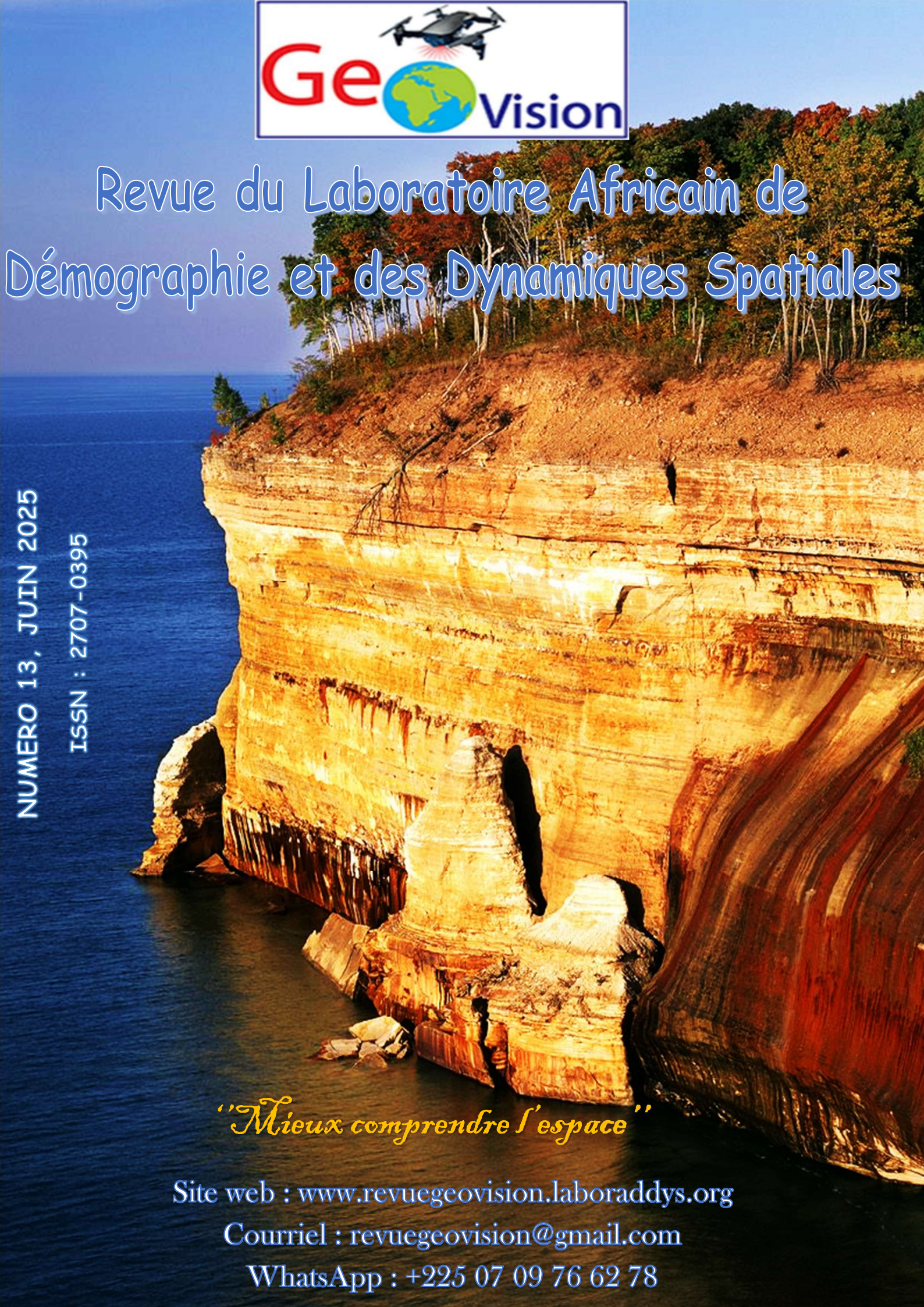


Revue du Laboratoire Africain de Démographie et des Dynamiques Spatiales

NUMERO 13, JUIN 2025

ISSN : 2707-0395

"Mieux comprendre l'espace"

Site web : www.revuegeovision.laboraddys.org

Courriel : revuegeovision@gmail.com

WhatsApp : +225 07 09 76 62 78

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Directeur de publication : Pr MOUSSA Diakité, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef : Pr LOUKOU Alain François, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef adjoint : Dr ZAH Bi Tozan, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Chargé de Diffusion et de Marketing : Dr FOFANA Bakary, Géographe, LABORADDYS

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

Dr DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr FOFANA Bakary, Géographe, LABORADDYS

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Pr MOUSSA Diakité, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BÉCHI Grah Félix, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

PhD : Inocent MOYO, University of Zululand (Afrique du Sud) / Président de la Commission des études africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI)

Pr AFFOU Yapi Simplice, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ALOKO N'guessan Jérôme, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BIGOT Sylvain, Université Grenoble Alpes (France)

Professor J.A. BINNS, Géographe, University of Otago (Nouvelle-Zélande)

Pr BOUBOU Aldiouma, Université Gaston Berger (Sénégal)

Pr BROU Yao Télésphore, Université de La Réunion (La Réunion-France)

Pr Momar DIONGUE, Université Cheick Anta Diop (Dakar-Sénégal)

Pr Emmanuel EVENO, Université Toulouse 2 (France)

Pr KOFFI Brou Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr KONÉ Issiaka, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr Nathalie LEMARCHAND, Université Paris 8 (France)

Pr Pape SAKHO, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr SOKEMAWU Koudzo Yves, Université de Lomé (Togo)

Dr Ibrahim SYLLA, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr LOUKOU Alain François, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr VEI Kpan Noel, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ZAH Bi Tozan, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) DIOMANDÉ Béh Ibrahim, Université Alassane Ouattara (Bouaké- Côte d'Ivoire)

Dr (MC) SORO Nabegue, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) KOFFI Kan Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ETTIEN Dadja Zenobe, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

INDEXATIONS INTERNATIONALES

https://reseau-mirabel.info/revue/17310/Geovision

https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/150985

www.sudoc.fr/241026326

TOGETHER WE REACH THE GOAL

Journal details : http://sjifactor.com/passport.php?id=23386

- ✓ ***Impact Factor 2025 : 5. 46.***
- ✓ ***Impact Factor 2024 : 2.782***
- ✓ ***Impact Factor 2023 : 3.169***

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Dans le souci d'uniformiser la rédaction des communications, les auteurs doivent se référer aux normes du Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et Sciences Humaines/CAMES. En effet, le texte doit comporter un titre (Times New Roman, taille 12, Lettres capitales, Gras), les Prénom(s) et NOM de l'auteur ou des auteurs, l'institution d'attache, l'adresse électronique de (des) auteur(s), le résumé en français (250 mots), les mots-clés (cinq), le résumé en anglais (du même volume), les keywords (même nombre que les mots-clés). Le résumé doit synthétiser la problématique, la méthodologie et les principaux résultats. Le manuscrit doit respecter la structure d'un texte scientifique comportant : Introduction (Problématique ; Hypothèse compris) ; Approche méthodologique ; Résultats et Analyse ; Discussion ; Conclusion ; Références bibliographiques. Le volume du manuscrit ne doit pas excéder 15 pages, illustrations comprises. Les textes proposés doivent être saisis à l'interligne 1, Times New Roman, taille 11.

1. Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante : 1. Premier niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras) ; 1.1. Deuxième niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras, italique) ; 1.2.1. Troisième niveau (Times New Roman, Taille de police 11, gras, italique).

2. Les illustrations : les tableaux, les cartes, les figures, les graphiques, les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis, placé au-dessus de l'élément d'illustration (centré ; taille de police 11, gras). La source (centrée) est indiquée en dessous de l'élément d'illustration (Taille de police 10). Ces éléments d'illustration doivent être annoncés, insérés puis commentés dans le corps du texte.

3. Notes et références : 3.1. Éviter les références de bas de pages ; 3.2. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit : -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées. Exemple : (B. FOFANA, 2021, p.28) ; -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées). Exemple : B. FOFANA (2021, p.28).

4. La bibliographie : elle doit comporter : le nom et le (les) prénom (s) de (des) auteur(s) entièrement écrits, l'année de publication de l'ouvrage, le titre, le lieu d'édition, la maison d'édition et le nombre de pages de l'ouvrage. Elle peut prendre diverses formes suivant le cas :
- *pour un article :* LOUKOU Alain François, 2012, « La diffusion globale de l'Internet en Côte d'Ivoire. Évaluation à partir du modèle de Larry Press », in *Netcom*, vol. 19, n°1-2, pp. 23-42.

- *pour un ouvrage :* HAUHOUOT Asseypo Antoine, 2002, *Développement, aménagement, régionalisation en Côte d'Ivoire*, EDUCI, Abidjan, 364 p.

- *un chapitre d'ouvrage collectif* : CHATRIOT Alain, 2008, « Les instances consultatives de la politique économique et sociale », in Morin, Gilles, Richard, Gilles (dir.), *Les deux France du Front populaire*, Paris, L'Harmattan, « Des poings et des roses », pp. 255-266.

- *pour les mémoires et les thèses :* DIARRASSOUBA Bazoumana, 2013, *Dynamique territoriale des collectivités locales et gestion de l'environnement dans le département de Tiassalé*, Thèse de Doctorat unique, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, 489 p.- *pour un chapitre des actes des ateliers, séminaires, conférences et colloque* : BECHI Grah Felix, DIOMANDE Beh Ibrahim et GBALOU De Sahi Junior, 2019, Projection de la variabilité climatique à l'horizon 2050 dans le district de la vallée du Bandama, Acte du colloque international sur « *Dynamique des milieux anthropisés et gouvernance spatiale en Afrique subsaharienne depuis les indépendances* » 11-13 juin 2019, Bouaké, Côte d'Ivoire, pp. 72-88

- *Pour les documents électroniques* : INS, 2010, *Enquête sur le travail des enfants en Côte d'Ivoire*. Disponible à : http://www.ins.ci/n/documents/travail_enfant/Rapport%202008-ENV%202008.pdf, consulté le 12 avril 2019, 80 p.

Éditorial

Comme intelligence de l'espace et savoir stratégique au service de tous, la géographie œuvre constamment à une meilleure compréhension du monde à partir de ses approches et ses méthodes, en recourant aux meilleurs outils de chaque époque. Pour les temps modernes, elle le fait à l'aide des technologies les plus avancées (ordinateurs, technologies géospatiales, à savoir les SIG, la télédétection, le GPS, les drones, etc.) fournissant des données de haute précision sur la localisation, les objets et les phénomènes. Dans cette quête, les dynamiques multiformes que subissent les espaces, du fait principalement des activités humaines, offrent en permanence aux géographes ainsi qu'à d'autres scientifiques des perspectives renouvelées dans l'appréciation approfondie des changements opérés ici et là. Ainsi, la ruralité, l'urbanisation, l'industrialisation, les mouvements migratoires de populations, le changement climatique, la déforestation, la dégradation de l'environnement, la mondialisation, etc. sont autant de processus et de dynamiques qui modifient nos perceptions et vécus de l'espace. Beaucoup plus récemment, la transformation numérique et ses enjeux sociaux et spatiaux ont engendré de nouvelles formes de territorialité et de mobilité jusque-là inconnues, ou renforcé celles qui existaient au préalable. Les logiques sociales, économiques et technologiques produisant ces processus démographiques et ces dynamiques spatiales ont toujours constitué un axe structurant de la pensée et de la vision géographique. Mais, de plus en plus, les sciences connexes (sciences sociales, sciences économiques, sciences de la nature, etc.) s'intéressent elles aussi à l'analyse de ces dynamiques, contribuant ainsi à l'enrichissement de la réflexion sur ces problématiques. Dans cette perspective, la revue Géovision qui appelle à observer attentivement le monde en vue de mieux en comprendre les évolutions, offre aux chercheurs intéressés par ces dynamiques, un cadre idéal de réflexions et d'analyses pour la production d'articles originaux. Résolument multidisciplinaire, elle publie donc, outre des travaux géographiques et démographiques, des travaux provenant d'autres disciplines des sciences humaines et naturelles. Géovision est éditée sous les auspices de la Commission des Études Africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI), une instance spécialement créée par l'UGI pour promouvoir le débat académique et scientifique sur les enjeux, les défis et les problèmes spécifiques de développement à l'Afrique. La revue est semestrielle, et parait donc deux fois par an (en anglais et en français).

La rédaction

AVERTISSEMENT

Le contenu des publications n'engage que leurs auteurs. La Revue Géovision ne peut, par conséquent, être tenue responsable de l'usage qui pourrait en être fait.

SOMMAIRE

L'APPORT DE L'ELEVAGE FAMILIAL DES POULETS DANS L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE DES POPULATIONS URBAINES : CAS DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO AU MALI, **SORY IBRAHIMA KOITA 11**

CONTRAINTES AUX MÉCANISMES DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ DANS LE DÉPARTEMENT DES COLLINES (BENIN, AFRIQUE DE L'OUEST) **Rock MEYA[1], Moussa GIBIGAYE[2], Josias ADEGNANDJOU[2], Sènangla Franco-Néo Camus DJESSONOU[3], Rock Christian JONHSON[3] et Toussaint VIGNINOU[4] 24**

MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET PARCOURS DE SOINS DANS LE DOUBLET URBAIN COTONOU – ABOMEY-CALAVI AU SUD DU BÉNIN **Tranquillin YADOULETON[1] et Hervé KOMBIENI[2] 38**

DEFIS DE GESTION DES DECHETS SOLIDES DANS LE CERCLE DE MACINA, REGION DE SEGOU AU MALI **Seydou A TOGOLA[1], Yakouréoun DIARRA[2] 54**

IMPACT DE LA VARIABILITE DES PARAMETRES AGROCLIMATIQUES SUR LES PRODUCTIONS CEREALIERES DANS LA BOUCLE DU MOUHOUN (BURKINA FASO) **Mamadou LOMPO [(1)], Henri Sourou TOTIN VODOUNON [(2)], Léocadie ODOULAMI [(1)]..... 63**

GOUVERNANCE FONCIERE AUTOUR DU PERIMETRE IRRIGUE PUBLIQUE DE DJIRATAWA : ENTRE DIAGNOSTIC D'ACCES ET CONFLITS D'USAGE **Hadiza KIARI FOUGOU 80**

KILOMETRE 4, UN QUARTIER PRÉCAIRE DE POINTE-NOIRE (RÉPUBLIQUE DU CONGO) **Jean-Luc MOUTHOU[1], André Wilfrid LANDA[2], Sabas Frame SENGO MANIOKO[3] 90**

PROBLÉMATIQUE ET INTÉRÊT DE LA GESTION INTELLIGENTE DES DÉCHETS URBAINS À KORHOGO (NORD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE) **KONE Kapiéfolo Julien 107**

DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE, POLITIQUE FONCIÈRE ET ACCÈS AU LOGEMENT LOCATIF ET DE PLEINE PROPRIETE DANS LA VILLE DE SAKASSOU (Centre de la Côte d'Ivoire) **Antoine Yapo GBOCHO 119**

MAREYAGE ET AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE DE LA FEMME RURALE DANS LA SOUS-PREFECTURE DE GAGNOA (CENTRE OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE) **Zady Edouard ZOGBO 133**

EMERGENCE DU DEBAT PUBLIC DANS LA PLANIFICATION URBAINE A ZINDER (NIGER) : EXEMPLE DE LA CONSULTATION CITOYENNE INITIEE PAR LA VILLE DE ZINDER DANS LE CADRE DE L'ELABORATION DU SCHEMA DIRECTEUR D'AMENAGEMENT ET D'URBANISME (SDAU 2022-2040) **Abdoulaye ADAMOU[1], Mamane Sani SALAOU MAKERI[2], Harou ABDOU[3] 149**

DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL EN MILIEU URBAIN SAHELIEN : CAS DE LA VILLE DE NIAMEY DE 1984 A 2023 (REPUBLIQUE DU NIGER) **ABDOU SOULEY Laila[1*], ADAMOU Mahaman Moustapha[1], ALASSANE HADO Halidou[1] 165**

AUTONOMIE FINANCIERE ET DEVELOPPEMENT LOCAL DANS LA COMMUNE DE BOUAKE (CENTRE- CÔTE D'IVOIRE) **Konan Norbert KOFFI..... 183**

LES RÉTOMBÉES SOCIOÉCONOMIQUES DE LA PRÉSENCE DES VOLTAÏQUES EN CÔTE D'IVOIRE ET EN HAUTE VOLTA : 1960-1984 **DIBY Kouadio Jean[1], DJE Yao Lopez[2]..... 201**

ANALYSE PROSPECTIVE ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'URBANISATION DANS LE DISTRICT AUTONOME DES MONTAGNES (COTE D'IVOIRE) **KOUAKOU Kouassi Éric 213**

INDICATEURS DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES DANS LE DÉPARTEMENT DU COUFFO (BÉNIN, AFRIQUE DE L'OUEST) ***Justin A. MAMA[1], Guy WOKOU[2] et Ibouraïma YABI[2]..... 230**

CULTURE MARAÎCHÈRE, UNE ALTERNATIVE CREDIBLE DE L'AUTONOMISATION DE LA FEMME DANS LA COMMUNE DE OUANGOLODOUGOU (NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE) **KONÉ Basoma[1], TAPE Ange Mirelle Karelle[2], YÉO Namongo[3], ... 242**

LE REDIMENSIONNEMENT DU CANAL DE VRIDI : UNE OUVERTURE OCEANE IMPORTANTE POUR LES ACTIVITES AU PORT D'ABIDJAN (COTE D'IVOIRE) **Kanga Konan Victorien 256**

CARACTERISATION D'UNE ACTIVITÉ RURALE EN MILIEU URBAIN. L'EXEMPLE DU MARAICHAGE, UNE ACTIVITE AGRICOLE PRATIQUEE DANS LES QUARTIERS DE BRAZZAVILLE (REPUBLIQUE DU CONGO) **[1-]Nicole Yolande EBAMA, Prince Loïque, [2-]MABA NGOULOUBI 270**

IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX ET SANITAIRES DE L'OCCUPATION IMMOBILIERE DES BAS-FONDS DANS LA VILLE DE BOUAKE (CENTRE DE LA CÔTE D'IVOIRE) **KRAMO Yao Valère..... 283**

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES DES RESIDENTS DES BATIMENTS VERTICAUX À LA RIVIERA PALMERAIE, ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE) **BOSSON EBY JOSEPH[1], KOFFI FILS EPAPHRAS JONATHAN[2] 296**

MOBILITE URBAINE ET DEVELOPPEMENT DES CENTRALITES SECONDAIRES A BAMAKO **Issa TOGOLA..... 312**

MODES D'APPROVISIONNEMENT ALTERNATIFS EN EAU POTABLE DANS LA COMMUNE DE BINGERVILLE **COULIBALY Amadou[1], DIABAGATE Abou[2], KOUDOU Welga Prince[3] 323**

ANALYSE DIACHRONIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL À KATIALI ET DIANRA ENTRE 1990 ET 2020 (NORD, CÔTE D'IVOIRE) **ASSI Lordia Florentine 341**

ORIGINE ET ÉVOLUTION DU DAARA EN SÉNÉGAMBIE (XV$_{ème-}$ DÉBUT DU XXI$_{ème}$ SIÈCLE **Mamadou Mariame Diallo[1], Aliou SENE[2] 352**

FACTEURS D'ACCROISSEMENT DE LA VULNERABILITE DES POPULATIONS A LA MENINGITE DANS LA ZONE SANITAIRE TANGUIETA-MATERI-COBLY (BÉNIN, AFRIQUE DE L'OUEST) ***Agnès VISSOH[1] et Akibou AKINDELE[2]..... 365**

VARIATION DU RYTHME HYDRIQUE DANS LE DEPARTEMENT DE LA SANGHA (Congo Brazzaville) **Chaberth OSSINA NGOÏ[1], Jovial KOUA OBA [2] 378**

CHANGEMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET ACTIVITES RURALES : PECHE ET EXPLOITATION DES CRIQUETS COMESTIBLES DANS LE NORD-TILLABERI, NIGER **Nouhou ALI 391**

DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL LIÉE A L'ORPAILLAGE AU MALI : CAS DE L'ÉCHELLE COMMUNALE DE SELEFOUGOU DE 1980 À 2020, CERCLE DE SELINGUE **Sékou CAMARA..... 402**

MIGRATION ET DYNAMIQUE DE L'ESPACE URBAIN DE LA RIVE GAUCHE DU DISTRICT DE BAMAKO (REPUBLIQUES DU MALI) **KONATE Ibrahim Tiessolo 418**

LA REPRESENTATION DE L'INFLUENCEUR-ANIMATEUR DANS LE PAYSAGE AUDIOVISUEL IVOIRIEN : CONSTRUCTION OU DECONSTRUCTION DE LA REALITE SOCIALE **Dje Bi Kahou Albert[1], N'Guessan Amenan Mireille Jeanne Christine[2]..... 433**

IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUES DE L'AGRICULTURE VIVRIERE MARCHANDE DANS LE DISTRICT DE MOKEKO (DEPARTEMENT DE LA SANGHA, REPUBLIQUE DU CONGO) **André Christ NGOULOUMA[1], Ghislain MOBILANDZANGO M[2]., Damase NGOUMA[3]..... 444**

MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET PARCOURS DE SOINS DANS LE DOUBLET URBAIN COTONOU – ABOMEY-CALAVI AU SUD DU BÉNIN

Tranquillin YADOULETON[1] et Hervé KOMBIENI[2]
1-Doctorant à l'université d'Abomey-Calavi (Bénin), Email : Tranquillin.yadouleton@gmail.com
2- Enseignant-Chercheur à l'UAC, Email : hervekombienj@yahoo.fr

Résumé

L'émergence des maladies non transmissibles conduit progressivement les populations urbaines dans une situation de vulnérabilité sanitaire. La présente recherche se propose d'étudier l'influence des facteurs sociodémographiques sur les parcours de soins face à ces maladies dans le doublet urbain Cotonou - Abomey-Calavi. La démarche méthodologique a conduit à recueillir des informations aux moyens de la recherche documentaire et des entretiens sur le terrain avec les catégories d'acteurs. La taille de l'échantillon a été fixée respectivement suivant le principe de saturation empirique et la formule de Cochran. Au total, 58 entretiens semi structurés ont été effectués auprès des praticiens de la médecine et des autorités sanitaires identifiés par choix raisonné, ainsi que 761 questionnaires adressés aux chefs de ménages (409) et personnes ayant reçu un diagnostic de MNT (352). Le test du Khi-deux a servi à comparer les caractéristiques sociodémographiques et les recours aux soins. La régression logistique multinomiale a permis d'apprécier les interrelations et la contribution des variables sociodémographiques aux recours aux soins. Il ressort des résultats que les soins modernes constituent le premier recours (37,2 %), suivis de l'automédication (34,4 %) et des soins traditionnels (28,4 %). Les déterminants du recours aux soins sont : le sexe, la religion, l'âge, le niveau d'instruction, la catégorie socioprofessionnelle, la taille du ménage, le milieu et la durée de résidence, le niveau de revenu et la situation financière. Toute action de lutte contre les MNT devra intégrer les dynamiques spatiales, démographiques, sociales et environnementales, ainsi que les représentations culturelles de la santé.

Mots clés : Cotonou, Abomey-Calavi, Maladies non transmissibles, déterminants, itinéraire thérapeutique.

NON-COMMUNICABLE DISEASES AND CARE PATHWAYS IN THE URBAN DOUBLET OF COTONOU - ABOMEY-CALAVI IN SOUTHERN BENIN

Abstract

The rise of non-communicable diseases is gradually exposing urban populations to health vulnerability. This research aims to study the influence of sociodemographic factors on healthcare pathways for these diseases in the urban dyad of Cotonou - Abomey-Calavi. The methodological approach adopted was mixed. Information was gathered through documentary research and field interviews with various actors. The sample size was determined based on the principle of empirical saturation and Cochran's formula. In total, 58 semi-structured interviews were conducted with medical practitioners and health authorities selected through purposive sampling, as well as 761 questionnaires addressed to household heads (409) and individuals diagnosed with NCDs (352). The chi-square test was used to compare sociodemographic characteristics and healthcare utilization. Multinomial logistic regression was applied to examine interrelations and the contribution of sociodemographic variables to healthcare utilization. The results show that modern healthcare is the primary choice (37.2%), followed by self-medication (34.4%) and traditional care (28.4%). The determinants of healthcare utilization include gender, religion, age, level of education, socio-professional category, household size, living environment, duration of residence, income level, and financial situation. Any effort to combat NCDs must integrate spatial, demographic, social, and environmental dynamics, as well as cultural perceptions of health.

Keywords : Cotonou-Abomey-Calavi, Non-Communicable Diseases, Determinants, Therapeutic Pathway.

Introduction

Le Bénin est confronté à un défi qu'est l'explosion démographique qui rend les changements inéluctables : pollution de l'environnement, accroissement des besoins alimentaires, prolifération de différents types de maladies non transmissibles (MNT). Depuis plusieurs années, on observe une tendance haussière du poids des maladies non transmissibles au sein de la population béninoise. Parmi elles, quatre viennent en tête : les accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète (MS, 2018, p. 8). Les accidents vasculaires cérébraux constituent aujourd'hui la première cause d'hospitalisation en neurologie et une cause majeure de handicap chronique (Ibid, p. 15). L'analyse des données sur la couverture des interventions de lutte contre les MNT au Bénin fait observer que la probabilité de mourir d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, d'un diabète, d'une maladie respiratoire chronique entre 30 et 70 ans est de 22,1 % alors que la moyenne africaine se situe à 20,9 % (OMS, 2018, p. 174). Ce qui souligne l'urgence d'action pour inverser la tendance, d'autant plus que la vulnérabilité aux maladies non transmissibles évolue dans le même sens que le niveau de pauvreté (Commission Économique pour l'Afrique, 2018, p. 31).

Une analyse des coûts du traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle montre que les pays africains ne peuvent se permettre les traitements classiques en vigueur dans les pays à revenu élevé (S. H. YAYA et A. P. KENGNE, 2014, p. 2). Cette situation s'explique par le fait que les pays africains sont pris de court par la vague de l'hypertension et des MNT, et qu'ils disposent de ce fait, de peu ou pas de ressources à consacrer à l'hypertension, dans le contexte des autres priorités de santé concurrentes. L'analyse des données sur la performance des systèmes de santé qui permet d'apprécier la qualité des soins montre que pour la mortalité due au diabète sucré au Bénin, la valeur estimée et normalisée selon l'âge est de 48,1 décès pour cent mille habitants ; légèrement au-dessus de la moyenne africaine (OMS, 2018, p. 174).

Dans les Objectifs du développement durable, la cible 3.4 identifie les maladies non transmissibles et se donne d'atteindre à l'horizon 2030, la réduction d'un tiers du taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles (OMS-PNUD, 2016, p. 2). Les MNT posent de véritables défis pour les systèmes de santé et l'accès aux soins de qualité pour les patients atteints de MNT est très faible dans les pays en développement comme le Bénin. Au Bénin, des efforts d'intégration de la prise en charge des MNT au niveau des services de santé périphériques (centres de santé et postes de santé) ont été intensifiés ces dernières années, avec l'extension progressive du WHO Package of Essential Non-Communicable (WHOPEN) qui regroupe un ensemble des interventions de l'OMS contre les MNT essentielles dans les soins de santé primaires (M. L. DRAME, 2021, p. 20). Mais, les actions tardent à porter des fruits pérennes, tant les MNT sont en nette progression.

De façon générale, les actions de lutte contre les MNT demeurent insuffisantes. L'adoption du plan d'action 2013-2020 contre les MNT par l'OMS avait donné à l'ensemble des acteurs de la lutte, une référence pour les différentes actions (B. DOULOUGOU, 2014, p. 13). Mais plusieurs années après, ces initiatives peinent à prospérer dans les pays africains comme le Bénin. Le manque de données sur la situation épidémiologique des MNT dans certains pays rend difficile toute planification (S. DALAL *et al*., 2011, p. 887). Les centres de santé sont parfois mal équipés et le personnel de santé en nombre insuffisant (B. DOULOUGOU, 2014, p. 13). Une éducation de la population sur les MNT, des programmes communautaires qui auront pour but d'augmenter la volonté individuelle à se faire dépister sont nécessaires (M. IBRAHIM et A. DAMASCENO, 2012, p. 617). Au plan anthropologique, G. SALEM et T. LANG (1993, p. 30) estiment que les MNT qui sont liées à un nouvel environnement et à des changements dans les modes de vie, peuvent être aussi considérées comme le révélateur des rapports nouveaux qui se nouent en ville entre des systèmes thérapeutiques traditionnels en pleine mutation et des systèmes biomédicaux confrontés à des problèmes de morbidité originaux. Dans le contexte urbain, la coexistence de groupes sociaux et culturels différents, tous détenteurs de systèmes propres d'interprétation de la maladie, définit des rapports nouveaux de la population aux systèmes de soins.

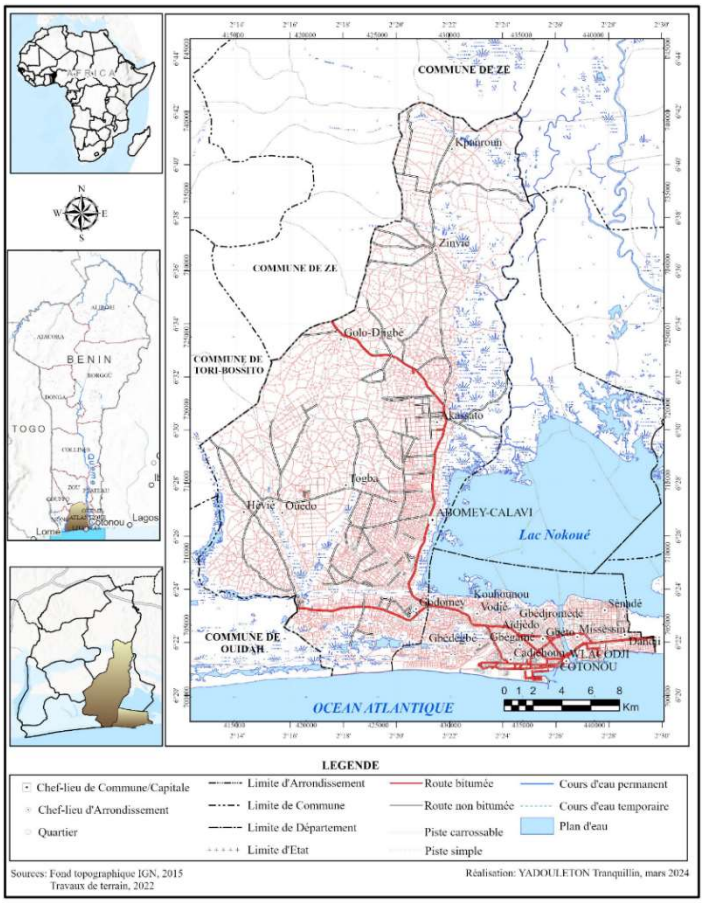
Au Sud du Bénin, notamment dans les villes de Cotonou et Abomey-Calavi, l'évolution des modes de vie due à l'urbanisation et les changements observés dans la structure de la population constituent les

principaux facteurs de propagation des pathologies non transmissibles. Les prévalences des MNT enregistrées dans ces deux villes sont largement supérieures aux moyennes enregistrées au plan national (PNLMNT, 2016, p. 127), alors même qu'elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour y faire face. Face à la situation de vulnérabilité sanitaire des populations urbaines aux maladies non transmissibles, il se pose alors la question de savoir quels sont les recours aux soins thérapeutiques des personnes affectées par les MNT au Sud du Bénin, notamment dans le doublet urbain Cotonou - Abomey-Calavi ? La recherche se fixe donc pour objectif de déterminer l'influence des facteurs sociodémographiques sur les recours aux soins des populations du doublet urbain Cotonou - Abomey-Calavi. L'hypothèse à la base stipule que les stratégies de recours aux soins face aux MNT sont liées aux caractéristiques sociodémographiques de la population. Cette recherche se veut une contribution à une meilleure connaissance des déterminants démographiques des MNT dans un contexte béninois en pleine transitions démographique et épidémiologique.

La zone d'étude est située dans la partie méridionale du Bénin et se retrouve dans l'aire géographique comprise entre 6°20' et 6°43' de latitude Nord et 2°10' et 2°30' de longitude Est. Du point de vue des limites territoriales, elle est limitée à l'Est par les communes de So-Ava (Lac Nokoué) et de Sèmè-Kpodji, à l'Ouest par les communes de Ouidah et de Tori-Bossito, au sud par l'océan Atlantique et au nord par les communes de Zè, Sô-Ava (Lac Nokoué), et s'étend sur une superficie de 618 km² (SERHAU SA, 2009, p. 25). La figure 1 présente la localisation géographique du milieu de recherche.

Au plan administratif, les communes de Cotonou et Abomey-Calavi comptent au total vingt-deux (22) arrondissements. Chaque commune est administrée par un conseil municipal dont les membres sont élus. La zone de recherche se situe à cheval sur deux départements : Atlantique et Littoral. La commune d'Abomey-Calavi représente 20 % de la superficie du département de l'Atlantique, alors que la commune de Cotonou correspond au département du Littoral. L'ensemble des deux communes représente administrativement deux-cents-quatre-vingt-neuf (289) villages et quartiers de ville.

Figure 2 : Situation géographique des communes de Cotonou et Abomey-Calavi



Source : Fond topographique IGN, 2015, Travaux de terrain, 2022.

Depuis 2021, à la faveur de la loi 2021-14 portant code de l'administration territoriale en République du Bénin et du décret n°2022-319 du 1er juin 2022 fixant les critères de catégorisation des communes en République du Bénin, la commune d'Abomey-Calavi est érigée au rang des communes à statut particulier. Cet ensemble urbain constitue le principal pôle géographique, démographique et économique de la République du Bénin.

1. Données et méthodes

La méthodologie utilisée a conduit à la collecte des données relatives aux recours aux soins des populations en général, et des personnes ayant reçu un diagnostic des MNT en particulier. Il s'agit essentiellement des données démographiques disponibles à l'INStaD ; des données sociologiques et socioéconomiques collectées directement sur le terrain auprès des acteurs ; des données socio-épidémiologiques et sanitaires collectées auprès des acteurs de terrain et des structures de soins. Les variables quantitatives et qualitatives collectées ont servi d'indicateurs pour apprécier le niveau de l'offre de soins. Elles ont permis d'établir une relation entre consommation de soins des ménages, caractéristiques sociodémographiques et lieux de résidence de façon à pouvoir observer les disparités socio-spatiales d'accès aux soins.

Les groupes cibles sont constitués essentiellement des agents de santé, les ménages, des personnes ayant reçu un diagnostic de MNT et résidant sur le territoire du doublet urbain Cotonou et Abomey-Calavi. Pour la détermination de l'échantillon et des individus à interroger, l'approche utilisée est celle qui définit un échantillon probabiliste aléatoire. La taille de l'échantillon des chefs de ménages et des personnes ayant reçu un diagnostic de MNT est calculée sur la base de la formule de W. COCHRAN (1977) : $\mathbf{n = z^2 \times p (1 - p) / m^2}$. La taille de l'échantillon des chefs de ménages est calculée sur la base

des données du RGPH4. La répartition des ménages dans les deux communes permet de faire une allocation proportionnelle et représentative des unités primaires d'échantillonnage selon la stratégie d'échantillonnage. Dans chaque ménage une seule personne est concernée par l'entretien. Ainsi, 409 ménages ont fait l'objet d'enquête. S'agissant des personnes affectées par les MNT, la détermination du p, qui correspond à la proportion estimée de la population qui présente la caractéristique, a été effectuée en considérant la prévalence des MNT. La prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) était la plus élevée parmi les MNT en 2015, avec 25,9 % (PNLMNT, 2016, p. 15). Elle est donc retenue pour rechercher la taille minimale de l'échantillon des personnes ayant reçu un diagnostic de MNT, car elle représente le cas le plus défavorable par rapport aux autres MNT dans le contexte de cette recherche. Ainsi, 352 personnes ayant reçu un diagnostic des MNT ont été interrogées. Une liste de quarante-neuf (49) structures de soins publiques et privées a été établie et a permis de répartir les patients à interroger. Au total, 761 personnes ont été concernées par l'enquête quantitative. A ceux-ci, viennent s'ajouter les agents de santé et les autorités sanitaires sélectionnées par choix raisonné (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon des personnes interrogées

Commune	Échantillon des ménages	Échantillon des PARD	Agents de santé	Autorités sanitaires	Total
Cotonou	226	178	29	8	**441**
Abomey-Calavi	183	174	16	5	**378**
Ensemble	**409**	**352**	**45**	**13**	**819**

Source : données issues des enquêtes de terrain, avril 2024.

Les principales techniques et outils de collecte des données adoptés sont : l'enquête par questionnaire (chefs de ménages et personnes affectées par les MNT), l'entretien semi-structuré sur la base d'un guide (agents de santé et autorités sanitaires) et l'observation avec une grille élaborée. Les principales articulations de ces outils sont relatives à : l'offre de soins, les types de recours, les motifs de recours, les parcours de soins, etc.

Le traitement des données a nécessité l'adoption de techniques d'analyses univariées et multivariées. En lien avec le modèle de R. ANDERSON et J. F. NEWMAN (1973), les variables de la recherche sont regroupées en facteurs prédisposants et facteurs facilitants (N. ATCHESSI, 2016, p. 48). Les tests de khi2 et de Fisher ont permis de calculer et comparer la distribution des variables qualitatives collectées auprès des populations, à la distribution théorique attendue. La régression logistique multinomiale réalisée avec IBM SPSS 27, a permis de mieux appréhender les facteurs qui jouent dans le recours aux soins modernes et de mesurer leur importance tout en contrôlant l'effet des facteurs de confusion qui ont pu être mis en évidence lors des analyses univariées.

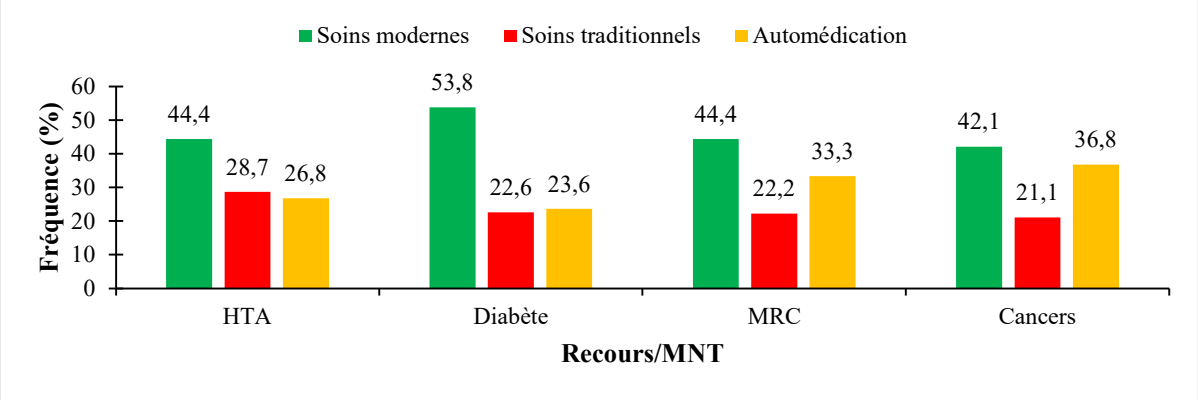
2. Résultats et analyses

L'itinéraire thérapeutique est l'ensemble des actions entreprises par une personne malade ou ses proches, depuis le diagnostic jusqu'aux traitements pour recouvrer la santé.

2.1. Principaux recours aux soins face à la maladie

Les principaux recours sont calqués sur l'offre de soins et les disparités géographiques qui caractérisent le milieu. Les différents recours évoqués ont permis de mettre en place une catégorisation en trois principaux recours aux soins : les soins modernes, les soins traditionnels et l'automédication. La figure 2 présente les recours aux soins des chefs de ménages et patients selon les MNT déclarés.

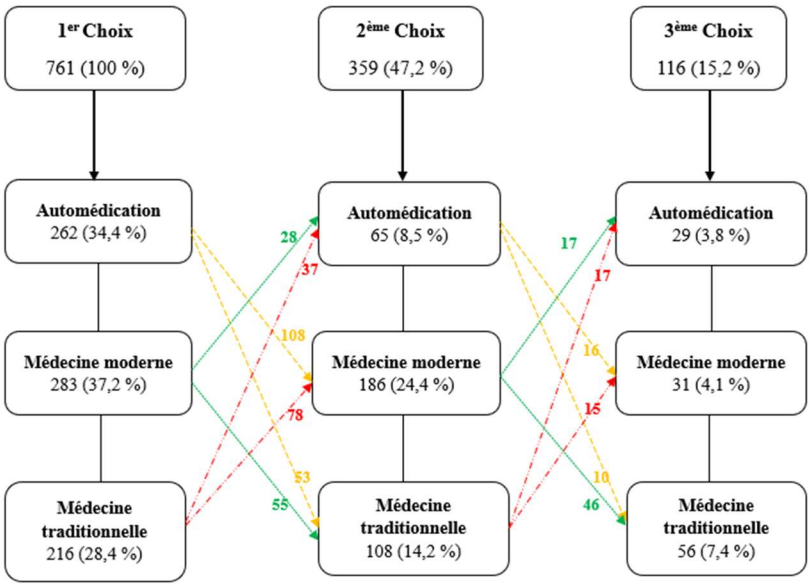
Figure 3 : Répartition des recours aux soins selon le diagnostic de MNT



Source : données issues des enquêtes de terrain, avril 2024.

Il ressort de la figure 2 que dans les cas d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète, on note un fort recours aux soins modernes, marqués par un suivi médical régulier et des prescriptions médicamenteuses. L'automédication est rare en raison des risques élevés. Pour les Maladies respiratoires chroniques (MRC) et les cancers, on constate une combinaison de soins modernes et d'automédication. En phase d'aggravation où la médecine moderne atteint ses limites, on observe un basculement vers les soins traditionnels. En termes de variation selon le stade de la maladie, on peut constater une prédominance des soins modernes en phase aiguë ou un diagnostic récent. Mais en phase chronique ou avancée, on assiste à une augmentation des recours alternatifs (traditionnels ou automédication), souvent par désespoir ou méfiance envers la médecine conventionnelle. La figure 3 illustre de manière dynamique les parcours de soins des chefs de ménages et patients interrogés lors des travaux de terrain.

Figure 4 : Option et itinéraire thérapeutiques face aux MNT



Source : données issues des enquêtes de terrain, avril 2024.

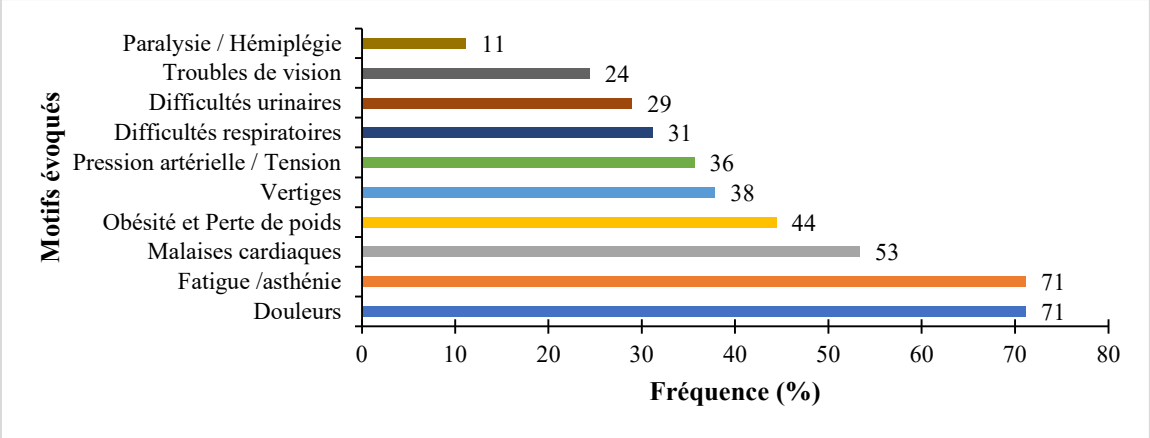
Au niveau de la première option, on note que sur l'ensemble des personnes interrogées, la médecine moderne est le recours privilégié en première intention (37,2 %), notamment pour les MNT qui nécessitent un diagnostic précis. L'analyse des transitions entre les recours révèlent une hiérarchie dans laquelle la médecine traditionnelle sert souvent de filet de sécurité après l'échec d'autres options. En

effet, 108 patients (sur 262 initiaux) migrent de l'automédication vers la médecine moderne en deuxième choix. Entre la médecine moderne et traditionnelle, 55 patients (sur 283 initiaux) optent pour la médecine traditionnelle en deuxième choix, possiblement en raison d'effets secondaires ou de coûts élevés. La tendance est la même entre la deuxième et la troisième option signant un recours aux pratiques culturelles après l'échec de l'automédication et des soins modernes. On note un abandon progressif de l'automédication, seuls 29 patients persistent jusqu'au troisième choix, confirmant son rôle limité dans les MNT.

2.2. Principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires modernes

La décision de recueillir l'avis d'un spécialiste intervient à l'issue de certaines manifestations ou symptômes. Le recours thérapeutique sera tributaire de la perception que le patient développe face à cette symptomatologie. Plusieurs motifs de consultations des praticiens de la médecine moderne sont évoqués par les patients (Figure 4).

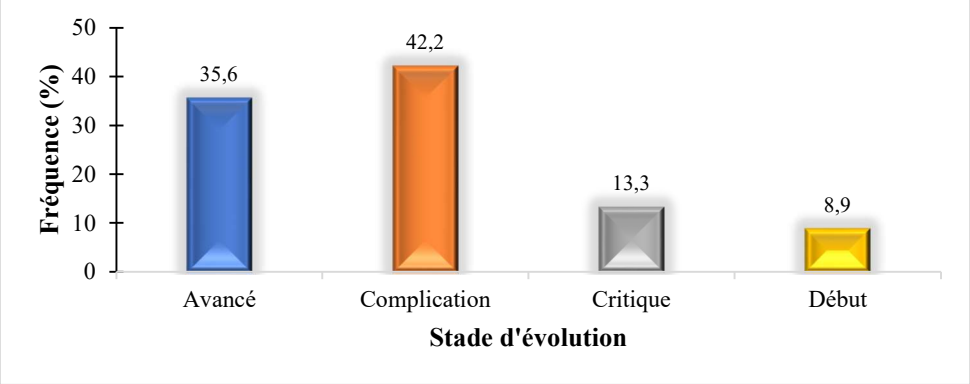
Figure 5 : Répartition (%) des chefs de ménage selon les principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires modernes



Source : données issues des enquêtes de terrain, avril 2024.

Il ressort de la figure 4 que ce sont les douleurs (71 %) et la fatigue généralisée (71 %) qui impulsent prioritairement la décision de consulter. Les douleurs évoquées peuvent toucher plusieurs membres ou organes du corps. Viennent ensuite les malaises cardiaques (53 %). Les signes rapportés ici sont les palpitations, les douleurs à la poitrine ou au thorax. La prise anormale de poids, notamment l'obésité ou encore la perte rapide de poids (44 %) constituent également l'un des premiers motifs de consultation. Il y a également les vertiges (38 %), les troubles de la pression artérielle (36 %), les difficultés respiratoires (31 %) et urinaires (29 %). Dans la majorité des cas, ces motifs de consultations sont confirmés par les diagnostics établis par les médecins (plus de 93 %). Cela se justifie par le fait que les patients ne décident de consulter que lorsque les manifestations sont déjà prégnantes, ce qui correspond bien souvent à un stade évolué de la maladie (Figure 5).

Figure 6 : Répartition (%) des agents de santé selon le stade d'évolution clinique de la maladie à l'accueil du patient



Source : données issues des enquêtes de terrain, avril 2024.

Dans l'ensemble, pour 42,2 % des praticiens, les patients ne se décident à consulter qu'une fois la maladie a évolué à un stade plutôt compliqué ; 35, 6 % estiment que les patients consultent quand la maladie est à un stade avancé et 13,3 % quand la pathologie a atteint un stade critique. Dans ces conditions, l'efficacité des traitements à appliquer devient problématique à cause du stade de maturité de la pathologie chronique. L'insatisfaction qui en découle les amène à opter pour des recours alternatifs.

2.3. Déterminants des parcours de soins face aux MNT

Le recours aux soins est la manifestation d'une morbidité ressentie qui a donné lieu à une consommation médicale quelle qu'en soit la nature.

2.3.1. Effet des facteurs prédisposants dans les recours aux soins

Les facteurs prédisposants regroupent un certain nombre de caractéristiques sociales, démographiques du répondant ou de son entourage immédiat, des opinions sur les systèmes de soins, des croyances et des valeurs concernant la santé et la maladie, variables souvent associées aux recours aux soins (S. Ameh *et al.*, 2014, p. 7). Les données révèlent des tendances significatives pour la plupart des variables identifiées à l'exception du sexe (Tableau 2).

Tableau 2 : Effet des facteurs prédisposants dans les recours aux soins

Facteurs prédisposants	Soins modernes	Soins traditionnels	Automédication
Commune ***			
Cotonou	35,1	22,8	42,1
Abomey-Calavi	39,5	34,7	25,8
Sexe			
Féminin	39,3	26,7	34,0
Masculin	34,1	30,9	35,0
Age (années) ***			
20-29	24,0	33,7	42,3
30-39	32,6	27,8	39,6
40-49	35,2	30,2	34,6
50-59	33,8	32,5	33,8
60-69	45,1	26,2	28,7
70 et plus	63,9	12,5	23,6
Religion ***			
Autres	75,0	0,0	25,0
Chrétienne	36,1	27,4	36,5
Musulmane	40,8	22,3	36,9
Sans religion	46,2	25,3	28,6
Vodoun	20,8	60,4	18,8

Situation conjugale actuelle *			
Célibataire	25,3	25,3	49,4
Marié(e)/Concubinage monogame	40,4	26,9	32,6
Marié(e)/Concubinage polygame	34,9	32,1	33,0
Séparé(e)/Divorcé(e)	34,6	28,8	36,5
Veuf/veuve	37,2	34,6	28,2
Niveau d'instruction ***			
Jamais fréquenté	29,7	36,1	34,2
Primaire	37,9	23,6	38,5
Secondaire	35,0	34,0	31,0
Supérieur	49,3	13,4	37,3
Statut d'occupation ***			
Ménagère	39,6	26,2	34,2
Scolaire/Étudiant	24,1	13,8	62,1
Chômeur	23,0	26,2	50,8
Travailleur	61,4	19,3	19,3
Retraité	34,2	32,7	33,2
Taille du ménage *			
1 à 4	33,3	30,4	36,3
5 à 8	43,2	25,1	31,7
9 et plus	32,3	32,3	35,5
Personnes à charge **			
Aucun	42,6	18,4	39,0
1 à 4	35,0	32,3	32,7
5 à 8	38,4	24,1	37,5
9 et plus	50,0	25,0	25,0
Statut d'occupation immobilière ***			
Propriétaire	43,6	28,1	28,3
Locataire	31,1	31,5	37,4
Hébergé gratuit	29,8	20,2	50,0
Ensemble	**37,2**	**28,4**	**34,4**

* : p<0,1 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,01

Source : données issues des enquêtes de terrain, avril 2024.

L'analyse de l'effet des variables prédisposantes sur le recours aux soins montre que selon le milieu de résidence, la ville de Cotonou présente une automédication plus élevée (42,1 %), suivi d'un recours élevé aux soins modernes (35,1 %) reflétant un meilleur accès aux infrastructures de santé et une plus grande disponibilité de produits pharmaceutiques. La commune d'Abomey-Calavi montre un recours élevé aux soins modernes (39,5 %) et aux soins traditionnels (34,7 %), ce qui suggère une juxtaposition des offres de soins possiblement influencée par le caractère périurbain d'une grande partie de la commune. Les disparités géographiques influencent donc fortement les choix de soins. Les résultats montrent que l'âge est un déterminant clé : les jeunes optent pour des solutions rapides, notamment l'automédication (42,3 %), probablement par méconnaissance ou négligence des soins professionnels. Tandis que les seniors se fient davantage au système médical, en raison probablement de besoins médicaux accrus et d'une meilleure couverture santé.

Les affiliations religieuses influencent les pratiques de soins, avec une préférence marquée pour les soins traditionnels pour les fidèles de la religion endogène. La situation conjugale module les comportements de santé, avec les célibataires plus susceptibles de s'automédiquer. Les mariés/concubins ont un recours équilibré entre les trois options, tandis que les séparés/divorcés sont partagés entre l'automédication (36,5 %) et les soins modernes (34,6 %). S'agissant de l'éducation, on peut observer que le niveau d'instruction améliore l'accès aux soins modernes et réduit le recours aux pratiques traditionnelles. Sur le plan du statut d'occupation, on note que le statut professionnel influence les choix, avec les travailleurs utilisant massivement les soins modernes (61,4 %), possiblement en raison de programmes d'aide sociale. Les étudiants et les chômeurs ont un recours élevé à l'automédication (respectivement 62,1 % et 50,8 %), possiblement par contraintes financières ou manque de temps. De même, la stabilité

résidentielle favorise un accès plus diversifié aux soins. La taille du ménage et les responsabilités familiales impactent les capacités à accéder aux soins. Les personnes sans charge utilisent davantage les soins modernes (42,6 %), reflétant une plus grande disponibilité de ressources. La tendance est identique pour les personnes ayant une plus grande responsabilité (9 et plus) qui ont déclaré à 50 % avoir recours aux soins modernes, ce qui suggère que ce sont des personnes dont le niveau de vie permet d'assurer une couverture sociale aux personnes qu'elles ont à charge.

2.3.2. Effet des facteurs facilitants dans les pratiques de recours aux soins

Les facteurs facilitants prennent en compte les paramètres tels que : le type de travail, la durée de résidence, le niveau de revenu mensuel moyen, la situation financière. Les données révèlent des tendances significatives selon le type de travail, la durée de résidence, le niveau de revenu et la situation financière (Tableau 3).

Tableau 3 : Effet des facteurs facilitants dans les recours aux soins

Facteurs prédisposants	Soins modernes	Soins traditionnels	Automédication
Type de travail ***			
Employeur(e)	25,6	42,9	31,6
Salarié(e)	55,4	14,9	29,7
Employé domestique	17,6	52,9	29,4
Commerçant(e)	28,6	37,6	33,8
Travail non rémunéré	25,0	0,0	75,0
Durée de résidence ***			
2 à 4 ans	31,4	39,7	28,9
5 à 7 ans	30,1	37,8	32,2
8 à 10 ans	42,2	35,3	22,5
Moins de 2ans	38,7	26,7	34,7
Plus de 10 ans	40,6	18,1	41,3
Niveau de revenu mensuel moyen ***			
≤ 52 000	37,7	22,8	39,4
52 001 à 105 000	36,0	31,1	32,9
105 001 à 205 000	50,6	28,6	20,8
> 205000	64,3	7,1	28,6
Situation financière ***			
Très bon	38,1	33,3	28,6
Bon	40,9	36,8	22,3
Moyen	39,3	27,0	33,6
Difficile	34,2	23,3	42,4
Ensemble	**37,2**	**28,4**	**34,4**
* : p<0,1 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,01			

Source : données issues des enquêtes de terrain, avril 2024.

En considérant le type de travail, les données du tableau 3 permettent de constater que les salariés (55,4 %) privilégient les soins modernes, probablement en raison d'une meilleure couverture santé ou d'un accès facilité aux structures médicales. Les employés domestiques, les employeurs et les commerçants préfèrent recourir majoritairement aux soins traditionnels (respectivement 52,9 %, 42,9 % et 37,6 %), reflétant des contraintes financières ou des préférences culturelles. Le choix de l'automédication est largement porté par les travailleurs non rémunérés (75 %) et dans une moindre mesure par les commerçants, ce qui suggère une recherche de solutions rapides et économiques. Pour la durée de résidence, il faut faire remarquer que les résidents de longue durée utilisent davantage les soins modernes, possiblement en raison d'une meilleure intégration dans les réseaux de santé locaux. Les soins de santé traditionnels prédominent chez les néo-résidents ou de courte durée, ce qui pourrait refléter un ancrage dans des pratiques culturelles ou un accès limité aux soins modernes.

Le revenu est également un déterminant majeur : les hauts revenus optent pour les soins modernes, tandis que les bas revenus se rabattent sur les soins traditionnels ou l'automédication Le recours aux

soins modernes augmente avec le revenu. En effet, les résultats montrent une corrélation claire entre ressources financières et accès aux soins modernes. De même, la stabilité financière favorise les soins modernes, tandis que les difficultés poussent vers l'automédication (42,4 %), par défaut d'accès à d'autres options.

2.4. Analyse des déterminants et barrières du recours aux soins de première intention à partir d'une régression logistique

Pour mieux appréhender les déterminants des recours aux soins des acteurs interrogés, la régression logistique multinomiale a été adoptée comme modèle analytique pertinent. Elle permet d'identifier les facteurs clés influençant l'utilisation des soins de première intention, et d'évaluer leur poids relatif. Les indices des tests de vraisemblance (Khi-carré = 297,832, ddl = 90, p = 0,000) et du Pseudo R^2 indiquent que le modèle est globalement significatif avec une adéquation modérée aux données. Les valeurs de déviance (Khi-carré = 1350,962, p = 0,693) indiquent un bon ajustement du modèle aux données.

Tableau 4 : Adéquation du modèle à l'étude des déterminants des recours aux soins

Effet	Log de vraisemblance -2 du modèle réduit	Khi-carré	ddl	Sig.
Modèle	1357,893	297,832	90	0,000
Commune	1369,364	11,471	2	0,003
Sexe	1369,255	11,362	2	0,003
Religion	1388,056	30,163	8	0,000
Age	1377,437	19,544	10	0,034
Situation conjugale	1370,214	12,321	8	0,137
Niveau d'instruction	1377,848	19,954	6	0,003
Statut d'occupation	1375,137	17,244	8	0,028
Taille du ménage	1367,221	9,328	4	0,053
Personnes à charge	1365,734	7,841	6	0,250
Statut d'occupation immobilière	1362,046	4,153	4	0,386
Durée de résidence	1379,705	21,812	8	0,005
Type de travail	1398,663	40,770	10	0,000
Niveau de revenu mensuel moyen	1377,871	19,978	8	0,010
Situation financière	1369,692	11,799	6	0,067
Qualité d'ajustement				
Pearson		1547,632	1378	0,001
Déviance		1350,962	1378	0,693
Pseudo R-deux				
Cox et Snell				0,324
Nagelkerke				0,365
McFadden				0,179

Source : issues des traitements des données de terrain, janvier 2025.

Il ressort des analyses de la régression logistique qu'en dehors de la situation conjugale, le nombre de personnes à charge et le statut d'occupation immobilière, toutes les autres variables sont explicatives des recours aux soins. L'analyse examine les trois catégories de recours, tout en maintenant les soins modernes comme référence. Le tableau 5 présente les résultats des estimations des différents paramètres, notamment les odds ratios (Exp(B)) des variables ayant un lien significatif avec les recours aux soins.

Tableau 5 : Estimation des paramètres des déterminants des recours aux soins

Caractéristiques / déterminants		Recours thérapeutiques[a] ("Soins modernes" est la catégorie de référence)					
		Soins traditionnels			Automédication		
		B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp (B)
	Constante	-17,829	0,000		-0,017	0,990	
Commune	Cotonou	0,252	0,315	1,286	0,738	0,001	2,093
	Abomey-Calavi	0[b]	.	.	0[b]	.	.
Sexe	Féminin	-0,836	0,002	0,433	-0,607	0,012	0,545
	Masculin	0[b]	.	.	0[b]	.	.
Religion	Autres	-19,778	0,997	2,572E-9	-0,770	0,608	0,463
	Chrétienne	-1,342	0,004	0,261	0,398	0,450	1,488
	Musulmane	-1,953	0,000	0,142	0,161	0,780	1,175
	Sans religion	-1,863	0,001	0,155	-0,276	0,632	0,759
	Vodoun	0[b]	.	.	0[b]	.	.
Âge	20-29	2,556	0,000	12,885	1,502	0,011	4,492
	30-39	1,729	0,005	5,635	1,244	0,013	3,468
	40-49	1,814	0,001	6,134	1,022	0,027	2,779
	50-59	1,397	0,011	4,044	0,912	0,042	2,489
	60-69	1,062	0,034	2,891	0,570	0,167	1,769
	70 et plus	0[b]	.	.	0[b]	.	.
Niveau d'instruction	Jamais fréquenté	1,402	0,001	4,063	0,676	0,067	1,966
	Primaire	0,602	0,165	1,826	0,613	0,080	1,847
	Secondaire	1,094	0,003	2,985	0,325	0,259	1,385
	Supérieur	0[b]	.	.	0[b]	.	.
Durée de résidence	2 à 4 ans	0,617	0,075	1,853	-0,362	0,259	0,697
	5 à 7 ans	0,949	0,003	2,584	-0,106	0,714	0,899
	8 à 10 ans	0,341	0,302	1,407	-0,700	0,031	0,496
	Moins de 2ans	0,111	0,785	1,117	-0,298	0,398	0,743
	Plus de 10 ans	0[b]	.	.	0[b]	.	.
Niveau de revenu mensuel moyen	≤ 52 000	-1,759	0,000	0,172	-0,956	0,034	0,384
	52 001 à 105 000	-1,174	0,009	0,309	-0,671	0,136	0,511
	105 001 à 205 000	-1,157	0,034	0,315	-1,138	0,040	0,320
	> 205000	-2,047	0,098	0,129	-0,503	0,540	0,604
	ND	0[b]	.	.	0[b]	.	.

a. La catégorie de référence est : Soins modernes.
b. Ce paramètre est défini sur 0, car il est redondant.

Source : issues des traitements des données de terrain, janvier 2025.

Ainsi, en considérant la variable sexe, les femmes ont plus de chances de recourir aux soins modernes. Elles ont une probabilité significativement réduite (OR = 0,433 ; p = 0,002) par rapport aux hommes, d'utiliser les soins traditionnels. Elles restent moins susceptibles de recourir à l'automédication que les hommes (OR = 0,545 ; p = 0,012). Pour l'âge, la probabilité de recours aux soins traditionnels diminue avec l'âge. Les catégories les plus jeunes (20-39 ans) montrent des odds-ratios élevés (OR = 12,885), ce qui suggère que les jeunes ont 12,9 fois plus de chances d'utiliser les soins traditionnels que la tranche de référence (70 ans et plus). Les jeunes adultes (20-39 ans) préfèrent davantage l'automédication (OR allant jusqu'à 4,492) et moins les soins modernes. Le recours aux soins modernes augmente avec l'âge, alors que le recours à l'automédication suit la tendance contraire. De même, l'appartenance religieuse influence fortement le recours aux soins traditionnels. Les musulmans (OR = 0,142 ; p = 0,000), comme

les chrétiens (OR = 0,261 ; p = 0,004) sont moins enclins à recourir aux soins traditionnels que les fidèles des religions endogènes (référence).

Selon le milieu de résidence, les habitants de Cotonou ont deux fois plus de chances de recourir à l'automédication que ceux d'Abomey-Calavi (OR = 2,093 ; p = 0,001). S'agissant du niveau d'instruction, les moins instruits optent significativement pour les soins traditionnels (p = 0,001). Le recours à l'automédication également diminue avec le niveau d'instruction (OR > 1, p < 0,1), alors que le recours aux soins modernes augmente avec le niveau d'instruction. En considérant le niveau de revenu, les personnes à faible revenu (OR = 0,172 ; p = 0,000) et celles à fort revenu (OR = 0,129 ; p = 0,098) optent moins pour les soins traditionnels. De même, une situation financière précaire semble réduire la probabilité de l'automédication.

En somme, les choix thérapeutiques reflètent les contraintes socioéconomiques, les influences de la culture et de la mobilité urbaine.

3. Discussion

L'analyse de l'itinéraire thérapeutique a mis en exergue un parcours de soins, où les patients naviguent entre plusieurs options avant de stabiliser leur choix, souvent vers la médecine moderne. On note que la majorité des personnes opte prioritairement pour la médecine moderne en première intention, notamment pour obtenir un diagnostic précis sur la symptomatologie présentée par l'état de santé. Ce constat confirme les conclusions auxquelles est parvenu K. S. KONAN (2023, p. 348) à Bouaké, selon lesquelles la patientèle déclare préférer comme lieu de soin le centre de santé afin de détecter exactement la pathologie, ce qui réduit les risques de complication. Les transitions révèlent une hiérarchie des recours, où la médecine traditionnelle sert souvent de filet de sécurité après l'échec d'autres options. En termes de variation selon le stade de la maladie, on peut constater une prédominance des soins modernes en phase aiguë ou un diagnostic récent. Mais, en phase chronique ou avancée, on assiste à une augmentation des recours alternatifs (traditionnels ou automédication), souvent par désespoir ou méfiance envers la médecine conventionnelle. En plus, les médicaments délivrés sur ordonnances après un diagnostic sont extrêmement chers. C'est ce qu'indiquent les conclusions des recherches de M. YMBA (2013, p. 450) et J.-B. KAHINDO MBEVA *et al.* (2021, p. 94). Mais les résultats obtenus s'éloignent de ceux obtenus au Bénin par E. M. OUENDO *et al.* (2005, p. 183) qui avaient montré qu'au premier recours, les patients utilisaient moins les centres de santé et que l'automédication était le recours le plus utilisé. Dans cette recherche, il est important de tenir compte de la spécificité des pathologies qui sont chroniques et non transmissibles.

Les stratégies de résilience des personnes malades sont très diversifiées, du fait de l'enchevêtrement des systèmes médicaux dans les pays d'Afrique. Pour un même épisode de maladie, les patients utilisent le plus souvent plusieurs formes de thérapies et de ressources de façon concomitante ou de manière séquentielle (S. N'DOLI, 2016, p. 86).

Les analyses ont permis de constater que les stratégies de recours aux soins face aux maladies non transmissibles dans le doublet urbain Cotonou - Abomey-Calavi sont liées entre autres aux caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de la population. Elles sont parfaitement alignées sur les bases conceptuelles du modèle théorique développé par R. ANDERSEN et J. F. NEWMAN (1973) sur l'analyse du recours aux soins. Ce constat confirme les conclusions de R. ATCHADE (2022, p. 297) selon lesquelles le choix d'un itinéraire thérapeutique est le résultat d'une conjonction de facteurs.

Les analyses tendent à montrer que les femmes ne sont pas enclines à opter pour les soins traditionnels en première intention, mais plutôt ont près de deux fois plus de chances de recourir aux soins modernes et sont autant moins susceptibles de recourir à l'automédication (p = 0,002). Ces résultats confortent ceux obtenus par J. HAMMOUDI *et al.* (2018, p. 180) qui a rapporté que les femmes consultent plus que les hommes en cas de maladies chroniques. L'âge est également susceptible d'intervenir dans le choix thérapeutique. Il en ressort que le recours aux soins modernes augmente avec l'âge. Ces résultats s'éloignent de ceux obtenus par S. TRAORE (2009, p. 22) qui est arrivé à la conclusion que les plus

jeunes sont fortement soumis aux soins modernes. Le contexte particulier des MNT peut justifier cet écart dans les constats.

Les résultats ont montré une disparité géographique comme facteur explicatif du recours aux soins, notamment l'automédication. Les habitants de Cotonou ont deux fois plus de chances de recourir à l'automédication que ceux d'Abomey-Calavi. Ce qui confirme les travaux de E. M. OUENDO *et al.* (2005, p. 182) selon lesquels la place de l'automédication dans les comportements se justifie par la prolifération de la vente illicite et parfois ambulante de médicaments. De même, c'est en zone périurbaine (Abomey-Calavi) que le recours aux soins traditionnels est le plus évoqué. Ce qui confirme les conclusions de K. DONGO *et al.* (2008, p. 8) pour qui, en zone périurbaine, les centres de santé proposent des frais de consultation et de soins qui sont au-dessus de la capacité financière de nombreux ménages.

La durée de résidence constitue également un déterminant du recours aux soins en milieu urbain. Les résidents de longue date (plus de 8 ans) ont tendance à utiliser davantage les soins modernes, possiblement en raison d'une meilleure intégration dans les réseaux de santé locaux. Ces résultats confirment ceux obtenus par K. S. KONAN (2023, p. 338) qui a montré que l'intégration de l'individu à la ville, à son quartier, à des réseaux sociaux joue un rôle de plus en plus important et particulièrement en ville.

Par ailleurs, il faut noter que les dysfonctionnements du système de soins sont à la source du blocage thérapeutique moderne et poussent les malades à adopter l'automédication et la médecine traditionnelle comme stratégies d'adaptation aux soins. C'est ce que confirment les travaux de S. B. GNING *et al.* (2007, p. 610). Les constats confirment ceux effectués sur l'HTA par Y. K. SEEDAT (2000, p. 745) qui a montré que les populations sont habituées à des traitements symptomatiques au bénéfice thérapeutique immédiat. L'aspect asymptomatique de l'hypertension et la déconnexion totale entre la réelle contrainte d'un traitement et son éventuel bénéfice ne correspondent pas aux réalités thérapeutiques en place.

Conclusion

L'analyse de l'itinéraire thérapeutique a permis de déterminer les facteurs clés influençant le recours aux soins. Il s'agit essentiellement du sexe, de la religion, de l'âge, du niveau d'instruction, de la catégorie socioprofessionnelle, de la taille du ménage, du milieu de résidence, de la durée de résidence, du niveau de revenu et de la situation financière. Ainsi, les stratégies de recours aux soins face aux MNT sont liées aux caractéristiques sociodémographiques de la population. En effet, l'analyse met en lumière un parcours de soins non linéaire, où les patients naviguent entre plusieurs options avant de stabiliser leur choix, souvent vers la médecine moderne. Les soins modernes sont associés à un statut socio-économique élevé (diplômés, urbains, seniors, revenus stables, emplois formels). Les soins traditionnels sont liés aux croyances culturelles, au faible niveau d'éducation, aux faibles revenus, aux métiers précaires et aux résidents de longue date. L'automédication constitue une réponse aux contraintes financières ou géographiques (jeunes, ménagères, locataires), surtout chez les nouveaux résidents et les commerçants. En termes d'implications pour les politiques de santé, il sera nécessaire de prendre un certain nombre de mesures visant à sensibiliser aux dangers des retards de diagnostic, former les tradipraticiens au dépistage des MNT et aux références précoces vers les structures modernes.

Références bibliographiques

AMEH Soter, GÓMEZ-OLIVÉ Francesc Xavier, KAHN Kathleen, TOLLMAN Stephen & KLIPSTEIN-GROBUSCH Kerstin, 2014, « Predictors of health care use by adults 50 years and over in a rural South African setting ». *Glob Health Action, 7*. 24771, 11 p.

ANDERSEN Ronald & NEWMAN John, 1973, « Societal and individual determinants of medical are utilization in the United States ». *Milbank Mem. Fund Q. Health Soc*., 51(1), 95-124.

ATCHADE Rémi, 2022, *Dégradation de l'environnement et santé des populations sur le Plateau d'Agonlin au Bénin*, Thèse de doctorat de l'Université d'Abomey-Calavi, Géographie et Gestion de l'Environnement, EDP-ECD, Université d'Abomey-Calavi, 375 p.

ATCHESSI Nicole, 2016, *Recours aux soins de santé des indigents et des personnes âgées en Afrique de l'Ouest. Cas du Burkina Faso et du Nigeria*, Thèse de doctorat de Médecine, École de santé publique, Université de Montréal, 240 p.

COCHRAN William Gemmell, 1977, *Sampling techniques*, New York : Wiley, Collection internet archive books ; print disabled, XVI, 428 p.

COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AFRIQUE (CEA), 2018, *Profil Transformation structurelle, emploi, production et société (STEPS) - Bénin*, Nations Unies, Addis-Abeba, Éthiopie, 41 p.

DALAL Shona, BEUNZA Juan Jose, VOLMINK Jimmy, ADEBAMOWO Clement, BAJUNIRWE Francis, NJELEKELA Marina, MOZAFFARIAN Dariush, FAWZI Wafaie, 2011, « Non communicable diseases in sub-Saharan Africa: what we know now *». Int. J. Epidemiol*. ; 40 (4) : 885-901.

DONGO Kouassi, KOUAME Koffi Ferdinand, KONE Brama, BIEM Jean, TANNER Marcel et CISSE Guéladio, 2008, « Analyse de la situation de l'environnement sanitaire des quartiers défavorisés dans le tissu urbain de Yopougon à Abidjan, Côte d'Ivoire » In *VertigO*, Volume 8, N° 3, 11 p.

DOULOUGOU Boukaré, 2014, *Hypertension artérielle dans la population adulte du Burkina Faso : Prévalence, Détection, Traitement et Contrôle*, Thèse présentée à l'École de Santé Publique, Université de Montréal, 262 p.

DRAMÉ Mohamed Lamine, 2021, *Facteurs de risque des maladies non transmissibles et adéquation de l'offre de soins pour leur prise en charge dans les départements de la Donga, du Mono-Couffo au Bénin*. Thèse de Doctorat, Institut d'hygiène et de médecine tropicale, Universidade Nova de Lisboa, 131 p.

GNING Sadio Ba, THIAM Mamadou, BA-FALL Khadidiatou, 2007, « Le diabète sucré en Afrique Subsaharienne. Aspects épidémiologiques, difficultés de prise en charge », *Médecine Tropicale*, 67 : 607-611

HAMMOUDI Jamila, DAHMANI Hassana, BOUANANI Nourel Houda, NOUAYTI Hamid, MEKHFI Hassane, LEGSSYER Abdelkhaleq, BNOUHAM Mohamed, ZIYYAT Abderrahim, 2018, « Risk Factors and Diabetes Related Complications Frequency in the Population of the Northeastern Morocco ». *Open J. Epidemiol.* 08(03), 164-185.

IBRAHIM M. Mohsen, DAMASCENO Albertino, 2012, « *Hypertension in developing countries ». Lancet* 2012 ; 380 (9841) : 611-9.

KAHINDO MBEVA Jean-Bosco, MITANGALA Ndeba Prudence, TSONGO MUSUBAO Edgar, NZANZU Mahamba, NTABE NAMEGABE Edmond, KIMANUKA Célestin, LAMBERT Hélène, and PORIGNON Denis, 2021, « Itinéraire thérapeutique du patient en milieu urbain africain: Cas de la ville de Goma à l'est de la RD Congo » in *IJISR*, Vol. 53 No. 1 Feb. 2021, pp. 85-97

KONAN Kouassi Samuel, 2023, *Dynamique urbaine et accessibilité aux ressources de soins à Bouaké*, Thèse unique de doctorat, Université Alassane Ouattara, Bouaké, 425 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (MS), 2018, *Plan stratégique intégré de lutte contre les Maladies Non Transmissibles 2019-2023*, PNLMNT, Cotonou, Bénin, 45 p.

N'DOLI Stéphane Désiré Eckou, 2016, *Infrastructures sanitaires et accès aux soins de santé dans la commune de Dabou*, Thèse Unique de doctorat en Géographie, Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan, 304 p.

OMS, 2018, *État de la santé dans la région africaine de l'OMS : analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*. Brazzaville : OMS Bureau régional de l'Afrique, 186 p.

OMS-PNUD, 2016, *Maladies Non Transmissibles : ce que les chefs d'État et de gouvernement doivent savoir*. Note d'information pour le pouvoir exécutif, 6 p.

OUENDO Edgard-Marius, MAKOUTODÉ Michel, PARAISO Moussiliou Noël, WILMET-DRAMAIX Michèle, DUJARDIN Bruno, 2005, « Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé) » *Trop Med Int Health*., Vol.10, no.2, pp. 179–186.

PNLMNT, 2016, *Rapport final de l'enquête pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles par l'approche ''STEPSwise'' de l'OMS*. Enquête ''STEPS 2015'' au Bénin, DNSP, Cotonou, Bénin, 152 p.

SALEM Gérard, LANG Thierry, 1993, « Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal). » In : *Aspects des systèmes de santé dans les pays du Sud. Sciences Sociales et Santé*, 11 (2), 27-40.

SEEDAT Yackoob Kassim, 2000, « Hypertension in developing nations in Sub-Saharan Africa ». *J Hum Hypertens,* 14(10-11), 739-747.

SERHAU SA., 2009, *Stratégie de développement urbain de l'Agglomération de Cotonou*, rapport définitif. 81 p.

TRAORE Symphorien, 2009, *Itinéraires thérapeutiques en cas de maladies des enfants de moins de 15 ans dans l'aire sanitaire de Bomborokuy province de la Kossi (Burkina Faso)*, Mémoire de maitrise, UFR/SH, Université de Ouagadougou, 78 p.

YAYA Sanni et KENGNE André, 2014, « L'hypertension artérielle en Afrique: présent et nouvelles perspectives » in *Le défi de la prévention des maladies cardiovasculaires et ses perspectives en Afrique*, pp. 1-16

YMBA Maïmouna, 2013, *Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain : cas de la ville d'Abidjan*, Thèse de Doctorat en Géographie de la Santé, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire), 534 p.