UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

La pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé au Burundi (2019-2020).

Niyizokiza, Médiatrice; Sous la direction du: Pr. Gilbert Niyongabo

2023-09
UB, FSEA
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/825

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

Master en Analyse Economique et Développement

LA PAUVRETE DES MENAGES ET L'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI (2019-2020).

Par :

Médiatrice NIYIZONKIZA

Mémoire

Présenté et Défendu publiquement en vue de l'obtention du diplôme de Master en Analyse Economique et Développement

Option : Analyse Economique

Sous la direction du:

Pr. Gilbert NIYONGABO

Bujumbura, Septembre 2023

MEMBRES DU JURY

Président : Pr. Arcade NDORICIMPA

Directeur : Pr. Gilbert NIYONGABO

Secrétaire : Dr. Salomon NSABIMANA

DEDICACE

A mes parents,

A la famille UWIMANA Arthémon,

A mes frères et sœurs,

A mes oncles et tantes,

A mes cousins et cousines,

A tous mes amis et connaissances

Je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le fruit de plusieurs personnes qui ont contribué de près et de loin à sa réalisation et méritent une reconnaissance et des remerciements.

D'abord, mes remerciements s'adressent au Pr Gilbert NIYONGABO qui a accepté de diriger ce mémoire. Ses conseils, ses encouragements ainsi que sa disponibilité m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Ensuite, mes remerciements s'adressent à tous ceux qui ont contribué à mon développement intellectuel depuis l'école primaire jusqu'au corps professoral de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion.

Enfin, je remercie toute ma famille ainsi que mes amis et connaissances pour leur soutien tant financier que moral qu'ils n'ont cessé de manifester tout au long de mon parcours académique. Qu'ils y trouvent l'expression de ma reconnaissance.

Médiatrice NIYIZONKIZA

RESUME

La présente analyse vise à appréhender l'influence de la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé au Burundi à partir des données de l'EICVMB 2019-2020. Bien que, la pauvreté et la mauvaise santé vont de pair, il est à noter que les pays pauvres tendent à réaliser des mauvais résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches.

En effet, l'analyse descriptive a montré que parmi l'échantillon de 6460 ménages analysés, 53,8% n'ont pas l'accès aux services des soins de santé. Par contre 46,2% ont l'accès aux soins de santé. L'analyse économétrique dans le présent travail a aidé de disséquer l'influence que les vecteurs des variables explicatives prises en compte exercent sur l'accès aux soins de santé. Ainsi, il ressort dans cette étude que le fait d'être pauvre (moyen, riche), être résident en milieu urbain, avoir un emploi, avoir une assurance santé, avoir un niveau supérieur d'étude , être une femme comme chef du ménage et avoir le revenu exercent une influence positive sur la probabilité d'avoir l'accès aux soins de santé au Burundi. Sinon les autres variables agissent négativement sur la probabilité d'avoir l'accès aux soins de santé au Burundi.

Mots clés : Pauvreté, l'accès aux soins de santé, model logit.

ABSTRACT

This analysis aims to understand the influence of household poverty and access to health care in Burundi based on data from the EICVMB 2019-2020. Although poverty and ill health go hand in hand, we have seen that poor countries tend to perform worse than richer countries and, within the same country, the poor fare worse than the rich.

Indeed, the descriptive analysis showed us that among the sample of 6460 households analyzed, 53.8% do not have access to health care. On the other hand, 46.2% have access to health care. The econometric analysis in this work helped us to dissect the influence that the vectors of the explanatory variables taken into account exert on access to health care. Thus, it appears that the fact of being poor (middle, rich), being an urban resident, having a job, having health insurance, having a higher level, being a woman and income have a positive influence on the probability of have access to health care in Burundi. Otherwise the other remaining variables act negatively on the probability of having access to health care in Burundi.

Keywords: Poverty, access to health care, logit model.

TABLE DES MATIERES

MEMBRES DU JURY ..... **i**
DEDICACE ..... **ii**
REMERCIEMENTS ..... **iii**
RESUME ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
TABLE DES MATIERES ..... **vi**
LISTE DES TABLEAUX ..... **ix**
LISTE DES GRAPHIQUES ..... **x**
LISTE DES FIGURES ..... **xi**
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION ..... **xii**
AVANT-PROPOS ..... **xiii**
0. INTRODUCTION GENERALE **1**
0.1. Contexte et justification 1
0.2. Problématique de la recherche 3
0.3. Objectifs et hypothèses de la recherche 5
0.4. Motivation et intérêt du sujet 5
0.5. Méthodologie du travail 6
0.6. Délimitation et articulation 6
CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA PAUVRETE DES MENAGES ET L'ACCES AUX SOINS DE SANTE. **7**
Section 1 : Revue de la littérature théorique 7
I.1.1. Aperçus théoriques sur la pauvreté 7
I.1.1.1. Les principales approches de mesure de la pauvreté des ménages. 8
I.1.1.2. Les causes de la pauvreté 9
I.1.1.3. Théorie du cercle vicieux de la pauvreté. 13
I.1.2. Aperçus théoriques sur la santé 14
I.1.2.1. L'accès aux soins de santé de base 15
I.1.2.2. Les dimensions d'accès aux soins de santé 15
I.1.2.3. Typologie des systèmes de santé. 19
I.1.2.4. Les composantes de carte de santé et de ses déterminants 22

Section 2 : Littérature empirique sur les facteurs déterminants de l'accès aux soins de santé 27
I.2.1. Revenu 27
I.2.2. Niveau d'instruction du CM 28
I.2.3 La profession du CM 29
I.2.4. Le sexe du CM 29
I.2.5. La taille du ménage 30
I.2.6. Milieu de résidence 30
I.2.7. Age du malade 31
I.2.8. Emploi 32
Conclusion du premier chapitre 33
CHAPITRE II : ETAT DES LIEUX SUR LA PAUVRETE DES MENAGES ET L'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI. 34
Section 1 : Situation de la pauvreté au Burundi 34
II.1.1. Les éléments distinctifs des ménages pauvres et non pauvres. 34
II.1.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques 34
II.1.1.2. Les caractéristiques socioculturelles. 35
II.1.1.3. Les caractéristiques socioéconomiques 37
I.1.2. Profil de la pauvreté 38
I.1.2.1. Profil de la pauvreté monétaire 39
I.1.2.2. Profil de la pauvreté non monétaire 39
Section 2 : Le profil de la santé 41
II.2.1. Organisation du réseau des soins 41
II.2.2. L'accès aux services de santé. 42
II.2.3. L'offre des soins 44
II.2.4. Etat de santé de la population 44
Conclusion du second chapitre 46
CHAP. III : ANALYSE EMPIRIQUE DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DES MENAGES PAUVRES AU BURUNDI 47
Section 1: Démarche méthodologique de recherche 47
III.1.1. Echantillon, sources et types des données. 47
III.1.2. Outils de collecte des données. 47
III.1.3. Choix et description des variables 48

III.1.4. Spécification du modèle. 49
III.1.5. Modèle économétrique 50
III.1.6. Méthodes d'analyse 51
III.1.7. Anticipation des signes des variables du modèle. 52
Section 2 : Présentation des résultats d'analyse descriptive et d'analyse empiriques. 56
Section 3: Interprétations et discussions des résultats 64
III.3.1. Les variables démographiques 65
III.3.2. Les variables socio-économiques. 66
III.3.3. Milieu de résidence. 68
Conclusion du troisième chapitre 69
CONCLUSION GENERALE 70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES 72

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des indicateurs de la pauvreté non monétaire par milieu de résidence 40

Tableau 2 : Quelques statistiques du secteur santé 44

Tableau 3 : Rapport de l'association entre la pauvreté et l'l'accès aux services de santé. 57

Tableau 4: Rapport de l'association entre milieu de résidence et l'l'accès aux services de santé 58

Tableau 5: Rapport de l'association entre l'emploi et l'l'accès aux services de santé 58

Tableau 6: Rapport de l'association entre l'instruction et l'l'accès aux services de santé 59

Tableau 7: Rapport de l'association entre le sexe et l'l'accès aux services de santé 60

Tableau 8: Rapport de l'association entre la distance et l'l'accès aux services de santé 61

Tableau 9: Rapport de l'association entre l'assurance et l'l'accès aux services de santé 61

Tableau 10: Rapport de l'association entre le statut matrimonial et l'l'accès aux services de santé 62

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Effectif et répartition en % de la population par province et par milieu de résidence selon le sexe 35
Graphique 2: Répartition (%) des personnes âgées de 3 ans et plus par le sexe et par groupe d'âges selon le niveau d'éducation 36
Graphique 3 : Répartition en % des individus selon les principales causes du non fréquentation scolaire 37
Graphique 4 : Situation d'activité en fonction du milieu de résidence et du sexe 37
Graphique 5: Situation d'activité en fonction de la tranche d'âge et du niveau d'instruction 38
Graphique 6: Répartition de la pauvreté monétaire en % par province 39
Graphique 7 : Répartition de la pauvreté non monétaire par province et par milieu de résidence 41
Graphique 8: Taux de morbidité par provinces, sexe, milieu de vie et tranche d'âge. 45
Graphique 9: Les principales causes de la morbidité 45

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cercle vicieux de la pauvreté 13

Figure 2 : La philosophie de Bismarck de santé 20

Figure 3: La philosophie de Beveridge de santé 21

Figure 4 : Les systèmes libéraux de santé. 22

Figure 5 : Carte de la santé et de ses déterminants. 23

Figure 6 : Le cycle de la santé et de la pauvreté 32

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION

BM : Banque Mondiale

CM : Chef du ménage

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

EICVMB : Enquête Intégrée pour les Conditions de Vie et des Ménages au Burundi

INSBU : Institut National de la Statistique du Burundi

ISTEEBU : Institut Statistique pour les Etudes Economiques au Burundi

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé.

ONU : Organisation des Nations Unies

ODD : Objectif de Développement Durable

PIB : Produit Intérieur Brut

PUMA : Paquet Minimum d'Activités

PNUD : Programme de Nations Unies pour le Développement.

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

ZD : Zone de Dénombrement

AVANT-PROPOS

Le présent mémoire rentre dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de fin des Etudes de Master en Analyse Economique et Développement International, option Analyse Economique. Il étudie la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé à base des données de l'EICVMB (2019-2020). L'analyse descriptive et l'analyse économétrique ont permis d'analyser si les ménages pauvres au Burundi ont l'accès aux soins de santé et d'étudier les facteurs qui influencent l'accès aux soins de santé pour les ménages pauvres au Burundi. C'est dans ce contexte que cette étude a principalement été e par un gout de savoir les facteurs influençant l'accès aux soins de santé pour les ménages pauvres au Burundi. Des suggestions ont été proposées en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé au Burundi.

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1. Contexte et justification

La pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé sont des questions préoccupantes tant au niveau national qu'international. Le droit à la santé figure parmi les droits fondamentaux de tout être humain. Il joue un rôle essentiel dans le processus de développement durable et de la réduction de la pauvreté des populations (H. Houeninvo, 2014). Prenant la mesure de cet enjeu, les Objectifs de Développement Durable (ODD) adoptés par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2015 ont retenu comme une nouvelle initiative qui vise à éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde (ODD1) et permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (ODD3).

Si l'objectif de réduction de la pauvreté demeure une préoccupation centrale, on constate un déplacement de l'attention de la réduction de la pauvreté en soi vers la gestion des risques sociaux. C'est le cas de l'appréciation croissante du rôle que joue le risque dans la vie des pauvres (Holzmann & Jorgensen, 2000).

Concernant l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022) l'accès universel aux soins de santé est un droit fondamental pour tout être humain. C'est dans ce sens que la Couverture Sanitaire Universelle(C.S.U) signifie que toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières.

Pour cela, le rapport de la Banque Mondiale et de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2017 affirme que la majorité de la population de la planète n'a pas l'accès aux services de santé essentiels suite à la pauvreté qui la touche. Selon le même rapport, les ménages doivent disponibiliser plus de 15% de leur budget consacrés aux dépensés des soins de santé.

Les services de santé sont très difficiles à obtenir en Afrique subsaharienne (Hubert, 2011), ailleurs il devient plus facile à obtenir des services de base comme la planification familiale et la vaccination du nourrisson. Le problème touche également les régions plus favorisées comme l'Asie orientale, l'Amérique latine et l'Europe où un nombre croissant de personnes consacrent au moins 10% de leur budget aux dépenses occasionnées par les soins, pour elles-mêmes, pour les enfants ou pour un membre de la famille (OMS, 2017).

Depuis des décennies, l'Afrique traverse une crise chronique qui touche particulièrement les secteurs de l'économie, de la santé et de l'éducation. Beaucoup des familles connaissent des difficultés d'avoir l'accès aux soins de santé à cause de la pauvreté qui leur touche.

Ainsi, dans beaucoup des localités pour avoir l'accès aux certains services de soins de santé il faut vendre la parcelle ou l'un des facteurs de production, ou emprunter. Dans ce cas on ne peut pas parler de développement en l'absence de la bonne santé et d'une meilleure alimentation (OMS, 2017).

Sur le plan national de développement (PND 2018-2027), deux axes sur seize portent sur la santé et la pauvreté, il s'agit d'améliorer les performances et la collaboration dans le domaine de la santé, et de développer l'agriculture, l'élevage et de renforcer la sécurité alimentaire.

La santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie. Un accès abordable, efficace et équitable à des soins de qualité est essentiel pour maintenir et améliorer la santé ainsi que pour éviter les difficultés d'ordre financier. L'accès à des soins de qualité est primordial pour empêcher les souffrances inutiles et atteindre les objectifs fondamentaux de la justice sociale.

Au Burundi, avant les années 80 les systèmes de santé étaient gratuits, quelques années après le gouvernement a introduit le système de pré-paiement dans la communauté et a institué une autonomie de gestion dans les structures de santé. Dans les années 2000, le gouvernement a introduit le système de recouvrement des frais pour avoir l'accès aux soins médicaux. Ce changement des systèmes vers les années 90 et plus montre que l'accès aux soins de santé pour les ménages pauvres n'était pas facile.

Néanmoins la pauvreté et la mauvaise santé vont de pair. En général, la santé est nécessaire pour le développement humain et pour la réduction de la pauvreté en particulier. Les pauvres sont moins nourris, moins informés, ont moins l'accès aux services de la santé et réalisent des résultats inefficaces par rapport aux riches, ce qui réduit leur espérance de vie d'année en année.

En guise de cette parité, la pauvreté est à l'origine de la mauvaise santé et cette dernière fait durer la pauvreté. A côté de la pauvreté, des bas revenus sont aussi considérés comme une cause de la mauvaise santé du fait que les ménages pauvres ne peuvent pas faire face aux dépenses des médicaments et des soins de santé afin de diminuer les maladies (Adam Wagstaff, 2022).

Il y a au niveau microéconomique qu'au niveau macroéconomique un problème de pauvreté associé au problème de santé : une famille frappée par la maladie peut se retrouver durablement dans la misère de pauvreté due au coût des soins de santé.

A ce même niveau, l'état de santé des individus influence leur niveau de production, plus on est pauvre, plus on est malade et plus on est malade, plus on est moins productif. C'est dans ce même cas que l'environnement naturel soufrait des conséquences indirectes de la mauvaise santé et de la pauvreté des ménages.

0.2. Problématique de la recherche

Le développement économique englobe de façon interactive les revenus, la productivité, la santé, l'éducation, mais également la distribution de ces variables au sein d'une population (Marmot et al, 2008). La mauvaise santé est à la fois la cause et la conséquence de la pauvreté. Cette dernière provoque la réduction de la production dans les familles et la diminution des capacités d'apprentissage.

De tous les risques auxquels sont confrontés les ménages pauvres, les risques sanitaires constituent probablement la plus grande menace pour leur vie et leurs moyens de subsistance. Un choc sanitaire entraîne des dépenses directes pour les médicaments, le transport et le traitement, mais aussi des coûts indirects liés à une réduction de l'offre de travail et de la productivité (Asfaw, 2003).

En 2017, l'OMS a estimé que chaque année plus de 100 millions de personnes meurent à cause de la pauvreté liée au manque des services de santé de base, à la malnutrition et aux mauvaises conditions sanitaires. Nonobstant, l'accès aux soins de santé demeure une problématique du fait que certains hôpitaux ou centres de santé manquent du matériel mais aussi du personnel qualifié et formé en nombre suffisant. Partout, les zones rurales restent mal couvertes. Une autre contrainte d'avoir l'accès aux services de soins de santé est dû à l'émigration du personnel qualifié vers les pays riches.

La moitié de la population de la planète n'a pas l'accès aux services de santé essentiels. Chaque année un nombre considérable de familles sont plongées dans la pauvreté en raison des dépenses de santé qu'elles doivent régler directement (OMS, 2018). La famille doit disponibiliser au moins 15% de son budget consacré aux dépenses occasionnées par les soins de santé.

De plus, en 2001 le secrétaire des Nations Unis a déclaré que le plus grand ennemi de la santé dans le monde en développement est la pauvreté. À l'échelle mondiale, il existe une relation frappante entre la pauvreté et la mauvaise santé : dans les pays moins avancés, l'espérance de vie n'est que de 49 ans. Dans les pays à revenu élevé, en revanche, l'espérance de vie moyenne est de 77 ans et le taux de mortalité infantile est de six pour mille naissances vivantes.

Non seulement ça, la pauvreté crée aussi la famine, qui à son tour rend les gens plus vulnérables aux maladies. La pauvreté prive les gens d'avoir l'accès aux services de santé fiables et à des médicaments abordables, et empêche les enfants de bénéficier des vaccinations de routine. Elle engendre aussi l'analphabétisme, ce qui fait que les gens sont mal informés des risques sanitaires et sont contraints d'exercer des emplois dangereux qui nuisent à leur santé. (Kern et Ritzen, 2001)

En Afrique, il est difficile de parler du développement économique à cause des changements économiques, politiques, climatiques et démographiques que traverse le continent africain et qui sont liés entre eux. Ces changements affectent le niveau de santé et le bien-être de la population. Ce qui fait qu'au Burundi des multiples facteurs freinent l'amélioration rapide de la santé de la population. Ces derniers sont liés au revenu et se conduisent au faible niveau général de la santé (INSD, 1997). Le non l'accès à l'information en matière de santé, l'éloignement des centres de santé ou des hôpitaux, le manque de moyens pour payer les médicaments et les services médicaux, l'absence d'eau potable, l'insuffisance de nourriture, les barrières culturelles, le manque d'infrastructures sanitaires opérationnelles, et le manque des médecins qualifiés expliquent le non l'accès aux soins de santé.

De plus, le Burundi est classé parmi les 5 derniers pays les plus pauvres de la planète terre avec un PIB par habitant de 300 USD et il est le dernier dans les pays de l'EAC puisque les autres pays de la communauté dépassent 600 USD par habitant. L'Institut des Statistique et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU) devenu INSBU en 2022 indique que plus de la moitié de la population burundaise vit en dessous du seuil de la pauvreté et ce dernier est estimé à 576.753 BIF par an et par équivalent adulte, soit 1.580 BIF par jour.

Selon l'analyse de Bere et al. (1998), le coût élevé, l'éloignement, la mauvaise qualité et l'inadéquation des prestations ainsi que l'absence d'aide sont les principales difficultés qui bloquent les pauvres d'avoir l'accès aux services de santé. Ces derniers évoquent souvent l'élévation des coûts comme la raison principale de la non consultation en cas de maladie et estiment inutile d'aller voir à temps l'infirmier ou le docteur car leurs moyens financiers ne

leur permettent pas d'honorer les frais d'ordonnance. Pour tous ces problèmes évoqués en haut en matière de la pauvreté des ménages et de l'accès aux soins de santé au Burundi, nous formalisons la question centrale de savoir si les ménages pauvres ont l'accès aux soins de santé.

0.3. Objectifs et hypothèses de la recherche

L'objectif principal de ce travail est d'étudier si les ménages pauvres ont l'accès aux soins de santé au Burundi en utilisant les données de l'ISTEEBU issues de l'enquête intégrée sur les conditions de vie et des ménages au Burundi (EICVMB 2019-2020).

Spécifiquement, le présent travail de recherche vise à répondre aux interrogations suivantes:

- Existe-t-il un lien entre la pauvreté des ménages burundais et l'accès aux soins de santé ?
- La taille du ménage et l'assurance santé pourraient-ils influencer l'accès aux soins de santé pour les ménages burundais ?

Pour bien mener cette étude et atteindre les objectifs, des différentes hypothèses ont été formulées. L'hypothèse principale stipule que la pauvreté des ménages ne réduit pas leurs chances d'accéder aux soins de santé. Elle se décline en deux hypothèses à savoir :

H1 : La pauvreté des ménages burundais influence négativement l'accès aux soins de santé.

H2 : La taille du ménage et l'assurance santé ont une influence négative sur l'accès aux soins de santé.

0.4. Motivation et intérêt du sujet

Le choix de ce sujet : « La pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé » a été motivé par un goût de savoir les facteurs déterminants de l'l'accès aux soins de santé pour les ménages pauvres aux Burundi.

Le présent travail revêt un triple intérêt. D'abord, il va nous permettre d'approfondir les matières théoriques vues en classe. Il va boucler notre formation et nous permettre d'accéder au diplôme de Master en Analyse Economique et Développement, une porte ouverte vers les études doctorales.

Ensuite, le présent travail constitue une source documentaire pour les futurs chercheurs qui seront intéressés par des questions analogues. De plus, on a l'espoir que ce travail enrichisse la théorie existante en fournissant des nouvelles informations sur l'l'accès aux soins de santé des ménages pauvres au Burundi.

Enfin, le présent travail a une importance pour le pays car elle pourra indiquer aux décideurs politiques et économiques quelles mesures adéquates il faut prendre pour rendre optimale le service de santé.

0.5. Méthodologie du travail

Pour rendre effectif le présent travail, plusieurs techniques ont été utilisées. D'abord, la technique documentaire nous a permis à lire la littérature théorique et empirique trouvable dans différentes bibliothèques physiques mais également virtuelles. Elle nous a permis également de collecter les informations nécessaires pour une méthode d'analyse. Les données d'analyse sont issues de l'ECIVMB 2019-2020.

Ensuite, la méthode descriptive à l'aide des tableaux et des graphiques nous a permis de faire l'état des lieux sur la pauvreté et la santé au Burundi. Enfin, pour vérifier les hypothèses émises et répondre à la question de recherche, un traitement des données collectées a été fait grâce aux techniques et outils de l'économétrie des variables qualitatives.

0.6. Délimitation et articulation

Ce travail est délimité dans le temps, dans l'espace et dans le domaine. En effet, dans le temps, ce travail porte sur une période de 2019-2020. Cette dernière a été choisie comme référence du fait que les données disponibles de l'EICVMB ne dépassent pas cet intervalle de temps. Dans l'espace, il se focalise sur le Burundi et dans le domaine porte sur l'économie de la santé. Il cherche à comprendre les types de déterminants de la santé.

En plus de l'introduction générale et de la conclusion générale, le présent travail est articulé autour de 3 trois chapitres. Le premier chapitre fait une revue de la littérature sur la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de la santé, le second donne une description de la pauvreté et de la santé au Burundi, et le dernier s'intéresse à la méthodologie adoptée pour analyser l'accès aux soins de santé des ménages pauvres ainsi que les résultats de l'analyse.

CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA PAUVRETE DES MENAGES ET L'ACCES AUX SOINS DE SANTE.

Ce chapitre fait la présentation des concepts clés du thème traité. Il est construit en deux sections : la première section concerne la revue de la littérature théorique sur le concept de la pauvreté et de la santé, la seconde section concerne les travaux empiriques effectués pour analyser l'accès aux soins de santé des ménages pauvres.

Section 1 : Revue de la littérature théorique

I.1.1. Aperçus théoriques sur la pauvreté

La pauvreté n'est pas un phénomène homogène prenant un visage identique en tout lieu et en tout temps. Elle varie d'un pays à l'autre par exemple être pauvre en France ne signifie pas la même chose qu'être pauvre au Burundi. Ainsi, donner une définition de la pauvreté n'est pas simplement une question de lieu ou d'époque mais également du contexte dans lequel se situe l'étude.

Selon les droits légitimes et vitaux de la personne humaine la pauvreté est une situation illustrant une insuffisance des ressources financières (manque d'argent) et des conditions de vie (logement, équipements, participation à la vie sociale et économique, etc.), ne permettant pas à des individus de vivre quotidiennement de façon digne.

Mat Zin (2011) a suggéré que la pauvreté peut se décrire sous deux théories : les théories de cas et les théories génériques de la pauvreté. Pour les premières, les personnes sont incapables de subvenir à leurs besoins de base sans l'aide ; il s'agit notamment des personnes âgées, des personnes handicapées et des troubles mentaux. Pour les secondes théories, elle s'explique par des problèmes macroéconomiques tels que les opportunités d'emploi inadéquates, une faible demande et un faible revenu national (pays moins développé).

Suivant les rédacteurs de l'encyclopédie Britannique, la pauvreté est l'état de celui qui ne dispose pas d'une quantité habituelle d'argent ou de biens matériels pour satisfaire leurs besoins fondamentaux.

Le Programme des Nations Unies pour le développement (P.N.U.D) décrit la pauvreté comme une condition humaine caractérisée par une privation soutenue ou chronique des ressources, des capacités, des choix, de la sécurité et du pouvoir nécessaires pour jouir d'un niveau de vie adéquat et d'autres droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux.

Dans son rapport « Vaincre la pauvreté humaine (2000) », il a défini spécifiquement l'extrême pauvreté, la pauvreté générale et la pauvreté humaine. Ainsi, une personne vit dans la pauvreté extrême si elle ne dispose pas des revenus nécessaires pour satisfaire ses besoins alimentaires essentiels habituellement définis sur la base de besoins caloriques minimaux. Elle vit dans la pauvreté générale si elle ne dispose pas des revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels non alimentaires tels l'habillement, l'énergie et le logement et alimentaires. La pauvreté humaine quant à elle, est présentée comme l'absence des capacités humaines de base: l'analphabétisme, la malnutrition, la longévité réduite, la mauvaise santé maternelle, la maladie pouvant être évitée.

Entre-temps, la Banque mondiale (2011) suggère que la pauvreté comprend les faibles revenus, l'incapacité d'acquérir les biens et services de base nécessaires à la survie, les faibles niveaux de santé et d'éducation, le faible l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la sécurité physique inadéquate, le manque de voix et une opportunité insuffisante pour améliorer sa vie. En somme, toutes ces définitions appréhendent la pauvreté essentiellement en termes d'insuffisance des ressources.

I.1.1.1. Les principales approches de mesure de la pauvreté des ménages.

La littérature sur la pauvreté est abondante et se caractérise par des approches multiples. Cependant, comme le rappelle Nouetagni (2004), on distingue la pauvreté monétaire de celle non monétaire.

L'approche de la pauvreté monétaire est plus largement utilisée pour mesurer et comprendre la pauvreté. C'est la méthode préférée par les économistes car elle est très cohérente avec la théorie microéconomique néoclassique.

La pauvreté monétaire traduit l'insuffisance de moyens monétaires pour acheter les biens et services qui permettent de satisfaire les besoins de base : se nourrir, se vêtir, se loger, se soigner, s'éduquer et se déplacer. Ainsi, un individu sera dit pauvre dès lors que le montant de revenu dont il dispose pour satisfaire ses besoins vitaux de base (se nourrir, s'habiller, se loger, aller à l'école, etc.) est inférieur à un certain seuil dit « seuil de pauvreté[1] » qui constitue de fait un minimum vital[2]. Sa mesure s'appuie soit sur le revenu, soit sur la consommation, traduite en valeur monétaire.

[1] **Seuil de pauvreté** : le revenu minimum en deçà duquel, dans un pays donné, une personne est considérée comme pauvre, c.à.d. ne disposant pas d'un niveau de vie considérable.
[2] **Un minimum vital** : la somme des dépenses dont une personne a besoin pour couvrir ses besoins de base.

Selon un indicateur synthétique de la prévenance des différentes formes de pauvreté des conditions de vie, l'approche de la pauvreté non monétaire est plus prononcée dans les pays où le revenu moyen par habitant est faible et que la pauvreté monétaire est plus élevée. L'incidence de la pauvreté non monétaire diminue en fonction du revenu et de l'âge des individus.

Elle résulte de l'impossibilité de satisfaire les besoins qui permettent de mener une vie décente dans une société donnée et fait référence à une alimentation insuffisance ou à la malnutrition, à l'absence d'éducation, d'un logement insalubre, et autres. Elle est plus difficile à cerner la pauvreté monétaire du fait que son champ est plus vaste et surtout très subjectif.

D'autres approches qui peuvent être envisagées pour mieux cerner les aspects multidimensionnels de la pauvreté sont la pauvreté subjective et la pauvreté structurelle.

La pauvreté subjective décrit une pauvreté qui se compose de plusieurs dimensions; elle est subjectivement présentée lorsque le revenu réel ne correspond pas aux attentes et aux perceptions. La pauvreté subjective fait référence à la considération personnelle de la situation d'une personne en termes de finances et de besoins matériels. La pauvreté est déterminée par les sentiments, les attentes, les perceptions et les pensées de l'individu, plutôt que par une définition standardisée.

La pauvreté structurelle quant à elle postule que les personnes pauvres sont ceux qui se trouvent dans des situations de la structure économique caractérisées par un revenu insuffisant. En parlant de structure il faut entendre les structures politiques, sociales et économiques qui ont des valeurs et des idéologies spécifiques. Ces valeurs et idéologies peuvent être libérales, néolibérales, capitalistes ou socialistes.

La plupart des individus de ces structures ne restent pas éternellement dans les taudis car la vie humaine est dynamique (Mosse, 2010). À un moment donné, ils sont dans un état de faible revenu, mais plus tard, ils peuvent connaître une certaine mobilité sociale ascendante après avoir obtenu un emploi ou bénéficié d'une forme de promotion (Jordan, 2004).

I.1.1.2. Les causes de la pauvreté

La pauvreté est un problème mondial. En 2015, selon la Banque mondiale, plus de 700 millions de personnes vivaient avec moins de 1,90 $ par jour. Bien que ce chiffre représente une étape importante, cela représente encore beaucoup trop de personnes. Ce chiffre comprend également l'extrême pauvreté qui est définie par l'O.N.U. comme une condition

caractérisée par une privation sévère des besoins humains fondamentaux, notamment la nourriture, l'eau potable, les installations sanitaires, la santé, le logement, l'éducation et l'information. Elle dépend non seulement du revenu mais aussi de l’accès aux services. Qu'est-ce qui cause la pauvreté en premier lieu ? Voici dix causes profondes :

- **Absence de bons emplois/de croissance de l'emploi.**

Il existe un lien étroit entre la pauvreté et le chômage, car le manque d'l’accès à un emploi adéquat joue un rôle essentiel dans l'augmentation de la pauvreté. Trouver un emploi adéquat est un problème majeur dans la société actuelle en raison du manque d'emplois et des difficultés rencontrées.

La recherche d'un emploi est un problème spécifique pour les personnes démunies, car les personnes vivant dans la pauvreté doivent normalement avoir l’accès aux éléments de base de la vie, par exemple l'eau potable, la nourriture, le logement, les soins de santé et l'éducation ; ces éléments de base sont également nécessaires pour trouver un emploi.

Les personnes à la recherche d'un emploi approprié entrent dans la catégorie de la pauvreté relative, car elles disposent peut-être de quelques moyens de subsistance, alors que les personnes en situation de pauvreté absolue n'ont besoin que des biens de base pour vivre le lendemain. Cependant, le manque d'emploi pousse d'une certaine manière la pauvreté relative vers la pauvreté absolue. Dans l'ensemble, les personnes sans emploi et les personnes pauvres recherchent certaines choses en commun, à savoir le logement, l'habillement, l'éducation, la technologie, le transport, les nécessités hygiéniques, etc.

- **Le manque d'une bonne éducation.**

La deuxième cause fondamentale de la pauvreté est le manque d'éducation. La pauvreté est un cycle et sans éducation les gens ne sont pas en mesure d'améliorer leur situation. Selon l'UNESCO, plus de 170 millions de personnes pourraient être libérées de l'extrême pauvreté si elles avaient seulement des compétences de base en lecture.

Cependant, dans de nombreuses régions du monde, les gens ne s'instruisent pas. Les raisons en sont diverses. Souvent, les familles ont besoin des enfants pour travailler, il n'y a pas d'écoles à proximité, ou les filles ne sont pas éduquées à cause du sexisme et de la discrimination.

- **Guerre/conflit**

Les conflits ont un impact énorme sur la pauvreté. En temps de guerre, tout s'arrête. La productivité en souffre, tout comme le PIB du pays. Il est très difficile de remettre les choses en marche, car les entreprises et les pays étrangers ne veulent pas investir. Pour les familles, la guerre et les conflits peuvent rendre impossible de rester ensemble au même endroit. Dans ce cas les femmes deviennent les principaux soutiens de famille, et elles doivent faire face à de nombreux obstacles qui se manifestent pendant la guerre tels que la violence sexuelle et la discrimination.

- **L'injustice sociale**

Qu'il s'agisse de discrimination sexuelle, de racisme ou d'autres formes d'injustice sociale, la pauvreté suit. Les personnes victimes de l'injustice sociale ont du mal à obtenir une bonne éducation, à trouver les bonnes opportunités d'emploi et à accéder aux ressources qui peuvent les sortir de la pauvreté.

- **Manque de nourriture et d'eau**

Sans l’accès aux éléments de base comme la nourriture et l'eau, il est impossible de sortir du cycle de la pauvreté. Tout ce qu'une personne fait est destiné à obtenir de la nourriture et de l'eau. Elle ne peut pas économiser d'argent car tout est consacré à ses besoins quotidiens. S'il n'y a pas assez de nourriture, il n'aura pas l'énergie nécessaire pour travailler. Ils sont également beaucoup plus susceptibles de tomber malades, ce qui aggrave encore leur situation financière.

- **Manque d'infrastructures**

Les infrastructures comprennent les routes, les ponts, les transports publics, etc. Lorsqu'une communauté ou les familles sont isolées, elles doivent dépenser beaucoup d'argent, de temps et d'énergie pour se déplacer. Sans bonnes routes, les déplacements prennent une éternité. Sans transports publics, il peut être quasiment impossible d'obtenir un bon emploi ou même de se rendre au magasin.

L'infrastructure relie les gens aux services et aux ressources dont ils ont besoin pour améliorer leur situation financière et leur vie, et sans elle, les choses ne s'améliorent pas.

- **Manque de soutien de la part du gouvernement**

Pour combattre bon nombre des problèmes, le gouvernement doit être impliqué. Cependant, de nombreux gouvernements sont soit incapables, soit peu désireux de servir les pauvres. Cela peut se traduire par l'absence (ou la suppression) de programmes d'aide sociale, la réorientation de fonds au détriment de ceux qui en ont besoin, l'absence de construction de bonnes infrastructures ou la persécution active de la population. Si un gouvernement ne parvient pas à répondre aux besoins des pauvres, il est fort probable que les pauvres resteront dans cette misère.

- **Manque des soins de santé**

Les personnes pauvres sont plus susceptibles de souffrir d'une mauvaise santé, et celles qui ont une mauvaise santé sont plus susceptibles d'être pauvres. Cela s'explique par le fait que les soins de santé sont souvent trop chers ou inaccessibles à ceux qui en ont besoin. Sans argent pour payer les médicaments et les traitements, les pauvres doivent prendre des décisions très difficiles et, en général, les produits de première nécessité comme la nourriture est prioritaire. Les personnes malades sont de plus en plus malades et ne peuvent plus travailler, ce qui rend la situation encore plus difficile. Si les gens cherchent à se faire soigner, le coût ruine souvent leurs finances. C'est un cercle vicieux.

- **Changement météorologique/climatique**

Le changement climatique est à l'origine de sécheresses, d'inondations et de tempêtes violentes, et il peut anéantir les pays prospères tout en entraînant les pays pauvres encore plus bas. Il est également extrêmement difficile de s'en remettre, surtout pour les communautés agricoles qui ont à peine de quoi se nourrir, sans parler de la préparation de la prochaine récolte.

- **Des coûts élevés**

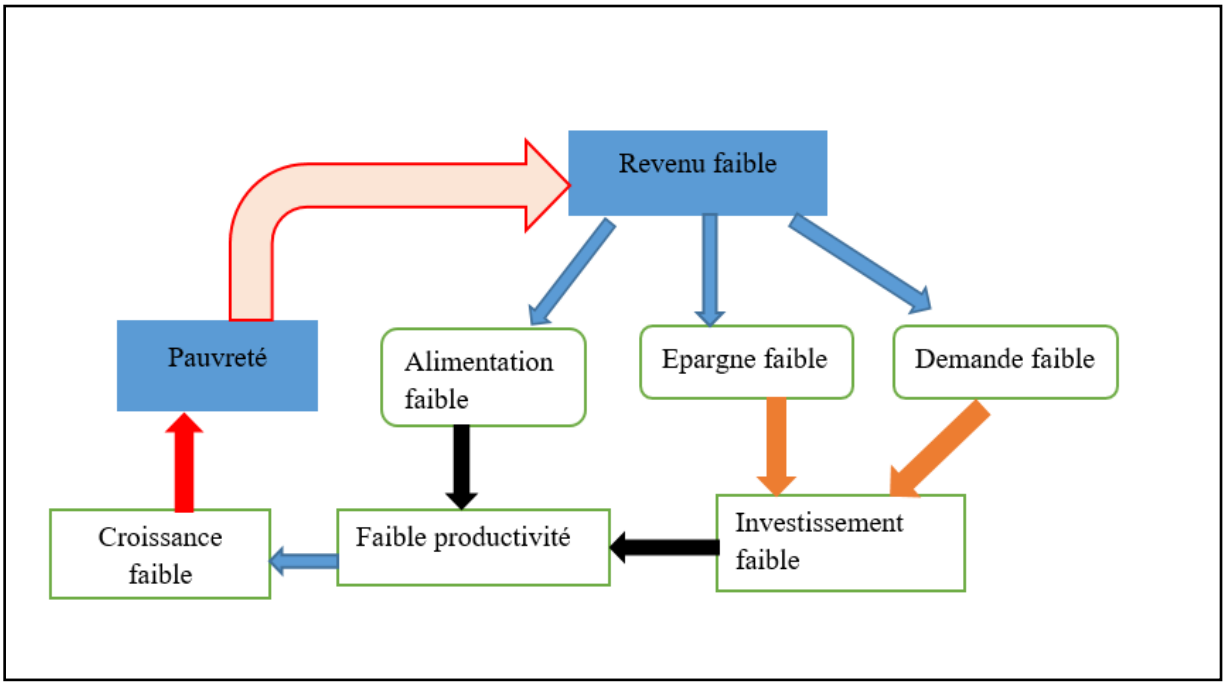
La dernière racine de la pauvreté est simple : les choses coûtent trop cher. Même les produits de base peuvent être trop chers. Selon les statistiques du Programme alimentaire mondial, les ménages les plus pauvres du monde consacrent 60 à 80 % de leurs revenus à la nourriture.

Les prix des denrées alimentaires sont également très imprévisibles dans certaines régions, de sorte que lorsqu'ils augmentent, les pauvres doivent continuer à supprimer d'autres éléments essentiels. Le logement est un autre élément essentiel qui ne cesse pas d'augmenter.

I.1.1.3. Théorie du cercle vicieux de la pauvreté.

Le cercle vicieux de la pauvreté correspond à la réalité que vivent plus de 600 millions de personnes dans le monde qui ont un travail mais qui n'arrivent ni à sortir, ni à faire sortir leur famille de la pauvreté. Ragnar Nurske(1953) est le promoteur de l'analyse fondée sur le cercle vicieux de la pauvreté. Ce dernier se traduit par un faible revenu, ce qui permet d'épargner peu. L'accumulation du capital qui en résulte est donc faible, ce qui permet de réaliser une productivité faible avec une croissance faible. De plus, le revenu faible crée une diminution d'alimentation qui va engendrer une productivité faible aussi avec une croissance économique faible. Selon lui « ***les pays pauvres sont pauvres parce qu'ils sont pauvres*** ».

Figure 1 : Cercle vicieux de la pauvreté



Source : Nurske R. (1953)

I.1.2. Aperçus théoriques sur la santé

Il n'est pas facile de définir la santé, les définitions diffèrent selon le regard choisi et il n'est pas possible de la définir d'une seule manière. Dans la constitution de l'OMS adoptée en 1948, la santé est un état de complet bien-être[3] physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. En 1986, la même organisation a défini la santé comme étant une dimension de la qualité de vie et l'opportunité de faire des choix et d'être satisfait de vivre. Quelques années après, elle a mis en place une nouvelle définition de la santé en la prenant comme étant l'intégrité anatomique, physiologique et mentale; la capacité à assumer les rôles familiaux, professionnels et sociaux ; capacité à gérer le stress, sensation de bien-être, et absence de risque de maladie ou de décès prématuré.

D'après l'UNICEF(1984), la santé n'est pas l'absence de la maladie, c'est un sentiment plus profond de bien-être qui ne dépend pas seulement des services de santé, mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture des droits et des libertés.

Berthet (1983) défini la santé comme l'existence d'une force potentielle de réserve permettant à l'organisme de résister aux assauts qui, tant au point de vue physique que psychique, émaillent le cours de l'existence. Cette force potentielle de réserve est en partie due à notre héritage génétique, en partie acquise par l'application des règles les plus élémentaires de la vie saine qui permet que tous les sujets infectés par un virus ou un microbe ne meurent pas, que tous ceux qui ont à faire face à de graves troubles émotifs ne deviennent pas des névrosés.

Quant à Dufresne et al. (1985) la santé est l'assise du progrès social. Elle est devenue un bien social, collectif, mesurable par la régulation du fonctionnement de l'organisme, dans ce cas on comprend ce mot dans le sens d'organisme biologique et social.

En liant la santé à l'activité de l'individu, Dubos (1992) fait apparaître la santé comme un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu considéré de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu. C'est un état qui permet à celui qui en jouit de se conserver pleinement à son ou à ses projet(s) qui met donc toujours en jeu des forces socioculturelles, non inscrites dans le cadre génétique.

[3] **Bien-être** : la satisfaction d'atteindre le niveau d'équilibre physique, psychologique, social et spirituel qui permet à une personne de vivre une vie heureuse et épanouissante.

De plus, Robert (2000) a fait présenter la santé comme un bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable.

Tenant compte de toutes ces définitions, il ressort que la santé est conçue comme un droit fondamental de la personne humaine. La Charte d'Ottawa mentionne certaines conditions préalables à la santé, qui sont : la paix, des ressources économiques suffisantes, des aliments et un logement appropriés, un écosystème stable et une utilisation viable des ressources. La prise en compte de ces conditions préalables met en évidence les liens qui existent entre la situation sociale et économique, l'environnement physique, les modes de vie individuels et la santé. Ces liens sont la clé d'une compréhension globale de la santé.

I.1.2.1. L'accès aux soins de santé de base

On parle d'accessibilité aux soins lorsque les gens reçoivent des services de soins de santé appropries au bon moment, au bon endroit et par les bons fournisseurs de soins de santé en vue d'obtenir les meilleures résultats possibles en matière de santé.

L'accès aux soins de santé de base désigne la facilité plus au moins grande avec laquelle on accède aux bons services de soins au bon moment. Dans le monde l'accès aux soins se doit être égal, libre et de qualité.

I.1.2.2. Les dimensions d'accès aux soins de santé.

Aday et Endersen (1995) ont suggéré qu'il n'est plus possible de considérer l'accès aux soins de santé en termes de savoir si ceux qui ont besoin des soins entrent ou non dans le système de santé. Ils ont suggéré que l'accès aux soins pourrait décrire l'entrée potentielle ou réelle d'un individu ou d'un groupe de population donné dans le système de soins de santé. Ainsi, « ***avoir l'accès*** » désigne la possibilité d'utiliser un service si nécessaire, tandis que « ***obtenir l'accès »*** fait référence à l'initiative au processus d'utiliser un service.

La littérature économique classe les déterminants les plus souvent utilisés en quatre catégories: déterminants économiques, déterminants liés à la santé, déterminants liés à l'accès (l'offre), et déterminants démographiques.

a) Dimension économique

Pour les déterminants économiques, on trouve le coût du traitement (approximé par la présence d'une couverture médicale), les indicateurs de niveau de vie ou de revenu (parfois approximés par les dépenses globales ou les biens durables et/ou les avoirs du ménage).

- **Coût du traitement**

D'après Andersen & Newman (1973) l'élément essentiel qui impact fortement la décision du patient à recourir aux fournisseurs de services de santé est le coût du traitement. Des dépenses de santé élevées rendent les individus moins susceptibles d'utiliser les services de soins de santé. Ce qui les pousse à chercher ailleurs d'autres alternatives.

Contrairement à Majumder (2006) qui a signalé que le coût élevé du traitement augmente les chances d'utilisation de sources de services de santé modernes par les patients qui souffre des maladies graves. L'auteur explique ce résultat par le fait que les coûts élevés de la maladie indiquent la présence de maladies complexes dépassant la capacité des prestataires de services traditionnels.

- **Revenu ou le niveau de vie de ménage**

L'autre conséquence importante est l'effet du revenu sur la consommation individuelle de soins. De nombreuses études empiriques suggèrent que lorsque les personnes deviennent plus riches, elles exigeront des soins plus nombreux et de meilleure qualité et des soins plus coûteux. Tanti-Hardouin (1994) a révélé que la demande en matière de santé est corrélée au revenu (revenu des individus et revenu de l'État). De plus, Dong et ses collaborateurs (2002) ont montré à partir d'une étude empirique que le revenu des ménages, le sexe de l'individu et le niveau d'étude ont un impact significatif sur les dépenses de santé. En plus, d'après Gertler et Van Der Gaag (1990), les ménages à revenu élevé ont une probabilité plus élevée de se faire soigner que ceux des ménages défavorisés.

McCaw-Binns et al. (1995) a fait ressortir une liaison positive entre le recours aux soins prénataux et la profession de la femme enceinte. Des travaux menés par (Birch, S., J. Eyles, and K. B. Newbold, 1993) ont montré que le revenu était un facteur non significatif pour l'utilisation des services de soins de santé. Le même résultat a été approuvé empiriquement par une étude réalisée en 2005 par Arcury. Glanz, Rimer et Viswanath (2008) estiment que la décision des individus à recourir aux soins préventifs est très dépendante à leurs vecteurs de caractéristiques individuelles et de leurs conditions socioéconomiques.

b) Dimension liée à la satisfaction et à l'offre de soins.

- **Accessibilité**

Les recherches d'Andersen et Newman (1973), de Kroeger (1983) et d'Ager et Pepper (2005) ont affirmé que l'accessibilité et la disponibilité des fournisseurs de services de santé est un élément crucial, déterminant et explicatif de l'utilisation de services de santé. Ainsi, la décision du patient de choisir un prestataire de soins de santé ou d'utiliser les services de soins alternative dépend principalement de la disponibilité physique du fournisseur de services dans sa région de résidence. Plus encore, l'accessibilité ne se limite pas seulement dans la disponibilité physique du prestataire de service mais aussi aux coûts de déplacement associés, le temps alloué, le coût d'opportunité perdu du salaire journalier et la disponibilité des moyens de transport. Ce qui peut affecter le choix et l'utilisation du fournisseur (Buor, 2003).

Mooney a fait valoir que l'accès est entièrement une question d'approvisionnement tandis que l'utilisation est fonction à la fois de l'offre et de la demande et qu'il est important de souligner que l'égalité d'accès est synonyme d'égalité des chances.

- **Qualité des services offerts**

La qualité de service perçue joue un rôle important dans l'utilisation des services de santé. Les recherches menées par Babakus et Mangold (1992), Mariko (2003) et Kim et al. (2012) ont montré l'importance de la qualité perçue par les individus sur l'utilisation des services de santé. Ainsi, avec une perception accrue des services de santé, la probabilité d'utilisation de ces services augmente. Et vice versa.

c) Dimension démographique.

Les variables liées à la démographie en particulier l'âge de l'individu, son sexe, son milieu de résidence, son statut matrimonial ou encore son statut d'éducation sont systématiquement intégrés dans les études empiriques de l'offre de soins et même parfois avec des variables d'interaction (interaction deux à deux en particulier entre l'âge et le sexe).

- **Age**

L'âge est parmi les variables démographiques les plus susceptibles d'influencer la décision d'un individu d'utiliser les services de soins de santé. Beaucoup d'études empiriques d'Andersen RM, Newman JF, 1973 et Kroeger A., 1983 ont examiné l'effet de l'âge sur l'utilisation et les dépenses de soins de santé.

Ils ont rapporté l'importance de cette variable en tant que facteur déterminant et explicatif de la demande de soins de santé. En fait, plus la personne avance dans l'âge, plus ce que son état de santé se détériore. Ce qui l'incite à consommer plus de soins à l'âge avancée. Anderson et al. (2000) ont montré que l'utilisation de services de soins de santé et les dépenses de soins sont plus élevées chez les enfants et les personnes âgées que chez les plus jeunes.

- **Genre**

Parmi les variables démographiques qui influencent la consommation de soins, on y trouve le genre. Les recherches empiriques effectuées par Andersen et Newman (1973), Kroeger (1983), Asada et Kephart (2007) et Brown, J. R. and A. Finkelstein, 2009 sur les pays développés ont montré que les femmes sont plus sensibles à leurs besoins en matière de santé, car elles accordent plus d'attention à leur état de santé en particulier à leurs santés physiques. Grossman (1972) a montré que les femmes consomment plus de soins de santé que les hommes. Toutefois, d'autres chercheurs ont constaté que le genre ne joue aucun rôle dans l'utilisation des services. Il s'agit de : Lahana E, Pappa E, Niakas D (2011). Ils ont trouvé que cette variable n'est pas statistiquement significative. L'état matrimonial et le nombre d'enfants sont également des déterminants clés de l'l'accès aux soins de santé.

- **Milieu de résidence**

Le milieu de résidence est l'une des variables explicatives du recours aux fournisseurs de soins de santé. Les études réalisées par les chercheurs tels que : Andersen & Newman (1973), Sudha et al. (2003) et Lahana et al. (2011) ont soulevé l'importance de l'environnement résidentiel dans le contexte d'utilisation des services de santé. Ils ont abouti à ce que les personnes appartenant à des zones urbaines et rurales présentent des perceptions différentes de l'utilisation des services de santé.

- **Niveau d'instruction**

Selon le modèle de Grossman (1972), une augmentation du niveau d'éducation augmente les produits marginaux des soins médicaux mais nécessairement avec la même proportion. Les recherches réalisées par Andersen & Newman (1973) et Kroeger (1983) ont conclu que l'éducation est une variable qui peut expliquer le recours aux des soins de santé. En analysant les données empiriques, Hendryx (2002), Thind (2004), Asada et Kephart (2007) et Lahana, Pappa et Niakas (2011) ont remarqué que le niveau d'éducation influence fortement l'utilisation des soins de santé.

Ainsi, les personnes les mieux éduquées étaient plus sensibles à leur santé et plus susceptibles d'opter pour les services de santé que leurs homologues les moins scolarisées. Plus encore, ils ont remarqué que l'éducation influence aussi le type de prestataire de services de santé utilisé par les patients. Pour des besoins similaires, les personnes les moins scolarisées ont plus chance à faire recourir aux services d'urgence que les personnes ayant faite des études universitaires. Ces derniers ont plus de probabilité d'utiliser les services de santé primaires financés par le gouvernement.

- **Statut matrimonial**

Des études antérieures réalisées par Newbold (1993), Patil et al. (2002), Brown et al. (2009) Sato (2012) ont étudié l'effet de l'état matrimonial sur l'utilisation de soins de santé. Ils affirment que les mariés surtout les femmes sont plus susceptibles d'utiliser les services de santé que les femmes célibataires. Ces résultats peuvent être justifiés par le changement du mode de vie de l'individu entre le célibat et le mariage surtout pour les femmes (grossesse, accouchement, maternité, etc.)

d) Dimensions liées à la santé.

Ils comprennent des mesures directes de l'état de santé (présence de maladie passagère ou chronique, de handicap, obésité), parfois complétés par des variables subjectives de l'état général de santé et de l'attitude par rapport aux risques. A titre d'exemples, on peut citer la variable type de maladie, l'indice de la masse corporelle, le comportement à risque: cigarette, drogue, alcool, …etc. (Ruhm J.C., 2012). Il est à signaler que les dimensions et les sous dimensions qui sont citées ci-dessous ne sont pas exhaustives et complètes. Il existe d'autres variables explicatives de la consommation de soins de santé.

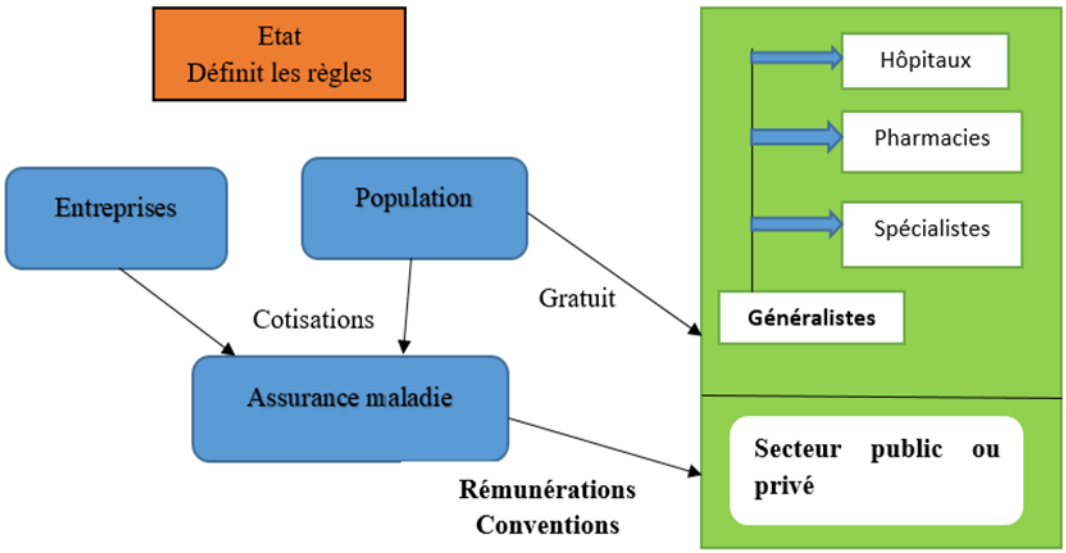
I.1.2.3. Typologie des systèmes de santé.

Le système de santé est un ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont leur objectif principal est d'améliorer la santé des individus (Binder-Foucard F. et Velten M., 2007). La plupart des systèmes de santé sont composés par le secteur privé, public et traditionnel ou informel. Certes, les systèmes de santé diffèrent d'un pays à l'autre selon leur histoire, leur culture, leur politique mais la littérature distingue 3 systèmes. Ces derniers remplissent principalement 4 fonctions à savoir : prestation des services, création des ressources, financement et gestion administrative, ainsi il est indispensable d'établir la classification des systèmes de santé (Benamouzing, 2004).

a) Systèmes d'assurance maladie ou philosophie de Bismarck

Au sein des systèmes de l'assurance maladie, les consommateurs recourent aux producteurs de soins public ou privé, et les caisses d'assurance maladie les remboursent par la suite. La consommation de soins est prise en charge par les caisses de l'assurance maladie soit nationale, soit locales et professionnelles (Allemagne, Autriche, Belgique, Suisse, Pays Bas).

Figure 2 : La philosophie de Bismarck de santé

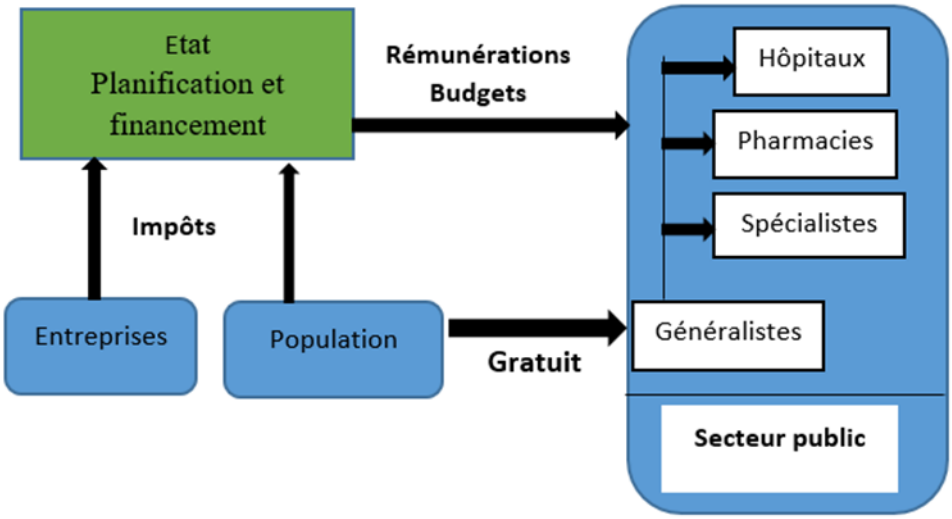


Source : Otto Von Bismarck, 1883

b) Systèmes nationaux de santé ou philosophie de Beveridge.

La protection est assurée par l'Etat qui prélève à cet effet l'impôt et les taxes pour le financement. Dans ces systèmes l'l'accès aux soins n'est pas garanti par le remboursement de ces dépenses, mais plutôt comme la possibilité de recourir au système de santé (Thollet, 2020). Toutefois, les activités de ces systèmes doivent satisfaire un besoin collectif, social, économique et culturel afin de réaliser un développement durable (El Fathi et Benabdelhadi, 2020) et son organisation diffère d'un pays à l'autre.

Figure 3: La philosophie de Beveridge de santé



Source : William Beveridge, 1948

Le système de la philosophie de Beveridge repose sur trois principes fondamentaux, dits trois « U » :

- **Universalité** : tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux ;
- **Unité**: une administration unique serait chargée de gérer chaque risque ;
- **Uniformité**: chaque personne doit bénéficier des aides en fonction de ses besoins, quel que soit son revenu.

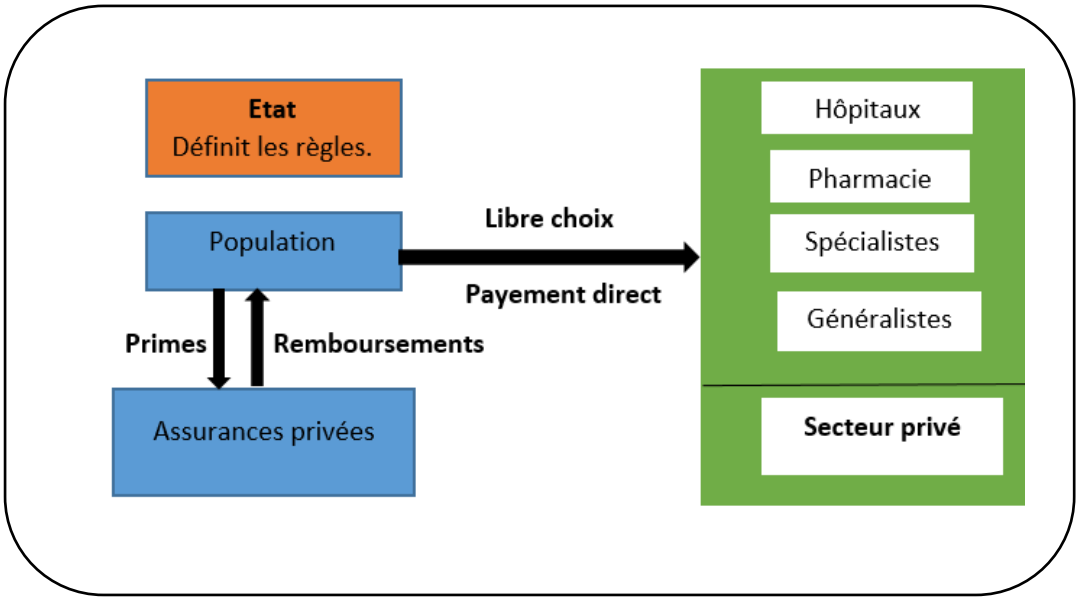
Ce système est pratiqué au Royaume Uni (Lord Beveridge 1946) et il se caractérise par une offre publique de services de santé, un financement avec l'impôt et une régulation par l'Etat (régulation politique).

c) Systèmes libéraux de santé.

Les systèmes libéraux de santé ou assurance maladie résiduelle (Bras et Tabuteau, 2009) se caractérisent par des systèmes publics d'assurance maladie assez partiel et s'adresse aux personnes nécessitant des soins d'urgence et les pauvres. Ils sont très répandus dans les pays de l'Europe centrale et orientale et également aux USA.

Aux USA, le programme Medicare a été inauguré en 1965 et couvre une population de 46,8 millions de personnes en 2015 souffrants d'invalidité ou âgés de plus de 65 ans. Tandis que le programme Medicaid est adressé aux familles les plus pauvres avec les enfants.

Figure 4 : Les systèmes libéraux de santé.



Source : Reformes des systèmes de santé

Ce système est caractérisé par l'offre de soins privée, le financement de la santé par le consommateur, des contrats de couvertures par primes grâce à des assurances privées, la régulation par marché avec concurrence et publicité.

I.1.2.4. Les composantes de carte de santé et de ses déterminants

La carte de la santé et de ses déterminants est un outil de premier plan pour aider le milieu de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires des différents secteurs à partager leurs connaissances, à circonscrire leurs besoins communs et ainsi à favoriser la concertation.

En effet, elle ne fournit pas de mode d'emploi pour améliorer la santé de la population, elle est composée par 4 champs qui se trouvent dans les cercles concentriques autour de l'élément central : l'état de santé de la population. Ces derniers sont séparés par des lignes pointillées pour montrer l'influence entre eux. Il est à noter que l'analyse des déterminants de la santé se fait dans le temps et dans l'espace. Ces 4 champs sont :

- les caractéristiques individuelles,
- les milieux de vie,

- les systèmes,
- le contexte global.

Figure 5 : Carte de la santé et de ses déterminants.

Etat de santé de la population	Les déteminants de la santé			
	Les caractéristiques individuelles	**Les milieux de vie**	**Les systèmes**	**Contexte global**
Santé globale Santé physique Santé mentale et pyschosociale	Caractéristiques biologiques et génétiques	Milieu familial	Systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance	Contexte politique et legislatif
	Compétences personnelles et sociales	Milieu de garde et scolaire	Systèmes de santé et des services sociaux	Contexte économique et démographique
	Habitudes de vie et comportements	Milieu de travail	Aménagement du territoire	Contexte social et culturel
	Caractéristiques socio économiques	Milieu d'hebergement	Soutien à l'emploi et solidarité sociale	Contexte scientifique et technologique
		Communauté locale et voisinage	Autres systèmes	Environnement naturel et écosystèmes

Source : Jobin L. et al. (2010)

i. Les caractéristiques individuelles

Ces caractéristiques comprennent 4 catégories des déterminants: les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et comportements et, enfin, les caractéristiques socioéconomiques.

A la base, chaque individu à des caractéristiques biologiques et génétiques qui peuvent être changées ou non telles que : âge et sexe, origine ethnique, statut immunitaire,… Non seulement ça, l'individu acquiert aussi des compétences personnelles et sociales qui lui permettent de faire face aux problèmes de la vie quotidienne. Celles-ci englobent : les capacités physiques, les habiletés cognitives, les connaissances sur la santé, le sentiment de contrôle, la capacité de gérer ses émotions ou de résoudre ses problèmes,…

Les habitudes de vie et comportements affectent également l'état de santé de la population tels que la nutrition, l'alimentation, la consommation du tabac; d'alcool ; des drogues ; des médicaments et autres, les pratiques sexuelles, l'hygiène, les comportements sécuritaires que ce soit dans le travail ou dans les loisirs (pratique sportive, conduite de véhicules, sécurité au

travail…). Enfin, les caractéristiques socioéconomiques concernent le niveau de scolarité, le type d'emploi, le revenu individuel.

ii. Milieux de vie

Les individus interagissent quotidiennement, apprennent, travaillent et vivent dans divers lieux: d'abord à la maison, puis à l'école, au bureau ou à l'usine, puis encore dans le quartier, le village ou la ville. Ils entretiennent des relations sociales au sein de ces milieux et y sont exposés à des conditions matérielles et socioéconomiques particulières.

Le milieu familial joue un rôle essentiel dans le développement de l'état de santé des individus et il est considéré sous plusieurs aspects : aspect social (relations dans la famille, lien d'attachement), aspect matériel (qualité de logement, qualité de l'air), aspect socioéconomique (revenu familial par exemple).

Le milieu de garde et scolaire ont une influence sur la santé des enfants et des jeunes sous plusieurs aspects de leur développement. Plusieurs éléments sont incontournables quand on veut analyser les effets de ces milieux de vie sur la santé : les conditions matérielles (la salubrité et la sécurité des lieux, par exemple), la qualité du climat et des relations entre les jeunes, les familles et le personnel, l'ensemble des services éducatifs, des services préventifs et des activités parascolaires qui sont offerts aux élèves.

Beaucoup des individus continuent tout au long de leur vie de développer leurs connaissances et leurs habiletés, notamment au sein de leur milieu de travail. Ce milieu est constitué par d'éléments physiques qui peuvent être sains (l'air de qualité et la sécurité des équipements, par exemple) ou au contraire qui peuvent être dangereux pour la santé (contaminants, bruit, etc.). Aussi, il est important de prendre en considération les facteurs psychosociaux et les conditions de travail qui peuvent être favorables ou nuisibles à la santé : degré de soutien social dont dispose le travailleur, degré de contrôle que ce dernier exerce sur son travail, précarité de son emploi.

Les milieux d'hébergement accueillent des personnes vulnérables (les aînés, personnes handicapées, jeunes en difficulté, itinérants, victimes de violence, détenus…) de tout âge qui ont des incapacités, des difficultés passagères ou permanentes. Dans ces milieux, divers aspects doivent être pris en compte : les conditions matérielles et sociales, la nature et la qualité des services et des ressources qui sont offerts ainsi que le type de gouvernance.

Après les milieux d'hébergement, les individus ont besoin d'évoluer au sein d'une communauté locale et d'un voisinage. Ce milieu comprend les caractéristiques sociaux : cohésion sociale et capital social, soutien social et réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée…) ; les caractéristiques environnementalistes : qualité de l'air, de l'eau, des sols… ; les caractéristiques matérielles : espaces verts, espaces de loisirs, espaces publics, sécurité des rues, sécurité et salubrité des bâtiments, offre d'aliments frais ; les caractéristiques socioéconomiques.

iii. Les systèmes

Les systèmes découlent du cadre politique et des valeurs d'une société; ils varient donc d'un État à l'autre. Chacun d'eux agit sur la qualité de vie des citoyens. Ils comprennent : les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance, le système de santé et de services sociaux, aménagement du territoire, soutien à l'emploi et solidarité sociale, autres systèmes et programmes à savoir :

- Programmes de contrôle et de surveillance de l'environnement (protection des écosystèmes et de la biodiversité, prévention et réduction de la contamination de l'atmosphère, de l'eau et du sol, qualité de l'eau potable…).
- Services de sécurité publique (prévention et lutte contre la criminalité, intervention policière, services correctionnels, sécurité civile et incendie…)
- Programmes d'intégration des immigrants et de promotion de la diversité culturelle (intégration linguistique et sociale, insertion professionnelle, rapprochement interculturel…)
- Programmes de salubrité des aliments et de santé animale (système d'inspection et de traçabilité, programme de surveillance…)

Les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance concernent tous les programmes d'enseignement du primaire à l'université et tous les types de services de garde à l'enfance (garderie privée subventionnée ou non par exemple)

Le système de santé et de services sociaux implique que chaque personne a le droit de recevoir les services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans humain et social, avec continuité et de façon sécuritaire. Il implique aussi, que l'individu a le droit de choisir librement le professionnel ou l'établissement duquel il souhaite recevoir ces services à un coût adéquat.

L'aménagement du territoire est une composante majeure de l'environnement physique qui désigne l'ensemble des politiques mises en œuvre pour encadrer les évolutions d'un territoire en général.

Il prend des formes différentes en milieu rural et en milieu urbain, parce que les besoins et les problèmes y sont différents : les pratiques d'agriculture intensive, l'étalement urbain, la cohabitation des usages résidentiels, commerciaux et industriels ou encore la place donnée aux espaces publics et communautaires.

Le soutien à l'emploi et solidarité sociale incluent les différents programmes et services qui ont pour but d'aider les individus à s'intégrer au marché du travail et à disposer des revenus suffisants pour assurer leur bien-être. Il inclut par exemple les services d'aide à l'emploi et de soutien aux entreprises, l'aide de dernier recours aux personnes et aux familles démunies.

iv. Le contexte global

Le contexte global est le quatrième champ de carte de santé et de ses déterminants qui est formé par un ensemble d'éléments macroscopiques influençant fortement la vie en société.

En premier lieu vient le contexte politique et législatif qui inclut d'abord l'expression des normes et des valeurs de la culture politique d'une société. Ces dernières se traduisent dans des institutions politiques qui correspondent à un modèle de gouvernance particulier, celui-ci se distinguant par un degré de participation plus ou moins élevé des citoyens aux processus de décision. Le contexte politique et législatif inclut aussi les lois, les règlements, les traités internationaux et tout autre instrument de mise en œuvre des politiques publiques adoptées à différents paliers de gouvernement.

Le contexte économique fait référence aux institutions économiques, aux normes, aux valeurs et aux règles en vigueur, au positionnement des différents acteurs dans l'économie ainsi qu'aux activités de production, de distribution et de consommation. Il faut prendre en compte ici le degré et les modes d'intervention de l'État dans l'économie, les cycles de croissance et de décroissance de l'activité économique, la création et les pertes d'emplois, les effets de la mondialisation des marchés, mais également le coût des biens de consommation et les pratiques de commercialisation qui viennent tous influencer les façons de vivre et le niveau de vie d'une société.

Le contexte démographique a trait aux particularités d'une population comme la fécondité, la distribution selon l'âge et le sexe ainsi que la diversité ethnique. Il concerne aussi les mouvements de population tels que l'exode rural, la croissance des banlieues, l'embourgeoisement ou l'appauvrissement de certains quartiers et l'immigration.

Le contexte social et culturel renvoie, entre autres, aux normes et aux valeurs prédominantes dans une société, aux pratiques religieuses, aux écarts entre les groupes sociaux, à l'intensité de la collaboration ou de la compétition entre les membres de la collectivité ainsi qu'à des phénomènes comme le racisme ou le sexisme. Il inclut aussi les arts et les médias de masse.

Le contexte scientifique et technologique fait référence à l'avancement des connaissances scientifiques et technologiques, autant dans les sciences exactes (biologie, chimie, génie, etc.) que dans les sciences humaines et sociales (sociologie, psychologie, anthropologie, etc.). Il renvoie, par exemple, aux NTIC, aux nouveaux équipements et véhicules de transport ainsi qu'à l'innovation en génomique, en biotechnologie et en nanotechnologie.

L'environnement naturel et les écosystèmes assurent le maintien de la vie sur terre : régulation des gaz, du climat ou des eaux, pollinisation, etc. Ils fournissent la base de l'alimentation humaine par l'entremise des sols cultivables, des sources d'eau de consommation, des océans et de la biodiversité, entre autres. La dégradation de l'environnement se manifeste par diverses formes de pollution de l'air, de l'eau, du sol et des aliments. On trouve également dans l'environnement différents éléments pathogènes comme les vecteurs biologiques ou de contaminants chimiques qui favorisent la transmission des maladies. Enfin, cette catégorie inclut aussi les caractéristiques du territoire telles que l'étendue, la topographie et l'hydrographie.

Section 2 : Littérature empirique sur les facteurs déterminants de l'accès aux soins de santé

I.2.1. Revenu

Doorslaer et al. (2000), dans leurs études sur le choix du prestataire de soins, ils ont conclu que les visites chez des médecins généralistes étaient plus sollicitées chez les personnes appartenant à des catégories socioprofessionnelles à bas revenus, tandis que les visites chez les spécialistes étaient plus sollicitées par les professionnelles à revenus plus élevés. En RDC, Pacifique Salongo M., (2005) a fait une étude sur les déterminants de l'l'accès aux soins de santé dans la zone de kadutu au Sud Kivu. En utilisant les modèles économétriques non linéaires tels que les modèles logit-probit, il a remarqué que la probabilité d'l'accès aux soins

de santé est assez significative (97,48%) et qu'elle est fortement influencée par le niveau de revenu des ménages.

Selon Hounkpati (2007), dans sa thèse de Doctorat le revenu influence l'utilisation des services de soins. Au Togo, la majorité de la population vit en dessous de 1dollar par jour, dans ce cas la consultation chez un médecin n'est pas du tout facile d'où ils vont faire recours à un infirmier qui joue le rôle d'un médecin en prescrivant quelques produits.

I.2.2. Niveau d'instruction du CM

Le niveau d'éducation des adultes est généralement considéré comme un élément important du niveau de santé des ménages. De nombreuses études confirment l'hypothèse de Kloos (1987) cité par Fournier et Haddad (1995), selon laquelle le recours aux soins de santé augmente avec le niveau d'éducation des patients. De même, dans les études réalisées au Cameroun par Christophe Commeyras et Jean Rolin NDO (1999), au Rwanda par MUNYAMAHORO M. et NTAGANIRA J., (2012) attestent que les personnes avec un niveau d'éducation élevé ont tendance à recourir aux consultations plus souvent par rapport aux personnes avec un niveau d'instruction faible. En effet, les personnes sous diplômées recourent moins fréquemment aux soins et ceci est dû au fait qu'elles manquent souvent de moyens financiers ou sont moins familiarisées avec le système de soins.

Souleymane Sikiro (2008), avance que l'accessibilité des membres de ménage aux soins de santé n'est pas corrélée au niveau d'éducation du chef de ménage. Van Dooslaer, Koolman et Jones (2004) via un Logit multinomial ont montré que l'éducation est, à côté du revenu, le plus important facteur socioéconomique contribuant aux riches de fréquenter les médecins spécialistes, et que les niveaux faibles d'éducation fournissent une plus grande contribution aux pauvres de fréquenter les médecins généralistes.

De la part de Steven Woolf(2001) professeur de médecine familiale et de santé de la population à la Virginia et directeur du Center on Society and Health, il a montré que le désinvestissement dans l'éducation entraine davantage des maladies et des coûts de soins médicaux plus élevés qui annulent les économies prévues dans le pays. L'éducation mène généralement à de meilleurs emplois, à plus d'argent et à de nombreux autres avantages, notamment une meilleure assurance maladie, qui permet un meilleur l'accès à des soins de qualité.

L'éducation est un déterminant social majeur de la santé, le niveau de scolarité étant lié à l'amélioration de la santé, en raison de son effet sur le revenu, l'emploi et les conditions de vie. (Ross et Wu, 1995, Cutler et Lleras-Muney, 2006, Bloom, 2007).

I.2.3 La profession du CM

La profession qu'exerce le CM est une variable souvent utilisée dans les modèles qui cherchent à expliquer le recours aux soins de santé. L'hypothèse sous-jacente est que l'l'accès aux soins médicaux est différent suivant la profession du chef de ménage. Dans son étude, Mormiche (1995) a défini le groupe de professionnels (cadres, employé et profession intermédiaire) par les cols blancs. Il a constaté que les individus dont le chef de ménage est un col blanc ont plus recours aux médecins que ceux dont le CM est un paysan ou ouvrier (avec un l'accès moyen), en dernier lieu, viennent les ménages avec un CM artisan ou commerçant. Plus surprenant, la hiérarchie sociale habituelle n'est pas observée, le recours des individus dont les CM sont des cadres supérieurs est légèrement au-dessus de la moyenne et nettement inférieur à celles des autres cols blancs.

I.2.4. Le sexe du CM

Pour certains, le sexe n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau (Mariko 2003), pour d'autres, les femmes utiliseraient naturellement moins les structures de soins alors qu'elles auraient davantage besoin de santé (Buor 2004). Pour le cas des enfants, il existe dans certaines sociétés, une discrimination en faveur des garçons (Gbenyon et Locoh 1989), chez les adultes, on note que les femmes s'occupent beaucoup plus de la santé des membres de la famille que de leur propre santé (Akoto, 2002).

Srock (1983) a conclu que l'accessibilité des femmes du Nord-Nigeria aux services de santé est inférieure à celle des hommes, le taux d'utilisation des services de santé chez les femmes y diminue plus rapidement avec l'augmentation de la distance que celui des hommes. Et même au Burkina Faso, Slim Haddad et al (2004), ont montré que les hommes ont l'accès aux soins médicaux plus que les femmes. Une étude sur la consultation médicale moderne au Maroc, réalisée par Abdeljaouad Ezzrari et Asmaa El Alami El Felousse (2007), a montré que le taux de consultation médico-sanitaire est plus élevé chez les femmes.

Par ailleurs, une étude sur les disparités de recours selon le prestataire de soins en 2011 par Anastase Tchicaya et Natalie Lorentz montre que la consultation des médecins généralistes est caractérisée par une quasi-absence d'inégalité sociale tant chez les femmes que chez les hommes, alors que le recours aux soins des médecins spécialistes est dominé par le sexe féminin.

Ainsi, en 1999, Christophe Commeyras et Jean Rolin NDO ont démontré que le sexe du CM influence l'l'accès de l'individu aux soins de santé et que les personnes appartenant à des ménages dont le CM est de sexe féminin fréquentent plus les services de santé que ceux dont le CM est de sexe masculin.

I.2.5. La taille du ménage

Le nombre de personnes vivant dans un ménage influence la demande de soins de ces membres. Plusieurs études confirment cette relation entre la demande de soins et la taille du ménage. C'est le cas des études menées par Vicky Ilunga à Kinshasa dans la Zone de Santé de Lemba, en analysant les facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins trouve que parmi les facteurs sur lesquels il faudra agir pour améliorer l'utilisation des services des soins il y a la taille du ménage. Selon lui, plus la taille du ménage augmente, plus l'accès aux services de santé diminue. Raynaud (2002) a trouvé que les familles nombreuses ont des niveaux de consommations de soins ambulatoires et de médicaments plus faibles.

I.2.6. Milieu de résidence

L'endroit où les gens vivent affecte l'accès aux services de santé et de vie, ce qui signifie que les résultats de santé des personnes appauvries sont déterminés en fonction de leur situation dans une zone métropolitaine ou dans une zone rurale, selon l'OMS. En général, on observe une forte concentration des infrastructures socio-sanitaires en milieu urbain au détriment du milieu rural. Ainsi, Rakotondrabe F.P(1996) estime que grâce à ces infrastructures sanitaires, il est plus facile d'accéder aux services de santé en milieu urbain. Les travaux de Haddad et al (2005) et Souleymane Sikiro (2008) montrent que les personnes qui habitent le milieu urbain accèdent plus aux soins de santé que ceux habitant le milieu rural. Haddad et al (2005) ont fait une analyse sur les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina-Faso, ils ont trouvé qu'en zone rurale les plus pauvres utilisent tardivement les services de santé. En effet, vivre dans une communauté rurale, que ce soit aux États-Unis ou ailleurs dans le monde, réduit l'accès aux services médicaux, à l'assurance maladie et modifie la culture de la santé (OMS, 2017).

Cependant, l'éloignement géographique des services de santé n'est pas toujours un obstacle à l'utilisation en particulier en milieu urbain. C'est dans cette logique que Beninguisse (2001), a affirmé que l'augmentation de la distance n'est donc pas forcément un handicap au recours aux soins. Sikiro, confirme les mêmes résultats en relevant que le problème d'accès aux soins en milieu urbain est un problème purement économique, et rares sont les pauvres qui ne consultent pas pour cette raison, contrairement à la zone rurale.

I.2.7. Age du malade

L'âge du malade a été testé dans la plupart des études des déterminants du recours aux soins. Beaucoup d'entre elles concluent que l'âge joue effectivement un rôle dans les choix thérapeutiques. Mais cette influence n'est pas univoque, il semble toutefois se dégager une tendance à l'utilisation préférentielle des soins modernes pour les enfants, surtout les plus jeunes d'entre eux (Wolffers (1988), au Sri Lanka, alors que les adultes, particulièrement les plus âgés, recourent davantage aux thérapeutes traditionnels. Raynaud (2002), à travers son étude sur les déterminants du recours à l'automédication, il a conclu qu'il est fort chez les personnes à bas âge et chez les personnes de plus de 60ans après avoir été faible à l'âge actif (homme en particulier).

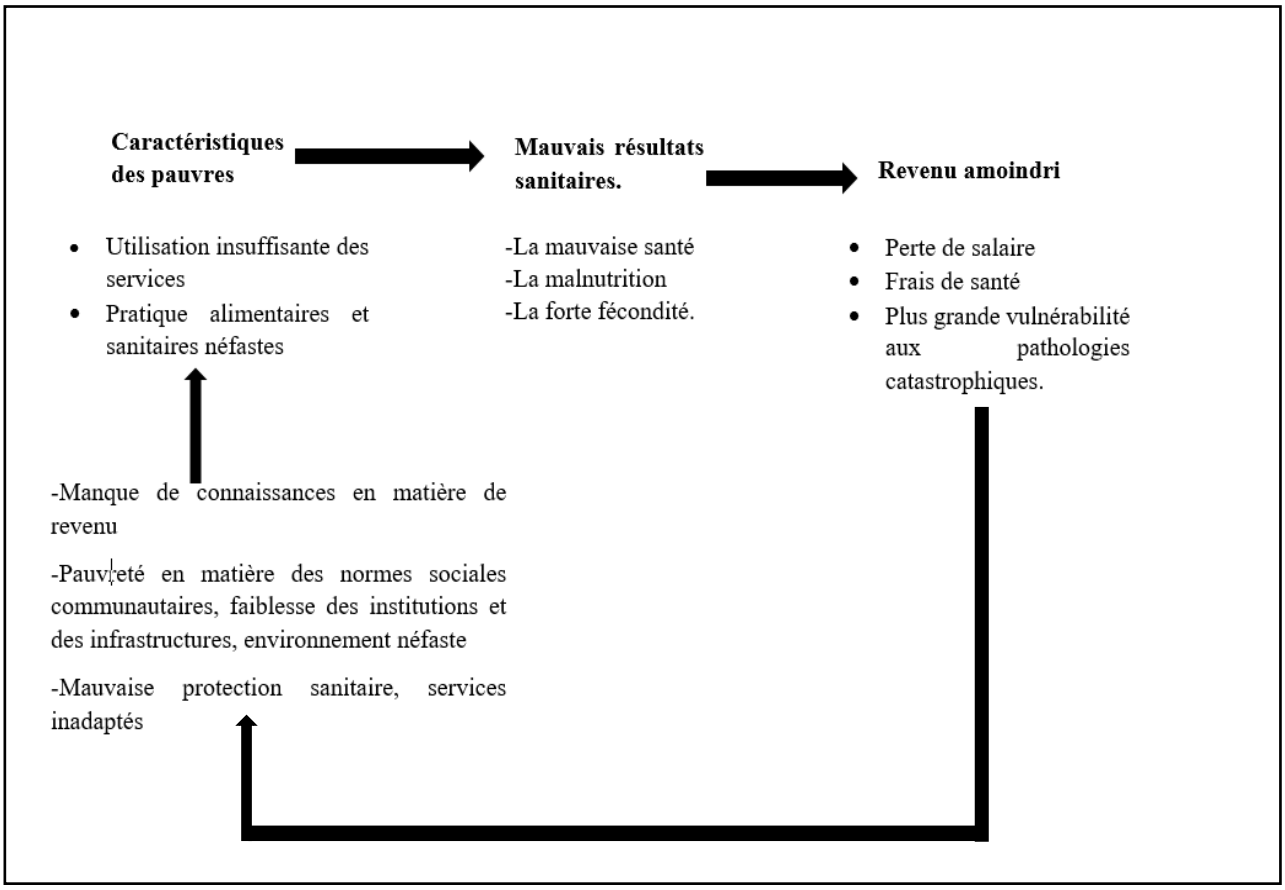
D'autres études insistent sur l'importance de l'âge dans le choix entre l'automédication et un recours spécialisé. Par exemple à Pikine près de Dakar, les mères et leurs enfants pratiquent plus souvent l'automédication comme première action thérapeutique et ne se rendent dans un service de santé souvent qu'après l'échec de cette dernière. Leurs recours extérieurs sont donc plus rares, mais s'effectuent moins systématiquement dans le service le plus proche, généralement du plus bas niveau (Salem, Ceuninck, Murebwayire et al, 1994). À Cotonou, la proportion de malades effectuant directement un recours extérieur est maximale pour les enfants de moins de 5 ans. Elle atteint son minimum pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans, puis augmente pour se stabiliser dès la quarantaine (Bouloudani, 1996). De plus, les enfants fréquentent significativement plus souvent les centres de santé publics que les cabinets et cliniques privés (Gomes do Espirito Santo, Floury et Cissé, 1998). Pour Martine Audibert (2015), les personnes âgées ont moins de chance de recourir aux soins privés et que c'est plutôt le secteur public qui est privilégié.

I.2.8. Emploi

L'emploi est de manière générale associée à l'amélioration de la santé, et le non-emploi, à la détérioration de la santé (Broom et al. 2006), dans les faits, la réalité n'est pas si simple. L'emploi peut avoir des effets bénéfiques pour la santé des travailleurs, mais les emplois de mauvaise qualité peuvent être aussi dommageables pour la santé que le non-emploi (Broom et al., 2006; Benach et Muntaner, 2007). Les personnes ayant de mauvaises conditions sont notamment plus à risque de dépression que les personnes sans emploi (Broom et al. 2006).

Des chercheurs comme Marchand (2004), Lewchuk et al. (2005) ont étudié les effets de l'emploi précaire sur la santé en analysant les tensions liées à la relation de l'emploi. Ils tiennent notamment compte des effets possibles, sur la santé, des efforts déployés pour trouver un emploi et le conserver, du degré d'incertitude en regard de son salaire et en regard de sa capacité à combler les besoins de sa famille.

Figure 6 : Le cycle de la santé et de la pauvreté



Source : Adam Wagstaff, jan 2002

Conclusion du premier chapitre

Dans cette analyse de la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé, nous avons présenté la revue de la littérature sur la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé. Nous avons montré que la littérature théorique portant sur la pauvreté retient deux principales approches de mesure de la pauvreté des ménages à savoir la pauvreté monétaire et la pauvreté non monétaire.

De la part de la littérature portant sur l'accès aux soins de santé, nous avons montré que les dimensions d'accès aux soins de santé sont classées en quatre catégories à savoir : les dimensions économiques, les dimensions liées à l'offre des soins, les dimensions démographiques et les dimensions liées la santé.

Enfin, nous avons bouclé par une analyse critique des études empiriques traitant des sujets similaires à notre thème. Le chapitre suivant nous permet de faire un état des lieux sur la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé.

CHAPITRE II : ETAT DES LIEUX SUR LA PAUVRETE DES MENAGES ET L'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU BURUNDI.

Le présent chapitre a pour objet d'analyser l'état des lieux sur la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé au Burundi. Ainsi, il est à noter que l'état de lieux du présent chapitre est de clarifier le champ de la recherche dans l'objectif de montrer l'évolution tendancielle des variables prises en compte. Cela est important pour se faire une idée de la situation économique avant la présentation des résultats économétriques. C'est dans ce chapitre qu'on effectue les commentaires des résultats trouvés graphiquement. Ce chapitre est composé de deux sections. La première section analyse la situation de la pauvreté au Burundi, quant à la deuxième section, elle analyse le profil de la santé au Burundi.

Section 1 : Situation de la pauvreté au Burundi

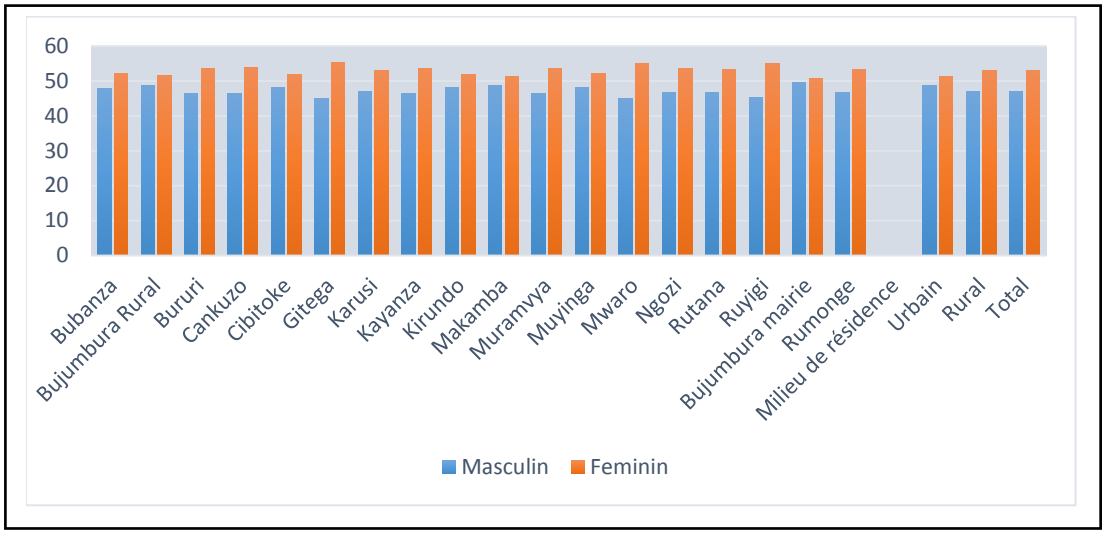
L'état des lieux pour notre étude intervient pour clarifier le champ de recherche. Ainsi, il est question de dégager les traits distinctifs des ménages pauvres et des ménages non pauvres à savoir : les caractéristiques sociodémographiques (taille du ménage, structure par sexe du chef du ménage), socioculturelles (niveau d'éducation des membres du ménage et du chef du ménage), et socio-économiques, et, d'analyser le profil de la pauvreté par la pauvreté monétaire et non monétaire.

II.1.1. Les éléments distinctifs des ménages pauvres et non pauvres.

II.1.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques

Les données de l'EICVMB 2019-2020 estiment que la population totale en 2020 était de 12 309 599. En répartissant cette population par province et par milieu de résidence selon le sexe, les données montrent que les femmes sont nombreuses par rapport aux hommes dans chaque province et dans chaque milieu de résidence, elles représentent au total 52,9%. Tenant compte de cette répartition, la majorité des ménages sont dirigés par les hommes et cela est dû à cause de la culture burundaise et de la stabilité des couples car la femme est considérée comme chef des ménages quand elle célibataire/ divorcée ou veuve.

Graphique 1: Effectif et répartition en % de la population par province et par milieu de résidence selon le sexe



Source : Auteur à base de données de l'EICVMB 2019-2020

Selon la répartition de la population par l'âge, les résultats de l'enquête indiquent que la majorité de la population burundaise est jeune : 48% sont des enfants de moins de 15 ans, 29,8% sont des jeunes âgés de 15 ans à 35 ans, 3% représentent les personnes qui ont l'âge avancé soit 65 ans et plus.

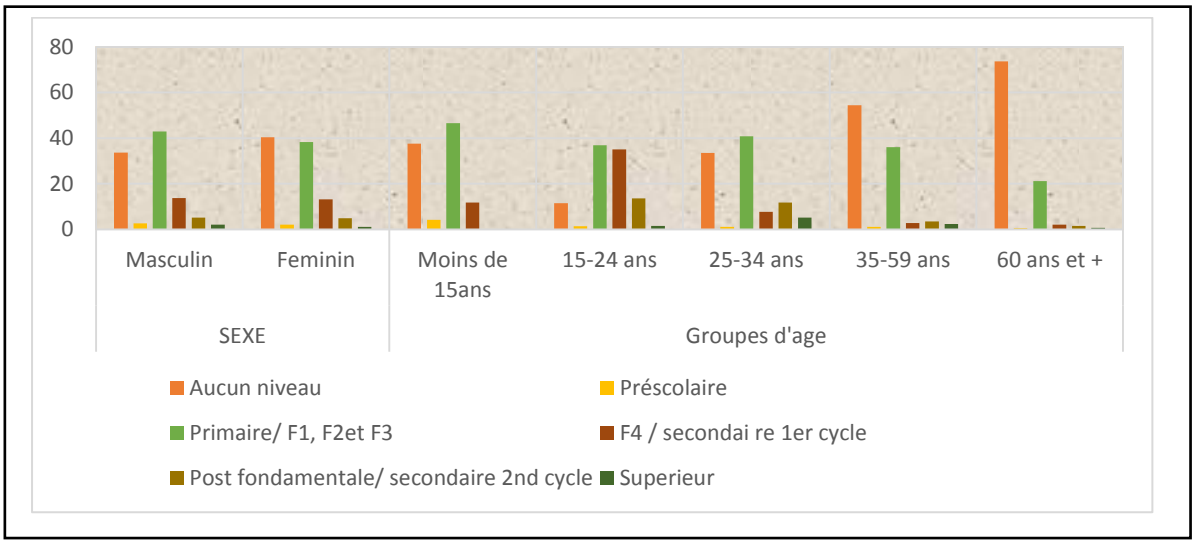
II.1.1.2. Les caractéristiques socioculturelles.

Il s'agit d'analyser le niveau d'éducation dans les ménages et les raisons du non fréquentation scolaire au Burundi.

a) Taux de fréquentation scolaire.

Les données de l'EICVMB 2019-2020 indiquent que 33,7% des hommes et 40,4% des femmes n'ont aucun niveau d'éducation, au total selon le sexe et le groupe d'âge c'est 37,3%. Le présent rapport montre aussi que le niveau de scolarisation diminue du plus bas vers le plus haut et les femmes sont beaucoup touchées.

Graphique 2: Répartition (%) des personnes âgées de 3 ans et plus par le sexe et par groupe d'âges selon le niveau d'éducation



Source : Auteur à base de l'EICVMB 2019-2020

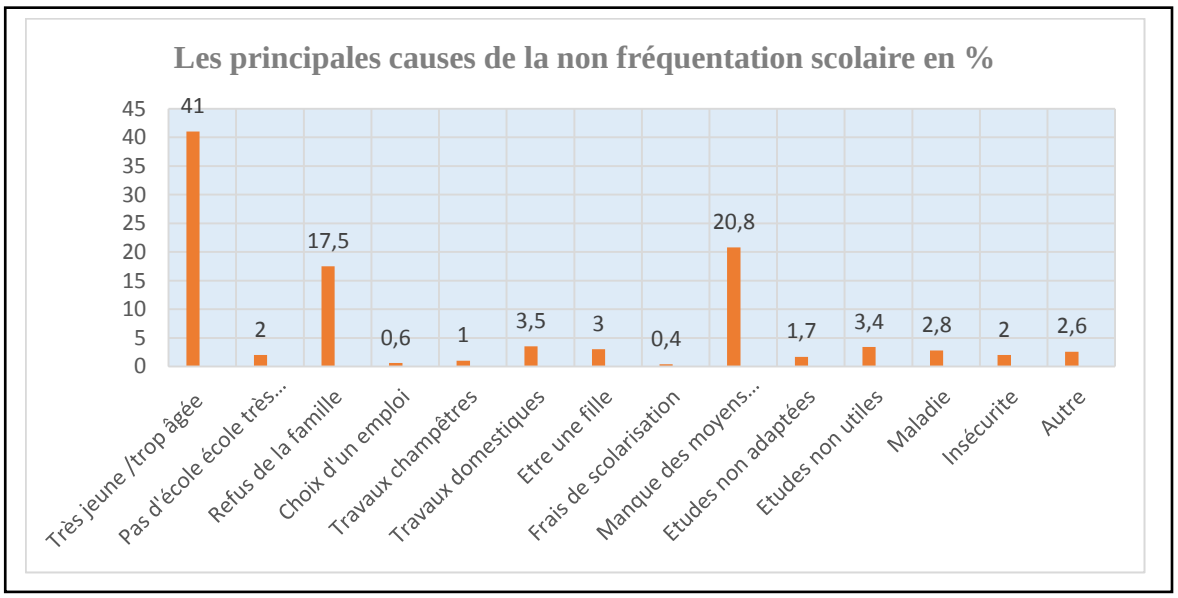
b) Les principales raisons du non fréquentation scolaire.

En 2018, Taylor et Francis dans leur revue « Évaluation des raisons de l'absentéisme scolaire » ont démontré que les raisons de l'absentéisme des élèves peuvent être subdivisées en trois domaines principaux à savoir : les élèves qui n'aiment pas l'école, ceux qui ont des difficultés à la maison et ceux qui ont des problèmes psychologiques.

En effet, au Burundi les raisons du non fréquentation sont nombreuses, les responsables de l'éducation évoquent les causes comme l'impuissance des parents à payer des lourdes contributions demandées par leurs enfants, le manque des matériels didactiques, la pauvreté des ménages, l'emplacement de l'école par rapport au domicile des enfants,… C'est dans cette mesure que l'enquête de 2019 portée sur les conditions de vie des ménages au Burundi a collecté des informations au sein des ménages sur la non fréquentation ou l'abandon scolaire.

Les résultats montrent que les principales raisons comme : être trop jeune ou trop âgé (41%), le manque des moyens financiers (20,8%), le refus de la famille (17,5%) expliquent la non fréquentation scolaire.

Graphique 3 : Répartition en % des individus selon les principales causes du non fréquentation scolaire

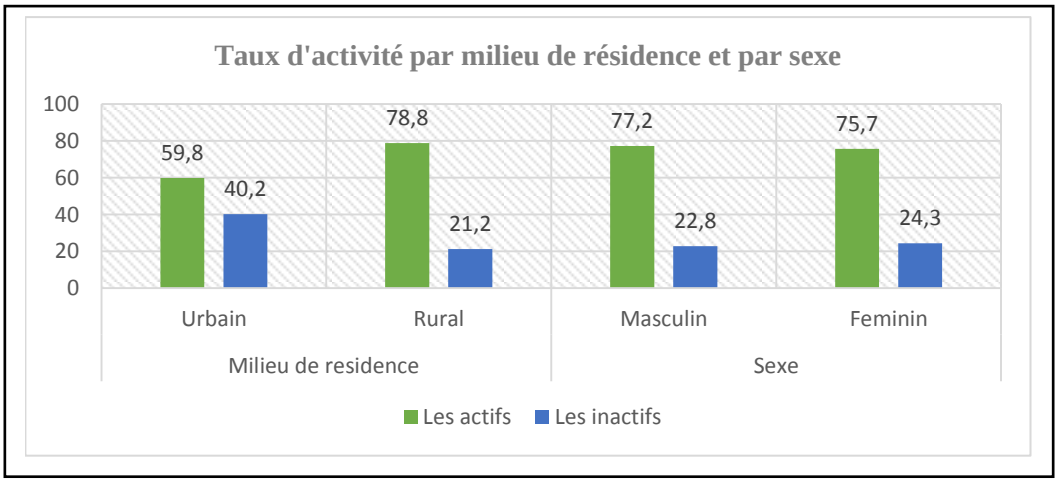


Source : Auteur à base de l'EICVMB 2019-2020

II.1.1.3. Les caractéristiques socioéconomiques

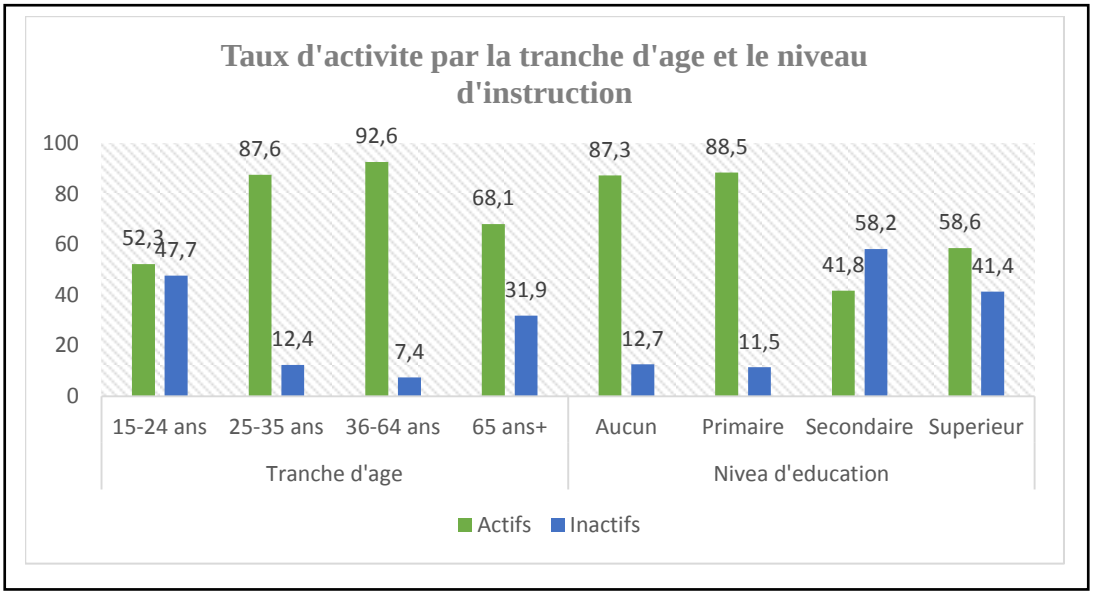
Il est question d'analyser si les pauvres se distinguent de non pauvres tenant compte du taux des actifs et des inactifs selon le milieu de résidence, le sexe, la tranche d'âge et le niveau d'éducation. Le taux d'activité correspond au nombre d'actifs rapporté à l'ensemble de la population en âge de travailler. On considère comme étant en âge de travailler les personnes âgées de 15 à 64 ans. Cet indicateur est exprimé en pourcentage de chaque tranche d'âge.

Graphique 4 : Situation d'activité en fonction du milieu de résidence et du sexe



Source : Auteur à base de l'EICVMB 2019-2020

Graphique 5: Situation d'activité en fonction de la tranche d'âge et du niveau d'instruction



Source : Auteur à base de l'EICVMB 2019-2020

Le graphique 4 montre que les inactifs sont très répandus en milieu urbain et cela peut s'expliquer par une forte concentration des femmes au foyer, et les jeunes à l'âge de travailler sont des élèves et les autres sont des étudiants.

Concernant la tranche d'âge sur le graphique 5, les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes du troisième âge (65 ans et plus) connaissent un taux d'activité inférieur à celui des adultes. Cette situation pourrait s'expliquer par un grand nombre des jeunes adolescents en cours de scolarité et la force de travail en régression chez les personnes âgées.

I.1.2. Profil de la pauvreté

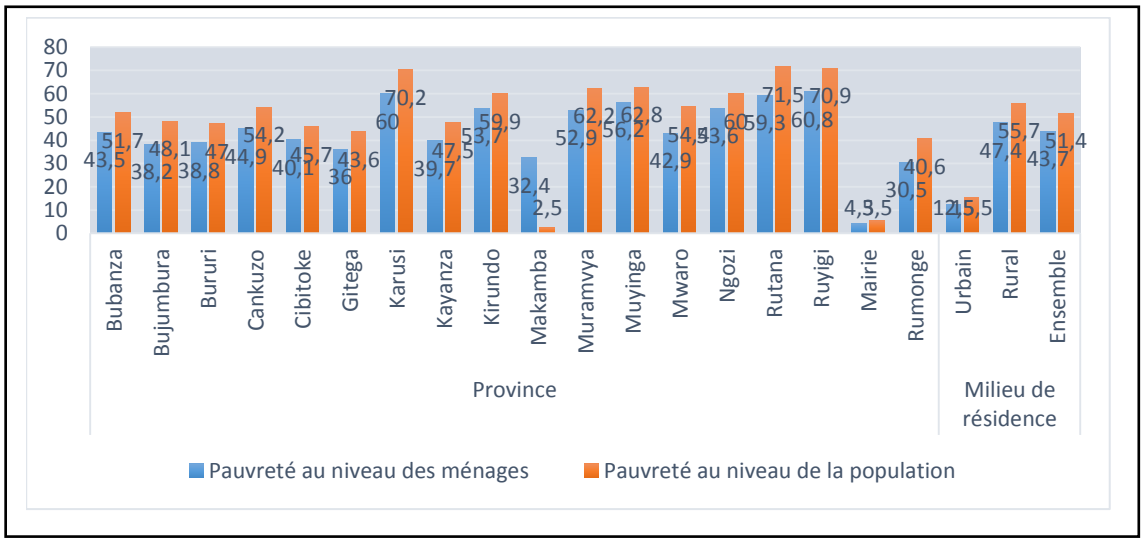
En 2021, l'ISTEEBU via son enquête sur le changement de vie et des ménages au Burundi (EICVMB 2019-2020) a indiqué que presque toute la moitié de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté qui est estimé à 576.753 BIF par an et par équivalent adulte, soit 1.580 BIF par jour. L'estimation de la pauvreté au niveau des ménages se base sur la situation des chefs des ménages seulement sans tenir compte de la taille du ménage, tandis que l'estimation de la pauvreté au niveau de la population tient compte de l'effectif total dans le ménage.

I.1.2.1. Profil de la pauvreté monétaire

Le graphique ci-dessous montre qu'en milieu rural la pauvreté est plus élevée qu'en milieu urbain que ce soit au niveau des ménages ou au niveau de la population, soit 43,7% au niveau des ménages contre 51,4% au niveau de la population. Autrement-dit, plus de la moitié de la population burundaise est pauvre, elle vit en dessous du seuil national de la pauvreté fixé.

Tenant compte de l'analyse par province, les données révèlent que presque la moitié des provinces affichent des taux de pauvreté monétaire supérieurs à la moyenne nationale tant au niveau des ménages qu'au niveau de la population. Il s'agit des provinces de Rutana, Ruyigi, Karusi, Muyinga, Muramvya, Ngozi, Kirundo et Cankuzo. Les provinces Mwaro et Bubanza ont des taux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale au niveau de la population seulement.

Graphique 6: Répartition de la pauvreté monétaire en % par province



Source : Auteur à base de l'EICVMB 2019-2020

I.1.2.2. Profil de la pauvreté non monétaire

La dimension de la pauvreté non monétaire est mesurée par l'IPM qui est basé sur 3 dimensions et 11 indicateurs. Ces dimensions sont : la santé, l'éducation et le cadre de vie.

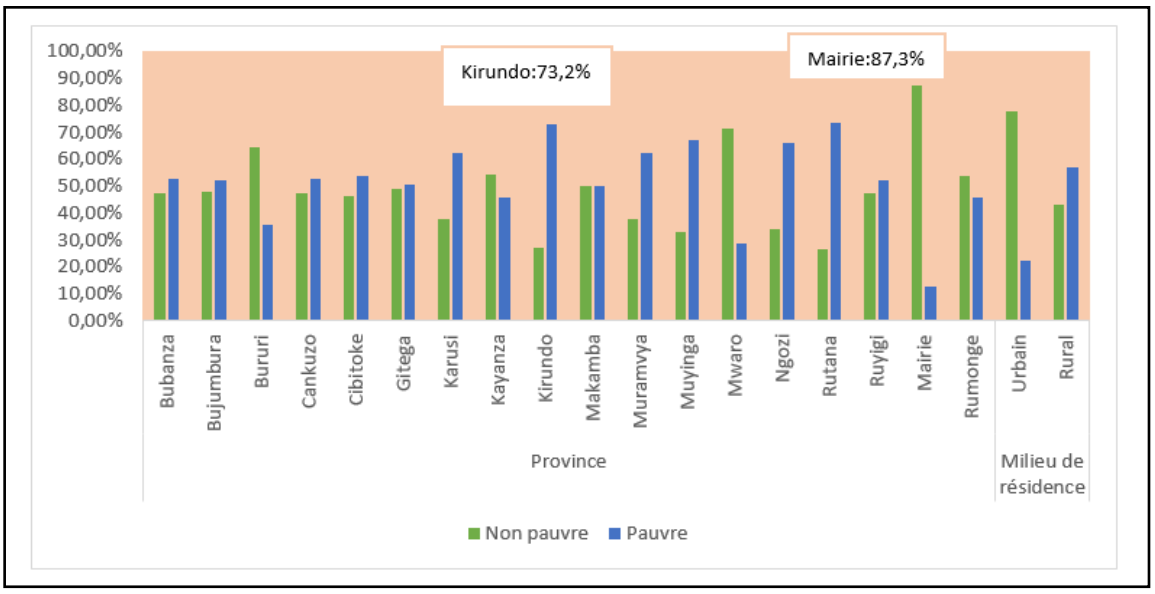
Tableau 1 : Répartition des indicateurs de la pauvreté non monétaire par milieu de résidence

Indicateurs	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Proportion des naissances non assistées par le personnel qualifié	0,90%	1,50%	1,50%
Proportion de personnes sans aucune couverture d'assurance maladie	83,20%	82,30%	82,40%
Proportion des ménages ayant le score de consommation pauvre ou limite	14,00%	34,30%	32,10%
Proportion des ménages sans membre ayant complété 6 années de scolarité	21,10%	47,20%	44,40%
Proportion d'enfants de 6 à 8 ans non-inscrits à l'école	2,00%	5,20%	4,90%
Proportion des ménages dont le pavement est en terre ou sable	34,20%	88,60%	82,80%
Proportion des ménages utilisant des sources d'eau non propre	2,60%	14,30%	13,00%
Proportion des ménages non connectés à l'électricité	38,70%	97,20%	90,60%
Proportion des ménages utilisant de l'énergie non propre pour la cuisson	99,30%	100,00%	99,90%
Proportion de ménages partageant des toilettes avec d'autres ménages	48,70%	15,00%	18,60%
Proportion des ménages ne possédant aucun bien de communication ou de transport	18,00%	46,20%	43,20%

Source : EICVMB 2019-2020

Selon la province, la proportion de la pauvreté non monétaire est plus élevée dans les provinces de Rutana et Kirundo, et selon le milieu de résidence les pauvres sont beaucoup localisés en milieu rural qu'en milieu urbain soit 56,7% contre 22,5%. Bujumbura Mairie possède une condition de vie meilleure qui se remarque par un faible niveau de la pauvreté non monétaire (12,7%).

Graphique 7 : Répartition de la pauvreté non monétaire par province et par milieu de résidence



Source : Auteur à base de l'EICVMB 2019-2020

Section 2 : Le profil de la santé

L'accès de la population burundaise aux services de soins de santé de qualité est tributaire d'un système de santé viable, efficace et efficience basé sur des informations fiables. Via le PNDS, le Burundi s'est engagé à améliorer la santé de la population afin d'atteindre le troisième objectif de l'ODD : « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge* ». Il a mis en place le programme TWITEHO AMAGARA MEZA en faveur de l'accès aux soins de santé de qualité comme un droit fondamental pour chacun.

Dans cette section il est question de parler l'organisation du réseau des soins, l'accès aux services de santé, l'offre des soins et l'état de la population burundaise.

II.2.1. Organisation du réseau des soins

Le fonctionnement du réseau des soins s'articule autour de trois niveaux : niveau de base ou niveau périphérique, niveau de deuxième référence, niveau de référence nationale. Pour chaque niveau, il y a un paquet minimum d'activités couvrant les soins curatifs, préventifs et promotionnels et réadaptationnels.

- **Le niveau périphérique**

Le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle des systèmes des soins. Il est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un hôpital de district. Le centre de santé est la porte d'entrée du système des soins et doit offrir un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant les services de consultations curatives, de consultations préventives des enfants et des femmes enceintes, de laboratoire, de pharmacie, de promotion de la santé et éducation pour la santé ainsi que l'observation dans les services d'hospitalisation. En 2020 d'après les données du ministère de santé, le Burundi comptait 1182 centres de santé (CDS) fonctionnels dont 658CDS publics, 340CDS privés, 144 CDS confessionnels et 40 CDS associatifs (DHS2 2020). Quant aux hôpitaux de district, le pays compte 44 hôpitaux de district.

- **Le niveau de deuxième référence**

Les hôpitaux de deuxième référence sont au niveau de certaines provinces qui répondent plus ou moins aux paquets d'activités des hôpitaux dits régionaux. Ceux-ci complètent le paquet d'activités en offrant certains des soins spécialisés. Ce niveau manque de cadre juridique de fonctionnement et même son paquet de soins n'est défini.

- **Le niveau tertiaire ou référence nationale**

La référence nationale est constituée par des hôpitaux spécialisés qui offrent des services de santé plus poussés qui ne peuvent pas être trouvés aux autres niveaux. C'est le cas notamment de l'HMK, CHUK, HPRC, CPLR auxquels s'ajoutent les centres hospitaliers spécialisés comme le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK), Centre National de prise en charge de la tuberculose multi résistante (ex- Sanatorium de Kibumbu), le Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR) à Gitega.

II.2.2. L'accès aux services de santé.

L'accès aux services de santé est généralement défini par ses aspects physiques, financiers et culturels. En matière d'accessibilité géographique, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a initié certaines réformes structurelles pour améliorer l'accessibilité des soins du point de vue géographique en mettant en place des districts sanitaires.

L'accessibilité géographique devient satisfaisante puisque la majorité de la population en général peut accéder à un centre de santé à moins de 5 km de distance, quoiqu'il existe des disparités géographiques surtout en faveur des centres urbains.

Concernant le financement de leurs dépenses de santé, la majorité des ménages burundais fait recours au paiement direct des soins mais avec un faible pouvoir d'achat de la population, ce mode de paiement limite leur l'accès aux soins. Pour remédier à ce problème le gouvernement burundais avait mis en place une carte d'assurance maladie (CAM) dès les années 2000. Toutefois cette carte n'est utilisée que dans certaines formations sanitaires publiques et agréées car les créances y relatives sont difficilement et tardivement remboursées. Pour les fonctionnaires de l'Etat, une mutuelle de la fonction publique couvre leur soins à hauteur de 80%, la contrepartie étant payée directement par les bénéficiaires. Cependant les assurances privées, les mutuelles communautaires ainsi que les initiatives des personnes vivant avec le VIH/Sida existent mais ne couvrent pas tout le pays.

En vue d'accroître l'accès aux soins de certaines catégories des personnes vulnérables, le gouvernement burundais a décidé en mai 2006 de mettre en place la politique de gratuité des soins au sein des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes pendant leur accouchement dans les formations sanitaires publiques et assimilées.

Certains burundais restent encore sous le poids de la tradition fataliste et préfèrent aller chez les guérisseurs, au lieu de faire recours à la médecine moderne. Alors que d'autres font recours aux groupes de prières et estiment y trouver satisfaction à leur problème de santé. Malgré la gratuité des soins accordés par la mesure présidentielle, certaines mères préfèrent accoucher à domicile avec les inconvénients inhérents à cette pratique. Certaines barrières culturelles bloquent le recours aux services de santé. Elles empêchent également la prise en charge précoce du malade, surtout pour les groupes vulnérables comme les Batwa. Ces derniers, n'ayant pas facilement l'accès ni à l'information ni à l'instruction, mettent souvent la maladie sur le compte de faits surnaturels ou de la sorcellerie.

Il en est de même pour certaines personnes, qui, de peur d'être discriminées, ont recours aux soins de santé dans une structure de soins loin de chez elles. Il s'agit par exemple des personnes ayant subi les violences sexuelles, les personnes vivant avec le VIH/Sida, adeptes de certaines religions qui sont contre l'utilisation des méthodes contraceptives (Minisanté, 2020).

II.2.3. L'offre des soins

L'offre des soins de santé est caractérisée par trois composantes principales à savoir la permanence de l'offre, la globalité des soins et l'approche de l'offre intégrée. D'une manière générale les formations sanitaires publiques semblent mieux observer les bonnes pratiques relatives à la permanence de l'offre des soins. Cependant l'insuffisance du personnel et d'équipement, l'inéquité, l'inégale répartition des ressources, paiement direct des prestations de soins relativement élevées et la faible qualité de l'offre due essentiellement à la rupture de stock de médicaments handicapent la permanence de l'offre (OMS, 2020).

Les soins sont généralement offerts tous les jours, 24 heures sur 24 avec des services de garde organisés en fonction des besoins. Toutefois l'absence de logement du personnel perturbe aussi l'offre des soins et il existe des disparités entre les provinces.

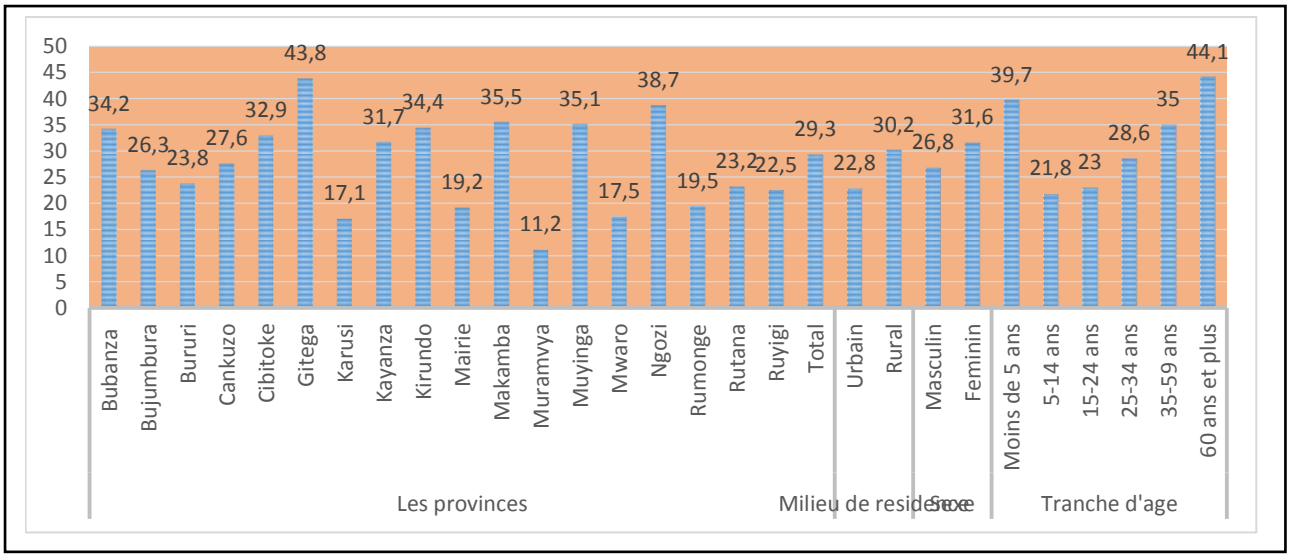
Tableau 2 : Quelques statistiques du secteur santé

Indicateurs	Valeurs	Sources
Taux brut de mortalité	57,55	OMS, 2020
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances	494	Knoema, 2020
Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes	53	UNICEF, 2020
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	37,6	UNICEF, 2020
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances	20,9	UNICEF, 2020
Taux de morbidité	29,30%	EICVMB 2019-2020
Taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants	55,8%	SMART, 20222
Taux de consultation	76,20%	EICVMB 2019-2020
Taux de malnutrition chronique (MC)	55,2%	SMART, 2022
Taux de malnutrition aigüe	4,8%	SMART, 2022
Taux d'automédication	23,60%	EICVMB 2019-2020
Part du budget alloué à la santé exercice (2019-2020)	170,29 milliards	Loi des finances

II.2.4. Etat de santé de la population

Le taux de morbidité est élevé à 29,3% avec une très grande disparité entre les milieux de résidence (22,8% en milieu urbain contre 30,2% en milieu rural) et entre les sexes (26,8% pour les hommes et 31,6% pour les femmes). Ce taux est aussi élevé chez les personnes âgées que chez les enfants de moins de 5 ans (44,1% pour les personnes de 60 ans et plus contre 39,7% pour les moins de 5 ans).

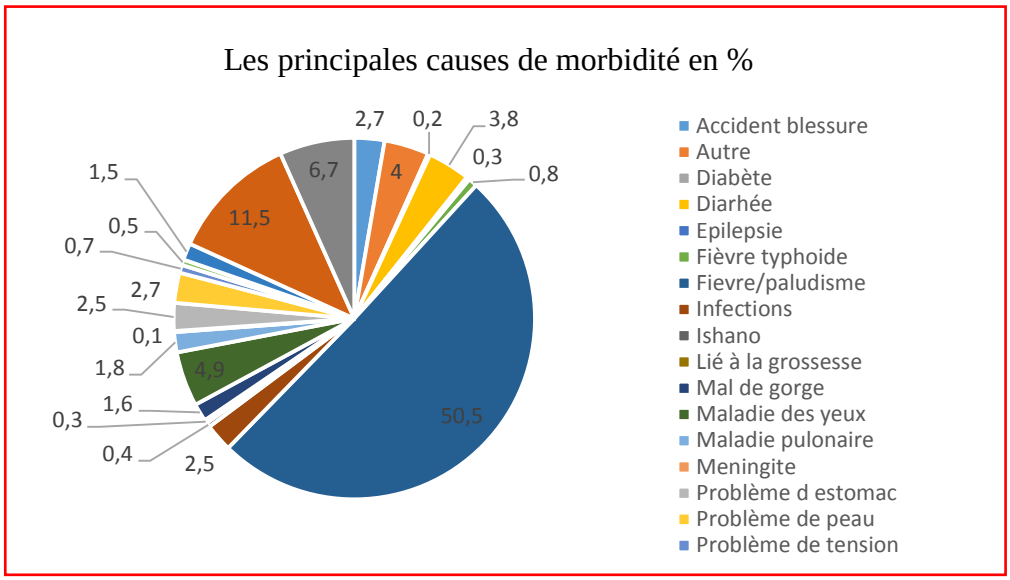
Graphique 8: Taux de morbidité par provinces, sexe, milieu de vie et tranche d'âge.



Source : Auteur à base de l'EICVMB 2019-2020

En effet les causes principales de la morbidité dans les CDS sont : le paludisme, les infections respiratoires, les vers intestinaux et les maladies diarrhéiques. Les maladies chroniques telles que le SIDA, la tuberculose, le diabète l'hypertension, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales, la goutte ainsi que les violences physiques (sexuelles, accidents de la voie publique, guerre) sont à l'origine des nombreuses incapacités physiques et mentales recensées dans notre pays.

Graphique 9: Les principales causes de la morbidité



Conclusion du second chapitre

Le second chapitre intitulé l'état des lieux sur la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé au Burundi a présenté le profil de la pauvreté au sein des ménages et de la population burundaise en partant de quelques traits distinctifs des ménages pauvres et non pauvres.

A travers ces traits distinctifs, les résultats de l'analyse descriptive nous ont montrés que la pauvreté monétaire est plus élevée dans les provinces de Rutana, Ruyigi, Karusi, Cankuzo et que la pauvreté non monétaire est plus élevée dans les provinces de Kirundo et Rutana.

Ainsi, de la part de l'état de santé de la population burundaise et l'organisation du réseau des soins, le constat est que le taux de morbidité est très élevé en milieu rural et que le paludisme est la principale cause.

CHAP. III : ANALYSE EMPIRIQUE DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DES MENAGES PAUVRES AU BURUNDI

L'objectif de ce chapitre est d'emprunter les outils statistiques et économétriques pour faire l'analyse de l'accès aux soins de santé des ménages pauvres. En effet, en suivant la démarche méthodologique de recherche, nous présentons les résultats issus des analyses économétriques et nous donnons aussi leur interprétation.

Section 1: Démarche méthodologique de recherche

III.1.1. Echantillon, sources et types des données.

Les données utilisées proviennent de l'enquête intégrée sur les conditions de vie et des ménages (EICVMB) organisée au Burundi en 2019-2020 par l'ISTEEBU. Cette enquête comporte des informations détaillées sur les conditions de vie des ménages, la composition des ménages, les caractéristiques du logement, l'éducation, la santé, la fertilité, les dépenses des ménages,... En effet, l'EICVMB nous produise des résultats représentatifs au niveau national, au niveau des milieux de résidence (Urbain, Rural) ainsi qu'au niveau de chacune des 18 provinces du pays. La taille de l'échantillon était de 8490 ménages repartie en 849 ZD et chacune comprend un nombre fixe 10 ménages.

III.1.2. Outils de collecte des données.

Deux types de questionnaires ont été conçus et utilisés pour la collecte des données de l'EICVMB. Il s'agit du questionnaire ménage et du questionnaire communautaire. Les données utilisées dans le cadre de la présente étude sont celles du questionnaire ménage. Il comporte au total 21 sections. Les sections 1 à 6 ainsi que 21 traitent des thématiques plus individuelles et les sections 7 à 20 traitent des thématiques relatives aux ménages.

La collecte des données a été réalisée avec CAPI (Computer Assisted Personal Interview) au moyen des tablettes et les questionnaires ont été programmés sous le logiciel Cspro, saisis en temps réel sur le terrain dans les tablettes. En vue de rendre clair notre analyse, les logiciels SPSS 25, STATA 27, Word et Excel nous ont aidés de traiter nos données.

III.1.3. Choix et description des variables

Variables	Code	Description	Modalités
Variable dépendante			
Accès aux services de santé	S3, 09	La personne a l'accès aux services des soins de santé en cas de maladie	0 : non accès aux services de santé 1 : accès aux services de santé
Variable indépendante			
Pauvreté	S20,05	Le classement d'un ménage sur une échelle de bien-être allant de pauvre au riche	0 : pauvre 1 : moyen 2 : riche
Revenu			
Niveau d'instruction	S2, 29	Niveau d'études du chef de ménage	0 : Préscolaire 1 : Fondamentale 2 : Post fondamentale 3 : Supérieur
Sexe du chef de ménage		Le chef du ménage est un homme ou une femme	0 : Masculin 1 : Féminin
Taille du ménage	S0C28	Les personnes qui vivent sous le même toit	Comprise entre 1 et 15 personnes
Frais médicaux	S3, 18	Dépenses pour les examens et les soins médicaux	
Milieu de résidence	S0A04	Résidence pour le ménage	0 : rural 1 : urbain
Emploi	S4, 10	Travaillé au moins une heure au cours des 7 derniers jours.	1 : Avoir un emploi 0 : non
Distance	S3, 11	Intervalle entre le lieu de résidence et le lieu pour la consultation.	0. De 10 km et plus 1. De 5 km à moins de 10km 2. De 2 à moins de 5 km 3. De 1 à moins de 2 km 4. moins d'un km
Assurance santé	S3, 32	La personne est affiliée à une assurance santé	1 : oui 0 : non
Statut matrimonial		La situation conjugale d'une personne au regard de la loi.	0 : célibataire 1 : marié monogame 2 : marié polygame 3 : libre 4 : veuf (ve) 5 : divorcé(e)

Source : Auteur elle-même à base de l'EICVMB 2019-2020

III.1.4. Spécification du modèle.

En vue de spécifier le modèle de référence pour notre travail de recherche " La pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé", nous nous sommes inspirés par les travaux d'Anderson (1995)**.** Celui-ci a regroupé en 3 catégories à base du modèle logit les facteurs qui expliquent l'accessibilité aux soins à savoir: **les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants, les facteurs de besoins.**

Les facteurs prédisposants agissent sur l'utilisation des services de santé à travers leur action sur les facteurs facilitants et les besoins. Il s'agit des variables démographiques: âge, sexe, statut marital; indicateurs de la structure sociale: race, niveau d'éducation, occupation, ethnie, mobilité résidentielle, taille de la famille ; indicateurs de valeurs et croyances: santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, connaissance des maladies et de leur impact.

Les facteurs facilitants correspondent aux ressources comme les aspects logistiques et financiers permettant de recourir aux soins de santé. Il peut s'agir de la disponibilité des services de santé, le revenu, une assurance, le réseau social, milieu urbain ou rural.

Les facteurs de besoins : environnement physique, qualité du logement, de l'eau, de l'air, taux de mortalité, morbidité dans une communauté.

Ce modèle a été utilisé par d'autres chercheurs dans leurs études. Par exemple Parslow et Jorm (2001) ont emprunté ce modèle pour identifier les variables explicatives liées à l'utilisation des services de soins de santé pour des problèmes de santé mentale ; Roberge et Beveridge(2008) dans ses études liées à la dépression ; Anne-Laure Tesseron et Hani Guend(2009) dans la détermination des facteurs qui expliquent l'accès aux soins de santé de première ligne.

Ce modèle a fait l'objet de critiques par Mechanic (1979) et Rundall (1981) conduisant au changement graduel, mais substantiel de sa formulation initiale, notamment grâce aux travaux d'Aday et collègues. Initialement, il est conçu autour de la famille comme unité d'analyse, mais les études empiriques ont rapidement orienté le modèle vers l'individu afin de dépasser les défis méthodologiques liés à l'étude de la famille. Ainsi, le modèle a gagné en complexité à travers l'intégration de nouvelles dimensions d'analyse (Andersen, 1995). On fait désormais la différence entre l'accès potentiel qui fait plutôt référence à l'offre de services disponibles et l'accès effectif qui fait référence à l'utilisation réelle de ces services (Aday, Begley, Lairson and Slater, 1998).

Le présent travail s'inspire à ce modèle d'Anderson et à l'aide de la revue de la littérature nous pouvons construire notre modèle économétrique.

III.1.5. Modèle économétrique.

Notre étude s'est servie de la modélisation non paramétrique avec le modèle logit. Ce modèle est utilisé pour modéliser les comportements individuels consistant à choisir entre deux options et évaluer l'influence des facteurs tels que les facteurs socio-économiques, démographiques,…sur ces comportements.

La variable dépendante pour le présent travail est «l'accessibilité aux services de soins de santé», les variables explicatives concernent les facteurs sociodémographiques, socioculturelles, économiques pouvant expliquer l'accès aux services de santé des ménages pauvres. Il s'agit des indicateurs comme le sexe, l'âge, le revenu des ménages, taille du ménage, niveau d'instruction, les dépenses de santé, la distance, l'assurance. En effet, pour bien identifier les principaux traits d'avoir l'accès aux soins de santé pour les ménages pauvres au Burundi, la présentation du modèle générale de régression binaire est de la forme suivante :

$$\boldsymbol{Y_{i=}\alpha_0 + \alpha_i x_{1i} + \varepsilon_i}$$

Avec $\boldsymbol{y_i}$ une variable dichotomique à expliquer qui prend 2 modalités : 1 si le malade a l'accès aux services des soins de santé reçus et 0 sinon, $\boldsymbol{x_i}$: représente le vecteur des variables explicatives

$\boldsymbol{\alpha_0}$ $\boldsymbol{et}$ $\boldsymbol{\alpha_i}$: les paramètres du modèle à estimer

$\boldsymbol{\varepsilon_i}$: le terme d'erreur

La forme exhaustive de notre modèle de régression est la suivante :

$$\begin{aligned}\boldsymbol{Accessibilité\ aux\ services\ des\ soins\ de\ santé_i} \\ &= \propto_0 + \boldsymbol{\alpha\ Pauvreté_i + \beta\ milieu\ de\ résidence_i + \delta N.d'instruction_i} \\ &+ \boldsymbol{\gamma\ emploi_i + \theta assurance_i + \mu\ sexe_i + \rho\ distance_i} \\ &+ \boldsymbol{\sigma\ taille\ du\ ménage_i + \omega\ statut\ matr._i + \varphi\ revenu_i} \\ &+ \boldsymbol{\tau\ dép.de\ santé_i + \vartheta\ âge_i + \varepsilon_i}\end{aligned}$$

Avec :

Accessibilité aux services des soins de santé : variable expliquée

Les variables explicatives (socioculturelles, démographiques et économiques) pouvant engendrer l'accessibilité aux services des soins de santé sont notamment le revenu, le sexe, le milieu de résidence, l'âge, le sexe, les dépenses pour la santé, l'assurance santé, l'emploi, la taille du ménage et la distance.

$\propto_0$: Constante ;

$\alpha,\ \beta, \delta,\ \gamma\ , \theta, \mu,\ \rho, \sigma,\ \omega,\ \varphi,\ \tau\ , \vartheta$: sont des paramètres à estimer

ε_i : terme d'erreur

A partir de cette forme, on peut formuler la fonction logistique « logit model » de Joseph Berkson, (1994) qui va nous donner la probabilité que le vecteur des variables explicatives affecte la variable dichotomique (variable expliquée). Elle est donnée par l'expression suivante :

$$\boldsymbol{P_i = \varphi(\alpha_0 + \alpha_i x_i) = \frac{\exp(\alpha_0+\alpha_i x_i)}{1+\exp(\alpha_0+\alpha_i x_i)}}$$

Dans la pratique ce n'est pas facile de calculer cette probabilité qui est exprimée en exponentiel, raison pour laquelle il faut la transformer en logarithme.

$\mathbf{ln}\frac{\mathbf{p(i)}}{\mathbf{1-p(i)}} = \mathbf{y}^*$ avec :

$\mathbf{y}^*$ la valeur estimée de y

$\frac{\mathbf{p(i)}}{\mathbf{1-p(i)}}$ est la probabilité relative du choix y=1

Après la transformation de l'équation ci-dessus, on obtient : $\boldsymbol{p(y=1) = \frac{e^{\alpha_0+\alpha_i x_i}}{1+e^{\alpha_0+\alpha_i x_i}}}$

III.1.6. Méthodes d'analyse

Dans notre étude nous avons fait recours aux données utilisées faisant l'objet d'une analyse descriptive et d'une analyse explicative. La première porte sur la production des tableaux croisés à travers la mesure d'indépendance par le test de Pearson Chi2 et la valeur de Cramer entre les variables socio-économiques, démographiques et la proportion des ménages ayant déclaré avoir satisfait ou non satisfait avec les services de santé reçus. La seconde est la régression logistique binomiale compte tenu de la nature dichotomique de chacune des variables dépendantes. Ainsi, si P est la probabilité pour qu'un ménage pauvre aie l'accessibilité aux services de soins de santé reçus, ce modèle est fourni par la relation suivante :

$Log(P) = \left(\frac{P}{1} - P\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \cdots \beta_k X_k + \varepsilon$ où X_j indique chacune des k variables indépendantes ; β_j indique l'effet net de X_j sur la probabilité pour qu'un ménage ait l'accès aux soins de santé, ε est le terme d'erreur.

III.1.7. Anticipation des signes des variables du modèle.

Il est question dans cette partie d'analyser théoriquement la relation entre chacune des variables explicatives par rapport à la variable expliquée de manière à anticiper le signe. Les signes attendus desdites variables sont décrits ci-dessous :

1) La pauvreté.

Certains chercheurs ont affirmé que la pauvreté conduit à une mauvaise santé car les ménages pauvres n'ont pas l'accès à des soins de qualité et/ou ont un comportement personnel qui met davantage leur santé en danger. En effet, les ménages ont de plus en plus de difficultés à payer les services sanitaires dont ils ont besoin. Certains d'entre eux, en particulier les démunis, doivent consacrer une part si importante de leur revenu au paiement de ces services qu'ils tombent dans la pauvreté. D'où la relation attendue entre la pauvreté et l'accès aux soins de santé est la suivante :

$$\frac{\partial\ pauvreté}{\partial\ accès\ aux\ soins\ de\ santé} < 0$$

2) Le revenu

Un revenu suffisant contribue à éliminer les obstacles, les éléments de stress et les difficultés qui nuisent à la santé. Le revenu du ménage est un des déterminants important de la demande des soins dans un système de santé dans la mesure où il peut accroître la probabilité d'utiliser un service de santé moderne. La santé n'a pas de prix, lorsqu'on dispose d'un revenu assez important, l'on ne peut se priver d'un service de qualité pour protéger la vie. D'où la relation attendue entre le revenu et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\ revenu}{\partial\ accès\ aux\ soins\ de\ santé} > 0$$

3) L'assurance santé.

L'assurance maladie est un mécanisme de prépaiement et de mise en commun des risques permettant de couvrir les frais médicaux découlant des maladies. Ces frais peuvent être liés aux coûts des hospitalisations, des médicaments ou des consultations médicales.

L'assurance maladie sociale et nationale peut favoriser une accessibilité équitable aux soins de santé et protéger les personnes contre les risques financiers liés aux maladies. Les systèmes d'assurance maladie sociale et nationale, qu'ils soient à payeurs multiples ou à payeur unique, jouent un rôle clé dans l'amélioration de la qualité des soins de santé et la garantie de l'égalité de l'accès des citoyens à ces services (AISS[4], 2019). D'où la relation attendue entre l'assurance santé et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\ assurance\ sant\acute{e}}{\partial\ acc\grave{e}s\ aux\ soins\ de\ sant\acute{e}} > 0$$

4) Le sexe

L'état de santé d'une personne peut être influencé par la nature de son activité professionnelle, de son niveau d'étude ou de son hygiène de vie. Ces déterminants sont souvent distincts chez les hommes et chez les femmes. Dans bien des cas, les hommes ont moins souvent l'accès aux soins de santé que les femmes (OMS, 2019). Ils encourent un plus grand risque de décès dus à des maladies non transmissibles évitables et traitables ou à des accidents de la route. Lorsque les femmes ont l'accès aux services de santé, les décès maternels diminuent, ce qui augmente l'espérance de vie des femmes. D'où la relation attendue entre l'assurance santé et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\ sexe\ du\ malade(homme)}{\partial\ acc\grave{e}s\ aux\ soins\ de\ sant\acute{e}} < 0$$

5) La taille du ménage

La taille du ménage a une influence sur la santé de la population. Elle peut influer sur la décision d'aller ou non se faire soigner. En effet, lorsque la taille du ménage est grande et que le revenu n'est pas suffisant, en cas de maladie on réfléchit pour faire un choix entre se faire soigner où subvenir à d'autres besoins du ménage. Ce qui peut ne pas être le cas lorsque la taille du ménage est petit. D'où la relation attendue entre la taille du ménage et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\ taille\ du\ m\acute{e}nage}{\partial\ acc\grave{e}s\ aux\ soins\ de\ sant\acute{e}} < 0$$

[4] AISS, 2019 : *Dix défis mondiaux pour la sécurité sociale: développements et innovation*. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

6) L'emploi

Parmi les bénéfices associés à l'emploi, il y a la possibilité de gagner un revenu suffisant pour satisfaire les besoins élémentaires et ceux de la famille (l'habillement, la nourriture et le logement), qui constituent en eux-mêmes des conditions essentielles au maintien d'une bonne santé. L'emploi peut contribuer au maintien ou encore à l'amélioration de la santé des travailleurs, mais l'inverse est aussi vrai : un mauvais emploi peut également nuire à leur santé. En effet, les personnes qui travaillent à temps partiel ont plus souvent une mauvaise santé que les personnes qui travaillent à temps plein (Broom et al. 2006). D'où la relation attendue entre l'emploi et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\ emploi}{\partial\ acc\text{è}s\ aux\ soins\ de\ sant\text{é}} > 0$$

7) Le niveau d'étude du CM

L'éducation et la santé sont certainement les deux investissements les plus importants que les individus et les sociétés puissent réaliser tant leurs effets économiques et sociaux sont considérables et multiformes. Un individu qui a un niveau d'étude plus élevé est considéré comme étant en bonne santé, en règle générale, il a l'accès à de meilleurs emplois et gagne des revenus plus élevés que celui qui est moins bien formé pour faire face aux dépenses de santé. En un mot, faire beaucoup des études rend les individus plus productifs de bien accéder aux services de santé et d'allonger leur espérance de vie. L'éducation et la santé ont ainsi un impact considérable sur la croissance économique et le bien-être individuel et collectif. D'où la relation attendue entre le niveau d'étude et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\ niveau\ d'\text{é}tude}{\partial\ acc\text{è}s\ aux\ soins\ de\ sant\text{é}} > 0$$

8) La distance géographique.

La distance géographique est considérée comme un facteur important dans l'l'accès et dans la fréquentation des structures de soins. Selon Brem et al. (2006), les distances à parcourir ont un impact négatif sur les services de soins de santé pour les patients des zones rurales par rapport à ceux des zones métropolitaines. D'autres chercheurs comme Claire Verdier et al. 2021 ont vu que la distance géographique n'apparaît pas comme un obstacle en soi d'accéder aux services de santé, mais elle peut le devenir lorsqu'elle se combine à d'autres facteurs comme les capacités de mobilité, la maîtrise des contraintes professionnelles, les charges

familiales, etc… D'où la relation attendue entre la distance et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\, distance}{\partial\, accès\ aux\ soins\ de\ santé} < 0$$

9) Le milieu de résidence

L'étude de l'OIT constate que même si l'accès à la santé est garanti par la loi, les habitants des zones rurales restent exclus des soins de santé parce que la législation n'est pas appliquée là où ils vivent. La situation est aggravée par la pénurie de personnels de santé dans les régions rurales du monde entier. De plus, l'insuffisance des ressources financières et des personnels techniques spécialisés montrent que les populations rurales ont des difficultés d'accéder aux soins de santé.

Quant au milieu urbain, il procure des avantages sur les plans économique et sanitaire. C'est le lieu de rencontre de plusieurs spécialistes de santé, des hôpitaux privées et publiques, des centres médicaux. De cela, la population urbaine trouve facilement les services de santé modernes approximativement sans faire le parcours du Marathon. D'où la relation attendue entre le milieu de résidence (urbain) et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\, milieu\ urbain}{\partial\, accès\ aux\ soins\ de\ santé} > 0$$

10) Le statut matrimonial

Les célibataires ont tendance à prendre plus soin de leur corps et de leur santé, et donc sont moins souvent malades. Ça peut se comprendre, vivre seul c'est éviter d'être en contact permanent avec d'autres germes contagieux. (Fourchette et Bikini, 2016)

11) L'âge du malade

Dans le monde entier, les gens vivent plus longtemps. Aujourd'hui, la plupart des gens peuvent espérer vivre jusqu'à la soixantaine, voire plus (OMS, 2022). Les jeunes ont des besoins sociaux, émotionnels et développementaux uniques qui nécessitent un système de santé accueillant et réactif, ainsi que des politiques qui soutiennent leur l'accès aux soins de santé. Ceux qui sont socialement ou culturellement marginalisés peuvent être confrontés à des difficultés supplémentaires pour accéder aux soins de santé, ce qui contribue à l'inégalité en matière de santé. Les personnes âgées sont considérées comme fragiles.

D'où la relation attendue entre l'âge du malade et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\, milieu\ urbain}{\partial\, acc\text{è}s\ aux\ soins\ de\ sant\text{é}} < 0$$

12) Les dépenses de santé

Chaque année un nombre considérable de familles sont plongées dans la pauvreté à cause des dépenses de santé qu'elles doivent régler directement (OMS, 2018). Les chercheurs de la Collaboration Cochrane (Lagarde M et Palmer N, 2011) ont procédé à une revue de l'impact du paiement direct de l'accès aux services de santé des personnes vivant dans les pays en voie de développement.

Ils ont trouvé que lorsque le paiement direct était instauré ou augmenté l'utilisation des services de soins de santé préventifs par les populations diminuaient et lorsque le paiement direct était supprimé il n'y avait pas d'impact immédiat sur l'utilisation des services de soins de santé préventifs par les populations. Mais dans plusieurs cas, l'utilisation par les populations de ces services avait augmenté après quelque temps. D'où la relation attendue entre les dépenses de santé et l'accès aux soins de santé des ménages pauvres est la suivante :

$$\frac{\partial\, d\text{é}penses\ de\ sant\text{é}}{\partial\, acc\text{è}s\ aux\ soins\ de\ sant\text{é}} < 0$$

Section 2 : Présentation des résultats d'analyse descriptive et d'analyse empiriques.

Dans cette section, nous présentons les résultats d'analyse descriptive pour voir l'intensité de liaison qui est entre la variable expliquée (binaire) et le vecteur des variables explicatives. Et après nous faisons l'analyse empirique pour prendre la décision émanant des tests usuels.

Tableau 3 : Rapport de l'association entre la pauvreté et l'accès aux services de santé.

Pauvreté	Services santé		Total
	0	**1**	
0	**2377**	**1056**	**3433**
1	**709**	**448**	**1157**
2	**390**	**1480**	**1870**
Total	**3476**	**2984**	**6460**
Pearson chi2(2)	**126,03**		
Pr	**0,000**		
Cramer's V	**0,4259**		

Source**: Nos estimations à base du logiciel Stata**

Les fréquences de cette estimation indiquent que parmi les ménages pauvres, 2377 n'ont pas l'accès aux services des soins de santé et 1056 ont l'accès aux services des soins de santé. Au niveau des riches, 1480 ont l'accès aux services des soins de santé parmi les 1870 ménages riches. La statistique de khi-2 associée à ce test est de 126,03 avec 2 degré de liberté et la plus-value est de 0,000 une valeur très largement inférieure à 0,005. Ces résultats nous permettent de conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre la pauvreté et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5%, il faut la rejeter et accepter l'hypothèse alternative qu'il existe en effet une association significative entre la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé. La valeur de cramer de cette table est de 0,42. Nous pourrions conclure que la relation entre la pauvreté et l'accès aux services de santé pour les ménages pauvres au Burundi est très forte et est significative au seuil de 0,000.

Tableau 4: Rapport de l'association entre milieu de résidence et l'accès aux services de santé

Milieu de résidence	Services santé		Total
	0	1	
Rural	3143	1981	5124
Urbain	333	1003	1336
Total	3476	2984	6460
Pearson Chi2(1)	565,32		
Pr	0,000		
Cramer's V	0,295		

Source: Nos estimations à base du logiciel Stata

Les résultats indiquent que, sur 5143 ménages observés en milieu rural, 1981 ont l'accès aux services des soins de santé et que 1003 du total de 1336 vivants dans le milieu urbain n'ont pas l'accès aux services des soins de santé. La statistique de khi-2 calculé associée à ce test est de 565,32 avec 1 degré de liberté et la plus-value est nettement inférieure à 0,05.

Ces résultats nous permettent de conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre le milieu de résidence et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5% et par conséquent, il faut la rejeter et accepter l'hypothèse alternative qu'il existe en effet une association significative entre le milieu de résidence et l'accès aux services de santé. La valeur de Cramer de 0,295 associée à cette mesure est largement inférieure à 0,3. Nous pourrions donc conclure que l'association entre le milieu de résidence et l'accès aux services de santé est statistiquement faible et est significative à 0,000.

Tableau 5: Rapport de l'association entre l'emploi et l'accès aux services de santé

Emploi	Services de santé		
	0	1	**Total**
0	2207	2308	4515
1	1269	676	1945
Total	3476	2984	6460
Pearson Chi2(1)	146,43		
Pr	0,000		
Cramer's V	-0,1506		

Source: Nos estimations à base du logiciel Stata

Le tableau ci-dessus nous renseigne sur les informations relatives au rapport de l'influence de l'emploi sur l'accès aux services de santé. Les résultats indiquent que parmi 4515 qui n'ont pas d'emploi, 2308 sont satisfaits avec les services de santé reçus et avec 1945 qui ont un emploi, 676 seulement ne sont pas satisfaits avec les services de santé reçus.

La statistique de Khi2 calculé associée à ce test est de 146,43 avec 1 degré de liberté et la plus-value est de 0,000. Ces résultats nous permettent de conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre l'emploi et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5%, par conséquent il faut la rejeter et accepter l'hypothèse alternative de dépendance entre l'emploi et l'accès aux services de santé.

La valeur de Cramer associée à cette mesure est négative. Nous pourrions conclure que la relation entre l'emploi et l'accès aux services de santé est statistiquement très faible et est significative à seuil de 0,000.

Tableau 6: Rapport de l'association entre l'instruction et l'accès aux services de santé

Instruction	Services santé		
	0	1	**Total**
0	1610	1203	2813
1	1647	1339	2986
2	145	209	354
3	69	224	293
Total	712	5734	6446
Pearson Chi2(3)	146,92		
Pr	0,000		
Cramer's V	0,151		

Source: Nos estimations à base du logiciel Stata

Ce tableau indique que 1610 du total de 2813 n'ont aucun niveau d'instruction et ne sont pas satisfaits avec les services de santé reçus. Par contre parmi 293 qui ont un niveau supérieur, 69 ne sont pas satisfaits avec les services de santé. La statistique de khi-2 calculé associée à cette mesure est de 146,92 avec 3 comme degré de liberté et la plus-value est de 0,000 une valeur très largement inférieure à 0,05. Les résultats nous permettent de conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre l'instruction et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5%, par conséquent il existe une influence significative entre les deux variables.

La valeur de Cramer associée à ce test est de 0,151. Elle se trouve dans l'intervalle allant de entre 0,090 et 0,180. Nous pourrions conclure que l'influence de l'instruction sur l'accès aux services de santé est statistiquement moyenne et significative au seuil à 0,000.

Tableau 7: Rapport de l'association entre le sexe et l'accès aux services de santé

Sexe	Services santé		
	0	1	Total
Femme	1611	1115	2726
Masculin	1858	1864	3722
Total	3469	2979	6448
Pearson Chi2(1)	38,329		
Pr	0,000		
Cramer's V	0,09		

Source: Nos estimations à base du logiciel Stata

La traduction des effectifs de ce tableau indique que 1864 femmes du total de 3722 sont satisfaites avec les services de santé et 1115 hommes dans 2726 sont satisfaits avec les services de santé reçus. La statistique de Khi2 associée à cette mesure est de 38,329 avec 1 comme degré de liberté et la plus-value est estimée à 0,000. Ces résultats nous permettent de conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre le sexe et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5%, par conséquent il existe une relation de dépendance entre le sexe et l'accès aux services de santé. La valeur de Cramer associée à cette mesure nous montre que l'influence de sexe sur l'accès aux services de santé est moyenne. Raison pour laquelle, nous pourrions conclure que cette influence est statistiquement moyenne et est significative au seuil de 0,000.

Tableau 8: Rapport de l'association entre la distance et l'accès aux services de santé

Distance	Services santé		
	0	1	Total
0	1118	301	1419
1	1241	1781	3022
2	638	555	1193
3	306	243	549
4	173	104	277
Total	3476	2984	6460
Pearson Chi2(4)	10,137		
Pr	0,038		
Cramer's V	0,0396		

Source: Nos estimations à base du logiciel Stata

Les résultats de cette estimation indiquent que 1118 répondants dans le total de 1419 ne sont pas satisfaits avec les services de soins de santé et font un parcours de 10 km et plus pour arriver au centre de santé. Pour ceux qui font un parcours d'au moins d'un km, beaucoup des ménages ne sont pas satisfaits avec les services de santé. La statistique de Khi2 calculé associée à ce test est de 10,137 avec 4 degré de liberté et la plus-value est inférieure à 0,05.

Ces résultats nous permettent de conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre la distance et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5%, nous la rejetons et acceptons l'hypothèse alternative. La valeur de V Cramer associée à cette estimation est de 0,0396. Elle se trouve entre 0,000 et 0,045. Nous pourrions conclure que l'influence de la distance sur l'accès aux services de santé est statistiquement très faible et est moins significative au seuil de 0,0396.

Tableau 9: Rapport de l'association entre l'assurance et l'accès aux services de santé

Assurance	Services santé		
	0	1	Tot
0	2133	1806	3939
1	1343	1178	2521
Tot	3476	2984	6460
Pearson Chi2(1)	1,123		
Pr	0,000		
Cramer's V	0,403		

Source: Nos estimations à base du logiciel Stata

La statistique de Khi2 calculé associée à ce test est de 1,123 avec 1 degré de liberté et la plus-value estimée à 0,00. Il nous permet de conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre l'assurance et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5%, par conséquent il existe une influence significative entre ces 2 variables. La valeur de Cramer associée à cette table de 0,403. Nous concluons que la relation entre l'assurance santé et l'accès aux services de santé est statistiquement très forte et est significative au seuil de 0,000.

Tableau 10: Rapport de l'association entre le statut matrimonial et l'accès aux services de santé

Statut matrimonial	Services santé		
	0	**1**	Total
0	**87**	**172**	**259**
1	**2549**	**2108**	**4657**
2	**106**	**101**	**207**
3	**68**	**72**	**140**
4	**462**	**380**	**842**
5	**204**	**151**	**355**
Total	**3476**	**2984**	**6460**
Pearson Chi2(5)	**48,6**		
Pr	**0,000**		
Cramer's V	**0,086**		

Source: Nos estimations à base du logiciel Stata

Les résultats de cette table montrent que les effectifs plus élevés de ceux qui ne sont pas satisfaits avec les services de santé s'observent au niveau des mariés polygames, des mariés monogames, des veufs (ves), des divorcés (es).

Par contre les effectifs plus élevés de ceux qui sont satisfaits avec les services de santé s'enregistrent au niveau des célibataires et à ceux qui sont en union libre.

La statistique de Khi2 calculé associé à ce test est estimée à 48,6 avec 5 degré de liberté et une plus-value de 0,000. Cela nous amène à conclure que l'hypothèse nulle d'indépendance entre l'assurance et l'accès aux services de santé n'est pas vraisemblable au seuil de 5%, raison pour laquelle il faut rejeter l'hypothèse nulle et accepter l'hypothèse alternative de dépendance entre l'assurance et l'accès aux services de santé. La valeur de cramer de cette mesure estimée à 0,086 se trouve dans l'intervalle allant de 0,045 à 0,090.

Les résultats nous aboutissent à conclure que l'influence du statut matrimonial sur l'accès aux services de santé est faible et est significative au seuil de 0,000.

Modélisation économétrique pour la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé.

Après avoir présenté l'analyse statistique de l'association des variables qualitatives prises en considération et la variable expliquée, il est nécessaire d'analyser l'influence respective de ces facteurs.

Tableau 10: Résultats de l'estimation du modèle logit et des effets marginaux.

		Régression économétrique par le modèle logit			Les effets marginaux		
Les variables		Coef.	T student	P>|Z|	Dydx	T student	P>|Z|
Pauvreté	Pauvres	Modalités de référence					
	Moyens	0,31	0,077	0,000***	0,061	0,015	0,000
	Riches	1,549	0,076	0,000***	0,297	0,014	0,000
Milieu de résidence	Rural	Modalités de référence					
	Urbain	0,869	0,092	0,000***	0,156	0,016	0,000
N. d'instruction	Sans niveau	0,087	0,066	0,189	0,015	0,011	0,188
	Fondamental	Modalités de référence					
	Post fondamental	0,117	0,147	0,425	0,020	0,025	0,424
	Supérieur	0,460	0,185	0,013**	0,080	0,032	0,013
Emploi	Sans travail	Modalité de référence					
	Avec travail	0,289	0,794	0,000***	0,505	0,013	0,000
Assurance	Sans assurance	Modalité de référence					
	Avec assurance	2,153	0,097	0,000***	0,37	0,013	0,000
	Hommes	Modalité de référence					
Sexe CM	Femmes	0,373	0,068	0,000***	-0,065	0,011	0,000
Distance	De 10 km et	-0,163	0,105	0,121	-0,028	0,018	0,119

	plus						
	De 5 km-10km	Modalités de référence					
	De 2km-5km	0,142	0,08	0,076*	0,024	0,013	0,075
	De 1km à moins de 2km	0,29	0,109	0,789	0,005	0,019	0,789
	Moins d'un km	0,274	0,146	0,061*	-0,047	0,025	0,059
Taille du ménage		-0,078	0,016	0,000***	-0,013	0,002	0,000
Statut matr.	Célibataires	0,082	0,181	0,648	0,014	0,031	0,648
	Mariés monogames	Modalités de référence					
	Mariés polygames	0,118	0,171	0,491	0,02	0,029	0,492
	Union libre	-0,446	0,2000	0,026**	-0,076	0,033	0,023
	Veufs (ves)	-0,200	0,110	0,070*	-0,034	0,019	0,07
	Divorcés (es)	-0,203	0,140	0,147	-0,035	0,024	0,145
Lrevenu		0,072	0,019	0,000***	0,012	0,003	0,000
Ldép. de santé		-0,034	0,018	0,068*	-0,005	0,003	0,068
Lâge		-0,274	0,103	0,008***	-0,04	0,017	0,008
Cons		0,232	0,467	0,619			

*** Significatif à 1 % ** Significatif à 5 % * Significatif à 10 %

Section 3: Interprétations et discussions des résultats

En tenant compte de ces résultats nous témoigner que le modèle est globalement significatif au seuil de 1% car la probabilité associée au test de chi deux de Wald est égale à 0,000 et la valeur du Pseudo R^2 est de 24,91.

Ainsi, il ressort que les variables explicatives choisies sont pertinentes dans l'explication des facteurs qui influencent l'accès aux soins de santé des ménages pauvres au Burundi et les signes des coefficients estimés sont semblables à ceux attendus pour la plupart des variables explicatives.

L'estimation du modèle logit permet de comprendre l'effet de la pauvreté d'un ménage sur la probabilité de recourir aux services de santé en donnant des résultats convergents et en permettant d'identifier les facteurs ayant une influence significative sur le choix des pauvres de recourir aux services de santé en cas de maladie.

Bien que la pauvreté est une variable à trois modalités avec les ménages pauvres considérés comme modalités de référence, il est évident d'interpréter les deux modalités restantes en vue de faire validé l'hypothèse formalisée à priori. Ainsi, les ménages moyens et les ménages riches ont une influence positive respectivement par rapport aux ménages pauvres de (0.31 et 1.549) avec une significativité de 0.00. Donc inférieur au seuil de 5%. Ce qui invalide l'hypothèse de départ.

De la part des effets marginaux, nous voyons que les ménages moyens et les ménages riches ont une influence positive sur la probabilité d'accéder aux services des soins de santé.

III.3.1. Les variables démographiques

Les résultats de la régression montrent que l'âge du malade agit négativement sur l'accès aux services de santé et est significatif au seuil de 5%. Cela signifie que plus l'âge du malade est avancé plus la probabilité d'accéder aux services de santé diminue (Martine Audibert, 2015). Cela est expliqué par le fait que les enfants sont plus exposés aux maladies et que le suivi médical pendant la période post-natale est élevé comme Wolffers l'a constaté dans son analyse faite en Sirilanka en 1988. Les effets marginaux de cette variable indiquent qu'une augmentation de l'âge du malade s'accompagne d'une diminution de sa probabilité de recours aux soins de santé de 0,4%.

Etant donné que le chef de ménage est une variable binaire et que la modalité femme est cotée comme modalité de référence. Cela nous conduit à témoigner qu'avec la régression économétrique, un ménage dont le chef de la famille est un homme agit positivement sur la possibilité de recourir aux services des soins de santé par rapport au ménage dirige par une femme et elle est significative au seuil de moins d'1%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que chez les adultes, les femmes s'occupent beaucoup plus de la santé des membres de leur famille que de leur propre santé (AKOTO, 2002). La lecture des effets marginaux indique que les individus issus des ménages dirigés par les femmes ont 6,5% de chance en plus de recourir aux soins de santé.

La taille du ménage agit négativement sur l'accès aux soins médicaux et elle est significative à 1%. En effet, lorsque la taille du ménage augmente et que le revenu n'est pas suffisant, en cas de maladie on réfléchit pour faire un choix entre se faire soigner ou subvenir à d'autres besoins du ménage. Raynaud(2002) dans son étude sur les déterminants des dépenses de santé a trouvé que les familles qui ont beaucoup d'individus ont moins de chances d'accès aux services de santé.

Ces résultats sont aussi conformes à ceux de Vicky Ilunga. Il a trouvé que dans la zone de Lemba à Kinshasa, plus la taille du ménage augmente moins que les ménages ont la possibilité de faire recours aux services de santé. Les effets marginaux de cette variable indiquent que l'augmentation de la taille du ménage s'accompagne d'une diminution de chances de 1,3% de recourir aux soins médicaux.

De la part de l'assurance, nous voyons que l'affiliation à un organisme d'assurance agit positivement sur l'accès aux soins de santé modernes. Les personnes ayant une assurance santé ont une aversion plus forte à faire appel aux systèmes des soins par rapport à ceux qui n'ont pas l'assurance santé. Ces résultats sont conformes à ceux de Turcotte-Tremblay et al. (2018) au Benin. Ils ont trouvé que sur cinquante patients enquêtés de façon aléatoire, treize seulement étaient adhérents aux mutuelles de santé et ont un l'accès aux services de santé. Ce qui est primordial pour eux c'est de bénéficier des prestations de soins en cas de maladie. Les effets marginaux montrent que les ménages avec la possession d'assurance santé ont 37,4% de chances en plus de recourir aux soins de santé. Ces deux résultats valident la deuxième hypothèse.

III.3.2. Les variables socio-économiques.

La lecture de la régression économétrique montre que les coefficients du variable « niveau d'instruction du CM » influencent positivement le recours aux soins de santé et sont significatifs à ceux qui ont un niveau supérieur par rapport à ceux qui ont le niveau fondamental. Ceci nous amène à conclure que le niveau supérieur du chef de ménage influence le recours aux soins de santé modernes. De nombreuses études démontrent que le recours aux services de soins augmente à mesure que le niveau d'instruction du CM s'élève (Fournier et Haddad, 1995). L'étude réalisée à Pikine par Martine Audibert (2014) a relevé que l'éducation du CM affecte le choix du type de recours de façon significative.

Les résultats de la régression économétrique montrent aussi que le niveau de vie du ménage (Log du revenu) est une variable qui influence positivement le recours aux soins médicaux pour les ménages pauvres. En effet, le coefficient est positif et significatif, ce qui nous permet de dire que plus le revenu du ménage augmente, plus le recours aux soins de santé des ménages pauvres augmente, ce qui correspond également à nos attentes et aux résultats de la statistique descriptive (Tableau 10). Ces résultats rejoignent à ceux constatés par Salim Haddad, Adrien Nougtara et Valery Ridda (2004).

Selon eux le revenu agit comme une contrainte majeure dans la capacité d'accéder aux services des soins de santé, les individus ayant de bas revenus y sont plus sensibles que ceux ayant de hauts revenus. De même au Togo, où 72,2% de la population vit avec moins d'un dollar par jour, les ménages n'ont pas recours aux services de soins, car ils savent que le prix de consultation va engloutir le budget mensuel de la famille (Hounkpati, 2007). La lecture des effets marginaux indiquent que les individus issus des ménages qui ont un revenu élevé ont 12,6% de chances en plus de recourir aux services de santé modernes.

En ce qui concerne le statut matrimonial les résultats de la régression montrent qu'au Burundi, être célibataire, marié monogame ou divorcé influence positivement le recours aux soins de santé mais qu'elle est significative pour les divorcés et ceux qui sont en union libre par rapport aux mariés monogames. Ces résultats sont opposés à ceux de Brown et al. (2009), Sato (2012). Ils ont affirmés que les mariés surtout les femmes sont plus susceptibles d'utiliser les services de santé que les femmes célibataires.

En ce qui concerne l'emploi, les résultats de la régression indiquent que les ménages qui ont un travail ont influence positive d'accès aux services des soins de santé par rapport à ceux qui n'ont pas l'emploi et est significative au seuil de 0,000. Ces résultats sont identiques à ceux de Thomas Barnay, 2016 sur les relations causales entre le travail et la santé. Il a trouvé que l'emploi paraît bénéfique à la santé. Le lien entre le travail et la santé peut être appréhendé à partir de l'insertion professionnelle. Cette relation vertueuse entre emploi et état de santé peut transiter par différents canaux tels que les comportements à risque, l'l'accès aux soins, les conditions matérielles de vie ou encore les conditions initiales de l'enfance. L'emploi, par les revenus qu'il procure mais aussi par la couverture maladie complémentaire d'entreprise qu'il apporte souvent, réduit considérablement les difficultés d'l'accès aux soins.

III.3.3. Milieu de résidence

Les résultats de la régression logit montrent que la probabilité pour qu'un ménage ait recours aux soins de santé augmente de 0.86 lorsque le ménage est localisé dans le milieu urbain par rapport au milieu rural. En effet, les raisons du non accès aux services des soins de santé pour les ménages ruraux sont liées à l'éloignement des centres de soins, aux difficultés géographiques.

Aussi, le milieu rural avec les conditions qui y prévalent (pauvreté, un environnement socio-économique et culturel défavorable, manque des moyens de transport, etc.) est enclavé quand il s'agit d'accès aux soins de santé, d'autant plus que ce sont les centres de soins existant en milieu rural qui sont limités dans l'offre qu'il propose. Ces résultats sont conformes à ceux trouvés par Haddad (2004) et Sikiro (2008), attestent que les personnes habitant dans le milieu urbain accèdent plus aux soins médicaux que ceux qui habitent en milieu rural.

Les dépenses de santé impactent la décision des individus d'utiliser les services de santé. Ce qui les pousse à chercher d'autres alternatives. Dans cette étude, les dépenses de santé agissent d'une façon négative sur l'accès aux services de santé et cette influence est significative au seuil de 6,8%. Ces résultats sont opposés à ceux de Majumder (2006), il a montré que le coût élevé du traitement augmente les chances d'utiliser les services de santé modernes par les patients qui souffre de maladie grave. La lecture des effets marginaux montrent que les individus issus des ménages qui dépensent plus pour les services de santé ont 0,5% de chances en moins de recourir aux soins de santé modernes.

III.3.4. La distance.

Les résultats de la régression montrent que la distance est une variable qui influence positivement le recours aux services des soins de santé pour les ménages pauvres au Burundi. Faire un parcours d'au moins d'un km agit positivement sur l'accès aux services de sante par rapport à ceux qui font un trajet de 5km a 10km pour arriver à l'hôpital ou au CDS. En effet, les raisons du non recours aux services de santé sont multiples pour ceux qui font un long trajet. Les mauvaises routes, un long trajet, manque des moyens financiers pour payer le transport sont les principaux défis qui bloquent les ménages pauvres pour arriver au centre de santé.

Conclusion du troisième chapitre

Le troisième chapitre est consacré à l'analyse empirique de la relation entre la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé au Burundi. A travers ce chapitre nous avons présenté la spécification du modèle, décrit les variables et les sources des données, et nous avons fait des estimations économétriques et présentés les résultats.

Tenant compte du fait que la variable dépendante est binaire, nous avons fait des statistiques descriptives pour voir l'intensité des liaisons entre cette variable dépendante et le vecteur des variables explicatives, ce qui nous a permis de conclure avec le statistique de V de cramer la position (faible ou forte) de cette intensité de liaison. Les résultats prouvent que la relation entre la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé est très faible et qu'elle est significative au seuil de 0,000.

Nous avons également fait des analyses économétriques pour tester la significativité statistique des variables explicatives et leur influence sur l'accès aux soins de santé. Pour cela, nous avons vu que les ménages moyens et les ménages riches agissent positivement sur la probabilité d'avoir l'accès aux soins de santé. Par contre, la taille du ménage exerce un effet négatif sur l'accès aux soins de santé au Burundi.

CONCLUSION GENERALE

Le présent travail était d'analyser la pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé. A partir de la question centrale libellée comme suit : les ménages pauvres ont-ils l'accès aux soins de santé ? Deux questions spécifiques ont été formulées dont la première est de savoir le lien entre les ménages pauvres et l'accès aux services de santé, la seconde vise à savoir les facteurs déterminants de l'accès aux soins de santé pour les ménages pauvres. Pour répondre à ces questions, deux hypothèses de recherche ont été formulées. Le présent travail est articulé autour de trois chapitres excepté de l'introduction et de la conclusion.

Le premier chapitre a traité des différentes approches théoriques de la pauvreté et de la santé. Il s'est focalisé sur les approches de la pauvreté, les différents systèmes de santé, la carte de santé et de ses déterminants. Des travaux empiriques réalisés par plusieurs auteurs ont soulignés le non accès aux services des soins de santé pour les ménages pauvres. Toutefois, peu des travaux empiriques ont analysés l'influence de la distance, du statut matrimonial sur la pauvreté des ménages et l'accès aux services des soins de santé qui sont les facteurs déterminants.

Le second chapitre a mis en évidence l'état des lieux de la pauvreté et de la santé au Burundi. Il présente le profil de la pauvreté monétaire par province et les indicateurs de la pauvreté non monétaire par milieu de résidence. Les histogrammes montrent que la pauvreté monétaire au niveau des ménages est plus élevée à Ruyigi et moins élevé en Mairie de Bujumbura.

Quant au troisième chapitre, nous avons analysé empiriquement l'accès aux soins de santé des ménages pauvres au Burundi pour confirmer ou infirmer les hypothèses de départ**.** Ainsi, la pauvrété des ménages (moyens, riches) exercent une influence positive mais aussi significative sur la probabilité d'avoir l'accès aux soins de santé. D'où la première hypothèse est infirmée.

Mais la taille du ménage exerce une influence négative mais aussi significativement différente de zéro sur la probabilité d'avoir l'accès aux soins de santé. D'où la seconde hypothèse est confirmée.

Implication des résultats en termes de politique économique et limites.

Les résultats de l’estimation montrent qu’au Burundi ce sont les ménages moyens et les ménages riches qui ont une influence positive sur l’accès aux services de santé et que par contre la taille du ménage a une influence négative sur l’accès aux services des soins de santé. Au vu de ce qui précède, nous suggérons les implications des politiques économiques au gouvernement burundais suivantes :

- Amélioration de l’offre des soins de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Amélioration de la gouvernance dans les formations sanitaires (district, CDS, hôpitaux) ;
- Disponibilité des médicaments essentiels de qualité au niveau des formations sanitaires et des équipements biomédicaux dans quelques hôpitaux ;
- Accélération de la construction des hôpitaux communaux ;
- Financements innovants pour le secteur de la santé ;
- Bonne gestion des ressources financières et humaines ;
- Répartition équitable des contributions des partenaires au développement.

On ne peut pas dire que tous les contours de notre travail ont été exploités, il comporte quelques défis à relever. Les résultats sont vieux car ils résultent de l'enquête menée par l’ISTEEBU en 2019/2020 mais comme actuellement il n'y a pas les autres enquêtes nationales sur les conditions de vie et des ménages qui ont suivi cette enquête, les résultats restent valables. Il faut signaler que l'Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU) est en train de préparer une autre enquête sur les conditions de vie de ménages où la collecte va débuter bientôt. Il sera une occasion pour les auteurs d'actualiser les déterminants sur l’accès aux soins de santé des ménages pauvres.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

1. **Adaskou M. et al. (2021)** Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques Demand and supply of health care : advances and theoretical models.
2. **Aday L. et al. (1998)** Un cadre pour évaluer l'efficacité, l'efficience et l'équité des soins de santé comportementaux.
3. **Andersen et Newman(1973)** Recours aux soins de santé des indigents et des personnes âgées en Afrique de l'Ouest.
4. **Benamouzing D. (2004)** Economie et sociologie, Sociologie du travail, Presses universitaires de France.
5. **Binder Foucard F. et al. (2007)** Santé et équité vers une économie politique de la santé.
6. **Binns M. (1995)** Local Economic Development: A Review and Assessment of its Current Status in South Africa
7. **Birch S. et al. (1993)** Equitable acces to healh care: methodological extensions to the analysis of physician utilization in Canada.
8. **Bonnet P. (2002)** Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins de santé.
9. **Brem S. (2006)** Les mesures de santé et sécurité au travail auprès des travailleurs étrangers temporaires dans les entreprises saisonnières.
10. **Broom G. et al (2006)** Behaviour and welfare in relation to pathology.
11. **Comité régional de la Méditerranée Orientale (2004)** Document technique sur l'impact des dépenses de santé sur les ménages et les options de financement des soins de santé.
12. **Després C., Irdes P.D., Fantin R. & Legos F.(2008).** Dépense de santé et l'accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins. pp. 85–96
13. **Dorosh P. & Simler K. (1998).** Structure et facteurs déterminants de la pauvreté à Madagascar.
14. **Dufresne J. (1985)** La santé au Quebec
15. **Gilbert N., Ephrem N. & Fidèle I.(2014)** Les déterminants du chômage et du sous-emploi.
16. **Guend H. and Tesseron A. (2009)** Les déterminants de l'accès aux soins de santé de première ligne au Québec.
17. **Houeninvo H. (2014)** Dépenses en santé et appauvrissement des ménages au Benin.
18. **Hounkpati A. (2007)** Epidémiologie et prise en charge en milieu africain.
19. **Hubert B. (2011)** Les défis de la santé en Afrique Subsaharienne.
20. **Innocent B. (2005)** Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population.

21. **Jobin L., Pigeon M., Anctil H. & Bedard L. (2012)** La santé et ses déterminants: Mieux comprendre pour mieux agir.
22. **Jorgensen L. (2019)** Principales, approches and issues in participant observation.
23. **Keren M. (2012)** Problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu urbain-rural.
24. **Khoali S. (2022)** Analyse statistique et modélisation économétrique des déterminants de la demande de soins de santé au Maroc Statistical analysis and econometric modeling of the determinants of the demand for health care in Morocco.
25. **Lahana E. (2011)** Gestion des conflits dans les hopitaux: l'affaire Chypre
26. **Majumder A. (2006)** Analyse comparative de la privation de protection sociale multidimensionnelle chez les femmes des zones rurales et urbaines du Sud au Nigéria.
27. **Marmot M. (2008)** Recherche sur les inégalités de santé en Angleterre.
28. **Martine A. (2015)** Le développement sanitaire en Afrique francophone, enjeux et perspectives post-2015.
29. **Messi E., Yaye W., Basile P. et Maroua U. (2017)** Contraintes à l'l'accès aux soins de santé maternelle dans la ville de Maroua. pp. 13–21, 2017.
30. **Michael G. (1972)** The demand for health: a theoreticaland empirical investigation
31. **Mingnimon A.&Yao D.(2012)** Pauvreté des ménages et l'accès aux soins de santé des femmes au Bénin.
32. **Mrabet P.M. (2018)** Definition, approches et concepts en santé publique Objectifs.
33. **Mylene L. et al. (2011)** L'impact des frais d'utilisation sur l'accès aux services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
34. **Nurke R. (1953)** Problems of capital formation in underdeveloped countries, oxford.
35. **OMS (2022)** Appuie au Burundi dans la sensibilisation des Batwa sur le renforcement de leur l'accès aux soins de santé.
36. **OMS(2017)** Rapport mondial sur la couverture sante-universelle.
37. **Pepper K. et al. (2005)** Modèles d'utilisation des services de santé et perceptions des besoins et des services dans les zones rurales d'Orissa.
38. **Peters D. et al. (2008)** Poverty and access to health care in developing countries.
39. **Slim Haddad, Adrien Nougtara et Valery Ridde (2004)** Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso.
40. **Tabuteau D. (2009)** Traité d'économie et de gestion de la santé.

41. **Thomas Barnay et Yann Videau (2016)** Regards d'économistes sur les déterminants de la santé et les mécanismes d'incitations à la prévention.
42. **Wagstaff A. (2002)** Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé.
43. Y**ouness J., Houda L et Hicham O. (2018)** Dépenses et utilisation de soins de santé : Une revue de littérature théorique et empirique.