



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
(MESRS)

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI
(UAC)

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE
(ENAM)

-----«(e)»-----



MÉMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ADMINISTRATEUR EN GESTION DE PROJETS

Option :

MANAGEMENT

Filière :

GESTION DE PROJETS

ANNEE ACADEMIQUE : 2009 - 2010

LES LIMITES DE LA STRATEGIE DE DETECTION
DES NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE PAR LE
PNT AU BENIN :

ANALYSE ET APPROCHES DE SOLUTION

REALISE PAR :

Djima YESSOUFOU

∞

SOUS LA DIRECTION DE :

MAÎTRE DE STAGE
Monsieur Adrien OTTI
C/SAF du PNT

DIRECTEUR DE MEMOIRE
Monsieur Modeste GNIMASSOU
Economiste –Planificateur
Gestionnaire de Projets
Enseignant à l'ENAM



Janvier 2011

IDENTIFICATION DU JURY

QUALITÉ	NOM ET PRÉNOMS
PRESIDENT	William COMLAN
VICE-PRESIDENT	Yves CHIDIKOFAN
MEMBRE	

*L'Ecole Nationale d'Administration et de
Magistrature n'entend donner aucune
approbation ni improbation aux opinions émises
dans les mémoires. Ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs.*

DÉDICACE

A notre mère Awaou MOUSTAPHA, pour tous tes sacrifices à notre égard,

*A notre épouse Idayath Annick GLELE-KAKAI, pour ton soutien de tous
les instants,*

*A nos enfants Adam, Fawaz, Halil-llAh, Rilwan et Vanessa pour les
moments que nous passons ensemble,*

A tous nos amis, frères, sœurs et collègues,

Nous dédions de tout cœur ce modeste travail, fruit de nos efforts conjugués.

Remerciements

Pour la réalisation de ce mémoire, nous avons trouvé auprès de plusieurs personnes, une aide précieuse. C'est pour cette raison que nous profitons de l'occasion pour manifester toute notre gratitude et adresser nos vifs et sincères remerciements à :

- *Monsieur Modeste GNIMASSOU, qui nous a émerveillé par sa logique et son ardeur au travail, ses conseils, sa disponibilité malgré ses multiples occupations. Nous sommes énormément sensible à l'encadrement dont nous avons bénéficié auprès de lui. Qu'il trouve ici, notre reconnaissance ;*

- *Tout le personnel du Programme National contre la Tuberculose, notamment Monsieur Martin GNINAFON le Coordonnateur, Monsieur Pascal K. MENSAH, le C/SAAL et Monsieur Adrien OTTI notre maître de stage pour leur disponibilité ;*

- *Nos chers professeurs Parfait AGBLONON et David HOUINSA, qui nous ont particulièrement marqué tout au long de notre formation ;*

- *Le corps professoral dans son ensemble pour leur disponibilité à partager avec nous leur savoir ;*

- *Le personnel administratif de l'ENAM qui a pu supporter tous nos caprices.*

SIGLES ET ABBREVIATIONS

APSR	:	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
BK	:	Bacille de Koch
CDT	:	Centre de Dépistage et de Traitement de la tuberculose
CNEEP	:	Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CNHPP	:	Centre National Hospitalier de Pneumo – Phtisiologie
CPP	:	Centre de Pneumo – Phtisiologie
CR	:	Communauté Religieuse
CSC	:	Centre de Santé de Commune
CTDO	:	Centre de Traitement Directement Observé
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
DFRS	:	Direction de la Formation et de la Recherche en Santé
DHAB	:	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DIEM	:	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DOTS	:	Directly Observed Treatment Short-course (Traitement de courte durée sous surveillance directe)
DNEH	:	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers
DNSP	:	Direction Nationale de la Santé Publique
DPMED	:	Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPP	:	Direction de la Programmation et de la Prospective
DPSIO	:	Direction de la Promotion des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DRFM	:	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DSCR	:	Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté

DSME	:	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ENAM	:	Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
LRM	:	Laboratoire de Référence de Mycobactérie
MS	:	Ministère de la Santé
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PAG	:	Programme d'Action du Gouvernement
PNT	:	Programme National contre la Tuberculose
SAAL	:	Service de l'Administration, de l'Approvisionnement et de la Logistique
SAF	:	Service des Affaires Financières
SCI	:	Service de Contrôle Interne
SCMS	:	Service de Communication et de Mobilisation Sociale
SF	:	Service de Formation
SGM	:	Secrétariat Général du Ministère
SIGFIP	:	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SLATD	:	Service de Laboratoire et Autres Techniques Diagnostiques
SPC	:	Service de Prise en Charge
SPPS	:	Service de Promotion et de Protection Sanitaire
SRO	:	Service de Recherche Opérationnelle
SSE	:	Service de Suivi – Evaluation
TIC	:	Technologies de l'Information et de la Communication
TPM+	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TPM-	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Négative
UICTMR	:	Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

1) Liste des Tableaux

Tableau I	: Répartition par département des cas de tuberculose selon l'issue du traitement en 2008	15
Tableau II	: Point des ressources financières et taux de consommation en 2009	20
Tableau III	: Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt	24
Tableau IV	: Taux de détection de la tuberculose au Bénin entre 2004 et 2011	27
Tableau V	: Tableau de bord de l'étude	36
Tableau VI	: Prévalence et mortalité liées à la tuberculose (2009)	39
Tableau VII	: Grille d'analyse des hypothèses de l'étude	44
Tableau VIII	: Echantillonnage	49
Tableau IX	: Répartition des enquêtés selon la possession d'un poste récepteur	52
Tableau X	: Répartition des enquêtés par rapport à la qualité des messages	53
Tableau XI	: Répartition des enquêtés selon la connaissance des messages sur la tuberculose	53
Tableau XII	: Répartition des enquêtés selon les raisons de la faible accessibilité aux soins de santé	55
Tableau XIII	: Répartition des enquêtés selon les raisons évoquées pour justifier le retard dans le recours aux centres de santé	56
Tableau XIV	: Répartition des enquêtés selon l'état des malades dépistés	57
Tableau XV	: Répartition des enquêtés selon le délai de recours aux centres de santé	58
Tableau XVI	: Cadre logique préliminaire du projet	67
Tableau XVII	: Budget du projet	68
Tableau XVIII	: Présentation des conditions de mise en œuvre et recommandations	69
Tableau XIX	: Tableau Synthèse de l'Etude	70

2) Liste des graphiques

Graphique I	: Répartition des enquêtés selon la possession d'un poste récepteur	52
Graphique II	: Répartition des enquêtés par rapport à la qualité des messages	53
Graphique III	: Répartition des enquêtés selon la connaissance des messages sur la tuberculose	54
Graphique IV	: Répartition des enquêtés selon les raisons de la faible accessibilité aux soins de santé	55
Graphique V	: Répartition des enquêtés selon les raisons évoquées pour justifier le retard dans le recours aux centres de santé	57
Graphique VI	: Répartition des enquêtés selon l'état des malades dépistés	57
Graphique VII	: Répartition des enquêtés selon le délai de recours aux centres de santé	58

RESUME

Le Programme National contre la Tuberculose est un programme prioritaire du Ministère de la Santé. De grands efforts sont sans cesse déployés par la coordination dudit programme, comme en témoignent les résultats élogieux qui sont toujours améliorés d'année en année.

Mais force est de constater que par rapport aux prévisions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le PNT est à un taux de détection de 44% pour la tuberculose au sein de la population béninoise. Cela veut dire en termes clairs qu'il y a encore des malades de la tuberculose qui sont tapis au sein de la population et qui continuent de propager allègrement la maladie.

C'est cet état de choses qui a retenu notre attention et qui nous a amené à réfléchir aux limites de la stratégie de détection des nouveaux cas de tuberculose par le Programme National contre la Tuberculose au Bénin. L'objectif général de cette étude est d'expliquer la prévalence au Bénin du faible taux de dépistage de la tuberculose en vue de la recherche de solutions appropriées.

Le diagnostic à blanc, la revue de littérature et l'enquête de terrain nous ont permis d'établir le diagnostic définitif ci-après :

- Le faible accès des populations aux soins de santé est dû à l'indisponibilité des soins de proximité en leur faveur.
- L'inexistence des soins de santé de proximité est à la base du faible accès des populations aux soins de santé.
- Les différents recours spontanés des populations en cas de maladie expliquent le recours tardif aux centres de santé.

Nous avons terminé notre étude par la recherche de solutions appropriées au diagnostic ainsi posé. Entre autres approches nous avons préconisé:

- ☞ l'élaboration d'un véritable plan de communication pour le PNT ;
- ☞ l'élaboration d'un projet d'Intensification de la détection des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive au Bénin.

Sommaire

IDENTIFICATION DU JURY	iii	xii
DÉDICACE.....	v	
REMERCIEMENTS.....	vi	
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	vii	
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	ix	
RESUME.....	xi	
INTRODUCTION GENERALE	1	

CHAPITRE PREMIER: DU CADRE GENERAL AU TABLEAU DE

BORD DE L'ETUDE	3	
Section 1 : Cadre institutionnel de l'étude et observations de stage	4	
Paragraphe 1 : Cadre institutionnel de l'étude.....	4	
Paragraphe 2 : Observations de stage	11	
Section 2: De l'inventaire des éléments de l'état des lieux au tableau de bord de l'étude	21	
Paragraphe 1 : Inventaire des éléments de l'état des lieux et choix de la problématique	21	
Paragraphe 2 : Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude	29	

CHAPITRE DEUXIEME: DE LA REVUE DE LITTERATURE AUX

APPROCHES DE SOLUTION	37	
Section 1: De la revue de littérature à l'établissement du diagnostic.....	38	
Paragraphe 1 :Revue de la littérature et démarche méthodologique de l'étude	38	
Paragraphe 2 : Présentation des résultats, analyse des donnée et établissement du diagnostic.....	51	
Section 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre	60	
Paragraphe 1 : Approches de solution aux problèmes.....	60	
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau synthèse de l'étude.....	68	

CONCLUSION.....	72	xiii
BIBLIOGRAPHIE.....	73	
TABLE DES MATIERES	93	

INTRODUCTION GENERALE

La santé joue un rôle très important dans le développement de l'être humain tant du point de vue socio-économique que personnel. Et la bonne santé des citoyens implique inexorablement la bonne santé du pays tout entier. C'est justement ce qu'a bien compris l'Etat Béninois en plaçant, en tête de ses priorités, les secteurs sociaux en y injectant en conséquence de ressources et en y attirant nombre de partenaires techniques et financiers.

L'expérience des projets dans le secteur de la santé inscrite dans la nouvelle approche programme pour une vision globalisante du secteur, se doit donc de garantir les efforts fournis et pérenniser les résultats escomptés. Au nombre des programmes prioritaires du secteur, figure en bonne place le Programme National contre la Tuberculose (PNT).

La politique de lutte contre la tuberculose au Bénin, repose prioritairement sur la détection des cas de frottis positifs et leur traitement, grâce à une chimiothérapie appropriée, pour stériliser les sources de transmission de la maladie. Le couple dépistage et traitement des patients frottis positifs, assure ainsi non seulement l'allègement des souffrances et la baisse de la mortalité liée à la tuberculose, mais elle contribue également à la réduction de la transmission du Bacille de Koch (BK) au sein de la communauté.

Du fait de l'importance de la tuberculose en tant que question de santé publique dans le monde et particulièrement dans les pays en développement, le Bénin a bénéficié de 2003 à 2006, en plus du soutien de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICTMR ou l'Union), de l'appui financier du Fonds Mondial, qui lui a permis d'intensifier les actions de contrôle de la tuberculose dans le pays. Cet appui du Fonds Mondial a été renouvelé pour la période 2010-2015 en vue du renforcement des activités de lutte contre la tuberculose.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que, malgré tous les efforts fournis par le Programme National contre la Tuberculose (PNT), le

Bénin est à un taux de détection de 44% environ. Cela pose un véritable problème car ainsi, bon nombre de malades tuberculeux ne sont toujours pas identifiés, ce qui réduit indubitablement les efforts du PNT.

Etant donné qu'il n'est pas permis au PNT de remettre en cause les données de l'OMS en la matière (elle dispose de tous les outils nécessaires à des calculs fiables à travers le monde), la seule alternative qui s'offre donc au PNT est de réfléchir aux stratégies à mettre en place pour accroître ce taux de détection de la tuberculose au sein de la population béninoise.

C'est dans ce contexte que nous avons choisi, dans le cadre de notre mémoire de fin de formation au cycle 2 de l'ENAM, de nous donner comme sujet de réflexion, « **Les limites à la stratégie de détection des nouveaux cas de tuberculose par le Programme National contre la Tuberculose au Bénin : Analyse et approches de solution** ».

Le développement de ce thème s'articulera autour de deux points essentiels à savoir :

- la présentation du cadre général de l'étude et de la démarche méthodologique adoptée;
- la présentation des résultats de l'enquête et les approches de solutions pour un accroissement du taux de détection de la tuberculose au sein de la population béninoise.

CHAPITRE PREMIER :

**DU CADRE GENERAL AU TABLEAU DE
BORD DE L'ETUDE**

Section 1 : Cadre institutionnel de l'étude et observations de stage

L'étude que nous nous proposons de réaliser a pour cadre institutionnel, le Programme National contre la Tuberculose (PNT), un programme sous tutelle du Ministère de la Santé (MS) dont la connaissance préalable, permettra de mieux comprendre l'état des lieux du PNT lui-même.

Paragraphe 1 : Cadre institutionnel de l'étude

Notre préoccupation ici est d'informer le lecteur sur la structure qui nous a accueilli pour le stage afin de l'amener à une plus grande compréhension de sa mission, de son organisation interne et de son fonctionnement. Ce point sera par conséquent, axé sur le Ministère de la Santé (MS) et à l'intérieur de celui-ci, sur le PNT.

I. Présentation du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé est l'un des départements ministériels du Bénin. Il est actuellement régi par le décret n°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.

A. Mission, attributions et objectifs du Ministère de la Santé

1) Mission et attributions

La principale mission du Ministère de la Santé est « **d'améliorer les conditions socio- sanitaires des familles** ». ¹ Dans le souci de la prise en compte des objectifs retenus dans les différents documents stratégiques de l'Etat, notamment les Programmes d'Actions du Gouvernement (PAG), le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (DSCR), cette

¹ Politiques et stratégies Nationales de développement du secteur santé, 1997-2001

mission a évolué dans le temps avec la prise en compte du volet relatif à la lutte contre la pauvreté. Elle consiste désormais à « **améliorer les conditions socio- sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes** ».

Ainsi, le Ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.

En outre, le Ministère de la Santé est chargé de :

- concevoir les stratégies et méthodes pouvant garantir une bonne santé des citoyens ;
- assurer le bon fonctionnement des services et structures publics et privés qui concourent à la préservation et à l'amélioration de la santé du citoyen béninois ;
- concevoir avec le concours d'autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.

Pour remplir cette noble mission, le Ministère de la Santé s'est fixé des objectifs bien précis.

2) Objectifs stratégiques

Les objectifs de la politique sanitaire du Bénin dérivent de l'objectif de "santé pour tous au 21^{ème} siècle" et visent à donner la meilleure réponse possible aux besoins de santé des populations. Ainsi, le Ministère de la Santé s'est fixé des objectifs globaux intégrant ceux du millénaire pour le développement. Il s'agit de :

- améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé ;

- améliorer la participation communautaire et l'utilisation des services de santé ;
- améliorer la prise en charge des populations pauvres et indigentes ;
- réduire l'extrême pauvreté et la faim ;
- réduire la mortalité des enfants ;
- améliorer la santé maternelle ;
- combattre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies.

Le Ministère de la Santé a mis en place une organisation qui lui permet de remplir la mission qui lui est assignée.

B. Organisation et fonctionnement

1) Bref aperçu sur les différentes Directions du Ministère

Pour atteindre les objectifs ci-dessus énoncés, le Ministère dispose de :

- Structures directement rattachées au Ministre que sont l'Inspection Générale du Ministère, la Cellule de Communication et le Secrétariat Particulier du Ministre ;
- Le Cabinet du Ministre composé de :
 - un Directeur de Cabinet et son Adjoint;
 - cinq Conseillers Techniques ;
 - un Attaché de Cabinet ;
 - un Chef de la Cellule de Communication ;
 - un Assistant du Ministre.
- Secrétariat Général du Ministère (SGM), qui est la mémoire du Ministère (en témoigne l'inamovibilité du responsable de cette structure pendant au moins cinq (05) ans, comprend :
 - le Secrétariat Administratif;

- le Service de Pré-archivage ;
- le Service Informatique ;
- le Service des Relations avec les usagers ;
- le Service du Protocole du Ministère
- la Cellule de Passation des Marchés Publics ;
- la Cellule Sectorielle de Pilotage de la Réforme Administrative.
- Directions centrales au nombre de trois (03) :
 - la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) ;
 - la Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
 - la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP).
- Directions Techniques au nombre de huit (08). Ce sont :
 - la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM) ;
 - la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers (DNEH) ;
 - la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP);
 - la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) ;
 - la Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED) ;
 - la Direction de la Formation et de la recherche en Santé (DFRS) ;
 - la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB) ;
 - la Direction de la Promotion des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DPSIO).

2) Autres structures d'appui

En dehors de ces structures centrales et techniques du ministère, il existe six (06) Directions Départementales de la Santé (DDS) chargées de

l'intégration de toutes les actions de santé au niveau du département dans le cadre de la politique sanitaire nationale.

Le Ministère dispose également des organismes sous tutelle.

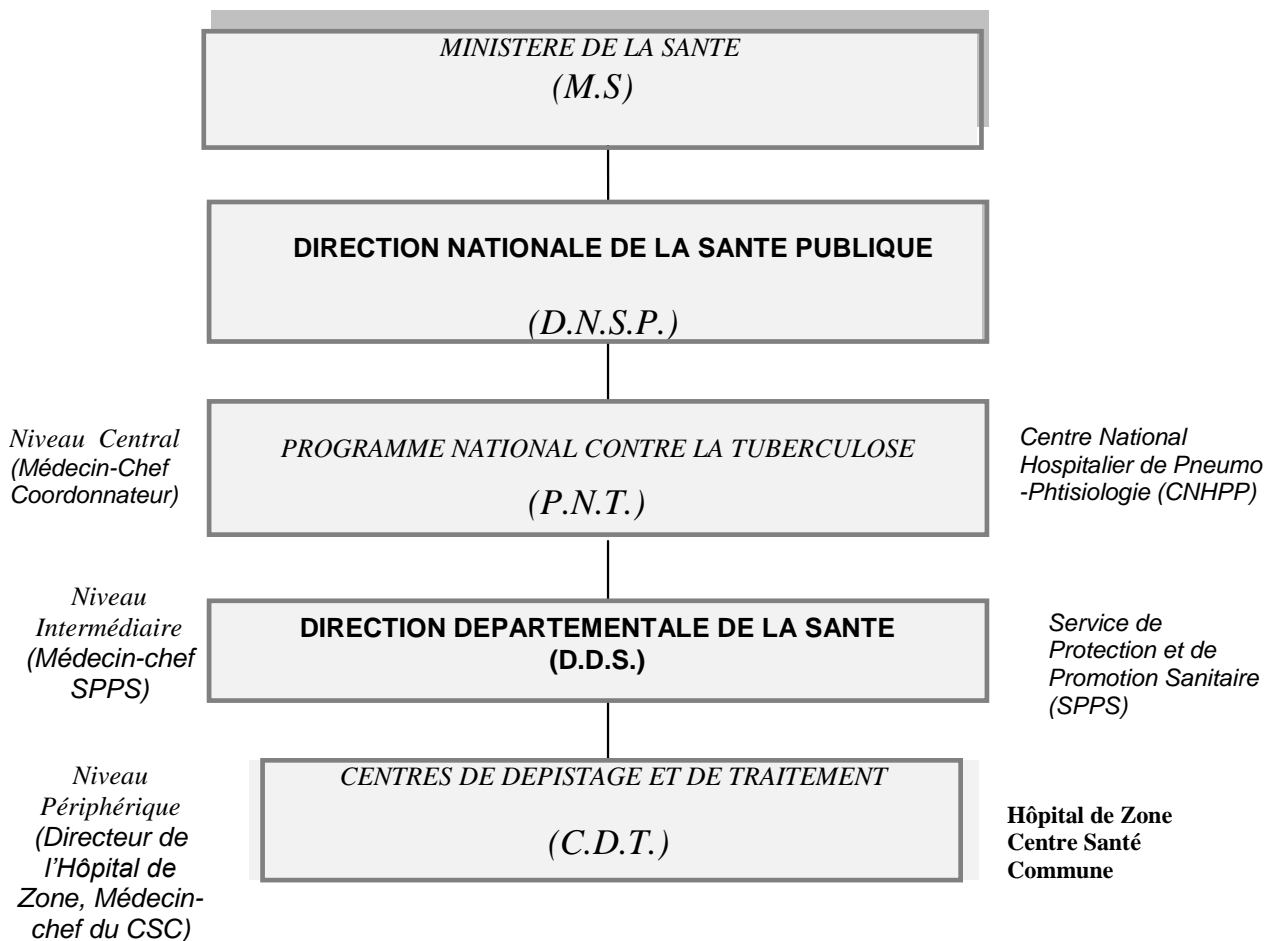
Notons au passage qu'en plus des différentes structures sus citées, il existe des organes de soutien au sein du Ministère tel que le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP).

Nombreuses sont les directions précitées qui gèrent des projets et programmes du ministère dont l'organigramme figure en annexe n°1 du présent mémoire. C'est le cas de la DNSP qui a à charge, le Programme National contre la Tuberculose (PNT) dont il convient à présent d'indiquer l'organisation structurelle et fonctionnelle.

II. Le Programme National contre la Tuberculose (PNT) dans le système sanitaire

La structure du PNT est calquée sur celle du système national de santé qui est de forme pyramidale avec un niveau central ou national, un niveau intermédiaire ou départemental et un niveau périphérique ou opérationnel. L'organigramme de cette structure se présente comme suit :

Organigramme du PNT au sein du système sanitaire



A- Niveau central

Le PNT est l'un des programmes prioritaires du Ministère de la Santé au Bénin. Il est sous la tutelle de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP).

Le bureau de coordination du PNT est situé dans l'enceinte du Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP) de Cotonou. Il est chargé de définir la politique du pays en matière de lutte antituberculeuse et de favoriser sa mise en œuvre en collaboration avec tous les acteurs impliqués dans la lutte.

Conformément aux dispositions de l'arrêté de restructuration n°2010/2111/MS/DC/SGM/CTJ/DNPS/PNT/SA du 9 avril 2010 portant

organisation des services du PNT, le programme est structuré en huit services à savoir :

- Le Service Administration, Approvisionnement et Logistique (SAAL) ;
- Le Service des Affaires Financières (SAF) ;
- Le Service de Prise en Charge (SPC) ;
- Le Service de Laboratoire et Autres Techniques Diagnostiques (SLATD) ;
- Le Service de Formation (SF);
- Le Service de Communication et Mobilisation Sociale (SCMS) ;
- Le Service Recherche Opérationnelle (SRO);
- Le Service de Contrôle Interne (SCI) ;
- Le Service de Suivi-Evaluation (SSE).

Chaque service est organisé en divisions (Voir Organigramme détaillé du PNT en annexe n°2).

B- Niveau intermédiaire

Le PNT est représenté au niveau de la DDS par le Service de Protection et de Promotion Sanitaires (SPPS) qui a en charge, la gestion de l'ensemble des programmes de santé au niveau régional. Pour le compte du PNT, il s'occupe de l'approvisionnement des Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) en consommables, réactifs et médicaments antituberculeux fournis par le niveau central. Il participe également aux activités de supervision, de formation du personnel et d'appui aux partenaires locaux impliqués dans la lutte antituberculeuse.

C- Niveau périphérique

Au niveau opérationnel, le PNT s'appuie actuellement sur un réseau de cinquante sept (57) CDT, intégrés aux centres de santé des communes (CSC) ou hôpitaux de zone. C'est à ce niveau que les patients tuberculeux sont diagnostiqués, mis sous traitement et suivis jusqu'au terme de la prise en charge.

Dans le cadre du partenariat secteur public/secteur privé, certains centres de santé confessionnels exerçant un attrait particulier sur les populations, en raison de la qualité des offres de soins et des coûts, ont été également érigés en CDT.

Des centres de traitement directement observé (CTDO) annexés aux CDT, sont créés dans certaines localités pour administrer exclusivement les médicaments sous observation directe aux patients en phase intensive de traitement et dont les domiciles sont loin des CDT.

Bien d'autres centres de santé privés ou publics, sont sollicités en cas de nécessité, pour collaborer à l'administration sous observation directe des médicaments en ambulatoire aux patients.

Cette présentation du PNT permet de mieux comprendre l'état des lieux objet du paragraphe suivant.

Paragraphe 2 : Observations de stage

L'état des lieux du PNT est ici fait par rapport à ses attributions, son mécanisme de fonctionnement et les moyens dont il dispose pour assurer sa mission.

I- Attributions, fonctionnement et ressources du PNT

A- Attributions du PNT

Le PNT assure la prévention, le diagnostic et le traitement de la Tuberculose. Il supervise un réseau de CDT. On en déduit pour le programme, une mission à triple volet à savoir : aspect réglementaire et préventif, aspect curatif et aspect fonctionnel.

1) Mission réglementaire et préventive

Aux termes du Décret n° 2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, la surveillance épidémiologique en matière de Tuberculose au Bénin est assurée par le programme national contre la Tuberculose.

2) Mission curative

Il s'agit de la détection des cas de tuberculose toutes formes confondues et leur traitement jusqu'à la guérison par une chimiothérapie spécifique. Pour ce faire, le PNT définit la chimiothérapie et la durée du traitement selon la forme de la tuberculose détectée.

3) Mission fonctionnelle

Le PNT supervise un réseau de cinquante sept (57) Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) de la tuberculose.

Au niveau opérationnel, les supervisions des CDT sont faites par le médecin chef du Service de Protection et de la Promotion Sanitaires (SPPS) des DDS. Une quarantaine de Centres de Traitement Directement Observé (CTDO) sont créés dans les arrondissements des communes abritant les CDT pour permettre à certains malades de prendre leur traitement non loin de leur domicile au cours de la phase intensive du traitement.

B- Le fonctionnement du PNT

Le Programme National contre la Tuberculose fonctionne à travers ses différents services essentiels dont quelques uns feront l'objet de la présente étude compte tenu de leur degré d'implication dans les activités de dépistage et de rapportage.

1) Service de Communication et Mobilisation Sociale (SCMS)

Conformément au manuel de procédures du PNT, ce service a entre autres comme attributions :

- d'identifier les besoins en communication et mobilisation sociale ;
- d'élaborer les plans de communication et de mobilisation sociale ;
- de veiller à la mise en œuvre des plans de communication et de mobilisation sociale ;
- de coordonner les activités des Organisations Non Gouvernementales et autres partenaires communautaires ;
- de renseigner le site Internet du programme : www.pnt-benin.bj.

Il s'agit donc d'un véritable service de contact qui doit, dans un premier temps, identifier les besoins en communication et en mobilisation sociale puis formuler les politiques adéquates pour y répondre convenablement. Cette politique doit être déclinée en activités rigoureusement planifiées dont la mise en œuvre impliquerait les différents niveaux de la pyramide sanitaire de même que les partenaires du PNT à savoir les ONG, les radios, les télévisions.

Cependant, force est de constater qu'en matière de communication au PNT, il existe plusieurs activités routinières qui ne sont forcément pas constituées en un plan de communication cohérent. Ce qui nous a amené à conclure qu'il y a ici **une absence de plan de communication et de mobilisation sociale (faiblesse)**.

Aussi, avons-nous remarqué au cours de notre stage que ce service est dirigé par un médecin qui n'a pas reçu une formation spécifique dans le domaine de la communication et de la mobilisation sociale de sorte qu'en dépit de toute sa bonne volonté, ce service manque de visibilité. Par ailleurs, nous avons noté une absence de cohésion et de travail en équipe au sein de ce service. Il faut donc relever que ce service souffre de la non responsabilisation d'un spécialiste en communication et de l'absence de travail en équipe (faiblesse) qui s'accompagnent **d'un faible niveau d'information des populations sur la tuberculose (Faiblesse)**.

2) Le Service des Affaires Financières

Il est chargé des travaux courants de comptabilité. Il reçoit les factures et les bordereaux de livraison en provenance du service des affaires administratives et économiques, et effectue les différents paiements. Il procède à l'imputation directe sur les factures au compte de charges par nature ou aux rubriques analytiques à l'ordinateur ; ce qui permet un **suivi régulier des comptes de tiers (Force)**. **Les comptes bancaires sont également tenus conformément aux réglementations en vigueur (Force)**.

La comptabilité et les finances, de par l'enregistrement quotidien, élaborent les rapports comptables et financiers périodiques de tous les financements du programme.

Nous avons noté **une faible implication du niveau opérationnel dans le financement des activités (faiblesse)**.

3) Le service de prise en charge

Ce service s'occupe de la détection et de la prise en charge de la tuberculose. En effet, les performances du PNT sont toujours intéressantes notamment avec un taux de succès thérapeutique de 89% en 2008 (évaluation

faite en 2009), un taux d'échec au traitement de 2%, un taux de décès de 6% et un taux de perdu de vue de 2%.

Tableau I : Répartition par département des cas de tuberculose selon l'issue du traitement en 2008

Département	Succès					Nombre total évalué (N)
	Thérapeutique (%)	Echec (%)	Décédé (%)	Perdu de vue (%)	Transféré (%)	
Atacora-Donga	90	2	7	1	1	165
Atlantique-Littoral	87	3	5	4	1	1151
Borgou-Alibori	84	3	10	1	1	231
Mono-Couffo	90	3	7	0	0	486
Ouémé-Plateau	92	1	4	2	0	629
Zou-Collines	92	2	5	0	1	317
Total	89	2	6	2	1	2979

Source : Rapport annuel PNT 2009

L'estimation du taux de détection, toutes formes confondues, est cependant relativement faible (44%) par rapport aux objectifs de l'OMS pour le Bénin en dépit des nombreux efforts consentis par le programme d'une année à une autre.

Des statistiques issues des activités du service médico - technique, découlent un **faible taux de détection de la tuberculose toutes formes confondues (Faiblesse)**. Les nouveaux régimes thérapeutiques de six (06) mois au lieu de huit (08) mois comme par le passé pour tous les nouveaux cas, sont mis en place depuis le 1^{er} Avril 2006. Il n'y a pas eu de problèmes particuliers liés à ce changement thérapeutique. **La surveillance du traitement est extrêmement stricte en phase intensive (Force)**.

En effet, tous les patients signalant des plaintes de toux trainante sont systématiquement orientés vers le laboratoire pour y subir les analyses de crachats. Cette analyse de crachat est le moyen le plus sûr de nos jours pour

poser le diagnostic des TPM+. Malheureusement, il est observé que les patients ont souvent un **recours tardif aux structures de soins (Faiblesse)**. Cet état de choses affecte considérablement le taux de dépistage et il urge de rechercher de nouveaux moyens pour d'une part, ratisser plus large et d'autre part, arriver à une démarche spontanée des populations vers les structures de soins.

A l'heure où l'épidémie de cas d'ultra résistance inquiète la communauté internationale, il est rassurant de constater qu'un programme bien mené permet d'éviter l'émergence d'un tel problème au Bénin où l'on note **la quasi-absence de formes de tuberculose ultra résistantes (Force)**. Les quelques cas de malades multi résistants font néanmoins l'objet de toute l'attention du PNT et sont pris en charge avec les médicaments de 2^{ème} ligne. Il y a donc **une bonne prise en charge des multi résistants par le PNT (Force)**.

Aussi, remarquons-nous que dans l'ensemble du réseau des cinquante sept (57) CDT que compte le PNT, à l'exception du CNHPP et du CPP Akron, les CDT sont intégrés à la pyramide sanitaire et font partie des centres de santé de commune ou des hôpitaux de zone et n'y sont donc pas distincts. La détection et la prise en charge des cas de tuberculose sont donc le quotidien de personnels non spécialisés et occupés à d'autres fonctions. Il s'agit pour la plupart, d'Agents Permanents ou contractuels de l'Etat dont le salaire ne provient pas du PNT et n'est pas non plus lié au fait qu'ils s'occupent ou non de la tuberculose. Il y a donc à ce niveau, une **indépendance financière des responsables CDT vis-à-vis du PNT (Faiblesse)**.

Sur un autre plan, il se pose aux populations de sérieux problèmes **d'accessibilité aux soins de santé de qualité (Faiblesse)** du fait de la grande distance à parcourir parfois pour se rendre dans un centre de santé.

4) Service de Suivi-Evaluation

Le service de suivi-évaluation du PNT assure la mise en œuvre du système de suivi-évaluation, le respect du plan de suivi-évaluation par les partenaires et coordonne la production, dans les meilleurs délais, des rapports périodiques. A ce niveau, nous avons remarqué que **tous les rapports du PNT sont produits dans les délais requis (Force)**, conformément au manuel de procédures.

Ce service est le garant de la démarche qualité au sein du programme. A ce titre, il assure la fiabilité des données recueillies à tous les niveaux (opérationnel, intermédiaire et central) d'intervention du programme. **Toutes les données sont systématiquement validées au moyen des supervisions avant leur compilation pour la production des rapports (Force)**.

Il faut tout de même noter que le surcroît de travail amène parfois ce service à connaître **un retard dans la validation de certains rapports d'activités (Faiblesse)**.

Ce service est animé par deux statisticiens qui sont des spécialistes en suivi-évaluation. **Toutefois, cet effectif est insuffisant au regard de l'étendue des attributions qui sont celles de ce service (faiblesse)**.

II- Les ressources du Programme National contre la Tuberculose

Il s'agit des moyens techniques et humains d'une part et des ressources financières d'autre part, dont se sert le programme pour assurer son fonctionnement dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

A- Ressources humaines

Le personnel chargé de la lutte contre la tuberculose se répartit entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

L'équipe du niveau central est composée des agents permanents de l'Etat, des contractuels de l'Etat et des contractuels sur projets ou sur fonds propres. L'équipe médicale et paramédicale du niveau central est constituée de médecins spécialistes en pneumo-phtisiologie, en biologie, en médecine interne, en épidémiologie, en santé publique, de médecins généralistes, d'infirmiers, de bio-technologistes et d'ingénieurs en radiologie. Cette équipe est appuyée par des administrateurs, financiers, statisticiens, secrétaires, assistants sociaux, opérateurs de saisie, agents de liaison, standardiste, agents d'entretien et d'hygiène, gardiens et conducteurs de véhicules administratifs.

Au niveau intermédiaire, le PNT est représenté par le médecin-chef du SPPS aidé dans ses tâches par un infirmier. Le SPPS des départements du Borgou-Alibori est renforcé par un médecin et un technicien de laboratoire contractuels du Fonds Mondial contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM).

Au niveau périphérique, se trouvent le médecin coordonnateur de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire, le médecin chef du CSC responsable du CDT ou le médecin chef médecine interne de l'hôpital de zone aidés d'un infirmier et d'un technicien de laboratoire.

Le CDT de Parakou, le Centre de Pneumo-Phtisiologie (CPP) Akron de Porto-Novo, le centre de santé Béthesda et l'hôpital confessionnel St Luc de Cotonou ont été renforcés en ressources humaines grâce à l'appui du FM.

B- Ressources matérielles

❖ Au niveau central

Le PNT dispose de véhicules 4x4 et des motos pour la mise en œuvre des activités aux niveaux central et intermédiaire.

Le Laboratoire de Référence des Mycobactéries (LRM) du PNT est équipé en matériel complet pour le dépistage (la microscopie ordinaire, la microscopie à fluorescence, la culture, les tests de sensibilité et la biologie moléculaire).

Le CNHPP qui est le centre de prise en charge de référence du PNT, dispose de deux (02) salles de radiodiagnostic, d'une salle d'échographie, d'équipements performants d'endoscopie bronchique, de matériels de spirométrie, d'un secteur de salles d'hébergement des patients tuberculeux.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR), un nouveau secteur séparé d'hospitalisation des pathologies respiratoires non tuberculeuses, est créé avec une salle équipée de bouteille d'oxygène.

Enfin, une consultation spécifique d'asthmologie est assurée et le matériel de bilan et de suivi est disponible à cet effet.

❖ Au niveau intermédiaire

Tous les SPPS sont dotés d'un véhicule 4x4 et d'une moto, d'un stock de médicaments, de petits matériels, consommables et réactifs de laboratoire.

❖ Au niveau périphérique

Chaque CDT dispose de microscopes, consommables et réactifs nécessaires pour la bacilloscopie et le dépistage sérologique de l'infection par le VIH chez les tuberculeux, de médicaments antituberculeux et de vivres en stock suffisant pour la prise en charge de tous les malades dépistés et d'une moto pour la recherche des malades irréguliers et/ou pour la collecte des crachats.

C- Ressources Financières du PNT

Les différentes ressources mobilisées par le PNT et leur utilisation au cours de l'année 2009 sont résumées dans le tableau ci-après :

Tableau II : Point des ressources financières et taux de consommation en 2009

Rubriques	Prévisions (en milliers FCFA)	Dépenses (en milliers FCFA)	Taux de consommation
Total PIP	170 000	78 676	46%
Total crédits délégués	55 500	44 341	80%
Total ressources intérieures	225 500	123017	55%
Total L'Union	19 679	19 662	100%
Total Fonds Mondial	919 719	670 023	73%
Total ressources extérieures	939 398	689 685	82%
Total PNT	1 164 898	812 702	70%

Source : Rapport annuel PNT 2009

Au cours de l'année 2009, le PNT a mobilisé 1 164 898 000 francs CFA dont 80,6% sont obtenus du Fonds Mondial (voir détails en annexe n°3). Il est noté également un faible taux de mobilisation des ressources pour le PIP (46%) et de façon générale pour les ressources internes (55%) alors que le taux de consommation des ressources extérieures est de 82%. Une rapide exploration de la situation nous a permis d'expliquer ces taux de consommation.

En effet, la quasi-totalité des activités planifiées sur ressources extérieures ont été exécutées avec un peu d'économie par rapport à ce qui avait été prévu. Par contre, pour ce qui concerne les ressources intérieures, la sous consommation est due à l'indisponibilité des ressources au moment où les besoins existent réellement sur le terrain de même qu'aux fermetures intempestives de la plate forme SIGFIP (Système Intégré de Gestion des Finances Publiques) doublées de l'arrêt précoce des ordonnancements et des engagements.

Le ciblage de la problématique de l'étude s'est réalisé à travers les observations de stage au niveau des différents services du PNT. Ces observations ont permis de mettre en évidence des atouts, des faiblesses et des menaces. L'inventaire de ces éléments a favorisé le choix de notre problématique.

Section 2: De l'inventaire des éléments de l'état des lieux au tableau de bord de l'étude

Paragraphe 1 : Inventaire des éléments de l'état des lieux et choix de la problématique

I- Inventaire des éléments de l'état des lieux de base

Au vu de l'état des lieux précédemment réalisé, une catégorisation des observations nous a permis de relever les forces et les problèmes du PNT.

A- Les forces

Les forces et opportunités issues des observations que nous avons faites au cours de notre stage se résument comme ci-après :

- 1- le suivi régulier des comptes de tiers ;
- 2- la tenue conformément aux règles en la matière des comptes bancaires ;
- 3- la surveillance stricte du traitement en phase intensive ;
- 4- l'absence de formes de tuberculose ultra résistante ;
- 5- la bonne prise en charge par le PNT des cas multi résistants ;
- 6- la validation systématique de toutes les données du programme au moyen des supervisions avant leur compilation pour la production des rapports ;
- 7- la production dans les délais prescrits des rapports du PNT.

B- Les problèmes (faiblesses)

Les insuffisances liées au fonctionnement du Programme National Contre la Tuberculose sont :

- 1- l'absence de plan de communication et de mobilisation sociale ;
- 2- le faible niveau d'information des populations sur la tuberculose ;
- 3- la non responsabilisation d'un spécialiste en communication ;
- 4- l'absence de travail en équipe ;
- 5- l'indépendance financière des responsables CDT vis-à-vis du PNT ;
- 6- le faible taux de détection de la tuberculose toutes formes confondues ;
- 7- le recours tardif des malades aux structures de soins ;
- 8- le retard dans la validation de certains rapports d'activités ;
- 9- la faible accessibilité des populations aux soins de santé ;
- 10- la faible implication du niveau opérationnel dans le financement des activités.

II- Catégorisation des problèmes spécifiques et choix de la problématique

Dans la perspective de dégager la problématique, nous avons procédé au regroupement des insuffisances par centre d'intérêt.

**A- Regroupement des problèmes spécifiques par centre
d'intérêt**

Toutes les faiblesses énumérées ci-dessus représentent des problèmes spécifiques que nous avons regroupés en quatre (04) différentes problématiques comme le présente le tableau ci-après :

Tableau III : Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Libellés de la problématique
1	Information, Education et Communication (IEC)	<ul style="list-style-type: none"> - absence de plan de communication et de mobilisation sociale - non responsabilisation d'un spécialiste en communication - absence de travail en équipe 	Inexistence d'un plan de communication	Problématique de l'inexistence d'un plan de communication
2	Financement des activités	<ul style="list-style-type: none"> - faible implication du niveau opérationnel dans le financement des activités - indépendance financière des responsables CDT vis-à-vis du PNT 	Absence de décentralisation du financement du Fonds Mondial	Problématique de la non effectivité de la décentralisation du financement Fonds Mondial
3	Détection des cas de tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> - faible niveau d'information des populations sur la tuberculose - faible accessibilité des populations aux soins de santé - recours tardif aux structures de soins 	Faible taux de détection de la tuberculose	Problématique du faible niveau de détection de la tuberculose au sein des populations
4	Validation des données	<ul style="list-style-type: none"> - retard dans la validation de certains rapports - insuffisance du personnel statisticien 	Manque de célérité dans la validation des données	Problématique de la faiblesse du système de suivi-évaluation

Source : Notre étude sur le PNT, sept. 2010

De ces quatre centres d'intérêt, nous avons dégagé un qui a permis de formuler la problématique de notre étude.

B- Choix de la problématique

L'étude des différents problèmes identifiés au cours de la restitution des mécanismes de fonctionnement du Programme National contre la Tuberculose nous laisse percevoir que tous les centres d'intérêt représentent des problématiques qu'il faudra résoudre. Il s'agit de:

- 1- Problématique de l'inexistence d'un plan de communication ;
- 2- Problématique de la non effectivité de la décentralisation du financement Fonds Mondial ;
- 3- Problématique du faible niveau de détection de la tuberculose au sein des populations ;
- 4- Problématique de la faiblesse du système de suivi-évaluation.

En principe, ces différentes problématiques devraient toutes susciter la sollicitude des décideurs pour l'amélioration des prestations du programme, mais pour les besoins de ce travail, une seule sera retenue. Ainsi, le choix de notre problématique sera fortement guidé non seulement par le souci d'application des notions acquises au cours de notre cycle universitaire en Gestion des Programmes / Projets, mais également par celui de l'amélioration des prestations, de la nécessité de réussite et de la bonne gestion du Programme National contre la Tuberculose.

Cela étant, la problématique 1 relative à la communication et à la mobilisation sociale ne relève pas de notre domaine de compétence.

Pour ce qui est de la problématique 4 relative au système de suivi-évaluation, la réorganisation du service est déjà en cours.

Quant à la problématique 2 relative à la décentralisation du financement du Fonds Mondial, elle a fait l'objet d'une récente étude dans le cadre de

travaux de recherche de fin de formation au cycle 2 de l'ENAM². Notre étude ne saurait reprendre le précédent travail dont les résultats sont pour l'heure, en cours d'expérimentation.

Notre étude portera donc sur la problématique 3 relative au faible niveau de détection de la tuberculose car elle nous permettra en effet, de réfléchir sur les stratégies mises en place au PNT et de proposer des actions pour corriger cet état des choses.

Cette problématique sera libellée à travers le problème général du **faible taux de détection de la tuberculose**, et les problèmes spécifiques ci-après :

- 1- le faible niveau d'information des populations sur la tuberculose ;
- 2- la faible accessibilité des populations aux soins de santé ;
- 3- le recours tardif aux structures de soins.

C- Formulation du sujet, spécification et séquences de résolution de la problématique

Il sera abordé en premier lieu, la formulation du sujet et la spécification de la problématique ; viendront ensuite les séquences de résolution.

1- Formulation du sujet, Spécification de la problématique.

a- Formulation du sujet et justification du thème

C'est dans le souci de pérenniser les performances du Programme National contre la Tuberculose, en favorisant une augmentation du taux de détection de la tuberculose et aussi de participer à la résolution des problèmes spécifiques qui sont les manifestations du problème général liés à la problématique choisie, que nous avons décidé de mener notre étude sur le

² MENSAH, P. (2007) »Décentralisation et intégration du financement du Fonds Mondial au niveau opérationnel », Mémoire Cycle 2, Filière AHUI, ENAM, 2007.

thème : «**LES LIMITES DE LA STRATEGIE DE DETECTION DES NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE PAR LE PROGRAMME NATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE AU BENIN : ANALYSE ET APPROCHES DE SOLUTIONS**».

Ce thème est d'un intérêt avéré eu égard aux objectifs de l'OMS qui sont du reste, loin d'être atteints par les pays en développement comme le Bénin. Le tableau suivant illustre la situation du Bénin en matière de dépistage de 2004 à 2009 de même que les prévisions pour 2010 et 2011.

Tableau IV: Taux de détection de la tuberculose au Bénin entre 2004 et 2011

Année	Attendus selon l'OMS	Cas déclarés par le PNT	Variation annuelle	Taux de détection
2004	7 099	3 304	-	47
2005	7 416	3 457	4,60%	47
2006	7 878	3 734	8,00%	47
2007	8 272	3 673	-1,60%	44
2008	8 685	3 977	15,50%	46
2009	9 120	3 987	15,50%	44
2010*	9 576	5 659	15,50%	59
2011*	10 055	6 537	15,50%	65

* Les chiffres de ces lignes sont des projections
Source : OMS, Rapport n° 23, Janvier 2008

Ce tableau nous montre clairement le faible taux de dépistage par rapport aux objectifs de l'OMS. Ce sous dépistage constitue une grave menace pour les populations étant donné que nombre de tuberculeux non détectés sont tapis en leur sein et continuent de propager la maladie inconsciemment.

La réalisation des objectifs de l'OMS ne sera effective que si le Bénin, comme tous les pays en voie de développement confrontés aux mêmes difficultés, met au point de nouvelles stratégies de ratissage au sein des populations. Il sera donc question de penser et de mettre en œuvre, de

nouvelles politiques ou mesures de recherche active de cas de tuberculose toutes formes confondues.

De telles mesures devront constituer également une réponse au recours tardif des populations aux soins et pallier le problème de la sous information des populations et de leur accessibilité aux soins de santé.

b- Spécification de la problématique

Le traitement efficace d'une maladie dépend à la fois des méthodes utilisées et des moyens disponibles. La détection précoce et la mise sous traitement restent cependant le meilleur moyen de lutte contre la tuberculose. Elles contribuent in fine à la rupture de la chaîne de transmission de la tuberculose.

En effet, la lutte efficace contre la tuberculose repose sur le dépistage des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse et leur traitement jusqu'à la guérison par une chimiothérapie spécifique. Le problème ici est celui d'un dépistage précoce et large au sein des populations.

La résolution des problèmes spécifiques liés à la problématique choisie nous paraît, sans prétention aucune, indispensable pour contribuer à l'augmentation du taux de détection de la tuberculose au sein des populations.

2- Séquences de résolution de la problématique

Il importe de préciser les séquences de résolution des problèmes spécifiques retenus et par voie de conséquence, du problème général identifié.

La résolution de la problématique retenue peut être restituée en douze (12) étapes à savoir :

- 1- fixation des objectifs de la recherche ;
- 2- formulation des hypothèses de recherche ;
- 3- construction du tableau de bord de l'étude (TBE) ;

- 4- revue de la littérature ;
- 5- choix de l'outil de collecte des données ;
- 6- choix de l'outil d'analyse des données ;
- 7- collecte des données ;
- 8- analyse des données et vérification des hypothèses ;
- 9- établissement du diagnostic ;
- 10- proposition des approches de solutions ;
- 11- conditions de mise en œuvre des solutions proposées ;
- 12- construction du tableau de synthèse de l'étude (TSE).

La définition du cadre théorique se fera autour de la spécification des objectifs et des hypothèses de l'étude d'une part, de la revue de la littérature d'autre part. C'est après cela que nous présenterons l'approche méthodologique que nous avons préconisée.

Paragraphe 2: Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude

La problématique comprend le problème général et les problèmes spécifiques suivants:

- **Problème général:** Faible taux de détection de la tuberculose ;
- **Problème spécifique n°1 :** faible niveau d'information des populations sur la tuberculose ;
- **Problème spécifique n° 2 :** faible accessibilité des populations aux soins de santé ;
- **Problème spécifique n° 3 :** recours tardif aux structures de soins.

I- Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont fixés en termes d'objectif général et d'objectifs spécifiques.

A- Objectif général

A travers cette étude, il s'agira pour nous d'expliquer la prévalence du faible taux de dépistage de la tuberculose au Bénin en vue de la recherche de solutions appropriées.

B- Objectifs spécifiques

Ils sont formulés en fonction des problèmes spécifiques évoqués. Il s'agit de:

Objectif n°1 : Apprécier la qualité des messages adressés à la population par différents canaux sur la tuberculose.

Objectif n°2 : Analyser la place des ressources financières dans les déterminants de la décision de recours aux soins de santé.

Objectif n°3 : Déterminer le temps moyen qui s'écoule entre la survenue de la toux et le recours à une structure de santé.

II- Hypothèses de l'étude

Avant d'énoncer les hypothèses, nous rappellerons les causes probables à la base des problèmes spécifiques identifiés et partant, du problème général. Ces causes sont celles couramment avancées par les agents lors des entretiens informels que nous avons eus avec les différents intervenants au cours de notre stage.

A- Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2

❖ Cause et hypothèse liées au faible niveau d'information des populations sur la tuberculose

Ce problème spécifique du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose peut être dû à :

- **l'usage de méthodes de communication inadaptées ;**
- **le difficile accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC) ;**
- **des contenus de messages inappropriés.**

S'agissant des méthodes de communication inadaptées, il importe de souligner que le PNT utilise entre autres canaux, les relais communautaires, les ONG, les communautés religieuses et les médias (radios rurales locales communautaires, les radios commerciales, télévisions et presse écrite). Différents messages sur la tuberculose sont diffusés au moyen de ces canaux avec pour cible, les populations quel que soit leur statut ou classe sociale. Nous n'avons pas fait une étude spécifique en la matière mais il est tout de même difficile de trouver au sein de la population, une personne qui n'ait pas accès à l'un au moins de ces canaux de communication. Il ne nous paraît donc pas évident, au vu de tout ceci, que les méthodes de communication utilisées par le PNT soient inadaptées et cette cause ne saurait donc expliquer le problème de la sous information des populations.

Les TIC se rapportent ici à l'outil essentiel que constitue l'internet dont l'utilisation se généralise de jour en jour. Cependant, force est de constater que dans les pays à faible revenu comme le nôtre, il demeure la chasse gardée d'une classe privilégiée. Toutefois, l'utilisation par le PNT d'une gamme variée d'outils de communication se révèle être un palliatif pour l'accès

difficile aux TIC. Il s'ensuit que l'inaccessibilité aux TIC ne saurait être l'explication la plus judicieuse du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose.

Comme développé plus haut, ni les canaux, ni le difficile accès aux TIC ne justifient le faible niveau d'information des populations sur la tuberculose. Ceci est d'autant plus vrai que la variété des canaux utilisés par le PNT permet à toutes les couches de notre société d'accéder à l'information ne serait-ce que par le biais des radios communautaires ou des sensibilisations sont directement organisées par les ONG, les communautés religieuses (CR) et les relais communautaires. De grands efforts sont donc faits pour atteindre dans leur grand ensemble les populations. Ce qui est en cause ici est donc le problème de la qualité de l'information, autrement dit, le contenu des messages qui doivent tenir compte des destinataires. Il ne sert à rien en effet d'inonder les populations d'informations inadaptées et mal codifiées. Cette dernière cause sera donc retenue et notre hypothèse se formulera comme suit : **le contenu inapproprié des messages est à la base du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose (Hypothèse n°1).**

❖ Cause et hypothèse liées à la faible accessibilité des populations aux soins de santé

Pour ce problème de la faible accessibilité des populations aux soins de santé, nous avons identifié les causes ci-après :

- **la difficile praticabilité des voies d'accès ;**
- **l'éloignement des centres de santé ;**
- **des moyens financiers insuffisants des populations.**

Pour ce qui est de la praticabilité des voies d'accès au centre de santé, nous pouvons dire que les populations qui viennent en consultation se trouvent dans leur milieu habituel de vie. Elles en maîtrisent donc les réalités

et difficultés, notamment celles relatives à la praticabilité des voies d'accès. Il ne serait pas superflu de mentionner ici que ces mêmes voies d'accès sont celles empruntées par ces populations dans l'exercice de leurs activités économiques et que face à leur problème de santé cette raison ne saurait justifier leur refus de recourir aux soins de santé.

Les structures de soins chargées du diagnostic et du traitement de la tuberculose sont intégrées à l'ensemble de la pyramide sanitaire et notamment à son niveau opérationnel composé des centres de santé d'arrondissement, de commune et dans quelques rares régions ou villes, des hôpitaux de zone. Il apparaît donc clairement que les structures précitées sont les centres de premier contact des populations. Ainsi, l'éloignement des centres de santé ne saurait non plus expliquer le problème spécifique n°2 de notre étude à savoir la faible accessibilité des populations aux soins de santé.

Le système de santé de la République du Bénin, en faisant siennes les recommandations de la conférence d'Alma Ata de même que celles de l'initiative de Bamako, s'appuie fortement sur la participation communautaire. Ce qui requiert de la part du patient qui vient en consultation ou du demandeur de soins de santé, un apport financier pour sa prise en charge adéquate. Or, cette participation est fonction de la capacité contributive des populations, donc de leur revenu et de leur secteur d'activité. Ceci étant, conscientes de leurs limites en matière financière, les populations évitent au maximum de recourir aux structures de soins de peur de faire face à des dépenses qui leur seraient imposées. Il s'en dégage donc que **la faible accessibilité des populations aux soins de santé est due aux moyens financiers insuffisants (Hypothèse n°2).**

B- Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°3

Pour le problème spécifique n°3 relatif au recours tardif aux soins de santé, nous avons identifié comme causes probables :

- **les tabous ;**
- **le mauvais accueil des agents de santé ;**
- **l'itinéraire suivi par les patients.**

Les tabous entretenus et soutenus par les populations des zones rurales du nord Bénin font état de ce qu'une toux qui ne guérit pas provient de la femme et quiconque en souffre doit être isolé pour limiter les risques de contagion ou de propagation du germe; ce genre de toux ne guérit jamais et celui qui en souffre est condamné à mourir. Ces considérations sont aujourd'hui battues en brèche par l'évolution de la médecine et les progrès de la science. En effet, depuis la découverte par Robert Koch du bacille se trouvant à la base de la tuberculose, différentes autres études ont été menées dont les résultats sont aujourd'hui vulgarisés aux moyens des sensibilisations de masse, ne laissant plus une grande chance aux tabous de persister. Cette cause ne saurait donc être retenue ici.

Le mauvais accueil est une donnée non quantifiable et l'on se demande s'il s'agit tout juste de préjugés ou si une telle appréciation traduit la réalité du vécu des usagers des structures de soins. Au cas où le mauvais accueil serait effectif dans ces structures, il faut souligner que tout malade doit recourir aux soins car, dans sa situation, le plus important, c'est de bénéficier des soins adéquats en vue de sa guérison. Le refus de recourir aux structures de soins ne saurait donc avoir pour fondement, le mauvais accueil des agents de santé.

Les habitudes en terme de recours des patients nous font ressortir les éléments tels que :

- La consultation de l'oracle ;
- Le recours à un guérisseur (médecine traditionnelle) ;
- L'automédication ;
- Le recours aux structures de soins.

L'ordre suivi dans ce listing retrace en grande partie l'itinéraire suivi en cas de maladie, ce qui n'est rien d'autre que la traduction de la mentalité des

populations béninoises qui s'orientent mutuellement en cas de maladie sur ces différentes pistes et pour qui, le recours aux structures de santé n'est pas toujours envisagé au premier chef. Il s'en dégage donc que le patient, avant de recourir aux structures de soins, aura la plupart du temps, sondé toutes les autres pistes et aura ainsi laissé son état se dégrader considérablement avant de se présenter pour être pris en charge. De tout ce qui précède, l'on peut retenir que **le recours tardif aux structures de soins est dû à l'itinéraire suivi par les patients (Hypothèses n°3).**

III- Tableau de bord de l'étude

La problématique étant choisie, les éléments caractéristiques de notre étude à savoir : les problèmes spécifiques, les objectifs, les causes supposées se trouver à la base des problèmes et les hypothèses de travail ci-dessus exposées peuvent être résumées dans le tableau de bord de l'étude ci-après :

Tableau V : Tableau de bord de l'étude

Niveaux d'analyse		Problématiques	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
NIVEAU GENERAL		Faible taux de détection de la tuberculose	Expliquer la prévalence au Bénin du faible taux de dépistage de la tuberculose en vue de la recherche de solutions idoines		
NIVEAU SPECIFIQUE	1	Faible niveau d'information des populations sur la tuberculose.	Apprécier la qualité des messages communiqués à la population par différents canaux sur la tuberculose	Contenu inapproprié des messages	Le contenu inapproprié des messages est à la base du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose
	2	Faible accessibilité des populations aux soins de santé	Analyser la place des ressources financières dans les déterminants de la décision de recours aux soins de santé	Moyens financiers insuffisants des populations	La faible accessibilité des populations aux soins de santé est due aux moyens financiers insuffisants
	3	Recours tardif aux structures de soins	Déterminer le temps moyen qui s'écoule entre la survenue de la toux et le recours à une structure de santé	L'itinéraire suivi par les patients	Le recours tardif aux structures de soins est dû à l'itinéraire suivi par les patients

Source : Notre étude sur le PNT, oct. 2010

CHAPITRE DEUXIEME :

DE LA REVUE DE LITTERATURE AUX

APPROCHES DE SOLUTION

Section 1: De la revue de littérature à l'établissement du diagnostic

Paragraphe 1: Revue de la littérature et démarche méthodologique de l'étude

Nous aborderons en premier point la revue de la littérature et en second, la méthodologie de recherche.

I- Revue de la littérature

Pour mieux cerner les différents contours du faible taux de dépistage, il s'avère indispensable que nous nous penchions sur les connaissances antérieures relatives à la problématique en résolution. Pour ce faire, nous avons parcouru les sites web de l'OMS et de Médecins Sans Frontières.

A- Tuberculose : Infection et transmission

La tuberculose est une maladie contagieuse. Comme un rhume banal, elle se propage par voie aérienne. Seules les personnes dont les poumons sont atteints peuvent transmettre l'infection. Lorsqu'elles toussent, éternuent, parlent, chantent ou crachent, elles projettent dans l'air les germes de la maladie, appelés bacilles tuberculeux. Il suffit d'en inhaler quelques-uns pour être infecté.

En l'absence de traitement, une personne atteinte de tuberculose évolutive peut infecter en moyenne 10 à 15 autres personnes en l'espace d'une année. Cependant, les sujets infectés ne font pas nécessairement la maladie. Le système immunitaire oppose un «rempart» au bacille tuberculeux qui, protégé par une épaisse couche cireuse, peut rester quiescent pendant des années. Les

sujets infectés dont le système immunitaire est affaibli sont plus susceptibles de développer la maladie.

- Un tiers de la population mondiale est actuellement infecté;
- De 5 à 10% des sujets infectés (non infectés par le VIH) développent la maladie ou deviennent contagieux au cours de leur existence. Les personnes infectées à la fois par le VIH et le bacille tuberculeux sont beaucoup plus susceptibles de développer la maladie.

B- Incidence mondiale et régionale

L'OMS estime que c'est dans la Région de l'Asie du Sud-Est que les cas ont été les plus nombreux en 2009 (4900 cas) même si l'Afrique bat le record en rapportant les données à cent mille (100000) habitants (450 pour l'Afrique contre 280 pour l'Asie du Sud-Est). Cet état des choses s'explique par la différence dans les densités de populations dans ces régions respectives. Il est à noter aussi que 1,2 million de décès dus à la tuberculose ont été enregistrés en 2009. La Région africaine de l'OMS compte le nombre de décès le plus important.

Tableau VI: Prévalence et mortalité liées à la tuberculose (2009)

Région de l'OMS	Prévalence ¹		Mortalité (hors VIH)	
	Nombre en milliers	Pour 100 000 habitants	Nombre en milliers	Pour 100 000 habitants
Afrique	3 900	450	430	50
Amériques	350	37	20	2,1
Méditerranée orientale	1 000	180	99	18
Europe	560	63	62	7
Asie du Sud-Est	4 900	280	480	27
Pacifique occidentale	2 900	160	240	13
Ensemble du monde	14 000	164	1 300	19

¹Prévalence: nombre de cas existant dans la population à un moment déterminé.

Source : OMS, Aide-mémoire n° 104, novembre 2010

C- VIH et tuberculose

Selon l’OMS, le VIH et la tuberculose, qui accélèrent mutuellement leur progression, forment une association meurtrière. Le VIH affaiblit le système immunitaire. Une personne positive pour le VIH et infectée par le bacille de Koch, a beaucoup plus de risques de contracter la tuberculose qu’une personne infectée par le bacille mais qui est négative pour le VIH. La tuberculose est une cause majeure de mortalité chez les VIH-positifs. Elle est responsable de 13% environ des décès dans le monde. En Afrique, le VIH est le principal déterminant de la hausse de l’incidence de la tuberculose observée ces dix dernières années.

L’OMS et ses partenaires internationaux ont formé le Groupe de travail tuberculose/VIH, qui élabore une politique mondiale pour lutter contre la tuberculose liée au VIH et conseille sur la manière dont ceux qui combattent les deux maladies peuvent lutter ensemble contre cette association meurtrière. La politique provisoire sur les activités communes contre la tuberculose et le VIH décrit les mesures à prendre pour établir des mécanismes de concertation entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/sida, pour réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/sida et la charge de l’infection à VIH chez les tuberculeux.

D- La stratégie « Halte à la tuberculose »

En 2006, l’OMS a lancé la nouvelle stratégie « Halte à la tuberculose », qui repose essentiellement sur le Directly Observed Treatment Short-course ou Traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS), méthode de lutte contre la tuberculose mise en place par l’OMS depuis 1995. Depuis cette date, quarante six (46) millions de malades ont été traités avec succès en utilisant la stratégie DOTS. La nouvelle stratégie en six points capitalise ce succès tout en reconnaissant les difficultés essentielles

que pose la co-infection tuberculose-VIH et la tuberculose multirésistante. Elle apporte également des réponses aux problèmes d'accès, d'équité et de qualité et adopte des innovations qui reposent sur des données factuelles en s'efforçant de faire participer les dispensateurs de soins privés, de donner les moyens d'agir aux personnes et aux communautés touchées et d'aider à renforcer les systèmes de santé et à promouvoir la recherche. Que renferme cette stratégie en fait ?

Les six composantes de la stratégie « Halte à la tuberculose » sont les suivantes:

- **Poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration.** Pour que tous ceux qui en ont besoin, y compris les plus démunis et les plus vulnérables, puissent disposer partout de services de qualité, et y accéder, il est important d'étendre le traitement DOTS jusqu'aux zones les plus éloignées.
- **Lutter contre la co-infection TB/VIH, de la Tuberculose-MR et répondre aux besoins des populations défavorisées et vulnérables.** La lutte contre la co-infection tuberculose/VIH, la tuberculose multirésistante et les autres problèmes qui se posent nécessitent, par-delà l'application de la stratégie DOTS, l'élargissement de l'action et des moyens mis en œuvre ainsi que la réalisation des objectifs fixés pour 2015, y compris l'objectif du millénaire pour le développement lié à la tuberculose (objectif 6; cible 8).
- **Contribuer au renforcement des systèmes de santé en s'appuyant sur les soins de santé primaires.** Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse doivent contribuer à la mise en œuvre des stratégies générales destinées à faire progresser les systèmes de financement, de planification, de gestion, d'information et d'approvisionnement, et au renforcement de la prestation de services innovants.

- **Impliquer tous les soignants.** Les tuberculeux s'adressent à un large éventail de dispensateurs de soins publics, privés, institutionnels et volontaires. Pour atteindre tous les malades et s'assurer que les soins qui leur sont dispensés sont de qualité, il est important d'associer des soignants de toutes les catégories.
- **Permettre aux patients tuberculeux et aux communautés de se prendre en charge par le biais de partenariats.** Les projets communautaires de soins antituberculeux ont montré les tâches essentielles en matière de lutte antituberculeuse dont peuvent s'acquitter des personnes et des communautés. Ces réseaux peuvent mobiliser la société civile et assurer un soutien politique et une pérennité à long terme aux programmes de lutte antituberculeuse.
- **Favoriser et promouvoir la recherche.** Des outils existent pour lutter contre la tuberculose mais l'amélioration des pratiques et l'élimination nécessitent la mise au point de nouveaux produits diagnostiques, de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins.

La stratégie doit être mise en œuvre au cours des dix prochaines années comme l'indique le Plan mondial « Halte à la tuberculose 2010–2015 ». Le Plan mondial est une évaluation complète des mesures et des ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie « Halte à la tuberculose » et atteindre les objectifs suivants:

- d'ici 2015, avoir maîtrisé la tuberculose et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ;
- d'ici 2015, réduire la prévalence et la mortalité de 50% par rapport à 1990 ;
- d'ici 2050, éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique (1 cas par million d'habitants).

II - Méthodologie de Recherche

Dans le cadre de ce mémoire, la méthodologie choisie est celle de la recherche-diagnostic.

La recherche-diagnostic est une étude à caractère appliquée ayant pour moyen principal l'établissement d'un diagnostic lié à la situation professionnelle en observation³.

Le choix de cette méthode se justifie par le fait qu'elle nous permettra d'établir le diagnostic (chaque problème spécifique est attaché à sa cause réelle) et de proposer des solutions dans une logique d'éradication des causes réelles se trouvant à la base de chaque problème spécifique.

Ainsi, notre démarche méthodologique s'est basée d'une part, sur l'approche théorique et d'autre part, sur l'approche empirique.

A- Approche théorique

Elle permet d'identifier les causes et hypothèses qui expliquent effectivement les problèmes préalablement soulevés afin de trouver les moyens pour leur éradication.

1) Analyse des hypothèses de l'étude

Cette analyse se fera sur la base de la grille ci-après proposée.

³ Référentiel des mémoires, ENAM, 2^{ème} édition, p10

Tableau VII: Grille d'analyse des hypothèses de l'étude

HYPOTHESES	VARIABLES		TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES	OUTILS DE COLLECTE	GROUPE CIBLE
	Problèmes	Causes			
Hypothèse 1 : Le contenu inapproprié des messages est à la base du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose	Faible niveau d'information des populations sur la tuberculose	-	Enquêtes	Questionnaire	Populations
	-	Contenu inapproprié des messages	- Revue documentaire - Enquêtes	- Fiches de lecture - Questionnaire	Service CMS Populations
Hypothèse 2 : La faible accessibilité des populations aux soins de santé est due aux moyens financiers insuffisants	Faible accessibilité des populations aux soins de santé	-	- Revue documentaire - Enquêtes	- Fiches de lecture - Questionnaire	- Malades hospitalisés au CNHPP - Patients venant en consultation
	-	Moyens financiers insuffisants des populations	Enquêtes	Questionnaire	Malades hospitalisés au CNHPP

Le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle : Contribution à une gestion efficace

Hypothèse 3 : Le recours tardif aux structures de soins est dû à l'itinéraire suivi par les patients	Recours tardif aux structures de soins	-	Enquêtes	Questionnaire	- Malades hospitalisés au CNHPP - Patients venant en consultation
	-	L'itinéraire suivi par les patients	Enquêtes	-Questionnaire	- Malades hospitalisés au CNHPP - Patients venant en consultation

Source : Notre étude sur le PNT, décembre 2010

2) Seuil de décision

Pour chaque hypothèse, la cause qui se révélera conforme aux opinions émises par la majorité des enquêtés, c'est-à-dire qui réunira plus de 50 % des avis sera retenue.

B- Dimension empirique de l'étude

Elle concerne l'organisation de l'enquête de terrain et est relative aux phases de préparation et de déroulement.

La préparation de l'enquête a consisté en la fixation des objectifs de l'enquête, la définition du cadre et de la nature de l'enquête et la définition de l'échantillon.

Quant à la réalisation de l'enquête, elle a consisté à interroger la cible retenue lors de l'échantillonnage afin d'obtenir les opinions et les informations nécessaires pour déterminer les causes des problèmes identifiés.

Les différents outils de collecte élaborés à cet effet ont fait l'objet de test à l'issue duquel les difficultés liées à leur compréhension et à leur remplissage ont été prises en compte avant l'enquête proprement dite.

Le dépouillement des questionnaires a été opéré manuellement. Les résultats sont analysés et présentés essentiellement dans des tableaux.

1) Préparation de l'enquête

La préparation de l'enquête est passée par :

- la fixation des objectifs de l'enquête;
- la définition du cadre et de la nature de l'enquête ;
- la définition de l'échantillon.

a. Objectifs de l'enquête

L'enquête vise essentiellement l'identification des causes réelles se trouvant à la base des problèmes retenus.

Il s'agit de vérifier de façon spécifique, les différentes hypothèses formulées au départ et libellés comme suit :

- le contenu inapproprié des messages est à la base du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose ;
- la faible accessibilité des populations aux soins de santé est due aux moyens financiers insuffisants ;
- le recours tardif aux structures de soins est dû à l'itinéraire suivi par les patients.

b. Cadre et nature de l'enquête

Le cadre de réalisation de l'enquête est le Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthisiologie (CNHPP), le plus grand CDT du programme et aussi notre lieu de stage. Il s'agit d'une enquête par sondage qui est réalisée au moyen de questionnaires conçus et administrés à une population cible composée des agents de santé, des malades hospitalisés, des patients venant en consultation et des populations dans deux quartiers de la périphérie de Cotonou.

c. Technique d'échantillonnage et définition de l'échantillon

Etant donné que la tuberculose est souvent citée comme une maladie des couches défavorisées, nous nous intéresserons aux populations de deux quartiers de la périphérie de Cotonou à savoir Agbato dans le 3^{ème} Arrondissement de Cotonou et Donatin dans le 1^{er} Arrondissement. Les

populations de ces deux quartiers sont évaluées respectivement à : 8159 et 6246 suivant les résultats du recensement de la population de 2002 corrigé d'un accroissement annuel de 3,6%. Nous avons adopté la technique de l'échantillonnage raisonné compte tenu de la taille de la population mère. Notre enquête s'est alors dirigée de façon aléatoire vers soixante (60) habitants de chacun de ces quartiers.

Pour ce qui concerne les malades hébergés au CNHPP, leur effectif varie souvent entre soixante-dix (70) et quatre vingt (80). Dans la période de déroulement de l'enquête, ils étaient exactement soixante douze (72) et ils ont été tous pris en compte de façon exhaustive. Notons ici que nous n'avons pas pu auditionner sept (07) parmi eux compte tenu de leur état de santé grabataire.

Quant aux patients qui viennent en consultation au CNHPP, ils sont évalués en moyenne à trente (30) par jour, ce qui fait un total de cent cinquante (150) pour les cinq (05) jours d'enquête. Nous nous sommes proposé de questionner un échantillon de soixante (60) personnes au total à raison de douze (12) personnes par jour pendant les cinq (05) jours.

Le personnel soignant du service de prise en charge du CNHPP est composé de sept (07) médecins et de seize (16) infirmiers. Nous avons prévu de les questionner tous. Mais, un médecin et deux infirmiers étaient en mission à l'intérieur du pays au moment du déroulement de l'enquête.

Tableau VIII: Echantillonnage

CATEGORIE	POPULATION MERE	ECHANTILLON	EFFECTIF ENQUETE	TAUX DE REALISATION
POPULATIONS	14 405	120	105	88%
Patients venant en consultation	150	60	60	100%
Malades hospitalisés	72	72	65	90%
Agents de santé	23	23	20	87%
TOTAL		275	250	91%

Source : Notre étude sur le PNT, décembre 2010

2) Outils de collecte des données

Dans le cadre de l'enquête, deux principaux outils ont été utilisés. Il s'agit :

- ☛ des questionnaires d'enquête adressés aux cibles;
- ☛ de la recherche documentaire.

a- Questionnaire d'enquête

Dans le cadre de la présente étude, trois questionnaires ont été élaborés en tenant compte des hypothèses à vérifier et des individus de l'échantillon retenu (voir annexe n°4). Les questionnaires ont permis d'interroger les enquêtés. Notons aussi que c'est le même questionnaire qui est adressé aux populations et aux patients venant en consultation.

b- Recherche documentaire et revue documentaire

La résolution de la problématique retenue nécessite la collecte d'informations fiables. A cet effet, nous avons pu disposer de documents au

PNT. Il s'agit des rapports d'activités du programme, des revues, et des supports des séances d'IEC/CCC. Nous avons aussi eu accès à des documents relatifs à la gestion de projets et programmes disponibles dans la Bibliothèque de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM). Cette recherche documentaire s'est également faite sur internet.

A cela, s'ajoute la consultation régulière de certains cours reçus à l'ENAM durant les deux années de formation.

La bibliographie fait le point exhaustif de tous les documents collectés qui ont servi à rédiger le présent mémoire.

L'exercice de la revue documentaire quant à lui a consisté en la lecture de la documentation mobilisée en vue de l'utilisation des informations pouvant contribuer à la rédaction du mémoire.

3) **Difficultés rencontrées et limites de l'approche méthodologique**

Aucune recherche scientifique n'est faite sans difficultés. Il existe en effet des résistances à certaines étapes du processus de recherches.

a- **Difficultés rencontrées**

Dans l'ensemble, le stage s'est bien déroulé. Toutefois, il est à noter que dans la réalisation de l'enquête, nous avons été confronté à :

- la réticence de quelques enquêtés en l'occurrence certains patients venant en consultation. En effet, ces derniers sont un peu stressés dans l'attente de ce que les analyses vont révéler sur leur état de santé. Les agents de santé ont dû inclure notre questionnaire dans les questions habituellement posées aux patients ;

- la durée très courte de la période de l'enquête ne nous a pas aussi facilité la tâche. Nous avons dû mobiliser plus de monde que prévu pour pouvoir tenir dans le délai.

Ces difficultés rencontrées n'enlèvent rien aux données recueillies et donc à leur fiabilité.

b- Limites de l'approche méthodologique

Les limites de l'enquête sont liées d'une part, à la marge d'erreur due à la méfiance et aux hésitations de certains enquêtés devant répondre aux questionnaires.

D'autre part, il faut noter que notre échantillonnage aurait pu être plus pointu surtout au sein des populations pour tenir compte un tant soit peu des réalités socioculturelles de chaque localité (nord, centre et sud) de notre pays. Il nous aurait fallu pour le faire en effet, une longue période et la possibilité de sillonner les différentes localités du pays.

Enfin, il faut prendre en compte nos propres faiblesses relatives à l'insuffisance de notre expérience pratique dans la conduite d'une enquête. Nous nous sommes efforcé néanmoins de respecter autant que possible les règles, normes et principes académiques requis en la matière.

Une fois l'approche empirique définie, nous présenterons les résultats de la collecte des données et procéderons à leur analyse.

Paragraphe 2 : Présentation des résultats, analyse des données et établissement du diagnostic

Les données recueillies au cours de l'enquête ont fait d'une part, l'objet de dépouillement et de synthèse et d'autre part, l'objet d'analyses ayant permis d'établir le diagnostic.

Les résultats de l'enquête et les analyses sont présentés par problème spécifique.

I- Présentation des résultats et analyse de données relatives au faible niveau d'information des populations et leur accessibilité aux soins de santé

A- Présentation des données relatives au faible niveau d'information des populations

Tableau IX: Répartition des enquêtés selon la possession d'un poste récepteur

Option \ Cibles	Radio	Télévision	Radio et Télévision	Total
Populations	110	40	15	165
Malades hébergés	40	20	5	65
Total	150	60	20	230
Pourcentage (%)	65	26	9	100

Source: Résultats de l'enquête

Graphique I: Répartition des enquêtés selon la possession d'un poste récepteur

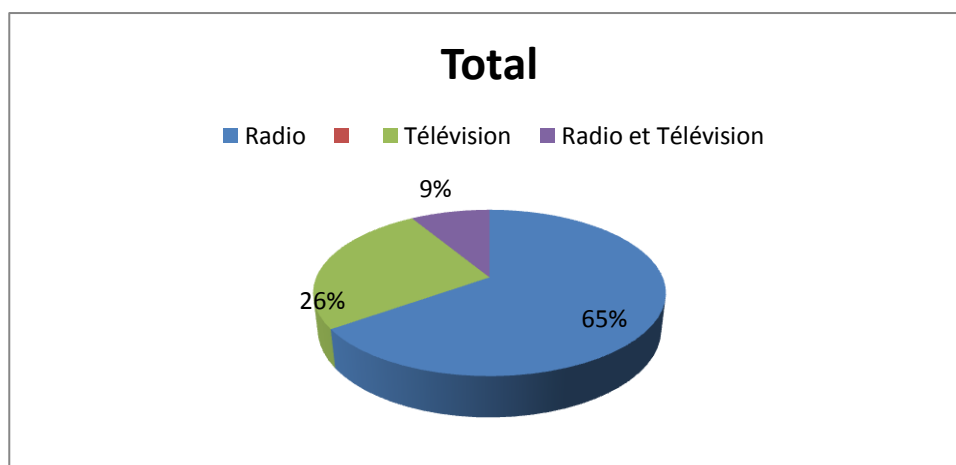


Tableau X: Répartition des enquêtés par rapport à la qualité des messages

Option Cibles	Mauvaise information	Bonne information	Rien	Total
Populations	91	74	0	165
Malades hébergés	38	27	0	65
Total	129	101	0	230
Pourcentage (%)	56	44	0	100

Source: Résultats de l'enquête

Graphique II: Répartition des enquêtés par rapport à la qualité des messages

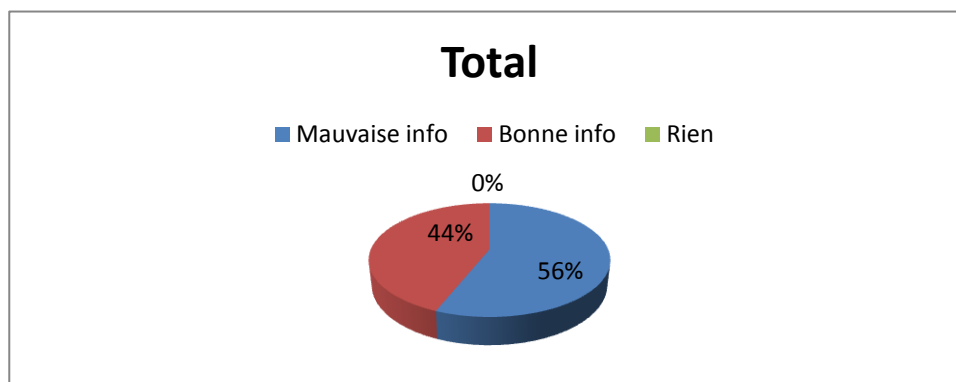
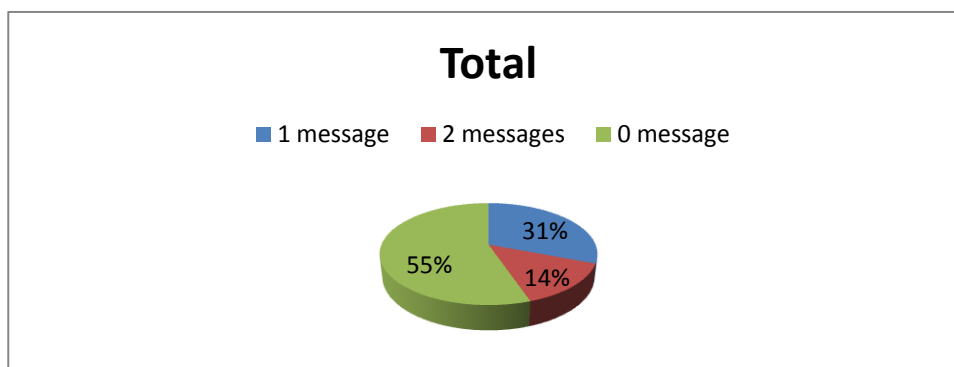


Tableau 1 Répartition des enquêtés selon la connaissance des messages sur la tuberculose

Option Cibles	1 message	2 messages	0 message	Total
Populations	50	24	91	165
Malades hébergés	21	8	36	65
Total	71	32	127	230
Pourcentage (%)	31	14	55	100

Source: Résultats de l'enquête

Graphique III: Répartition des enquêtés selon la connaissance des messages sur la tuberculose



A l'issue du traitement des données recueillies, il ressort que les enquêtés sont partagés sur la qualité des messages sur la tuberculose. Tout d'abord la quasi-totalité (91%) des enquêtés ont déclaré posséder au moins un poste radio pour suivre les informations même si ce sont les émissions interactives et les revues de presse qui battent le record en défaveur des communiqués, des spots publicitaires et des informations. Concernant le même sujet, 56% des enquêtés ont estimé que le contenu des messages diffusés sur la tuberculose n'est pas clair contre 44%. Enfin, 45% des enquêtés ont pu nous citer au moins un message diffusé sur la tuberculose contre 55% qui n'ont pu rien nous dire.

Par ailleurs, à l'issue de l'examen que nous avons fait des documentations sur la communication et la mobilisation sociale du PNT et de l'entretien avec les agents chargés d'animer ce service, nous pouvons affirmer que les messages sont trop stéréotypés et ne varient pas du tout depuis plus de cinq ans.

Conformément au seuil de décision retenu, il se révèle que le contenu des messages est la cause principale du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose.

Conclusion : L'hypothèse 1 est donc confirmée.

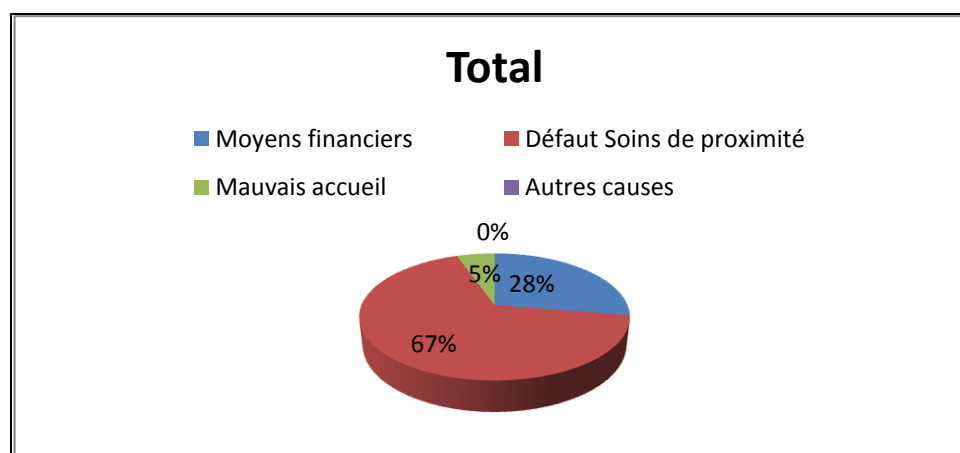
B- Présentation des données relatives à la faible accessibilité des populations aux soins de santé

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon les raisons de la faible accessibilité aux soins de santé

Option Cibles	Moyens financiers	Défaut Soins de proximité	Mauvais accueil	Autres causes	Total
Populations	50	105	10	0	165
Agents de santé	1	19	0	0	20
Total	51	124	10	0	185
%	28	67	5	0	100

Source: Résultats de l'enquête

Graphique IV: Répartition des enquêtés selon les raisons de la faible accessibilité aux soins de santé



D'après les résultats de l'enquête, 28% des enquêtés pensent que la faible accessibilité aux soins de santé est due aux moyens financiers des populations, 67% estiment qu'ils n'ont pas une offre de soins de santé à proximité alors que 5% expliquent la situation par le mauvais accueil des agents de santé.

En faisant une extension de notre enquête sur le plan national, nous pouvons affirmer que l'Etat béninois a mis des moyens énormes dans la

construction d’infrastructures socio-sanitaires ces dernières années. Mais, force est de constater que beaucoup d’efforts restent encore à fournir étant donné que nombreux sont les centres disponibles mais mal entretenus.

Si nous revenons au cas particulier de la lutte anti tuberculose, il faut noter que le pays dispose de cinquante sept (57) CDT sur toute l’étendue du territoire national. La ville de Cotonou en compte trois (03), celles de Nikki et de Parakou et de Tchaourou en possèdent deux (02) chacune. Un calcul rapide nous permet donc de constater que vingt cinq (25) communes du Bénin sur les soixante dix-sept (77) ne possèdent pas encore de CDT ; ce qui confirme bien les révélations de l’enquête.

Il apparaît donc clairement que la faible accessibilité des populations aux soins de santé est due au manque de soins de proximité en faveur des populations, contrairement à notre hypothèse de départ.

Conclusion : L’hypothèse 2 n’est donc pas confirmée.

Paragraphe 2 : Présentation des résultats et analyse des données relatifs au recours tardif aux structures de soins et établissement du diagnostic

C- Résultats relatifs au recours tardif aux soins de santé

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon les raisons évoquées pour justifier le retard dans le recours aux centres de santé

Option Cibles	Automédication	Guérisseurs	Centres de Santé	Autres	Total
Populations	70	30	50	15	165
Malades hébergés	40	10	15	0	65
Total	110	40	65	15	230
Pourcentage (%)	48	17	28	7	100

Source: Résultats de l’enquête

Graphique V: Répartition des enquêtés selon les raisons évoquées pour justifier le retard dans le recours aux centres de santé

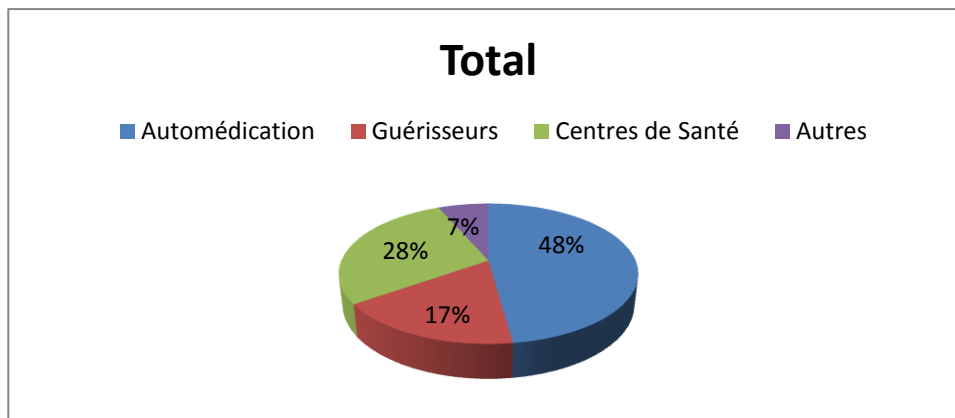


Tableau XIV: Répartition des enquêtés selon l'état des malades dépistés

Option	Bien portant	Amaigri	Grabataire	Autre	Total
Agents de santé	10	8	2	0	20
Pourcentage (%)	50	40	10	0	100

Source: Résultats de l'enquête

Graphique VI: Répartition des enquêtés selon l'état des malades dépistés

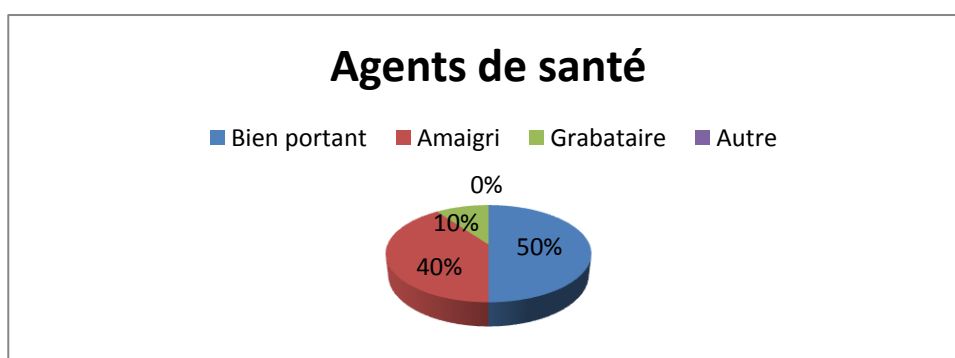
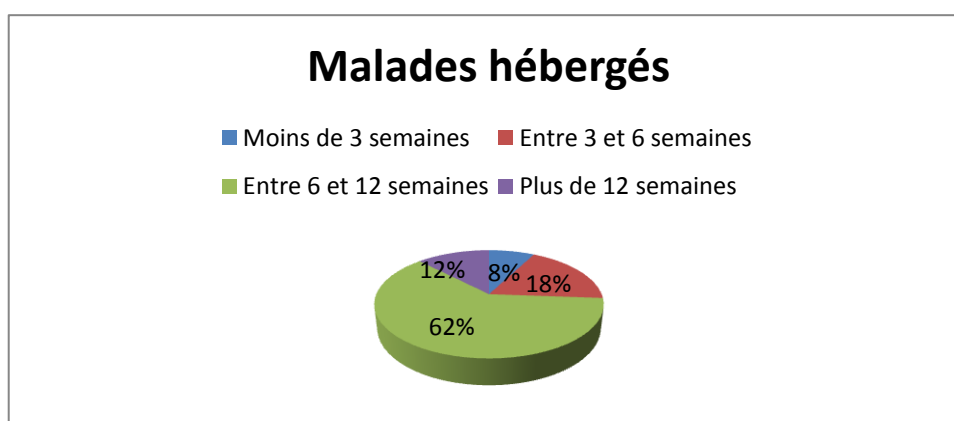


Tableau XV: Répartition des enquêtés selon le délai de recours aux centres de santé

Cibles \ Option	Moins de 3 semaines	Entre 3 et 6 semaines	Entre 6 et 12 semaines	Plus de 12 semaines	Total
Malades hébergés	5	12	40	8	65
Pourcentage (%)	8	18	62	12	100

Source: Résultats de l'enquête

Graphique VII: Répartition des enquêtés selon le délai de recours aux centres de santé

Au regard des résultats de l'enquête, 48% des enquêtés ont cité l'automédication comme premier recours en cas de maladie, 17% vont chez les guérisseurs traditionnels, 28% recourent systématiquement aux centres de santé et 7% font autres choses comme les prières. Ici, la comparaison doit être faite à l'option du recours aux centres de santé ; c'est ce qui nous amène à affirmer que 28% seulement des populations ont un recours systématique aux centres de santé en cas de maladie et 72%, non.

Dans le même ordre d'idées, 50% des malades sont dépistés dans un état avancé de la maladie et 62% des malades sont dépistés entre six et douze semaines de la survenue de leur toux.

A la lumière de tout ce qui précède, il ressort que les différents recours des populations retardent leur consultation dans un centre de santé. C'est donc

l'itinéraire suivi par les malades qui est à la base du recours tardif aux soins de santé notamment en ce qui concerne la tuberculose.

Conclusion : l'hypothèse 3 est aussi confirmée.

II- Etablissement du diagnostic

Les éléments de diagnostic retenus après l'analyse des résultats et la vérification des hypothèses sont les suivants :

A- Diagnostic lié au problème spécifique n° 1

Le faible accès des populations aux soins de santé est dû à l'indisponibilité des soins de proximité en leur faveur.

B- Diagnostic lié au problème spécifique n° 2

L'inexistence des soins de santé de proximité est à la base du faible accès des populations aux soins de santé.

C- Diagnostic lié au problème spécifique n° 3

Les différents recours des populations en cas de maladie expliquent leur arrivée tardive aux centres de santé.

Le diagnostic ainsi établi, il est opportun de procéder à la recherche de solutions idoines pouvant permettre de corriger les imperfections identifiées.

Section 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre

Paragraphe 1 : Approches de solution aux problèmes

Cette partie est consacrée à la proposition de solutions devant permettre de lever les goulots identifiés par la présente étude. Ainsi, il s'est agi pour nous de trouver les solutions relatives aux différents problèmes identifiés.

I- Approches de solution au problème spécifique n°1

Par rapport au problème du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose, la rédaction d'un plan de communication en bonne et due forme s'impose pour le programme. Pour ce faire, et compte tenu de notre limite liée à notre formation en gestion des projets, le programme doit commettre un expert en matière de communication pour l'élaboration de son plan de communication. Nous ne donnerons ici que quelques éléments qui serviront à établir le cahier de charges dudit expert.

Cela étant, le plan de communication, appelé aussi parfois "Plan de management de la communication", est un document qui présente⁴ :

- Les méthodes utilisées pour **collecter** et **conserver** différents types d'informations. Les procédures doivent également préciser les modalités de collecte et de diffusion des mises à jour et des corrections apportées à des documents précédemment diffusés ;
- Les **destinataires de l'information** en fonction de la nature des informations (rapports d'avancement, données, calendrier, documentation

⁴ [http :www.gestionde projet.net/articles/plan_communication](http://www.gestiondeprojet.net/articles/plan_communication)

technique...), les méthodes utilisées pour diffuser les divers types d'information et les diffuseurs de ces informations ;

- Une **description de l'information** à diffuser : le format, le contenu, le degré de détail, les conventions et définitions à utiliser ;
- Les **calendriers d'émission** qui précisent à quel moment chaque type d'information est émis ;
- Les méthodes pour **accéder à l'information** entre deux communications prévues ;
- Une méthode de **mise à jour** et de redéfinition du plan de communication au cours du projet.

Selon Luc-Olivier Lafeuille, dans son livre « Plan de communication et stratégie de communication », un plan de communication (donc une stratégie de communication) doit refléter les actions de communication, à travers le temps, en direction de motivations (exprimées sous forme de messages), donc d'auditoires ciblés, et de médias destinés à créer l'existence d'une entreprise, de produits ou services dans une zone géographique donnée. Et s'il n'est pas nécessaire qu'il soit détaillé tel un planning de chantier en bâtiment, il est souhaitable de rappeler, à ceux qui le mettent à exécution, la stratégie générale ainsi que les axes de motivation de chacune des actions, axes qui répondent aux fondements du Business Model.

Ainsi décrit, le plan doit être mis en place à l'issue d'une étude diligentée par le programme pour que les objectifs de communication du programme soient élucidés suffisamment et les actions conséquentes dégagées.

Une fois le plan élaboré, il sera tenu grand compte de sa mise en application rigoureuse pour éviter la navigation à vue constatée jusque là.

II- Approches de solution aux problèmes spécifiques n°2 et n°3

Pour ces deux problèmes de faible accessibilité des populations aux soins de santé et du recours tardif des populations aux centres de santé, nous suggérons la formulation d'un projet qui aura pour objectif majeur de booster le taux de détection de la tuberculose en rapprochant les soins de santé des populations. Il s'agit d'une innovation car, les populations n'iront pas vers les centres de santé mais c'est plutôt les soins de santé qui iront vers les populations.

Ce projet sera sommairement présenté à travers son identification et son cadre logique.

A- Description du projet

Comme annoncé plus haut, il s'agit d'une stratégie qui tranche avec toutes celles déjà mises en œuvre par le programme. En effet, les consultations foraines constituent l'élément principal du présent projet. Pour les mettre en œuvre, trois (03) équipes seront formées : une équipe pour le Nord du pays, une équipe pour le Centre et une équipe pour le Sud. Chaque équipe sera composée d'un médecin, d'un infirmier et de deux techniciens de laboratoire. Les consultations foraines de tousseurs chroniques auront lieu par session. Chaque session dans une localité durera 04 jours. A l'issue des consultations, les patients dépistés tuberculeux seront pris en charge conformément aux directives du programme. Ceux qui n'ont pas la tuberculose seront pris en charge gratuitement en fonction de la disponibilité des médicaments et de la nature de la pathologie dont ils souffrent.

Il y aura deux sessions par mois. En dehors des sessions, l'équipe permanente des consultations foraines s'occupera de l'organisation des prochaines sessions et pourra également aider les CDT à la prise en charge des malades.

Le projet ne doit pas forcément atteindre les objectifs de l'OMS tels que présentés dans le tableau 4 ci-dessus. Il faut en effet être un peu réaliste et viser à améliorer le nombre de suspects de 20% d'année en année. Rappelons aussi que, la base est l'année 2009 puisque les résultats de 2010 ne sont pas encore disponibles.

Les interventions spécifiques et les activités développées dans le cadre de ce projet viseront les objectifs suivants :

Objectif 1 : Accroître d'au moins 20% par an le nombre de suspects subissant l'examen de crachat au laboratoire

- Organiser une mobilisation sociale et des séances d'information, d'éducation et de communication sur la tuberculose :

Il s'agit de faire intervenir des acteurs clés comme les autorités politico-administratives (préfet, maires/chefs d'arrondissement, chefs de village/quartier de ville) et les agents de santé à divers niveaux (directeur départemental de la santé, médecin coordonnateur de la zone sanitaire, médecin-chef, infirmiers et aides-soignants), les relais communautaires et les leaders d'opinion pour la réussite de chaque session de consultations foraines dans une localité. Les canaux d'information tels que les radios communautaires, les crieurs publics de même que les relais communautaires seront également utilisés. Au cours de la session proprement dite, des séances d'information, éducation et communication (IEC) seront organisées pour élever le niveau de connaissance des populations sur la tuberculose.

- Acheter des matériels de communication (téléphone + abonnement corporate, mégaphone). Ces matériels faciliteront l'organisation des sessions.

Objectif 2 : Accroître de 32% par an le nombre de TPM+ dépistés

- Organiser les consultations au cours des tournées foraines de dépistage des cas de tuberculose :

Il sera recruté des médecins, des infirmiers et des techniciens de laboratoire qui seront formés spécifiquement sur les activités prévues dans le projet et dotés de véhicules pour le déplacement des équipes, de même que des équipements médicaux et des médicaments non antituberculeux.

- Faire le diagnostic bactériologique des suspects :

Les techniciens de chaque équipe seront recrutés et formés. Il sera également mis à leur disposition, des microscopes, de consommables et des réactifs de laboratoire en vue de leur permettre de faire sur place au cours des tournées foraines les analyses en vue de la détection des cas de tuberculose.

Objectif 3 : Traiter 100% des cas diagnostiqués dans le cadre du projet

Il sera mis en place un système performant pour traiter l'ensemble des tuberculeux qui seront dépistés.

- Utiliser les médicaments antituberculeux :

Le stock de réserve actuel du programme sera utilisé et la commande de nouveaux médicaments prévue dans d'autres projets sera avancée pour tenir compte de l'augmentation du nombre de cas dépistés.

- Acheter des médicaments non-antituberculeux

Il sera acheté quelques médicaments non antituberculeux et produits pharmaceutiques pour le traitement des affections courantes autres que la tuberculose qui surviendront chez les patients détectés.

- Transporter les malades vers les CDT :

Objectif 4 : Assurer la gestion du projet.

Un comité de gestion du projet chargé de coordonner et de superviser les activités du projet sera mis en place. Il est constitué du Coordonnateur du PNT, du Coordonnateur-Adjoint du PNT, du Point Focal du projet, d'un Point Focal Laboratoire, d'un Point Focal Clinique, d'un financier, d'un (une) secrétaire et d'un statisticien.

Les activités à mener dans ce cadre sont :

- Superviser trimestriellement des activités pour veiller à leur bonne marche ;
- Organiser des réunions mensuelles du comité de gestion (réunions de planification et d'évaluation de la mise en œuvre) ;
- Assurer le fonctionnement du comité et des équipes (téléphone, carburant, petits matériels, divers) ;
- Payer les salaires des agents recrutés ;
- Payer les primes mensuelles des membres du comité de gestion et de supervision du projet pour le surcroît de travail lié à la coordination du projet ;
- Rendre disponibles les matériels et consommables de dépistage.

B- Fiche signalétique du projet

• Titre du projet :

« Campagne de détection des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive au Bénin »

• Objectifs

Finalité :

Contribuer à l'augmentation de l'impact de la lutte anti-tuberculose au Bénin

• But :

Accroître le taux de détection des patients tuberculeux à microscopie positive

• Extrants :

- Les cas de tuberculose sont détectés sur toute l'étendue du territoire y compris dans les zones non pourvues de CDT ;
- Les cas de tuberculose détectés sont pris en charge dans les CDT.

• Durée :

La durée totale du projet est de cinq (05) ans

• **Bénéficiaires :**

Les bénéficiaires directs : les populations des communes non couvertes par les CDT du programme

Les bénéficiaires indirects : le Ministère de la Santé

• **Coût estimatif :**

Le coût total du projet s'élève à la somme de 1 179 993 218 F CFA (voir détails plus loin et en annexe).

Le projet pourrait être financé par l'OMS qui dispose de lignes budgétaires pour des actions novatrices en matière de lutte anti tuberculose.

• **Contraintes :**

- que les options politiques du gouvernement offrent assez de garanties, de confiance aux investisseurs.

• **Conditions critiques :**

- que les agents de santé adhèrent à l'innovation ;
- que le financement soit libéré à temps.

• **Promoteur :**

Programme National contre la Tuberculose.

C- Cadre logique préliminaire du projet

Le cadre logique préliminaire du projet décrit le projet, et permet d'établir le lien entre les ressources du projet, son objectif global, son objectif spécifique ainsi que les résultats escomptés tout en tenant compte des hypothèses, risques ou suppositions qui sont des facteurs externes au projet mais qui peuvent influencer l'échec ou la réussite des actions.

Tableau XVI : Cadre logique préliminaire du projet

Conditions critiques	Résumé narratif	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification
Que les options politiques offrent de garantie et de confiance aux investisseurs	Finalité : Contribuer à l'augmentation de l'impact de la lutte anti-tuberculose au Bénin	Approbation de l'OMS	Enquêtes, Sondages Rapports
Que les agents de santé adhèrent à l'innovation	But : Accroître le taux de détection des patients tuberculeux à microscopie positive	- 20% d'augmentation du nombre de suspects de tuberculose par an pendant 5 ans - 32% d'augmentation du nombre de tuberculeux à microscopie positive par an pendant 5 ans	- Observations - Constats - Rapports
Que les autorités du Ministère de la Santé adhèrent à l'idée du projet et ne compliquent la tâche aux acteurs de terrain	Extrants : - Les cas de tuberculose sont détectés sur toute l'étendue du territoire y compris dans les zones non pourvues de CDT; - Les cas de tuberculose détectés sont pris en charge dans les CDT	Le taux de détection de la tuberculose s'accroît de 32% par an	- Observations - Enquêtes - Rapports
Que les fonds soient libérés à temps	Intrants Activités - Recruter les agents - Organiser la campagne médiatique - Organiser des consultations foraines sur le terrain - Faire les analyses de crachats - Prendre en charge les cas avérés de tuberculose Ressources Matérielles : Microscopes, consommables de laboratoire matériels informatiques, matériels roulants Humaines : douze (12) agents de terrain	Budget : 1 179 993 218 FCFA pour les 5 ans de vie du projet	- Plan de travail - Justificatifs des dépenses - Registre des immobilisations du projet

Source : Notre étude sur le PNT, décembre 2010

D- Coût du projet

Tableau XVII : Budget du projet

	Activité et catégorie de coût	Budget An 1 (FCFA)	Budget 5 ans (FCFA)
1	Activités de terrain	47 296 998,00	236 484 990,00
2	Achats de matériels, de consommables et de médicaments	94 021 218,00	470 106 090,00
3	Salaires des agents recrutés	36 340 002,00	181 700 010,00
4	Suivi et évaluation interne	38 680 002,00	193 400 010,00
	Coût administratifs /indirects	19 660 423,50	98 302 117,50
	Total Budget	235 998 643,50	1 179 993 217,50

Source : Notre étude sur le PNT

Le budget du projet est d'environ un milliard cent quatre vingt millions de francs CFA (voir détails en annexe n°5).

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau synthèse de l'étude

I- Synthèse des conditions de mise en œuvre et recommandations

Nous allons ici présenter les conditions de mise en œuvre des solutions proposées par rapport aux problèmes spécifiques retenus au départ et ensuite, formuler quelques recommandations à l'endroit du PNT. Ces éléments sont consignés dans le tableau ci-après :

Tableau XVIII : Présentation des conditions de mise en œuvre et recommandations

N°	Solutions	Conditions de mise en œuvre de la solution	Recommandations
1	Elaborer un plan de communication pour le PNT	Une étude préalable de tout l'arsenal de communication du PNT pour en tirer les points forts et les points faibles	Compte tenu de la place du PNT dans le système sanitaire du Bénin, nous recommandons vivement au programme l'élaboration d'un plan de communication pour sa plus grande visibilité
2	Projet d'intensification de la détection des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive au Benin	Que les agents de santé adhèrent à l'innovation Que le financement soit libéré à temps	La mobilisation des ressources auprès des partenaires du PNT pour le financement de ce projet

Source : Notre étude sur le PNT, décembre 2010

II. Tableau de synthèse de l'étude

Ce tableau présente toutes les grandes étapes de l'étude.

Tableau XIX: Tableau Synthèse de l'Etude

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Hypothèses	Diagnostic	Solutions
Niveau Général	Problème Général Faible taux de détection de la tuberculose	Objectif Général Expliquer la prévalence du faible taux de dépistage de la tuberculose au Bénin en vue de la recherche de solutions idoines	-	-	-
Niveaux Spécifiques	Problème Spécifique 1 Faible niveau d'information des populations sur la tuberculose	Objectif Spécifique 1 Apprécier la qualité des messages adressés à la population par différents canaux sur la tuberculose	Hypothèse 1 Le contenu inapproprié des messages est à la base du faible niveau d'information des populations sur la tuberculose.	Diagnostic N°1 Le faible accès des populations aux soins de santé est dû à l'indisponibilité des soins de proximité en leur faveur.	Elaborer un plan de communication pour le PNT.

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Hypothèses	Diagnostic	Solutions
	<p>Problème Spécifique 2 Faible accessibilité des populations aux soins de santé</p>	<p>Objectif Spécifique 2 Analyser la place des ressources financières dans les déterminants de la décision de recours aux soins de santé</p>	<p>Hypothèse 2 La faible accessibilité des populations aux soins de santé est due aux moyens financiers insuffisants.</p>	<p>Diagnostic N°2 Le faible accès des populations aux soins de santé est dû à l'indisponibilité des soins de proximité en leur faveur</p>	<p>Projet d'intensification de la détection des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive au Benin</p>
	<p>Problème Spécifique 3 Le recours tardif aux structures de soins est dû à l'itinéraire suivi par les patients</p>	<p>Objectif Spécifique 3 Déterminer le temps moyen qui s'écoule entre la survenue de la toux et le recours à une structure de santé</p>	<p>Hypothèse 3 Le recours tardif aux structures de soins est dû à l'itinéraire suivi par les patients.</p>	<p>Diagnostic N°3 Les différents recours des populations en cas de maladie expliquent le recours tardif aux centres de santé</p>	<p>Projet d'intensification de la détection des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive au Benin</p>

Source : Notre étude sur le PNT, décembre 2010

CONCLUSION

Le stage académique en milieu professionnel nous a permis de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises au cours de notre formation. L'étude nous a permis d'explorer tout le fonctionnement du Programme National contre la Tuberculose. Des divers centres d'intérêts identifiés au cours de notre stage au sein du Programme, c'est la problématique du faible taux de détection de la tuberculose au sein des populations qui a retenu notre attention.

Notre intervention a visé globalement une meilleure approche des solutions pour la contribution à l'amélioration du taux de détection de la tuberculose pulmonaire au Bénin.

Nous avons suggéré l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication pour canaliser les actions d'information, d'éducation et de communication du programme d'une part, et d'autre part, l'élaboration d'un projet d'intensification de la détection de la tuberculose au sein des populations béninoises en proposant une stratégie novatrice.

Il incombera désormais aux agents de santé d'aller vers les populations là où elles sont, de les examiner sur place au lieu d'attendre les malades dans leur bureau.

Le sondage auprès des agents de santé a montré qu'ils sont conscients du sous dépistage en question et ont déclaré être prêts pour toute action novatrice qui pourrait assurer la survie de leur programme.

En effet, s'il n'y a plus de malades tuberculeux, leur job sera hypothéqué et leur carrière risque de subir le coup.

L'intérêt des partenaires financiers dont l'OMS n'est plus à démontrer sur le sujet.

Sur le plan de la gestion, nous pensons aussi que le Programme devra tendre vers le système de projet où la gestion axée sur les résultats est la clé de voûte.

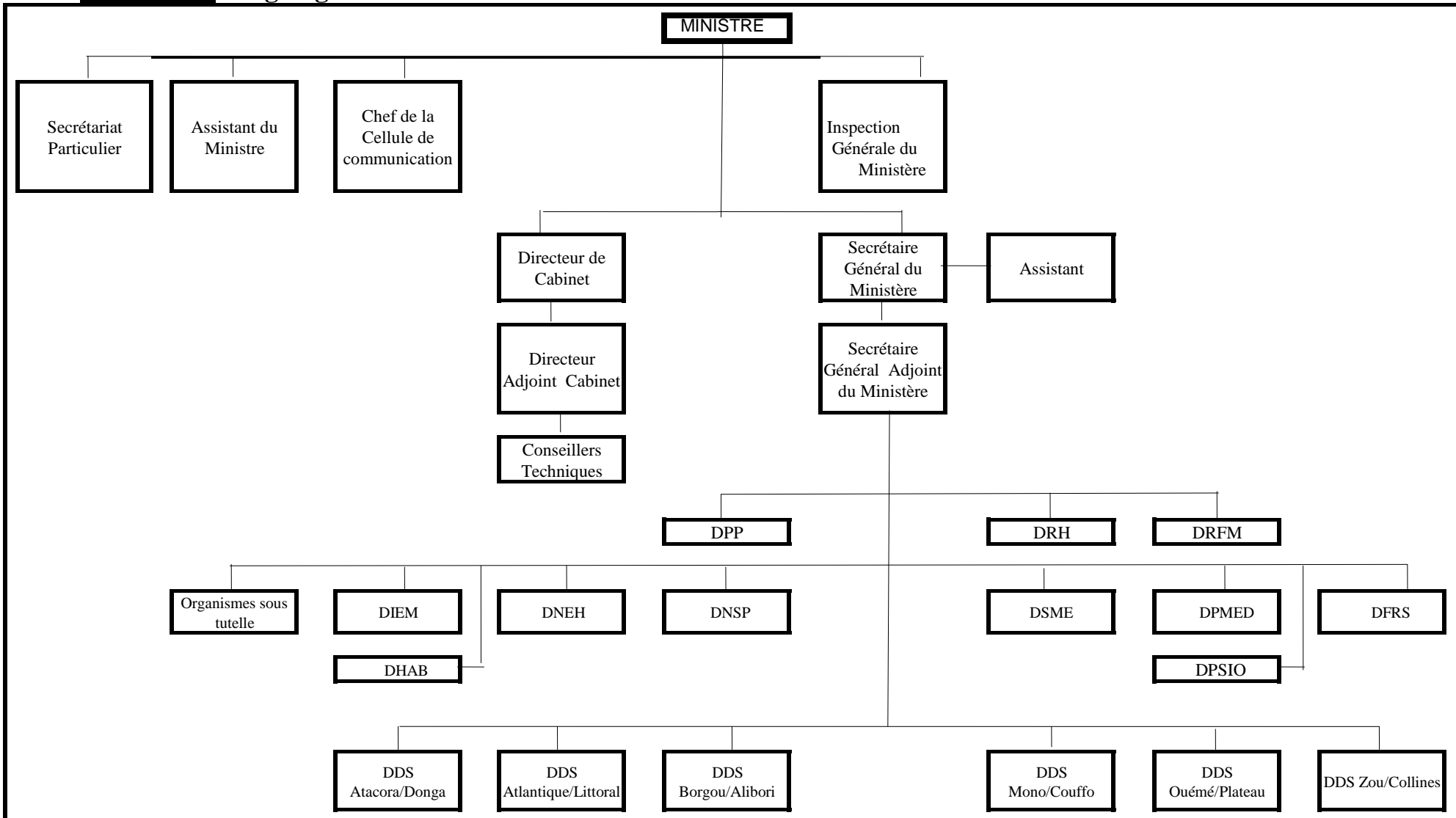
BIBLIOGRAPHIE

- 1) AMOUSSOU, R. (2006) : « *Analyse de l'approche programme du secteur santé* », Mémoire Cycle 2, ENAM.
- 2) AZONDEKON, A. (2008) : « *Contribution au renforcement du mécanisme de suivi-évaluation du Programme National de Lutte contre le Paludisme* », Mémoire Cycle 2, ENAM.
- 3) EZIN, E. (2008) : « *Le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle : contribution à une gestion efficace* », Mémoire Cycle 2, ENAM.
- 4) MAMA-SIKA, R. (2008) : « *La gestion du Programme National de lutte contre la Paludisme : identification des freins pour des effets plus durables* », Mémoire Cycle 2, ENAM.
- 5) Ministère de la Santé Publique. (2002) : « **Document de Politiques et Stratégies Nationales de Développement du Secteur Santé 2002-2006** », Cotonou
- 6) OTTI, A. (2008) : « *Contribution à l'amélioration de la gestion des approvisionnements du Programme National contre la Tuberculose au Bénin* », Mémoire Cycle 2, ENAM.
- 7) OMS, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr
- 8) OMS, www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038265-ab/fr/
- 9) OMS, www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038539-ab/fr/
- 10) OMS, www.who.int/bulletin/volumes/84/9/05-024729-ab/fr/
- 11) PADONOU, G. (2008) : « *Contribution à l'amélioration de l'appui de la diplomatie béninoise à la promotion du secteur privé* », Mémoire Cycle 2, ENAM.

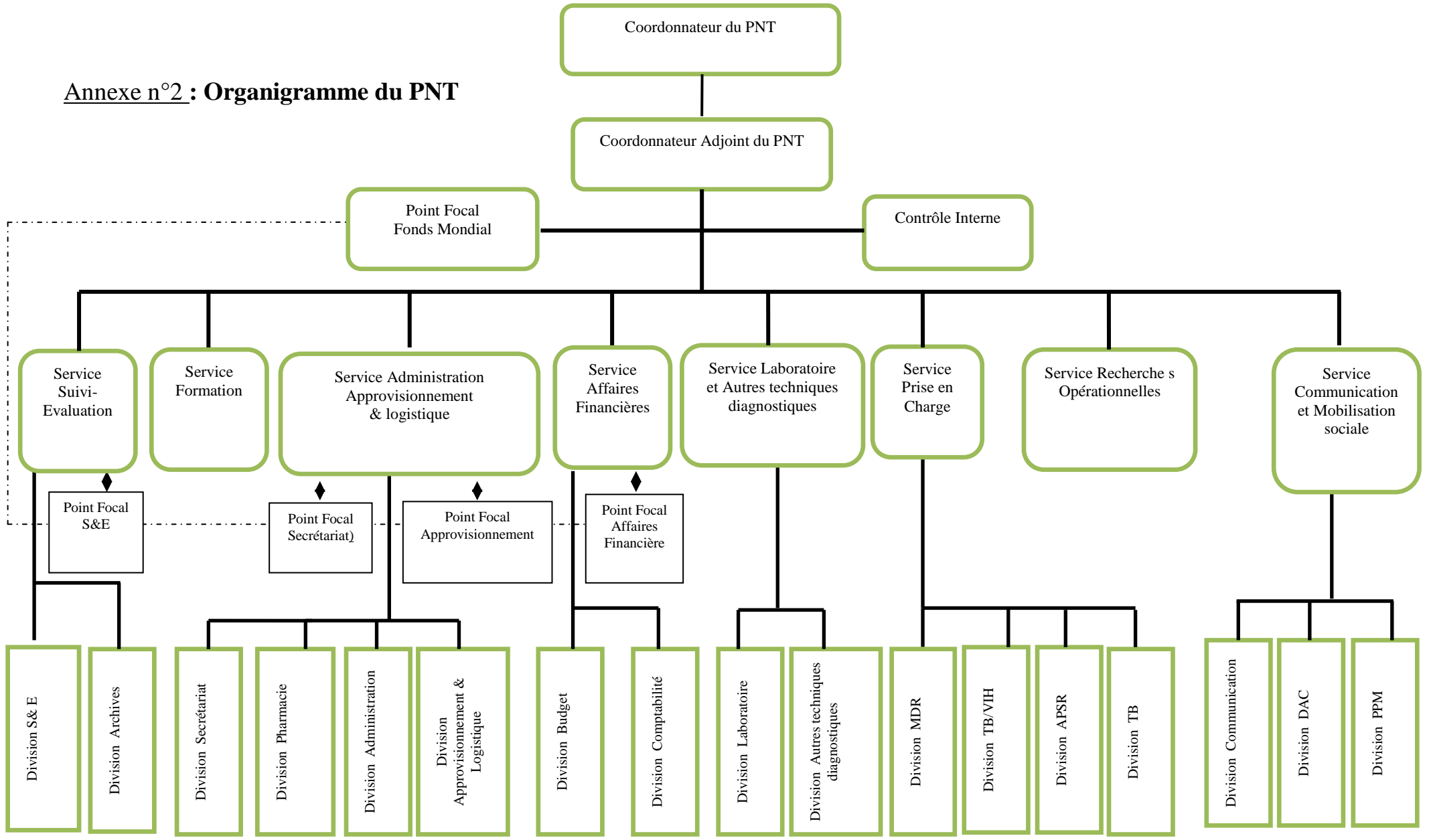
- 12) Programme National contre la Tuberculose. (2008) : «**Rapport annuel**».
- 13) Programme National contre la Tuberculose. (2009) «**Rapport annuel** ».
- 14) VODOUGNON, R. (2008) : «*Contribution à l'amélioration de la gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme*», Mémoire Cycle 2, ENAM.

ANNEXES

Annexe n°1: Organigramme du Ministère de la Santé



Annexe n°2 : Organigramme du PNT



Annexe n° 3 : Point des ressources financières et taux de consommation en 2009

Ressources intérieures			
Rubriques	Prévisions (FCFA)	Dépenses (FCFA)	Taux de consommation
Acquisitions, Construction et Grosses réparations d'immeubles	55 000 027	24 055 911	
Acquisitions, Construction et Grosses réparations de mobiliers et matériels	77 999 847	38 202 936	
Dépenses de personnel	14 999 769	6 663 867	
Achats de Biens et Services	22 000 142	9 753 425	
Total PIP	169 999 784	78 676 139	46%
Alimentation des malades	32 000 206	26 746 647	
Achats de carburants et lubrifiants	2 999 691	2 999 691	
Fournitures consommées	16 000 103	10 594 362	
Travaux divers, entretien et maintenance	4 000 026	4 000 026	
Autres prestations de service	499 839		
Total crédits délégués	55 499 866	44 340 725	80%
Total ressources intérieures	225 500 306	123 017 520	55%
Ressources extérieures			
Supervision niveau central	4 549 718	3 269 946	
Recyclage personnalisé	499 839	329 946	
Réunion des CDT après supervision	4 694 028	8 867 883	
Formation du nouveau personnel CDT	4 999 704	4 056 438	
Réunion annuelle des SPPS	276 158		
Maintenance des véhicules	1 250 254	263 695	
Maintenance informatique	749 759	339 786	
Divers	2 658 594	2 533 962	
Ressources extérieures			
Total L'Union	19 678 710	19 662 311	100%
Ressources humaines	178 478 028	147 359 428	
Assistance technique et assistance en gestion	13 494 347		
Formation	119 619 007	118 055 861	
Produits et équipements médicaux	165 240 160	38 700 151	
Produits pharmaceutiques (médicaments)		804 203	
Coûts de gestion des achats et des stocks	2 472 958	1 553 962	
Infrastructure et autres équipements	142 425 976	97 973 738	
Matériel de communication	64 136 852	60 783 599	
Suivi et évaluation	88 707 689	53 237 470	
Soutien humain aux patients/populations cibles	98 400 766	105 622 196	
Planification et administration	18 999 795	19 871 561	
Frais fixes	27 743 045	26 060 516	
Total Fonds Mondial	919 719 278	670 023 342	73%
Total ressources extérieures	939 397 988	767 997 735	82%
Total PNT	1 164 897 637	812 703 173	70%

Source : Rapport annuel PNT 2009

Annexe n°4-1 : Questionnaire

(Adressé aux agents de santé)

Dans le cadre de nos travaux de recherche de fin de formation sur le thème : «**Les limites à la stratégie de détection des nouveaux cas par le Programme National contre la tuberculose au Bénin : Analyse et approches de solution** », nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-après :

1- Selon les statistiques de l’OMS, il semble que la population béninoise est sous dépistée en matière de tuberculose. Quelles en sont les causes selon vous ?

- Moyens financiers
- Manque de soins de proximité
- Mauvais accueil des agents de santé
- Autres causes à préciser

.....

2- Quelle est votre appréciation sur l’état physique des patients venant en consultation dans votre centre ?

- Physiquement bien portant
- Amaigri
- Grabataire
- Autres à préciser

3- Si la réponse est autre que la première, quelles en sont selon vous les causes ?

.....
.....
.....
.....

4- A quel moment selon vous les patients font-ils recours aux soins de santé ?

- Au début de la maladie
- A un stade avancé de la maladie
- Autres à préciser

5- En vue de rapprocher les soins de santé des populations, que pensez-vous que l'Etat béninois doit faire ?

- Créer des centres de santé dans chaque hameau
- Donner des moyens aux agents pour aller vers les malades
- Autres causes à préciser

.....
.....

6-En matière de tuberculose particulièrement, êtes-vous prêt à fournir un peu plus d'effort que d'habitude ?

Oui

Non

Si oui, qu'est-ce qu'il vous faut à cet effet ?

Renforcement de capacité

Motivation

Politique claire

Autres causes à préciser

.....
.....

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION

Annexe n°4-2 : Questionnaire

(Adressé aux populations)

Dans le cadre de nos travaux de recherche de fin de formation sur le thème : «**Les limites à la stratégie de détection des nouveaux cas par le Programme National contre la tuberculose au Bénin : Analyse et approches de solution** », nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-après :

1- Possédez-vous un poste récepteur pour suivre les informations ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

2- Quels genres d'émissions aimez-vous suivre ?

Les informations

Les communiqués

La musique

Autres à préciser

3- Est-ce que la langue vous bloque quelque peu pour suivre les informations ?

Oui

Non

4- Est-ce que vous suivez des émissions sur la tuberculose ?

Oui

Non

Si oui, quels genres ?

Spots

Débats

Jeux radiophoniques

Autres à préciser

5- Qu'est-ce que vous avez retenu des messages diffusés sur la tuberculose ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6- Vous sentez-vous bien informé sur la tuberculose ?

Oui

Non

7- Selon les statistiques de l’OMS, il semble que la population béninoise est sous dépistée en matière de tuberculose. Quelles en sont les causes selon vous ?

- Moyens financiers
- Manque de soins de proximité
- Mauvais accueil des agents de santé
- Autres causes à préciser

8- En cas de maladie, quels sont vos recours ?

- Automédication
- Guérisseurs traditionnels
- Centres de santé
- Autres à préciser

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION

Annexe n°4-3 : Questionnaire

(Adressé aux patients tuberculeux)

Dans le cadre de nos travaux de recherche de fin de formation sur le thème : «**Les limites à la stratégie de détection des nouveaux cas par le Programme National contre la tuberculose au Bénin : Analyse et approches de solution** », nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-après :

1- Depuis quand êtes-vous malade de la tuberculose ?

.....

2- Avez-vous eu connaissance de la tuberculose avant d'en être affecté ?

Oui

Non

Si oui, par quel canal ?

Radio

Télévision

ONG

Autres canaux à préciser

3- Est-ce que ces informations vous ont été utiles ?

Oui

Non

Si oui, dans quelles mesures :

.....
.....

4- Depuis que vous avez commencé par tousser, combien de temps avez-vous passé avant de vous retrouver au centre de santé ?

.....
.....

5- Avant d'aller dans un centre de santé pour votre toux, que faisiez-vous pendant ce temps ?

Automédication

Guérisseurs traditionnels

Autres à préciser

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION

Annexe n°5 : Budget annuel détaillé du projet

N°Objectif. N°DPS. N°Activités	Activités	Catégorie du Coût	Quantité	Coût unitaire en FCFA	Coût total en FCFA	MONTANT TOTAL
1	Accroître d'au moins 20% le nombre de suspects de tuberculose examinés au laboratoire					
	DPS 1.1: Mobilisation sociale					
1.1.1	Organiser par équipe 36 sessions d'information et de communication dans les départements	Activité				4 680 000,00
	Perdiem aux gongonneurs (5 gong. X 2 sessions par mois x 10 mois x 3 équipes)		300	2 000,00	600 000	
	Perdiem aux chefs de villages (5 Chef villages. X 2 sessions par mois x 10 mois x 3 équipes)		300	3 000,00	900 000	
	Communiqués au niveau des radios communautaires (10 comm. par session x 2 sessions par mois x 10 mois x 3 équipes)		600	5 000,00	3 000 000	
	Perdiem aux Relais communautaires (1 RC. X 2 sessions par mois x 10 mois x 3 équipes)		60	3 000,00	180 000	
2	Accroître de 32% le nombre TPM+ dépistés par rapport à 2009					
	DPS 2.1: Formation					
2.1.1	Assurer la formation des agents recrutés pour le projet	Activité				4 545 000,00
	Formation des Techniciens de Laboratoire (2 TL x 3 équipes . X 13 jrs)		78	35 000,00	2 730 000	
	Formation des Infirmiers (1 Inf. x 3 équipes . X 13 jrs)		39	30 000,00	1 170 000	

	Formation des Médecins (1 Méd. x 3 équipes . X 5 jrs)		15	35 000,00	525 000	
	Déplacements des participants (6 TL + 3 Inf. + 3 Méd.) x 1 aller-retour		12	10 000,00	120 000	
	DPS 2.2: Dépistage					
2.2.1	Consultations par tournées foraines	Activité				36 000 000,00
	Perdiem des Médecins (3 Méd. X 4 jrs x 2 sessions par mois x 10 mois)		240	35 000,00	8 400 000	
	Perdiem des Infirmiers (3 Inf. X 4 jrs x 2 sessions par mois x 10 mois)		240	30 000,00	7 200 000	
	Perdiem des Techniciens de Laboratoire (3 TL. X 2 X 4 jrs x 2 sessions par mois x 10 mois)		480	35 000,00	16 800 000	
	Perdiem des Chauffeurs (3 CVA. X 4 jrs x 2 sessions par mois x 10 mois)		240	15 000,00	3 600 000	
2.2.2	Achat de matériel, de consommables et de réactifs de laboratoire pour le diagnostic	Achat				7 050 967,55
	Lames super frost		40	1 800,00	72 000	
	Minuiterie		10	17 100,00	171 000	
	Boîte de gant		10	8 100,00	81 000	
	Auramine O (bte de 50g)		20	9 900,00	198 000	
	Poubelle biohazard de pailasse		5	80 550,00	402 750	
	Phénol cristallisé		5	171 000,00	855 000	
	Manche Pasteur métallique		10	29 700,00	297 000	
	Poubelle biohazard		10	77 400,00	774 000	
	Sac poubelle		10	90 000,00	900 000	
	Sac poubelle		10	63 900,00	639 000	
	Bec Bunsen avec veilleuse		10	36 733,59	367 336	
	Crachoirs (Boîte de 500)		40	41 194,10	1 647 764	

	Acide chlorhydrique		10	13 184,74	131 847	
	Alcool à 95°		100	1 967,87	196 787	
	Permanganate de potassium		3	5 247,66	15 743	
	Eau de javel		200	1 508,70	301 740	
2.2.3	Acheter de matériels médicaux	Achat				14 810 000,00
	Microscope LED		4	2 000 000,00	8 000 000	
	Tensiomètres		10	75 000,00	750 000	
	Thermomètres		100	1 000,00	100 000	
	Pèse-personnes		9	105 000,00	945 000	
	Stéthoscopes		9	10 000,00	90 000	
	Toises		9	225 000,00	2 025 000	
	Otoscopes		9	100 000,00	900 000	
	Abaisse-langues (Boite de 10)		1 000	2 000,00	2 000 000	
	DPS 2.3: Ressources humaines					
2.3.1	Recruter et payer le salaire des agents recrutés	Salaires				36 340 000,00
	Recrutement					
	<i>Communiqués</i> 2 journaux x 2 publications		4	100 000,00	400 000	
	<i>Comité de pilotage</i> 6 pers x 7 jrs		42	20 000,00	840 000	
	Salaires					
	Médecins (3 Méd x 12 mois)		36	300 000,00	10 800 000	
	Techniciens de laboratoire (6 T.L x 12 mois)		72	225 000,00	16 200 000	
	Infirmiers (3 Inf. x 12 mois)		36	150 000,00	5 400 000	
	CVA. (3 CVA x 12 mois)		36	75 000,00	2 700 000	
	DPS 2.4: Equipement					

2.4.1	Acheter de matériels de transport	Achat				60 000 000,00
	Véhicules 4X4		3	20 000 000,00	60 000 000	
	DPS 2.5: Gestion des achats et des stocks					
2.5.1	Payer les frais de gestion des achats et des stocks	C. Ind				1 880 424,35
	Frais relatifs à la GAS		1	1 880 424,35	1 880 424	
3	Traiter 100% des cas diagnostiqués dans le cadre du projet					
	DPS 3.1: Traitement					
3.1.1	Acheter des médicaments non tuberculeux et produits pharmaceutiques	Achat				11 785 250,00
	Antibiotiques : Amoxicilline		5 000	25	125 000	
	Erythromycine		5 000	15 1/2	77 500	
	Antipyrétiques : Paracétamol		5 000	3,50	17 500	
	Antiasthmatiques : Salbutamol		500	1 100,00	550 000	
	Antalgiques : Acide Acétylsalicylique		5 000	1,500	7 500	
	Hémostatiques : Dicynone Comp.		500	4 420,00	2 210 000	
	Antipaludéens : CTA		5 000	1 200,00	6 000 000	
	Néocodion		1 000	1 370,00	1 370 000	
	Déparasitants : Albendazole		5 000	15,00	75 000	
	Seringues		500	150,00	75 000	
	Compresse Mefra 45x45 stérile non tissé sachet/2		1 000	715,00	715 000	
	Coton 500g		50	1 255,00	62 750	
	Alcool 95° (litres)		500	1 000,00	500 000	
	Sparadrap				-	

3.1.2	Assurer le transport des malades vers les CDT	Activité				2 072 000,00
	Transport des patients diagnostiqués (1036 patients x 2.000 (Forfait))		1 036	2 000,00	2 072 000	
4	Assurer la gestion du projet					
	DPS 4.1: Planification et Administration					
4.1.1	Assurer l'entretien et l'assurance des Véhicules	C. Ind				3 600 000,00
	Assurances		3	200 000,00	600 000	
	Entretiens		12	250 000,00	3 000 000	
4.1.2	Acheter du matériel de communication	Achat				375 000,00
	Téléphones		3	50 000	150 000	
	Mégaphones		3	75 000	225 000	
4.1.3	Payer les frais téléphoniques relatifs à l'abonnement corporate	C. Ind				6 180 000,00
	Abonnement Corporate				-	
	Caution pour les 6 groupes		6	100 000	600 000	
	Charge mensuelle fixe pour 6 groupes x 12		12	165 000	1 980 000	
	Budget prévisionnel pour les abonnés post-paid des groupes x 12		72	50 000	3 600 000	
4.1.4	Organiser 12 réunions du comité de gestion et de supervision du projet	S&E Int				1 080 000,00
	9 personnes x 12 réunions mensuelles		108	10 000,00	1 080 000	
4.1.5	Apporter un appui au fonctionnement et à la gestion du projet	C. Ind				8 000 000,00
	Frais trimestriels de fonctionnement et de gestion (Cartes de recharge, Fournitures, Petites réparations, Régistres, etc)		4	2 000 000,00	8 000 000	

4.1.6	Assurer la dotation en carburant pour l'exécution et la supervision du projet	S&E Int				16 000 000,00
	Frais trimestriels de carburation		4	4 000 000,00	16 000 000	
4.1.7	Payer les primes mensuelles aux membres du comité de gestion et de supervision du projet	S&E Int				19 200 000,00
	Directeur du projet / Coordonnateur du PNT		12	300 000,00	3 600 000	
	Point Focal TB-Reach		12	200 000,00	2 400 000	
	Coordonnateur-Adjoint du PNT		12	250 000,00	3 000 000	
	Point focal laboratoire		12	150 000,00	1 800 000	
	Point focal Clinique		12	150 000,00	1 800 000	
	Financier		12	150 000,00	1 800 000	
	Secrétaire		12	100 000,00	1 200 000	
	Statisticiens		24	150 000,00	3 600 000	
4.1.8	Assurer la Supervision trimestrielle des tournées foraines	S&E Int				2 400 000,00
	Perdiems					
	(3 pers.) x 5 jrs x 4		60	35 000,00	2 100 000	
	(1 CVA) x 5 jrs x 4		20	15 000,00	300 000	
	BUDGET TOTAL					235 998 641,90

Table des matières

IDENTIFICATION DU JURY.....	iii
DÉDICACE.....	v
REMERCIEMENTS.....	v
i	
SIGLES ET	
ABREVIATIONS.....	vii
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	ix
RESUME.....	xi
INTRODUCTION	
GENERALE.....	1
CHAPITRE PREMIER : DU CADRE GENERAL AU TABLEAU DE BORD DE	
L'ETUDE.....	3
Section 1 : Cadre institutionnel de l'étude et observations de stage	4
Paragraphe 1 : Cadre institutionnel de l'étude.....	4
I.Présentation du Ministère de la Santé.....	4
A. Mission, attributions et objectifs du Ministère de la Santé	4
1) Mission et attributions	4
2) Objectifs stratégiques.....	5
B. Organisation et fonctionnement	6
1) Bref aperçu sur les différentes Directions du Ministère	6
2) Autres structures d'appui	7
II. Le Programme National contre la Tuberculose (PNT) dans le système sanitaire.....	8
A- Niveau central	9
B- Niveau intermédiaire.....	10
C- Niveau périphérique.....	11
Paragraphe 2 : Observations de stage	11
I- Attributions, fonctionnement et ressources du PNT.....	12
A- Attributions du PNT.....	12
1) Mission réglementaire et préventive.....	12
2) Mission curative.....	12
3) Mission fonctionnelle	12
B- Le fonctionnement du PNT	13
1) Service de Communication et Mobilisation Sociale (SCMS)	13
2) Le Service des Affaires Financières	14
3) Le service de prise en charge	14
4) Service de Suivi-Evaluation.....	17
II- Les ressources du Programme National contre la Tuberculose	17
A- Ressources humaines	18
B- Ressources matérielles	19
C- Ressources Financières du PNT	20

Section 2: De l'inventaire des éléments de l'état des lieux au tableau de bord	
de l'étude	21
Paragraphe 1 : Inventaire des éléments de l'état des lieux et choix de la	
problématique.....	21
I- Inventaire des éléments de l'état des lieux de base	21
A- Les atouts (forces et opportunités).....	21
B- Les problèmes (faiblesses et menaces).....	22
II- Catégorisation des problèmes spécifiques et choix de la	
problématique.....	22
A- Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt	23
B- Choix de la problématique	25
C- Formulation du sujet, Spécification et Séquences de résolution	
de la problématique	26
1) Formulation du sujet, Spécification de la problématique.....	26
a-Formulation du sujet et justification du thème	26
b-Spécification de la problématique	28
2) Séquences de résolution de la problématique.....	28
Paragraphe 2: Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude.....	29
I- Objectifs de l'étude	30
A- Objectif général	30
B- Objectifs spécifiques	30
II- Hypothèses de l'étude	30
A- Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2 ..	31
B- Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°3	33
III- Tableau de bord de l'étude	35

CHAPITRE DEUXIEME: DE LA REVUE DE LITTERATURE AUX

APPROCHES DE SOLUTION37

Section 1: De la revue de littérature à l'établissement du diagnostic 38

Paragraphe 1: Revue de la littérature et démarche méthodologique de l'étude 38

I-Revue de la littérature	38
A- Tuberculose : Infection et transmission	38
B- Incidence mondiale et régionale	39
C- VIH et tuberculose	40
D- La stratégie « Halte à la tuberculose »	40
II - Méthodologie de Recherche	43
A- Approche théorique.....	43
1) Analyse des hypothèses de l'étude	43
2) Seuil de décision	46
B- Dimension empirique de l'étude	46
1) Préparation de l'enquête	46
a. Objectifs de l'enquête	47
b. Cadre et nature de l'enquête.....	47
c. Technique d'échantillonnage et définition de l'échantillon	47

2) Outils de collecte des données	49
a- Questionnaire d'enquête	49
b- Recherche documentaire et revue documentaire.....	49
3) Difficultés rencontrées et limites de l'approche méthodologique	50
a- Difficultés rencontrées.....	50
b- Limites de l'approche méthodologique.....	51
Paragraphe 2 : Présentation des résultats, analyse des données et établissement du diagnostic	51
I-Présentation des résultats et analyse de données relatives au faible niveau d'information des populations et leur accessibilité aux soins de santé	52
A- Présentation des données relatives au faible niveau d'information des populations.....	52
B- Présentation des données relatives à la faible accessibilité des populations aux soins de santé.....	55
C- Résultats relatifs au recours tardif aux soins de santé.....	56
II-Etablissement du diagnostic.....	59
A- Diagnostic lié au problème spécifique n° 1	59
B- Diagnostic lié au problème spécifique n° 2	59
C- Diagnostic lié au problème spécifique n° 3	59
 Section 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre	60
Paragraphe 1 : Approches de solution aux problèmes	60
I- Approches de solution au problème spécifique n°1	60
II-Approches de solution aux problèmes spécifiques n°2 et n°3.....	62
A- Description du projet.....	62
B- Fiche signalétique du projet.....	65
C- Cadre logique préliminaire du projet	66
D- Coût du projet.....	68
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau synthèse de l'étude	68
I-Synthèse des conditions de mise en œuvre et recommandations.....	68
II. Tableau de synthèse de l'étude	70
CONCLUSION.....	7
2	
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES.....	75
TABLE DES MATIERES.....	93

