

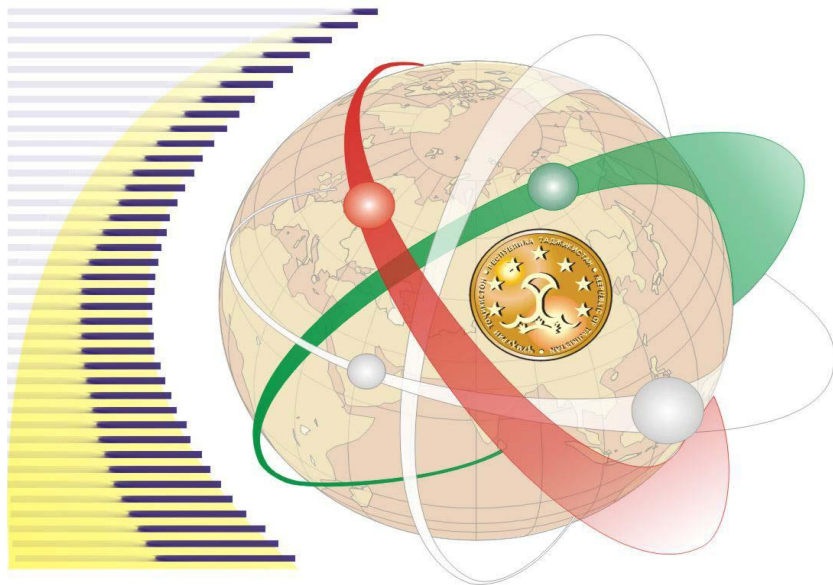


Larevuescientifique
**Les Cahiers
du CBRST**

L'ascienceauservice delasociété

DOSSIERS

Société
Environnement
Développement



03 BP 1665 Tél (229) 21321263, 2132 09 77
Fax : (229) 21 32 36 71
Mail cbrst@yahoo.fr
Site Web <http://www.cbrst-benin.org>

Les Cahiers Centre Béninois de la Recherche Scientifique et Technique ; ISSN : 1840-703X ; Dépôt légal 6125 du 7/6/2012 ; Deuxième trimestre 2012 ; Bibliothèque National du Bénin 03 B.P. : 1665 Cotonou (Bénin) ; (229):95957332; 95403914 cahiersducbrst@yahoo.fr ; cahiersducbrst@gmail.com

Directeur de Publication : Fidèle Biaou DIMON ; **Directeur Général du CBRST**

Rédacteur en Chef : Placide CLEDJO ; *Maître de Conférences*

Conseiller Scientifique : Apollinaire Guy MENSAH ; *Directeur de Recherche*

Comité scientifique

Pr. DARBOUX Raphael (Bénin)	Pr. HONTONFINDE Félix (Bénin)
Pr. BIGOT André (Bénin)	Pr. TOUKOUREOU Fatiou (Bénin)
Pr. AKPONA Simon (Bénin)	Pr. FAYOMI Benjamin (Bénin)
Pr. LALEYE Anatole (Bénin)	Pr. MAKOUTODE Michel (Bénin)
Pr. HOUNNOU Gervais (Bénin)	Pr. TCHITCHI Toussaint Y. (Bénin)
Pr. HOUNGBE Fabien (Bénin)	Pr. OYEDE Marc (Bénin)
Pr. Michel BOKO (Bénin)	Pr. EDORH Patrick A. (Bénin)
Pr. KOUMAKPAYI Taofiki (Bénin)	Pr. AKOEGNINOOU Akpovi (Bénin)
Pr. SAMBA KIMBATA Joseph (Congo B)	Pr CLEDJO Placide (Bénin)
Pr. GBEASSOR Messanvi (Togo)	Pr. DOMINGO Etienne (Bénin)
Pr. MASSOUGBODJI Michel (Bénin)	Pr. HOUNDENOU Constant (Bénin)
Pr. AFOUDA Abel (Bénin)	Pr. MENSAH Guy Apollinaire
Pr. ZOUNGRANA Pierre Tanga (Burkina)	Pr. TOSSA Joel (Bénin)
Pr. MOUDACHIROU Mansourou (Bénin)	Pr. SINSIN Brice (Bénin)
Pr. JOSSE Roger (Bénin)	Pr. GBENOU Joachim (Bénin)
Pr. LALEYE Anatole (Bénin)	Pr. LALEYE Philippe (Bénin)
Pr. MOUDACHIROU Mansourou (Bénin)	Pr. TCHAMIE Tiou (Togo)
Pr. TOUKOUREOU Fatiou (Bénin)	Pr. GBAGUIDI Fernand (Bénin)
Pr. AGBOSSOU K. Euloge (Bénin)	Pr. ANIGNIKIN Sylvain (Bénin)
Pr. SOCLO Henri (Bénin)	Pr. AHANHANZO Corneille (Bénin)

COMITE DE LECTURE : Prof NOUHOUAYI Albert ; Pr AGBOSSOU K. Euloge ; Pr AVLESSI Félicien ; Prof CLEDJO Placide; Prof da CRUZ Maxime ; Prof DIMON Biaou Fidèle ; Prof DOMINGO Etienne ; Prof EDAH Daniel ; Prof KOUNOUEWA Basile ; Prof MENSAH G. A. ; Prof TOSSOU Okri Pascal ; Prof YAYI Eléonore ; Dr TENTE Brice; Dr YABI Ibourahima ; Dr. Zacharie SOHOU ; Pr. JOSSE Roger ; Pr. LALEYE Anatole ; Pr. OUMOROU Madjidou ; Prof BOKO Gabriel; Prof MONGBO Roch ; Prof. SOCLO Henri ; Dr ALAMOU Eric ; Dr AZANDO E. V.; Dr DOUGNON Victorien ; Dr FOURN Elisabeth; Dr GBAGUIDI Fernand; Dr GBANGBOCHÉ A. B. ; Pr GLELE KAKAI Romain ; Pr HONTONFINDE Félix ; Pr HOUNHOUGAN Joseph ; Pr KPOVIESSI Salomé ; Pr OYEDE Marc ; Pr. Ag. FOLLIGAN Bénédiction ; Pr. Ag. YAO-GNANGOURA Victor ; Pr. AKPONA Simon ; Pr. ALLABI Aurel ; Pr. BIGOT André ; Pr. CHIKOU Antoine ; Pr. DARBOUX Raphael ; Pr. Fulgence AFOUDA ; Pr. GBAGUIDI Fernand ; Pr. HOUNGBE Fabien ; Pr. HOUNNOU Gervais ; Prof Ag. MOUMOUNI Hassane ; Prof AHOHOUNKPANZON Michel; Prof AINA Martin ; Prof ALLABI Aurel ; Dr BAGODO Obarè ; Dr HOUNGNIHIN Roch ; Dr GUENDEHOU Sabin ; Dr JOHNSON Christian; Dr KPOHOU Ferdinand; Dr TCHIBOZO Eric

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.

SOMMAIRE

1. **PALUDISME ET PARAMETRES CLIMATIQUES DANS LA PLAINE D'INONDATION DU FLEUVE MONO (COMMUNE D'ATHIEME/BENIN/AFRIQUE DE L'OUEST)**
SEBO VIFAN Eric ; AZONHE Thierry Hervé ; N'BESSA Benoît.....1
2. **APPORT DE LA TELEDETECTION ET DES SIG DANS LA MOBILISATION DES AGRO-ECOSYSTEMES DE BAS-FONDS POUR LE DEVELOPPEMENT AGRICOLE DANS LA COMMUNE DE BONOU**
OREKAN Vincent ; GONZALLO Germain ; PLAGBETO Herman.16
3. **PRODUCTION DU BOIS-ENERGIE ET DEGRADATION DES RESSOURCES VEGETALES LIGNEUSES DANS LA COMMUNE DE BASSILA**
ALI Rachad ; ODJOUBERE Jules ; TENTE Brice.....37
4. **DEGRADATION DES PLANTATIONS D'ALIGNEMENT ET PROBLEMES ENVIRONNEMENTAUX A AZOVE (BENIN, AFRIQUE DE L'OUEST)**
KOOKE Gomido Xavier ; DJOSSOU Jean-Marie ; HOUINSOU Auguste ; TENTE Brice.....57
5. **LE REVENU COMME FACTEUR DE VARIABILITE DU GISEMENT DE DECHETS D'ACTIVITES ECONOMIQUES : LE CAS DES ACTIVITES ECONOMIQUES DE RUE DANS LA VILLE DE COTONOU**
DOSSOU-YOVO Coffi Adrien.....85
6. **TRANSE, ETHNOBOTANIQUE ET ETATS MODIFIES DE CONSCIENCE : UN RITE D'INITIATION A LA DIVINATION CHEZ LES BAATOMBU DU NORD-BENIN**
ABDOU Mohamed.....103
7. **LOGIQUES SOCIALES ET GESTION DES RESSOURCES EN EAU DE CONSOMMATION A AHLOUKO (COMMUNE D'ADJARRA, DEPARTEMENT DE L'OUEME, BENIN, AFRIQUE DE L'OUEST)**
HEDIBLE Sidonie Clarisse ; OUASSA KOUARO Monique ; BABADJIDE Charles, VISSIN Expédit.....127

8. STRATEGIE ENDOGENE DE LUTTE CONTRE L'EROSION PLUVIALE A OUEDEME-PEDAH	
Emile Y. ATIYE ; Luc DOUGNON ; Rodrigue DJOSSOU ; Euloge OGOUWALE ; Cyr Gervais ETENE.....	139
9. DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL DANS LE BASSIN INFERIEUR DE LA RIVIERE SÔ. CHANGE DETECTION IN THE RIVER SÔ LOWER BASSIN	
Martin H. ASSABA, Djafarou ABDOULAYE, Expédit W. VISSIN ; Christophe HOUSSOU.....	154
10. EVALUATION SPATIALE DE L'EVOLUTION DES PLANTES PROLIFERANTES DANS LES PLANS ET COURS D'EAU DU BENIN	
Jean Bosco Kpatindé VODOUNOU.....	169
11. L'INFORTUNE SANITAIRE DE L'INFIDELITE TOLEREE CHEZ LES PENDJARIENS AUTOCHTONES AU BENIN	
Emmanuel N'koué SAMBIENI.....	186
12. CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FLORE ADVENTICE DES RIZIERES DE LA REGION DE LA KARA (NORD-TOGO)	
Tchaï BOUKPESSI, Ama-Edi KOUYA, Minkilabe DJANGBEDJA, Abdourazakou ALASSANE, Laounta AKAME.....	223
13. A BAS LES PARTIS POLITIQUES, VIVE LES RELIGIONS AU BENIN : CHRETIENS, MUSULMANS ET FIDELES DU VODOUN AU SECOURS DE LA DEMOCRATIE ?	
Fabien AFFO ; Tata Jean TOSSOU ; Lucien AGBANDJI.....	240
14. FORMATION ETHIQUE DE L'HOMME POUR LA REUSSITE DU DEVELOPPEMENT	
Florentine HOUEDENOU.....	252
15. EVOLUTION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE, D'ATTITUDE ET DE PRATIQUE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU PALUDISME ENTRE MAI 2011 ET MAI 2012 DANS LA COMMUNE DE KOUANDÉ ET DANS LA COMMUNE CONTRÔLE DE COPARGO AU BENIN	
Charles P. MAKOUTODE1 ; Martine AUDIBERT2 ; Achille MASSOUGBODJI.....	266

16. **INCIDENCES SOCIALES DES INONDATIONS DANS L'ARRONDISSEMENT DE COME (BENIN, AFRIQUE DE L'OUEST)**
Hervé C. AYITE, Fidèle MEDEOU, Rodrigue K. DJOSSOU et Euloge OGOUWALE.....286
17. **GESTION DES DECHETS SOLIDES MENAGERS DANS LE TROISIEME ARRONDISSEMENT DE COTONOU**
Serge FIOGBE ; Thierry CODJO ; Expédit VISSIN ; Euloge OGOUWALE.....307
18. **PROBLEMATIQUE DE GESTION DES ESPACES FRONTALIERS AU BENIN : CAS DE L'ESPACE FRONTALIER AGOUE HILLACONDI**
Yvette Céline AKPAKLA AHOUCANDJINOU, Angèle Hermione HOUEMAVO YABOURI, Edwige S. MIALO, Odile DOSSOU GUEDEGBE.....320
19. **MECANISME DE GESTION PARTICIPATIVE DES AIRES PROTEGEES AU BENIN : CAS DE LA FORET CLASSEE D'AGOUA**
Etienne AKAKPO ; Euloge OGOUWALE ; Ibrahima YABI.....340
20. **ETUDE DE LA REPRODUCTION DES POPULATIONS DE TILAPIA GUINEENSIS (GÜNTHER, 1862) DANS LES LACS ET LAGUNES DU SUD-BENIN**
FOUSSENI Aliou, CHIKOU Antoine, FAGNON M. Siméon, FIOGBE Emile Didier.....357
21. **EXPRESSION OF MISANDRY IN AMMA DARKO'S THE HOUSEMAID**
Célestin GBAGUIDI.....379
22. **COMPORTEMENTS DES SUPPORTERS APRES LA VICTOIRE AU FOOTBALL : CAS DES CLUBS DE PORTO-NOVO-BÉNIN**
DAKPO Pascal C. ; ATTIKPA Antoine ; ABALOT Emile-Jules.....393
23. **IDENTIFICATION DES MINERALISATIONS AURIFERES:APPLICATION DU SIG A LA MODELISATION DES POTENTIALITES DU SITE DEKALANA (MALI)**
Eric Alain TCHIBOZO ; Fulbert AGBO ; Adama Marzouck TRAORE.....411

24. **CARACTERISATION DES TECHNIQUES D'EXPLOITATION DES POTENTIALITES AGRICOLES DANS LE BASSIN DE LA BEFFA AU BENIN**
N. Innocent GBAÏ ; Vincent OREKAN ; Brice TENTE.....439
25. **ESQUISSE D'ETHNOCLIMATOLOGIE EN AFRIQUE DE L'OUEST : QUELQUES SUPPORTS D'IDENTIFICATION ET D'EXPRESSION CHEZ LES PEUPLES DU SUD-BÉNIN**
Mathias Dossou TOFFI ; Michel BOKO.....473
26. **DE LA BIOCLIMATOLOGIE HUMAINE A L'ARCHITECTURE BIOCLIMATIQUE : UNE ALTERNATIVE FACE AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES A COTONOU (AFRIQUE DE L'OUEST)**
BOKO N. Patrice Maximilien ; VISSIN Expédit W. ; TANMAKPI A.S. Jaurès ; GOUWALE Euloge ; HOUSSOU Christophe S. ; BOKO Michel.....501
27. **MATERIAUX POUR UNE ANALYSE SOCIOLOGIQUE DE L'INNOVATION EDUCATIVE AU LYCEE AGRICOLE MEDJI DE SEKOU A TRAVERS LES UNITES DE PRODUCTION A VOCATION COOPERATIVE**
MONTCHO Rodrigue.....515
28. **DISPARITES D'AMENAGEMENT LIEES AUX INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS SANITAIRES ET SCOLAIRES DANS LA COMMUNE DE BOHICON**
AZONHE Boris ; DOSSOU-GUEDEGBE Odile ; GNELE Josée ; BONI Ignace.....531
29. **SYSTEME D'INFORMATION GEOGRAPHIQUE (SIG) ET MOBILISATION DES RESSOURCES FISCALES DANS LES COMMUNES MALIENNES. L'EXEMPLE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**
Balla DIARRA.....548
30. **DISPARITES DE REPARTITION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES ET ACCES AUX SOINS DE SANTE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY**
DOSSEH Josyane A . D. L. ; AZONHE Thierry.....568

**31. EFFETS DE LA FERMETURE DU CHENAL, SUR LA
POPULATIONS DE CREVETTES DE LA LGUNE DE
COTONOU**

HINVI Lambert Cloud ; SOHOU2 Zacharie, Georges Dègbé & Emile
Fiogbe.....590

**32. VARIABILITE HYDRO PLUVIOMETRIQUE ET EFFETS
SOCIO-ECONOMIQUES DANS LE BASSIN DE LA SOTA AU
NORD DU BENIN**

KOUMASSI Dègla Herve, VISSIN Expedit, HOUSSOU
Christophe.....609

DISPARITES DE REPARTITION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES ET ACCES AUX SOINS DE SANTE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY

DOSSEH Josyane A . D. L. ; AZONHE¹ Thierry

¹ Département de Géographie et ménagement du Territoire
(DGT/FLASH/UC

dlydwine@yahoo.fr ; azonheth@yahoo.fr

RESUME

Facteur déterminant de leur épanouissement, la santé est un droit fondamental de l'être humain soumis à des risques importants. Le fossé immense qui sépare par ailleurs les pays développés de ceux en voie de développement et les inégalités qui subsistent dans la situation sanitaire des peuples entre ces pays puis à l'intérieur même de ceux-ci ne demeurent pas moins flagrantes entre zones urbaines et rurales puis entre nantis et démunis dans la commune d'Abomey. C'est pour évaluer les conséquences de l'inégale répartition des infrastructures sanitaires sur l'état et l'accès aux soins de santé des populations d'Abomey que cette recherche a été entreprise. L'approche méthodologique comporte une recherche documentaire, des travaux de terrain puis l'analyse et le traitement des données. L'étude a porté sur un échantillon représentatif de 139 ménages défini suivant la méthode de Schwartz (2006) dont 20 agents de santé des diverses formations sanitaires publiques du secteur d'étude. L'analyse des différents déterminants de l'accès aux soins a révélé que le secteur d'étude abrite, outre le CHD Zou/Collines, huit (08) formations sanitaires publiques ajoutées à une douzaine de cabinets privés formels tous inégalement répartis sur l'ensemble de la commune. Des 97 personnes employées, 79,38 % sont inégalement répartis dans les Centres de santé. Outre les difficultés financières (61,3 %), des problèmes d'accessibilité géographique s'observent aussi d'une zone à une autre avec en milieu urbain, 52,10 % de l'échantillon qui parcourent moins de 15 minutes pour se rendre aux soins alors qu'en milieux ruraux, seulement 16,81 % font la même distance durée et 10,08 % y font plutôt entre 15 minutes et 1h de temps. Le taux de fréquentation des CSA y est alors réduit (17 %)

justifiant que les ménages s'orientent vers l'automédication ou les cabinets privés (66,1 %).

Mots Clés : *Abomey, santé, couverture sanitaire, accès aux soins.*

ABSTRACT

Factor determining of their blooming, health is a basic right human being subjected at the significant risks. The immense ditch which in addition separate the countries developed from those in the process of development and the inequalities which remain in the medical situation of the people between these countries then inside even of those do not remain less obvious between urban and rural zones then between secured and stripped in the commune of Abomey. It is to evaluate the consequences of the unequal distribution of the medical infrastructures on the state and the access to the care of public health of Abomey that this research was undertaken. The methodological approach comprises an information retrieval, work of ground then the analysis and the data processing. The study related to a sample representative of 139 households defined according to the method of Schwartz (2006) including 20 agents of health of the various public medical formations of the sector of study. The analysis of the various determinants of the access to the care revealed that the sector of study shelters, in addition to the CHD Zou/Collines, eight (08) public medical formations added to a dozen private cabinets formal all unequally distributed on the whole of the commune. From the 97 people employed, 79,38 % are unequally distributed in the Centers of health. In addition to the financial difficulties (61,3 %), problems of geographical accessibility are observed also zone with another with in urban environment, 52,10 % of the sample which traverse less than 15 minutes to go to the care whereas in rural mediums, only 16, 81 % make the same lasted distance and 10,08 % make there rather between 15 minutes and 1h of time. The rate of frequentation of CSA is there then reduced (17 %) justifying that the households are directed towards the private self-medication or cabinets (66,1 %).

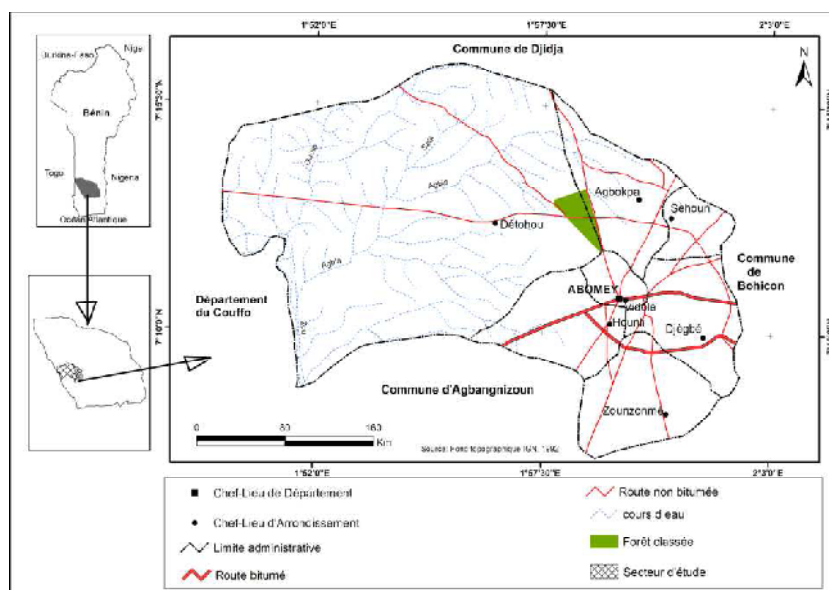
Key words: *Abomey, Health, medical cover, access to the care.*

1. INTRODUCTION

La santé est une caractéristique d'un bien inaliénable, mais elle est soumise à des risques importants et imprévisibles qui sont essentiellement indépendants les uns des autres (OMS, 2000). Ces risques sanitaires dépendent de l'échelle, de la situation géographique, du quartier et de l'inégale répartition des services puis des équipements (SALEM, 1990; cité par RICHARD, 2001). Dans le monde entier, les personnes vulnérables et lésées accèdent plus difficilement aux soins, tombent davantage malades et meurent plus jeunes que d'autres personnes, en particulier celles qui occupent une position sociale plus privilégiée. Les inégalités en matière de santé s'exercent donc presque toujours au détriment des pauvres car ceux-ci ont tendance à mourir plus tôt et à présenter des niveaux de morbidité plus élevés que les plus riches (WAGSTAFF, 2002). Des inégalités flagrantes et inacceptables s'observent dans la situation sanitaire des peuples aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays (ALMA-ATA, OMS, 1978). Ces différences d'espérance de vie, de causes de décès, de ressources sanitaires, de desserte ou de recours aux soins entre les nations dépendent de leur développement autant qu'elles le déterminent. L'inégale couverture sanitaire entre ville et campagne n'épuise donc pas les nombreuses disparités spatiales de disponibilité en services de santé. Si la couverture sanitaire des populations urbaines est globalement meilleure que celle des ruraux, elle n'en demeure pas moins souvent fort inégale d'une ville à l'autre, notamment en fonction de leur taille et de leur statut administratif, et d'un quartier à l'autre d'une même ville (RICHARD, 2001). Alors qu'il a été à l'avant-garde au cours des années 1980 et souvent cité comme exemple dans le domaine de la santé, les performances du système de santé béninois durant ces dernières années se sont révélées en deçà des attentes du gouvernement et des populations (DDS Zou/Collines, 2007). Abomey fait partie des zones où les populations sont confrontées à d'énormes problèmes de disponibilité d'infrastructures sanitaires et d'accès aux services de santé, services qui sont censés transformer et aussi prévenir un état de santé morbide ou mortel (BONNET, 2002). La présente recherche est une contribution à l'étude de ces inégalités dans la commune d'Abomey à travers l'analyse des composantes de l'accès aux soins de santé.

2- PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE

Capitale historique de la République du Bénin et chef lieu du département du Zou, la commune d'Abomey est localisée dans la partie sud du Bénin à environ 145 Km de Cotonou. Située entre 7°16' et 7°10' de latitude Nord, et 1°52' et 2°03' de longitude Est, elle est d'une densité de 552 habitants au km² et couvre une superficie de 142 km² avec une population de 78 341 habitants soit 54% de femmes pour 46% d'hommes (INSAE, 2002). Elle a pour limites, la commune de Djidja au nord, celle d'Agbangnizoun au sud, à l'est celle de Bohicon et le département du Couffo précisément la commune d'Aplahoué à l'ouest, puis regroupe, selon le découpage administratif, onze (11) quartiers et dix-huit (18) villages répartis au sein de sept (07) arrondissements dont trois (03) centraux à caractère urbain que sont Djègbé, Hounli et Vidolé, et quatre (04) périphériques à caractère rural que sont Agbokpa, Détohou, Sèhoun et Zounzonnè. La figure 1 ci-dessous représente la carte de localisation de la zone d'étude.



3- MATERIELS ET METHODES

3-1 Matériels

Plusieurs outils ont servi à la collecte de données. Il s'agit notamment :

- des questionnaires adressés aux ménages ayant permis de collecter des informations relatives à leur profil sanitaire, leurs différents choix thérapeutiques, leur capacité financière, leur aptitude face à la maladie etc.
- d'un guide d'entretien pour des interviews avec le personnel soignant des formations sanitaires de la zone d'étude
- d'un appareil photographique numérique pour la prise des vues illustratives
- d'un GPS pour la prise des coordonnées géographiques des CS.

3-2 Méthodes

L'approche méthodologique tourne autour de la recherche documentaire, de l'enquête de terrain puis du traitement et de l'analyse des résultats. La recherche documentaire a consisté à parcourir des centres de recherche afin de prendre connaissance des travaux déjà réalisés sur le sujet d'étude. L'échantillonnage s'est par ailleurs réalisé avec la méthode de SCHWARTZ (2006) dont la formule se présente comme suit :

$$N = Z^2 PQ / d^2$$

avec :

N= Taille de l'échantillon par arrondissement

Z_a = écart fixé à 1, 96 correspondant à un degré de confiance de 95%

P = nombre de ménages de l'arrondissement/ nombre total de ménages que compte la commune

Q = 1-P et d = marge d'erreur (5%). Pour cette marge d'erreur, 119 ménages ont été enquêtés durant la période du 08 au 12 Octobre 2012 dans tous les arrondissements de la commune.

3-3 Traitement des données et analyse des résultats

Les données dépouillées ont été traitées dans EXCEL et les statistiques descriptives (Moyenne, et écart) sous SPSS 17.1. La description du système sanitaire et du faciès épidémiologique s'est fondée sur les données des CSA ainsi que les données des enquêtes auprès des populations. Ces dernières données ont également servi à l'analyse de l'accès aux soins.

4 RESULTATS

4-1 Faciès épidémiologique de la zone d'étude

Les données de terrain révèlent que la commune d'Abomey est caractérisée par des pathologies variées, avec une prédominance des affections endémo-épidémiques dont la plus importante est le paludisme, aussi bien seul qu'en simultanéité avec les IRA. La figure 2 présente les affections les plus fréquentes dans les ménages, par arrondissement.

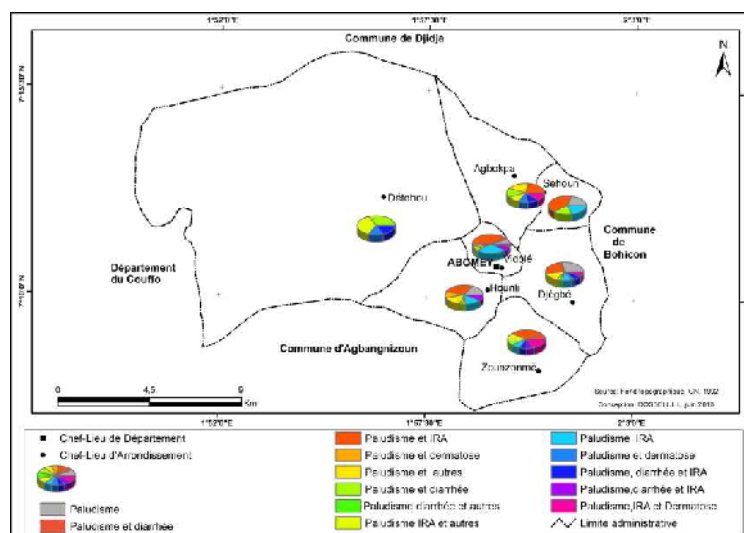


Figure 2 : Affections fréquentes dans les ménages par arrondissement

La figure 2 révèle que dans trois arrondissements (Djègbé, Hounli et Sèhoun), on observe le paludisme uniquement, alors que tous enregistrent le couple paludisme-IRA, sauf à Détohou où on observe leur conjugaison avec d'autres affections (diarrhées, dermatoses etc.). La prédominance de ces deux affections a également été confirmée par le tableau épidémiologique officiel de la zone d'étude. Ce faciès épidémiologique nécessite un accès adéquat aux soins de santé, variable analysée sous ces différentes composantes que sont l'accessibilité, la disponibilité, la capacité financière et les commodités.

4-2 Disponibilité en ressources sanitaires

Les résultats révèlent que la commune d'Abomey dispose, outre le CHD Zou/Collines, de 20 formations sanitaires. La figure 3 présente leur répartition spatiale.

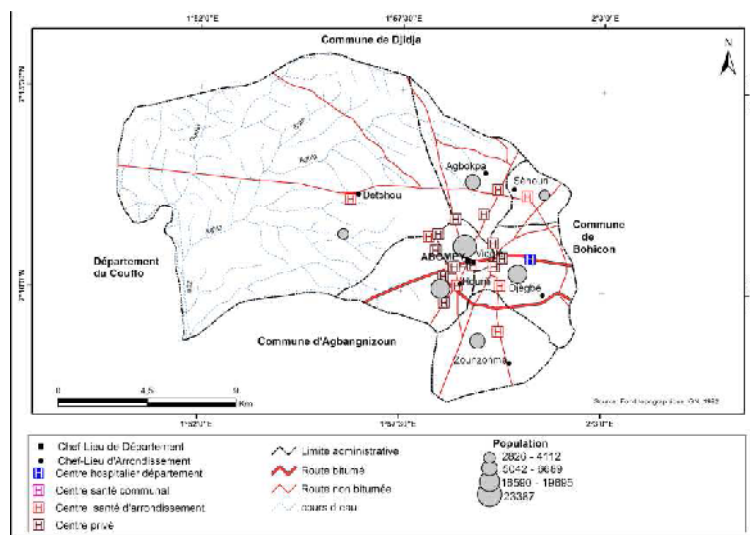


Figure 3 : Répartition spatiale des infrastructures sanitaires et population à desservir

Cette figure 3 indique qu'il existe huit formations sanitaires publiques dont cinq CSA (Détohou, Agbokpa, Hounli, Zounzonmè

et Djègbé), deux maternités isolées (Sèhoun et Adandokpodji) puis un CSC (Vidolé). Il en faut cependant plus, car chaque arrondissement doit disposer d'un CSA au moins. On note également que les douze cabinets privés qui existent dans la commune se concentrent dans les zones urbaines (Djègbé, Hounli et Vidolé) alors qu'il y en a qui n'en dispose même pas (Détohou, Zounzonmè et Sèhoun). Les normes du Ministère de la Santé ne sont donc pas respectées. Par ailleurs, on note des déséquilibres importants, d'un arrondissement à un autre, dans la distribution du personnel soignant. Le tableau 1 présente leur répartition spatiale.

Tableau I : Répartition spatiale du personnel médical

Formations	Personnel soignant						
	AS	SFE	IDE	IS	IB	Laborantin	Médecin
Sanitaires publiques							
CSC Vidolé	17	5	4	1	7	2	1
CSA Agbokpa	5	1	1	0	0	0	0
CSA Détohou	4	0	1	0	1	0	0
CSA Djègbé	5	1	0	0	1	0	0
CSA Hounli	3	1	0	0	1	0	0
CSA	6	1	0	0	1	0	0
Zounzonmè							
Maternité	2	1	0	0	0	0	0
Adandokpodji							
Maternité	3	0	0	0	1	0	0
Sèhoun							
Total	45	10	6	1	12	2	1

Source : Données de terrain, 2012

En effet, pendant que certains centres regroupent généralement les effectifs les plus considérables (Vidolé, Agbokpa, Djègbé et Zounzonmè), d'autres (Détohou, Hounli, Adandokpodji et Sèhoun) n'en ont que très peu. Dans le même temps on constate que ces effectifs sont en dessous des normes de l'OMS (1 infirmier pour 5000 habitants, Une sage femme pour 5000 femmes en âge de procréer et Un médecin pour 10000 habitants). Les données révèlent ainsi une disponibilité peu suffisante et une répartition inégale, d'un arrondissement à un autre, des ressources sanitaires (infrastructures et ressources humaines) pour couvrir de façon convenable les besoins ou la demande en soins de santé des habitants de la zone

d'étude. Toutefois, cette variable ne peut à elle seule témoigner de l'accès effectif ou non aux soins.

4-3 Accessibilité géographique aux soins

L'accessibilité qui est une mesure de proximité peut être perçue comme la relation entre la localisation des services de soins et celle des patients. En effet, la distance entre les services de soins et les usagers est assez considérable dans la zone d'étude. Elle varie cependant en fonction des milieux et même des besoins. Le tableau 2 récapitule les temps équivalant à l'aller vers les CS.

Tableau II : Durée des parcours

Durée/CS	CSA le plus proche	CSA le plus fréquenté	Structure de circonstance
0-15 mn	48,74	42,02	44,54
15-30 mn	36,97	33,61	35,29
30 mn et plus	14,29	24,37	20,17

Source : Données de terrain, 2012

La majorité fait donc généralement moins de trente minutes pour se rendre dans un Centre de Santé, et le reste en fait plus (jusqu'à une heure de temps).

Mais lorsqu'on considère le milieu de résidence, on observe que la distance diffère. La figure 4 ci dessous indique le temps du trajet vers le CS le plus proche selon le milieu.

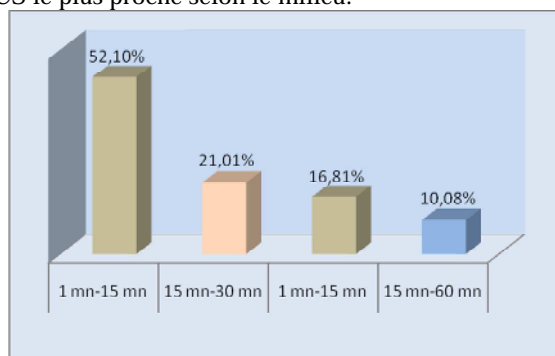


Figure 4 : Distance/temps vers le CSA le plus proche selon le milieu de résidence

Ainsi, en milieu urbain, la majorité des habitants (52,10 %) fait entre une et quinze minutes pour atteindre CS le plus proche pendant qu'en milieu rural, ce taux est moins important (16, 81 %). Aussi, pendant que 21,01 % dans les centres urbains effectuent entre quinze et trente minutes de trajet, 10,08 % de ruraux font plutôt entre quinze minutes et une heure de temps. Ceci résulte donc de l'éloignement des localités rurales de ces centres au moment où celles urbaines profitent le plus de la proximité des services de soins. A titre d'exemple, Gnansata, un village d'Agbokpa, est à plus de 4 km de son CSA et Tangandji un village de Détohou, à 20 km du sien. Aussi, seulement 29,4 % de l'échantillon se soignent toutes ces fois dans les CS. Par ailleurs, il est à noter que les pistes sont, en toutes saisons ; dégradées et impraticables. Les photos 1 et 2 l'illustrent.



Photo 1: Voie d'accès à la maternité de Détohou
(Prise de vues : DOSSEH, 2012)



Photo 2: Voie d'accès au CSA de Sèhoun

Ces voies, au dire des populations, sont la source de nombreux accidents et ne permettent pas, avec ou sans possession de moyens de locomotion, l'accès rapide aux services de soins. Un tel état de chose agit fortement sur le taux de fréquentation des CSA qui est déjà estimé à 17% (PDC, 2012).

4-4 Capacité financière des ménages de la zone d'étude

Encore appelée accessibilité financière, la capacité financière détermine en majorité le recours thérapeutique des ménages de la commune d'Abomey. En effet, les recours sont constitués de l'automédication (87%) et des consultations extérieures (13%). Les

recours extérieurs ne sont cependant pour la plupart, choisis qu'en cas d'échec de l'automédication. Qu'Abomey soit une cité historique riche en plantes aux vertus diverses est une chose qui favorise assez la propension à la phytothérapie (57,1 % de l'échantillon gardent chez eux des remèdes traditionnels). Toutefois, 73,95 % de ce même échantillon ont des réserves de remèdes modernes. Pour justifier ces choix, les ménages ont évoqué des raisons que traduit la figure 5.

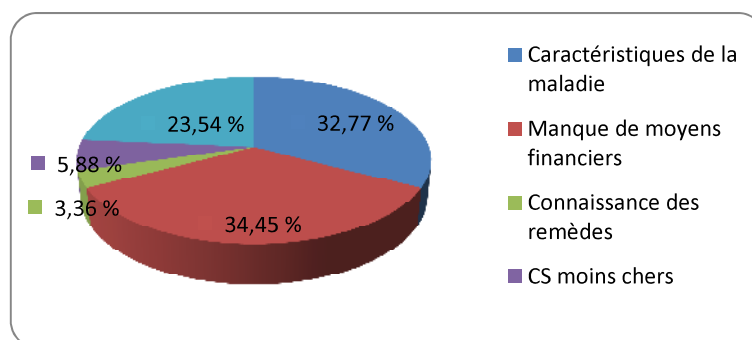


Figure 5 : Justification des recours thérapeutiques

Le manque de moyens financiers est donc le premier motif évoqué par les ménages, suivi de la caractéristique de la maladie (grave ou pas grave au début). En effet, lorsqu'on évalue la somme dépensée par ménage en un an, on obtient le tableau 3.

Tableau 3 : Coût général du traitement/an

Coût	Fréquence
Moins de 50000F	25,2 %
50000F-100000F	34,5 %
100000F-200000F	13,4 %
Plus de 200000F	26,9 %

Source : Données de terrain, 2012

Les coûts sont vraiment exorbitants (50000F-100000F pour la majorité) par an.

Ainsi, puisque leurs activités lucratives ne leur permettent pas de satisfaire convenablement leurs besoins en soins, certains ménages sollicitent un financement (figure 6).

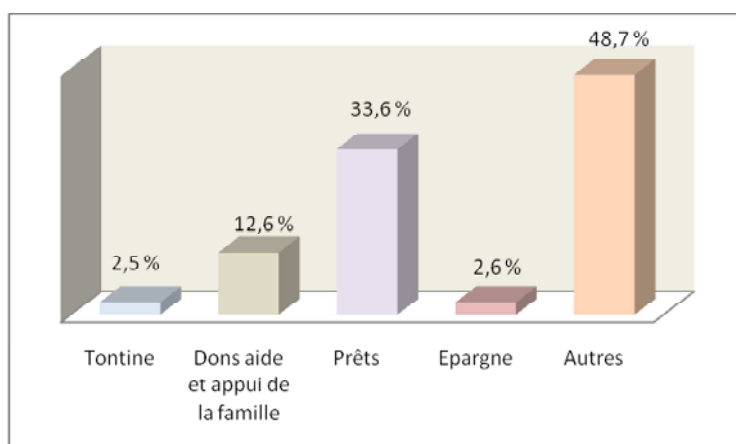


Figure 6 : Sources de financement de la santé dans les ménages de la zone d'étude

Les sources les plus utilisées sont donc les prêts (33,6%) et l'appui de la famille (12,6%). Les tontine et épargne ne sont utilisées que rarement. Aussi l'enquête a-t-elle révélé que 6,7 % ont profité de ces sources une seule fois, 62,2 % plus d'une fois, puis 31,1 % en jouissent toutes les fois. Ceci engendre un taux de dette non négligeable dans les ménages la commune (36,1%).

L'aptitude financière des ménages est donc assez faible. Toutefois, il est précieux de savoir comment les services de soins sont organisés pour accueillir et servir les patients malgré leurs potentialités financières.

4-5 Commodité des services sanitaires

Les structures sanitaires de la commune d'Abomey n'offrent pas une assez grande facilité d'utilisation aux individus. En effet, déjà que 68,1 % de la population ont confirmé que les pistes sont impraticables, 83,2 % contre 16,8 % apprécient l'accueil dans les services de soins, puis 92,4 % aiment la qualité de leurs prestations.

Par ailleurs, outre l'insuffisance en personnel soignant qualifié, 6,1 % de la population ont dénoncé l'absentéisme le jour comme la nuit, et les grèves dans les CSA, et 58,2 % leur mauvais accueil et leur incompétence, car souvent les diagnostics y sont mal posés et les traitements mal choisis délibérément ou non.

Aussi, en dehors de l'inachèvement de certains centres (celui de Sèhoun en particulier), on peut toutefois noter dans tous les CS, une pauvreté en équipements et matériels sanitaires adéquats pour soigner les malades, dont une insuffisance en incinérateurs, en logements sociaux et lits (précisément pour Sèhoun et Hounli), d'aspirateurs automatiques, de tables chauffantes, de motos (pour Agbokpa en particulier), d'oxygène, de thermomètre entre autres, et une insuffisance de services de planning familial. Tout ceci, ajouté à la non électrification de certains centres (Adandokpodji, Zounzonmè, Détohou, Sèhoun) et le non approvisionnement en eau potable d'autres (Sèhoun, Zounzonmè, Détohou, Agbokpa) ne peut faciliter l'usage des services de soins quand le besoin se fait sentir. Ainsi, d'autres se rabattent sur les cabinets privés (66,1 %). On peut également observer des aires de recours différenciées (figure 7).

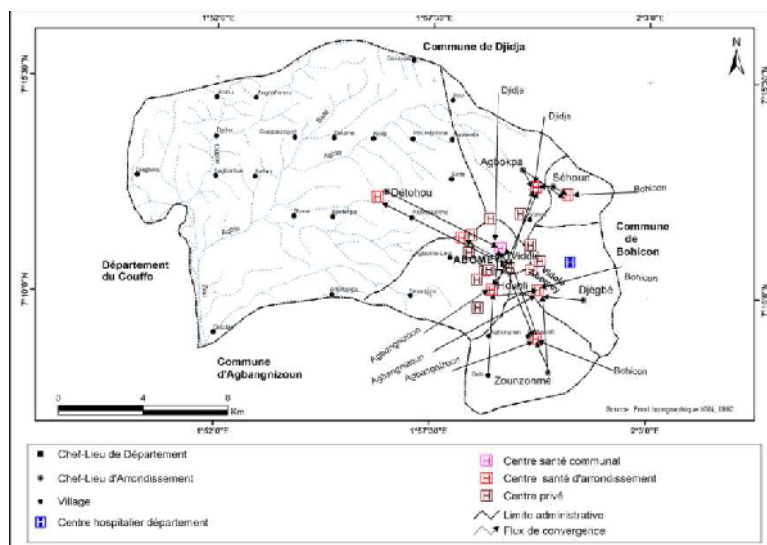


Figure 7 : Principaux centres de recours des malades

Les ménages, à la recherche de la commodité ou de la satisfaction qu'ils désirent, peuvent donc ne pas consulter les CS se trouvant à proximité (figure 7), mais se rendre dans ceux se situant à des kilomètres d'eux. En somme, le niveau d'adaptation des ménages aux services sanitaires n'est pas très reluisant.

5 DISCUSSION

5-1 Un faciès épidémiologique propre aux régions intertropicales

Au Bénin, les cinq (05) premières pathologies qui caractérisent le profil pathologique des communautés sont le paludisme, les IRA, les traumatismes, les affections gastro-intestinales et la diarrhée. Elles demeurent également les premières causes de consultation dans les formations sanitaires avec respectivement 37 %, 15 %, 8 %, 7% et 6% (MS, 2005). La zone d'étude s'inscrit dans ce schéma où le faciès épidémiologique est dominé par une prépondérance des affections endémo-épidémiques, notamment, le paludisme et les Infections Respiratoires Aigües (IRA). Le paludisme est une maladie des régions tropicales et subtropicales. L'Afrique subsaharienne qui ne compte que 8 % de la population mondiale fournit 85 % à 90 % des cas de paludisme (200 à 280 millions de cas dont 90 % dus à *Plasmodium falciparum*) (EDS, 2006). Selon cette même source, au Bénin, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement. AZONHE (2009) fait le même constat dans la dépression des Tchi où 53% de la population ont déclaré le paludisme comme étant prédominant. Ces résultats révèlent ainsi toujours le caractère endémique du paludisme auquel l'Afrique paie chaque année un lourd tribut malgré les mesures de prévention et de traitement, notamment l'utilisation de moustiquaires imprégnées par la grande majorité des ménages enquêtés. Par ailleurs, ARCHIMEDE (2005), cité par ZANGOUNON (2011) a souligné que 'humidité influe positivement sur la longévité des vecteurs qui préfèrent les zones chaudes et humides. Tous ces facteurs conditionnent donc la forte

prévalence de cette affection létale durant les mois humides car, les pluies en créant et entretenant les eaux stagnantes, participent à la multiplication des vecteurs et à l'endémie palustre. Pour BARRAT et al (2004), PANOSIAN DUNAVAN (2006), cités par AGOLI-AGBO (2009), cette prépondérance et cette létalité, plus qu'inquiétantes traduisent une situation de pauvreté et d'inadéquation des services de santé. S'il est vrai que le maintien ou la progression de ces taux au Bénin peut s'expliquer mécaniquement par la hausse des paramètres démographiques, il n'en demeure pas moins vrai que les populations manifestent une certaine gêne ou colère face à l'incapacité du système de santé nationale à assurer une couverture répondant à leurs besoins.

Les Infections Respiratoires Aigues (IRA) quant à elles constituent l'une des premières causes de maladie et de décès à l'échelle mondiale, en particulier chez l'enfant et dans les pays en voie de développement (H. TOLOU ; Y. BUISSON, 2007). Elles sont considérées par CHEVALIER et al (2003) comme les maladies infectieuses les plus meurtrières dans l'ensemble du monde. Le problème est particulièrement sérieux en Afrique subsaharienne et en Amérique latine. Tout comme le révèlent les conditions environnementales du secteur d'étude, ces mêmes auteurs estiment que les zones climatiques favorables à ces deux affections correspondant le plus souvent à la localisation géographique des pays en développement, les conditions sanitaires de piètre qualité qu'on y retrouve contribuent à leur dissémination. Malgré les efforts fournis, ces taux, en particulier ceux du paludisme, sont en progression comme l'ont reconnu certains spécialistes dont BADAROU S. (2007) cité par AGOLI-AGBO (2009). Or, la mission fondamentale dévolue au Ministère de la Santé est d'œuvrer résolument et efficacement à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations. Sa réussite dépend donc de l'ensemble du système de santé. Pourtant, c'est précisément le système sanitaire dans sa disponibilité et sa capacité à satisfaire qui compromet davantage l'état sanitaire de la population.

- **Une inégale répartition spatiale des ressources sanitaires**

L'amélioration de la santé des peuples est un défi international que les Nations Unies avec l'engagement des Etats ont promis de relever à travers les OMD d'ici 2015. Or le système sanitaire au Bénin, malgré son organisation en Zones Sanitaires, connaît des difficultés majeures, dont l'insuffisance (quantitative et qualitative) des ressources financières, humaines et matérielles (AGOLI-AGBO, 2009). Les données disponibles révèlent en effet une insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ponctuée par des déséquilibres importants de leur distribution entre les différentes régions du pays, et entre les zones urbaines et les zones rurales d'une même région, précise le Ministère de la Santé (2007). Un de ses rapports a d'ailleurs confirmé, selon KOUKPO (2005), un certain nombre de dysfonctionnement dont un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des localités déshéritées et éloignées. La commune d'Abomey n'en est pas épargnée, car les facteurs qui devraient contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire des groupes humains, portent en eux mêmes les germes de ces inégalités flagrantes. Aussi, rares sont les auteurs qui s'intéressent à la densité de ressources sanitaires non seulement en fonction de la taille de la population, mais aussi de celle de l'unité administrative à desservir (GERSHENBERG et HASKELL, 1972, cités par RICHARD, 2001). L'étude des structures sanitaires du secteur d'étude révèle en réalité des inégalités géographiques avec un secteur urbain où apparaît un système mixte (public et privé), et un secteur rural où l'offre se limite presque uniquement aux structures publiques. Tout ceci compromet justement les affirmations de BONNET (2002) qui pense en effet que les équipements sanitaires qui doivent desservir les individus devraient être redistribués ou organisés selon des règles et des hiérarchies associées aux besoins, et en fonction de la distribution des populations et des interactions entre les espaces. Cependant, on retrouve concentrées dans les zones urbaines, les ressources sanitaires, pénalisant les localités ou villages profondément enfouis ou reculés de la commune, tant et si bien qu'on se demande si la présence de hauts cadres dans ces milieux n'influence pas d'une manière ou d'une autre l'implantation de ces infrastructures. Alors, on rejoint les affirmations de BONNET (2002) pour qui on identifie aisément qu'au détriment des milieux ruraux les fonctions de santé rares sont situées naturellement dans les lieux

centraux. Ceci se constate d'ailleurs encore plus dans le déséquilibre de distribution du personnel soignant caractérisé par une répartition inéquitable de celui-ci aussi bien entre Abomey et le reste du pays qu'entre centres ruraux et urbains de cette même commune.

Voilà qui pourrait hypothéquer l'accessibilité des communautés aux soins. Or, BAILLY (2005) indique qu'une plus grande équité nécessiterait, ou passerait par une meilleure justice territoriale dans la répartition et l'allocation des ressources humaines. Et puisque l'objectif de la mise en place des Zones Sanitaires est aussi d'assurer une bonne couverture sanitaire, condition de l'accès et du recours effectif aux soins (MS, 2010), il est précieux d'améliorer l'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé sur toute l'étendue du territoire national, et à Abomey en particulier.

5-2 Accessibilité aux soins et performance des CS

La République du Bénin a opté pour le volet social de la Santé pour tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la Déclaration d'Alma Ata (1978) dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Cependant, dans ses travaux, KOUKPO (2005) constate que sur l'ensemble du territoire, l'accessibilité aux établissements de santé constitue le problème principal, que ce soit du fait de l'inexistence d'établissements ou de leur éloignement. En effet, d'énormes imperfections se font sentir dans les systèmes de soins, entre les pays puis entre zones d'une même région. Elles sont assimilables à des inégalités d'accès entre milieux ruraux et urbains, puis entre démunis et nantis, les premières étant d'ordre géographique et celles d'après, d'ordre financier. D'après BONNET (2002), l'accessibilité géographique est la notion de distance/temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire capable de produire un recours. Certes, la relation entre la fréquentation d'un service et la distance au service est une contrainte d'accès, mais les habitants d'Abomey sont confrontés à des difficultés d'accès qui résultent de leur éloignement. Comme l'a souligné PICHERAL (2001), l'accessibilité est surtout fonction du couple distance/temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Les

résultats selon le milieu de résidence mettent en évidence l'éloignement des populations rurales des centres de santé et les principaux problèmes qu'elles ont pour se soigner. Les populations du milieu urbain sont ainsi plus proches des formations sanitaires et bénéficient d'une meilleure couverture des services de santé comme l'a démontré KOUKPO (2005). On convient cependant que les pistes, c'est-à-dire les moyens de communication (entre les usagers et les centres) qui influent sur l'accessibilité, sont assez dégradés dans toute la ville. Recourir à ces établissements censés aider la population à bénéficier d'un meilleur état de santé devient dès lors un véritable casse-tête, tant les distances pour parvenir à ces services spécialisés deviennent si importantes qu'ils ne peuvent plus être considérés comme indispensables (RICHARD, 2001). Vue donc comme BRUNET et al. (1995) sous l'angle de cette capacité d'un établissement de soins à être atteint par une clientèle, l'accessibilité géographique devient défaillante.

Par ailleurs, l'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (PICHERAL, 2001 ; cité par BONNET, 2002). Des inégalités d'accès aux soins existent et persistent en réalité entre démunis et nantis de la zone d'étude. Les pauvres sont souvent considérés comme des gens méprisables et misérables, et les riches comme des dieux. C'est certainement sur ces préjugés que reposent l'accueil et le traitement qu'offre le personnel soignant aux patients. En effet, les types d'accueil ou de traitement sont propres à chaque classe sociale. Comme l'ont souligné AZONHE et al. (2011), les difficultés financières d'accès aux soins font glisser l'importance des facteurs déterminants de la santé vers le revenu. Une partie de la population étant incapable de payer, et de ce fait n'ayant pas accès aux soins, on convient que l'élasticité du prix de la demande diffère significativement d'une classe sociale à l'autre (GERTLER et al., 1988 ; cité par RICHARD V., 2004). L'accessibilité peut alors être considérée comme équitable lorsque des variables "incontrôlables" comme l'âge, le sexe, ou la nature de la maladie peuvent expliquer des services. Mais elle ne l'est plus si cette dernière est liée à des variables comme l'éducation, le revenu ou l'absence de ressources (THOUEZ, MUNAN et NABAHI, 1981 ; cité par RICHARD, 2001).

Pour RICHARD, (2001), la capacité financière de la population constitue souvent une des principales, sinon la première, raison de l'inaction thérapeutique face à la maladie ou du choix d'un recours particulier. L'introduction d'un paiement ou une rapide augmentation des tarifs se répercutent généralement fortement sur les choix thérapeutiques surtout si elles ne sont pas accompagnées d'une amélioration de la qualité des soins. En effet, généralement, à une cherté des prestations, on associe souvent une qualité formidable des soins. Pourtant, paradoxe, de nombreux ménages de la zone d'étude ont dénoncé les mauvais accueil et soins appliqués aux patients dans les Centres de Santé publics. Déjà, le Ministère de la Santé (1994) affirmait que *« l'accueil des malades, en général mauvais dans les formations sanitaires publiques, est une préoccupation pour le Ministère de la santé. Les parturientes sont aussi mal reçues dans les maternités que les malades le sont dans les dispensaires publics. Le phénomène est moins remarquable dans les structures privées, surtout confessionnelles »*. Ces attitudes irrépressibles ont poussé RIDDE et al. (2010) à s'interroger sur les raisons justifiant la mauvaise qualité des soins. Les résultats mentionnent que, loin de reconnaître unanimement que le fait de procurer des soins gratuits puisse être valorisant personnellement, les agents évoquent en outre le sentiment d'être surmenés, voire exploités face à la charge croissante de travail.

Beaucoup se soignent d'abord dans un CS public, mais généralement ils en reviennent plus ou moins déçus, car s'étant heurtés à quelques difficultés afférentes à la qualité de l'accueil ou des soins, et au prix des prestations. Dès lors, comme l'a souligné RICHARD (2001), encore une fois, les tradipraticiens et les privés montrent davantage de souplesse. Par ailleurs, non seulement ils sont plus accessibles géographiquement et financièrement, mais généralement, ils disposent également de l'équipement médical de base (AGOSSOU, 2011) pour servir ou satisfaire leurs patients. Aussi cet auteur n'a-t-il pas manqué de souligner dans ses travaux que les cabinets gardent leur caractère actif dans le traitement curatif de base, et que la majorité y fait recours, attirée surtout par l'accueil, la disponibilité et le coût abordable des soins. Pour KOUKPO (2005), répondant à une forte demande de soins de base à des prix raisonnables, dans les contextes de lacunes imputables autant aux services publics qu'aux

thérapies qui sont traditionnelles, ce secteur intéresse les populations disposant de faibles revenus et qui sont à la recherche de prestations de qualité.

6 CONCLUSION

L'analyse de ces résultats rejoint ceux des nombreuses recherches sur les niveaux de couverture médicale, qui concluent toutes qu'il existe de grandes inégalités de couverture quels que soient les systèmes politiques ou économiques, le niveau de développement et l'échelle d'analyse. Leur réduction contribuera donc certainement, par l'amélioration de l'état de santé des groupes les moins favorisés, à l'amélioration de la situation sanitaire moyenne de l'ensemble de la population (JEANDET-MENGUAL et al. 2003), amélioration qui ne pourra se réaliser sans une révision de la qualité des soins dispensés dans les CS. Ceci favorisera une plus grande accessibilité, un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale, c'est-à-dire équité (PICHERAL, 2001 ; cité par BONNET, 2002).

7 REFERENCES

1. AGOLI-AGBO M. 2009. : « Les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Pourquoi tant de piétinement sur le front de la santé ? Cas du Bénin », 12 p.
2. AGOSSOU F. 2011. : Analyse des facteurs de performance des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové, 95 p.
3. ARCHIMEDE L ; Conférence mondiale sur le paludisme. L'appel de Yaoundé veut relancer l'action. Quotidien du médecin. N°7848 nov. 2005..
4. AZONHE T. H. 2009. : Analyse systémique des déterminants environnementaux de la morbidité paludique et diarrhéique chez les populations du secteur agricole dans la dépression des Tchi au sud du Bénin, 238 p.
5. BADAROU S. 2007.. L'auto-évaluation des compétences communautés pour mieux faire face au paludisme. <http://www.santetropicale.com/béninbada0807.htm>
6. BAILLY A. : Les concepts de la géographie humaine, Armand Colin, Paris, 2005, pp 182-187

7. BONNET P. 2002. : Le concept d'accessibilité dans le système de santé, dossier DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3, pp 1-12
8. BRUNET R., FERRAS R., THERY H. 1995. : Les mots de la géographie, Dictionnaire critique, 3è ed, Dynamiques du territoire, Montpellier-Paris, Reclus, la documentation française, 520 p.
9. DDS Zou/Collines 2007. : Guide de gestion du chargé de l'administration et des ressources de la Zone Sanitaire, énoncés et cas pratique, 1^{ère} ed.
10. DDS Zou/Collines 2010. : Carte sanitaire des départements du zou et des collines, 141 p.
11. GERSHENBERG I. et HASKELL M. 1972.: The distribution of medical services in Uganda, Social Science and Medicine 6: 353-372
12. GERTLER P., LOCAY L., SANDERSON W. - Health care financing and the demand for medical care, Wld Bank LSMS 1988, 37: 62 - 87
13. KOUKPO R. 2005. : Le droit de la santé au Bénin, état des lieux, 16 p.
14. MS 2005. : Annuaire des statistiques sanitaires, année 2005, 186 p. hors annexes.
15. OMS 1978. : Les Soins de Santé Primaires, Alma Ata 1978, Genève, 88 p.
16. OMS 2000.: Rapport sur la santé dans le monde, Pour un système de santé plus performant
17. PANOSIAN-DUNAVAN, C.P. 2006. : La lutte contre le paludisme. Pour la Science, 343,42-48.
18. PICHERAL H. 2001. : Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé ed 2001, Montpellier : Université Montpellier 3 – Paul Valéry, 307 p.
19. RICHARD J-L. 2001. : Accès et recours aux soins de santé dans la sous préfecture de Ouèssè, 1100 p.
20. RIDDE V., ROBERT E., et MEESEN B. 2010. : Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, 46 p.
21. THOUÉZ J-P, MUNAN L., NABAHI I. 1981. : Facteurs associés avec l'utilisation des soins de santé en milieu rural, Social Science and Medicine 15 D : 379-387

Les Cahiers du CBRST N° 3 Juin 2013

22. TOLOU H., BUISSON Y., 2007 : Bocavirus humain : un nouveau pathogène respiratoire?, Med Trop 2007 ; 67 : 13-14
23. WAGSTAFF A. 2002. : Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé, article publié en anglais dans Bulletin of the World Health Organization, 2002, 802.: 97-105.
24. ZANGOUNON KPOKPOYA Q. 2011. : Environnement et maladies de l'enfant dans la commune de Dogbo : pistes pour une approche de sante intégrée