi elle consiste ?
2	Pour vous, qu'est-ce que c'est la gratuité des soins ? - Quelles sont les problèmes de santé (maladies) pour lesquelles les soins sont gratuits ? - Qui peut bénéficier de la gratuité des soins ? - Comment avez-vous été informé de la gratuité des soins ?
3	Avez-vous déjà réalisé de soins de santé gratuits ? Si OUI , lesquels ? Si NON , pourquoi ?

QUESTIONNAIRE

Identifiant enquêteur

1	Centre de soins enquêté	
2	Nom enquêteur	
3	Date de l'entretien	
4	Durée de l'entretien	

Grille d'entretien 3 : Demande de soins.

- Accessibilité aux soins et perception-opinion sur la qualité des soins.

1	Comment avez-vous procédé pour vous rendre au centre de soins (le plus proche, partant de votre domicile), la dernière fois que vous avez consulté ? - Considérez-vous que le temps mis ou la distance parcourue pour y accéder soient importants ?
---	--

	- Avez-vous été accompagné au centre de soins par un proche ou êtes-vous y allé seul ?
2	Comment avez-vous été accueillie par le personnel soignant du centre de soins ? - Le temps d'attente avant la consultation a-t-il été important ? - Le temps durant lequel le professionnel de santé vous a consulté, vous paraît-il convenable ?
3	Avez-vous été satisfait par la consultation, le diagnostic et le traitement proposés par le professionnel de santé ? - La consultation ? - Le diagnostic ? - Le traitement ?
4	Comment jugez-vous la qualité des soins proposés par ce centre des soins ? - Satisfaisante ou non ? - Comment améliorer la qualité de ces soins ? Sur quels aspects faut-il mettre l'accent en vue de cette amélioration ?
5	Quelles suggestions, pouvez-vous faire aux professionnels de santé en vue de l'amélioration de la qualité des soins ?

Source : Mendo (2013).

- Connaissance et pratique de la gratuité des soins

1	Selon vous, qu'est-ce que la gratuité des soins ? - Savez-vous qu'il existe une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire ? Si OUI , comment en avez-vous entendu parler ? Savez-vous en quoi elle consiste ?
2	Pour vous, qu'est-ce que c'est la gratuité des soins ? - Quelles sont les problèmes de santé (maladies) pour lesquelles les soins sont gratuits ? - Qui peut bénéficier de la gratuité des soins ? - Comment avez-vous été informé de la gratuité des soins ?
3	Avez-vous déjà bénéficié de soins de santé gratuits ? Si OUI , lesquels ? Si NON , pourquoi ?
4	Avez-vous déjà entendu parler de la Couverture Maladie Universelle ? - Savez-vous en quoi elle consiste ? Vous êtes-vous fait enrôler dans ce cadre ?

Profil socio-économique de l'enquêté

Âge.....
 Quartier d'habitation.....
 Niveau d'instruction.....
 Situation matrimoniale.....
 Nombre d'enfants.....
 Activité, profession.....

Annexe 11 : Grilles d'entretiens approfondis.

Grille d'entretien 1 : Demande de soins maternels et infantiles.

Identification enquêteur

1	Centre de soins enquêté	
2	Nom enquêteur	
3	Date de l'entretien	
4	Durée de l'entretien	

- Accessibilité aux soins et perception-opinion sur la qualité des soins.

1	Comment avez-vous procédé pour vous rendre au centre de soins (partant de votre domicile) ?
2	Comment avez-vous été accueillie par le personnel soignant du centre de soins ?
3	Avez-vous été satisfait par la consultation, le diagnostic et le traitement proposés par le professionnel de santé ?
4	Comment définissez-vous un service de soins de bonne qualité ?
5	Comment jugez-vous la qualité des soins proposés par ce centre des soins ?
6	Quelles suggestions, pouvez-vous faire aux professionnels de santé en vue de l'amélioration de la qualité des soins ?

- Connaissance, pratique et opinion sur la gratuité des soins et la Couverture Maladie Universelle (CMU)

1	Savez-vous qu'il existe une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire ? Si OUI , comment en avez-vous entendu parler ? Savez-vous en quoi elle consiste ?
2	Avez-vous déjà bénéficié de soins de santé gratuits ? Si OUI , lesquels ? Si NON , pourquoi ?
3	Que pensez-vous de cette politique de gratuité des soins ?
4	Avez-vous déjà entendu parler de la Couverture Maladie Universelle ? Savez-vous en quoi elle consiste ? Vous êtes-vous fait enrôler dans ce cadre ?

Profil socio-économique de l'enquêté

Âge

Niveau d'instruction

Situation matrimoniale

Nombre d'enfants

Activité, profession

Grille d'entretien 2 : Offre de soins maternels et infantiles.

Identification enquêteur

1	Centre de soins enquêté	
2	Nom enquêteur	
3	Date de l'entretien	
4	Durée de l'entretien	

- Accessibilité aux soins et perception-opinion sur la qualité des soins.

1	Comment jugez-vous l'accessibilité physique/géographique au centre de soins ?
2	Le nombre de patientes que vous recevez, en moyen par jour, vous semble-t-il convenable à la réalisation d'une prestation de soins de qualité pour chaque patiente ?
3	Comment définissez-vous un service de soins de bonne qualité ?
4	Comment jugez-vous l'attitude des patientes à votre égard ?
5	Selon vous, quels aspects de la qualité des soins doit être amélioré pour une meilleure prise en charge des patientes ?

- Connaissance, pratique et opinion sur la gratuité des soins et la Couverture Maladie Universelle (CMU)

1	Savez-vous qu'il existe une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire ? Si OUI , comment en avez-vous entendu parler ? Savez-vous en quoi elle consiste ?
2	Avez-vous déjà réalisé de soins de santé gratuits ? Si OUI , lesquels ? Si NON , pourquoi ?
3	Que pensez-vous de cette politique de gratuité des soins ?
4	Avez-vous déjà entendu parler de la Couverture Maladie Universelle ? Savez-vous en quoi elle consiste ? Vous êtes-vous fait enrôler dans ce cadre ?

Profil socio-économique de l'enquêté

Niveau d'instruction

Activité, profession

Grille d'entretien 3 : Demande de soins.

Identification enquêteur

1	Centre de soins enquêté	
2	Nom enquêteur	
3	Date de l'entretien	
4	Durée de l'entretien	

- Accessibilité aux soins et perception-opinion sur la qualité des soins.

1	Comment avez-vous procédé pour vous rendre au centre de soins (partant de votre domicile) ?
2	Comment avez-vous été accueillie par le personnel soignant du centre de soins ?
3	Avez-vous été satisfait par la consultation, le diagnostic et le traitement proposés par le professionnel de santé ?
4	Comment définissez-vous un service de soins de bonne qualité ?
5	Comment jugez-vous la qualité des soins proposés par ce centre des soins ?
6	Quelles suggestions, pouvez-vous faire aux professionnels de santé en vue de l'amélioration de la qualité des soins ?

- Connaissance, pratique et opinion sur la gratuité des soins et la Couverture Maladie Universelle (CMU)

1	Savez-vous qu'il existe une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire ? Si OUI , comment en avez-vous entendu parler ? Savez-vous en quoi elle consiste ?
2	Avez-vous déjà bénéficié de soins de santé gratuits ? Si OUI , lesquels ? Si NON , pourquoi ?
3	Que pensez-vous de cette politique de gratuité des soins ?
4	Avez-vous déjà entendu parler de la Couverture Maladie Universelle ? Savez-vous en quoi elle consiste ? Vous êtes-vous fait enrôler dans ce cadre ?

Profil socio-économique de l'enquêté

Âge

Niveau d'instruction

Situation matrimoniale

Nombre d'enfants

Activité, profession

Grille d'entretien 4 : Acteurs institutionnels.

Identification enquêteur

1	Information enquêté	
2	Nom enquêteur	
3	Date de l'entretien	
4	Durée de l'entretien	

- Connaissance, pratique et opinion sur la gratuité des soins et la Couverture Maladie Universelle (CMU)

1	Savez-vous qu'il existe une politique de gratuité des soins en Côte-d'Ivoire ? Si OUI , comment en avez-vous entendu parler ? Savez-vous en quoi elle consiste ?
2	Avez-vous été impliqué dans le processus de décision et/ou d'élaboration de la politique de gratuité de soins ? Si OUI , comment ? Si NON , pourquoi ?
3	Que pensez-vous de cette politique de gratuité des soins ?
3	Avez-vous déjà entendu parler de la Couverture Maladie Universelle ? Savez-vous en quoi elle consiste ? Vous êtes-vous fait enrôler dans ce cadre ?
4	Avez-vous été impliqué dans le processus de décision et/ou d'élaboration de la Couverture Maladie Universelle ? Si OUI , comment ? Si NON , pourquoi ?

- Pratique de la qualité des soins.

1	Etes-vous impliqué dans la démarche qualité des services de soins, en général ? Des services de soins maternels et infantiles, en particulier ? Si OUI , comment ? Si NON , pourquoi ?
2	Comment définissez-vous un service de soins de bonne qualité ?
3	Quelles suggestions, pouvez-vous faire aux acteurs du système de soins, en vue de l'amélioration de la qualité des soins ?

Profil socio-économique de l'enquêté

Niveau d'instruction

Activité, profession

Questionnaire Clientes de l'Accouchement, la CPN, la CPoN et la PF

Identification

Région sanitaire :

District sanitaire :

Etablissement sanitaire :

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Age :
2. Niveau d'instruction : /___/ (1. Sans instruction ; 2. Primaire ; 3. Secondaire ; 4. Supérieur et plus)
3. Profession : /___/ (1. Mménagère; 2. Elève/Etudiante; 3. Emploi publique ; 4. Emploi privé ; 5. Sans emploi)
4. Situation matrimoniale /___/ (1. Célibataire ; 2. Mariée ; 3. Divorcée ; 4. Veuves ; 5. Concubinage)

MOTIF DE LA VISITE DANS LA STRUCTURE SANITAIRE

5. Avez-vous déjà fréquenté l'établissement sanitaire de (*nom de l'établissement sanitaire visité par l'équipe d'évaluation*) (ces trois derniers mois) ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
6. Si oui, pour quel motif ? /___/ (1. Visite prénatale ; 2. Accouchement ; 3. Visite post natale ; 4. Consultation PF ; 5. Autre à préciser.....)
7. **Si Consultation PF,**
Qui vous a reçu /___/ (1. Un médecin ; 2. Une sage femme ; 3. Une infirmière/Infirmier ; 4. Aide-soignante ; 5. Autre à préciser.....)

Le prestataire vous a-t-il :

- a. Salué et vous a proposé de vous asseoir /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- b. Le prestataire a-t-il eu une conversation avec vous /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- c. Demandé si vous avez entendu parler de la PF /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- d. Demandé quelles sont les méthodes que vous connaissez /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- e. Demandé de citer les méthodes /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- f. présenté plusieurs méthodes /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- g. laissé choisir vous-même votre méthode /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- h. a changé votre choix après conseils /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- i. parlé des effets secondaires (*saignement, nausées, vomissements etc*) /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- j. parlé des signes qui doivent vous faire venir en consultation /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- k. donné des conseils sur le respect des RDV /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- l. Que pensez- vous du temps que vous a mis pour être reçu ? /___/ (1. Rapidement ; 2. Un peu long ; 3. Long ; 4. Trop long ; 8. Ne sait pas)
Avez- vous bénéficié des soins et informations que vous vouliez obtenir ? /___/

- m. *Non ; 1. Oui ; 2. Partiellement*)
- n. vous avez été satisfaite des soins reçus /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)

8. Si Visite prénatale (CPN),

- a. Qui vous a reçu /___/ (1. *Un médecin* ; 2. *Une sage femme* ; 3. *Une infirmière/Infirmier* ; 4. *Aide-soignante* ; 5. *Autre à préciser.....*)

Le prestataire de santé vous a-t-il :

- a. Salué et vous a proposé de vous asseoir /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- b. Le prestataire a-t-il eu une conversation avec vous/___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- a. Ce que c'est que la CPN /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- b. Pourquoi une femme enceinte doit faire sa CPN /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- c. A quelle période une femme enceinte doit venir faire sa CPN
- d. Combien de CPN une femme enceinte doit faire
- e. Le prestataire de santé vous –a –t-il donné des conseils sur la tenue du carnet de santé mère /enfant/___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- f. Le prestataire de santé vous –a –t-il donné des conseils sur le respect des RDV du carnet de santé mère /enfant/___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- g. Le prestataire de santé vous –a –t-il donné des conseils sur la prévention du paludisme (*hygiène environnementale, moustiquaire imprégnée, SP*) /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- Les examens de sang (*BPN, VIH*) /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- La vaccination /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- La préparation à l'accouchement /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- Les signes qui doivent vous amener à consulter en urgence (*fièvre, saignement, perte des eaux, absence de mouvements du bébé*) /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- Que pensez- vous du temps que vous a mis pour être reçu ? /___/ (1. *Rapidement* ; 2. *Un peu long* ; 3. *Long* ; 4. *Trop long* ; 8. *Ne sait pas*)
- Avez- vous bénéficié des soins et informations que vous vouliez obtenir ? /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui* ; 2. *Partiellement*)
- Vous avez été satisfaite des soins reçus /___/ (0. *Non* ; 1. *Oui*)

9. Si Consultation postnatale (CPoN),

- a. Qui vous a reçu /___/ (1. *Un médecin* ; 2. *Une sage femme* ; 3. *Une infirmière/Infirmier* ; 4. *Aide-soignante* ; 5. *Autre à préciser.....*)

Est-ce que le prestataire :

- Vous a proposé de vous asseoir? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- b. s'est renseigné sur votre état de santé après l'accouchement ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- c. s'est renseigné sur le mode d'alimentation de votre enfant ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- d. s'est renseigné sur l'état de santé de votre enfant ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- e. a regardé le carnet de santé mère-enfant ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- f. vous a examiné ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- g. vous a rassuré sur votre état de santé ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- h. vous a conseillé sur la nécessité de poursuivre le suivi de votre enfant (vaccinations et pesées) ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)
- i. vous a conseillé sur la PF ? (0. *Non* ; 1. *Oui*)

10. Si Accouchement

- a. Qui vous a reçu à votre admission /___/ (1. Un médecin ; 2. Une sage femme ; 3. Une infirmière/Infirmier ; 4. Aide-soignante ; 5. Autre à préciser.....)
- b. Qui a fait votre accouchement ? /___/ (1. Un médecin ; 2. Une sage femme ; 3. Une infirmière/Infirmier ; 4. Aide-soignante ; 5. Autre à préciser.....)
- c. Est-ce que le prestataire vous a souhaité la bienvenue/___/ (0. Non ; 1. Oui)
- d. Est-ce que le prestataire vous a elle-même installé sur le lit d'accouchement/___/ (0. Non ; 1. Oui)
- e. Est-ce que le prestataire vous a encouragé pendant l'accouchement /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- f. Combien de temps le prestataire vous a gardé après l'accouchement /___/ (1. Moins d'un jour; 2. Entre 2 et 3 jours ; 3. Plus de 3 jours)
- g. A la sortie est-ce que le prestataire vous a examiné ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- h. A la sortie est-ce que le prestataire a examiné votre enfant ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
- i. A la sortie est-ce que le prestataire vous a donné des conseils sur:
 - g.1. le mode d'alimentation de votre enfant ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
 - g.2. le suivi (vaccinations et pesées) de votre enfant ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
 - g.3. la prévention du paludisme (moustiquaire imprégnée, hygiène environnementale) ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
 - g.4. la CPoN ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
 - .5. La PF ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)

SATISFACTION DU PATIENT

11. Si une de vos amies devait venir pour des consultations, l'encourageriez-vous à venir dans cette structure sanitaire ou plutôt à aller ailleurs ? /___/ (1.Venir dans cette Structure sanitaire ; 2. Aller ailleurs ; 3. NSP)

INTEGRATION SOCIALE DU PRESTATAIRE DE SANTE DANS LA COMMUNAUTE

(Il s'agit du prestataire identifié ci-haut)

12. Est-ce que le prestataire participe aux activités (réunions, fêtes de réjouissance, évènements malheureux) dans le quartier/village ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
13. Est-ce que le prestataire fait des Visites à domicile chez ses patientes ? /___/ (0. Non ; 1. Oui)
14. Pensez-vous que le prestataire est bien apprécié ici au quartier/village ? /___/ (1. Totalemment apprécié ; 2.Partiellement apprécié ; 3. Pas du tout apprécié ; 4. Ne sait pas)

Annexe 13 : Fiche d'évaluation des structures sanitaires « concours maternité accueillante 2014 » (RCI, 2014).

Structure sanitaire :		Date de la visite :	
Critères d'évaluation	Modalités	Cotation de 0 à 1	Observations
Environnement	Propreté de l'environnement immédiat de la maternité	Herbes bien taillées	
		absence d'ordures dans la cour	
		absence de flaques d'eau dans la cour	
	Système d'élimination des déchets médicaux	Existence (Fosse septique, incinérateur....)	
		Fonctionnalité	
	Boîtes de sécurité	Existence	
Lieu de stockage avant et après			
Etat des salles d'accouchement	états des murs	Absence de toile d'araignée	
		Absence de tâches de sang	
		Absence d'autres tâches	
		Etat de la peinture	
		Etanchéité du mur	
		Tableau d'affichage	
	Plafond	Etanchéité du plafond	
		Plafond tombant	
	Sol	Absence de poussière/sable	
		Absence de tâches de sang	
		Absence de tâches d'autres produits	
		Absence d'emballages de produits	
Odeur	Odeur fétide		
	Odeur de moisissure		

	Lumière	Ampoule fonctionnelle		
		Luminosité		
	Gestion de l'espace de travail	Emplacement du bureau		
		Façon dont les outils de travail sont disposés		
	Affiches de sensibilisation et décoration	Existence d'affiches de sensibilisation en SR		
		Etat des affiches (bien entretenues dans des encadrés)		
		Pot de fleur		
	Intimité	Protéger des regards extérieurs,		
		Présence de séparateur entre les box		
	Source d'eau	Existence de robinet fonctionnel ou Récipient de recueil d'eau disponible		
	Matériel et équipement existant dans la salle d'accouchement (lit et ses accessoires, boîte d'accht, bassin, MILDA)	Disponibilité,		
		fonctionnalité		
		entretien		
	solution de décontamination	Affichage du protocole		
		Application du protocole expliquer par le prestataire : la sage-femme ou l'infirmier		
	Critères d'évaluation	Modalités	Cotation de 0 à 1	Observations
	états des murs	Absence de toile d'araignée		
		Absence de tâches de sang		
		Absence d'autres taches		
		Etat de la peinture		
		Etanchéité du mur		

	Tableau d'affichage		
Plafond	Etanchéité du plafond		
	Plafond tombant		
Sol	Absence de poussière/sable		
	Absence de tâches de sang		
	Absence de tâches d'autres produits		
	Absence d'emballages de produits		
Odeur	Odeur fétide		
	Odeur de moisissure		
Lumière	Ampoule fonctionnelle		
	Luminosité		
Gestion de l'espace de travail	Emplacement du bureau		
	Façon dont les outils de travail sont disposés		
Affiches de sensibilisation et décoration	Existence d'affiches de sensibilisation en SR		
	Etat des affiches (bien entretenues dans des encadrés)		
	Pot de fleur		
Intimité	Protéger des regards extérieurs,		
	Présence de séparateur entre les box		
Source d'eau	Existence de robinet fonctionnel ou Récipient de recueil d'eau disponible		
Matériel et équipement existant dans la salle d'accouchement (lit et ses accessoires, boîte d'accht, bassin, MILDA)	Disponibilité,		
	fonctionnalité		
	entretien		
	Affichage du protocole		

	solution de décontamination	Application du protocole (expliquer par le prestataire)		
	Critères d'évaluation	Modalités	Cotation de 0 à 1	Observations
CPN	Accueil	Salutation SF		
		Echange entre prestataire et cliente		
		IEC/CCC		
		Date du prochain RDV		
	Gestes techniques d'une CPN	Albumine/sucre		
		Taille		
		Poids		
		Pouls		
		TA		
		T°		
		Conjonctives		
		goitre		
		seins		
		Œdèmes		
		varices		
		HU		
		Palpation		
		BDCF		
		Spéculum (+-)		
		TV		
VAT				
SP				

		Prévention VIH (CDIP/PTME)		
		Prévention IST		
Suite de couches	Gestes techniques en suite de couches	Prise de la température		
		Pouls		
		T.A		
		Recherche Anémie		
		Recherche Infection		
		Examen des seins		
		Montée laiteuse		
		Examen des membres inférieurs		
		Involution utérine		
		Education pour la santé		
		Conseils pour la post-natale		
		Conseils PTME (alimentation, dépistage et suivi de l'enfant, hygiène de vie, prévention d'IO et traitement aux ARV de la mère)		
		Mention P.F		
Conseils pour la consultation d'enfant sain				
	Critères d'évaluation	Modalités	Cotation de 0 à 1	Observations
PLANIFICATION		Education pour la santé		
		Prise du poids		
		Pouls		
		T.A		
		Recherche Anémie		
		Recherche Exophtalmie		

	Gestes techniques	Recherche Ictère		
		Recherche Goitre		
		Examen des seins		
		Examen des membres inférieurs		
		Examen gynécologique		
		Recherche Infection		
		Offre de méthodes contraceptive selon les critères d'éligibilité		
		Explication sur le suivi de la méthode choisi		
		Prise en charge des effets secondaires		
		Offre du CD VIH		
Outils de gestion	Disponibilité et utilisation	Disponibilité des outils de gestion		
		Remplissage de partogramme		
		Remplissage correcte des outils de gestion		
		Remplissage correct de carnet mère/enft		
		Production de rapport mensuel et acheminé au district		
SATISFACTION DE LA CLIENTELE	délai d'attente (préciser le temps d'attente)			
	Application de la gratuité ciblée			
	Accueil			
	Relation inter personnelle			
ORGANISATION INTERNE DU TRAVAIL	organigramme			
	fiche de description de postes			
	affichage de la cartographie de l'aire de santé			
	travail en équipe			

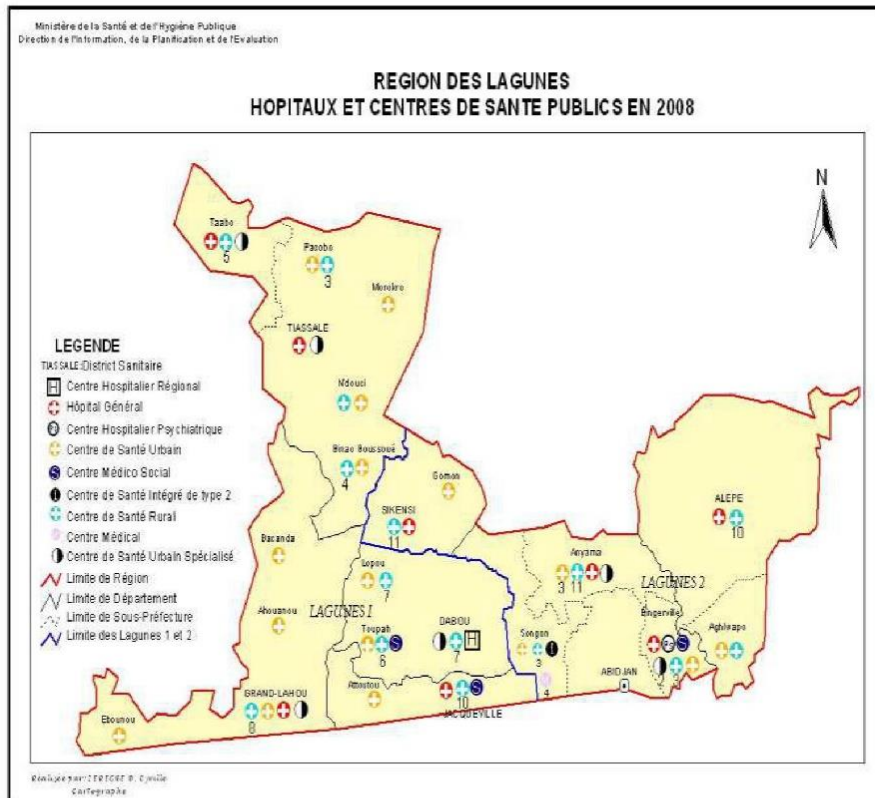
Source : RCI (2014).

Annexe 14 : Carte des régions et districts sanitaires de Côte-d'Ivoire en 2008.



Source : Carte sanitaire 2008 de la Côte-d'Ivoire, (RCI, 2010 : 44).

Annexe 15 : Carte des hôpitaux et centres de santé publics de la région sanitaire des lagunes en 2008.



124

Source : Carte sanitaire 2008 de la Côte-d'Ivoire, (RCI, 2010 : 124).

