

## **Tarifification optimale et qualité des soins des établissements privés des villes secondaires : Evidences de la Côte d'Ivoire**

### **Optimal pricing and quality of care in private facilities in secondary cities: Evidence from Côte d'Ivoire**

**COMOE Anzoumana**

Enseignant chercheur

Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan – Côte d'Ivoire

Centre Recherche de Microéconomie et du Développement (CREMIDE)/ Laboratoire d'Analyse de  
Modélisation et de Politique Economique (LAMPE)

**COULIBALY Korona**

Enseignant chercheur

Université Péléforo Gbon Coulibaly, Korhogo- Côte d'Ivoire

Laboratoire d'Analyse de Modélisation et de Politique Economique (LAMPE)

**DIARRASSOUBA Alliou Salihini**

Enseignant chercheur

Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa- Côte d'Ivoire

Laboratoire d'Analyse de Modélisation et de Politique Economique (LAMPE)

**Date de soumission** : 03/12/2025

**Date d'acceptation** : 21/01/2026

**Pour citer cet article** :

COMOE. A. & Al. (2026) « Tarifification optimale et qualité des soins des établissements privés des villes secondaires : Evidences de la Côte d'Ivoire », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 7 : Numéro 2 » pp : 132- 148.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



## Résumé

L'objectif de cet article est d'analyser l'influence des tarifs pratiqués par les établissements privés de santé à Daloa sur l'accès à des soins de qualité des populations. Pour ce faire, nous avons mené une enquête auprès de 384 patients dans différents centres de santé privés.

En utilisant le modèle logit, les résultats ont montré que la tarification a un effet négatif sur l'accès aux soins de qualité dans les établissements privés de santé. On observe également, une disparité significative entre les tarifs pratiqués par ces établissements et les attentes des patients qui souhaitent un tarif optimal de 5000 Francs contre une moyenne de 6500 francs pour les établissements de soins privés.

Pour résoudre ce problème, l'étude recommande aux établissements de santé privés de réajuster de manière transparente leur politique tarifaire, d'optimiser la gestion des files d'attente, de mettre en place des forfaits familiaux, de renforcer l'éducation sanitaire de base et d'adapter les horaires d'ouverture des structures privées.

**Mots clés :** « Tarification » ; « établissements privés » ; « patients » ; « soins de santé qualité » et « logit ».

## Abstract

The aim of this article is to analyze the influence of tariffs charged by private health facilities in Daloa on people's access to quality care. To this end, we conducted a survey of 384 patients in various private health centers between.

Using the logit model, the results showed that pricing has a negative effect on access to quality care in private health facilities. There was also a significant disparity between the tariffs charged by these facilities and patients' expectations, who wanted an optimal tariff of 5000 Francs versus an average of 6500 Francs for private healthcare facilities.

To solve this problem, the study recommends that private healthcare establishments readjust their pricing policy in a transparent way, optimize queue management, introduce family packages, reinforce basic health education and adapt the opening hours of private structures.

**Keywords :** « Pricing » ; « private facilities » ; « quality health care » ; « patients » and logit.

## Introduction

Avec une population estimée à environ 29 millions d'habitants (RGPH 2021), la Côte d'Ivoire reste exposée à des maladies infectieuses telles que le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose. En 2022, seulement 72 % des personnes vivant avec le VIH bénéficiaient d'un traitement antirétroviral et 60 % de la population avait accès aux traitements antituberculeux (Fonds Mondial, 2023), ce qui reflète l'inefficacité persistante du système sanitaire public. Aussi, les établissements publics demeurent insuffisants en nombre et en équipement. La population est donc obligée de se référer aux établissements sanitaires privés. En revanche, ces établissements, généralement bien équipés et technologiquement avancés offrent des soins de qualité mais à des coûts élevés. Ce qui suscite la réflexion sur la tarification et l'accès aux soins de qualité dans les établissements de santé privés ivoirienne.

En effet, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021-2025) recense au moins 1 523 établissements privés de santé principalement situés dans les zones urbaines. Malgré la présence de ce nombre important, la population peine à avoir accès aux soins de santé conduisant à des résultats non satisfaisants, notamment celles à faible revenu. Qi et al. (2023) révèlent que les minorités et les groupes à faible revenu reçoivent des soins moins complets, mettant en évidence le rôle de l'équité en matière de santé dans l'élaboration des politiques.

Cependant, la région du Haut Sassandra a enregistré en 2016 le taux de mortalité maternelle le plus élevé du pays, dont 317 décès pour 100 000 naissances vivantes contre une moyenne nationale de 208. Le taux de fréquentation des structures de santé reste faible seulement 34 % de fréquentation et 32 % d'utilisation loin du seuil de 70 % recommandé par l'OMS (Loba, 2021). Environ 54 % des décès maternels liés aux soins d'urgence surviennent dans les six heures suivant l'admission au Centre Hospitalier Régional de Daloa (Bilan 2016). Une situation sanitaire très préoccupante pour les populations des villes secondaires qui sont limitées à une accessibilité aux soins en raison des tarifs pratiqués. La théorie de la tarification de Ramsey souligne que la tarification est un outil efficace pour encourager une utilisation optimale des ressources hospitalières. Cela fonctionne en incitant les hôpitaux à fournir des soins intensifs en fonction de la gravité de la maladie des patients tout en optimisant les coûts, Berndt et al. (2001). De plus, Kitembo et al (2023) confirment que le coût élevé des soins et l'absence de mécanismes de financement innovants poussent certains ménages à s'endetter ou à renoncer aux soins. De ce qui précède, Quel est l'effet de la tarification optimale sur l'accès aux soins de qualité dans les établissements privés de santé ivoiriens ?

La réponse à cette question nous emmène à fixer comme objectif principal d'analyser l'influence de la tarification pratiquée par les établissements privés de santé sur l'accès à des soins de qualité. Spécifiquement, il est question d'Identifier les facteurs explicatifs de l'accessibilité aux services de santé privés et d'évaluer l'effet des tarifs appliqués sur l'accessibilité aux soins de la population. Au regard de la revue de la littérature, nous formulons les hypothèses suivantes : l'accès aux établissements privés est significativement et négativement influencé par les caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages et une tarification optimale bien que fondée sur la qualité peut paradoxalement restreindre l'accessibilité pour certaines populations. L'intérêt majeur de cette étude réside dans une observation pertinente des gouvernants sur la politique de tarification au sein des établissements sanitaires privés dans les villes secondaires. Elle leur permettrait de prendre des mesures optimales liées à la tarification pratiquée dans les établissements privés de santé pour le bien-être de la population.

La structure de l'article se présente comme suit. (I) fait l'objet de la revue de la littérature suivi de la méthodologie (II) et enfin la présentation et discussion des résultats en (III) suivi d'une conclusion.

## **1. Revue de la littérature**

### **1.1. Revue théorique**

Ce point se décline en deux approches théoriques majeures qui sont l'accès aux soins de santé et la tarification optimale.

#### **1.1.1. Accès aux soins de santé**

Ce point se décline en quatre approches théoriques liées à l'accès aux soins de santé caractérisé.

##### **❖ Par le revenu**

Arrow (1963) souligne les défaillances du marché de la santé dues à l'asymétrie de l'information et aux inégalités de revenu, appelant à des mécanismes d'assurance pour garantir un accès équitable. Par ailleurs, Kronick et al. (1995) montrent que les dépenses de santé des malades chroniques sont prévisibles, ce qui permettrait une meilleure structuration des assurances.

##### **❖ Par l'approche géographique**

L'approche géographique développée par Cloutier et Turcotte (2023) met en évidence que l'accès aux soins dépend aussi du territoire mais doit intégrer les perceptions des patients pour réduire les inégalités de soins de santé.

### ❖ **Par l'accès aux soins de santé basé sur les inégalités**

Sen (2009) et Stiglitz (2012) abordent les inégalités sociales en montrant que les disparités de revenu et de conditions de vie limitent l'accès aux soins. Elles nuisent aussi à l'économie et restreignent les libertés individuelles. Cependant, Sen plaide pour des politiques de santé équitables comme moteur du développement humain durable.

### ❖ **Par l'accès aux soins de santé basé sur les inégalités**

David Cutler (2006) a apporté une contribution significative à la théorie du capital humain en matière de qualité des soins de santé. Il souligne que le capital humain des professionnels de santé est un facteur déterminant de la qualité des soins. Le niveau de fréquentation de ces professionnels pourrait s'expliquer par une tarification optimale des soins.

#### **1.1.2. Tarification optimale**

Ce point analyse cinq approches théoriques liées à la tarification qui sont :

#### ❖ **La tarification à l'acte ou T2A**

Elle repose sur une logique de résultats influençant la gestion hospitalière, la qualité des données et la concurrence public/privé (Mériadé et al., 2019). Cette évolution a conduit à des changements significatifs dans le financement des établissements de santé. Mais, elle est prolongée par la tarification basée sur les coûts marginaux.

#### ❖ **La tarification basée sur les coûts marginaux**

Elle vise à aligner prix et efficacité en tenant compte du coût additionnel de chaque service. Arrow (1963) explore cette analyse en mettant en avant son potentiel à encourager l'efficacité et l'allocation optimale des ressources dans les systèmes de santé. Ce qui est influencée par celle de la demande.

#### ❖ **La tarification basée sur la demande**

Cette tarification ajuste les prix selon les préférences et la disposition à payer des patients pour une allocation efficace et équitable des ressources (Cutler et Zeckhauser, 1998).

#### ❖ **La tarification solidaire**

Elle promeut l'équité en garantissant l'accès aux soins via des mécanismes de redistribution lié à la pathologie. Elle est soutenue par Pauly et Zweifel (2007) qui souligne que ce modèle tarifaire offre une approche éthique et économique pour atténuer les inégalités d'accès aux soins de santé en garantissant que les individus les plus vulnérables bénéficient d'une protection financière adéquate.

### ❖ **La tarification par pathologie**

Elle rémunère selon la gravité des cas traités pour inciter à une meilleure prise en charge. Cependant, Kronick et Gilmer (2002) propose ce modèle comme une alternative de financement des soins de santé qui vise à aligner les incitations des prestataires avec les besoins des patients.

### ❖ **La tarification de Ramsey**

Elle cherche à concilier efficience, innovation technologique et contraintes budgétaires dans la fixation des prix. Siciliani (2000) suggère que la tarification de Ramsey peut être un outil efficace pour encourager une utilisation optimale des ressources hospitalières.

Ces approches visent à améliorer à la fois la qualité, l'efficacité et l'équité dans les systèmes de santé, Berndt et al. (2001). Elles seront appliquées dans plusieurs études que nous essayerons d'analyser.

## **1.2. Revue empirique**

Ce point vise à analyser les études réalisées sur les facteurs liés à la qualité des soins de santé, l'effet de la tarification sur l'accès aux soins de santé et les déterminants sociodémographiques liés à l'accès aux soins de santé.

### ❖ **Les facteurs liés à la qualité des soins de santé**

Les travaux empiriques révèlent que la satisfaction des patients dépend du revenu, de l'alphabétisation, de l'assurance santé et des conditions hospitalières. Plusieurs études telles que ceux de Mutatayi et al (2022) montrent que la qualité perçue est influencée par l'environnement et l'écoute des soignants ou la fragmentation du parcours de soins. D'autres, comme Chen et al (2023) mettent en lumière l'effet des systèmes de paiement (DRG, GRA) sur la qualité des soins sans amélioration notable des taux de mortalité ou de réadmission. La disponibilité, le professionnalisme des médecins et l'organisation des soins impactent aussi fortement la satisfaction des patients.

### ❖ **L'effet de la tarification sur l'accès aux soins de santé**

L'accès aux soins est fortement corrélé aux revenus des ménages, comme le démontrent Parmentier (2019) et Zehnati (2021) qui soulignent les limites des systèmes tarifaires mal régulés, ils démontrent que le système tarifaire des centres de santé mal régulé a un effet significatif sur l'accès aux soins de santé. Pour Bamushina et al (2023) et Kitembo et al (2023), le coût élevé des soins et l'absence de mécanismes de financement innovants poussent certains ménages à s'endetter ou à renoncer aux soins.

### ❖ Les déterminants socio-démographiques liés aux soins de santé

L'accès aux soins de santé selon les facteurs socio démographiques a suscité plusieurs réflexions scientifiques. En effet, Dial et al (2015) mettent en avant l'influence de l'éducation et du revenu sur le recours aux soins qui déterminent significativement l'accès aux soins. Par ailleurs, Qi et al (2023) montrent que les minorités, femmes et pauvres urbains font face à des obstacles spécifiques liés à l'accès aux soins de santé. Pour Coulibaly (2023) et Koné et al (2023), la distance et les coûts ont un effet significatif sur la perception des structures sanitaires. Aussi, d'autres travaux comme ceux de Agbre-Yace et al (2023) pointent l'importance de l'autonomie financière et des barrières culturelles ou liées au genre dans l'accès aux soins.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Source de données

Notre étude sur l'accessibilité aux soins de santé repose sur une enquête par questionnaire menée auprès de 384 patients dans 14 établissements privés de santé de Daloa. En l'absence de données locales précises sur la fréquentation ou les difficultés d'accès à ces structures, nous avons retenu, selon les estimations de la Direction des établissements de santé privés de Côte d'Ivoire que 50 % des patients y ont recours. Cette hypothèse a servi de base au calcul de la taille de l'échantillon qui suit :

- **P** : la proportion des patients qui ont eu des difficultés à accéder aux soins privés.
- **q** : la proportion des patients qui n'ont pas eu des difficultés à accéder aux soins privés (1-p).
- **Z** : l'écart correspondant à un degré de confiance de 95 % (1,96), soit 5% du risque d'erreur.
- **d** : précision absolue de 5%

Déterminons **n** la taille de notre échantillon :

$$n = \frac{z^2 p q}{d^2} \quad (1)$$

$$n = \frac{(1,96)^2 0.5 0.5}{(0.05)^2}$$

On obtient, **n = 384 patients**

### 2.2. Spécification du modèle

Le modèle approprié pour l'analyse des variables binaires est généralement le modèle logit ou le modèle probit (Samba, 2022). Dans le cadre de cette étude, nous retenons le modèle logit en raison de sa facilité d'interprétation et de sa robustesse. Toutefois, la variable dépendante

de cette étude est dichotomique, elle prend la valeur « 0 » si le patient a accès aux soins de santé et « 1 » sinon qui se présente comme suit :

$$y = \begin{cases} 0, & \text{si le patient a des difficultés d'accès aux établissements privé de santé} \\ 1, & \text{sinon} \end{cases} \quad (2)$$

Deux modalités, avec la probabilité de réalisation de l'évènement de notre étude est :

$$P_i = \text{Prob}(y_i=1/x_i) = F(x_i\beta) \quad \forall_i=1, \dots, N \quad (3)$$

**F** est la fonction de répartition. Si y prend la valeur 1, la probabilité qui correspond est p (y=1 / x) et la valeur 0 avec 1 - p (y=1 / x) comme probabilité.

Notre modèle s'écrit de la manière suivante :

$$F(x_i\beta) = \frac{e^{x_i\beta}}{1 + e^{x_i\beta}} = p \quad (4) \quad ; \quad 0 < p < 1 \text{ et } E(y) = \begin{cases} 0 \\ 1 \end{cases} \text{ ou} \quad (5)$$

F(x) est la fonction de densité des probabilités du modèle suivant, soit une loi logistique ou une loi normale.

La probabilité que les patients accèdent facilement aux établissements de soins privés est estimée en fonction des particularités des variables explicatives retenues. Cependant, nous avons l'âge des patients, le sexe, leur situation matrimoniale, leur niveau d'instruction, leur dépense mensuelle, la taille de leur ménage, leur perception sur la qualité d'accueil de ces structures de santé, comment ils évaluent le délai d'attente, le tarif pratiqué au sein de ses établissements privés de santé et leur perception de ces tarifs.

De ce fait nous exprimons la probabilité de l'accessibilité des établissements de santé privés par les habitants :

$$P(\text{Acces}/x_i) = \frac{e^{\beta_0 + \sum \beta_i x_i}}{1 + e^{\beta_0 + \sum \beta_i x_i}} \quad (6)$$

$\beta_i$ : les coefficients associés aux caractere  $x_i$

$x_i$  : represente les variables explicatives

La variable dépendante est ordonnée comme suite :

$$y = \begin{cases} 0, & \text{si le patient a des difficultés d'accès aux établissements privé de santé} \\ 1, & \text{sinon} \end{cases} \quad (7)$$

Autrement :

$$\text{Acces}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Age}_i + \beta_2 \text{Sexe}_i + \beta_3 \text{Niv\_instru}_i + \beta_4 \text{Dépense\_mensuel}_i + \beta_5 \text{Taille\_ménage}_i + \beta_6 \text{Délai\_attente}_i + \beta_7 \text{Qualite\_accueili}_i + \beta_8 \text{Tarif}_i + \beta_9 \text{percept\_tarif}_i + \beta_{10} \text{Sit\_mat}_i + \varepsilon_i \quad (8)$$

### 3. Résultats

Cette section décrit les statistiques descriptives, la présentation et les discussions des résultats économétriques.

#### 3.1. Statistiques descriptives

Ce point analyse les statistiques descriptives des variables selon les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques.

#### ❖ Profit socio-démographique

**Tableau 1 : Répartition des patients par le sexe selon le niveau d'instruction**

		Niv_instru				Total	Pourcentage
		Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieure		
Sexe	Femmes	68	19	49	73	209	54.43
	Hommes	19	4	46	106	175	45.57
Total		87	23	95	179	384	100
Fréquence		22.66	5.99	24.74	46.61	100	

Source : Auteurs, enquête, 2024

L'analyse croisée entre le sexe et le niveau d'instruction révèle que les femmes représentent 54,43% contre 45,57% pour les hommes de l'échantillon 209 sur 384. Parmi les femmes, 68 n'ont aucun niveau d'instruction, 19 ont un niveau primaire, 49 un niveau secondaire et 73 un niveau supérieur. Du côté des hommes, 19 sont sans instruction, 04 ont un niveau primaire, 46 un niveau secondaire et 106 un niveau supérieur. Globalement, 22,66 % des patients n'ont aucun niveau d'instruction, 5,99 % ont un niveau primaire, 24,74 % un niveau secondaire et 46,61 % un niveau supérieur. Ces statistiques indiquent une surreprésentation des femmes non instruites, suggérant que le manque d'instruction pourrait constituer un obstacle spécifique à l'accès aux soins privés alors que l'instruction favorise l'accès par une meilleure connaissance du système de santé.

**Tableau 2 : Répartition des patients par âge selon leur dépense mensuelle**

		Dépense mensuel			Total	Pourcentage
		Moins de 75 000	75 000-150 000	150 000 et plus		
Age	15-30	205	34	12	251	65,36
	31-40	38	26	4	68	17,7
	41-50	4	11	4	19	4,95
	50 et plus	8	20	18	46	11,99
Total		255	91	38	384	100
Pourcentage		66,4	23,7	9,7	100	

Source : Auteurs, enquête, 2024

Sur les 384 patients enquêtés, 65,36% ont entre 15 et 30 ans ; 17,7% entre 31 et 40 ans ; 4,95% entre 41 et 50 ans et 11,99% ont plus de 50 ans. Par ailleurs, 66,4% des patients

dépensent moins de 75 000 FCFA par mois pour leurs soins ; 23,7% entre 75 000 et 150 000 FCFA et 9,7 % plus de 150 000 FCFA.

La majorité des usagers des soins privés ayant des dépenses inférieures à 75 000 FCFA sont des jeunes de 15 à 30 ans, probablement en raison de la couverture d'assurance maladie et de leur statut d'élèves ou d'étudiants disposant de revenus limités proches du SMIG. En revanche, les patients de plus de 41 ans sont moins représentés parmi les usagers des soins privés, ce qui pourrait s'expliquer par de meilleures pratiques d'hygiène, une alimentation saine réduisant leur recours aux soins un profit économique suffisant.

❖ **Profit socio-économique**

**Tableau 3 : Tableau croisé entre tarif et la perception du tarif**

Variables	Tarif			Total	Pourcentage	
	Modalités	Moins de 5000	5000-15 000			Plus de 15 000
<b>Percept_tarif</b>	Convenable	160	106	4	270	70,3
	Cher	30	72	12	114	29,7
	Total	190	178	16	384	100
	Pourcentage	49,5	46,35	4,14	100	

Source : Auteurs, enquête 2024

La majorité des patients soit 84% (160 sur 190) considèrent les tarifs inférieurs à 5000 FCFA comme convenables en raison de leur accessibilité par rapport à leurs revenus. Pour les tarifs compris entre 5000 FCFA et 15000 FCFA, les avis sont partagés reflétant la diversité des niveaux de revenus et l'influence des assurances maladie et du pouvoir d'achat. En revanche, les tarifs supérieurs à 15000 FCFA sont jugés onéreux par trois quarts des patients, suggérant qu'un coût élevé pourrait dissuader le recours aux établissements privés en raison de la faiblesse des budgets de santé.

❖ **Test de validité du modèle (le modèle logit binaire)**

▪ **Test de bonne ou mauvaise prédiction**

**Tableau 4 : Tableau de prédiction**

		Prédit		Total
		0	1	
<b>Accès</b>	<b>0</b>	27	61	87
	<b>1</b>	7	289	297
	<b>Total</b>	34	350	384

Source : Auteurs, calcul stata 16

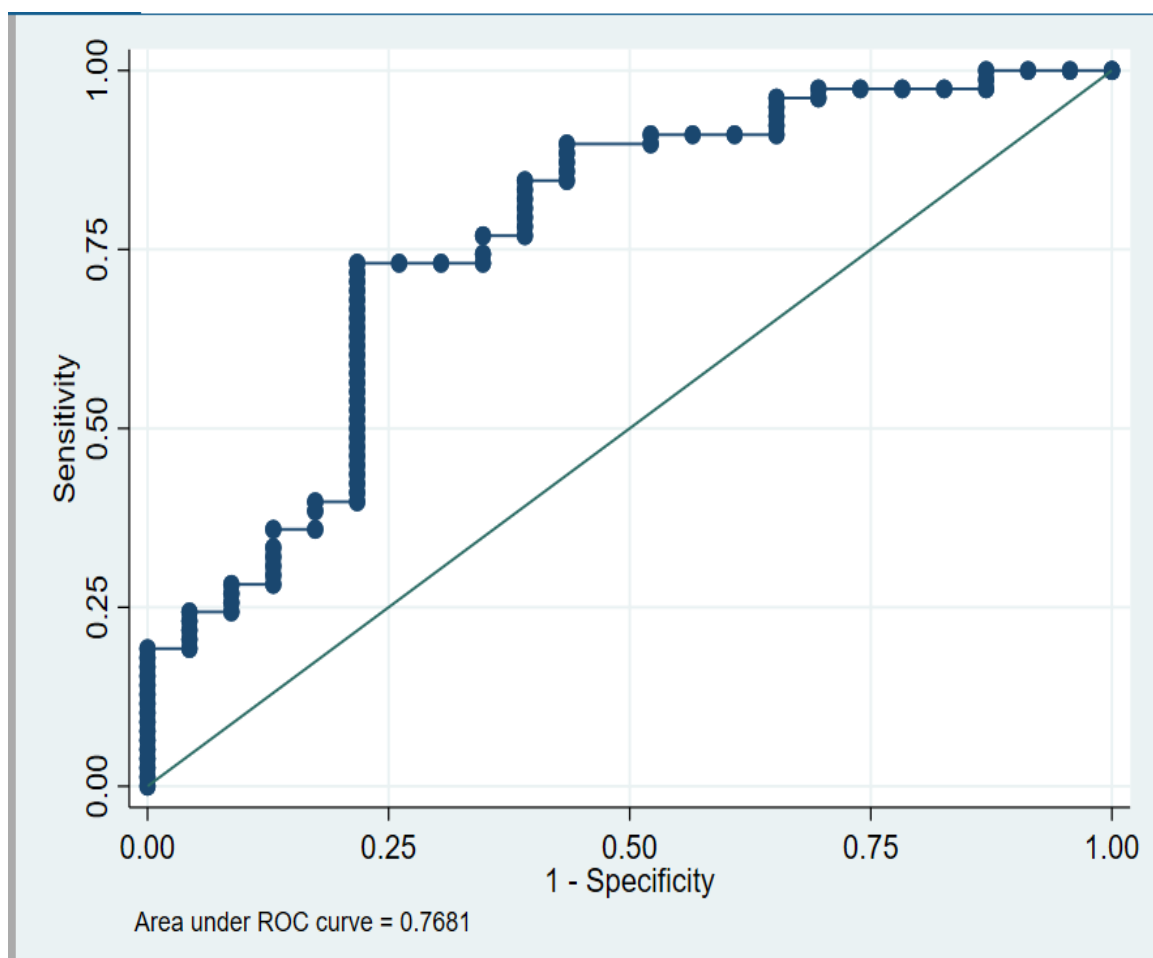
Le modèle a correctement prédit 27 cas comme négatifs et 286 cas comme positifs avec une précision globale de 82,18%. La précision des prédictions positives est de 82,2% tandis que le rappel très élevé à 97,44% montre une bonne détection des vrais positifs. En revanche, la

spécificité est faible (30,43%) indiquant une difficulté à identifier les vrais négatifs. Le F1 - score atteint 89,47 % traduisant un bon compromis entre précision et rappel.

#### ▪ Test d'ajustement global du modèle

Le test de Hosmer-Lemeshow utilisé pour évaluer l'ajustement global d'un modèle de régression logistique indique une bonne adéquation entre les données observées et celles prévues, la probabilité associée étant supérieure à 0,05. Ainsi, le modèle utilisé pour prédire la variable « Accès » est jugé globalement satisfaisant. Les hypothèses du test suivent une distribution de chi-deux.

Figure 1 : Courbe ROC



Source : Auteurs

#### ▪ Qualité d'ajustement avec la surface Receiver Operating Curve (ROC)

La surface sous la courbe ROC illustre la manière dont la sensibilité varie en fonction de la spécificité afin d'évaluer la précision d'un test de prédiction de l'accessibilité des patients aux structures de santé privées. Avec une aire sous la courbe ROC de 0,7681, cette évaluation indique un pouvoir discriminant remarquable suggérant des prévisions très précises au seuil de 0,5.

❖ **Présentation des résultats**

**Tableau 5 : Résultats de la régression logistique**

Variables	La régression logistique simple				Les effets marginaux		
	Coefficient	T de student	de P>Z	Seuil de significativité	dy/dx	T de student	P>Z
<b>Age</b>							
15-30	Modalité de référence						
31-40	-1.981	1.247	.112	*	-0.222	0.130	*
41-50	-3.615	1.736	.037	**	-0.428	0.169	**
Plus de 50	-1.415	1.651	.391	NS	-0.152	0.187	NS
<b>Sexe</b>							
Femmes	Modalité de référence						
Hommes	.284	.75	.705	NS	0.032	0.083	NS
<b>Sit_mat</b>							
Célibataire	Modalité de référence						
Marié	2.501	1.198	.037	**	0.229	0.076	***
<b>Niv_instru</b>							
Aucun	Modalité de référence						
Primaire	-1.756	1.84	0.03	**	0.85	0.077	**
Secondaire	.358	1.317	0.786	NS	0.033	0.123	NS
Supérieur	-0.726	1.238	0.558	NS	-0.080	0.129	NS
<b>Dépense_mensuel</b>							
Moins de 75 000	Modalité de référence						
75 000 - 150 000	1.69	1.171	.149	NS	0.162	0.086	*
Plus de 150 000	2.787	1.927	.148	NS	0.225	0.091	**
<b>Taille_ménage</b>							
0 - 5	Modalité de référence						
5 -10	2.356	1.123	.036	**	0.228	0.086	***
Plus de 10	.418	.757	.58	NS	0.054	0.096	NS
<b>Qualite_accueil</b>							
Moyen	Modalité de référence						
Bon	1.289	.991	.193	NS	0.147	0.126	NS
Très bon	.013	1.326	.992	NS	0.002	0.172	NS
<b>Délai_attente</b>							
Pas long	Modalité de référence						
Long	-1.264	.832	.129	NS	-0.149	0.099	NS
Trop long	-1.734	1.005	.084	*	-0.217	0.135	*
<b>Tarif</b>							
Moins de 5000	Modalité de référence						
5000 - 15 000	-1.505	.823	.067	*	-0.163	0.079	**
Plus de 15 000	-4.123	2.143	.054	**	-0.507	0.227	**
<b>Percept_tarif</b>							
Convenable	Modalité de référence						
Cher	.551	1	.582	NS	0.059	0.101	NS

NB : Significativité : \*=10% ; \*\*=5% ; \*\*\*=1% ; NS : Non significative

Source : Auteurs, calcul à partir de stata 16

**3.2. Discussion des résultats**

La discussion des résultats se fait selon les variables significatives issues de la régression logistique. Toutefois, ces résultats sont confrontés avec ceux de la littérature.

## ❖ Variables socio-démographiques

### ✓ Age

Les patients âgés de 31 et 40 ans et de 41 et 50 ans présentent des coefficients négatifs et significatifs aux seuils respectifs de 10% et 5%, indiquant une probabilité réduite d'accéder aux établissements de santé privé à Daloa à la tranche d'âge de 15 à 30 ans. Plus précisément, l'appartenance à la tranche de 31 et 40 ans diminue cette probabilité de 22,2% tandis que celle de 41-50 ans la réduit de 42,8%. En revanche, pour les individus de plus de 50 ans l'effet n'est pas statistiquement significatif ( $p = 0,391$ ), bien que l'effet marginal suggère une baisse de 15,2 % de la probabilité de rencontrer des difficultés d'accès. Nos résultats sont conformes à ceux de Coulibaly et Kouakou (2023) montrant que l'âge des patients est déterminant dans le recours aux soins de santé.

Cette situation s'expliquerait par les contraintes professionnelles des 31-50 ans, qui, malgré leur stabilité financière disposent de moins de temps pour s'occuper de leur santé. Toutefois, ils privilégient des soins de qualité pour garantir la sécurité sanitaire de leur famille. Quant aux plus de 50 ans, leur fréquentation régulière des services de santé et leur suivi médical systématique pourraient justifier l'absence d'effet significatif sur l'accès aux soins privés, toutes choses égales par ailleurs.

### ✓ Situation matrimoniale

Les personnes mariées rencontrent généralement moins de difficultés d'accès aux soins de santé privés que les célibataires. Le coefficient positif (2,501) statistiquement significatif au seuil de 5% indique que le mariage augmente la probabilité d'accès aux établissements de santé privés de 22,9 % à Daloa.

Cette tendance peut s'expliquer par plusieurs facteurs à savoir le recours fréquent aux soins dans le cadre de la planification familiale, la volonté de protéger les membres vulnérables du foyer (enfants, personnes âgées) ainsi que le soutien émotionnel et logistique du conjoint. De plus, la stabilité financière souvent associée au mariage facilite l'accès à des soins de qualité. Ce résultat concorde avec ceux de Bédié et al (2023) qui ont démontré que le statut matrimonial positif est associé à un recours accru aux structures privées, notamment chez les couples avec enfants.

### ✓ Niveau d'instruction

Nos résultats montrent que les individus ayant un niveau d'instruction primaire sont significativement plus susceptibles de ne pas rencontrer de difficultés d'accès aux soins que ceux sans instruction ( $p = 0,03$ ), avec une augmentation de probabilité estimée à 85 %. En

revanche, les niveaux d'instruction secondaire et supérieur n'ont pas d'effet significatif sur l'accès aux soins ( $p = 0,786$  et  $p = 0,558$ ), avec des effets marginaux faibles (0,033 et -0,080 respectivement). Cette situation s'expliquerait par la diffusion généralisée de l'information sur les services de santé via les réseaux sociaux, les campagnes de sensibilisation et les médias.

Ainsi, même sans instruction formelle les individus peuvent être bien informés sur l'offre de soins, d'autant plus que les établissements privés disposent souvent de personnel chargé d'accompagner les patients favorisant ainsi une égalité d'accès, toutes choses égales par ailleurs. Ce résultat est contraire avec ceux de Wilfried et al. (2018) qui ont montré que le niveau d'éducation des membres du ménage est un obstacle au recours aux soins de santé.

#### ✓ **Taille du ménage**

Globalement, la taille du ménage influence significativement et positivement l'accès aux soins privés au seuil de 5% selon nos résultats. Les ménages comptant entre 5 et 10 membres ont une probabilité de ne pas rencontrer de difficultés d'accès supérieure de 22,8 % par rapport à ceux de 1 à 5 membres ( $p = 0,036$ ).

Cette tendance s'expliquerait par la complexité de la gestion sanitaire dans les ménages plus nombreux. Pour assurer un suivi efficace de leurs proches, notamment face à un emploi du temps chargé, ces ménages privilégient les établissements privés réputés pour la qualité de leur prise en charge. Ce résultat est contraire à ceux de Wilfried et al. (2018) qui ont trouvé que la taille du ménage est un obstacle au recours aux soins de santé.

#### ❖ **Variables socioéconomiques**

##### ✓ **Délai d'attente**

Les résultats montrent que le délai d'attente trop long dans les établissements privés de santé influence significativement et négativement l'accès aux soins. Par rapport aux patients percevant un délai moyen (pas long), ceux qui estiment le délai trop long ont une probabilité réduite d'accès aux soins privés de 21,7 %.

Des délais jugés excessifs peuvent décourager les patients, en prolongeant leur souffrance et en affectant leur perception de la qualité des soins. Pour nombre d'entre eux, le temps d'attente constitue un critère essentiel dans l'évaluation de la performance des établissements de santé privés. Ce résultat corrobore avec ceux de Kouadio et al. (2021) qui ont révélé que près de 60 % des patients considèrent le temps d'attente comme un critère de choix du centre de soins.

### ✓ **Tarif**

Les résultats montrent que les tarifs pratiqués influencent significativement l'accès aux établissements privés de santé. Les consultations tarifées entre 5000 et 15000FCFA ainsi que celles dépassant 15000 FCFA réduisent fortement la probabilité d'accès, avec une baisse respective de 16,3 % et 50,7 %. Cela indique que les coûts élevés constituent un frein majeur à l'accès aux soins de santé. Ces résultats sont conformes avec ceux de Mutsindwa et al (2023) qui ont trouvé que le coût élevé des soins et l'absence de mécanismes de financement innovants poussent certains ménages à s'endetter ou renoncer aux soins. Ces tarifs élevés s'expliquent par les investissements importants dans des équipements médicaux sophistiqués, leur entretien coûteux, ainsi que les formations du personnel. Par ailleurs, pour attirer des professionnels qualifiés, notamment dans les zones sous dotées en infrastructures publiques, les établissements privés offrent des salaires élevés, ce qui se répercute sur les prix. Ces structures tendent ainsi à pratiquer des tarifs supérieurs au prix d'équilibre.

### **Conclusion**

Le présent article vise à analyser l'influence des tarifs pratiqués par les établissements privés de santé dans les villes secondaires sur l'accès à des soins de qualité des populations. Plus spécifiquement, il s'agit d'évaluer la qualité des soins offerts et l'impact des tarifs pratiqués sur l'accessibilité aux services de santé pour la population, en particulier les plus démunis. Pour mieux cerner ces enjeux, nous avons fait une analyse théorique sur la tarification optimale, la qualité des soins et l'accès aux soins.

Les résultats révèlent que la tarification a un impact significatif sur l'accès aux soins. Aussi, les prestataires de leur côté cherchent à maintenir une tarification qui couvre leurs charges et reste économiquement viable. Nous avons également observé une disparité notable entre les tarifs pratiqués et les attentes des patients, ces derniers estimant qu'un tarif optimal se situerait autour de 5 000 FCFA. Ces résultats renforcent les fondements théoriques relatifs à la tarification. À partir de ces constats, nous formulons les recommandations suivantes : Réajuster dans la transparence leur politique tarifaire ; optimiser la gestion des files d'attente ; mettre en place des forfaits familiaux ; renforcer l'éducation sanitaire de base et adapter les horaires d'ouverture des structures privées. En revanche, nous avons été confrontés à des limites liées aux données, en raison de la non collaboration de certains établissements de santé privés concernant la tarification des soins. Afin de mieux appréhender la question de la tarification des soins dans les établissements privés pour les patients, il est nécessaire d'analyser le processus de couverture maladie au sein des ménages ivoiriens.

## BIBLIOGRAPHIE

- Agbre-Yace, M. L., Kouadio, K. J., & N'Guessan, A. K. (2023). Autonomie financière et barrières socio-culturelles dans l'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire. *Revue Africaine d'Économie et de Santé Publique*, 15(2), 45-60.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Bamushina, C., Mbuyi, K., & Kanku, P. (2023), Coût des soins et endettement des ménages en Afrique subsaharienne. *Cahiers de Santé Publique*, 23(4), 255-270.  
<https://doi.org/10.xxxx/csp.2023.255>
- Bédié, A. K., Kouamé, S. Y., & Diabaté, L. (2023). Statut matrimonial et recours aux soins privés en Afrique de l'Ouest. *Revue Internationale de Santé*, 12(1), 77-93.
- Berndt, E. R., Cutler, D. M., Frank, R. G., Griliches, Z., Newhouse, J. P., & Triplett, J. E. (2001), Price index for medical care goods and services: An overview of measurement issues.
- Chen, X., Li, Y., & Zhao, M. (2023). Payment systems and hospital quality: Evidence from DRG reforms in Asia. *Health Economics Review*, 13(1), 1-17.  
<https://doi.org/10.xxxx/her.2023.1>
- Cloutier, M. S., & Turcotte, M. (2023). Accessibilité géographique et perception des patients au Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 114(2), 123-135.
- Coulibaly, K. (2023). Distance, coûts et perception des structures sanitaires en Côte d'Ivoire. *Bulletin Ivoirien de Santé Publique*, 10(3), 201-214.
- Cutler, D. M. (2006), Advances in health economics and outcomes research. In A. M. Jones (Ed.), *The Elgar companion to health economics* (pp. 279-298). Edward Elgar Publishing.
- Dial, L., Sarr, F., & Ba, C. (2015). Éducation, revenu et recours aux soins de santé au Sénégal. *Revue d'Économie du Développement*, 23(3), 85-110.
- Fonds Mondial. (2023). Rapport annuel 2023 : Lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. <https://www.theglobalfund.org>
- Gurgand, M. (2000), Capital humain et croissance : la littérature empirique à un tournant? *Économie publique/Public economics*, (06).
- Kamanzi, P. C. (2006), Influence du capital humain et du capital social sur les caractéristiques de l'emploi chez les diplômés postsecondaires au Canada.
- Kitembo, M., Mbuyi, K., & Mutsindwa, R. (2023). Financement innovant et accessibilité des soins en Afrique centrale. *Santé et Développement*, 7(2), 55-70.

- Koné, M. & Kouadio, K. (2023). Accessibilité des soins de santé en Côte d'Ivoire : Analyse des déterminants géographiques et économiques. *Revue Africaine de Santé*, 9(1), 31-48.
- Kouadio, Y., N'Guessan, E., & Kouakou, D. (2021). Temps d'attente et choix des structures de santé privées en Côte d'Ivoire. *Journal Ivoirien de Santé Publique*, 5(2), 89-103.
- Kronick, R., Gilmer, T., Dreyfus, T., & Lee, L. (1995). Improving health insurance coverage for the chronically ill. *Health Affairs*, 14(1), 170-180.
- Loba, S. (2021), Situation sanitaire et mortalité maternelle dans la région du Haut Sassandra. Institut National de Santé Publique.
- Mériade, L., Turgeon, J., & Blais, R. (2019). La tarification à l'activité dans les hôpitaux : Enjeux et effets sur la qualité des soins. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2(2), 45-68.
- Mutatayi, M., Banza, P., & Nsimba, M. (2022), Facteurs de satisfaction des patients dans les hôpitaux privés d'Afrique centrale. *Cahiers de Santé Publique*, 22(3), 133-149.
- Mutsindwa, R., Kanku, P., & Ilunga, F. (2023). Coût des soins et renoncement aux soins en Afrique subsaharienne. *Revue de Santé Globale*, 8(4), 299-314.
- Nguyen-Khac, T. (2017), Territoire et accès aux soins : Entre contraintes géographiques et perceptions. *Espace, Populations, Sociétés*, 2017(1), 1-18.
- N'dri-Yoman, T. (2016). *Le système de santé ivoirien : Bilan et perspectives*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.
- Palmer, K., Smith, A., & Zhao, L. (2024). Health disparities in urban poor populations : Evidence from global cities. *Social Science & Medicine*, 350, 114-130.
- Parmentier, M. (2019). Les effets des systèmes tarifaires sur l'accès aux soins de santé en Europe. *Revue Européenne de Santé Publique*, 29(5), 765-772.
- Qi, X., Zhang, Y., & Wang, H. (2023). Inequalities in access to health care among minorities: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 45-60.
- Samba, K. (2022), *Économétrie appliquée : Modèles à variables qualitatives*. Presses Universitaires Africaines.
- Sen, A. (2009), *The idea of justice*. Harvard University Press.
- Stiglitz, J. E. (2012), *The price of inequality*. W. W. Norton & Company.
- Wilfried, N., Kouadio, Y., & Koffi, D. (2018). Taille du ménage et recours aux soins de santé : Analyse empirique en Afrique de l'Ouest. *Revue d'Économie Appliquée*, 26(3), 101-120.
- Zehnati, H. (2021). Systèmes tarifaires et équité d'accès aux soins dans les pays en développement. *Revue Internationale de Politique de Santé*, 6(2), 112-128.