



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION
INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE



15^{ème} PROMOTION 2012 - 2013



THEME :

**ANALYSE DES OBSTACLES SOCIO-ECONOMIQUES
A LA DEMANDE DES SOINS DE SANTE CHEZ LES
ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU SENEGAL :
CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE DAHRA**

MEMOIRE

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES
SPECIALISÉES (DESS) EN ECONOMIE DE LA SANTE**

Présenté et soutenu par :

Monsieur DEMBELE Ousmane

Sous la direction de :

Docteur DIAKITE O. Karim

Enseignant associé au CESAG

Décembre 2013

AVANT-PROPOS

L'utilisation des services de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. Durant de nombreuses années, du fait de la précarité des conditions de vie des ménages, une grande partie des enfants Sénégalais n'a pas eu accès aux soins de santé. Cette situation prévaut plus dans les milieux ruraux à l'intérieur du pays.

Améliorer la demande des services de santé chez les enfants, étant une priorité nationale, le gouvernement et ses nombreux autres partenaires du développement ont soutenu d'importants investissements pour construire et équiper des centres de santé de base.

Pourtant, malgré une augmentation du nombre de centres de santé, la demande n'a pas beaucoup variée et les indicateurs de santé infantile demeurent très préoccupants. La tendance actuelle ne permettra pas au Sénégal d'atteindre les objectifs du millénaire. Tant que la population n'utilisera pas davantage les services de soins préventifs et curatifs, il est fort probable que cette tendance ne se modifiera pas significativement. Tenter de se rapprocher des objectifs du millénaire exige des mesures permettant une évolution positive des taux d'utilisation des services de santé.

En réponse à cette préoccupation, cette étude cherche à comprendre pourquoi l'augmentation des investissements de différents partenaires dans le secteur de la santé n'a pas entraîné une amélioration notable des taux d'utilisation. Son objectif est de souligner les facteurs pouvant entraver une meilleure utilisation des services de santé et les mesures à adopter afin d'accroître les taux de fréquentation.

Ce travail s'appuie sur une enquête réalisée auprès des ménages du district de santé de Dahra pour essayer de comprendre les facteurs sur lesquels il serait possible d'agir pour les amener à demander les services de santé pour eux même et pour leurs enfants.

Si la qualité des services est l'une des explications du niveau d'utilisation, cette étude montre aussi l'importance d'un ensemble d'autres facteurs qui devraient être pris en compte pour améliorer la fréquentation des services notamment les caractéristiques socio-économiques des ménages.

Bien que le coût joue un rôle important, ce facteur ne doit pas être surestimé dans l'analyse des conditions d'accès aux services de santé de base. Apporter un soutien financier aux plus

pauvres est crucial pour diminuer les barrières à l'accès. Mais, lorsque les services sont de qualité, la majorité de la population les utilise, même si leur coût est relativement élevé.

De nombreuses recherches ont montré le lien entre l'amélioration de la qualité et l'augmentation de la fréquentation.

Malheureusement, sans véritable amélioration de la qualité dans les services de santé, il se manifeste une augmentation continue du coût de ces services. De plus les services offerts ne répondent pas toujours bien à la demande des populations.

Cette étude décrit la situation du district de santé de Dahra ainsi que les mesures pouvant être adoptées pour améliorer les taux d'utilisation des services.

Les propositions soulignent la responsabilité des décideurs sanitaires sur le besoin d'engager des actions intersectorielles et l'importance de prêter autant d'attention aux facteurs de demande qu'aux facteurs d'offre.

Cette étude ne prétend pas apporter toutes les solutions pour améliorer la fréquentation en particulier, elle ne détaille ni la stratégie d'amélioration de la qualité des soins, ni la recette pour la mobilisation communautaire.

Cependant, elle nous permet de mieux comprendre l'importance des différents facteurs qui ont une influence positive sur la fréquentation et elle apporte des recommandations pratiques pour guider l'ensemble des acteurs intéressés.

La Sénégal a déjà engagé la mise en œuvre de certaines mesures préconisées par cette étude et devrait continuer dans ce chemin. Il serait alors important de suivre les progrès déjà enregistrés et de s'appuyer sur les actions les mieux réussies pour accroître la fréquentation des services de santé de base.

O. DEMBELE

DEDICACE

Ce mémoire est dédié à toutes les personnes qui me sont chères et qui ont œuvré pour mon bien-être. Ces personnes ont toujours trouvé les mots justes pour m'encourager, me soutenir, me conseiller à des moments difficiles. Elles ont tout mis à ma disposition pour ma réussite et mon épanouissement social parce qu'elles ont cru en mes compétences.

Je m'adresse plus particulièrement à :

A mon très cher père, **Mamourou DEMBELE**, pour toute sa confiance placée en nous et pour nous avoir appris le bien fondé de mériter toute chose par le travail et l'effort. Merci Papa pour tous les sacrifices consentis pour nous, puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie afin de profiter du fruit de ta semence.

A ma très chère mère, **Abi TRAORE**, pour nous avoir comblé de son amour et de la tendresse dont elle a su nous témoigner durant toutes les épreuves endurées. Merci « Nan », puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie afin de profiter du fruit de ta semence.

A mes grands frères : **Issa DEMBELE, Amadou DEMBELE, Gaoussou DEMBELE**, vous êtes la lanterne sous laquelle, nous, vos jeunes frères nous marchons, que Dieu vous accorde longue vie et sagesse.

A mes grandes sœurs : **Maminata DEMBELE, Nassara DEMBELE** que Dieu vous bénisse et votre famille.

A mes jeunes frères et sœurs : **Hodou DEMBELE, Mamadou DEMBELE, Adjaratou DEMBELE, Fanta DEMBELE, Ibrahima DEMBELE**, merci pour vos prières et vos encouragements, je prie le Seigneur afin qu'il vous comble de toutes ses bonnes grâces.

Au Dr Cheick Tidiane DIAW et sa famille, merci pour votre générosité légendaire.

Au Dr Adjaratou D. N DIAYE et Au Dr Niane Bisse FALL; pour leurs conseils avisés.

Aux Togolais **Dadja TASSI et Aboubacar ISSA** pour leur grand sens de l'amitié.

Ousmane DEMBELE

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à votre endroit cher **Dr Karim O DIAKITE** pour le crédit que vous m'avez accordé en acceptant la direction de ce mémoire, pour la rigueur consacrée à la réalisation de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude pour vos soutiens et conseils.

Mes remerciements également à l'endroit de tous les enseignants associés du CESAG qui ont contribué à la réussite de cette formation.

Merci à Messieurs **Amani KOFFI** et **El Hadj GUEYE** respectivement Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la santé (ISMS) et chef du département Economie de la Santé du CESAG pour les efforts consentis à la bonne marche de cet institut

Nos remerciements s'adressent aussi au Professeur **Moustapha M. THIAM** pour ses conseils.

Merci au Docteur **Mamadou T. MBAYE**, **Medecin** Chef du district de Dahra et son épouse **Faty NIANG** pour votre hospitalité et pour tous les actes de bienveillance posés à mon égard durant tout le temps que ce stage aura duré.

Merci à l'ensemble du personnel médical et non médical du District sanitaire de Dahra et plus particulièrement à Messieurs **Bassirou NIANG**, superviseur PEV, Point Focal Nutrition et Survie de l'Enfance ; Point Focal de la Surveillance Epidémiologique et **Babacar NDIAYE**, garçon de salle au centre de santé de Dahra pour avoir facilité notre travail d'enquête.

A tous mes amis, en particulier : **Seydou SANOGO**, **Zakaria TRAORE dit Kadet**, **Thomson K. AHOUA**, **Camille K. KOUASSI dit CAMSO**.

Merci à **Christophe Séka AGUIA** et **Joachim Ndri YAO** pour leurs contributions à la réalisation de ce mémoire.

Merci aux ménages de la District de Dahra ainsi qu'à son personnel qui ont permis la réalisation de ce travail en acceptant de répondre volontiers à notre questionnaire en fournissant les données de base pour nos analyse.

Merci enfin à l'ensemble des stagiaires de la 15ème Promotion de l'Institut Supérieur de Management de la Santé pour vos conseils et encouragements, aux membres du groupe UNICEF pour toute l'expérience fructueuse engrangée tout au long des séances de travaux de groupe.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	I
DEDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
TABLE DES MATIERES	V
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	X
LISTE DES TABLEAUX	XII
LISTE DES FIGURES	XIII
LISTE DES GRAPHIQUES	XIII
RESUME	XIV
INTRODUCTION GENERALE	1
I -PROBLEMATIQUE	2
II-OBJECTIF DE L'ETUDE	5
A-Objectif général	5
B-Objectifs spécifiques	5
III-HYPOTHESES	5
IV-JUSTIFICATION ET INTERET DU SUJET	6
A-Justification du sujet	6
B- Intérêt du sujet	6
V- DELIMITATION DU SUJET	7
VI- CANEVAS DE PRESENTATION	7
PREMIERE PARTIE	8
CADRE THEORIQUE ET CONTEXTUEL DE L'ETUDE	8
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU SENEGAL	9
I-SITUATION GEOGRAPHIQUE	9
II-SITUATION ECONOMIQUE	10
III-SITUATION DEMOGRAPHIQUE	11
IV-SITUATION SANITAIRE	11
A-Le personnel	12
B- Les infrastructures	12
V-ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE DU SENEGAL	13
A- L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire	13
B- L'échelon intermédiaire ou régional qui correspond à la région médicale;	13
C- L'échelon central ou national	13

Analyse des obstacles socio-économiques à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans au Sénégal : Cas du district sanitaire de Dahra

VI-GRANDES LIGNES DE LA POLITIQUE DE SANTE DU SENEGAL	14
VII-FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE DU SENEGAL.....	14
VIII- FONCTIONNEMENT DES DISTRICTS DE SANTE AU SENEGAL	15
A-Un réseau de « centres de santé »	15
B -Un hôpital général de référence	15
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	16
I-CLARIFICATION DES CONCEPTS.....	16
A- Le concept de Santé.....	16
B- Le concept de soins de santé	16
C- Le Marché des soins de Santé	16
D-Besoins de soins de santé.....	17
E-Demande de soins de santé	17
F-Offre de soins de santé.....	17
G-Services de soins de santé	17
H-Système de soins de santé	17
I- Le concept de district sanitaire	18
II- CONSIDERATIONS THEORIQUES SUR LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE	18
A-Le modèle néoclassique traditionnel de la demande de soins médicaux	18
B - Le modèle de la demande de santé issu de la théorie du capital humain	19
C-Le modèle de la « demande pure » de soins médicaux.....	20
III- LES ETUDES EMPIRIQUES.....	21
A- Les Obstacles liés à la demande de soins.....	21
1-Les obstacles démographiques	21
2 - Les obstacles économiques	24
3- Les obstacles culturels.....	26
4- Les obstacles psychologiques	29
B -Les obstacles liés à l'offre de soins	31
1 – La disponibilité des services	31
2-L'accessibilité géographique	31
3-Les coûts d'utilisation des services soins	32
4 -La qualité des soins perçus.....	33
5-La concurrence des autres offreurs.	34
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	35
I-CADRE D ETUDE.....	35
A-Cadre spatial.....	35
B-Aspects démographiques	36

C-Aspects communication	37
D-Aspects économiques et culturels.....	37
E- Aspects sanitaires	38
II-TYPE D'ETUDE	39
III-CADRE CONCEPTUEL	39
A-Modèle conceptuel.....	40
B-Variables à analyser	40
1-VARIABLE DÉPENDANTE :.....	40
2-VARIABLES INDÉPENDANTES :.....	41
IV-METHODE DE LA RECHERCHE.....	42
A-Population cible de l'étude	42
B- Echantillonnage	43
C-Taille de l'échantillon.....	43
E-Critères de sélection des enquêtés.....	45
F-Outils et techniques de collectes des données.....	45
G-Pré-test du questionnaire	46
H-Déroulement de l'enquête.....	46
I-Traitement des données	48
J-Analyse et interprétation des données.....	48
K-Considérations éthiques.....	51
L-Difficultés rencontrées et limites de la recherche	51
M-Validité de l'étude.....	52
DEUXIÈME PARTIE	53
PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	53
CHAPITRE 4 : CARACTERISTIQUES DE MENAGES DU DISTRICT SANITAIRE DE DAHRA ET LEURS COMPORTEMENTS FACE AUX MALADIES DES ENFANTS.....	54
I-RESULTATS EN RAPPORT AVEC L'IDENTITE DES ENFANTS ENQUETES.....	54
A-Age des enfants enquêtés	54
B- Sexe des enfants enquêtés	55
C-Environnement familial des enfants enquêtés	55
II-LES RESULTATS EN RAPPORT AVEC LES CARACTERISTIQUES DES MENAGES	56
A- Les résultats selon les facteurs démographiques.....	56
1-Milieu de résidence.....	56
2-Statut matrimonial de la mère.....	56
3-Age des mères.....	57
4-Sexe du chef de ménage	58

Analyse des obstacles socio-économiques à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans au Sénégal : Cas du district sanitaire de Dahra

5-Type de ménage.....	59
6-Taille du ménage.....	60
B- Les résultats selon les facteurs culturels.....	60
1-Appartenance à une mutuelle de santé.....	60
2- Niveau d'instruction de la mère.....	61
3- Milieu de socialisation de la mère.....	62
4-Appartenance ethnique.....	63
C- Les résultats selon les facteurs économiques.....	64
1-Revenu du chef du ménage.....	64
2-Niveau de vie du ménage.....	65
3-Occupation de la mère.....	65
4-Profession du chef de ménage.....	66
D- Les résultats selon les facteurs psychosociaux.....	66
1-Appartenance des parents à une association.....	66
2- Parité atteinte.....	66
III-COMPORTEMENT DES MENAGES FACE A LA MALADIE DE LEURS ENFANT.....	67
A-Morbidité générale chez les enfants de 0 à 5ans.....	67
1-Nombre de ménages ayant eu au moins un enfant de moins de cinq ans malade durant les deux derniers mois précédant l'enquête.....	67
2-Etat de la maladie.....	68
3-Etiologie de la maladie.....	69
4-Enfants malades ayant cherchées les soins dans une structure sanitaire moderne.....	69
5-Signe de la maladie.....	70
B -Choix du secteur et recours aux soins en cas de maladie chez les enfants.....	71
1-Description des alternatives de recours et les raisons motivant ce choix.....	71
2-Les motifs de recours aux différentes alternatives de soins.....	72
C-Dépenses des soins de santé.....	73
1-Dépenses de transport.....	73
2-Dépenses de la consultation (en FCFA).....	73
3-Dépenses des médicaments achetés (en FCFA).....	73
D-Les perceptions des ménages sur les caractéristiques des FOSA.....	74
1-La perception de la distance parcourue.....	74
2-La perception du coût des médicaments.....	75
3-La perception du temps d'attente.....	76
4 - Perception de l'accueil.....	76

Analyse des obstacles socio-économiques à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans au Sénégal : Cas du district sanitaire de Dahra

5-Le mode de paiement des factures des soins dans les FOSA.....	77
6-La perception du coût des soins médicaux.....	78
7-Origine de l'argent pour les soins des enfants.....	79
8-Les desiderata des ménages enquêtés pour l'amélioration des conditions sanitaires.....	80
CHAPITRE 5: RECHERCHE DES OBSTACLES SOCIOECONOMIQUES A LA DEMANDE DE SOINS SANTE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LE DISTRICT DE DAHRA.....	81
I-BASE THÉORIQUE DU MODÈLE : MODELES LOGISTIQUES.....	81
II- ESTIMATION DU MODELE DE DEMANDE DE SOINS DE SANTE.....	83
A- Formalisation théorique du modèle.....	84
B- Etude exploratoire des variables.....	88
C -Calcul des probabilités de la demande des soins de santé moderne chez les enfants de moins de cinq ans.....	90
D-Test de Spécification du modèle.....	92
E -Test d'ajustement global.....	92
III- DISCUSSION DES RESULTATS.....	93
A - Ethnie de la mère.....	93
B- Milieu de socialisation de la mère.....	93
C- Appartenance du ménage à une association.....	94
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION.....	95
CONCLUSION.....	97
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	99
ANNEXES.....	106

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BAD: Banque Africaine de Développement

BIT: Bureau International du Travail

CRDI : Centre de Recherche pour le Développement International

DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

ECD : Equipe Cadre du District

EDS : Enquête Démographique de Santé

FAR : Femmes en Age de Reproduction

FCFA : Franc de la Communauté Française Africaine

FOSA : Formation Sanitaire

GOANA : Grande Offensive Agricole pour la Nourriture en Abondance

IB: Initiative de Bamako

ICP: Infirmier Chef de Poste

IRA : Infection Respiratoires Aigues

MICS: Multiple Indicator Cluster Survey

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire

PED : Pays en Développement

USAID: Agence des USA pour le Développement International

WHO: World Health Organization

RGPH: Recensement General de la Population et de l'Habitat

SPSS: Stastical Package for Social Science

SNIS : Système National Information Sanitaire

SSP : Soins de Santé Primaire

TBN : Taux Brut de Natalité

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale

UEMOA: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Variables opérationnelles liées à la demande soins	41
Tableau II : Variables opérationnelles liées à l'offre de soins	42
Tableau III : Répartition des ménages de manière proportionnelle à la population de l'aire de Santé.....	44
Tableau IV : Répartition des enfants enquêtés selon leur âge (année révolue)	54
Tableau V : Répartition des enfants enquêtés selon leur sexe	55
Tableau VI : Répartition des enfants selon l'environnement familial	55
Tableau VII : Répartition des mères des enfants enquêtés selon leur statut matrimonial	57
Tableau VIII : Répartition des mères des enfants enquêtés par selon la tranche d'âge	58
Tableau IX : Répartition des ménages selon la taille	60
Tableau X : Répartition des mères des enfants enquêtés selon le niveau scolaire	62
Tableau XI : Répartition des mères des enfants enquêtés selon l'ethnie	63
Tableau XII : Répartition des ménages selon la tranche du revenu	64
Tableau XIII : Répartition des ménages selon le niveau de vie.	65
Tableau XIV : Répartition des enfants de moins de cinq ans selon leur état morbide durant les deux derniers mois ayant précédé l'enquête.	68
Tableau XV : Répartition des enfants de moins de cinq ans selon la sévérité de la maladie .	69
Tableau XVI : Répartition des ménages selon leur perception de l'étiologie de la maladie.....	69
Tableau XVII : Ménages ayant recouru aux soins modernes en première intention	70
Tableau XVIII : Signe de la maladie	71
Tableau XIX : Estimation des dépenses des médicaments par les ménages	
Sanitaires	74
Tableau XX : Estimation des paramètres	90
Tableau XXI : Test de Spécification du modèle	92
Tableau XXII : Test d'ajustement global du modèle.....	92

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte du Sénégal 9

Figure 2 : Carte du district de Dahra 36

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des ménages selon le milieu de résidence 56

Graphique 2 : Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage 59

Graphique 3 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon le type de mariage 59

Graphique 4 : Répartition des ménages selon leur affiliation à une mutuelle 61

Graphique 5 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon le milieu de socialisation 62

Graphique 6 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon l'occupation 65

Graphique 7 : Répartition des ménages selon l'appartenance à une association 66

Graphique 8 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon la parité 67

Graphique 9 : Les alternatives de recours aux soins pour les enfants 72

Graphique 10 : Perception de la distance parcourue par les ménages 75

Graphique 11 : Perception des prix de médicaments 75

Graphique 12 : Perception du temps d'attente par les ménages 76

Graphique 13 : Perception de la distance parcourue par les ménages 77

Graphique 14 : Mode de paiement des factures des soins dans les FOSA 78

Graphique 15 : Perception du coût des soins médicaux par les ménages 79

RESUME

La situation de crise économique qu'a connue le Sénégal a eu des effets sur la vie socio-économique des populations. En effet elles éprouvent des difficultés à subvenir aux besoins de première nécessité, notamment l'accès aux SSP. On assiste alors à une sous-utilisation des services de santé par les populations bénéficiaires à travers le pays et plus particulièrement, dans le district sanitaire de Dahra.

Pour mieux répondre aux besoins réels de la population et permettre aux décideurs du secteur de la santé d'avoir des données fiables sur les déterminants de la demande des services de santé dans cette partie du pays, nous avons mené une étude auprès des ménages du district sanitaire de Dahra.

L'objectif de cette étude était d'identifier les obstacles socioéconomiques à la demande des services de santé chez les enfants de moins de cinq ans, afin de proposer les axes d'amélioration à apporter au système de santé pour mieux répondre à la demande et satisfaire les besoins des couches sociales les plus vulnérables.

Pour y parvenir, une enquête a été menée sur un échantillon de 130 ménages du district sanitaire de Dahra répartis dans 8 aires de santé sur les 16 que compte le district sanitaire de Dahra.

Parmi les 130 ménages enquêtés, 90 ont déclaré avoir eu au moins un cas de maladie pendant les deux derniers mois précédant l'enquête chez un enfant de moins de cinq ans. C'est sur les 90 enfants qu'une régression logistique a été effectuée pour établir un modèle de demande des soins de santé dans le district sanitaire de Dahra. Il ressort de cette étude que le principal motif de choix d'une structure de santé c'est la proximité du centre de santé des ménages tandis que les raisons financières constituent le principal motif de renoncement aux soins de santé.

Les revenus mensuels des ménages sont extrêmement bas. 82,30% des ménages enquêtés ont un revenu mensuel inférieur à 50 000 FCFA. Ce revenu est estimé en moyenne à 49 230,77 FCFA par mois, soit un revenu moyen par habitant par jour de 1641 FCFA.

Les résultats des analyses économétriques présentés dans le cadre de cette étude relèvent que l'appartenance ethnique de la mère, le milieu de socialisation de la mère et, l'appartenance des parents à une association communautaire sont significatifs pour expliquer la demande des services de santé chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de Dahra.

INTRODUCTION GENERALE

La demande des services de santé renvoie de façon générale à la compatibilité entre le coût et la qualité des prestations sanitaires, d'une part, et le pouvoir d'achat des populations, d'autre part. Au Sénégal, cette demande demeure restrictive notamment pour les populations à faibles revenus exerçant des activités économiques faiblement rentables.

Le Sénégal a adhéré à l'initiative de Bamako (IB) dès le départ, en 1987. Cette initiative vise à collecter auprès des usagers des services sanitaires, des ressources additionnelles pour financer l'accès aux soins de santé primaire, à améliorer l'efficacité des structures sanitaires et la qualité des prestations. En contrepartie de cette participation financière, la gestion de ces unités de soins est déléguée aux différentes communautés.

Les avantages tirés d'une telle politique sont multiples. Du côté des autorités publiques, elle permet de doter les structures de santé des ressources supplémentaires afin de garantir la qualité des prestations (qualité de l'accueil, disponibilité des médicaments, compétence des ressources humaines, etc.), pour mieux satisfaire les usagers. Un autre avantage est qu'elle permet d'améliorer l'efficacité allocative des dépenses publiques de santé, en orientant les ressources financières « là où les bénéfices sociaux sont plus importants » (**Audibert et al, 2004**).

Du côté des usagers en revanche, l'implication des communautés dans la gestion des centres de soins leur permet d'influer, en particulier, sur le fonctionnement de ceux-ci et, en général, sur le mode de régulation du système de santé national. Le droit de regard et de contrôle garanti aux usagers par l'initiative de Bamako est donc censé rapprocher les rendements social et privé de l'investissement dans les structures sanitaires. Il devrait assurer un fonctionnement efficace des structures de santé, en offrant des services de qualité aux usagers, qu'ils soient clients ou clients-potentiels (**Audibert et al, 2003**).

Pour le cas du Sénégal, même si l'IB a permis d'élargir la couverture sanitaire nationale, de nombreux obstacles contraignent encore l'accès des populations aux soins, notamment les plus vulnérables. En effet, les besoins de soins dépassant le premier niveau restent insatisfaits et les populations rechignent à l'idée de payer pour accéder à des services de soins de moins bonne qualité. Ces comportements réduisent les fréquentations des hôpitaux et autres unités

de soins (**Audibert et al. 2004**) et, toutes choses égales par ailleurs, intensifient les pratiques de santé informelles (traditionnelles, automédication, etc.) et risquées.

La poursuite des réformes institutionnelles allant dans le sens d'un renforcement qualitatif du fonctionnement des structures hospitalières s'impose donc, pour améliorer la satisfaction des usagers, la productivité des investissements et le capital productif des structures de soins (**Rodrick, 2005**).

Par ailleurs, la promotion de l'offre de service de santé à caractère privé par les autorités n'a pas permis non plus la massification attendue de l'accès aux soins par les populations. En effet, le libéralisme économique et les mesures de déréglementation auraient conduit à un inégal accès aux services sociaux de base (**Baumann, 2005**). Les populations, aux pouvoirs économiques et financiers précaires, n'ont pas accès aux soins de qualité.

De plus, l'enlisement de la crise économique au niveau nationale conduit à une dégradation des services sociaux de base à caractère public au profit de services privés dont l'accès est sélectif. Cette situation exige, pour permettre l'essor d'un secteur de santé privé de qualité, des réformes institutionnelles qui mettent en adéquation les incitations privées et les objectifs sociaux, selon **Rodrick**.

Par ailleurs, en dépit de leur développement progressif, les systèmes d'assurance maladie (micro assurance, mutuelles de professionnels du secteur informel) des pays d'Afrique subsahariens participent marginalement au financement de la santé et particulièrement les hospitalisations (**Banque mondiale, 2005**). Au Sénégal, sur une population de près de 10,2 millions, seul 2,87 % bénéficie des services d'assurance maladie. (**Banque mondiale, 2005**).

Face à cette situation, des initiatives se développent du côté des populations, partenaires au développement, institutions de micro-assurance et des organisations non gouvernementales pour aider les plus pauvres à surmonter les obstacles (financiers notamment) liés à l'accès aux soins de santé (**BIT-STEP, 2002, Zett, 2005**).

I -PROBLEMATIQUE

Si les réformes entreprises depuis le milieu des années 1980 (autorisation de la médecine privée, politique sectorielle, décentralisation, etc..) ont contribué à l'accroissement substantiel de l'offre de soins au Sénégal, l'utilisation des services de santé, notamment des structures de soins de premier niveau, qui bien qu'ayant augmenté, reste faible. Elle est passée de 0,16

contact/personne/an à 0,23 entre 1998 et 2003 tandis que la proportion d'accouchements assistés est passée de 29 % à 42 % sur la même période (**Ministère de la santé 2004**).

Cette sous-utilisation a, d'une part contribué à maintenir un état de santé déficient (les quotients de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile sont très élevés).

Au Sénégal, les données sanitaires concernant la santé des enfants nous montrent une santé précaire des enfants ; en effet les dernières statistiques nous révèlent que le quotient de mortalité infantile (0-1 an) est de 47 ‰, le quotient de mortalité infantile (1- 4 ans révolus) est de 26 ‰, le quotient de mortalité infanto juvénile (0- 4 ans révolus) est de 72 ‰. (**Rapport EDS- MICS 2010-2011**).

Au Sénégal, 4 enfants meurent par heure, soient 35 040 décès enregistrés par an. Ces mortalités sont généralement liées à la pneumonie, aux diarrhées et aux complications de grossesse selon le **Dr Aissatou Diop** de la Division de la santé de la reproduction, à l'occasion du lancement du plan national pour la survie de l'enfant pour 2013 et 2015.

Selon les données de l'enquête **MICS-3 de 2011** confirmées par l'**EDS V**, environ un enfant sur trois dort sous une moustiquaire. 35% des enfants de 0 à 59 mois dorment sous une moustiquaire, dont seulement 1,67% sous une moustiquaire imprégnée. L'utilisation est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale (23 contre 13%).

En ce qui concerne les connaissances des signes d'alerte des maladies, les résultats de l'enquête **MICS2 de 2000** ont montré que seulement 30% des mères sénégalaises connaissent au moins deux signes de maladie devant l'amener à consulter d'urgence.

L'utilisation des services de santé pour lutter contre le paludisme est faible, eu égard à l'ampleur de la pandémie. Pire, 58% des cas de paludisme ont été traités dans un service de santé quelconque en 1986, le taux a chuté à 31% en 1992, traduisant semble-t-il une fréquentation moindre des structures de santé par les ménages et le recours croissant à l'automédication.

En termes de recours des mères aux soins en cas d'infection respiratoire de leurs enfants, le Sénégal se situe dans la moyenne de ses voisins d'Afrique de l'Ouest. Avec 38% des mères qui déclarent avoir demandé un traitement auprès d'un service de santé lorsque leurs enfants

souffraient de fièvre et de toux, selon les informations collectées au cours de **l'EDS IV de 2005**

La tendance de la couverture des accouchements assistés est à la hausse sur la période 1986–2005 mais reste critique : 22% d'accouchements assistés en 1986, 47% en 1992 et en 1997 et enfin 52% en 2005.

Les différentes enquêtes disponibles semblent révéler une certaine inertie des femmes sénégalaises face aux symptômes que présentent leurs enfants malades. Ainsi, selon le **MICS2 de 2000**, 64% des femmes considèrent que l'enfant développant la fièvre doit être conduit à un centre de santé.

Les résultats de **l'EDS V de 2011** ont également, montré que 73 % des accouchements se déroulent en milieu sanitaires, suggérant que près de 35 % des accouchements se déroulent encore à domicile et probablement sans aucune assistance.

Dans le cadre de l'engagement du Sénégal pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD4), il est essentiel d'accélérer l'évolution positive des indicateurs de santé pour espérer s'en approcher. Une plus forte fréquentation des services de santé tant pour les activités de prévention que pour les soins curatifs constitue un des facteurs clefs d'une telle évolution.

L'atteinte de cet objectif exige pour ce faire, la connaissance des déterminants de recours aux soins. Pour y arriver, les autorités sanitaires doivent disposer de données nécessaires qui leur permettront de prendre des mesures adéquates. Il s'agit des facteurs qui poussent les populations à utiliser les services de santé modernes ainsi que les différentes barrières rencontrées qui empêchent cette population d'utiliser ces services qui, du reste demeurent sous utilisés dans ce pays.

Relativement à l'OMD 4 visant à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (en le ramenant à 44 pour 1000 naissances vivantes), une tendance significative à la baisse a été notée. En effet, le taux a chuté de 139 ‰ en 1997, à 121‰ en 2005 et à 72 ‰ en 2010-2011. Par ailleurs, bien qu'il y ait eu plusieurs investigations sanitaires dans le pays, les déterminants de la demande des services de santé par les enfants de moins de cinq ans restent très mal connus au Sénégal et plus particulièrement dans le district sanitaire de Dahra.

Il apparaît donc une sous demande des structures de santé à tous les niveaux. Sachant que l'accès et l'utilisation des structures de santé constituent un déterminant clé de l'état de santé de la population, il n'est pas à hésiter que cette sous-utilisation constitue un problème de santé publique qui nécessite une recherche scientifique.

Ainsi, face à de telles difficultés liées essentiellement aux attitudes des ménages, il est nous venu à l'esprit de se poser la question de savoir : **quels sont les obstacles socio-économiques à la demande de soins chez les enfants de moins de cinq ans dans le district sanitaire de Dahra ?**

II-OBJECTIF DE L'ETUDE

A-Objectif général

Notre étude a pour objectif général d'analyser les obstacles socio-économiques à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans en vue, de proposer des solutions permettant de les surmonter, pour assurer aux populations, notamment les plus démunies de meilleures conditions de vie.

B-Objectifs spécifiques

Afin d'atteindre notre objectif général, nous sommes fixés les objectifs spécifiques de :

- Décrire les caractéristiques socio-économiques des ménages et leurs comportements face à la maladie des enfants de moins de cinq(5) ans.
- Identifier les obstacles socio-économiques de la demande de soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans.

III-HYPOTHESES

- La demande des services soins de santé chez les enfants de moins de 5 ans est tributaire de caractéristiques socio - économiques des ménages dont ils sont issus.
- Le milieu de résidence des parents et les caractéristiques des enfants de moins de cinq ans constituent une entrave à l'accès aux soins modernes ceux-ci.

IV-JUSTIFICATION ET INTERET DU SUJET

A-Justification du sujet

L'utilisation adéquate des services de santé est importante pour l'amélioration de la santé des populations, notamment dans les pays en développement où des barrières économiques, physiques et sociales existent.

En effet, l'utilisation des services de santé peut entraîner une amélioration du bien-être et de la santé des populations si les services offerts sont efficaces et efficients et que la population en fasse l'usage rationnel.

Concernant le district sanitaire de Dahra où notre étude est menée, aucune donnée existe sur l'utilisation des services de santé curatifs.

Outre ce qui vient d'être déclaré ci haut, nous voyons que la tendance en rapport avec l'utilisation des services bien qu'augmente, mais à un rythme relativement lent compromettant ainsi les OMD. C'est ainsi qu'il nous a paru utile de mener une enquête dans cette zone en vue de rechercher les différents facteurs qui détermineraient la faible utilisation des services de soins de santé. Il n'est pas exclu que l'on puisse trouver des facteurs autres que ceux trouvés ailleurs à travers le monde ou dans ce même milieu d'étude.

B- Intérêt du sujet

Après avoir ressorti les différents facteurs qui interviennent pour qu'un service des soins de santé soit utilisé ou pas, il sera facile de proposer les stratégies à mettre en œuvre pour permettre une utilisation adéquate de ces services des soins de santé curatifs.

Comme nous aussi, avons eu besoin de recourir à des travaux scientifiques relatifs à notre sujet, ce travail constituera une banque des données aux futurs chercheurs qui nous emboîteront le pas.

Tout cycle d'étude étant sanctionné par un travail scientifique, ce mémoire nous permet d'achever le DESS en Economie de la Santé.

V- DELIMITATION DU SUJET

Tout sujet de recherche doit être situé dans le temps et dans l'espace.

Sur le plan temporaire, notre enquête a été menée au mois d'octobre 2013 période pour laquelle nous nous sommes rendus sur terrain pour administrer notre protocole d'enquête afin de récolter les données. Sur le plan spatial, cette étude s'est réalisée dans quelques aires sanitaires du district sanitaire de Dahra auprès des ménages. Généralement, cette étude porte sur les facteurs déterminants la faible utilisation des structures de santé dans cette zone, mais au sens restreint, nous n'allons aborder que les facteurs relatifs au service des soins de santé curatifs.

VI- CANEVAS DE PRESENTATION

Hormis l'introduction et la conclusion qui sera suivie de quelques recommandations, notre travail s'articulera autour de deux grands axes dont le premier est le cadre théorique et conceptuel de l'étude. Dans cette partie, nous aurons à examiner trois chapitres : La présentation du Sénégal, La revue de la littérature et La méthodologie de l'étude. La deuxième partie concerne la présentation des résultats et la discussion. Ici nous aurons deux chapitres qui sont : Les caractéristiques des ménages du district de Dahra et leurs comportements face aux maladies des enfants et La recherche des obstacles socio-économiques à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de Dahra.

PREMIERE PARTIE

CADRE THEORIQUE ET CONTEXTUEL DE L'ETUDE

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU SENEGAL

I-SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le Sénégal, qui couvre une superficie de 196 722 km², et compris entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne. Il est limité, au nord, par la République Islamique de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l'ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côtes. La Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Ziguinchor.

Figure 1 : Carte du Sénégal



Source : Afrique-Planète-Sénégal, Afrique-Planète.com

Le Sénégal est un pays plat dont l'altitude dépasse rarement 100 mètres. Avec une altitude de 381 mètres, le mont Assirik qui se situe au sud-est du pays, constitue le point le plus élevé.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué par quatre grands fleuves (le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum) et par leurs affluents auxquels s'ajoutent quelques cours

d'eau temporaires. Il faut noter la contribution non moins importante du lac de Guier au nord du pays.

Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm. Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381 mm. A l'instar des autres pays du sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies (**PNDS2009-2018 Sénégal**).

Au niveau administratif, le territoire national est découpé en 14 régions administratives subdivisées en 45 départements. Ces départements comptent 113 communes, 121 arrondissements et 370 communautés rurales.

II-SITUATION ECONOMIQUE

L'économie Sénégalaise fait face à diverses contraintes. Elle est dépendante de la pluviométrie. L'économie est très sensible aux soubresauts de la hausse des prix des produits pétroliers, des produits alimentaires, aux effets de la financière mondiale survenue en 2008.

Afin de lever ces obstacles, le Sénégal a mis en œuvre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP 1 et 2) depuis 2001 (stratégie de croissance accélérée, GOANA, grands travaux, etc.), avec un objectif de taux de croissance de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 pour atteindre les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement).

La mise en place de ces politiques a abouti à des résultats positifs. Ainsi la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,8% en 2002 à 42,6% en 2005(**Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal 2005-2006, Aout 2007**). La croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an entre 2000 et 2006(**PNDS2009-2018 Sénégal**). L'inflation moyenne annuelle sur la période 2000-2006 s'est située à 2%, inférieure à celle des partenaires de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), grâce notamment à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés. Les recettes fiscales ont progressé de 9% en moyenne annuelle sur la même période (**PNDS2009-2018 Sénégal**).

Les dépenses budgétaires ont, quant à elles, évolué en ligne avec les priorités déclinées dans le DSRP, avec notamment mis un accent dans les secteurs sociaux de base (éducation et santé absorbent depuis 2004 plus de 50% du budget de fonctionnement) et les secteurs productifs (DSRP 2).

III-SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population du Sénégal était estimée en 2009 à près de 11 894 343 habitants; soit une densité moyenne de 61 habitants au km². Cette population est très inégalement répartie. Dakar qui occupe 0,3 % de la superficie abrite près de 23 % de cette population. C'est la région la plus densément peuplée avec 4 874 habitants au km². La région de Kédougou est la région qui a la densité la plus faible avec 7 habitants au km² (MSP/SNIS, Carte Sanitaire (2009) p6-7). La population urbaine représente près de 41,5% % de la population totale (DPS, 2005). À l'instar des pays en voie développement le Sénégal est un pays à fécondité élevée. Le Taux Brut de Natalité (TBN) est de 39,3 ‰ et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) est de 176 ‰; le taux d'accroissement naturel au niveau national est de 2,5 %; l'indice synthétique de fécondité calculé pour les femmes de 15 à 49 ans s'établit à 5, 3 enfants par femme (EDS-IV, 2005). La population du Sénégal est extrêmement jeune : plus de 54 % de la population a moins de 20 ans.

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolof (43 %), les Poolar (24 %), les Sérér (15 %), les Diola (5 %) et les Mandingues (4 %).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). On y trouve 4 % de chrétiens et les autres religions (animisme notamment) représentent 2 %.

IV-SITUATION SANITAIRE

Le financement du plan est apparu comme une préoccupation partagée par l'autorité sanitaire et l'ensemble des acteurs. Plusieurs études ont été menées pour trouver les solutions idoines aux différents problèmes de santé. Ainsi, l'ensemble des stratégies développées tendent à accroître les moyens tout en les rationalisant, qu'il s'agisse du développement des ressources humaines, et des infrastructures sanitaires.

A- Le personnel

La situation du personnel de santé a fait l'objet de plusieurs études pour la maîtrise de son effectif réel, de sa répartition en vue du respect des normes de couverture indispensable à l'amélioration de la qualité des services.

Cependant malgré les efforts constatés, la situation est loin d'être satisfaisante comparée aux normes de l'OMS. En 2008, le Sénégal comptait : (**Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire 2008**)

- 1 médecin pour 18 615 habitants,
- 1 infirmier pour 4 183 habitants,
- 1 sage-femme pour 3 946 Femmes en Âge de Reproduction (FAR).

Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé préconise :

- 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants,
- 1 infirmier pour 300 habitants,
- 1 sage-femme pour 300 Femmes en Age de Reproduction (FAR).

B- Les infrastructures

En 2010 le Sénégal comptait 1603 cases de santé fonctionnelles, 76 dispensaires privés, 1195 postes de santé dont 1035 fonctionnels, environ 89 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé, 2 centres de santé psychiatrique qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais des centres de santé spécialisés et 34 hôpitaux dont 2 non fonctionnels.

En 2010, en termes de couverture passive, il y a :

- 1 poste de santé pour 10 094 habitants,
- 1 centre de santé pour 140 637 habitants,
- 1 hôpital pour 368 131 habitants

Alors que les normes de l'OMS sont :

- 1 poste de santé pour 10 000 habitants,
- 1 centre de santé pour 50 000 habitants,

- 1 hôpital pour 150 000 habitants. . (Sources : MSP/SNIS, Annuaire statistique 2010 p30-31)

V-ORGANISATION DU SYSTÈME SANITAIRE DU SENEGAL

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide calquée sur le découpage administratif. Il comprend trois échelons différents : L'échelon central ou national, l'échelon intermédiaire ou départemental et l'échelon périphérique.

A- L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire

C'est l'échelon opérationnel du système national de santé. C'est ici que s'opère l'intégration des ressources pour rendre effective l'action sanitaire aux communautés, aux ménages, et individus à travers diverses activités.

B- L'échelon intermédiaire ou régional qui correspond à la région médicale;

Ce niveau sélectionne et adapte les techniques pour la mise en œuvre de la politique de santé et canalise l'expertise technique vers les districts sanitaires .La région médicale est chargée d'une mission permanente d'information, de coordination technique des structures sanitaires, de synthèse et de gestion administrative du personnel. La structure de dialogue du niveau régionale est le fonds spécial régional pour la promotion de la santé.

C- L'échelon central ou national.

Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. Il conçoit les objectifs et les options stratégiques et veille à : La mobilisation et l'utilisation des ressources ; L'acquisition des techniques traditionnelles et/ou modernes ; L'amélioration de la gestion.

Cette organisation pyramidale du système de santé permet sur le plan administratif, une meilleure coordination des activités des différents niveaux de la hiérarchie sanitaire. Cependant, elle comporte des insuffisances qui peuvent constituer des menaces pour la continuité des soins. (Sources : MSP/SNIS, Annuaire statistique 2010 p24)

VI-GRANDES LIGNES DE LA POLITIQUE DE SANTE DU SENEGAL

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise de janvier 2001 en son article 17 qui réaffirme et renforce la responsabilité de l'Etat et des Collectivités publiques pour l'accès à la santé et au bien-être des populations. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être.

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

VII-FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE DU SENEGAL

Les principales sources de financement de la santé sont l'État, l'aide extérieure, les collectivités locales et les populations. L'État contribue à hauteur de 53 %; les populations participent pour 11%; les collectivités locales pour 6 % et les partenaires pour 30 %.

Le budget que l'État alloue au Ministère de la Santé est une traduction éloquente de son engagement face aux problèmes socio-sanitaires auxquels les populations sont confrontées quotidiennement.

À ce titre, l'OMS recommande aux États de consacrer au moins près de 9 % de leur budget de fonctionnement au Ministère de la Santé. Dans cette optique, depuis 1993, le Sénégal a décidé d'augmenter de 0,5 % la part du secteur de la santé dans le budget national. (EDS- 2005 p-2)

VIII- FONCTIONNEMENT DES DISTRICTS DE SANTE AU SENEGAL

Il est dirigé par un Médecin-chef de District assisté dans ses fonctions par une équipe (Equipe Cadre du District) dans la mise en œuvre des fonctions opérationnelles ou programmes du District. Il comprend deux niveaux d'intervention:

A-Un réseau de « centres de santé »

Il correspond chacun à une subdivision de la zone de santé, « l'aire de santé » (5.000 à 10.000 habitants en milieu rural, 15.000 à 30.000 (habitants en milieu urbain). Le centre de santé a pour mission d'offrir à la population un paquet minimum de soins de santé primaire et doit se trouver à moins de 5 kilomètres soit environ une heure de marche de la population desservie (**arrêté du 12 février 2010 fixant le ressort territorial et la liste des districts sanitaires**). Les communautés bénéficiaires sont fortement impliquées dans leur gestion.

B -Un hôpital général de référence

Il offre un paquet complémentaire des soins pour le district de santé.

Le réseau des structures de prestations de soins est organisé sous forme pyramidale avec, de la base au sommet, des formations sanitaires des niveaux primaires (centres et postes de Santé), secondaires (hôpitaux régionaux) et tertiaires (hôpitaux nationaux).

Chacun des niveaux sert de référence et de soutien pour le niveau immédiatement inférieur.

Les centres et postes de Santé assurent un ensemble d'activités curatives, préventives et promotionnelles appelé Paquet Minimum d'activités (PMA).

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I-CLARIFICATION DES CONCEPTS

A- Le concept de Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social complet et ne consistant pas seulement en une absence de maladie.

Selon **Agbessi Dos-Santos**, la santé est définie de la manière suivante : « Ce n'est pas l'absence de maladie ou d'infirmité, mais une relation équilibrée, dynamique et harmonieuse entre les hommes et le milieu physique et social, c'est-à-dire l'environnement. Elle doit faire l'objet d'une approche globale. Il faut envisager tous les aspects aussi biologiques, psychologiques, économiques que sociaux, à tous les âges de la vie, pour tous les individus, dans tous les milieux.»

B- Le concept de soins de santé

Les soins de santé sont définis comme étant des soins courants dispensés aux patients dans les formations médicales, premier point de contact de la population avec le système de santé. Ils comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle (**Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique ; 2000**)

C- Le Marché des soins de Santé

Lorsqu'on évoque la question du marché des soins de santé, on songerait à un marché où le prix se forme librement. Mais en réalité on est en présence d'une concurrence monopolistique avec différenciation des produits en termes de services offerts.

Le système libéral comporte des limites à savoir : l'inefficacité et l'absence d'équité dans la fourniture des soins de santé (expliquée par les externalités, le fait que ça soit un bien tutélaire, bien public) et l'absence d'un marché efficace de l'assurance maladie. Ce marché n'est pas même juste. Il est caractérisé par des asymétries des informations.

D-Besoins de soins de santé

Le besoin exprime l'écart ou la différence entre un état souhaité et l'état actuel. Dans ce sens, un besoin de soin est ressenti lorsqu'une personne pense que ce soin peut améliorer son bien-être.

E-Demande de soins de santé

La demande de soin est motivée par le besoin de soin. Elle s'adresse au prestataire de soins lorsque la prestation semble accessible. Elle émane des groupes de population, elle peut être plus ou moins exprimée et peut varier en fonction de nombreux paramètres (âge, sexe, etc.). Cette demande peut être différente, des besoins et des difficultés peuvent apparaître (demande de soins curatifs plus que les soins préventifs ou promotionnels par exemple).

F-Offre de soins de santé

L'offre est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé.

Toujours pour les économistes, l'offre d'un bien est la quantité de ce bien que les producteurs ou détenteurs d'un bien sont disposés à vendre ou à échanger sur le marché à un prix déterminé.

G-Services de soins de santé

Les services de santé désignent les services hospitaliers, les services fournis principalement aux patients hospitalisés ou en ambulatoire, sous la direction de médecins ou de personnes qualifiées, dans le but de les guérir ou de stabiliser leur état de santé. Ils désignent aussi d'autres services de santé humaine tels que les services d'ambulances et les services des maisons de santé.

H-Système de soins de santé

Le rapport sur la santé dans le monde de 2000 définit les systèmes de santé comme la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires et dont l'objectif principal est d'améliorer la santé (OMS ; 2000). Il identifie quatre fonctions dont doivent s'acquitter les systèmes de santé: administration générale, financement de la santé, production de ressources humaines et matérielles et prestation de services de santé.

Aucun système de santé au monde n'est identique à un autre. Cependant, la fonction primordiale de tout système de santé plus que l'efficacité est de garantir un accès équitable aux soins à l'ensemble de la population.

I- Le concept de district sanitaire

Le district sanitaire se définit comme un système de santé local ou un sous-système de l'ensemble du système de santé. C'est le niveau le plus décentralisé ou périphérique du système de santé. C'est le centre opérationnel du système de santé au sens où c'est à là que les soins sont produits et délivrés à la population.

Le district de santé est un espace idéal de mise en œuvre des SSP parce qu'il a pour socle une entité administrative au sein de laquelle tous les services (services de l'eau, d'assainissement, d'éducation, de communication, etc.) qui déploient les activités connexes des SSP sont représentés et parce que sa taille (espace, population, nombre de structures à gérer, distances à parcourir, etc.) permet une organisation rationnelle et efficace de la santé.

II- CONSIDERATIONS THEORIQUES SUR LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE

Plusieurs courants de pensée se sont penchés sur la question de la demande de soins médicaux. Parmi eux, trois modèles théoriques ont attiré notre attention :

- *Le modèle néoclassique traditionnel de la demande de soins médicaux ;*
- *Le modèle de la demande de santé issu de la théorie du capital humain ;*
- *Le modèle de la « demande pure » de soins médicaux.*

A-Le modèle néoclassique traditionnel de la demande de soins médicaux

La première approche est fondée sur le comportement de maximisation de l'utilité (*Niveau de satisfaction*) du patient (**J.-P. Newhouse, 1978**).

Sur cette base, un modèle de régression multiple a été élaboré par **R. Andersen et L. Benham (1970)** en utilisant les données fournies par une enquête nationale récoltées dans le sud des Etats-Unis auprès de 2 367 familles comprenant 7 803 individus.

Cette étude pose la fonction de demande de soins médicaux avec les spécifications suivantes: La variable dépendante (D) est représentée soit par un indice de la consommation médicale des ménages en valeur (montant des dépenses incluant les remboursements effectués par l'assurance maladie mais ne tenant pas compte des primes) soit par un indice de la consommation médicale en volume (quantité de biens et services consommés obtenu en pondérant chaque type de service à partir d'une échelle de prix standardisé).

Les variables indépendantes concernant les prix (p), la qualité (q), l'attitude vis-à-vis de la prévention (e), divers facteurs démographiques (d), une mesure de l'état de santé (i) et le revenu du ménage (y).

Soit un modèle à 38 variables, chaque variable indépendante étant subdivisée en plusieurs autres composantes.

L'idée que l'auteur veut véhiculer ici est que les ménages à bas revenu permanent utilisent proportionnellement plus que les autres des biens et services médicaux qui n'entrent pas dans la mesure des dépenses (soins gratuits existence de discrimination par les prix).

Au regard de ces propositions nous remarquons qu'un point focal n'a pas été accordé dans cette demande au volet prévention qui dans le cas de la santé maternelle est indispensable pour faire face aux complications à l'accouchement.

Par ailleurs, les propositions se sont seulement articulées autour d'une analyse de l'élasticité revenu (permanent ou observé) de la demande en occultant le plus souvent les caractéristiques démographiques, la qualité, le temps d'attente et la notion de coût d'opportunité.

B - Le modèle de la demande de santé issu de la théorie du capital humain

Cette seconde approche développée par **M. Crossman** s'inscrit également dans la logique de maximisation de l'utilité du consommateur de soins. Cette utilité est fonction de la consommation totale de services octroyés par le capital santé et de la consommation totale de l'ensemble des autres biens finaux. La maximisation se fera sous les contraintes de temps et de budget. Cette dernière se faisant à partir de l'égalité entre les recettes et les dépenses.

La capacité prédictive du modèle de **Crossman** porte sur le comportement de deux variables dépendantes : H (le stock de capital santé) et M (la demande de soins médicaux). Le modèle a

prévu qu'une hausse du taux de salaire engendrerait aussi une augmentation du stock de santé et de la demande de soins médicaux. Ensuite, une amélioration du niveau d'éducation devrait se traduire par un accroissement du capital santé et une baisse de la demande de soins médicaux si cette dernière est inélastique. Aussi, plus on prend de l'âge plus on devrait observer une détérioration du capital santé et une augmentation de la consommation de soins médicaux dans le cas d'une demande inélastique.

Enfin, une augmentation du prix de soins médicaux devrait engendrer une chute du stock de santé et une baisse de la consommation de soins médicaux.

Ce modèle issu de la théorie du capital humain quoique étant une extension fine, plus qu'un dépassement de la problématique néoclassique, présente des insuffisances :

Il ne spécifie ni le contexte curatif ou préventif, ni le caractère subjectif ou non de l'état de santé du patient. De plus, il laisse entrevoir une incapacité de spécification du comportement des femmes enceintes, des chômeurs, des retraités et particulièrement pour ce qui nous concerne des enfants en matière de santé et de consommation médicale. Il faut aussi souligner la façon trop globalisante d'expliquer la consommation médicale.

C-Le modèle de la « demande pure » de soins médicaux

La dernière approche, celle de la demande pure est fondée sur le comportement du patient qui est supposé rationnel et parfaitement informé de l'emprise décisionnelle du corps médical et des influences de l'offre. Il en ressort un modèle de demande indépendant de l'offre. Trois variables sont expliquées à titre de demande de consommation :

- .Le nombre d'épisode (*"Ensemble de services médicaux dont un patient bénéficie en continuité à la suite de l'initiative qu'il a prise de recourir au système de soins."*) de consommation médicale
- -Le nombre de contacts entre demandeurs et offreurs de soins médicaux
- -La dépense de consommation médicale.

Cette approche de la demande de soins est certes riche en enseignement mais elle n'intègre pas la notion de coût d'opportunité qui est essentielle pour un consommateur rationnel. Ensuite, il serait trop prétentieux de croire que l'offre n'influence pas la demande et d'écarter l'hypothèse de l'asymétrie d'information.

III- LES ETUDES EMPIRIQUES

Différentes méthodes sont employées pour étudier les facteurs susceptibles d'influencer la demande des services de santé. Les liens de causalité entre ces variables et les comportements d'utilisation sont extrapolés à partir des associations empiriques observées. Ces facteurs peuvent être regroupés en deux grands facteurs : les Obstacles inhérents à **la demande de soins** et ceux liés à **l'offre de soins**.

A- Les Obstacles liés à la demande de soins

On trouve au niveau de la demande : les caractéristiques démographiques, les caractéristiques économiques ; les caractéristiques culturelles ; et enfin les caractéristiques psychologiques.

1-Les obstacles démographiques

a- L'âge

Globalement, les jeunes personnes sont plus disposées à recourir au traitement ou aux services de soins que les personnes âgées. Ainsi, les personnes âgées utilisent moins les services de santé parce que leurs ressources financières étaient moindres (**Belcher et al, 1976**) ou qu'elles préféraient avoir recours aux praticiens traditionnels (**Fournier et Haddad, 1995**). Le traitement moderne des personnes âgées coûte plus cher que celui des enfants (**Orubuloye et al. 1991 cité par Akoto, 2002**) alors les familles sont plus disposées à ne payer que les soins des enfants (**Omorodion, 1993 cité par Akoto, 2002**).

En somme, l'âge des malades n'explique les différences de recours thérapeutique que parce qu'entre autres les coûts de soins de santé sont élevés, par l'attitude du personnel de santé et par le poids de la tradition (**Niraula, 1994 cité par Akoto 2002**).

La majorité des malades étant des enfants en bas âge, l'interrogatoire se réduit à la description des symptômes par la mère (**Le Hesran, 2000**).

b - Le sexe

Son rôle ne semble pas faire l'unanimité. Pour certains, il n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau (**Mariko 2003**), pour les autres, les femmes utiliseraient « naturellement » moins les structures de soins alors qu'elles auraient davantage de besoins de santé (**Buor 2004**). Mais, tout dépend de quel type de services qui est analysé.

Les mères ou femmes sont habituellement plus nombreuses dans la population et font l'objet d'une attention particulière dans les stratégies des soins de santé primaires et de protection de la famille (**Fournier et Haddad, 1995**). Pour le cas des enfants, il existe dans certaines sociétés, une discrimination en faveur des garçons (**Gbenyon et Locoh, 1989**) ; chez les adultes, on note que les femmes s'occupent beaucoup plus de la santé des membres de la famille que de leur propre santé (**Akoto, 2002**). Malheureusement, pour des préjugés traditionnels, des contraintes financières et de niveau d'instruction, elles n'ont accès dans certaines régions de l'Afrique qu'à de soins traditionnels plutôt que moderne (**David, 1993 ; Omorodion, 1993 cités par Akoto**).

c - Le statut matrimonial

La structure du ménage, put aussi influencer le recours aux soins des enfants. En effet, le comportement en matière de santé maternelle et infantile du chef du ménage pourra être discriminant selon le statut de la femme dans le ménage. Des études mettent en vedette la relation entre l'état matrimonial et le recours aux soins prénatals. Il ressort clairement de l'étude de **Le Grand et Mbacké (1993)** que les femmes non mariées, en particulier, les adolescentes qui vraisemblablement fréquentaient encore l'école au moment de la grossesse, ont tendance à avoir un suivi prénatal moins fréquent comparativement aux autres femmes. **Zoungrana (1993)** étaye cela en observant que les femmes qui ne sont pas mariées semblent plus désavantagées que les autres femmes. En revanche, dans le cas tchadien, **Assemal (2003)** a remarqué que comparativement aux femmes en union, les femmes « libres » avaient 2,2 fois plus de chances de recourir aux soins prénatals. Il en serait de même pour leurs enfants toutes choses égales par ailleurs.

d- La taille du ménage

Le nombre de personnes vivant dans un ménage influence la demande de soins des membres de ce ménage en général et celle des enfants en particulier. Plusieurs études confirment cette relation entre demande de soins et la taille du ménage.

C'est le cas de celle menée par **Vicky Ilunga** à Kinshasa dans la Zone de Santé de Lemba , en analysant les facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs trouve que « parmi les facteurs sur lesquels il faudra agir pour améliorer l'utilisation des services des soins il y a la taille du ménage.

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

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

e- Le milieu de résidence

Le milieu de résidence des parents influence également la demande des services des soins médicaux des enfants. Plusieurs études réalisées dans les pays en développement tiennent compte du milieu de résidence comme facteur explicatif de la variation différentielle dans le recours des femmes aux soins pendant la grossesse et l'accouchement. L'intérêt que l'on accorde à cette variable découle des inégalités observées entre le milieu urbain et le milieu rural. En général, on observe une forte concentration des infrastructures socio-sanitaires en milieu urbain au détriment du milieu rural. Ainsi, **Rakotondrabe (1996)** estime que grâce à ces infrastructures sanitaires, il est plus facile de mettre en œuvre des mesures de santé publique dans les villes que dans les campagnes (contrôle des épidémies, programme élargi de vaccination, programme de protection maternelle et infantile). Au vu de cette situation inégalitaire, il n'est donc pas surprenant d'observer dans la plupart des travaux, des différences significatives entre les villes et les campagnes concernant la prise en charge médicale de la grossesse. Au Cameroun, **Beninguisse (2001)** a constaté que moins de 70% de femmes y recouraient aux soins pendant la grossesse en milieu rural contre 92% de femmes en milieu urbain. Dans le contexte béninois, **Tollegbé (2004)** a constaté que parmi les femmes ayant effectué au moins une consultation, environ 36% de femmes résidant en milieu rural ont effectué moins de quatre CPN contre 21% environ pour les femmes résidant en milieu urbain. Au Tchad, **Assemal (2003)** a remarqué que la tendance est à une meilleure prise en charge médicale de la grossesse chez les femmes de la ville.

2 - Les obstacles économiques

a- Le revenu du ménage

L'état de santé est influencé aussi bien par les facteurs socio-économiques que par l'état des systèmes des soins de santé existant. Les politiques par la FMI et BM n'ont fait augmenter que le niveau de pauvreté des pays africains en recommandant l'abandon du secteur de la santé

Le recours à la médecine moderne et l'abstention thérapeutique croissent en même temps que l'on change de classe sociale ou que le revenu augmente. **Fournier et Haddad (1995)** rapportent ces constats confirmés par les études de **l'USAID/Kinshasa (1986)** au Zaïre et par **Belcher et al. (1976)** au Ghana et par **Uyanga (1983)** au Nigeria dans l'Etat d'Ogun, **Waddington (1989)** au Ghana et **Fabricant (1991)** en Sierra Leone. Un revenu élevé permet à son détenteur de s'offrir les soins modernes à savoir les frais de transport, de consultation, d'hospitalisation et de médication (**Akoto, 2002**). Tandis que les détenteurs de revenu faible feront recours à la médecine traditionnelle.

Lorsque la femme n'a pas d'autonomie financière, son choix quant au type de recours thérapeutique pour ses enfants est faible. Ainsi, le recours à la médecine moderne sera importante quand ladite décision est prise par un conjoint instruit (**David, 1993**) ; son absence peut favoriser le non recours à la médecine moderne (**Akoto et al. 2002**).

Selon **Hounkpati M(2007)**, dans sa thèse de Doctorat le revenu joue un rôle sur l'utilisation des services des soins« le financement de la santé est reparti de la manière suivante : 11% par des fonds publics, 84% par les ménages et 5% par les aides diverses. A signaler que 72,2% de la population vit avec moins d'un dollar par jour. Les togolais ne consultent pas le médecin immédiatement car ils savent que le prix de la consultation pourra engloutir le budget mensuel de la famille, commenceront par voir un infirmier qui parfois porte le nom seulement, mais qui demandera d'acheter quelques produits»

Selon **l'OMS**, la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé.

b- La profession chef du ménage

Les dépenses de santé étant avant tout liées à l'âge et au sexe, les différences de dépenses moyennes selon la catégorie sociale doivent être étudiées à structures d'âge et de sexe comparables. Cela permet de mettre en évidence un lien étroit entre la consommation individuelle de soins et la catégorie socioprofessionnelles de la personne de référence du ménage. Les dépenses totales de santé sont ainsi les plus élevées pour les personnes issues de

ménages dont la personne de référence est ouvrière non qualifiée (+ 18 % par rapport à la moyenne) alors que les dépenses les plus faibles sont observées dans les catégories sociales les plus favorisées, les cadres et les professions intermédiaires (- 9 % par rapport à la moyenne). Les ouvriers qualifiés (+ 1 %) et les employés (+ 7 %) présentent quant à eux des dépenses de soins légèrement supérieures à la moyenne.

Le renoncement aux soins est par essence lié à la perception d'un besoin de soins qui peut-elle même varier selon le niveau d'éducation ou la catégorie socioprofessionnelle. Ce sont ainsi les agriculteurs qui disent le moins renoncer à des soins pour des raisons financières, en proportion de seulement 4 %, contre 8 % pour les cadres qui renoncent pourtant moins souvent à des soins que les autres catégories sociales. Ces résultats sont confirmés par l'analyse toutes choses égales par ailleurs. Il est probable qu'ils soient en partie liés au fait que les agriculteurs ressentent moins le besoin de soins dentaires ou optiques qui représentent les trois-quarts des renoncements. **(Raynaud D ; 2005)**

c - Activité économique de la mère

La relation entre l'activité économique de la mère et la demande de soins des enfants dépend de la nature et des conditions de travail. Par exemple, quand la femme travaille hors de la maison, l'enfant est le plus souvent confié à d'autres membres de la famille ou à des frères et sœurs. Certains auteurs ont pensé que l'activité économique de la mère réduit le temps nécessaire aux soins de l'enfant. Mais une activité rémunérée de la mère peut constituer une source de revenu supplémentaire pour le ménage ou pour la femme, nécessaire à l'achat des biens et services relatifs aux soins de santé. En effet, l'occupation de la femme peut influencer la mortalité des enfants à travers l'alimentation des jeunes enfants (allaitement, sevrage) ou l'attention et les soins qui leurs sont accordés **(Akoto et Tabutin, 1987, Noumbissi, 1993)**. Dans une étude des **Nations Unies (1985)**, faite sur six pays africains, dans quatre pays sur six, l'activité de la mère semblait plus nuisible à l'enfant que sa non-activité. Mais cela dépendait du type d'activité, puisque les travailleuses familiales présentaient presque partout une nette surmortalité, alors que les mères se déclarant "employées" avaient un gros avantage par rapport aux non-actives ou à celles exerçant d'autres activités **(Nations Unies, 1985 cité par Akoto et Tabutin, 1987)**.

d -Le niveau de vie du ménage

On ne saurait occulter le niveau de vie du ménage dans lequel vit la mère et son enfant pour ce qui concerne la prise de décision de recourir aux soins en général et aux services de soins infantile en particulier. En effet, le niveau de vie du ménage détermine sa capacité de mobilisation des ressources pour la santé de ses membres et ce faisant, la nature et la qualité de leur prise en charge médicale. Pour **Akoto et coll. (2002)**, le constat qui se dégage clairement c'est que le recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication est dicté principalement par les considérations financières et dans une moindre mesure par les croyances étiologiques relatives aux origines et symptômes de la maladie. Cette idée est confortée par les travaux de **Beninguisse (2003)**. Cet auteur affirme bien que « *L'amélioration du niveau de vie se traduit par un recours plus intense à la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement. De même, la détérioration du niveau de vie se traduit par un abandon du système sanitaire moderne au profit du système traditionnel.* ». Pour conclure ce paragraphe nous convenons avec **l'OMS (2000)** que « Le non accès à des services de santé de base est essentiellement lié à la pauvreté qui est la pire des malédictions dont souffre l'humanité ».

3- Les obstacles culturels

a- Le niveau d'instruction

Les comportements en matière de santé dépendent dans une large mesure des connaissances que les individus ont des maladies et des soins administrés. Ces connaissances peuvent provenir de l'éducation reçue, des médias ou des expériences vécues. Ainsi de nombreuses études ont montré une relation entre la santé des enfants et l'éducation de la mère (**Dackam 1993 et Noubissi, 1996**). Toutefois, très peu d'études renseignent sur certains aspects comme la connaissance par la femme de certaines maladies cibles et la prévention contre ces maladies.

De même de nombreuses autres études confirment l'hypothèse de **Kloos (1987 cité par Fournier et Haddad, 1995)**, selon laquelle le recours aux soins de santé augmente à mesure que s'élève le niveau d'éducation des patients. **Caldwell (1979)** avait déjà montré dans une étude au Nigeria les mécanismes par lesquels l'éducation maternelle influence la santé des enfants. Premièrement, les mères deviennent moins fataliste vis-à-vis des maladies en

adoptant plusieurs alternatives thérapeutiques disponibles (...). Deuxièmement une mère éduquée est plus apte à manipuler le monde moderne. Elle est plus sûre d'être comprise par les médecins et les infirmières (...). Troisièmement au-delà des deux raisons précédentes, l'éducation des femmes change grandement l'équilibre traditionnel des relations familiales qui agissent profondément sur les soins de l'enfant. Selon **Akoto (1993)** chez les Yorouba du Nigeria la femme instruite, quelque soit son niveau d'étude, a la possibilité quand son enfant tombe malade, de prendre seule la décision de l'amener à l'hôpital sans se référer à sa belle-mère au préalable.

b- La religion

Définie comme étant « *un système institutionnalisé de croyances, de symboles, de valeurs et de pratiques relatives* » à la divinité (**Akoto, 1993**), la religion a une influence sur le mode de vie de ses adeptes. La religion, comme l'ethnie, joue un rôle capital dans les différences que l'on observe en matière de recours aux soins des mères et de leurs enfants. La littérature à travers des études au Kenya menées par **Boerma et Baya (1990)** et au Nigeria par **Nnani et Kabat (1984)** montrent que les chrétiens sont plus disposés à recourir aux services de soins de santé moderne tandis que les musulmans et les adeptes des autres religions traditionnelles ont plutôt tendance à consulter les praticiens traditionnels

Pour la plupart des auteurs, la religion chrétienne apparaît comme un facteur de changement et d'adaptation ; par conséquent les chrétiens sont plus enclins à utiliser les soins de santé modernes.

c - L'ethnie

L'ethnie à travers les mythes, les croyances, les normes et les valeurs et les pratiques qui en résultent, constitue un facteur à même d'influencer les perceptions, les attitudes et les comportements des mères concernant le recours à la prise en charge médicale de leurs enfants et de leur propre santé.

Des services de santé peuvent exister dans une région sans pour autant qu'ils soient utilisés par les différentes couches de la population à la même enseigne et avec la même intensité. Des recherches qualitatives réalisées en 1995 par le **CRDI** dans les régions rurales du Myanmar (ex-Birmanie), ont révélé que certaines coutumes étaient parfaitement saines, alors que d'autres présentent des risques pour la santé des femmes.

A El Faour en Tunisie, **Clauss (1966)** révèle que certaines ethnies véhiculent les mythes, les croyances, les normes et les valeurs susceptibles d'influencer les comportements des gestantes à ne pas recourir aux soins pendant la grossesse.

D'autres exemples de même nature sont légions. On pourra citer celui de la Bolivie ou une étude menée par le **CRDI (1995)** a conclu que la réticence des femmes indigènes à utiliser les services officiels de type occidental s'expliquait par le fait que certains aspects de ces services étaient contraires à leurs croyances et à leurs pratiques culturelles.

De telles croyances peuvent constituer inévitablement un obstacle à la demande soins des mères et enfants pendant leur épisode morbide.

d- Le milieu de socialisation de la mère

Le milieu de socialisation pendant l'enfance des parents de l'enfant joue un rôle non négligeable en matière de choix thérapeutique. En tant qu'élément de modernité culturelle qui modèle les manières d'agir, de penser et de sentir des hommes, le milieu de socialisation de la mère pendant l'enfance est à même d'influencer positivement ou négativement le recours aux soins pour elle-même et pour son enfant. Selon **Saladiakanda F. (1999)**, plus on est socialisé en milieu urbain, plus on adopte des comportements favorables à un recours de qualité aux soins pendant la grossesse et, ce par l'intermédiaire du personnel médical que l'on consulte. **Beninguisse (2003)**, aborde dans le même sens. Pour lui, le degré d'urbanité ou encore le degré de socialisation urbaine de la femme, qui n'est rien d'autre que l'intensité de son contact avec la ville est susceptible de modifier ses comportements en matière de soins de santé en favorisant l'adoption de comportements nouveaux dits modernes et l'abandon relatif des comportements traditionnels.

e- L'appartenance à une mutuelle

Selon le **rapport de l'OMS** sur la santé dans le monde, il a été constaté que les paiements directs des soins sont généralement le mode de financement le plus dépressif et expose les consommateurs des services de santé à un risque des dépenses catastrophiques. Ainsi, elle recommande aux Etats qui ont un problème d'utilisation des soins de santé d'adopter le système de financement de la santé par prépaiement.

L'impact des assurances et de mutuelles de santé sur l'utilisation des structures de santé a été

prouvé par nombreux chercheurs aussi bien en Afrique que dans le monde. C'est le cas de **Innocent Bayege**, dans son étude sur la contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux soins de santé, il affirme que six ans après le démarrage des mutuelles de santé dans le district de Byumba, l'utilisation des services de santé a doublé passant de 21% en 1999 à 48% en 2003.

De même une enquête faite dans la région de Thiès au Sénégal révèle que les membres des mutuelles bénéficient deux fois plus de soins hospitaliers que les non-membres. Les interviews suggèrent néanmoins qu'il n'y ait pas d'aléa moral (**Jütting et Tine, 2000**).

4- Les obstacles psychologiques

Elles regroupent un ensemble de modélisations dérivant des théories psycho-sociales du comportement. Les perceptions des individus, leurs attitudes, les valeurs et normes sociales sont ici les principaux prédicteurs attendus des comportements de santé.

a- Le réseau social

Le réseau social est un facteur déterminant dans la demande de soins. Il permet d'avoir du soutien moral en cas de sinistre mais surtout d'avoir de l'aide financière et des informations utiles pour une meilleure orientation sanitaire. Les travaux de **Yonkeu et coll (2005)**, confirment le rôle joué par l'entourage du malade dans la gestion de la maladie. En effet, ces auteurs avaient identifié trois niveaux de traitement de la maladie : la cellule familiale, la communauté villageoise et ses environs, ainsi que les centres de santé modernes.

A chaque niveau de cette échelle de traitement correspond un groupe d'acteurs en présence et, bien entendu, une thérapie spécifique et des facteurs qui déterminent le choix du lieu et du mode de traitement de la maladie.

Plusieurs études notamment celles de **Haddad, (1995) ; Audibert, (1999)** ont montrés que le caractère collectif des décisions de santé et des recommandations de l'entourage sont deux facteurs déterminants dans le processus de recours aux services de santé. Par exemple en cas de manque de ressources économiques, le ménage peut mobiliser ses ressources sociales (grâce à son réseau social), à travers l'entraide (don, emprunt, conseils).

b- La parité

Selon **Zoungrana (1993)**, la plupart des études ont révélé une relation inverse et linéaire entre la parité et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Ce résultat conforte celui de **Diallo. B. et collègues (1999)** qui a abouti pour le cas de la Guinée à la conclusion qu'en Basse Guinée et en Guinée forestière respectivement 65,48 % et 55,88 % *des multipares (2 à 4 enfants) et les grandes multipares (5 enfants ou plus) accouchent à domicile contre respectivement 13,09 % et 25,00 % pour les primipares. L'habitude et l'expérience acquises lors des accouchements antérieurs semblent les pousser à se passer des structures sanitaires..* En effet, les femmes ayant peu d'expérience gésésique peuvent être, toutes choses égales par ailleurs, en général plus enclins à rechercher une assistance médicale.

e-Le type et la sévérité des affections.

Pour la population, certaines affections ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle, la médecine moderne étant impuissante dans ces cas (**Nzapeyeke 2002 ; Touré 2002**).

On sait par ailleurs que les déterminants de l'utilisation des services de santé, notamment des soins curatifs sont liés à la représentation populaire de la maladie et à leurs causes. Le type de maladie déterminera le type de services qu'on utilisera. Selon **Fainsang (1986)**, la logique de la conception de la maladie est déterminante pour le choix d'un système de soins et de schéma thérapeutique. Dans son étude sur « la promotion de la santé et les itinéraires thérapeutiques », **Vital (1999)**, trouve que le choix est déterminé par divers facteurs dont les plus cités sont :

le rôle joué par l'entourage dans la gestion de la maladie, le modèle explicatif de la maladie (naturelle et surnaturelle) ; et la gravité de la maladie.

Selon que la maladie est perçue comme d'origine naturelle ou surnaturelle, elle est traitée dans le premier cas par la médecine moderne et dans le second par la médecine traditionnelle. Au Mali une étude a montré que les maladies subséquentes à la « magie noire » seraient exclusivement traitées par la médecine traditionnelle à contrario des maladies naturelles (**Hielscher et Sommerfeld, 1985**). Toutefois, on peut rencontrer des maladies mixtes qui sont à la fois naturelles et surnaturelles (**Uche, 1988 cité par Akoto, 2002**).

B -Les obstacles liés à l'offre de soins

1 – La disponibilité des services

La disponibilité des infrastructures socio-sanitaires est la condition nécessaire pour qu'il y ait formulation de demande de soins. En effet pour qu'un enfant ait recours aux soins ; il faudrait que les structures sanitaires soient disponibles. Or, l'insuffisance des établissements sanitaires à l'échelle nationale caractérise les pays en développement. Cela pourrait constituer vraisemblablement un obstacle à « la santé pour tous ».

Une mère aura beau avoir les prédispositions nécessaires à l'utilisation des services de soins pour son enfant , si les centres de santé sont inexistantes ou s'ils sont très éloignés du lieu d'habitation des mères pendant que cette dernière ne dispose pas des moyens de transport ou les moyens financiers nécessaires pour payer le transport, et si les centres de santé sont sous équipés en personnel qualifié et en équipements, le recours à la prise en charge médicale de l'enfant ne sera pas assuré. C'est pourquoi **J. Vallin et coll. (2002)** pensent que « Il ne suffit pas d'être attentionné à la santé ni d'être instruit des moyens d'agir, ni même de disposer d'assez de ressources pour s'en procurer. Encore faut-il que les services soient disponibles. »

2-L'accessibilité géographique

L'accessibilité géographique est vue par bon nombre de recherche comme un facteur entravant l'utilisation des services de santé par les mères et leurs enfants. Une étude réalisée par le **CRDI** entre 1994 et 1995 a révélé que l'éloignement du centre de santé avait une forte influence sur la fréquence des CPN au deuxième et au troisième trimestre de la grossesse (**CRDI, 1995**). Selon **Goïdi et Dia (2004)**, dans le Tchad rural, les distances pour atteindre un centre de santé sont grandes (jusqu'à 30 km et plus), en plus les routes sont mauvaises que la, le personnel des centres de santé est peu qualifié et masculin le plus souvent.

Cependant, selon **Jaffré et de Sardan (2003)**, elle ne semble pas poser de problèmes en milieu urbain mais continue d'être préjudiciable en milieu rural notamment pour les soins de santé maternelle et infantile et les accouchements en milieu médicalisé (**Buor 2004 2003 ; Weil, Foirry, Garenne, Zanou 2003 ; Ortiz et al. 1999**).

Beninguisse (2001) confirme ces résultats en disant qu'au Cameroun, en milieu urbain le recours et respect des règles de prévention en vigueur sont meilleurs au-delà de 14 km, ce qui était loin d'être le cas en milieu rural.

3-Les coûts d'utilisation des services soins

Pendant longtemps de nombreux pays africains ont offert des services de santé gratuits à leur population. Cependant, avec la fragilisation de la situation macroéconomique et son corollaire de plans d'ajustement structurel, ces pays ont dû revoir leurs ambitions ; toute chose qui a conduit leurs populations à fréquenter de moins en moins les centres de santé moderne au profit de la médecine traditionnelle.

A ce sujet, **Orubuloye (1991, cité par Akoto, 2002)** explique cette désertion au Nigeria par la crise pétrolière et la dépréciation récurrente de la monnaie locale (Le Naira). Et **Traore et al.(1993)** et **David et al (1995)** d'ajouter que cette désertion du secteur moderne de soins s'explique par la différence des coûts entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Au niveau micro les coûts de frais de santé sont différemment supportés par l'individu et par le ménage.

Les coûts de frais de santé au niveau du ménage comprennent les dépenses de consultation, les dépenses de transport, les dépenses de médicaments et d'hospitalisation qui dépendront essentiellement des personnes en charge du traitement au niveau familial (rôle des revenus) (**Akoto, 2002**). De plus, **Sommerfeld et al. (1985 cités par Fournier et Haddad, 1995)** ont montré qu'au Mali Central, lors d'un épisode de maladie, le groupe de gestion de la santé se réunit, afin de décider du type de soins à utiliser. L'incompréhension de la cause de la maladie et de la thérapie à appliquer peut favoriser le recours à la médecine moderne (**Niraula, 1994 cité par Akoto ; 2002**).

Toutefois, la décision de recourir aux soins modernes peut être individuelle au moins partiellement. Les effets négatifs des augmentations des coûts rencontrent aujourd'hui, de nombreux partisans. Un auteur cite l'expérience d'une organisation non gouvernementale dans une des régions les plus pauvres du Mali qui, dit-il, « fournit les évidences comme quoi les pauvres peuvent et sont prêts à payer pour certains services, quand ces services et les médicaments sont disponibles et leur qualité positivement perçue » (**Vogel, 1998**).

Pour apprécier l'impact des prix sur la demande de soins deux études empiriques importantes, fondées sur des enquêtes transversales en population ont attiré notre attention. (**Heller, 1982 ; Akin et al. 1986**) soutiennent que le paiement des soins affecterait peu l'accès aux soins des plus pauvres. En effet, **Akin et al. (1986)**, ont conduit une étude à partir d'une enquête menée auprès des ménages aux Philippines. Ils ont estimé un modèle économique de

demande des soins afin d'expliquer les choix de recours des individus malades. Les résultats montrent que les prix jouent peu sur la demande des services de santé. Ils concluent alors que la demande de soins de santé curatifs est inélastique aux coûts monétaires et non monétaires qui n'auraient qu'un faible effet sur les probabilités de recours des individus malades (qu'ils soient adultes ou enfants).

Mais ces conclusions ont été rapidement réfutées par **Gertler et coll. (1987)** et **Gertler et Van der Gaag (1988a, 1990)**, lesquels à partir d'un modèle d'estimation différent des deux précédents concluent, à l'inverse, en faveur d'une élasticité significative de la demande de soins par rapport aux prix.

4 -La qualité des soins perçus

La qualité de soins est un autre facteur essentiel du recours thérapeutique des populations. Ces derniers ont une définition propre de ce qu'est un service sanitaire de bonne ou de mauvaise qualité. Une étude faite au Nigeria montre que les utilisateurs de services de santé attendent de la compétence et de la courtoisie des professionnels, l'attention fournie aux patients et la continuité de la distribution des médicaments (**Egunjobi, 1983**).

Des études ont été menées sur la qualité des éléments perçue jouant ainsi sur l'utilisation des services par les populations. Les composantes techniques notamment le degré de qualification médicale sont des facteurs favorisant le recours aux soins. Une étude au Nigeria montre que 90% de la population avait recours à un centre de santé si la prise en charge est assurée par un médecin (**Abosedo, 1984**). Par contre la qualité des infrastructures sanitaires n'a pas beaucoup d'influence sur le comportement des usagers comme l'a montré des études faites au Sénégal (**Unger, 1990**) et au Zaïre (**Haddad, 1992**).

La continuité des services telle que celle de la distribution des médicaments encourage les populations à recourir aux ressources sanitaires modernes comme l'a constaté au Sénégal **Unger (1990)**.

Les relations interpersonnelles sont des facteurs importants quant aux recours des populations. Des études montrent que le partage des paradigmes communs peut favoriser les contacts entre dispensateurs et utilisateurs de même ethnie (**Silkkerver, 1989**), il est reproché au personnel de santé une certaine rudesse vis-à-vis de leurs patients (**Waddington, 1989**).

La médecine moderne n'a généralement pas d'approche globale de la personne humaine et ignore les aspects sociaux de la maladie en réduisant celles-ci à des dimensions physiques

(Swantz, 1979). Par contre les médecines traditionnelles n'entraînent pas de rupture culturelle d'où leurs recours par les populations (Dunlop) car à part les soins, elles reçoivent une explication du sens de leurs maladies. Enfin, l'intégrité et l'honnêteté des personnels de santé peuvent influencer l'utilisation des services.

5-La concurrence des autres offreurs.

Compte tenu de la pluralité des systèmes médicaux en présence et de la situation de compétition-complémentarité entre services, les modèles tenant compte de la diversité de l'offre de services apparaissent ainsi plus adaptés à ce contexte.

Dans les pays en voie de développement, la décision de recours (ou non) au système de soins paraît bien pouvoir être analysée comme relevant d'une fonction de demande des ménages et/ou des individus. Elle est déterminée indépendamment des fonctions d'offre de soins médicaux. Par ailleurs, une véritable concurrence s'étant instaurée dans les faits au niveau de l'offre de services sanitaires (Brunet-Jailly, 1999), le recours à la médecine moderne y est fortement concurrencé par l'automédication (moderne et/ou traditionnelle), les guérisseurs, et par l'absence de soins. Dans ces pays, l'offre de services sanitaires est principalement contrôlée par les patients (c'est à dire traduisant les choix et les décisions individuelles), et non par les professionnels de santé, lesquels n'ont qu'un contrôle très marginal sur la demande des services et les itinéraires thérapeutiques de leurs patients. Les travaux sur ce thème dans les PED sont donc, dans un premier temps, restés beaucoup plus proches du cadre de référence microéconomique des fonctions de demande d'inspiration néoclassique.

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

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

Une autre étude menée au Sénégal par **Sadio et Diop F** sur l'utilisation et demande des soins de santé a pu révéler plusieurs facteurs qui jouent sur l'utilisation des structures de santé dont le coût des soins, le revenu insuffisant et la fréquentation excessive de la médecine naturelle

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous examinerons successivement le cadre d'étude, le type d'étude, le cadre conceptuel et la méthode de recherche.

I-CADRE D ETUDE

La compréhension de la demande de soins chez les enfants de moins de 5 ans dans le district de Dahra nécessite la prise en compte de l'environnement physique et humain, du contexte socio démographique, du contexte socio-économique, du contexte socio culturel et du contexte sanitaire.

A-Cadre spatial

Le District de Dahra est une ancienne zone opérationnelle dépendant du district de Linguère.

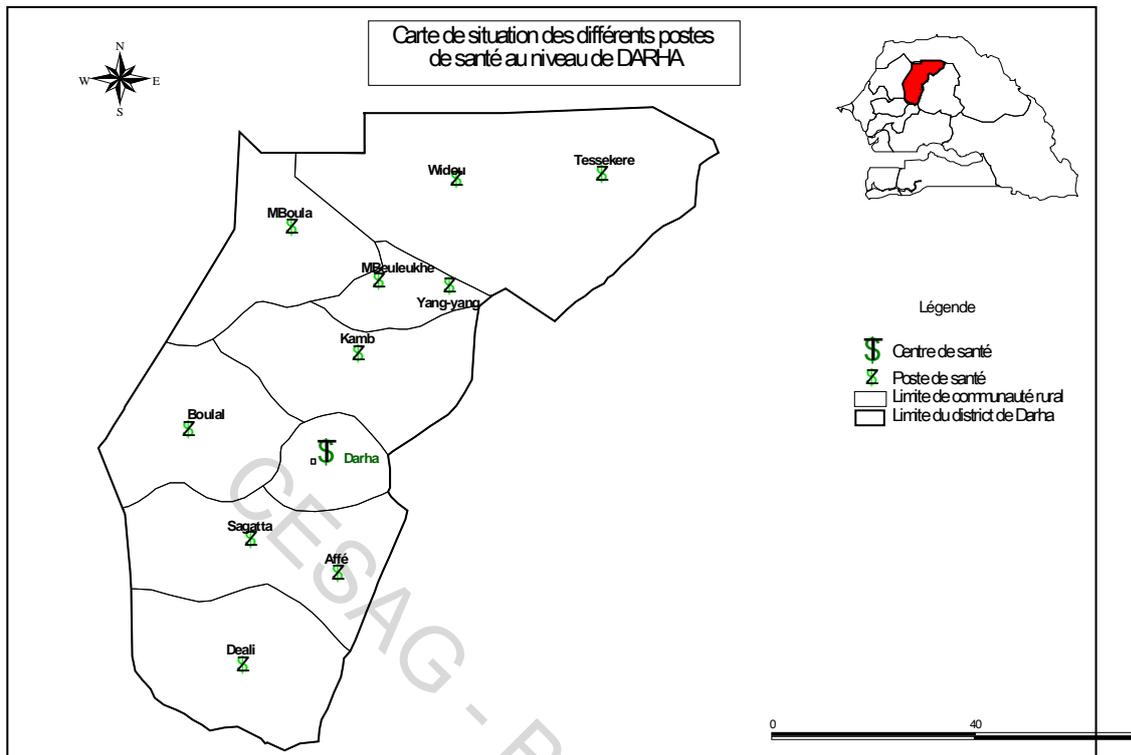
Il est devenu district en temps plein en 1998. Il est situé à l'Est de Louga chef-lieu de région dont il est distant de 85 km. Par rapport à la capitale du Sénégal, le district de Dahra se situe au Nord – Est et distant de 265 km.

Le district de Dahra comprend :

- 02 communes (Dahra et Mbeuleukhe)
- 02 arrondissements: Sagatta, Yang-Yang
- 386 villages
- L'ensemble des postes sont distants de 603 km par rapport au centre de santé

Il couvre une superficie de 6980 km². Il est limité au nord par les districts de Dagana et de Podor, à l'est par le district de Linguère, à l'ouest par le district de koki et au sud par le district de Touba

Figure 2 : Carte du district de Dahra



Source : District de Dahra

B-Aspects démographiques

La population est estimée à 140 765 habitants ainsi répartie: wolofs 70 %, peuls 25%, maures 10%, autres ethnies 5%.

Cette population est composée des fonctionnaires, des élèves, des paysans, des commerçants des éleveurs et des artisans.

Cette population est aussi répartie de la manière suivante dans les différentes aires de santé (Voir annexe 1).

C-Aspects communication

Les échanges sont d'une extrême importance dans la vie économique du district car ils rythment toutes les activités que sont le commerce, les services, le transport, etc.

Ces échanges se manifestent:

- dans le déplacement des populations et du bétail vers des zones de meilleures conditions de vie, les amenant hors des limites district dans les départements de Kaffrine, Kaolack et M'backé, etc....
- dans les marchés hebdomadaires: dans neufs villages différents et à chaque jour de la semaine.

Ces échanges sont facilités par les routes:

- 172 km de bitumées
- 300 km de pistes
- Le réseau téléphonique est modeste, limité à Dahra avec 145 abonnés mais depuis l'avènement des portables l'accessibilité a beaucoup évoluée

D-Aspects économiques et culturels

La population du district de santé de Dahra vit au rythme du petit commerce, de l'agriculture de l'élevage et de l'artisanat.

L'agriculture de la région est dominée par les cultures sous pluie qui utilisent peu d'intrants. Globalement, le sous-secteur se caractérise par sa faible performance économique, c'est à dire sa capacité d'accroître les revenus des producteurs. L'agriculture, essentiellement pluviale est de type extensif et dominée par la culture de l'arachide du mil et du niébé.

L'élevage est de prestige. La considération d'un homme est en rapport avec son nombre de têtes de bovins, le nombre de ses moutons, de ses chevaux.

L'artisanat : Il représente une des mamelles de l'économie régionale à côté de l'agro pastoralisme.

Deux types d'artisanat y sont rencontrés à savoir : Artisanat de production,

Artisanat de service.

L'alimentation peulh est monotone, faite exclusivement de mil et de lait. C'est seulement lors des cérémonies familiales (décès, baptême, mariage) ou collective (chants religieux, autres)

ou avec l'arrivée d'un hôte que l'on mange de la viande. La même monotonie frappe l'alimentation wolof faite de couscous ou haricot, l'arachide

Dans la commune de Dahra, l'approvisionnement en eau se fait essentiellement par le réseau de la Sones avec 1950 abonnés. Il existe également six(6) puits traditionnels.

Dans les arrondissements, par des forages(26), des puits forages (25). Ces forages sont très éloignés des populations, le plus souvent, les amenant à faire 5 à 15 km pour faire boire le bétail, puiser. L'eau est une denrée précieuse, rare, conservée dans les chambres à air (de roue de camion) pendant 2 à 5 jours. Les principales utilisations sont: la boisson et la cuisine.

L'habitat est de deux types selon les conditions d'existence du bétail.

Pendant la saison des pluies, la famille est au village, dans une case faite de paille ou en ciment. C'est une pièce ronde, rectangulaire ou octogonale, sombre, mal aérée le plus souvent sans fenêtre, avec deux lits au minimum. Seules les vieilles personnes ou d'une certaine respectabilité occupent seules une case. Lors des grandes chaleurs et devant l'hostilité de la nature (vents de sable, manque d'ombre), la case est le lieu de rassemblement de tout un groupe d'âge.

Lors des transhumances, c'est un habitat sommaire, en forme de hutte tout simplement sous un arbre. Les déplacements se font par famille.

L'habitat wolof est plus définitif, dans des villages bien circonscrits où la case est faite de paille.

La population est exclusivement musulmane, 99,99%

Il existe 78 écoles primaires, 04 lycées, 47 écoles coraniques, 13 classes d'alphabétisation en poolaar

E- Aspects sanitaires

Le district comprend:

- un centre de santé à Dahra avec: une maternité ; un laboratoire fonctionnel ; un pavillon d'hospitalisation ; un cabinet dentaire ; des salles de pansement et d'injection ; une salle de conférence de grande capacité une pharmacie un bureau de vaccination et de surveillance nutritionnelle ; une sous brigade d'hygiène (bureau) ; deux centres de

santé privé un poste de santé privé ; 15 postes de santé ruraux ; 01 poste de santé municipal ; 50 cases dont 36 fonctionnelles ; 04 officines privées

Le taux de couverture est de 1 poste pour 7820 habitants

- Ressources humaines

Centre de santé : .03 médecins dont un chirurgien-dentiste ; 05 Sages-femmes d'état ; = 02 Agents Sanitaires ; 01 Technicien supérieur en ophtalmologie ; 01 Technicien supérieur de laboratoire ; 02 Infirmiers d'état ; 11 Agents de santé communautaire

Postes de santé: 09 Infirmiers d'état ; 05 Agents sanitaire ; 02 Agents d'hygiène ; 45 Agents de santé communautaire

-Logistique roulante

Il existe:

Au niveau de centre de santé : 02 ambulances Land cruiser ; un pick up (4x4) de supervision ; un pajero de liaison ; 03 motos de supervision dont 01 non fonctionnelles

Au niveau des postes de santé : 05 ambulances dont 2 en panne

Les endémies locales sont par ordre d'importance décroissant : le paludisme les IRA, maladies diarrhéiques, anémies, MPC, diabète sucré.

II-TYPE D'ETUDE

Au regard des objectifs fixés, il s'agit d'une étude *transversale* qui par définition consiste à donner une indication sur la dimension d'un problème à un moment donné ; et indique des associations possibles et génère des hypothèses.

III-CADRE CONCEPTUEL

On désigne par *cadre conceptuel* d'une étude un schéma cohérent mettant en relation les différents concepts. Il représente le fondement du travail de recherche et le point de départ de la vérification empirique de la théorie principale par la théorie auxiliaire. Ce cadre peut être emprunté aux théories déjà existantes et adapté au contexte de l'étude ou nouvellement construit en fonction des spécificités de l'étude et des insuffisances des cadres déjà existants.

A-Modèle conceptuel

Au regard de la revue documentaire, il se dégage de notre schéma conceptuel trois grandes étapes :

A la première étape, figurent les facteurs liés à la demande ou les facteurs prédisposant regroupant l'environnement culturel, les caractéristiques du ménage dans lequel se trouve l'enfant ainsi que les caractéristiques individuelles de l'enfant. L'environnement culturel détermine à la fois les caractéristiques individuelles de l'enfant et celles du ménage. D'un autre côté, l'on remarque que les caractéristiques du ménage et les caractéristiques individuelles de l'enfant s'influencent mutuellement et agissent directement sur la demande des soins ou indirectement à travers le recours aux soins.

A la deuxième étape, se situent les facteurs liés à l'offre ou les facteurs facilitants englobant l'accessibilité géographique et la qualité des services, la disponibilité des services et des médicaments, les coûts des services de soins. Ces facteurs de l'offre influencent directement le recours aux soins et la demande des soins des enfants.

A la troisième étape, nous retrouvons le recours aux soins qui se traduit par une demande ou par une non demande des soins.

Le déroulement de toutes ces étapes s'opère dans un contexte donné : le contexte agit sur la demande en passant par l'environnement culturel ou l'accessibilité géographique et la qualité des services ou encore par le recours aux soins.

B-Variables à analyser

Dans tout modèle, il y a une variable à expliquer dénommée variable dépendante et des variables utilisées pour expliquer la première appelée variables explicatives. Notre modèle vise à expliquer la demande de soins chez les enfants de moins de 5 ans. Les variables d'analyse découlent du questionnaire.

1-Variable dépendante :

Demande de soins santé (utilisation des services de santé) : la **demande des soins** de santé est un événement dichotomique ; soit l'individu demande, soit il ne demande pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi, deux individus ayant des caractéristiques démo-socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

2-Variables indépendantes :

a- Les variables liées à la demande de soins

Tableau I : Variables opérationnelles liées à la demande soins

Variables démographiques	Variables économiques
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>L'âge de la mère</i> ○ <i>Sexe du chef de ménage</i> ○ <i>Sexe de l'enfant</i> ○ <i>Statut matrimonial de la mère</i> ○ <i>Taille du ménage</i> ○ <i>Milieu de résidence du ménage</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Revenu du ménage</i> ○ <i>Profession chef de ménage</i> ○ <i>Occupation de la mère</i> ○ <i>Niveau de vie du ménage</i>
❖ Variables culturelles	❖ Variables psychologiques
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Niveau d'instruction de la mère</i> ○ <i>Religion du chef de ménage</i> ○ <i>Ethnie du chef de ménage</i> ○ <i>Milieu de socialisation de la mère</i> ○ <i>Affiliation du ménage à une mutuelle/assurance</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Type de maladie</i> ○ <i>État des affections.</i> ○ <i>Réseau social du ménage</i> ○ <i>Parité atteinte par la mère</i>

Source : Auteur

b-Les variables liées à l'offre de soins

Tableau II : Variables opérationnelles liées à l'offre de soins

❖ Variables liées aux caractéristiques de l'offre de soins
<ul style="list-style-type: none">○ <i>Disponibilité des services</i>○ <i>Accessibilité géographique</i>○ <i>Coûts d'utilisation des soins</i>○ <i>Qualité des soins perçue</i>○ <i>Concurrence des autres offreurs.</i>

Source : Auteur

IV-METHODE DE LA RECHERCHE

Cette section a pour objet de présenter les données et méthodes d'analyse utilisées pour vérifier nos hypothèses de travail présentées précédemment. Ainsi, il examine tour à tour : Population cible de l'étude, Echantillonnage, Taille de l'échantillon, Méthode de sondage, Critères de sélection des enquêtés, Outils et techniques de collectes des données, Pré-test du questionnaire, Déroulement de l'enquête, Traitement des données, Analyse et interprétation des données, Considérations éthiques, Difficultés rencontrées et limites de la recherche, et enfin Validité de l'étude.

A-Population cible de l'étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons retenus les ménages comme *l'unité d'échantillonnage*, l'un des parents ou les gardiennes d'enfants comme *l'unité déclarante* et enfin les enfants de moins de 5 ans comme *l'unité d'analyse*. Autrement dit les enfants de moins de 5 ans et leur mère constituent notre cible. L'enquête portera sur le couple mère-enfant. A chaque enfant enquêté correspondra sa mère. Un seul enfant par mère sera pris en considération dans le questionnaire complet.

B- Echantillonnage

L'échantillonnage est un moyen de sélectionner un sous-ensemble d'unités dans une population aux fins de la collecte de l'information sur ces unités pour formuler des inférences sur l'ensemble de la population. L'échantillonnage est une part importante des statistiques. Elle nous permet de comprendre ce qui se passe dans une population sans avoir à interroger chacun des individus. On en dénombre plusieurs types.

Pour ce qui est de notre étude nous avons opté pour l'échantillonnage probabiliste en grappes. Les aires de santé constituent les grappes.

C-Taille de l'échantillon

Il n'existe pas de données locales exactes indiquant la proportion d'enfants 0 à 5 ans atteinte de maladies et incapables de demander les services de santé. En partant de l'hypothèse que seulement 50% des malades de 0 à 5 ans seraient plus touchés par le problème, le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour faire une inférence sur la population.

La formule de Schwartz a été utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon. Elle se présente de la manière suivante.

$$n = p(1-p) \times \frac{Z^2}{\epsilon^2}; \quad \text{avec :}$$

p : proportion des malades âgés de 0 à 5 ans touchés par le problème d'utilisation des services de santé = 0,5

$1-p$: proportion des malades âgés de 0 à 5 ans qui ne sont pas touchés par le problème = $1-p = 1-0,5 = 0,5$

Sachant que la population âgée de 0 à 5 ans de la zone de santé est supérieure à 10.000 habitants

Z = l'écart correspondant à un degré de confiance de 95% (1,96). Donc le risque d'erreur de 5%

ϵ = la précision absolue de 5%,

L'application numérique nous donne un échantillon de taille $n = 384$ ménages.

Cependant compte tenu de nos faibles ressources et du temps d'enquête limité ; nous avons fixé la précision à 10%. Ce qui a donné finalement selon le calcul présenté ci-dessus un échantillon de 96 ménages pour cette étude.

Analyse des obstacles socio-économiques à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans au Sénégal : Cas du district sanitaire de Dahra

Dans le but de palier au risque de non-réponses, qui peut subvenir dans des études pareilles, et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision dans l'estimation des paramètres, cet échantillon a été ramené à 130 ménages.

Tableau III : Répartition des ménages de manière proportionnelle à la population de l'Aire de Santé.

Numéro	Aire de santé	Nombre d'habts	Nombre de ménages	Proportion	Nombre de ménages à enquêter
1	Dahra	31855	3539	28,44	37
2	Boulal	12643	1405	11,29	15
3	Commune	5191	644	05,18	7
4	Kamb	12489	1388	11,16	14
5	Sagatta	9212	1023	08,22	11
6	Thiamène	16597	1844	14,82	19
7	Dealy	17950	1994	16,03	21
8	Affé	5430	603	04,85	6
	TOTAL	111974	12442	100	130

Source : Auteur

NB. Le nombre de ménages est obtenu en divisant la population totale de l'aire de santé par 9 (Taille moyenne du ménage Sénégal selon l'EDS-MICS 2010- 2011 page 2)

D-Méthode de sondage

Un échantillonnage en grappes a été utilisé et les aires de santé ont constitué des grappes, comme relevé ci-dessus. Ce qui donne un total de 16 grappes pour l'ensemble du district sanitaire. L'échantillon sera composé des ménages du district sanitaire de Dahra. Pour ce faire nous effectuerons un échantillonnage aléatoire simple à plusieurs degrés.

Au premier degré, 8 aires de santé du district sanitaire ont été tirées au hasard par la méthode d'échantillonnage simple. On a procédé par les deux étapes suivantes :

La première a consisté à numéroter les 16 aires de santé sur des bouts de papiers et les introduire dans une urne ; et la deuxième à tirer au hasard sans remise une à une les 8 aires de santé.

Au second degré, dans chaque aire de santé retenue, nous avons à tirer au hasard deux avenues. Une fois dans l'avenue, la direction à prendre a été tirée au hasard par la méthode dite de la « bouteille ». Avec la table des nombres aléatoires, les enquêteurs ont tiré une concession au sort et commencer l'enquête dans cette concession. Ils ont continué l'enquête dans la deuxième concession la plus proche et ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre de ménages requis.

E-Critères de sélection des enquêtés

Tous les ménages du district sanitaire de Dahra faisant partie des grappes retenues et acceptant de répondre à notre questionnaire sont éligibles pour notre étude, par contre tous ceux qui ne font pas partie des grappes retenues et n'acceptant pas de répondre à notre questionnaire sont exclus.

F-Outils et techniques de collectes des données

La collecte des données est le processus appliqué pour obtenir l'information nécessaire de chaque unité sélectionnée dans l'enquête.

L'enquête a été menée par le chercheur principal accompagné d'un interprète. Afin de limiter les problèmes de saisie due à cette diversité, la technique d'enquête privilégiée est l'entretien structuré, à l'aide d'un questionnaire unique avec des questions fermées administré directement à la mère de l'enfant, afin de limiter la marge d'erreur.

Pour chaque ménage, premièrement, on a recueilli des informations générales sur le chef de ménage, la mère de l'enfant et l'enfant lui-même (ces informations seront relatives aux caractéristiques sociodémographiques, socio culturelles).

La seconde section est relative aux recours aux soins effectués ou non par les ménages en cas de maladie des enfants, les préférences en matière de traitement, les raisons de cette préférence et les dépenses de soins. Ensuite sur les aspects socio-psychologiques des ménages matières de soins (expériences de la maladie et des soins, le réseau social,). Enfin sur les dépenses de soins (transport, consultation, examens de laboratoire, hospitalisation et médicaments).

La troisième section traite des caractéristiques des services de santé. Ici on aura à rechercher les informations sur l'accessibilité géographique, la disponibilité des services et des médicaments, la perception de la qualité et des coûts d'utilisation de services de sante par les ménages, ensuite on aura à recueillir des informations sur la gestion des personnels des formations sanitaires à travers leurs comportements dans les services, et enfin sur l'organisation de l'offre de services (visite à domicile, relais communautaires, heures d'offre de soins).

La quatrième et la dernière section traite des conditions socio-économiques du ménage. Ici les informations à rechercher concerneront la tranche de revenu mensuel auquel appartient le chef de ménage, les sources et la nature du revenu du ménage. De plus on aura à recueillir des informations sur les caractéristiques du logement du ménage et la possession de certains biens matériels, sur le groupe socio-économique du ménage et le statut mutualiste du ménage.

G-Pré-test du questionnaire

Afin de limiter les données manquantes et les erreurs, une pré-enquête sur 5 ménages a été menée pour valider la bonne compréhension et la viabilité du questionnaire.

H-Déroulement de l'enquête

Pour faciliter la collecte des informations, le chercheur principal a recruté sur base de sa capacités, de sa connaissance du terrain et de son habilité à parler le français et les langues locales (Wolof ; Peulh) un interprète. L'interprète et le chercheur principal ont eu une séance d'entraînement spécifique sur la méthodologie et les procédures à utiliser, ainsi qu'à un pré - test.

La supervision de l'enquête a été assurée par le chercheur principal qui était sur terrain.

Les activités de collecte des données ont duré 9 jours. Elles se sont déroulées du 02 octobre au 10 octobre 2013 et dirigées par le chercheur principal et son interprète préalablement calibrés et formés aux méthodes d'interview. Elles ont été précédées de l'obtention d'une autorisation officielle, ensuite des contacts ont été pris avec les autorités administratives du district sanitaire de Dahra, les autorités religieuses et coutumières des aires de santé ainsi que les responsables du Bureau de l'équipe cadrent du district (ECD) en vue de leur expliquer le bien-fondé de l'étude.

Autrement dit, le rejet ou la non-compréhension de l'intervention par les interrogés et par la population locale peut être un frein au bon déroulement de l'enquête et, a posteriori, du projet de recherche. Il a donc été important pour nous d'être clair sur nos objectifs, et de sensibiliser la population de notre arrivée, en prévenant, les ICP, les chefs des villages ou toutes personnes d'importance.

Après cela, le guide, et le chercheur principal se sont rendus dans les différentes aires de santé pour collecter les données.

En arrivant sur une avenue des aires de santé, la direction à suivre était obtenue en jetant un stylo en l'air. La direction prise par le stylo indiquera la concession qui sera la première à prendre comme faisant partie de l'échantillon. En entrant dans la concession, les questionnaires ont été administrés aux mères des enfants ou à la gardienne d'enfant avant de passer à la suivante jusqu'à atteindre le nombre souhaité de chaque aire de santé. Deux mères au maximum pouvaient être interviewées dans une concession à condition que les interviews soient réalisées séparément. Aussi les deux femmes ne devaient-elles pas assister l'une et l'autre à chacune des interviews.

A la fin de la journée, le chercheur principal qui faisait office de superviseur de l'enquête et le guide se retrouvent pour vérifier les données ainsi collectées, passer en revue les difficultés éventuelles rencontrées et contrôler le remplissage de chaque questionnaire. Le chercheur principal vérifiait minutieusement de nouveau chaque questionnaire et lui attribuait un numéro.

I-Traitement des données

Le traitement transforme les réponses du sondage obtenues pendant la collecte pour qu'elles conviennent à la totalisation et à l'analyse des données. Les activités de traitement comprennent le codage et la saisie des données.

Comme les données n'ont été pas collectées au moyen d'une méthode assistée par ordinateur, elles devront pour cela être codées et saisies.

Le codage est le processus d'affectation d'une valeur numérique aux réponses pour faciliter la saisie et le traitement des données en général.

Le masque de saisie et la codification ont été effectués par le chercheur principal et les données ont été ensuite introduites dans l'ordinateur.

Ce masque a été élaboré dans le logiciel SPHINX_v 5.1.0.7 qui permet une saisie intelligente des questionnaires. Il sera relatif à la composition et autres variables nécessaires pour cette étude.

Les données collectées ont été saisies par le logiciel SPHINX_v 5.1.0.7 et transférés vers les logiciels SPSS_v 20.0, et STATA.10.

Ensuite nous avons procédé à un nettoyage de la base de données saisies avant de procéder à l'analyse.

Toutes les productions statistiques (les fréquences, les tableaux, les moyennes, les écarts - types, les minima et les maxima) et la régression économétrique ont été effectuées avec le logiciel SPSS_v 20. Les *graphiques* sont produits grâce au logiciel STATA.10

J-Analyse et interprétation des données

L'analyse comportera un volet descriptif et un volet explicatif. Pour le volet descriptif, nous utilisons l'analyse uni-variée, particulièrement les tableaux de fréquences et pour l'explication, nous utilisons l'analyse de régression logistique.

Les tableaux statistiques de fréquences permettent de comprendre la composition de notre échantillon dans toutes ses dimensions (démographiques, économiques, culturelles). Ils serviront donc à décrire les comportements thérapeutiques des parents pendant les épisodes morbides de leurs enfants.

La régression logistique, qui est une méthode multi variée (ou multidimensionnelle), nous semble appropriée pour rechercher les obstacles à la demande de soins de santé par les enfants. En effet, elle s'utilise dans des analyses de type explicatif, elle est d'autant plus indiquée que les variables à expliquer (variables dépendantes) sont qualitatives dichotomiques. Chaque modalité sera ensuite considérée comme une variable dichotomique à modalités ``oui `` (1) et ``non `` (0). L'avantage de cet outil est qu'il nous permet de déterminer :

- Dans quelle mesure les facteurs considérés expliquent la variable dépendante,
- L'ampleur et la direction (positive ou négative) de la relation entre chaque facteur et la variable dépendante après avoir contrôlé les effets des autres facteurs présents dans le modèle.
- La contribution de chaque facteur à expliquer la variable dépendante au-delà de tous les autres facteurs contenus dans le modèle.

Les principes de base de l'utilisation de cette méthode de régression sont les suivantes:

La variable dépendante doit être une variable qualitative et dichotomique (ayant deux modalités : 0 et 1) comme le cas de notre variable dépendante. En effet pour un enfant ayant connu au moins un épisode morbide les deux derniers mois précédant l'étude, deux cas de figure peuvent se présenter : soit il a fait une demande de soins dans une formation sanitaire moderne (demande=1) ou ne l'a pas fait (demande=0).

Les variables indépendantes peuvent être quantitatives ou catégorielles, mais toutes les modalités de ces variables doivent être dichotomisées avant leur introduction dans le modèle. La modalité de référence ne doit pas être introduite dans le modèle. Si P est la probabilité pour que l'événement (demande des soins) se réalise, 1-P est la probabilité pour que cet événement ne réalise pas (c'est à dire non demande des soins).

- Le modèle de régression logistique permet de mettre l'équation: $Z = \log \left(\frac{P}{1-P} \right)$

· Sous la forme linéaire : $Z_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon_t$

Avec :

ε_t : Désigne le terme d'erreur ;

β_0 : est la constante du modèle ;

$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \dots, \beta_n$: sont les paramètres du modèle.

Z_i : Demande de soins modernes.

X_n : Les variables exogènes de notre modèle sont : Taille de ménage (**Tailm**) ; Sexe du chef du ménage (**Sexecm**) ; Niveau d'instruction du chef de ménage (**Ninscm**) ; Niveau d'instruction de la mère (**Ninsmère**) ; Age de la mère (**Agemère**) ; Profession du chef de ménage (**Profcm**) ; Appartenance ethnique (**Ethnmère**) ; Occupation de la mère (**Occumère**) ; Milieu de résidence du ménage (**Milrésidm**) ; Statut matrimonial de la mère (**Smatmère**) ; Milieu de socialisation de la mère (**Milsmère**) ; Signe de la maladie (**Signmdie**) ; Etiologie de la maladie (**Etiomdie**) ; Etat de la maladie (**Etatmdie**) ; Appartenance à une association (**Appasso**) ; Affiliation à une mutuelle (**Afmutuel**) ; Revenu du ménage (**Revmen**) ; Environnement familiale de l'enfant (**Efamil**) ; Age de l'enfant (**Agenfan**) ; Sexe de l'enfant (**Sexenfant**).

Ou bien sous la forme multiplicative : $e^Z = \frac{p}{1-p}$; $p = \frac{e^Z}{1+e^Z}$;

La statistique $e^Z = \frac{p}{1-p} = Odds\ ratio$ ou « rapport de chances ».

La régression logistique fournit, entre autres, le nombre d'observations, la probabilité du Khi^2 associée au modèle, le pouvoir prédictif du modèle (pseudo R^2), les rapports de chances (Odds ratios) le seuil de signification ($P > |z|$) des paramètres (Odds ratios), et enfin l'intervalle de confiance des paramètres pour chacune des modalités des variables introduites dans le modèle. Ces différents paramètres facilitent l'interprétation des résultats.

Pour ce qui est de l'interprétation des résultats ; elle se fait comme suit :

La probabilité du Khi^2 associée au modèle permet de se prononcer sur l'adéquation du modèle utilisé.

Dans le cas de la présente étude, le modèle sera jugé adéquat lorsque la probabilité associée au Khi^2 sera inférieure à 5%. Le pseudo R^2 détermine le pouvoir prédictif du modèle, c'est-à-dire la contribution du modèle dans l'explication de la demande des soins. Par ailleurs, en ce qui concerne le risque de demande de soins, le modèle de régression logistique fournit pour chaque variable introduite dans l'équation une probabilité ($P > |t|$) qui indique la probabilité de signification du paramètre relatif à la modalité considérée. Lorsque cette probabilité est inférieure 5%, nous considérons qu'il existe une demande différentielle des soins significative

entre les enfants présentant la caractéristique de la modalité considérée et celles de la modalité de référence.

K-Considérations éthiques

Ce travail s'accomplira dans le strict respect, du consentement libre des enquêtés, du traitement confidentiel des données recueillies.

Il sera aussi important de ne pas négliger certains aspects culturels qui peuvent aller à l'encontre de l'enquête. Dans certains contextes, il est difficile d'avoir des informations sur les enfants. C'est un tabou ou une question sensible. Nous avons donc réfléchi au contexte et à la situation précise afin de voir comment obtenir des informations sans provoquer de rejet ou de gêne.

L-Difficultés rencontrées et limites de la recherche

Comme dans toutes les études de recherche, les difficultés existeront toujours. Dans le cadre de notre étude nous n'avons pas rencontré de problèmes majeurs hormis quelques petites difficultés dus essentiellement à :

- La méfiance de certains enquêtés envers les enquêteurs, tant dans certains villages ;
- absence des enquêtés dans les sites, car occupés par les travaux champêtres ;
- au regard du volume de travail, le temps requis a été sous-estimé dans le chronogramme initial. En conséquence, le traitement des données prendra plus de temps que prévu.

Les difficultés ont surtout trait aussi au manque de moyens financiers, car nous travaillerons avec nos propres moyens.

Par ailleurs notre étude présente quelques limites méthodologiques, lesquelles pourraient dans une certaine mesure porter atteinte sur la fiabilité de nos résultats. On pourra entre autre faire allusion d'une part au processus de collecte des données, et d'autre part à la modélisation du comportement de santé et les variables utilisées.

Les limites de l'étude peuvent être recherchées au niveau de l'outil de collecte des informations, c'est à dire le questionnaire. En effet l'administration du questionnaire étant un entretien direct, il est fort probable que les enquêtés, pendant des enquêtes comportementales et de santé, fassent des déclarations de bonnes pratiques. Aussi, pour les questions se

rapportant à la situation économique du ménage, les enquêtés sous-évaluent très souvent la capacité économique de leur ménage.

La modélisation du comportement humain contient toujours des biais. Ils sont issus du modèle économétrique ou des variables explicatives utilisées. Enfin l'absence d'une variable clé parmi les déterminants de la demande de soins, dans notre modèle pourrait entacher un tant soit peu la sincérité de notre estimation.

M-Validité de l'étude

En dépit des difficultés que nous avons rencontrées, l'étude a permis de collecter des informations riches, auprès des ménages. En effet, des efforts ont été entrepris pour surmonter les difficultés rencontrées, notamment la stratégie d'approche des ménages à travers des leaders communautaires, l'accompagnement et le suivi des enquêtes sur le terrain et le contrôle rigoureux des questionnaires.

Les précautions méthodologiques et les dispositions qui ont été prises sur le terrain permettront l'aboutissement des enquêtes, le traitement informatique et l'analyse des données. Tout ceci permettra de juger la validité des résultats de cette étude.

DEUXIÈME PARTIE

PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

CHAPITRE 4 : CARACTERISTIQUES DE MENAGES DU DISTRICT SANITAIRE DE DAHRA ET LEURS COMPORTEMENTS FACE AUX MALADIES DES ENFANTS.

Dans cette section, il est question de présenter l'analyse descriptive des données issues de notre enquête.

I-RESULTATS EN RAPPORT AVEC L'IDENTITE DES ENFANTS ENQUETES

A-Age des enfants enquêtés

Le **tableau IV** présente la répartition des enfants de moins de cinq ans dans les ménages du district sanitaire de Dahra. Il en résulte que sur les 130 ménages enquêtés nous avons eu 130 enfants de moins de cinq ans. Parmi les 130 la plupart d'entre eux a 0 an révolu soit 26,90% ; ensuite environ 1enfant sur 4 soit 24,60% à 1 an révolu. Les enfants de 2 ans révolus représentent 22,30% de notre échantillon. 22 ménages affirment que leurs enfants ont 3 ans révolus soit 15,40% et enfin 14 enfants enquêtés soit 10,80 % ont 4 ans révolus. La moyenne d'âge est de 1,58 an.

Tableau IV: Répartition des enfants enquêtés selon leur âge (année révolue)

Age (année révolue)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	35	26,9	26,9
1	32	24,6	51,5
2	29	22,3	73,8
3	20	15,4	89,2
4	14	10,8	100
Total	130	100	

Minimum =0 ; Maximum=4 ; Moyenne=1,58 ; Médiane=1,00 ; Mode=0 ; Ecart-type=1,322

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

B- Sexe des enfants enquêtés

Nous présentons dans le **tableau V** ci-après, les données relatives au sexe des enfants enquêtés.

Au vu de ce tableau, on constate que sur un total de 130 enfants de moins de cinq ans, 55 représentent la masculinité et 75 représentent la féminité, soit 42,3% d'enfant de moins de cinq ans de sexe masculin contre 57,7% d'enfant de moins de cinq ans sexe féminin. Ce qui donne un sexe ratio de 1,36.

Tableau V : Répartition des enfants enquêtés selon leur sexe

Sexe des enfants	Effectifs	Pourcentage
Féminin	75	57,7
Masculin	55	42,3
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

C-Environnement familial des enfants enquêtés

Il ressort du **Tableau VI** que les enfants de moins de cinq ans qui vivent avec les deux parents représentent 90,0% de notre échantillon. Seulement 9,2% vit avec la mère uniquement.

Tableau VI : Répartition des enfants selon l'environnement familial

Environnement familial de l'enfant	Effectifs	Pourcentage
Deux parents	117	90,0
Mère seule	12	9,2
Tuteur (trice)	1	0,8
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

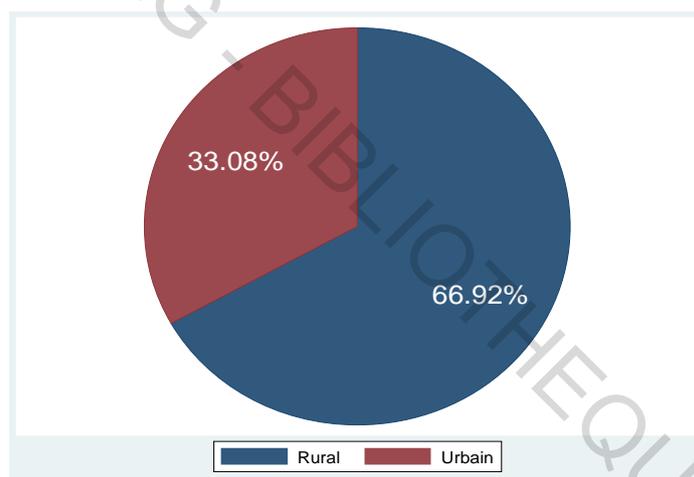
II-LES RESULTATS EN RAPPORT AVEC LES CARACTERISTIQUES DES MENAGES

A- Les résultats selon les facteurs démographiques

1-Milieu de résidence

Selon le milieu de résidence, le **graphique 1** montre que 43 ménages ; soit 33,08% des ménages enquêtés vivent en milieu urbain contre 87 ; soit 66,92% en milieu rural. Ces chiffres montrent bien que le district de Dahra est une zone rurale.

L'intérêt que l'on accorderait à cette variable découle des inégalités observées entre le milieu urbain et le milieu rural. En général, on observe une forte concentration des infrastructures socio-sanitaires en milieu urbain au détriment du milieu rural. Cela peut constituer un frein à l'accès aux soins des ménages ruraux.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 1 : Répartition des ménages selon le milieu de résidence

2-Statut matrimonial de la mère

De ce **tableau VII**, nous trouvons que sur un effectif de 130 enfants de moins de cinq ans constituant notre échantillon, soit les 100% ; les enfants de moins de cinq ans issus des ménages de mère mariées sont en tête avec 119 mères soit 91,5%, suivi des divorcées représentant 6 soit 4,6%, les célibataires représentent 2,3% et en dernier lieu, il y a seulement 2 veuves qui représentent 1,5%. Notons que les divorcées n'ont pas l'acte de divorce.

L'écrasante majorité des mères qui ont un enfant sont mariées. Dans le contexte Sénégalais, rares sont les femmes ayant eu un enfant hors mariage.

Tableau VII: Répartition des mères des enfants enquêtés selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial des mères	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	3	2,3
Divorcé/Séparé	6	4,6
Mariée	119	91,5
Veuve	2	1,5
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

3-Age des mères

A travers ce **tableau VIII**, nous constatons que la tranche d'âge de 20 à 34 ans a le plus grand nombre des femmes que nous avons choisi, d'une manière aléatoire, avec un nombre de 81 mères de ménages, soit 62,40% dans le but de s'approcher de la réalité. La population des mères des enfants de moins de cinq ans est jeune, 112 mères sur 130 ont un âge inférieur à 35 ans soit 86,20%. La moyenne d'âge est de 26,81 ans

Tableau VIII : Répartition des mères des enfants enquêtées par selon la tranche d'âge

Age des mères	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Moins de 20 ans	31	23,8	62,3
20 à 34 ans	81	62,4	86,02
35 ans et Plus	18	13,8	100
Total	130	100	

(Agé moyen des mères=26,81 ans)

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

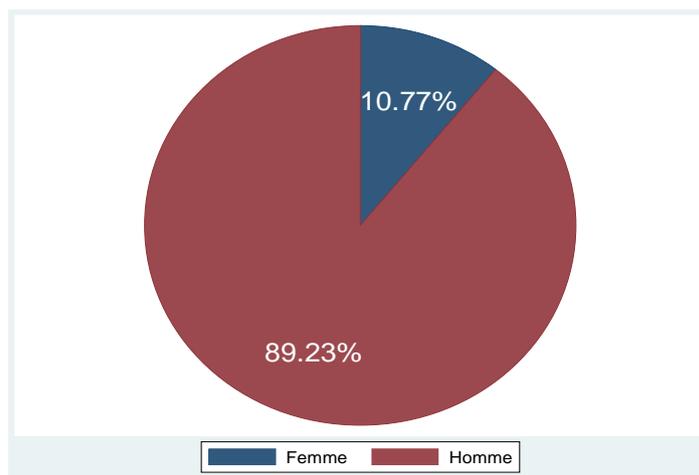
4-Sexe du chef de ménage

Au regard du **graphique 2** parmi les 130 ménages enquêtés, 14 ménages, soit 10,77% sont dirigés par les femmes et le reste, 116 soit 89,23% sont dirigés par les hommes.

Les ménages dirigés par les hommes sont majoritaires, ce profil est caractéristique de l'organisation sociale de ce milieu où traditionnellement le patriarcat domine.

Le sexe du chef de ménage peut être un facteur prédisposant certains ménages à ne pas utiliser les services de santé que d'autres.

Le modèle du chapitre 5 nous permettra de voir dans le cadre de cette étude, combien cela pourrait se vérifier.

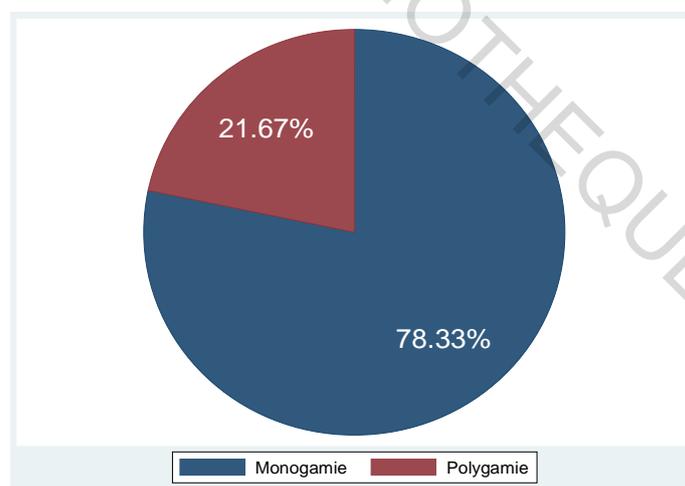


Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 2 : Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage

5-Type de ménage

En ce qui concerne le type de ménage, le **graphique 3** nous renseigne que sur un total de 120 mères d'enfants mariées, 94 soit 78,33 % sont dans un ménage monogamique ; et 26 soit 21,67 % dans un ménage polygamique.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 3 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon le type de mariage

6-Taille du ménage

Il ressort du **tableau IX** que la taille moyenne des ménages dans l'ensemble de cette étude est de 8,78 personnes par ménage. Cette moyenne est proche de la moyenne nationale qui est de 9,03 personnes par ménage (**EDS-S 2010-2011**). La plupart des ménages a une taille comprise entre 5 et 10 personnes, soit 60,80%.

Un total de 1141 personnes a été trouvé dans les 130 ménages enquêtés. La taille minimum est de 2 personnes par ménage tandis que la taille maximum est de 15 personnes par ménages.

La taille des ménages peut être un facteur déterminant dans l'utilisation des services de santé et peut orienter le choix des ménages à fréquenter une structure moderne de santé ou non en cas de maladie. C'est la raison pour laquelle nous l'avons considéré comme une variable indépendante dans le modèle économétrique à estimer au chapitre suivant.

Tableau IX : Répartition des ménages selon la taille

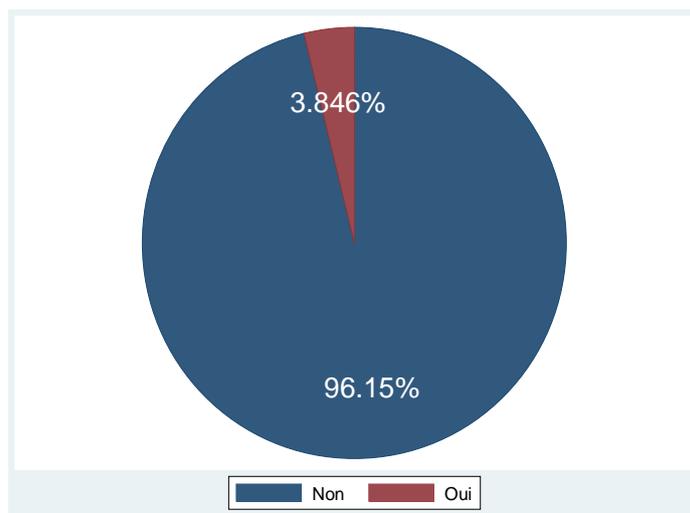
Taille des ménages	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
2 à 5	22	16,9	16,9
5 à 10	57	43,8	60,8
10 à 15	51	39,2	100
Total	130	100	

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

B- Les résultats selon les facteurs culturels

1-Appartenance à une mutuelle de santé

Au regard du **graphique 4**, il est noté qu'environ 3,85 % des ménages sont affiliés à une mutuelle et que les 96,15% restant ne sont pas affiliés pour diverses raisons. Les ménages de Dahra éprouvent d'énormes difficultés pour payer les soins de leurs enfants, car presque la totalité de ceux-ci n'étant pas couvert par un système de couverture de risque.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 4 : Répartition des ménages selon leur affiliation à une mutuelle

2- Niveau d'instruction de la mère

Le **tableau X** montre que 71,5 % des mères des enfants de moins de cinq ans enquêtées n'ont jamais été à l'école, 16,9% ont le niveau primaire, 10,8% le niveau secondaire et enfin 0,8% le niveau supérieur.

Les mères et les femmes en général n'ont aucune instruction ce qui peut être un frein pour l'appréhension des problèmes de santé et la recherche des solutions adéquates, en limitant l'utilisation des services préventifs et des soins curatifs de base.

Tableau X : Répartition des mères des enfants enquêtés selon le niveau scolaire

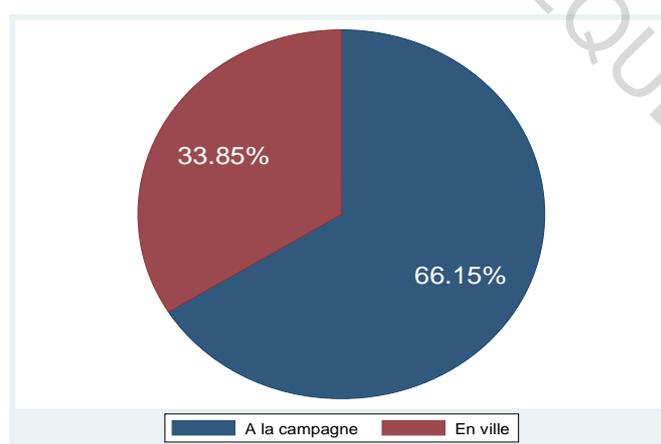
Niveau scolaire de la mère	Effectifs	Pourcentage
Aucun	93	71,5
Primaire	22	16,9
Secondaire	14	10,8
Supérieur	1	0,8
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

3- Milieu de socialisation de la mère

Le **graphique 5** indique sur les 130 mères d'enfants interrogées sur le milieu dans lequel elles ont passé les 12 premières années de leur vie, 44 soit 33,85% ont répondu « En ville » alors que 86 soit 66,15% disent « A la campagne ».

En tant qu'élément de modernité culturelle qui modèle les manières d'agir, de penser et de sentir des hommes, le milieu de socialisation de la mère pendant l'enfance serait à même d'influencer positivement ou négativement le recours aux soins modernes.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 5 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon le milieu de socialisation

4-Appartenance ethnique

Il ressort du **tableau XI**, que 73,80% des ménages étudiés dans le district de santé de Dahra sont constitués des Wolofs, suivis des Peulhs qui représentent 16,20%. Viennent après les Sérères avec 6,20% et enfin les Maures et les toucouleur représentent respectivement 3,10% et 0,80%.

Cette répartition correspond à la tendance nationale dans le contexte du Sénégalais l'ethnie majoritaire est le Wolof.

Certaines ethnies véhiculent des mythes, des croyances, des normes et des valeurs susceptibles d'influencer les comportements des mères à ne pas recourir aux soins aux modernes.

Cette variable pourra nous permettre lors de l'estimation du modèle au chapitre suivant de mesurer l'impact que pourrait avoir l'ethnie sur la demande des services de santé.

Tableau XI : Répartition des mères des enfants enquêtés selon l'ethnie

Ethnie de la mère	Effectifs	Pourcentage
Maure	4	3,1
Peulh	21	16,2
Sérère	8	6,2
Toucouleur	1	,8
Wolof	96	73,8
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

C- Les résultats selon les facteurs économiques

1-Revenu du chef du ménage

Dans le **tableau XII** ci-après, nous donnons la tranche de revenu des responsables des ménages.

Il ressort de ce tableau que 107 personnes responsables de ménages sur un total de 130 sondés ; soit 82,30% des ménages enquêtés ont un revenu mensuel inférieur à 50 000 FCFA. Nous remarquons aussi que 23 personnes responsables des ménages ; soit 17,70% des ménages ont un revenu situé entre 50 000 FCFA et 300 000 FCFA. L'examen de ces chiffres indique le niveau extrêmement bas des revenus ménages enquêtés. En moyenne un ménage a un revenu mensuel de 49 230,77 FCFA. Ceci pourrait compromettre fortement l'accès aux soins des membres des ménages avec le système des paiements directs.

Tableau XII: Répartition des ménages selon la tranche du revenu

Tranche de revenu du ménage(FCFA)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Moins de 50 000	107	82,3	82,3
50 000 à 100 000	5	3,9	86,2
100 000 à 150 000	6	4,6	90,8
150 000 à 200 000	4	3,1	93,9
200 000 à 250 000	6	4,6	98,5
250 000 à 300 000	2	1,5	100
Total	130	100	

Minimum = 0 FCFA, Maximum = 300 000 FCFA ; Moyenne = 49 230,77 FCFA

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

2-Niveau de vie du ménage

Comme le montre le **tableau XIII**, 82,30 % des ménages enquêtés se considèrent comme ayant un niveau de vie faible, 10,80% comme ayant un niveau de vie moyen et, 6,90 % de niveau de vie élevé.

Le fait de se considérer comme étant pauvre et donc sans moyens pourrait déjà constituer une barrière à la demande des services de santé pour près de 50% des ménages.

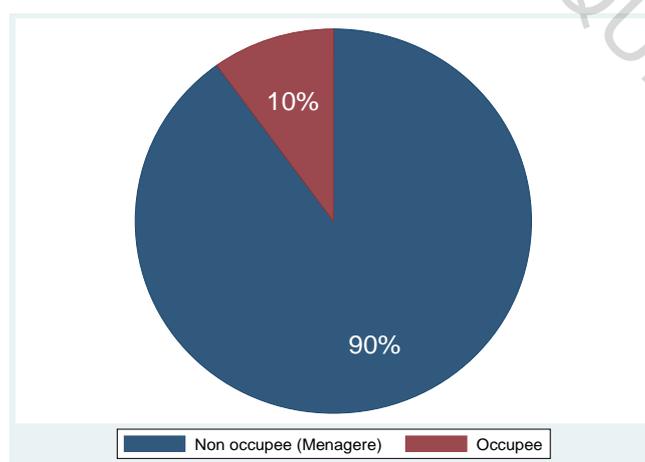
Tableau XIII : Répartition des ménages enquêtés selon le niveau de vie.

Niveau de vie du ménage	Effectifs	Pourcentage
Faible	107	82,3
Moyen	14	10,8
Elevé	9	6,9
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

3-Occupation de la mère

Le **graphique 6** fait ressortir que 90% des mères des enfants enquêtés sont des ménagères ; contre 10% qui exercent des activités hors de la maison.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 6 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon l'occupation

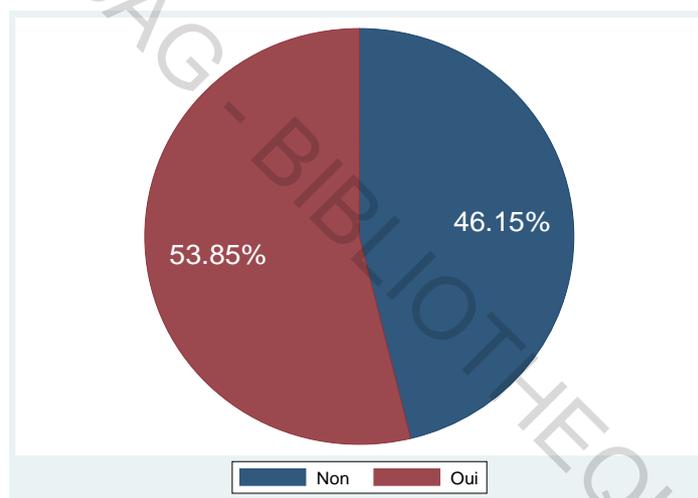
4-Profession du chef de ménage

Le **tableau de l'annexe 2** montre qu'un chef de ménage sur 3 exerce la profession de cultivateur, soit 33,10%. Les artisans constituent 20,00% de personnes enquêtées, 16,20% de petits commerçants, 10,00% d'ouvriers ; 7,70% d'éleveurs et enfin les chômeurs et les élèves avec respectivement 3,90% et 1,50%.

D- Les résultats selon les facteurs psychosociaux

1-Appartenance des parents à une association

A la lumière du **graphique 7** nous constatons que 70 ménages sur les 130 sondés affirment, être dans une association de leur quartier ou de leur village, soit 53,85% ; contre 60 soit 46,15% qui n'appartiennent à aucune association de leur milieu de résidence.



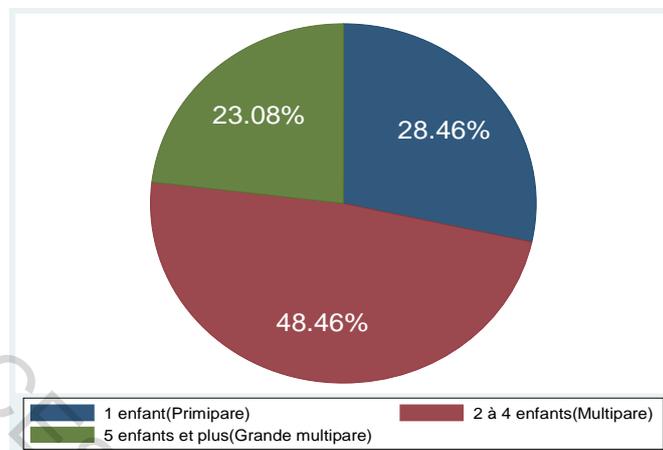
Graphique 7 : Répartition des ménages selon l'appartenance à une association

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

2- Parité atteinte

L'observation du **graphique 8** nous renseigne que la plupart des mères sondées ont entre 2 et 4 enfants ; soit 48,46% de notre échantillon ; 28,46% sont à leur première expérience de maternité ; et enfin 23,08% ont mis au monde plus de 5 enfants. Le minimum d'enfants par mère est 1 et le maximum est 10.

La parité de la mère serait un prédicteur significatif de l'utilisation des services de santé. Elle pourrait influencer le recours aux soins. Une plus grande expérience des mères en maternité pourrait constituer une barrière à l'utilisation des soins modernes.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 8 : Répartition des mères des enfants enquêtés selon la parité

III-COMPORTEMENT DES MENAGES FACE A LA MALADIE DE LEURS ENFANT

A-Morbidité générale chez les enfants de 0 à 5ans.

1-Nombre de ménages ayant eu au moins un enfant de moins de cinq ans malade durant les deux derniers mois précédant l'enquête.

A la lumière du **tableau XIV**, nous remarquons que sur un effectif total de 130 ménages enquêtés 90 soit 69,20% ont déclarés avoir eu au moins un cas de maladie chez les enfants de moins de cinq ans dans le ménage durant les deux derniers mois précédant l'enquête.

Tableau XIV : Répartition des enfants de moins de cinq ans selon leur état morbide durant les deux derniers mois ayant précédé l'enquête.

Présence de maladie	Effectifs	Pourcentage
Oui	90	69,2
Non	40	30,8
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

2-Etat de la maladie

Comme l'indique le **tableau XV** parmi les 90 enfants de moins de cinq ans présentant un épisode morbide ces deux derniers mois précédant l'enquête les parents de 68 soit 75,60% ont considérés l'état de santé de l'enfant comme n'étant pas grave et seulement 22 soit 24,40% ont quant à eux ont estimé l'état de santé comme étant grave.

La perception des parents sur la sévérité de la maladie des enfants peut avoir une incidence sur la décision de fréquenter ou non une structure de soins. Ce qui veut dire que pour des raisons essentiellement financières, la plupart des foyers recourent à la consultation uniquement s'ils jugent la situation assez grave. Ce qui peut très dangereux puisque ces foyers n'ont pas toujours des connaissances en diagnostic et peuvent se présenter à l'hôpital trop tardivement. Cette pratique pourrait être un des facteurs de taux de mortalité inquiétants D'où l'importance de cette variable dans cette étude.

Tableau XV: Répartition des enfants de moins de cinq ans selon la sévérité de la maladie.

Etat de la maladie	Effectifs	Pourcentage
Grave	22	24,4
Pas grave	68	75,6
Total	90	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

3-Etiologie de la maladie

Le **tableau XVI** nous informe que sur les 90 enfants tombés malades, les parents de 87 d'entre eux soit 96,70% voient en ces maladies une cause naturelle ; alors que seulement 3 soit 3,30% donnent une explication surnaturelle.

Tableau XVI: Répartition des ménages selon leur perception de l'étiologie de la maladie.

Etiologie de la maladie	Effectifs	Pourcentage
Naturelle	87	96,7
Surnaturelle	3	3,3
Total	90	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

4-Enfants malades ayant cherchés les soins dans une structure sanitaire moderne

Parmi les 90 enfants de moins cinq ans tombés malades au cours des deux derniers mois précédant l'enquête, 51 soit 56,70% des parents déclarent avoir cherché des soins pour leur enfant dans une structure sanitaire moderne comme premier recours. Les 30 autres c'est-à-dire

les 43,30% ont utilisé comme premier recours les autres alternatives de recours (**Voir tableau XVII**).

On observe un taux de non fréquentation des FOSA de l'ordre de 43,30% ; cela pourrait constituer un obstacle à l'atteinte des OMD.

Tableau XVII: Ménages ayant recouru aux soins modernes en première intention

Demande soins modernes	Effectifs	Pourcentage
Oui	51	56,7
Non	39	43,3
Total	90	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

5-Signe de la maladie

Au vu de ce **tableau XVIII**, nous remarquons que sur les 90 enfants de moins de cinq ans enquêtés malades les deux derniers mois précédant l'enquête, 29 ont souffert de la malaria soit 32,20 %, 25 soit 27,8% déclarent les maladies respiratoires, 21 soit 23,30% ont souffert de la diarrhée, 8 enquêtés souffraient des infections cutanées soit 8,90%, 4 soit 4,40% ont déclaré la conjonctivite et seulement 3 enquêtés soit 3,30% affirment la convulsion.

De ce tableau, nous constatons que la plupart de notre population cible a souffert régulièrement de la malaria. Le type de maladie qu'un malade souffre régulièrement apparaît comme un facteur déterminant pour accéder aux soins de santé.

Tableau XVIII : Signe de la maladie

Signe de la maladie	Effectifs	Pourcentage
Conjonctivite	4	4,4
Convulsion	3	3,3
Diarrhée	21	23,3
Infections cutanées	8	8,9
Maladies respiratoires (toux)	25	27,8
Malaria / Fièvre	29	32,2
Total	90	100

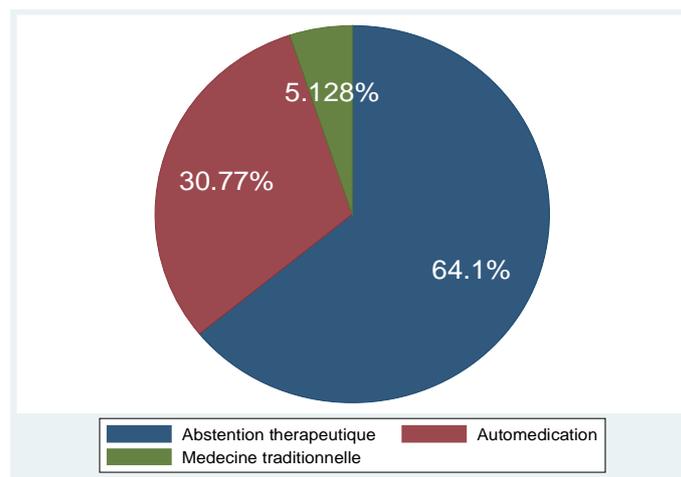
Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

B -Choix du secteur et recours aux soins en cas de maladie chez les enfants.

1-Description des alternatives de recours et les raisons motivant ce choix

A la lumière du **graphique 9**, nous remarquons que sur 39 ménages enquêtés comportant un enfant malade et n'ayant pas recouru en première intention à une structure moderne, 25 soit 64,10% ont opté pour l'abstention thérapeutique(ne rien faire), 12 ménages préfèrent les soins d'automédication pour leurs enfants soit 30,80%, et seulement 2 soit 5,10% préfèrent les soins traditionnels.

Au vu de ce graphique, nous réalisons que la plupart des ménages ne recourant pas aux soins modernes préfère ne rien faire.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 9 : Les alternatives de recours aux soins pour les enfants

2-Les motifs de recours aux différentes alternatives de soins

Lors de la collecte des informations auprès des parents, nous leur avons demandé la principale raison qui les a motivé à opter pour telle alternative plutôt pour telle autre.

Nous allons pour chaque modalité de recours donner la principale raison qui a motivé le choix du type précis de recours.

La médecine moderne : Pour les 51 enfants de moins de cinq ans ayant recouru à la médecine moderne ; leurs parents justifient cela par : la proximité du centre de santé (49,0%) ; l'efficacité des traitements (29,4%) ; la qualité de l'accueil du personnel (9,8%) ; la compétence du personnel (3,9%). **(Voir annexe 3 ; Tableau I)**

La médecine traditionnelle : Pour ce qui est des 2 enfants qui ont utilisés les soins traditionnels la raison évoquée par leurs parents est que le type de soins dont leurs enfants avaient besoin n'est pas disponible au centre santé (100%). **(Voir annexe 3 ; Tableau II)**

L'automédication : Concernant les 12 enfants ayant opté pour l'automédication, les parents évoquent les raisons principales suivantes : Manque d'argent (41,7%) ; Conseil d'une tierce personne (25,0%) ; Habitude (16,7 %) ; Maladie connue (8,3%) ; Maladie peu grave (8,3%). **(Voir annexe 4 ; Tableau I)**

L'abstention thérapeutique: Pour les 25 enfants qui ont recouru a aucun mode de soins, les parents ont donnés comme justification, le manque d'argent (52,0%) ; la maladie connue

(32,0%) ; la foi (8,0%) ; les difficultés d'accès au centre de santé (8,0). (Voir annexe 4 ; **Tableau II**)

C-Dépenses des soins de santé

1-Dépenses de transport

En lisant le **tableau de l'annexe 5**, nous remarquons que le coût moyen du transport aller-retour déclarée entre la FOSA la plus proche et le domicile est de 319,61 F CFA.

Le coût minimal étant de 0 F (pour ceux qui se rendent à pied), le coût maximal de 4000 FCFA.

Le mode est de 0 FCFA. (27 chefs de ménage ont déclaré avoir payé 0 FCFA pour le transport.).

La grande majorité des ménages 75 % paient au maximum 400 F CFA pour le transport (Charrette) pour se rendre à la FOSA. Le reste soit 25 % paie entre 500F CFA et 4 000CFA

2-Dépenses de la consultation (en FCFA)

L'observation du **tableau de l'annexe 6** nous renseigne que, le coût d'une consultation dans une FOSA a été estimé par les ménages en moyenne à 290,20 F CFA. Le coût minimal étant de 100 F et le coût maximal de 4000 F. 92,20% des ménages ayant recouru aux soins modernes ont déclaré un tarif au plus égal à 300 F CFA par consultation.

Les ménages ayant estimés le tarif d'une consultation supérieur à 300 F CFA représentent 07.80 %.

Il semblerait à travers ces résultats, que les ménages soient très sensibles aux tarifs des prestations.

3-Dépenses des médicaments achetés (en FCFA)

L'examen minutieux du **tableau XIX** montre clairement que pour l'échantillon de ménages ayant recourir aux soins modernes, le coût moyen des médicaments achetés est de 3390,84 FCFA.

L'ordonnance la moins chère est évaluée à 500 FCFA: la plus chère est de 15 000 FCFA.

Parmi les 51 ménages ayant recouru aux soins modernes ; 12 soit 23,50% ont déclaré avoir déboursé un montant inférieur à 2 500 FCFA pour l'achat des médicaments ,27 soit 52,90 % affirment avoir payé une somme comprise entre 2 500 FCFA à 5 000 FCFA comme frais d'ordonnance.

Ceux ayant payé plus de 5 000 FCFA pour les médicaments à la dernière consultation représentent 12 soit ; 23,50% des ménages ayant déclaré recourir en première intention à une FOSA en cas de maladie de leurs enfants.

Tableau XIX : Estimation des dépenses des médicaments par les ménages

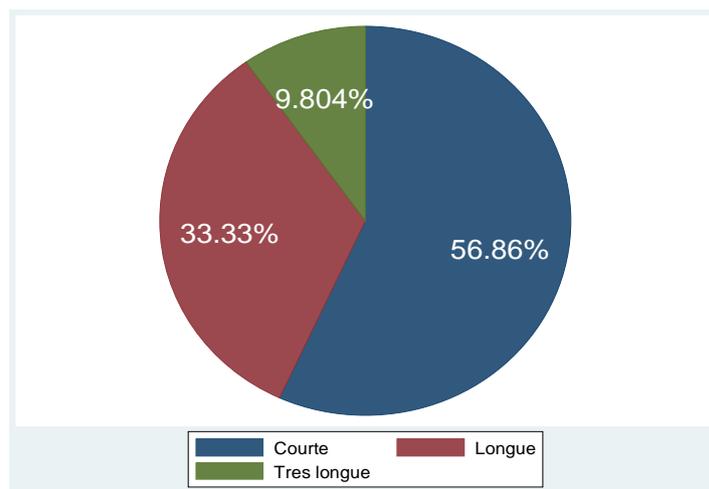
Dépense des médicaments	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
500 de 2 500	12	23,5	23,5
2 500 à 5 000	27	52,9	76,4
5 000 à 10 000	7	13,7	90,2
10 000 à 15 000	5	9,8	100
Total	51	100	

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

D-Les perceptions des ménages sur les caractéristiques des FOSA

1-La perception de la distance parcourue

Le **graphique 10** montre que sur les 51 ménages qui ont utilisé les services de santé lors de l'épisode morbide de leurs enfants 29 soit 56,86% perçoivent comme courte, la distance entre leur domicile et la FOSA la plus proche ; 17 soit 33,33% considèrent longue la distance entre leur domicile et la FOSA et le reste c'est-à-dire ; 5 soit 9,80% la perçoivent très longue

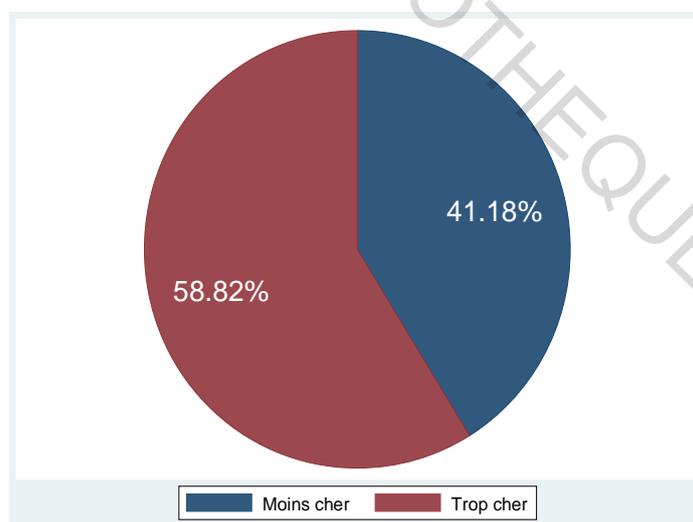


Source : données de notre enquête (Octobre 2013).

Graphique 10: Perception de la distance parcourue par les ménages

2-La perception du coût des médicaments

Les résultats de l'étude montrent que 41,18% ménages ayant demandé des soins modernes pour leurs enfants trouvent moins cher les prix des médicaments ; par contre 58,82% de ceux-ci trouvent les prix des médicaments trop cher. (**Graphique 11**)



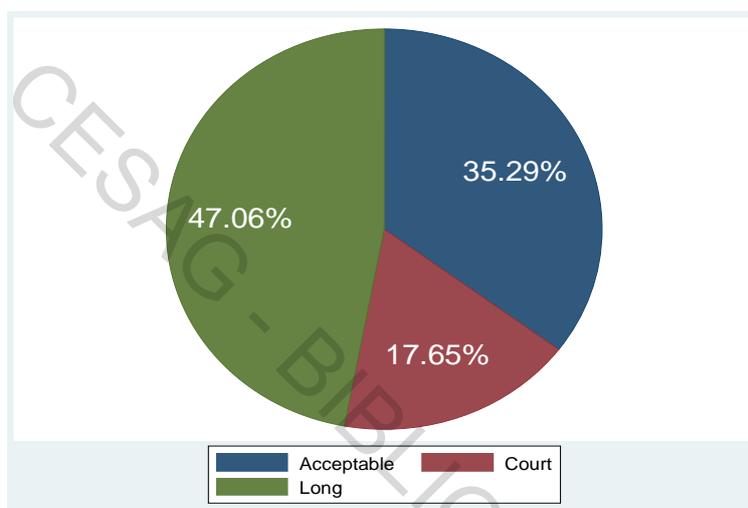
Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 11 : Perception des prix de médicaments

3-La perception du temps d'attente

Le **graphique 12** nous indique que 24 soit 47,06 % des chefs de ménage de l'échantillon ayant recouru aux soins modernes estiment comme étant long, le temps d'attente au sein de la FOSA. 9 soit 17,65 % par contre le jugent court et enfin 18 soit 35,29 % le considèrent comme acceptable.

A la lumière des informations fournies dans le **graphique 12**, nous observons qu'environ un sur deux ménages ayant opté pour les soins modernes jugent mauvais la qualité des services dans la FOSA fréquentée sous l'angle « temps d'attente ».



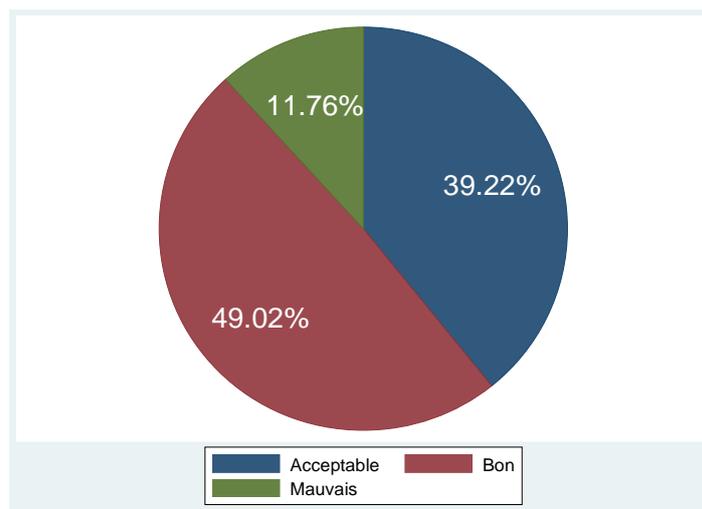
Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 12 : Perception du temps d'attente par les ménages

4 - Perception de l'accueil

Au vu de ce **graphique 13**, nous remarquons que sur 51 ménages enquêtés qui ont cherché des soins dans une structure moderne pour leurs enfants, 25 soit 49,02% ont jugé que l'accueil dans la structure sanitaire fréquentée est bon, 20 ménages enquêtés déclarent acceptable, soit 39,22% et 6 ménages enquêtés soit 11,76 % déclarent l'accueil mauvais.

A travers ces informations fournies dans le **graphique 13** ci-dessous, nous constatons que la grande majorité de nos enquêtés a jugé bonne la qualité des services de soins sous son aspect « accueil » dans la structure sanitaire

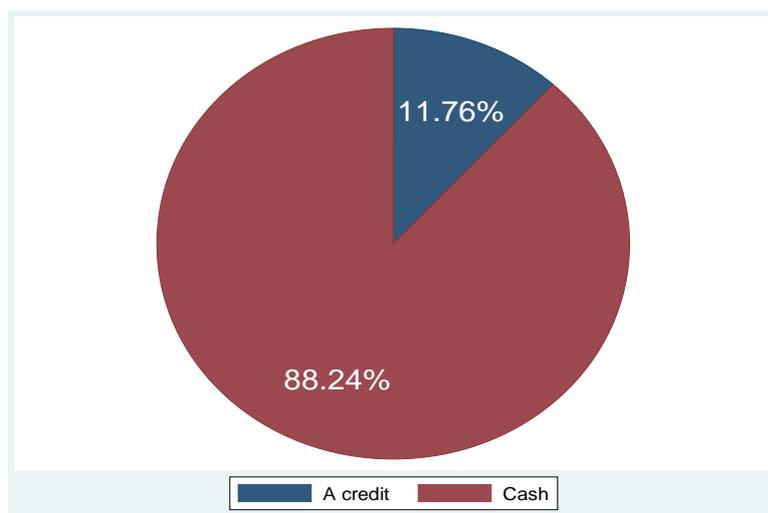


Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 13 : Perception de la distance parcourue par les ménages

5-Le mode de paiement des factures des soins dans les FOSA

L'attention portée sur la lecture du **graphique 14** montre clairement que sur 51 ménages qui ont recouru aux soins modernes, 45 soit 88,24% ont payé cash leurs factures des soins de santé et seulement 6 soit 11,76 % ont payé à crédit, ceci peut s'expliquer par le fait que le chef du ménage peut avoir des relations familiales soit avec le personnel soignant dans la structure, ou soit la structure peut accorder la mesure de grâce de payer par tranche. De ces informations fournies dans le **graphique 14**, nous remarquons que l'accès aux soins de santé est conditionné par le paiement cash. Car dans ce milieu, il n'y a pas une organisation tant nationale qu'internationale qui prend en charge les soins de santé.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

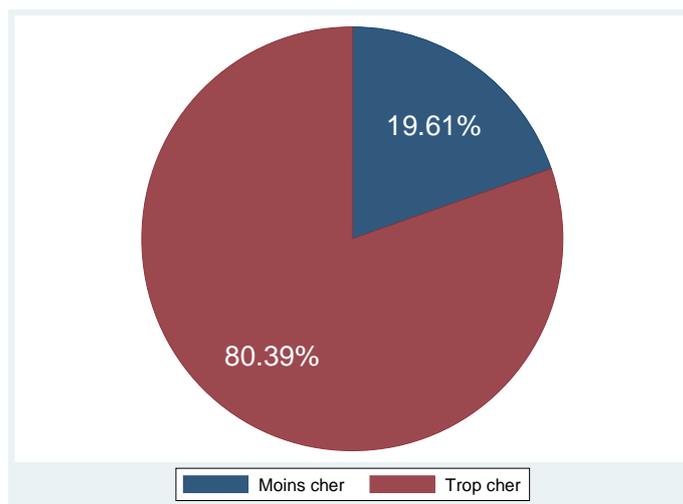
Graphique 14 : Mode de paiement des factures des soins dans les FOSA

6-La perception du coût des soins médicaux

La lecture du **graphique 15** nous renseigne que sur 51 ménages enquêtés qui ont utilisé les services de santé modernes, 10 soit 19,61% ont affirmé que les coûts des soins ne sont pas élevés ; alors 41 soit 80,40% trouvent très cher les coûts médicaux.

Un des principaux enseignements que l'on peut tirer de cette étude est que la très grande majorité 80,39 % des ménages du district de Dahra (ruraux et urbains confondus) dénoncent la cherté des coûts d'accès aux soins.

La perception du coût d'accès élevé aux soins de santé modernes, dénoncé par les ménages enquêtés, révèle que le facteur financier reste en dépit de tout un déterminant majeur pour accéder aux soins.



Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Graphique 15 : Perception du coût des soins médicaux par les ménages

7-Origine de l'argent pour les soins des enfants

Il ressort du **tableau I de l'annexe 7** qu'une grande partie des ménages appelés à payer les soins pour leurs enfants le fait en recourant à une solution qui peut entraîner encore plus dans la pauvreté puisque près de 49,0% des ménages des malades ont payés les soins de santé en contractant une dette auprès des voisins, de la famille, en vendant un bien (bétail), en réduisant les dépenses habituelles (19,6%). Ce qui veut dire qu'en puisant dans une partie de leur production future (11,8%), ces ménages risquent, la prochaine fois de ne plus pouvoir payer et de s'enfoncer encore davantage dans la pauvreté.

D'autres ménages sont obligés de prendre sur les économies de la maison (11,8%) pour payer les soins. Ceux qui déclarent avoir bénéficié d'aides et dons représentent 7,8%.

Ceci montre combien le poids des coûts des soins pèse sur les ménages déjà pauvres qui sont obligés de recourir à des moyens extrêmes pour payer les soins de santé en plus d'autres charges quotidiennes.

8-Les desiderata des ménages enquêtés pour l'amélioration des conditions sanitaires

Il ressort du **tableau II de l'annexe 7** que sur 51 ménages enquêtés qui ont cherchés des soins dans une structure moderne pour leurs enfants , 27 soit 52,9% ont déclaré la prise en charge des indigents dans les structure sanitaire, 9 ménages enquêtés ont souhaité l'augmentation du personnel qualifié soit 17,6% ; 9 soit 17,6% plaident pour la diminution des prix des médicaments ; 1 soit 2,0% pense qu'il faut plus de médicaments dans les structures de santé ; 5 soit 9,8% affirment qu'il faut plus d'équipements sanitaires dans les FOSA.

Au vu de ces informations décrites dans ce tableau, nous constatons que tous ces facteurs énumérés s'ils ne sont pris en compte par les décideurs peuvent entraver l'accès aux soins de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 5: RECHERCHE DES OBSTACLES SOCIOECONOMIQUES A LA DEMANDE DE SOINS SANTE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LE DISTRICT DE DAHRA.

Dans ce chapitre, il sera question d'identifier les facteurs qui ont une influence négative sur la demande des services de santé à partir d'un modèle logistique qui sera estimé sur base des informations collectées auprès des ménages. Parmi les 130 ménages enquêtés, 90 ménages ont déclaré avoir eu au moins un enfant malade durant les deux mois précédant le passage de l'enquêteur dans leur ménage. Les données qui ont été analysées dans cette étude sont basées sur les informations fournies par ces 90 ménages sur leur comportement dans le cadre de la recherche des soins de santé.

I-BASE THÉORIQUE DU MODÈLE : MODELES LOGISTIQUES

Les modèles qualitatifs simples tels que les modèles logit-probit permettent d'exprimer la relation entre une variable qualitative à deux modalités (Y) et des variables explicatives (X_i) qui peuvent être qualitatives et quantitatives. Une variable qualitative est une variable non mesurable numériquement (ou codée) qui a un nombre limité de modalités.

Les éléments de base de ces modèles sont :

- Un événement Y ($Y=1$ ou 0)
- Une (ou plusieurs) variable indépendante X_i
- $P(Y=1/X_i)$, décrit la probabilité de $Y=1$ pour une valeur X_i donnée

L'on peut poser par exemple :

- $Y_i = 1$ si l'individu recours aux soins et $Y_i = 0$ sinon (variable dichotomique)
- $Y_i = 0$ si le poids de naissance est ≥ 2 kg ; $Y_i = 1$ si poids de naissance est inférieur à 2 kg et $Y_i = 2$ si poids de naissance est supérieur à 2 kg (variable codée à 3 modalités, dans ce cas, on parle de variable polytomique)

Ainsi, $Y = 0$ ou 1 peut traduire :

- la prévalence d'une caractéristique (maladie, etc.)
- l'apparition d'un événement (maladie, etc.)

- un choix (aller ou non chez le médecin ou à un centre de santé)

Les modèles Logit-Probit permettent ainsi d'expliquer (et de calculer) la probabilité d'aller se faire soigner quand les valeurs des caractéristiques individuelles X sont connues.

La probabilité que $Y_i = 1$ (aller se faire soigner) connaissant les caractéristiques individuelles X_{1i}, \dots, X_{ki} , s'écrit : $E(Y_i = X_{1i}, \dots, X_{ki}) = P(Y_i = 1 = X_{1i}, \dots, X_{ki}) = f(X_{1i}, \dots, X_{ki})$ où $E(Y_i = X_{1i}, \dots, X_{ki})$ est la moyenne de Y conditionnellement aux valeurs prises par les variables explicatives.

La variable explicative X peut être quantitative (poids, âge, revenu, dose d'un produit, degré d'exposition à un facteur de risque, etc.).

La probabilité que $Y_i = 1$ (aller se faire soigner) connaissant la valeur de la variable explicative X_i s'écrit :

$$P(Y_i = 1 = X_i) = \frac{1}{1 + e^{-\beta X_i}} = f(X_i)$$

et peut s'interpréter comme le pourcentage de se faire soigner lorsque la variable X prend une valeur précise.

Dans les modèles Logit, les coefficients ne sont pas directement interprétables : seul le signe du coefficient de X permet de savoir si la probabilité expliquée est fonction croissante ou décroissante de la variable X .

Par définition, dans le modèle Logit,

$P_i = P(Y = 1 = X_i) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_i}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_i}} = \frac{1}{1 + e^{-\beta_0 - \beta_1 X_i}}$ est la probabilité qu'a l'individu i de connaître l'événement $Y_i = 1$ étant donnée la valeur de la variable explicative X , et

$1 - P_i = P(Y_i = 0 = X_i) = 1 - \frac{1}{1 + e^{-\beta_0 - \beta_1 X_i}} = \frac{1}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_i}}$ est la probabilité qu'a l'individu i de connaître l'événement $Y_i = 0$ étant donnée la valeur de la variable explicative X .

Lorsqu'on pose $Z_i = \beta_0 + \beta_1 X_i$, la probabilité $P(Y_i = 1 = X_i) = \frac{1}{1 + e^{-\beta_0 - \beta_1 X_i}}$ peut-être écrite comme suit : $P(Y_i = 1 = X_i) = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}}$

Cette équation peut se réécrire comme : $e^{Z_i} = \frac{P_i}{1 - P_i}$ En prenant le logarithme, il vient : $Z_i = \log\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_i$ qui fait apparaître le modèle logistique comme un modèle linéaire.

Cas d'une variable explicative nominale à plus de 2 modalités

Si X est une variable qualitative à plusieurs modalités, il ne faut pas coder X de la façon suivante, comme dans cet exemple :

- 0 : ex-fumeur
- $X = 1$: fumeur actuel
- $X = 2$: Non-fumeur car ces valeurs numériques n'ont pas de sens «quantitatif» et induisent des relations entre les coefficients qu'on ne peut pas toujours expliquer ou justifier. Il faut créer autant de variables binaires qu'il y a de modalités pour X .

Dans un exemple sur le tabagisme, 3 variables dichotomiques peuvent décrire X , le statut tabagique :

- $X_{1i} = 1$ si i est ancien fumeur, $X_{1i} = 0$ sinon
- $X_{2i} = 1$ si i est fumeur, $X_{2i} = 0$ sinon
- $X_{3i} = 1$ si i n'a jamais fumé, $X_{3i} = 0$ sinon

Deux de ces trois variables sont introduites dans le modèle, la troisième servant de référence. Par exemple, on peut ainsi estimer la probabilité d'être malade en fonction du statut tabagique: $P(Y_i = 1 | X_{1i}, X_{2i})$ = la référence étant un individu qui n'a jamais été fumeur : $b_2 = 0$. L'impact d'être un ancien fumeur est b_1 , celui d'être fumeur b_2 .

II- ESTIMATION DU MODELE DE DEMANDE DE SOINS DE SANTE

Dans ce point, nous présentons les principaux résultats de l'analyse économétrique qui ont consisté à estimer un modèle de demande de soins de santé dans le district de Dahra au regard de plusieurs variables retenues.

A- Formalisation théorique du modèle

L'analyse sur la demande des soins de santé a considéré comme variable réponse, la variable Z dont les valeurs correspondent à deux éventualités : se faire soigner dans une structure sanitaire ou non. Nous présentons dans ce qui suit la régression logistique dichotomique qui permet de modéliser cette variable Z de nature nominale en fonction de plusieurs variables indépendantes (à la fois dichotomiques et polytomiques).

A cette fin, les modalités ou catégories de la variable Z nominale sont étiquetées à l'aide de valeurs numériques : 1 lorsque l'enfant malade a été soigné dans une structure sanitaire moderne et 0 dans le cas contraire.

Plusieurs variables indépendantes sont mises en relation pour expliquer le fait d'aller ou non faire soigner l'enfant malade dans une structure sanitaire moderne. Ci-après les variables explicatives retenues dans notre modèle.

- **Le revenu du ménage**

Le revenu du ménage est un des déterminants importants de la demande des soins dans un système de santé dans la mesure où il peut accroître ou décroître la probabilité d'utiliser un service de santé moderne. La santé n'a pas de prix, dit-on. Lorsqu'on dispose d'un revenu assez important, l'on ne peut se priver d'un service de qualité pour protéger sa vie.

Il s'agit du salaire nominal du chef de ménage, prime, indemnités diverses, il sera bas par rapport aux besoins familiaux principalement les soins. On se posera la question de savoir si ce revenu peut couvrir les dépenses des soins lors de la maladie. Cette variable est quantitative et continue. « Moins de 50 000 = 0 » ; « 50 000 à 100 000 = 1 » ; « De 100 000 à 150 000 = 2 » ; « De 200 000 à 250 000 = 4 » et « De 250 000 à 300 000 = 5 »

- **L'état de la maladie**

La perception qu'a la personne ou le ménage sur la maladie de son membre est un des facteurs qui poussent les malades à utiliser les services de santé. On n'a tendance à utiliser un service de santé que lorsqu'on trouve que la maladie devient grave. Dans le cas contraire on attend ou on pratique d'autres solutions alternatives. Cette variable est qualitative dichotomique : « Pas grave=0 » ; « Grave=1 »

- **Le signe de la maladie**

Le type de maladie dont souffre le patient est aussi un des facteurs pouvant expliquer l'utilisation d'un établissement des soins par le malade. Certains types de maladies peuvent être soignés dans une structure de santé moderne alors que d'autres non. Pour la population, certaines affections ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle, la médecine moderne s'avérant impuissante dans ces cas. Cette variable est qualitative polytomique : « Malaria=0 » ; « Diarrhée=1 » ; « Maladie respiratoires=2 » ; « Infections cutanées=3 » ; « Conjonctivite=4 » ; « Convulsion=5 »

- **Affiliation à une mutuelle de santé**

Les mutuelles de santé peuvent également expliquer le recours aux services de santé dans la mesure où celles-ci prennent en charge les coûts des soins de ses membres. Lorsqu'on est abonné à la mutuelle, on a tendance à aller se faire soigner en cas de maladie chez un professionnel soignant car étant animé d'une assurance que les soins sont pris en charge.

Cette variable est qualitative dichotomique : « Non =0 » et « Oui=1 ».

- **La taille du ménage**

La taille du ménage a été retenue parce qu'elle peut à son tour influencer sur la décision d'aller ou non se faire soigner. En effet, lorsque la taille du ménage est grande et que le revenu n'est pas suffisant, en cas de maladie on réfléchit pour faire un choix entre se faire soigner où subvenir à d'autres besoins du ménage. Ce qui peut ne pas être le cas lorsque la taille du ménage est petit. Cette variable est quantitative et continue : « 2 à 5= 0 » ; « 5 à 10 =1 » ; « 10 à 15=2 »

- **Le milieu de résidence**

Il est mesuré par le milieu de résidence de fait dont les modalités sont : « Urbain=1 » et « Rural=0 ». Cette variable est qualitative dichotomique

- **L'ethnie**

Elle est saisie à travers l'ethnie de la femme. Les modalités de cet indicateur sont : « Maure =0 », « Wolof=1 », « Peulh=2 », « Sérère=3 », « Toucouleur =4 ». Cette variable est qualitative polytomique.

- **Le milieu de socialisation**

Il est saisi par l'endroit où la mère enquêtée a passé les 12 premières années de son enfance. Les modalités de cet indicateur sont : « A la campagne = 0 », et « En villes = 1 ». Cette variable est qualitative dichotomique

- **L'âge de la mère**

Il est mesuré par l'âge de la mère au moment de l'enquête regroupé en 3 modalités : « Moins de 20 ans = 0 », « 20 à 34 ans = 1 » et « 35 ans et plus = 2 ». Cette variable est quantitative et continue.

- **La parité**

Elle est mesurée par le nombre d'enfants nés vivants déclaré par la mère au moment de l'enquête, elle est regroupée en 3 modalités : « Primipares = 0 », « Multipares =1 » et « Grandes multipares = 2 ». Cette variable est qualitative polytomique

- **Le niveau d'instruction de la mère**

Il est mesuré par la dernière classe atteinte par la mère dont les modalités sont : « Aucun=0 », « Primaire=1 », « Secondaire=2 » et « Supérieur=3 ». Cette variable est qualitative polytomique

- **Association d'aide dans la famille:**

Cette variable désigne l'existence d'une association familiale ; communautaire ou culturelle d'aide dans le ménage. C'est une variable dichotomique: « Non =0 » et « Oui=1 ».

- **Sexe de l'enfant malade:**

Variable nominale dichotomique qui désigne le sexe de l'enfant malade: « Féminin=0 » et « Masculin=1 »;

- **Activité économique de la mère**

Le fait que la mère ait, ou non, une occupation peut avoir une influence sur le type de recours aux soins. Les mères ayant une activité économique verront leur coût d'opportunité en matière de temps d'attente plus important que celle n'ayant pas d'activité économique. Mais, en même temps, l'activité économique de la mère lui permet de disposer d'une certaine autonomie permettant de peser dans la prise de décision pour le recours au soin de son enfant. « Non Occupée = 0 » et « occupée = 1 »

- **Sexe du chef de ménage.**

La plupart des études sur l'accès aux soins de santé a montré que le pouvoir décisionnel au sein du ménage (généralement détenu par le chef de ménage) peut influencer les choix thérapeutiques. C'est une variable dichotomique à 2 modalités « Femme = 0 » ; « Homme =1 »

- **Niveau de vie du ménage**

Nous avons procédé à une catégorisation des ménages en fonction de leurs environnements de vie. La variable comprend 3 modalités. « Faible =0 » ; « Moyen =1 » ; « Elevé =2 »

- **Profession du chef de ménage:**

La profession du chef de ménage: variable polytomique : « Chômeur=0 » ; « Cultivateur=1 » ; « Eleveur=2 » ; « Fonctionnaire=3 » ; « Petit commerçant=4 » ; « Artisan=5 » ; « Elève =7 » ; « Ouvrier=6 »

- **Religion :**

Elle est opérationnalisée par la religion de la femme. Ses modalités sont : « Chrétienne=0 », « Musulmane =1 ».

- **Statut matrimonial de la mère :**

Cette variable désigne le statut matrimonial la mère de l'enfant. C'est une variable nominale. 4 modalités : « Célibataire= 0 » ; « Mariée=1 » ; « Veuve=2 » et « Divorcée=3 »

B- Etude exploratoire des variables

Des tests bilatéraux ont permis de vérifier la relation entre chacune des variables expliquées et la variable dépendante « Demande de soins moderne ».

A un degré de significativité de 95% les résultats des tests nous permettent de constater que 2 variables ont des paramètres statistiquement différents de zéro.

Ainsi, les variables « Ethnie de la mère », et « Appartenance à une association » influencent directement le choix du premier recours aux soins. (**Voir annexe 8**)

Avec :

Ddesoins : *Demande de soins modernes par les enfants de moins de cinq ans ;*

Tailm : *Tranche de la taille du ménage ;*

Sexecm : *Sexe du chef de ménage ;*

Ninscm : *Niveau d'instruction du chef de ménage ;*

Ninsmère : *Niveau d'instruction de la mère ;*

Agemère : *Age de la mère ;*

Profcm : *Profession du chef de ménage ;*

Occumère : *Occupation de la mère ;*

Ethnmère : *Ethnie de la mère ;*

Milrésidm : *Milieu de résidence ménage;*

Milsmère : *Milieu de socialisation de la mère ;*

Signmdie : *Signe de la maladie ;*

Etiomdie : *Etiologie de la maladie ;*

Etatmdie : *Etat de la maladie ;*

Appasso : *Appartenance du ménage à une association ;*

Afmutuel : *Affiliation à une mutuelle ;*

Revmen : *Tranche revenu du ménage ;*

Efamil : *Environnement familial de l'enfant ;*

Agenfan : *Age de l'enfant ;*

Sexenfant : *Sexe de l'enfant*

C -Calcul des probabilités de la demande des soins de santé moderne chez les enfants de moins de cinq ans.

La méthode de régression (conditionnelle) descendante pas à pas a été utilisée pour la régression logistique. Il s'agit pour le logiciel *SPSS.20* d'éliminer à chaque étape la variable la moins significative jusqu'à détecter un ajustement parfait pour le modèle.

L'ensemble des variables a été introduit à la première étape : *Tailm ; Sexecm ; Ninscm ; Ninsmère ; Agemère ; Profcm ; Occumère ; Ethnmère ; Milrésidm ; Smatmere ; Milsmère ; Signmdie ; Etiomdie ; Etatmdie ; Appasso ; Afmutuel ; Revmen ; Efamil ; Agenfan ; Sexenfant*

A la fin des itérations, les résultats suivants ont été obtenus à la 5^e étape :

Tableau XX: Estimation des paramètres

Variabes exogènes	A	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Ethnmère	4,083	1,292	9,985	1	0,002	59,299
Milsmère	1,806	0,835	4,678	1	0,031	6,085
Appasso	3,073	0,816	14,171	1	0,000	21,609

Source : Notre analyse à l'aide du progiciel SPSS 20.0

Les estimations de différents modèles logistiques ont conduit après examen des divers résultats à retenir le modèle adéquat sur base duquel les calculs des probabilités devront être effectués. L'estimation du modèle de régression logistique de demande de soins de santé est alors présentée en fonction des variables s'étant avérées plus significatives dans le choix à faire lorsqu'un enfant de moins de cinq ans tombe malade. Les résultats de ces estimations se trouvent consignés dans le **tableau XX** ci-dessus.

Le modèle s'écrira donc comme suit :

$$Z (X_1, X_2, X_3) = 4,083.X_1 + 1,806.X_2 + 3,073.X_3$$

Avec ;

X₁ : *Ethnie de la mère (Ethnmere)*

X₂ : *Milieu de socialisation de la mère (Milsmere)*

X₃ : *Appartenance des parents à une association (Appasso)*

Ce modèle laisse apparaître que de toutes les variables retenues au préalable, seuls l'*ethnie de la mère* ; le *milieu de socialisation de la mère* et l'*appartenance parents à une association* se sont avérés plus importants dans le choix à faire quand à la demande des services de santé. Ces résultats soutiennent de ce fait les arguments avancés pour soutenir la présence de l'une ou l'autre de ces variables dans le modèle.

La probabilité (P_i) d'un enfant quelconque de moins de cinq ans malade du district de Dahra d'aller se faire soigner dans un établissement sanitaire étant donnée l'*ethnie de sa mère* ; le *milieu de socialisation de sa mère* et l'*appartenance de sa famille à une association* s'obtient comme suit :

$$P (Z_i = 1 = X_{1i}; X_{2i}; X_{3i}) = \frac{1}{1 + e^{-4,083.X_1 - 1,806.X_2 - 3,073.X_3}}$$

Ainsi, la probabilité d'aller faire soigner en premier recours l'enfant dans un établissement sanitaire étant donné que sa mère est de l'ethnie Wolof, ayant fait son enfance en milieu urbain et l'un des parents est membre d'une association communautaire ou culturelle sera de :

$$Z (X_1 = 1, X_2 = 1, X_3 = 1) = 4,083 * 1 + 1,806 * 1 + 3,073 * 1 \\ = \mathbf{8,959}$$

$$P (Z_i = 1 / X_1 = 1, X_2 = 1, X_3 = 1) = \frac{1}{1 + e^{-8,959}} = 0,999$$

Les calculs effectués montrent qu'à Dahra la probabilité d'aller faire soigner en premier recours l'enfant dans un établissement sanitaire étant donné que sa mère est de l'ethnie Wolof, ayant fait son enfance en milieu urbain et l'un des parents est membre d'une association communautaire ou culturelle est de 99,9%. Autrement, la probabilité de ne pas

aller faire soigner l'enfant dans un établissement sanitaire étant donné les informations fournies ci-dessus est très faible 0,1% (soit 100% - 99,9%).

D-Test de Spécification du modèle

Le tableau ci-dessous nous montre que le modèle est globalement significatif ; car

$$P\text{-value} = 0,000 < 0,05$$

Tableau XXI: Test de Spécification du modèle

	Khi-Chi-deux	Degré de liberté	Significativité.
Etape	5,244	1	0,022
Bloc	44,230	5	0,000
Modèle	44,230	5	0,000

Source : Notre analyse à l'aide du progiciel SPSS 20.0

E -Test d'ajustement global

IL s'agit ici de vérifier la qualité d'ajustement du modèle, autrement dit, de voir si les variables exogènes expliquent les variations de la variable endogène.

En effet, **57,20%** des variations de la demande de soins chez les enfants de moins de cinq ans sont expliquées par la combinaison linéaire entre l'*ethnie de la mère ; le milieu de socialisation de la mère et l'appartenance des parents à une association*. Les **42,80%** sont dans le terme de l'erreur. Ce modèle est satisfaisant pour expliquer la demande de soins moderne de notre population.

Tableau XXII : Test d'ajustement global du modèle

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
5	64,211	0,425	0,572

Source : Notre analyse à l'aide du progiciel SPSS 20.0

III- DISCUSSION DES RESULTATS.

Après l'estimation des variables de notre modèle théorique de la demande de soins chez les enfants de moins de 5 ans en cas de maladie, les variables qui ont une association significative sont :

A - Ethnie de la mère

Les résultats de notre étude montrent une relation positive et significative entre l'ethnie de la mère et la demande de soins de santé pour les enfants de moins cinq ans.

Le signe positif du paramètre montre en effet que si la mère de l'enfant est de l'ethnie de référence plus grand est la probabilité de demande de soins de santé pour l'enfant.

Cette influence de l'appartenance ethnique de la mère sur la probabilité de recourir aux soins modernes a été identifiée au Benin (**Tollegbé. A. ; 2004**) ; A El Faour en Tunisie (**Clauss, 1966**) ; et en Bolivie (**CRDI, 1995**).

Gesler et Gage en 1987 trouvent des résultats similaires en Sierra Léone ou de 31 à 61% des enfants malades de moins de 5 ans ont consulté les services de santé moderne selon l'ethnie de leur mère. De plus le type de recours modernes utilisés y est influencé par l'ethnie de la mère.

B- Milieu de socialisation de la mère

La probabilité d'avoir comme premier recours les services de santé » modernes est significativement et positivement liée à cette variable.

Plus la mère de l'enfant est socialisée en milieu urbain plus elle adopte des comportements de modernités favorables aux soins modernes et plus grande est la probabilité de consulter en première intention la médecine moderne par les enfants de moins cinq ans en cas de maladie.

Ce résultat est confirmé par les travaux de **Saladiakanda F. (1999)**, plus on est socialisé en milieu urbain, plus on adopte des comportements favorables à un recours de qualité aux soins pendant la grossesse ; **Beninguisse (2003)**, qui aborde dans le même sens. Pour lui, le degré d'urbanité ou encore le degré de socialisation urbaine de la femme est susceptible de modifier ses comportements en matière de soins de santé en favorisant l'adoption de comportements nouveaux dits modernes et l'abandon relatif des comportements traditionnels et de (**Tollegbé.**

A. ; 2004) au Benin qui trouve que la discontinuité des soins obstétricaux est très significativement associée au milieu de socialisation. En effet, la discontinuité des soins obstétricaux pour les femmes socialisées en milieu urbain est près de quatre fois moins élevée que la discontinuité des soins pour les femmes socialisées en milieu rural.

C- Appartenance du ménage à une association

L'appartenance des parents de l'enfant à une association a été identifiée comme une variable significative qui influence positivement la demande des services de santé par les enfants de moins de 5 ans. Autrement dit, le fait que l'un des membres du ménage soit dans une association communautaire permet au ménage d'avoir un réseau social important. Toutefois, ce qui nous paraît important, c'est l'effet de l'aide financière et des conseils des proches dans l'accès aux soins de santé modernes. Dans notre contexte d'étude, cette variable se présente comme un facteur déterminant de l'utilisation des services modernes formels.

Les résultats des études menées par (Bourdieu, 1992; Fukuyama, 1995; Putnam, 1993; Dasgupta et Serageldin, 1999; Aye et coll., 2000), vont dans le même sens que le nôtre qui montrent la prédominance du capital social dans la décision du recours aux soins. Dans la plupart de ces études, le réseau social est sollicité pour faire face à des dépenses de soins très élevées.

L'étude réalisée en 2001 par **Armel Jonas KANGA** à Niakhar au Sénégal sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de soins de santé maternelle confirme bien notre résultat. En effet il trouve au moyen d'une régression logistique que l'accessibilité aux soins postnataux est améliorée par le regroupement des femmes en associations communautaires génératrices de revenu.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Recommandations

Les résultats de cette étude, nous amènent à recommander aux différents décideurs et acteurs sanitaires à différents niveaux ce qui suit:

Au niveau central

Les politiques sanitaires développées par l'Etat Sénégalais ou par tout autre organisme soucieux d'une amélioration de l'utilisation des services de soins de santé moderne qui à son tour fera baisser le taux de mortalité infantile doivent suivre plusieurs orientations.

- D'abord, elles doivent prôner pour des soins de santé infantile de proximité dans la mesure où le temps mis pour se rendre dans la formation sanitaire en partant du domicile constitue un handicap majeur et diminue les chances de faire soigner l'enfant dans une formation sanitaire et assisté par un personnel qualifié.
- En outre, elles doivent s'appuyer sur les associations communautaires existantes qui présentent l'avantage d'être de puissants canaux de sensibilisation pour les soins modernes. Cependant, il faudra initier et promouvoir des campagnes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) en leur direction au sujet de la santé des enfants car elles sont en général hostiles à la consultation des enfants dans une formation sanitaire et par un personnel qualifié.
- Ensuite, un accent particulier devra être porté sur la disponibilité des services de soins de santé infantile par la construction de formations sanitaires dotées d'un personnel compétent.

Par ailleurs, ces politiques sanitaires doivent également avoir pour soucis une augmentation du niveau d'instruction des femmes.

Cette étape suscitera en elle par la suite la nécessité d'être informée de l'actualité de son environnement par le biais plus particulièrement de la télévision et/ou de la radio. Cela lui permettra de se départir de ses habitudes traditionnelles afin de recourir à une formation sanitaire en cas de maladie de l'enfant et aussi assisté par un personnel qualifié. De même,

l'alphabétisation doit être intensifiée pour une meilleure utilisation des services de santé modernes.

- Il faudra aussi se servir comme socle les associations communautaires génératrices de revenu pour promouvoir l'utilisation des services de santé surtout pour les consultations des enfants.
- Enfin, compte tenu de l'impact positif des associations communautaires sur la demande des services de santé, nous suggérons la mise en place de mutuelles de santé qui couvriraient les soins de santé maternelle et infantile. Ces mutuelles regrouperaient les femmes en associations communautaires génératrices de revenu.

Au niveau intermédiaire et périphérique

- Accorder plus d'importance aux facteurs qui améliorent la qualité des services dans les structures de santé. Etant donné que cette qualité constitue le principal motif évoqué pour le choix d'une structure de santé par les ménages, une attention particulière devra être portée sur les meilleurs soins, la compétence du personnel, les équipements et l'accueil des malades. Le personnel de santé doit en plus être motivé.
- Réduire les dépenses de santé à charge des patients et faciliter l'instauration d'une tarification transparente pouvant stimuler le recours aux soins par les ménages les plus défavorisés. La participation financière des patients devra être conçue en tenant compte de conditions socio - économiques de ménages de manière à ne pas créer une barrière à l'utilisation des services de santé.
- Porter une attention particulière aux plus vulnérables en renforçant pour eux des mesures de solidarité et d'exonération. Notons que plus de 82,30% de la population se déclarent ici comme étant pauvre. Toutefois il faudra beaucoup sensibiliser les chefs de ménage sans occupation pour les amener à réaliser certaines activités qui peuvent rapporter au lieu de passer leurs journées à ne rien faire.
- Nous ne prétendons pas avoir présenté un travail parfait et complet, ou avoir exploité

tous les aspects du sujet car la perfection n'est pas de nature humaine, c'est la raison pour laquelle nous invitons aussi les autres chercheurs pour nous compléter ou aborder les autres aspects qui n'ont pas été traités dans notre travail.

La mise en place de ces recommandations exige une collaboration intersectorielle entre les différents acteurs de la vie nationale.

Etant dans un objectif de réduction de la pauvreté et de l'atteinte des objectifs du millénaire, une vision commune sur l'application de celles - ci permettra d'améliorer un tant soit peu l'état de santé de nos enfants et ainsi aller vers le développement économique auquel on aspire au Sénégal.

CONCLUSION

Les réformes introduites dans le système public de santé en Afrique, notamment l'Initiative de Bamako, ont contribué à transférer la part la plus importante du coût de la santé sur les ménages qui deviennent ainsi le premier acteur du financement du secteur de la santé. Si globalement ces réformes ont permis de restaurer une certaine confiance des usagers dans les services publics de santé par la production relative de soins de qualité surtout à la base, l'instauration du système de recouvrement des coûts qui en constitue un élément central, a entraîné une désaffection des structures sanitaires par les populations particulièrement celles à faibles revenus.

Dans le cadre des réformes en cours dans le secteur de la santé au Sénégal, il s'avère important d'envisager des mesures qui tiennent compte des besoins réels de la population pour espérer améliorer l'utilisation des services de santé par ces derniers. Pour comprendre l'importance et la nature des réformes évoquées, nous avons, dans le premier chapitre de ce travail présenté les généralités sur l'organisation du secteur sanitaire du Sénégal. Ce secteur est caractérisé par une diminution prononcée de tous les indicateurs de la santé et plus particulièrement par une faible utilisation des services de santé.

D'où l'objectif de cette recherche qui était d'identifier « *les obstacles socio- économiques à la demande des services de santé par les enfants de moins de cinq ans du district de santé de Dahra* ».

La présente étude est basée sur les données de l'enquête ménage réalisée sur un échantillon probabiliste représentatif de 130 ménages de cette zone de santé.

Avant d'estimer les déterminants de la demande des services de santé, il était impérieux de comprendre les conditions dans lesquelles vivent les ménages du district de santé de Dahra. Raison pour laquelle dans le quatrième chapitre nous avons décrit les caractéristiques socio-économiques de ces ménages ainsi que leur comportement face à la maladie des enfants de moins de cinq ans. Il ressort de ceci que les ménages du district de santé de Dahra vivent dans une situation de pauvreté. Les caractéristiques socio-économiques relevées ne leur prédisposent pas à une forte demande des services de santé et dans les conditions actuelles il serait difficile, si pas impossible d'accroître le taux d'utilisation des services de santé dans cette zone de santé. Ceci ne fait que contribuer à maintenir le cercle vicieux de la pauvreté dans la mesure où les conditions précaires dans lesquelles les gens vivent leur prédisposent déjà à la maladie, malheureusement sans détenir de moyens nécessaires pour y faire face.

Cette situation de pauvreté laisse peu de choix aux ménages de la zone quant à la demande des services de santé pour leurs enfants. Il sied donc d'identifier les facteurs socio-économiques liés à cette population sur lesquelles on peut agir pour amener les ménages à faible revenu à demander plus les services de santé pour leurs enfants. Notre étude relève les facteurs suivants comme étant plus significatifs pour expliquer la demande des services de santé dans la zone de santé de Dahra : l'ethnie de la mère (selon que l'enfant malade soit de mère Wolof ou pas), l'appartenance des ménages à une association (selon qu'un parent de l'enfant appartienne ou pas à une association communautaire), ainsi que le milieu de socialisation de la mère.

Les variables socio-économiques, démographiques, psycho sociales (perception de la maladie et sa gravité, croyance étiologique, connaissance des symptômes ...) ainsi que toutes les autres variables liées au chef de ménage et à la mère ne sont pas suffisamment significatifs pour expliquer la demande des services de santé dans la zone de santé de Dahra.

La probabilité d'un enfant de moins de cinq ans d'accès aux soins de santé obtenue est assez significative (99,98%), dans l'hypothèse que l'enfant malade est de mère Wolof ayant été socialisée en ville et l'un des parents est dans une association communautaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abasiokong E.M (1981):** Familism and Hospital Admission in rural Nigeria: A case Study. (Cote d'Ivoire). Université de Montréal. Soumis pour publication
- Abosedo O. A:** « self-medication: an important aspect of primary health care », social science and medicine, 19, 7, 1984, pp. 699-703.
- Acton, J.P. (1975):** "Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence, «*Journal of Political Economy* 83, 595
- Akoto E M (1985) :** Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux et caractéristiques. Causes et déterminants, Département de Démographie, Université de Louvain, 1985, 273p
- Akin et al. (1986):** The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. *Economique Développement and Cultural Change*, Vol. 344, p.755-782.
- Akoto et Tabutin, (1987) :** «*Les inégalités socio-économiques et culturels devant la mort* », dans «Mortalité et Société en Afrique au Sud du Sahara». Ed par Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda. Paris, INED, PUF, pp 35-63.
- Armel Jonas KANGA (1999-2001):** Les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de soins de santé maternelle : cas de l'observatoire de Niakhar (Sénégal) P-69
- Audibert, M., al (2003) :** « Problématique et vue d'ensemble », dans M. Audibert, E. de Roodenbeke et J. Mathonnat (eds.), *Le Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, p. 5-37.
- Audibert, M. et al, (2004) :** « Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ? », Communication présentée au Développement durable et santé dans les pays du sud, déc. Lyon, p. 22.
- Aye M., Fournier P., Champagne F., Rivard M. (2000) :** Capital social et nouvelles formes de solidarité en Afrique subsaharienne: une étude de cas dans la commune rurale d'Agou
Soc. Med. N°15b, pp45-50.
- Banque Africaine de Développement, (2004) :** Selected Statistics on African Countries, vol. XXIII.
- Banque mondiale (2005) :** « La politique hospitalière et le financement de l'Hôpital en Afrique »

Baumann, E. (2005) : « La protection sociale au service du développement ? Réflexions à partir de l'expérience sénégalaise », Communication pour l'atelier Entrepreneuriat, développement durable et mondialisation, 9èmes Journées Scientifiques du Réseau Entrepreneuriat de l'AUF, juin.

Bayege I, 2003 : Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, Kigali, Rwanda

Becker G. S. (1964), *Human Capital*, N.B.E.R., New York

Belcher et coll (1976): A household morbidity survey in rural Africa; international journal of Epidemiology 5(2) 113- 120p

Beninguisse, G. (2001) : Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, UCL, Département des sciences de la population et du développement, Institut de démographie, Louvain-La-Neuve, 313p.

Beninguisse, G. (2003) : Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, Academia/Le Harmattan, Louvain-La-Neuve (Belgium), Paris (France),297-298p.

Bourdieu, P., Wacquant L.J.D. (1992) : *Réponses: pour une anthropologie réflexive.*

Paris, .Edition du Seuil.

Brunet-Jailly, (1999) : Santé en Capitales, La dynamique des systèmes de santé des Capitales ouest-africaines, Abidjan, CEDA, 384p.

Buor, D. (2004): Gender and the utilization of health services in the Ashanti Region, Ghana, *Health Policy*, article in press.

Cadwell, J.C. (1979): Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigeria data, population studies 33, p395-413.

Clauss, G. (1996) : Grossesse, naissance et enfance. Us et coutumes chez les Bédouins Gbrib du Sahara tunisien, non publié, 32p.

Comolet, T. (2000) : «La santé en Guinée : un modèle de soins de santé primaire à réviser », *Médecine Tropicale*, vol. 60, p. 25-28.

CRDI (1995) : Obstacles à l'accès à des soins de qualité,

Dackam, 1993 et Noubissi, 1996) : Méthodologie d'analyse de la mortalité des enfants: Application au Cameroun. Université Catholique de Louvain, Département des Sciences de la Population et du Développement, Ed Academia-Bruylant, 305 p.

Diallo. B. et coll 1999 : « Problèmes médicaux et culturels de l'inadéquation entre le taux de consultation prénatale et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée ». In *Medicine d'Afrique noire* N° 46 vol. 1, pp; 32-39.

Gbenyon K.J. et Locoh T. (1989) : << *Différence de mortalité selon le sexe dans l'enfance en Afrique au Sud du Sahara* », dans "Mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara". Ed par Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda. Travaux et Documents, cahier 124 Paris, INED, PUF, pp 221-243.

Geoffard, 2000 Arrow K. J. (1963): "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, vol. LIII, n°5, pp. 941-973.

Gertler et coll. (1987): Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. *Journal of Econometrics*, Vol. 36, pp. 67-88.

Gertler et Van der Gaag (1988, 1990): *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*, Baltimore, John Hopkins University Press.

Goïdi, S.N. et Dia, S.E. (2004) : « Les accoucheuses traditionnelles contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et infantile » in *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz* Nr.94, october 2004, Wenn Frauen selbst bestimmten könnten...

Grawitz M : Les méthodes en sciences sociales ; édition 4, Dalloz, Paris, 1971, p317

Grossman, M. (1972): «On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, 80, pp.1275-1294.

Egundjobi L: « Factors influencing choice of hospital: a case study of the northern part of Oyo state, Nigeria », *Social science and medicine*, 17, 9, 1983, pp. 585-589

Fabricant, S.J., Kamara, C.W. (1991): The financing of health of community health services in Sierra Leone: seasonality, socio-economic status, gender and location factors affecting access to services, *UNICEF Bamako Initiative Technical Report Series 8*

Fainsang, S (1986) : *L'intérieur des choses : maladie, divination et représentation sociale chez les Bissa* Paris, Edition le harmattan p 39-47

Fournier P. et Haddad S. (1995) : « les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in GERARD H. et al, la sociologie des populations, Montréal, AUPELF/UREF, pp 289-325

Fukuyama F. (1995) : *La confiance et la puissance: vertus sociales et prospérités*

.économiques. Traduit de l'Anglais (.Etats-Unis) par P.E. Dautat. Paris, .éditions Plons.

Haddad, S. (1992) : Utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre, *Thèse de doctorat*, Université Claude Bernard, Lyon, France.

Haddad, (1995) : Utilisation des services de santé en pays en développement in DURU G.Hermes pp 227-252

Heller P. S. (1982): A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia. *Social Science and Medecin*, Vol. 16 p. 267-284.

Hielscher S ; Sommerfeld J, 1985) : Concept of illness and the utilisation of Health-care services in a rural Malian village. *Social Science and Medicine*, vol. 21, ne 4.

Houkpati M: santé au Togo, financement, statistique, thèse de Doctorat, Université de Lyon 1,2007

Jaffré Y et de Sardan O (2003) : (sous la direction de), Une médecine inhospitalière, Paris, APAD, Karthala, 462 p.

Jütting et Tine, (2000): Do mutual health insurances chemes improve the access to health care? Preliminary results from house holds Survey in rural Senegal, *Colloque International sur le Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie*, 30 novembre-1^{er} décembre 2000, CRDI, Clermont-Ferrand

Kloos, H, (1987): Illness and health behaviour in Addis Ababa and rural central Ethiopia, *Social Science and Medicine*, 25, 9, 1003- 1019.

.Le Hesran, J-Y : Les particularités du paludisme chez l'enfant, *Médecine tropicale*, 2000 - 60-1, pp92-98.

Mbacké, S.M ; Le Grand, Th. K: « Teenage pregnancy and child health in the urban Sahel », *Studies in family planning*, vol. 24, n°3, May/June 1993, pp. 137-149

Mudubu, K.L. (1996) : Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socio-économiques et culturels, Les cahiers de L'IFORD n°11, 85p

Newhouse J. P. (1976): "New estimates of price and income elasticities for medical care services", cité in Le Pen [1988].

Nkinamubanzi F, (2008) : Etude des déterminants de l'accès tardif aux soins intégrés dans les structures sanitaires de Rubavu, cas de l'aire de santé de Nyundo, ULPGL, inédit p91

Noumbissi A. (1993) : « mortalité infantile et juvénile au Cameroun: une baisse différentielle au cours des années 70 et 80, hypothèses d'explication », juillet 1993. (Communication du séminaire international sur la mortalité infantile et juvénile tenu à Yaoundé du 19 au 23 juillet 1993).

Nzapeyeke A.W (1997) : Les Centres de santé communautaires au Mali, Résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires, Ministère de la santé, *Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale*, Bamako, 100p.

OMS : Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse 2000. p67

Ortiz et coll. 1999) : L'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Abidjan (en 1994-1996), in Brunet-Jailly, J. (ed), *Santé en Capitale, la Dynamique des Systèmes de Santé dans les Capitales Ouest-Africaines*, Abidjan, Ceda, 121-140.

Phelps E C : *Les fondements de l'économie de la santé*, Publi-Union, France, 1995

Pineault R. et Daveluy C. (1995) : La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal, Ed. Nouvelles, 480 p.

Rakotondrabe, F.P. (1996) : Les facteurs explicatifs de la mortalité des enfants à Madagascar, Les cahiers de l'IFORD, n°10, 87p.

Raman ana D. ; Barthes, O : le fond d'achat des services de santé dans le Kassaï occidental, 2009,

Raynaud D : « Les déterminants individuels des dépenses de santé » Etudes et résultats n°378- février 2005- Drees)

Rodrick, D. (2005) : « Vers une meilleure perception des institutions », Problèmes Économiques, n° 2868, février, p. 25-32.

- Sadio et Diop F (1994):** Utilisation et demande des soins de santé au Sénégal, Bethesda, p31
- Saladiakanda, N.F. (1999) :** Recherche des facteurs d'un recours de qualité aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum : cas de la ville de Bafia, Mémoire de DESS, IFORD, Yaoundé, 84p.
- Sen A. (1993) :** *Ethique et Economie Et autres essais*. Paris PUF, 364p.
- Swantz M.L:** « community and healing among the Zaramo in Tanzania », Social Science and Medicine, 13b, 1979, pp169-173
- Taylor G. D., Aday A. L., Andersen R. (1975):** A social indicator of access to medical care. *Journal of Health and social Behaviour*, Vol. 16, N°1, pp 39-49.
- Tollogbe A. (2004) :** Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique : Cas du Bénin, mémoire de DESS, Yaoundé, 2004, 128p.
- Tulinabo B (2006) :** *Déterminants de la sous-utilisation des activités curatives dans les structures intégrées en soins de santé primaires de la ZS de Karisimbi, ULPGL, inédit p52.*
- Unger, J.P., Diao, M. (1990) :** « from Bamako to Kolda: a case study of medicines and the financing of district health services », health policy and planning, 5,4, 1990, pp.367-377.),
- Uyanga J.:** Rural Urban Migration and Sickness Health Care Behavior: A Study of Eastern Nigeria, Social Sciences and Medicine, 1983.
- Vallin J. et coll. (2002) :** « Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité.» In Démographie : analyse et synthèse. Les Déterminants de la mortalité, vol. III sous la direction de Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH, Editions de l'INED. pp : 255-305
- Vicky I K :** Analyse des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs dans la ZS de Lemba, UNIKIN, DES, 2008
- Vital, B. (1999) :** Promotion de la santé, itinéraires thérapeutiques et marché de la santé au Sud-Kivu, pratiques locales, enjeux et perspectives, Bruxelles : ULC, mémoire de licence,128 p.
- Vogel, R.J., (1988) :** «Cost Recovery in the health care sector. Select country studies in West Africa». World Bank. Technical paper N° 82, 192p

Waddington CJ et Enyimayew KA (1989) : «A price to pay: the impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana.» *International Journal of Health Planning and Management*, 4: 17-47.

Weil, Foirry, Garenne, Zanou 2003 : Les problèmes d'accessibilité des Services de santé en Côte d'Ivoire : résultats d'une enquête sur les facteurs d'utilisation, *in* M. Audibert, J. Mathonnat, E. de Roodenbeke (eds), *Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu*, 72-96.

Yonkeu Samuel et al, (2005) : Elaboration des stratégies de réduction des risques de maladies diarrhéiques pour les populations humaines dus aux petits barrages en Afrique de l'Ouest : Cas du barrage de Yitenga. Rapport Final de Recherche (octobre 2002- Décembre 2005). Groupe EIER-ETSHER/CRDI, Ouagadougou, Burkina Faso. 286 p.

Zoungrana, M. C. (1993) : Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali), Collection de thèses et mémoires n° 36, Université de Montréal, 214p.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau : Répartition de la population par aire de santé

Numéro	Aire de santé	Population
1	DAHRA	31855
2	BOULAL	12643
3	DEALY	17950
4	KAMB	12489
5	MBEULEUKHE	2981
6	YANG-YANG	2981
7	MBOULA	5219
8	SAGATTA	9212
9	AFFE	5430
10	THIAMENE	16597
11	TESSEKERE	5191
12	WIDOU	5192
13	COMMUNE	5798
14	MBEYENNE	2450
15	T BOUSTANE	2135
16	MBAYE AWA	2671
	TOTAL DISTRICT	140765

Source : District de Dahra

ANNEXE 2

Tableau : Répartition des chefs de ménage selon la profession

Profession du chef de ménage	Effectifs	Pourcentage
Artisan	26	20,0
Chômeur	5	3,8
Cultivateur	43	33,1
Elevé	2	1,5
Eleveur	10	7,7
Fonctionnaire	10	7,7
Ouvrier	13	10,0
Petit commerçant	21	16,2
Total	130	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

ANNEXE 3

Tableau I : Motifs de recours à la médecine moderne

Motifs de recours à la médecine moderne	Effectifs	Pourcentage
Compétence du personnel	2	3,9
Cout des soins abordables	1	2,0
Efficacité des traitements	15	29,4
Habitude	1	2,0
Meilleurs soins	1	2,0
Pas confiance au guérisseur	1	2,0
Proximité du centre de santé	25	49,0
Qualité de l'accueil du personnel	5	9,8
Total	51	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Tableau II : Motifs de recours à la médecine traditionnelle

Motifs de recours à la médecine traditionnelle	Effectifs	Pourcentage
Pas ce type de soins au centre santé	2	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

ANNEXE 4

Tableau I : Motifs de recours à l'automédication

Motifs de recours à l'automédication	Effectifs	Pourcentage
Maladie connue	1	8,3
Habitude	2	16,7
Conseil d'une tierce personne	3	25,0
Maladie peu grave	1	8,3
Manque d'argent	5	41,7
Total	12	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Tableau II: Motifs de recours à l'abstention thérapeutique

Motifs de recours à l'abstention thérapeutique	Effectifs	Pourcentage
Manque d'argent	13	52,0
Maladie connue	8	32,0
Difficulté d'accès au centre de santé	2	8,0
Foi	2	8,0
Total	25	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

ANNEXE 5

Tableau : Estimation du coût du transport par les ménages

Dépenses de transport	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	27	52,9	52,9
100	1	2,0	54,9
200	6	11,8	66,7
300	1	2,0	68,6
400	8	15,7	84,3
500	5	9,8	94,1
2000	1	2,0	96,1
3000	1	2,0	98,0
4000	1	2,0	100
Total	51	100	

Minimum = 0, Maximum = 4000 ; Moyenne = 319,61 ; Médiane = 0 ; Mode = 0

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

ANNEXE 6

Tableau : Estimation des dépenses de la consultation par les ménages

Dépenses de la consultation (en FCFA)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
100	18	35,3	35,3
200	27	52,9	88,2
300	2	3,9	92,2
500	1	2,0	94,1
1000	1	2,0	96,1
2500	1	2,0	98,0
3000	1	2,0	100
Total	51	100	

Minimum = 100 ; Maximum = 3000 ; Moyenne = 290,20 ; Médiane = 200,00 ; Mode = 200

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

ANNEXE 7

Tableau I : Origine de l'argent pour payer les soins des enfants

Origine de l'argent pour les soins	Effectifs	Pourcentage
Aides et dons	4	7,8
Emprunter à quelqu'un	25	49,0
Prendre sur les économies de la maison	6	11,8
Réduire les dépenses	10	19,6
Vendre une partie de la récolte	6	11,8
Total	51	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

Tableau II : Suggestions des ménages enquêtés pour l'amélioration des conditions sanitaires

Suggestions	Effectifs	Pourcentage
Augmenter le personnel qualifié	9	17,6
Plus d'équipements sanitaires	5	9,8
Prise en charge des indigents	27	52,9
Plus médicaments	1	2,0
Diminuer les prix	9	17,6
Total	51	100

Source : Données de notre enquête (Octobre 2013)

ANNEXES 8

Tableau : Test bilatéral entre la variable endogène et les variables exogènes

Variable endogène : Ddesoins

Variabiles exogènes	Score	Degré de liberté	Significativité.
Tailm	1,591	1	0,207
Sexecm	2,956	1	0,086
Ninsem	0,001	1	0,972
Ninsmère	0,039	1	0,843
Agemère	0,018	1	0,893
Profcm	0,527	1	0,468
Occumère	0,052	1	0,820
Ethnmere	6,772	1	0,009
Milrésidm	1,064	1	0,302
Smatmère	0,711	1	0,399
Milsmère	2,507	1	0,113
Signmdie	0,004	1	0,947
Etiomdie	0,831	1	0,362
Etatmdie	0,385	1	0,535
Appasso	14,335	1	0,000
Afmutuel	0,081	1	0,776
Revmen	0,733	1	0,392
Efamil	1,618	1	0,203
Agenfan	0,597	1	0,440
Sexenfant	0,842	1	0,359
Statistiques globales	35,225	20	0,019

Source : Notre analyse à l'aide du progiciel SPSS 20.0

CESAG - BIBLIOTHEQUE