

REPUBLIQUE DU BENIN

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*



UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)

\*\*\*\*\*



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 Hospitalière  
Universitaire et d'Intendance

ANNEE ACADEMIQUE

2006-2007

Thème

ACCES AUX SERVICES SANITAIRES DE  
HOUEYOGBE ET GRATUITE DES SOINS AUX  
ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Réalisé et soutenu par :

Cyriaque D. AFFOUKOU

MAITRE DE STAGE

Dr. Blaise GUEZO MEVO  
Maîtrise en Santé Publique  
Coordonnateur ZS-C

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Rilwane AREMDOU  
Administrateur des Hôpitaux,  
Enseignant à L'ENAM

Juillet 2007

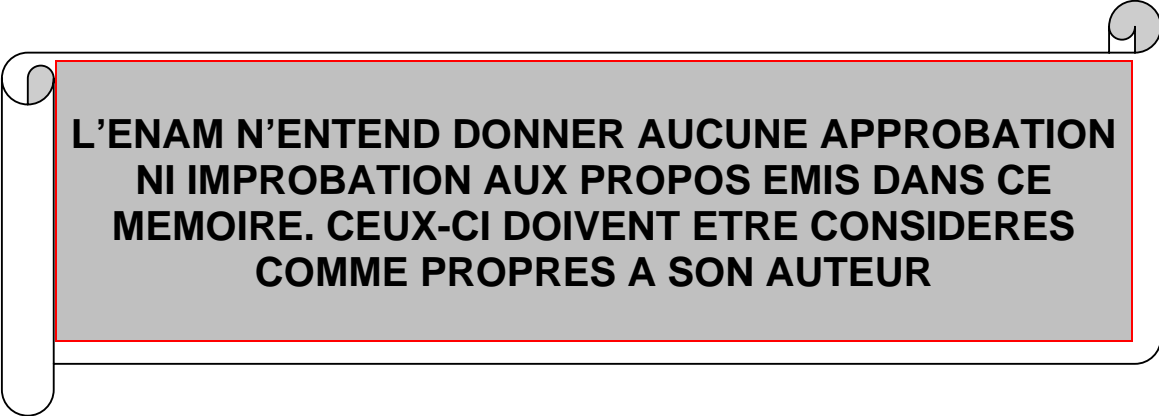


## **IDENTIFICATION DU JURY**

**Président : Lucien HODE**

**Membre : Gratien AGUESSI**

**Membre : Barthélemy SENOU**



**L'ENAM N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION  
NI IMPROBATION AUX PROPOS EMIS DANS CE  
MEMOIRE. CEUX-CI DOIVENT ETRE CONSIDERES  
COMME PROPRES A SON AUTEUR**

## DEDICACES

**Au Seigneur Jésus-Christ,**

Pour la grâce que tu m'as accordée tout au long de cette formation

**A toi, Noëlie**

Pour tout ce que tu supportes en silence pour que l'harmonie règne dans le foyer. Merci pour le soutien et les lourds sacrifices consentis.

**A mes enfants Espoir et Baruch :**

Vous qui avez beaucoup souffert de mes multiples absences. Le seigneur Jésus-Christ veille sur vous. Pour vos faux pas, je tomberai à votre place.

**A Mes parents Germain, Valérie, Arsène, Léon, Gilbert, Hervé, Reine, Emilie et Léocadie**

Pour le soutien

**A mes amis Pascal, Cyrille, Paul, Albert, Gélase, Jean, Georges, Raliath, Chantal, Cerveau, Aristide**

Pour les échanges fructueux que nous avons eus. Cordiale reconnaissance

## REMERCIEMENTS

Le Présent travail ne pourrait aboutir sans la contribution de plusieurs personnes et personnalités que je tiens à remercier tout au fond de mon coeur. Il s'agit de :

- ✚ mon Directeur de mémoire, monsieur Rilwane AREMOU pour avoir suivi ce travail jusqu'à la fin avec sérénité malgré ses multiples occupations. Veuillez accepter ma profonde gratitude ;
- ✚ mon Maître de stage, Monsieur Blaise GUEZO MEVO pour son encadrement ;
- ✚ monsieur Noël GBAGUIDI, Directeur de l'ENAM et de son personnel pour tout ce qu'il nous a fait. Puisse Dieu vous le rendre au centuple ;
- ✚ mesdames et Messieurs GNANVO, TCHIBOZO, NOUNNAGNON, MOUSSOU, LANTONKPODE, GBENOUDON, et HODE;
- ✚ tous les professeurs de l'ENAM ;
- ✚ tout le personnel de la zone sanitaire de Comè et de la commune de Houéyogbé en particulier, pour son soutien ;
- ✚ tous ceux qui de près ou de loin ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail ;
- ✚ **président du Jury**, pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Notre sincère reconnaissance ;
- ✚ **membres du Jury**, pour la lecture critique et l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Profonde gratitude ;
- ✚ **tous les collègues de la promotion 2007, AHUI2 CYCLE2** pour les meilleurs moments passés ensemble dans la **Solidarité, la Tolérance et le Partage.**

<b>Tableau I :</b>	Evolution des recettes, des dépenses et niveau de Recouvrement de 2005 -2006	<b>14</b>
<b>Tableau II :</b>	Point du solde en caisse en fin 2005-2006	<b>15</b>
<b>Tableau III :</b>	Evolution du budget de 2005-2006	<b>15</b>
<b>Tableau IV :</b>	Regroupement des problèmes spécifiques en des problématiques Possibles	<b>23</b>
<b>Tableau V :</b>	Tableau de bord de l'étude	<b>31</b>
<b>Tableau VI :</b>	Récapitulatif de techniques et outils de collecte	<b>44</b>
<b>Tableau VII :</b>	Présentation des données relatives au problème spécifique n°1	<b>47</b>
<b>Tableau VIII :</b>	Présentation des données relatives au problème spécifique n°2	<b>48</b>
<b>Tableau IX :</b>	Présentation des données relatives au problème spécifique n°3	<b>48</b>
<b>Tableau X :</b>	Présentation des données relatives au problème spécifique n°4	<b>49</b>
<b>Tableau IX :</b>	Présentation des dépenses moyennes annuelles aux enfants de moins de cinq par formation sanitaire	<b>60</b>

#### **FIGURES**

<b>Figure 1</b>	Organigramme du réseau des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé	<b>13</b>
<b>Figure 2 :</b>	Poids démographique de chaque arrondissement par commune	<b>19</b>
<b>Figure 3 :</b>	Carte du département du mono indiquant la commune de Houéyogbé	<b>20</b>

#### **ANNEXES**

<b>Annexe 1 :</b>	Liste du personnel de santé de la commune de Houéyogbé
<b>Annexe 2 :</b>	Outils de collecte de données (Questionnaire, Guide d'entretien et Fiche de dépouillement)
<b>Annexe 3 :</b>	Dépenses moyennes aux enfants de moins de cinq ans par formation sanitaire

## **LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES**

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>COGECS</b>	Comité de gestion des Centres de santé
<b>CS/ZS :</b>	Centre de santé / zone sanitaire de Comè
<b>DC</b>	Directeur du Cabinet
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>EEZS</b>	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
<b>FCFA</b>	franc de la Communauté Financière Africaine
<b>GROPERE</b>	Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement
<b>HZ :</b>	Hôpital de zone
<b>IB</b>	Initiative de Bamako
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>CADZS</b>	Cellule d'Appui au Développement de la Zone Sanitaire
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OMD</b>	Objectif de Développement pour le Millénaire
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activité
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies Pour le Développement
<b>SAF/CS-H</b>	Service Affaires Financières / Centres de santé -Houéyogbé
<b>SGM</b>	Secrétaire Général du Ministère
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaire
<b>US</b>	United States
<b>UVS</b>	Unité Villageoise de Santé
<b>SNIGS :</b>	Système National d'Informations et de gestion Sanitaire
<b>ZSC</b>	Zone Sanitaire Comè

## GLOSSAIRE DE L'ETUDE

**Coût**: Le coût d'un bien ou d'un service est la valeur des ressources dépensées pour la production ou l'acquisition de ce bien ou service (coût de la seringue). Il peut être exprimé en valeur monétaire ou non. Dans le cadre de cette étude, il s'agit des coûts relatifs aux dépenses de soins de santé de base effectuées dans une formation sanitaire par un parent/gardien, ayant consulté régulièrement, pour le compte d'un enfant de moins de 5 ans malade [7].

**Coût direct**: C'est la redevance directe qui concerne les frais de soins (consultation, carnet, médicaments et consommables médicaux, analyses biomédicales, transport pour soins, etc.) que l'usager, mère ou gardien d'enfants de moins de cinq ans paie.

**Coût indirect**: C'est l'ensemble des dépenses effectuées par la mère/gardien d'enfants, parents et alliés, en espèce ou en nature, qui ne sont pas directement liés aux soins : transport, restauration, coût d'opportunités, coût intangible, etc.

**Effets éventuels**: C'est la conséquence positive ou négative que pourrait engendrer la mise en œuvre de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans.

**Gratuité des soins**: C'est la suppression de la redevance des soins (aux enfants de moins de 5 ans).

**Enfant de moins de cinq ans**: Enfant ayant un âge inférieur ou égal à 5 ans.

**Formation sanitaire**: tout lieu ou construction à caractère public ou privé, destiné à délivrer des soins de santé avec ou sans hospitalisation, sans préjuger du statut qui lui est propre

**Mutuelle de la santé**: La mutuelle de santé est une association facultative de personnes physiques, sans but lucratif, basée notamment sur les principes de solidarité entre tous les membres (adhérents et bénéficiaires). Elle mène, au moyen des cotisations des membres adhérents, et sur la base des décisions de ceux-ci, des actions de prévoyance, de solidarité, et accessoirement d'entraide en leur faveur, dans le domaine des risques sociaux, et prioritairement les risques de maladies.

**Initiative de Bamako**: L'initiative de Bamako est bien souvent perçue comme une simple réforme technique du financement des services de santé. Et pourtant, elle est aussi empreinte de valeurs et trouve son origine et ses fondements dans la politique des soins de santé primaires. En 1977, les gouvernements des pays du

Sud se sont fixés un objectif commun pour leur politique de santé : la santé pour tous en l'an 2000. Puis, compte tenu de l'inadéquation et de la répartition inéquitable des ressources de santé entre les pays et à l'intérieur des mêmes pays, la conférence d'Alma Ata en 1978 a défini une politique de soins de santé primaires (SSP), afin d'aider les pays à se rapprocher de cet objectif. Face aux problèmes économiques des pays africains (croulant notamment sous le poids de la dette extérieure) dans les années 1980, qui avaient des conséquences néfastes sur la situation sanitaire et, face aux difficultés de mise en oeuvre des SSP, une proposition a été formulée par l'OMS et le Fonds International de Secours à l'enfance (UNICEF) en 1987, afin de relancer la politique des SSP et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette proposition a pris le nom du lieu de la réunion, l'initiative de Bamako (IB), adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé [5].

**Taux de pénétration** : C'est le rapport population bénéficiaire et population cible de la zone d'intervention.

**Zone sanitaire** : c'est un mode d'organisation territoriale de la santé, à la fois administratif et opérationnel. Il dessert une population généralement comprise entre 50 000 et 200 000 de personnes. Il représente le niveau le plus périphérique de l'organisation de la santé. Il est dirigé par une équipe administrative et médicale qui exerce l'autorité étatique d'organisation, de planification et de contrôle de l'ensemble des activités sanitaires correspondantes [10].

## RESUME

Le présent travail a pour finalité l'amélioration de l'utilisation des services de santé de la commune de Houéyogbé. A cet effet, des objectifs

ont été fixés compte tenu des problèmes identifiés, et des hypothèses ont été émises. La vérification des hypothèses à partir d'une revue documentaire appuyée par des enquêtes et des investigations auprès des différents acteurs socio - sanitaires a permis d'établir un diagnostic.

Ainsi, il y ressort que les principales causes de faible utilisation des services de soins curatifs par les enfants de moins de cinq ans dans la commune de Houéyogbé sont : le paiement direct (coût direct) des soins, l'insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne, la faible capacité de la population à cotiser aux mutuelles de santé ; l'insuffisance d'accueil et la rupture de stock de médicaments au niveau des formations sanitaires.

Les approches de solutions adéquates proposées portent essentiellement sur :

- La gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans ;
- L'Information, Education et Communication de la population sur l'importance de la médecine moderne ;
- La promotion d'Activités Génératrices de Revenus ;
- Le renforcement de la capacité du personnel de santé.

Les conditions de mise en œuvre de ses solutions sont également formulées avec un accent particulier sur celles relatives à la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans.

**Mots clés :** *Accès, services sanitaires, gratuité des soins, enfants de moins de cinq ans*

## SOMMAIRE

*INTRODUCTION..... 1*

*CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE,  
CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE  
DE L'ETUDE*





# **INTRODUCTION**

La lutte contre la pauvreté est devenue une priorité pour ne pas dire un leitmotiv dans le débat qui domine les interventions des organismes de développement. Ce sujet a pris une acuité supplémentaire avec la nécessité d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Les interventions qui visent à réduire de façon visible et significative la pauvreté mobilisent tous les secteurs et en particulier les secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation. Il est incontestable aujourd'hui que la réduction des facteurs de risques en matière de santé contribue à lutter contre la pauvreté. Une mauvaise santé constitue un handicap pour l'activité productrice, source de revenus, et le traitement de la maladie mobilise des moyens qui peuvent conduire les ménages à s'endetter en les maintenant dans le cercle vicieux de la pauvreté.

Le financement de la santé qui contribue à l'amélioration de la santé des personnes participe à la lutte contre la pauvreté. Il constitue donc un des objectifs nécessaires pour permettre une vie plus harmonieuse. Dans ce sens, la participation individuelle des usagers au financement de la santé envisagée a montré ses limites. En effet, les faibles niveaux de performances des systèmes de soins de santé enregistrés avec les taux de fréquentation des structures de soins et d'autres indicateurs de la santé ont montré un lien avec l'inaccessibilité financière aux soins dans plusieurs pays de la sous - région africaine. Aussi, les comptes de santé dans ces pays prouvent-ils la grande contribution des ménages au financement de la santé. Dans le contexte de pauvreté décrit, on comprend l'inaccessibilité financière des soins à la majorité des ménages. Cette situation de faible taux d'utilisation des services de santé avec une mortalité élevée des couches vulnérables en particulier les enfants de 0 à 5 ans, compromet depuis ces deux dernières décennies les attentes des décideurs nationaux et partenaires au développement. Ainsi, diverses rencontres et démarches ont été entreprises en vue de trouver des approches de solutions de financement alternatif qui contribuerait à la réduction des problèmes de santé des populations vulnérables [1].

En république du Bénin, plusieurs conventions internationales ont été ratifiées notamment la Convention relative aux Droits de l'Enfant (août 1996) et la Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant (juin 1996) pour assurer la


protection de l'enfance. Cependant, des milliers d'enfants sont exclus des soins de santé car leurs mères ou parents n'ont pas les moyens financiers nécessaires pour bénéficier de ce droit fondamental. Les frais à payer pour l'achat des soins constituent des obstacles majeurs à l'accès des enfants aux services essentiels qui peuvent leur sauver la vie et élargir leurs possibilités en tant qu'individus et citoyens actifs. Les enfants de 0 à 5 ans représentent environ 21,03% de la population totale et 37,4% des cas de consultations enregistrées dans les formations sanitaires en 2005 avec un taux national de mortalité à 139 pour mille [14].

Dans la commune de Houéyogbé la situation sanitaire n'est pas différente, car comme les autres communes de notre pays elle applique la politique sanitaire nationale. De plus elle est caractérisée par une population rurale et pauvre : la moitié des ménages sont pauvres avec un indice de pauvreté égal à 50% [13]. Les enfants de 0 à 5 ans représentent environ 29,3% de sa population totale. Ainsi, diverses stratégies ont été mises en oeuvre dans cette commune pour améliorer l'accès aux soins aux plus démunis. Cependant, plusieurs enfants sont exclus des soins à cause du faible pouvoir d'achat des parents. C'est donc ce qui explique le faible taux de fréquentation des services de soins curatifs de la commune : 28,5% pour la population générale, 14,2% pour les enfants de 0 à 5 ans. Le taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans observé au niveau de la commune de Houéyogbé en 2002 est en moyenne 225,5 pour mille [15].

Cette situation ne favorise pas non seulement l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement auquel le Bénin a souscrit, mais aussi ne profite à aucun acteur au développement (bénéficiaire, prestataire, partenaire et décideur). Elle expose plutôt les couches vulnérables à des déconvenues préjudiciables à moyen et à long terme à l'émergence de notre pays.

Le gouvernement béninois, dans le but de contribuer à l'amélioration de l'utilisation des formations sanitaires, envisage depuis décembre 2006 de rendre gratuits les soins de santé aux enfants de 0 à 5 ans. Il est donc important d'étudier la question de l'accès aux services sanitaires pour mieux appréhender ses contours. C'est dans le souci de garantir une meilleure utilisation des services de santé avec cette mesure que la présente étude est axée sur le thème : **«Accès aux services sanitaires de Houéyogbé et la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans»**.

Cette étude abordera dans un premier temps le ciblage de la problématique et la démarche méthodologique. Dans un second temps, elle traitera de la collecte et de l'analyse des données et enfin, elle proposera des approches de solutions et les conditions de mise en œuvre de cette décision pour l'amélioration des services de santé de la commune de Houéyogbé.



**CHAPITRE PRELIMINAIRE :  
PROBLEMATIQUE, GENERALITES,  
CADRE THEORIQUE ET  
METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE**

## **SECTION1 : OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE**

Cette section est consacrée à la présentation de la structure d'accueil, à l'analyse des forces/faiblesses et des opportunités/menaces.

### **Paragraphe 1 : Etat des lieux de base ou constats**

Il est question ici de présenter la Zone Sanitaire de Comè (ZSC) et le réseau des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé (lieu du stage).

#### **A- Présentation générale de la zone sanitaire de Comè**

Entité opérationnelle du système sanitaire au Bénin, la Zone Sanitaire est la plus petite unité urbaine ou rurale dans laquelle les programmes de soins de santé primaire peuvent être organisés par des agents de santé qualifiés. Elle représente l'entité géographique la plus décentralisée, formée d'un ensemble de structures Publiques et Privées, couvrant les besoins essentiels d'une population donnée et appuyée par un hôpital de zone de première référence.

Au Bénin, la zone sanitaire est organisée sous la forme d'un réseau de services de santé de premier contact appuyé par un hôpital de première référence publique ou privée dénommé Hôpital de Zone.

La Zone Sanitaire de Comè regroupe quatre communes que sont : les Communes de Comè ; de Bopa ; de Grand-Popo et celle de Houéyogbé (cadre de notre étude). Elle couvre une superficie de 1120 Km<sup>2</sup> avec une population estimée à 272562 habitants et une densité de 243 habitants par Km<sup>2</sup>.

Située dans le département de Mono, elle est limitée :

- au nord par les communes de Lalo, Dogbo, Lokossa et Athiémé ;
- au sud par l'Océan Atlantique ;
- à l'est par les départements de l'Atlantique et du Littoral ;
- à l'Ouest par la République du Togo.

L'existence de cette zone sanitaire de Comè passe par son organisation et son fonctionnement.

### **1- Organisation de la Zone Sanitaire de Comè**

L'organisation du système sanitaire est calquée sur le découpage administratif. Ainsi la Zone Sanitaire de Comè dispose de :

- un Hôpital de Zone (HZ) qui est l'hôpital de référence de premier niveau devenu fonctionnel en 2001. C'est un établissement public à caractère social jouissant d'une autonomie de gestion selon le décret n°2002-013 du 12 mars 2002. Il est situé dans la commune de Comè et dessert les quatre communes de la zone sanitaire, situé dans le département du Mono, plus précisément dans le sud du Bénin, à 38 Km de la frontière entre le Togo et le Bénin. Il couvre une superficie d'environ 4ha et compte :

- trente quatre (34) centres de santé dans les Communes et les arrondissements de la zone sanitaire ;
- onze Unités Villageoises de Santé (UVS) dans les villages ;
- quinze centres de santé privés et/ou confessionnels, des maternités et dispensaires isolés.

Le rôle joué par la Zone Sanitaire de Comè, à l'image des autres Zones Sanitaires du Bénin se décompose en plusieurs fonctions. On peut citer entre autres :

- la prise en charge dans l'hôpital de zone des malades référés par les Centres de Santé des Communes et des arrondissements ;
- la formation continue et la supervision du personnel des communes et des arrondissements ;
- la formation en gestion des médicaments essentiels ;
- la première compilation des données d'information et de gestion sanitaire dans la zone couverte.

### **2- Fonctionnement de la zone sanitaire**

Conformément au décret n°98-300 du 20 juillet 1998 relatif à la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire, chaque zone sanitaire est gérée par des organes.

La gestion de la zone sanitaire de Comè est assurée par trois organes.

- **Le Comité de Santé de la Zone (CS/ZS).**

Au terme de l'article 1<sup>er</sup> de l'Arrêté n°10196/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 19 octobre 2005, le comité de santé de la zone est l'organe suprême de représentation et décision de la politique locale. Il est composé des représentants de toutes les structures et intervenants qui contribuent de manière active et continue au développement et au financement de la Zone Sanitaire. La composition du Comité de Santé est la suivante : un Représentant de la Direction Départementale de la Santé Publique ; les Présidents des Comités de gestion des Communes ; les maires des Communes ; deux (02) Représentants des bailleurs ; deux (02) Représentants des Organisations Non Gouvernementales ; un (01) Représentant du Secteur Privé Libéral ; un (01) Représentant du Secteur Privé Social ; deux (02) Représentants du personnel ; le Directeur de l'Hôpital de Zone et le Médecin Coordonnateur de la Zone.

Le comité de santé est chargé entre autres de décider des grandes orientations de la Zone Sanitaire conformément aux orientations de la politique et des stratégies sanitaires nationales, de représenter légalement la Zone Sanitaire vis-à-vis des instances extérieures à la zone sanitaire, de préparer les conventions avec les intervenants avant leur intégration dans le comité de santé et les soumettre à l'approbation du Ministère de la Santé représenté par le Directeur Départemental de la Santé Publique, etc..

- **L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (E.E.Z.S.) :**

Elle constitue l'organe technique, pluridisciplinaire et de coordination de l'action sanitaire dans la zone. Son rôle consiste à conseiller le médecin coordonnateur de la zone dans les tâches d'organisation et de gestion de la Zone Sanitaire, à assurer la supervision et la formation des infirmiers des centres de santé de Communes et d'Arrondissements et du personnel auxiliaire en général à suivre l'évolution des problèmes de santé de la Zone et proposer des solutions à la direction départementale de la santé. L'appartenance des médecins des centres de santé à l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire permet de maintenir un lien étroit et efficace entre les formations sanitaires et surtout renforce la cohésion et une meilleure coordination de l'action médicale de la Zone Sanitaire. Sa composition se présente comme suit : le Médecin Coordonnateur ; le Directeur de l'hôpital ; le Chargé de l'Administration et des Ressources ; les Médecins - Chefs des Communes ; les Médecins - Chefs de Services de l'hôpital de zone ; l'Infirmier

Major de l'hôpital ; la Sage femme centrale de l'hôpital ; le Technicien social ; le Technicien d'assainissement et le Technicien de maintenance.

- **Le Bureau de Zone**

Il est l'organe de direction chargé d'administrer la Zone Sanitaire. Dirigé par un Médecin Coordonnateur de Zone ; il comprend : un secrétariat administratif ; une division des finances et de la comptabilité et une division des statistiques, d'épidémiologie et de la planification.

**B- Réseau des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé :**

Dans cette partie il sera question des données socio - sanitaires et des données générales (physiques, démographiques, administratives et socio-économiques) du cadre spécifique de l'étude.

**1- Données socio - sanitaires de la commune de Houéyogbé:**

❖ ***Couvertures sanitaires et données épidémiologiques:***

Cadre du stage, la commune de Houéyogbé est partie intégrante de la zone sanitaire de Comè. Elle dispose d'un (1) centre de santé du chef lieu de la commune, de huit (8) complexes de santé, de trois (3) maternités isolées dont une dans l'arrondissement de Doutou, une dans l'arrondissement de Sè et la troisième dans l'arrondissement de Zoungbonou, de huit (8) unités villageoises de santé, d'un (1) seul médecin, de sept (07) Sages-femmes d'Etat et seize (16) Infirmiers en 2006, de Six (6) centres privés de santé dont trois dirigés par des agents qualifiés (deux Infirmiers et une Sage Femme). Le financement communautaire est pratiqué avec un système de cogestion avec les Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS). La couverture en infrastructure sanitaire est supérieure à 100% avec une moyenne nationale de 90%.

Les maladies les plus fréquentes sont : le paludisme 37,3%, les infections respiratoires aiguës 11%, les diarrhées 7,5%, l'anémie 5%, les lésions traumatiques 5,1% et les dermatoses 3,5%. La disponibilité des soins curatifs est de 92,57% en 2005 et de 97,12% en 2006 [16]. Le taux d'utilisation des soins curatifs des formations sanitaires de Houéyogbé est de 28,7% en 2006 alors que celui des soins préventifs est de 33,5%. Le niveau de recouvrement des coûts est

de 1,1 et la disponibilité en médicaments est 86% en 2006. Il faut noter également que 3 rapports sur 4 des supervisions des membres COGECS en 2006, ont révélé des plaintes de mauvais accueils au niveau des formations sanitaires. Cette situation pose **le problème de la qualité des soins au niveau de la commune.**

En ce qui concerne la situation du personnel, la commune compte un médecin pour une population de 83385 habitants et les ratios des Infirmiers et Sage femmes sont respectivement un Infirmier pour 4467 habitants, une Sage femme pour 11460 habitants. Selon la norme qui veut qu'il ait 1 Infirmier pour 5000 habitants, 1 Sage femme pour 10000 habitants et 1 médecin pour 10000 habitants ; un complément de 7 médecins et de 7 Sage femmes est nécessaire pour atteindre la norme nationale recommandée. Nous pouvons donc conclure qu'il y a une insuffisance de Sage femmes compensée par le surplus d'infirmières tenancières des maternités isolées. Le tiers du personnel est recruté localement et plus de la moitié (55 %) sont des agents de soutien.

La plupart des centres de santé disposent du minimum de matériels médico-techniques pour mener les activités du PMA et du PCA.

La commune dispose de deux mutuelles de santé qui ont été mises en place par des partenaires en collaboration avec les communautés. Celle installée à Houéyogbé centre par Born Fonden couvre certains villages de trois arrondissements (Houéyogbé, Zoungbonou et Sê).

La seconde à Honhoué s'appelle "Zanninon wêgnivivo". Ce nom qu'elle porte signifie en langue locale "la santé avant tout : quand on se porte bien, on a le bonheur". Cette mutuelle est créée et rendue fonctionnelle en juin 2004 sur l'initiative de l'ONG GROPERE suite à l'appel des communautés villageoises vivant dans l'arrondissement de Honhoué. Elle est créée dans la perspective d'organisation de la demande, pour régler les faibles taux d'utilisation des services de l'aire sanitaire et de garantir une meilleure santé à la population par l'accessibilité financière aux soins de santé dans la formation sanitaire.

Le siège social est situé à Honhoué-Aclo. Elle couvre les 6 villages de l'arrondissement de Honhoué et le village Doguï de l'arrondissement de Bopa. Le taux de pénétration est de 12% à la date du 30 septembre 2006 contre un taux de pénétration de 10,44% en 2005. Les taux d'utilisation des soins curatifs n'ont pas évolué favorablement depuis son installation : 60,22% en 2004 ; 50,50% en 2005 et

50,34% en 2006. On peut donc conclure à un **faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé**.

❖ **Organisation et fonctionnement :**

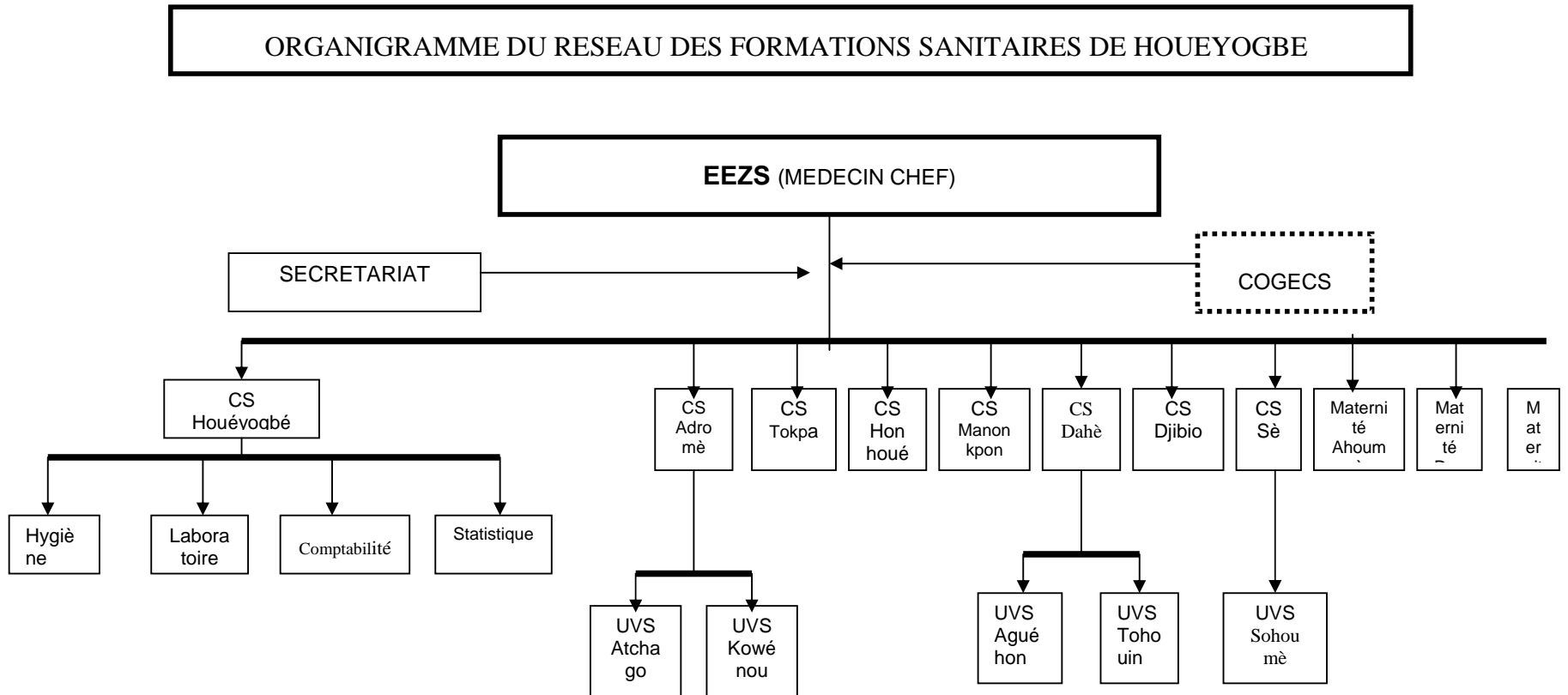
En dehors des UVS, tous les centres sont dirigés par des agents qualifiés. Chaque centre dispose d'un responsable de dispensaire et d'une responsable de maternité. Ces deux fonctions sont confondues et assurées par le même agent au niveau des maternités isolées. Le rôle joué par les centres de santé de la commune de Houéyogbé, à l'image des autres du Bénin, réside dans la prise en charge dans les centres de santé des patients à travers des activités curatives, préventives, des consultations prénatales, d'accouchement et de petites chirurgies, la référence vers l'hôpital de zone des cas graves, etc. Les responsables des centres de santé assurent les fonctions techniques, administratives et financières des formations sanitaires publiques de leurs aires sanitaires respectives. Ils travaillent sous la supervision de l'EEZS.

Tous les centres de santé au niveau de la commune travaillent sous le contrôle d'un médecin - chef qui réside au centre central de santé. Ce centre dispose d'un plateau technique plus fourni que les autres de la commune. En dehors des deux unités dont disposent les formations sanitaires, ce centre compte plusieurs autres services qui mènent des activités de collecte des données et de gestion sanitaire dans la commune et beaucoup d'autres activités dans toute la commune. Il s'agit du service de laboratoire, du service d'hygiène et d'assainissement de base, du service administratif (secrétariat, statistique et comptabilité).

Le service de comptabilité compte trois comptables au niveau de la commune dont un responsable au niveau central. Il assure la gestion des finances, du matériel et des ressources humaines au niveau de la commune. Il participe à l'élaboration des budgets des formations sanitaires, recouvre les recettes et les verse à la banque, enregistre les recettes et les dépenses, assure la gestion des stocks de médicaments, produit les rapports financiers et archive les documents comptables. Les activités menées sont la prévision et l'exécution des dépenses, le recouvrement des recettes et la gestion des stocks des matériels médicaux, des médicaments et consommables.

Tout ce travail s'effectue sous la supervision du médecin - chef qui assure les fonctions techniques, administratives et managériales des activités au niveau de la commune. Le médecin - chef est membre de l'EEZS dirigée par le Médecin coordonnateur de zone de Comè. Chaque centre de santé dispose d'un organe de cogestion qui compte 5 à 7 membres avec un bureau composé d'un président, d'un trésorier et d'un secrétaire. Le COGECS a pour rôle de servir d'intermédiaire entre les agents de santé et les populations. Il s'agit de la participation communautaire à la gestion du centre et aux activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale pour le développement socio - sanitaire de la commune.

L'organigramme du réseau des centres de santé de la commune de Houéyogbé se présente comme l'indique la figure n°2.



**Figure n° : 1** Organigramme du réseau des formations sanitaires de Houéyogbé

❖ **Ressources financières :**

Notre séjour nous a permis également de prendre connaissance des états financiers notamment :

 **Evolution des recettes, dépenses et niveau de recouvrement de 2005 - 2006**

**Tableau N°1 Evolution des recettes, des dépenses et niveau de Recouvrement de 2005 -2006**

**Situation budgétaire de 2005 à 2006**

Années	Recettes prévues FCFA	Recettes réalisées FCFA	Taux de réalisation (%)	Dépenses prévues FCFA	Dépenses réalisées FCFA	Taux de réalisation (%)	Niveau de recouvrement
2005	51 310 870	45 738 523	89,14	51 310 870	45 549 510	88,77	1
2006	51 519 872	51 567 784	100,1%	51 519 872	47 019 228	91,30%	1,1

**Source :** SAF/CS-H

De l'analyse de ce tableau on note un taux de recouvrement inférieur à la norme nationale qui est de 1,2 ; ce qui prouve globalement que les formations sanitaires de la commune sont fonctionnelles mais financièrement fragiles. Cependant un effort reste à faire pour maintenir ce taux nettement au-dessus de 1 voire atteindre 1,2 au niveau de la commune.

Il convient de remarquer que le système de suivi budgétaire mis en place en 2006 a contribué à l'amélioration des taux de réalisation financière dans la commune.

 **Evolution de la trésorerie et du budget en 2005 - 2006 :**

**Tableau N°II : Point du solde en caisse en fin 2005-2006**

Années	Solde disponible en fin d'année				Total en banque FCFA
	En caisse FCFA	Compte médicament FCFA	Compte fonctionnement FCFA	Compte amortissement FCFA	
2005	1 694 892	5 353 073	2 315 163	8 712 753	16 380 989
2006	3 213 830	7 588 863	3 309 258	9 306 470	20 204 591

**Source :** SAF/CS-H

Une augmentation de solde est remarquable de 2005 à 2006 ce qui justifie l'amélioration du taux de recouvrement au niveau de la commune.

**Tableau N°III : Evolution du budget de 2005-2006**

Financement	Financement Communautaire FCFA	Etat		Total FCFA	% financement communautaire FCFA	% apport Etat FCFA
		Crédits Délégués FCFA	Crédits non délégués			
Année						
2005	45 549 510	9 481 500	-	55 031 010	82,70%	17,30%
2006	47 019 228	9 481 500	-	56 500 728	83,22%	16,78%

**Source :** SAF/CS-H

On remarque que la subvention de l'Etat est fixe de **9 481 500 FCFA** durant les deux années et représente moins du cinquième du budget total de fonctionnement de la commune. Cette situation révèle **une insuffisance de la subvention de l'Etat** aux formations sanitaires de la commune.

De plus la diminution du pourcentage de l'apport de l'Etat est due à une augmentation des charges sur le financement communautaire. Ce qui prouve que **l'Etat n'actualise pas les crédits alloués aux formations sanitaires de la commune.**

**✚ Fonds de roulement et sources de financement des centres de santé de la commune :**

Le fonds de roulement est l'ensemble des capitaux issus des dons, collecte de fonds, prêts, recouvrement des coûts de services, activités génératrices de revenus. Ce fonds sert à l'achat des médicaments essentiels et à renforcer les capacités des prestataires à planifier, administrer et financer des activités sanitaires et économiques [10].

Le financement des formations sanitaires provient de deux sources : les ressources propres et les ressources externes

Les ressources propres sont les recettes provenant des prestations ainsi que de la vente des médicaments tandis que des ressources externes proviennent de l'Etat et parfois des partenaires au développement.

Les ressources propres sont entièrement retenues et gérées par les formations sanitaires. On parle de ressources internes. Elles sont constituées des ressources issues des prestations de soins de centres de santé et la cession aux patients des médicaments essentiels sous nom générique et de consommables médicaux. Les ressources de prestation comprennent essentiellement les recettes qui proviennent des activités de consultations, d'hospitalisations et des actes médicaux, de petites chirurgies, de laboratoire, d'accouchement, etc. Il s'agit des paiements de factures de soins qu'effectuent les usagers, c'est-à-dire les patients qui supportent tous leurs frais de santé. Cependant, les soins préventifs sont presque gratuits aux bénéficiaires au niveau de la zone sanitaire de Comè.

Les ressources externes comprennent les subventions de l'Etat, les aides extérieures et autres ressources.

Les subventions de l'Etat sont octroyées annuellement sous forme de crédits budgétaires de fonctionnement, d'équipement et d'investissement. Les crédits destinés aux charges et investissements sont gérés directement par le Ministère de la Santé et sont appelés crédits non délégués. Ceux qui n'appartiennent à cette catégorie sont appelés les crédits délégués et mis à la disposition des formations sanitaires par l'intermédiaire de la Zone Sanitaire. Ces crédits délégués doivent être parvenus aux établissements au début de chaque trimestre pour le fonctionnement de ces services. Mais dans la pratique, ces crédits ne parviennent pas à temps à la ZSC, et une fois disponibles au niveau de la zone, ils accusent également de retard avant d'être affectés aux formations

sanitaires avec pour conséquence la rupture de stock des produits pharmaceutiques et consommables médicaux. Il est à noter qu'au cours de notre passage dans les formations sanitaires, celles-ci n'ont reçu qu'une partie des crédits délégués du premier trimestre ; or nous étions déjà à la fin du deuxième trimestre. De plus ces crédits sont insuffisants et ne répondent pas parfois aux besoins réels des formations sanitaires. Cette situation révèle donc un **retard dans l'allocation des crédits délégués** et **une inadéquation avec les besoins réels des formations sanitaires de la commune**.

Il est important de souligner que les formations sanitaires de la commune ont bénéficié du fonds indigents pour le compte de l'année 2006 d'un montant total de **3 910 948 FCFA**. Quatre (4) formations sanitaires sur onze (11) seulement ont bénéficié de ce fonds au niveau de la commune qui vient en remboursement aux impayés des indigents. La notification de ce fonds se fait au 2<sup>ème</sup> semestre de 2005 à 2007 et la procédure pour en bénéficier reste difficile avec pour conséquences la rupture de stock des produits pharmaceutiques et consommables médicaux et la réticence des prestataires dans l'offre des soins à cette couche sociale dont **l'identification reste difficile**. Toutefois, ce fonds a amélioré de façon significative la situation financière des formations sanitaires qui pour la plupart ont eu les meilleurs taux de recouvrement au deuxième semestre 2006 : Houéyogbé (1,0), Dahè (1,1), Manonkpon (1,1), Djibio (1,2). On note donc un **retard dans la notification du fonds indigents aux formations sanitaires de la commune**.

S'agissant des aides extérieures, elles sont essentiellement constituées de l'aide internationale, de subventions et des dons. Elles proviennent de diverses origines (organismes caritatifs privés ou agences non gouvernementales, organisations internationales, etc.).

Par ailleurs, la zone sanitaire de Comè est en partenariat avec la coopération belge d'appui aux Zones Sanitaires qui a bénéficié déjà de son appui pour une première phase pendant deux années (octobre 2001-décembre 2003) ; et une seconde phase en cours a démarré seulement en juillet 2007 et ceci pour trois ans.

Ajoutons à tout ceci, le soutien remarquable depuis octobre 2005 de l'ONG internationale «Médecins du Monde» dans le cadre du Projet IST/VIH Ahémé (PIVA) de lutte contre le VIH, et le projet FORMation et REcherche en SANté 3<sup>ème</sup>

phase (FORESA3) de la Coopération Technique Belge (CTB) depuis Novembre 2006 dans la lutte contre la tuberculose, à travers le renforcement des capacités et des appuis divers en médicaments et consommables médicaux.

## **2- Caractéristiques générales de la commune :**

### **❖ Données physiques :**

Située dans le département du Mono, avec une superficie de 320 km<sup>2</sup>, la commune de Houéyogbé s'étend sur 16,25 km du nord au sud et sur 13,75 km de l'est à l'ouest. Elle fait partie de la zone sanitaire de Comè. Elle est située à environ 77 km de Cotonou (capitale économique) et 25km environ de Lokossa, chef lieu du département.

Elle est limitée au nord par les communes de Lokossa et de Bopa, au sud par les communes de Comè et de Grand-Popo, à l'est par la commune de Comè et à l'ouest par la commune d'Athiémé.

Elle jouit d'un climat de type subéquatorial, chaud et humide, marqué par deux saisons pluvieuses (mi-mars à mi-juillet et mi-septembre à mi-novembre) alternant avec deux saisons sèches (mi-novembre à mi-mars et mi-juillet à mi-septembre). La carte de la commune s'illustre en couleur de trame jaune indiquée par la flèche rouge de la figure n°1 [17].

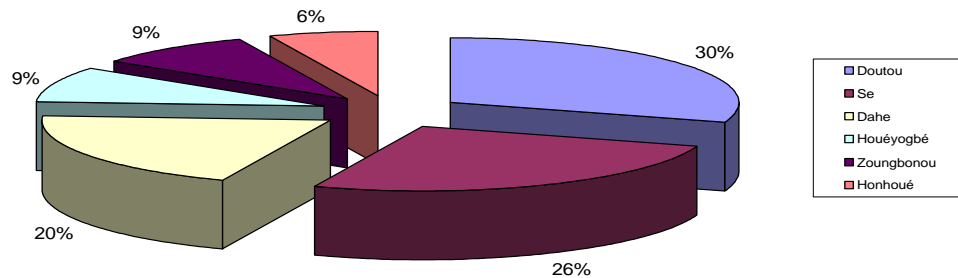


**Figure n°2 :** carte du département du Mono indiquant la commune de Houéyogbé

❖ **Données démographiques et administratives :**

Selon le recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2002, la population est de 74 492 habitants soit une densité de 257 habitants par Km<sup>2</sup>. La population actuelle est estimée à environ 83 385 habitants. La population des enfants de moins de cinq ans est de 25031 habitants soit 29,3% de la population totale. Seulement 41,3% de la population de ces enfants utilisent les services de soins curatifs.

La commune de Houéyogbé compte six (06) arrondissements. Le poids démographique de chaque arrondissement est illustré par le graphique n°3 suivant :



**Figure n°3** : Poids démographique de chaque arrondissement.

Les arrondissements de Doutou et de Sè représentent plus de la moitié de la population totale.

❖ **Données socio-économiques :**

Dans la commune plusieurs activités sont menées au nombre desquelles : l'agriculture, l'exploitation de gravier, la pêche, l'artisanat, l'élevage et le commerce.

L'agriculture est l'activité dominante dans la commune. Les principales cultures sont le maïs, le manioc, le haricot, l'arachide. Le rendement de ces activités est fortement lié aux aléas climatiques imprévisibles, qui rendent la grande partie de la population dans une situation économique précaire.

L'existence d'une longue période de soudure entre février et juillet accentue la paupérisation de la masse paysanne à faible revenu de la commune.

La capacité économique de la commune est principalement basée sur l'agriculture 71,2% de la population active et sur l'exploitation de gravier les deux tiers en sont concernés.

La commune de Houéyogbé se trouve dans le département du Mono où la moitié des ménages sont pauvres avec un indice de pauvreté égal à 50% [17].

De plus, au cours de notre stage nous avons rencontré plusieurs mères/gardiens d'enfants qui n'ont pas pu honorer leurs ordonnances à cause de leur faible pouvoir d'achat. Cette situation fonde la raison de ***l'inaccessibilité financière aux soins par les mères/gardiens d'enfants malades.***

En ce qui concerne le recours aux soins, il est tardif ou carrément non effectué. Certaines familles préfèrent recourir à la médecine traditionnelle ou au charlatanisme ou encore à l'automédication avant de se référer tardivement aux formations sanitaires selon le niveau de croyance à la médecine moderne. Ces ***croyances socio - culturelles bloquent l'accès facile aux soins des formations sanitaires de la commune.***

**Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de la résolution de la problématique choisie**

**A- Inventaire des éléments identifiés**

Au niveau de l'inventaire des éléments, nous regrouperons premièrement les atouts relevés et en second lieu, il sera question de rassembler les problématiques identifiées qui en découlent.

**1- Inventaire des atouts (forces et opportunités)**

- i. Existence de personnel qualifié au niveau de toutes les formations sanitaires de la commune
- ii. Formations sanitaires fonctionnelles et non déficitaires ;
- iii. Existence d'un système général de tarification et de recouvrement de coûts des soins ;
- iv. Réduction de la marge bénéficiaire sur les médicaments génériques ;
- v. Bonne couverture en infrastructures sanitaires au niveau de la commune ;
- vi. Adéquation du plateau technique aux normes nationales ;
- vii. La quasi-gratuité des soins préventifs en matière de vaccination ;
- viii. Existence de la subvention de l'Etat ;
- ix. Existence de subvention aux personnes indigentes aux formations sanitaires de la commune ;
- x. Existence de financement communautaire (paiement des soins par les usagers) ;
- xi. Existence de partenaires d'appui à la zone sanitaire ;
- xii. Existence de la participation communautaire.

**2 - Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces)**

- i. Difficulté d'identification des indigents au niveau de la commune
- ii. Retard dans la notification du fonds indigents aux formations sanitaires de la commune ;
- iii. Inaccessibilité financière aux soins par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans ;
- iv. Défaillance de la qualité des soins au niveau de la commune de Houéyogbé ;
- v. Existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans ;
- vi. Faible taux d'adhésion des mutuelles de santé dans la commune de Houéyogbé ;
- vii. Inadéquation des crédits délégués par rapport aux besoins réels des formations sanitaires ;
- viii. Non actualisation des crédits alloués aux formations sanitaires de la commune ;
- ix. insuffisance des subventions allouées par l'Etat ;
- x. Retard dans l'allocation des crédits délégués aux formations sanitaires de la commune ;

**B- Regroupement des problèmes spécifiques par problématique et spécification de la problématique choisie**

Ce paragraphe permet d'aborder les différents problèmes spécifiques rangés en des problématiques et de procéder ensuite à la spécification de la problématique de l'étude.

**1- Regroupement des problèmes spécifiques par problématique dans le tableau de bord**

Tous les problèmes spécifiques ont été regroupés sous trois problématiques et sont présentés dans le tableau récapitulatif n°4 suivant :

**Tableau n°IV : Regroupement des problèmes spécifiques en des problématiques Possibles**

N° d'ordre	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématique
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté de reconnaissance des indigents au niveau de la commune</li> <li>• Retard dans la notification du fonds indigents aux formations sanitaires de la commune.</li> </ul>	Gestion peu convaincante des fonds indigents	Problématique d'une gestion efficace des fonds indigents au niveau de la commune de Houéyogbé
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inaccessibilité financière aux soins par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans ;</li> <li>• Défaillance de la qualité des soins au niveau de la commune de Houéyogbé ;</li> <li>• Existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans ;</li> <li>• Faible taux d'adhésion des mutuelles de santé dans la commune de Houéyogbé.</li> </ul>	faible taux d'utilisation des services des soins curatifs par les enfants de moins de 5 ans dans la commune de Houéyogbé	Problématique d'accès aux soins curatifs par les enfants de moins de 5 ans dans la commune de Houéyogbé
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadéquation des crédits délégués par rapport aux besoins réels de la commune ;</li> <li>• Non actualisation des crédits alloués aux formations sanitaires de la commune ;</li> <li>• Insuffisance des subventions de l'Etat ;</li> <li>• Retard dans l'allocation des crédits délégués aux formations sanitaires de la commune</li> </ul>	Caractère non performant des subventions de l'Etat	La problématique d'optimisation de la subvention de l'Etat

## **2- Spécification de la problématique choisie**

Il s'agit d'évoquer la problématique choisie et les raisons du choix.

### **a- Choix de la problématique et formulation du sujet**

L'analyse des différents problèmes identifiés au cours de notre stage permet de comprendre que tous représentent des problématiques auxquelles la commune devra faire face pour remédier aux difficultés rencontrées.

Toutefois, le choix de notre problématique sera orienté par l'examen des éléments qui déterminent la faible utilisation des services de soins curatifs par les enfants de moins de 5 ans dans la commune de Houéyogbé. Cela permettra précisément de contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services de santé et à une meilleure mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins.

Le manque d'étude sur la question de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans pour apprécier les contours économiques et socio - culturels ne favorise pas une bonne mise en œuvre de cette vision a priori salutaire du gouvernement. Cette étude baliserait et augurerait une mise en œuvre améliorée permettant le développement durable tant souhaité. C'est dans cette optique que nous avons axé notre réflexion sur la problématique libellée comme suit : « **Accès aux services sanitaires de Houéyogbé et gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans** ».

Les problèmes à résoudre sont :

- ❖ inaccessibilité financière aux soins par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans ;
- ❖ défaillance de la qualité des soins au niveau de la commune de Houéyogbé ;
- ❖ existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans ;
- ❖ faible couverture en mutuelles de santé dans la commune de Houéyogbé.

Il convient alors de prospecter des solutions à apporter à ces problèmes spécifiques.

**b- Spécification de la problématique choisie**

La ZS-Comè dispose d'un plan de développement sanitaire suivant la politique nationale en matière de santé. Elle fait partie des toutes premières zones fonctionnelles en République du Bénin. De ce fait, elle a bénéficié d'importants appuis de partenaires dans le développement sanitaire. La commune de Houéyogbé, partie intégrante de la ZS-Comè a appliqué plusieurs réformes suivant la politique sanitaire nationale dans ses différentes évolutions notamment : la mise en œuvre de la déclaration d'Alma Ata (1978), du Scénario de développement sanitaire en trois phases sur le renforcement des systèmes de santé basé sur le district sanitaire (Zambie, septembre 1985) et de l'Initiative de Bamako (1987) qui met l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé. À l'issue des réunions de Nairobi (1987) et de Niamey (1989), le Bénin a souscrit à l'Initiative pour la Maternité Sans Risque visant la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile. Tous ces engagements auxquels le Bénin a adhéré ont été à la base des réformes majeures menées dans le secteur de la santé au cours de ces dernières années. De diverses stratégies de développement sanitaires ont été développées sans résultats escomptés au niveau de la commune. Il s'agit principalement des problèmes dramatiques d'accès aux soins curatifs auxquels la population doit faire face.

La décision d'améliorer l'utilisation des services de soins curatifs en s'attaquant à la barrière financière est salubre dans un milieu où le PIB réel par habitant est de US \$394 en 2000 ; classé au 147ème rang sur 162 des Pays Moins Avancés selon l'Indice de Développement Humain du PNUD ; où les couches les plus démunies (indigents) et surtout les plus vulnérables (enfants de moins de 5 ans) sont tout simplement exclus des soins de santé faute de ressources financières.

La mesure de gratuité aux enfants de moins de 5 ans que le gouvernement s'efforce aujourd'hui de mettre en place constitue donc une réelle opportunité pour contrer cette fatalité, au moins pour cette catégorie de population. Même si la gratuité ne va pas régler tous les problèmes de santé rencontrés par la population de la commune de Houéyogbé, elle peut contribuer à l'amélioration de la santé infantile par une meilleure utilisation des services de santé.

L'identification des déterminants économiques et socio - culturels au niveau de la commune de Houéyogbé permettra d'améliorer l'utilisation des services de santé aux enfants de moins de 5 ans. Mais plus la mise en œuvre de la politique de gratuité a forcément un coût et des effets sur le fonctionnement du système sanitaire à ce niveau. Il est donc important de faire des investigations sur le terrain pour assurer sa bonne mise en œuvre en tenant compte de ces déterminants.

La spécification de notre problématique permettra dans la section suivante de fixer les objectifs et d'orienter la démarche méthodologique liée à notre étude.

## **SECTION 2 : LES OBJECTIFS DE L'ETUDE ET LA METHODOLOGIE ADOPTEE.**

La méthodologie du travail nous a conduit à des étapes suivantes : définition des objectifs à atteindre, formulation des hypothèses, construction d'un tableau de bord, revue de la littérature et le choix de la méthodologie (approches théoriques et approches empiriques).

### **Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature**

#### **A- Objectifs et hypothèses de l'étude.**

##### **1- Objectifs.**

- **Objectif général**

Contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services de santé aux enfants de moins de 5 ans dans la commune de Houéyogbé.

- **Objectifs spécifiques**

Ils sont formulés en fonction des problèmes spécifiques identifiés et retenus.

Il s'agit de :

**n°1** : déterminer les obstacles financiers de l'utilisation des services de santé de base

**n°2** : identifier les déterminants de la qualité de soins limitant l'utilisation des services de santé de la commune de Houéyogbé ;

**n°3** : identifier les obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne

**n°4** : déterminer les facteurs importants d'adhésion aux mutuelles de santé.

## **2- Causes et hypothèses liées aux problèmes en résolution**

Elles concernent essentiellement les différents niveaux de l'analyse et sont formulées à partir des problèmes (spécifique et général) identifiés.

### **• Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°1**

Deux (02) causes possibles sont identifiées concernant le problème de l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans, à savoir :

- ✚ coût direct (paiement direct des soins) élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans
- ✚ coût indirect élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans

Lorsqu' on retient le coût indirect des soins aux enfants de moins de 5 ans ; cette cause est loin d'être une réalité car au niveau de la commune il existe une bonne couverture en infrastructures sanitaires. De plus, il est fréquent de voir plusieurs parents ou alliés venir soutenir moralement les parents d'enfants malades. Donc, les coûts indirects ne sont pas ressentis par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans malades.

Lorsqu' on conserve le coût direct élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans, cette cause semble plus être à la base de la faible accessibilité financière. Car les usagers subissent un paiement direct des médicaments, actes et soins médicaux au niveau des différents services des formations sanitaires tel que défini par l'initiative de Bamako sans faveur particulière aux couches vulnérables. Les soins curatifs aux enfants sont payants au même titre que chez les adultes et ceci sans conditions.

On peut donc formuler l'hypothèse comme suit :

*Le coût direct élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans justifie la faible accessibilité financière aux soins dans la commune de Houéyogbé*

- **Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°2**

Après analyse du problème de défaillance de la qualité des soins dans les formations sanitaires de la commune de Houéyogbé, il est identifié deux (02) causes pertinentes exploitables que sont :

- ✚ insuffisance de l'accueil ou rupture de stock de médicaments génériques
- ✚ inadéquation du plateau technique ou Insuffisance de compétences du personnel qualifié

L'inadéquation du plateau technique au niveau de la commune reste acceptable dans toutes les formations sanitaires. Elle ne peut donc être à la base de la mauvaise qualité des soins. De même l'insuffisance de personnel qualifié ne peut être retenue compte tenu du fait que le déficit observé chez les Sage - femmes est compensé par le surplus des Infirmières qui tiennent les maternités isolées.

Par ailleurs, l'insuffisance de l'accueil des usagers et la disponibilité non permanente en médicaments au niveau des formations sanitaires de la commune se pose avec acuité. L'accueil engage le cadre de travail, l'organisation et le fonctionnement des services de santé et la relation soignant/usagers. Il s'agit d'un problème de comportement qui dépend de la susceptibilité du couple soignant-usager.

L'une des composantes unanimement reconnue de la qualité des soins est la disponibilité en médicaments, d'autant plus essentielle, que la dépense en médicaments est le poste le plus important des dépenses de santé des ménages. Toute rupture entrave dangereusement la qualité des soins.

On peut donc formuler l'hypothèse de la manière qui suit : La défaillance de la qualité des soins est due à l'insuffisance de l'accueil et à la rupture de stock de médicaments génériques observée au niveau de la commune de Houéyogbé

- **Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°3**

Après analyse du problème d'existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne, nous nous sommes proposé deux (2) causes possibles dont :

- ✚ insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne ;
- ✚ efficacité de la médecine traditionnelle.

L'efficacité de la médecine traditionnelle reste loin de la vraie cause du non recours à la médecine moderne car cela n'influence point les comportements, attitudes et pratiques des ménages ayant un niveau de revenus acceptable dans la commune.

Par contre l'insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne paraît être la vraie raison du non recours aux soins modernes. Ceci est imputé à un manque de communication entre les acteurs socio - sanitaires et la population. Ainsi, on peut formuler l'hypothèse comme suit :

*L'existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans est due à l'insuffisance d'informations sur son importance.*

▪ **Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°4**

Deux (02) causes possibles sont identifiées concernant le problème de faible taux d'adhésion des mutuelles de santé dans la commune de Houéyogbé, à savoir :

- ✚ faible capacité financière de la population à payer les cotisations;
- ✚ mauvaise gestion des mutuelles de santé existantes.

Des observations de stage, aucun problème de gestion n'a été évoqué dans le fonctionnement des mutuelles de santé de la commune. Ce qui prouve que même si des problèmes de gestion existent, ils ne se posent pas avec acuité pour entraver la promotion des mutuelles de santé au niveau de la commune de Houéyogbé. De ce fait, cette cause ne peut être une réalité.

La viabilité et la promotion d'une entreprise passent par l'intérêt et l'importance que les différents acteurs y accordent. La faible capacité financière de la population à payer les cotisations paraît être plus plausible ; car ne permet pas de

faire de recettes nécessaires pour couvrir toutes les dépenses de fonctionnement et compromet ainsi sa viabilité. L'exemple de la mutuelle de Honhoué qui a affiché un taux de pénétration à 12% en 2006 après 2 ans d'existence est peu édifiant car soutenue financièrement par un partenaire au développement. Cette situation ne garantit pas la promotion des mutuelles et par ricochet n'encourage pas d'autres promoteurs à installer des structures de micro assurances dans la commune. Ainsi, on peut formuler l'hypothèse suivante : Le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune est due à la faible capacité financière de la population à payer les cotisations.

▪ **Causes et hypothèses liées au problème général**

Les causes et hypothèses spécifiques n'étant rien d'autre que les manifestations de la cause et hypothèse générale, il est difficile de trouver une cause générique qui coiffe toutes les causes spécifiques identifiées. Par conséquent une cause générale et une hypothèse générale n'ont pu être formulées.

La problématique choisie, les problèmes retenus, les objectifs poursuivis, les causes supposées se trouvant à la base des problèmes et les hypothèses de travail ci-dessus exposées peuvent être résumés dans le tableau de bord de l'étude réalisé ci-après :

**Tableau n°V** : Tableau de bord de l'étude

NIVEAU D'ANALYSE	PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	CAUSES (SUPPOSEES)	HYPOTHESES
<b>NIVEAU GENERAL</b>	<u>Problème général</u>	<u>Objectif général</u>	<u>Cause générale</u>	<u>Hypothèse générale</u>
	Problématique d'utilisation des services de soins curatifs aux enfants de moins de 5 ans dans la commune de Houéyogbé	Contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services de santé aux enfants de moins de 5 ans		
<b>NIVEAUX SPECIFIQUES</b>	<u>Problème spécifique n°1</u>	<u>Objectif spécifique n°1</u>	<u>Cause spécifique n°1</u>	<u>Hypothèse spécifique n°1</u>
	Inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans ;	Déterminer les obstacles financiers de l'utilisation des services de santé de base par les enfants de moins de 5 ans ;	Coût direct élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans	Le coût direct élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans justifie la faible accessibilité financière aux soins dans la commune de Houéyogbé.
	<u>Problème spécifique n°2</u>	<u>Objectif spécifique n°2</u>	<u>Cause spécifique n°2</u>	<u>Hypothèse spécifique n°2</u>
	Défaillance de la qualité des soins dans les formations sanitaires de la commune de Houéyogbé	Identifier les déterminants de la qualité de soins limitant l'utilisation des services de santé de la commune de Houéyogbé.	Insuffisance d'accueil ou la rupture de stock de médicaments générique	La défaillance de la qualité des soins est due à l'insuffisance d'accueil et à la disponibilité non permanente des médicaments observée au niveau de la commune de Houéyogbé
<u>Problème spécifique n°3</u>	<u>Objectif spécifique n°3</u>	<u>Cause spécifique n°3</u>	<u>Hypothèse spécifique n°3</u>	
Existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans	Identifier les obstacles socio culturels de recours à la médecine moderne.	Insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne	L'existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans est due à l'insuffisance d'informations sur son importance.	
<u>Problème spécifique n°4</u>	<u>Objectif spécifique n°4</u>	<u>Cause spécifique n°4</u>	<u>Hypothèse spécifique n°4</u>	
Faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune	Déterminer les facteurs importants d'adhésion aux mutuelles de santé.	Faible capacité financière de la population à payer les cotisations	Le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune est dû à la faible capacité financière de la population à payer les cotisations.	

*Source : Tableau conçu par l'étudiant*

## **B- Revue de la littérature**

Cette partie met en exergue les points de vue de certains auteurs qui ont analysé les problèmes évoqués. Mais avant d'aborder les théories liées à ces différents problèmes, il sera passé en revue le point des connaissances sur la question des déterminants de la faible utilisation des services de santé et sur la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de cinq ans.

### **1- Clarification des concepts :**

L'accessibilité est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle. L'accessibilité est une condition de *l'accès aux soins* mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectifs (c'est-à-dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé. La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). L'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque et s'apprécie par rapport aux services sanitaires [2]. *Les Services sanitaires* sont des lieux ou construction à caractère public ou privé, destinés à délivrer des soins de santé avec ou sans hospitalisation, sans préjuger des statuts qui leur sont propres. Selon l'IB, ces soins sont jusque là payants aux usagers. La *gratuité des soins* est la suppression de la redevance des soins initialement payés par les usagers. Cette gratuité concerne les enfants de moins de cinq ans qui sont ceux qui ont des âges compris entre 0 et 5 ans.

### **2- Contributions des auteurs aux problèmes identifiés :**

#### **a- Contribution au problème général : Accès aux services sanitaires et la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de 5 ans**

La dépense des soins de santé aux enfants de moins de 5 ans (couche vulnérable) par les ménages en majorité pauvres a toujours été au cœur des grands débats sur le développement sanitaire, l'une des problématiques auxquelles il faut apporter des solutions pour améliorer l'utilisation des services publics de santé.

La santé par définition selon l'OMS : est un état de bien être physique, mental, social, psychologique, et ne consiste pas en absence de maladie ou d'infirmité.

L'OMS précise que chaque habitant doit fréquenter une formation sanitaire, une fois par an au moins ; afin de pouvoir espérer atteindre le niveau tant souhaité de santé pour tous. Ce qui sous entend l'accès aux soins par tous, et dans toutes ses dimensions (accessibilité géographique, financière, culturelle, organisationnelle).

L'accès aux soins a fait l'objet de plusieurs rencontres de concertation à différents niveaux qui ont permis de prendre des résolutions et d'adopter des stratégies qui n'ont pas abouti aux résultats escomptés. Face à ces difficultés il est constaté que toutes les communautés se mobilisent et s'engagent à trouver des solutions alternatives de sécurisation des populations pauvres contre les aléas sanitaires. Les systèmes de micro assurances sont développés mais se trouvent confrontés presque aux mêmes problèmes d'inaccessibilité financière des plus pauvres aux soins [9].

Aujourd'hui on assiste en Afrique de l'ouest et du centre à l'apparition d'un phénomène émergent de réforme politique en matière de santé au profit des couches les plus vulnérables: la gratuité des soins de santé. Cette décision intervenait souvent, au début, dans les situations d'urgences sanitaires. C'est le cas en fin septembre 2004 en Haïti après le passage du Cyclone Jeanne et en 2005 lors de la crise de nutritionnelle qui a frappé le Niger où ces mesures de gratuité étaient intervenues.

Plusieurs pays comme l'Ouganda, l'Afrique du sud, le Madagascar, etc. ont commencé par remettre en cause le recouvrement des coûts prônés par l'IB et ont rendu gratuits les soins à certaines couches vulnérables comme les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans [6].

Le 1er mai 2006, le Président burundais annonçait vouloir garantir la gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les structures publiques du pays; l'objectif étant de chercher des

---

solutions concrètes pour répondre aux problèmes dramatiques d'accès aux soins auxquels doit faire face sa population [4].

Les effets de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans sur les formations sanitaires publiques sont à craindre pour la réussite de la mise en œuvre de la politique.

Dans l'expérience burundaise, dans la province de Karuzi où MSF travaille, l'application de la mesure de gratuité a eu un impact positif sur l'utilisation des structures par la population. Au cours des premiers mois, MSF a observé un doublement des consultations pour les enfants de moins de 5 ans et 60% d'augmentation pour les accouchements assistés. Pour que cette mesure réussisse à l'échelle nationale et profite réellement aux femmes et aux enfants, il faut y mettre des moyens et ne pas laisser ces structures de santé sans ressources financières : quelqu'un doit payer à la place du patient pour faire face à l'augmentation de la demande de soins; le personnel de santé doit recevoir un salaire décent afin qu'il ne soit plus obligé d'exiger le paiement du patient pour nourrir sa propre famille [4].

Cette expérience n'a pas abordé en détail les effets de cette mesure sur le fonctionnement et la gestion des formations sanitaires.

Dans une seconde étude sur l'effet de la suppression des redevances sur la fréquentation des services de soins de santé primaires, préventifs et curatifs, dans une zone rurale d'Afrique du Sud, DAVID Wilkinson et Coll. ont rapporté que : « Après l'instauration de la gratuité des soins de santé primaires, le nombre total de consultations pour soins curatifs à l'unité mobile a pratiquement doublé, alors que le nombre de consultations pour soins préventifs a baissé. La suppression des redevances a facilité et a accru l'accès aux soins curatifs, mais l'engorgement consécutif du dispensaire et la diminution du temps de consultation peuvent avoir dissuadé certaines femmes de consulter pour des soins prénatals et d'amener leurs enfants pour un contrôle de croissance ou des vaccinations » [3].

En décembre 2006, le gouvernement du Bénin à travers son chef d'Etat a annoncé son intention de rendre gratuits les soins de santé primaires aux enfants de moins de 5 ans. Le but de cette décision est de permettre aux populations pauvres et vulnérables d'accéder aux soins de santé de base. Elle veut donc, avant tout supprimer les barrières financières et, si nécessaires, les autres barrières à l'accès à ces soins.

Dans notre recherche, aucune étude au Bénin sur la question n'a pu être trouvée et qui permet d'aborder les problèmes liés à l'accès aux services de santé avec la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans.

#### **b- Contributions aux problèmes spécifiques**

- ***Inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans***

De la politique sanitaire en cours au Bénin basée sur l'IB, le paiement individuel direct comme expression de recouvrement des coûts a de grandes limites. Il ne tient pas compte de la capacité des individus à payer ; oblige les individus à une gestion au coup par coup des événements de santé et ne permet pas le partage des risques entre les malades et les non malades de la communauté.

S'il est admis comme une réalité vécue par les populations alors on peut affirmer que : L'inaccessibilité financière constitue la plus grande difficulté de nos communautés, ce qui est d'ailleurs confirmé par MOUSSOU BOKAR SYLLA, dans sa communication intitulée « MILIANDO » : « Dès le début des années 90, la situation d'exclusion de certaines couches de la population des services de santé dans les districts étaient préoccupante ( au moins 30% de la population des aires de santé enquêtées était des exclus) [3].

Dans une autre étude intitulée « La santé, moins chez les pauvres que chez les riches »: Il a été démontré que le taux de mortalité est plus élevé chez les pauvres que chez les riches dans tous les groupes d'âges, mais la différence est particulièrement marquée au cours de l'enfance et notamment la petite enfance ;

ainsi, la comparaison des deux groupes entre 0 à 4 ans a montré que la mortalité est neuf fois plus élevée dans le groupe des pauvres. En Afrique, ces statistiques incriminent la pauvreté des communautés et surtout l'inaccessibilité financière des démunis aux soins [5].

Au Bénin le taux d'utilisation des services de santé, en ce qui concerne les soins curatifs demeure faible (34%). De plus, la situation n'est pas fondamentalement différente au niveau national ou communal du reste du continent. Le salariat formel au Bénin représente 10% de la population active et les ménages paient un lourd tribut pour accéder aux soins de santé, ce qui limite énormément leur pouvoir d'achat de soins de santé [14].

▪ ***La défaillance de la qualité des soins dans les formations sanitaires :***

Les questions de la « qualité des soins » sont aujourd'hui largement débattues. Il s'agit de savoir si, comme le présageaient les recommandations de l'Initiative de Bamako, une amélioration de la qualité des soins, rendue possible par un accroissement des ressources propres des structures de soins, ne pallierait pas les effets négatifs de l'introduction du paiement des soins par les usagers. Ainsi, pour la majorité des études qui ont abordé cet aspect, l'amélioration de la « qualité des soins » en général est en mesure d'atténuer l'impact négatif des prix.

L'une des composantes unanimement reconnue de la qualité des soins est la disponibilité en médicaments, d'autant plus essentielle, que la dépense en médicaments est le poste le plus important des dépenses de santé des ménages. Les différentes études montrent que cette disponibilité influence positivement l'utilisation des services de santé qu'ils soient curatifs ou préventifs et atténue l'effet prix négatif.

Au Mali par exemple, la disponibilité en médicaments à moindre coût et en plus grande diversité a un effet positif sur l'utilisation des services de santé.

Une seconde composante est la qualité technique du personnel de santé, mais pas nécessairement dans le sens où on l'entend habituellement. La qualité des soins

recouvre en effet un spectre très large de représentations dans lesquelles la qualification du personnel occupe certes une place importante, mais non exclusive : les relations interpersonnelles entre patients et personnel soignant en sont un élément tout aussi important. L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le soignant, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments de la qualité perçue par les usagers. Tous ces facteurs conditionneraient l'utilisation des services de santé de premier niveau, que ce soit pour des soins curatifs, pour des soins préventifs [5].

▪ ***Existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne :***

Le comportement des individus face à la maladie ne peut être négligé. Ainsi, dans nombre de pays, la première réaction devant la manifestation des premiers signes de la maladie est l'observation. Le patient se donne le temps d'observer l'évolution de la pathologie, considérant que la santé ou du moins la consommation du bien santé n'est pas une priorité et ce, d'autant plus qu'il est pauvre. La consultation des services de prévention se heurte, si son intérêt n'est pas suscité par des campagnes d'information, au fait qu'on ne pensera pas à la maladie et donc, à fréquenter une structure si on est en bonne santé.

Par ailleurs, lorsqu'on enquête auprès de la population pour suivre l'itinéraire thérapeutique des personnes ayant eu un épisode morbide, il en ressort (Mariko) que le recours aux soins modernes (toutes structures confondues) concerne entre 45 et 55% des plaintes, l'automédication (à base de traitement traditionnel ou moderne), plus de 40% et le recours aux thérapeutes traditionnels, plus variable selon les régions, entre 3 et 23% ; que le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif : on passe alternativement d'une structure moderne à une structure traditionnelle, si la médecine moderne (ou traditionnelle) ne parvient pas rapidement à un résultat, on ira dans l'autre secteur quitte à faire des aller-retours ; que les pauvres d'un côté, les femmes de l'autre, ont plus recours à l'automédication que les riches et que les hommes ; que la représentation populaire

de la maladie et ses causes influencent le type de services qu'on utilisera. Les maladies attribuées à des facteurs surnaturels (convulsions, délires, folies), à la transgression d'un tabou ou au mauvais sort (stérilité, avortement), ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle et le recours aux guérisseurs ou aux devins et en aucun cas par la médecine moderne [3].

Ces déterminants socioculturels participent donc à l'explication du faible niveau général de fréquentation des services de santé.

▪ ***Faible taux d'adhésion des mutuelles de santé de la commune :***

Vu l'importance du problème d'accessibilité financière que doivent résoudre les mutuelles de santé, leur adhésion doit être spontanée et massive par les populations cibles. Curieusement on remarque que ces mutuelles dans leur grande majorité souffrent de faible taux d'adhésion des populations cibles ce qui constitue une menace pour leur viabilité et leur pérennisation. Nonobstant une minorité arrive à mobiliser un nombre important d'adhérents et fonctionne assez bien.

La question a été abordée à travers diverses recherches et par plusieurs auteurs.

En effet, les différentes études sur les facteurs de l'adhésion aux mutuelles de santé dans le monde ont donné de multiples résultats.

L'étude faite à Thiès au Sénégal illustre la portée de l'inaccessibilité financière. L'incapacité de payer la prime était citée par les non membres comme la principale raison de non adhésion. Les plus démunis étaient systématiquement exclus. Dans l'étude Tanzanienne, des problèmes pour payer les cotisations étaient invoqués en deuxième lieu comme raison de non adhésion, après les problèmes de qualité des soins. Dans le cas de la mutuelle de Maliando en Guinée, les difficultés à payer la prime d'adhésion étaient également mentionnées comme deuxième cause de non adhésion. Les auteurs de plusieurs autres évaluations retiennent la capacité financière des habitants comme cause principale. Toujours dans une étude faite au Rwanda, l'importance d'une gestion saine et transparente est soulignée. Les

auteurs de l'étude faite au Rwanda, estiment que la confiance des ménages dans la gestion et dans la performance du système est le facteur principal d'adhésion [3].

Après avoir abordé les différentes contributions apportées par les auteurs aux problèmes, il convient de retenir que toute étude fiable doit être basée sur une méthodologie.

## **Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude : approches théoriques et approches empiriques**

### **A- Approches théoriques retenues**

#### **1- Approche théorique liée à l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans**

##### **a- Normes d'amélioration**

La suppression des redevances ou la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans brise la barrière financière d'accès aux soins et contribue sensiblement à l'amélioration du taux d'utilisation des services curatifs de santé. C'est donc à ce titre que, dans une zone rurale d'Afrique du Sud, DAVID Wilkinson et Coll. ont rapporté que : « Après l'instauration de la gratuité des soins de santé primaires, le nombre total de consultations pour soins curatifs ...a pratiquement doublé... ».

##### **b- Outils d'analyse de données : seuil de décision**

Le seuil de décision prendra en compte les données du guide d'entretien. Ces entretiens ont été faits avec quelques responsables administratifs ou techniques des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé, de l'EEZS et de la DDS. Les causes réelles des problèmes abordés seront donc les réponses identiques les plus fréquentes, obtenues de la plupart des personnes interviewées.

## **2- Approche théorique liée à la défaillance de la qualité des soins dans les formations sanitaires de la commune de Houéyogbé**

### **a- Normes d'amélioration**

La qualité consiste à faire ce qui a lieu de faire la première fois. La qualité des soins est un ensemble des soins administrés dans le respect des normes et protocoles préétablis en vue d'atteindre la satisfaction totale du client. Elle est un facteur déterminant dans l'utilisation des services de santé.

Des études ont montré que la disponibilité permanente influence positivement l'utilisation des services de santé qu'ils soient curatifs et atténue l'effet prix négatif.

Au Mali par exemple, la disponibilité en médicaments à moindre coût et en plus grande diversité a un effet positif sur l'utilisation des services de santé.

### **b- Outils d'analyse des données seuil de décision**

Le seuil de décision prendra en compte les données du guide d'entretien. A ce niveau, seront retenues comme causes probables, les réponses identiques obtenues auprès de la majorité des responsables techniques, administratifs des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé, de l'EEZS et de la DDS rencontrés.

## **3- Approche théorique liée aux obstacles socio culturels de recours à la**

### **médecine moderne :**

#### **a- Normes d'amélioration**

Le changement de comportement souhaité s'obtient par l'information, l'éducation et la communication. La pauvreté est plus préoccupante que la santé, des pratiques comme l'automédication, le recours aux thérapeutes traditionnels, etc. sont autant de facteurs qui aménagent l'utilisation des services de santé au point où il faut des campagnes d'informations soutenues pour rappeler l'importance de la médecine moderne. Une bonne connaissance sur la maladie et sur les potentialités de la médecine moderne contribue à la fréquentation des formations sanitaires. C'est à ce titre qu'au Pakistan, par exemple, l'éducation de la mère est le facteur le plus important dans la détermination de la survie des enfants. Il est

assez souvent admis qu'une éducation de base suivie d'une culture personnelle dans le domaine de la santé, peut augmenter le recours aux soins de santé toutes choses étant égales par ailleurs [3].

**b- Outils d'analyse des données seuil de décision**

Les obstacles socio culturels seront aussi identifiés comme dans les autres cas grâce aux données du questionnaire. Les facteurs réels seront les réponses identiques obtenues auprès de la majorité des membres COGECS et les mères/gardiens d'enfants malades de moins de 5ans.

**4- Approche théorique liée au faible taux d'adhésion des mutuelles de santé :**

**a- Normes d'amélioration**

Le but des mutuelles de santé est de prémunir tout individu contre le risque de ne pouvoir se soigner en cas d'épisodes réguliers de maladie ou en cas de coût prohibitif des soins de santé ; des situations qui peuvent les précipiter dans la trappe à pauvreté annihilant ainsi toutes leurs chances de bien être contre le paiement d'une prime ou d'une cotisation suivant le type d'assurance.

Au Sénégal où le « Community Based Health Insurance » (CBHI) a été expérimenté sous la forme de « mutuelles de santé », beaucoup de points positifs ont été rapportés. En effet, les résultats de cette expérience du Sénégal montrent que dans l'environnement des pauvres, les programmes d'assurance peuvent marcher : les membres « des mutuelles de santé » sont plus enclins à recourir aux services de santé que les non membres et payent largement moins en cas de recours aux soins de santé [3].

**b- Outils d'analyse des données seuil de décision**

Les causes d'une faible adhésion de la population aux mutuelles seront aussi identifiées comme dans les autres cas grâce aux données du questionnaire à travers les réponses identiques obtenues auprès de la majorité des membres COGECS et les mères/gardiens d'enfants malades de moins de 5ans.

Qu'en est-il de la dimension empirique ?

## **B- Approche empirique**

La dimension empirique de l'analyse regroupe les outils de préparation, de réalisation et la présentation des données. Il reviendra successivement de :

- fixer les buts visés pour l'enquête ;
- choisir la population mère et le type d'échantillon retenu ;
- collecter les données ;
- présenter enfin les données et leurs limites.

### **1- Buts visés par l'enquête et choix de la population mère**

#### **a- Buts de l'enquête**

L'enquête vise à vérifier les hypothèses que nous avons formulées au cours de nos recherches. D'une manière spécifique, l'enquête permet de constater si :

- le coût direct élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans justifie l'inaccessibilité financière aux soins dans la commune de Houéyogbé.
- la défaillance de la qualité des soins est due à l'insuffisance d'accueil et à la disponibilité non permanente des médicaments observée au niveau de la commune de Houéyogbé
- l'existence d'obstacles socio - culturels de recours aux soins par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans est due à l'insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne.
- le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune est dû à la faible capacité financière de la population à payer les cotisations.

#### **b- Identification de la population mère et nature de l'enquête.**

Trois types d'enquêtes ont été réalisés dans le cadre de notre étude :

La première enquête basée sur la revue documentaire, a porté sur les registres de soins curatifs. Elle a permis d'estimer le coût total des dépenses annuelles de soins de santé de base effectuées aux enfants de moins de 5 ans

malades et ayant été consultés dans une formation sanitaire publique de la commune de Houéyogbé ;

La deuxième enquête basée sur l'entrevue, à partir d'un guide d'entretien, a porté sur les agents de santé, le personnel administratif, les COGECS des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé, de l'EEZS et de la DDS. Elle a permis de déterminer les effets éventuels de la mise en œuvre de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et d'identifier les principaux déterminants de la qualité des soins.

La troisième enquête basée également sur l'entrevue, à partir d'un questionnaire, a porté sur les membres de la communauté : mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans malades rencontrées au cours de l'enquête dans une formation sanitaire de la commune.

Par ailleurs, la méthode d'étude est non probabiliste et la technique porte sur un choix raisonné.

## **2- Du ciblage de l'échantillonnage à la présentation des données**

### **a- Echantillonnage, techniques et outils de collectes des données**

#### **o Taille :**

Elle est composée de :

Responsables formations sanitaires :	03
Aides soignant (es)	02
Agents de recouvrement/pharmacie	01
Personnel administratif	02
Membres COGECS	02
Membres EEZS	03
DDS	02

Mères/Gardiens d'enfants de moins de 5 ans malades : 18

La taille totale de notre échantillon est donc de 33 personnes.

○ **Technique et outils de collecte**

Elle est résumée dans le tableau suivant :

**Tableau VI : Récapitulatif de technique et outils de collecte**

<b>Cibles</b>	<b>Techniques</b>	<b>Outils</b>
Mères/Gardiens d'enfants de moins de 5 ans	Entretien individuel	Questionnaire
Agents de santé, personnel administratif, COGECS ; EEZS, DDS	Entretien individuel	Guide d'entretien
Registre de soins curatifs	Exploitation documentaire	Fiche de dépouillement

**b- Outils de présentation des données**

L'appréciation des réponses issues des entretiens avec les agents de santé, le personnel administratif de santé, les membres de comité de gestions des formations sanitaires et les membres de l'EEZS servira à la vérification des hypothèses liées aux problèmes spécifiques sus évoqués.

Une fois les buts déterminés, les hypothèses formulées, nous passerons dans le chapitre suivant à la présentation et à la réalisation de la collecte, ensuite, il s'agira de procéder à l'analyse du diagnostic.



**CHAPITRE 1 : COLLECTE ET ANALYSE  
DES DONNEES**

Il s'agit à ce niveau de mettre en exergue les différentes étapes enregistrées depuis l'organisation de la collecte jusqu'à l'établissement du diagnostic.

## **SECTION 1 : COLLECTE ET PRESENTATION DE DONNEES.**

La présente partie concerne la phase de la préparation, de la réalisation et de la présentation des données collectées tout en faisant ressortir les difficultés intervenues au cours de l'exécution de ces diverses tâches.

### **Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte**

Il est important de rappeler la préparation faite avant la réalisation de la collecte.

#### **A- Préparation de la collecte**

Les enquêtes ont été réalisées sur la base d'une revue documentaire, d'un guide d'entretien et d'un questionnaire. Comme cela est dit dans la partie précédente, la revue documentaire a porté sur les registres de soins curatifs. Le guide d'entretien a été adressé aux agents de santé, personnel administratif et les membres du COGECS des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé, aux membres de l'EEZS et le personnel de la DDS. Enfin, le questionnaire a porté sur les membres de la communauté plus précisément les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans malades rencontrées au cours de l'enquête dans une formation sanitaire de la commune.

#### **B- Réalisation de la collecte.**

La collecte proprement dite a été faite en collaboration avec les responsables des formations sanitaires de la commune. Trois niveaux ont marqué cette collecte :

- 1<sup>er</sup> niveau la commune : A ce niveau nous avons rencontré les mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans, les agents de santé, personnel administratif et les membres du COGECS des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé.

- 2<sup>ème</sup> niveau le Bureau de zone : Ici nous avons rencontré les membres de l'EEZS
- 3<sup>ème</sup> niveau la DDS : Il s'agit enfin de quelques chefs de service de la DDS.

### **Paragraphe 2 : Présentation et limite des données**

Il est question dans cette partie de présenter les données relatives aux problèmes spécifiques évoqués et de donner leurs limites.

#### **A- Présentation des données collectées**

31 sur 33 personnes ont pu être rencontrées et enquêtées. Ces données sont présentées par rapport aux personnes effectivement enquêtées et se présentent sous plusieurs aspects de la manière suivante :

##### **1- Présentation des données relatives à l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans**

Dans l'état des lieux de base, nous avons remarqué que l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans est à la base du faible taux d'utilisation des services de soins curatifs des formations sanitaires de la commune par cette cible.

L'entretien réalisé auprès des agents de santé, le personnel administratif et les membres du COGECS des formations sanitaires donne les résultats du tableau n°6.

**Tableau n°VII : Présentation des données relatives au problème spécifique n°1**

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Coût direct élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans	27	87
Coût indirect élevé des soins aux enfants de moins de 5 ans	4	13
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Source : Résultats de nos entretiens

## **2- Présentation des données relatives à la défaillance de la qualité des soins dans les formations sanitaires de la commune de Houéyogbé**

Dans les hypothèses émises, il a été retenu que la défaillance de la qualité des soins a aussi un effet négatif sur l'accessibilité aux services de soins curatifs des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé.

De l'entretien réalisé auprès des mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans le résultat se présente comme suit :

**Tableau n°VIII : Présentation des données relatives au problème spécifique n°2**

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Inadéquation du plateau technique ou Insuffisance de compétences du personnel qualifié	4	22,3
Insuffisance d'accueil ou rupture de stock de médicaments génériques	14	77,7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

*Source : résultats de nos entretiens*

## **3- Présentation des données relatives à l'existence d'obstacles socio culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans**

Il ressort de notre enquête auprès des mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans ce qui suit :

**Tableau n°IX : Présentation des données relatives au problème spécifique n°3**

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne ;	16	88,9
Efficacité de la médecine traditionnelle	2	11,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

*Source : Résultats de l'enquête*

#### **4- Présentation des données relatives au faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune**

Il ressort de notre enquête ce qui suit :

**Tableau n°X : Présentation des données relatives au problème spécifique n°4**

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Faible capacité financière de la population à payer les cotisations	23	75
Mauvaise gestion des mutuelles de santé existantes	8	25
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

*Source : Résultats de l'enquête*

La collecte de ces différentes données présente quelques limites.

#### **B- Limites des données et considérations d'ordre éthique**

A ce niveau, il est à reconnaître que toutes les données souhaitées n'ont pu être obtenues faute de disponibilité de certaines personnes retenues dans notre cible. Les considérations d'ordre éthique ont été prises en compte dans la présente étude. Les différents entretiens ont été réalisés après le consentement éclairé des personnes incluses dans l'étude. Les données recueillies ont été traitées de façon anonyme et les informations présentées ne sauraient porter préjudice à aucune personne enquêtée.

## **SECTION 2 : VERIFICATION DES HYPOTHESES ET**

### **ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC.**

Cette section permet en premier lieu d'analyser les facteurs de rétention des hypothèses formulées puis d'établir les éléments de diagnostic en un second temps.

#### **Paragraphe 1 : Analyse des données et vérification des hypothèses.**

Avant de passer à la vérification des hypothèses, l'accent sera d'abord mis sur les facteurs qui permettent de retenir ces dernières.

**A- Analyse des facteurs de rétention des hypothèses spécifiques n°1 ; n°2 ; n°3 et N°4.**

La rétention des hypothèses repose sur quatre facteurs à savoir :

**1- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°1**

Des données recueillies concernant l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans, on note un certain nombre de raisons parmi lesquelles :

le coût indirect élevé des dépenses de soins de santé aux enfants de moins de 5 ans. Il s'agit des autres dépenses de transport, de restauration, etc. qui ne sont directement imputables aux soins médicaux ou chirurgicaux prescrits à l'enfant. Les mères/gardiens d'enfants ne ressentent pas ces dépenses indirectes comme un problème. Ce coût indirect paraît supportable par la population. Mieux, la bonne couverture en infrastructure sanitaire amoindrit ce coût. Cependant, il existe encore quelques hameaux situés à plus de 5 kilomètres du centre de santé le plus proche qui dispose d'un agent qualifié ;

le coût direct élevé représente les dépenses issues du paiement direct des soins médicaux. Il s'agit des dépenses directement liées aux soins du malade. L'importance de ce coût réside dans le paiement sans autres alternatives des soins et des médicaments tel que défini par la politique en cours : l'Initiative de Bamako. Il s'agit de la participation financière des usagers, sous forme de paiement direct, en instaurant un principe de tarification des actes médicaux. L'argent en espèces est donc la denrée rare de la population qui néanmoins dispose de quelque ressource en nature pouvant lui permettre d'atteindre les centres de santé. La population craint ce paiement direct avec des ressources dont elle ne dispose pas et préfère s'exclure des soins.

C'est d'ailleurs ce qu'a confirmé MOUSSOU BOKAR SYLLA, dans sa communication intitulée « MILIANDO » qui a remarqué qu'au moins 30% de la population des aires de santé enquêtées étaient des exclus.

Par ailleurs, il ressort du tableau n°VII que 87% des personnes enquêtées ont retenu le coût élevé des dépenses de soins comme étant la cause de

l'inaccessibilité financière des mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans et 13% ont pensé que le coût indirect élevé est à la base de ce problème.

## **2- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°2**

Plusieurs raisons sont à la base de la défaillance de la qualité des soins produits au niveau de ces formations sanitaires. De nos entretiens il ressort ce qui suit :

l'insuffisance de compétence du personnel ou l'inadéquation du plateau technique : toute structure sanitaire en quête d'un bon niveau d'utilisation des soins curatifs doit un temps soit peu améliorer son plateau technique et recruter de personnel qualifié pour mener à bien les activités socio - sanitaires. Dans toute la commune les différentes formations sanitaires disposent d'agents qualifiés et de plateau technique acceptable conformément aux normes nationales.

D'autres sources plus réalistes du problème évoqué selon les enquêtés, sont sans doute l'insuffisance de l'accueil ou des ruptures de médicaments génériques. Une formation sanitaire viable et exemplaire doit avoir un ensemble de moyens nécessaires lui permettant de garantir un bon accueil et d'optimiser autant que possible sa gestion en stock de médicaments. L'accueil est capital dans la délivrance des soins de même que la disponibilité en médicaments. C'est ce qu'a révélé l'étude réalisée au Mali qui a montré que, la disponibilité en médicaments à moindre coût et en plus grande diversité a un effet positif sur l'utilisation des services de santé. L'accueil reste un élément externe de qualité perçu par les usagers.

De plus, il ressort de la présentation des données du tableau n°VIII que 1 sur 9 mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans ont retenu l'insuffisance de compétence du personnel et l'inadéquation du plateau technique, tandis que plus de 3/4 ont retenu l'insuffisance de l'accueil et des ruptures de médicaments génériques.

## **3- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°3**

De l'analyse des résultats obtenus dans le tableau n°IX il ressort que :

un sur neuf mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans ont retenu comme cause du problème relatif à l'existence des obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans, l'efficacité de la médecine traditionnelle ;

neuf sur dix de ces enquêtées ont retenu comme cause du même problème, l'insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne.

#### **4- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°4**

Des données recueillies, il ressort que 25% de tous les enquêtés ont retenu comme cause du problème relatif au faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune, la mauvaise gestion des mutuelles de santé existantes tandis que 75% ont retenu la faible capacité de la population à payer sa cotisation.

La vérification des hypothèses aboutit évidemment à des conclusions qui permettent de confirmer ou non les hypothèses de départ.

### **B- Conclusions retenues par rapport aux vérifications des hypothèses spécifiques**

Elles sont de plusieurs ordres :

#### **1- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°1**

De toutes les sources retenues par rapport à l'inaccessibilité financière aux soins, la cause la plus évidente et réelle est le **coût élevé des dépenses directes de soins effectuées par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans** car 87% des personnes entretenues ont évoqué cette cause.

La majorité ayant retenu comme cause le coût élevé des dépenses directes de soins effectués par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans, il s'ensuit que l'hypothèse spécifique n°1 reliant l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans émise plus haut est vérifiée.

#### **2- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°2**

Des analyses faites par rapport au problème de la défaillance de la qualité des soins produits au niveau de ces formations sanitaires, il ressort que plus de 3/4 des

mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans entretenues ont retenu l'insuffisance de l'accueil et la rupture de médicaments génériques.

La majorité ayant retenu ***l'insuffisance de l'accueil et la rupture de stock de médicaments génériques*** comme le facteur générateur du problème, il en résulte donc que l'hypothèse de base est vérifiée.

### **3- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°3**

De l'analyse des données collectées, il découle qu'environ neuf sur dix des mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans enquêtées ont retenu comme cause du problème relatif l'existence des obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans, ***l'insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne.***

La cause relative à l'existence des obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans qui soutient notre hypothèse n°3, ayant requis la majorité des avis, il s'ensuit que cette hypothèse est vérifiée.

### **4- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse spécifique n°4**

De toutes les sources retenues par rapport au problème relatif au faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune, 75% ont retenu des personnes entretenues affirment que cela est dû à la faible capacité de la population à payer sa cotisation

La majorité ayant retenu comme cause la faible capacité de la population à payer sa cotisation, il s'ensuit que l'hypothèse spécifique n°4 reliant le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé émise plus haut est vérifiée.

Qu'en est-il du diagnostic ?

## **Paragraphe 2 : Diagnostic établi (contenu et limites)**

Ce paragraphe concerne le contenu et les limites du diagnostic établi.

### **A- Contenu du diagnostic**

#### **1- Elément de diagnostic n°1**

*Le coût direct élevé des dépenses de soins effectuées aux enfants de moins de 5 ans justifie l'inaccessibilité financière aux services de soins curatifs dans la commune de Houéyogbé*

#### **2- Elément de diagnostic n°2**

*La défaillance de la qualité des soins est due à l'insuffisance de l'accueil et à la rupture de stock de médicaments au niveau de la commune de Houéyogbé*

#### **3- Elément de diagnostic n°3**

*L'existence d'obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne par les mères /gardiens d'enfants de moins de 5 ans est due à l'insuffisance d'informations sur son importance.*

#### **4- Elément de diagnostic n°4**

*Le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune est dû à la faible capacité financière de la population à payer les cotisations.*

### **B- Limites du diagnostic**

Suite au diagnostic établi, il est à retenir qu'en dehors des causes réelles évoquées pour l'ensemble des problèmes spécifiques abordés, d'autres maux sont encore à la base de ceux-ci comme par exemple le manque de moyens financiers, la manque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le soignant, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé, le recours à l'automédication et surtout l'asymétrie d'information entre le soignant et le soigné.

Si les déterminants socioculturels peuvent participer à l'explication du faible niveau général de fréquentation des services de santé, ils ne doivent pas pour autant

servir d'alibi. En effet, dans un même pays et dans un environnement similaire on constate des variations majeures dans la fréquentation des services de santé. Cette situation démontre la limite de la portée explicative du facteur socio-culturel. De plus, selon les différentes études menées, une variété de facteurs suivants semblent jouer un rôle important dans l'adhésion des populations cibles aux mutuelles de santé. Parmi ces facteurs on peut citer la qualité et la quantité des campagnes de sensibilisation ; la relation entre les promoteurs et la population cible ; la relation entre les membres et les prestataires de soins et la confiance dans les chances de réussite du système.



**CHAPITRE 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS  
ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.**

La finalité de tout thème de recherche est de donner des solutions adéquates pour palier aux diverses insuffisances constatées au niveau des structures concernées. Ainsi, il reviendra dans cette partie de proposer des solutions pour l'amélioration de l'accessibilité aux formations sanitaires de la commune de Houéyogbé.

## **SECTION 1 : APPROCHES DE SOLUTIONS**

Dans cette partie, il sera question de proposer des solutions aux différents problèmes spécifiques évoqués.

### **Paragraphe 1 : Approches de solutions aux problèmes n°1 et n°2**

Ces solutions concernent les deux premiers problèmes et sont abordées séparément.

#### **A- Approches de solutions au problème spécifique n°1 : l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans**

Il ressort du diagnostic établi à ce niveau que le coût élevé des dépenses de soins aux enfants de moins de 5 ans révèle l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens de ces derniers. La suppression totale ou partielle (diminution du prix des médicaments par exemple) de ces redevances aux mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans confortera à coup sûr le taux d'utilisation des services de soins curatifs. Ainsi, la mise en œuvre de la gratuité des soins à ces enfants permettra d'atteindre des résultats à la hauteur des espérances.

La gratuité des soins consiste donc à payer les soins à la place des enfants de moins de 5 ans par un tiers payant qui n'est rien d'autre que l'Etat lui-même acteur principal de la politique. Ce système consiste donc à mettre directement ou indirectement à la disposition des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé, selon un rythme prédéfini, le montant total du coût des dépenses totales des soins effectuées aux enfants de moins de 5 ans. Ce coût sera actualisé

en fonction de l'effet positif immédiat induit par cette gratuité : l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé.

C'est donc ce que confirme l'expérience burundaise, dans la province de Karuzi, et celle de DAVID Wilkinson et Coll. dans une zone rurale d'Afrique du Sud, qui ont permis d'observer *un doublement* des consultations pour les enfants de moins de 5 ans.

### **B- Approches de solutions au problème spécifique n°2 : La défaillance de la qualité des soins aux enfants de moins de 5 ans**

Le problème évoqué ici est la défaillance de la qualité des soins due à l'insuffisance de l'accueil et la rupture de stock de médicaments génériques au niveau des formations sanitaires. Pour cela, il presse de procéder au renforcement des capacités des agents de santé qualifiés ou non des formations sanitaires de la commune, à travers les recyclages et des formations continues, sur l'accueil et la gestion des stocks des médicaments génériques. L'accueil est l'art de recevoir. Cela se situe à tous les niveaux et sert à entrer en contact avec les personnes qui viennent dans votre structure sanitaire. Il sert enfin à donner une impression nette et définitive à celui qui est reçu. La gestion de stock de médicaments est le suivi régulier des entrées et des sorties du stock de médicaments en vue d'établir l'équilibre optimal. Cela permettra d'améliorer la qualité des soins au niveau de la commune.

### **Paragraphe 2 : Approches de solutions aux problèmes spécifiques n°3 et n°4**

Nous aborderons distinctement des solutions aux problèmes spécifiques n°3 et n°4.

### **A- Approches de solutions au problème spécifique n°3**

Le problème concerné par ce niveau d'étude de notre travail est l'existence des obstacles socio - culturels de recours à la médecine moderne due à l'ignorance ou l'insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne. A cet effet, il urge d'élaborer un plan de communication en matière de santé pour la commune et organiser des séances de communication pour un changement de

comportement souhaité de santé à l'endroit de la population. Cette communication va se faire avec la population et pour la population de la commune de Houéyogbé et va porter sur des thèmes spécifiques visant à montrer la place de la médecine moderne dans la prise en charge socio - sanitaire de la population. Ainsi, de bonnes connaissances sur l'importance de la médecine moderne favoriseront le recours aux soins modernes.

**B- Approches de solutions au problème spécifique n°4: faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé**

Ce problème s'explique par la faible capacité financière de la population à payer les cotisations quoique faibles réclamées par les mutuelles de santé. L'une des solutions à apporter à ce problème est de faciliter l'accès des populations au micro crédits pour leur permettre de développer des activités génératrices de revenus et les excédants à affecter aux dépenses de santé en payant directement les soins ou à travers la solidarité des mutuelles de santé. Par ailleurs, il faut augmenter le niveau de confiance de la population à ces mutuelles de santé à travers des séances d'information, d'éducation et de la communication ; faire un plaidoyer auprès des partenaires au développement pour améliorer la couverture en mutuelles de santé au niveau de la commune.

Les solutions proposées ne serviront à rien si on ne mettait pas l'accent sur leurs conditions de mise en œuvre.

**SECTION 2 : CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS**

Des solutions sont proposées aux divers problèmes évoqués sans penser à une éradication de leurs causes réelles. C'est ainsi qu'à travers les lignes suivantes, des mesures sont proposées pour asseoir un cadre idéal à la mise en œuvre des solutions proposées.

## **Paragraphe 1 : Conditions de mise en œuvre relatives aux problèmes spécifiques n°1 et 2**

### **A- Conditions de mise en œuvre relative aux problèmes spécifiques n°1**

La gratuité des soins étant la principale et meilleure alternative pour briser la barrière financière de l'accès aux services de santé, il importe donc d'analyser les conditions de mise en œuvre afin d'augurer sa réussite. Il est important de rappeler une fois encore qu'elle concerne les dépenses directes effectuées par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans malades dans les services sanitaires de Houéyogbé. La mise en œuvre de cette politique implique trois principaux acteurs dont le payeur : l'Etat à travers ses structures de finances, les prestataires : personnel de santé à travers les formations sanitaires, et les bénéficiaires que représente la population de la commune de Houéyogbé. Les diverses interactions entre ses acteurs produisent forcément des effets qui influencent sa mise en œuvre.

Plusieurs effets éventuels sont à prendre en considération selon le niveau où on se trouve par rapport aux acteurs impliqués:

#### ***Au niveau des formations sanitaires de Houéyogbé :***

Comme toute politique nouvelle, la mise en œuvre de la gratuité de soins aux enfants de moins de 5 ans au niveau de la commune de Houéyogbé a un coût. Ce coût n'est rien d'autre que la valeur monétaire de la somme des dépenses de soins pour cette cible. Il s'agit de la subvention à verser aux formations sanitaires concernées pour assurer leur bon fonctionnement y compris le coût induit par les effets éventuels de la politique.

- ***Sur le plan financier :***

La gratuité sans mesures d'accompagnement entraîne un manque à gagner sur le plan financier aux formations sanitaires de la commune déjà habituées à la politique de recouvrement des coûts. Ce vide est à combler par le pouvoir public qui en répond en vertu de sa responsabilité politique. Il s'avère nécessaire

d'estimer la valeur de la contrepartie à verser aux formations sanitaires de la commune.

Le coût moyen annuel estimé par formation sanitaire publique de la commune de Houéyogbé en dehors des effets de la politique se présente dans le tableau suivant (voir détail et mode de calcul en annexe) :

**Tableau n°IX : Présentation des dépenses moyennes annuelles aux enfants de moins de cinq ans par formation sanitaire**

<b>FORMATIONS SANITAIRES</b>	<b>COÛT MOYEN ANNUEL FCFA</b>
ADROME	3899122
AHOULOUME	567548
DAHE	1858806
DRE	929409
DAVE	697445
DJIBIO	2163283
HONHOUE	1464586
HOUYOGBE	3305755
MANONKPON	2287764
SE	3856902
TOKPA	737895
<b>TOTAL</b>	<b>21768514</b>

**Sources** : *Tableau conçu par l'étudiant*

Il ressort de ce tableau que la subvention nécessaire pour assurer la mise en oeuvre de cette politique au niveau de la commune de Houéyogbé est estimée à **21.768.514FCFA**. De ce fait, il urge que l'Etat mette à la disposition des formations sanitaires de la commune ce fonds pour garantir une bonne mise en oeuvre.

Par ailleurs, les facteurs influençant cet effet sont :

- L'augmentation du taux de fréquentation des services de santé qui entraîne une augmentation de ce coût au double du montant estimé.

- Les modalités de mise en place des fonds à la disposition des formations sanitaires. Quelle que soit la modalité (pré, per ou post paiement) choisie, tout retard dans la mise à disposition de cette ressource capitale porte préjudice au fonctionnement des formations sanitaires.

- **Sur la fréquentation des services de santé :**

La gratuité de soins provoque évidemment une augmentation voire un doublement du taux d'utilisation des services curatifs par la cible concernée. Ce même effet a été souligné par les expériences burundaise et sud africaine ci-dessus citées.

Cependant, plusieurs facteurs peuvent influencer cette augmentation. Il s'agit de :

- problème de reconnaissance de l'enfant ayant un âge limité. Ce problème se pose aussi bien à la population qu'au personnel de santé. La population étant majoritairement analphabète, ne dispose pas d'actes de naissance pour la plupart de ces enfants en vue de leur identification comme cible. De plus, aucun document fiable n'existe pour identifier ces enfants. Ainsi toute divergence sur la reconnaissance de l'enfant de moins de 5 ans est non seulement source de conflits entre le personnel de santé et la population, mais aussi la prise en compte des hors cibles influencerait à la hausse le taux de fréquentation.
- déclaration fictive de cas par les prestataires de soins
- surprescription de médicaments ou consommables médicaux de la part des prestataires de soins pour des fins privées.
- désertion des centres de santé privés et confessionnels au profit des formations sanitaires publiques entraînerait une augmentation de la fréquentation des services sanitaires publics.

Il est donc nécessaire de renforcer les activités relatives à la déclaration obligatoire des naissances démarrées au niveau de la commune ou réaliser un fichier pour les enfants de 0 à 5 ans afin de pouvoir connaître l'âge précis des enfants. Ce fichier sera actualisé dans le temps en tenant compte des nouvelles naissances (entrées) et des enfants ayant dépassé 5 ans d'âge requis (sorties). De plus l'implication du secteur privé ou confessionnel serait un atout pour la réussite de la mise en œuvre de cette politique.

- **Sur le personnel de santé (Ressources humaines):**

Une surcharge d'activité induite est évidente par l'augmentation de la fréquentation avec pour conséquence le stress et la frustration. Le personnel qui fait désormais pratiquement le double des activités quotidiennes aura besoin d'une bonne motivation et un renforcement de capacité pour la gestion des ressources et la prise en charge des cas. Par contre les agents de recouvrement seront déchargés de plusieurs de leurs activités car ne prennent plus en compte la charge supplémentaire liée aux enfants de moins de 5 ans.

**Au niveau de la population :**

La gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans brise la barrière financière et élimine la réticence des mères/gardiens d'enfants malades à se rendre au centre de santé. Elle minimise le premier retard aux soins ; optimise le recours aux soins et par ricochet réduit le taux de mortalité infanto juvénile.

Cependant, la participation soutenue de cette même population est nécessaire pour la réussite de la mise en œuvre de la politique. Il est alors important que les membres du COGECS, les élus locaux et les responsables des formations sanitaires de façon coordonnée et concertée informent, éduquent et sensibilisent les populations sur les enjeux de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans.

Par contre, des effets négatifs peuvent être observés à ce niveau. Il s'agit de :

- diminution du taux de fréquentation en soins préventifs par relâchement des populations de l'importance accordée à cet effet ;
- accroissement des naissances du fait de la gratuité des soins considérée comme une garantie pour assurer la prise en charge de l'enfant jusqu'à l'âge de cinq ans et ainsi les épargnant de toutes dépenses liées aux soins de santé.

***Au niveau de l'Etat :***

L'effet de la gratuité sur l'Etat est le bien être de la population pour le développement de la commune de Houéyogbé. Ce développement passe par une bonne mise en œuvre de cette politique au niveau de la commune qui est conditionnée par :

- ❖ une bonne source de financement (Etat et Partenaires) de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans disposant d'une garantie à moyen et à long terme ;
- ❖ une mise en place d'un système performant et permanent de financement pouvant réduire au maximum les dysfonctionnements (retard) de mise en place des fonds à la disposition des formations sanitaires.
- ❖ un renforcement des activités de déclaration de naissance enclenchée au niveau de la commune ;
- ❖ une mise en place d'un système pour l'identification des cibles ;
- ❖ un renforcement de capacités du personnel de santé sur la gestion et la prise en charge des cas ;
- ❖ une amélioration remarquable des salaires du personnel de santé ;
- ❖ une sensibilisation des populations sur les enjeux de la gratuité des soins, sur les cibles concernées, etc.

**B- Conditions de mise en œuvre relative aux problèmes spécifiques n°2**

Le but visé ici est d'améliorer la qualité des soins en agissant sur l'accueil et la disponibilité des médicaments génériques. Il est donc important que l'EEZS organise à l'intention du personnel de santé de la commune de Houéyogbé des formations/recyclages sur la notion de l'accueil, son importance dans les structures sanitaires et sur la gestion des stocks de médicaments. Il est aussi important que l'EEZS complète la liste de ses fournisseurs afin d'éviter les ruptures occasionnées par la source d'approvisionnement.

**Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre relatives aux problèmes spécifiques n°3 et n°4****A- Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°3**

Le but ici étant de surmonter les obstacles socio - culturels qui sont à la base du non recours à la médecine moderne, il est souhaitable que les responsables des formations sanitaires organisent avec toutes les structures possibles des séances d'information, d'éducation et de sensibilisation de la population de Houéyogbé sur l'importance de la médecine moderne, sa place dans la prise en charge des maladies.

**B- Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°4**

L'objectif ici étant d'améliorer le taux d'adhésion aux mutuelles de santé, il est alors important que les responsables de la zone sanitaire de Comè, les élus locaux, les membres COGECS et les responsables des formations sanitaires de la commune fassent un plaidoyer à l'endroit du gouvernement et des partenaires au développement afin de faciliter l'accès aux micro crédits pour leur permettre de développer des activités génératrices de revenu et les excédants à affecter aux dépenses de santé en payant directement les soins ou à travers la solidarité des mutuelles de santé. De plus, il faut augmenter le niveau de confiance de la population à ces mutuelles de santé à travers des séances d'information, d'éducation et de la communication ; faire un plaidoyer auprès des partenaires au développement pour améliorer la couverture en mutuelles de santé au niveau de la commune.



## **CONCLUSION**

L'amélioration du taux d'utilisation des services de santé est déterminante dans l'atteinte de l'objectif 4 des OMD qui est de réduire la mortalité infantile. C'est également une véritable préoccupation pour tous les acteurs impliqués dans le développement socio - sanitaire de notre pays.

Cette étude au niveau de la commune de Houéyogbé a permis de constater que plusieurs déterminants influent sur l'utilisation des services de soins curatifs par les mères/gardiens d'enfants de moins de cinq ans. Il s'agit de dépenses liées au paiement direct de soins, la rupture en médicaments génériques, l'insuffisance de l'accueil, l'insuffisance d'information sur l'importance de la médecine moderne et la faible capacité de la population à cotiser aux mutuelles de santé existantes.

Ces facteurs caractérisent fondamentalement la situation sanitaire dans la commune et si rien n'est fait risquent d'hypothéquer les attentes des acteurs non seulement au niveau communautaire mais aussi au niveau national et international.

Les approches de solutions retenues passent par :

- la suppression totale de la redevance sur les soins aux enfants de moins de cinq ans (Gratuité des soins) afin de briser la barrière financière ;
- le renforcement de la capacité du personnel de santé sur la gestion des stocks de médicaments génériques et consommables et sur l'accueil pour améliorer la qualité de l'offre ;
- l'Information, l'Education et la Communication sur l'importance de la médecine moderne dans la prise en charge des cas en vue d'un changement de comportement;
- la promotion des Activités Génératrices de Revenus par la facilitation à l'accès aux micros crédits et aux mutuelles de santé.

La mise en œuvre adéquate de ces approches tient compte des diverses conditions qui sont également développées dans ce travail.

Mais, cette gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans n'aura-t-elle pas des effets négatifs sur l'utilisation des services de soins préventifs (vaccination infantile, consultation d'enfants sains, etc.) au niveau de la commune de Houéyogbé ?



## **BIBLIOGRAPHIE**

**Ouvrages:**

- 1- **AUDIBERTI, M. et al. (2004)** : « *Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ?* ». CERDI, Lyon.
- 2- **BONNET, P. (2002)** : « *Le concept d'accessibilité dans le système de santé* ». GEOS, Montpellier.
- 3- **DAVID, W. et al. (2001)** : « *Effet de la suppression des redevances sur la fréquentation des services de soins de santé primaires, préventifs et curatifs, dans une zone rurale d'Afrique du Sud* ». *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (7) : 665-671.
- 4- **LORINQUER, H. (2006)** : « *Gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes au Burundi* ». MSF, Burundi.
- 5- **RIDDE, V. (2004)**: « *L'initiative de Bamako 15 après* ». Edition, HNP Discussion Paper, World Bank.
- 6- **VINARD P. (2005)**: « *Analyse de l'impact des paiements et de la gratuité sur l'accès aux soins* » <http://www.id-ong.org/sinformer/>

**Mémoires :**

- 7- **ASSOGBA, Elisée D. (2006)** : « *Contribution à l'amélioration du système de créances au centre de santé de Ménontin* ». Mémoire de fin de cycle 1 ; AHUI ; ENAM
- 8- **DJADOU, Dosseh Aglè. (2007)** : « *Comment augmenter la demande de soins des pauvres* » Mémoire on-line ; Université d'Auvergne [webmaster@memoireonline.com](mailto:webmaster@memoireonline.com).
- 9- **HOUEZO, G. (2006)** : « *Evaluation de la qualité de la relation contractuelle entre la Mutuelle de Santé zanninon wêgnivivo et le Centre de Santé de Honhoué (commune de Houéyogbé) au Bénin* ». Mémoire de Maîtrise en Santé Publique ; IRSP ; UAC.
- 10- **KOUYE, C. (2006)** : « *la problématique de financement des hôpitaux de zone après projet : cas de l'HZC* ». Mémoire de fin de cycle 1 ; AHUI ; ENAM.

**Autres documents:**

**11-** INSAE, Cahier des villages et quartiers de ville du département du Mono, **Mai 2004**

**12-** INSAE, Caractéristiques Générales de la Population, **Octobre 2003**

**13-**INSAE, RGPH TOME4 : Ménages, Conditions d'habitations et pauvreté au Bénin, **Octobre 2003**

**14-** MSP, Annuaire des statistiques sanitaires, **Année 2005**

**15-** Observatoire du Changement social, Premier Rapport Départemental sur les OMD (version provisoire), **Mai 2005**

**16-** Zone sanitaire de Comè, Bilans d'activités **(2004, 2005 et 2006)**

**17-**Programme de Développement de la commune de Houéyogbé, **2003**



**ANNEXES**

**ANNEXE N° 1 : ETAT DU PERSONNEL DE SANTE DE LA  
COMMUNE DE HOUÉYOGBÉ**

Catégories	Agents Perma nents	Contractuel d'Etat	Contractuel Mesures Sociales	Fonds Commu nautaires	Autres	Total
Médecin	1	0	0	0	0	1
Agents d'Entretien de Santé	0	0	1	3	0	4
Agents d'Hygiène	0	2	0	0	0	2
Aides soignants	0	2	13	24	1	40
Assistants des Services Financiers	1	0	1	0	0	2
Contrôleurs des Services Financiers	0	0	1	0	0	1
Conducteurs de Véhicule Administratif	0	0	2	0	0	2
Infirmiers (IDE)	2	0	4	0	0	6
Infirmiers (IS)	3	1	7	0	1	11
Sage Femme d'Etat	2	1	5	0	0	8
Secrétaires des Services Administratifs	0	0	1	0	0	1
Techniciens de Laboratoire	0	0	2	0	0	2
Autres	0	0	1	3	0	4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>38</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>85</b>

## **ANNEXE N° 2 : OUTILS DE COLLECTE**

### **GUIDE D'ENTRETIEN (AGENTS DE SANTE COMMUNE / COGECs/EEZs/DDS)**

#### **1-IDENTIFICATION :**

- Personne enquêtée
- Qualification / Structure/service

#### **2- RENSEIGNEMENT :**

*Le problème d'accessibilité des formations sanitaires se pose avec acuité au niveau de la commune de Houéyogbé. Cette situation porte préjudice à toute la population en général, mais en particulier aux enfants de moins de 5 ans.*

- **Parmi les problèmes d'accessibilité aux formations sanitaires, quels sont ceux qui se posent réellement avec gravité dans la commune ?** Accessibilité géographique (couverture en centres de santé), Accessibilité financière (manque de moyens pour payer les soins) ; Accessibilité culturelle (Non recours à la médecine moderne) ; Accessibilité du fait de la défaillance de la qualité des soins (accueil, rupture en médicaments) ; Accessibilité du fait du faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune ; autres
- **En ce qui concerne l'inaccessibilité financière, parmi les différentes dépenses effectuées par la mère/gardien d'enfants de moins de 5 ans, quelles sont celles qui créent fondamentalement de problèmes à la population ?** Dépenses directes (en espèce) des soins ou dépenses indirectes (transport, restauration, etc.). Justifier la réponse Quelle est selon vous la solution appropriée pour briser cette barrière financière
- **Dans la commune de Houéyogbé, la défaillance de la qualité des soins s'explique par :**

Insuffisance de ressources humaines qualifiées ou inadéquation du plateau technique, Insuffisance d'accueil ou rupture fréquente en médicaments génériques au niveau des formations sanitaires, autres

- **Selon vous, quelles sont les raisons (obstacles socio-culturels) qui expliquent le non recours aux formations sanitaires ?** (Insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne, Efficacité de la médecine traditionnelle, autres).
- **Selon vous, la faible adhésion de la population aux mutuelles de santé de la commune de Houéyogbé résulte principalement de quel facteur** (incapacité de la population à payer les cotisations, Mauvaise gestion des mutuelles de santé existantes)

#### **3-SOUHAITS :**

Quels sont vos souhaits pour l'amélioration effective de l'accessibilité aux services de soins curatifs de la commune de Houéyogbé ?

**Merci pour votre attention**

**QUESTIONNAIRE N° /\_\_/\_/**  
**(Mère/Gardiens d'enfants de moins de 5 ans)**

**1- IDENTIFICATION :**

NOM ET PRENOMS

DATE /\_\_/\_/ /\_\_/\_/ /\_\_/\_/

SERVICE/STRUCTURE/FONCTION

**2-RENSEIGNEMENTS :**

***Le problème d'accessibilité des formations sanitaires se pose avec acuité au niveau de la commune de Houéyogbé. Cette situation porte préjudice à toute la population en général, mais en particulier aux enfants de moins de 5 ans.***

**2-1-1/ Parmi les différents trois types suivants d'accessibilité aux formations sanitaires, cochez celui qui se pose réellement avec gravité dans la commune**

- Accessibilité géographique (couverture en centres de santé)
- Accessibilité financière (manque de moyens pour payer les soins)
- Accessibilité culturelle (Non recours à la médecine moderne)
- Accessibilité du fait de la défaillance de la qualité des soins (accueil, rupture en médicaments)
- Accessibilité du fait du faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune
- Autres.....

**2-1-2/ En ce qui concerne l'inaccessibilité financière, selon vous à quel niveau se situent les difficultés financières fondamentales par rapport au paiement des soins ?**

- Au niveau des dépenses directes (en espèce) des soins une fois au centre de santé
- Au niveau des dépenses indirectes engendrées par les soins (coût indirect, coût opportunité, etc.)
- Autres (Préciser).....

**2-1-3/ Dans la commune de Houéyogbé, la défaillance de la qualité des soins s'explique par plusieurs facteurs dont les principaux sont :**

- Insuffisance de ressources humaines qualifiées ou inadéquation du plateau technique
- Insuffisance d'accueil ou rupture fréquente en médicaments génériques au niveau des formations sanitaires
- Autres (Préciser).....

**2-1-4/ Selon vous, quelles sont les raisons (obstacles socio-culturels) qui expliquent le non recours aux formations sanitaires ?**

- Insuffisance d'informations sur l'importance de la médecine moderne
- Efficacité de la médecine traditionnelle.
- Autres (Préciser).....

**2-1-5/ Selon vous, la faible adhésion de la population aux mutuelles de santé de la commune de Houéyogbé résulte de :**

- l'incapacité de la population à payer les cotisations
- la Mauvaise gestion des mutuelles de santé existantes
- Autres (Préciser).....

**3-SOUHAITS :**

Quels sont vos souhaits pour l'amélioration effective de l'accessibilité aux services de soins curatifs de la commune de Houéyogbé ?.....

**Merci pour votre attention**

# FICHE DE DEPOUILLEMENT

SERVICE Disp /\_\_ / Mater /\_\_ /  
 NUMERO /\_\_ /\_\_ /

NOM ET PRENOMS  
 AGE DE L'ENFANT <1AN /\_\_ | 1 à 5 ANS /\_\_ |

DIAGONSTIC (cas): \_\_\_\_\_

**COUTS DES PRESTATIONS :**

1	COUT UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT TOTAL
CONSULTATION			
CARNET			
AUTRES (Préciser).....			
.....			
.....			
<b>TOTAL1</b>			

2	TYPES D'ANALYSES	COUT UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT TOTAL
ANALYSES BIO MEDICALES				
<b>TOTAL2</b>				

3	TYPES DE MEDICAMENTS	COUT UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT TOTAL
MEDICAMENTS OU CONSOM MABLES PRESCRITS				
<b>TOTAL3</b>				

4	TYPES	COUT UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT TOTAL
AUTRES ACTES MEDICAUX	INJECTION			
	PANSEMENT			
	POSE PERFUSION			
	HOSPITALISATION			
	AUTRES (Préciser)			
<b>TOTAL4</b>				

TOTAUX=T1+T2+T3+T4= \_\_\_\_\_

Merci pour votre attention

## **ANNEXE N° 3: DEPENSES MOYENNES AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS PAR FORMATIONS SANITAIRES**

### **DEMARCHE (Dispensaire)**

#### **Etape n°1 : CALCUL DE LA DEPENSE MOYENNE PAR CAS**

1. Prendre en compte rigoureusement les enfants de 0 à 5 ans
2. Remplir les fiches sur une période de 2 à 3 mois
3. Mettre correctement les montants avec les détails
4. Mettre les détails non prévus au verso de la fiche
5. Calculer les totaux sur chaque fiche
6. Regrouper les fiches par lot de même cas
7. Calculer les recettes moyennes par cas en divisant le montant global d'un lot par le nombre de cas dans chaque lot

#### **Etape n°2 : CALCUL DU COUT TOTAL DE DEPENSES ANNUELLES AUX ENFANTS DE MOINS 5 ANS**

1. Prendre en compte les années 2004, 2005 et 2006
2. Dénombrer les consultations d'enfants de 0 à 5 ans sur les trois ans
3. Compter le nombre de consultants de 0 à 5 ans par cas sur les trois ans consécutifs
4. Diviser les nombres de consultants de 0 à 5 ans par cas, par trois, pour avoir le nombre moyen annuel par cas
5. Calculer le coût de dépenses annuelles par cas en multipliant le nombre moyen annuel par cas fois la recette moyenne pour ce cas,
6. Calculer le coût total de dépenses annuelles aux enfants de moins de 5 ans,

### **DEMARCHE (Maternité)**

#### **Etape n°1 : CALCUL DE LA DEPENSE MOYENNE PAR CAS**

1. Prendre en compte rigoureusement les enfants à la naissance avant leur sortie
2. Remplir les fiches sur une période de 2 à 3 mois
3. Mettre correctement les montants avec les détails
4. Mettre les détails non prévus au verso de la fiche
5. Calculer les totaux sur chaque fiche
6. Regrouper les fiches par cas d'accouchement simple ou compliqué
7. Calculer les dépenses moyennes par cas en divisant le montant global d'un lot par le nombre de cas dans chaque lot

#### **Etape n°2 : CALCUL DU COUT TOTAL DES DEPENSES ANNUELLES AUX NOUVEAUX NES**

1. Prendre en compte les années 2004, 2005 et 2006
2. Dénombrer les accouchements sur les trois ans
3. Compter le nombre d'accouchement simple et compliqué sur les trois ans
4. Diviser le nombre d'accouchement simple ou compliqué par 3 pour avoir le nombre moyen annuel par cas d'accouchements simples ou compliqués
5. Calculer le coût de dépenses annuelles par cas en multipliant le nombre moyen annuel par cas fois la dépense moyenne chaque cas,
6. Calculer le coût total de dépenses annuelles aux enfants à la naissance.

**EXEMPLE (coût moyen annuel en FCFA pour une formation sanitaire  
« Cas du CS d' Adromè »)**

**ADROME**

Cas	An2004	An2005	An2006	tot, gén	Moy,An	coût Un,	coût/An/cas
Palu simple	1021	779	484	2284	761	785	597647
Aff,gastro ent	444	365	300	1109	370	1160	428813
IRA	253	328	308	889	296	1125	333375
Anémie	319	358	127	804	268	1080	289440
affec, diarrh	156	150	69	375	125	950	118750
dermatoses	21	53	38	112	37	905	33787
palu grave	108	101	69	278	93	3800	352133
traumatisme	27	31	31	89	30	1000	29667
aff, buc dent	11	22	24	57	19	1120	21280
aff, ocul	10	23	14	47	16	986	15447
Malnutrition	8	5	0	13	4	1550	6717
Autres affections	168	295	113	576	192	725	139200
Acch simple	434	444	510	1388	463	3050	1411133
Acch compli	26	34	28	88	29	4150	121733
<b>TOTAL</b>	<b>3006</b>	<b>2988</b>	<b>2115</b>	<b>8109</b>	<b>2703</b>	<b>0</b>	<b>3899122</b>

**RECAPITULATIF (coût moyen annuel pour toutes les formations sanitaires)**

FOSA	An2004	An2005	An2006	tot, gén	Moy,An	coût Un,	coût/An/cas
ADROME	3006	2988	2115	8109	2703	0	3899122
AHOULOUME	284	363	527	1174	391	0	567548
DAHE	1006	692	835	2533	844	0	1858806
DRE	427	487	566	1480	493	0	929409
DAVE	0	0	516	516	516	0	697445
DJIBIO	1295	1166	1271	3732	1244	0	2163283
HONHOUE	1087	1066	1020	3280	1058	0	1464586
HOUEYOGBE	1100	1007	1091	3198	1066	0	3305755
MANONKPON	1327	1201	1456	3900	1328	0	2287764
SE	2992	2900	1983	7875	2625	0	3856902
TOKPA	0	0	546	546	546	0	737895
<b>TOTAL</b>	<b>12524</b>	<b>11870</b>	<b>11926</b>	<b>36343</b>	<b>12107</b>	<b>0</b>	<b>21768514</b>



## **TABLE DES MATIERES**

## TABLE DES MATIERES

<b>DEDICACES.....</b>	iii
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	iv
<b>LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES.....</b>	v
<b>LISTES DE SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	vi
<b>GLOSSAIRE.....</b>	vii
<b>RESUME.....</b>	ix
<b>SOMMAIRE.....</b>	x
<b>INTRODUCTION.....</b>	1
<b>CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....</b>	5
<b>SECTION 1 : OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....</b>	6
Paragraphe 1 : Etats des lieux de base ou constats.....	6
A- Présentation générale de la Zone Sanitaire de Comè.....	6
1- Organisation de la Zone Sanitaire de Comè.....	7
2- Fonctionnement de la Zone Sanitaire.....	7
B- Réseau des formations sanitaires de la commune de Houéyogbé.....	9
1- Données sanitaires.....	9
2- Caractéristiques générales de la commune.....	18
Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de la résolution de la problématique choisie.....	21
A- Inventaire des éléments identifiés.....	21
1- Inventaire des atouts (forces et opportunités).....	21
2- Inventaire des problèmes (faiblesse et menaces).....	22
B- Regroupement des problèmes spécifiques par problématique et spécification de la problématique choisie.....	22
1- Regroupement des problèmes spécifiques par problématique.....	22
2- Spécification de la problématique choisie.....	24
a- Choix de la problématique et formulation du sujet.....	24
b- Spécification de la problématique choisie.....	25
<b>SECTION 2 : LES OBJECTIFS DE L'ETUDE ET LA METHODOLOGIE ADOPTEE. ....</b>	26
Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revues et revue de la littérature.....	26
A- Objectifs et hypothèses de l'étude.....	26
1- Objectifs.....	26
2- Causes et hypothèses liées aux problèmes en résolution.....	27
B- Revue de littérature.....	32

1- Clarification des concepts.....	32
2- Contribution des auteurs par rapport aux problèmes identifiés.....	32
a- Contribution au problème général : Accès aux services sanitaires et la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de 5 ans.....	32
b- Contributions aux problèmes spécifiques.....	35
Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude : approches théoriques et approches empiriques.....	39
A- Approches théoriques retenues.....	39
1- Approche théorique liée à la faible accessibilité financière aux soins par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans.....	39
a- Normes d'amélioration.....	39
b- Outils d'analyse de données : seuil de décision.....	39
2- Approche théorique liée à la défaillance de la qualité des soins dans les formations sanitaires de la commune de Houéyogbé.....	40
a- Norme d'amélioration.....	40
b- Outils d'analyse des données seuil de décision.....	40
3- Approche théorique liée aux obstacles socio-culturels de recours à la médecine moderne.....	40
a- Norme d'amélioration.....	40
b- Outils d'analyse des données seuil de décision.....	41
4- Approche théorique liée au faible taux d'adhésion des mutuelles de santé.....	41
a- Normes d'amélioration.....	41
b- Outils d'analyse des données seuil de décision.....	41
B- Approche empirique.....	42
1- Buts visés par l'enquête et choix de la population mère.....	42
a- Buts de l'enquête.....	42
b- Identification de la population mère et nature de l'enquête.....	42
2- Du ciblage de l'échantillonnage à la présentation des données.....	43
a- Echantillonnage, techniques et outils de collecte des données.....	43
b- Outils de présentation des données.....	44
<b>CHAPITRE 1 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES.....</b>	<b>45</b>
<b>SECTION 1 : COLLECTE ET PRESENTATION DES DONNEES.....</b>	<b>46</b>
Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte.....	46
A- Présentation de la collecte.....	46
B- Réalisation de la collecte.....	46
Paragraphe 2 : Présentation et limite des données.....	47
A - Présentation des données collectées.....	47
1-Présentation des données relatives à l'inaccessibilité financière aux	

soins par les mères/ gardiens d'enfants de moins de 5 ans.....	47
2- Présentation des données relatives à la défaillance de la qualité des soins dans les formations sanitaires de la commune de Houéyogbé.....	48
3- Présentation des données relatives à l'existence d'obstacles socio culturels de recours à la médecine moderne par les mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans.....	48
4- Présentation des données relatives au faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé de la commune de Houéyogbé.....	49
B- Limites des données et considérations d'ordre éthique.....	49
<b>SECTION 2 : VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC.....</b>	<b>49</b>
Paragraphe 1 : Analyse des données et vérification des hypothèses.....	49
A- Analyse des facteurs de rétention des hypothèses spécifiques n°1 ; n° 2 ; n°3 et n°4.....	50
1- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°1.....	50
2- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°2.....	51
3- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°3.....	51
4- Facteurs de rétention de l'hypothèse spécifique n°4.....	52
B- Conclusions retenues par rapport aux vérifications des hypothèses spécifiques.....	52
1- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse n°1.....	52
2- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse n°2.....	52
3- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse n°3.....	53
4- Conclusion liée à la vérification de l'hypothèse n°4.....	53
Paragraphe 2 : Diagnostic établi (contenu et limites).....	54
A- Contenu du diagnostic.....	54
1- Elément de diagnostic n°1.....	54
2- Elément de diagnostic n°2.....	54
3- Elément de diagnostic n°3.....	54
4- Elément de diagnostic n°4.....	54
B- Limite du diagnostic.....	54
<b>CHAPITRE 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.....</b>	<b>56</b>
<b>SECTION 1 : APPROCHES DE SOLUTIONS.....</b>	<b>57</b>
Paragraphe 1: Approches de solutions aux problèmes n°1 et n°2.....	57
A- Approches de solutions au problème spécifique n°1 :l'inaccessibilité financière aux soins par les mères / gardiens d'enfants de moins de 5 ans.....	57
B- Approches de solutions au problème spécifique n°2 : la défaillance de la qualité des soins aux enfants de moins de 5 ans.....	58

Paragraphe 2 : Approches de solutions aux problèmes spécifiques n° 3 et n° 4.....	58
A- Approches de solutions au problème spécifique n°3.....	58
B- Approches de solutions au problème spécifique n°4 : faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé.....	59
<b>SECTION 2 : CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....</b>	<b>59</b>
Paragraphe 1 : Conditions de mise en œuvre relative aux problèmes spécifiques n°1 et 2.....	60
A- Conditions de mise en œuvre relative aux problèmes spécifiques n°1.....	60
B- Conditions de mise en œuvre relative aux problèmes spécifiques n°2.....	65
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre relative aux problèmes spécifiques n°3 et 4.....	65
A- Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°3.....	65
B- Conditions de mise en œuvre relative au problème spécifique n°4.....	65
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>66</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>ANNEXES</b>	
<b>TABLES DES MATIERES</b>	