



REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

Mémoire réalisé en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de
LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES

Option : Economie

Spécialité : Analyse des Projets

THEME

**Accessibilité et fréquentation des services de santé en
milieu rural : Cas de la commune d'Akpro-Misséré**

Réalisé par :

AGBATO Olviste Géofroid

et

HOUINSOU Gbènassou Angelo

Sous la direction de :

Maître de Stage :

AKPAMANGBO Clément

Administrateur de projet/ DPP-MS

Maître de Mémoire :

Dr ADANGUIDI Jean

Enseignant chercheur à la FASEG

Année académique : 2015-2016

AVERTISSEMENT

LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)
N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRE A LEURS AUTEURS.

DEDICACE 1 :

Qu'il me soit permis de dédier ce travail à :

- mon père HOUINSOU Paul
- ma mère DANSOU Véronique
- mes frères et mes sœurs

HOUINSOU Gbènassou Angelo

DEDICACE 2 :

Qu'il me soit permis de dédier ce travail à :

- ma chère mère HOUINSOU Blandine et mon père AGBATO Célestin
- toute la famille AGBATO
- mes frères et sœurs

AGBATO Olviste Géofroid

Remerciements

Tout auteur éprouve un sentiment de gratitude envers ceux qui l'ont soutenu et aidé dans la rédaction de son travail. C'est ici donc le moment de remercier notre Dieu, le Créateur des cieux et de la terre pour la santé qu'il nous a accordée sans laquelle nous n'aurons pas atteint l'objectif de terminer ce mémoire.

Nos remerciements sont adressés à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail ; nous pensons sincèrement à :

- Dr ADANGUIDI Jean, notre maître mémoire qui malgré ses multiples occupations a bien voulu diriger ce travail ;
- M. MOUZOUN Denis, pour son aide et ses multiples conseils dans la réalisation de ce travail ;
- Tout le personnel enseignant de la FASEG pour leur encadrement durant toute la formation
- M. AKPAMAGBO Clément, administrateur de projets pour son orientation et son encouragement dès le début de ce travail
- M. HOUSSOU Vincent, administrateur civil qui également à superviser se travail avec dévouement
- M. DOUMINFIÔ Hervé, Statisticien pour l'aide qu'il nous a apporté pour l'analyse et le traitement des données ;
- Au responsable de la bibliothèque du ministère de santé pour sa documentation.
- La famille KONKONNISSOU, DANSOU et HOUINSOU pour ses conseils et leur soutien indéfectible.
- la famille HOUINSOU et AGBATO pour les sacrifices consentis pendant les périodes les plus difficiles lors de la rédaction de ce mémoire.
- Nos remerciements sont adressés enfin à tous nos camarades avec qui nous gardons certainement en mémoire beaucoup de souvenirs inoubliables de trois années passées ensemble à la FASEG de l'Université d'Abomey-Calavi.

AVANT-PROPOS

Dans le cadre de la formation des Analystes des Projets (AP) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) du Bénin, il est demandé à chaque étudiant, suite à un stage pratique, de présenter un travail de recherche qu'il doit soutenir publiquement. Ce travail, dénommé mémoire, constitue une première expérience dans la recherche scientifique pour l'étudiant. Pour ce qui nous concerne, nous avons effectué notre stage au Ministère de la Santé à Cotonou. Durant ce stage nous avons eu l'opportunité de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises au cours de notre formation. Notre mémoire a pour thème, « **Accessibilité et Fréquentation des services de santé en milieu rural : Cas de la commune d'Akpro-Misséréte** ». Le présent document contribue ainsi à l'amélioration des conditions d'accessibilité en vue d'augmenter la fréquentation des services de santé.

LISTE DES CARTES, TABLEAUX

Carte 1 : Localisation de la commune d'Akpro-Misséréte.....

Tableau 1 : Répartition des effectifs et de l'échantillon par arrondissement.....

Tableau 2: Description des variables socioéconomiques et culturels.....

Tableau 3 : Statistiques descriptives.....

Tableau 4 : Analyse des facteurs explicatifs de la faible fréquentation des services de santé.....

SIGLES ET ABREVIATIONS

CPP	Centre de Pneumo-Phtisiologie
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
CNP	Centre National Psychiatrie
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
DAF	Direction Administrative et Financière
DCSFR	Direction de la Coordination Statistique, de la Formation et de la Recherche
DED	Direction des Etudes Démographiques
DDPD	Direction Départementale de la Prospective et du Développement
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSEE	Direction des Statistiques et Etudes Economiques
DSS	Direction des Statistiques Sociales
DTIP	Direction du Traitement de l'Information et des Publications

EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMICoV	Enquête Modulaire Intégré sur les Conditions de vie des Ménages
FNRB	Fonds National de Retraite du Bénin
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfance
INSAE	Institut National de la Statistique et d'Analyse Economique
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de Santé
PDC	Programme de Développement Communal
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SNIGS	Service National d'informatique et de Gestion Sanitaire
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UVS	Unité Villageoise de Santé
DNH	Direction Nationale des Hôpitaux
DNSP	Direction Nationale De la Santé Publique
ODD	Objectif de Développement Durable

RESUME

Partant du fait que le taux de fréquentation des services de santé est faible au Bénin soit 46,8% en 2010 et 50,4% en 2014(DPP/MS, 2014). Nous nous sommes intéressés à l'étude des facteurs qui pourraient expliquer ce phénomène. De plus, ce taux est de 23,2% en 2014 contre 25,7% en 2010 dans la commune d'Akpro-Misserrété. Qu'est-ce qui explique cette contradiction ? C'est alors ce constat qui nous a poussés à mener cette étude à travers une enquête que nous avons réalisée du 04 au 16 juillet 2016 dans les milieux ruraux de ladite commune du département de l'Ouémé auprès de 150 habitants.

Les analyses descriptives (uni-variées, bi-variées, test de Khi-Deux) ont été faites pour atteindre ces objectifs. Il ressort des résultats que les services de santé des arrondissements ruraux ne sont pas trop distants de la population de la commune d'Akpro-Misserrété. Par ailleurs le coût des médicaments, l'occupation actuelle, le temps de marche, l'automédication et les dépenses de soins des enquêtés sont liés à la faible fréquentation des services de santé. Des constats faits au niveau des chefs de ménage ont montré que nombreux sont ceux qui préfèrent l'automédication que de se rendre dans un centre de santé. Par contre, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la qualité d'accueil, le coût de service rendu, le revenu n'expliquent pas le faible taux de fréquentation des services de santé.

Ainsi, les résultats interpellent l'action des autorités à divers niveaux en vue de préconiser l'adoption d'une politique de subvention collective du coût des médicaments, la construction des pistes rurales et la promotion de la médecine traditionnelle. Le personnel de santé, quant à lui doit sensibiliser la population sur les conséquences de l'automédication et de l'utilisation des faux médicaments.

Mots clés : Population rurale, Fréquentation des services de santé, Accessibilité aux services de santé, personnel de la santé.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE ET THEORIQUE DE L'ETUDE.....	4
SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE STAGE	5
SECTION 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	10
CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS.....	23
SECTION 1 : CADRE METHODOLOGIQUE	24
SECTION 2 : METHODE D'ANALYSE.....	28
CONCLUSION.....	38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	41
ANNEXE.....	43

INTRODUCTION

Promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable. Cela a été démontré il y a plus de 30 ans par les signataires de la déclaration d'**Alma Ata**, qui ont indiqué que la santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité mondiale (**OMS**, Rapport sur la santé dans le monde, 2010).

En 2012, les Etats membres de l'organisation des Nations Unies ont adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (**OMD**) en vue de réduire l'incidence de la pauvreté dans le monde d'ici 2025. Ces objectifs qui sont au nombre de huit accordent une priorité à la lutte contre le paludisme ainsi qu'à la réduction de la mortalité infantile. De plus, le 25 septembre 2015, 193 dirigeants de la planète terre s'engagent en marge de l'assemblée générale des Nations Unies à atteindre 17 objectifs mondiaux pour réaliser 03 accomplissements ambitieux au cours des prochaines années. Mettre fin à l'extrême pauvreté, lutter contre les inégalités et l'injustice, régler les changements climatiques. Cette ambition de transformer le monde à l'horizon 2030 entre dans le cadre de la réalisation des Objectifs de Développement Durable (**ODD**). Toutes les politiques et programmes sont orientés vers ces objectifs. Chaque Etat définit ses indicateurs d'évaluation et de suivi des performances réalisées.

Le Bénin ayant intégré les **OMD** et **ODD** dans sa politique nationale de développement a financé plusieurs initiatives avec l'appui des bailleurs de fonds visant à réduire la mortalité infantile, le Gouvernement s'est engagé dans un processus de réformes structurelles avec l'appui des partenaires au développement. Ce sont des centres de santé et des postes de santé qui ont été construits et équipés afin d'offrir des services de santé de qualité accessibles pour la cible vulnérable. Ces réformes qui ont contribué au rétablissement des équilibres macro-économiques et financiers ne sont pas sans conséquence sur les conditions de vie des ménages en général et des pauvres en particulier. C'est dans ce sens que l'aspect dimension sociale de l'ajustement a été développé visant à associer aux mesures du programme d'ajustement structurel des programmes de lutte contre la faible fréquentation des services de santé afin de permettre aux différentes couches de la population de participer à la croissance économique. Pourtant, les moyens pour lutter efficacement contre cette maladie sont connus et existent bel et bien au niveau du pays. Comprendre le comportement des populations à l'égard des établissements publics de santé lors de la survenue de la maladie pourrait aider à mieux orienter les stratégies de lutte contre le paludisme.

Les facteurs du non utilisation des structures sanitaires constituent pour chaque institution un handicap sérieux pour son développement et l'épanouissement du personnel soignant. Ces facteurs n'ont pas le même impact partout et sont différent selon les milieux, qu'ils soient Urbain ou Rural. Ils constituent un problème assez répandu et peut être : le manque de moyen financier, le choix de la médecine traditionnelle, l'accessibilité géographique.

La faible fréquentation des structures sanitaires a une envergure nationale d'où le choix thématique : « **Accessibilité et fréquentation des services de santé en milieu rural : Cas de la commune d'Akpro-Misséréte** », dans le souci d'apporter une contribution à l'augmentation des fréquentations des services de santé et ainsi à la réalisation des OMD dont les échéances sont proches.

Dans cette perspective, notre travail va s'articuler autour de deux (02) chapitres. Le premier chapitre sera consacré au cadre institutionnel et théorique de l'étude. Dans le deuxième chapitre , nous exposerons le cadre méthodologique et résultats.

**CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE ET THEORIQUE DE
L'ETUDE**

Le présent chapitre permettra de présenter premièrement le cadre institutionnel et deuxièmement le cadre théorique de l'étude

Section 1 : Cadre institutionnel de stage

I-CONTEXTE ORGANIQUE

Cette section présente d'une part le Ministère de la Santé et d'autre part la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)

Paragraphe 1 : Présentation des structures d'accueil

A. Présentation du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé est régi par le décret n°2016-426 du 20 Juillet 2016 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. La présentation du Ministère se fera sur le dit décret.

A .1. Mission et attribution du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé a pour mission, la conception, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la politique de l'Etat en matière de Santé conformément aux principes et valeurs de gouvernance, aux lois et règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du Gouvernement.

A ce titre, il est chargé de :

- respecter l'intérêt général, les principes et valeurs de la gouvernance ;
- concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat ;
- veiller à la prise en compte de la médecine traditionnelle et son évolution dans les stratégies de développement sanitaire et d'amélioration de la qualité des soins au Bénin ;
- définir et suggérer au gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'action conformes à la politique sanitaire ;
- promouvoir le partenariat public/privé pour une meilleure couverture sanitaire du pays dans les différentes spécialités de la médecine ;

- développer et exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé ;
- réformer la carte sanitaire et veiller à la mise aux normes du plateau technique de toutes les formations sanitaires de la pyramide sanitaire ;
- promouvoir la télémédecine par le développement des technologies modernes, notamment les technologies de l'information et de la communication pour l'amélioration de la qualité des soins ;
- valoriser l'expertise de la diaspora béninoise du secteur de la santé en matière de recherche-développement, de formation et de prise en charge systématique des problèmes de la santé ;
- Il conçoit les stratégies et méthodes pouvant garantir une bonne santé du citoyen ;
- Il conçoit avec le concours d'autres départements ministériels, les politiques de formations et de mise à niveau du personnel de santé ;
- Il assure le bon fonctionnement des services et structures publics et privés qui concourent à la préservation et à l'amélioration de la santé du citoyen béninois.

A.2. Organigramme du ministère de la santé

Le Ministre de la santé est responsable de la promotion du développement sanitaire au Bénin. Il est le premier responsable de l'exécution des décisions et instructions du gouvernement dans le secteur de la santé. Il concourt, avec le ministre en charge du Cadre de vie et du Développement durable, à la promotion de la stratégie de développement de l'assainissement de base.

Le ministère de la santé comprend :

- le Ministre ;
- les personnes et services directement rattachés au Ministre ;
- le Cabinet du Ministre ;
- le Secrétariat général du ministère ;
- les directions centrales ;
- les directions techniques et les directions départementales ;
- les organismes sous tutelles ;
- les organes consultatifs nationaux ou de gouvernance participative.

Organigramme : voir annexe

B. Présentation de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)

B.1. Attribution de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)

La Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) est l'une des directions centrales du Ministère de la Santé. Elle est l'organe de conception et de coordination du processus de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi des programmes du secteur de la santé. Elle est chargée :

- de collecter, de traiter et diffuser toutes les informations nécessaires à une réflexion prospective et stratégique dans le domaine de compétence du Ministère, notamment les attentes et besoins des clients/usagers ;
- d'animer les processus d'analyse, de planification, de suivi-évaluation et de capitalisation du ministère ;
- d'élaborer, en collaboration avec les directions techniques, les directions départementales, les collectivités locales et les organismes sous tutelle, les programmes et projets du ministère ;
- d'élaborer, suivre et évaluer les documents de programmation pluriannuelle de dépenses ;
- de mobiliser, en liaison avec les services financiers, les financements pour les programmes et projets ;
- de mettre en place une base de données et un dispositif de collecte, de traitement des informations pour soutenir le processus de planification, de mise en œuvre des actions, de suivi-évaluation et de capitalisation au sein du ministère ;
- de veiller à la prise en compte de l'égalité des chances, de l'approche genre et de la promotion de l'emploi dans tous les programmes et projets du secteur ;
- de veiller à la prise en compte des études d'impact environnemental et des stratégies d'adaptation au changement climatique pour les programmes et projets du ministère.

B.2. Organigramme de la Direction de la Programmation et de la Prospective

La Direction de la Programmation et de la Prospective comprend :

- le Secrétariat
- la Cellule de Suivi Evaluation (CSE)
- le Service de la Programmation du Suivi et de l'Evaluation (SPSE)
- le Service de la Coopération (SC)
- le Service de la Gestion du Système d'Information (SGSI)
- le Service de la Programmation(SP)

Organigramme : voir annexe

C. Présentation du Service de la Programmation (SP)

C.1. Attribution du Service de la Programmation (SP)

Le Service de la Programmation (SP) est chargée de :

- coordonner les travaux d'élaboration du Plan Triennal de Développement Sanitaire, du Cadre de dépenses à Moyen Terme ; des budgets-programmes et apporter les appuis nécessaire en matière de planification aux directions : aux projets avec les stratégies sectorielles ;
- apporter aux structures centrales et déconcentrées l'appui nécessaire à la conception générale des Projets/Programmes du Ministère en adéquation avec les stratégies sectorielles ;
- élaborer des outils d'aide à la planification des projets et programmes du secteur ;
- veiller à la prise en compte des études d'impact environnemental dans la mise en œuvre des projets et programmes du ministère ;
- assurer l'élaboration des divers documents de présentation du budget à l'Assemblée Nationale ;
- assurer l'élaboration du plan de travail annuel ;
- constituer une base de donnée sur les projets du secteur de la santé ;
- développer des applications pour une meilleure gestion des données sur le budget du secteur.

C.2. Organigramme du Service de la Programmation

Le Service de la Programmation comprend :

- la Division de la Préparation et de l'Elaboration du Plan Triennal de Développement Sanitaire et du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (DEP) ;
- la Division de la Préparation et de l'Elaboration du Budget (DPEB) ;
- la Division de l'Opérationnalisation du Budget (DOB).

Organigramme : voir annexe

II- Déroulement de stage et centre d'intérêt du cadre de stage

Le stage à notre niveau a débuté le 05 mai au 05 aout 2016 au Ministère de la santé précisément à la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) dans le Service de la Programmation (SP). Dans les locaux de la DPP, nous avons été instruits pour les deux premières semaines à passer dans tous les services aux fins de prendre connaissance de leur fonctionnement. Bien que très souvent vécu dans un climat d'atmosphère convivial, nous avons rencontrés quelques difficultés qui n'ont cependant pas affecté la qualité de rédaction du mémoire. Il s'agit en l'occurrence de la non disponibilité des personnes ressources. Ce stage nous a permis d'acquérir quelques connaissances, et aussi prendre part à la mise en œuvre des activités relevant de ses attributions.

Cette étude s'inscrit dans continuité des efforts déployés pour informer et guider les acteurs nationaux et régionaux sur les problèmes que rencontrent les ménages en ce qui concerne la fréquentation des services de santé, dans le but de faciliter l'accès avec la réduction du taux de mortalité. Ensuite aider les autorités dans leur prise de décision, celle-ci nous offre aussi l'opportunité de confronter nos connaissances théoriques à la réalité pratique.

Section 2 : Cadre théorique de l'étude

I-Problématique, Objectifs et Hypothèses de l'étude

Paragraphe 1 : Problématique

Le droit aux soins est reconnu au niveau de principes constitutionnels par le préambule de la constitution de 1946 qui « garantit à tous notamment à l'enfant, à la mère, la protection de la santé ». Ici, il ne s'agit pas des soins basiques simples mais des réponses aux besoins immédiats des individus. L'individu étant placé au centre des soins de santé, le système de santé doit être efficace ; la structuration tant économique et sociale doit tout de même permettre l'accessibilité aux services de santé.

Aujourd'hui le contexte Africain est loin d'être élogieux dans le domaine de la santé. Hormis l'éradication de la variole, des nombreuses autres affections meurtrières continuaient de décimer les populations du continent Africain et particulièrement les enfants. D'autres endémies pourtant oubliées font surface à cause du relâchement général de la surveillance.

Cette tendance ne s'est guère améliorée bien au contraire, la situation ne cesse de se dégrader, ici et là des maladies dévastatrices surgissent telle que le choléra, la fièvre jaune, la méningite, Ebola,...les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires persistent surtout chez les enfants. Le paludisme fait ravage avec près de un million des morts par an. Il est évident que sans une population en bonne santé, le développement économique demeure un rêve sans lendemain.

Les responsables Africains ont pris conscience de ce problème, aussi ont-ils décidé d'unir leurs efforts dans des actions concertées et la santé est même devenue le dénominateur commun de la coopération interafricaine et le district point focal de l'action. Par ailleurs, la déclaration d'**Alma - Ata** justifiait que la santé qui est un état complet de bien-être physique, mental et social ne consiste pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité, mais est un droit fondamental de l'être humain. Ainsi l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation des nombreux secteurs socio - économiques autres que celui de la santé.

Suite à l'analyse de la situation sanitaire du pays, les Etudes Nationales de Perspectives à Long terme **Bénin-ALAFIA 2025** stipule que le développement sanitaire du Bénin, est fondé sur la vision selon laquelle : « 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 permanente 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 ». Atteindre cette vision est la première préoccupation des dirigeants béninois aujourd'hui.

Dans cet horizon, il se pose structurellement avec acuité au Bénin, la question de l'accès aux soins de santé, son adéquation et le financement des dépenses de santé. Cette situation résulte des caractéristiques du dispositif de sécurité sociale existant au Bénin qui ne couvre qu'une infime proportion de la population estimée à moins de 10% selon le rapport final sur le profil social national de l'Observatoire du Changement Social (OCS). Ces systèmes de sécurité sociale sont destinés respectivement aux personnes employées dans le secteur privé formel et dans la fonction publique. La grande frange de la population constituée des pauvres et vulnérables qui travaillent dans le secteur informel en est exclue. Au total, seulement 9% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : environ 6% par le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB), moins de 2% par les mutuelles de santé et moins de 1% par l'assurance privée (UNICEF, 2010). Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) ont mis en exergue les risques essentiels de la santé au Bénin tels que la mortalité infanto-juvénile et maternelle. Ainsi selon l'EDSB-IV 2012, le niveau de la mortalité infanto-juvénile au Bénin continue de diminuer régulièrement depuis les Vingt dernières années. Globalement, un enfant sur quatorze (70 ‰) n'atteint pas son cinquième anniversaire contre un enfant sur six (160 ‰) en 2001 et un enfant sur huit (125 ‰) en 2006.

La réduction de ces taux de mortalité infanto-juvénile et de mortalité maternelle est préoccupante si l'on accepte que « La jeunesse, c'est l'avenir. », « C'est une évidence biologique » « parce qu'il n'y a pas de lendemain meilleur sans jeunesse mais cela n'en reste pas moins un défi pour tous ». L'ampleur de ces risques s'explique entre autres par la faible fréquentation des centres de santé soit 46,8% en 2010 (Annuaire des statistiques sanitaires/DPP/MS). Les résultats de cette même enquête montrent que ce taux est de 41,7% en 2010 pour le département de l'Ouémé. De plus en considérant les principes de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) qui stipulent que lorsqu'un taux est inférieur à 60% alors il est faible et le système concerné n'est pas performant, force donc est de constater que le taux de fréquentation reste très faible dans le département de l'Ouémé. Le taux de fréquentation des services de santé en 2014 est de 43,3% dans l'Ouémé contre 50,4% pour tout le Bénin et 23,2% dans la commune d'Akpro-Misséréte. Pourquoi cette régression ? C'est pour répondre

à cette interrogation que nous avons pour thème : « **Accessibilité et fréquentation des services de santé en milieu rural: Cas de la commune d'Akpro-Misséré** »

Puis nous essayerons d'apporter des éléments de réponses aux questions de recherche suivantes :

- Quel est le niveau d'accessibilité économique de la population de la commune d'Akpro-Misséré ?
- Quels sont les facteurs qui influencent la fréquentation des services de santé par la population de la commune d'Akpro-Misséré ?

Tout ceci afin de percevoir et d'identifier les entraves liées à la bonne fréquentation des services de santé.

Paragraphe 2 : Objectifs et Hypothèses de recherche

Nous énumérons ici les objectifs visés et les hypothèses formulées.

A. Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'améliorer l'accessibilité et la fréquentation des services de santé de la commune d'AKPRO-MISSERETE.

B. Objectifs spécifiques

L'atteinte de cet objectif général passe par les objectifs spécifiques qui consiste à:

- Evaluer le niveau d'accessibilité économique de la population rurale de la commune d'AKPRO-MISSERETE aux services de santé.
- Déterminer les facteurs qui influencent la faible fréquentation de la population rurale de la commune d'AKPRO-MISSERETE des services de santé.

C. Hypothèses de recherche

Pour atteindre ces objectifs, nous avons formulés les hypothèses suivantes :

Hypothèse liée à l'objectif spécifique n°1:

H1 : La fréquentation des services de santé par la population rurale dans la Commune d'Akpro –Misséréte dépend du coût élevé des médicaments et de l'automédication.

Hypothèses liée à l'objectif spécifique n°2:

H2: La fréquentation des soins par la population rurale de la commune d'Akpro- Misséréte dépend du coût de service rendu et de l'accueil.

II- REVUE DE LITTERATURE

Selon Laramée et Vallée(1991), le cadre théorique sert principalement à présenter un cadre d'analyse et généraliser des relations déjà prouvées dans d'autres contextes pour tenter de les appliquer au problème étudié. La revue de littérature faite ici permet de faire l'état de la recherche sur la faible fréquentation des services de santé en milieu rural. Mais avant tout, nous nous permettrons de définir quelques concepts clés.

Clarification conceptuelle

En vue de permettre une même compréhension du sujet traité ici, il apparait nécessaire de définir certains termes ou expressions qui seront utilisés au cours de cette réalisation. Nous nous limiterons seulement à quelques concepts, dont l'usage est souvent sujet à confusion.

Santé : c'est un état complet de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence d'une maladie ou de l'infirmité.

Soin : tout moyen par lequel on se force de rendre la santé à un malade ou à toute personne affichant un déficit fonctionnel, c'est aussi tout moyen permettant de prévenir une maladie ou aggravation.

Accessibilité aux soins : c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé.

Accessibilité géographique : il faut entendre du rapprochement physique sanitaire.

Accessibilité économique : il s'agit de la capacité pour l'individu ou la communauté de faire face au coût des soins.

Personnel de santé : c'est l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé (rapport sur la santé dans le monde, 2006)

Le milieu rural : englobe l'ensemble de la population, du territoire et des autres ressources des campagnes, c'est-à-dire des zones situées en dehors des grands centres urbanisés (Source : OCDE et Conseil de l'Europe).

Paragraphe 1 : Revue Théorique

Le concept de fréquentation des structures de santé n'est pas très utilisé à travers la littérature scientifique. En effet de l'étude de plusieurs œuvres se rapportant au thème, il ne ressort que les concepts de recours, d'accès aux soins de santé et de demande de soins. Elle se traduit donc par différents éléments constitutifs du système de soins à savoir la connaissance, la situation géographique par rapport au service de santé, la sollicitation, etc. Cette fréquentation suppose donc une disposition à aller vers les services indiqués avec toutes les implications accompagnant ce parcours dont la moindre n'est pas la possibilité d'acheter des médicaments. Ainsi Les itinéraires thérapeutiques ou accessibilité géographique sous-entend d'abord les rapports de distance entre les lieux de résidence et les services d'accueil (l'accessibilité géographique aux établissements de soins) ensuite les types de traitement (thérapies modernes ou traditionnelles). L'itinéraire thérapeutique renseigne ainsi sur les parcours des soignants qui peuvent passer d'un établissement à un autre du même système de soins ou de systèmes différents.

En Afrique comme ailleurs, les choix thérapeutiques dépendent en premier lieu de la perception de la maladie : « les codes de comportements face à la maladie seront directement déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes » (**BARBIERI, 1991**). Les groupes ethniques d'Afrique de l'Ouest possèdent des systèmes étiologiques spécifiques, appuyés sur des critères variables pour la reconnaissance, la dénomination et la classification des symptômes (**HERZLICH, 1969**). Les populations partagent cependant une conception distinguant les maladies d'origine naturelle et les maladies d'origine

sacrée, c'est-à-dire impliquant une dimension sociale ou divine (**HIELSCHER & SOMMERFELD, 1985**). Les maladies relevant du registre naturel sont généralement associées à un déséquilibre entre l'individu et son environnement physique : l'exposition au vent, au chaud, au froid ou la consommation d'aliments non indiqués. Les maladies surnaturelles et divines sont provoquées par la sanction d'un esprit ou de Dieu, mécontent d'un manquement aux coutumes ou aux règles de vie ; les maladies inscrites dans une dimension sociale sont provoquées par une tierce personne, à travers un pouvoir de sorcellerie.

La littérature propose plusieurs schémas ouverts articulant l'interprétation de la maladie et le cheminement thérapeutique (**FAINZANG, 1986**). Les centres de santé sont généralement considérés comme efficaces pour traiter des maladies naturelles et passagères, mais inopérants sur des maladies provoquées par Dieu, les esprits ou la sorcellerie : « les maladies classées comme naturelles pourront être soignées au dispensaire, mais les maladies « provoquées » relèveront avant tout de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales » (**LOCOH et al. 1995**). Cependant, les stratégies thérapeutiques ne sont pas exclusivement construites à partir des catégories générées par les systèmes nosologiques. Dans une logique pragmatique visant à maximiser les chances de guérison, les populations n'hésitent pas à associer un soin biomédical et un soin traditionnel : il est très fréquent que l'itinéraire thérapeutique ne soit pas linéaire et appelle l'utilisation de plusieurs types de soins, lors de recours successifs ou concomitants (**RYAN, 1998**). Le recours à plusieurs filières thérapeutiques peut être lié à l'évolution dans le temps de la maladie (**HEUVELINE, 2000**) mais également ressortir de la coexistence de plusieurs objectifs : dans la double volonté de guérir le corps malade et d'expliquer l'origine du trouble exprimé par la maladie, la recherche auprès d'un thérapeute traditionnel d'une explication et d'une protection magique pour une maladie « n'exclut pas que d'autres instances soient sollicitées pour en soigner les manifestations cliniques » (**ADJAMAGBO, 1999**). Dans ce cadre de prise en charge de la maladie où la majorité des itinéraires thérapeutiques associe plusieurs soins différents, la littérature suggère l'existence d'une hiérarchisation chronologique des soins: « la population semble suivre des modèles de prise en charge prédéfinis où certains traitements sont utilisés en première instance et d'autres ultérieurement» (**RYAN, 1998**). De manière idéale typique, les soins à domicile constituent une première réponse à la maladie (**AMAT, 1986**) : la prise en charge à domicile de la maladie apparaît comme très fréquente et préalable à la consultation de spécialistes, biomédicaux ou traditionnels. Les différentes notions empruntées et les démarches utilisées dans cette étude sont issues de nombreuses disciplines

dans un souci d'une meilleure description qualifiée et quantifiée. C'est particulièrement le cas sur le sujet de l'accessibilité aux soins dans la mesure où cette notion touche aussi à l'accessibilité sociale, économique, aux ressources sanitaires.

Selon **Picheral (2001)** L'accessibilité aux soins «c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque ».

Dans l'optique des notions déjà évoquées l'auteur fait référence aux deux dimensions géographiques et économiques. Ainsi désigne-- il l'accessibilité géographique c'est la notion de distance temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours (la notion de desserte bien que l'intégrant est limitée). Concernant l'accessibilité financière ou économique on doit remarquer que plusieurs choix de services sont en général possibles. A chaque nouvelle technologie se positionne une nouvelle problématique d'accessibilité. L'accessibilité dépendra donc de la forme économique et technologique des services de santé.

Pour **Lambert (1985)** «les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes Nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées). Il ne privilégie pas l'économie mais fait apparaître intimement liées les deux dimensions portant un regard très éclairé sur la géographie de la santé. Le service public et donc les équipements collectifs de service sont abordés en rapport à la demande exprimée et selon la localisation de la population développée par **Baudelle (2000)** sont sous-entendus les rôles respectifs de la démographie (dynamique du peuplement), des activités économiques et de l'organisation du

territoire national, du développement économique et spatial par **Genau et Staszack (2000)**. L'étude de l'accessibilité n'a donc d'intérêt que dans le rapprochement de l'offre et de la demande des soins de santé. On peut approcher les problèmes d'accessibilité par les études d'utilisation des services qui intègrent l'ensemble de facteurs déterminant la fréquentation des services de santé et en particulier les entraves (barrières ou contraintes) à l'usage, ou au contraire les incitations et les moyens qui facilitent une bonne accessibilité des services. Mais la simple réorganisation appropriée des services peut permettre d'améliorer l'accessibilité à des coûts raisonnables et pour une efficacité conservée sinon améliorée.

Jill Eden dans sa revue de l'utilisation de cette notion et son étude sur la mesure de l'accès aux soins dans les différentes enquêtes de population fournit une première approche sur l'utilisation des concepts aux USA. On y attribue alors un soin particulier à la vérification de l'égalité de l'accès aux soins, et à la mise en évidence de facteurs de disparité telles que les difficultés de paiement des soins, le caractère de l'assurance santé utilisée, l'utilisation de services caritatifs (comme ultime solution à un problème d'accès). On est alors dans un système de santé basé sur le marché où tout individu (au-dessus du seuil de pauvreté) considéré comme homo-economicus doit acheter ses soins pour se soigner. Traditionnellement les services de santé étaient aux USA des biens économiques classiques privés qu'on devait acheter selon la loi de l'offre et de la demande. L'introduction des systèmes de gestion forfaitaire (HMO Health maintenance organisation) montre que des contrats privés obtenus à priori s'y substituent progressivement. L'accessibilité n'est plus alors un concept découvert lors d'un épisode de maladie mais déterminé à l'avance par le type de contrat et les droits qui lui sont inhérents. On a alors l'obligation de souscrire un contrat d'assurance qui donne droit à l'utilisation d'un certain nombre de services en des lieux définis (réseaux coordonnés) qui constituent une vision des services couplées à l'économie de l'assurance et des contrats. Dans ce cadre l'accessibilité est alors d'abord l'accessibilité à ces contrats (capacité de payer, éligibilité), avant d'être un problème d'accessibilité géographique au réseau de services offert par ce contrat qui est en général limité dans l'espace (limites légales du contrat, rationnement).

Paragraphe 2 : Revue empirique

Les articles de politique sanitaire font plus souvent référence à la géographie de la santé pour traiter de l'allocation territoriale des ressources budgétaires pour rétablir l'égalité devant les soins. Les inégalités géographiques d'offre (et donc leur accessibilité) et de besoins y sont perçues comme des héritages historiques du passé bien que de nombreuses mentions soient faites sur la persistance de ces inégalités de traitement après leur identification. Le type de traitement médical reçu dépendrait donc aussi du lieu de vie (citant **Klein**) signant là la nature très géographique de l'accès aux soins, même si des facteurs de disparités tels que l'âge le sexe et la classe sociale apparaissent plus fréquemment cités. Par ailleurs on note la mention aux flux de patients entre régions (flux transfrontaliers au sens inter-région administratives) qui signent une attractivité et une désaffection de certains centres par rapport à d'autres signant là la valeur relative affectée à des lieux différents et la polarisation des territoires de santé. Quand les dépenses par tête d'habitant (utilisation du système) et les ressources sanitaires (capacité du système) sont cartographiées aux échelles choisies, les auteurs montrent des disparités importantes et orientent leurs conclusions sur la relation problématique entre égalité de ressources et équité d'accès au traitement vis à vis de la maladie. On doit noter une différence de traitement de la notion d'accès associée au fait de recourir (variable binaire : décision d'aller au centre ou non très liée à la distance et proche de la vraie accessibilité potentielle) et de la notion d'accès associée à la fréquence d'utilisation d'un centre de soins (nombre d'accès dans une période donnée peu associée à la distance). Ces variables ne se comporteraient pas identiquement par rapport à la distance entre lieu de vie et lieu de service (l'accessibilité géographique). Des problèmes de spécification de la notion de distance apparaissent biaiser les conclusions de certaines études établies par des non géographes (l'utilisation de variables d'accès pertinentes en distance-temps n'étant pas si fréquente par rapport à la distance géométrique pure) . Ainsi la variable distance peut se comporter comme une variable à seuil (peu d'effet sur l'accès sous un certain seuil puis établissement d'une relation non linéaire à partir de ce seuil, (**Haynes cité par Powell**). On y montre l'existence d'un seuil de 200 milles quand on doit passer une nuit sur le lieu des soins ce qui correspond à l'utilisation par un habitant de la campagne d'une structure de soin spécialisée à la ville et oppose donc les habitants des villes et des campagnes. Globalement l'auteur insiste sur les interactions nombreuses entre les variables (âge, groupe CSP, revenu et usage des transports, lieu d'habitation et classes sociales le constituant) ce qui peut nécessiter dans les recherches sur le déterminisme de l'accès aux soins l'utilisation des

modèles hiérarchiques et économétriques sur variables dichotomiques ou discrètes pour expliquer les seuils et niveaux de recours (modèles de régression Tobit à seuils de comportements).

A l'opposé **Powell** montre que les articles de géographes de la santé étudiés même s'ils diffèrent des disciplines précitées par la fréquence de leurs citations (de 11 à 20%) restent pauvres en termes de circulation des concepts de la géographie de la santé. Les mots qu'ils véhiculent sont alors : accès, accessibilité, disponibilité, distance, région, mobilité. L'identification d'inégalités de recours, d'accessibilité, et d'accès en un lieu donné par rapport à d'autres lieux de référence (comparaison à des échelles spatiales variées macro et micro et par rapport à une norme par exemple nationale) nécessiterait pourtant un regard plus aiguisé sur tous les facteurs de ces inégalités. Ces facteurs peuvent être étudiés à partir des territoires et de leurs caractéristiques physiques (difficultés d'accessibilité dues au relief) ou socio-économiques (existence de frontières spatiales entre des communautés, entre un groupe social et un service). Ainsi l'identification spatiale d'un groupe ayant une faible propension à utiliser des services de santé et vivant en un lieu commun donné (regroupement spatial démontrant une concentration spatiale et une marginalité sociale à la fois) est une clé de la réduction des inégalités devant l'accès aux soins. La prise en compte de la valeur et des caractéristiques des territoires de vie devrait être mieux assumée par des disciplines non géographiques.

Powell prêche pour l'interdisciplinarité synergique entre disciplines abordant l'accessibilité et l'accès aux soins plutôt que la multidisciplinarité additive. Il propose de renforcer les travaux sur les consommations médicales (utilisation du système de santé, déterminisme explicatif) plutôt que les études sur les ressources (capacité du système de santé, desserte, densité médicales) afin de mieux traduire les inégalités de traitement et de travailler plus sur les besoins individuels qui traduiront mieux la dimension opérationnelle (tournée vers l'action) de l'accessibilité et de la notion d'équité à terme. Enfin il réaffirme la nécessité d'intégrer la variable distance mais sous une spécification de coût de déplacement, proche des notions de coûts de transaction des économistes institutionnels. Dans ce cadre les études devraient aussi privilégier la notion d'accessibilité en cas d'urgence là où le résultat (bénéfice médical) est très sensiblement influencé par la rapidité d'intervention.

Les indicateurs d'accessibilité peuvent être calculés selon plusieurs points de vue (client, offreur) qui traduisent en fait l'orientation stratégique et tactique des études et leurs

objectifs. Les indicateurs d'accessibilité servent souvent à objectiver des politiques d'aménagement. La priorité peut être donnée au point de vue de l'offreur (le service hospitalier) qui établit son aire d'influence vis à vis de la population résidente à moins de $X=10$ km de son lieu d'implantation (aire circulaire représentée par la fonction tampon dans le SIG), cette démarche élargie à tout le territoire des offres détermine une zone couverte et une zone exclue. Ainsi on peut aussi rechercher le point de service le plus proche à partir de tous les points de résidence d'une population dans un territoire (localisation simulée en semis de points ou réelle). On attribut à chaque point le centre de soin le plus proche (distance temps ou géométrique, cela change le résultat) et on aboutit à définir une zone de proximité autour des ressources. Le point de vue de l'offre permet de répondre à des problèmes d'allocation de ressources (budget, main d'œuvre, intervention, plan d'assurance) en fonction d'une population cible qu'on identifie par la carte construite et établit aussi une carte d'accessibilité. On peut en complément se positionner du point de vue des demandeurs (dans un territoire) considérés selon leur localisation de résidence (travail) en tant que ménage isolé ou dans un habitat regroupé (centre d'un village) et dans leur rapport d'accès à un centre du système de soin, établi par le biais d'un réseau et d'un moyen de transport (enquêtes sur les moyens de se déplacer). La perspective est alors par exemple de déterminer la distance au service le plus proche, le nombre de services en deçà d'une certaine distance, le degré d'intégration du lieu de résidence vis à vis de nombreux services économiques et sociaux (vision plus globale). Le point de vue potentiel du patient intéresse aussi car il permet éventuellement de reproduire (modéliser) son arbitrage dans le choix de son lieu de service, ou de son lieu d'habitation (étant donnée une situation d'offre de soins comme attribut des aménités du lieu), pour statuer sur l'existence d'inégalités d'accès aux soins dans différents territoire de vie (bassins de vie) et pour un contexte de comportement donné.

La desserte est une mesure (**Picheral H. 2001**) de la répartition spatiale (mesurée dans un territoire donné) du corps médical (offre) par rapport à une demande potentielle. C'est un indicateur qui intègre la notion d'accessibilité dans la mesure où l'on y associe l'offre et la demande dans une zone donnée (une unité d'offre par quantité de population à servir, par exemple un médecin pour 500 habitants). On trouve ainsi des cartes de desserte qui expriment les équilibres (et donc aussi les inégalités) entre les ressources sanitaires qui encadrent une population à servir et ce dans une région découpée en territoires que l'on compare. On peut l'associer à la notion de couverture qui évalue la partie de la population qui profite de

l'existence d'un service (% d'une population desservie par une ressource sanitaire, % de communes équipées d'un service).

La distance (ou du coût de transport) vers le service le plus proche j qui est considérée comme un indicateur d'équité (la distribution de cette variable et son étendue signale ou non des différences importantes sur un territoire donné). L'équité est réalisée si les personnes vivent toutes à la même distance d'un lieu de service ou sous un seuil de distance. La cartographie après discrétisation de cette variable montre les hiérarchies spatiales. d est calculée entre les lieux i (point de vue et lieu qui dans notre exemple est le patient) et j (service cible) et peut correspondre à une distance géométrique ou toute distance - temps - coût. Pour le calcul de temps de distance on fait alors souvent des hypothèses sur les moyens de transport utilisés par les populations, hypothèses qu'il faut légitimer (enquêtes), à défaut il faut procéder à des analyses de sensibilité. On peut aussi concevoir de s'intéresser à une population particulière (marginale et cible d'un certain programme) à laquelle on attribue des besoins particuliers sur le plan médical en étudiant sa distance au service répondant à cette demande spécifique (planning familial et femmes d'une certaine tranche d'âge). $E_i = mn_j(d_{ij})$

La revue de la littérature nous a permis de prendre connaissance des différentes pratiques thérapeutiques en cours en Afrique subsaharienne et des conditions de leur mise en œuvre. On a pu également identifier à partir des études menées sur l'accès aux soins les variables qui seront prises en compte dans notre étude : la taille du ménage, l'activité du chef ménage, la couverture mutualiste, la qualité du personnel, le coût des médicaments, le coût des soins, niveau d'instruction, méthode de traitement, revenu et la dépense des soins.

A la lumière des facteurs les plus récurrents dans la littérature, nous dressons la liste suivant des facteurs expliquant la fréquentation des services de santé.

Quelques facteurs expliquant la fréquentation des services de santé au niveau des ménages :

Niveau Ménage	<ul style="list-style-type: none">- Age du chef de ménage- le sexe- la Distance-le temps- coût des médicaments-coût de service rendu-qualité de l'accueil- dépenses de santé-prise en charge
---------------	--

Source : Revue de littérature

CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS

Pour atteindre les objectifs visés par la présente recherche, il est nécessaire d'adopter une méthodologie appropriée. Elle est le pilier de toute recherche réussie et prend en compte l'ensemble des techniques, méthodes et procédures utilisées pour atteindre le but de la recherche. Elle combine aussi bien les approches qualitatives que quantitatives. La méthodologie adoptée regroupe globalement deux sections : le cadre méthodologique et la méthode d'analyse.

Section 1 : Cadre méthodologique

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude

A- Cadre physique

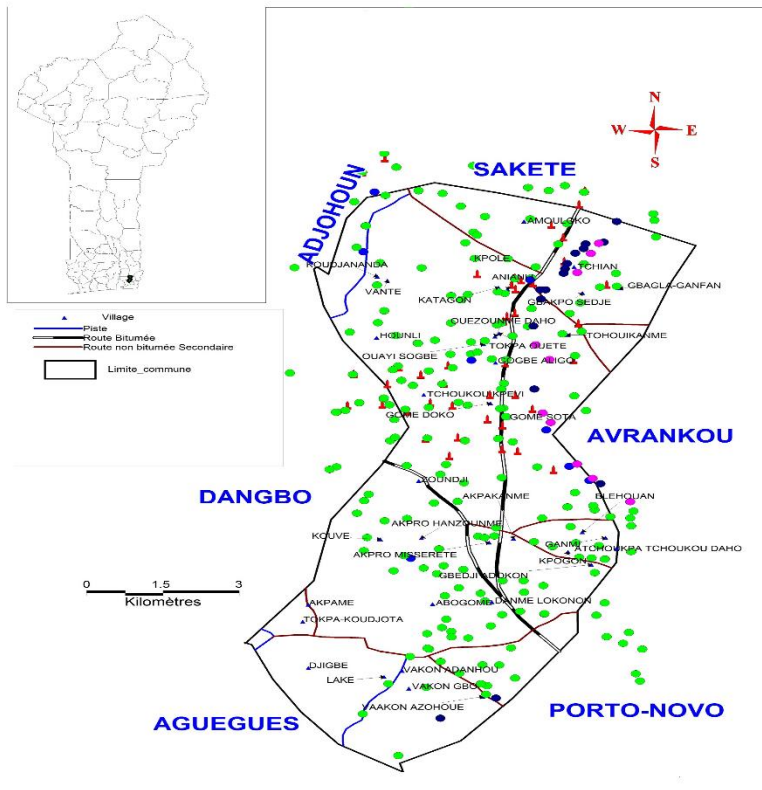
La Commune d'Akpro-Misséréte partage avec le Département de l'Ouémé, un climat subtropical caractérisé par deux saisons de pluie et deux saisons sèches. La grande saison de pluie va de Mars à Juillet et permet une culture de premier cycle, tandis que la petite saison de pluie qui permet une culture de deuxième cycle va de Septembre à Novembre. Au cours des deux saisons de pluie, il est généralement enregistré une pluviométrie annuelle voisine de 1100 à 1300 mm. La Commune est située sur le plateau de Sakété constitué d'un sol de type faiblement ferrallitique appelé terre de barre apte surtout aux cultures de céréales. Dix (10) kilomètres de cours d'eau arrosent la Commune et sont constitués de 04 rivières et de quelques marigots. On note également l'existence de marécages et de bas-fonds propices aux activités piscicoles dans plusieurs arrondissements (Vakon, Katagon, Gomè-Sota et Zoungbome). Le paysage est constitué d'espaces en jachère, d'îlots forestiers, de bas-fonds et de palmeraies naturelles.

B-Situation géographique de la commune d'Akpro-Misséréte

La République du Bénin comporte douze (12) départements dont l'Ouémé. Ce département regroupe en son sein 14 communes dont celle d'Akpro-Misséréte qui fait l'objet de l'étude. Comme l'indique son plan de Développement Communal (PDC) 2005-2009, la commune d'Akpro-Misséréte est limitée au Nord par les communes d'Adjohoun et de Sakété, au Sud par la commune des Aguégus et la municipalité de Porto-Novo, à l'Est par la commune

d'Avrankou, et à l'Ouest par la commune de Dangbo. Située au sud du Bénin, la commune d'Akpro-Misséréte a une superficie de 79 km².

Carte 1 : Localisation de la commune d'Akpro-Misséréte



Source : Monographie d'Akpro-Misséréte, 2014

Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche

A. Méthode de recherche

Dans cette partie nous présentons le type d'étude, les techniques de collecte et d'analyse des données.

❖ Type d'étude

L'étude est transversale et analytique. Par rapport aux objectifs de la recherche, plusieurs techniques quantitatives et qualitatives ont été utilisées.

❖ Population à l'étude

Dans cette étude, notre unité d'échantillonnage est le ménage, l'unité déclarante c'est-à-dire celui qui sera soumis notre questionnaire est l'un des deux parents.

❖ **Critères d'inclusion**

Le questionnaire est administré au centre de santé. Il prend en compte la population résidant dans la zone couverte par le district sanitaire d'Akpro-Misséréte ayant connu un épisode de fièvre présumée palustre durant les deux derniers mois qui ont précédés l'enquête, quel que soit la cause du recours au moment de l'enquête pour mieux orienté nos recherches.

❖ **Echantillonnage**

La taille de l'échantillon retenu pour cette étude est de 150 ménages soit un taux de 0.94%. En effet d'après l'analyse prospective de l'INSAE à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2014 la population de la commune de Akpro-Misséréte est de 127 249 en 2015 dont 85 592 en milieu rural et 41 657 en milieu urbain. Cette commune compte 05 arrondissements dont 01 urbain et 04 ruraux. La taille de cet échantillon a été choisie en tenant compte de nos moyens et du temps dont nous disposons dans le cadre de cette étude. Aussi faut-il ajouter que le milieu rural a été choisi parce que le rapport de l'EDS de 2012 stipule que les situations sont plus inquiétantes dans ces milieux. La méthode des quotas a été utilisée pour répartir l'échantillon de la manière suivante :

Tableau 1 : Répartition des effectifs et de l'échantillon par arrondissement

Arrondissement	Effectif des Ménage en 2016	Fréquence en %	Taille de l'échantillon
Gomè-Sota	2 896	0.18	27
Katagon	3 146	0.20	30
Vakon	7 709	0.48	72
Zoungbomè	2 180	0.14	21
Total	15931	1	150

Source : INSAE, 2014

Soit n' la taille de l'échantillon par arrondissement, n l'effectif de ménage par arrondissement en 2015 et N l'effectif total. Ainsi $n' = (n/N) \times 150$.

B-Recherches documentaires et choix des instruments de recueil de Données.

- Recherches documentaires

Elle concerne beaucoup de structures susceptibles de tenir des éléments d'informations qui nous intéressaient à savoir : le centre de documentation du Ministère de la Santé, la bibliothèque de l'ENAM, l'INSAE, l'internet et personnes ressources. Ce qui nous a aidés à mieux orienter nos instruments de recherche.

- Choix des instruments de recueil des données

Le questionnaire a surtout été utilisé pour mieux recueillir les informations que détiennent les ménages car pour plus de précision l'utilisation de cet instrument est indispensable. Cet instrument est présenté en annexe.

- Pré-test et validation du questionnaire

Le pré-test nous a été utile dans la mesure où il a aidé de manière certaine à reformuler les différents éléments répertoriés dans nos instruments de recherche. De plus, les réponses attendues n'ont été mieux cernés qu'à partir de cette étape. A cette phase le questionnaire a été administré à 10 ménages.

C-Mode d'administration, difficultés et limites de la recherche

L'administration des instruments s'est faite de manière directe. Le principal avantage de cette méthode est qu'il permet d'avoir un contact visuel entre le chercheur et les répondants. Un contact pouvant renseigner sur des facteurs que le questionnaire n'a pas forcément pris en considération. Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel **Cspro** et **Stata**. Les problèmes de disponibilité des sources de données sont aussi un élément à résorber. Les limites ont surtout trait au manque de moyens et de temps qui ne permet pas de viser une cible d'étude plus large.

Section 2 : Méthode d'Analyse

Paragraphe 1 : Formulation du modèle

A. Statistique Descriptive :

Variable quantitative discrète De façon générale à chaque valeur k d'une variable quantitative discrète correspond un effectif, noté par n_k ; il s'agit en fait du nombre des individus pour lesquels on a observé la valeur k. La fréquence f_k de la valeur k, se calcule au moyen de la formule: $f_k = \frac{n_k}{N}$, où n_k désigne l'effectif correspondant à la valeur k et N l'effectif total ; tout comme dans le cas des variables qualitatives, en multipliant les fréquences par 100, on obtient les pourcentages correspondants.

. Variable dépendante

La variable dépendante retenue pour notre étude est la **fréquentation**. Elle est utilisée pour mesurer le niveau de fréquentation des services de santé par la population rurale de la commune d'Akpro-Misséréte.

Variables	Description des variables	Valeur
FREQUENT	Variable représentant la fréquentation	1 si l'individu fréquente ; 0 si non

. Variables indépendantes

Le tableau ci-dessous donne la description de la composition du vecteur des variables explicatives qui ont été retenues pour les besoins de notre analyse.

Tableau 2: Description des variables socioéconomiques et culturels.

Variabes	Description des variables	Valeur
AGE	Age du répondant	1-si (15ans-19ans) 2-si (20ans-24ans) 3-si (25ans-29ans) 4-si (30ans-34ans) 5-si (35ans- 39ans) 6-si (40ans-44ans) 7- si (45ans-49ans)
INSTRUC	Variable catégorielle représentant le niveau d'instruction du répondant	0 si aucun ; 1 si- Primaire ; 2 si Secondaire 3 si Universitaire
REVENU	Variable représentant le niveau de revenu mensuel du ménage	1-Plus pauvre ≤ 30.000 Fcfa 2- Pauvre ($] 30.000 ; 60.000]$ 3-Moyen (≥ 60.000 Fcfa)
ACUEIL	Variable catégorielle représentant la célérité dans l'accueil des patients	1 si accueil rapide ; 0 si non
COUSOI	Variable catégorielle représentant le niveau du coût des soins au centre de santé	1 si coût élevé ; 0 si non
COUTME	Variable catégorielle représentant le niveau du coût des médicaments	1 si coût élevé ; 0 si non
OCCUP	Variable catégorielle indiquant que le chef du ménage a une activité génératrice de revenu	1-Artisan 2-Commerçant 3-Fonctionnaire 4-Cultivateur

A- Analyse descriptive :

Ici notre étude s'est basée sur l'analyse uni-variée qui consiste en la description statistique de chaque variable. L'analyse bi-variée quant à elle, consistera examiné des associations (tableaux croisés) entre chaque variable indépendante et la variable dépendante afin de détecter l'existence de liaison entre les couples de variables. Pour tester l'indépendance de deux variables nous avons utilisé le test usuel de Khi-deux(Khi²) de Pearson

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

avec une statistique de Fisher dont la probabilité qui lui est associée peut être interprétée de la manière suivante :

Lorsque la probabilité associée à la statistique est inférieure au seuil de significativité 10% on rejette l'hypothèse nulle d'indépendance, dans le cas contraire on l'accepte. Ces tests de comparaison de proportion sont basés sur la statistique de Khi-Deux. Il est à noter que le masque de saisie de données d'enquête a été réalisé sous **Cspro**. En outre nous avons procédé à l'analyse uni-varié et bi-varié en utilisant le logiciel **STATA**.

Tableau 3 : Statistiques descriptive

Variable	Modalité	Fréquence	Pourcentage
Fréquentation	Oui	52	34.67
	Non	98	65.33
Sexe du chef Ménage	Masculin	113	75.33
	Féminin	37	24.67
Niveau d'instruction	Aucun	99	66
	Primaire	47	31.33
	Secondaire	4	2.67
Occupation	Artisan	75	50.00
	Commerçant	57	38.00
	Fonctionnaire	7	4.67
	Cultivateur	11	7.33
Distance	Moins de 1 km	16	10.67
	Plus de 1 km	134	89.33
Temps de marche pour se rendre au CSA	Moins de 30 min	10	6.67
	Moins de 1 heure	109	72.67
	Plus d'une	31	20.67
Appréciation de la distance	Proche	9	6.00
	Moyenne	64	42.67
	Longue	77	51.33
Coût des médicaments	Elevé	121	80.67
	Non	29	19.33

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

Coût de service rendu	Elevé	104	69.33
	Non	46	30.67
Appréciation de l'accueil	Rapide	14.67	14.67
	Non	128	85.33
Méthode de traitement	Automédication	96	64.00
	Médecine traditionnelle	38	25.33
	Médecine Moderne	16	10.67
Prise en charge	Fond Propre	136	90.67
	Prise en charge par Etat	7	4.67
	Couv Mutualiste/Assurance	7	4.67
Revenu Mensuel	Plus pauvre (\leq 30.000Fcfa)	28	18.67
	Pauvre ($] 30.000 ; 60.000]$)	105	70
	Moyen (≥ 60.000 Fcfa)	17	11.33

Source : Nos données d'enquêtes

C-Test de Khi2

Après avoir déterminé le seuil de la fréquentation, nous utiliserons le test de Khi2 pour montrer s'il y a un lien entre la fréquentation et les autres variables prises individuellement. La comparaison entre Khi2 calculé et Khi2 théorique va nous permettre de trancher entre les deux hypothèses. La règle est la suivante :

Khi2 Calculé < Khi2 théorique => H0

Khi2 Calculé > Khi2 Théorique => H1

Tableau 4 : Analyse des facteurs explicatifs de la faible fréquentation des services de santé.

Variable dépendante	Variable indépendante	Significativité au seuil de 5%	Significativité au seuil de 10%
Fréquentation	Sexe	Non	Non
	Age	Non	Non
	Nombre d'enfant	Non	Non
	Niveau d'instruction	Non	Non
	Occupation	Oui	Oui
	Distance	Non	Non
	Temps de marche	Oui	Oui
	Appréciation de la distance	Non	Non
	Coût des Médicaments	Non	Oui
	Coût de service rendu	Non	Non
	Accueil	Non	Non
	Méthode de traitement	Oui	Oui
	Dépense	Oui	Oui
	Revenu	Non	Non

Source : Résultat de l'enquête du 04 au 16 juillet en milieu rural de la commune d'Akpro-Misséréte.

Les tableaux de contingence entre la Fréquentation et les variables indépendantes sont Présentés en annexe.

Paragraphe 2 :Analyse des données et interprétation des résultats

Le tableau 3 révèle que 65.33% de la population de la commune d'Akpro-Misséréte ne fréquentent pas les Services de Santé publique. Comment pourra-t-on comprendre que cette zone constitué de brousse, baffons qui génère des moustiques en grande nombre et que la majorité de la population ne fréquente pas les Services de Santé publique ?

On remarque également que malgré les efforts que l'Etat mène en matière de l'éducation 66% de cette population reste alphabète. Le niveau d'instruction faible a conduit la majorité de cette population dont 50% dans l'artisanat et 30% dans le commerce. Par ailleurs le service de santé publique est éloigné des ménages. Soit 89.33% des ménages parcourent 1 km avant d'atteindre les services de santé publique. Du fait que cette zone regorge d'insuffisance de voie d'accès il mène trop de temps pour y rendre dans ses services de santé publique. Soit 73% de la population passe plus de 30 minutes avant d'y rendre. Le niveau de revenu de la majeure partie de cette population étant bas et que se sont ses ménages mêmes qui prennent en charge leur dépenses en santé, 80.67% de la population trouve que le coût des médicaments sont élevés ainsi que le coût des soins soit 85.33 %. Il faut aussi remarquer que 64% de cette population fait automédication et 25.33 % pratique la médecine traditionnelle.

La statistique de Pearson donne le seuil avec lequel on peut rejeter l'hypothèse nulle. L'hypothèse nulle est rejetée si la Probabilité associée à la statistique de χ^2 inférieure 10%. Les variables sociodémographiques et les variables économiques significativement liées au seuil de 10% à la fréquentation sont :

- occupation du chef de ménage
- Temps de marche
- Coût des médicaments
- Méthode de traitement
- Dépense de santé

La fréquentation dépend donc de l'occupation du chef de ménage, temps de marche, coût des médicaments, méthode de traitement et de la dépense en santé.

En outre la majeure partie de la population (88%) sont des artisans et des revendeurs. Ce qui explique leur faible niveau de revenu. Par ailleurs le coût élevé des médicaments empêche de fréquenter les services de santé publique. Le fait de laisser leurs activités et fait au moins 30 minutes de marche avant de se rendre au service de santé publique les décourage. Ainsi ils préfèrent l'automédication et préparer les tisanes (89.33%) parce que pour eux ce n'est pas tous les maladies qu'on amène à l'hôpital. Par exemple les envoutements.

Paragraphe 3 : Discussions, limites et préconisations opérationnelles

A. Discussions

Dans notre étude, la faible fréquentation des services de santé n'est liée ni au niveau d'instruction, ni au sexe, ni à l'âge et au revenu de la personne enquêtée car les résultats du test d'indépendance ne sont pas significatifs pour ces variables précitées. Cependant, elle est liée à l'occupation actuelle de la personne enquêtée en générale parce que le même test donne le résultat suivant : $F= 8,2939$ et $P\# =0,040$; où F représente la statistique de Khi-Deux et $P\#$ la probabilité qui lui est associée.

En réalité l'occupation actuelle n'est que la variable masquée « revenu » de l'enquêté. L'accessibilité aux soins selon Picheral (2001), « c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle. Surtout fonction du distance/temps donc la proximité ou l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est-à-dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion).»

L'auteur fait référence à la dimension géographique et économique de l'accessibilité. Ainsi désigne-t-il l'accessibilité géographique comme la notion de distance-temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours (la notion de desserte bien que l'intégrant est limitée). Concernant l'accessibilité financière ou économique on doit remarquer que plusieurs choix de services sont en général possibles. A chaque nouvelle technologie se positionne une nouvelle problématique d'accessibilité. L'accessibilité dépendra donc de la forme économique et technologique des services de santé. Ainsi nous pouvons en déduire que la faible fréquentation des services de santé en milieu rural est liée à leur revenu. Comme on pouvait s'y attendre, notre étude montre que ces difficultés d'accès financier permanent aux soins de santé sont plus grandes pour les indigents. Avoir un

accès aux soins n'équivaut pas à être capable de les payer par soi-même. Face à la maladie, certains chefs de famille utilisent plusieurs mécanismes : vente de biens, renonciation à d'autres dépenses, prêts, dons, etc. Il faut assurer la gratuité des médicaments ou accorder des subventions. Les focus groups décrivent fort bien ce que vivent les communautés avec les comités de gestion et qui peut se résumer en « pas d'argent, pas de soins, qui que vous soyez ». Le personnel de santé et les membres des comités de gestion privilégient la rentabilité financière au détriment de la prise en charge des indigents.

Pour apporter son appui à la résolution du problème d'accessibilité financière des indigents, l'État béninois consacre depuis 1999 une part spéciale de son budget à la prise en charge des soins de santé des indigents. La stratégie adoptée consiste à doter les centres de santé en médicaments et matériels de première nécessité pour améliorer la prise en charge des premiers soins d'urgence et des cas d'indigence. Mais les difficultés d'identification des indigents et l'esprit de lucre fort présent, ont transformé ces dotations en renforts des stocks habituels ou d'entretien en du clientélisme. Au total, les vrais indigents n'en bénéficient pas réellement.

Des situations semblables sont vécues dans plusieurs pays d'Afrique. Une étude de cas du Kenya montre que les politiques d'exemption ne sont pas nécessairement mises en œuvre. Les aspects liés à la viabilité financière des centres de santé prennent le dessus sur l'exemption de ceux qui sont incapables de payer.

De même, les organisations communautaires (groupements, ONG, organisations religieuses) interviennent très peu dans l'aide. C'est le cas du Bénin où une étude de Weil et al montre que les recours à des systèmes traditionnels d'entraide sont assez rares. Dans quelques cas, surtout pour les accouchements compliqués, on peut avoir recours aux tontines ou à d'autres associations caritatives.

Parmi les personnes enquêtées 4,67 % déclarent avoir une prise en charge par l'Etat ; 4,67 déclarent avoir une couverture mutualiste/assurance permanent aux soins de santé. Donc 90,67 % ne peuvent pas garantir à tout moment les soins de santé aux personnes qu'ils ont à charge, s'ils doivent compter sur leurs propres ressources financières.

Mais comme le suggère Waelkens, il faut considérer avec prudence ce type de résultats issus d'entretiens car ils ne reflètent pas toujours la réalité. Les répondants adaptent leurs réponses en fonction du bénéfice qu'ils attendent de l'entretien ou en fonction de la pression sociale, ce qui n'est pas perçu par celui qui réalise l'entretien. Mais la question du revenu est plus complexe à aborder que ce que nous avons fait ainsi des réserves sont à faire à ce sujet.

Paragraphe 4 : Validation des hypothèses

Agée de 55 ans en moyenne, la population enquêtée constituée de 75.33% de sexe masculin et 24.66% de sexe féminin. Les résultats de l'étude montrent que le niveau de fréquentation varie d'un arrondissement rural à un autre dans la commune d'Akpro-Misséréte. Le test d'indépendance de Khi-Deux nous a permis de vérifier une relation probable entre la non fréquentation des services de santé et quelques variables à savoir :

- appréciation du coût des médicaments.
- occupation
- temps de marche
- méthode de traitement
- dépense de santé

Il ressort de cette analyse que le coût élevé des médicaments et l'automédication sont liés à la non fréquentation des services de santé de la population enquêtée et par ricochet à la faible fréquentation de ces services. En effet la probabilité $p\#$ associée aux statistiques de Khi-Deux du test d'indépendance réalisée à cet effet est significativement inférieure à 0,001. Ainsi nous pouvons conclure que l'hypothèse H1 est validée. Elle stipule que la faible fréquentation des services de santé par la population rurale dans la commune d'Akpro-Misséréte dépend du coût élevé des médicaments et de l'automédication.

La probabilité $p\#$ associée aux statistiques de khi-Deux du test d'indépendance réalisée au niveau du coût de soins et l'accueil montre qu'il n'est pas significative (supérieur à 0,001). Il ressort de cette analyse que le coût de soins et l'accueil ne sont pas liés à la non fréquentation des services de santé de la zone enquêtée c'est-à-dire la faible fréquentation de cette commune dépend pas du coût de soins et de l'accueil. Ainsi nous pouvons conclure que l'hypothèse H2 n'est pas validée.

A. Limite de l'étude

Cette étude présente quelques limites qu'il serait intéressant de souligner. La première limite est liée à la nature transversale des données de l'enquête que nous avons réalisée du 04 au 16 juillet et sur lesquelles se base l'étude. En effet, elles sont mesurées au moment de l'enquête et non au moment où se sont produits les évènements. La deuxième limite

quant à elle est relative au faible pourcentage de l'échantillon (environ 0,94%) et de la distribution des ménages au sein de chaque arrondissement rural de la commune de d'Akpro-Misséréte. Aussi faut-il ajouter les facteurs psychosociaux, économiques et technologiques (estime personnelle, importance apportée à l'opinion d'autrui, revenu réel du chef de ménage, la taille du ménage, technique de traitement, les technologies utilisées etc.) que nous n'avons pris en compte dans cette étude. Ces différentes variables peuvent faire l'objet d'une autre étude à part entière.

B. Préconisations opérationnelles

A la lumière de nos résultats nous formulons les suggestions suivantes :

A l'endroit du conseil communal

- Construire les pistes rurales pouvant desservir certains services de santé d'arrondissements. En effet les centres de santé sont localisés dans la majorité des cas non loin des populations mais les voies d'accès sont presque inexistantes ou non praticables ont déclarées certains enquêtés.

▪ A l'endroit du personnel des services de santé de la commune de d'Akpro-Misséréte.

-Sensibiliser la population sur les comportements à adopter en cas de maladie.

-Sensibiliser la population sur les conséquences de l'automédication et surtout sur l'utilisation des faux médicaments.

CONCLUSION

Dans notre étude que nous avons réalisée du 04 au 16 Juillet 2016 dans les arrondissements ruraux de la commune d'Akpro-Misséréte a pour objectif d'améliorer l'accessibilité et la fréquentation des services de santé. Elle a porté sur un échantillon de 150 ménages. Pour mieux mener cette étude nous-nous somme basé sur les hypothèses suivantes :

H1 : La fréquentation des services de santé par la population rurale dans la Commune d'Akpro –Misséréte dépend du coût élevé des médicaments et de l'automédication.

H2: La fréquentation des soins par la population rurale de la commune d'Akpro- Misséréte dépend du coût de service rendu et de l'accueil.

La première hypothèse a été vérifiée à l'aide d'une analyse de degré d'association suivant la loi de Khi-2 de Pearson avec une statistique de Fisher et révèle que la faible fréquentation des services de santé de ladite commune est due au coût élevé des médicament et de l'automédication.

Quant à la deuxième hypothèse, il ressort de cette analyse que la faible fréquentation des services de santé ne dépend ni du coût de service rendu ni de l'accueil.

De l'analyse des résultats il ressort que les services de santé d'arrondissements ruraux ne sont pas distants de la population et que cette localisation varie d'un arrondissement à un autre. Le coût élevé des médicaments et des soins, l'automédication, le temps de marche, dépense et l'occupation actuelle des chefs de ménages sont des facteurs significativement liés à la faible fréquentation des services de santé. Les variables comme le sexe, l'âge, le revenu et le niveau d'instruction ne sont guère liées à la non-fréquentation, donc à la faible fréquentation de ces services.

A la lueur de nos résultats, quelques suggestions ont été formulées et urge que des actions soient menées dans l'optique d'une amélioration de l'accessibilité et la fréquentation des services de santé de la commune d'Akpro-Misséréte. Ces suggestions peuvent-être résumées en quelques points :

- Subventionner le coût des médicaments en les exonérant des taxes ou adopter une politique de recherches permettant de substituer les médicaments qui ont un coût élevé aux médicaments traditionnels avec l'appui des tradi-thérapeutes, des pharmaciens, des médecins et du conseil scientifique. Cette solution suppose un niveau élevé de recherches dans ces domaines.

-Adopter une politique de subvention collective des dépenses de soins de santé.

Il est impossible que tout le monde tombe malade au même moment, à moins d'un évènement catastrophique. Ainsi cette politique consiste à chaque couche de payer une assurance maladie mensuelle ou annuelle qui permettra de couvrir les dépenses de soins de leurs compatriotes malades. Il en est de même pour chaque personne lorsqu'elle sera malade. C'est en fait ce qu'est le RAMU (Régime d'Assurance Maladie Universelle) que le gouvernement béninois a lancé depuis quelques mois. L'analyse des conditions de mise en œuvre et de réussite d'une politique pareille revient aux experts de l'assurance.

- Promouvoir la médecine traditionnelle en finançant les projets de standardisation et de monitoring des connaissances et techniques ancestrales.
- Promouvoir des emplois pourvoyeur de richesse pour créer de la valeur-ajoutée et ainsi élever le niveau de vie de la population : entrepreneuriat

Ainsi le Bénin pourrait réduire le taux de mortalité de la base couche. De même, il pourrait se rapprocher de l'Objectif du Millénaire pour le Développement, de l'Objectif de Développement Durable et de celui du Bénin-ALAFIA 2025 dans le secteur de la santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

. Rapport

Annuaire Statistiques/ MS , 2009 ,2010,2011,2012,2013,2014,2015

EDS(2012) : Enquête Démographiques de la santé

RGPH4 : Recensement Général de la Population et de l'Habitation

MCA(2012) : Monographie de la commune d'Akpro-Misséré

Rapport OMD 2013 : Evaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement

.Document de politique

Ministère de la prospective, du Développement, de l'évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'action Gouvernementale : Rapport spécial 2010 d'Evaluation de la Mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

.Ouvrage

Doucoure (2000) Econométrie

BOURBONNAIS, R (2015) : Econométrie cours et exercices corrigés, DUNOD, Paris 9^e édition
Larousse : Dictionnaire médical, version 2006

. Document tiré sur internet

ALOKO-N'GUESSAN J., (2014), Le remodelage de l'espace géographique ivoirien et ses paradigmes fondateurs, revue canadienne de géographie tropicale, vol. 1 (2), pp. 1-3

Baudelle G. (2000), Géographie du peuplement. Cours Géographie. 2000: Armand Colin.

Becker, G, S. (1965), "A theory of allocation of time."The Economic Journal,

Becker, G, S. (1964), "Human capital,National Bureau of Economic Research, New York.

Bloom D. E., Cannig D. et Jaypee S. (2001), The effect health on economic growth: theory and evidence, NBE working paper n°8587.

Bocogano A., et al. (200), which coverage for whom? Equity of access to Health insurance in France, 2000, CREDES: Paris.

BONNET P. (2002), Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé, 2002, Université de Montpellier 3- Paul Valéry.

Béresniak A. and DuruG. (1994), Economie de la santé. Abrégés. 1994,Paris: Masson.

Christelle A. (2012), Les collégiennes et étudiantes face au VIH/SIDA au Bénin : connaissances et comportements. Mémoire de Licence en Statistique, Ecole nationale d'économie appliquée et de management à l'Université d'Abomey-Calavi.

Diaw Ngal N. (2004), Les déterminants socio-économiques dans la fréquentation des structures de soins de santé à Mbaou. Mémoire de maîtrise en Démographie, Institut de formation et de recherche en population, développement et santé de reproduction à l'Université Cheik AntaDiopde □ Dakar.

Genau de Lamarlière I. and Staszack J.F (2000), Principes de géographie Economique. Grand Amphi. Géographie. 2000, ROSNY : Bréal.

Lambert D.C. (1985), Lexique d'Economie de la santé. 1985 Paris: Economica

Le Pen C. (1996), Efficacité et Equité en Economie de la santé. Quelques remarques introductives in Journées des Economistes Français de la santé. Economie de la santé et équité. 1996. Dijon: LATEC Groupe de Recherche en Economie de santé et de la protection sociale. Université de Bourgogne. Faculté des sciences Economique de Dijon.

Oumar B.F. (2003), Essai de modélisation d'une stratégie alternative de financement du développement par l'environnement: éléments d'évaluation de l'agenda 21 de Rufisque-Dakar-Mémoire soutenu pour l'obtention du Diplôme □ Supérieur en travail social GSSSES/ENTSS. Décembre 2003

Paul E. (2011), Document des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé: Etude de cas du Bénin., Résumé analytique, Octobre 2011

Picheral H. (2005), Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé ed 2001, Montpellier: Université de Montpellier 3-Paul Valéry R.S. Koukpo, Le droit de la santé au Bénin: état des lieux, Cotonou 2005, Réseaux des chercheurs « Droit de la santé ».

Site internet :

www.acsp.ca

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000572/index.shtml> (accessed 11.5.14).

www.medicindumonde.org

<http://www.who.int> ; fr.OMS ; macroéconomique et santé ; investir dans la santé pour le développement économique, Genève, Suisse, 2007

ANNEXE

Annexe 1: Fiche d'enquête

FICHE D'ENQUÊTE

I. Identification du Ménage

1. Arrondissement :
1-Gomè-Sota ; 2- Katagon ; 3- Vakon ; 4- Zoungbomè
2. Village :
3. N° ménage :
4. Sexe
- 5-Nombre d'enfants dans le ménage

II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. âge
2. Niveau d'instruction
0-Aucun ; 1- Primaire ; 2 - Secondaire et plus
3. Etat matrimonial
1-Marié 2-Non
4. Quelle est votre actuelle occupation
1- Artisanat 2-Commerçant (enregistré ou non au registre de commerce) ;
3- Fonctionnaire ; 4- Cultivateur

III- ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE DE L'ETAT

1. Savez-vous qu'il existe des centres de santé d'arrondissement (CSA) de votre Commune ?
1- Oui 0-Non
2. Avez-vous accès aux services de santé ?
1-Oui 0-Non
3. A quelle distance se situe le centre de santé d'arrondissement (CSA) le plus Proche ?
1- Moins de 1km 2- Plus de 1km
4. Combien de temps de marche faut-il pour se rendre CSA ?
1- Moins de 30 min 2- Moins de 1h 3- Plus
5. Fréquentez-vous les services de santé quand vous tombez malade?
1-Oui 0-Non
6. Quelle appréciation faites-vous de la distance entre votre domicile et ces Centres ?
1- Proche 2- Moyenne 3- Longue
7. Quelle appréciation faites-vous du coût des médicaments ?
1-Elevé 0-Non
8. Quelle appréciation faites-vous du coût de service rendu ?
1- Elevé 0-Non
9. Quelle appréciation faites-vous de l'accueil du personnel ?
1- Accueil rapide 0-Non

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

10. Quelle méthode de traitement adoptez-vous quand vous tombez malade ?

1. Automédication 2. Médecine traditionnelle 3. Médecine moderne

Pourquoi cette méthode de traitement ?

11. Qui assure la prise en charge de vos dépenses en santé ?

1- Fond propre 2- Prise en charge par l'Etat 3- Couverture Mutualise/ Assurance

12. Niveau de revenu

1-Plus pauvre ≤ 30.000 FCFA 2-Pauvre ($] 30.000 ; 60.000]$ 3- Moyen (≥ 60.000 Fcfa)

13. Enumérez cinq (05) principales raisons qui empêchent les gens de se rendre aux services de santé.

1-

2-

3-

4-

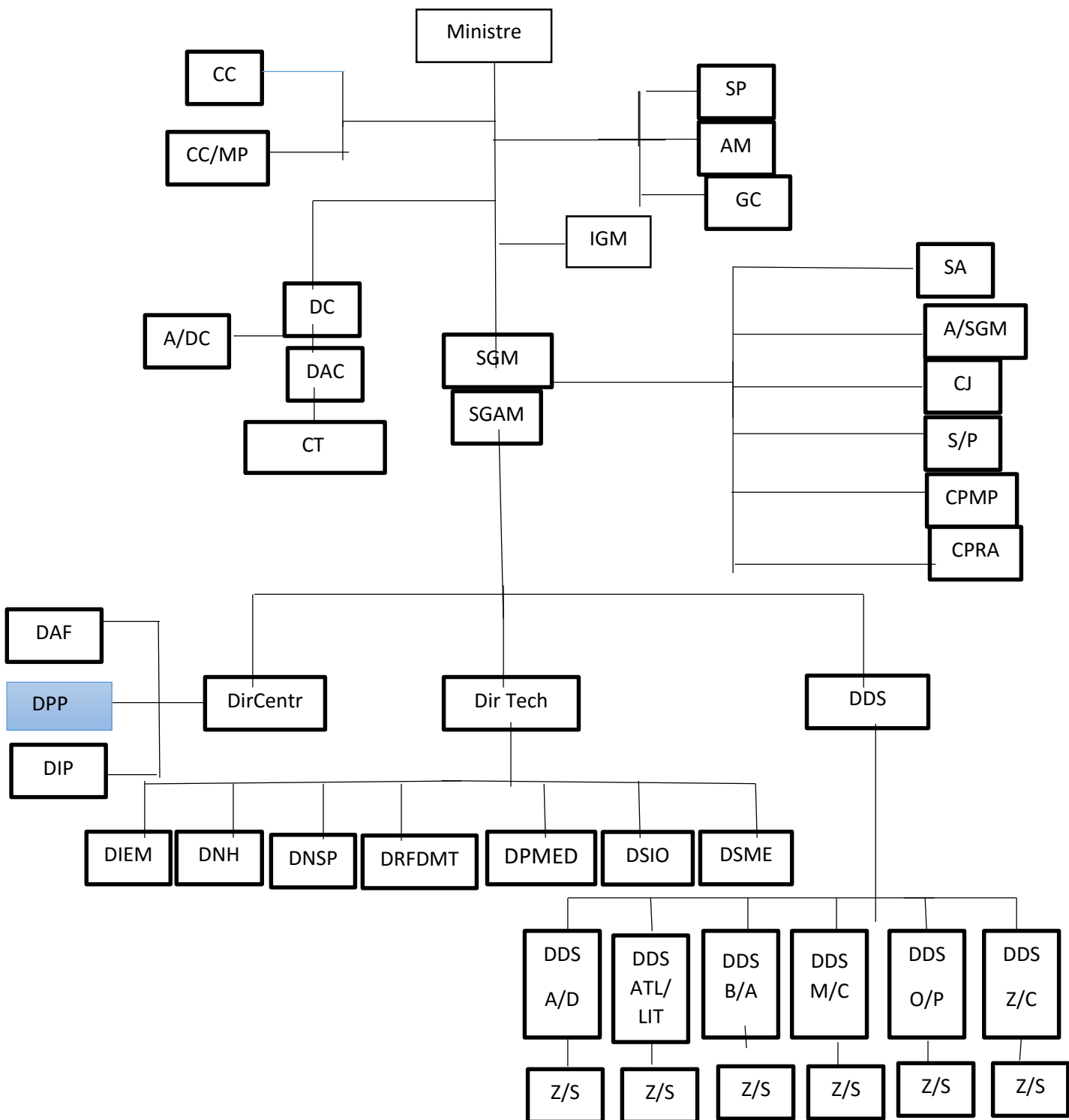
5-

Justification :

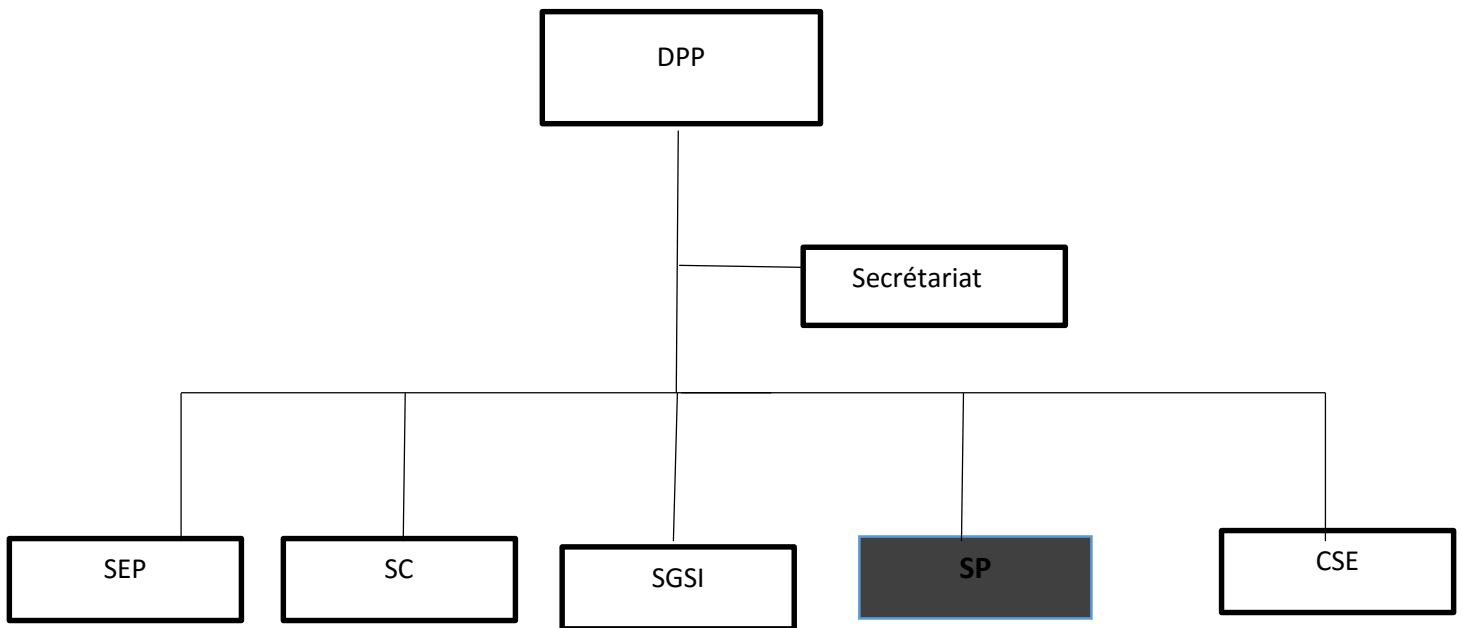
Classification :

IV- SUGGESTIONS :

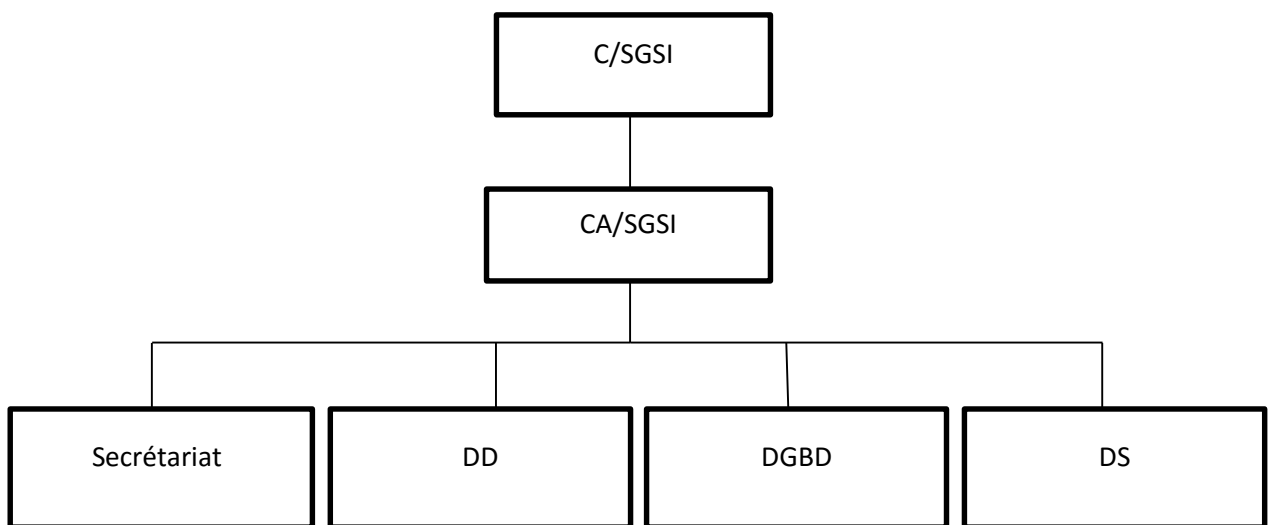
Annexe 2 : Organigramme du Ministère de la Santé (MS)



Annexe 3 : Organigramme du la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)



Annexe 4 : Organigramme du Service de la Programmation (SP)



Annexe 5: Les tableaux de la statistique descriptive

-Tableaux de fréquence des variables dépendantes :

Tableau 1 : Fréquentation

fréquentation	Freq	Percent	Cum
Oui	52	34.67	34.67
Non	98	65.33	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 2 : Sexe

Sexe du chef ménage	Freq.	Percent	cum
Masculin	113	75.33	75.33
Féminin	37	24.67	100.00
Total	150	100.00	

-Tableaux des fréquences des variables Indépendantes :

Tableau 1 : Nombre d'enfant dans le ménage

Nombre d'enfants	Freq	Percent	Cum
1	6	4.00	4.00
2	28	18.67	22.67
3	40	26.67	49.33
4	34	22.67	72.00
5	21	14.00	86
6	14	9.33	95.33
7	4	2.67	98.00
8	2	2.67	989.33
9	1	0.67	100.00

Tableau 2: INSTRUC

Niveau d'Instruction	Freq	Percent	Cum.
Aucun	99	66.00	66.00
Primaire	47	31.33	97.33
Secondaire	4	2.67	100.00
Total	150	100.00	

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

Tableau 3 : OCCUP

Occupation	Freq	Percent	Cum
Artisanat	75	50.00	50.00
Commerçant	57	38	88.00
Fonctionnaire	7	4.67	92.67
Cultivateur	11	7.33	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 4 : Dist

Distance	Freq	Percent	Cum
Moins de 1Km	16	10.67	10.67
Plus de 1km	134	89.33	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 5: Temps

Temps de marche pour se rendre au CSA	Freq	Percent	Cum
Moins de 30 minutes	10	6.67	6.67
Moins de 1Heure	109	72.67	79.33
Plus d'une heure	31	20.67	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 6 : Aprec

Appréciation de la distance	Freq	Percent	Cum
Proche	9	6.00	6.00
Moyenne	64	42.67	48.67
Longue	77	51.33	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 7 :Coutme

Coût des médicaments	Freq	Percent	Cum
Elevé	121	80.67	80.67
Non	29	19.33	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 8: coutsoi

Coût des soins	Freq	Percent	Cum
Elevé	104	69.33	96.33
Non	46	30.67	100.00

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

Total	150	100.00	
-------	-----	--------	--

Tableau 9:Accueil

Appréciation de l'accueil	Freq	Percent	Cum
Rapide	22	14.67	14.67
Non	128	85.33	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 10:Method

Méthode de traitement	Frq	Percent	Cum
Automédication	96	64.00	64.00
Médecine traditionnelle	38	25.33	89.33
Médecine moderne	16	10.67	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 11 :Depen

Prise en charge	Freq	Percent	Cum
Fond Propre	136	90.67	90.67
Prise en charge par l'Etat	7	4.67	95.33
Couv Mutualiste/Assurance	7	4.67	100.00
Total	150	100.00	

Tableau 12:Rev

Revenu mensuel	Freq	Percent	Cum
Plus pauvre (\leq 30.000Fcfa)	28	18.67	18.67
Pauvre ($] 30.000 ; 60.000]$)	105	70.00	88.67
Moyen (\geq 60.000Fcfa)	17	11.33	100.00
Total	150	100.00	

Annexe 6 : TEST DE KHI2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Sexe du chef ménage		Total
	Masculin	Feminin	
OUI	36	16	52
	69.23	30.77	100.00
	31.86	43.24	34.67
NON	77	21	98
	78.57	21.43	100.00
	68.14	56.76	65.33
Total	113	37	150
	75.33	24.67	100.00
	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 1.5951 Pr = 0.207

. tab frequ age, chi2

Frequentez -vous les services de santé ?	Age du chef ménage					Total
	22	25	26	27	28	
OUI	1	1	1	3	3	52
NON	0	0	0	1	2	98
Total	1	1	1	4	5	150

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

Frequentez -vous les services de santé ?	Age du chef menage					Total
	29	30	31	32	33	
OUI	5	1	3	2	4	52
NON	11	4	2	6	16	98
Total	16	5	5	8	20	150

Frequentez -vous les services de santé ?	Age du chef menage					Total
	35	36	37	38	39	
OUI	2	2	0	0	3	52
NON	10	9	2	2	3	98
Total	12	11	2	2	6	150

Frequentez -vous les services de santé ?	Age du chef menage					Total
	40	41	42	43	44	
OUI	1	2	1	4	1	52
NON	4	1	0	2	2	98
Total	5	3	1	6	3	150

Frequentez -vous les services de santé ?	Age du chef menage					Total
	51	52	53	54	55	
OUI	0	1	1	0	0	52
NON	1	2	0	1	1	98
Total	1	3	1	1	1	150

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

Frequentez -vous les services de santé ?	Age du chef menage		Total
	56	60	
OUI	2	0	52
NON	1	1	98
Total	3	1	150

Pearson chi2(31) = 34.4469 Pr = 0.306

. tab frequ enfant, chi2

Frequentez -vous les services de santé ?	Nombre d'enfant dans le menage					Total
	1	2	3	4	5	
OUI	3	12	15	13	6	52
NON	3	16	25	21	15	98
Total	6	28	40	34	21	150

Frequentez -vous les services de santé ?	Nombre d'enfant dans le menage				Total
	6	7	8	9	
OUI	2	0	1	0	52
NON	12	4	1	1	98
Total	14	4	2	1	150

Pearson chi2(8) = 7.5579 Pr = 0.478

ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE

. tab frequ instruc, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Niveau d'instruction			Total
	Aucun	Primaire	Secondair	
OUI	34	18	0	52
	65.38	34.62	0.00	100.00
	34.34	38.30	0.00	34.67
NON	65	29	4	98
	66.33	29.59	4.08	100.00
	65.66	61.70	100.00	65.33
Total	99	47	4	150
	66.00	31.33	2.67	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(2) = 2.4006 Pr = 0.301

. tab frequ occup, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Quelle est votre occupation ?				Total
	Artisanat	commerçan	Fonctionn	Cultivate	
OUI	22	27	2	1	52
	42.31	51.92	3.85	1.92	100.00
	29.33	47.37	28.57	9.09	34.67
NON	53	30	5	10	98
	54.08	30.61	5.10	10.20	100.00
	70.67	52.63	71.43	90.91	65.33
Total	75	57	7	11	150
	50.00	38.00	4.67	7.33	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(3) = 8.2939 Pr = 0.040

ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE

. tab frequ dist, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	A quelle distance se situe le centre de santé CSA?		Total
	Moins de	Plus de 1	
OUI	5 9.62 31.25	47 90.38 35.07	52 100.00 34.67
NON	11 11.22 68.75	87 88.78 64.93	98 100.00 65.33
Total	16 10.67 100.00	134 89.33 100.00	150 100.00 100.00

Pearson chi2(1) = 0.0923 Pr = 0.761

. tab frequ temps, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Combien de temps de marche faut-il pour se rendre au CSA ?			Total
	Moins de	Moins de	Plus d'un	
OUI	4 7.69 40.00	45 86.54 41.28	3 5.77 9.68	52 100.00 34.67
NON	6 6.12 60.00	64 65.31 58.72	28 28.57 90.32	98 100.00 65.33
Total	10 6.67 100.00	109 72.67 100.00	31 20.67 100.00	150 100.00 100.00

Pearson chi2(2) = 10.7804 Pr = 0.005

ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE

. tab frequ aprec, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Quelle appreciation faites vous de la distance entre votre d			Total
	Proche	Moyenne	Longue	
OUI	4	23	25	52
	7.69	44.23	48.08	100.00
	44.44	35.94	32.47	34.67
NON	5	41	52	98
	5.10	41.84	53.06	100.00
	55.56	64.06	67.53	65.33
Total	9	64	77	150
	6.00	42.67	51.33	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(2) = 0.5900 Pr = 0.745

. tab frequ coutme, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Quelle appreciation faites vous du coût des medicaments ?		Total
	Eleve	Non	
OUI	46	6	52
	88.46	11.54	100.00
	38.02	20.69	34.67
NON	75	23	98
	76.53	23.47	100.00
	61.98	79.31	65.33
Total	121	29	150
	80.67	19.33	100.00
	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 3.1009 Pr = 0.078

ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE

. tab frequ coutsoi, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Quelle appreciation faites vous du coût des soins ?		Total
	Eleve	Non	
OUI	37	15	52
	71.15	28.85	100.00
	35.58	32.61	34.67
NON	67	31	98
	68.37	31.63	100.00
	64.42	67.39	65.33
Total	104	46	150
	69.33	30.67	100.00
	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 0.1241 Pr = 0.725

. tab frequ accueil, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Quelle appreciation faites vous de l'accueil du personnel ?		Total
	Rapide	Non	
OUI	7	45	52
	13.46	86.54	100.00
	31.82	35.16	34.67
NON	15	83	98
	15.31	84.69	100.00
	68.18	64.84	65.33
Total	22	128	150
	14.67	85.33	100.00
	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 0.0924 Pr = 0.761

ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE

. tab frequ method, row col chi2

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i> <i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Quelle methode de traitement adoptez vous quand vous tombez			Total
	Automedic	Medecine	Medecine	
OUI	43	3	6	52
	82.69	5.77	11.54	100.00
	44.79	7.89	37.50	34.67
NON	53	35	10	98
	54.08	35.71	10.20	100.00
	55.21	92.11	62.50	65.33
Total	96	38	16	150
	64.00	25.33	10.67	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(2) = 16.4273 Pr = 0.000

. tab frequ rev, row col chi2

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i> <i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Quel est votre niveau de revenu mensuel ?			Total
	Plus pauv	Pauvre (Moyen (p	
OUI	7	37	8	52
	13.46	71.15	15.38	100.00
	25.00	35.24	47.06	34.67
NON	21	68	9	98
	21.43	69.39	9.18	100.00
	75.00	64.76	52.94	65.33
Total	28	105	17	150
	18.67	70.00	11.33	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(2) = 2.3230 Pr = 0.313

ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE

. tab frequ depen, row col chi2

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>
<i>column percentage</i>

Frequentez -vous les services de santé ?	Qui assure la prise en charge de vos dépenses en santé ?			Total
	Fond prop	Prise en	Couvertur	
OUI	52	0	0	52
	100.00	0.00	0.00	100.00
	38.24	0.00	0.00	34.67
NON	84	7	7	98
	85.71	7.14	7.14	100.00
	61.76	100.00	100.00	65.33
Total	136	7	7	150
	90.67	4.67	4.67	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(2) = 8.1933 Pr = 0.017

**ACCESSIBILITE ET FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE EN MILIEU
RURAL : CAS DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE**

Annexe 7 : Monographie de la commune d'Akpro-Misséréte

Tableau: Nouveaux cas et taux de fréquentation des services de santé par tranche d'âge en 2014

	Moins de 5 ans		Plus de 5 ans		Tous âges confondus nv. Cas			Population cible			Txfréq.		
	nv. Cas	Txfréq %	nv. Cas	Txfréq %	Total	Masc	Fém	Total	Masc	Fém	Total	Masc	Fém
Akpro-Misséréte	2914	54,9%	5057	18,1%	7971	3920	4051	33182	15928	17255	24,0%	24,6%	23,5%
Gomè-Sota	630	31,5%	1060	10,1%	1690	808	882	12515	6007	6508	13,5%	13,5%	13,6%
Katagon	1943	67,6%	4227	28,0%	6170	1944	4226	17960	8621	9339	34,4%	22,6%	45,3%
Danto	1058	55,2%	3043	30,2%	4101	1895	2206	11987	5754	6233	34,2%	32,9%	35,4%
Vakon	1345	45,9%	2107	13,7%	3452	1693	1759	18318	8793	9525	18,8%	19,3%	18,5%
Kpanoukpadé	346	32,2%	523	9,3%	869	268	601	6716	3224	3492	12,9%	8,3%	17,2%
Zoungbomè	231	22,2%	479	8,8%	710	229	481	6509	3124	3385	10,9%	7,3%	14,2%
Com Akpro-Misséréte	8467	49,4%	16496	18,3%	24963	10757	14206	107188	51450	55738	23,3%	20,9%	25,5%
ZS-AAA	26151	52,0%	46930	17,8%	73081	32105	40976	314497	150958	163538	23,2%	21,3%	25,1%

Source : INSAE

TABLE DES MATIERES

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE ET THEORIQUE DE L'ETUDE.....	4
SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE STAGE	5
I-CONTEXTE ORGANIQUE	5
PARAGRAPHE 1 : PRESENTATION DES STRUCTURES D'ACCUEIL	5
A. PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE	5
A.1. MISSION ET ATTRIBUTION DU MINISTERE DE LA SANTE.....	5
A.2. ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE.....	6
B. PRESENTATION DE LA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE (DPP)....	7
B.1. ATTRIBUTION DE LA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE (DPP)....	7
B.2. ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE.....	8
C. PRESENTATION DU SERVICE DE LA PROGRAMMATION (SP)	8
C.1. ATTRIBUTION DU SERVICE DE LA PROGRAMMATION (SP).....	8
C.2. ORGANIGRAMME DU SERVICE DE LA PROGRAMMATION	9
II- DEROULEMENT DE STAGE ET CENTRE D'INTERET DU CADRE DE STAGE.....	9
SECTION 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	10
I-PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE	10
PARAGRAPHE 1 : PROBLEMATIQUE.....	10

PARAGRAPHE 2 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	12
A. OBJECTIF GENERAL	12
B. OBJECTIFS SPECIFIQUES	12
C. HYPOTHESES DE RECHERCHE	13
II- REVUE DE LITTERATURE	13
PARAGRAPHE 1 : REVUE THEORIQUE	14
PARAGRAPHE 2 : REVUE EMPIRIQUE	18
CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS	23
SECTION 1 : CADRE METHODOLOGIQUE	24
PARAGRAPHE 1 : CADRE DE L'ETUDE	24
A- Cadre physique	24
B-SITUATION GEOGRAPHIQUE DE LA COMMUNE D'AKPRO-MISSERETE	24
PARAGRAPHE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE	25
A. METHODE DE RECHERCHE	25
B-RECHERCHES DOCUMENTAIRES ET CHOIX DES INSTRUMENTS DE RECUEIL DE DONNEES.	27
SECTION 2 : METHODE D'ANALYSE	28
PARAGRAPHE 1 : FORMULATION DU MODELE	28
A. STATISTIQUE DESCRIPTIVE :	28
PARAGRAPHE 2 :ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS	32
PARAGRAPHE 3 : DISCUSSIONS, LIMITES ET PRECONISATIONS OPERATIONNELLES	34
A. DISCUSSIONS	34

PARAGRAPHE 4 : VALIDATION DES HYPOTHESES.....	36
A. LIMITE DE L'ETUDE.....	36
B. PRECONISATIONS OPERATIONNELLES.....	37
CONCLUSION.....	38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	41
ANNEXE.....	43