



REPUBLIQUE DU BENIN

&



MINISTERE D'ETAT CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

&

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)

&

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

&

MEMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION DES CREDITS ASSOCIES
AU DIPLOME DE LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCE
ECONOMIQUE

&

Option : Economie

Filière : Economie et Gestion des
Structures Sanitaires

**ANALYSE DES DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES
SERVICES DE SANTE PAR LES MENAGES DANS LA
COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI**

Présenté par :

AGOSSOU D. Paterne

et

AHOUNOU Sètonджи

Sous la direction de :

Dr HOUENINVO G. Hilaire

Enseignant chercheur à la FASEG-UAC

Année Académique : 2020 – 2021

AVERTISSEMENT

**La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de
l'Université d'Abomey-Calavi (FASEG/UAC) n'entend donner
aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans ce
mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres
à son auteur.**

DEDICACE 1

A

- Mon Père AGOSSOU S. Joseph
- Ma Mère ALLOFA A. Reine

AGOSSOU D. Paterne

DEDICACE 2

A

- Mon Père AHOUNOU Célestin
- Ma Mère ZOUNGNON Thérèse

AHOUNOU Sètonджи

REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

En particulier, nous pensons :

- ✿ au Professeur Denis ACCLASSATO, Doyen de la FASEG, pour nous avoir permis de nous y faire former ;
- ✿ au Docteur Théophile A. M. WOTO, Vice-Doyen de la FASEG, pour la formation aussi bien de qualité que riche reçue ;
- ✿ à notre maître de mémoire, HOUENINVO G. Hilaire qui, malgré ses multiples occupations, a généreusement accepté de conduire ce mémoire jusqu'à terme ;
- ✿ au corps professoral et administratif de la FASEG pour l'enseignement de qualité dont ils ont gratifié et les valeurs morales façonnées en nous ;
- ✿ à nos chers parents pour votre présence, votre assistance et pour tous les sacrifices consentis dans notre éducation, pour nous voir bientôt épanouir dans nos entreprises. Voyez ceci comme l'avancée de notre marche déterminée vers la concrétisation de vos espérances placées en nous.
- ✿ à toute la famille AGOSSOU et à la famille AHOUNOU ;
- ✿ à tous nos frères et sœurs ;
- ✿ à tous nos camarades et amis avec qui nous avons passé d'excellents moments de partage et à tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre, à la réalisation de ce travail.

SIGLES ET ABREVIATIONS

BCEAO	: Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BM	: Banque Mondiale
CEDEAO	: Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CNPE	: Comité National de Politique Economique
CPFA	: Centre Professionnel de Formation à l'Assurance
DGAE	: Direction Générale des Affaires Economiques
ENEAM	: Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management
FASEG	: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
FBCF	: Formation Brute du Capital Fixe
MS	: Ministère de la Santé
INSAE	: Institution Nationale de la Statistique et de l'Analyse Economique
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU	: Organisation des Nations Unies
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNUD	: Programme des Nations pour le Développement
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ZS	: Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des ménages enquêtés par arrondissement.....	14
Tableau 2 : Les variables et leur définition.....	15
Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon l'identification des enquêtées	18
Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon le nombre de personnes vivant actuellement dans votre ménage	20
Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon la profession du chef de ménage	21
Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon le statut d'occupation dans la parcelle.....	21
Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon le revenu du chef de ménage le mois passé et la source du revenu.....	22
Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon le nombre de repas du ménage par jour et Montant de dépense par jour pour le repas familial	22
Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon les biens de valeur possédés	23
Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon le type d'habitation et le type de pavement est faite votre maison	23
Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon la fréquentation d'un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année	24
.Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon l'endroit où recouvrent-ils aux soins quand ils tombent malade	24
Tableau 13 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des signes de gravité d'une maladie	25
Tableau 14 : Répartition des enquêtés selon le signe de gravité d'une maladie.....	25
Tableau 15 : Répartition des enquêtés selon la maladie d'un membre de votre ménage	26
Tableau 16 : Répartition des enquêtés selon le type des soins avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage	26
Tableau 17 : Répartition des enquêtés selon l'Appréciation de l'accueil	27
Tableau 18 : Répartition des enquêtés selon Le montant que vous payé pour les soins médicaux	27
Tableau 19 : Répartition des enquêtés selon le fait d'avoir payé les soins reçus	29

**Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune
d'Abomey-Calavi**

Tableau 20 : Répartition des enquêtés selon celui qui paye les soins médicaux pour votre ménage	29
Tableau 21 : Répartition des enquêtés selon la distance qui sépare le centre de santé de votre domicile	30
Tableau 22 : Répartition des enquêtés selon les suggestions pour améliorer la fréquentation dans les centres de santé.	30
Tableau 23 : Répartition des enquêtés selon la fréquentation d'un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année et certaines variables indépendantes	31

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon l'Ethnie du chef de ménage	19
Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon la Situation matrimoniale du chef de ménage	19
Graphique 3 : Répartition des enquêtés selon le type de famille	20
Graphique 4 : Répartition des enquêtés selon l'appréciation du tarif appliqué dans ce centre de santé.....	28

RESUME

Au Bénin précisément dans la ZS Abomey-Calavi/Sô-Ava, le taux de couverture en infrastructure sanitaire est de 87,5% en 2019 et le taux de fréquentation des services de santé est relativement faible et s'établit à 45,7 %. Compte tenu de l'écart entre ces deux taux, on observe les mauvais résultats sanitaires dans la zone d'où la présente recherche porte sur les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi. L'objectif poursuivi est d'identifier les principaux facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé par les ménages dans cette zone. Notre recherche s'est portée sur un échantillon de 211 ménages et le test de khi-deux de Pearson nous a permis d'objectiver les associations entre les différents facteurs. Il ressort de notre recherche que les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé : sont l'âge du chef de ménage, le niveau d'étude du chef de ménage, le type de famille, le nombre de personnes vivant actuellement dans le ménage, la profession du chef de ménage, le statut d'occupation dans la parcelle et le revenu du chef de ménage.

Mots clés : Déterminants, utilisation des services de santé, ménages

ABSTRACT

In Benin, specifically in the ZS Abomey-Calavi/Sô-Ava, the health infrastructure coverage rate is 87.5% in 2019 and the health service attendance rate is relatively low at 45.7% . Given the gap between these two rates, poor health outcomes are observed in the area where this research focuses on the determinants of the use of health services by households in the Municipality of Abomey-Calavi. The objective is to identify the main factors that influence the use of health services by households in this area. Our research focused on a sample of 211 households and the Pearson chi-square test allowed us to objectify the associations between the different factors. Our research shows that the factors that influence the use of health services: are the age of the head of household, the level of education of the head of household, the type of family, the number of people currently living in the household, the profession of the head of household, the status of occupation in the plot and the income of the head of household.

Keywords: Determinants, use of services, households

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	i
DEDICACE 1.....	ii
DEDICACE 2.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES GRAPHIQUES	viii
RESUME.....	ix
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	3
Section 1 : Cadre théorique de la recherche	3
Section 2 : Méthodologie de Recherche	12
Chapitre 2 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	18
Section 1 : Présentation des résultats de l'estimation et analyses	18
Section 2 : Analyse et interprétation des résultats et recommandations.....	33
CONCLUSION	38
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	39
ANNEXE	42
TABLES DES MATIERES	47

Introduction

Dans les années 80, de nombreux pays en développement étaient accablés par le poids du remboursement de la dette et par l'impact de la chute des cours des produits à l'exportation. Ils voient réduire leur capacité à financer les services publics de base, y compris les soins de santé primaires. Le problème de l'insuffisance des dépenses de santé publique est aggravé par des politiques qui favorisent une mauvaise allocation budgétaire, un gaspillage des ressources et une gestion médiocre (Adeya et al. 2007 ; Yaya, 2010). Dans ce contexte, les organisations internationales et plus particulièrement par l'Initiative de Bamako recommandent le paiement direct des soins dans plusieurs pays africains (Shaw et Griffin, 1995). Ce qui a constitué, par la suite, la modalité de financement principale de leur système de santé. Dans plusieurs pays en Afrique dont au Bénin, les systèmes de santé reposent depuis 1980 sur le paiement direct des prestations de soins par les populations. Cette politique constitue une barrière pour l'accès aux soins de qualité pour la grande majorité des acteurs et reste un déterminant majeur de la mortalité et de la morbidité. Même si l'accès aux soins de santé y constitue un droit fondamental en vertu de l'article 8 de la Constitution, le coût des soins plus souvent qu'autrement dissuade les personnes aux revenus trop modeste de recourir aux soins.

Au Bénin, 38,5 % de la population béninoise vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire (INSAE, 2019). La pauvreté en termes de conditions de vie touche plus le milieu rural (44,2 %) que le milieu urbain (31,4 %) (EMICoV, 2019). En dépit de l'amélioration relative de la couverture sanitaire et de l'offre de soins, force est de constater que l'utilisation des soins de santé en Afrique reste très faible. Le taux de fréquentation des centres de santé est passé de 19 % en 1991 à 39 % en 2004 (OMS, 2004.). Malgré une bonne couverture en infrastructures sanitaires (plus de 86,4 %), ce taux reste encore à améliorer. L'état de santé des populations ne s'est guère amélioré et l'utilisation des services de santé est restée très faible (Ministère de la Santé Publique, 2006). L'inexistence de véritables mécanismes de protection financière contre le risque maladie conduit plusieurs ménages à recourir à l'automédication ou à l'utilisation de plantes médicinales au détriment de la médecine moderne. Les personnes incapables de payer sont exclues du système de soins alors qu'elles sont les plus vulnérables en termes de santé (Ouendo, et al. 1996). Pourtant, des initiatives de gratuité des soins dans les structures publiques ont été remises en cause par l'Initiative de Bamako (Ouendo, 2004). Il se pose évidemment de sérieux problèmes

d'équité. Les conditions de vie des populations surtout dans les zones rurales et périurbaines sont dégradées avec un mauvais état de santé des collectivités. Les facteurs explicatifs de cette faible utilisation sont variables, les uns incriminant principalement l'introduction des frais aux usagers, les autres suggérant que les déterminants négatifs vont bien au-delà de cette seule tarification. Le coût des services de santé est reconnu comme un des facteurs majeurs constituant la barrière d'accès aux soins dans les pays en développement. Pour les pauvres, même des frais peu élevés apparaissent comme étant exorbitants.

C'est dans cet ordre d'idée que nous avons décidé de travailler sur **l'analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi**.

Le présent travail est structuré trois (02) chapitres. Le premier chapitre aborde le cadre théorique et méthodologique de la recherche où nous allons présenter la problématique, les objectifs, les hypothèses, la revue de la littérature et le cadre méthodologique de la recherche. Le deuxième chapitre quant à lui a traité de la présentation et de l'interprétation économique des résultats de la recherche.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente en premier lieu le cadre théorique de la recherche qui met en exergue la justification du sujet, les objectifs et les hypothèses de recherche et la revue de littérature. En second lieu, il développe le cadre méthodologique de la recherche.

Section 1 : Cadre théorique de la recherche

Cette section se subdivise en deux paragraphes : le premier est consacré à la problématique et aux objectifs et hypothèses de recherche et le second à la revue de littérature.

Paragraphe 1 : Problématique et formulation des objectifs et hypothèses

Dans ce paragraphe, nous partirons de la problématique pour présenter l'intérêt de la recherche.

A- Problématique

La santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Elle constitue un droit humain fondamental (OMS, 1978). En 1965, avant même cette reconnaissance par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plusieurs Etats du monde se sont engagés à garantir le droit de chacun à la jouissance du droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux (Assembly, 1965). En Afrique particulièrement, le droit à la santé est également reconnu et c'est ainsi que, selon la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale » (OUA, 1981). Cependant, force est de constater que tous les individus ne bénéficient pas de ce droit et l'Afrique sub-saharienne surtout présente de mauvais résultats en matière de santé par rapport aux autres régions du monde. Elle compte 12% de la population mondiale, mais supporte 26% du fardeau que constituent les maladies observées à l'échelle planétaire (IFC et World Bank, 2012). Certaines populations africaines souffrent encore des maladies éradiquées dans les pays riches, comme le paludisme, la tuberculose, les affections liées à la malnutrition, etc. Pour la Région Afrique, le taux de mortalité infanto-juvénile et le taux de mortalité des hommes et des femmes âgés de 15 à 60 ans sont les plus élevés comparés aux autres régions de l'OMS. De même, la région africaine de l'OMS connaît l'espérance de vie à la naissance la plus courte du monde. Cette espérance de vie est estimée à 58 ans en 2013 contre 76 ans pour la région européenne

(OMS, 2015). Spécifiquement, l'Afrique de l'Ouest et du Centre a toujours connu les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et de mortalité maternelle les plus élevés des régions du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). La situation sanitaire du Bénin reste ainsi préoccupante. En effet, sur 1.000 naissances vivantes en 2013, 85,3 sont décédées avant d'atteindre leur cinquième anniversaire et on dénombre 284 et 238 décès d'adultes pour 1.000 habitants respectivement pour les hommes et les femmes, l'espérance de vie à la naissance est de 59 ans. Quant à la mortalité maternelle, en 2013, elle s'est établie à 340 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (OMS, 2015). Le paludisme grave constitue la principale cause de ces décès et représente 20,8% des causes de décès pour l'ensemble des décès enregistrés en 2015 et 38% des causes de décès des enfants de moins de cinq ans (MS, 2016). Cette cause peut être évitée si les ménages avaient un accès précoce et correct au diagnostic et au traitement car selon l'INSAE et Macro International Inc, (2006), les décès sont dus au dépistage tardif des complications, à l'arrivée tardive au centre de santé ou à l'administration tardive des soins appropriés. Kenagy et al. (1999) trouvent que l'accès tardif aux soins de santé influence négativement les résultats sanitaires en raison des retards dans le diagnostic et le traitement. Ces retards sont dus essentiellement au manque de ressources financières car les ménages qui ont des difficultés à payer les frais médicaux sont susceptibles de retarder les soins de santé dont ils ont besoin, voire d'y renoncer (OCDE, 2015).

En Afrique, il est estimé qu'au moins 5% de la population n'ont jamais eu assez de ressources pour accéder aux soins de santé primaires (UNICEF, 2009). Ce constat est le même au Bénin. En effet, le manque de ressources financières et le coût perçu comme trop élevé sont les principales raisons évoquées par les ménages pour les retards et la non utilisation des services de santé (INSAE et Macro International Inc, 2006).

En plus d'être un droit fondamental, la santé est un préalable au recul de la pauvreté, à la croissance économique et au développement économique à long terme (OMS, 2002). En effet, la santé réduit le temps perdu à cause de la maladie et détermine le temps total disponible aux activités de production, de consommation et de loisir (Grossman, 1972) ; elle accroît le taux de fréquentation scolaire et permet aux enfants de mieux assimiler les enseignements reçus (World Bank, 1993). L'UNICEF (2009) a remarqué que les soins de santé primaires abordables et accessibles pour tous sont primordiaux pour le développement humain, ce qui fait de la santé un facteur indispensable pour le développement. Cette réalité a amené, pendant plusieurs décennies,

la plupart des pays à mettre l'accent sur l'offre des services de santé, qui peut se définir comme étant l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé. Selon différentes études réalisées dans les pays à revenu élevé notamment ceux de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) (L'Horthy et al. 1997; Mathieu, 2002) et dans les pays à faible revenu (Lavy et al. 1996; Thomas et al. 1996) l'offre des services de santé est fortement corrélée avec l'état de santé de la population. Ce qui justifie le fait que, pendant longtemps, les décideurs publics, les chercheurs et les institutions internationales ont centré les questions de l'utilisation des services de santé du côté de l'offre, notamment la construction des centres de santé, la formation du personnel de santé, la fourniture des soins de qualité, etc.

En s'inscrivant dans cette logique, le Bénin a défini, lors des Etats Généraux de la santé de Novembre 2007, la vision suivante : « Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois. » (MS, 2007). Cette vision s'est traduite par les efforts fournis par l'Etat béninois pour augmenter la couverture en infrastructures sanitaires. En effet, même s'il existe des inégalités dans la répartition des centres de santé, le taux de couverture en infrastructures sanitaires au niveau de la ZS Abomey-Calavi/Sô-Ava est de 87,5 % en 2019 (MS, 2019). Malgré cette disponibilité, le taux de fréquentation des services de santé reste toujours faible et s'établit à 45,7 % en 2019. Ce qui explique les mauvais résultats sanitaires dans la zone, en gros du Bénin car selon Hodges et al. (2015), la faible utilisation des services de santé contribue aux taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle au Bénin.

Face à un tel contexte dans le secteur de la santé, il y a lieu de se poser quelques questions.

Quels sont les facteurs qui déterminent l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi?

Quels sont les facteurs socioculturels, socio-économiques et démographiques qui sont à la base de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi?

Les réponses à ces différentes interrogations seraient notre manière d'analyser les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi.

On ne parviendra à réaliser un accès universel et équitable aux soins de santé, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODD) liés à la santé et d'autres objectifs sanitaires que grâce à la recherche et à l'utilisation de cette recherche pour orienter les politiques de santé. Ainsi, avons-nous choisi de mener une étude sur l'utilisation des services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi afin de fournir aux responsables des données de base actualisées leur permettant d'initier des politiques qui offrent l'efficacité d'assurer une utilisation effective et durable des services de santé par la population. Les données issues des résultats de cette étude ouvriront de nouvelles pistes de recherche à d'autres études.

B- Objectifs et hypothèses de la recherche

1- Objectifs de recherche

L'objectif général de notre étude est d'analyser les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi.

De façon spécifique, il s'agit de :

- identifier les facteurs socioculturels à la base de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi ;
- déterminer les facteurs socio-économiques et démographiques qui influencent l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

2- Hypothèses de la recherche

- Les facteurs socioculturels constituent pour la majorité des ménages l'une des principales barrières rencontrées dans l'utilisation des services de santé.
- Les facteurs socio-économiques et démographiques du ménage sont des facteurs déterminant du recours aux services de santé.

Paragraphe 2 : Revue de littérature

Pour mieux comprendre les facteurs qui déterminent l'utilisation des services des soins de santé, nous avons parcouru différentes informations disponibles à travers diverses sources.

A- Facteurs socioculturels

Cette section présente les facteurs tels que le niveau d'instruction de chef du ménage bas, la non appartenance à une mutuelle de santé, le manque de confiance envers le personnel soignant, l'automédication ainsi que la fréquentation de la médecine naturelle

1- Niveau d'instruction du chef de ménage

Dans une étude menée dans la Commune de Ngaba à Kinshasa par Kebela (2004) dans son article « santé pour tous : identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé » pour un échantillon de 289 ménages ; se révèle une interdépendance entre l'accessibilité et la religion, le revenu, la prise en charge des soins par les ménages. Il continue en disant qu'il y a une relation entre le niveau d'instruction et l'accessibilité aux soins.

Dans le domaine de consultation prénatale, Tabara (2002) dans son étude portant sur la mortalité maternelle dans le fouldou (au Sénégal), affirme que cinq femmes sur dix au village de médina ne fréquentent pas les structures sanitaires pour CPN suite au niveau d'instruction très bas.

Par ces deux études menées, nous pouvons penser qu'il est possible qu'il ait relation entre l'utilisation des services de santé avec le niveau d'instruction du chef de ménage car un chef de ménage qui est ignorant, qui ne connaît pas l'importance des structures de santé ne peut pas consulter ou faire consulter les siens dont il a la responsabilité.

2- Appartenance à une mutuelle de santé

Selon le rapport de l'OMS (2000) sur la santé dans le monde, il a été constaté que les paiements directs des soins sont généralement le mode de financement le plus dépressif et expose les consommateurs des services de santé à un risque des dépenses catastrophiques. Ainsi, elle recommande aux Etats qui ont un problème d'utilisation des soins de santé d'adopter le système de financement de la santé par prépaiement. Bon nombre de chercheurs ont affirmé qu'appartenir à une mutuelle de santé favoriserait l'utilisation des structures de santé. C'est le cas d'Innocent Bayege (2003) à l'université nationale du Rwanda /Ecole de santé publique/Maitrise ; dans son étude sur la contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux soins de santé déclare ce qui suit « six ans après le démarrage des mutuelles de santé dans le district de Byumba, l'utilisation des services de santé a doublé passant de 21 % en 1999 à 48 % en 2003 ».

Le rapport du ministère de la santé du Rwanda en 2004 confirme encore en disant que « le taux d'utilisation rationnelle des institutions de santé modernes s'est multiplié de plus de quatre fois. Ainsi pour résoudre le problème de sous-utilisation du paquet minimum d'activités y compris l'accès tardif aux soins, le gouvernement Rwandais préconise que chaque citoyen rwandais adhère à une assurance maladie et par là tout membre mutualiste est à mesure de fréquenter son centre de santé de premier contact ». En 2009, Didier Rama nana & Barthes dans une étude sur le fonds d'achat des services de santé dans le Kassaï occidental (RDC), arrivent à comparer le système de financement des soins au Rwanda et la RDC, et terminant ils s'expriment en ces termes « On ne peut comparer le Rwanda et la RDC en ce qui concerne l'utilisation des services de santé à cause du système de financement basé sur les mutuelles de santé ».

3- La confiance envers le personnel soignant

Selon Fountain et Coute Joie (2006), la confiance a été citée parmi les autres éléments jouant beaucoup sur l'utilisation des structures de santé. Ils se prononcent de la manière suivante « par ailleurs des malades restent chez eux, ne viennent ni à l'hôpital ni au dispensaire parce que l'hôpital est trop loin ou cher ou encore par ce qu'on n'a pas confiance dans le traitement ». Il convient à dire que, même si les structures des soins sont à la portée de la population, il sera difficile à cette dernière de les fréquenter si elle n'espère pas trouver guérison ou le rétablissement de sa santé.

4- L'automédication

Différentes études ont montré que l'automédication par la population constitue l'un des facteurs du non consultation dans les services des soins de santé.

A ce sujet, une étude menée au Tchad par Itama & Mbainadjina (2006) sur l'étude socioéconomique sur les coûts et accessibilité des populations aux soins de santé révèle que 61 % de la population font recours aux structures de santé lorsqu'ils sont malades, 20 % vont chez les tradi-praticiens et 19 % font recours à l'automédication.

Selon cette même source en Guinée, les études effectuées déclarent que contrairement au Tchad où seulement 19 % font l'automédication en Guinée en dépit de la proximité des structures des soins de santé, 59 % des personnes vivants en milieu rural utilisent l'automédication contre 20 %

en milieu urbain ; ce facteur est considéré comme étant à la base de la sous-utilisation des services des soins de santé (RTNC/Kinshasa, 2011).

En 2011, à la journée mondiale des malades, l'OMS défend l'habitude de faire l'automédication et encourage la population à utiliser les services des soins de santé en vue de promouvoir une meilleure santé. Nous remarquons avec clarté que si les individus n'utilisent pas les services des soins de santé qui sont à leur disposition en prenant des soins qui viennent dans les officines pharmaceutiques qui certainement ne s'accompagnent pas d'ordonnances médicales, cela aura effectivement un impact négatif sur l'utilisation de services de soins.

5- Fréquentation de la médecine traditionnelle

Une étude menée au Sénégal par Sadio & Diop (1994) sur l'utilisation et demande des soins de santé a pu révéler plusieurs facteurs qui jouent sur l'utilisation des structures de santé dont le cout des soins, le revenu insuffisant et la fréquentation excessive de la médecine naturelle.

« Parmi les 6331 individus de la zone de santé rurale ayant déclaré être tombés malades durant le mois précédent le passage de l'enquêteur, 50 % n'ont pas cherché les soins au moment opportun compte tenu de la pauvreté, le secteur sanitaire moderne y compris les établissements sanitaires tertiaires de la santé publique servent essentiellement les couches aisées des populations rurales et la majorité de la population se dirige principalement vers les tradi-praticiens. Le revenu journalier joue un grand rôle dans l'entrée du secteur moderne car une augmentation du revenu de 100 % augmente la probabilité d'entrer à temps dans le secteur moderne.

En rentrant sur l'étude faite au Tchad, nous voyons que 20 % de la population utilisent la médecine naturelle contre 19 et 61 % qui utilisent respectivement l'automédication et la médecine moderne. Au fait, cette proportion n'est pas du tout alarmant mais chez nous au Bénin et particulièrement dans la Commune d'Abomey-Calavi, il est important de savoir la proportion qu'occupe la médecine naturelle, car l'abus de celle-ci constitue un facteur de sous-utilisation des structures de santé.

B- Facteurs socio-économiques

Cette section comprend les facteurs tels que le revenu du ménage, le coût des soins ainsi que le chômage.

Dans la conférence tenue à Alma Ata, en 1978, les organisations internationales dont l'OMS ont fixé les objectifs de la santé pour tous, visant l'accès universel de la population mondiale aux soins de santé primaires. Cependant, la crise financière des années 80, qui a frappé la plupart des pays africains sans épargner le Bénin, les restrictions budgétaires imposées par les instances financières notamment le FMI et la BM ont occasionné la réduction du budget alloué à la santé ; ce qui a contraint ces pays à mettre fin à la gratuité des services des soins entraînant comme conséquences la détérioration de la qualité des soins.

C'est pourquoi, dans cette section il est question de mettre à la lumière les facteurs économiques qui entrent en jeu pour qu'une structure des soins de santé soit utilisée ou pas.

1- Revenu du ménage

L'état de santé est influencé aussi bien par les facteurs socio-économiques que par l'état des systèmes des soins de santé existant. Les politiques par le FMI et la BM n'ont fait augmenter que le niveau de pauvreté des pays africains en recommandant l'abandon du secteur de la santé (Salibaya, 2011). Selon Hounkpati (2007), dans sa thèse de Doctorat le revenu joue un rôle sur l'utilisation des services des soins : « le financement de la santé est reparti de la manière suivante : 11 % par des fonds publics, 84 % par les ménages et 5 % par les aides diverses. A signaler que 72,2 % de la population vit avec moins d'un dollar par jour. Les togolais ne consultent pas le médecin immédiatement car ils savent que le prix de la consultation pourra engloutir le budget mensuel de la famille, commenceront par voir un infirmier qui parfois porte le nom seulement, mais qui demandera d'acheter quelques produits ».

Une étude menée dans la ZS de Minova en province du Sud Kivu, par Kibalonza (2009) affirme la relation entre le revenu du ménage et utilisation des services de la santé. Voici le résultat de cette étude « le faible pouvoir d'achat des populations ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé. La pauvreté de la population et la précarité des revenus expliquent le fait que les ménages ne parviennent pas à couvrir les soins, 60 % d'individus vivent avec moins d'un dollar par jour. »

Selon l'OMS (2000), la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé. L'enquête menée en 2005 par CIF/SANTE Nord Kivu sur l'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, révèle que la santé constitue un problème prioritaire de la population : 44 % des ménages ont vendu un bien de valeur pour recourir aux soins.

Dans le cours d'Economie approfondie de la santé dispensé par Kambale (2011), plusieurs variables ont été considérées comme étant à la base de la faible utilisation des services de santé. Parmi celles-ci le niveau de revenu bas. Il s'exprime sous cette citation « la demande des soins de santé est plus élastique au niveau bas de revenu ».

2- Coût des soins

Le coût des soins intervient dans l'utilisation des structures des soins de santé.

Une étude sur les priorités de l'économie de la santé en Afrique vient confirmer cette relation en stipulant ce qui suit : « De nos jours, il n'est pas étonnant de s'entendre dire ; Ici les gens n'ont pas de sous, ils préfèrent mourir avec leurs maladies ». La généralisation du recouvrement du coût imposé par les bailleurs des fonds dans les formations sanitaires n'a-t-elle pas transformé celles-ci en centres des soins payant « pas d'argent, pas de soins » au point d'en vider les structures, les tarifs de consultation très élevés pour 59 % des populations pauvres constitue la première cause de non consultation ». Comme nous l'avons dit précédemment, les togolais ne consultent pas le médecin immédiatement car ils savent que le prix de la consultation pourra engloutir le budget mensuel de la famille. Voilà comment bon nombre de personnes n'utilisent pas les services de soins de santé car le prix des soins est supérieur à leurs revenus mensuels.

3- Le chômage

Le chômage en économie est défini comme la situation d'un individu ou d'une partie de la main-d'œuvre d'un pays sans emploi et à la recherche d'un emploi. Il constitue aussi en grande partie une des causes de la sous-utilisation des services de soins de santé et accompagnent les variables comme revenu et coût des soins. Au Togo, une étude sur l'utilisation illustre l'impact du chômage sur cette dernière « l'appartenance de la personne malade à un ménage dont le chef est issu d'un groupe socioéconomique donné a une influence sur l'utilisation des soins médicaux. L'utilisation des structures sanitaires par les malades appartenant aux ménages dont le chef est salarié du secteur de l'Etat ou privé est plus forte avec des proportions respectives de 88 et 72 %, que ceux dont le chef est inactif ou chômeur, 61 % suivis des agriculteurs avec 58 % (<http://www.tg.undp.org>).

C- Facteurs démographiques

Ici, nous n'allons parler que la taille du ménage.

Une étude menée à Kinshasa dans la ZS de Lemba par Vicky Ilunga (2008), en analysant les facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs déclare que «les facteurs auxquels il faudra agir pour améliorer l'utilisation des services des soins sont la taille du ménage, l'appartenance de la structure (selon qu'elle est étatique ou privée) et le revenu du ménage».

Selon lui la taille du ménage a été aussi trouvée par Kabatapua (2008) qui se résume en ceci « plus la taille du ménage augmente, moins on utilise les services de santé ».

Nous voyons qu'il est facile de penser que le revenu du ménage et la taille du ménage sont en interdépendance comme cet exemple l'explique mieux : « le revenu proportionnel a deux personnes n'est pas suffisant pour cinq personnes ou plus ».

Section 2 : Méthodologie de Recherche

Cette section présente par la recherche documentaire, les variables, source des données, outils d'analyses et méthode d'analyse des résultats.

Paragraphe 1 : La recherche documentaire et analyse descriptive des variables de la recherche

Il sera développé dans ce paragraphe, la recherche documentaire, les variables, source des données et outils d'analyses.

A- La recherche documentaire

A cette première étape de notre recherche, nous avons visité la bibliothèque de la FASEG et fait des recherches en ligne. Elle nous a permis de mieux cerner les grandes lignes du sujet. Pour la recherche documentaire, nous avons exploité quelques mémoires disponibles puis consulté un certain nombre de documents. Les informations obtenues à partir des moyens précédemment cités ne nous ayant pas suffi pour la rédaction du mémoire, nous avons fait recours aux recherches sur l'internet. Elles nous ont permis d'élargir notre champ de compréhension sur le sujet de recherche.

B- Analyse descriptive

Toutes nos différentes analyses à ce niveau sont faites sur le logiciel SPSS version 21 et Stata 16 et pour des besoins spécifiques nous avons utilisé EXCEL version 2019.

De plus, il a permis de voir également le degré des relations éventuelles entre les variables indépendantes et la variable dépendante.

Paragraphe 2 : Identification des variables, échantillon, traitement des données, identification des variables

A- Echantillonnage

Unités statistiques

- Ménages dans la zone Commune d'Abomey-Calavi

Cible :

- Chefs de ménages ou représentants ;

Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a été calculée selon la formule de SCHWARTZ

Selon la formule de SCHWARTZ, on a :

$$N = \frac{eZ^2pq}{i^2}$$

N : taille de l'échantillon ; e : effet grappe (2) ; i : précision (10%) ; Z : écart-type (1,96) correspondant au risque d'erreur 5% ; p : Prévalence de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi (0,5) ; q = 1-p = 0,5.

Comme la prévalence de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi est inconnue, nous avons fait usage de 50 % soit 0,5 l'estimation classique.

$$N = \frac{2(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,10)^2} \text{ Soit } N = 192,08$$

Dans le but de pallier au risque de non-réponse pouvant subvenir lors de la recherche, et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision dans l'estimation des paramètres, il a été ajouté 10 % pour ramener l'échantillon à 211 ménages.

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Le tableau suivant donne la répartition des ménages enquêtés par arrondissement.

Tableau 1 : Répartition des ménages enquêtés par arrondissement

Arrondissements	Nombre de ménages projetés	Nombre de ménages enquêtés	Fréquence (%)
Akassato	12868	13	6
Godomey	58491	98	47
Glo-djigbe	5694	8	4
Hevié	13657	10	5
Kpanroun	2105	8	4
Ouèdo	5849	9	4
Togba	15516	11	5
Zinvié	3468	13	6
Abomey-Calavi	27862	41	19
Total	145510	211	100

Source : RGPH-4, 2013

C- Variable dépendante :

La variable dépendante en lien avec le sujet de recherche est l'utilisation des services de santé par les ménages dans la commune d'Abomey-Calavi et elle est une variable binaire

D- Variables indépendantes

- ✓ Age du chef de ménage
- ✓ Taille du ménage
- ✓ Sexe du chef de ménage
- ✓ Profession du chef de ménage
- ✓ Statut matrimonial du chef de ménage
- ✓ Compétence du personnel
- ✓ Religion du chef de ménage
- ✓ Revenu du ménage

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

- ✓ Niveau d'instruction du chef de ménage
- ✓ Perception de la qualité des services
- ✓ Tarification des soins
- ✓ Distance avec les services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi

Tableau 2 : Les variables et leur définition

Variables	Définition Opérationnelle	Échelle
Utilisation des services des soins curatifs	Fréquentation des services de santé par les ménages dans la commune d'Abomey-Calavi au cours des 12 derniers mois	Nominale 1- Oui 2- Non
Age du chef de ménage	C'est l'âge révolu du chef de ménage au moment de l'enquête	Ordinale 1- < 30ans 2- 31-45 ans 3- 46-59 ans 4- 60 ans et plus
Sexe du chef de ménage	Masculin ou féminin	Nominale 1- Masculin 2- Féminin
Taille du ménage	Nombre de personnes qui habitent sous le toit du chef de ménage et sous sa responsabilité.	Ordinale 1- 2-6 personnes 2- >6 personnes
Profession du chef de ménage	Activité professionnelle du chef de ménage au moment de l'enquête	Nominale 1- Sans profession 2- Agent du secteur public 3- Agent du secteur privé 4- Cultivateurs 5- Autre à préciser
Statut matrimonial	Situation affective du chef de ménage au moment de l'enquête	Nominale 1- Marié (e) 2- Célibataire 3- Divorcé (e) 4- Veuf (ve) 5- Union libre

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Religion du chef de ménage	Religion pratiquée par le chef de ménage	Nominale 1- Catholique 2- Islamique 3- Protestante 4- Evangélique 5- Céleste 6- Animiste 7- Autre à préciser
Dépense journalière consacrée à l'alimentation par ménage et par membre du ménage	Somme d'argent utilisée par le ménage pour les repas, exprimé par personne/jour en FCFA	
Niveau d'instruction du chef de ménage	Le plus haut niveau d'études atteint par le chef de ménage : ▪ Aucun : n'a pas achevé l'école primaire ▪ Primaire : a achevé l'école primaire ▪ Secondaire : diplômé d'état ▪ Supérieur : gradué et plus	Ordinale 1- Aucun 2- Primaire 3- Secondaire 4- Supérieur
Perception de la qualité des services	La perception qu'a le chef de ménage de la qualité des services par rapport à : 1. Accueil	Nominale 1- Bonne 2- Mauvaise
	2. Temps d'attente	Ordinal 1- <15 minutes 2- 15-30 minutes 3- >30 minutes
	3. Présence des médicaments	Nominale 1- Oui 2- Non
	4. Satisfaction ou pas des soins reçus	Nominale 1- Satisfait 2- Non satisfait
Tarification des soins de santé	Perception de la capacité à payer les soins par rapport au prix de soins de santé appliqué dans les services de santé de la commune d'Abomey-Calavi	Ordinale 1- Abordable 2- Cher

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Distance avec les services de santé et les ménages dans la commune d'Abomey-Calavi	C'est la distance qui sépare les services de santé et les ménages dans la commune d'Abomey-Calavi du ménage	Ordinale 1- Moins de 25 Km 2- >25 km
--	---	--

E- Traitement et analyse des données

1- Contrôle de qualité

Le contrôle de la complétude, l'exhaustivité et la précision des informations recueillies étaient effectués sur le terrain au moment de la collecte des données.

Pour donner plus de qualité au travail, nous avons procédé, avant la saisie, à la recherche des incohérences entre les réponses.

2- Codification des données

Dès la conception de l'outil de collecte des données, les dispositions ont été prises sur la codification. Ainsi, les données recueillies avaient été regroupées et codifiées.

3- L'analyse des données

Les données recueillies étaient saisies à l'aide du logiciel EPI INFO 7.1, puis transférées sur Excel et le logiciel SPSS version 23 et STATA version 16 pour les analyses.

Les variables ont été résumées sous forme des tableaux de fréquence (ou proportion). Le test de khi-deux de Pearson nous a permis d'objectiver les associations entre différents facteurs et l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi au seuil de signification de 0,05.

Chapitre 2 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre est consacré à l'analyse économétrique afin de vérifier les hypothèses de recherches, à l'interprétation des résultats et aux recommandations à l'endroit des autorités.

Section 1 : Présentation des résultats de l'estimation et analyses

Paragraphe 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

1-1 - Identification des enquêtés

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon l'identification des enquêtées

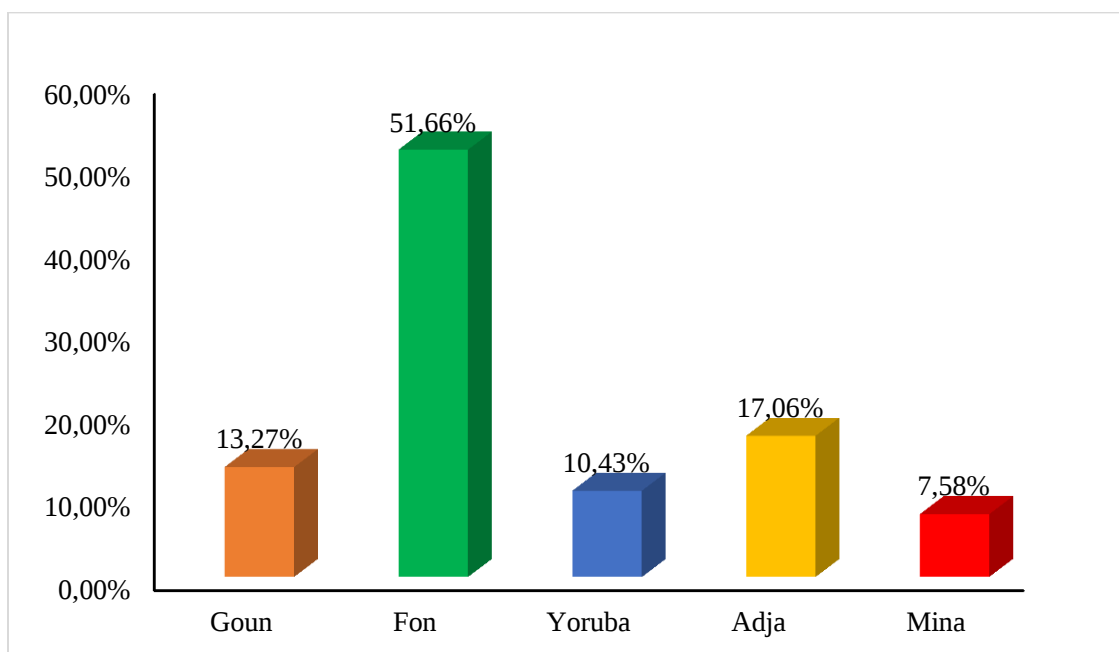
Identification des enquêtés	Effectif	Pourcentage (%)
Age du chef de ménage		
[21-31]	77	36,49%
[32-42]	73	34,60%
[43-53]	39	18,48%
[54-65]	22	10,43%
Sexe du chef de ménage		
Masculin	159	75,36%
Féminin	52	24,64%
Niveau d'étude du chef de ménage		
Aucun	42	19,91%
Primaire	71	33,65%
Secondaire	47	22,27%
Supérieur	51	24,17%
Religion du chef de ménage		
Catholique	90	42,65%
Islamique	18	8,53%
Protestant	11	5,21%
Évangélique	42	19,91%
Céleste	27	12,80%
Animiste	23	10,90%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau 2, l'âge moyen des enquêtés est de 37 ans avec un minimum de 21 ans et un maximum de 65 ans. La tranche d'âge dominant est de 21 à 31 ans (36,49 %). La majorité de nos enquêtés sont de sexe masculin (75,36 %), sont instruites dont le primaire (33,65 %), secondaire (22,27 %) et le supérieur (24,17 %). La majorité des enquêtées sont catholique (42,65 %).

1-2 - Ethnie du chef de ménage

Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon l'Ethnie du chef de ménage

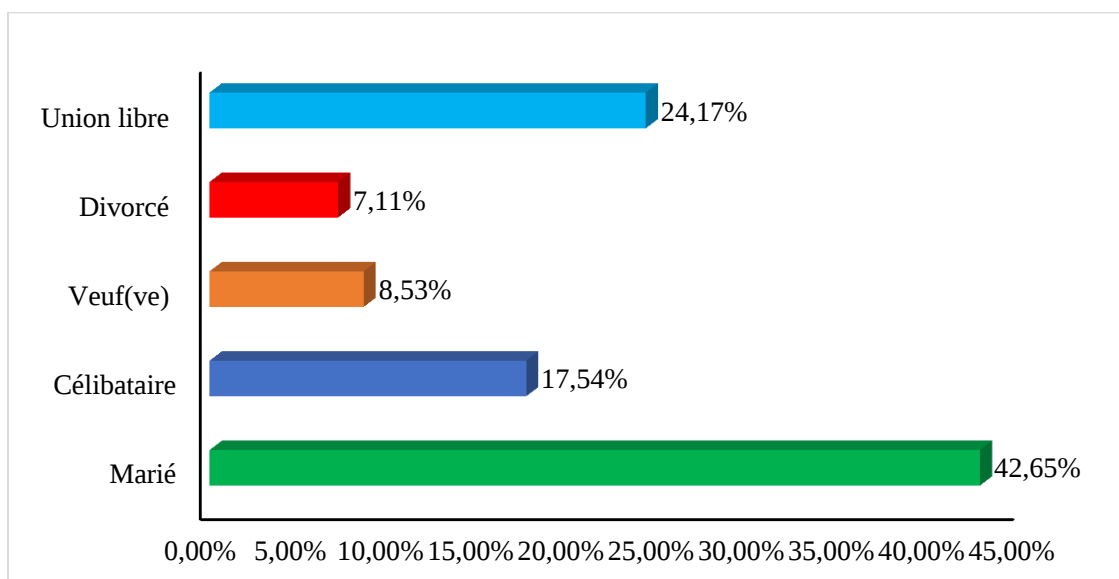


Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après ce graphique, plus de la moitié de nos enquêtés sont fon (51,66 %)

1-3 - Situation matrimoniale du chef de ménage

Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon la Situation matrimoniale du chef de ménage



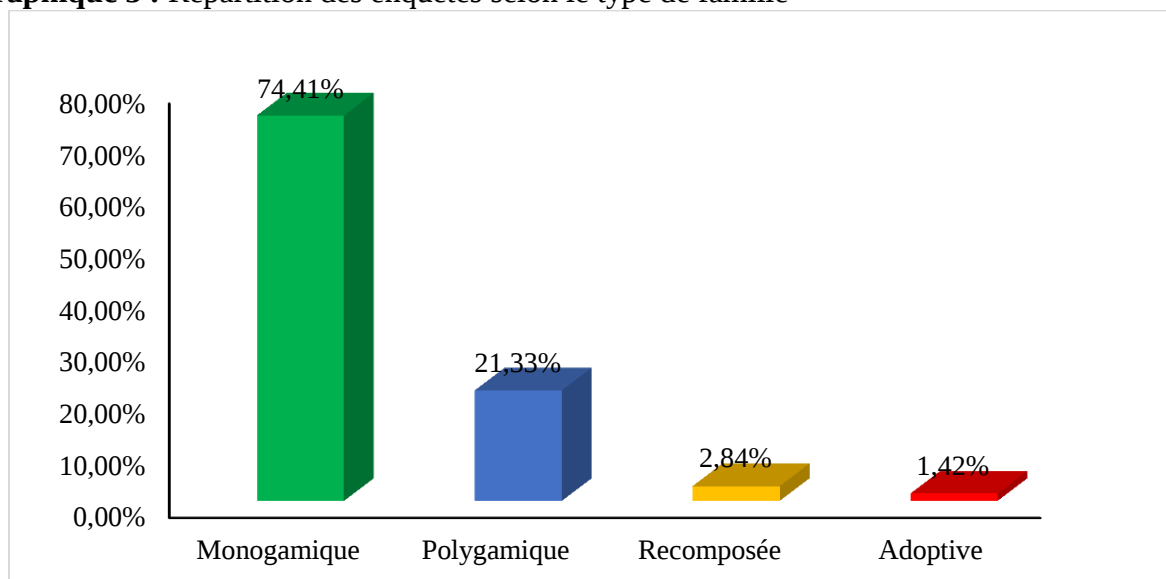
Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

D'après le graphique, la majorité de nos enquêtées sont marié (42,65 %), union libre (24,17 %), célibataire (17,54 %), veuf (8,53 %) et divorcé (7,11 %).

1-4 - Vivez- vous dans une famille ?

Graphique 3 : Répartition des enquêtés selon le type de famille



Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le graphique, la majorité de nos enquêtées sont issu dans une famille monogamique (74,41 %).

1-5 - Nombre de personnes vivant actuellement dans votre ménage

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon le nombre de personnes vivant actuellement dans votre ménage

Nombre de personnes vivant actuellement dans votre ménage	Effectif	Pourcentage (%)
[1-5]	124	58,77%
[6-10]	77	36,49%
[11-15]	7	3,32%
16 et plus	3	1,42%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau, plus de la moitié de nos enquêtés ont entre 1 et 5 personnes vivant actuellement dans leur ménage.

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

1-6 - Profession du chef de ménage

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon la profession du chef de ménage

Profession du chef de ménage	Effectif	Pourcentage (%)
Commerçant	68	32,23%
Salarié	68	32,23%
Artisan	39	18,48%
Agriculteur	18	8,53%
Éleveur	10	4,74%
Activité de transformation	6	2,84%
Restauration	2	0,95%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

De ce tableau, on retient que 32,23 % de nos enquêtés sont commerçant, 32,23 % sont salarié, 18,48 % sont artisan, 8,53 % sont agriculteur, 4,74 % sont éleveur.

1-7 - Statut d'occupation dans la parcelle

Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon le statut d'occupation dans la parcelle

	Effectif	Pourcentage (%)
Statut d'occupation dans la parcelle		
Propriétaire	72	34,12%
Locataire	78	36,97%
Logé par l'employeur	10	4,74%
Logé par la famille	51	24,17%
Si locataire, le montant que vous payez mensuellement pour le loyer		
Moins de 10.000	9	11,54%
[10000-15000]	50	64,10%
[15000-25000]	16	20,51%
Plus de 25000	3	3,85%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Du tableau on a, 34,12 % de nos enquêtés sont propriétaire, 36,97 % sont locataire et plus de la moitié des locataires paient entre 10000 à 15000 (64,10 %)

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

1-8 - Le revenu du chef de ménage le mois passé et la source du revenu

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon le revenu du chef de ménage le mois passé et la source du revenu

	Effectif	Pourcentage (%)
Le revenu du chef de ménage le mois passé		
Moins de 50000	99	46,92%
50000-100000	78	36,97%
100000-150000	23	10,90%
150000-200000	5	2,37%
Plus de 200000	6	2,84%
La source du revenu du chef de ménage le mois passé		
Salaire du chef de ménage	67	31,75%
Salaire et autre revenu du chef de ménage	47	22,27%
Salaire/revenu du chef de ménage complété par celui/ceux des autres membres de la famille	55	26,07%
Vente des produits agricoles	31	14,69%
Petit commerce	11	5,21%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

De ce tableau, 46,92 % de nos enquêtés ont un revenu de moins de 50000, 36,97 % ont un revenu entre 50000 et 100000 et 10,90 % ont un revenu entre 100000 et 150000.

1-9 - Nombre de repas du ménage par jour et Montant de dépense par jour pour le repas familial

Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon le nombre de repas du ménage par jour et Montant de dépense par jour pour le repas familial

	Effectif	Pourcentage (%)
Nombre de repas le ménage prend-t-il par jour		
1 repas	9	4,27%
2-3 repas	89	42,18%
3 repas	86	40,76%
Plus de 3 repas	27	12,80%
Montant de dépense par jour pour le repas familial		
Moins de 1000f	9	4,27%
1000f-3000	123	58,29%
3000-6000f	62	29,38%
6000-10000f	7	3,32%

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Plus de 10000f	10	4,74%
----------------	----	-------

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Il ressort de tableau que la majorité de nos enquêtées ont plus d'un repas par jour dont 2 à 3 repas par jour (42,18 %), 3 repas par jour (40,76 %) et plus de 3 repas par jour (12,80 %).

1-10 - Biens de valeur possédés

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon les biens de valeur possédés

Biens de valeur possédés	Oui		Non	
	Eff	%	Eff	%
Une télévision	152	72,04%	59	27,96%
Une radio	77	36,49%	134	63,51%
Un frigo/congélateur	33	15,64%	178	84,36%
Une voiture	23	10,90%	188	89,10%
Une moto	120	56,87%	91	43,13%
Un vélo	6	2,84%	205	97,16%
Un téléphone portable	191	90,52%	20	9,48%
L'électricité	154	72,99%	57	27,01%
Horloge	57	27,01%	154	72,99%
Moulin	0	0,00%	211	100,00%
Machine à coudre	5	2,37%	206	97,63%
Fer à repasser	21	9,95%	190	90,05%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Il ressort du tableau que la majorité de nos enquêtées possède des biens de valeur possédés que sont une télévision (72,04 %), une moto (56,87 %) un téléphone portable (90,52 %), et l'électricité (72,99 %).

1-11 - Le type d'habitation et le type de pavement est faite votre maison

Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon le type d'habitation et le type de pavement est faite votre maison

	Effectif	Pourcentage (%)
Le type d'habitation		
Maison en dur	166	78,67%
Maison semi durable	39	18,48%
Maison en bois	6	2,84%
De quel type de pavement est faite votre maison		
Terre ferme	34	16,11%
Ciment	131	62,09%

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Carreaux	25	11,85%
Bois/Planches	21	9,95%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Du tableau on retient que la majorité de nos enquêtées ont des maisons en dur (78,67 %) avec ciment (62,09 %).

Paragraphe 2 : Connaissance, comportement et perception des ménages face à l'utilisation des services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi

2-1 - Avoir déjà fréquenté un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon la fréquentation d'un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année

Avoir déjà fréquenté un centre de santé dans la commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	166	78,67%
Non	45	21,33%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Il ressort du tableau que la majorité de nos enquêtées ont affirmé avoir déjà fréquenté un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année (78,67 %).

2-2 - Où recouvrez-vous aux soins quand vous tombez malade ?

Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon l'endroit où recouvrent-ils aux soins quand ils tombent malade

Où recouvrez-vous aux soins quand vous tombez malade ?	Effectif	Pourcentage (%)
Centre de Santé public	97	45,97%
Automédication	66	31,28%
Centre de Santé privé	26	12,32%
Groupe de prière	14	6,64%
Tradipraticiens	8	3,79%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

De ce tableau, 45,97 % de nos enquêtées se rendent dans un centre de santé public pour recourir aux soins de santé, 31,28 % font de l'automédication, 12,32 % se rendent dans un centre de santé privé, 6,64 % vont dans les groupes de prière et 3,79 % vont chez les tradipraticiens.

2-3 - Connaissance des signes de gravité d'une maladie

Tableau 13 : Répartition des enquêtés selon la Connaissance des signes de gravité d'une maladie

Connaissez-vous les signes de gravité d'une maladie ?	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	164	77,73%
Non	47	22,27%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau, plus de la moitié de nos enquêtés connaissent des signes de gravité d'une maladie (77,73%).

2-4 - Si oui pouvez-vous citer un signe de gravité d'une maladie

Tableau 14 : Répartition des enquêtés selon le signe de gravité d'une maladie

Si oui pouvez-vous citer un signe de gravité d'une maladie	Oui		Non	
	Eff	%	Eff	%
Convulsions	159	96,95%	5	3,05%
Léthargie ou inconscience	142	86,59%	22	13,41%
Refus de téter ou de boire	146	89,02%	18	10,98%
Toux avec respiration rapide	113	68,90%	51	31,10%
Vomir tout ce que l'on consomme	127	77,44%	37	22,56%
Diarrhée avec déshydratation	155	94,51%	9	5,49%
Fièvre malgré le traitement au CS	152	92,68%	12	7,32%
Amaigrissement sévère	155	94,51%	9	5,49%
Vertiges (vision des mouches volantes)	160	97,56%	4	2,44%
Hémorragie chez une femme enceinte	160	97,56%	4	2,44%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après ce tableau, les signes de gravité d'une maladie que nos enquêtés connaissent sont vertiges (97,56 %), hémorragie chez une femme enceinte (97,56 %), convulsions (96,95 %), amaigrissement sévère (94,51 %), diarrhée avec déshydratation (94,51%), fièvre malgré le traitement au CS (92,68 %), léthargie ou inconscience (86,59 %), refus de téter ou de boire (89,02 %), toux avec respiration rapide (68,90 %) et vomir tout ce que l'on consomme (77,44 %).

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

2-5 - Au cours de ces quatre dernières semaines, un membre de votre ménage est tombé malade

Tableau 15 : Répartition des enquêtés selon la maladie d'un membre de votre ménage

	Effectif	Pourcentage (%)
Au cours de ces quatre dernières semaines, un membre de votre ménage est tombé malade		
Oui	104	49,29%
Non	107	50,71%
Si oui de quel âge		
Moins de 5 ans	14	13,46%
5 à 10 ans	26	25,00%
11 à 15 ans	30	28,85%
16 à 20 ans	12	11,54%
21 à 25 ans	10	9,62%
26 à 30 ans	10	9,62%
Plus de 30 ans	2	1,92%
Si oui de sexe		
Masculin	59	56,73%
Féminin	45	43,27%
Comment avez-vous jugé son état de santé		
Moins grave	174	85,29%
Grave	30	14,71%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

Il ressort de ce tableau que 49,29 % nos enquêtés affirme qu'au cours de ces quatre dernières semaines, un membre de votre ménage est tombé malade dont la majorité ont plus de 5ans (86,54 %) et de sexe masculin (56,73 %) avec une maladie moins grave (85,29 %).

2-6 - Le type des soins avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage

Tableau 16 : Répartition des enquêtés selon le type des soins avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage

Le type des soins avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage	Effectif	Pourcentage (%)
Consultation dans un centre de santé public	93	44,08%
Auto médicament avec traitement traditionnel	47	22,27%
Automédication avec traitement moderne	34	16,11%
Consultation dans un centre de santé privé	19	9,00%

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Traitement par un tradipraticiens	10	4,74%
Groupe de prière	8	3,79%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau, le type des soins qu'avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage est consultation dans un centre de santé public (44,08 %), auto médicament avec traitement traditionnel (22,27 %), automédication avec traitement moderne (16,11 %), consultation dans un centre de santé privé (9,00 %), traitement par un tradipraticien (4,74 %) et groupe de prière (3,79 %).

2-7 - Appréciation de l'accueil

Tableau 17 : Répartition des enquêtés selon l'Appréciation de l'accueil

	Effectif	Pourcentage (%)
Comment aviez-vous jugé l'accueil		
Bon	99	46,92%
Mauvais	112	53,08%
Le nombre de temps attendu pour voir le personnel soignant		
<15 minutes	93	44,08%
15-30 minutes	75	35,55%
>30 minutes	43	20,38%
Avez-vous été satisfait des soins reçus		
Oui, tout à fait satisfait	125	59,24%
Non, pas satisfait	86	40,76%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau, plus de la moitié de nos enquêtés pensent l'accueil dans nos centres de santé est mauvais (53,08 %) et plus de la moitié a attendu plus de 15 minute avant voir le personnel soignant (55,92 %).

2-8 - Le montant que vous payé pour les soins médicaux

Tableau 18 : Répartition des enquêtés selon Le montant que vous payé pour les soins médicaux

Le montant que vous payé pour les soins médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 10000	30	14,22%
10000 à 30000	76	36,02%
30000 a 50000f	32	15,17%

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

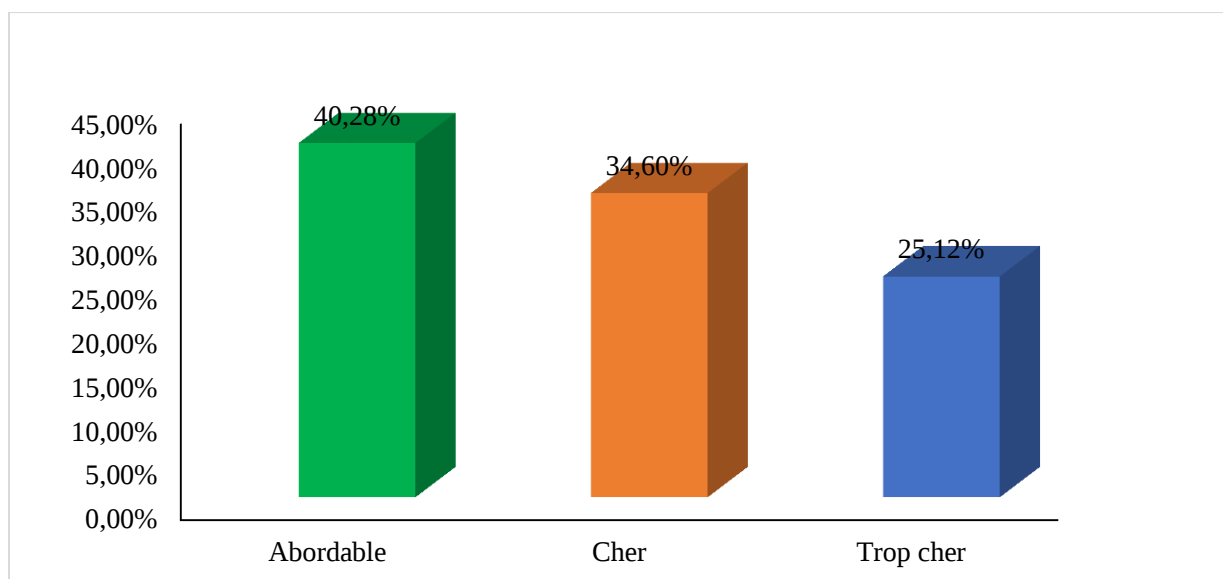
50000 a 70000f	26	12,32%
70000 à 90000	23	10,90%
90000 à 110000	9	4,27%
Plus de 110000	11	5,21%
Prise en charge	4	1,90%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

De ce tableau on retient que les montants payés pour les soins médicaux par nos enquêtés sont moins de 10000 (14,22 %), 10000 à 30000 (36,02 %), 30000 à 50000f (15,17 %), 50000 à 70000f (12,32 %), 70000 à 90000 (10,90 %), 90000 à 110000 (4,27 %), plus de 110000 (5,21 %) et 1,90 % ont bénéficié d'une prise en charge.

2-9 - Appréciation du tarif appliqué dans ce centre de santé

Graphique 4 : Répartition des enquêtés selon l'appréciation du tarif appliqué dans ce centre de santé.



Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau, 40,28 % de nos enquêtés ont affirmé que le tarif appliqué dans ce centre de santé est abordable, 34,60 % ont affirmé que c'est cher et 25,12 % ont affirmé que c'est trop cher.

2-10 - Avoir payé les soins reçus

Tableau 19 : Répartition des enquêtés selon le fait d'avoir payé les soins reçus

	Effectif	Pourcentage (%)
Avoir payé les soins reçus		
Oui	179	84,83%
Non	32	15,17%
Si les soins n'ont pas été payés, pour quelles raisons		
Manque de moyens financier	32	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

On retient du tableau que la majorité de nos enquêtées ont affirmé avoir payé les soins reçus (84,83 %) contre 15,17 % qui ont affirmé n'avoir pas payer les soins reçus pour des raisons comme Manque de moyens financier (100,00 %).

2-11 - Celui qui paye les soins médicaux pour votre ménage

Tableau 20 : Répartition des enquêtés selon celui qui paye les soins médicaux pour votre ménage

Celui qui paye les soins médicaux pour votre ménage	Effectif	Pourcentage (%)
Les parents du responsable	68	32,23%
Soi-même	92	43,60%
Mutuelle de santé	15	7,11%
Dons	14	6,64%
Église	7	3,32%
État	6	2,84%
Employeur	5	2,37%
Association d'entraide	4	1,90%
Total	211	100,00%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau, 32,23 % de nos enquêtées ont affirmé ce sont les parents du responsable qui paye les soins médicaux pour le ménage, 43,60 % paient eux même les soins médicaux, pour 7,11 % c'est les mutuelles de santé, 6,64 % sont des dons.

2-12 - La distance qui sépare le centre de santé de votre domicile

Tableau 21 : Répartition des enquêtés selon la distance qui sépare le centre de santé de votre domicile

	Effectif	Pourcentage (%)
La distance qui sépare le centre de santé de votre domicile		
Moins de 5 Km	106	50,24%
6-25 Km	75	35,55%
26 km et plus	30	14,22%
Combien de temps avez-vous mis pour atteindre le centre de santé		
< 30 minutes	103	48,82%
30-60 minutes	64	30,33%
>60 minutes	44	20,85%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

De ce tableau, plus de la moitié de nos enquêtées font moins de 5 Km pour venir dans le centre de santé (50,24 %).

2-13 - Les suggestions pour améliorer la fréquentation dans les centres de santé

Tableau 22 : Répartition des enquêtés selon les suggestions pour améliorer la fréquentation dans les centres de santé.

Les suggestions pour améliorer la fréquentation dans les centres de santé	Oui		Non	
	Eff	%	Eff	%
Prise en charge des indigents	154	72,99%	57	27,01%
Augmenter le personnel qualifié	117	55,45%	94	44,55%
Améliorer l'accueil des malades	116	54,98%	95	45,02%
Diminuer le temps d'attente des malades	157	74,41%	54	25,59%
Doter le centre de santé des équipements et autres matériels des soins	128	60,66%	83	39,34%

Source : Données de l'enquête, Septembre 2021

D'après le tableau, les suggestions pour améliorer la fréquentation dans les centres de santé selon nos enquêtées sont prise en charge des indigents (72,99 %), augmenter le personnel qualifié (55,45 %), améliorer l'accueil des malades (54,98 %), diminuer le temps d'attente des malades (74,41 %) et doter le centre de santé des équipements et autres matériels des soins (60,66 %).

Paragraphe 3 : Analyse bivariée entre le fait d'avoir déjà fréquenté un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année et quelques variables indépendantes

Cette recherche a établi une association entre l'utilisation (fréquentation) des services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi et quelques variables indépendantes.

Il ressort que les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi sont l'âge du chef de ménage, le niveau d'étude du chef de ménage, le type de famille, le nombre de personnes vivant actuellement dans le ménage, la profession du chef de ménage, le statut d'occupation dans la parcelle et le revenu du chef de ménage le mois passé.

Tableau 23 : Répartition des enquêtés selon la fréquentation d'un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année et certaines variables indépendantes

Caractéristiques	Avoir déjà fréquenté un centre de santé dans la Commune d’Abomey-Calavi depuis le début de cette année		P-value
	Oui	Non	
Age du chef de ménage			
[21-31]	57 (27,01%)	20(9,48%)	0,000
[32-42]	57(27,01%)	16(7,58%)	
[43-53]	34(16,11%)	5(2,37%)	
[54-65]	18(8,53%)	4(1,9%)	
Sexe du chef de ménage			
Masculin	130(61,61%)	29(13,74%)	0,561
Féminin	36(17,06%)	16(7,58%)	
Niveau d’étude du chef de ménage			
Aucun	39(18,48%)	3(1,42%)	0,000
Primaire	44(20,85%)	27(12,8%)	
Secondaire	41(19,43%)	6(2,84%)	
Supérieur	42(19,91%)	9(4,27%)	
Religion du chef de ménage			
Catholique	76(36,02%)	14(6,64%)	0,394
Islamique	13(6,16%)	5(2,37%)	
Protestant	10(4,74%)	1(0,47%)	
Évangélique	30(14,22%)	12(5,69%)	

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Céleste	20(9,48%)	7(3,32%)	
Animiste	17(8,06%)	6(2,84%)	
Ethnie du chef de ménage			
Goun	17(8,06%)	11(5,21%)	
Fon	89(42,18%)	20(9,48%)	
Yoruba	17(8,06%)	5(2,37%)	0,981
Adja	27(12,8%)	9(4,27%)	
Mina	16(7,58%)	0(0%)	
Situation matrimoniale du chef de ménage			
Marié	76(36,02%)	14(6,64%)	
Célibataire	24(11,37%)	13(6,16%)	
Veuf(e)	14(6,64%)	4(1,9%)	0,473
Divorcé	9(4,27%)	6(2,84%)	
Union libre	43(20,38%)	8(3,79%)	
Type de famille			
Monogamique	120(56,87%)	37(17,54%)	
Polygamique	42(19,91%)	3(1,42%)	0,003
Recomposée	2(0,95%)	4(1,9%)	
Adoptive	2(0,95%)	1(0,47%)	
Nombre de personnes vivant actuellement dans le ménage			
[11-15]	6(2,84%)	1(0,47%)	
[1-5]	93(44,08%)	31(14,69%)	0,003
[6-10]	64(30,33%)	13(6,16%)	
16 et plus	3(1,42%)	0(0%)	
Profession du chef de ménage			
Commerçant	50(23,7%)	18(8,53%)	
Salarié	62(29,38%)	6(2,84%)	
Agriculteur	17(8,06%)	1(0,47%)	
Éleveur	8(3,79%)	2(0,95%)	0,000
Artisan	21(9,95%)	18(8,53%)	
Restauration	2(0,95%)	0(0%)	
Activité de transformation	6(2,84%)	0(0%)	
Statut d'occupation dans la parcelle			
Propriétaire	56(26,54%)	16(7,58%)	0,000
Locataire	62(29,38%)	16(7,58%)	

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Logé par l'employeur	6(2,84%)	4(1,9%)	
Logé par la famille	42(19,91%)	9(4,27%)	
Le revenu du chef de ménage le mois passé			
Moins de 50000	62(29,38%)	37(17,54%)	
50000-100000	73(34,6%)	5(2,37%)	
100000-150000	21(9,95%)	2(0,95%)	0,000
150000-200000	4(1,9%)	1(0,47%)	
Plus de 200000	6(2,84%)	0(0%)	

Section 2 : Analyse et interprétation des résultats et recommandations

Les résultats ci-dessus donnent les analyses suivantes selon les dimensions d'évaluation de la performance sociale.

Paragraphe 1 : Analyse et interprétation des résultats

A- Caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques des ménages

L'âge moyen des chefs de ménages est de 37 ans avec un minimum de 21 ans et un maximum de 65 ans. La tranche d'âge dominant est de 21 à 31 ans (36,49 %). La majorité des chefs de ménages sont de sexe masculin (75,36 %), sont instruits dont le primaire (33,65 %), secondaire (22,27 %) et le supérieur (24,17 %). La majorité des chefs de ménages sont catholique (42,65 %) et plus de la moitié sont fon (51,66 %).

La majorité des chefs de ménages sont mariés (42,65 %), en union libre (24,17 %), célibataire (17,54 %), veuf (8,53 %) et divorcé (7,11 %) et La majorité sont issus dans une famille monogamique (74,41 %).

Plus de la moitié des chefs de ménages ont entre 1 et 5 personnes vivant actuellement dans le ménage, 32,23 % des chefs de ménages sont commerçant, 32,23 % sont salarié, 18,48 % sont artisan, 8,53 % sont agriculteur, 4,74 % sont éleveur. 34,12 % de nos enquêtés sont propriétaire, 36,97 % sont locataire et plus de la moitié des locataires paient entre 10000 à 15000 (64,10 %) 46,92 % des chefs de ménages ont un revenu de moins de 50000, 36,97 % ont un revenu entre 50000 et 100000 et 10,90 % ont un revenu entre 100000 et 150000. La majorité des ménages ont plus d'un repas par jour dont 2 à 3 repas par jour (42,18 %), 3 repas par jour (40,76 %) et plus de 3 repas par jour (12,80 %).

Pour l'évaluation du niveau socio-économique des ménages, avec la possession de certains biens considérés comme des indicateurs de bien-être socio-économique, les biens les plus fréquemment possédés sont par ordre d'importance : un téléphone portable (90,52 %), l'électricité (72,99 %), une télévision (72,04 %) et une moto (56,87 %) et La majorité ont des maisons en dur (78,67 %) avec ciment (62,09 %). Il s'avère que les ménages ont un niveau socio-économique moyen vu que l'enquête ait lieu dans la Commune d'Abomey-Calavi qui n'est pas une commune pauvre en se basant sur la possession des biens.

B- Comportement et perception des ménages face à la maladie et à l'offre des services de santé

La majorité de nos enquêtées ont affirmé avoir déjà fréquenté un centre de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année (78,67 %).

45,97 % de nos enquêtées se rendent dans un centre de santé public pour recourir aux soins de santé, 31,28 % font de l'automédication, 12,32 % se rendent dans un centre de santé privé, 6,64 % vont dans les groupes de prière et 3,79 % vont chez les tradipraticiens.

Plus de la moitié de nos enquêtés connaissent des signes de gravité d'une maladie (77,73 %).

Les signes de gravité d'une maladie que nos enquêtés connaissent sont vertiges (97,56 %), hémorragie chez une femme enceinte (97,56 %), convulsions (96,95 %), amaigrissement sévère (94,51 %), diarrhée avec déshydratation (94,51 %), fièvre malgré le traitement au CS (92,68 %), léthargie ou inconscience (86,59 %), refus de téter ou de boire (89,02 %), toux avec respiration rapide (68,90 %) et vomir tout ce que l'on consomme (77,44 %).

49,29 % nos enquêtés affirme qu'au cours de ces quatre dernières semaines, un membre de leur ménage est tombé malade dont la majorité ont plus de 5ans (86,54 %) et de sexe masculin (56,73 %) avec une maladie moins grave (85,29 %)

Le type des soins qu'avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage est la consultation dans un centre de santé public (44,08 %), auto médicament avec traitement traditionnel (22,27 %), automédication avec traitement moderne (16,11 %), consultation dans un centre de santé privé (9,00 %), traitement par un tradipraticiens (4,74 %) et groupe de prière (3,79 %).

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

Plus de la moitié de nos enquêtées pensent que l'accueil dans nos centres de santé est mauvais et déplorable (53,08 %) et plus de la moitié a attendu plus de 15 minutes avant de voir le personnel soignant (55,92 %).

Les montants payés pour les soins médicaux par nos enquêtés sont moins de 10000 (14,22 %), 10000 à 30000 (36,02 %), 30000 à 50000f (15,17 %), 50000 à 70000f (12,32 %), 70000 à 90000 (10,90 %), 90000 à 110000 (4,27 %), plus de 110000 (5,21 %) et 1,90 % ont bénéficié d'une prise en charge.

40,28 % de nos enquêtés ont affirmé que le tarif appliqué dans ce centre de santé est abordable, 34,60 % ont affirmé que c'est cher et 25,12 % ont affirmé que c'est trop cher.

La majorité de nos enquêtées ont affirmé avoir payé les soins reçus (84,83 %) contre 15,17 % qui ont affirmé n'avoir pas payé les soins reçus pour des raisons comme Manque de moyens financiers (100,00 %).

32,23 % de nos enquêtées ont affirmé que ce sont les parents du responsable qui payent les soins médicaux pour le ménage, 43,60 % paient eux même les soins médicaux, pour 7,11 %, c'est les mutuelles de santé, 6,64 % sont des dons.

Plus de la moitié de nos enquêtées font moins de 5 Km pour venir dans le centre de santé (50,24 %).

Les suggestions pour améliorer la fréquentation dans les centres de santé selon nos enquêtées sont prises en charge des indigents (72,99 %), augmenter le personnel qualifié (55,45 %), améliorer l'accueil des malades (54,98 %), diminuer le temps d'attente des malades (74,41 %) et doter le centre de santé des équipements et autres matériels des soins (60,66 %).

L'inexistence de la mutuelle de santé et la modicité du budget alloué à la santé par l'Etat font que la charge des soins revienne aux ménages. Selon le Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, les ménages constituent la première source de financement de la santé.

C- Les facteurs qui influencent l'utilisation des services dans la Commune d'Abomey-Calavi

La présente recherche avait comme but d'analyser des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi.

Dans les trente jours avant l'enquête, 78,67 % des ménages ont fréquenté les services de santé. La recherche a pris en compte les ménages ayant fréquenté les services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi au cours de douze derniers mois.

Il ressort que les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi sont l'âge du chef de ménage ($p=0,000$), le niveau d'étude du chef de ménage ($p=0,000$), le type de famille ($p=0,003$), le nombre de personnes vivant actuellement dans le ménage ($p=0,003$), la profession du chef de ménage ($p=0,000$), le statut d'occupation dans la parcelle ($p=0,000$) et le revenu du chef de ménage le mois passé ($p=0,000$).

Paragraphe 2 : Validation des hypothèses et recommandations

Il est question dans cette partie, à la suite des différents résultats présentés et analysés ci-haut, de confirmer ou non les hypothèses de recherche émises avant la revue de la littérature de la recherche.

A- Validation des hypothèses

Hypothèse 1 : «Les facteurs socioculturels constituent pour la majorité des ménages l'une des principales barrières rencontrées dans l'utilisation des services de santé.»

Des différentes analyses, nous pouvons conclure que l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi est liée aux facteurs socioculturels tels que le niveau d'instruction de chef du ménage bas, la profession, le type de famille, l'automédication ainsi que la fréquentation élevée de la médecine naturelle. Cependant l'hypothèse 1 qui stipule que «Les facteurs socioculturels constituent pour la majorité des ménages l'une des principales barrières rencontrées dans l'utilisation des services de santé.» est vérifiée.

Hypothèse 2 : «Les facteurs socio-économiques et démographiques du ménage sont des facteurs déterminant du recours aux services de santé».

Des différentes analyses, nous pouvons conclure que l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi est liée aux facteurs socio-économiques et démographiques tels que : le faible revenu du ménage, le coût des soins élevé et la grande taille du ménage. Aux regards des conclusions de l'analyse des résultats, il ressort que l'hypothèse 2

qui stipule que « les facteurs socio-économiques et démographiques du ménage sont des facteurs déterminant du recours aux services de santé » est vérifiée.

B- Suggestions

Au vu de ces résultats, nous formulons les recommandations ci-après :

- approvisionner la ZS en équipement et matériels des soins ;
- envisager l'implémentation de la mutuelle de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi ;
- promouvoir, améliorer et préserver l'accès aux soins par l'instauration d'un système de santé publique axé sur les plus pauvres et la mise en place des mécanismes équitables et durables de financement du secteur de la santé ;
- stimuler la demande des services de santé en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par les structures de santé. Faire comprendre aux ménages la nécessité de recourir à un service de santé dès que la maladie se présente et ne pas seulement attendre que l'état de santé s'aggrave. Et faire comprendre l'importance de recourir aux soins quel que soit l'âge du malade ;
- réduire les dépenses de santé à charge des patients et faciliter l'instauration d'une tarification transparente pouvant stimuler le recours aux soins par les ménages les plus défavorisés. La participation financière des patients devra être conçue en tenant compte de conditions socio-économiques de ménages de manière à ne pas créer une barrière à l'utilisation des services de santé ;
- contractualiser avec les structures privées répondant aux normes qui existent dans la zone de santé ;
- instaurer une tarification adaptée aux revenus des ménages ;
- renforcer les capacités des prestataires des soins de santé pour une prise en charge correcte des patients ;
- poursuivre les recherches sur l'étude de coût de soins et le mode de tarification à initier dans la Commune d'Abomey-Calavi afin de faciliter l'accès et la consommation des services de soins ;

CONCLUSION

La présente recherche porte sur les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi. L'objectif général de cette recherche est d'analyser les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la commune d'Abomey Calavi.

La difficulté qu'ont les pays à faibles et moyens revenus à répondre aux besoins de leurs populations en matière de soins de santé reste un problème d'actualité. L'amélioration de la santé des populations dans les pays en développement à travers un meilleur accès aux services de santé constitue l'un des défis actuels des gouvernements et de la communauté internationale. Les barrières financières liées à l'accès aux soins et l'inexistence de dispositifs de couverture contre le risque maladie appellent à une mobilisation des pouvoirs publics en Afrique et surtout au Bénin pour la mise en place d'approches nouvelles pour organiser l'offre de soins. La santé constitue un important déterminant de la prospérité sociale et économique d'une nation. Nombreux sont les pays où la suppression du paiement direct a eu pour conséquence une utilisation accrue des services de santé entraînant une amélioration de la santé publique. La mise en place de systèmes de mutualisation des risques maladie devrait permettre d'accroître l'accessibilité financière aux soins et aider à l'amélioration de la qualité de l'offre et son adéquation à la demande.

Il ressort de notre recherche que les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi sont l'âge du chef de ménage ($p=0,000$), le niveau d'étude du chef de ménage ($p=0,000$), le type de famille ($p=0,003$), le nombre de personnes vivant actuellement dans le ménage ($p=0,003$), la profession du chef de ménage ($p=0,000$), le statut d'occupation dans la parcelle ($p=0,000$) et le revenu du chef de ménage le mois passé ($p=0,000$).

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- Adam (2002), pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé, Genève, p03
- Adeya G. et al. (2007), Évaluation rapide du système de santé du Bénin. Arlington, VA : Management Sciencesfor Heath.
- Audibert M. et al. (2010) ; Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Paris, Karthala, (pp. 41-58)
- Bauma T. (2006), Déterminants de la sous-utilisation des activités curatives dans les structures intégrées en soins de santé primaires de la ZS de Karisimbi, ULPGL, p 5
- Bayege I. (2009), Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, Kigali, Rwanda
- Coute J. & Foutain D. (2006), Infirmier comment bâtir la santé, p16 ,41
- EMICoV (2019), Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages 2ème édition ; INSAE
- Itama (2006), Etude socio-économique sur le cout et accessibilité des populations aux soins de santé au Tchad, consulté en Novembre 2021
- Kabela P. (2004), santé pour tous : identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé dans la commune de Ngaba, Kinshasa
- Kambaji V. (2008), Analyse des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs dans la ZS de Lemba, UNIKIN, DES,
- Kambale K. (2011), Notes du cours d'économie approfondie de la santé, L2 Santé publique, ISTM Goma, p 23
- Lunjwire K. (2007), le comportement de la population de Goma dans la recherche des soins, Etude des cas de la diarrhée », ville de Goma, ULPGL, p 64
- Mahieu, R. (2002), « Les déterminants des dépenses de santé: une approche macro-économique», *Santé, société et solidarité*, **1**(1) : 79
- Mariko, M. (2003), Accès aux soins de qualité: résultat d'une étude empirique menée à Bamako (Mali).
- Ministère de la Santé Publique (2006) ; Politique et Stratégie de Développement du secteur de la santé 2002-2006.

- Ministère de la santé Rwanda (2004), Amélioration de l'accès aux services des soins au Rwanda, le rôle de l'assurance, Kigali, p27
- Mushagalusa P. (2006), Etude des déterminants de l'utilisation des services des soins dans la ZS de Kadutu, UNIKIN, DES
- Mutabunga F. (2010), Eléments d'Epidémiologie Clinique et approfondie, ISTM-G, in, p112
- Nkinamubanzi F. (2008), Etude des déterminants de l'accès tardif aux soins intégrés dans les structures sanitaires de Rubavu, cas de l'aire de santé de nyundo, ULPGL, p91
- OMS (2004), Rapports sur la santé dans le monde de 1987 à 2004. Genève, p67
- OMS (1978), les soins de santé primaires, Alma Ata
- OMS (1989), Rapport sur la réunion interrégionale sur la santé dans les grandes villes, Pakistan, p16
- Ouendo et al. (1996) L'équité dans l'application de l'Initiative de Bamako : rapport de recherche au Bénin. Cotonou : IRSP.
- Ouendo et al. (2004) Accès aux soins de santé au Bénin: indigence et réseaux d'aide communautaire. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé.
- Raman D. & Barthes O. (2009), le fond d'achat des services de santé dans le Kassai occidental, 2, consulté en Novembre 2021
- Sadio & Diop F. (1994), Utilisation et demande des soins de santé au Sénégal, Bethesda
- Salibaya L. (2011), cours de système et politique de santé, inédit ISTM-G
- Shaw P., Griffin C. (1995) Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance. Washington DC : Banque Mondiale.
- Tchaou G. (2013) : Dynamique de population et offres de services de soins de santé modernes dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/ So-Ava. Thèse de doctorat unique FLASH/UAC
- Yaya S. (2010) ; Les maux et les choses de la santé : Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Zoumenou A. (2017) : Assurance maladie et utilisation des services de santé au Bénin. Thèse de doctorat FASEG/UAC

Webographie

- <http://www.afhea-org/conference/files>, les priorités de l'économie de la santé en Afrique, consulté en Novembre 2021
- <http://www.tg.undp.org>, Utilisation des services de soins de santé au Togo, consulté le 01/10/2021
- [http://www.lessourires dessellasse](http://www.lessouriresdessellasse.com), Hounkpati (2009), santé au Togo, financement, statistique, thèse de Doctorat, Université de Lyon 1,
- <http://www.memoireonline.com>, Kibalonza, (2009) structure de l'offre et de la demande des soins de santé dans la zone de santé de minova, Unigom,
- [http://www. Banque mondiale.org/Ida](http://www.Banque_mondiale.org/Ida), (2009) Utilisation des services de soins de santé dans les pays pauvres, consulté en Novembre 2021
- [http://www.Revue médicaletropicale.com](http://www.Revue_medicale_tropicale.com), Fall et Seck (2009), Monitoring et évaluation des programmes de santé en Afrique subsaharienne, consulté en Novembre 2021
- <http://www.afriqueactiv.net>, Dekyser, (2008) Système des soins de santé en Afrique Subsaharienne
- <http://www.issic.sn> Tabara D. (2002) la mortalité maternelle dans le fouldou, contribution de la CCC.

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

ANNEXE

Questionnaire destiné aux chefs ménages

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à cet entretien.

Nous sommes étudiants en 3ème année à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey Calavi (UAC). Dans le cadre de notre travail de fin de formation, nous avons choisi de nous entretenir avec vous sur Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la commune d'Abomey Calavi

N°	Questions	Réponses (enquêteur encercler les bonnes réponses)
A	CARATERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES	
1	Age du chef de ménage	
2	Sexe du chef de ménage	1-Masculin 2-Féminin
3	Niveau d'étude du chef de ménage	1- Aucun 2- Primaire 3- Secondaire 4- Supérieur
4	Religion du chef de ménage	1- Catholique 2- Islamique 3- Protestant 4- Évangélique 5- Céleste 6- Animiste 7- Autres
5	Ethnie du chef de ménage	1-Goun 2- Fon 3- Yoruba 4- Adja 5- Autres
6	Situation matrimoniale du chef de ménage	1- Marié 2- Célibataire 3- Veuf(e) 4- Divorcé 5- Union libre
7	Vivez- vous dans une famille ?	1- Monogamique 2- Polygamique 3- Recomposée 4- Adoptive

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

8	Combien de personnes vivent actuellement dans votre ménage	
9	Profession du chef de ménage	1- Commerçant 2- Salarié 3- Agriculteur 4- Éleveur 5- Artisan 6- Restauration 7- Activité de transformation 8- Autres
10	Statut d'occupation dans la parcelle	1- Propriétaire 2- Locataire 3- Logé par l'employeur 4- Logé par la famille 5- Autres (à préciser) Si Q10 est différent de 2, passez à Q12
11	Si locataire, à combien payez-vous mensuellement le loyer ?	
12	Quelle a été le revenu du chef de ménage le mois passé ?	
13	Quelle a été La source du revenu du chef de ménage le mois passé ?	1- Salaire du chef de ménage 2- Salaire et autre revenu du chef de ménage 3- Salaire/revenu du chef de ménage complété par celui/ceux des autres membres de la famille 4- Vente des produits agricoles 5- Petit commerce 6- Autres à préciser
14	Combien de repas le ménage prend-t-il par jour ?	1- 1 repas 2- 2-3 repas 3- 3 repas 4- Plus de 3 repas
15	Combien dépense-t-il par jour pour le repas familial ?	

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

16	Biens de valeur possédés ?	1- Une télévision 2- Une radio 3- Un frigo/congélateur 4- Une voiture 5- Une moto 6- Un vélo 7- Un téléphone portable 8- L'électricité 9- Horloge 10- Moulin 11- Machine à coudre 12- Fer à repasser
17	Quel est le type d'habitation (l'enquêteur doit observer) ?	1- Maison en dur 2- Maison semi durable 3- Autres (à préciser)
18	De quel type de pavement est faite votre maison (l'enquêteur doit observer) ?	1- Terre ferme 2- Ciment 3- Carreaux 4- Bois/Planches
B	Connaissance, comportement et perception des ménages face à l'utilisation des services de santé dans la commune d'Abomey-Calavi	
19	Avez-vous déjà fréquenté un centre de santé dans la commune d'Abomey-Calavi depuis le début de cette année ? (Vous ou un des membres de la famille) ?	1- Oui 2- Non
20	Où recouvrez-vous aux soins quand vous tombez malade ?	1- Centre de Santé public 2- Centre de Santé privé 3- Tradipraticiens 4- Automédication 5- Groupe de prière 6- Autres (à préciser)
21	Connaissez-vous les signes de gravité d'une maladie ?	1- Oui 2- Non

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

22	Si oui pouvez-vous citer un signe de gravité d'une maladie ?	1- Convulsions 2- Léthargie ou inconscience 3- Refus de téter ou de boire 4- Toux avec respiration rapide 5- Vomir tout ce que l'on consomme 6- Diarrhée avec Déshydratation 7- Fièvre malgré le traitement au CS 8- Amaigrissement sévère 9- Vertiges (vision des mouches volantes) 10- Hémorragie chez une femme enceinte 11- Autres
23	Au cours de ces quatre dernières semaines, un membre de votre ménage est-il tombé malade ?	1- Oui 2- Non Si 2, allez à Q26
24	Si oui de quel Age ?	
25	Si oui de Sexe ?	1-Masculin 2-Féminin
26	Comment avez-vous jugé son état de santé ? Grave s'il présentait un des signes de (Q22)	1- Moins Grave 2- Grave
27	Quel type des soins avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage ?	1- Consultation dans un centre de santé public 2- Consultation dans un centre de santé privé 3- Auto médicament avec traitement traditionnel 4- Automédication avec traitement moderne 5- Traitement par un tradipraticiens 6- Groupe de prière 7- Autres (à préciser)
28	Comment aviez-vous jugé l'accueil ?	1- Bon 2- Mauvais
29	Combien de temps avez-vous attendu pour voir le personnel soignant ?	1- <15 minutes 2- 15-30 minutes 3- >30 minutes
30	Avez-vous été satisfait des soins reçus ?	1- Oui, tout à fait satisfait 2- Non, pas satisfait
31	Combien avez-vous payé pour les soins médicaux ?	

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

32	Comment jugez-vous le tarif appliqué dans ce centre de santé ?	1- Abordable 2- Cher 3- Trop cher
33	Avez-vous payer les soins reçus ?	1- Oui 2- Non
34	Si les soins n'ont pas été payés, pour quelles raisons ?	
35	Qui paye les soins médicaux pour votre ménage ?	1- Les parents du responsable 2- Employeur 3- Église 4- Soi-même 5- Dons 6- État 7- Mutuelle de santé 8- Association d'entraide 9- Autres (à préciser)
36	Quelle est la distance qui sépare le centre de santé de votre domicile ?	1- Moins de 5 Km 2- 6-25 Km 3- 26 km et plus
37	Combien de temps avez-vous mis pour atteindre le centre de santé (Mettre le temps en minutes)	1- < 30 minutes 2- 30-60 minutes 3- >60 minutes
38	D'après vous, quelles sont les suggestions pour améliorer la fréquentation dans les centres de santé	1- Prise en charge des indigents 2- Augmenter le personnel qualifié 3- Améliorer l'accueil des malades 4- Diminuer le temps d'attente des malades 5- Doter le centre de santé des équipements et autres matériels des soins 6- Autres (à préciser)

Merci pour votre participation

**Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune
d'Abomey-Calavi**

TABLES DES MATIERES

AVERTISSEMENT	i
DEDICACE 1.....	ii
DEDICACE 2.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES GRAPHIQUES	viii
RESUME.....	ix
ABSTRACT	ix
SOMMAIRE	x
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	3
Section 1 : Cadre théorique de la recherche	3
Paragraphe 1 : Problématique et formulation des objectifs et hypothèses	3
B- Objectifs et hypothèses de la recherche.....	6
1- Objectifs de recherche	6
2- Hypothèses de la recherche	6
Paragraphe 2 : Revue de littérature	6
A- Facteurs socioculturels.....	7
1- Niveau d'instruction du chef de ménage	7

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

2- Appartenance à une mutuelle de santé	7
3- La confiance envers le personnel soignant	8
4- L'automédication.....	8
5- Fréquentation de la médecine traditionnelle	9
B- Facteurs socio-économiques.....	9
1- Revenu du ménage.....	10
2- Coût des soins.....	11
3- Le chômage	11
C- Facteurs démographiques.....	12
Section 2 : Méthodologie de Recherche.....	12
Paragraphe 1 : La recherche documentaire et analyse descriptive des variables de la recherche	12
A- La recherche documentaire	12
B- Analyse descriptive.....	13
Paragraphe 2 : Identification des variables, échantillon, traitement des données, identification des variables	13
A- Taille de l'échantillon	13
B- Echantillonnage.....	13
C- Variable dépendante :.....	14
D- Variables indépendantes	14
E- Traitement et analyse des données	17

Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune d'Abomey-Calavi

1- Contrôle de qualité.....	17
2- Codification des données	17
3- L'analyse des données.....	17
Chapitre 2 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	18
Section 1 : Présentation des résultats de l'estimation et analyses	18
Paragraphe 1 : Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés.....	18
Identification des enquêtés.....	18
Paragraphe 2 : Connaissance, comportement et perception des ménages face à l'utilisation des services de santé dans la Commune d'Abomey-Calavi	24
Section 2 : Analyse et interprétation des résultats et recommandations.....	33
Paragraphe 1 : Analyse et interprétation des résultats	33
A- Caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques des ménages	33
B- Comportement et perception des ménages face à la maladie et à l'offre des services de santé	34
C- Les facteurs qui influencent l'utilisation des services dans la Commune d'Abomey-Calavi.....	35
Paragraphe 2 : Validation des hypothèses et recommandations	36
A- Validation des hypothèses	36
B- Suggestions ou recommandations.....	37
CONCLUSION	38
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	39

**Analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la Commune
d'Abomey-Calavi**

ANNEXE	42
TABLES DES MATIERES	47