REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCENTIFIQUE

UNIVERSITE DABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

MÉMOIRE D'OBTENTION DE LICENCE PROFESSIONNELLE

Filière: Economie

Option: Economie et gestion de structure sanitaire (EGSS)

THÈME

ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA FREQUENTATION DES HOPITAUX PUBLICS DU BENIN : CAS DE L'HOPITAL DE ZONE DE MENONTIN

Réalisé et soutenu par:

KAKPO A. Herman & HOUESSOU M. Mireille

Maître de mémoire:

Dr HOUENINVO Hilaire
Maître-Assistant, enseignant Chercheur
à la FASEG

Membre du jury

Président : NONVIDE Armel
Membres : GUEZO Marius
DEGBEDJI Fabrice

Année académique 2020-2021

AVERTISSEMENT

LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG) N'ENTEND DONNER APPROBATION OU IMPPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE; CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS.

DEDICACE 1

Je dédie ce mémoire à:

- ✓ Ma mémé BOCO Léocadie
- ✓ Ma maman HESSOU Lydie

Herman A. KAKPO

DEDICACE 2

Qu' il nous soit permis de partager la joi de cette réaliation avec tout ceux qui nous sont chers:

- ✓ A Mes parents papa HOUESSOU K. Gilgert et maman BOSSOU Philoméne
- ✓ A mes frère HOUESSOU Simplice, HOUESSOU Cyrille et HOUESSOU Marius

Mireille M. HOUESSOU

REMERCIEMENTS

Tout auteur éprouve un sentiment de gratitude envers ceux qui l'on soutenu et aide dans la redaction de son travail. C'est ici donc le moment de remercier le Dieu, le créateur des cieux, de la terre, pour la santé qu'il nous a accordée sans laquelle nous n'aurons pas atteint l'objectif de terminer cette formation. Notre remerciements sont addresses à tout ceux qui ont contribué de prés ou de loin a élaboration de ce travail ; nous exprimons nos sincère remerciements et profondes gratitudes à l'endroit de:

- ✓ Professeur Denis ACCLASSATO HOUENSOU Doyen de la faculté de Science Economique et de la Gestion ;.
- ✓ Docteur Théophile Magloire Adrien WOTO Vice doyen de la FASEG/ UAC et tout le corps d'enseignant de la faculté, pour les éfforts déployés pour notre formation ;
- ✓ Mon coordonateur Dr .Gille Armand SOSSOU pour les éfforts déployés de notre formation ;
- ✓ Docteur HOUENINVO Hilaire notre maître mémoire et au Dr SENOU Melain Modest pour avoir accepté facilment et avec conviction de diriger ce travail malgré ces multiples occupations et surtout pour sa grande disponibilité ;
- ✓ A mes oncles paternels KAKPO William; Damase et Epiphane ; pour le soutien permanent en tout et pour toutes circonstance, que vous ne cessez de manifester.
- ✓ A mes oncles maternel HESSOU Donatien Sylvain, Romual; je suis reconnaissant et profiter de vous remercier pour tout vos soutiens financiers respectives qui ont favorisés la bonne marche de cette rédaction ;
- ✓ Papa HOUESSOU Gilbert et Mme BOSSOU Philoméne à qui je dois toute ma reconnaissance, trouvez en ce travail toute ma sympathie ;
- ✓ Mon grand frère HOUESSOU Symplice pour ton soutien materiel et moral, trouve en ce travail le résultat de tes encouragements ;
- ✓ Ma grande soeur KONKPO Evélyne pour son soutien financier et moral, trouvez en ce traval le fruit de vos encouragements ;
- ✓ Nos remerciements sont addressés enfin à tous ceux qui ont contribute de prés ou de loin à l'élaboration de ce travail et à tous mes camarades avec qui nous gardons certainement en mémoire beaucoup de souvenirs inoubliables de trois années passées ensembles à EGSS de UAC.

LISTE DES ABREVIATIONS

APAD : Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement

ASRAMES : Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments.

BM : Banque Mondiale

CSI : Centre de Santé Intégré

Dr : Docteur

EBM III : Troisième enquête Bninoise auprès des Ménages

EIDE : Ecole des Infirmiers Diplômés d'Etat

FEPED : Femme pour l'environnement et le développement

FMI : Fond Monétaire International

FS : Formation Sanitaire

HD : Hôpital de District

HZM : Hopital de Zone de Menontin

IDA : International Développement Association

Km : Kilomètre

INS : Institut National des Statistiques

INMeS : Institut National Medico Sanitaire

M. : Monsieur

Mme : Madame

MII : moustiquaire imprégnée d'incertitude

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

% : Pourcentage

RSSP : Réorientation des Soins de Santé Primaire

ZS : Zone de santé

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Les infections les plus fréquentes 18

Tableau II : Relatif à la répartition des répondants par sexe 22

Tableau III: Relatif à la Fréquentation de l'hôpital et niveau d'études de répondant. 23

Tableau IV: Relatif à la profession de répondants et frequentation de services de santé. 23

Tableau V : Relatif à la Répartition des répondants selon leur état civil. 24

Tableau V: Relatif à la fréquentation de l'hôpital et la taille de la famille des répondants 24

Tableau VI: Relatif à la repartition des enquêtés selon les classes d'âge 25

Tableau VII : Relatif à la fréquentation de l'hôpital par rapport au revenu mensuel 26

Tableau VIII : Relatif à la Répartition des habitants selon la facilité d'être reçu aux soins de santé. 27

Tableau IX : Relatif à la Répartition des habitants selon la cause de non acceptation aux soins de santé 28

Tableau X : Relatif à la répartition des habitants selon la connaissance sur l'importance des soins de santé 28

Tableau X I: Relatif à la Répartition des habitants selon l'importance des soins de santé 28

Tableau XII : Relatif à la répartition des habitants selon les visites à domicile. 30

Tableau XIII: Relatif à la répartition des habitants selon les visites à domicile l'abonnement à une mutuelle de santé 31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La cause de la non fréquentation 31

Figure 2 : cause de non importance de soins de santé ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Figure 3 : connaissance sur l'éducation et sur l'existence du médecin de HZM... **Erreur ! Signet non défini.**

RESUME

L'utilisation adéquate des services de santé est importante pour l'amélioration de la santé de la population.Ce pendant la force est de constater que la fréquentation des hôpitaux publics est faible. D'où la question de se demander:<< quels sont les déterminants de la fréquentation de l'hôpital de zone de Menontin>>.De manière spécifique cette recherche à pour but d'analyser les déterminants de la fréquentation de l'hôpital de zone de Menontin. Ainsi pour nos analyse nous avons fait une enquête en utilisant les données primaires recueillie sur le terrain. Après cette analyse nous avons conclure que parmi les déterminants de la fréquentation des hôpitaux publics seul le revenu a un effet positif sur la fréquentation des hôpitaux publics du bénin puis la qualité des soins à un effet négatif sur la fréquentation hopitaux publics du bénin. Enfin nous avons adressé des suggestions à l'endroit de l'État et aux agents des hôpitaux publics du bénin dans le domaine de l'offre des soins pour permettre un bon état de santé de tous.

Mots clés : déterminants, fréquentation, hôpitaux.

Abstract

Adequate use of health services is important for improving the health of the population. However, it is clear that attendance at public hospitals is low. Hence the question to ask:<<what are the determinants of attendance at the Menontin area hospital>>. Specifically, this research aims to analyze the determinants of attendance at the hospital in Menontin. So for our analyze purposes we did a survey using primary data collected in the field. After this analysis, we concluded that among the determinants of public hospital attendance, only income has a positive effect on attendance at public hospitals in Benin, then the quality of care has a negative effect on attendance at public hospitals in Benin. Finally, we made suggestions to the State and to the agents of the public hospitals of Benin in the field of the supply of care to allow a good state of health for all.

Keywords: determinants, attendance, hospitals.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I: CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE 3

Section1 : problématique, objectifs et hypothése 4

Section 2 Méthodologie d recherche..... 18

CHAPITRE II : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE..... 21

Section 1: Présentaion et analyse des résultats 22

SECTION 2: Synthese et discussion des resultats..... 33

CONCLUSION..... 36

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 38

INTRODUCTION

Aujourd'hui la santé figure au premier plan des préoccupations de développement international et des inégalités en matière de santé entre et au sein des pays ont fini par figurer au coeur des intérêts de la communauté internationale.

Cette préoccupations à toujours été présente dans l'esprit des autorités politico-administrative et s'est traduite par la prise de plusieurs options fondamentaux en matière de santé depuis 1970 dont la décentralisation des hôpitaux publics.

Les hôpitaux sont des entités importantes des systèmes de santé. ils préparent et contribuent à la gestion des situations sanitaire exceptionnelle et mettre en oeuvre les plans de réponse nécessaire à la protection de la population.

Cependant , ces hôpitaux font face à des nombreux défis notamment les plateau technique dégradés , une gestion selon une logique administrative sans référence à la performance des soins chers et inadaptés ce qui est un facteurs très capital qui permet la fréquentation des hôpitaux . la littérature indique que l'analyse des déterminants de la demande de soins est extrêmement importante pour la formulation de politique et de stratégie dans le secteur de la santé mais aussi assurer une utilisation effective des services et d'améliorer la qualité des soins . Elle est aussi très importante pour concevoir des stratégie capable d'assurer la soutenabilité du financement d'un programme de santé comme dans la plupart des pays africains dès la fin des années 70 avec la crise de la dette au cours des années 80 qui ont été caractérisées par une faible progression des indicateur de santé s'est mis en place l'idée que la décentralisation des soins pouvait représenter une partie de la solution.

Dans la dynamique d'améliorer la performance des structures hospitalière , de nombreux pays ont tenté d'adopter le concept d'autonomie administrative et financière de l'hôpital. Ainsi ils sont passés de « l'hôpital administration » à « l'hôpital entreprise» c'est à dire un hôpital public ayant pour mission de contribuer au service public qui n'est rien d'autre que de satisfaire les besoin sanitaire tout en utilisant le mode de gestion des entreprises et pour atteindre ce l'objectif les dirigeants des hôpitaux doivent chercher les déterminants de la fréquentation des hôpitaux publics. Plusieurs études ont été réalisée pour analyser ces déterminants de la fréquentation des hôpitaux public en Europe et en Afrique du nord tandis-qu'en Afrique subsaharienne nous avons

constaté l'indisponibilité de telle études. Ainsi notre études visait à analyser les déterminant de la fréquentation des hôpitaux public au bénin le cas l'hôpital de zone de menontin.

Le présent mémoire est structuré en trois (02) chapitres :

- le premier chapitre présente le cadre théorique et méthodologique de l'étude

- le deuxième chapitre aborde la présentation, analyse des résultats, la validations des hypothèses et les suggestions .

CHAPITRE I:

CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre est subdivisé en deux sections. La premiére section presente le cadre théorique de l'étude et la seconde la méthotologie adoptée pour réaliser l'étude

Section1 : problématique, objectifs et hypothése

Cette section aborde la problématique, les objectifs, les hypothèses de l'étude et la revue de litérature.

1.1problématique, objectifs et hypotheses

Nous parlerons d'abord de la problématique, ensuite des objectifs et enfin de hypothèses de l'étude.

1.1.1 Problématique

Depuis plus de deux décennies il a été observé à travers certaines régions du monde en général, Afrique en particulier et spécifiquement dans notre pays le Bénin que la fréquentation des hôpitaux publics reste faible de 47% et très variée . Ceci peut se vérifier à travers un nombre important de constats :

Pour la population générale, le taux de fréquentation des hôpitaux publics était de 47% en 2010 d'après les (informations recueillies de la base de donner de INSAE) .Ce taux reste encore faible si l'on prend en compte le benchmark de l'OMS, selon lequel on doit normalement attendre un taux de 100%(en moyenne chaque habitant à un contact annuel avec un système de santé publique).

Pour ce qui concerne le taux de fréquentation des services sanitaires publique pour les enfants de 0 à 5 ans il s'est inscrit en recul entre 2007 et 2008 passants de 83% à 76,5% (informations recueillies de la base de donner de INSAE) . ce recul est liés au mesure préventive prise dans la lutte contre le paludisme (qui constitue la première cause de consultation dans les formations sanitaires au Bénin).

Une étude d'Izandengera (2011) relève que selon l'OMS le taux de fréquentation des structures sanitaires dans la plupart des villes asiatiques et africaine est relativement faible, posant ainsi un véritable problème de santé publique.

Dekyser (2010) dans ses études relève que le taux de fréquentation des District sanitaire est très faible 0,30% au Bénin 0,24% au Mali, 0,34% au Burkina - Faso malgré la présence des infrastructures viable.

Au Mali (2009) une étude a montré que l'utilisation des services de santé en fin 2003 est de 0,23 contact par habitant est plus faible dans la zone de Mopti qui est 0.16 par contact. Cette gangrène sanitaire est également entrain de s'enraciner au Bénin.

En décembre 2010, une enquête effectuée par l'Institut Nationale des Statistiques (INS) au Bénin montre qu'en 2009 les hôpitaux publics ont reçu en moyenne 12 patients par jours dont 2 admis en hospitalisation. Les hôpitaux publics implantés en zone urbaine ont reçu en moyenne 12 patients par jours contre 8 en milieu rural. Cette demande varie aussi selon la catégorie et la stature de la formation sanitaire.

Selon la même source, l'analyse des résultats des différentes données recueillies dans plus de 79 pays du monde y compris le Bénin, Niger Côté d'ivoire... etc révèle de façon formelle que le taux de fréquentation des hôpitaux publics dans nos pays n'a jamais franchi le cap de 50%.

Au vue de ces différentes informations relatives à la fréquentation des santés publiques il est clair qu'au niveau mondial en général, Afrique en particulier et spécifiquement dans notre pays le Bénin, bon nombre de structure de soins n'a jamais atteint le seuil recommandé par l'OMS (2000) qui est de 50% pour la fréquentation d'une structure de santé commune par l'aire de santé.

La faible performance des services publics de soins a l'effet négatif sur la fréquentation des hôpitaux publics ce qui s'explique par plusieurs facteurs. En premier lieu, la cohérence de la pyramide sanitaire est limitée, comme l'illustrent les défaillances du système de référence. Les établissements souffrent aussi de la mauvaise répartition géographique de personnel de santé. Le prix très élevé des médicaments (au niveau des établissements) ne rend pas non plus ces établissements attractifs. Comme la plupart des pays ouest africains, le Bénin souffre d'une répartition géographique très inégalitaire de ses personnels de santé. Cette situation est aggravée par la quasi-absence de dispositif pour améliorer cette répartition.

Des problèmes liés à l'offre et à la demande des services de santé (faible taux de fréquentation dus à des contraintes relatives à l'accessibité financière, au mauvais accueil et à qualité insuffisante des soins). Le malade a vision d'une ambiance sympathique. L'accueil est un aspect des relations humaines en milieu hôspitalier. Le malade doit avoir impression qu'il est attendu condidéré et respecté. Le comportment du personnel donera l'impression favorable d'être accueilli en hôte et traiter avec coutoisie et discrètion , impression dont il gardera le bien fait

dans la suite.En effet au cours de notre enquete en santé particulierement dans l'hopital de zone de menontin passant souvent la semaine avec un patient à l'hopital nous rencontrions nomdreux malades.Trés curieux nous leurs avons posés la question de savoir quels sont les facteurs qui influencent la fréquentation de l'hopital de leurs zone ?

La reponse fut que cette population est animée par plusieurs emenant à ne pas frequenter l' HZM.

Ce phénomene se présente ainsi comme un handicap majeur à l'évolution de cette structure de santé et c'est à partir de ce point que nous nous sommes proposé d'analyser les determinants de la frequentation de l' hopital de zone de menontin.

Sachant que l'accès et la fréquentation des structures de santé est un déterminant clé permettant de juger l'état de santé de la population, il peut sans détour être accepté que la faible fréquentation de nos structures sanitaires constitue un problème de santé publique nécessitant une recherche scientifique active pour son dénouement.

Ce constat patent d'état des lieux en matière de fréquentation des structures sanitaires publique dans beaucoup de régions à travers le monde , l'Afrique et le Bénin, est vraiment inadmissible et rétrograde au vue de plan d'action que l'OMS fixe pour nos pays dans les Objectifs de millénaire pour le Développement (OMD) .

La sensation de notre réflexion nous oblige comme dans tout travail scientifiques, de s'appesantir sur les questions qui nous ouvrirons les horizons tout au long de notre travail.

- Quels sont les determinants de la fréquentation des hôpitaux publics du Bénin ?

- Quel est l'effet de revenu sur la fréquentation des hôpitaux publics? cas de l'hôpital de zone de menontin
- Quel est l'effet des caractéristiques socio démographiques, Économiques et culturel sur la fréquentation des hôpitaux publics: cas de l'hôpital de zone de menontin?

  Pour répondre à ces questions nous nous sommes fixés à des objectifs suivants:

1.1.2 Objectif de recherce

- **Objectif général**

L'objectif général est d'anlyser les déterminants de la fréquentation de l'hopital de zone de menontin

- **Objectifs spécifiques**

✓ Déterminer la relation qui existe entre la qualité des soins de santé et la fréquentation de l'hôpital de zone de menontin

✓ Identifier les facteurs socio-économiques qui influencent la fréquentation de l'hôpital de zone de menontin

1.1.3 Formulaion des hypotheses

Dans le but d'atteindre les objetifs cite ci dessus, nous avons formulé les hypothése de recherche suivantes:

H1 : La qualité des soins de santé affecte positivement la fréquentation de l'hôpital de zone de menontin

H2 : Le revenu influence positivement la fréquentation de l'hôpital de zone de menontin

Pour mieux cerner les idées développées dans ce travail , une meilleurs famillialisation avec certains termes clés que nous avons utiliser est indispensable et nécessitera à la définition des variables et les révues de littératures

1.1.4 Revu de la Littérature

Nous parlerons d'adord de la clarification des concepts, ensuite revue théoriques et revues empirique

1.1.4.1 Approche conceptuelle

Cette partie aborde la definition de quelques concepts clé ayant rapport à cette rechrche.

Déterminant de santé : Désignent tous les facteurs qui influencent l'État de santé de la population, sans nécessairement être de cause directe de problème particulier de la maladie.(https://mobile.infos.qc.ca)

Fréquenter : selon Larousse, fréquenter c'est allé souvent dans un lieu, avoir des relations habituelles avec quelqu'un.

Hôpital : est un établissement de soin où un personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victime de traumatisme trop complexe pour traiter à domicile ou dans le cabinet de médecin.(wikipédia)

Hôpitaux publics : désignent un établissement de santé géré par l'État, en tant que tel, l'hôpital public est rattaché à une mission de services publics dans le domaine de l'accès aux soins. Les personnes employées au sein d'un hôpital public sont : secrétaire médicale, infirmière ...etc (fil las sur.fr)

Fréquentation des hôpitaux publics : c'est le fait que la population se rend habituellement dans la formation sanitaire afin de bénéficier une prise en charge.

La santé: une notion subjective, variable selon les individus, les sociétés, les époques du fait de ses multiples composantes : Biologique physiologique, social, économiques et culturelle, etc.

En 1986 lors de la conférence de Ottawa, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien être physique, mental et social et non pas simplement absence de maladie ou d'infiniter. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques ».(selon OMS)

Soin de santé: selon Larousse les soins de santé sont les moyens et techniques mis en jeu pour restaurer la santé d'un malade.

Accessibilité: caractère de ce qui peut être étreint, abordé de ceux dont on peut approcher, atteindre, apprendre c'est aussi la possibilité d'obtenir, possibilité de parvenir à un lieu.

Accessibilité géographique: c'est le moyen permettant de parcourir la distance qui nous sépare de lieu ou l'on peut se rendre.

L'utilisation des services de soin: c'est la manière dont la population de l'aire de santé utilise les services au cours d'une période donnée. Elle reflète l'acceptabilité des services offerts qui est elle même influencé par plusieurs facteurs tels que les croyances socio culturelle relative à la maladie, disponibilité d'une autre alternative de soins et le prix de prestations de service de santé.

1.1.4.2 Revue théorique

L'homme en tout temps et tout lieu doit être capable de s'adapter à toutes les situations que lui présente dans la vie. C'est dans ce sens que l'Etat Béninois a comme ses pairs, mis sur pied la Réorientation des Soins de Santé Primaire (RSSP) pour renforcer davantage le rôle participatif des populations qui sont appelées à acquérir et/ou maintenir un meilleur état de santé par leur propres comportements et leurs efforts personnels. Ainsi la population a son mot à dire dans tous les contours sanitaires de la communauté. Cependant plusieurs facteurs influencent la fréquentation des hôpitaux publics.ces facteurs peuvent être classé en quatre groupes : Les facteurs financiers ou économiques (paiement direct des soins,le niveau de revenu des ménages, le prix et coût des soins , coût du transport, couverture maladie ...etc) ; les facteurs liés à la qualité des soins(qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, soignant/soigné , qualité perçu, satisfaction des ursager ...).Les deux autres sont liés à l'environnement (accessibilité géographique) et les facteurs socioculturels(le niveau d'instruction et perception de la maladie, âge , genre...).

Dorothea Orem (2003) dans le « self care », montre que les actions qui permettent de maintenir la vie et la santé ne sont pas innées. Elles doivent être apprises. Elles dépendent des croyances, des habitudes et des pratiques du groupe auquel appartient l'individu. Ici l'engagement de l'individu trouve son fondement dans le système qui stipule que le patient est capable d'accomplir ou d'apprendre à accomplir certaines mesures de « self care »thérapeutique ; L'homme ici selon, Virginia H. en s'abstenant de se soigner convenablement, s'expose à la non satisfaction de certains de ses besoins fondamentaux, ce qui le pousse à rester constamment malade à cause du déficit de connaissance, d'exposition au danger et de ne pas pouvoir se réaliser. Plusieurs conditions motivent ce comportement négatif, et nous pouvons les regrouper sous différents facteurs à savoir :

Niveau d'instruction du chef de ménage

Le niveau d'instruction a une énorme incidence sur l'état de santé et la fréquentation des structures de santé. Au Canada 51% des personnes qui détiennent un diplôme d'études secondaires ont consulté un dentiste contre 68% représentant ceux qui détiennent un diplôme d'étude collégiale ou universitaire.

Dans une étude menée dans la commune de Gaba à Kinshasa par P. Kebela (2004) dans son article« santé pour tous : identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé » pour un échantillon de 289 ménages, il se révèle une interdépendance entre l'accessibilité

et la religion, le revenu, la prise en charge des soins par les ménages. Il continue en disant qu'il y a une relation entre le niveau d'instruction et l'accessibilité aux soins.

Dans le domaine de consultation prénatale, Tabara Dieye(2002) dans son étude portant sur la mortalité maternelle dans le Fouladou (Sénégal), il affirme que cinq femmes sur dix au village de médina ne fréquentent pas les structures sanitaires pour CPN suite au niveau d'instruction très bas. De par ces trois études, nous pouvons penser qu'il est possible qu'il ait relation entre fréquentation des structures de santé et le niveau d'instruction du chef de ménage, car un chef de ménage qui est ignorant, qui ne connait pas l'importance des structures de santé ne peut pas consulter ou faire consulter les soins dans ces lieux

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

L'automédication , elle peut se définir comme l'auto administration des médicaments en provenance des officines pharmaceutiques ordonnances médicales. Différentes études ont montré que l'automédication par la population constitue l'un des facteurs de la non consultation dans les services des soins de santé. A ce sujet, une étude menée au Tchad par Dr Itama & Mbainadjina (2006) sur l'étude socio économique sur les coûts et accessibilité des populations aux soins de santé révèle que 61 % de la population font recours aux structures de santé lorsqu'ils sont malades, 20% vont chez les tradi-praticiens et19% sans font recours à l'automédication. Selon cette même source en Guinée, les études menées montrent que contrairement au Tchad où seulement 19 % font l'automédication en Guinée en dépit de la proximité des structures des soins de santé, 59% des personnes vivants en milieu rural utilisent l'automédication contre 20% en milieu urbain, ce facteur est considéré comme étant à la base de la sous utilisation des services des soins de santé. En 2011, à la journée mondiale des malades, l'OMS défend l'habitude de faire

l'automédication et encourage la population à utiliser les services des soins de santé en vue de promouvoir une meilleure santé.

Facteurs socio économiques

Dans la conférence tenue d` Alma Ata, en 1978, les organisations internationales dont l'OMS ont fixé les objectifs de la santé pour tous d'ici l'an 2000, visant l'accès universel de la population mondiale aux soins de santé primaires. Cependant, la crise financière des années 80, qui a frappé la plupart des pays africains sans épargner le Benin, les restrictions budgétaires imposées par les instances financières notamment la FMI et BM ont occasionné la réduction du budget alloué à la santé, ce qui a entrainé ces pays à mettre fin à la gratuité des services des soins entraînant comme conséquence la détérioration de la qualité des soins.

Revenu du ménage,L'état de santé est influencé aussi bien par les facteurs socio économiques que par l'état des systèmes des soins de santé existant. La politique imposée par la FMI et BM n'a fait augmenter que le niveau de pauvreté des pays africains qui ont un peu négligé le secteur de la santé.

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

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

Selon l'OMS (2002), la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé. L'enquête menée en 2005 par un comité de santé au Nord Kivu sur l'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, révèle que la santé constitue un

problème prioritaire de la population: 44% des ménages ont vendu un bien de valeur pour recourir aux soins. Dans le cours d'Economie approfondie de la santé dispensé par prof. Karafuli (2011), plusieurs variables ont été considérées comme étant à la base de la faible utilisation des services de santé. Parmi celles-ci le niveau de revenu bas. Il s'exprime sous cette citation «La demande des soins de sané est plus élastique au niveau bas de revenu.»

L'étude globale organisée par ISIG-Goma en Janvier 2002 sur la situation socio-économique des ménages dans la ville de Goma après l'éruption volcanique a révélé que la majorité des membres (41,5%) gagnait entre 0 à 9 dollars le mois. La même enquête a révélé que la plus grande partie des résidents de Goma disposaient d'un revenu mensuel déclaré inférieur à 30 dollars américains soit 68,5% de répondants l'ont confirmé. Ces revenus déclarés semblaient bien dérisoires quand on sait que dans la plupart de cas, un ménage de plus de 6 personnes en moyenne devait vivre sur ce seul revenu.

Aussi, l'enquête menée par l'ASRAMES en 2002 a montré que 86% de la population Béninoise vivaient en dessous de 1dollar US par jour. Ces statistiques ont été dégagées pour illustrer la situation économique médiocre que vit la population Béninoise en particulier et de toute la Province du Nord en général. Une étude faite également par Karafuli et Al en 2005 révele que les ménages enquêtés vivaient en dessous du seuil de pauvreté selon laquelle les dépenses journalières moyennes de cette population pour le logement, l'alimentation, les soins de santé, le transport et l'éducation s'élèvent à 0,54 dollar par individu

Au bénin, une recherche mené par Wandji (2009) à l'INS a montré que sur le plan spatial le phénomène de pauvreté est prédominant en milieu rural (55%) et qu'en effet plus de 8 individus pauvres sur 10 vivent en milieu rural. En Décembre 2009, la FEPED dans l'évaluation participative du droit à la santé au Bénin révèle qu'une série d'étude et consultation gouvernementale montre que la fréquentation CS ralenti à cause de l'appauvrissement du patient. Dans EBMIII (2009), L'INS montre qu'un individu est pauvre s'il vit dans un ménage qui dépense moins de 269443 frs CFA par an (seuil de la pauvreté en 2007 par équivalent adulte et par an). Chaque équivalent adulte de se ménage dépense donc moins de 22.454 frs CFA par moins, soit moins de 768 frs CFA par jour. Avec cet approche, on estime à près de 40% la proportion des habitants vivant en deçà du seuil de la pauvreté en 2007, soit environ 7,1 millions de Béninois. Sur le plan socio-économique l'incidence de la pauvreté décroit avec le niveau d'instruction. D'où la nécessité de mettre un accent accru sur l'éducation en vue de lutter contre la

pauvreté. Par exemple les ménage dont le chef est sans niveau d'instruction concentre la proportion des pauvres la plus élevée de la population (48.7%). Le taux de pauvreté varie également avec la taille du ménage, l'âge et le sexe du chef de ménage.

Coût des soins

Le coût des soins intervient dans l'utilisation des structures des soins de santé. Une étude sur les priorités de l'économie de la santé en Afrique vient confirmer cette relation en stipulant ce qui suit. « De nos jours, il n'est pas étonnant d'entendre dire : ici les gens n'ont pas de sous, ils préfèrent mourir avec leurs maladies ». La généralisation du recouvrement du coût imposé par les bailleurs des fonds dans les formations sanitaires n'a-t-elle pas transformé celles-ci en centres des soins payant «pas d'argent, pas de soins» au point d'en vider les structures. Les tarifs de consultation très élevés pour 59% des populations pauvres constitue la première cause de non consultation ». Comme nous l'avons dit précédemment, Les togolais ne consultent pas le médecin immédiatement car ils savent que le prix de la consultation pourrait engloutir le budget mensuel de la famille. Selon la recherche menée par l'OMS en 1998, la participation financière des usagers de services de santé diminuerait l'accès aux soins de santé de la population. L'étude menée au Niger montre par exemple que le paiement à l'acte serait préjudiciable notamment pour les maladies initialement considérées comme non sévères dans la mesure où la participation aux frais n'inciterait pas les patients à consulter rapidement et retarderait ainsi le premier recours aux soins.Il est par ailleurs montré que si la participation financière des usagers et le prix des soins en particulier, ont un effet négatif sur l'utilisation des soins, ils seraient surtout discriminants en fonction du niveau des revenus des patients, les plus pauvres supportant davantage les conséquences du paiement des soins que les riches. Une augmentation du prix des consultations ne serait préjudiciable qu'aux groupes les plus vulnérables. C'est pour les raisons diverses que bon nombre de personnes n'utilisent pas les services de soins de santé car le prix des soins est supérieur à leurs revenus mensuels.

Facteurs démographiques

Ici, nous n'allons parler de la taille de la famille. Une étude menée à Kinshasa dans la zone de santé de Lemba par Vicky Ilunga, en analysant les facteurs explicatifs de la faible demande des services des soins curatifs déclare que «les facteurs aux quels il faudra agir pour améliorer la demande des services des soins sont la taille du ménage, l'appartenance de la structure (selon

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

Facteurs organisationnels

Cette partie présente respectivement: la qualité des soins, les visites à domicile ainsi que les relais communautaires. L'organisation d'une structure de santé joue aussi un rôle sur son utilisation. Des recherches sont déjà faites relatives à cette section et en voici quelques unes.

. Qualité des soins

Dans le rapport sur la santé dans le monde (2006), l'OMS révèle que de même que le principal objectif d'un service de santé est l'amélioration de la santé humaine, sa principale fonction doit être la prestation des services de santé. Un système de santé faillit donc gravement à sa mission lorsque des interventions sanitaires éfficaces ne sont offertes à des populations qui en auraient besoin. C'est parfois parce que les prestataires n'ont pas les compétences nécessaires ou en raison d'une pénurie des médicaments et de matériel; ce qui résulte des problèmes de formation et d'investissement.

1.1.4.3 Revu empirique

La synthèse de ces études permet la discussion des résultats de l'analyse des determinants de la fréquentation des hopitaux publics du Bénin.En éffet

Nkinamubanz(2003) , dans son étude a pensé que les visites à domicile influenceraient l'utilisation des structures de santé. Après ses recherches dans la ZS , il aboutit aux résultats selon lesquels les visites domiciliaires ne montrent statistiquement une association significative entre les deux variables. Selon Lunjwire(2007), dans son étude sur le comportement de la population dans la recherche des soins, Etude des cas de la diarrhée», la qualité professionnelle du personnel, le bon accueil et la durée d'attente raisonnable sont les principaux facteurs qui motivent le choix d'une structure des soins.Au Niger, les déclarations de l'IDA (international développement association) sur l'utilisation des services des soins de santé se résument en ce terme «la qualité des soins et l'accès payant aux soins sont identifiés comme les principaux obstacles pouvant expliquer les difficultés d'accès aux structures sanitaires. Le chômage comme état de ne rien faire, la période d'inaction, constitue aussi en grande partie une des causes de la

sous utilisation des services de soins de santé et accompagnent les variables comme revenu et coût des soins. Au Togo, une étude mené par Hounkpati (2007) sur l'utilisation illustre l'impact du chômage sur cette dernière «l'appartenance de la personne malade a`un ménage dont le chef est issu d'un groupe socioéconomique donné a une influence sur l'utilisation des soins médicaux. L'utilisation des structures sanitaires par les malades appartenant aux ménages dont le chef est salarié du secteur de l'Etat ou privé est plus forte avec des proportions respectives de 88 et 72%, que ceux dont le chef est inactif ou chômeur, 61% suivis des agriculteurs avec 58%

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

Fréquentation de la médecine traditionnelle :C'est le fait que la population consulte plus les tradi-praticiens que la médecine moderne. Une étude menée au Sénégal par Sadio&Diopf (août1994) sur l'utilisation et demande des soins de santé a pu révéler plusieurs facteurs qui influencent sur l'utilisation des structures de santé dont le coût des soins, le revenu insuffisant et la grande fréquentation de la médecine naturelle**.**

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

En rentrant sur l'étude faite au Tchad, nous voyons que 20% de la population font recours à la médecine naturelle contre 19 et 61% qui utilisent respectivement l'automédication et la médecine moderne. Au fait, cette proportion n'est pas du tout alarmante mais chez nous au Bénin, dans la région de sud, particulièrement dans l'hôpital de zone de menontin, dans le district de cotonou, il est important de savoir la proportion qu'occupe la médecine naturelle, car l'abus de celle-ci constitue un facteur de la faible fréquentation des structures de santé.

L'accueil

L'accueil est le premier maillon de la chaine de soins, il donne le ton, la première impression et peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le patient et l'établissement sanitaire.D'après Mostafer (2006) dans l'accueil au CHU de Montpelier, l'accueil est décrit comme une véritable vitrine de l'hôpital, ces postes nécessitent de savoir appréhender toute situation, tout en sachant rester professionnel. Ces fonctions requièrent des aptitudes aux relationnels et des compétences acquises lors des formations.

facteurs géographiques

Pour l'OMS, pour 25 pays africains disposant des donnés fiable, plus de la moitié de la population habite à plus d'une heure de marche d'un centre de santé locale. Ceci pourrait les encourage à se diriger ailleurs en dehors de la structure de santé de leur localité. C'est ainsi qu'au Benin selon l'INS dans EBM III (2009), on parle d'inaccessibilité géographique lorsque la population est à plus de 5km du centre de santé.

1.1.6 - Description de la zone de santé de menontin

1.1.6.1. Données démographique

La zone de santé de menontin est l'une de 34 ZS du Bénin ; elle est située dans le 9em arrondissement de Cotonou au lot 2130 dont la population estimée à 25.000 habitants avec une superficie de 2345m2.

1.1.6.2 - Données géographique

Le centre de santé de menontin devenu l'hôpital de menontin (l'hôpital de zone de Cotonou vendredi 2003) est implanté au sud du Bénin dans la ville de Cotonou v précisément dans le neuvième arrondissement (Fifadji) au lot de 2130, a de forme triangulaire avec une superficie de 2345 m² au quartier menontin. Cotonou v couvre une superficie de 15 km² sur les 79 km² de la ville cosmopolite la plus peuplée du Bénin, Ce qui lui confère son statut administratif particulier car iregée en département littoral. Il est limité au nord par Cotonou l au sud par lac nokoué, à l'Est par Cotonou IV et l et à l'ouest par Cotonou v et Vl.

Le relief est plat avec des bafons a couvert des végétaux halophytes (pasplum ,vaginatum et typha Australie) . Sur un sol polymorphe à fleure, la nappe fleatique compliquant évacuation des eaux usées.

Le climat de type subéquatorial avec une alternance de deux saisons pluvieuses (Avril, juillet et septembre, novembre) et deux saisons sèches (décembre, mars et août) influencent fortement le profil de maladie recensée dans la zone sanitaire.

1. 1.6.3 données économique

Il faut remarquer que menontin, ne dispose pas de regroupement féminin avec une activité économique dominante comme, c'est le cas dans les village et hameaux du Bénin.

Toutefois la majorité s'adonne aux commerces sur étalages au bord des voies et dans marchés grâce aux coopératives privées du quartier et des fonds du micro crédit pour les pauvres octroyé par gouvernement de changement.

En revanche à côté des activités licites, les Tofins auraient pour la plupart le monopole de trafic d'essence fleratés vendus au bord des voies. Les jeunes pour la plupart développement des activités parallèles aux petits métiers de nouveau type comme les kiosques ou télé centre, les cafétérias ténus par les femmes surtout.

Il y eu une forte proportion de conversion des opérateurs économique et concessionnaire automobile (motos, essentiellement). On pourrait remarquer que les grands boutique et magasin des coins stratégique des rues et bord de rues sont dédiés aux marques (Sanili, Yamaha, Better, Dayang ...etc)

Nos enquêtes nous ont permis que le quartier est peuplé de haut fonctionnaires et cadre évoluant dans le public que la plupart.

1.1.6.4 Données socioculturelles

Menontin est un quartier assez cosmopolite peuplé majoritairement par les fons suivi des adja .ils sont donc regroupés par affinité éthique par endroit. Ainsi nous pouvions avoir plusieurs groupes socioculturelles tels que Idatcha, adja les fons (ils soient Mahi ou Aizo en grande majorité); les Tofins les nagos et les minans. Ces différents groupes socioculturels sont pour la plupart des acquéreurs de parcelles, ce qui suppose qu'il n'y à pas de vrai autochtones.

Aujourd'hui, le constat est qu'on peut retrouver à menontin presque tout ethnies à cause de la situation géographique de la localité assez hospitalière de nos jours.

1.1.6.5 Situation sanitaire de la zone de menontin

Tableau 1: Les infections les plus fréquentes

Pathologie	Proportions
Paludisme	40,6%
Les infections respiratoires aiguës	12,9%
Les infections gastro-intestionales	6,6%
LES lésions traumatiques	4,6%
Les anémies	3,9%
Diarrhée	2;8%
Affection dermathologe	2.1%
Hypertension	1;4%

La zone sanitaire (ZS) est couverte par des structures sanitaires dans les AS mais la population éprouve d'énormes difficultés pour y accéder aux soins dans HP à cause de la distance qui la sépare de la structure et aussi à cause des reliefs. Menontin est l'un des quartiers de ville de cotonou 5.

Section 2 Méthodologie de recherche

1.2.1 Cas de l'étude

Notre étude est exploratoire et vise à rechercher auprès des habitants de l'aire de menontin les déterminants qui empêchent la bonne fréquentation des hôpitaux publics.

A vue des résultats obtenus nous ferons des suggestions visant à mettre sur place des systèmes qui puissent emmener les populations au centre de santé public chaque fois qu'elles tombent malades.

1.2.1.1 Description de l'instrument

Pour collecter les données nous avons utilisé un questionnaire confectionné à l'avance. Cet instrument comporte à l'entête les informations qui assurent le répondant, et deux grandes sections faite de 20 questions. Ces questions sont relatives à l'identification du répondant et aux

connaissances, attitudes et pratiques de la population de l'aire de santé de menontin en vue de fréquenter l'hôpital public.

1.2.2. Pré-test

Pour assurer de la validité et la fiabilité de notre instrument, un pré-test a été effectué le 8 octobre au quartier de zogbo sur un échantillon de 15 personnes. A l'issu de ce pré-test ; nous avons fait quelque retouches avant de procéder à notre enquête dans l'aire de santé de menontin

1.2.2.1 Population cible

Notre population cible est constituée de tous les habitants de l'aire de santé de menontin

1.2.2.2 Méthode de l'echantillonnage technique

Notre échantillon a été choisi par la méthode d'échantillonnage non probabiliste. Nous avons enquêté les habitants ayants un âge supérieur ou égal 20 ans résidants dans l'aire de santé de menontin

Selon nos enquête ; la population de l'aire de menontin est de 57691 habitants en 2013. Compte tenu de la modicité de nos moyens, nous nous sommes limités à un échantillon de 238 habitants répartis dans ces quatre quartiers ce qui fait 60 personnes par quartiers. Pour y parvenir nous procédions par une méthode au hasard qui consistait à lancer notre stylo et de suivre la direction de son bout. Ainsi donc nous avons soumis notre questionnaire aux habitants au fur et à mesure et âpres avoir atteint le chiffre escompté qui est 60 personnes par quartier, nous sommes retiré.

1.2.2.3 Critère d'exclusion

Dans notre étude ; nous exclusions toute personnes âgé de moins de 15 ans .

1.2.2.4 Critere d'inclusion

Nous inclusions tous les habitants de menontin ayant 15 ans ou plus

1.2.2.5 Respect de l'ethique de la recherche

Dans le respect de l'éthique se rapportant à la recherche; il nous a semblé utile de nous entourer de toutes précaution nécessaire pour la sauvegarde des normes prescrit dans ce domaine .c'est ainsi que:

Une note explicative a été joint aux questionnaires à l'intention de nos répondant ; les exhortant à répondre ou non à nos question tout en les faisant savoir que leur déclaration ne pourront pas les nuire en aucun cas ; l'étude étant purement académique.

1.2.2.6 Méthode de la collecte et traitement des données

1.2.2.6.1Méthode de collecte

Au cours de l'enquête ; un questionnaire a été adressé à chaque habitant qui acceptait de répondre à nos questions .Nous avons insisté sur l'importance de répondre immédiatement et de nous remettre sur place le questionnaire nous fournissions des explications à la demande pour faciliter la compréhension sans pour autant apporter une aide aux répondant. L'enquête se déroulait très tôt le matin vers 10h et dans la soirée quand les habitants étaient disponibles; car certains était occupés en journée par leurs travaux. Ceux qui pouvaient lire et écrire remplissaient eux-mêmes leurs questionnaires. Chez les analphabète et les personnes âgé ; nous prenions la peine de traduire le questionnaire en langue vernaculaire en les aidant à remplir selon leurs propositions

1.2.2.6.2 Méthode de traitement de donnée

Les réponses collectées ont été dépouillées manuellement par nous à l'aide des papier forma A4; crayon ordinaire ; gomme .Les pourcentages ont été calculés à l'aide d'une calculatrice scientifique ; les résultats présentés et interprété dans les figures et tableaux à l'aide d'un ordinateur et des logiciels Microsoft Word et Excel.

1.2.2.8 Durée de l'étude

Notre étude s'est déroulée de juillet à décembre 2021; soit cinq mois. La collecte effective des données a durée du 8 au 22 novembre 2021 soit 15 jours.

1.2.2.9 Limitation de l'étude

Depuis l'implantation des programmes tels que: la lutte contre le paludisme, les gens sont habitués à recevoir des dons du domaine de la santé. En nous voyant venir enquêter, certaines personnes pensaient que nous étions envoyés par les responsables sanitaires et s'attendaient à ces gestes habituels. Ainsi certains s'abstenaient à répondre à notre questionnaire car leur requête de pourboire n'ayant pas été satisfaite

CHAPITRE II

PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans ce chapitre après avoir présenté, analysé les résultats de l'enquete, nous allons faire la synthése et proposition de ces résultats.

Section 1: Présentaion et analyse des résultats

I - identité des repondants

Tableau II : Relatif à la répartition des répondants par sexe

Sexe du Répondant	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	Effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	effectifs	Frequencies
Féminin	67	74,44%	102	68,92%	169	71,01%
Masculin	23	25,56%	46	31,08%	69	28,99%
Total	90	100%	148	100%	238	100%

Il ressort de ce tableau que 69/238 soit 28,99% des enquêtés sont du sexe masculin et 169/238 soit 71,01% du sexe féminin et que les répondants de sexe féminin 67/90 soit74, 44% fréquentent plus les services de santé que les répondants de sexe masculin, 23/90 soit 25,56 seulement.

Tableau III: Relatif à la Fréquentation de l'hôpital et niveau d'études de répondant.

Niveau d'étude	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	Effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	Effectifs	Fréquences
Sans étude	5	5,56%	83	56,08%	88	36,97%
Primaire	74	82,22%	20	13,51%	94	39,50%
Secondaire	11	12,22	45	30,41%	56	23,53
Total	90	100%	148	100%	238	100%

Ce tableau nous renseigne que la majorité des répondants dont le niveau d'études est du secondaire ont fréquenté les services de santé 11/56 soit 12,22 %. Plus de la moitié des répondants sans niveau d'études n'ont pas fréquenté les services de santé 83/88 soit 56,08 %

Tableau IV: Relatif à la profession de répondants et frequentation de services de santé.

Professions	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	Effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	effectifs	Fréquences
Commerçant	20	22,22%	12	8,11%	32	13,45%
Marçon	11	12,22%	35	23,65%	46	19,33%
Enseignats	9	10%	3	2,03%	12	5,04%
Menagère	31	34,44%	40	27,02%	71	23,83%
Sans profession	15	16,67%	54	36,49%	69	28,99%
Autres	4	4,45%	4	2,70%	8	3,36%
TOTAL	90	100%	148	100%	238	100%

Dans ce tableaI les résultats présentés montrent que les sans professions 54/148 soit 36,49% ; les ménagères 40/148soit 27,02% et les maçons 35/148soit 23,65%) sont les plus nombreux à ne pas fréquenter le HZM

Tableau V : Relatif à la Répartition des répondants selon leur état civil.

Etat civil	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	Effectifs	Fréquences
Célibataire	22	24,44%	10	6,76%	32	13,44%
Marié(e)	53	58.89	99	66,89%	152	63,87%
Veuf(ve)	15	16,67%	39	26,35%	54	22,69
Total	90	100 %	148	100 %	238	100 %

Il ressort de ce tableau que les mariés constituent la majorité 152/238 soit 63,87% dont 53/90 ont fréquenté le HZM

Tableau V: Relatif à la fréquentation de l'hôpital et la taille de la famille des répondants

Taille de la famille	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	Effectifs	Fréquences
1 à 4	59	65,55%	38	25,68%	97	40,76%
5 à 10	25	27,78	95	64,19	120	50,42%
Supérieur à 10	06	6,67%	15	10,13%	21	8,82%
Total	90	100 %	148	100%	238	100%

Il ressort de ce tableau que seulement 06/90(soit 6,67%) des répondants ayant à charge personnes supérieur à 10 ont fréquenté l' HZM

Tableau VI: Relatif à la repartition des enquêtés selon les classes d'âge

Age en année revolue	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	effectifs	Fréquences
15 à 25 ans	10	11,11%	13	8,78%	23	9,66%
26 à 35 ans	23	25,55%	42	28,30%	65	27,51%
36 à 45 ans	34	37,78%	50	33,78%	84	35,29%
46 à 55 ans	15	16,67%	27	18,25%	42	17,65%
56 ans et plus	8	8,89%	16	10,81%	24	10,08%
TOTAL	90	100%	148	100%	238	100%

Ce tableau montre que la population échantillonnée est un peu vieille; la majorité des répondants se situe dans la tranche d'âge de 36 à 45ans; 84/238 soit 37,78%des enquêtés. La majorité de ceux qui n'ont pas fréquenté les services de santé 50/148 soit 33,78% sont toujours dans le tranche d'âge 36 à 45 ans.

Tableau VII : Relatif à la fréquentation de l'hôpital par rapport au revenu mensuel

Revenu mensuel du ménage	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	effectifs	Fréquences
Inf. à 30.000 CFA	18	20%	125	84,46%	143	60,08%
Sup à 30.000frs CFA	72	80%	23	15.54%	95	39,92%
Total	90	100%	148	100%	238	100%

Selon les informations fournies dans ce tableau, la fréquentation des structures de santé est fonction du revenu mensuel 80% de ceux qui ont plus de 30.000 frs CFA et 20% de ceux qui ont moins de 30.000 frs CFA mensuellement). La non fréquentation est aussi due au revenu mensuel 84,46% de ceux ayant un revenu mensuel inférieur à 30.000frs CFA n'ont pas fréquenté).

Tableau VIII : Relatif à la Répartition des habitants selon la qualité de soins reçu à hôpital .

Qualité de soins reçu à l'hôpital	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	Effectifs	Fréquences
Oui	25	27,78%	0	0%	25	10,50%
Non	48	53,33%	125	84,46%	173	72,69%
Pas de réponse	17	18,89%	23	15,54%	40	16,81%
Total	90	100%	148	100%	238	100%

Ce tableau indique que 173/238 soit 72,69% de nos enquêtés n'ont pas reçus la qualité des soins à l'HZM lorsqu'ils sont malades à cause des moyens. 48/90 soit 53,33% de ceux qui ont fréquenté l' HZM ont reçus la qualité des soins.

Tableau IX : Relatif à la Répartition des habitants selon la cause de non acceptation aux soins de santé

Cause de non accès	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI		NON			
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	Effectifs	Fréquences
Manque d'argent	18	20%	47	31,76%	65	27,31%
Attente longue aux consultations	27	30%	58	39,19%	85	35,71%
Personnel souvent absent à leur poste	24	26,67%	28	18,92%	52	21,85
Mauvais accueil	21	23,33	15	10,13%	36	15,13%
Total	90	100%	148	100%	238	100%

Selon ce tableau 65/238 soit27,31 des répondants confirment qu'ils ne sont pas bien reçus à cause du manque d'argent 20% de ceux qui ont fréquenté le ZHM l'ont confirmé soit 18/65. Par contre 24/52 soit 26,67% de ceux qui ont fréquenté le HZM affirment que les personnels sont souvent absent à leur poste et 21/36 soit 23,33%) de ceux qui ont fréquenté le HZM disent qu'ils sont mal accueillir à l'hôpital.

Tableau X : Relatif à la répartition des habitants selon la connaissance sur l'importance des soins de santé

	Fréquentation de l'HZM	

Importance d'aller à l'hôpital	OUI		NON		TOTAL	
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	effectifs	Fréquences
Oui	84	93,33%	119	80,41%	203	85,29%
Non	6	6,67%	29	19,59	35	14,71
Total	90	100%	148	100%	238	100%

Les données dans ce tableau reflètent que 203/238 soit 85,29% des répondants affirment qu'il est important de se faire soigner à l'hôpital. La plupart des répondants n'ayant pas fréquenté le centre de santé, 119/148 soit 80,41% savent qu'il est important d'aller se faire soigner à l'hôpital.

Tableau X I: Relatif à la Répartition des habitants selon l'importance des soins de santé

Importance de soins de santé	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
	OUI			NON		
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	Effectifs	Fréquences
Recouvrir la santé	45	50%	16	10,81%	61	25,63%
Peur de la mort	23	25,56%	81	54,73%	104	43,70%
Réaction rapide						

de médicaments	12	13,33%	21	14,19%	33	13,87%
Pas de réponse	10	11,11%	30	20,27%	40	16,81%
Total	90	100%	148	100%	238	100%

Il se dégage de ce tableau que 61/238 soit 25,63%) des répondants ont dit que l'importance d'aller se faire soigner à l'hôpital est de recouvrir la santé, 104/238 soit 43,70% disent que c'est la peur de la mort et 33/238 soit 13,87% disent que la c'est important de se faire soigner à l'hôpital car la réaction des médicaments est rapide.

Tableau XII : Relatif à la répartition des habitants selon les visites à domicile.

Visites à domicile	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
		OUI		NON		
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	effectifs	Fréquences
Oui	40	44,44	58	39,19%	98	41,78%
Non	50	55,56	90	60,81%	140	58,82%
Total	90	100%	148	100%	238	100%

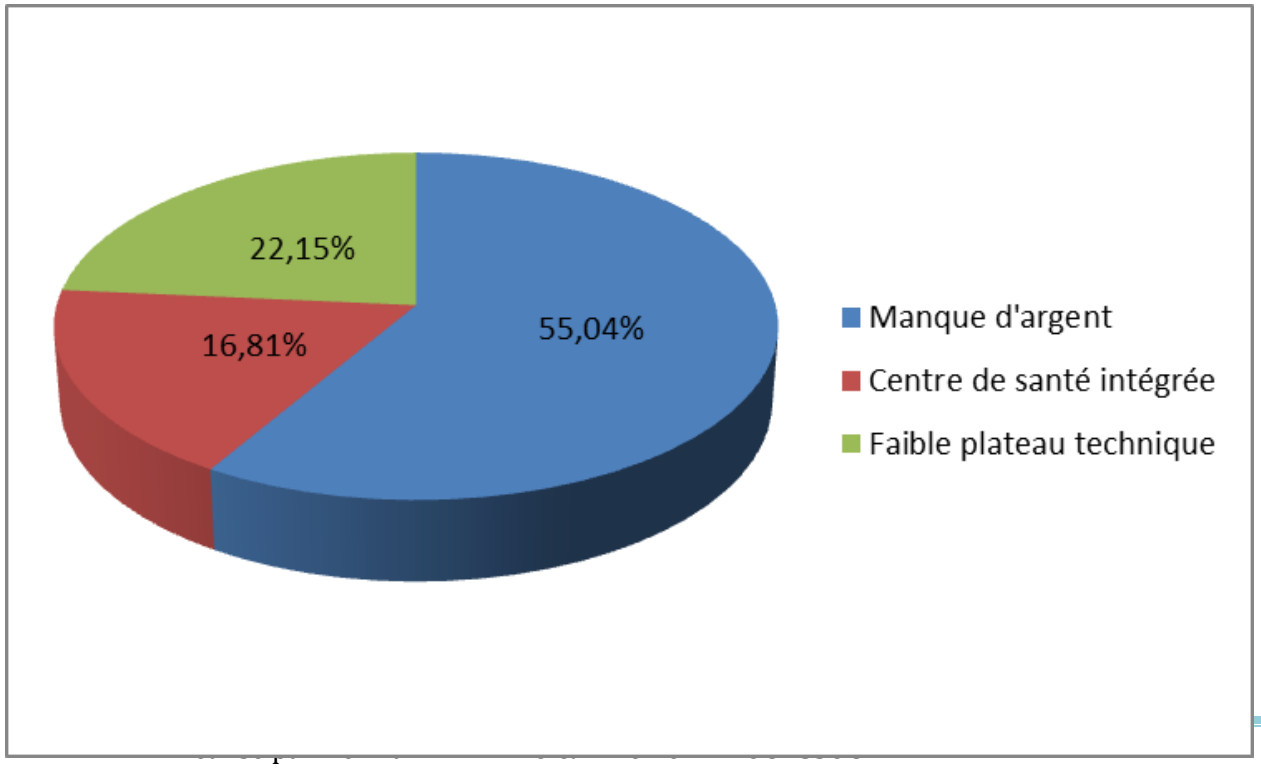
Au regard du tableau ci-haut 140/238 soit 58,42% des répondants disent qu'ils ne sont pas visités à domicile pour raison d'éducation sanitaire. 90/148, soit 60,81% de chefs de ménage qui n'ont pas fréquenté le HZM n'ont pas reçu de visite à domicile.

Tableau XIII: Relatif à la répartition des habitants selon les visites à domicile l'abonnement à une mutuelle de santé

Abonnement mutuelle de santé	Fréquentation de l'HZM				TOTAL	
		OUI		NON		
	effectifs	Frequencies	effectifs	fréquences	effectifs	Fréquences
Oui	27	30%	6	4,06%	33	13,87
Non	63	70%	142	95,94	205	86,13
Total	90	100 %	148	100 %	238	100 %

Ce tableau renseigne que 205/238 soit86,13% des répondants ne sont pas abonnés à une mutuelle de santé et 142/148 soit 95,94% de ceux qui n'ont pas l`hôpital ne sont pas abonnés à une mutuelle de santé.

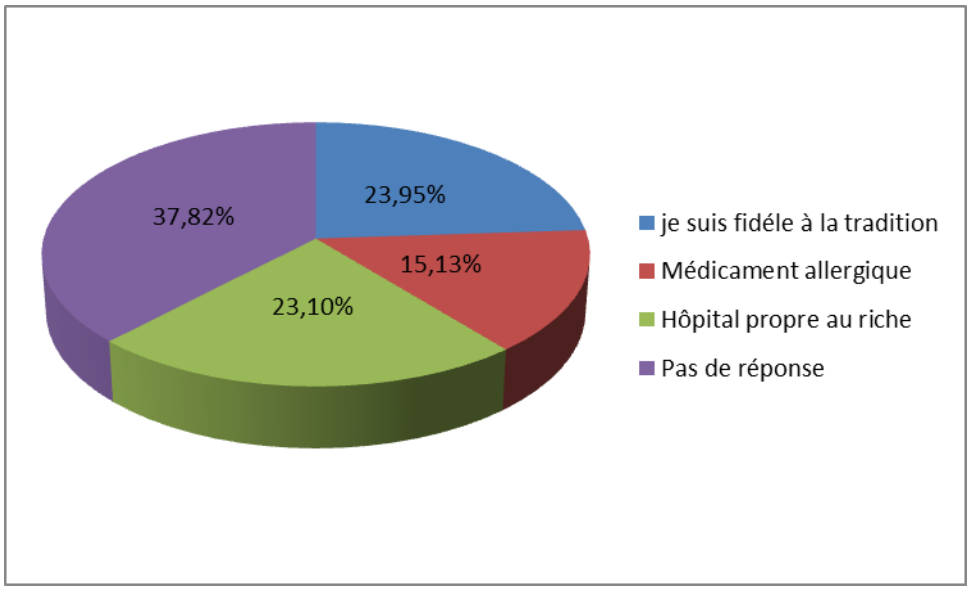
Figure 1 : La cause de la non fréquentation de l'HZM



Source : réalisé par nous même

La répartition des habitants selon la cause de non fréquentation de l'hôpital Cet histogramme indique que 55 ,04% des répondants qui n'ont pas fréquenté l'hôpital avancent comme motif manque d'argent ; 22,15% de forme de plateau technique et 16,81% de centre integer.

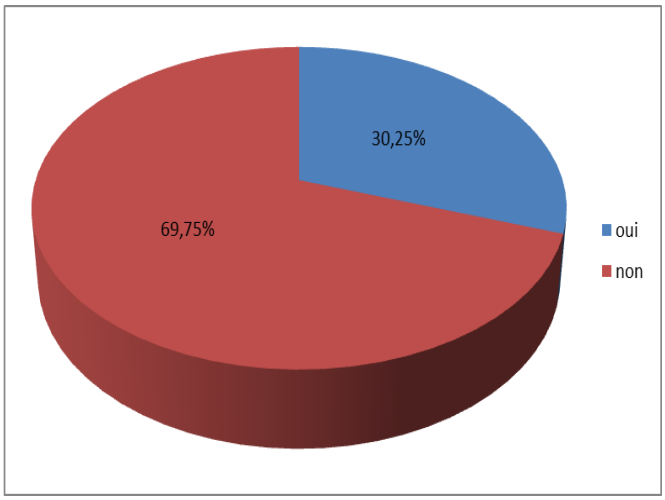
Figure 2 : cause de non importance de soins de santé



Source : réalisée par nous même

Cet diagramme circulaire indique que la plupart des habitants, 23,10% ne se font pas soigner à l'hôpital croyant qu'il est réservé à ceux qui ont de l'argent et 23,95% disent que les soins modernes ne sont pas importants car ils sont fidèles à leur tradition.

Figure 3 : connaissance sur l'éducation et sur l'existence du médecin de HZM



Source : réalisée par nous même

La répartition des habitants selon leur connaissance sur l'existence du médecin de l'HZM Il ressort de ce diagramme circulaire que 69 ,75% des répondants ne savent pas qu'il existe un médecin à l'HZM.

SECTION 2: Synthese des resultats et vérification des hypothéses

Notre étude s'était assignée comme objectif principal d'analyser les determinants de la fréquentation de l'hopital de zone de menontin .Dans cette section, nous allons analyser les

résultats de notre enquête, les discuter en les confrontant au déroulement des concepts en vue de décider sur la validité de notre enquête.

Pour vérifier ces facteurs, nous avons soumis nos enquêtés à un questionnaire dont les résultats se présentent comme suit :

2.2.1 synthése des résultats

A : Répartition par catégorie socio professionnelle

Notre étude a voulu connaître l'influence des activités des habitants par rapport à la fréquentation des structures de santé. Les informations recueillies lors de l'enquête sont les suivantes :

Selon la profession, notre étude a révélé que 34,44% de ménagères n'ont pas fréquenté l'hôpital ; 22,22% des commerçants n'ont pas sollicité les services de santé et aussi 16,67% de sans emploi n'ont pas aussi fréquenté l'hôpital. Ces catégories ne fréquentent pas l'hôpital peut être à cause du revenu faible de leurs professions

Répartition par niveau d'étude des habitants

Le niveau d'études a une grande influence sur la pratique des habitants dans l'aire de santé de Menontin. La majorité des répondants n'a pas étudié, soit 36,97% sont sans étude ; 39, 5%sont du niveau primaire et 23,53% sont du niveau secondaire. Sur les 148 habitants qui n'ont pas été au HZM, 83 soit 56,08% sont sans niveau d'études. ce qui est proche des résultats de l'étude menée au canada où ont a démontré que 51% des personnes qui détiennent un diplôme d'études secondaires ont consulté un dentiste contre 68% de ceux qui détiennent un diplôme d'études collégiales ou universitaires. (Les résultats de notre recherche dans l'HZM sont loin de la réalité obtenue par pierrot BUSHALA dans son étude sur le niveau d'étude de la population du groupement Mudja ; 45,4 % n'ont pas un niveau d'étude, c'est-à-dire ils ne savent ni lire, ni écrire seulement de 16;4% niveau secondaire, contre 35,8% du niveau primaire. concernant la fréquentation de services de santé 83/148 qui n'ont pas fréquenté sont sans niveau d'études.)

B : les facteurs socio- démographiques

Répartition par sexe

Pour le sexe des répondants l'enquête a révélé que les répondants de sexe féminin soit 74,44% fréquentent plus l'hôpital que les habitants de sexe masculin 25,56%. Ceci se justifie par le fait que ce sont les femmes qui sont plus vulnérables aux maladies et sollicitent plus souvent les services de santé.

Répartition selon l'état civil des répondants

Selon les résultats de notre enquête sur l'état civil, les répondants mariés constituent la majorité des enquêtées, soit 63,87% dont 53/152 soit 58,89e n'ont pas fréquenté l'hôpital. Ce qui peut être due au fait qu'ils ont plusieurs personnes à charges. 39/54 veufs (ve)s, n'ont pas fréquenté l'hôpital peut être parce qu'ils n' ont pas un responsable qui pourrait payer pour leurs soins de santé.

Répartition par tranche d'âge

Dans toute chose, l'âge constitue toujours un facteur déterminant. Lors de notre enquête, nous n'avons pas manqué de saisir les informations sur l'âge des nos enquêtées que nous présentons. Ainsi concernant l'âge des répondants, la majorité des répondants se situe dans la tranche d'âge de 46 à 55 ans soit17,65% des enquêtés. La majorité de plus de 56 ans 8,89% n'a pas fréquenté l'hôpital. Notre population d'étude étant un peu vieille, elle accède difficilement aux soins de santé. L'âge est un facteur qui influence l'aptitude de connaître l'importance de la santé et de s'intéresser à la fréquentation des services de santé lorsqu'on est malade.

La taille de la famille de nos répondants

La majorité de nos répondants 95/ 148 ayant 5 à 10 personnes dans leur maison n'ont pas fréquenté l'hôpital, 15/21 soit 10,13% de ceux ayant plus de 10 personnes dans leurs maisons n'ont pas fréquenté. Plus on a plusieurs personnes à charge, plus la demande des services de santé est élevée et plus on a des difficultés à la satisfaire.

C : Les facteurs socio-économique

Le revenu mensuel des répondants

L'influence du revenu de l'habitant sur la fréquentation de l'HZM de santé de menontin se présente de cette manière : 125/148 soit 84,46% de nos répondants ayant un revenu inférieur à 30..000FCFA n'ont pas fréquenté l'hôpital. Ceux qui ont un revenu un peu élevé (plus de

30.00FCFA) ont fréquenté le HZM à 72/95 soit 15,54%. (Ces résultats s'approche de la réalité constatée par Pierrot BUSHALA où 58,5% de la population de Mudja qui ont le revenu mensuel inférieur à 50$ ne parvient pas à accéder à la nourriture et 54,6% n'ont pas accès à la scolarisation ni aux soins de santé primaire.)

2.2.2 : Vérification des hypothéses

Cette partie du mémore consiste à confronter ou à préciser la validation des hypothéses

H1 : La qualité des soins affecte positivement la fréquentation de l'hopital de zone de menontin.

Il ressort de notre enquête que 72,69% de nos enquêtés n'ont pas reçus la qualité des soins à cela est due au mauvais plateau techniques et au mauvais accueillir .

Or l'objectif principal de l'OMS est l'amélioration de la santé humaine.Par conséqent H1 n'est pas validée.

H2 : Le revenue influence positvement la fréquentation de l'hôpital de zone de menontin.

Il ressort toujours de notre enquête que la fréquentation de l'hopital est en fonction du revenu plus le revenu de l'individu augmente plus la fréquentation augmente et plus le revenu dimunie plus la fréquentation de l'HZM dimunie. Par conséquent H2 est vérifiée. Au total nos deux hypothèses sont vérifiées , nous pouvons maintenant passer au recommandation

suggestions

D'apres les résutats de notre enquête nous suggérons que :

1. Aux habitants de Menontin

- de se rendre à l'hôpital chaque fois qu'ils sont malades car leur santé doit être une de leurs préoccupations majeures et se trouve à la base de leur développement ;
- de participer aux séances d'éducation sanitaire qui sont organisées par les centres de santé en vue de savoir comment promouvoir l'hygiène et l'assainissement de leurs habitats et lutter contre les maladies;
- de s'organiser en mutuelle communautaire de santé ou en association de financement des soins de santé.

2. Aux personnels soignants et relais communautaire

- de s'impliquer sérieusement dans la sensibilisation des habitants à travers les visites domiciliaires interactifs, de bien améliorer les enseignements et comprendre que cette activité n'est pas l'apanage des seuls relais communautaires ;

- de recevoir et soigner les habitants en réduisant le temps d'attente dans les services de santé et en améliorant la qualité de l'accueil.

3. Au Ministre de la santé publique du Bénin:

- d'intensifier la mobilisation sociale (MOBSOC) par des communications pour le changement de comportement (CCC) pour que ces populations fréquententent les services de soins de santé ;

- d'orienter le HZ M et faciliter l'adoption des systèmes de prépaiement des soins dans les hôpitaux, Ce qui concentrerait le marché vers le secteur formel, améliorant ainsi l'accessibilité aux soins de santé de qualité et l'équité dans l'administration de ces soins ;

d'améliorer les conditions de vie de la population en luttant contre le chômage et la corruption

CONCLUSION

Le travail éffectué sur l'analyse des déterminants de la fréquentation de l'hôpital de zone de menontin à l'aide des enquêtes(donnée primaire) nous a permis de conclure que les habitans de menontin ont encore bésoin d'informations relatives à la fréquentation rationnelle de l'hôpital.Pour arriver à cette analyse nous avons formuler des hypothéses suivantes :

La qualité des soins affecte positivement la fréquentation de l'hôpital de zone de menontin ; le revenu influence positivement la frquentation de l'hôpital de zone de menontin.En effet l'ensemble des resultat trouvés il ressort que les habibants de menontin sont généralement influencés par des facteurs telsques le manque d'argent, usage de la médecine traditionnelle, l'automédication et surtout l'ignorance de l'importance des soins de santé.De plus on constate une relation positive entre revenu des habibants et la fréquentation de l'hôpital.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- B.Boutin Mostafer (2006), Accueil au CHU de Monpellier
- Banque mondiale (2009), Utilisation des services de santé dans les pays pauvres, http://www.banque mondiale.org/Ida, consulté le 29/11/2021
- D. Raman ana&O Barthes (2009), le fond d'achat des services de santé dans le Kassaï occidental, http://www.memoireonline.com, consulté le 2 Février 2012
- Dr Itama&Mb (2006), Etude socio économique sur le cout et accessibilité des populations aux soins de santé au Tchad,
- D Foutain& J Coute joie (2006), Infirmier comment bâtir la santé p16, 41
- Fabien NKINAMUBANZI, (2008) I, Etude des déterminants de l'accès tardif aux soins intégrés dans les structures sanitaires de Rubavu, cas de l'aire de santé de nyundo, ULPGL p91
- F. MUTABUNGA (2010), Eléments d'Epidémiologie Clinique et approfondie, p112
- http://www.afhea-org/conference/files,les priorités de l'économie de la santé en Afrique, consulté le 20/11/2021
- http://www.tg.undp.org,Utilisatuion des services des soins de santé au Togo, consulté le 18/11/2021
- Innocent Bayege (2004), Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, Kigali, Rwanda.
- -KAMBALE KARAFULI (2011), Notes du cours d'économie approfondie de la santé, p23
- Kibalonza (2009), structure de l'offre et de la demande des soins de santé dans la zone de
- Larousse, Mini dictionnaire français, paris, 2004, p239

- Mariko M (2003), Accès aux soins et qualité: Bamako (Mali), Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu, p 41-58.
- M Hounkpati(2007), santé au Togo, financement, statistique, thèse de Doctorat, Université de Lyon 1, http://www.lessourires dessellasse, frie.fr.togo, consulté le 15/11/2021.
- OMS (2000), Rapport sur la Sante dans le Monde, Genève, p67
- OMS (2002), Adam wagstaff, pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé, Genève, p
- P Mushagalusa (2006), Etude des déterminants de l'utilisation des services des soins dans la ZS de Kadutu, http://www.memoireonline.com, consulté le 25/11/2021
- S.FALL et I.SECK (Aout 2009) ; Moritoring et evaluation des programmes de santé en Afrique subsaharienne, Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide. tropicale.com, consulté le 23/11/2021
- TABARA DIEYE (2002), la mortalité maternelle dans le fouladou, contribution de la CCC, http://www.issic.sn consulté le 27/11/2021
- Www.atlas.nrcan.gc.ca/site/français/maps/health/servicesutilization/1.Consulté 14/11/202
- V. Ilunga Kambaji (2008), Analyse des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs dans la ZS de Lemba,

ANNEXE

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Date de l'enquête …08……/…11……/…2021…..

1- Le genre :……..
Masculin :…….
Féminin :……..
2- Nom et prénom :…….
3- Arrondissement :…….
4- Quartier :……..
5- Le nombre de personnes dans votre foyer :

1 à 4 ☐ 5 à 10 ☐ ; supérieur à 10 ☐

6- Âges :

15 25 ☐ ; 26 à 35 ☐ ; 36 à 45 ☐

46 à 55 ☐ 56 ans et plus ☐

7- Niveau d'éducation

Aucun ☐ ; Primaire ☐ Secondaire ☐

8- Quel est votre profession ?

Commerçant ☐ ménagère ☐ maçon ☐ enseignant ☐

sans profession ☐ autres ☐

9- Situation matrimoniale

Célibataire ☐ marié ☐ veuf (ve) ☐

10- Quel est votre revenu mensuel ?

Inférieur 30.000 ☐ ; supérieur 30.000 ☐

11- Si vous êtes malade vous allez à l'hôpital ? Oui Non ☐ ☐

12- pourquoi vous n'allez pas à l'hôpital si vous êtes malade ?

Manque de l'argent ☐ centre de santé loin ☐ faible plateau technique ☐

13- Est-ce qu'il a une qualité de soins dans cet hôpial ?

Oui ☐ Non ☐ Pas de réponse ☐

14- Pourquoi vous n'avez pas accès à l'hôpital ?

Manque d'agent ☐ tente longue aux consultations mau☐e accueil ☐

15- Il est important d'aller à l'hôpital ?

Oui ☐ Non ☐

16- Il est important de se soigner à l'hôpital ?

Recouvrir la santé ☐ réaction rapide de médicament ☐

Peur de la mort ☐ Pas de réponse ☐

17- Pourquoi il est important de se soigner ?

Je suis fidèle à la tradition ☐ Hôpital propre aux riches ☐

Médicament allergique ☐ Pas de réponse ☐

18- Savez-vous comment est organisé le centre de santé ?

Oui ☐ Non ☐

19- avez-vous les visites des acteurs de santé dans votre maison pour vous parler sur l'importance d'aller à l'hôpital ?

Oui ☐ Non ☐

20- Avez-vous abonné à une mutuelle de santé ?

Oui ☐ Non ☐

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT i

DEDICACE 1 ii

DEDICACE 2 iii

REMERCIEMENTS iv

LISTE DES ABREVIATIONS v

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES vi

RESUME vii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I: CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE 3

Section1 : problématique, objectifs et hypothése 4

1.1problématique, objectifs et hypotheses 4

1.1.1 Problématique 4

1.1.2 Objectif de recherce 7

1.1.3 Formulaion des hypotheses 7

1.1.4 Revu de la Littérature 7

1.1.4.1 Approche conceptuelle 7

1.1.4.2 Revu théorique ..... **Erreur ! Signet non défini.**

1.1.5.5 Visites à domicile 14

1.1.5.6. L'accueil 15

1.1.5.7-facteurs géographiques 16

1.1.6 - Description de la zone de santé de menontin 16

1.1.6.1. Données démographique 16

1.1.6.2 - Données géographique 16

1. 1.6.3 données économique 17

1.1.6.4 Données socioculturales 17

1.1.6.5 Situation sanitaire de la zone de menontin 18

Section 2 Méthodologie d recherche..... 18

1.2.1 Cas de l'étude..... 18

1.2.1.1 Description de l'instrument..... 18

1.2.2. Pré-test 19

1.2.2.1 Population cible 19

1.2.2.2 Méthode de l'echantillonnage technique 19

1.2.2.3 Critere d'esclusion 19

1.2.2.4 Critere d'inclusion 19

1.2.2.5 Respect de l'ethique de la recherche..... 19

1.2.2.6 Méthode de la collecte et traitement des données..... 20

1.2.2.6.1Méthode de collecte 20

1.2.2.6.2 Méthode de traitement de donnée 20

1.2.2.7 Durée de l'étude..... 20

1.2.2.9 Limitation de l'étude 20

1.2.3 Communication des résultats ..... **Erreur ! Signet non défini.**

CHAPITRE II : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE..... 21

Section 1: Présentaion et analyse des résultats 22

I - identité des repondants..... 22

SECTION 2: Synthese des resultats et vérification des hypothèses..... 32

2.2.1 synthèse des résultats…….....32

A : Répartition par cathégorie socio-professionnelle…….32

Répartition par niveau d'étude des habitants..... 33

B: Répartition par cathégorie socio-démographiques……33

Répartition par sexe 33

Répartition selon l'état civil des répondants 33

Répartition par tranche d'âge 33

La taille de la famille de nos répondants 34

C : Répartition par cathégorie socio-économique…….34

Le revenu mensuel des répondants…….34

2.2.2 Vérification des hypothèses……..34

2.2.3 suggestion……35

CONCLUSION..... 36

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 37

ANNEXE 39

TABLE DES MATIÈRES 41