



REPUBLIQUE DU BENIN

&&&&&&&

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

&&&&&&&&&&&&&

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

&&&&&&&&&&&&&

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE
(ENAM)

&&&&&&&&&&&&&

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

OPTION :

*ADMINISTRATION DES
FINANCES*

FILIERE :

*ADMINISTRATION
HOSPITALIERE, UNIVERSITAIRE
ET D'INTENDANCE*

ANNEE ACADEMIQUE : 2011-2012

**PROBLÉMATIQUE DE L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE
DES USAGERS DE L'HÔPITAL DE ZONE D'ABOMEY-
CALAVI/SÔ-AVA AUX SOINS ET SERVICES DE SANTÉ
MATERNELLE ET INFANTILE**

Réalisé et soutenu par :

Aurore Togla DEGAN

Maitre de stage :

Mme Armande VIEGBE ZOUNON

Administrateur des Hôpitaux
Chef Service des Affaires Administratives
et Economiques de l'HZ/AS

Directeur de mémoire :

Hugues B. M. TCHIBOZO

Economiste de la Santé
Manager sanitaire
Chargé de cours à l'ENAM

Mars 2012

IDENTIFICATION DU JURY

Président : Pr. SOGBOSSI BOCCO Bertrand

Vice-président : M. AREMOU Rilwane Basile

Membre: M. LOKOSSOU Adrien

**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET
DE MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER
AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION
AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR.**

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ❖ ma mère ADANZOUNNON Pulchérie et mon père DEGAN Sébastien, pour tous vos sacrifices consentis afin d'assurer l'avenir de vos enfants ;

Sincères gratitude

- ❖ mes frères et sœurs : Victorine, Chimène, Nadège, Romaric, Ghislain pour votre amour et votre soutien ;

Amour fraternel

- ❖ mon époux et mes enfants, pour votre amour ;

Tendre affection

- ❖ Euloge, pour ton courage, dévouement et soutien sans limite ;

Profonde affection

- ❖ toutes les femmes, tous les enfants et toutes les personnes vulnérables du monde.

Affection de toujours.

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement :

- 👏 **M. Hugues B. M. TCHIBOZO**, notre maître de mémoire pour notre encadrement rigoureux malgré ses multiples occupations.
- 👏 **Mme Armande VIEGBE**, notre maître de stage qui, malgré ses multiples sollicitations, a pu nous orienter et conseiller durant ce stage. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.
- 👏 **A tous les enseignants de la filière AHUI et au personnel administratif de l'ENAM** pour leur contribution à ma formation.
- 👏 **Tout le personnel** de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava en particulier les chefs et responsables de services de la maternité et de la pédiatrie, pour tous les sacrifices consentis.
- 👏 **Toutes les personnes ressources** que nous avons consultées afin d'avoir des informations et orientations dans le cadre de la réalisation de ce travail.
- 👏 **Tous ceux qui de près ou de loin** m'ont soutenu au cours de la formation.
- 👏 **Tous les collègues de la promotion AHUI**, un profond remerciement à Marcelle et Nicolas ; bonne carrière à tous.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- ACE** : Agent Contractuel de L'Etat.
- AFP** : Agent payé sur Fonds Propres.
- AHUI** : Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance.
- AMS** : Agent Mesure Sociale.
- AOC**: Agent Occasionnel.
- APE** : Agent Permanent de l'Etat.
- BCG** : Bacille de Calmette et Guérin.
- C/SAAE** : Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques.
- CNHU-HKM** : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga.
- CPN** : Consultation Pré-Natale.
- CPNo** : Consultation Post-Natale.
- CPS** : Centre de Promotion Sociale.
- DTCP** : vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche et la Poliomyélite.
- EDS** : Enquête Démographique Sanitaire.
- ENAM** : Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature.
- FED** : Fonds Européen de Développement.
- GARE** : Grossesse à Risque Elevé.
- HOMEL** : Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune.
- HZ/AS** : Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi /Sô-Ava.
- IB** : Initiative de Bamako.
- MAS** : Micro Assurance Santé.
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique.
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- P.Sce** : Prestataire de Service.
- PAF** : Particuliers A leurs Frais.

PEC : Prise en Charge.

PEV : Programme Elargi de Vaccination.

PF : Planification Familiale.

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire.

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant.

RAMU : Régime d'Assurance Maladie Universelle.

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquise.

SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaire.

SSP : Soins de Santé Primaires.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

VAR: Vaccin Anti- Rougeoleux.

VIH : Virus d'Immuno Déficience Humaine.

ZS : Zone Sanitaire.

LISTE DES TABLEAUX

Pages

Tableau 1	: Liste du personnel administratif.	13
Tableau 2	: Liste du personnel soignant	14
Tableau 3	: Regroupement des problèmes spécifiés et problématiques identifiés	(voir annexe 5)
Tableau 4	: Synthèse des approches génériques par problème	46
Tableau 5	: Tableau de bord	54
Tableau 6	: Motif du recours tardif des malades aux soins et services médicaux	74
Tableau 7	: Catégories de patientes hospitalisées à la maternité.	75
Tableau 8	: Catégories de patients hospitalisés à la pédiatrie.	75
Tableau 9	: Motif de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux	76
Tableau 10	: Raison de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie	76
Tableau 11	: Tableau de synthèse de la problématique de l'accessibilité financières des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile	90
Tableau 12	: Catégorie de clients à la Maternité de 2007 à 2011	(voir annexe 6)
Tableau 13	: Catégorie de clients à la Pédiatrie de 2007 à 2011	(voir annexe 6)
Tableau 14	: Nombre de décès d'enfants à la maternité et à la pédiatrie de 2007 à 2010	(voir annexe 7)
Tableau 15	: Taux de mortalité maternelle de 2007 à 2011	(voir annexe 7)
Tableau 16	: Nombre d'évadés à la maternité et à la pédiatrie de 2007 à 2011	(voir annexe 7)

GLOSSAIRE

Accouchement par voie basse : accouchement auquel la parturiente a été préparée par un entraînement destiné à atténuer les sensations pénibles et à permettre une relaxation maximale pendant le travail. (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Accouchement : Ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus. . (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Césarienne : Opération chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par incision de la paroi de l'utérus, quand l'accouchement est impossible par les voies naturelles. (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Client : Personne qui reçoit de quelqu'un, contre paiement, des fournitures ou des services. (Le dictionnaire des 11- 15 ans : LAROUSSE DU COLLEGE, 2003).

Contraception : Méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde. (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Dystocie : Difficulté gênant ou empêchant le déroulement normal d'un accouchement. (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Eutocie : Situation obstétricale favorable permettant d'espérer un accouchement normal. (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Indigent: « le plus pauvre parmi les pauvres ». **DJOFFON – ELITSA** (2004).

Maladie : Altération de la santé d'un être vivant. (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Mutuelle : Structure d'assurance volontaire, à but non lucratif, formée sur la base d'une assistance mutuelle, de la solidarité et du partage collectif des risques de maladie. Les membres participent de façon effective à la gestion et au fonctionnement de la mutuelle. Ces mutuelles sont souvent de petite taille

et visent une population spécifique qui est liée par certaines caractéristiques de solidarité (**Atim**, 1998).

Patient : Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale. (Dictionnaire médicale : LAROUSSE, 2006).

Pauvreté : La pauvreté se définit aujourd'hui comme un état de privation à long terme de bien être jugé inadéquat pour vivre décemment. En d'autres termes la pauvreté est une carence. (**CARR**, 2004).

Tiers- payants : Organismes ou collectivités publiques qui se substituent aux bénéficiaires des soins ou à leurs ayant cause pour le règlement de la créance de l'établissement hospitalier : cas des collectivités, entreprises publiques et privées (**GNAHA, C.**, 2007).

RESUME

Des milliers de femmes et d'enfants meurent chaque année dans le monde. Au Bénin le taux de mortalité est de 397 pour 100.000 naissances vivantes (EDS, 2007). Celui de l'hôpital de zone Abomey- Calavi/ Sô- Ava (HZ/AS) est de 1563,78 pour 100.000 naissances vivantes en 2007 soit plus de trois fois le taux national. Depuis 2009, ce taux a connu une baisse sensible avec l'avènement de l'initiative de gratuité de la césarienne. Il est passé de 1563,78 à 402,46 pour 100.000 naissances vivantes en 2011.

L'analyse de cette situation a porté notre réflexion sur le sujet intitulé : « **Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HÔPITAL DE ZONE D'ABOMEY - CALAVI/SÔ - AVA aux soins et services de santé maternelle et infantile.** » L'objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile. Les objectifs spécifiques sont :

- Proposer des mesures pour un recours spontané des malades aux soins et services médicaux ;
- Suggérer les moyens pour l'amélioration de la capacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux ;
- Proposer le contexte de réduction des cas d'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

Compte tenu des problèmes identifiés les objectifs suivants ont été formulés :

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû au mode de paiement direct des soins et services;
- l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux s'explique par la précarité des sources de revenus des ménages ;
- la défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents justifie l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

Nous avons procédé à une enquête pour la vérification de ces hypothèses.

Les approches de solutions dont la mise en œuvre contribuerait à éradiquer sinon à atténuer les causes identifiées sont entre autres :

- la sensibilisation des populations à adhérer aux différentes structures de Micro Assurance Santé (MAS);
- l'opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) ;
- le renforcement du programme des microcrédits aux femmes;
- une redéfinition de la notion d'indigent basée sur des critères non équivoques.

Cependant il serait intéressant que d'autres études prennent en compte l'impact financier des patients exécutés qui sont gardés pour non paiement des prestations

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE..	1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : OBSERVATIONS DE STAGE ET PROBLEMATIQUE DE L'ACCESSIBILITE DES USAGERS DE L'HZ/AS AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE..	5
SECTION 1 : La restitution des observations de stage et problématique à l'HZ/AS.	6
Paragraphe 1 : Le cadre institutionnel et physique de l'étude.....	6
Paragraphe 2 : Observations de stage sur les activités des services de gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie.....	20
SECTION 2 : Du choix de la problématique aux séquences de restitution de l'étude..	39
Paragraphe 1 : Problématique de l'étude..	39
Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée.	39
CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNEES.	48
SECTION 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature liée à la problématique d'Inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.....	49
Paragraphe 1: La fixation des objectifs et formulation des hypothèses.....	49
Paragraphe 2 : Tableau de bord de l'étude et revue de littérature.	53
SECTION 2 : Choix de la méthodologie de l'étude.....	64
Paragraphe 1 : Approche empirique de la méthodologie de l'étude.	64
Paragraphe 2 : Les approches théoriques de la méthodologie de l'étude.....	67
CHAPITRE DEUXIEME : ANALYSE DES DONNEES, APPROCHE DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	72
SECTION 1 : De la préparation des enquêtes à la vérification des hypothèses de l'étude.....	73
Paragraphe 1 : Préparation et réalisation des enquêtes.....	73
Paragraphe 2 : Présentation, analyse des données et validation des hypothèses.....	74
SECTION 2 : Approches de solutions et condition de mise en œuvre.....	78
Paragraphe 1 : Approches de solutions.....	78
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions.....	82
CONCLUSION GENERALE..	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..	94
ANNEXES	100
TABLE DES MATIERES..	110

INTRODUCTION GENERALE.

Pendant des siècles, il a été considéré que les soins aux mères et aux tout- petits étaient une affaire de famille, dévolue aux mères de famille elles – mêmes et aux sages- femmes. Au cours du XX^e siècle, ce qui était une préoccupation purement familiale est devenue un domaine prioritaire de santé publique. Les pouvoirs publics se sont réveillés et ont commencé à y investir de grands moyens. Ces efforts ont porté leurs fruits si bien que le taux de mortalité des moins de cinq ans a reculé tout au long des dernières années du XX^e siècle. Il est passé de 146 pour 1000 naissances vivantes en 1970 à 79 pour 1000 naissances vivantes en 2003. Au Bénin le taux de mortalité infantile des moins de 5 ans est de 67 pour 1.000 naissances vivantes pour l'ensemble de la population (PNDS 2009- 2018), et le taux de mortalité maternelle selon l'Enquête Démographique de la Santé (EDS, 2007) est de 397 pour 100.000 naissances. Autrement dit 1500 femmes meurent chaque année au Benin des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Cette tendance baissière générale a commencé à s'essouffler dans certains pays du monde notamment dans ceux du Tiers-Monde. Les pays du Nord étaient très préoccupés et mettaient tout en œuvre pour inverser cette tendance. L'une des solutions était la remise des dettes aux pays pauvres à condition de les investir dans les services sociaux de base. La mise en place de ces mesures sociales a conduit le Gouvernement béninois à prendre certaines décisions qui sont entre autres :

- le recrutement massif du personnel aux ministères de la santé et de l'éducation ;
- la gratuité des soins aux indigents ;
- la gratuité de la césarienne ;
- la gratuité de prise en charge du paludisme des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5ans ;
- la construction des infrastructures sanitaires.

Ainsi le programme ambitieux de renforcement des infrastructures sanitaires a permis d'améliorer sensiblement la couverture sanitaire, mais la fréquentation des structures sanitaires reste encore faible.

Au rythme actuel de sa progression, il est peu probable que le Bénin atteigne en 2015, les trois Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) reliés à la santé à savoir :

- la réduction de 2/3 de la mortalité infantile ;
- la réduction de 75% de la mortalité maternelle ;
- la réduction de l'impact du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose à un niveau acceptable.

Il n'est peut-être pas exagéré d'affirmer que ces objectifs constituent pour le moment des vœux pieux pour les autorités de l'hôpital de zone de d'Abomey-Calavi-Sô - Ava. Des objectifs difficilement atteignables, tant les coûts des soins curatifs demeurent encore moins accessibles à la majorité de la population d'Abomey- Calavi et de Sô-Ava. Ce qui entraîne la désaffection des formations sanitaires formelles au profit de l'automédication et de la médecine traditionnelle.

Il se dégage de ce qui précède deux positions apparemment inconciliables. D'un côté, les autorités de l'hôpital de zone qui ont besoin des ressources financières pour faire fonctionner leurs différents services, et de l'autre, les populations qui n'ont pas de moyen pour faire face au peu qu'on leur demande. Le manque de ressources financières pour faire face aux soins curatifs est plus ressenti chez les usagers des services de soins maternels et infantiles.

Nous avons été particulièrement sensible à la souffrance de cette dernière couche, la couche des populations à la quête des soins maternels et infantiles. C'est pourquoi nous avons choisi de réfléchir sur le thème suivant : **«Problématique de l'accessibilité financière des usagers de**

l'Hôpital de Zone d'Abomey- Calavi/Sô- Ava aux soins et services de santé maternelle et infantile. »

Pour mener cette étude, nous allons structurer ce travail en trois chapitres.

Le chapitre préliminaire sera consacré à la présentation du cadre institutionnel, aux observations et à la détermination de la vision globale de résolution de la problématique.

Dans le chapitre premier, nous allons d'abord fixer les objectifs, ensuite émettre les hypothèses de l'étude et enfin préciser notre méthodologie de la recherche.

Dans le chapitre deuxième, nous vérifierons les hypothèses émises afin d'établir le diagnostic et proposer des approches de solutions assorties des conditions de mise en œuvre.

CHAPITRE PRELIMINAIRE :
OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE
DE LA PROBLEMATIQUE DE
L'ACCESSIBILITE DES USAGERS DE
L'HZ/AS AUX SOINS ET SERVICES DE
SANTE MATERNELLE ET INFANTILE.

Ce chapitre présente de manière générale le cadre de fonctionnement et les activités de l'HZ/AS ensuite il fait l'état des lieux de la qualité de ses prestations par rapport aux besoins réels de ses clients ; et enfin il dégage la problématique puis la vision globale de résolution de cette problématique.

SECTION 1 : Restitution des observations de stage et problématique à l'HZ/AS.

L'HZ/AS est la structure où s'est déroulé notre stage en vue de la réalisation de notre mémoire professionnel. Avant l'exposé de l'état des lieux, nous allons présenter cette structure de façon générale.

Paragraphe 1 : Le cadre institutionnel et physique de l'étude.

Cette présentation porte sur l'historique, la mission, et la structure organisationnelle.

I –Le cadre institutionnel.

A – Historique et mission.

Le ministère de la Santé a plusieurs missions. Il est chargé d'assurer les soins et services de qualité accessibles à la population. C'est en s'inscrivant dans l'idéal de cette mission que le Bénin a entrepris des réformes visant l'amélioration de son système sanitaire. En 1995, la table ronde sur le secteur de la santé a consacré l'idée de l'accessibilité des soins et de la garantie de la qualité des services de santé de base et de première référence aux populations les plus vulnérables.

La mise en application de cette idée a conduit à la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire suivant les dispositions des décrets n° 98-300 du 20 juillet 1998 et 2005-611 du 28 septembre 2005 portant tous deux réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en République du Bénin en zones sanitaires. La zone sanitaire s'étend sur une ou plusieurs communes identifiées conformément

aux critères d'éligibilité définis par le ministère de la Santé en tenant compte du découpage territorial. La zone sanitaire comprend les Unités Villageoises de Santé, les dispensaires et maternités isolés, les centres de santé d'arrondissement, les centres de santé des communes et l'hôpital de zone. A ce jour, le Bénin compte 34 hôpitaux de zone créés par l'arrêté 2000-2225/MSP/DC/SGM/CAZS. L'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est le centre de première référence en matière de prestation de soins des Centres de Santé de la Zone Sanitaire(ZS). Il est chargé de traiter les cas graves ou compliqués de maladie et s'occuper des problèmes de santé dépassant les compétences des Centres de Santé de 1^{er} échelon. La Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est créée par le décret N° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone. Inauguré le 12 Mai 2003, l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava a démarré ses activités le 18 août de la même année. L'HZ-AS est implanté dans la commune d'Abomey-Calavi, (département de l'Atlantique), dans le quartier « Arcon ville » face à la station radio maritime de l'Office de Radiodiffusion et Télévision du Bénin et plus précisément à environ un kilomètre de la route inter-Etats Cotonou – Niamey. Il couvre une superficie de 866 kilomètres carrés avec une population estimée à 440.000 habitants environ. Sa création constitue un soulagement pour les populations des communes de Calavi, Sô-ava, Zê, Toffo, Ouegbo, etc. Il constitue le centre de première référence pour les communes parce qu'elles ne seront plus obligées d'aller systématiquement au centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) à 20km pour les maladies dépassant la compétence des centres de santé de commune (CSC). Cela a naturellement contribué à la réduction du nombre de décès enregistrés au cours des évacuations.

B -Structure organisationnelle.

La structure organisationnelle de l'hôpital est composée des organes de gestion et des organes consultatifs.

➤ **Les organes de gestion**

❖ **Le Conseil de Gestion**

Le Conseil de Gestion fait office de Conseil d'Administration. Ce conseil est mis en place selon les dispositions de l'article 8 à 16 du décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone. Ainsi il exerce des prérogatives dans les limites de son objet social. Il définit dans le règlement intérieur les pouvoirs délégués au directeur. C'est l'organe d'administration et en même temps, l'organe délibérant. Le conseil de gestion est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'HZ. Il intervient en matière de décision et de grandes orientations de l'hôpital, de signature de convention, de collaboration, de création, d'intégration et de fermeture des services techniques au sein de l'HZ (création du service des urgences de l'HZ /AS en 2006 par exemple). Les membres du Conseil de Gestion sont nommés par Arrêté du ministre de Santé, sur proposition des institutions qu'ils représentent, par un mandat de trois ans renouvelable une fois. Le conseil reçoit directement la communication des rapports semestriels et annuels du Commissaire aux Comptes et délibère à son sujet. Il rend compte de ses activités à l'autorité de tutelle.

Il se réunit deux(02) fois par an. Il émane du Comité de Santé et comprend des membres avec voix délibérative et des membres avec voix consultative. Les membres du conseil de gestion perçoivent au cours des sessions des frais conformément aux textes en vigueur. Ces frais sont portés en charge d'exploitation de l'hôpital.

❖ **La Direction**

La direction de l'hôpital est assurée par un directeur, assisté de ses collaborateurs.

- **Le Directeur**

Le Directeur est nommé suivant les dispositions de l'article 18 du décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone. Il coordonne les activités de l'hôpital, assure l'exécution des décisions prises par le conseil de gestion à qui il rend compte et qui le contrôle. Il est l'ordonnateur principal du budget de l'hôpital et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses. Il représente valablement l'hôpital vis-à-vis des tiers, dans les limites de ses pouvoirs et de ceux qui lui ont été délégués par le conseil de gestion. Il assiste d'office avec voix consultative, aux délibérations du Conseil de Gestion. Le directeur a la possibilité de déléguer une partie de ses pouvoirs au Chef du service des Affaires Administratives et Economiques. Il est responsable du développement de l'hôpital de Zone dans le cadre des politiques et des programmes définis par le Conseil de Gestion. Il peut, après avis du Conseil de Gestion, créer des organes subsidiaires devant l'aider dans l'exécution de ses tâches.

- **Les collaborateurs**

- **Chef Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE)**

Sous l'autorité hiérarchique du Directeur, le C/SAAE est, conformément aux dispositions de l'article 22 du décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, chargé de :

- la facturation des droits de l'hôpital ;
- la gestion administrative et du personnel ;
- la tenue de la comptabilité matière ;
- la gestion des malades et des statistiques ;
- la maintenance et l'entretien.

Il est nommé parmi les personnels administratifs de l'Etat, titulaires du diplôme universitaire d'administration hospitalière.

- **Chef du Service des Affaires Financières (C/SAF)**

Sous l'autorité hiérarchique du Directeur et conformément aux dispositions de l'article 23 du décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, le C/SAF est chargé :

- de l'élaboration du budget ;
- du recouvrement des recettes ;
- du paiement des dépenses ;
- des opérations de banque ;
- de la comptabilité générale et analytique ;
- de la gestion des régies d'avances et de recettes.

Il est nommé parmi les personnels administratifs de l'Etat, titulaires du diplôme universitaire d'administration hospitalière, d'administration des finances, un médecin de santé publique ou un médecin titulaire d'un diplôme de gestion hospitalière. Il est chargé de la tenue à bonne date des différents documents comptables tels que les livres journaux, le grand livre, de l'élaboration du bilan, des états financiers et des états annexés. A l'HZ/AS, les états financiers ne sont donc pas élaborés dans les délais règlementaires.

- **L'Infirmier (e) Général (e) (IG)**

Sous l'autorité hiérarchique du Directeur et conformément aux dispositions de l'article 25 du décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, l'IG est nommé parmi les infirmiers ou infirmières diplômés (es) d'Etat, conformément aux textes en vigueur et est chargé(e) :

- du suivi des services de soins ;
- du suivi de la bonne exécution des soins prescrits ;
- du suivi des autres personnels soignants et auxiliaires ;
- de la coordination des relations techniques du personnel soignant et auxiliaire avec la Direction et les médecins ;

- de la formation continue ;
- de la police au sein de l'hôpital.
- **Chefs des Services Médicaux et Techniques**

Ils sont chargés de coordonner les activités des secteurs ci-après :

- médecine interne ;
- pédiatrie ;
- chirurgie ;
- gynécologie-obstétrique ;
- exploration diagnostique ;
- pharmacie.

➤ **Les organes consultatifs.**

❖ **Le comité de direction.**

Il est un organe consultatif obligatoire. Il est consulté sur toutes les questions relatives à l'élaboration du budget et à la politique générale de l'hôpital de zone. Il donne son avis sur toutes les affaires que la direction de l'hôpital lui soumet. Il se réunit une fois par mois en session ordinaire.

❖ **La Commission Médicale Consultative (CMC).**

La CMC est un organe qui est consulté sur les principales affaires concernant les activités de santé, la répartition, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et médico- techniques.

La CMC donne obligatoirement son avis sur l'aménagement et la répartition des services techniques, les grosses réparations, l'achat et la distribution du matériel technique et des médicaments. Elle est composée de tous les chefs des services médicaux et médico-techniques de l'hôpital de zone avec élection en leur sein d'un président. Les avis de cette commission sont consignés sous forme de compte rendu signé du président et remis au directeur pour exploitation, ou transmis par ce dernier au Président du Conseil de Gestion. La CMC se réunit en séance ordinaire une fois par trimestre.

❖ **La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS).**

Conformément aux dispositions de l'article 36 des statuts de l'hôpital de zone, la CHS s'occupe des questions relatives à l'hygiène, à la gestion des déchets produits en milieu hospitalier, à la salubrité et à la sécurité. Elle se réunit en session ordinaire une fois par trimestre et en session extraordinaire en cas de nécessité.

➤ **Les ressources de l'Hôpital**❖ *Les ressources humaines****-La liste du Personnel Administratif****Tableau1** : Liste du personnel administratif.

N°	CATEGORIE	S T A T U T							Effectif
		APE	ACE	AMS	AFP	AOC	P.Sce	AC/PIP-PNLS	Total
01	Administrateur	01						01	02
02	Attaché des Services Financiers	01		01					02
03	Technicienne Supérieure en ressource humaines			01					01
04	Contrôleur des Services Financiers		01	01					02
05	Assistant des Services Financiers	01							01
06	Secrétaire opératrice de saisie				01				01
07	Secrétaire des Services Administratifs			04					04
08	Secrétaire Adjointe des Services Administratifs	03		01					04
09	PSA			01					01
10	Technicienne Supérieure d'Action So	01							01
11	Contrôleur d'action Sociale			01		01			02
12	Assistant d'Hygiène		01						01
13	Conducteur de Véhicule Administratif				04	01			05
14	Gardien				03				03
15	Agents de recouvrement				02				02
16	Agent d'entretien des services	01	01		06	01			09
17	Standardiste				02				02
18	Commis de la pharmacie				04				04
19	Blanchisseur				03				03
20	Morguier				02				02
21	Maintenancier				01				01
22	Animatrice Sociale		01						01
TOTAL		09	04	10	28	03	00	00	54

Source : section de la gestion du personnel.

-Liste du Personnel Soignant*Tableau 2 : Liste du personnel soignant.**

N°	CATEGORIE	S T A T U T							Effectif Total
		APE	ACE	AMS	AFC	AOC	P. Sce	AC/PIP PNLS	
1	Médecins Généralistes	02					01	01	04
2	Médecins Pédiatres	03							03
3	Médecins Gynécologues	03					01		04
4	Médecins Chirurgiens	01					01		02
5	Médecin-Chirurgien dentiste	01							01
6	Médecin Radiologue-Echographiste	01							01
7	Médecin ORL	01							01
8	Médecin Ophtalmologue						01		01
9	Médecin cardiologue						01		01
TOTAL		12	00	00	00	00	05	01	18
1	Sage femme diplômée d'état	14	03		02			04	23
2	Infirmier diplômé d'état	10	02	02	01	01		04	20
3	Infirmier d'état/Infirmier Breveté	08	10	02	02		02	06	30
4	Aide-soignant	05	22	08	06	02	06	01	50
TOTAL		37	37	12	11	03	08	15	123
1	Infirmier diplômé d'état / Anesthésiste	08							08
2	Infirmier diplômé d'état/ Instrument	02							02
3	Kinésithérapeute	01					01		02
TOTAL		11	00	00	00	00	01	00	12
1	Technicien Supérieur en Radiologie/Ingénieur des travaux en Imagerie Médicale	02	01	01		01			05
2	Technicien Supérieur en Ophtalmologie	03							03
3	Technicien supérieur Laboratoire /Ingénieur des travaux Analyse Biomédicales	02	03	02				04	11
4	Technicien de Laboratoire "B"	01						01	02
5	Technicien en Stomato/ORL	02							02
TOTAL		10	04	03	00	01	00	05	23
TOTAUX		70	41	15	11	04	14	21	176

Source : section de la gestion du personnel.

Commentaire des tableaux du personnel de l'hôpital.

Le nombre du personnel administratif est de 54 soit un pourcentage de 23,48% et celui du personnel soignant est de 176 soit un pourcentage de 76,52% de l'effectif total.

D'après ces tableaux, la catégorie des agents permanents de l'Etat représente 34,35% de l'effectif total, celle des contractuels de l'Etat représente 19,56%, celle des agents recrutés sur mesure sociale 10,87%, celle des agents recrutés sur financement communautaire 16,95% et celle des autres agents 18,27%. Signalons que l'effectif des ACE, AMS, en 2007 sont respectivement 8,7% ; 16,8% ; 25,4%. Nous remarquons une diminution de l'effectif des AMS et AFC et une augmentation de l'effectif des ACE. Ces résultats justifient l'effectivité du processus de reversement des agents communautaires en agents contractuels.

❖ *Les ressources matérielles et financières.*

□ **Les ressources matérielles.**

Les ressources matérielles sont constituées de locaux, de matériels et d'équipements entrant dans l'accomplissement des différentes missions de l'Hôpital.

De ce point de vue, l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava dispose de :

- de lits d'hospitalisation et d'examen installés dans les différents services de l'Hôpital qui est de cent treize (113) ;
Ce nombre demeure insuffisant et on observe souvent des évacuations de malades vers d'autres hôpitaux faute de lits. Ce phénomène s'observe surtout dans le Service de gynécologie obstétrique et parfois en pédiatrie ;
La mise en service en 2010 du nouveau bâtiment du service de gynécologie obstétrique n'a pas amélioré cette situation comme on l'avait souhaité ;
- un château d'eau ;

- deux incinérateurs traditionnels, et un incinérateur électrique en construction ;
- deux parkings pour les véhicules ;
- un groupe électrogène qui fournit immédiatement l'énergie en cas de coupure ;
- un bâtiment pour les accompagnants qui sert aujourd'hui de bureaux et de magasin. En réalité ledit bâtiment accueillait les débiteurs de l'hôpital jusqu'au paiement. Les débiteurs étaient gardés dans le bâtiment plusieurs mois à cause de leur incapacité à payer les prestations. Cette période est presque révolue avec la gratuité de la césarienne et la prise en charge gratuite des indigents ;
- une cantine pour le personnel ;
- un bâtiment pour le gynécologue de l'Hôpital qui n'est pas occupé et qui sert aujourd'hui de bloc administratif ;
- un bâtiment pour le chirurgien abandonné et qui abrite des reptiles ;
- un local pour le service de la maintenance ;
- des ordinateurs ;
- une buanderie traditionnelle car le lavage se fait à mains nues.

□ **Les ressources financières.**

Elles sont l'ensemble des moyens financiers utilisés par l'hôpital pour effectuer ses différentes dépenses aussi bien de fonctionnement que d'investissement.

Elles sont constituées par :

- les fonds propres de l'hôpital ;
- les apports externes : la subvention annuelle de l'Etat, les subventions des partenaires, les subventions des Organisations Non Gouvernementales, les dons et legs, les autres produits (intérêts sur compte bancaire, prestations diverses, etc.).

Les fonds propres sont issus des frais de consultation, d'hospitalisation, d'examens biologiques, d'actes, de la morgue et surtout de la cession des médicaments. Les conditions de perception de ces recettes sont précisées par Arrêté du ministre en charge de la Santé publique.

➤ **Les charges de l'Hôpital de Zone.**

Les charges de l'Hôpital de Zone sont constituées par :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'investissement.

Au 31 décembre 2010 le montant total des dépenses engagées hors subventions s'élève à deux cent soixante dix millions quatre cent vingt mille cinq cent quarante (270 420 540) francs CFA. Sur ce montant, les dépenses payées se chiffrent à deux cent quinze millions sept cent cinquante sept mille sept cent quarante huit (215 757 748) francs CFA et représentent 79,79% des engagements.

Ces dépenses ont servi essentiellement à couvrir les charges de fonctionnement et d'investissement constituées par :

- les salaires, primes et accessoires du personnel ;
- l'approvisionnement en médicament et consommables médicaux tant pour la vente que pour la consommation des services techniques ;
- l'approvisionnement en réactifs et films pour le laboratoire et l'imagerie médicale ;
- l'approvisionnement en matière et fournitures nécessaires au fonctionnement des services.
- la maintenance des équipements et installations ;
- l'acquisition de logiciels ;
- l'acquisition de matériel de froid ;
- l'acquisition de quelques mobiliers et matériels de bureau ; l'acquisition de machines et matériels hospitaliers ;

- l'acquisition de matériels informatiques, etc.

Les subventions d'exploitations s'élèvent à trois cent cinquante huit millions deux cent soixante quatre mille trois cent quarante quatre (358.264.344) francs CFA repartis comme suit :

Salaire et Accessoires des APE-CE-MS268. 900. 000 soit 79,78%

- Eau, électricité et Téléphone..... 42. 258. 725 soit 12,54%
- Les crédits délégués..... 21. 485 994 soit 06,37%
- Les consommables reçus de l'agence de gestion de la gratuité de césarienne..... 4. 416 625 soit 01,31% -les subventions d'investissement 21. 203. 000 francs CFA

II- Le cadre physique de l'étude.

Les services médicaux techniques sont l'une des branches de la structure organisationnelle de l'institution. Elle constitue la cheville ouvrière d'une unité de soins de santé. Nous l'avons déjà mentionné, mais il nous semble utile de rappeler les différents services médicaux techniques :

- médecine interne ;
- pédiatrie ;
- chirurgie ;
- gynécologie-obstétrique ;
- exploration diagnostique ;
- pharmacie.

Deux services ont retenu notre attention, il s'agit du service de gynécologie-obstétrique et du service de pédiatrie. Chacun de ces services est dirigé par un médecin spécialisé appuyé par une maîtresse sage-femme ou un surveillant de pavillon.

A- Le service de gynécologie-obstétrique.

De par sa complexité d'activités le service de gynécologie- obstétrique est divisé en trois blocs connus sur le vocable de « Sites ». Ce complexe a pour mission

fondamentale de fournir les soins préventifs, curatifs et promotionnels aux mères et aux enfants. Ainsi nous avons :

- **Site I :** qui prend en charge les urgences gynéco- obstétricales, les accouchements, les hospitalisations des femmes accouchées ou enceintes qui nécessitent une surveillance médicale continue.
- **Site II :** les activités qui s'y déroulent sont principalement :
 - l'accueil des patientes, la prise des constantes vitales, la prise des renseignements nécessaires pour le diagnostic médical et consignés sur la fiche de consultation ;
 - la consultation prénatale, la consultation gynécologique ;
 - la consultation post natale, la consultation d'enfant sain ;
 - la planification familiale.
- **Site III :** cet espace a été aménagé au cours de l'année 2010, pour desservir le Site I qui n'arrive plus à trouver de place pour les femmes hospitalisées surtout avec l'avènement de la « Gratuité de la Césarienne » décrété par le Gouvernement le 1^{er} avril 2009. Le bâtiment ainsi aménagé reçoit les femmes qui ont accouché par voie basse et les femmes qui ont subi une opération chirurgicale au Jour 2 de leur hospitalisation et qui ne présentent aucun signe de danger. Il abrite également le service de la vaccination et le poste de l'agent de recouvrement ;

Prévu pour servir de salles d'hospitalisation de 1^{ère} catégorie elles servent désormais de bureau pour les médecins et les salles de garde des prestataires de soins.

- Le bureau de la sage- femme responsable de cette unité sert pour la délivrance des actes de naissance.

B-Le service de la pédiatrie.

Il est en un seul bloc mais exigu par rapport aux activités menées et est composé de :

- des salles de consultation, des médecins pédiatres ;
- des salles d'hospitalisation ;
- des salles de garde des infirmiers ;
- une salle pour accueillir les urgences et servir également pour les soins. Il ne dispose pas de salle appropriée pour les soins intensifs.

Paragraphe 2 : Observations de stage sur les activités des services de gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie.

L'observation de stage, permet de faire un état des lieux sur les activités des services de la gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie(I) afin de procéder au regroupement des problèmes identifiés (II)

I –Etat des lieux sur les activités des services de gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie.

Les services de gynécologie- obstétrique et de la pédiatrie sont des services techniques qui nous ont servi de cadre de travail. De façon générale les constats que nous ferons toucheront aux diverses activités menées. Il s'agit de :

- la prise en charge des urgences obstétricales et gynécologiques ;
- la réalisation des accouchements par voie basse et par césarienne ;
- la gestion des patientes hospitalisées ;
- l'accueil des usagers ;
- la consultation gynécologique ;
- la consultation prénatale ;
- la consultation poste natale et la consultation d'enfant sain ;
- la planification familiale ;
- la vaccination ;
- la prise en charge des indigents par le service social;

- la délivrance des actes de naissance ;
- la consultation pédiatrique ;
- la gestion des dossiers du malade et des documents administratifs ;
- l'assainissement et hygiène des locaux ;
- la gestion des déchets médicaux ;

A – Le service de gynécologie-obstétrique.

La prise en charge des urgences obstétricales et gynécologiques se fait par les sages-femmes de garde, qui sont parfois assistées par le gynécologue selon le cas admis. L'HZ/AS étant un hôpital de référence les urgences font légion et dépassent souvent la capacité d'accueil. Deux(02) sages-femmes assurent la permanence ou la garde. Elles sont chargées à faire les accouchements, à préparer les patientes qui sont programmées à l'opération chirurgicale à administrer des soins aux mamans et aux nouveau-nés. Occupées par ces différentes tâches, les urgences ne sont pas souvent prises en charge automatiquement dès leurs admissions. Ainsi, on relève **un retard dans la prise en charge des urgences**. Les personnes admises en urgence font l'objet d'une référence au CNHU ou à l'HOMEL pour faute de lits indisponibles.

Les accouchements basses qu'ils soient eutociques ou dystociques sont réalisés par les sages-femmes et les césariennes sont effectuées par les gynécologues. Il apparaît donc **les accouchements sont réalisés par un personnel compétent**. Les ordonnances prescrites pour les soins aux parturientes restent non honorés par les accompagnants qui n'ont qu'un seul refrain « faites tout ce qui est nécessaire son mari vient ».

Il faut rappeler que l'HZ/AS étant un hôpital de référence par excellence, les malades reçus sont souvent dans un état critique qui nécessite les soins d'urgence. Signalons que seule la césarienne est gratuite et que les autres prestations sont payantes. De plus, les accompagnants arrivent à l'hôpital dépouillés de toute ressource financière car l'argent disponible est déjà dépensé

dans les structures légales ou illégales parcourues. Dans ce vécu quotidien l'idéal serait d'avoir une trousse d'urgence pour les premiers soins. A défaut du kit d'urgence chaque équipe de garde détient une trousse individuelle contenant de médicaments et de consommables médicaux. En cas de retard dans l'achat des ordonnances prescrites lesdits produits sont utilisés à la patiente contre un paiement ultérieur. Ceci pose alors le problème de **vente illicite des médicaments.**

La prise en charge de la césarienne commence par certaines dispositions administratives. Ainsi une ordonnance préétablie est signée par la sage- femme pour ordre du médecin, gynécologue de garde et remis aux parents des bénéficiaires qui se présentent à leur tour à la pharmacie pour prendre le kit de la césarienne contre zéro franc. De même si la patiente n'a pas fait les examens préliminaires à l'acte chirurgical, un bon d'examen est délivré gratuitement pour les analyses biomédicales. Il ressort donc que **la gratuité de la césarienne est effective et opérationnelle.**

Concernant la gestion des patientes hospitalisées, la prise en charge médicale est assurée par les prestataires de différents corps. En effet les infirmières assurent l'administration des soins, les sages- femmes assurent la visite dans les salles pour évaluer l'évolution de l'état de santé des patients, et réajuster le traitement si possible avec le consentement des gynécologues. Les gynécologues quant à eux interviennent en cas de complication. La remarque faite ici est **la prise en charge adéquate des patientes hospitalisées en matière médicale.**

Cependant les patientes hospitalisées ne sont pas nourries par l'hôpital, toutefois les produits vivriers sont partagés par quinzaine et portent sur la cagnotte du jour. Les produits vivriers sont entre autres, le maïs, le riz, le haricot, les pâtes alimentaires, les sardines, le lait concentré. Cependant, la plupart des bénéficiaires des vivres, de revenu limité n'arrivent pas à s'offrir de meilleures alimentations pour manque de moyens financiers. Ceci pose le problème de **restauration inadéquate des patientes hospitalisées.** Il faut noter que les

toilettes intégrées aux salles d'hospitalisation sont interdits d'accès aux locataires par souci de propreté. A cet effet les patientes font des centaines de mètres pour accéder aux toilettes. Il ressort de **la satisfaction non optimale des conditions d'hospitalisation**. Certains patients hospitalisés s'évadent sans payer leurs dettes. Le nombre d'évadés a considérablement diminué depuis l'avènement de la gratuité de la césarienne en avril 2009. Ainsi nous avons successivement, 30 et 25 cas d'évadées en 2007 et 2008 contre 05 et 10 en 2009 et 2010 pour le service de gynéco- obstétrique. En pédiatrie le nombre d'évadés est de 91 pendant les quatre années précitées à l'opposé du service de gynéco- obstétrique le nombre d'évadés a connu une hausse en 2009 et 2010, soit respectivement 42 et 24. Ceci pose alors le problème de **l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie**.

L'accueil des usagers est la clé de voûte de réussite de toute entreprise. Malheureusement le bon accueil se fait rare dans les structures publiques ; et constitue l'une des causes de désaffection des formations sanitaires publiques. L'HZ/AS ne fait pas l'exception, mieux, l'HZ/AS, un hôpital de première référence au niveau de la Zone Sanitaire ne dispose pas de poste d'accueil. En effet, il faut dire que le patient juge souvent l'hôpital non pas en fonction de la qualité des soins qu'il reçoit, car il est difficile de l'apprécier, mais selon la qualité de l'accueil qu'on lui a réservé. Toutefois le Site II dispose d'une structure d'accueil. Ainsi l'accueil des femmes venues pour la CPN se fait dans une salle réservée à cet effet. Les patientes venues pour la première fois sont reçues par la sage- femme responsable de l'accueil pour fournir des renseignements nécessaires pour sa prise en charge adéquate. Il s'agit entre autre des antécédents familiaux, de maladie, voire des antécédents médicaux. Cette séance de renseignement se fait dans une discrétion totale. Il y a donc **la garantie de confidentialité des renseignements collectés**. La longue attente met les patientes dans un état de colère contre l'agent de santé qui se préoccupait

d'une activité ne rentrant pas dans le cadre du service. En conséquence nous déplorons **une mauvaise collaboration entre le soignant et le patient.**

En ce qui concerne la consultation gynécologique, elle est souvent assurée par le gynécologue de garde ; et les cas simples de gynécologie sont pris en charge par les sages-femmes. Pour cette activité l'heure de visite reste indéterminée ; elle s'identifie à l'heure d'arrivée des prestataires. De façon approximative cette heure est de neuf (09) heures voire dix (10) heures. Cet état de chose ne profite guère aux usagers qui restent impuissants devant ce préjudice subi car elles sont déjà arrivées depuis sept (07) heures.

Par ailleurs, tous les jeudis les sages-femmes sont présentes à leurs postes à huit (8) heures quelque soit la raison qu'elles évoquaient pour justifier leur retard. A cet effet tous les jeudis nous assistons à un "spectacle gratuit", les motos sont garées à la hâte, la blouse est portée en toute vitesse. Les agents de soutien accomplissent aussi correctement leurs tâches, la propreté du matériel et des locaux respectent les normes ce jour. En effet le jeudi c'est le jour de garde du médecin gynécologue, responsable du service gynécologie- obstétrique. Toute porte à croire qu'elles sont bien conscientes de leurs actes. Elles préfèrent respecter l'autorité pour être à l'abri des sanctions. De l'analyse des faits sus énumérés plusieurs constats sont faits notamment **le manque de responsabilité et de conscientisation des prestataires des soins de santé dans l'exercice de leur profession, de l'impunité des fonctionnaires de l'Etat.**

Au niveau de la consultation prénatale, il faut noter que quatre (04) sages-femmes d'Etat, un gynécologue et deux (02) aides soignantes sont affectés à cet effet. Après les salutations d'usage la sage – femme prend la tension artérielle de la patiente et l'installe sur la table de consultation pour l'examen médical. Toutefois les patientes qui présentent les signes de risque ou qui ont des antécédents de risque connues sous le vocable « GARE » sont prises en charge par le gynécologue. Les aides soignantes quant à elles s'occupent de la recherche des dossiers des anciennes consultantes et du nettoyage du matériel et

les locaux. Pendant la durée de notre stage le quota des sages – femmes responsables de cette activité n'est jamais atteint à cause des absences répétées pour diverses raisons ; congés administratifs, repos sanitaire, les activités syndicales et pour d'autres motifs. Mais en réalité, ces motifs excepté les congés administratifs, permettent aux intéressés de trouver un prétexte pour s'absenter. Il ressort donc de cette analyse **la gestion non optimale des ressources humaines**. Par ailleurs, le leadership de la maitresse sage- femme permet de remplacer les absentes par les sages- femmes des autres pavillons ; la remarque faite ici est la **mobilité des prestataires de soins en cas de besoin**. Du point de vue technique à défaut de quelques cas enregistrés pour mauvais accueil la consultation prénatale est réalisée conformément aux normes et protocoles en vigueur. Il y a donc **une meilleure prise en charge du suivi de la grossesse**.

Dans les stratégies élaborées pour réduire le taux de prévalence du VIH- Sida, l'une des stratégies consiste à éviter la transmission de la mère à l'enfant. En effet cette stratégie connue sous le nom de PTME est intégré au paquet de la consultation prénatale afin d'atteindre les véritables cibles. Ainsi les prestataires ont été formés, pour le dépistage et la prise en charge adéquate des bénéficiaires. A cet effet les tests de diagnostic rapide et les médicaments appropriés à la maladie sont mis à la disposition des prestataires.

Cependant, force est de constater la rupture fréquente du kit de diagnostic et des médicaments. Cette situation constitue un frein pour l'atteinte des objectifs en ce sens que la PTME n'est plus systématiquement intégrée à la CPN, favorisant ainsi la transmission transversale, mère-enfant. Sachant que le taux de prévalence chez les femmes est de 1,5% pour le département d'Atlantique contre 1,5% au plan National (EDS, 2007). Alors il y a lieu de promouvoir la PEC intégrale en matière de VIH- Sida. La remarque fait ici est **la satisfaction non optimale des demandes des soins de santé en matière de VIH - Sida**. L'accès à la CPN est subordonné à un paiement des frais de consultation qui s'élève à 2500FCFA pour les anciennes et 3000FCFA pour les nouvelles, à la caisse

contre un reçu à double volet. La sage-femme procède au contrôle des reçus. Il apparaît au cours du contrôle qu'un bon nombre de patientes ne s'acquittent pas de leurs obligations et elles demeurent incapables de les accomplir à la suite. Par conséquent les carnets sont simplement remis aux intéressées pour se mettre en règle avant l'accès à la prestation. Si certaines gestantes n'arrivent pas à payer les droits de consultation, d'autres par contre n'honorent pas les ordonnances et les examens biologiques prescrits. Cette irrégularité de paiement des frais médicaux est souvent due à **l'incapacité financière des patientes à honorer les prescriptions médicales**. Et les facteurs qui concourent à cette situation sont essentiellement la dépendance financière de la femme vis-à-vis de l'homme, car le sort de toute prescription médicale est tributaire de la présence ou non de ce dernier. Il faut dire qu'il y a une sorte de motivation des agents de santé par le Comité de Gestion. En effet les duplicata des reçus sont collectés par les prestataires et qui sont transmis au service financier pour le traitement.

Les primes sont octroyées au prorata du nombre de reçus de consultation. Il y a donc **la motivation des agents de santé**.

La consultation post natale (CPNo) se fait après six (06) semaines d'accouchement, elle s'accompagne le plus souvent de la consultation d'enfant sain et de la planification familiale. Le but de cette consultation est de détecter d'éventuelles séquelles liées à l'accouchement en vue de leur traitement précoce. Il peut s'agir par exemple d'une procidence du col ; d'une épisiotomie mal cicatrisée. Quant à la consultation d'enfant sain, elle permet aussi d'identifier les enfants qui ont des malformations congénitales. Le taux de fréquentation est faible par rapport au nombre d'accouchements réalisés. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation ; il s'agit entre autre d'un manque de sensibilisation, d'information à l'endroit des accouchées ; et surtout du manque de moyens financiers. En effet cette consultation paraît aux yeux des indigents comme un luxe en ce sens qu'elles pensent être en bonne santé et de plus ladite consultation est onéreuse. L'idéal est que la CPNo ne devrait pas

faire l'objet d'un paiement parce qu'elle est une étape de la PEC obstétricale, c'est un moyen de s'assurer de la qualité des soins administrés.

Parmi les objectifs fixés dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle la planification familiale occupe une place privilégiée. En effet les grossesses rapprochées sont les facteurs de risque de décès maternel dans ses manifestations de malnutrition, de l'anémie, de la fragilité de l'utérus. Depuis plusieurs années il y a des institutions qui œuvrent inlassablement à l'effectivité de la planification familiale au Bénin. Leurs actions portent sur toutes les méthodes disponibles mais spécialement sur les méthodes de longue durée ; il s'agit du stérilet et de jadelle. Dans ce cadre, en 2010 le service de planification de l'HZ/AS a été identifié pour encourager les clientes à adopter les méthodes de longue durée en occurrence la pose de jadelle. En effet trois (03) sages-femmes sont choisies et formées pour la pose de jadelle contre une prime proportionnelle au nombre de pose dont le calcul est ignoré des bénéficiaires. Cette motivation a fait augmenter considérablement le nombre de pose de jadelle ; qui est de 286 en 2010 contre 152 en 2011. Il faut signaler que cette mesure n'a duré qu'un an, ce qui signifie que l'acte est passé de la gratuité au paiement de 2010 en 2011. De l'analyse des résultats, il convient de retenir que la mesure de motivation de la PSI n'est qu'une illusion, car elle amène le prestataire à orienter les patientes sur la méthode de jadelle. Il est vrai que les méthodes de longue durée assurent l'efficacité de la contraception plus que les méthodes de courte durée qui sont menacées par l'oubli. Donc il ressort donc **la motivation des prestataires pour l'atteinte des objectifs en planification familiale**. Néanmoins l'idéal serait de laisser le libre choix aux clientes, mais face au taux de mortalité élevé toute mesure est louable pour atteindre les cibles. En octroyant la liberté d'action à cette unité les produits sont vendus aux clientes. Il se pose alors le problème de **la vente illicite des produits contraceptifs**. Il faut signaler que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives au Bénin est de 13,2% et de 26,6% pour le Littoral (SNIGS,

2003). L'HZ/AS a enregistré au cours des cinq (05) dernières années 1653 femmes ayant utilisées des méthodes contraceptives. Soit un pourcentage de 2,01% (Rapport d'activité de l'HZ/AS). Les femmes utilisatrices des méthodes contraceptives sont la plupart des accouchées venues pour la consultation post natale, qui sensibilisées adoptent une méthode. Nous pouvons dire sans ambages que l'objectif en matière de PF n'est pas atteint. Les raisons évoquées pour justifier le faible taux d'utilisation des méthodes de contraception sont entre autres ; le défaut de sensibilisation et d'information, le poids de la tradition car parler de sexe est un tabou, opposition farouche de certains maris sous prétexte que la contraception est une porte pour la prostitution, et surtout les effets secondaires des produits contraceptifs par exemple l'aménorrhée. Il ressort de tout ce qui précède **la faible utilisation des méthodes contraceptives**.

Quant aux activités de vaccination elles bénéficient sur le plan national une part importante des ressources mobilisées par le ministère de la santé. En effet le premier plan de dévolution a permis à l'Etat béninois de prendre progressivement la relève de l'achat des vaccins dans le cadre de l'initiative d'indépendance vaccinale ; ceci a permis d'aboutir, en l'an 2000 à l'objectif d'indépendance vaccinale avec le financement de la totalité du coût annuel des vaccins. L'unité de vaccination reçoit les usagers de l'hôpital ainsi que ceux venant des structures sanitaires privées. La couverture vaccinale des enfants sur le plan national est de 105%, elle est de 159% dans le département de Littoral avec un pourcentage remarquable pour la BCG avec un taux de 118% pour le Bénin et de 197% pour le département de Littoral, (SNIGS 2003). Il y a donc **une meilleure couverture vaccinale chez les enfants**. Cependant la longue attente pour une séance de vaccination constitue un handicap pour la couverture vaccinale intégrale prise en charge par le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

L'activité vaccinale est importante comme le témoigne le taux de couverture tant sur le plan national qu'à L'HZ/AS. Cette activité a en effet bénéficié d'une

attention particulière avec le développement du PEV depuis quelques années. De même, le vaccin contre la pneumonie vient d'être introduit dans le Programme Elargi de Vaccination. Nous avons constaté une diminution progressive du taux de couverture du BCG au VAR en passant par Polio1+ Penta1, Polio2+ Penta2, Polio3+ Penta3. Ainsi nous avons le nombre des enfants vaccinés à l'HZ/AS, pour les trois dernières années pour les vaccins précités sont respectivement : 5802, 2817, 2301, 1915 et 1696 (Rapport d'Activité, 2009- 2010- 2011). Ceci traduit que c'est seulement 1696 enfants ont achevé le calendrier vaccinal en recevant le vaccin contre la rougeole. La longue attente, le manque d'information sur l'importance de la vaccination à une population analphabète, le mauvais accueil, les rendez- vous manqués pour faute de grève et pendant la période de campagne de vaccination, le décès des enfants, et surtout le manque de moyens financiers pour assurer le transport semblent être les raisons de cette désaffection. Il y a donc **le suivi non adéquat du calendrier de vaccination.**

En ce qui concerne la PEC des indigents par le service social; il faut signaler qu'il y a différents sortes de services sociaux :

- les Centres de Promotion Social (CPS) au nombre de 88 répartis sur le territoire national. Ils relèvent du ministère en charge de la famille ; et s'occupent de toutes les situations nécessitant une assistance sociale.
- les Services Sociaux Spécialisés comme celui de la justice qui s'occupent uniquement des personnes en situation difficile et qui sont en relation d'une manière ou d'une autre avec le ministère de la justice.
- les services sociaux installés dans les hôpitaux. Ils relèvent du ministère de la santé et prennent en charge les personnes hospitalisées dans les hôpitaux et qui ne possèdent pas de moyens financiers pour assurer les soins. Ainsi les personnes non hospitalisées et qui ont les mêmes difficultés financières sont orientées vers les CPS.

Le service social hospitalier de l'HZ/AS fait partie de cette dernière catégorie. La prise en charge des personnes hospitalisées en situation difficile est précédée d'un recrutement suivi de l'enquête sociale. Le recrutement se fait par plusieurs manières ; soit le bénéficiaire se présente directement au service social, soit il est envoyé par les CPS, ou détecté par les prestataires de soins suite à l'incapacité des parents à honorer les prescriptions médicales. Quel que soit le mode de recrutement il est suivi de l'enquête sociale afin de détecter d'éventuels fautifs. Toutefois l'urgence exige la mise en œuvre du processus de la prise en charge avant les résultats de l'enquête sociale. L'issue de l'enquête peut être favorable ou défavorable. En effet lorsque le bénéficiaire est avéré capable d'honorer lui-même ou par un tiers les prescriptions médicales, le processus de PEC est interrompu. L'enquête sociale se mène par les agents sociaux depuis leur bureau. En effet la demande de certificat d'indigence et le certificat d'indigence sont remis aux bénéficiaires ou à leurs parents pour requérir la signature du chef d'arrondissement ou du maire. Cette procédure est adaptée aux bénéficiaires résidant dans la commune d'Abomey- Calavi. Les personnes résidant hors de la commune d'Abomey-Calavi reçoivent quant à eux la fiche d'enquête sociale ajoutée du certificat d'indigence pour la signature des autorités administratives après l'enquête sociale effectuée par ces dernières. Cette procédure appelle lesdites autorités à faire une enquête préliminaire de confirmation d'indigence.

L'enquête sociale porte sur quatre(04) rubriques essentielles à savoir : la composition de la famille, les ressources, les charges et le logement.

Cependant l'enquête devrait se faire sur le terrain et par les agents sociaux ; or dans la pratique l'interrogation seule suffit pour remettre aux bénéficiaires le certificat d'indigence. Cette méthode ne garantit pas la vérité dans le recrutement. Les raisons évoquées sont entre autres ; manque de moyens roulants et de moyens financiers pouvant permettre d'effectuer efficacement l'enquête sociale. La remarque faite ici est **le manque de moyens de transport pour le service social.**

Autrefois la liberté était laissée aux agents sociaux de gérer les dossiers d'indigence, aujourd'hui compte tenu des doutes qui pèsent sur la crédibilité du recrutement des indigents, des réformes ont été engagées par la direction de l'hôpital. En effet les agents du service social sont soupçonnés de pratiquer le favoritisme. Au nombre de ces réformes, c'est le chef service, du service où le patient est hospitalisé, qui est compétent à autoriser l'intervention du service social en signant un document préétabli contenant les informations nécessaires. Il s'agit de la demande d'intervention du service social.

L'assistance sociale est une prise en charge intégrale, elle prend en charge les frais d'hospitalisation, les frais des examens de laboratoire les frais de médicaments génériques ou de spécialités.

Le fonds sanitaire des indigents est géré suivant les dispositions de l'Arrêté Interministériel, ANNÉE 2005 N^o 743/MFE/MSP/CAB/SP. Ce fonds n'est pas délocalisé il suit le même processus que les dépenses publiques donc il faut huit(08) à plusieurs mois pour l'hôpital avant d'être remboursé des dépenses effectuées dans le cadre des prises en charge des personnes indiquées. Par exemple le taux de recouvrement des recettes sur fonds indigent est de 4,48% en 2009. Il ressort à cet effet **le faible taux de recouvrement des créances**. La maternité et la pédiatrie se révèlent les deux gros consommateurs du service social selon les données disponibles. Du novembre 2006 à juin 2007, le nombre de cas enregistrés à la maternité est de 105 et de 23 pour la pédiatrie et de 06 pour l'ensemble des autres services. En 2010 il est de 137 pour la pédiatrie et de 35 pour la maternité. En 2011 la tendance est la même, le nombre de cas est de 180 pour la pédiatrie et de 129 pour la maternité. De cette analyse plusieurs observations sont dégagées. Il ressort **le nombre élevé des usagers de la maternité et de la pédiatrie à bénéficier de l'assistance sociale**. Nous constatons également en 2010 et 2011 que la tendance est renversée en faveur de la pédiatrie par le nombre de cas sociaux enregistré. La gratuité de la césarienne explique cet état de chose, néanmoins on enregistre toujours des cas d'indigence

à la maternité. Il se pose toujours le problème **d'inaccessibilité financière des usagers de maternité à payer les soins**. Mieux, le nombre de cas sociaux enregistré a considérablement augmenté dans tous les services. Ceci témoigne de **la paupérisation des usagers de l'HZ/AS**.

Le service social a aussi pour activité le partage des produits vivriers aux patients hospitalisés. Ce partage se fait chaque mois ou par quinzaine de jours. La période est souvent liée à la quantité et à la date de péremption des produits vivriers. Le personnel du service social en collaboration avec la magasinnière assurait le partage. Mais aujourd'hui dans le souci d'une gestion optimale des produits vivriers un comité a été mis en place dans le mois de septembre 2011 pour assurer le partage. Il y a donc **la gestion efficace des produits vivriers**.

Ce qu'il convient aussi de faire remarquer est l'accueil chaleureux réservé aux usagers du service social ; c'est **l'humanisation du service social**.

Une activité qui paraît importante de par sa finalité est la délivrance des bulletins de naissance. Après la déclaration de naissance par les sages-femmes responsables de l'accouchement ; les fiches de naissance sont convoyées vers la maîtresse sage-femme pour la signature, qui à son tour envoie les premiers volets à la mairie. Les bulletins sont alors prêts quarante huit(48) heures après l'accouchement. La délivrance se fait tous les jours aux heures ouvrables par la responsable du pavillon de l'hospitalisation (Site III) à la présentation de pièce d'identité des parents. Le constat fait ici est **la gestion efficace des bulletins de naissance**. Par ailleurs dans l'application du nouveau code de la famille il est disposé que la déclaration du nom du père soit fait par celui-ci afin d'éviter toute confusion. Dans la pratique cette disposition n'est pas respectée ; car elle aurait été confrontée à un abandon pur et simple des bulletins de naissance par les usagers. Ceci parce qu'il s'avère difficile aux maris d'abandonner leurs activités journalières de subsistance pour s'occuper des formalités administratives ; cette responsabilité est souvent confiée aux femmes.

Deux agents s'occupent du recouvrement interne auprès des patients hospitalisés. L'un s'occupe du recouvrement du service de gynéco-obstétrique l'autre s'occupe du recouvrement du service de la pédiatrie. Chaque matin les agents de recouvrement interne procèdent aux enregistrements des malades hospitalisés jusqu'à la date de leur sortie. Un point financier est fait quotidiennement ; les usagers ont le choix de payer les frais de prestation par jour ou à la fin de leur séjour. La seconde option est toujours utilisée par les clients car l'essentiel pour eux est de gérer le peu de ressources disponibles pour l'achat des produits médicaux.

Toutefois, à l'exéat du patient, un point financier lui est adressé faisant état des frais de prestations à rembourser. Après le remboursement des frais de prestations, il est délivré une carte de sortie l'autorisant à franchir le portail de l'hôpital.

Au cas où ce dernier n'aurait pu s'acquitter de ces frais, il sera admis dans le bâtiment des accompagnants jusqu'au jour où lui-même ou l'un de ses parents puisse solder les frais d'hospitalisation, ou prendre un engagement ferme de remboursement à moins que ce malade ne soit reconnu indigent. Dans ce cas ; les frais de prestation sont pris en charge par l'Etat. Cependant lorsque le débiteur n'est pas un débiteur, mais incapable momentanément de payer ; il lui est soumit une fiche de reconnaissance de dette et engagement pour requérir sa signature et celui de l'avaliseur. Ladite fiche est préétablie et comporte les renseignements indispensables pour sécuriser la dette. Toutes les mesures prises par le pouvoir politique afin d'augmenter l'accessibilité financière des populations vulnérables à des services de santé semble ne pas produire le résultat escompté. Il est évident que la majorité des clients de l'hôpital est indigente. L'idéal serait de prendre en charge tous les indigents. Mais la question que nous nous posons est celle de savoir si une telle solution est la meilleure ? Cette interrogation ne semble d'ailleurs pas laisser l'hôpital indifférent car sa viabilité dépend du paiement au comptant des prestations.

Nous avons constaté une négociation permanente entre l'agent de recouvrement et les usagers ; ils désirent la diminution des frais de prestations. Parfois c'est la maitresse sage- femme qui est harcelée de tout part aux fins de céder à leur désir, soit pour la diminution de leurs dettes ou soit pour leur faire bénéficier de l'assistance sociale. Toutes ces négociations témoignent de **l'incapacité financière des usagers de la maternité à payer les soins.**

B- Le service de la pédiatrie.

Le service de la pédiatrie est un bâtiment indépendant dont la capacité d'accueil ne répond pas aux besoins des usagers. Autrement dit le service ne dispose pas de salle de soins intensifs, ni de salle de réanimation de nouveaux- nés, de salles de garde appropriées pour le personnel, de bureaux pour les médecins. Ainsi les salles qui devraient servir des chambres d'hospitalisation de 1^{ère} classe sont transformées en bureaux et salles de garde. Cette situation diminue ainsi le nombre de lits et ne permet pas aux malades de classe moyenne d'avoir accès à l'hospitalisation.

Cependant le service de la pédiatrie possède des ressources matérielles lui permettant d'assurer les soins de qualité à ces clients. Nous avons :

- 22 lits et 06 berceaux ;
- 02 tables chauffantes pour les nouveau-nés ;
- 01 table de photothérapie conventionnelle ;
- 02 tables de photothérapie intensive ;
- 02 otoscopes ;
- les lunettes d'oxygénation et de photothérapie ;
- les sondes de gavage ;
- les consommables médicaux etc.

L'hôpital ne disposant pas de poste d'accueil, les malades sont alors orientés vers les services par les agents de sécurité ou par les agents à la caisse. A l'entrée du service de la pédiatrie, l'accueil des clients est assuré par les aides-

soignantes pour la prise des constantes (température, pouls) ; l'accueil n'est pas toujours agréable ni professionnel car il est fréquent de constater que l'aide-soignante exige le reçu de consultation avant de recevoir le malade. Or ce service reçoit le plus souvent des cas graves qui nécessitent une PEC rapide. Les motifs des cas référés reçus sans être exhaustifs sont : la convulsion, anémie, paludisme grave, fièvre, infection néonatale, ictère, traumatisme obstétrical, malformation congénitale, autres. La consultation pédiatrique est assurée par le pédiatre de garde, ce qui signifie la présence permanente d'un médecin pédiatre. Hélas ce n'est pas le cas à l'HZ/AS déjà à treize (13) heures le malade n'a plus la chance d'être consulté par le médecin mais plutôt par l'infirmier de garde. Cette situation engendre des références vers d'autres hôpitaux, et qui sont souvent préjudiciables aux patients. Il se pose alors le problème de **référence des malades pour manque de personnels compétents**. Les patients n'arrivent pas à honorer les prescriptions médicales, de plus le service ne dispose pas de trousse d'urgence. La trousse d'urgence aurait été utilisée pour les malades et qui n'ont pas pu renouveler à cause de l'indigence. Il revient alors aux agents de santé de mettre la main dans la poche pour assurer les premiers soins adéquats. La remarque faite ici est toujours l'épineux problème de **l'incapacité financière des usagers du service de la pédiatrie à payer les soins**.

En effet les enfants sont le plus souvent admis en état de convulsion ou d'anémie, après avoir reçu des soins dans les cabinets de quartier et chez les tradipraticiens. Leurs passages dans ses structures quasi illégales se constatent par les points de piqûre ou par la présence de potion magique ; voire les scarifications sur le corps de l'enfant malade. Mieux les ressources financières disponibles sont dispersées dans les différentes structures précitées. La remarque faite ici est **le recours des malades aux tradithérapeutes**. Ceux qui ne peuvent pas s'offrir les prestations des tradithérapeutes pour des raisons spirituelles ou non s'adonnent à l'automédication et la prière.

Les dossiers des malades semblent ne pas fait l'objet d'une attention particulière des autorités technico- administratives malgré leur sensibilité. Seuls les dossiers de l'année en cours sont rangés dans les casiers. Les dossiers des années antérieures sont éparpillés dans tous les locaux susceptibles de les recueillir et sont livrés à la poussière. La loi dans le domaine exige la conservation de tout document pendant dix (10) ans. Il apparait donc, **la gestion calamiteuse des dossiers des patients.** En ce qui concerne la gestion des documents administratifs c'est le comble, les documents ne sont pas élaborés et ceux qui ont été élaborés sont mal conservés. Du coup les statistiques sanitaires qui sont essentiels pour le calcul des indicateurs deviennent inaccessibles. Or ces indicateurs servent de repère à la politique sanitaire qui se doit de répondre favorablement aux attentes de la population.

L'hygiène et l'entretien de l'hôpital sont confiés aux aides-soignants et aux agents d'entretien : les aides soignants sont responsabilisés pour la propreté des pavillons, quant aux agents d'entretien, ils s'occupent de la salubrité de la cour. La prestation pour cette activité laisse à désirer, en effet les salles d'hospitalisation et les bureaux sont sales car ne font pas l'objet d'un nettoyage approprié. Cela pourrait signifier le manque du personnel adéquat ; ce qui n'est pas le cas car l'hôpital dispose de cinquante (50) aides-soignants et de dix (10) agents d'entretien de services. De même les produits de nettoyage sont fournis mensuellement et en cas de besoin. Donc il n'y a pas de raison pour que le travail ne soit bien fait ; à vrai dire c'est la mauvaise foi des intéressés qui s'est accentué avec le reversement desdits agents dans la fonction publique. Le nouvel statut parait être une armure contre la punition puisque le salaire est garanti. Par conséquent l'insolence et l'indiscipline règnent en maitre. Parfois ils invitent leurs pairs contractuels de l'hôpital à ne pas obéir aux ordres des autorités hiérarchiques. De tout ce qui précède il y a un problème de **défaut d'hygiène et d'assainissement des locaux par l'indiscipline du personnel adéquat.**

La gestion adéquate des déchets bio- médicaux est tributaire des soins de qualité. Dans cette optique les protocoles ont été élaborés par la politique sanitaire en matière de gestion des déchets biomédicaux. A cet effet les agents de santé ont bénéficié des formations dans ce domaine. Dans la pratique le protocole n'est pas respecté nous constatons que les déchets sont éliminés sans un traitement approprié. Les boîtes de sécurité ne pas sont utilisées pour éliminer les aiguilles, surtout s'il y a rupture des boîtes. Les multiples sensibilisations faites par l'assistant d'hygiène à l'endroit des agents de santé restent infructueux. Il y a donc **une gestion non optimale des déchets biomédicaux.**

II- Inventaire des éléments de l'état des lieux.

A- Inventaire des atouts (forces).

- Les accouchements sont réalisés par un personnel compétent ;
- la gratuité de la césarienne est effective et opérationnelle ;
- la prise en charge adéquate des patientes hospitalisées en matière médicale ;
- la garantie de confidentialité des renseignements collectés ;
- la mobilité des prestataires de soins en cas de besoin ;
- une meilleure prise en charge du suivi de la grossesse ;
- la motivation des agents de santé ;
- la motivation des prestataires pour l'atteinte des objectifs en planification familiale ;
- une meilleure couverture vaccinale chez les enfants ;
- la gestion efficace des produits vivriers ;
- l'humanisation du service social ;
- la gestion efficace des bulletins de naissance ;

B-) Inventaire des problèmes (faiblesses).

- Un retard dans la prise en charge des urgences ;

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux ;
- la vente illicite des médicaments ;
- la restauration inadéquate des patientes hospitalisées ;
- la satisfaction non optimale des conditions d'hospitalisation ;
- une mauvaise collaboration entre le soignant et le patient ;
- le manque de responsabilité et de conscientisation des prestataires des soins de santé dans l'exercice de leur profession, de l'impunité des fonctionnaires de l'Etat ;
- la gestion non optimale des ressources humaines ;
- la satisfaction non optimale des demandes des soins de santé en matière de VIH – Sida ;
- la faible utilisation des méthodes contraceptives ;
- le suivi non adéquat du calendrier de vaccination ;
- le manque de moyens de transport pour le service social ;
- le faible taux de recouvrement des créances ;
- l'incapacité des usagers de la maternité à payer les soins ;
- le manque de personnels compétents ;
- le nombre élevé des usagers de la maternité et de la pédiatrie à bénéficier de l'assistance sociale ;
- l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie ;
- la paupérisation des usagers de l'HZ/AS ;
- l'incapacité financière des usagers du service de la pédiatrie à honorer les soins médicaux ;
- la gestion calamiteuse des dossiers des patients ;
- le défaut d'hygiène et d'assainissement des locaux par l'indiscipline du personnel adéquat ;
- une gestion non optimale des déchets biomédicaux

SECTION 2 : Du choix de la problématique aux séquences de restitution de l'étude.

Dans cette section, nous allons procéder au choix et à la spécification de la problématique, ensuite nous dégagerons la vision globale de résolution de la problématique choisie.

Paragraphe 1 : La problématique de l'étude.

Tous les problèmes énumérés ci-dessus sont regroupés en trois différentes problématiques dans le tableau 3 (voir annexe 5). Parmi ces problématiques, nous allons, dans un premier temps en choisir une qui fera l'objet de notre étude et ; dans un second temps nous procéderons à sa spécification.

I- Le choix de la problématique et justification du sujet.

Des observations de stage, nous avons dégagé trois problématiques, à savoir :

- problématique d'un bon management de l'HZ/AS ;
- Problématique de la gestion adéquate des malades ;
- Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

L'HZ/AS connaîtrait une meilleure évolution si toutes ces problématiques étaient résolues ; mais toutefois l'exercice auquel nous sommes confrontés nous demande de choisir la problématique dont la résolution aura des effets considérables sur l'HZ/AS.

Ainsi notre étude va porter sur la problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile ; pour deux raisons, à savoir :

- La problématique N°1, celle d'un bon management de l'HZ/AS est beaucoup plus axée sur l'organisation interne de l'institution. Or notre ambition c'est de participer à la gestion de la structure en adéquation avec les intérêts des usagers- clients.

- En ce qui concerne la problématique N°2 relative à la gestion adéquate des malades de l'HZ/AS, elle nous semble moins intéressante, car les problèmes spécifiques qui y sont liés peuvent être résolus à la suite d'une concertation entre les dirigeants de l'institution pour des actions efficaces comme la sensibilisation et la motivation du personnel soignant, ainsi que des mesures coercitives. Il revient au comité de gestion de renforcer les dispositifs mis en place pour diminuer sensiblement les pratiques illégales qui minent le secteur de santé. Par exemple la pratique de la vente illicite des médicaments n'a plus son ampleur d'autrefois. En effet les affiches sont collées à tous les murs accessibles à tout usager, interdisant toute transaction pécuniaire entre les prestataires et les clients. A cet effet, les prestataires dans le souci d'avoir de revenus additionnels mènent d'autres activités comme la vente de pagne, de bijou de yaourt etc. Egalement certains prestataires travaillent dans les cabinets privés comme promoteurs ou salariés. Egalement la mise à la disposition de la population, du manuel : « **guide sur les bonnes pratiques** » par le ministère en charge de la santé, dans un avenir proche permettra naturellement aux bénéficiaires de dénoncer les déviances constatées. En conséquence, l'existence de sanctions significatives dans le cas de violations est persuasive.

L'hôpital est considéré aujourd'hui comme une entreprise, pour fonctionner et prospérer il a besoin des moyens en occurrence les moyens financiers. Toutefois il y a un caractère social qui l'amène à concilier son propre intérêt avec celui des usagers- clients afin d'être en adéquation avec la vision de la politique sanitaire nationale. C'est-à-dire l'amélioration des conditions socio- sanitaires de la population avec les objectifs suivants :

- améliorer la qualité des services de santé de base et première référence ;
- améliorer la viabilité des services socio- sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ;

- développer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé.

L'amélioration de la santé maternelle et infantile se trouve alors au cœur de ces objectifs.

En effet, les femmes et les enfants sont de gros consommateurs des soins et services médicaux. Ce sont des couches vulnérables qui méritent une attention particulière.

Ainsi, nos recherches seront orientées vers la « *Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'Hôpital de Zone d'Abomey - Calavi / Sô- Ava aux soins et services de santé maternelle et infantile* »

Rappelons que le problème général qui se rapporte à la problématique choisie est celui de l'inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile. Il est caractérisé par les problèmes spécifiques ci-après :

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux ;
- l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux ;
- l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie ;
- le nombre élevé des usagers de la maternité et de la pédiatrie à bénéficier de l'assistance sociale ;
- la paupérisation des usagers de l'HZ/AS ;
- le faible recouvrement des créances.

II- La spécification de la problématique.

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût a-t-on coutume de dire ! Ainsi en Afrique généralement, et particulièrement au Bénin, le nœud du problème d'accessibilité des formations sanitaires, est le financement des soins de santé pour les pauvres et les populations rurales. Cependant, en face d'une croissance économique lente à venir, d'un pouvoir d'achat faible des populations, et ployant sous le poids des dépenses toujours énormes de fonctionnement, un

développement vers une autosuffisance et une autodétermination des systèmes de santé s'imposait. La gratuité des soins pendant la période précoloniale est remise en cause par le paiement des prestations par la population. D'emblée cette mesure se justifie par la raison d'être du recouvrement des coûts « **alternative de financement complémentaire** » Face à un tel défi il y a de matière à réfléchir ; bien même qu'il n'existe pas de statistique dans le domaine les usagers de nos hôpitaux excepté le CNHU sont des personnes à revenu modeste voire limité. Donc incapables d'accomplir leurs obligations financières malgré les mesures sociales prises par le Gouvernement en faveur des femmes enceintes et des enfants.

L'obligation de tout bon manager est de veiller à la fois aux intérêts des clients mais surtout aux intérêts de l'institution. C'est pourquoi, contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des usagers de l'hôpital, c'est participer à l'atteinte des objectifs de l'hôpital dans ses missions sociales tout en préservant sa viabilité. Pour bien cerner notre problématique seuls les problèmes spécifiques pertinents et non encore résolus par d'autres auteurs sont retenus. Il est important de rappeler notre problématique qui se définit par le problème général de l'inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile. Il est caractérisé par les problèmes spécifiques ci- après :

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux ;
- l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux ;
- l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.
- le nombre élevé des usagers de la maternité et de la pédiatrie à bénéficier de l'assistance sociale
- la paupérisation des usagers de l'HZ/AS ;
- le faible recouvrement des créances.

Tous ces problèmes spécifiques paraissent très importants. Ils méritent tous donc d'être pris en compte par notre étude. Cependant elle n'abordera pas les problèmes qui sont résolus par d'autres études antérieures. En effet, les travaux réalisés par (ASSOGBA L. , 2008) ont montré que le recouvrement non optimal des créances résulte du non suivi rigoureux du recouvrement des créances surtout celles sur les clients ayant pris des engagements. Il s'agira pour l'HZ/AS de renforcer sa politique de recouvrement par la sensibilisation de ses clients sur les différentes méthodes strictes qu'il mettra en place pour le recouvrement de ces créances.

Aussi, les études menées sur le thème « Accessibilité financière aux soins de santé au service de pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey- Calavi/Sô- Ava » ont proposé des solutions pour l'amélioration financière des usagers de l'HZ/AS aux soins infantiles (FAGNINOU- GBADJA, H. 2007, P. 61). L'une des solutions est la souscription de la population aux mutuelles. En effet si le problème perdure malgré les études antérieures c'est qu'il existe d'autres causes qui sont à sa base. En ce qui concerne le problème, du nombre élevé des usagers de la maternité et de la pédiatrie à bénéficier de l'assistance sociale, il est une conséquence de la paupérisation des usagers de l'HZ/AS.

De tout ce qui précède nous retenons les problèmes spécifiques suivants :

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux ;
- l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux ;
- l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

Une fois les problèmes spécifiques à résoudre retenus, notre sujet formulé et la problématique spécifiée, il est important de préciser la vision globale pouvant nous permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques retenus.

I- Approche générique de résolution du problème général.

Notons que le problème général est celui de l'inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile. Concernant ce problème, nous pouvons retenir que l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins et services de santé maternelle et infantile des usagers de l'HZ/AS constitue une possibilité pour assurer la pérennité du financement de l'hôpital par la communauté.

II- Approches génériques de résolution des problèmes spécifiques.

A- Approche générique liée au problème spécifique n°1.

En ce qui concerne le problème spécifique n° 1 relatif au recours tardif des malades aux soins et services médicaux, nous pouvons entendre par là l'admission tardive de plusieurs malades aux soins et services de santé. En effet, une grande partie de la population de la zone sanitaire Abomey calavi/Sô Ava a d'abord recours à la médecine traditionnelle, aux cabinets privés et à la prise des médicaments sans avis médical en cas de maladie. Ainsi pour les populations, la médecine traditionnelle est généralement plus accessible que la médecine moderne, car pour la plupart d'origine paysanne, les moyens financiers fluctuent en fonction des saisons. Pendant les périodes de soudure, de labours et pendant celle qui précède les récoltes, les paysans connaissent d'énormes difficultés financières et n'arrivent pas à subvenir à tous leurs besoins, y compris ceux de santé. Les tradithérapeutes ont résolu ce problème en offrant des modalités de paiement qui collent avec les différentes situations socio-économiques de leurs patients. Les paiements contrairement à ce qui se passe dans les centres de santé peuvent se faire soit par compensation en nature ou travaux, soit par un paiement sur la base d'un crédit.

Ainsi ceux qui travaillent dans le secteur informel vivent de revenus irréguliers et instables, ils doivent payer eux-mêmes les soins de santé et n'ont pas accès au système d'assurance maladie. Face aux conséquences financières de la maladie,

au regard de la précarité, et de l'instabilité des revenus des populations, vu que la maladie ne prévient pas et à un coût ; l'alternative crédible pour les populations est la prévoyance maladie.

Alors l'approche générique basée **sur la promotion de prévoyance maladie**, s'avère nécessaire pour résoudre ce problème.

B- Approche générique liée au problème spécifique n⁰2.

Le problème spécifique n⁰2 est l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux. Ainsi la plupart des usagers de la maternité et de la pédiatrie sont de plus en plus incapables d'honorer les prescriptions médicales quelques soient leurs montants faute de moyens financiers. En effet dans les ménages de subsistance, même pour une simple maladie ordinaire, il est impossible de payer le traitement médical dans certaines périodes de l'année, car elles n'ont pas assez d'argent. La procédure de prêt d'argent chez la famille élargie ou chez les voisins retarde le traitement et peut aggraver la maladie ou même conduire à la mort. Les réseaux d'aide communautaire reposent essentiellement sur le tissu familial. Or, la majorité des familles en particulier au Bénin, et en général en Afrique, sont pauvres.

L'approche générique face à ce tableau lugubre est alors basée sur **l'amélioration du pouvoir d'achat de la population.**

C- Approche générique liée au problème spécifique n⁰3.

Enfin pour le problème spécifique n⁰3 relatif à l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie. Certains patients hospitalisés sortent de l'hôpital de manière frauduleuse sans solder leurs dettes. Pour augmenter l'accessibilité financière des populations à des services de qualité, le pouvoir politique a mis en place un Fonds Sanitaire des Indigents. Cependant l'objectif de cette politique sanitaire n'est pas souvent atteint. La grande difficulté réside souvent dans l'identification des indigents.

L'approche générique basée sur la mise en place **d'un dispositif efficace d'identification des indigents** est nécessaire pour résoudre le problème.

D-Synthèse des approches génériques par problème.

Les différentes parties de la théorie générale de l'accessibilité financière des usagers de l'hôpital aux soins et services de santé maternelle et infantile peuvent être résumées dans un tableau de synthèse des approches par problème.

Tableau 4 : Synthèse des approches génériques par problème.

Niveaux spécifiques	Problèmes spécifiques	Approches génériques retenues
1	Recours tardif des malades aux soins et services médicaux.	Une approche générique basée sur la promotion de prévoyance maladie.
2	L'incapacité financière des usagers de la pédiatrie et de la maternité à payer les soins et services médicaux.	Approche générique basée sur l'amélioration du pouvoir d'achat de la population.
3	L'évasion des patients hospitalisés à la maternité et la pédiatrie.	L'approche générique basée sur la mise en place d'un dispositif efficace d'identification des indigents.

Source : Réalisé par nous-mêmes sur la base de la vision globale.

III- Les séquences de résolution de la problématique.

Cette vision globale de résolution peut être restituée à travers une démarche méthodologique constituée de douze (10) étapes, à savoir :

- 1) La fixation des objectifs à atteindre ;
- 2) La formulation des hypothèses de recherche ;
- 3) La construction du tableau de bord de l'étude ;
- 4) La revue de littérature ;
- 5) Le choix de l'outil de mobilisation de données ;
- 6) Le choix de l'outil d'analyse des données ;
- 7) La Mobilisation des données ;

- 8) L'établissement du diagnostic ;
- 9) Les approches de solutions et conditions de leurs mises en œuvre ;
- 10) La construction du tableau de synthèse de l'étude.

Avec la connaissance du sujet, nous avons déterminé la vision globale de résolution de la problématique qui va nous conduire dans le chapitre premier, à la fixation des objectifs de l'étude pour finir à la méthodologie de recherche liée à l'amélioration de l'accès financier des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

**CHAPITRE PREMIER : CADRE
THEORIQUE, METHODOLOGIE ET
COLLECTE DES DONNEES.**

La vision globale de résolution étant déjà dégagée, nous allons procéder dans un premier temps à la fixation des objectifs, à la formulation des hypothèses, à l'élaboration du tableau de bord de l'étude et à la revue de littérature.

Dans un second temps, nous procéderons au choix de la méthodologie.

SECTION 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature liée à la problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

En tenant compte des problèmes spécifiques à résoudre, nous allons fixer les objectifs à atteindre, formuler les hypothèses, élaborer le tableau de bord de l'étude et finir sur la méthodologie de recherche liée à la problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

Paragraphe 1 : La fixation des objectifs et formulation des hypothèses.

Avant d'énumérer les objectifs et hypothèses de l'étude, il convient de rappeler d'abord les problèmes auxquels nous voulons trouver solutions. Il s'agit du problème général et des problèmes spécifiques.

Le problème général est l'inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

Les problèmes spécifiques sont :

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux ;
- l'incapacité des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux ;
- l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

I- Objectifs de l'étude.

Ces objectifs sont de deux ordres. Nous avons l'objectif général et les objectifs spécifiques.

A- L'objectif général.

Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

B- Objectifs spécifiques.

Ils sont formulés en fonction des problèmes spécifiques identifiés.

Objectif spécifique n°1 : Proposer des mesures pour un recours spontané des malades aux soins et services médicaux.

Objectif spécifique n°2 : Suggérer les moyens pour l'amélioration de la capacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.

Objectif spécifique n°3 : Proposer le contexte de réduction des cas d'évasion des patients hospitalisés à la maternité et la pédiatrie.

II- L'identification des causes et la formulation des hypothèses.

Il s'agit des causes probables pouvant être à la base des problèmes identifiés. Elles sont en rapport avec les problèmes spécifiques et sont théoriques. Elles ne seront confirmées qu'après nos enquêtes.

A- Causes et l'hypothèse liées au recours tardif des malades aux soins et services médicaux.

En ce qui concerne le problème spécifique relatif au recours tardif des malades aux soins et services médicaux, nous avons identifié deux causes possibles qui sont :

- l'automédication ;
- le mode de paiement direct des soins et services.

L'héritage ancestral sur la connaissance des plantes thérapeutiques et l'accès facile aux médicaments favorisent la pratique de l'automédication. Mais il est prouvé que ceux qui s'adonnent à l'automédication, sont essentiellement les populations ayant de très faibles revenus et la font parfois par contrainte. Leur comportement aurait été autre s'ils ne devraient pas payer directement les soins. Nous en voulons pour preuve le comportement de ceux qui ont un pouvoir d'achat relativement élevé. Ces derniers ont spontanément recours aux soins et services médicaux. Il en est de même des mutualistes et des détenteurs de prise en charge médicale qui n'hésitent pas à aller vers les services des soins puisqu'ils se sentent couverts par des tiers.

Nous retenons que le mode de paiement direct des soins et services constitue la cause du recours tardif des malades aux soins médicaux.

Cette cause étant retenue, nous estimons que *le problème spécifique n°1 relatif au recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû au mode de paiement direct des soins et services.*

B- Cause et l'hypothèse liées à l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.

Au sujet de l'incapacité des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux nous avons identifié une seule cause plausible, qui est la précarité des sources de revenus des ménages.

En effet le rapport de mission d'expertise thématique sur les mutuelles de santé réalisé en janvier avec l'appui du huitième FED a révélé que la pauvreté est plus élevée dans le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche) que dans les autres secteurs d'activités. La plupart des personnes se trouvant dans l'incapacité financière de payer leurs soins vivent de la pêche et de l'agriculture de subsistance. Ces activités ne garantissent pas la stabilité des revenus.

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse que *l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux s'explique par la précarité des sources de revenus des ménages.*

C- Causes et l'hypothèse liées à l'évasion des patients de la maternité et de la pédiatrie.

En ce qui concerne le problème spécifique N°3 relatif à l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie nous avons identifié deux causes possibles à savoir :

- la mauvaise foi de certains clients de l'hôpital ;
- la défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents.

La mauvaise foi de certains clients est une raison de l'évasion des malades. Mais le personnel de santé avoue que la majorité des évadés sont des malades sans ressources financières. La consultation du registre financier a révélé que la majorité des cas d'évasion enregistrés sont des patientes qui ont subi une opération chirurgicale qui est en générale onéreuse. Egalement la consultation des dossiers a révélé que la plupart des évadés sont des élèves, des apprenties de métier qui ont reçu des soins après les tentatives d'avortement provoqué. De tout ce qui précède, nous ne saurions parler de mauvaise foi mais de contrainte financière de ces derniers. Cette cause ne peut être retenue.

Quant au mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents, il faut noter que ce fonds est alloué pour la prise en charge intégrale des indigents.

Cependant, dans la pratique l'utilisation dudit fonds n'est pas rationnelle. L'identification des indigents est basée sur des éléments subjectifs qui ne permettent pas toujours de faire une bonne sélection. Du coup certains indigents sont laissés à leur propre sort. Ces derniers n'ayant pas de biens à brader ni à mettre en gage choisissent l'évasion. La défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents explique l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

Nous retenons donc que *la défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents justifie l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.*

Les problèmes spécifiques n'étant rien d'autre que les manifestations du problème général, nous n'avons pas trouvé une cause générique centrale des causes spécifiques identifiées. De ce fait nous n'avons pas formulé une hypothèse générale.

Paragraphe 2 : Le tableau de bord de l'étude et revue de littérature.

I- Le tableau de bord de la problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

Le tableau de bord est un outil récapitulatif de la problématique choisie, les problèmes spécifiques retenus, les causes supposées être à la base des problèmes et des hypothèses de l'étude.

Tableau 5 : Tableau de bord.

Niveaux d'analyse		Problématique *	Objectifs	Causes (supposées être à la base des problèmes)	Hypothèses
Niveau général		(Problème Général) Inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.	(Objectif Général) Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.	(Cause Générale)	(Hypothèse Générale)
Niveaux spécifiques	1	(Problème Spécifique 1) Le recours tardif des malades aux soins et services médicaux.	(Objectif Spécifique 1) Proposer des mesures pour un recours spontané des malades aux soins et services médicaux.	(Cause Spécifique 1) Le mode de paiement direct des soins et services.	(Hypothèse Spécifique 1) Le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû au mode de paiement direct des soins et services.
	2	(Problème Spécifique 2) L'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.	(Objectif Spécifique 2) Suggérer des moyens pour l'amélioration de la capacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.	(Cause Spécifique 2) La précarité des sources de revenus des ménages.	(Hypothèse Spécifique 2) L'incapacité des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux s'explique par la précarité des sources de revenus des ménages.
	3	(Problème Spécifique 3) L'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.	(Objectif Spécifique 3) Proposer le contexte de réduction de l'éradication des cas d'évasion des patients hospitalisés à la maternité et la pédiatrie.	(Cause Spécifique 3) La défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents.	(Hypothèse Spécifique 3) La défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents justifie l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

Source : *Résultat de nos investigations.*

*problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

II-La revue de littérature et méthodologie de recherche liées à la problématique sur l'accessibilité financière des usagers de l'Hôpital de Zone Abomey- Calavi/Sô- Ava aux soins et services de santé maternelle et infantile.

La revue de littérature permet dans le cadre de toute recherche de s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises sur les problèmes identifiés.

Ainsi, Cet exercice se fera en prenant pour repères les racines thématiques des approches génériques retenues au niveau de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée. Pour ce faire il sera question d'exposer à travers ces thématiques, les points des connaissances liées au problème général de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile et celles liées aux problèmes spécifiques en résolution qui sont :

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux ;
- l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux ;
- l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

Rappelons que dans la vision globale de résolution de la problématique spécifiée, nous avons identifié des approches génériques précises par rapport aux différents problèmes spécifiques.

Pour le problème spécifique n°1 : L'approche générique basée sur la promotion du système de prévoyance maladie.

Pour le problème spécifique n°2 : L'approche générique basée sur l'amélioration du pouvoir d'achat de la population.

Pour le problème spécifique n°3 : L'approche générique basée sur la mise en place d'un mécanisme efficace d'identification des indigents.

A- Contributions antérieures sur l'inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.

La vocation des soins de santé primaires (SSP) est de contribuer à l'accessibilité aux soins de santé par une meilleure équité de leur distribution dans les différentes couches sociales. Pour renforcer et accélérer la mise en œuvre des SSP, l'Initiative de Bamako (IB) fut adoptée en 1987. Certains objectifs de l'IB ont remis en cause la gratuité des soins dans les structures publiques. Du fait du coût financier, l'accès aux services et soins de santé se trouve affecté pour les bénéficiaires. **Weil et al.** ont montré en Côte d'Ivoire que l'un des facteurs limitant l'utilisation des services de santé moderne est le coût des prestations. **Criel** estime que garantir l'accès aux soins des pauvres est un sujet de préoccupation. A cet effet, la nouvelle perspective de la quasi-totalité des pays Africains est l'accès universel de la population aux soins.

Au Bénin, l'accessibilité financière et le mauvais accueil demeurent les deux principales causes de la faible fréquentation des centres de santé. Ainsi en 2001, le taux de fréquentation des centres de santé (publics et parapublics) est de 36% (statistiques sanitaires 1997-2001), d'où la nécessité de la prise en charge des populations pauvres et indigentes et la formation du personnel sur les règles élémentaires de déontologie et sur l'importance de l'accueil des malades. En effet, l'accès universel aux soins nécessite un réseau de santé suffisamment dense pour assurer les prestations. L'enjeu est de mettre en place le personnel sanitaire nécessaire pour passer à l'échelle supérieure. Ainsi, les signes les plus visibles de la crise que connaissent les ressources humaines pour la santé dans de nombreux pays sont d'une part la pénurie considérable du personnel et de l'autre part les déséquilibres vertigineux que l'on constate dans la répartition du personnel. Dans la plupart des pays le meilleur moyen d'assurer la viabilité financière à court et à moyen terme de l'action de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile consiste à s'adresser à toutes les sources de financement, qu'elles soient extérieures ou

intérieures publiques ou privées. La répartition des fonds vers des systèmes d'assurance généralisée, assurant à la fois l'extension des réseaux de soins et la protection financière des usagers, représente le moyen de garantir au mieux le financement durable de l'action de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile comme du système de santé dont elle dépend (**OMS**, 2005).

La conséquence de l'absence d'accès aux services de santé est le taux élevé de morbidité et de mortalité observé chez les populations des pays en voie de développement comparé à celui des pays développés : Taux de Mortalité Maternelle 880-500, Taux de Mortalité Infantile 65 - 129 (**Peters**, 1999). Parce que ces groupes marginalisés n'ont aucune "importance" au sein du système, ils ont abandonné leur droit d'accès aux services de santé et ont peu recours à ces services malgré leurs besoins énormes (**Dror**, 1999).

B- Contributions antérieures au problème du recours tardif des malades aux soins et services médicaux.

Pour **Cresse A., Kutzin J.** (1997) « les frais aux usagers représentent une barrière financière à l'accessibilité des services sanitaires pour les pauvres ». En outre, les paiements directs constituent une forme de régression de financement des soins de santé car ils prennent une grande proportion des revenus des ménages les plus pauvres contrairement aux ménages les plus riches (**Gilson et McIntyre**, 2005).

Une enquête de l'**OMS** révèle que 70% des ménages béninois ne font pas recours aux hôpitaux publics et centres de santé communautaires pour des motifs financiers. Le problème se pose avec acuité chez les populations les plus démunies qui n'arrivent pas toujours à se prendre en charge sur le plan sanitaire. Cette grande majorité, qui exerce surtout dans le secteur informel, dispose d'un revenu instable.

Devant ces difficultés financières, la Banque mondiale, qui a été le plus ardent défenseur de l'imposition du paiement direct des soins dans les années 1980

et 1990 semble changer d'avis. Dans sa nouvelle politique de santé promue en 2007, elle affirme qu'elle soutiendra les pays qui décident d'abolir le paiement direct. En effet les gens ne mettent pas de l'argent de côté pour les maladies imprévisibles, qui sont souvent considérées comme des tabous. Le simple fait de parler d'une maladie peut l'attirer (Bationo, 2001). La solidarité existe principalement pour les cas d'urgence, mais les gens attendent jusqu'à ce que la maladie s'aggrave.

Les données recueillies dans le rapport d'activité 2010 de l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta révèlent les résultats suivants :

- Urgences : 1647 soit 79%
- Référence : 356 soit 17%
- Consultation : 77 soit 3.7%

Ces données statistiques confirment le recours tardif des malades aux soins médicaux. En effet sur 2084 malades reçus 1647 sont admis en urgence soit un pourcentage de 79% contre 3,7% de consultation.

D'une part la plupart des malades décédés dans cet hôpital de renommé international l'ont été dans les 48 heures de leur admission (60 cas) et d'autre part sont admis dans un état comateux (40 cas) et décédés aux soins intensifs. Par conséquent le taux élevé de décès s'explique par le recours tardif des populations aux soins.

Alors l'alternative crédible pour les populations est la prévoyance maladie. Seules la solidarité et l'entraide peuvent sortir les populations du problème d'inaccessibilité financière aux soins. De ce point de vue, la Micro Assurance Santé peut constituer une alternative crédible. C'est pour cela que nous retenons avec **Alain LETOURMY** que « le développement des mutuelles de santé apparaît comme l'une des pistes les plus intéressantes pour améliorer le financement du secteur de la santé dans les Pays En Développement (PED). Son objectif fondamental est d'augmenter le taux de fréquentation des

services hospitaliers à travers la promotion du recours précoce au soins de santé».

Dans la même logique (**Marthe NYSSSENS**, 2004) estime que la Micro – Assurance Santé (MAS) possède un grand potentiel en matière de financement des soins de santé et de réduction de la pauvreté en Afrique de l'Ouest. Mais pour (**Bennet**, 1998), l'assurance maladie ne doit pas être considérée comme une source de financement dans des communautés pauvres peu monétarisées. Le taux de recouvrement des coûts sera limité pour les mutuelles rurales.

(**MAKOUTODE**, 2004) estime que 90% des MAS aujourd'hui au Bénin sont des mutuelles. Le montant des cotisations varie selon le type de zone 300 à 500F CFA/moi en zone urbaine.

Les structures d'assurance doivent être considérées comme une stratégie supplémentaire, pas comme une alternative de financement exclusif. Comme les frais pour les services, elles doivent être considérées comme un moyen pour compléter le financement qui provient du budget public (**Bennet**, 1998). Selon **Letourmy** cité par (**ADOUNVO**, 2007), la faiblesse de la participation contributive des populations et l'offre de soins notamment dans le secteur public ne permettent pas de garantir des soins de qualité indispensables au développement des mutuelles.

C'est pourquoi (**TCHIBOZO**, 2003) propose qu'en garantissant des services de qualité à toutes les couches sociales, le système de santé ouvrira la voie à l'institution d'un régime qui, en étant tout d'abord obligatoire pour les travailleurs du secteur structuré de l'économie, étendra progressivement sa couverture à tous les groupes sociaux en s'appuyant sur des régimes locaux et en s'inspirant des expériences du terrain telles que les mutuelles de santé.

A cet effet, l'utilisation de l'assurance maladie communautaire ou les régimes de remboursement ont été connus comme étant viables même sur la base des

expériences faites dans des régions de l'Afrique et sont avantageux lorsqu'ils sont intégrés dans des perspectives plus grandes de régimes d'assurance maladie nationale ou des institutions de micro finance (**LIBBEY J.**) L'une des difficultés des mutuelles de santé s'explique par la faible capacité financière de la population à payer les cotisations quoique faibles réclamées par les mutuelles de santé. Pour cela, il faut faciliter l'accès des populations aux micro – crédits pour leur permettre de développer des activités génératrices de revenus (**AFFOUKOU, 2007**).

C- Contributions antérieures au problème de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.

L'approche générique relative à ce problème spécifique est l'amélioration du pouvoir d'achat des populations qui est l'une des stratégies de la réduction de la pauvreté.

KANDJI (1989) cité par (**AYINON, 2008**) estime que : " la capacité des individus à payer pour les soins peut, spécialement, en milieu rural, être déterminée par le caractère saisonnier des besoins de santé et des disponibilités monétaires". De plus, selon cet auteur, " le revenu agricole est lié aux saisons et les périodes de bas revenu correspondent souvent aux époques de plus forte morbidité potentielle" à un faible volume d'échanges.

La pauvreté se définit aujourd'hui comme un état de privation à long terme de bien être jugé inadéquat pour vivre décemment. En d'autres termes la pauvreté est une carence. (**CARR, 2004**).

La faible croissance économique dans les pays Africains favorise la pauvreté qui s'installe donc de façon durable et persistante, dans une grande partie des ménages tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Seule une faible partie de la population accède effectivement aux services de base : santé, éducation, eau, électricité...etc. (**PNDS, 2009-2016**).

Par ailleurs, la capacité des ménages à payer les soins n'est pas constante à tout moment. Dans des pays tels que le Bénin, la Guinée, le Niger, le Rwanda et le Togo, l'indigence touche 5 à 25 % de la population. Ce taux est de 15 % au Bénin (OUENDO, 2004).

Selon AGBANOU F. (2004) cité par (FAGNINO-GBADJA, 2007), il y a un parallélisme entre l'accessibilité financière aux soins et l'incapacité financière du patient : « Le risque de suspendre les soins suite à l'incapacité financière du patient compromet l'accessibilité aux soins »

Dans ce même ordre d'idée une enquête réalisée à Cotonou sur le développement du partenariat du secteur public et le secteur privé (OMS 2000) ; de l'analyse des résultats, il convient de retenir d'une manière synthétique que : 57% considèrent qu'ils ont des difficultés à accéder financièrement aux soins de santé ; 27% disent ne pas avoir de difficultés et 16% ont un avis mitigé.

Par rapport au coût d'opportunité de la maladie, un quart des personnes interrogées disent ne se priver de rien pour payer leurs soins. 50% sont amenés à se priver d'items courants et 16% s'endettent surtout lorsque la maladie est grave. 4% et 5% se privent respectivement de nourriture et d'habillement.

L'analyse de cette étude révèle les difficultés financières de la population devant les contraintes financières de la maladie.

Des conditions médicales graves ou une période prolongée de maladie qui menace l'existence pourront déclencher un cycle de pauvreté. Les biens, les produits agricoles, les animaux et les biens fonciers seront vendus à des prix bas, ou bien un crédit à un taux d'intérêt exorbitant sera contracté. Inversement, la pauvreté conduit elle-même à la maladie, étant donné qu'il est impossible de se faire soigner. Le Programme Alimentaire Mondial a

découvert au Cambodge que 80% de l'extrême pauvreté résulte de la maladie dans la famille.

Bien qu'elle soit liée au renforcement des inégalités, il existe aussi une corrélation entre l'augmentation des niveaux de revenus et l'amélioration de l'état de santé moyen de la population. Pour compenser l'effet de l'augmentation des revenus sur les inégalités, les analystes recommandent que les politiques macroéconomiques favorisent à la fois la croissance et les plus démunis. Ainsi, mettant en exergue la croissance économique qui doit être contrebalancée par des politiques sociales énergétiques dans les domaines tels que l'éducation, la dynamique homme – femme, la santé primaire et la nutrition. De plus, des mesures spéciales doivent être prises pour garantir que les plus démunis reçoivent la majeure partie des bénéfices des programmes. (WHITEHEAD *et al.*, 2003)

Des études menées en Afrique ont démontré que le tiers payant n'est pas viable en prenant plus de 15 pays Africains pendant une durée de temps (Vogel, 1991). Ceci est dû au fait que les pauvres sont d'habitude très sensibles aux petits changements dans les prix mêmes pour des biens qui sont des nécessités tels que les soins de santé.

D- Contributions antérieures au problème de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

La position sociale influence le statut de santé et ceux qui sont socialement mieux placés sont généralement en meilleure santé. Les plus démunis peuvent souffrir de malnutrition et avoir un accès limité à un approvisionnement en eau propre et à des services d'éducation.

En effet lorsque les gens doivent payer les services obtenus au moment où ils en ont besoin, l'accès aux soins est limité à ceux qui peuvent se permettre ces dépenses. Ce type de système expose les indigents à des coûts inattendus qui peuvent être d'un montant élevé. Bien souvent, ils ne disposent pas des

réserves en espèces qui leur permettent de couvrir ces dépenses. C'est pourquoi des mesures sociales ont été prises en faveur des démunis. Malheureusement l'application de ces mesures n'est pas efficace. C'est l'inadéquation du système de prise en charge des indigents sur fonds sanitaires des indigents (DJOSSOU, 2007). L'élément crucial de cette faiblesse est le problème d'identification des indigents.

En effet dans de nombreux pays moins avancés, il est particulièrement difficile d'identifier les pauvres. Les économistes peuvent déterminer les seuils de pauvreté des grands pays industrialisés sur la base de niveaux de revenu, mais dans les pays moins avancés, les données sur les revenus ne sont pas systématiquement fiables, ni même disponibles. Dans bien de pays, une vaste proportion de la population travaille en dehors de l'économie formelle notamment dans l'économie agricole de subsistance.

Sur le plan juridique le décret n° 97-321 du 17 juillet 1997 portant réglementation des secours en république du Bénin définit l'indigent comme : « toute personne sans salaire, privée des ressources suffisantes pour sa survie ou qu'un désastre place dans une situation particulièrement difficile et qui est susceptible de recevoir de la collectivité ou de l'état, des moyens d'existence en raison de son âge, de sa situation économique, de son état mental et social ». La communauté s'inscrivant dans la même logique que des juristes reconnaît l'indigent comme : « le plus pauvre parmi les pauvres ». DJOFFON – ELITSA (2004).

Après plusieurs études menées SEN cité par (MACH, 2003) a proposé que l'analyse de la pauvreté se fonde plutôt sur l'accès des personnes aux opportunités et sur divers facteurs tels que la santé, la nutrition et l'éducation, qui reflètent les capacités spécifiques de chacun à fonctionner au sein de la société.

Le retard dans l'identification des malades indigents à l'hôpital de zone d'Abomey- Calavi est dû à la contrariété dans l'appréhension de la notion d'indigence (DJOSSOU, 2007).

SECTION 2 : Choix de la méthodologie de l'étude.

Notre méthodologie est articulée autour de la dimension empirique et de l'approche théorique.

Paragraphe 1 : Approche empirique de la méthodologie de l'étude.

Nous exposerons les approches empiriques et théoriques de la méthodologie de l'étude.

I- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère.

Elle permet d'expliquer la méthode d'enquête à utiliser. Les étapes dans cette enquête sont les suivantes :

- fixer l'objectif de l'enquête ;
- identifier la population mère ;
- repérer les données à mobiliser ;
- présenter les conditions de réalisation de l'enquête

A-L'objectif de l'enquête.

L'objectif de notre enquête est de collecter les données nécessaires à la vérification de nos hypothèses. Ainsi, elle permettra de savoir si :

- le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû au mode de paiement direct ;
- l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux s'explique par la précarité des sources de revenus des ménages ;

- la défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents justifie l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

B-L'identification de la population mère.

L'hôpital d'Abomey- Calavi/ Sô- Ava est choisie comme cadre de notre enquête parce qu'elle abrite tous les acteurs de notre enquête. Nous avons identifié une population mère constituée : des patients de la maternité et de la pédiatrie, du personnel soignant desdits services, la responsable du service social, les autorités administratives.

II - De l'échantillonnage aux outils de présentation des données.

A- La nature de l'enquête.

Pour atteindre les objectifs ci-dessus cités, le choix de la méthode d'enquête a été fait à partir de la population concernée par la vérification de chacune des hypothèses.

En effet, l'hypothèse spécifique n⁰1 relative au problème spécifique n⁰1 interpelle à la fois les patients hospitalisés, le personnel soignant et les autorités administratives. Ainsi nous nous sommes servis d'un questionnaire et d'un guide d'entretien pour collecter les informations à leur niveau. La méthode d'enquête utilisée est le sondage. Nous avons aussi consulté des registres.

En ce qui concerne l'hypothèse spécifique n⁰2 relative au problème spécifique n⁰2 nous avons procédé à une enquête par sondage à l'aide d'un questionnaire adressé au personnel des services de la maternité, de la pédiatrie et aux patients hospitalisés. Nous nous sommes entretenus avec les autorités administratives.

Pour ce qui est de l'hypothèse spécifique n⁰3 en rapport avec le problème spécifique n⁰ 3, nous avons procéder à une enquête par sondage à l'aide d'un

questionnaire adressé aux patients hospitalisés et au personnel soignant. Nous nous sommes entretenus avec les autorités administratives.

B- L'échantillonnage.

La méthode d'échantillonnage probabiliste a été utilisée pour les patients hospitalisés. Chacun d'eux ayant eu la chance d'être sélectionné. La technique utilisée est la stratification. Chaque service a constitué donc une strate. Afin d'avoir un échantillon représentatif, nous avons utilisé la 1/10^e de la moyenne des hospitalisations mensuelles par service. La moyenne des hospitalisations mensuelles de la maternité est 226, le 1/10^e est approximativement égal à 22; celle de la pédiatrie est 77, 66 soit approximativement 8 patients hospitalisés. La taille de notre échantillon a donc été de 30 patients hospitalisés. La méthode d'échantillonnage exhaustive a été utilisée pour les autorités administratives concernées et pour les sages-femmes et les infirmiers qui sont dans le système de garde. La taille de l'échantillon est alors de :

- les patients hospitalisés = 30
- les autorités administratives = 4
- le personnel soignant = 13

Soit un total de 47 personnes enquêtées

C- Centre d'intérêt du questionnaire.

Les questions posées lors des enquêtes ont permis de recenser des informations pour mieux :

- comprendre les raisons qui sont à la base du recours tardif des malades aux soins et services médicaux ;
- connaître les facteurs qui expliquent l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux ;
- identifier les causes qui peuvent justifier l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

D- Technique de dépouillement.

Les données recueillies par questionnaire auprès de l'échantillon seront traitées de façon manuelle.

E –Outils statistiques de présentation des données.

Les résultats d'enquêtes sont présentés par la méthode de tris à plat pour ce qui concerne les questions fermées. Ceux ayant fait l'objet de questions ouvertes seront vérifiées à travers l'appréciation des réponses obtenues.

Les objectifs ayant été déterminés, les hypothèses formulées et la méthodologie retenue, nous passons à l'approche théorique retenue pour chaque problème spécifique identifié.

Paragraphe 2 : Approches théoriques de la méthodologie de l'étude.

Il s'agit ici de présenter les approches déjà existantes pour mener cette étude.

I- Le choix théorique lié au recours tardif des malades aux soins et services médicaux.

Nous présenterons la théorie retenue, les normes ou repères d'amélioration avant de préciser les seuils de décision.

A- La présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

1- La présentation de la théorie retenue.

Pour la résolution de ce problème, nous retenons avec **Alain LETOURMY** que « le développement des mutuelles de santé apparaît comme l'une des pistes les plus intéressantes pour améliorer le financement du secteur de la santé dans les Pays En Développement (PED). Son objectif fondamental est d'augmenter le taux de fréquentation des services hospitaliers à travers la promotion du recours précoce aux soins de santé ».

2- Normes ou repères d'amélioration.

Aujourd'hui une grande partie de la population ne bénéficie pas du droit à la santé consacrée par l'article 8 de la Constitution Béninoise du 11 décembre 1990. Cette exclusion s'est accrue avec le développement du secteur informel accentué par la précarité de l'emploi dans le secteur formel. En effet la population majoritairement agricole vit dans les zones rurales, et pratique des activités telles : la pêche, l'élevage, l'artisanat et une agriculture monoculturale avec des techniques rudimentaires.

Cette couche non moins négligeable de la population estimée à environ 80 % se trouve dans des activités du secteur primaire avec un revenu annuel très faible, les exposant ainsi à une précarité.

L'aire sanitaire d'Abomey-Calavi / Sô-Ava desservie par l'hôpital de zone, cadre de notre étude s'intègre aux caractéristiques générales de notre pays décrites ci-dessus.

Le tableau socio-économique ainsi peint ne permet pas à cette population de faire face aux dépenses imprévues comme celles liées à la maladie. Donc un paiement par un tiers est l'idéal. En somme les personnes pauvres ne peuvent pas supporter leurs coûts privés et les coûts sociaux. Les mesures suivantes sont alors essentielles pour la résolution de ce problème.

- ✓ l'utilisation d'assurance maladie communautaire ou les régimes de remboursement ont été connus comme étant viables même sur la base des expériences faites dans des régions de l'Afrique et sont avantageux lorsqu'ils sont intégrés dans des perspectives plus grandes de régimes d'assurance maladie nationale ou des institutions de microfinance.
- ✓ L'idée d'une couverture universelle est susceptible d'augmenter l'accès des pauvres aux soins de santé, principalement lorsque le système d'interfinancement est possible. Ceci parce que le système du tiers

payant a créé des questions d'équité et d'efficacité et nous avons besoin de perspective d'avenir.

- ✓ Des méthodes autochtones et innovantes de financement des soins de santé qui puissent imposer le financement des soins de santé conformément à la capacité de payer, mais au même moment accorder les avantages sociaux et renforcer l'accès aux soins selon les "besoins" de soins.
- ✓ Solidarité sociétale qui probablement peut produire des résultats valables dans les structures africaines.

B- L'outil d'analyse des données collectées : seuil de la décision lié au problème spécifique n°1.

Le seuil de décision prend en compte le questionnaire adressé aux patientes hospitalisées et mères gardiennes, au personnel soignant. Ils sont au nombre de 43.

Compte tenu de l'importance de ce problème, tout item qui aura un poids supérieur ou égal à 40% de la fréquence relative calculée sera retenu comme cause du problème spécifique n° 1.

II- Le choix théorique lié au problème de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.

Présentons ici le choix théorique lié au problème spécifique n° 2 tout en exposant ses normes et seuils de décision.

A- La présentation de la théorie liée au problème et le récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

1- La Présentation de la théorie retenue.

L'approche théorique retenue pour la résolution de ce problème est celle basée sur la corrélation entre l'augmentation des niveaux de revenus et l'amélioration de l'état de santé moyen de la population proposé par (**WHITEHEAD et al.** 2003).

2- Normes ou repères d'amélioration

Cette approche est basée sur les actions prioritaires suivantes :

- ✓ garantir que les plus démunis reçoivent la majeure partie des bénéfices des programmes mis en place par les pouvoirs publics ;
- ✓ faciliter l'accès des femmes aux Activités Génératrices de Revenus Communautaires (AGRC).

B- L'outil d'analyse des données collectées : seuil de décision lié au problème spécifique n°2.

La question posée pour l'identification de la cause de ce problème est :
Quelles sont selon vous les raisons qui motivent vos difficultés à payer les soins médicaux ?

Vu l'importance de ce problème dans l'amélioration de l'accessibilité financière des usagers aux soins et services de santé maternelle et infantile, l'item qui aura le poids le plus élevé sera retenu.

III- Le choix théorique lié au problème de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

A- La présentation de la théorie liée au problème et le récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.

1- La présentation de la théorie retenue.

L'approche retenue par rapport à ce problème est l'approche générique basée sur la mise en place d'un dispositif efficace d'identification des indigents. Puisque le retard dans l'identification des malades indigents à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi est dû à la contrariété dans l'appréhension de la notion d'indigence (DJOSSOU, 2007).

2- Normes ou repères d'amélioration

Cette approche est basée sur les actions prioritaires suivantes :

- la révision des critères d'indigence ;

- la sensibilisation des acteurs de santé contre le népotisme, le favoritisme dans la sélection des indigents.

B- L'outil d'analyse des données collectées : seuil de décision lié au problème spécifique n°3.

Par rapport à ce problème, la question suivante a été posée aux enquêtés. Quelles sont selon vous les raisons qui justifient l'évasion des patients hospitalisés ?

Nous retenons là que la cause qui rassemblera le plus de points sera maintenue

CHAPITRE DEUXIEME :
ANALYSE DES DONNEES, APPROCHE DE
SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE
EN ŒUVRE.

SECTION 1 : De la préparation des enquêtes à la vérification des hypothèses de l'étude.

Il s'agit ici de la préparation et de la réalisation de l'enquête puis de la présentation et de l'analyse des données.

Paragraphe 1 : La préparation et réalisation des enquêtes.

C'est un exercice qui fait suite à celui déjà effectué au niveau de la dimension empirique. Il présente la préparation, la réalisation des enquêtes et les difficultés rencontrées.

I- La préparation des enquêtes.

Nos enquêtes ont été réalisées sur la base de questionnaires à l'endroit des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie, le personnel de santé. De même un guide d'entretien a été administré aux autorités administratives de l'hôpital.

II- La réalisation des enquêtes.

L'enquête s'est déroulée dans le mois de décembre 2011. Notons toutefois que la réalisation de cette enquête n'a pas été faite sans difficulté.

III- Les difficultés rencontrées.

Le travail de terrain ne s'est pas déroulé sans difficultés qui heureusement ne sont pas de nature à affecter la crédibilité des données recueillies. Elles sont de deux ordres à savoir :

- La barrière linguistique : nous avons eu à traduire nos questions en langues vernaculaires, ce qui pourrait entraîner des biais dans les informations recueillies ;
- L'indisponibilité de certaines autorités de l'hôpital.

Paragraphe 2 : Présentation, l'analyse des données et la validation des hypothèses.

I-Présentation et analyse des données relatives aux problèmes spécifiques.

A- Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n°1

Le problème spécifique n°1 est le recours tardif des malades aux soins et services médicaux. Le tableau 6 présente les opinions émises par les enquêtés sur la cause de ce problème.

Tableau 6 : Motif du recours tardif des malades aux soins et services médicaux

Modalités	Valeurs absolues	Valeurs relatives en %
Automédication	18	41,86
mode de paiement direct des soins et services	23	53,49
Autres	02	4,65
Total	43	100

Source : résultats de nos enquêtes de décembre 2011.

Selon ce tableau, 53,49 % des personnes interrogées estiment que la principale raison qui sous-tend le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est le mode de paiement direct. Par contre, 41,86% d'entre eux pensent que c'est l'automédication qui est la principale raison. 4,65% avancent d'autres raisons explicatives de ce problème. Ils évoquent notamment la distance de leurs maisons à l'hôpital, la dépendance financière des femmes vis-à-vis de leurs maris et le mauvais accueil du personnel de santé.

Les données issues de l'entretien avec les autorités de l'hôpital confirment que le mode de paiement direct des soins est le mode le plus utilisé par les usagers car la majorité des clients sont des particuliers à leurs frais (PAF). Ils

estiment également que ce mode de paiement est la cause du recours tardif des malades aux soins et services médicaux. Les tableaux 7 et 8 présentent le nombre des PAF et des personnes ayant bénéficiés de prise en charge et hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie de l'hôpital de zone d'Abomey – Calavi de 2007 à 2011.

Tableau 7 : *Catégories de patients hospitalisés à la maternité.*

ANNEE	PARTICULIERS A LEURS FRAIS (PAF)	LES TIERS PAYANTS	TOTAL HOSPITALISATION
2007	1676	91	1767
2008	1602	137	1739
2009	1590	94	1684
2010	1746	139	1885
2011	2600	146	2740

Source : *Rapports mensuels d'activités du service de recouvrement.*

Tableau 8 : *Catégories de patients hospitalisés à la pédiatrie*

ANNEE	(PAF)	LES TIERS PAYANTS	TOTAL HOSPITALISATION
2007	470	68	538
2008	523	89	612
2009	678	172	845
2010	633	125	758
2011	590	90	680

Source : *Rapports mensuels d'activités du service de recouvrement.*

Il ressort de l'analyse de ces deux tableaux que la grande majorité des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie sont les Particuliers A leurs Frais (PAF). En effet, ces derniers paient directement la totalité de leur prestation.

B- Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n°2.

Le problème spécifique n°2 est l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux. La seule raison identifiée par rapport à ce problème est la précarité des sources de revenus des ménages. Le tableau 9 présente les opinions émises par les enquêtés sur la cause de ce problème.

Tableau 9 : *Motif de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.*

Modalités	Valeurs absolues	Valeurs relatives en %
Oui	38	88,37
Non	5	11,63
Total	43	100

Source : *résultats de nos enquêtes de décembre 2011.*

L'analyse de ce tableau montre que :

- 88,37% des personnes interrogées reconnaissent que la cause de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux est la précarité des sources de revenus.
- 11,63% des enquêtés rejettent cependant cette cause.

C- Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n° 3.

Le problème spécifique n°3 est l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie. Le tableau 10 présente les opinions émises par les enquêtés sur les causes de ce problème.

Tableau 10 : *Raison de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.*

Modalités	Valeurs absolues	Valeurs relatives en %
Mauvaise foi des clients de l'hôpital	10	23,26
Défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents.	33	76,74
Total	43	100

Source : *résultats de nos enquêtes de décembre 2011.*

Les données recueillies par rapport à ce problème spécifique montrent que :

- 76,74% des enquêtés estiment que la raison de ce problème est la défaillance du mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents,
- Le reste, soit 23,26% pensent qu'il s'agit de la mauvaise foi de certains clients de l'hôpital.

Les données provenant de l'entretien réalisé avec le responsable du service révèlent que le service social ne dispose pas de moyens financiers et logistiques pour une identification rationnelle des indigents.

II-La validation des hypothèses et établissement du diagnostic.

A- La validation des hypothèses.

Cette étape de notre étude nous permet de comparer les résultats obtenus aux hypothèses formulées plus haut.

1- La validation de l'hypothèse n°1.

L'hypothèse n°1 retient comme cause du problème spécifique n°1 le mode de paiement direct des prestations.

De l'analyse des résultats des enquêtes et du guide d'entretien, il ressort par rapport au seuil de décision fixé que ce problème s'explique par deux raisons à savoir : l'automédication et le mode de paiement direct. Nous déduisons que le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû à l'automédication et au mode de paiement direct des soins et services. Donc **l'hypothèse n°1 est partiellement vérifiée.**

2- La vérification de l'hypothèse n°2.

La seule cause identifiée pour ce problème spécifique est la précarité des sources de revenus des ménages. Cette cause a été confirmée par 88,37% des enquêtés.

Il ressort de l'analyse de ce résultat et eu égard au seuil de décision fixé que l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux est due à la précarité des sources de revenus des ménages.

Donc l'hypothèse n°2 est vérifiée.

3- La vérification de l'hypothèse n°3.

L'analyse des résultats d'enquête et du guide d'entretien révèle que la défaillance du mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents est la principale cause de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie. Cette cause a recueilli en effet 76,74% des réponses enregistrées.

Donc l'hypothèse n°3 est vérifiée.

B-Etablissement du diagnostic.

Les données collectées nous ont permis de réunir les éléments nécessaires à la détermination des causes réelles des problèmes observés.

1- Eléments du diagnostic n°1.

Le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû à l'automédication et au mode de paiement direct ses soins et services.

2- Eléments du diagnostic n°2.

L'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux est due à la précarité des sources de revenus des ménages.

3- Eléments du diagnostic n°3

La défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents est la cause de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

SECTION 2 : Approche de solutions et condition de mise en œuvre.

Paragraphe 1 : Approche de solutions.

Pour faire en sorte que chaque famille ait accès aux soins, les gouvernements doivent accélérer la mise en place de systèmes de santé cohérents, intégrés et efficaces. Cela suppose que l'on s'attaque à la crise des effectifs et, par voie conséquent que l'on accroisse leur financement en améliorant aussi leurs organisations dans ce domaine de l'action sanitaire. Un système de santé qui

puisse faire face à ces besoins, élimine les obstacles financiers à l'obtention des soins et protéger la population de la pauvreté, qui est à la fois une cause et une conséquence de la maladie.

I- Approche de solutions pour le recours tardif des malades aux soins et services médicaux.

Rappelons que l'approche générique basée sur la promotion de prévoyance maladie, s'avère nécessaire pour résoudre ce problème.

Sur le plan théorique, les mutuelles semblent être une solution intéressante avec une grande potentialité pour améliorer l'accès aux soins de santé de qualité, pour mobiliser les fonds, pour améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé, pour encourager le dialogue et la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé, et ainsi pour contribuer au développement social et institutionnel de la société.

Cependant, on note une faiblesse du système de couverture sociale des mutuelles. En effet les capacités de mobilisation des ressources sont modestes et limitées par le faible taux de cotisation, le faible taux de recouvrement des frais, le faible taux de couverture et une faible capacité de marketing. Il y a au Bénin 263 structures de micro- assurances avec 230. 000 bénéficiaires. (Les propos de Monsieur Aboubakar KOTO YERIMA, représentant des structures de mutuelles au Bénin lors d'un débat télévisé). Ces chiffres mettent en exergue le faible taux de couverture des mutuelles de santé. En effet les gens sont souvent intéressés et ont la volonté de payer un taux de cotisation défini, mais lorsqu'il s'agit de collecter ces cotisations, nombreuses sont les personnes qui ne paient pas ou sont en retard.

Les cotisations sont des montants fixes. Ils ne sont pas proportionnels au revenu ; car dans ce cas ils sont difficiles à gérer. Les mutuelles ne constituent pas une solution au problème d'indigence. La majorité des structures ont peu de possibilité pour couvrir les plus pauvres de la société. Les mutuelles

peuvent seulement canaliser la demande à partir des capacités existantes de contribution. Les programmes d'assistance sociale du gouvernement sont nécessaires pour la tranche de la population qui n'est pas en mesure de payer les cotisations.

A cet effet l'opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle(RAMU) devient la seule alternative crédible pour assurer à la population une couverture sociale de maladie sans distinction de couches sociales.

Le RAMU prend en compte dans ses priorités les faiblesses relevées dans les mécanismes existant. Il s'agit notamment :

- une organisation efficace et efficiente des soins ;
- l'intégration des secteurs agricole et informel au RAMU ;
- l'identification efficace des couches sociales les plus défavorisées en vue de la prise en charge de leurs contributions par les pouvoirs publics ;
- les adhésions familiales et de groupe, plutôt que les adhésions individuelles.

L'atteinte de ces priorités passe par :

- l'opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle par le Ministère de la Santé;
- la sensibilisation de la communauté rurale dans le domaine des urgences obstétriques, néonatales, infantiles et post-partum ainsi que dans le domaine des maladies prioritaires et ceci en collaboration avec les élus locaux ;
- l'amélioration de la qualité des soins par le renforcement de la capacité des agents de santé pour une prise en charge efficace des urgences obstétriques et néonatales ;

- une meilleure gestion des urgences : mettre en place des mécanismes participatifs et assurer une évacuation sanitaire efficace et rapide en cas d'urgences obstétriques et néonatales ;
- la vulgarisation des mesures de gratuité et de l'existence du Fonds Sanitaire des Indigents.

II-Approche de solutions pour le problème de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.

- La résolution de ce problème dont le diagnostic a révélé la précarité des sources de revenus des ménages passe par l'amélioration du pouvoir d'achat de la population. Aujourd'hui lutter contre la pauvreté c'est prendre en compte tous les services sociaux de base. Les propositions de solutions envisagées pour faire face à ce problème sont :
- le renforcement du programme des microcrédits aux femmes;
- le renforcement de l'alphabétisation des femmes ;
- la promotion des produits locaux pour assurer la sécurité alimentaire ;
- l'approvisionnement en eau potable ;
- la mise en place des Micro Assurance Santé (MAS) dont les plus connus sont les mutuelles de santé ;
- l'aménagement des voies d'accès pour l'écoulement des produits de commercialisation.

III- Approche de solutions pour le problème de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.

La cause retenue pour ce problème est la défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents. Pour son amélioration les solutions suivantes sont proposées :

- une redéfinition de la notion d'indigent basée sur des critères non équivoques ;

- le renforcement du personnel du service social et sa dotation en moyens nécessaires pour l'accomplissement de ses missions, notamment en moyen de déplacement ;
- la motivation des élus locaux intervenant dans l'identification des indigents par l'instauration des primes de session ;
- l'ouverture à temps de l'enquête sociale et une diligence dans son déroulement ;
- la nécessité d'ouvrir un registre de soins pour les indigents et la mise à jour de leur dossier médical ;
- l'organisation d'un audit de la gestion du FSI ;
- la notification à temps du fonds aux formations sanitaires.

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions.

I- A l'endroit des responsables de l'hôpital.

Pour faciliter une mise en œuvre efficace et efficiente des solutions proposées, il est nécessaire pour l'administration de l'hôpital d'Abomey-Calavi de :

- former et sensibiliser le personnel sanitaire sur les pratiques de bon accueil des usagers. Nous croyons que le principal problème de la faiblesse de qualité des soins administrés aux populations est le manque de compétence en matière de consultation par le personnel de la santé. La majorité du personnel de la santé en Afrique n'écoute pas leurs patients, ne donne pas suffisamment d'explication sur le diagnostic et les traitements et en général traite les patients de façon rude, avec condescendance et sans respect. Les perceptions et les demandes des populations sont souvent négligées ou sont considérées comme irrationnelles. Le prestataire qui prescrit des médicaments ou demande des tests, ne doit pas oublier qu'il sollicite l'argent des populations pauvres, qu'il doit alors faire de façon judicieuse ;

- renforcer le mécanisme de lutte contre la vente illicite des médicaments et le rançonnement ;
- faciliter les paiements par versements échelonnés aux personnes en situation d'incapacité temporaire ;
- mettre en place un système d'information et d'échange permanent entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des indigents. Ceci aura pour avantage d'éclairer chacun sur son rôle ainsi que son importance dans la chaîne de prise en charge des indigents. Le FSI n'ayant prévu aucune forme de motivation, l'hôpital doit rechercher un forfait d'intéressement des agents ;
- d'organiser les campagnes de sensibilisation sur les conséquences de l'automédication. Elles doivent également collaborer avec les promoteurs des pharmacies pour le respect de la déontologie en la matière. En effet, les dispositions légales interdisent la cession des médicaments sans ordonnance médicale ;
- s'inspirer des expériences des hôpitaux confessionnels en garantissant aux populations des soins de qualité et à moindre coût. En s'inspirant Par exemple de l'hôpital Jean de Dieu de Tanguiéta qui associe à la médecine moderne la phytothérapie afin d'amoindrir les coûts des prestations.

II- A l'endroit de l'Agence Nationale de Maladie Universelle (ANAM).

Il s'agit principalement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) et de ses démembrements. Le processus de mise en place de l'ANAM qui a démarré le 24 Août 2011 avec la nomination en Conseil des Ministres du Directeur Général et de la Directrice Générale Adjointe, se poursuit. Les projets de textes régissant l'agence sont élaborés et sont en examen au niveau des structures compétentes en vue de leur introduction en Conseil des Ministres. Dès son installation, l'ANAM se penchera sur les

aspects pratiques de la mise en œuvre du RAMU notamment l'affiliation des adhérents, le conventionnement avec les prestataires (fournisseurs de soins, organismes de remboursement...), la sécurisation du dispositif, ainsi que l'affinement des avant projets de textes législatifs et réglementaires en vue de leur soumission aux instances compétentes devant les adopter.

L'Agence nationale de l'assurance maladie a pour mission d'assurer l'encadrement technique du régime d'assurance maladie universelle et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant.

A ce titre, il est nécessaire pour l'ANAM de:

- s'assurer, de concert avec l'administration, de l'adéquation entre le fonctionnement du régime d'assurance maladie universelle et les objectifs de l'Etat en matière de santé;
- proposer à l'administration les mesures nécessaires à la régulation du système d'assurance maladie et, en particulier, les mécanismes appropriés de maîtrise des coûts de l'assurance maladie et veiller à leur respect;
- émettre son avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance maladie dont elle est saisie par l'administration, ainsi que sur toutes autres questions relatives au même objet;
- veiller à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses ;
- apporter l'appui technique aux organismes gestionnaires pour la mise en place d'un dispositif permanent d'évaluation des soins dispensés aux bénéficiaires de l'assurance maladie universelle ;
- assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie universelle;
- assurer la normalisation des outils de gestion et documents relatifs à l'assurance maladie universelle ;
- élaborer et diffuser annuellement un rapport global relatant les

ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale ;

- adopter des stratégies pour contrecarrer les faibles taux de collecte des cotisations, selon les documents disponibles, il est très important pour l'ANAM d'identifier la fréquence adéquate de paiement des cotisations, en particulier de prendre en compte les variations saisonnières des revenus. Les cotisations doivent être collectées au moment de la disponibilité de l'argent, par exemple les moments des récoltes. Selon le groupe cible, il serait préférable de collecter les cotisations une fois par an (exemple : les cultivateurs), chaque trimestre ou une fois par mois ou même dans une périodicité plus courte (exemple : chauffeurs de taxi, femmes du marché). Les cotisations doivent être collectées dans des endroits les plus proches possibles des points où les revenus sont générés. Une autre approche est celle de l'association des vendeurs ambulants.

L'association sera chargée de la collecte des cotisations chaque semaine et de payer le montant total à la fin du mois à l'agence de gestion. Nous croyons qu'il est utile de travailler avec les structures existantes dans le secteur informel en utilisant leurs mécanismes internes d'organisation,

- organiser régulièrement des conférences dans la population pour familiariser les consommateurs à ce qu'ils doivent attendre des structures de gestion du RAMU et du système de santé. Ces conférences sont considérées comme importantes pour éviter les malentendus qui engendrent une augmentation des coûts. Le média choisi pour la sensibilisation de la population doit être adapté aux conditions spécifiques de la population cible. Le secteur informel est illettré et ne comprend pas le français ; les médias de masse, tels que les journaux ou les programmes à la radio en français, ne pourront pas

atteindre les populations. Très peu de gens ont accès à la télévision, mais un grand nombre de postes-radio est disponible dans les zones rurales. Pour la majorité de la population cible, les formes interpersonnelles et d'autres formes traditionnelles de communication (animation de groupe, théâtre) ou des messages radiophoniques dans les langues locales sont les seuls moyens possibles de communication.

Il faudra développer les instruments et les programmes dans cette optique en utilisant des expressions simples et des exemples concrets ;

- instaurer un système pour contrôler la fraude et l'abus ; le comportement de risque moral des adhérents (surconsommation) ainsi que du personnel de la santé (sur-prescription) représente une menace constante pour l'efficacité et la viabilité financière des systèmes d'assurance (escalade de coûts). Cette mesure passe par :

- feuilles maladie, dans certains cas, les feuilles maladie peuvent représenter un avantage. Les bénéficiaires pourraient faire signer leur feuille maladie par les structures de contrôle avant d'avoir le droit d'accéder aux soins médicaux, afin de décourager l'abus.
- circulaires menées, des circulaires menées par les prestataires et les patients, qui contiennent des informations sur les services rendus et les charges des services, devraient être identiques, avant que ne soit versé le paiement des prestataires. L'inconvénient d'une telle mesure est que cela exige une charge bureaucratique supplémentaire pour les patients et les administrateurs.
- contrôle social essentiel, la caractéristique principale du contrôle social au sein des mutuelles devrait être retenue. Tous les membres sont responsables du comportement des autres membres. L'abus de services d'un individu nuit aux autres.

III- A l'endroit du Ministère de la Santé.

- Œuvrer pour rendre opérationnel le Régime Assurance Maladie Universelle.
- exploiter les stratégies adéquates pour l'atteinte des objectifs de RAMU : La stratégie débute avec l'idée que l'offre d'une bonne qualité des soins de santé est une condition nécessaire pour l'introduction de l'assurance maladie universelle. Les expériences tirées des mutuelles existantes ont démontré que celles qui connaissent un succès sont souvent localisées près des prestataires de réputation. Cette stratégie consiste à organiser la communauté, à la sensibiliser pour préparer l'introduction d'une assurance maladie, tout en influençant la qualité des soins dispensée par les institutions santé conventionnées (offre de soins de santé) ;
- améliorer l'infrastructure des institutions de santé (hôpitaux, CS).
- organiser l'approvisionnement de soins médicaux de bonne qualité des institutions santé dans le périmètre du projet (disponibilité de médicaments essentiels et de l'équipement, formation en service mettant l'accent sur les connaissances cliniques et gestionnaire, etc.).
- promouvoir et fournir un soutien pour le processus de mise en place de systèmes d'assurance maladie universelle (sensibilisation des dirigeants de la communauté et de la population, soutien aux études de faisabilité et la formation).
- veiller à une meilleure orientation des crédits affectés aux dépenses globales de santé ;
- définir les stratégies rigoureuses de gestion quant au maintien et la pérennisation des mécanismes de mesures de gratuité en cours dans les formations sanitaires ;
- renforcer les ressources humaines et assurer une répartition équitable selon les besoins ;

- assurer la protection de la population en menant une lutte contre les médicaments frelatés ;
- réduire considérablement les délais de liquidation, d'ordonnement des factures de prise en charges à payer aux formations sanitaires,
- informer et former le personnel de la santé sur les principes fondamentaux du RAMU et promouvoir l'importance de la qualité de soins de santé.

IV- A l'endroit du Gouvernement.

- continuer les efforts engagés dans le cadre du plan stratégique de lutte contre la pauvreté ;
- mettre la santé et l'éducation toujours au premier plan des actions prioritaires de l'Etat ;
- influencer les déterminants de la santé en forgeant des politiques de développement dans les domaines tels que l'emploi, le commerce, l'agriculture, les microcrédits et l'environnement ;
- réduire les risques de santé pour les plus démunis en appliquant des mesures traditionnelles de santé publique et en éliminant les menaces qui affectent de manière disproportionnée, notamment les conflits, les risques environnementaux, les conditions de travail dangereuses et les catastrophes naturelles ;
- se concentrer sur les problèmes de santé affectant les plus pauvres sur la mise au point de systèmes répondant mieux à leurs besoins ;
- améliorer la prise de conscience de la population, des leaders d'opinion et des décideurs sur la question des droits de la femme à la santé de reproduction.
- garantir la qualité structurelle adéquate du système de soins de santé : en mettant en place une structure de soins de santé suffisamment et adéquatement équipée, en recrutant le personnel médical qualifié conformément à la taille de la population et des structures en place, et

en organisant des régulations qui permettent la collaboration inter institutionnelle ;

- exploiter les données biométriques existantes pour établir le répertoire des différentes couches sociales.

Tableau 11 : Tableau de synthèse de la problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantiles

Niveaux d'analyse		Problématique *	Objectifs	Causes (supposées être à la base des problèmes) (Cause Générale)	Hypothèses	Diagnostic	Solutions
Niveau général		(Problème Général) Inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.	(Objectif Général) Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.		(Hypothèse Générale)		
Niveaux spécifiques	1	(Problème Spécifique 1) Le recours tardif des malades aux soins et services médicaux.	(Objectif Spécifique 1) Proposer des mesures pour un recours spontané des malades aux soins et services médicaux	(Cause Spécifique 1) Le mode de paiement direct des soins et services.	(Hypothèse Spécifique 1) Le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû au système de paiement direct des soins et services.	<u>Elément de diagnostic 1</u> Le recours tardif des malades aux soins et services médicaux est dû à l'automédication et au mode de paiement direct des soins et services.	-la vulgarisation de la politique sur les mutuelles de santé MAS ; -l'opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle ; -l'institutionnalisation des mutuelles par le Ministère de la Santé ; -une meilleure gestion des urgences ; -la vulgarisation des mesures de gratuité et de l'existence du FSI.
	2	(Problème Spécifique 2) L'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.	(Objectif Spécifique 2) Suggérer des moyens pour l'amélioration de la capacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.	(Cause Spécifique 2) La précarité des sources de revenus des ménages.	(Hypothèse Spécifique 2) L'incapacité des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux s'explique par la précarité des sources de revenus des ménages.	<u>Elément de diagnostic 2</u> L'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux est due à la précarité de leurs sources de revenus des ménages.	-le renforcement du programme des micro crédits aux femmes; -le renforcement de l'alphabétisation des femmes ; -la promotion des produits locaux pour assurer la sécurité alimentaire ; -l'approvisionnement en eau potable ; -la mise en place des Micro Assurance Santé ; - l'aménagement des voies d'accès pour l'écoulement des produits de commercialisation.
	3	(Problème Spécifique 3) Evasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.	(Objectif Spécifique 3) Proposer le contexte de réduction des cas d'évasion des patients hospitalisés à la maternité et la pédiatrie.	(Cause Spécifique 3) La défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents.	(Hypothèse Spécifique 3) la défaillance du mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents justifie l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.	<u>Elément de diagnostic 3</u> La défaillance du mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents est la cause de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie	-le renforcement du personnel du service social et sa dotation en moyens nécessaires ; -l'ouverture à temps de l'enquête sociale ; l'ouverture d'un registre de soins pour les indigents ; l'organisation d'un audit de la gestion du FSI.

Source : les résultats de nos recherches

*Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile

CONCLUSION GENERALE.

L'accès de chaque mère et de chaque enfant aux soins exige des systèmes de santé qui soient en mesure de répondre aux besoins et à la demande de la population et de la protéger contre les difficultés financières consécutives à la maladie. La présente étude a permis d'identifier à l'hôpital de zone d'Abomey- Calavi/Sô-Ava les problèmes qui limitent ce droit des mères et des enfants à accéder aux soins de santé. Des approches de solutions ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont proposées pour endiguer ces problèmes. Il s'agit entre autres solutions d'investir davantage dans les systèmes de santé et les ressources nécessaires à leur fonctionnement. La santé maternelle et infantile doit être au cœur de la protection sociale en matière de santé qui est financé et garantie par les fonds publics et les systèmes de sécurité.

La santé maternelle et infantile devra passer du statut de problème technique à celui d'impératif moral et politique. L'exclusion est un facteur essentiel de l'iniquité et obstacle majeur au progrès. Il urge de généraliser la protection financière y compris pour les personnes non-indigentes. Même les ménages qui ont les moyens de payer les soins peuvent être contraints de réduire d'autres dépenses de base, par exemple pour l'éducation des enfants, ou se trouver exposés à des frais catastrophiques. Au fur et à mesure que l'offre de services se développe, la fréquence de ces frais catastrophiques augmente à moins qu'un système de protection sociale ne soit mise en place simultanément. Cette protection sociale ne doit pas se limiter aux catégories les plus pauvres.

L'accès universel doit être conçu de manière à éviter à tous les ménages d'avoir à faire face à des frais. La difficulté dans de pareil cas, c'est de capter les différentes sources de financement de manière à pouvoir développer l'accès et la protection financière dans de bonnes conditions de stabilité et de prévisibilité. Il est important de mettre en place une capacité institutionnelle suffisante pour assurer le plus tôt possible et avec le minimum de difficultés

de gestion des systèmes de protection dont les rôles seront fermement tenues par les pouvoirs publics mais qui comporte également un système interne établissant l'équilibre des pouvoirs. Il faut que les représentants de la société aient leurs mots à dire dans la gestion des mécanismes de protection financière et en particulier lors de la fixation des priorités.

La bonne santé des mères et des enfants est une exigence pour les individus et une nécessité pour la société. C'est pourquoi chaque mère et chaque enfant tiennent tant de place dans les ambitions que nous nourrissons pour un avenir meilleur. A cet effet l'opérationnalisation du Régime d' Assurance Maladie Universelle au Bénin est une garantie bien plus efficace que les micro assurances santé en terme d'accès financiers aux soins et services de santé.

La santé occupe aujourd'hui un rang plus élevé que jamais sur l'échelle des priorités internationales. Le souci de la santé des pauvres est un élément essentiel de la problématique du développement. Abstraction faite de sa valeur intrinsèque pour les individus, l'investissement dans la santé constitue un vecteur important de développement économique, jusqu'ici sous-estimé, une amélioration notable de la situation sanitaire est un préalable indispensable pour permettre aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté.

Garder les mères et les enfants pendant plusieurs mois après leurs guérisons pour raison financière est à l'encontre de cet idéal.

Le séjour des débiteurs dans l'hôpital durant une longue période n'engendre-t-il pas d'autres charges pour le centre ? Cette interrogation mérite une réponse qui pourrait être donnée par des études ultérieures.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

I- OUVRAGES

- 1- AHO, G., Larivière, S.Frédéric Martin, (1997) : « **Manuel d'analyse de la pauvreté. Application au Benin** », Canada, ISBN 2-921146-59-2 370p.
- 2- CRIEL, B. « **District-based Health Insurance in sub-Saharan Africa, Part I and Part II. Antwerpen**»: ITG Press, 1998; Part I : 149, Part II : 91.
- 3- GOBBERS, D. (2004) : « **Qualité et accès aux soins en milieu urbain, Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey** », Sénégal.
- 4- Larousse du Collège : « **Le dictionnaire des 11-15ans** », version 2003.
- 5- Larousse : « **Dictionnaire médicale** », Version 2006.
- 6- LETOURMY, A., AP.LETOURMY, (2005) : « **La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu** », France par Ferréol (Lyon), 223P.
- 7- OUENDO, EM. *et al.* (2005) : « **Indigence et soins de santé primaires en République du Benin : Approche de solutions au problème d'identification des indigents dans les formations sanitaires publiques** », Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine : Ecole de Santé Publique, 283P.
- 8- WEIL, O.*et al.* (2003) « **Les problèmes d'accessibilité des services de santé en Côte-d'Ivoire : résultat d'une enquête sur les facteurs d'utilisation** », Paris : Khartala, : 77-96.
- 9- WHITEHEAD, M., DAHIGREN, G. & EVANS, T. (2003): « **Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?** »

II- MEMOIRES ET REFERENTIELS.

- 1- ADANSOKE, T. (2008) : « **Financement des soins de santé des particuliers à leurs frais à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava : recours aux mutuelles de santé** », AHUI, cycle I, ENAM, UAC, 71p.
- 2- ADJAGAN, D. E. (2006) : « **Amélioration de l'accès des micro-entreprises au financement de PADME** », AFT, cycle I, ENAM, UAC, 54p.
- 3- ADOUNVO, G. T. (2007) : « **Problématique d'une couverture optimale des dépenses de fonctionnement par le financement communautaire à l'hôpital de zone de come** », AHUI, cycle II, ENAM, UAC, 74p.
- 4- AFFOUKOU, C. D. (2007) : « **Accès aux services sanitaires de houeyogbe et gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans** », AHUI cycle II, ENAM, UAC, 66p.
- 5- AMOUSSA PARAÏSO, R.O. (2009) : « **Approche pour une efficacité des secours indigents à la Direction Départementale de la Famille et de la Solidarité Nationale de l'Ouémé et du Plateau** », AAS cycle II, ENAM, UAC. 76p.
- 6- ASSOGBA, G. E. L. (2008) : « **Diagnostic financier de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)** », AHUI, cycle I, ENAM, UAC. 68p.
- 7- AYINON, C.V. (2008) : « **Problématique de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé : cas de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi** », AHUI, cycle I, ENAM, UAC. 54p.
- 8- DJOSSOU, A. G. G. (2007) : « **Gestion des indigents face au recouvrement des coûts à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi** », AHUI, Cycle II, ENAM, UAC. 66p.
- 9- ENAM/ UAC (2007) : « **Référentiel des mémoires (2^{ème} édition)** », 101p.

10-FAGNINOUGBADJA, S. H-C. (2007) : « **Accessibilité Financière aux soins de Santé au service de pédiatrie de l'hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava** », AHUI, cycle II, ENAM, UAC. 61p.

11- GNAHA, C. C. (2007) : « **Contribution à l'amélioration du recouvrement des créances sur les particuliers à leurs frais à l'HOMEL** », AHUI, cycle II, ENAM, UAC. 64p.

12-HOUENOU, M.(2007) : « **Financement durable des prestations de qualité à l'hôpital de zone de Boko** », AHUI, cycle II, ENAM , UAC. 52p.

III- RAPPORTS.

- 1- CARR, D. (2004) : « **Comment améliorer la santé des personnes démunis de notre monde.** » Bulletin de santé N^o1. 39p.
- 2- MS (2005) « **Rapport de mission d'expertise thématique sur les mutuelles de santé** » (programme d'appui au secteur santé 8^{ème} FED), 86p.
- 3- OMS (2003) « **Lignes directives et ouvrages de référence du CAD : Pauvreté et santé** », Edition de l'OCDE, Paris Cedex16, France, ISBN 92-64-10019-9, 110p.
- 4- OMS, (2005) « **Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant** », France, ISBN 9242562904,261p.
- 5- USAID, (2008) « **Plan stratégique de Développement des mutuelles de santé 2009-2013** », 52p
- 6- Rapport d'activités de l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta, hôpital de référence de la zone Sanitaire Tanguiéta – Matéri – Coblé, 2010.
- 7- Rapport d'activités de l'Hôpital de Zone d'Abomey–Calavi et Sô-Ava, 2009.
- 8- Rapport d'activités de l'Hôpital de Zone d'Abomey–Calavi et Sô-Ava, 2010.

IV- TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES.

1-Loi N° 90-32 du 11 décembre 1990 portant constitution de la République du Bénin.

2 -Décret N° 98-300 du 20 juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires.

3 - Décret N° 2002 – 0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone.

4 - Décret N° 2005- 611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones Sanitaires.

5 - Arrêté Interministériel n° 743/MFE/MSP/CAB/SP du 13 juin 2005 sur la mise en place du mécanisme d'utilisation du FSI.

6 - Arrêté Ministériel n° 2225/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 mars 2000 portant création de la zone sanitaire Abomey-Calavi-Sô-Ava.

V- DOCUMENTS DE POLITIQUE.

1 -MSP (2002) : « **Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006** », Cotonou.

2 -MSP (2004) : « **Annuaire des statistiques sanitaires** », Cotonou.

3 -MS (2007) : « **Plan National de Développement Sanitaire 2009-2016** », Cotonou.

4- MS (2011) : « **Vers l'institution d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin** ». Cotonou.

VI- DOCUMENT TIRE SUR INTERNET

Götz, H., J. Hohmann, K. Reinhard (2003) : « **Mutuelles de Santé -5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest : Débats, Controverses et Solutions Proposées** », [http:// www.gtz.de/de/dokumente/fr-mutuelle de santé.pdf](http://www.gtz.de/de/dokumente/fr-mutuelle%20de%20sant%C3%A9.pdf)

VII- COURS

1- GNANSOUNOU, S. (2007) : « **Méthodologie de rédaction des mémoires professionnels** », ENAM, UAC.

- 2- HOUNSA, A. (2011) : « **Coût et financement du secteur santé** », ENAM, UAC.
- 3- TCHIBOZO, H. (2011) : « **Management stratégique des services de santé et de l'éducation** » ENAM, UAC.
- 4- TCHIBOZO, H. (2011) : « **Introduction à l'économie de la santé** », ENAM, UAC.



ANNEXES.

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN N° 1 ADRESSE AU DIRECTEUR DE L'HOPITAL CSAAE

*Elève en fin de formation au cycle II à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) dans la filière Administration Hospitalière Universitaire et Intendance, nous travaillons sur le thème : « **Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'Hôpital de Zone d'Abomey- Calavi Sô- Ava aux soins et services de santé maternelle et infantile** » dans le cadre de notre mémoire de fin de formation. C'est à ce titre que nous vous prions de nous aider en répondant aux questions suivantes.*

1) Quelles sont les modalités de paiement des frais de prestations par les usagers ?

Réponse

2) Quels sont les clients qui apportent plus de recettes à l'hôpital ?

Réponse:.....

3) Comment arrivez- vous à organiser la prise en charge des indigents qui n'ont pas les moyens financiers pour payer les soins ?

Réponse :.....

4) Que pensez- vous des mesures sociales de gratuité en cours dans l'hôpital ?

Réponse :.....

5) Que pensez- vous du mécanisme du Régime d'Assurance Maladie Universelle ?

Réponse:.....

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN N° 2 ADRESSE AU C/SAF

*Elève en fin de formation au cycle II à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) dans la filière Administration Hospitalière Universitaire et Intendance, nous travaillons sur le thème : « **Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile** » dans le cadre de notre mémoire de fin de formation. C'est à ce titre que nous vous prions de nous aider en répondant aux questions suivantes.*

1) Quelles sont les différentes catégories de clients de l'hôpital ?

Réponse :

2) Comment s'effectue le recouvrement des frais des prestations offertes aux différentes catégories de clients de l'hôpital ?

Réponse :

3) Quelles appréciations faites- vous sur les mesures sociales de gratuité en cours dans l'hôpital ?

Réponse :

4) Comment appréciez- vous les charges engendrées par les débiteurs qui séjournent au bâtiment des accompagnants ?

Réponse :

5) Que pensez- vous du mécanisme du Régime d'Assurance Maladie Universelle ?

Réponse :

Annexe 3

GUIDE D'ENTRETIEN N° 3 ADRESSE AU PERSONNEL DU SERVICE SOCIAL.

*Elève en fin de formation au cycle II à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) dans la filière Administration Hospitalière Universitaire et Intendance, nous travaillons sur le thème : «**Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'Hôpital de Zone d'Abomey- Calavi Sô- Ava aux soins et services de santé maternelle et infantile** » dans le cadre de notre mémoire de fin de formation. C'est à ce titre que nous vous prions de nous aider en répondant aux questions suivantes.*

1) Comment identifiez- vous les indigents ?

Réponse :

2) Avez-vous identifiez des difficultés particulières dans l'identification des indigents ?

Si oui lesquelles ?

Réponse :

3) Que pensez-vous du mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents ?

Réponse :

4) Quels sont les services qui vous sollicitent le plus dans la prise en charge des indigents ?

Réponse :

5) Comment se fait la prise en charge des indigents qui ne bénéficient pas du fond sanitaire des indigents ?

Réponse :

6) Quelles sont vos suggestions en vu de l'amélioration du système de prise en charge des indigents ?

Réponse :

Annexe 4

FICHE D'ENQUETE

*Elève en fin de formation au cycle II à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) dans la filière Administration Hospitalière Universitaire et Intendance, nous travaillons sur le thème : «**Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'Hôpital de Zone d'Abomey- Calavi Sô- Ava aux soins et services de santé maternelle et infantile** » dans le cadre de notre mémoire de fin de formation. C'est à ce titre que nous vous prions de nous aider en répondant aux questions suivantes.*

I- Questions liées au problème spécifique n°1 :

Rubrique A : A l'endroit des usagers de la maternité et de la pédiatrie

Quel est votre secteur d'activité ?

- a- Secteur public c- Secteur Privé
b- Secteur informel d- Ménagère

Que pensez-vous du mode de paiement dans l'hôpital ?

- a- Raisonnable b- Exigeant

Quelles sont selon-vous les raisons qui motivent votre recours tardif à l'Hôpital ?

- a-Automédication
b-Mode de paiement direct des soins et services
c-Autres

Connaissez-vous des gens qui sont malades du fait de manque de moyens financiers et qui ne se sont pas adressés aux agents de santé ?

- a- Oui b- Non

Quelles mesures pensez-vous que l'Etat puisse prendre pour assurer davantage votre droit à la protection sociale ?

- a- Gratuité b- Diminution des tarifs
c- Mécanisme d'assurance maladie d-Autres

Rubrique B : A l'endroit du personnel soignant :

Quelles sont selon-vous les raisons qui motivent le recours tardif des malades à l'Hôpital ?

a-Automédication

b-mode de paiement direct des soins et services

c- Autres

II- Questions liées au problème spécifique n°2 :

Rubrique A : A l'endroit des usagers

Comment appréciez-vous les tarifs de l'hôpital ?

a- Acceptable

b- Elevé

Avez-vous l'habitude de cotiser pour faire face à des situations imprévues telles que la maladie ?

a- Oui

b- Non

Avez-vous de l'aide en cas d'incapacité à honorer les frais sanitaires ?

a- Oui

b- Non

Si oui, quelles sont les personnes qui vous viennent en aide ?

a- Famille ou ami

c- Communauté religieuse

b- Service d'assistance social

d- Autres

Quelles sont selon vous les raisons de votre incapacité financière à payer les soins ?

a- Précarité de l'emploi

b- Défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé

c- Faible pouvoir d'achat

d- Caractère imprévisible de la maladie

Rubrique B: A l'endroit du personnel soignant

Les particuliers à leurs frais éprouvent-ils des difficultés pour payer les prestations ?

a-Oui

b- Non

Parvenez-vous à honorer les soins prescrits ?

a- Toujours

c- Souvent

b- Parfois

d- jamais

III- Questions liées au problème spécifique n°3

Rubrique A : A l'endroit des usagers

Saviez-vous que les gens hospitalisés s'évadent sans payer les frais de prestations ?

a- Oui

b- Non

Selon vous, quelles sont les raisons qui motivent l'évasion de certains malades sans avoir payé les frais de prestations ?

- a- Mauvaise foi b- Précarité des sources de revenu des ménages
- c- Absence de mécanisme de prévoyance maladie

Rubrique B: A l'endroit du personnel de santé

Quelles sont les raisons qui motivent l'évasion de certains malades ?

- a- Mauvaise foi b- Précarité des sources de revenu des ménages
- b- Défaillance dans l'utilisation des fonds des exigeants

Annexe 5

Tableau 3 : Regroupement des problèmes spécifiés et problématiques identifiés

N ^o d'ordre	Centre d'intérêts	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Management de l'hôpital	<p>manque de personnels compétents</p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque de moyens de transport pour le service social - la gestion non optimale des ressources humaines - défaut d'hygiène et d'assainissement des locaux par l'indiscipline du personnel adéquat ; - une gestion non optimale des déchets biomédicaux. 	Mauvais management de l'hôpital.	problématique d'un bon management de l'hôpital.
2	Gestion des malades	<p>Un retard dans la prise en charge des urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> - vente illicite des médicaments - restauration inadéquate des patientes hospitalisées - le manque de responsabilité et de conscientisation des prestataires des soins de santé dans l'exercice de leur profession, de l'impunité des fonctionnaires de l'Etat ; - la satisfaction non optimale des conditions d'hospitalisation - une mauvaise collaboration entre le soignant et le patient - la satisfaction non optimale des demandes des soins de santé - le suivi non adéquat du calendrier de vaccination. 	Gestion non optimal des malades.	Problématique de la gestion adéquate des malades.
3	L'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile	<p>le recours tardif des malades aux soins et services médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins médicaux - nombre élevé des usagers de la maternité et de la pédiatrie à bénéficier de l'assistance sociale - évasion des patients hospitalisés à la maternité et la pédiatrie ; - la paupérisation des usagers de l'HZ/AS. 	L'inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile	Problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile

Source : résultat de nos recherches.

Annexe 6**Tableau 12 : Catégorie de clients à la Maternité de 2007 à 2011**

ANNEE	PARTICULIERS A LEURS FRAIS (PAF)	LES TIERS PAYANTS	TOTAL HOSPITALISATION
2007	1676	91	1767
2008	1602	137	1739
2009	1590	94	1684
2010	1746	139	1885
2011	2600	146	2740

Source : *Rapports mensuels d'activités du service de recouvrement*

Tableau 13 : Catégorie de clients à la Pédiatrie de 2007 à 2011

ANNEE	PAF	LES TIERS PAYANTS	TOTAL HOSPITALISATION
2007	470	68	538
2008	523	89	612
2009	678	172	845
2010	633	125	758
2011	590	90	680

Source : *Rapports mensuels d'activités du service de Recouvrement*

Annexe : 7

Tableau 14 : Nombre de décès d'enfants à la maternité et à la pédiatrie de 2007 à 2010

ANNEE	NOMBRE TOTAL DE NAISSANCE	NOMBRE DE DECES A LA MATERNITE	NOMBRE D'ENFANTS HOSPITALISES EN PEDIATRIE	NOMBRE DE DECES EN PEDIATRIE	TOTAL DE DECES INFANTILES
2007	1343	128	3550	31	159
2008	1443	159	3350	30	189
2009	1419	135	5118	45	180
2010	1797	159	5388	37	196

Source : Rapports mensuels d'activités du service de Pédiatrie

Tableau 15 : Taux de mortalité maternelle de 2007 à 2011

ANNEE	NOMBRE DE DECES	NOMBRE D'ENFANTS VIVANT	TAUX DE MORTALITE POUR 100.000 NAISSANCES VIVANTES	TAUX NATIONAL POUR 100.000 NAISSANCES VIVANTES
2007	19	1215	1563,78	397*
2008	19	1284	1479,75	
2009	6	1366	439,23	
2010	13	1634	795,59	
2011	11	2736	40246	

Source : Rapports mensuels d'activités de la Maternité * EDS 2007

Tableau 16 : Nombre d'évadés à la maternité et à la pédiatrie de 2007 à 2011

ANNEE	A LA MATERNITE	EN PEDIATRIE
2007	30	14
2008	25	11
2009	05	40
2010	10	22
2011	22	10

Source : Rapports mensuels d'activités du service de la Pédiatrie et de la Maternité

Table des matières

	Pages
Identification du jury	ii
Engagement.....	iii
Dédicaces.....	iv
Remerciements.....	v
Liste des sigles et abréviations.....	
Liste des tableaux.....	viii
Glossaire.....	ix
Résumé.....	xi
Sommaire.....	xii
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ACCESSIBILITE DES USAGERS DE L'HZ/AS AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE.....	5
SECTION 1 : Restitution des observations de stage et problématique à l'HZ/AS	6
Paragraphe 1 : Le cadre institutionnel et physique de l'étude	6
I –Le cadre institutionnel.....	6
A – Historique et mission	6
B -Structure organisationnelle	7
II- Le cadre physique de l'étude	18
A- Le service de gynécologie-obstétrique.....	18
B- Le service de la pédiatrie	20
Paragraphe 2 : Observations de stage sur les activités des services de gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie.....	20

I –Etat des lieux sur les activités des services de gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie.....	20
A – Le service de gynécologie-obstétrique	21
B- Le service de la pédiatrie	34
II- Inventaire des éléments de l'état des lieux.....	37
A- Inventaire des atouts (forces).....	37
B- Inventaire des problèmes (faiblesses)	37
SECTION 2 : Du choix de la problématique aux séquences de restitution de l'étude	39
Paragraphe 1 : La problématique de l'étude.....	39
I- Le choix de la problématique et justification du sujet	39
II- La spécification de la problématique	41
Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée	43
I- Approche générique de résolution du problème général.....	44
II-) Approches génériques de résolution des problèmes spécifiques	44
A- Approche générique liée au problème spécifique n ^o 1	44
B- Approche générique liée au problème spécifique n ^o 2.....	45
C- Approche générique liée au problème spécifique n ^o 3.....	45
D- Synthèse des approches génériques par problème.....	46
III- Les séquences de résolution de la problématique	46
 CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNEES.....	48
SECTION 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature liée à la problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile.	49
Paragraphe 1 : La fixation des objectifs et formulation des hypothèses.	49
I- Objectifs de l'étude.....	50
A- L'objectif général.	50
C- Objectifs spécifiques	50

II- L'identification des causes et la formulation des hypothèses.	50
A- Causes et l'hypothèse liées au recours tardif des malades aux soins et services médicaux.	50
B- Cause et l'hypothèse liées à l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.	51
C- Causes et l'hypothèse liées à l'évasion des patients de la maternité et de la pédiatrie.	52
Paragraphe 2 : Le tableau de bord de l'étude et revue de littérature.....	53
I- Le tableau de bord de la problématique de l'accessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile	53
II- La revue de littérature et méthodologie de recherche liées à la problématique sur l'accessibilité financière des usagers de l'Hôpital de Zone Abomey- Calavi/Sô- Ava aux soins et services de santé maternelle et infantile...	55
A- Contributions antérieures sur l'inaccessibilité financière des usagers de l'HZ/AS aux soins et services de santé maternelle et infantile	56
B- Contributions antérieures au problème du recours tardif des malades aux soins et services médicaux.....	57
C- Contributions antérieures au problème de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.....	60
D- Contributions antérieures au problème de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie	62
SECTION 2 : Choix de la méthodologie de l'étude	64
Paragraphe 1 : Approche empirique de la méthodologie de l'étude	64
I- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère	64
A- L'objectif de l'enquête.	64
B- L'identification de la population mère	65
II - De l'échantillonnage aux outils de présentation des données	65
A- La nature de l'enquête.	65
B- L'échantillonnage.	66

C- Centre d'intérêt du questionnaire	66
D- Technique de dépouillement.....	67
E –Outils statistiques de présentation des données.	67
Paragraphe 2 : Approches théoriques de la méthodologie de l'étude	67
I- Le choix théorique lié au recours tardif des malades aux soins et services médicaux.....	67
A- La présentation de la théorie liée au problème et récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.	67
1- La présentation de la théorie retenue	67
2- Normes ou repères d'amélioration.....	68
B- L'outil d'analyse des données collectées : seuil de la décision lié au problème spécifique n°1.....	68
II- Le choix théorique lié au problème de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux... ..	69
A- La présentation de la théorie liée au problème et le récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.....	69
1- La Présentation de la théorie retenue.	69
2-Normes ou repères d'amélioration.	70
B-L'outil d'analyse des données collectées : seuil de décision lié au problème spécifique n°2.....	70
III- Le choix théorique lié au problème de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.....	70
A-La présentation de la théorie liée au problème et le récapitulatif des normes ou repères d'amélioration.	70
1-La présentation de la théorie retenue.	70
2-Normes ou repères d'amélioration.	70
B- L'outil d'analyse des données collectées : seuil de décision lié au problème spécifique n°3.	71

CHAPITRE DEUXIEME : ANALYSE DES DONNEES, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.	72
SECTION 1 : De la préparation des enquêtes à la vérification des hypothèses de l'étude.....	73
Paragraphe 1 : La préparation et réalisation des enquêtes.	73
I- La préparation des enquêtes.	73
II- La réalisation des enquêtes.	73
III- Les difficultés rencontrées.....	73
Paragraphe 2 : Présentation, l'analyse des données et la validation des hypothèses.	74
I-Présentation et analyse des données relatives aux problèmes spécifiques.	74
A- Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n°1.....	75
B- Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n°2.	75
C- Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n°3.....	76
II-La validation des hypothèses et établissement du diagnostic.	77
A- La validation des hypothèses.	77
1- La validation de l'hypothèse n°1.	77
2- La vérification de l'hypothèse n°2.....	78
3- La vérification de l'hypothèse n°3.....	78
B- Etablissement du diagnostic.	78
1- Eléments du diagnostic n°1.	78
2- Eléments du diagnostic n°2.	78
3- Eléments du diagnostic n°3.	78
SECTION 2 : Approche de solutions et condition de mise en œuvre.....	78
Paragraphe 1 : Approche de solutions.....	78
I-Approche de solutions pour le recours tardif des malades aux soins et services médicaux.	78

II- Approche de solutions pour le problème de l'incapacité financière des usagers de la maternité et de la pédiatrie à payer les soins et services médicaux.....	81
III- Approche de solutions pour le problème de l'évasion des patients hospitalisés à la maternité et à la pédiatrie.	81
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions.	82
I - A l'endroit des responsables de l'hôpital.	83
II- A L' endroit de l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM).....	83
III- A l'endroit du Ministère de la Santé.	87
IV- A l'endroit du Gouvernement.	88
CONCLUSION GENERALE.....	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	94
ANNEXES.	100
TABLE DES MATIERES.....	110