

XIX PROMOTION D'ECONOMIE DE LA SANTE



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

Pour l'obtention du

**MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION EN ECONOMIE DE LA
SANTE**

THEME :

**ANALYSE DES DETERMINANTS SOCIOECONOMIQUES DU
RECOURS AUX SOINS CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS EN MILIEU
RURAL : CAS DE NIAKHAR**

Présenté par :

Dr TRA BI BROALY RICHMOND

Médecin

ENCADREURS :

Dr El Hadji GUEYE

Enseignant chercheur

Chef de département CESAG Santé

Dr Aldiouma DIALLO

Epidémiologiste-Chercheur à l'IRD

DEDICACE

A DIEU

Merci au seigneur tout puissant créateur de l'univers. C'est toi qui a permis mon séjour au Sénégal ANNEE ACADEMIQUE 2016-2017 Je te dédie ce travail qui n'est autre que le fruit de ton œuvre dans ma vie.

A MON PERE

Dès mon enfance, tu m'as appris la rigueur dans le travail et le got du travail bien fait. Tes enseignements m'ont guidés jusqu'à aujourd'hui et je ne pourrai jamais m'en défaire.

Trouve en ce travail une ébauche de toutes tes aspirations. Que Dieu te garde longtemps auprès de nous.

A MA MERE

Femme simple au Cœur d'or, ô mère, Dieu seul sait le nombre de nuits blanches que tu as passées rien qu'en pensant aux conditions de vie difficile de ton fils qui t'a brusquement quitté pour une destination ou seules tes bénédictions l'ont accompagnées.

Maman, cette aventure n'a pas été facile pour moi même si je te rassurais à chaque fois que c'était nécessaire. Ce travail vient donc couronner tes souffrances et tes prières.

Que Dieu te garde longtemps auprès de nous afin que tu puisses bénéficier des fruits de ta semence.

A MON GRAND FRERE ET SON EPOUSE

Merci pour votre soutien financier, spirituel et moral durant toute ma formation. Que Dieu vous bénisse.

A MES FRERES ET SŒURS, A MES COUSINS ET COUSINES, A MES NEVEUX ET NIECES

Vous avez dû supporter mes absences répétées pendant ces dernières années.

L'atmosphère familiale cordiale que nous entretenons et le grand respect que vous avez pour moi me reste graver dans ma mémoire. Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A TOUS LE PERSONNEL DE L'IRD, ce travail est le vôtre merci pour tous vos conseils et vos encouragements.

A MAMAN KOUASSI JEANNE ET TOUTE SA FAMILLE au Sénégal, merci pour votre accueil chaleureux lors de mes premiers pas à Dakar. Ce travail est le fruit de votre soutien sans cesse.

Mr SEY BI VALERIE Merci grand frère pour ton soutien. Ce travail est le fruit de tes efforts pour la réussite de ma formation. Que Dieu le tout puissant t'accorde long vie.

AU MAITRE ZEDIA, Juriste émérite, trouve ici l'expression de ton soutien sans faille et également de tes conseils pour la réussite de cette formation.

A MES CONFRES DR LITIE ET DR MELEDJE, trouver dans ce document l'expression de ma joie, pour ce merveilleux temps passé ensemble durant toute la formation à Dakar.

A TOUS LES STAGIAIRES de la promotion colonel Cheick Fall 2016-2017 de Cesag Sante. Que Dieu nous accorde une brillante carrière professionnelle.

REMERCIEMENTS

Au Dr El Hadji Gueye enseignant chercheur émérite, chef de département CESAG santé merci d'avoir encadré ce travail de recherche.

Au Dr Cheikh Sokhna Directeur de l'UMR URMITE-IRD au Sénégal, merci pour vos conseils pertinents et votre soutien pour la réussite de ce travail.

Au Dr Aldiouma Diallo Epidémiologiste chercheur à l'IRD, merci pour votre humanisme et votre disponibilité pour la réalisation de ce travail.

A Madame Emilie Ndiaye que j'appelle affectueusement « Maman ». Merci pour la bienveillance et l'amour manifeste à notre endroit.

A Madame Soukeyna Gueye assistante de programme CESAG –SANTÉ, merci pour vos conseils et votre disponibilité durant toute la formation. Que Dieu vous bénisse.

Aux aînés économistes de la santé : Morris de kouamé, Yao Christian, Dékai Nanou Jean Luc, Bayebié Bado François, Topka Gueu Alfred.... Merci pour vos conseils et remarques pertinentes pour la réalisation de ce travail.

Merci à l'ensemble du personnel médical et paramédical de la zone d'étude et particulièrement au Dr Konaté Fatima médecin chef de district pour avoir facilité la réalisation de ce travail.

Merci à tous les stagiaires de la 19^{ème} promotion en Economie de la santé pour les joies partagées et les difficultés endurées ensemble. Que cette formation soit le début d'une amitié pérenne et d'une vie professionnelle remplie de succès.

A tous ceux ou toutes celle qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, que Dieu vous Bénisse.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

BM	:	Banque Mondiale
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
DCMP	:	Direction Centrales des Marchés Publiques
Ddl	:	Degré de liberté
EDS	:	Enquête Démographique de la Santé
FDD	:	Fond de Dotation Décentralisé
FDND	:	Fond de Dotation Non Décentralisé
FMI	:	Fonds Monétaire International
IB	:	Initiative de Bamako
ICP	:	Infirmier Chef de Poste
IPM	:	Instituts de prévoyance Maladie
IRD	:	Institut de Recherche pour le Développement
MMV	:	Méthode du Maximum de Vraisemblance
MS	:	Mutuelle de Santé
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	:	Organisation des Nations Unies
PAS	:	Plan d'Ajustement Structurel
PNA	:	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	:	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSE	:	Plan Sénégal Emergent
URCAM	:	Union Régionale des Caisse d'Assurance Maladie

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des enfants de moins de 5ans par poste de santé	25
Tableau 2: Répartition selon le sexe de l'enfant	34
Tableau 3: Répartition selon l'âge de l'enfant	35
Tableau 4: Répartition selon le recours aux soins	36
Tableau 5: Répartition selon la taille du ménage	37
Tableau 6: Répartition selon l'affiliation à une mutuelle de santé	38
Tableau 7: Répartition selon le niveau d'instruction de la mère	39
Tableau 8: Répartition selon le niveau de revenus du ménage	40
Tableau 9: Répartition selon la distance entre le lieu d'habitation du ménage et le poste de santé	41
Tableau 10: Répartition selon les autres types de recours aux soins	42
Tableau 11: Répartition selon l'état de la maladie	43
Tableau 12: Dépendance entre recours aux soins et le niveau de revenus du ménage	44
Tableau 13: Dépendance entre recours aux soins et affiliation à une mutuelle de santé	45
Tableau 14: Dépendance entre le recours aux soins et les autres types de soins	46
Tableau 15: Dépendance entre Recours aux soins et perception de l'état de la maladie	47

LISTE DES TABLEAUX SUITE ET FIN

Tableau 16: Dépendance entre Recours aux soins et Niveau d'instruction de la mère .	48
Tableau 17: Test de Dépendance entre Recours aux soins et sexe de l'enfant.....	49
Tableau 18: Comparaison entre l'âge de l'enfant et le recours aux soins	50
Tableau 19: Comparaison entre la taille du ménage et le recours aux soins	51
Tableau 20: Résumé des résultats des tests de dépendances bilatéraux	52
Tableau 21: Estimation des paramètres	54
Tableau 22: Test de spécification du modèle.....	55
Tableau 23: Test d'ajustement global du modèle.....	55

LISTES DES GRAPHIQUES

Figure 1: Zone d'étude de Niahkar et leurs postes de santé de rattachement	17
Figure 2: Répartition selon le sexe de l'enfant	34
Figure 3: Répartition selon le recours aux soins.....	36
Figure 4: Répartition selon l'âge de l'enfant	35
Figure 5: Répartition selon la taille du ménage	37
Figure 6: Répartition selon l'affiliation à une mutuelle de santé.....	38
Figure 7: Répartition selon le niveau d'instruction de la mère	39
Figure 8: Répartition selon le niveau de revenus du ménage	40
Figure 9: Répartition selon la distance entre le lieu d'habitation du ménage et la structure de santé.....	41
Figure 10: Répartition selon les autres types de recours aux soins	42
Figure 11: Répartition selon l'état de la maladie.....	43

TABLES DES MATIERES

DEDICACE.....	
REMERCIEMENTS.....	II
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES TABLEAUX SUITE ET FIN.....	V
LISTES DES GRAPHIQUES.....	VI
TABLES DES MATIERES.....	VII
Résumé.....	IX
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I :CONTEXTE GENERAL ET REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
I-1 Justification et problematique.....	5
I-2 Objectifs, hypotheses et interet de l'étude.....	7
I-2-1 Objectifs.....	7
I-2-2 Hypothèses.....	7
I-2-3 Intérêt de l'étude.....	8
I-3 Revue de la littérature.....	9
I-3-1 Définition des concepts.....	9
I-3-1-1 Revenu du ménage.....	9
I-3-1-2 Besoins de soins.....	10
I-3-1-3 Recours aux soins.....	11
I-3-2 Revue de la littérature sur le sujet.....	13
PARTIE II :CADRE D'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	15
II-1 Cadre d'étude.....	16
II-1-1 Situation géographique.....	16
II-1-2 Situation socioéconomique.....	16
II-2 Cadre opérationnel.....	17
II-2-1 Caractéristique de l'offre de soins.....	17
II-2-1-1 L'offre de soins moderne.....	17
II-2-1-2 L'offre de soins traditionnels.....	21
II-3 METHODOLOGIE.....	23
II-3-1 Type, population d'étude et Echantillonnage.....	23
II-3-2 Plan de la collecte des données.....	25
II-3-3 Traitement et analyse des données.....	26
II-3-4 limite et contrainte de la collecte des données.....	26
II-3-5 Formulation du modèle de l'étude.....	27

II-3-6 Les variables utilisées	27
II-3-7 Base théorique du modèle logistique	30
II-3-8 Analyse du modèle du recours aux soins	31
PARTIE III :RESULTATS-DISCUSSIONS-RECOMMANDATIONS	33
III-1 RESULTATS ET ANALYSES	34
III-1-1 Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et des parents	34
III-1-2 Caractéristiques socioculturelles.....	38
III-1-3 Caractéristiques socioéconomiques	40
III-1-4 Comportement du ménage face au recours aux soins chez l'enfant.	41
III-2 Etude exploratoire des variables	44
III-2-1 Test bilatéral de dépendance entre la variable expliquée (Recours aux soins) et les variables qualitatives explicatives.	44
III-2-2 Test de comparaison entre la variable qualitative dépendante et certaines variables quantitatives.....	50
III-2-3 Estimation du modèle	53
III-3 Test de spécification du modèle.....	55
III-4 La qualité d'ajustement global du modèle	55
III-5 Calcul des probabilités d'utiliser une structure de sante	56
III-6- DISCUSSION DES RESULTATS.....	57
III-6-1 Le revenus du ménage.....	57
III-6-2 Affiliation à une mutuelle de sante.....	58
III-6-3 Les autres types de recours aux soins.....	58
III-6-4 Etat de la maladie ou perception de l'état de sante	59
III-7 RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
ANNEXES	69

Résumé

Selon l'ONU, malgré une chute remarquable de la mortalité des enfants dans le monde ces dernières décennies, 15000 enfants de moins de cinq ans meurent encore chaque jour sur la planète de maladies qu'on sait traiter. Au Sénégal, le taux de mortalité des enfants demeure encore anormalement élevé, autour de 72 pour mille et en milieu rural particulièrement à Niahkar dans la zone d'étude de l'IRD, on est passé de 330 cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans de 2009-2012 à 262 cas de décès de 2013-2016. Malgré des efforts consentis par le gouvernement Sénégalais, ces chiffres restent toujours alarmants aux seins des populations les plus vulnérables. Ce qui expliquerait cette situation, c'est que les déterminants de la demande des services de santé par les mères des enfants de moins de cinq restent mal connus au Sénégal et plus particulièrement en milieu rural.

Au regard de cela, on a trouvé pertinent d'analyser les déterminants socioéconomiques du recours aux soins chez les enfants de 0-5ans en milieu rural : cas de Niahkar.

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui a porté sur 241 ménages ayant des enfants de moins de 5ans et répartis sur les 30 villages au niveau des 3 postes de santé public de la zone d'étude. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels spss 14.0 et excel 2013. Pour atteindre les objectifs de l'étude, le modèle de régression logistique binaire a été utilisé.

Les résultats obtenus montrent que l'affiliation à une mutuelle de santé, le niveau de revenus du ménage, les autres types de recours aux soins (la médecine traditionnelle, l'automédication...) et la perception de l'état de santé de l'enfant ont une influence significative ($p\text{-value} < 0,05$). Cependant, les variables telles que l'âge de l'enfant, le sexe de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère, la taille du ménage et la distance entre le lieu d'habitation du ménage et le poste de santé, n'ont aucun impact significatif sur le recours aux soins.

En conclusion, les résultats de l'étude permettent de recommander aux autorités sanitaire l'approvisionnement et le recouvrement régulier des coûts des médicaments de la CMU au sein des structures de santé pour favoriser le bon fonctionnement et éviter les ruptures de médicaments de la CMU ; quant aux ménages, ils devraient éviter le recours au traitement traditionnel et à l'automédication, car très souvent ce type de recours s'avère peu efficaces pour lutter contre la maladie de l'enfant et parfois à l'origine de complication grave pouvant conduire au décès de l'enfant.

Enfin, aux décideurs politiques nous préconisons l'extension du paquet de services gratuit pour les enfants de moins de cinq ans, avec l'intégration des examens biologiques et analyses dans les centres de santé.

Mots-clés : Niahkar, Recours aux soins, Déterminants, Milieu rural, Revenu.

INTRODUCTION

L'utilisation des services de santé primaires, favorisent une meilleure santé des populations. C'est dans ce sens que l'initiative de Bamako en 1987, les objectifs du millénaire pour le développement(OMD) en 2000 et la déclaration d'Abuja en 2001, ont mis l'accent sur l'amélioration de l'état de santé des populations afin de faciliter l'accès aux soins de santé primaires et d'assurer une couverture sanitaire universelle pour les pays en voie de développement. La réalisation de ces objectifs ne saurait se faire sans une bonne organisation du système de soins permettant un accès pour tous au service de soins. La santé est un besoin fondamental, c'est ce qui permet l'intervention et l'implication constantes des pouvoirs publics dans le domaine de santé (Tape, 2007)

Malheureusement, comme avant le 19ème siècle en Europe, les ménages, dans la plupart des pays en développement, supportent eux-mêmes leurs frais de soins de santé au lieu d'être couverts par un système de financement collectif. Ainsi pour corriger cette injustice en 1978, les soins de santé primaires (SSP) ont été adoptés lors de la déclaration d'Alma Ata avec des principes fondamentaux portant sur l'équité, la participation communautaire et l'approche multisectorielle. Ils ont engagés les gouvernements des pays africains à améliorer leurs systèmes de soins de santé avec l'assistance des partenaires techniques et financiers. Cela a donné naissance à des réseaux de centres de santé communautaire et d'énormes efforts ont été déployés pour soutenir l'organisation de ces activités de façon efficace (Joachim N B et al, 2003).

Mais, suite à la crise économique des années 1980 les institutions de Brettons woods (FMI, BM) ont mis en places des programmes ajustement structurels(PAS), qui avaient des conséquences néfastes sur le plan sanitaire et, face aux difficultés de mise en œuvre des SSP, les responsables sanitaires africains ont adopté face à cette situation l'initiative de Bamako (IB) pour relancer la politique des SSP.

Cependant, deux éléments fondamentaux sont au cœur de l'initiative, la participation communautaire et l'équité (OMS). Les difficultés économiques devenues insoutenables au début des années 1980, ont nécessité des réformes de politique sous l'impulsion de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International (FMI) (Touré F, 2014). C'est dans cette lancée que les mutuelles de santé mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies, reposent sur les principes de gouvernance démocratique, d'autonomie, de liberté, d'épanouissement de la personne, de solidarité et de

responsabilité dans la gestion. Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes en charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et, si nécessaire, les barrières géographiques de l'accès aux soins. A cet effet, les mutuelles de santé serviront d'une transition pour la politique de santé du Sénégal, afin de garantir l'accès des populations à un paquet minimum de soins par la mise en place du programme de couverture maladie universelle.

Cependant, la Couverture Maladie Universelle (CMU) offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, aux personnes ayant souvent de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM). La CMU offre plusieurs politiques de gratuités dont celle des enfants âgés de moins de cinq(5) ans qui fait l'objet de cette étude.

Au Sénégal, est éligible tout enfant sénégalais qui se présente avec un carnet de santé, un extrait de naissance, un carnet de vaccination ou tout autre document d'état civil pouvant attester l'âge de l'enfant.

Toutes les structures sanitaires publiques du pays (poste de santé, centre de santé et hôpital) sont concernées par cette gratuité.

Au niveau des postes de santé, sont gratuits :

- les tickets de consultation ;
- les médicaments génériques (Initiative de Bamako) ;
- les tickets de vaccination.

Au niveau des centres de santé, sont gratuits :

- les tickets de consultation ;
- les médicaments génériques (Initiative de Bamako) ;
- les tickets de vaccination ;
- les frais d'hospitalisation (le séjour).

Au niveau de l'hôpital, sont gratuits :

- les tickets de consultation en urgence ;
- les tickets de consultation pour les cas référés.¹

¹ République du Sénégal, agence de la couverture maladie universelle(CMU)

Cette initiative de gratuité permettra d'ôter aux mères de famille tout obstacle à un recours précoce aux soins de santé en cas de maladie de leurs enfants et de contribuer ainsi à la diminution de la mortalité infanto-juvénile.

Selon l'ONU, malgré une chute remarquable de la mortalité des enfants dans le monde ces dernières décennies, 15.000 enfants de moins de cinq ans meurent encore chaque jour sur la planète de maladies qu'on sait traiter. L'ONU avertit dans son rapport qu'une cinquantaine de pays, principalement en Afrique, sont en retard dans leurs efforts en matière de santé. Au Sénégal, le taux demeure encore anormalement élevé, autour de 72 pour mille², malgré les progrès accomplis dans ce domaine, ces dernières années.

Si les tendances actuelles se poursuivent, plus de 60 millions d'enfants de moins de cinq ans mourront entre 2017 et 2030, dont environ la moitié de nouveaux nés. Pour pallier à cela, et pour mieux aider à lutter contre la mortalité infantile, notre étude vise donc à analyser les déterminants socioéconomiques du recours aux soins en chez les enfants de 0-5 ans en milieu rural : cas de Niahkar.

L'étude va contribuer à éclairer les décideurs dans leurs stratégies de luttres contre la morbidité et la mortalité infantile dans l'optique des ODD 3 relatifs à la réduction de la mortalité infantile ; Par la sensibilisation et l'utilisation effective des structures de santé par les mères des enfants de 0-5ans.

L'étude s'articule autour de trois(3) principaux axes dont le premier axe aborde le cadre conceptuel de l'étude et la revue de la littérature.

Dans cette partie nous abordons le contexte général, la problématique, les définitions de quelques concepts clé, suivis de la revue de la littérature.

La seconde partie concerne le cadre de l'étude, la méthodologie de recherche. A cet étape, il est mis en exergue les principaux facteurs socioéconomiques et démographiques qui influencent le recours aux soins chez les enfants de 0-5ans ; Enfin la troisième partie sera consacrer aux résultats de l'enquête avant de terminer par une discussion assortie des recommandations et de la conclusion.

² EDS-MICS 2010-2011

PARTIE I :
CONTEXTE GENERAL ET
REVUE DE LA LITTERATURE

I-1 JUSTIFICATION ET PROBLEMATIQUE

L'accès aux soins de santé primaires et à une couverture sanitaire universelle de la population reste un défi de grande taille pour les pays en développement. Malgré quelques efforts consentis ces dernières décennies, le problème d'accessibilité aux soins de santé est loin d'être résolu (Touré F, 2015).

En Afrique subsaharienne, l'accessibilité aux soins reste faible, en particulier en zone rurale. Cependant, dans des pays en voie de développement comme le Sénégal en particulier, l'offre et l'accessibilité aux soins soulèvent un épineux problème notamment pour les populations les plus démunies et celles habitant en milieu rural. En effet, l'offre reste insuffisante à la demande car la plupart des structures de soins sont incapables d'offrir des soins de qualité et de quantité adaptés aux usagers. Malgré beaucoup de progrès en matière d'offre de soins, le constat général reste toujours le même : la population souffre toujours du déficit d'accès aux soins (Vallery R, 2003). L'accessibilité aux soins de santé est une priorité de nombreux pays en développement. En effet, les évolutions des systèmes de santé des pays en voie de développement, malgré les efforts réalisés en matière de couverture sanitaire et d'amélioration du fonctionnement, n'ont pas favorisé, comme cela aurait été souhaité, l'équité dans l'accès aux soins de santé. Cette sous-utilisation des structures de santé a d'une part contribué à maintenir un état de santé déficient.

Au Sénégal, il n'existe pas de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population et la moyenne nationale de taux d'utilisation, des services de santé est de 0,25 nouveau contact/personne/an. Ce taux est donc très faible. Le système de sécurité sociale est caractérisé par une très grande diversité dans son organisation. En effet, la couverture du risque maladie est limitée à certaines catégories socio-professionnelles qui représentent environ 10% de la population. Les dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches sociale démunies et en difficulté permettent aux personnes qui sont munis de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques (Koné K G, 2012). 30% de la population Sénégalaise vivent en dessous du seuil de la pauvreté avec un PIB/habitant de 530 USD (Basenya, 2003). Dans ce contexte de précarité, la capacité d'honorer les dépenses de santé se pose en termes de survie des populations, mais malheureusement le réseau de solidarité et de couverture maladie reste encore une réalité. L'utilisation des services de soins engendre souvent des dépenses élevées, difficilement supportables par les ménages pauvres. Surtout lorsqu'ils ne sont pas couverts par une assurance maladie. Alors ces

ménages en payant eux même les frais médicaux, ont toutes les chances de se retrouver dans un état de pauvreté extrême. Les cibles les plus vulnérables faisant difficilement face aux dépenses de santé sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans. Au Sénégal, les données sanitaires concernant la santé des enfants, nous montrent une santé précaire des enfants de 0-5ans. En effet, les dernières statistiques nous révèlent que le quotient de mortalité infantile (0-1ans) est 47‰, le quotient de mortalité juvénile (1-4ans révolus) est de 26‰ et le quotient de mortalité infanto-juvénile (0-4ans révolus) est de 72‰³.

Selon la division de la santé et de la reproduction du Sénégal ; lors du lancement du plan national pour la survie de l'enfant pour 2013 et 2015, affirmait que quatre(4) enfants meurent par heure, soient 35040 décès enregistrés par ans.

Au Sénégal, le taux de mortalité a chuté de 139‰ en 1997 à 121‰ en 2005 et à 72‰ en 2010-2011. En milieu rural et particulièrement à Niahkar dans la zone d'étude de l'IRD, on est passé de 330 cas de décès chez les enfants de moins de 5ans de 2009-2012 à 262 cas de décès de 2013 à 2016⁴. Malgré, des efforts consentis par le gouvernement Sénégalais, ces chiffres restent toujours alarmants aux seins des populations les plus vulnérables.

Par ailleurs, bien qu'il ait eu plusieurs investigations sanitaires dans le pays, les déterminants de la demande des services de santé par les mères des enfants de moins de cinq restent très mal connus au Sénégal et plus particulièrement en milieu rural. Il apparait donc un non recours aux soins aux structures de santé à tous les niveaux.

Sachant que l'accès aux soins constitue 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.

C'est face à cette situation que nous cherchons à comprendre, quels sont les déterminants qui influencent la demande de soins chez les enfants de moins de 5ans en milieu rural ?

Pourquoi dans un contexte de gratuité des soins pour les enfants de 0-5ans, le recours aux soins reste encore une difficulté pour les ménages en milieu rural ?

³ Rapport EDS-MICS 2010-2011

⁴ Sources données informatique de l'urmite-ird Dakar/Sénégal

Ainsi, devant de telles difficultés liées essentiellement aux comportements des ménages, il nous est paru pertinent d'analyser les déterminants socioéconomiques du recours aux soins chez les enfants de 0-5ans en milieu rural : cas de Niahkar.

I-2 OBJECTIFS, HYPOTHESES ET INTERET DE L'ETUDE

I-2-1 Objectifs

- L'objectif général de notre étude est d' :

Analyser les déterminants socioéconomiques du recours aux soins chez les enfants de 0-5 ans en milieu rural à Niahkar.

- Les objectifs spécifiques de cette étude sont :
 - Décrire les caractéristiques socioéconomiques des parents et leurs comportements face aux recours aux soins chez leurs enfants.
 - Identifier l'effet des variables susceptibles d'influencer l'utilisation des structures de santé chez les enfants de 0-5ans en milieu rural.
 - Formuler des recommandations pour un meilleur recours aux soins chez enfants de moins 5 ans.

I-2-2 Hypothèses

Elles permettent de vérifier nos objectifs :

Hypothèse 1 : les dépenses de santé engagées par les parents en milieu rural pendant le recours aux soins chez les enfants de 0-5 ans sont énormes.

Hypothèse 2 : l'utilisation de la médecine traditionnelle et l'affiliation à une mutuelle de santé par les parents constituent des entraves au recours aux soins des enfants de 0-5 ans

Hypothèse 3 : Le niveau d'éducation de la mère, niveau de revenus du ménage et la perception de l'état de la maladie ont un effet significatif sur le recours chez les enfants de 0-5ans.

I-2-3 Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude sera de cerner les différents déterminants socioéconomiques qui interviennent dans le recours aux soins chez les enfants de moins de 5 ans ; afin de proposer les stratégies de mises en œuvre d'une demande de soins de santé adéquate en milieu rural.

Cette étude servira également pour le CESAG et L'IRD d'enrichir sa base de données et ouvrir la porte à d'autres recherches.

Enfin, ce mémoire permet d'achever le MBA en économie de la santé et aussi d'approfondir nos connaissances tant théoriques que pratiques dans le domaine de la santé et de l'analyse des déterminants socioéconomique du recours aux soins.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

I-3 Revue de la littérature

La littérature sur les déterminants de l'utilisation des services de santé est très abondante. La synthèse de celle-ci a permis de mieux cerner l'étude et de guider le choix de nos variables.

Cette partie comprend deux phases. La première phase est consacrée aux différentes définitions des concepts utilisés dans le recours aux soins et enfin, il est question dans la seconde phase d'aborder la revue de la littérature proprement dit.

I-3-1 Définition des concepts

En parcourant la littérature sur l'accès aux soins de santé, on retrouve souvent des notions très proches les unes des autres sans qu'elles ne désignent toujours les mêmes réalités. Dans cette section, il a été défini certains éléments-clés de ces concepts afin d'éviter toute confusion et d'assurer une meilleure compréhension de la littérature.

I-3-1-1 Revenu du ménage

Ensemble des ressources ou droit qu'un individu, ou un ménage, perçoit sur une période donnée en nature ou en monnaie, sans prélever sur son patrimoine.

➤ Médecine traditionnelle

Selon la définition de l'OMS, la médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales (OMS, 2000).

➤ Instruction ou éducation

Action d'instruire quelqu'un, un groupe, de leur donner des connaissances, de leur délivrer un enseignement. C'est un ensemble de connaissances, en particulier des connaissances d'ordre général qu'on acquiert par l'école, les cours, etc.....

➤ Le Ménage

Le ménage est défini comme un groupe de personnes, apparentés ou non, qui partagent le même toit, mettent en commun tout ou une partie de leurs ressources pour subvenir à leurs besoins essentiels, notamment la nourriture et le logement, et reconnaissent l'autorité d'une seule et même personne, le chef de ménage. Selon la dénomination de l'IRD dans la zone où se déroule l'étude, le ménage est assimilé à la "cuisine" et l'ensemble des cuisines constituent une concession.

I-3-1-2 Besoins de soins

Les besoins sont définis par les experts en fonction d'une norme ou d'un standard. Cette définition normative d'un besoin n'est pas absolue : elle varie en fonction de l'évolution des connaissances et des valeurs. Il s'agit ici de besoins normatifs dont le désavantage principal réside dans les limites imposées par les outils de recueil d'informations. C'est pourquoi les besoins sont parfois critiqués comme paternalistes ou théoriques parce qu'ils n'englobent pas les besoins ne pouvant répondre aux critères d'objectivité.

Il existe aussi des besoins comparatifs lorsque divers groupes de population sont étudiés et que, par comparaison, un groupe se révèle en moins bonne santé physique, affective ou sociale qu'un autre groupe. Ou encore, ces besoins apparaissent lorsque, dans un groupe à niveau de santé comparable, certains individus bénéficient moins de services de santé que d'autres. De cette comparaison peut découler une norme qui servira dans le futur à estimer une caractéristique de la santé, sans comparaison directe avec un autre groupe de population.

On entend aussi parler de besoins prioritaires bien que, dans ce cas, il ne semble pas exister de consensus sur ce qu'est un besoin prioritaire, ni même de consensus sur le processus de définition des besoins prioritaires. Chaque groupe d'acteurs, professionnels de la santé comme consommateurs de soins ou groupes communautaires définit, en effet, des priorités dans le cadre de sa problématique spécifique.

La mesure des besoins de santé basée sur l'épidémiologie utilise principalement des mesures quantitatives des paramètres. Les sciences humaines apportent des mesures complémentaires, principalement mais pas uniquement qualitatives sur l'étude des besoins. Les difficultés rencontrées lors de l'étude des besoins sont, outre les limites méthodologiques déjà mentionnées, la tradition qui, dans le milieu médical et même dans le milieu de la recherche scientifique, ouvre trop

lentement le champ d'étude vers de nouveaux paramètres. L'étude systématique de la demande peut en partie résoudre ce problème.

➤ Demande de soins

La demande quant à elle, est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service de santé. La demande peut être exprimée ou non. La demande est limitée par la perception et, de ce fait, concerne principalement les soins curatifs et plus rarement les mesures préventives. Une personne ne fait appel à un service que si elle en ressent le besoin.

➤ Offre de soins

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.

➤ Accès aux soins

L'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services.

I-3-1-3 Recours aux soins

« Le recours aux soins peut se définir comme un indice de la fréquentation des services de santé et de la consommation des soins » (l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France, 2006). Selon l'URCAM, le recours aux soins est un indicateur qui traduit l'accès effectif aux soins.

La notion de recours aux soins vient en prolongement séquentiel aux concepts de besoins, d'accès et de demande de soins médicaux. A ce stade, le patient qui exprime un besoin de santé parvient à lever toutes les entraves à la demande et consomme effectivement les services de santé pouvant lui permettre de satisfaire son besoin (de santé).

Le recours aux soins peut donc se définir comme étant la consommation effective des prestations de soins. En générale, il s'agit d'une rencontre entre une offre et une demande de prestation de soins. Parfois, dans le cas des mesures préventives, l'offre est imposée ou tolérée par le patient.

➤ Couverture Maladie Universelle des soins de santé

En parcourant la littérature, on s'aperçoit que la définition la plus complète de la couverture universelle des soins de la santé demeure encore celle proposée par l'OMS selon laquelle, « la couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. ». Pour G. Carrin et C. James (2004), elle comprend deux volets : la couverture médicale (soins médicaux adéquats) et la couverture de la population (soins médicaux pour tous). Pour atteindre la couverture universelle des soins de santé, la plupart des Etats en développement optent pour une combinaison de plusieurs mécanismes organisationnels et financiers. Il s'agit entre autre des régimes d'assurance maladie privée, des régimes d'assurance sociale, des mécanismes de financement communautaire, des financements par la fiscalité, des mécanismes de financement innovants ...

I-3-2 Revue de la littérature sur le sujet

L'offre de santé publique peut être cernée à travers d'une part, l'accessibilité géographique, et d'autre part, la qualité du service. L'accessibilité géographique des services de santé se mesure à travers la proportion de la population qui vit dans un rayon donné d'un centre de santé. L'idée étant que toutes choses égales par ailleurs, plus la distance est longue, moins les personnes malades seront motivées à aller dans les centres de santé (Founrier et Haddad, 1995). C'est très souvent en milieu rural que ce facteur joue avec le plus d'acuité car non seulement les distances y sont les plus importantes, mais aussi, les moyens de transport, quand ils existent, sont rudimentaires. En plus de l'accessibilité géographique qui renvoie, d'une certaine manière à la « quantité », d'autres éléments de l'offre comme la qualité vont influencer sur le choix des patients. La qualité de l'offre comprend la compétence technique du personnel de santé et la qualité de l'accueil réservé aux patients.

Concernant le niveau de vie, les résultats de l'étude d'Ishaga Coulibaly et alii en 2008 réalisée au Mali, montrent de façon claire que le niveau de vie des ménages est un facteur important du recours thérapeutique. Ainsi, les plus aisés (moins pauvres) se démarquent très nettement des autres groupes socioéconomiques par la part très importante des malades ayant fait appel à un service de santé moderne (66%). Sur l'ensemble de la population malade vivant dans les localités avec un service de santé, 61% ont eu recours à la médecine moderne contre 31% qui n'ont recouru à aucune forme de médecine et seulement 8% qui ont recouru à la médecine traditionnelle. La forte proportion de malades ayant recouru à la médecine moderne (61%) traduit l'importance de la disponibilité des infrastructures de santé dans le choix du recours thérapeutique. Par ailleurs, l'analyse du lien entre la pauvreté et le type de recours en cas de maladie fait ressortir que le groupe de consommation des moins pauvres se distingue de façon substantielle des autres. Ainsi, en cas de disponibilité des infrastructures sanitaires, jusqu'à 70% des individus de ce groupe ont eu recours à la médecine moderne. Même en cas de non disponibilité des infrastructures sanitaires dans la localité, 52% des malades du groupe des moins pauvres ont quand même recours à un service de santé (Ishaga Coulibaly, alii, 2008). Dans les milieux défavorisés, les recours aux soins biomédicaux se font plus rares, et font davantage confiance à la médecine traditionnelle. Ces soins traditionnels peu efficaces sont susceptibles d'avoir un effet néfaste sur la santé.

Selon l'étude de Sy I, Keita M, Taleb M O et al réalisée en 2010 sur le Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie) : inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? , Montre que Le choix du recours peut également dépendre fortement de la perception d'un caractère de gravité de la pathologie modifiant dès lors l'attitude des personnes qui ne réagissent pas lors de la survenue d'un épisode morbide d'apparence banale. Souvent, c'est l'aggravation de l'état de santé qui conduit à un recours « spécialisé » (guérisseur ou dispensaire) dont le choix dépend de la perception de la maladie (Obrist B et al.2007 ; Gessler MC et al. 1995).

Dans les quartiers étudiés, les représentations populaires banalisent les fièvres qui surviennent et expliquent que la maladie se gère dans un premier temps de manière domestique à travers l'automédication (Faye SLB, 2001 et Baxerres C, Le Hesran JY, 2004).

L'univers du malade se déplace progressivement vers celui du guérisseur traditionnel ou du personnel des structures de santé lorsque le recours aux remèdes traditionnels s'avère inefficace et que la pathologie commence à rentrer dans une phase critique et délicate. Ainsi, la perception d'un caractère de gravité de la maladie modifie l'attitude des personnes. Celle-ci les incite alors à s'adresser à un recours « spécialisé » plutôt que « domestique ».

Ces comportements face à la maladie permettent de comprendre pourquoi les ménages ne considèrent pas les maladies des enfants (IRA, paludisme, les diarrhées etc...) comme des pathologies graves pour recourir systématiquement dans l'immédiat aux services de santé dès leur apparition. Cependant, qu'ils soient instruits ou non, les malades ont tous tendance à recourir à une consultation lorsque l'état de leur santé s'aggrave ou pour les affections graves d'emblée.

PARTIE II :
CADRE D'ETUDE
ET
METHODOLOGIE

II-1 Cadre d'étude

Cette partie est consacrée à la description de la situation géographique, socioéconomique et du volet opérationnel du cadre d'étude abordé au second plan.

II-1-1 Situation géographique

Niahkar est un village situé à 150km à l'est de Dakar dans le département de Fatick. Il se situe dans le bassin arachidier. Sa population est en majorité d'ethnie sérer.

Niahkar a été érigé en District de santé en juillet 2010, et fait partie de la région médicale de Fatick. Fatick est situé à 20km du district sanitaire de Niahkar qui comprend un(1) centre de santé et huit (8) postes de santé (Sagne, Ndoss, Niahkar, Patar, Mbadatte, Ngayokhème, Toucar, *Tella*), dont un est non fonctionnel pour des raisons de réhabilitation.

Il est important de préciser qu'il existe le village de Niahkar et la zone d'étude de l'IRD de Niahkar.

Le village de Niahkar est à proximité de la zone d'étude de Niahkar, mais n'en fait pas partie.

L'étude s'est intéressée à la zone d'étude de Niahkar qui s'étend sur une superficie de 230 km² et regroupant trente (30) villages (Steichen, 2006) avec une population estimée à 46738 habitant au recensement de juillet 2017. Sa densité de population est très élevée, 150 habitants au km² contre 50 habitants au km² pour l'ensemble du Sénégal (Adjamagbo et all, 2006)

La zone d'étude est soumise au climat sahélo-soudanien continental (Lepenc, 1996). Les premières pluies ont généralement lieu au mois de juin. Mais il pleut surtout au cours des mois de juillet, août, septembre, les dernières précipitations ayant lieu en octobre. Les pluies peuvent être violentes mais rarement très abondantes (Steichen, 2006).

II-1-2 Situation socioéconomique

L'économie de la zone d'étude repose essentiellement sur l'association entre production agricole et élevage. L'arachide représente l'essentiel des revenus monétaires des Paysans, et la croissance de la production, fondée avant tout sur l'extension des surfaces cultivées, a joué par le passé un rôle moteur dans le développement économique du pays (Lericollais A et all, (1999).

Mais, après plusieurs années de sécheresse, la production agricole auparavant diversifiée (mil, sorgho, riz, coton, arachide, pastèque, bissap etc.....) s'est progressivement limitée à celle du mil, aliment de base et de l'arachide culture de rentes.

II-2 Cadre opérationnel

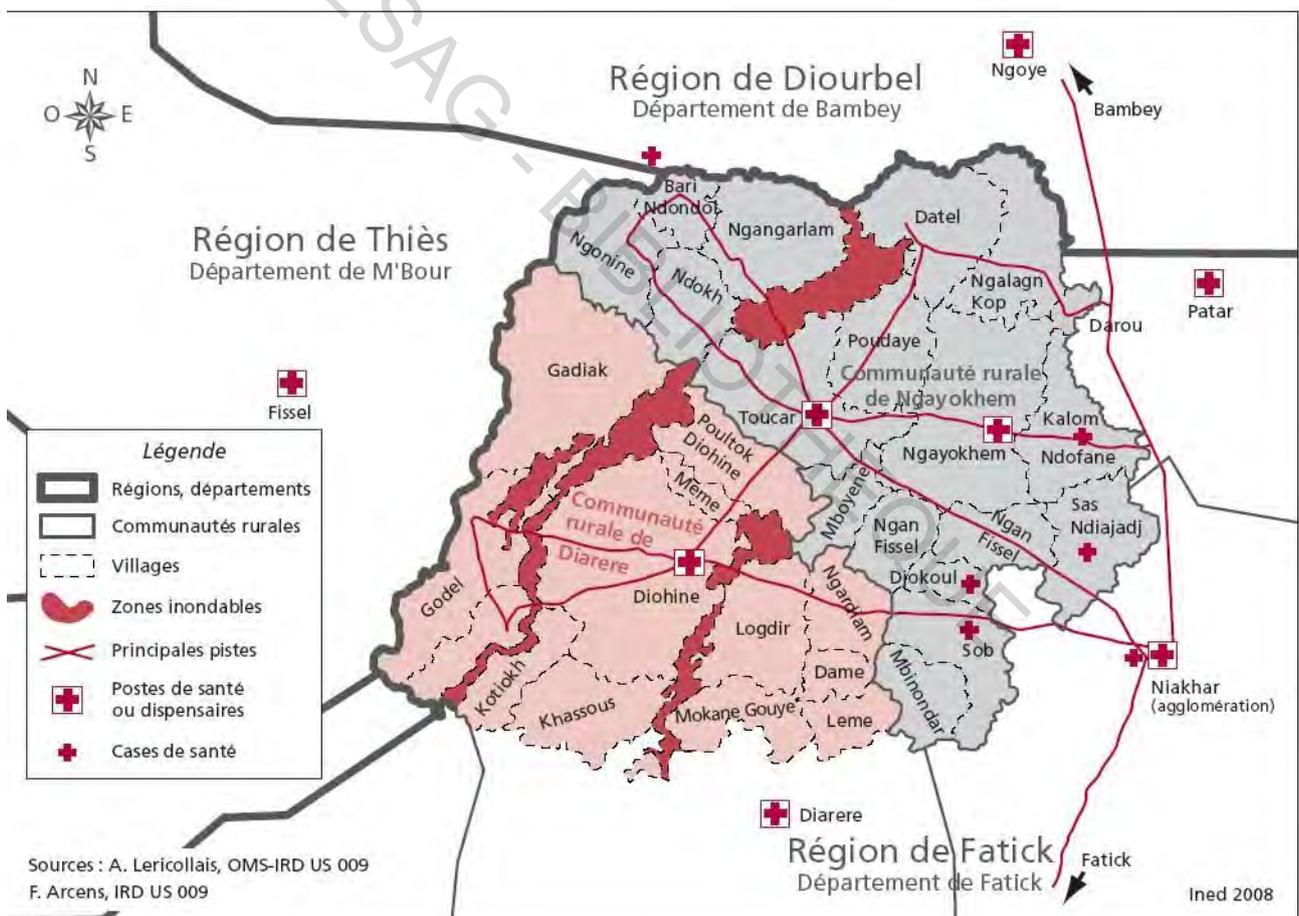
II-2-1 Caractéristique de l'offre de soins

L'offre de soins est composée d'une offre de soins modernes et traditionnels.

II-2-1-1 L'offre de soins moderne

Dans la zone d'étude de l'IRD à Niahkar, l'offre de soins moderne repose avant

Figure 1: Zone d'étude de Niahkar et leurs postes de santé de rattachement



tout sur l'existence de 3 postes de santé publics localisés dans les villages de Ngayokhème, Toucar et Diohine ainsi qu'un dispensaire privé catholique à Diohine

Le poste de santé de Toucar est le plus ancien ; il a été créé en 1953 à l'époque coloniale. Il a sous sa responsabilité 10 autres villages (Toucar centre, Ndokh, Ngangarlame, Baryndondo, Datel, Poudaye, Mboyene, Lambanème, Poultok et Nghonine). Après le poste de santé de Toucar vient le dispensaire privé catholique de Diohine il a été ouvert en 1956 par des sœurs catholiques et possède l'équipement le plus complet (Franckell, 1999).

On y trouve également le plus jeune poste de santé publique de la zone d'étude à Diohine qui a ouvert ses portes en 2014 et a démarré la couverture maladie universelle fin octobre 2015. Ce poste est sous la coupole du dispensaire privé catholique et il polarise 11 villages (Diohine centre, Kotioch, Khassous, Logdir, Ngardiame, Mocanengouye, Gadiak, Meme, Leme, Godel et Dame)

Quant au poste de santé de Ngayokhème, il a été ouvert en 1983 et a neuf (9) villages sous sa responsabilité (Ngayokhème centre, Ngalagne kop, Darou, Kalome-ndofame, Sass ndiafadji, Mbinondar, Sob, Ngane-fissel et Diokoul)

Sur les 11 cases de santé qui existent dans notre zone d'étude, seulement 2 sont fonctionnelles, celle de Bary-Ndondol et une à Nghonine. Les références et les évacuations se font sur Fatick à 25 km et à Diourbel, quelque fois sur kaolack et Dakar.

Par ailleurs, les habitants des villages situés en bordure de la zone d'étude peuvent accéder à d'autres postes de santé situés à Niahkar, Diarère, Patar, Fissel, Ngoye, Mbadatte, Ndoss, Sagne, Tattaguine ainsi que le dispensaire des sœurs de Bambey. En dehors de ces structures sanitaires, il existe de nombreux points informels de vente de médicaments. En effet, les boutiques et les vendeurs ambulants, également présent sur les marchés, alimentent largement les populations en médicaments (Lalou R et all, 2008). Cependant, l'approvisionnement régulier des postes de santé en médicament générique financièrement accessible limite considérablement les phénomènes des ventes libre et incontrôlée de médicaments sur les marchés (Franckel, 1999).

L'organisation de l'approvisionnement et de la gestion des stocks de médicaments s'effectue dans le cadre des accords de la conférence de Bamako.

En effet, concernant le Sénégal, les structures de santé viennent prendre leurs commandes au niveau de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement(PRA) avec leurs propres moyens. Les bons de commandes émanent des formations sanitaires. Les médicaments sont payés au comptant par les clients par versements directs dans les comptes bancaires de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) ou par chèque barré au nom de la PNA.

Les dépôts de district approvisionnent les centres de santé, les postes de santé et les structures du district autorisées. Les médicaments sont acheminés par les infirmiers chef de poste(ICP) et le comité de santé réceptionne les médicaments qui ensuite les mettent au niveau de la pharmacie pour sa commercialisation. Une fois l'approvisionnement réalisé le dépôt de district est financé par le recouvrement des coûts de médicaments, géré par les comités de santé. Les médicaments sont vendus avec une marge bénéficiaire de 35% au niveau des postes de santé. Mais, le recouvrement des coûts des médicaments de la couverture maladie universelle chez les enfants de 0-5 ans sont remboursés tardivement par la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement(PRA).

Alors pour soutenir le fonctionnement des comités de santé dans la gestion des différents poste de santé, il y a le PUSH-MODEL qui est une entité public logée au sein de la PRA qui amène les médicaments jusqu'au niveau des dépositaires des pharmacies des postes de santé. Cela s'appelle en wolof « Yeksina » qui signifie « je suis à coté de vous ». Dorénavant, les ICP n'ont plus besoin de se déplacer pour être approvisionné en médicament.

A côté des médicaments dont les recettes font fonctionner les postes de santé on a aussi des fonds de dotation.

En ce qui concerne les fonds de dotation à 2 types de fonds à savoir :

- Les fonds de dotations décentralisés(FDD)
- Les fonds de dotation non décentralisés(FDND)

➤ Les fonds de dotations décentralisés

Il s'agit des dotations en médicaments destinées au poste de santé par la collectivité locale. Le circuit d'approvisionnement commence par la collectivité locale qui informe la structure de santé de l'existence d'une ligne de crédit pour des médicaments. Partant de là, la structure de santé fait l'état de ses besoins et se rapproche de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement(PNA) pour une facture pro-forma à hauteur du budget. Ensuite, une autorisation est requise auprès de la Direction Centrale des Marchés Public (DCMP) pour pouvoir acheter les médicaments à la PNA. Il s'en suit alors la signature d'un contrat entre la PNA et la collectivité locale.

Les autorités de la collectivité locale à savoir le président du conseil régional et le maire, signent un « bon vert » qui permet à la structure de santé d'aller récupérer les médicaments à la PNA ou à la PRA. Ce fond de dotation décentralisé était de

4 400 000 FCFA en 2015 et de 4 000 000 FCFA en 2016⁵ sous forme de médicament à répartir entre chaque poste de santé de la collectivité locale de Ngayokhème.

➤ Les fonds de dotations non décentralisés

Ces fonds servent particulièrement au fonctionnement du district sanitaire de Niahkar et non à l'achat des médicaments. Ils étaient de 12 millions en 2016 et 13 millions en 2017⁶. Ces fonds sont répartis entre les différents postes de santé et le centre de santé du district pour le bon fonctionnement des formations sanitaires (réhabilitation, construction etc....)

a-1 La CMU et les Mutuelles de santé en milieu rural

La Couverture Maladie Universelle (CMU) constitue un axe majeur du Plan Sénégal Emergents (PSE) qui vise un développement économique et social inclusif. En 2013, l'état des lieux de l'assurance maladie au Sénégal faisait apparaître un déficit de couverture de plus de 80% car seuls les travailleurs du secteur privé et du secteur public étaient couverts par un système formel de couverture maladie⁷. La majorité de la population constituée des populations du secteur informel et du monde rural étaient laissées en rade. C'est dans ce cadre que le gouvernement du Sénégal a lancé officiellement en septembre 2013 La Couverture maladie. Cette politique de gratuité vise à rendre gratuits les soins de santé pour les cibles les plus vulnérables dont les enfants de moins de cinq.

Dans le district sanitaire de Niahkar et particulièrement dans la zone où s'est déroulée notre étude, on dénombre au total 29163 enfants de 0-5 ans bénéficiaires de la CMU de 2013 à 2017 et répartis dans les 3 postes de santé (Ngayokhème, Toucar, Diohine). A Niahkar, la première phase pilote de la CMU a commencé en 2013 et elle prenait en compte uniquement les tickets de consultations chez les enfants de moins de 5 ans. C'est en 2014 que la seconde phase présentement en vigueur a été initiée et elle prend en compte les tickets de consultations, les tickets de vaccinations et les médicaments génériques (Initiative de Bamako) ; mais excepté les examens paracliniques (examens biologiques, radiologiques etc...) au niveau des postes de santé.

Les ICP rencontrent comme soucis majeurs les ruptures fréquentes de stock des médicaments de la gratuité ciblée. Pour remédier à cela une vaste promotion et

⁵ Source données du Médecin chef du district de Niahkar

⁶ Idem

⁷ Aide-mémoire sur la couverture maladie universelle

sensibilisation sur les mutuelles de santé est menée à chaque fois dans la zone d'étude, afin de permettre aux populations d'adhérer pour éviter les dépenses liées à l'achat directs des médicaments.

Cependant, l'axe prioritaire de la CMU est la promotion et le développement des mutuelles de santé dont la cible principale est constituée des populations vivante en zone rural et ceux du secteur informel. La cotisation est de 7000FCFA/personne/an est subventionnée à hauteur de 50%, soit une contribution de 3500FCFA par personne et par an pour les bénéficiaires des mutuelles de santé. Le paquet offert couvre le poste de santé, les centres de santé et l'hôpital avec une prise en charge de 80% pour les consultations, analyse et examens, hospitalisation, médicaments générique et 50% pour les médicaments fournis dans les pharmacies privées. Cette politique de mutualisation est loin d'être effective en milieu rural. Nous avons constatés l'existence de 03 mutuelles de santé dans le district sanitaire de Niahkar dont celle de la commune rurale de Ngayokhème qui fait partir de notre site d'étude.

La commune rurale de Ngayokhème à laquelle se trouve rattacher le poste de santé de Toucar compte une seule mutuelle de santé avec 17 adhérents et 25 bénéficiaires pour une population totale de 46738 habitants⁸ couvrant la zone d'étude (Diohine, Ngayokhème et Toucar).

En résumé, ces initiatives de gratuités, même si elles peuvent quelque peu contribuer à l'augmentation de la consommation des soins, de la qualité des soins, de l'équité, elles n'ont encore que peu d'impact sur l'amélioration des indicateurs de santé (surtout pour la santé reproductive). Par contre, elles rencontrent beaucoup de difficultés liées principalement à l'insuffisance des ressources allouées, au mauvais ciblage et aux processus de gestion (lourdeurs administratives, retards dans les remboursements), mais aussi à l'insuffisance de la communication en direction des bénéficiaires.

II-2-1-2 L'offre de soins traditionnels

Cette offre comprend la médecine traditionnelle (guérisseurs et marabouts) et l'automédication.

➤ La médecine traditionnelle (Guérisseurs et marabouts)

Dans notre zone d'étude, l'offre de soins traditionnels dont les ménages ont souvent recours pour leurs enfants de moins de 5 ans en cas de maladie, est caractérisé par la présence de guérisseurs et de marabouts.

⁸ Base de données Urmite/IRD

Les marabouts soignent à travers des plantes, des décoctions, des préparations et des versets coraniques écrits en arabes.

Quant aux guérisseurs, ils font des pratiques dite de Pangol c'est-à-dire qu'ils font des sacrifices auprès des baobabs, donne de la poudre ou des potions aux patients.

➤ Automédication

Elle consiste à s'administrer sans ordonnance ni conseil médical personnalisé des médicaments ou des techniques de soins. Elle concerne surtout des symptômes ou des maladies bénignes courantes, parfois des problèmes traînants qui peuvent cacher des maladies importantes (Augé J-F, 2010).

Selon l'OMS(1998), l'automédication c'est lorsque des individus sont capable de reconnaître eux-mêmes leurs symptômes et leurs maladie et de choisir d'utiliser des médicaments pour ce traiter. D'où l'automédication est une rupture avec les consultations médicale.

Dans l'étude, l'automédication est attribuée aux ménages qui optent pour des raisons diverses aux choix de traiter leurs enfants avec l'utilisation hors prescription d'une structure de santé des médicaments achetés chez des vendeurs ambulants illégaux (comprimés, sirop, collyre etc...) ou des poudre, des décoctions...

Ces médicaments reçoivent un conditionnement qui laisse à désirer. En effet, ils sont conservés soit dans le tiroir du comptoir, soit sur une étagère.

Il existe 3 types d'automédications :

- L'automédication « primaire » : Elle permet des symptômes alors qu'aucun diagnostic n'a été porté par un médecin.
- L'automédication « secondaire », appelé également « rémédication » : Elle permet de soigner les symptômes d'une maladie ou d'une crise qui a déjà été diagnostiquée par le médecin.
- L'automédication « tertiaire » : Elle est pratiquée depuis de nombreuses années par les personnes ayant une maladie chronique comme l'asthme ou le diabète. Ce sont les personnes elles-mêmes, avec l'accord et sous le contrôle régulier du médecin, qui s'administrent des médicaments à des doses qu'ils connaissent et qu'ils adaptent le cas échéant (Augé J-F, 2010).

Nous retenons dans ce chapitre que la zone d'étude de Niakhar est caractérisée par une saison sèche qui dure 8 mois et une saison pluvieuse de 4 mois. Son économie est basée sur l'agriculture, l'élevage et le commerce. A l'opposé de

l'utilisation des structure de santé moderne, l'offre de soins traditionnelles (guérisseurs et marabouts) et l'automédication ; sont aussi utilisées par les ménages pour diverses raisons personnelles.

Pour mener à bien cette étude, une méthodologie a été adoptée dont les étapes sont décrites dans le chapitre suivant.

II-3 METHODOLOGIE

Cette partie présente les données et méthodes d'analyse utilisées pour vérifier nos hypothèses de travail émises précédemment. Ainsi nous passons en revue tour à tour : le type d'étude, la population d'étude, la taille de l'échantillon, les outils de collectes des données et les variables, traitement, analyse et interprétation des données, difficulté rencontrées et limites de la recherche.

II-3-1 Type, population d'étude et Echantillonnage

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique.

II-3-1-1 Population d'étude

La population d'étude porte sur le ménage dont l'unité statistique est l'enfant de moins de 5ans, l'unité déclarante est père et la mère de l'enfant ou à défaut le tuteur légal. Autrement dit les enfants de moins de 5 ans et leurs parents (mères ou pères) constituent la cible de l'étude. A chaque enfant enquêté correspondra sa mère, un seul enfant par mère sera pris en considération dans le questionnaire complet.

La population calculée sur la base de l'échantillonnage a été tirées de façon aléatoire simple.

II-3-1-2 Critères d'inclusion et d'exclusion

- Critère Inclusion

Cette étude prend en compte seulement les ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans au cours des 5 dernières années (01Janvier 2011 au 31 décembre 2016) précédant l'enquête.

- Critère Exclusion

Tous les ménages ayant des enfants de moins de 5 ans sur ces 5 dernières années précédant l'enquête dont les personnes en charge de l'enfant sont absents.

- Taille de l'échantillon

A partir de la base de données du suivi démographique des populations de l'observatoire de l'IRD, le nombre total de ménages (cuisines) est estimé à 4330 ménages répartis sur les 30 villages. Cependant, au regard de cette base de données, le nombre total de ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans est chiffré à 3031 soit 70% du nombre total de ménages.

Ainsi, Pour calculer la taille de l'échantillon nécessaire des enfants de moins de 5 ans à enquêter, nous avons utilisés la méthode de calcul probabiliste avec la formule de SCHWARTZ⁹ qui donne :

$$N = P(1 - P) \frac{Z^2 \alpha}{i^2}$$

Avec un risque d'erreur de 5,3% et une précision de 5,7%.

P = Proportion des ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans :

$$P = \frac{3031}{4330} = 0,70$$

q = Proportion des ménages n'ayant pas un enfant de moins de 5 ans q = 1 - p = 0,30

Z α = Valeur correspondante au quantile de la loi normale centrée réduite N(0,1) vaut 1,93 avec $\alpha = 0,053$ soit 5,3%

i = la précision souhaitée qui est de 5,7%

$$N = 0,70(1 - 0,70) \frac{(1,93)^2}{(0,057)^2} = 240,75 \approx 241 \text{ Ménages à enquêter}$$

Le calcul de N la taille de l'échantillon par la formule ci-dessus donne un échantillon de : 241 ménages à enquêter.

La taille de notre échantillon est de 241 ménages pour un risque d'erreur de 5,3% et une précision de 5,7%.

- Répartition de l'échantillon de l'étude

L'échantillon est reparti en deux degrés :

⁹ Schwartz D., Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes édition Flammarion médecin sciences, 1969

-Le premier degré est stratifié en fonction des villages polarisés dans chaque poste de santé.

L'échantillon obtenu est réparti proportionnellement aux trois postes de santé de Niahkar.

Tableau 1: Répartition des enfants de moins de 5ans par poste de santé

Poste de santé	le nombre total de ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans	Nombre d'enfants à enquêter	Proportion
DIOHINE	1057	84	35%
NGAYOKHEME	679	54	22%
TOUCAR	1295	103	43%
Total	3031	241	100%

- Le deuxième degré est un tirage aléatoire des enfants de moins de 5 ans dans les villages repartir sur l'aire géographique de chaque poste de santé. L'enquête s'est effectuée dans les villages qui disposent des postes de santé et ceux qui n'en disposent pas ; cela pour mieux apprécier le recours aux soins au sein de notre population d'étude.

A partir de la base des données de l'observatoire démographique de Niakhar reçu, un tirage aléatoire a été réalisé et les noms des concessions à enquêter ont été retenus. Une fois sur le terrain, nous avons retrouvés avec l'aide de l'interprète les ménages tirées de façon aléatoire.

II-3-2 Plan de la collecte des données

L'activité de collecte des données a été précédée par l'obtention d'une autorisation officielle de l'IRD, d'une autorisation obtenue auprès des autorités administratives du district sanitaire de Niakhar, les autorités religieuses et coutumière pour l'explication du bien fondé de l'étude.

L'enquête s'est déroulée du 17 au 31 juillet 2017. La collecte a duré 14 jours et concerne 241 ménages répartis sur les 30 villages au niveau des 03 postes de santé public. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli

(annexe 1) qui a été adressé aux ménages de la zone d'étude. Il a été dirigé par le chercheur principal et un interprète formé aux méthodes d'interview.

II-3-3 Traitement et analyse des données

Dans notre étude nous avons utilisés les informations de la base de données de l'antenne régionale de l'IRD à Niahkar et on a collecté à l'aide d'un questionnaire préétabli des données auprès des ménages de façon aléatoire.

Les données saisies, traitées, analysées et interprétées à l'aide des logiciels SPSS 14.0 et EXCEL 2013. Les productions statistiques (fréquence, moyenne, médiane, Maximin, minium, les écarts-types) ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 14.0. Les graphiques ont été produits grâce au tableur Excel.

Le logiciel économétrique SPSS 14.0 a été utilisé pour estimer le modèle.

Nous avons procédé aux croisements de nos masques de donnés par le bien des variables quantitative et qualitative recueillis, pour donner plus de pertinence dans l'analyse de nos résultats. Ensuite pour apprécier statistiquement la significativité des variables du recours aux soins chez les enfants de 0-5 ans, un test de khi-deux a été effectué. Les résultats de ce test seront comparés au khi-deux seuil à un intervalle de confiance IC=95% à un degré de liberté (ddl) (3,84). La probabilité obtenue est comparé à la marge d'erreur alpha qui est de 0,05(IC=95%) selon la règle de décision suivante :

Si $p\text{-value} < 0,05$ alors la différence est réelle

Si $p\text{-value} > 0,05$ alors la différence n'est pas réelle.

II-3-4 limite et contrainte de la collecte des données

Au cours de notre étude, nous avons rencontré comme contrainte le problème climatique qui n'était pas à notre avantage. L'étude s'est déroulée en période d'hivernage et pendant cette saison les ménages sont quasi-absents au village. Ils labourent leurs champs pour semer les prochaines récoltes. Il est donc difficile de trouver le chef de ménage ou la mère en charge de l'enfant à la maison.

En outre, la durée de l'étude était très courte (14 jours) et les conditions de déplacements par moment très difficiles sur des pistes impraticables au cause de la saison pluvieuse. Les moyens pour relier deux villages afin de collecter nos données auprès des ménages se faisaient souvent sur des taxis moto¹⁰.

¹⁰ Taxi-moto : Il s'agit d'engin à deux routes qui sont utilisés pour le transport inter villages.

II-3-5 Formulation du modèle de l'étude

On aborde ici le choix du modèle économétrique retenue pour notre étude. Afin, d'appréhender les déterminants socioéconomiques et démographiques du recours aux soins chez les enfants de moins de 5 ans en milieu rural.

➤ Justification du modèle utilisé

Dans cette étude, le model logistique sera utilisé pour analyser les déterminants socioéconomiques du recours aux soins chez les enfants de 0-5 ans en milieu rural. Le modèle envisagé pour ce mémoire est du ressort de l'économétrie des variables qualitatives et quantitatives. Le modèle logit consiste à déterminer selon un choix binaire ou dichotomique, les déterminants socioéconomiques qui influencent la probabilité d'avoir recours aux soins dans une structure moderne de santé chez les enfants de 0-5 ans. Le choix de ce modèle se justifie pour plusieurs raisons :

La variable expliquée ou dépendante (Y) est qualitative. Il s'agit du recours aux soins. Cette variable ne prendra que 2 valeurs :

- Si le ménage à recours aux soins alors $Y=1$
- Si le ménage n'a pas recours aux soins alors $Y=0$

Dans le modèle logit la variable qualitative prend comme valeur un attribut ou une modalité. Par exemple le recours aux soins prend les attributs recours ou non recours. Les avantages du modèle de régression logistique nous permet de :

- Déterminer dans quelles mesures les facteurs considérés expliquent la variable dépendante.
- Odds-ratios facilement interprétables
- Permet de traiter les variables explicatives discrètes, qualitatives ou continues.
- Permet de détecter certains phénomènes non linéaires
- Modéliser directement une probabilité

II-3-6 Les variables utilisées

L'étude utilise 2 types de variables, une variable expliquée ou dépendante qualitative et des variables explicatives ou indépendantes.

Le modèle de régression logistique vise à expliquer le recours aux soins notamment chez les enfants de moins de 5 ans en milieu rural.

a/ Variable dépendante

C'est le recours aux soins. Cette variable est un évènement dichotomique soit le ménage utilise des services de santé soit il ne l'utilise pas. Soit Y la variable dépendant, elle représente le recours aux soins de santé (la demande de soins de santé) elle prend la valeur 0 ou 1.

Soit $Y=1$: si le ménage à recours aux soins de santé

Et $Y=0$: si le ménage n'a pas recours aux soins de santé

b/ Variables Explicatives

Les variables explicatives sont indépendantes. Elles correspondent aux déterminants socioéconomiques qui influencent le recours aux soins. Elles prennent des valeurs quantitatives ou qualitatives. Elles sont mises en relation pour expliquer le fait qu'un ménage ait recours aux soins pour son enfant de moins de 5 ans dans une structure sanitaire. Ces variables sont les suivantes :

1- Age de l'enfant

Il s'agit ici de l'âge de l'enfant au moment de l'enquête, il est regroupé en 5 modalités à savoir :

« 0 à 1=0 », « 1 à 2=1 », « 2 à 3=2 », « 3 à 4 =3 », « 4 à 5 = 4 ». Cette variable est quantitative continue.

2- Sexe de l'enfant

Cette variable est qualitative discrète et comprend deux modalités :

Féminin=0, Masculin= 1

3- Le niveau de revenu du ménage

Le niveau de revenu du ménage est un déterminant économique important de la demande des soins dans un système de santé car il peut accroître ou décroître la probabilité d'utiliser un service de santé moderne.

La santé n'est pas de prix certes, mais lorsqu'on dispose d'un niveau de revenu élevés l'on ne peut se priver d'un service de qualité pour protéger sa vie.

Nous avons catégorisés le niveau de revenu par 3 modalités :

« Faible=0 » ; « Moyen=1 » ; « Elevé=2 »

Les ménages ayant un niveau de revenus faible percevaient moins de 50000 FCFA par mois, ceux qui avait un niveau de revenus moyens avaient entre (50-

100000FCFA) et enfin les niveaux de revenus élevés percevaient entre (100 - 300000FCFA). En moyenne le revenu mensuel d'un ménage est estimé à 30000FCFA dans la zone d'étude.

4- Affiliation à une mutuelle de santé

Les mutuelles de santé peuvent également influencer le recours aux soins dans la mesure où elle prene en charge les coûts des soins de ses adhérents. On a tendance au recours aux soins (demande de soins) dans les structures de santé pour se faire soigner lorsqu'on est affilié à une mutuelle de santé car les soins sont pris en charge.

« Non=0 » et « Oui=1 »

5- Niveau d'instruction de la mère

Il est mesuré par la dernière classe atteinte pour la mère dont les modalités sont les suivants : « aucun=0 » ; « primaire=1 » ; « secondaire=2 ». Cette variable est qualitative.

6- Taille du ménage

Cette variable a été choisie car elle peut influencer la décision d'aller ou non se faire soigner. En effet, lorsque la taille du ménage est grand, et que le revenus n'est pas conséquent, en cas de maladie on réfléchit pour faire un choix entre se faire soigner ou subvenir à d'autres besoins du ménage. Ce qui pourrait être le contraire 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 » et « 15 à 20=3 ».

7- Perception de la distance parcourue

Cette variable a été retenue parce qu'elle peut influencer également sur la décision d'utiliser ou non le poste de santé. En effet, lorsque le poste de santé est très éloigné des ménages, en cas de maladie ils réfléchissent entre parcourir cette distance pour venir se faire soigner ou utiliser les autres types de recours aux soins (automédication, médecine traditionnelle). Ce qui pourrait être l'inverse pour les ménages situés à moins 1 km du poste de santé. Cette variable est quantitative et continue : « moins d'1km=0 », « 1 à 2 km=1 », « 2 à 3 km=2 » et « 5 à 10 km=3 »

8- Autres types de recours aux soins

Les autres types de recours aux soins ont une influence sur l'utilisation des services de santé moderne au sein des ménages. Mais ils sont caractérisés d'un ensemble de choix auxquels le ménage fait face en cas d'état de morbidité chez les enfants de 0-5ans. Il s'agit :

De l'automédication : regroupe les cas où les ménages ne consultent pas pour traiter la maladie de leurs enfants. Ils utilisent les médicaments modernes (comprimés) ou traditionnels (écorces, feuilles d'arbres) disponibles à la maison ou achetés pour l'occasion.

Médecine traditionnelle : constitue les cas où les parents des malades consultent un tradi-praticien, un herboriste ou un guérisseur.

Médecine moderne : regroupe les cas où ils consultent un professionnel de santé moderne reconnue officiellement par l'administration ou une formation sanitaire publique ou privé.

En effet, pour des raisons diverses, la plupart des ménages préféreraient utilisée les soins traditionnels et c'est lorsque cette pratique s'avère inefficace qu'elles ont recours aux soins dans les services de santé moderne.

Cette variable est qualitative avec 3 modalités : « Poste de santé=0 », « Automédication=1 », « Médecine traditionnelle=2 »

9- L'état de la maladie

La perception qu'a le ménage sur la maladie est un facteur qui pousse le malade à fréquenter les services de santé. On a pour habitude d'utiliser un service de santé lorsque la maladie devient grave. Dans le cas contraire on attend et on pratique d'autres alternative (automédication, médecine traditionnelle) cette variable est qualitative dichotomique : « Pas grave=0 » et « Grave=1 »

II-3-7 Base théorique du modèle logistique

Notons soit Y la variable dépendent dichotomique à expliquer, Y représente le recours aux soins de santé (la demande de soins de santé) dont on supposera qu'elle prend la valeur 0 ou 1.

On observe les valeurs que prend Y sur un ensemble d'enfants de moins de 5 ans en milieu rural indicée par i.

$i = 1, 2, \dots, n$ avec n la taille de l'échantillon.

Soit Z la variable sous-jacente au phénomène. Alors on aura une relation de type $Z_i = \beta X_i + \varepsilon_i$

X_i = Ensembles de variables exogènes ou explicatives

ε_i = Terme d'erreur.

β = Ensemble des Paramètre à estimer

La probabilité que $Y_i = 1$ (avoir recours aux soins de santé) connaissant la valeur de la variable explicative X_i s'écrit :

$$P_i = P [Y_i = 1] = P [Z_i > 0]$$

$$P_i = P [Y_i = 1] = P [\beta X_i > -\varepsilon_i]$$

$$P_i = F(\beta X_i)$$

F la fonction de répartition de $-\varepsilon_i$, le choix du modèle porte sur le choix de F la méthode d'estimation utilisée est la méthode du maximum de vraisemblance (MMV).

F = fonction de répartition du modèle logit.

Ce qui donne :

$$P (Y_i=1) = \frac{\exp^{\beta X_i}}{1 + \exp^{\beta X_i}}$$

Ou

$$P (Y_i=1) = \frac{1}{1 + \exp^{-\beta X_i}} \text{ et } Z_i = \beta X_i$$

Alors $P (Y_i=1)$ s'écrit :

$$P (Y_i=1) = \frac{1}{1 + \exp^{-Z_i}}$$

II-3-8 Analyse du modèle du recours aux soins

Dans cette partie, il sera question d'identifier les facteurs qui ont une influence sur le recours aux soins chez les enfants de 0-5 ans en milieu rural à partir d'un modèle logistique estimé sur la base des informations collectées auprès des ménages.

Les données analysées concernent les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, socioculturelles et comportementales des enfants et leurs parents. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- *Caractéristiques sociodémographiques* : Sexe de l'enfant, Age de l'enfant, Recours aux soins et Taille du ménage
- *Caractéristiques socioculturelles* : Affiliation à une mutuelle de santé, Niveau d'instruction de la mère
- *Caractéristiques socioéconomiques* : Niveau de revenu du ménage
- *Comportement des ménages face au recours aux soins chez l'enfant de moins 5 ans en milieu rural* : Perception de la distance parcourue, Perception des autres types de recours aux soins, Perception de l'état de la maladie.

Enfin, pour terminer il est mis en exergue les résultats de l'analyse économétrique qui à consister à faire un modèle du recours aux soins chez les enfants de 0-5ans en milieu.

PARTIE III :
RESULTATS-DISCUSSIONS-
RECOMMANDATIONS

III-1 RESULTATS ET ANALYSES

III-1-1 Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et des parents

- Sexe de l'enfant

Tableau 2: Répartition selon le sexe de l'enfant

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Masculin	127	52,7	52,7
Féminin	114	47,3	100,0
Total	241	100,0	

Source : Données de l'enquête



Source : Données de l'enquête

Figure 2: Répartition selon le sexe de l'enfant

On constate dans la figure 2 que 53% des enfants de moins de cinq ans de notre étude sont de sexe masculin contre 47% de sexe féminin. Ce qui nous donne un sexe ratio homme/femme de 1,13.

Cette répartition selon le sexe de l'enfant en milieu rural montre une presque égalité entre les garçons et les filles qui ont recours aux soins.

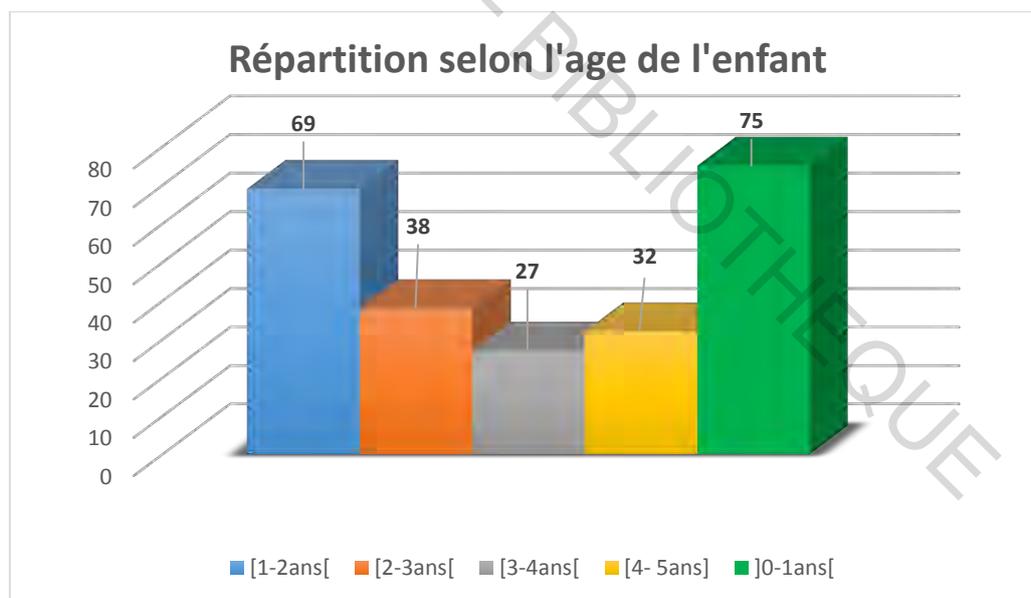
- L'Age de l'enfant

Tableau 3: Répartition selon l'âge de l'enfant

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
] 0-1ans [	75	31,1	31,1
[1-2ans [	69	28,6	59,8
[2-3ans [	38	15,8	75,5
[3-4ans [	27	11,2	86,7
[4- 5ans]	32	13,3	100,0
Total	241	100,0	

Source : Données de l'enquête

Figure 3: Répartition selon l'âge de l'enfant



Source : Données de l'enquête

Nous constatons que la tranche d'âge de 0-1ans a le plus grand nombre d'enfants de moins de 5ans ce qui représente soit 31,1% ; suivi de la tranche d'âge de 1-2ans avec 28,6% de cas.

15,8% de cas, pour les enfants dont l'âge est compris entre 2-3ans contre 11,2% et 13,3% respectivement pour les tranches d'âge de 3-4ans et 4-5ans.

- Le Recours aux soins

Tableau 4: Répartition selon le recours aux soins

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Oui	173	71,8	71,8
Non	68	28,2	100,0
Total	241	100,0	

Source : Données de l'enquête



Source : Données de l'enquête

Figure 4: Répartition selon le recours aux soins

Il ressort de l'analyse de ce graphique ci-dessus que 72% des ménages enquêtés ont recours aux soins pour leurs enfants de moins de 5ans contre 28% qui n'ont pas recours aux soins.

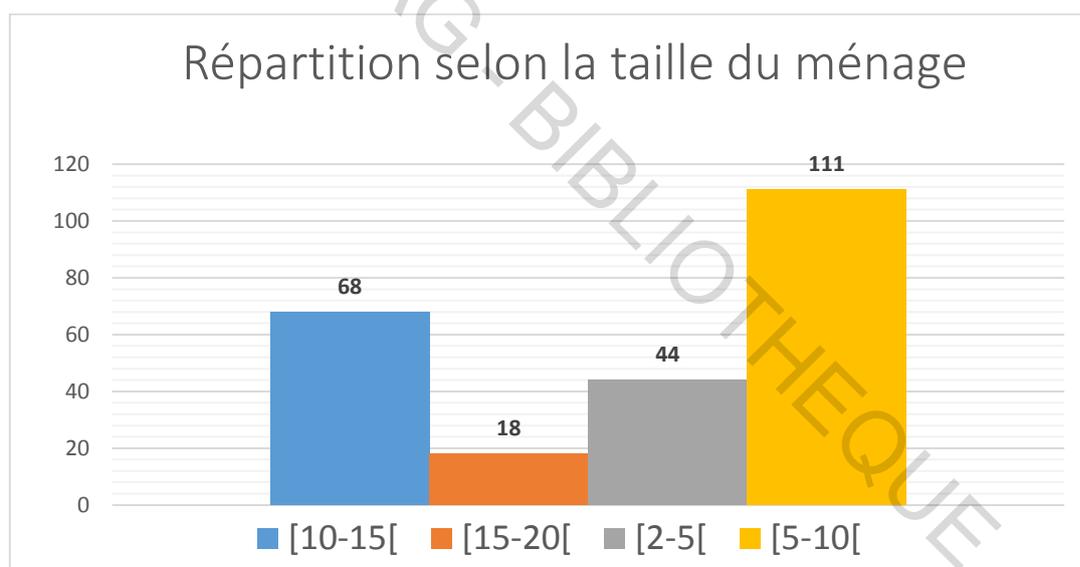
- Taille du ménage

Tableau 5: Répartition selon la taille du ménage

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
[2-5[	44	18,3	18,3
[5-10[	111	46,1	64,3
[10-15[	68	28,2	92,5
[15-20[	18	7,5	100,0
Total	241	100,0	

Source : Données de l'enquête

Figure 5: Répartition selon la taille du ménage



Source : Données de l'enquête

Il ressort du tableau ci-dessus que La taille moyenne des ménages est de 9 personnes par ménage en milieu rural. Cette moyenne est proche de la moyenne nationale qui est de 9,03 personnes par ménage¹¹. La plupart des ménages ont une taille comprise entre 2 à 10 personnes par ménage ce qui représente soit 64,3%. La taille minimale est de 2 personnes par ménage tandis que la taille maximum est de 20 personnes par ménage

¹¹ Enquête Démographique de Santé-Continue 2010-2011

La taille du ménage est un facteur important dans l'utilisation des services de santé. Elle peut influencer le choix des ménages dans la fréquentation des centres de santé moderne en cas de maladie.

III-1-2 Caractéristiques socioculturelles

- Affiliation à une mutuelle de santé

Tableau 6: Répartition selon l'affiliation à une mutuelle de santé

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
OUI	16	6,6	6,6
NON	225	93,4	100,0
Total	241	100,0	

Source : Donnée de l'enquête

Figure 6: Répartition selon l'affiliation à une mutuelle de santé



Source : Données de l'enquête

Le graphique 4 montrent que 7% des ménages sont affiliés à une mutuelle de santé par contre 93% des ménages ne sont pas affiliés à une mutuelle de santé pour des raisons diverses.

Les différents ménages de notre site d'étude éprouvent des difficultés à payer les soins de leurs enfants car la quasi-totalité de ses ménages ne sont pas couverts par une assurance de risque maladie.

L'absence d'affiliation à une mutuelle de santé est un facteur déterminant qui pourrait influencer le recours aux soins de l'enfant de moins 5 ans en milieu rural.

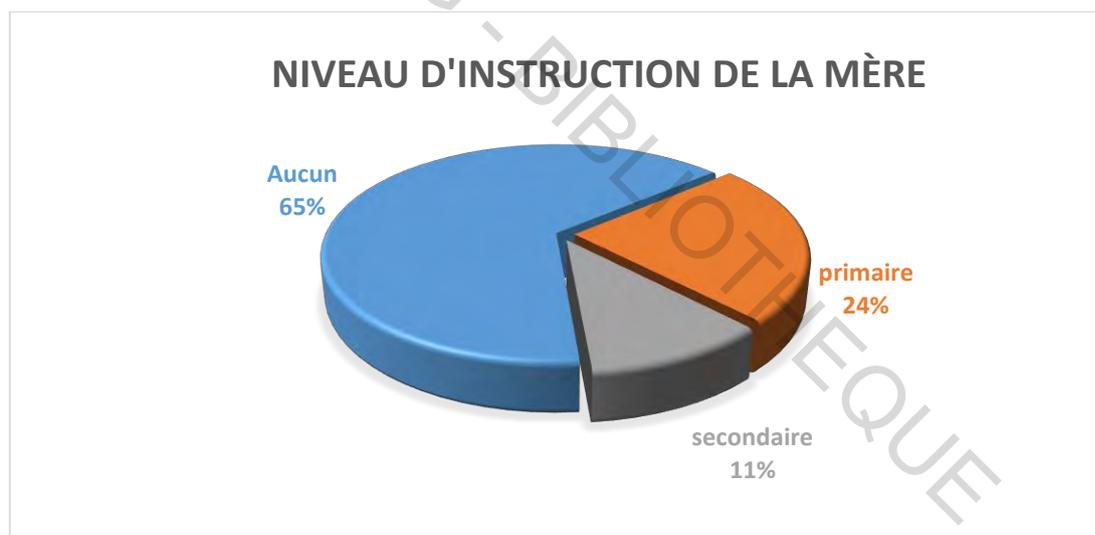
- Niveau d'instruction de la mère

Tableau 7: Répartition selon le niveau d'instruction de la mère

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Aucun	157	65,1	65,1
Primaire	58	24,1	89,2
secondaire	26	10,8	100,0
Total	241	100,0	

Source : Données de l'enquête

Figure 7: Répartition selon le niveau d'instruction de la mère



Source : Données de l'enquête

Il ressort du graphique ci-dessus que 65% des mères n'ont aucune instruction. Contre 24% et 11% qui ont respectivement un niveau primaire et secondaire.

Le niveau d'instruction de la mère pourrait être un facteur déterminant dans le recours aux soins chez l'enfant de moins de 5ans en milieu rural.

Raison pour laquelle nous l'avons considéré comme une variable explicative dans notre méthodologie.

III-1-3 Caractéristiques socioéconomiques

- Niveau de revenu du ménage

Tableau 8: Répartition selon le niveau de revenus du ménage

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
élevé	17	7,1	7,1
moyen	85	35,3	42,3
faible	139	57,7	100,0
Total	241	100,0	

Source : Données de l'enquête

Figure 8: Répartition selon le niveau de revenus du ménage



Source : Données de l'enquête

Comme le montre le graphique ci-dessus, 58% des ménages enquêtés se considèrent comme ayant un niveau de vie faible, 35% ayant un niveau de vie moyen et 7% ayant un niveau de vie élevé.

Le fait de se considérer comme étant pauvre donc sans moyen pourrait être déjà une barrière pour le recours aux soins.

III-1-4 Comportement du ménage face au recours aux soins chez l'enfant.

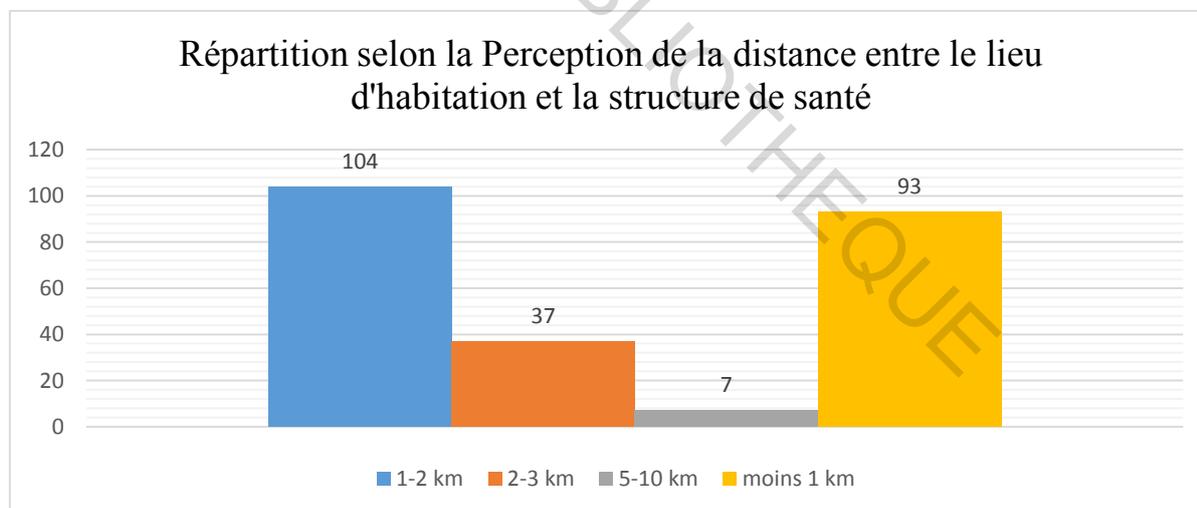
- Perception de la distance parcourue

Tableau 9: Répartition selon la distance entre le lieu d'habitation du ménage et le poste de santé

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
moins 1 km	93	38,6	38,6
1-2 km	104	43,2	81,7
2-3 km	37	15,4	97,1
5-10 km	7	2,9	100,0
Total	241	100,0	

Source : Donnée de l'enquête

Figure 9: Répartition selon la distance entre le lieu d'habitation du ménage et la structure de santé



Source : Données de l'enquête

Il ressort de l'analyse du tableau ci-dessus que 82 % des ménages enquêtés parcourent entre 1-2 km pour accompagner leur enfants de moins de 5 ans dans les structure de santé, par contre 15% et 3 % des ménages parcourent respectivement entre 2-3 km et 5-10 km pour avoir recours aux soins.

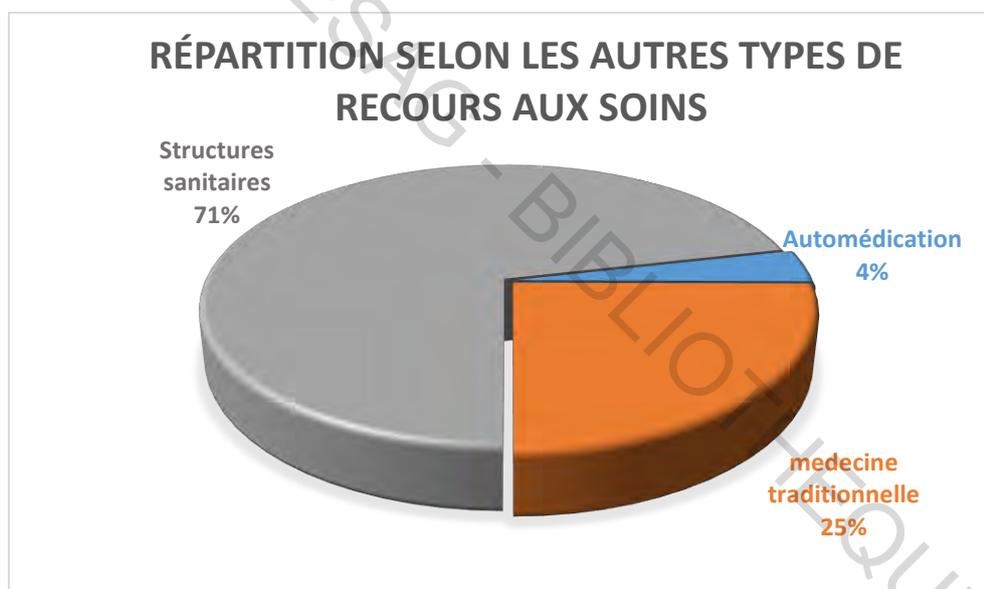
- Perception des autres types de recours aux soins

Tableau 10: Répartition selon les autres types de recours aux soins

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Structures sanitaires	172	71,4	71,4
Médecine Traditionnelle	60	24,9	96,3
Automédication	9	3,7	100,0
Total	241	100,0	

Source : Données de l'enquête

Figure 10: Répartition selon les autres types de recours aux soins



Source : Données de l'enquête

A partir du graphique 10 nous constatons que 71% des ménages ont recours au service de santé moderne en milieu rural pour leurs enfants de moins de 5ans

Par contre 29% ont recours aux soins traditionnelle (25% automédication et 4% médecine traditionnelle)

Cette variable sera utilisées comme variable explicative dans la méthodologie afin d'apprécier l'influence que pourrait avoir les autres types de recours aux soins sur l'utilisation des services de santé moderne.

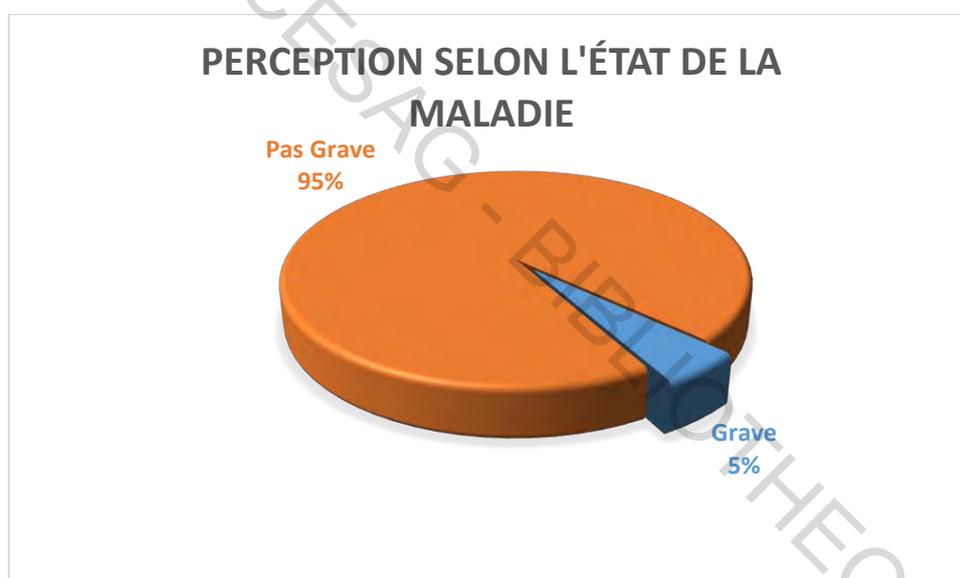
- Perception de l'état de la maladie

Tableau 11: Répartition selon l'état de la maladie

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Grave	12	5,0	5,0
pas grave	229	95,0	100,0
Total	241	100,0	

Source : Donnée de l'enquête

Figure 11: Répartition selon l'état de la maladie



Source : Donnée de l'enquête

Dans le graphique 9 nous remarquons que 5% des ménages attendent que la maladie soit grave avant d'avoir recours aux soins pour leurs enfants de moins de 5 ans en milieu rural contre 95% qui ont recours aux soins dès l'apparition des symptômes.

III-2 Etude exploratoire des variables

III-2-1 Test bilatéral de dépendance entre la variable expliquée (Recours aux soins) et les variables qualitatives explicatives.

Le test de khi-deux de Pearson est utilisé pour montrer l'existence ou non du lien de dépendance.

a- Recours aux soins et Niveau de revenus du ménage

L'analyse de notre échantillon montre qu'il y a un lien de dépendance entre le recours aux soins et le niveau de revenus du ménage au seuil de 5% (Sig. bilatéral = 0,04).

Le niveau de revenus du ménage est corrélé aux recours aux soins.

Tableau 12: Dépendance entre recours aux soins et le niveau de revenus du ménage

Variable		Recours aux soins	Niveau de revenus du ménage
Recours aux soins	Corrélation de Pearson	1	,126
	Sig. (bilatérale)		,040*
	N	241	241
Niveau de revenus du ménage	Corrélation de Pearson	,126	1
	Sig. (bilatérale)	,040*	
	N	241	241

* La corrélation est significative au seuil de 5%

Source : Données de l'enquête

b- Recours aux soins et Affiliation à une mutuelle de santé

Il ressort de notre analyse qu'il existe un lien significatif entre le recours aux soins et l'affiliation à une mutuelle de santé au seuil de 5% (Sig.bilateral= 0,09).

Tableau 13: Dépendance entre recours aux soins et affiliation à une mutuelle de santé

Variable		Recours aux soins	Affiliation à une mutuelle de santé
Recours aux soins	Corrélation de Pearson	1	,167
	Sig. (bilatérale)		,009*
	N	241	241
Affiliation à une mutuelle de santé	Corrélation de Pearson	,167	1
	Sig. (bilatérale)	,009*	
	N	241	241

*La corrélation est significative au seuil de 5%.

Source : Données de l'enquête

c- Le recours aux soins des services de santé moderne et les autres types de soins (traditionnels, automédication).

Il existe un lien de dépendance significatif entre le recours aux soins dans les services de santé moderne et les autres types de services de soins utilisés par les ménages au seuil de 5% (Sig.bilatérale=0,000).

Les autres types de soins utilisés par les ménages sont corrélés aux recours aux soins modernes.

Tableau 14: Dépendance entre le recours aux soins et les autres types de soins

Variables		Recours aux soins	Autres Types de recours utilisés
Recours aux soins	Corrélation de Pearson	1	,936
	Sig. (bilatérale)		,000*
	N	241	241
Types de recours aux soins	Corrélation de Pearson	,936	1
	Sig. (bilatérale)	,000*	
	N	241	241

* La corrélation est significative au seuil de 5%.

Source : Données de l'enquête

d- Recours aux soins et perception de l'état de la maladie

Au seuil de significativité de 5% (Sig.bilaterale=0,017), l'état de la maladie est corrélé aux recours aux soins.

Tableau 15: Dépendance entre Recours aux soins et perception de l'état de la maladie

Variables		Recours aux soins	Etat de la maladie
Recours aux soins	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	1	-,153 ,017*
	N	241	241
Etat de la maladie	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	-,153 ,017*	1
	N	241	241

* La corrélation est significative au seuil de 5%.

Source : Données de l'enquête

e- Recours aux soins et Niveau d’instruction de la mère

Il ressort de notre analyse qu’il n’existe pas de lien de dépendance entre le recours aux soins et le niveau d’instruction de la mère au seuil de 5% (sig.bilatéral =0,670).

Tableau 16: Dépendance entre Recours aux soins et Niveau d’instruction de la mère

Variables		Recours aux soins	niveau d’instruction de la mère
Recours aux soins	Corrélation de Pearson	1	-,028
	Sig. (bilatérale)		,670*
	N	241	241
Niveau d’instruction de la mère	Corrélation de Pearson	-,028	1
	Sig. (bilatérale)	,670*	
	N	241	241

*la corrélation n’est pas significative au seuil de 5%

Source : Données de l’enquête

f- Recours aux soins et sexe de l'enfant

Il ressort de l'analyse du tableau 17 que le sexe de l'enfant n'a pas de lien de dépendance le recours aux soins au seuil de significativité de 5% (Sig.bilatéral=0,419).

Tableau 17: Test de Dépendance entre Recours aux soins et sexe de l'enfant

Variables		Sexe de l'enfant	Recours aux soins
Sexe de l'enfant	Corrélation de Pearson	1	,052
	Sig. (bilatérale)		,419*
	N	241	241
Recours aux soins	Corrélation de Pearson	,052	1
	Sig. (bilatérale)	,419*	
	N	241	241

*la corrélation n'est pas significative au seuil de 5%

Source : Données de l'enquête

III-2-2 Test de comparaison entre la variable qualitative dépendante et certaines variables quantitatives

Le test de Fischer est utilisé pour établir le lien existant entre le recours aux soins et les variables quantitatives.

1- L'âge de l'enfant et le recours aux soins

Un test de corrélation effectué entre l'âge de l'enfant et le recours aux soins montre qu'il n'y a pas de lien entre ces deux variables.

(Valeur critique de $F=0,414 > 0,05$)

Tableau 18: Comparaison entre l'âge de l'enfant et le recours aux soins

Modèle	Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Valeur critique de F
Régression	,136	1	,136	,669	,414**
Résidu	48,677	239	,204		
Total	48,813	240			

Source : Données de l'enquête

2- Taille du ménage et le recours aux soins :

L'analyse comparative montre que la taille du ménage n'a aucune influence sur le recours aux soins.

Le test réalisé indique qu'il n'y a pas de lien de significativité entre la taille du ménage et le recours aux soins.

(Valeur critique de Fischer=0,856>0,05)

Tableau 19: Comparaison entre la taille du ménage et le recours aux soins

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Valeur Critique de F
1	Régression	,007	1	,007	,033	,856**
	Résidu	48,806	239	,204		
	Total	48,813	240			

Source : Données de l'enquête

Le tableau 21 nous montre les résultats obtenus lors des tests de dépendances bilatéraux et de corrélation entre chacune des variables explicatives et la variable expliquée (Recours aux soins) avec leurs P-values respectives.

Tableau 20: Résumé des résultats des tests de dépendances bilatéraux

<i>Variables explicatives</i>	P-value
Sexe de l'enfant (<i>sexenft</i>)	0,417
Age de l'enfant (<i>Agenft</i>)	0,414
Niveau d'instruction de la mère (<i>Instmère</i>)	0,669
Niveau de revenus du ménage (<i>Revmnge</i>)	0,040
Mutuelle de santé (<i>Mutllesté</i>)	0,009
Taille du ménage (<i>Tllmngage</i>)	0,856
Distance parcourus (<i>Distance</i>)	0,380
Autres types de soins (<i>Autrsoins</i>)	0,000
Etat de la maladie (<i>Etatmal</i>)	0,017
Statistique globale	0,000
*Significatif au seuil de 5%	

Au regard de ces résultats obtenus dans le tableau ci-dessus nous constatons que les variables Niveau de revenus du ménage, l'affiliation à une mutuelle de santé, les autres types de soins et l'état de la maladie sont significatives au seuil de 5% (P-value < 0,05).

Par contre les autres variables telles que : le sexe de l'enfant, l'Age de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère, la taille du ménage et la distance parcourus ne sont pas significatives au seuil de 5% (P-value > 0,05).

Par conséquent les variables retenues dans le modèle logit pour expliquer la variable recours aux soins sont les suivantes : Niveau de revenus du

ménage(Revmnge), Affiliation à une mutuelle de santé (Mutllesté), Autres types de soins (Autrsoins) et Etat de la maladie (Etatmal).

III-2-3 Estimation du modèle

Sur la base de l'étude du test de dépendance bilatéral, le modèle de régression logistique retenu est le suivant :

Y_i : prend la valeur 0 ou 1 avec

- 1 si l'enfant de moins de 5ans à recours aux soins
- 0 si non

$$Z_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Revmnge}_i + \beta_2 \text{Mutllesté}_i + \beta_3 \text{Autrsoins}_i + \beta_4 \text{Etatmal}_i + \epsilon_i$$

Avec $i = 1, 2, \dots, n$ et n la taille de l'échantillon.

$\beta_0, \beta_1, \beta_2, \beta_3$ et β_4 sont les paramètres à estimer

Alors on a :

$$P(Y_i = 1) = F(Z_i) = \frac{1}{1 + \exp^{-Z_i}}$$

Pour estimer les paramètres $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \beta_3$ et β_4 , le logiciel SPSS 14.0 a été utilisé. Cette démarche aboutit à l'estimation des paramètres β représentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 21: Estimation des paramètres

Variables explicatives	B	E.S.	ddl	Signif.
Revmnge	-3,522	1,276	1	,003
Mutllesté	3,677	2,386	1	,001
Autrsoins	2,520	3,215	1	,000
Etatmal	-6,837	4,453	1	,028
Constante	5,430	3,710	1	,000

B = Coefficient estimés

ES = Erreur Standard

Ddl : degré de liberté

Signif = c'est la valeur permettant de savoir la significativité de chaque paramètre estimé au seuil de 1%,5% ou 10%.

Au regard des résultats du tableau 22, tous les paramètres sont significatifs au seuil de 5%. Ainsi, on peut donc considérer le modèle estimé :

$$\hat{Z} = 5,430 - 3,522 \times \text{Revmnge} + 3,677 \times \text{Mutllesté} + 2,520 \times \text{Autrsoins} - 6,837 \times \text{Etatmal}$$

En résumé, les variables significatives obtenues dans la prise de décision d'utiliser une formation sanitaire en milieu rural chez les enfants de 0-5 ans à Niahkar sont : Niveau de revenu du ménage (Revmnge), Affiliation à une mutuelle de santé (Mutllesté), Autres types de recours aux soins (Autrsoins) et Etat de la maladie (Etatmal).

III-3 Test de spécification du modèle

Le tableau ci-dessous nous montre que le modèle est globalement significatif, car $P\text{-value} < 0,05$.

Tableau 22: Test de spécification du modèle

		Khi-deux	ddl	Signif.
Etape 1	Etape	278,612	7	,000
	Bloc	278,612	7	,000
	Modèle	278,612	7	,000

➤ $P < 0,05$ le modèle est globalement significatif au seuil de 5%

III-4 La qualité d'ajustement global du modèle

Dans le cas du modèle linéaire la qualité d'ajustement du modèle se mesure à travers le coefficient de détermination R^2 . Dans le cas d'un modèle non linéaire comme le modèle logit des mesures analogues sont utilisés à savoir :

La mesure associée au test de ratio de vraisemblance, de la mesure de l'adéquation du khi-deux, du Pseudo R^2 , du R^2 de Mc Fadden, du R^2 de Cragg-Uhler, R^2 de Cox et Snell, R^2 de Nagelkerke.

Pour évaluer la qualité d'ajustement global du modèle nous allons utiliser le R^2 de Nagelkerke prévu dans le logiciel SPSS 14.0.

Tableau 23: Test d'ajustement global du modèle

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	8,168(a)	,685	,985

Le test d'ajustement global des variables montre que 98,5% des variations de la variable dépendante « Recours aux soins » sont expliquées par la variation des variables indépendantes. Ce modèle est satisfaisant pour expliquer l'utilisation des services de santé par les parents chez les enfants de moins de 5ans en milieu rural.

III-5 Calcul des probabilités d'utiliser une structure de sante

Les résultats obtenus ci-dessus montrent que le modèle est globalement significatif et satisfaisant pour expliquer le recours aux soins aux formations sanitaire chez les enfants de moins de 5ans en milieu rural.

Ainsi, la formule permettant de calculer la probabilité d'utiliser une structure de santé est la suivante :

$$P (Y_i=1)= \frac{1}{1+exp^{-\beta i X_i}} \text{ et } z_i= \beta i X_i$$

Alors $P (Y_i=1)$ s'écrit :

$$P (Y_i=1)= \frac{1}{1+exp^{-z_i}}$$

Ou

$P (Y=1) = \frac{1}{1+exp^{(-\hat{Z})}}$ c'est la probabilité que l'évènement recours aux soins se réalise pour les valeurs données à X_i (ensemble des variables explicatives du modèle)

Posons à partir de \hat{Z} que les variables explicatives prennent les valeurs 1.

On a :

- Niveau de revenus du ménage moyen (moyen=1)
- Affiliation à une mutuelle de santé : oui (oui=1)
- Autres types de recours aux soins : automédication (automédication=1)
- l'état de la maladie : grave (grave=1)

Alors :

$$\hat{Z} = 5,430 - 3,522 \times \text{Revmange} + 3,677 \times \text{Mutllesté} + 2,520 \times \text{Autrsoins} - 6,837 \times \text{Etatmal}$$

$$\hat{Z} = 5,430 - 3,522(1) + 3,677(1) + 2,520(1) - 6,837(1)$$

$$\hat{Z} = 1,268$$

$$P (Y=1) = \frac{1}{1+exp^{(-1,268)}} = 0,78$$

$P(Y=1) = 0,78 > 0,5$ alors l'évènement recours aux soins se réalise pour les valeurs prises par X.

Par contre lorsque $P(Y=0) = 1-0,78 = 0,22$

$P(Y=0) = 0,22 < 0,5$ alors l'évènement recours aux soins ne se réalise pas.

III-6- DISCUSSION DES RESULTATS

Après l'estimation des variables de notre modèle théorique, les résultats de l'étude montrent que les variables liés aux recours aux soins chez les enfants de 0-5ans en milieu rural qui ont une association significatives sont :

III-6-1 Le revenus du ménage

La variable revenu du ménage est significative sur le recours aux soins chez les enfants de moins 5ans. C'est à dire que les enfants de 0-5 ans appartenant à un ménage dont le niveau de revenu est faible (inférieur à 50000FCFA/mois) ont tendance à ne pas utiliser les services de santé modernes. Nos résultats corroborent avec celui de Konaté Abdoulaye dans son étude sur les déterminants socioéconomique de l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5ans, réalisée dans le district sanitaire de Daoukro en Côte d'Ivoire. Cette étude montrait que le revenu mensuel de 50% des ménages sont extrêmement bas (< 50000FCFA) ce qui compromet fortement l'accès aux soins de ces ménages.

En outre, l'auteur Mushagalusa Salongo Pacifique en 2005 dans son étude sur les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu RD Congo a montré que les revenus mensuels des ménages sont extrêmement bas. Ce qui est corollaire à nos résultats qui montre que 58% des ménages ont un niveau de revenus faible qui est estimé à moins de 50000Fcf par mois. Dans l'article de Mushagalusa, Ce revenu est estimé en moyenne à 79,8\$(43890Fcf) par mois, soit un revenu moyen par habitant par jour de 0,33\$. Les résultats des analyses économétriques présentées dans le cadre de cette étude relèvent que l'état de la maladie (selon que le malade considère son état comme grave ou pas), l'appartenance de la structure (selon qu'elle est étatique ou privée), l'âge du malade ainsi que le revenu du ménage sont significatifs pour expliquer l'utilisation des services de santé.

Cependant, nos résultats sont sensiblement supérieurs à celui de l'auteur Masudi Keren Amina dans son étude sur la problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaire en milieu urbanorural réalisée en 2012 au Rwanda. L'auteur

aborde dans le même sens que nous la question de revenus du ménage et constate au cours de son étude que les ménages de Bujovu à 53,3% vivent avec un revenu de moins de 30 dollars US environ 15000FCFA.

III-6-2 Affiliation à une mutuelle de sante

L'affiliation à une mutuelle de santé a été identifiée comme une variable significative qui influence l'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans. C'est à dire le fait d'avoir l'assurance que les soins sont pris en charges, les parents n'hésitent plus à faire soigner leurs enfants dans les structures de santé. Cette variable confirme l'hypothèse 2 de l'étude. Elle a par conséquence un impact significatif sur le recours aux structures de santé

Ce résultat est superposable avec celui de Schneider et al en 2000 réalisée au Rwanda, qui prouvaient une probabilité 4 fois plus élevée chez les membres des mutuelles de santé que chez les non membres lors du recours aux soins dans les structures de santé¹².

De plus, Selon l'article de Sagna O, Seck I, Dia A T et all, au Sénégal, le secteur informel et rural qui représente plus de 80% de la population n'est couvert qu'à hauteur de 7% par un système d'assurance santé. Un faible taux d'inscription aux mutuelles de santé était significativement associé aux régions rurales dues aux faibles revenus des ménages. Ces résultats corroborent avec les notre ou seulement 7% des ménages en milieu rural à Niahkar étaient affiliés à une mutuelle de santé.

III-6-3 Les autres types de recours aux soins

La variable autre types de recours aux soins influence significativement l'utilisation des formations sanitaires pour les enfants de moins de 5 ans en milieu rural. Dans la plupart du temps Les populations rurales, utilisent les services modernes de santé selon leurs croyances culturelles, ethniques, religieuse etc....

Au cours de notre enquête certaines mères d'enfants de moins de 5 ans ont déclarées avoirs recours aux soins moderne lorsque la maladie devient grave ou après l'échec de l'automédication et de la médecine traditionnelle (marabout, guérisseurs etc.....). Cependant, dans l'étude d'Ishaga Coulibaly et alii réalisée en 2008 au Mali les auteurs montrent que dans les milieux défavorisés l'utilisation des services de santé moderne se fait plus rarement, et font davantage confiance à la médecine traditionnelle.

¹² Schneider et al. (2000), *Development and implementation of prepayment schemes in Rwanda*

III-6-4 Etat de la maladie ou perception de l'état de sante

La variable perception de l'état de la maladie influence significativement le recours aux soins. Au Sénégal, l'évaluation de la perception de l'état de santé global constitue un sujet très peu exploré, même s'il existe quelques études portant sur un aspect particulier de la santé en milieu rural (Adjamagbo et Antoine, 2002). Selon l'étude de Sy I, Keita M, Taleb M O et al réalisée en 2010 sur le Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie) : inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? L'étude montre que le recours aux soins est fonction de la perception de l'état de la maladie par les parents qui n'ont pas recours aux structures de santé directement lors de la survenue d'un épisode morbide d'apparence banale. Cette affirmation va dans le même sens que notre étude car 95% des ménages enquêtés estiment que l'état de santé de l'enfant n'est pas grave et qu'ils préfèrent le traiter au début par l'automédication ou chez les guérisseurs et marabouts. Par contre seulement 5% ont eu directement recours aux soins dans les structures de santé modernes dès l'apparition des premiers signes ou l'aggravation de la maladie comme le montre le tableau 11.

Enfin, il faut noter que les mères ont tendance au recours aux soins pour leurs enfants lorsque l'état de santé s'aggrave ou pour des maladies graves d'emblée.

III-7 RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

➤ RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats de l'étude des recommandations ont été formulé à l'endroit des autorités sanitaires, des ménages et des décideurs politiques, afin de contribuer à l'amélioration du recours aux soins dans les structures sanitaire en milieu rural ce qui suit :

Aux Ménages :

- Eviter le recours au traitement traditionnel et à l'automédication, car très souvent ce type de recours s'avère peu efficaces pour lutter contre la maladie de l'enfant et parfois à l'origine de complication grave pouvant conduire au décès de l'enfant.
- Adhérer aux mécanismes de couvertures du risque maladie (assurance, mutuelle de santé etc...) qui permettent d'alléger le poids des dépenses catastrophiques de santé sur le budget des ménages et d'améliorer la qualité des soins dispensés par les structures de santé.

Les autorités sanitaires :

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur la couverture du risque maladie.
- Approvisionnement et recouvrement régulier des coûts des médicaments de la CMU au sein des structures de santé pour favoriser le bon fonctionnement et éviter les ruptures de médicaments de la CMU.

Aux décideurs politiques :

- Accorder une subvention plus accru des établissements de soins pour permettre de réduire les couts de soins et ainsi minimiser les risques d'exclusions financières aux dépens des plus pauvres. Ceci devrait s'accompagner d'une bonne gouvernance et d'un contrôle permettant de s'assurer d'une utilisation rationnelle des fonds alloués à la santé.

- Extension du paquet de services gratuit pour les enfants de moins de cinq ans, avec l'intégration des examens biologiques et analyse dans les centres de santé.
- Promouvoir et sensibiliser d'avantage les populations aux cotisations et à l'adhésion aux mutuelles de santé afin de pérenniser la CMU.
- Augmenter les ressources nationales pour la Santé en portant enfin la part du budget dévolu à la Santé à 15% (déclaration d'Abuja en 2001).
- Mettre gratuitement et disponible des médicaments destinés aux cibles vulnérable (femmes enceinte et enfants de moins de 5 ans).

CONCLUSION

➤ CONCLUSION

Au terme de cette présente étude qui s'est déroulée à Niahkar sur un échantillon représentatif de 241 ménages ; l'objectif était d'analyser les déterminants socioéconomiques du recours aux soins chez les enfants de moins de 5ans en milieux rural. Le modèle de régression logistique binaire que nous avons effectué a permis l'estimation des paramètres des variables influençant l'utilisation des formations sanitaires chez les enfants de 0-5ans.

Toutefois, Les pays en développement en général et le Sénégal en particuliers ont encore d'énormes difficultés depuis l'initiative de Bamako pour rendre leurs services de soins primaires accessible à tous et sur toute l'étendue du territoire national. Cette inaccessibilité rend les populations vivantes en milieu rural encore plus vulnérable, à cause du manque d'infrastructure sanitaire, de l'absence d'une couverture aux risques maladies, du manque de personnels qualifiés, du retard des fonds de dotation etc...

Cependant, les variables qui sont apparues significatives dans notre modèle et dont certaines variables justifient l'hypothèse 2 de l'étude sont : l'affiliation à une mutuelle de santé, les autres types de recours aux soins, le niveau de revenus du ménage et la perception de l'état de maladie de l'enfant. La force de cette étude se situe au niveau de la fiabilité et de la disponibilité de la base de données de l'IRD. En effet, l'observatoire de population implanté depuis 1962 par l'institut de recherche pour le développement à Niakhar fait l'objet d'un suivi continu avec un enregistrement régulier des évènements démographiques ce qui justifie la fiabilité de la base de données.

Néanmoins, l'étude a eu pour limite sa durée qui était courte de 14 jours et surtout un problème de moyens financiers. Mais au-delà de ces limites, cette étude aura permis d'éclairer certains aspects du comportement de la population face à la maladie des enfants en milieu rural et de proposer quelques recommandations en vue de contribuer à la réduction de la mortalité infantile et à l'atteinte des objectifs du développement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Adjamagbo A et al. (2006), Comment les ménages d'une zone rurale du Sénégal gèrent-ils leurs ressources ? *Etude rurales*, 2006/1n° 117, pp.69-90.
2. Agence nationale de la statistique et de la démographie (2013), Deuxième enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal (ESPS-II 2011).
3. Auge J-F. (2010), Automédication : Définition, technique.
4. Basenya, O. (2003), *Analyse des consequences pour les maladies des prescription irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la region de Dakar.*
5. Baxerres C, Le Hesran JY. (2004), Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies. *Sci Soc Sante* ; 22 : 19.
6. Becker C., Mbodj M., Sarr I. (1999), « La dynamique du peuplement sereer : les Sereer du Sine », in Lericollais A. (éd.), *Paysans sereer. Dynamiques agraires et mobilités au Sénégal*, Paris, IRD, p. 39-73.
7. Carrin G, James C. (2004), *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : Problématiques conceptuelles-clé Durant la période de transition." DISCUSSION PAPER OMS.*
8. Coulibaly I et alii. (2008), « Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique » à travers l'analyse des données ELIM2003.
9. Coulibaly I, Keita B, Kuepie M. (2008), Actes des colloques de l'AIDELF, - erudit.org *Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique.*

10. Delaunay V et al. (2003), *Niakhar DSS Sénégal Institut de Recherche pour le Développement IRD. In population, santé et survie dans les sites du réseau Indepth. Ottawa, CRDI, pp.313-321.*
11. Delaunay V. (1998), La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal : 1984-1996, Dakar, Orstom, Laboratoire Population et Santé, 132 p.
12. Faye SLB. (2001), Modes de représentations du paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural Sereer : Niakhar, Fatick. DEA d'Anthropologie, université Cheikh Anta Diop de Dakar.
13. Franckel A. (1999), Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal thèse de doctorat d'Ethnologie, option anthropologie sociale et culturelle, *Université de Bordeaux 2.*
14. Gessler MC, Msuya D et al. (1995), Traditional healers in Tanzania: the perception of malaria and its causes. *J Ethnopharmacol* 48 : 119-30.
15. Joachim N B, Robert N, Valère N. (2003), *Préfinancement communautaire des besoins de santé comme alternative à l'accessibilité aux soins de qualité des populations vulnérables.* Cameroun.
16. Koné K G. (2012), " L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar ". *Thèse de Doctorat en Economie de la santé, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.*
17. Lalou R et al. (2008), « contexte villageois et recours aux soins dans la région de Fatick au Sénégal » in *Maladies infectieuses et Santé publique en Afrique*, vol.11, n°3.

18. Le Pen C. (1996), Efficacité et équité en économie de la santé. Quelques remarques introductives in Journées des économistes Français de la santé”. *Economie de la santé et équité. 1996. Dijon : LATEC Groupe de Recherche en Economie de la santé et de la Protection sociale. Université de Bourgogne. Faculté des sciences économiques de Dijon.*
19. Lericollais A et al. (1999), “*Paysans sereer : Dynamique agraires et modalités au Sénégal*”.
20. Masudi K A. (2012), problématique de l’accessibilité aux soins de santé primaire en milieu urbanorural.
21. Ministère de l’Economie et des Finances-Cellule de Suivi du Programme de Lutte contre la Pauvreté. (2005), Stratégie National de Protection Sociale.
22. Mushagalusa S P. (2005), “ Etude des déterminants de l’utilisation des services de santé par les ménages dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu RD Congo ” *Université de Kinshasa.*
23. Obrist B, Iteba N, Lengeler C et al. (2007), Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS Med; 4 : e308 ; (5p).*
24. OMS(2009), Sénégal Ministère de la Santé et de la Prévention, Cartographie et évaluation approfondie des systèmes d’approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé.
25. OMS (2000), *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l’évaluation de la médecine traditionnelle.*
26. OMS(1978), *Soins de santé primaire déclaration d’Alma Ata.*
-

27. Pascal N. (2006), *Développement des mutuelles de santé en Afrique : Analyse comparative des approches et de leurs impacts.*
28. *Rapport Analytique Santé et Pauvreté Sénégal (2006).*
29. République du Sénégal (2013), Plan Sénégal Emergent.
30. Sagna O, Seck I, Dia A.T et al. (2017), Determinants of enrolment and retention in mutual health organization in the region of Ziguinchor (Senegal).
31. Sénégal Ministère de la santé (2010-2015), *Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction.*
32. Sowi M, Diop M, Mbengue A, Farba L S et al. (2005 et 2011), *Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal.*
33. Steichen E. (2006), *Migrations et conditions de vie dans une zone rurale du Sénégal*, Dakar, Laboratoire Population Environnement et Développement - IRD, 50 p.
34. Sy I, Keita M, Taleb M O et al. (2010), « Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie) : inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? » Volume 20, numéro 1.
35. Tape Y. B. (2007), *Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire.* Facultés des sciences sociale de l'Université de laval Québec: Mémoire.
36. Touré F. (2014), L'accès aux soins de santé au Sénégal : étude descriptive et exploratrice *Academiejaar in de 2de Master in het kader van de opleiding MASTER OF MEDICINE IN DE GENEESKUNDE.*
37. Touré L, Wane D, S Alford, R Taylor (2012), *Santé maternelle et néonatale : Succès et Défis.*

38. Vallery R. (2004), *Evaluation de l'initiative de Bamako 15ans après un agenda inachevé*. Rapport.

WEBOGRAPHIE

www.larousse.fr/dictionnaires/francais/instruction/43455

www.wikipedia.org/wiki/Accès_aux_soins

<http://www.who.int/countries/sen/fr/>.OMS(2013), Profil sanitaire du Sénégal indicateurs sociodémographiques.

www.docteurclic.com/ définition automédication

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'enquête

ANALYSE DES DETERMINANTS SOCIOECONOMIQUES DU RECOURS AUX SOINS CHEZ LES ENFANTS DE 0-5ANS EN MILIEU RURAL : CAS DE NIAKHAR

Période d'étude: Juillet-Octobre - IDR/CESAG
Mémoire de fin d'études MBA Economie de la santé 19ème promotion 2016-2017. EMAIL: broaly@live.fr

1. N° Anonymat de l'enquêté

2. Nom du village rattaché au poste de santé
 1. Toucou centre 2. Ngayokhème centre
 3. Diobine centre 4. Poudlay
 5. Meme 6. Kakhème ndofaire

3. Nom du poste de santé
 1. Toucou 2. Ngayokhème 3. Diobine

I-IDENTIFICATION DE L'ENFANT

4. Exis-te-il un enfant de moins de 5ans qui vit dans cette maison?
 1. OUI 2. NON
si non l'enquête prend fin, si oui l'enquête se poursuit

5. Qui s'occupe de l'enfant?
 1. Mère 2. tante 3. grand-mère 4. père

Ordonnez 2 réponses

6. Quel est le sexe de l'enfant?
 1. Masculin 2. Féminin

7. Quel est l'âge de l'enfant?
 1. [0-1ans] 2. [1-2ans] 3. [2-3ans]
 4. [3-4ans] 5. [4-5ans]
La réponse est obligatoire.

8. Etes vous mariées?
 1. OUI 2. NON

9. Quelle est votre situation matrimoniale?
 1. Monogame 2. Polygame 3. Veuve

II-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARENTS

10. Qui est le principal décideur du ménage?
 1. Mère 2. Frère aîné 3. Both parents
 4. Chef de ménage 5. oncle

11. Si 'autres', précisez :

12. quel est le niveau d'étude de la mère?
 1. Aucun 2. primaire 3. secondaire

13. Quel est le niveau d'étude du père?
 1. Aucun 2. Primaire 3. Secondaire
 4. Supérieure

14. quel est l'âge du père?
 1. [20-30] 2. [31-40] 3. [41-50]
 4. [51-60] 5. [61-70]
La réponse est obligatoire.

15. quel est l'âge de la mère?
 1. [21-24ans] 2. [25-30ans] 3. [31-35ans]
 4. [36-40ans] 5. [50-55ans]

16. Quelle est l'éthnie du père?
 1. Sérère 2. Peulh 3. Toucouleur
 4. Diola 5. Wolof

17. Quelle est la(les) religion(s) pratiquée(s) dans le ménage?
 1. Islam 2. Christianisme

18. quel est le nombre d'enfant de la mère?
 1. [1-5] 2. [5-10]

19. Quel est le nombre d'enfant du père?
 1. [1-5] 2. [5-10] 3. [10-15]

20. Quelle est la taille de votre ménage?
 1. [2-5] 2. [5-10] 3. [10-15] 4. [15-20]

21. combien d'enfants de moins cinq avez-vous?
 1. [0-1] 2. [1-3]

22. Quelle est le nombre d'enfants actuelle scolarisée dans le ménage?
 1. [1-5] 2. [5-10] 3. aucun scolarisés

III-CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES

23. la mère exerce t-elle une activité économique?
 1. Oui 2. Non

24. Dans quelle tranche se situe le revenu de la mère par mois?
 1. [10000-20000] 2. [30000-40000]
 3. [40000-50000] 4. [50000-75000]
 5. aucun revenus

25. Dans quelle tranche se situe le revenu de la père?
 1. [20000-40000] 2. [40000-50000]
 3. [50000-75000] 4. [75000-100000]
 5. [100000-150000] 6. [150000-200000]
 7. [200000-300000]

26. Quel est le niveau de revenu du père?
 1. Faible 2. moyen 3. élevé

27. Quel est le niveau de revenu de la mère?

1. Faible 2. moyen

28. Quel est le niveau de vie du ménage?

1. Elevé 2. Moyen 3. faible

29. Quelle est la fréquence de revenu du père?

1. Mois 2. Saisonnier 3. irrégulier

30. Quelles sont vos sources de revenus pour les soins de l'enfant?

1. Dette/ emprunt
 2. Vente de bétail
 3. Aides et dons
 4. Vente de matériel agricole
 5. Economie de la maison

31. Si 'autres', précisez :

32. Connaissez-vous la mutuelle de santé?

1. Oui 2. Non

33. Etes-vous affilié à une mutuelle de santé?

1. OUI 2. NON

34. Etes-vous pris en charge par la mutuelle en cas de recours aux soins?

1. Non 2. Totalement 3. partiellement

35. Quelle est la profession du chef de ménage?

1. Fonctionnaire 2. Cultivateur 3. Commerçant
 4. Ouvriers 5. Berger 6. Citriculteur
 7. Autres

36. Si 'Autres', précisez :

37. Profession de la mère?

1. Ménagère 2. commerçante 3. agricultrice

38. Quelle est la distance entre votre maison et poste de santé?

1. moins 1 km 2. 1-2 km 3. 2-3 km 4. 5-10 km

39. Quel est le moyen de transport de déplacement que vous utilisez pour vous rendre au poste de santé?

1. Pied 2. Chariot
 3. les deux moyens (pied-chariot)

40. Combien payez-vous pour le transport pour avoir recours aux soins?

1. 0FCFA 2. 50-75F

41. Qui finance les soins pour l'enfant?

1. le père 2. la mère
 3. la mutuelle de santé 4. les deux parents

42. Si 'autres', précisez :

43. Combien dépensez-vous annuellement pour faire face au besoin de santé de votre enfant de moins de 5 ans?

1. moins de 1500 2. [2500-10000]
 3. [15000-25000] 4. [25000-35000]
 5. [35000-45000] 6. [50000 et plus]
 7. aucune dépenses

44. Achetez-vous le ticket de consultation pour votre enfant de 0-5 ans?

1. Oui 2. Non

45. Est-ce que les médicaments du poste de santé étaient gratuits pour votre enfant de 0-5 ans?

1. Totalement 2. partiellement

46. Dans quelle tranche se situe le prix de l'ordonnance de votre enfant de 0-5ans lorsque vous avez recours au poste de santé?

1. Moins de 1500
 2. [1500-5000]
 3. [5000-10000]
 4. aucune ordonnance prescrite

47. Arrivez-vous à acheter les médicaments prescrits par l'ICP?

1. Oui 2. Non 3. Rarement

IV- RECOURS AUX SOINS

48. Est-ce que vous avez recours aux soins du poste de santé directement pour cet enfant de moins de 5 ans lorsqu'il est malade?

1. Oui 2. Non

49. Quelle est le type de recours aux soins que vous préférez pour votre enfant de moins de 5ans lorsqu'il est malade?

1. Poste de santé 2. Médecine traditionnelle
 3. Automédication

50. Est-ce qu'il y a une prestation de soins de qualité au niveau du poste de santé?

1. oui 2. non 3. acceptable

51. quel est le temps d'attente pour offrir de soins?

1. Court 2. acceptable 3. Long

52. Que pensez-vous de l'accueil?

1. Acceptable 2. Bon 3. très Bon
 4. mauvais

53. Attendez-vous que les signes de la maladie soient graves/moins graves avant d'avoir recours aux soins de santé pour votre enfant?

1. Grave 2. Pas Grave

Activer Windows
 Accédez aux paramètres

Annexe 2 : Nombre d'enfants de 0-5 ans bénéficiaire de la CMU de 2015-2017
au poste de santé de Diohine

OCTOBRE 2015 DEBUT DE LA CMU AU POSTE DE SANTE D'DIOHINE	
MOIS	NOMBRE D'ENFANTS DE 0-5ANS CONSULTE+ MEDICAMENTS
OCTOBRE	211
NOVEMBRE	88
DECEMBRE	94
TOTAL	393

2016	
MOIS	NOMBRE D'ENFANTS DE 0-5ANS CONSULTE+ MEDICAMENTS
JANVIER	113
FEVRIER	122
MARS	236
AVRIL	140
MAI	90
JUIN	58
JUILLET	52
AOUT	205
SEPTEMBRE	335
OCTOBRE	359
NOVEMBRE	194
DECEMBRE	100
TOTAL	2004

2017	
MOIS	NOMBRE D'ENFANTS DE 0-5ANS CONSULTE+ MEDICAMENTS
JANVIER	144
FEVRIER	168
MARS	172
AVRIL	220
MAI	132
JUIN	211
TOTAL	1047

Source : registre de consultation du poste de sante de Diohine

Nombre total d'enfants de 0-5ans PEC par la CMU de 2015-2017

Au poste de sante de Diohine

: 3444 enfants

Annexe 3: Nombre d'enfants de 0-5 ans ayant eu recours au poste de santé de Ngayokhème de 2011-2012 avant la CMU.

NOMBRE D'ENFANTS DE 0-5ANS AYANT EU RECOURS AUX SOINS AVANT LA MISE EN PLACE DE LA CMU AU POSTE DE SANTE DE NGAYOHKEME			
2011			
MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTES	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS VACCINES	TOTAL
Janvier	132	169	301
Février	151	217	368
Mars	127	121	248
Avril	92	185	277
Mai	41	57	98
Juin	41	192	233
Juillet	114	132	246
Août	136	83	219
TOTAL	834	1156	1990
2012			
MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTES	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS VACCINES	TOTAL
Janvier	52	124	176
Février	73	92	165
Mars	41	109	150
Avril	49	83	132
Mai	89	143	232
Juin	62	89	151
Juillet	66	61	127
Août	39	104	143
Septembre	78	95	173
Octobre	172	66	238
Novembre	139	69	208
Décembre	82	88	170
TOTAL	942	1123	2065
NOMBRE TOTAL D' ENFANTS DE 0-5 ANS PEC PAR LA CMU AU POSTE DE SANTE DE		4055	enfants

Source : registre de consultation du poste de sante de Ngayokhème

Annexe 4: Nombre d'enfants de 0-5 ans bénéficiaire de la CMU de 2014-2017 au poste de santé de Ngayokhème.

NOMBRE D'ENFANTS DE 0-5ANS EU AYANT RECOURS AUX SOINS APRES LA MISE EN PLACE DE LA CMU AU POSTE DE SANTE DE NGAYOHKEME				
2014			2015	
MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTATION ET MEDICAMENT		MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0- 5 ANS CONSULTATION ET MEDICAMENT
Janvier	133		Janvier	124
Février	56		Février	87
Mars	62		Mars	87
Avril	229		Avril	165
Mai	239		Mai	154
Juin	120		Juin	205
Juillet	128		Juillet	135
Août	112		Août	100
Septembre	112		Septembre	102
Octobre	124		Octobre	71
Novembre	72		Novembre	81
Décembre	84		Décembre	79
TOTAL	1471		TOTAL	1390
2017			2016	
MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTATION ET MEDICAMENT		MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTATION ET MEDICAMENT
Janvier	71		Janvier	64
Février	76		Février	107
Mars	141		Mars	131
Avril	144		Avril	102
Mai	148		Mai	75
Juin	165		Juin	85
TOTAL	745		Juillet	104
			Août	163
			Septembre	181
			Octobre	175
			Novembre	120
			Décembre	102
			TOTAL	1409
TOTAL GLOBAL DE 2014- 2017 DES ENFANTS DE 0-5 ANS PEC PAR LA CMU AU POSTE DE SANTE DE NGAYOKHEM		5015	Enfants	

Source : registre de consultation du poste de sante de Ngayokhème

Annexe 5 : Nombre d'enfants de 0-5 ans bénéficiaire de la CMU de 2013-2017
au poste de santé de Toucar

NOMBRE D'ENFANTS DE 0-5ANS AYANT EU RECOURS AUX SOINS APRES LA MISE EN PLACE DE LA CMU AU POSTE DE SANTE DE TOUCAR			
2013			
Octobre	511		511
Novembre	182		182
Décembre	238		238
TOTAL	931		931
2014			
Janvier	230	230	460
Février	134	134	268
Mars	82	82	164
Avril	162	108	270
Mai	173	307	480
Juin	231	189	420
Juillet	273	257	530
Août	240	208	448
Septembre	281	269	550
Octobre	291	117	408
Novembre	187	255	442
Décembre	198	247	445
TOTAL	2482	2403	4885
2015			
MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTES	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS VACCINES	TOTAL ENFANTS PEC PAR LA CMU
Janvier	339	358	697
Février	190	192	382
Mars	227	320	547
Avril	191	238	429
Mai	158	280	438
Juin	176	304	480
Juillet	238	223	461
Août	211	277	488
Septembre	411	132	543
Octobre	202	237	439
Novembre	179	329	508
Décembre	86	176	262
TOTAL	2608	3066	5674
TOTAL GLOBAL DE 2014-2017 DES ENFANTS DE 0-5 ANS PEC PAR LA CMU AU POSTE DE SANTE DE TOUCAR		20704	Enfants

Source : registre de consultation du poste de sante de Toucar

Suite annexe 5

NOMBRE D'ENFANTS DE 0-5ANS AYANT EU RECOURS AUX SOINS APRES LA MISE EN PLACE DE LA CMU AU POSTE DE SANTE DE TOUCAR			
2016			
MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTES	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS VACCINES	TOTAL ENFANTS PEC PAR LA CMU
Janvier	124	289	413
Février	234	197	431
Mars	255	235	490
Avril	147	141	288
Mai	201	293	494
Juin	270	302	572
Juillet	281	318	599
Août	378	292	670
Septembre	572	165	737
Octobre	429	216	645
Novembre	227	198	425
Décembre	179	308	487
TOTAL	3297	2954	6251
2017			
MOIS	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS CONSULTES	NOMBRES D'ENFANTS DE 0-5 ANS VACCINES	TOTAL ENFANTS PEC PAR LA CMU
Janvier	232	186	418
Février	234	282	516
Mars	355	211	566
Avril	286	226	512
Mai	296	230	526
Juin	236	189	425
TOTAL	1639	1324	2963
TOTAL GLOBAL DE 2014-2017 DES ENFANTS DE 0-5 ANS PEC PAR LA CMU AU POSTE DE SANTE DE TOUCAR	20704	Enfants	

Source : registre de consultation du poste de sante de Toucar

Annexe 6 : Tableau d'estimation des paramètres.

Variables explicatives		B	E.S.	Wald	ddl	Signif.
Etape 3(a)	Sexe de l'enfant	-3,428	2,594	,001	1	,979
	Age de l'enfant	6,297	7,969	,001	1	,974
	Niveau d'instruction de la mère	13,544	8,728	,000	1	,085
	Taille du ménage	6,776	1,880	,000	1	,987
	Niveau de revenu du ménage	-3,522	1,276	,001	1	,003
	Affiliation à une mutuelle de santé	3,677	2,386	,000	1	,001
	Distance ménage- poste de santé	-,571	,931	,006	1	,091
	Autres types de recours	2,520	3,215	,002	1	,000
	Etat de la maladie	-6,837	4,453	,000	1	,028
	Constante	5,430	3,710	2,013	1	,000

Source : Données de l'enquête

Annexe 7 : Nombre d'enfants de 0-5ans bénéficiaires de la CMU de 2013-2017
repartis dans les 3 postes de santé. (Total enfants de moins de 5ans=9177 du 1
janv2011-31dec2016)

POSTE DE SANTE \ ANNEES	2013	2014	2015	2016	JUIN 2017
NGAYOKHEME		1471 soit (16%)	1390 soit (15,1%)	1409 soit (15,3%)	745 soit 8%
TOUCAR	931 10%	4885 53%	5674 62%	6251 68%	2963 32%
DIOHINE			393 4%	2004 22%	1047 11%