



## **Sommaire**

Dédicace.....	3
Sigles et acronymes.....	4
Remerciements.....	5
Résumé.....	6
Abstract.....	6
Introduction.....	8

### **CHAPITRE I**

#### **REVUE DE LITTERATURE, CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET PROBLEMATIQUE**

1.1. Revue de littérature.....	10
1.2. Clarification conceptuelle.....	13
1.3. Problématique.....	18

### **CHAPITRE II**

#### **CADRE D'ETUDE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE**

2.1. Présentation de la Commune de Ouidah.....	23
2.2. Démarche méthodologique.....	31

### **CHAPITRE III**

#### **ANALYSE DES DETERMINANTS DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DANS LA COMMUNE DE OUIDAH**

3.1. Disponibilité des infrastructures sanitaires.....	36
3.2. Accessibilité aux soins.....	50
3.3. Capacité financière.....	56
3.4. Commodité.....	59
4.5. Suggestions.....	64
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	73
Webographie.....	80
Liste des figures, planches et photos.....	81
Liste des tableaux.....	81
Annexes.....	83
Table des matières.....	90

## **Dédicace**

A :

- ❖ mon épouse : Jeanne d'Arc pour ta compréhension et ton appui ;
- ❖ mes enfants : Marie-Majeure Enikpa-Mawu et Marie-Fiat Gbèliho afin que ce travail soit pour vous, un exemple de courage et de persévérance et vous serve de source d'inspiration dans toutes vos entreprises.

## **Sigles et acronymes**

<b>CADZ</b>	: Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
<b>CCS</b>	: Complexe Communal de Santé
<b>CDT</b>	: Centre de Dépistage et de traitement de la Tuberculose
<b>CHD</b>	: Centre Hospitalier Départemental
<b>CNHU</b>	: Centre National Hospitalier et Universitaire
<b>COGEC</b>	: Comité de Gestion Communal
<b>CPN</b>	: Consultation Pré Natale
<b>CS</b>	: Centre de Santé
<b>CSA</b>	: Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSSP</b>	: Centre de Santé de Sous-préfecture
<b>DDSP</b>	: Direction Départementale de la Santé Publique
<b>DPP</b>	: Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le VIH/Sida
<b>EEZS</b>	: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
<b>FAP</b>	: Femme en Age de Procréer
<b>FLASH</b>	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
<b>FNUAP</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>HZ</b>	: Hôpital de Zone
<b>IDE</b>	: Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IB</b>	: Infirmier Breveté
<b>IEC</b>	: Information, Education et Communication
<b>INSAE</b>	: Institut National des Statistiques et d'Analyse Economique
<b>IRSP</b>	: Institut Régional Pour la Santé Publique
<b>IS</b>	: Infirmier de Santé
<b>MDE</b>	: Médecin Diplômé d'Etat
<b>MDPE</b>	: Médecin Pédiatre
<b>MDSP</b>	: Médecin Santé Publique
<b>MSP</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>MST</b>	: Maladie Sexuellement Transmissible
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PDC</b>	: Plan de Développement Communal
<b>PDSS</b>	: Projet de Développement des Services de Santé
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
<b>SEPD</b>	: Service des Etudes Planification et Documentation
<b>SFE</b>	: Sage-femme d'Etat
<b>SMI</b>	: Santé Maternelle et Infantile
<b>SNIGS</b>	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
<b>SPPS</b>	: Service de Promotion et de Protection Sanitaire
<b>SS/BZS</b>	: Service Statistique/ Bureau de Zone Sanitaire
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaires
<b>TL</b>	: Technicien de Laboratoire
<b>TR</b>	: Technicien Radiologue
<b>TSR</b>	: Technicien Supérieur en Radiologie
<b>UAC</b>	: Université d'Abomey-Calavi
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UVS</b>	: Unité Villageoise de Santé

## Remerciements

Ce travail ne serait effectif sans la contribution et le soutien de plusieurs personnes auxquelles je voudrais ici témoigner toute ma reconnaissance sachant que ces quelques lignes ne sauraient résumer le rôle combien important qu'elles ont eu à jouer dans la réalisation de ce document. J'adresse mes remerciements :

- à mon Directeur de mémoire, Monsieur HOUSSOU S. Christophe, Professeur Titulaire, DGAT/FLASH/UAC. Vous avez, malgré vos multiples et lourdes occupations, accepté de diriger ce mémoire. Vos sages conseils et votre grande disponibilité m'ont été très utiles ;
- au Docteur OGOUWALE Euloge, Maître de Conférences au DGAT/FLASH/UAC. Votre soutien pendant la réalisation de ce travail m'a été d'une grande utilité. Merci pour le partage des connaissances et des expériences ;
- au Docteur AZONHE Thierry, Maître-Assistant au DGAT pour votre attention soutenue lors de la réalisation de ce document ;
- au Docteur TCHAOU Gabin, merci pour votre disponibilité et vos conseils ;
- à Monsieur AÏTCHEOU Alfred, Doctorant, merci pour la fraternité dont vous avez fait preuve dans la réalisation de ce travail ;
- à Monsieur KAKPOVI K. Edouard pour votre contribution ;
- aux éminents membres du jury qui avez consacré votre précieux temps à l'appréciation de ce mémoire ;
- à tous mes collègues, amis et parents qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce travail.

Sincères gratitudees à tous.

## **Résumé**

Des mesures d'accompagnement de la volonté de l'OMS, c'est-à-dire « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » ratifiée par la République du Bénin depuis 1978 n'ont pas été mises en place en matière de politique sanitaire notamment dans la Commune de Ouidah. Cette recherche examine l'application de la décision de l'OMS prise à Alma-Ata en 1978 relative à la mise à disposition des soins de santé primaires aux populations vivant dans la Commune de Ouidah.

La démarche méthodologique utilisée pour cette étude descriptive est basée sur la collecte de données, leur traitement et l'analyse des résultats. La population d'étude est constituée de ménages, des personnes ressources et des agents de santé soit 217 personnes enquêtées. Les focus-group, des observations directes et participatives, des questionnaires, un appareil photo numérique, un GPS constituent les techniques et outils de collecte de données utilisés.

D'une manière générale, les infrastructures sanitaires sont érigées dans les arrondissements urbains ou dans la ville de Ouidah et représentent ainsi les différents niveaux de soins. Les facteurs comme la disponibilité, l'accessibilité géographique, la capacité financière et la commodité conditionnent l'accès aux soins de santé. Quarante pour cent (40 %) des enquêtés parcourent une distance moyenne de 1,5 km avant d'aller dans un centre de santé public. Les 60 % font une distance moyenne de 5 km. Soixante-et-un pour cent (61 %) des personnes interrogées ont fait savoir leur indignation à propos de l'accueil. Sept pour cent (7 %) ont affirmé que les considérations socioculturelles influencent beaucoup leur choix thérapeutique face à certaines maladies où les prières (chrétiennes ou musulmanes) et les pratiques traditionnelles (animistes) s'avèrent parfois efficaces. Trente-deux pour cent (32 %) des personnes interrogées ont souligné l'incapacité du personnel soignant à les traiter convenablement. Jusqu'en 2010, on ne dénombre que 2 médecins, 5 infirmiers, 15 sages-femmes dans la Commune de Ouidah ce qui est en déphasage avec les normes de l'OMS. Des stratégies ont été proposées à l'endroit des différents acteurs pour juguler ces difficultés qui entravent encore l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah.

**Mots clés :** Commune de Ouidah, soins de santé primaires, déterminants, variables.

## **Abstract**

Accompanying measures of the WHO will, that is to say, "Health for All by the Year 2000" ratified by the Republic of Benin since 1978 have not been implemented in health policy particularly in the Commune of Ouidah. This research examines the implementation of the decision taken at the WHO Alma-Ata in 1978 on the provision of primary health care to people living in the Commune of Ouidah.

The methodology used for this descriptive study is based on data collection, processing and analysis of results. The study population consists of households, people resources and health workers is 217 people surveyed. The focus group, direct and participatory observations, questionnaires, a digital camera, a GPS are the techniques and data collection tools.

In general, health infrastructures are erected in urban districts or in the city of Ouidah and thus represent the different levels of care. Factors such as availability, geographical accessibility, affordability and convenience affect access to health care. Forty percent (40 %) of respondents traveled an average distance of 1.5 km before going to a public health center. 60

% have an average distance of 5 km. Seventy-one percent (61 %) of respondents indicated that their indignation about the reception. Seven percent (7 %) said that the socio-cultural considerations greatly influence their choice of treatment for certain diseases where prayers (Christian or Muslim) and traditional (animistic) may be effective. Thirty-two percent (32 %) of respondents highlighted the inability of medical staff to treat them properly. Until 2010, there are only two doctors, five nurses, 15 midwives in the Commune of Ouidah which is out of phase with the WHO standards. Strategies have been proposed to the location of the various actors to eradicate these difficulties that still hinder access to health care in the Commune of Ouidah.

**Keywords:** Commune of Ouidah, primary health care, determinants variables.

## **Introduction**

Après le lancement de la stratégie mondiale « Santé pour tous », impulsée par la conférence internationale, sur les soins de santé primaires organisée en 1978 à Alma-Ata (Kazakhstan : Etat d'Asie centrale qui fut jusqu'en 1991, l'une des Républiques fédérées de l'URSS), des progrès considérables ont été observés en ce qui concerne l'accès aux soins.

La République du Bénin, dans le souci de mettre en application cette volonté de l'OMS, C'est-à-dire « Santé pour tous » en l'an 2000, a mis en place un certain nombre d'infrastructures sanitaires dans ses différentes Communes en vue de permettre aux populations l'accès aux soins primaires, notamment dans la Commune de Ouidah.

Cependant, la volonté émise à Alma-Ata par l'OMS à savoir santé pour tous en l'an 2000 ne signifiait pas que, dans 20 ans, tout le monde serait en bonne santé et que les principales maladies seraient éradiquées ou réduites. Il s'agissait plutôt de promouvoir l'accès aux soins pour tous à l'horizon 2000 : chaque individu pourrait consulter un professionnel de santé ou une structure de soins.

Le problème de santé demeure encore une préoccupation essentielle car pour assurer le développement aussi bien économique, culturel que social de toute nation, il s'avère nécessaire que les conditions de vie des populations concernées soient améliorées en relevant le niveau de leur état de santé (Todégnon et Tossou, 2000).

Selon Affane (2006), l'insuffisance dans la mise en œuvre des activités de soins peut être source d'intensification des pathologies.

Au Bénin, le décret N° 94-145 mai 1994 stipule que la politique définie par le Gouvernement en matière de santé engage le Ministère de la Santé Publique (MSP) à initier l'action sanitaire, à planifier son organisation et à coordonner et contrôler la mise en œuvre des activités qui en découlent.

Le Bénin a adopté un ensemble de stratégies favorisant l'accès aux soins de santé primaires incluant la santé de la reproduction (FNUAP, 2001).

Plus récemment, le sommet Mondial sur le développement social tenu à Copenhague en 1995 a servi de cadre de référence pour la mise en œuvre de stratégies visant l'accès universel aux services sociaux de base en vue de garantir aux populations (à court, moyen et long terme), la jouissance du bien-être.

Woromogo (2003), estime que le maintien et l'amélioration de la qualité des soins voire de la qualité du personnel réservent une bonne santé aux populations tandis que pour Kifouly (1991), l'inaccessibilité financière des populations est source du faible taux de fréquentation des soins de santé.

Cette étude est structurée en trois chapitres. Le premier chapitre est consacré à la revue de littérature, à la clarification conceptuelle et à la problématique. Le deuxième chapitre expose le cadre d'étude et la démarche méthodologique. Le troisième chapitre analyse les déterminants de l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah.

## **CHAPITRE I : REVUE DE LITTERATURE, CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET PROBLEMATIQUE**

Le présent chapitre expose la synthèse de la littérature ayant traité de la problématique de l'accès aux soins de santé, la définition de quelques concepts clés, la problématique de ce mémoire et la démarche méthodologique.

### **1.1. Revue de littérature**

Cette section fait le point des différents travaux et recherches menés et qui ont abordé la question de l'accès aux soins de santé.

Le Système d'Information Géographique (SIG) permet de spatialiser les informations. Ainsi plusieurs cartes thématiques sont réalisées en fonction des besoins ou objets de recherche ou d'étude. De telles informations, lorsqu'elles apparaissent ensemble sur une même carte, constituent un excellent outil de gestion d'analyse et de suivi pour les responsables de la santé (Todégnon et Tossou, 2000).

De même, Gruenais (2001) estime que l'observation du paysage urbain, les infrastructures d'assainissement, le profil épidémiologique et la couverture sanitaire nécessitent une contribution et une participation de la communauté locale pour éradiquer certaines maladies liées à l'environnement.

Après avoir noté une disparité dans la répartition des infrastructures sanitaires et dans le personnel soignant dans la Commune d'Abomey, Dosseh (2013) analyse l'accès aux soins de santé. Elle révèle que l'adoption de mesures préventives par les ménages et la faible fréquentation ou la réticence dans l'utilisation des services sanitaires sont dues à la distance non négligeable qui sépare les services sanitaires des usagers et qui varie d'un arrondissement à un autre. Cette faible utilisation des services de santé se justifie aussi selon elle, par

le coût élevé des prestations et l'incapacité de la plupart des populations à supporter ce coût.

Gnimadi (1994), a présenté une répartition des facteurs géographiques et des affections épidémiques rencontrées dans la Commune d'Allada. Il a ensuite analysé le traitement des affections et leur implication socio-économique.

Selon Onigbon (1990), l'insalubrité du cadre de vie affecte la santé des enfants en milieu scolaire. En effet, les maladies diarrhéiques, le paludisme et les infections respiratoires aiguës trouvent leur origine dans l'insalubrité du milieu de vie des populations et la mauvaise gestion des déchets solides et liquides (Mahougnon, 2007). Pour renchérir, Ba (2000) affirme que l'apparition des affections dépend de la qualité de l'environnement dans lequel vivent les populations.

Selon OMS (2000), il est enregistré environ 400.500 millions de cas de paludisme et plus d'un million de personnes en meurent chaque année, surtout les enfants de 0.5ans en Afrique.

Abondant dans le même sens, Assouma (2006), expliquent que la survenue d'une maladie est due à plusieurs facteurs dont la croissance démographique. Ils ont aussi ajouté que l'apparition des résistances thérapeutiques et les échecs des politiques et stratégies nationales dans le domaine de la santé sont causés par la détérioration des infrastructures sanitaires.

L'environnement est l'un des grands déterminants de l'état de santé d'une population à côté des facteurs génétiques, les comportements individuels et la qualité des soins médicaux (Houngnihin, 2000). De ce fait, les maladies dont souffre l'homme ne sont rien d'autres que les résultats de ses actions sur l'environnement (Orékan, 2000).

Les trois principaux facteurs dans le choix des services de santé à savoir : l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière et la qualité des soins offerts conditionnent la santé de l'homme suite à une mauvaise gestion de son environnement (Koné, 2005). En effet, Hadad et Fournier (1995) estiment que le coût élevé des prestations dans les établissements hospitaliers, la forte dépense vis-à-vis de l'extérieur en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels et l'insuffisance de personnel sont les grands défis auxquels sont confrontés les systèmes sanitaires.

L'OMS (1994) montre que face au phénomène urbain actuel, les autorités sanitaires ne doivent plus se contenter uniquement de fournir des services de santé mais d'assurer l'assainissement et de contribuer à l'hygiène de l'environnement.

Adamou (1996) estime que dans le cadre de la revitalisation des soins de santé primaires par l'initiative de Bamako en 1987, le recouvrement des coûts a pu être généralisé sur tout le territoire de la République du Bénin. Cette approche vise à améliorer la couverture des soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs. Elle assure la pérennité du service à travers une participation communautaire au financement et à la gestion des centres de santé. En ce qui concerne Bagoura (1997), trois principaux facteurs conditionnent le patient dans le choix d'utiliser ou non les services de santé. Il s'agit de l'accessibilité géographique, de l'accessibilité financière et de la qualité de l'offre de soins perçue par l'utilisateur. Aussi, préoccupés par le service auquel les populations ont recours dans les centres de santé, Richard (2001), a mené une étude sur les déterminants de la qualité des soins dans lesdites formations ; il estime que la qualification des agents et des responsables est à considérer en premier ressort. En ce qui concerne Haddad *et al.* (2004), ils expliquent qu'au-delà des problèmes d'accessibilité géographique et financière, se posent les problèmes

d'accessibilité socioculturelle et fonctionnelle qui participent eux aussi au dysfonctionnement du système sanitaire périphérique.

En somme, la revue de la littérature a permis de cerner davantage les concepts clés et les contours du sujet.

## **1.2. Clarification des concepts**

Pour une meilleure compréhension et exploitation de ce document, certains concepts méritent d'être clarifiés.

- **Acceptabilité**

L'acceptabilité est la capacité des patients à surmonter les barrières socioculturelles qui empêchent l'utilisation des services et soins de santé (Tchaou, 2013). Un centre de santé peut être plus accessible qu'un autre en raison de son affiliation religieuse, de la présence d'un proche parent parmi les employés, gage d'un meilleur accueil ou de parents non loin du centre de santé, ce qui facilite l'hébergement de la pension des accompagnateurs (Egundjobi, 1983). C'est également, la capacité pour les utilisateurs et consommateurs des services de soins de santé d'apprécier la qualité des services et/ou soins, de même que la qualité et le professionnalisme du personnel soignant. Le recours exprime aussi la facilité de contact d'un patient ou utilisateur potentiel avec le système de santé. Dans le cadre de cette recherche, l'acceptabilité désigne les conditions favorables d'ordre économique et socio-culturel que présente un centre de santé et qui encourage à l'origine les patients à y venir.

- **Aménagement du territoire**

Selon Alvergne et Tautelle (2002), l'aménagement du territoire vise à organiser le développement des activités sociales et économiques de manière à satisfaire les besoins des populations et à préserver durablement l'environnement naturel. Dans le cadre de cette recherche, le terme aménagement du territoire désigne toute démarche pouvant aboutir au bien-être des populations au plan sanitaire.

Ainsi, la croissance de la population fait appel à des besoins sociaux surtout à la santé de cette dernière qu'il faut préserver afin qu'elle participe de façon efficiente au développement durable.

- **Analyse spatiale**

L'analyse spatiale s'intéresse à la répartition, à la distribution des infrastructures sanitaires en fonction des concentrations humaines. Elle se préoccupe de l'existence, de la disponibilité de ces infrastructures sanitaires fonctionnelles au regard de la taille de la population desservie et ceci en comparaison des normes fixées par l'OMS en la matière. Elle permet de mesurer l'aire d'attraction réelle des services, des soins délivrés par les infrastructures sanitaires existantes définies par les lieux de provenance des patients, utilisateurs des services et leur aire d'attraction théorique définie par le système sanitaire.

Pour Lacoste (2002), dans la géographie comportementaliste, l'influence de la distance varie en fonction de l'utilité que la personne attribue au lieu vers lequel elle se déplace. Le choix en matière d'utilisation des services, des soins de santé n'est pas toujours celui du service le plus proche. Il est basé sur le principe de « l'utilité-attraction ».

Quant à Salem (1998), il conclut que l'offre de service de soins reflète des logiques spatiales distinctes et différents jeux de pouvoir. Les dynamiques qui les sous-tendent ont contribué à l'émergence de disparité socio-spatiale de santé. Souligné à maintes reprises, ce constat d'une inégale répartition des structures sanitaires renvoie aux conséquences de ces processus sociaux et spatiaux sur l'accès aux soins des populations.

- **Dynamique**

Selon le dictionnaire Le Robert (2002), le mot dynamique est l'ensemble des forces en interaction ou en opposition dans un système ou un phénomène. La dynamique est l'ensemble des mouvements d'une population qui détermine son

évolution. Elle induit des notions comme le temps, l'espace et les changements spatiaux qui varient en fonction des différentes forces et mouvements dans l'espace considérés (Picheral, 2001). Ce terme exprime également les relations en les forces dans un ou des système(s) sur le(s)quel(s), ces forces agissent ou interagissent.

- **Dynamique de population**

Elle exprime les différents mouvements et ou variations (croissances ou régressions d'une population et les facteurs explicatifs) qu'une population d'un milieu donné connaît au cours d'une période donnée. Ces facteurs explicatifs sont essentiellement : les mouvements naturels que sont la natalité, la mortalité, la croissance naturelle, les mouvements migratoires que sont les migrations, les immigrations, le solde migratoire (Pressat, 1969 ; Picheral, 2001).

Dans le cadre de cette recherche, la dynamique de population exprime l'évolution de la population, la distribution de la population dans la zone sanitaire, l'impact que la croissance de la population a sur les infrastructures sanitaires publiques disponibles dans la zone sanitaire et le recours aux soins de santé modernes.

- **Education sanitaire**

C'est l'ensemble des moyens, des informations, des méthodes mises à la disposition des individus pour les aider à modifier leur comportement néfaste à la santé. Elle doit être faite par les assistants sociaux, les techniciens d'hygiène et d'assainissement (Picheral, 2001) et aussi par les agents de santé. Mais ceux-ci n'existent pratiquement plus dans les formations sanitaires publiques de la zone sanitaire. Dans le cadre de cette recherche, l'éducation sanitaire s'entend par les sensibilisations effectuées par les acteurs de santé aux populations en vue de permettre l'amélioration de leurs conditions d'hygiène.

- **Equipement**

Il s'agit de l'ensemble de matériel nécessaire à une activité. Il concerne la disponibilité au sein des locaux de travail du matériel médico-technique ; des moyens de déplacement pour le personnel, d'une ambulance, de logement pour le personnel et de médicaments essentiels (Picheral, 2001). Dans le cadre de cette recherche, ce terme désigne les outils et matériels de travail des agents de santé.

- **Santé**

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité (OMS, 2000). Elle est aussi l'élément de base du développement. "La santé est une liberté de base, la première des libertés de l'homme, celle qui lui offre l'accès aux autres libertés, celles de conduire et gérer lui-même sa propre destinée mais, bien sûr dans le cas du respect des règles de sa société et de sa culture" (Tchaou, 2008). La promotion et la protection de la santé doivent être plus au cœur de toute politique de développement, la maladie étant un handicap pour l'individu, pour la famille, pour la communauté. La santé est une composante clé de l'économie et du développement. En effet, la quantité, la qualité et la productivité de la main-d'œuvre dépendent de la santé des individus, d'une économie saine, qui améliore les ressources des ménages et de l'Etat, favorise les investissements dans le secteur de la santé et aussi dans les secteurs ayant un impact sur la santé (nutrition, assainissement, logement, éducation, approvisionnement en eau potable, etc.). La santé pour tous signifie que les soins essentiels seront accessibles pour tous sous une forme acceptable avec leur pleine participation et que les ressources pour la santé seront équitablement réparties.

- **Services**

Ensemble de prestations offertes pour apporter satisfaction au client. Il s'agit :

- de la consultation médicale ;
- des soins infirmiers ;
- des activités d'hygiène et d'assainissement ;
- de la vaccination ;
- de la consultation prénatale ;
- de l'accouchement assisté ;
- des activités de promotion de la santé.

- **Systeme de santé**

Un système de santé est défini par l'organisation mondiale de la santé comme l'ensemble des organisations, des dispositions mises en place, des institutions et des ressources qui concourent à l'amélioration de la santé des populations (OMS, 2000). Il résulte surtout de la volonté des pouvoirs exécutifs et législatifs pour créer un cadre, un environnement pour maintenir et améliorer l'état de santé des populations. Le système de santé émane des pouvoirs publics d'un Etat mais également des partenaires de ces états qui les appuient pour la mise en œuvre de solution pour agir en vue de l'amélioration de la santé des populations. L'étude d'un système de santé sous-entend ou intègre plusieurs paramètres dont les plus importants sont d'ordre économique, culturel, social, géographique, mais surtout politique etc. qui sont susceptibles d'influencer la santé d'une population. C'est dire donc que l'étude du système de santé est pluridisciplinaire. Ainsi, « la recherche sur les systèmes de santé ne s'arrête pas uniquement à une définition strictement biomédicale, mais s'oriente vers les sciences humaines et sociales en privilégiant les aspects comportementaux, sociaux, institutionnels et culturels du système de santé et de ses acteurs » (Grodos et Mercier, 2000).

- **Système de soins**

Le système de soins est l'ensemble des personnes et des ressources qui participent à la prestation de service de soins de santé. Il est donc plus réducteur que le système de santé mais est une de ses composantes essentielles. L'étude d'un système de soins passe par l'analyse des caractéristiques et de l'organisation de la distribution des soins, des services de santé d'un point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial (Phillips, 1990 ; Fassin *et al.*, 1991). Le système de soins intègre également la disponibilité des médicaments. Dans ce cas, le système des soins s'intéresse à la distribution des officines pharmaceutiques dans un espace donné car l'accès aux médicaments surtout essentiels sous nom générique est un maillon important dans l'analyse de recours au service de soins de santé dans un espace géographique.

### **1.3. Problématique**

La problématique comprend la justification du sujet, les hypothèses de travail et les objectifs de recherche.

#### **1.3.1. Justification du sujet**

Dans les pays en développement, la santé des populations est due aussi bien à la qualité du personnel et du matériel sanitaire dans les centres de santé, à l'hygiène et l'assainissement, au cadre de vie et leur comportement face à leur milieu de vie (Koumalon, 2012). En effet, la faible fréquentation des services de santé est due à l'état défectueux des infrastructures et des équipements ainsi que la faible qualité des services fournis : l'accueil, le respect des normes diagnostiques et thérapeutiques, etc. (UNICEF, 1996). Or, la participation communautaire est indispensable à la pérennité des services de santé, car elle favorise le recouvrement des coûts grâce à une politique de financement basée sur la cession des médicaments essentiels à des prix abordables pour la communauté (Waty, 1993).

Selon Todégnon et Tossou, (2000), il est demandé aux pays en développement d'intégrer le volet santé dans leurs activités de coopération. Ainsi, la santé et le développement économique sont étroitement liés et font partie intégrante des priorités de la coopération internationale. Aujourd'hui, la résolution des problèmes de santé n'est plus le seul domaine des médecins et agents de santé. En effet, les enfants constituent la couche la plus vulnérable aux pathologies telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques (Koutchika, 2006).

La recommandation de l'OMS selon laquelle 10 % des budgets des pays doivent être alloués à la santé et orientés surtout vers les populations des zones rurales qui doivent être les véritables bénéficiaires, constitue le but du plan stratégique national 2009.2018.

Dans la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP, 2007), le gouvernement du Bénin, dans sa décision d'œuvrer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), a renouvelé son engagement de mettre en œuvre des politiques publiques nécessaires pour la lutte contre le VIH/SIDA et les autres maladies.

De même, l'incidence de la tuberculose connaît une évolution à la hausse depuis l'apparition du VIH/SIDA puisqu'elle en est une des maladies opportunistes. (SCRP, 2007).

Au Bénin, l'insuffisance des moyens financiers de l'Etat et le faible pouvoir d'achat des citoyens sont très notoires. Le budget alloué à la santé et à la protection sociale est toujours insuffisant. Les montants alloués à la santé dans le budget national depuis les cinq dernières années sont insuffisants pour la santé de chaque Béninois par an. Or, ce montant est davantage réduit en milieu rural comme dans la Commune de Ouidah en raison de la concentration des ressources en milieu urbain (MSP, 1998).

Yahouédéou (1992) démontre qu'une bonne organisation des soins de santé destinés à la population est un facteur nécessaire, même indispensable au succès du personnel soignant dans les hôpitaux publics. Or, une bonne santé est nécessaire pour le développement.

Brahim (1996) fait savoir que le mauvais traitement du personnel soignant est un facteur d'échec aux soins de qualité car ces derniers démotivés n'arrivent plus à s'acquitter convenablement de leur mission.

Pour Nabiliou (1999), la fréquence du paludisme grave est plus élevée en zone périurbaine qu'en zone urbaine à cause du faible niveau socio-économique des ménages ruraux. Il a montré que si la plupart des ménages arrivent à couvrir leurs besoins avec le revenu de leurs principales activités, il existe une partie de la population qui paraît exclue de l'utilisation des prestations des soins curatifs à cause du paiement des coûts à travers la mobilisation du financement communautaire.

Pour Akono (2000), la viabilité d'une zone sanitaire dépend de son niveau « d'opérationnalité », de son niveau de fonctionnalité et de sa durabilité.

Selon Codjia (2004), la mise en œuvre des zones sanitaires au Bénin suscite beaucoup d'interrogation et de curiosité. Pour lui, le problème de fonctionnalité se pose au niveau de l'interaction entre les institutions sanitaires. Le même auteur décrit l'insuffisance du système d'information, la faible fonctionnalité du premier niveau de référence.

Selon Guèdègbé (2000), la mise en place du système crédit-épargne facilite beaucoup l'accessibilité financière aux soins de santé primaire au sein des populations de Pahou.

Pour améliorer l'état de santé des populations de la Commune de Ouidah, il s'avère nécessaire que des études pluridisciplinaires soient entreprises car, dans ce domaine aucun apport ne sera de trop.

Ces constats susmentionnés suscitent les interrogations suivantes :

- Quelle est la répartition des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah entre 1980 et 2010 ?
- A quel rythme évolue le personnel soignant par rapport à l'accroissement de la population dans la Commune de Ouidah de 1980 à 2010 ?
- Quels sont les principaux déterminants de l'accès aux soins de santé ?

C'est pour répondre à ces questions que le sujet : « *accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah* » a été choisi. Cette étude est fondée sur des hypothèses.

### **1.3.2. Hypothèses de travail**

Les hypothèses qui sous-tendent cette étude sont :

- les infrastructures sanitaires sont mal réparties dans la Commune de Ouidah ;
- le personnel médical est insuffisant par rapport au rythme d'évolution des populations dans la Commune de Ouidah ;
- plusieurs facteurs déterminent l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah.

### **1.3.3 Objectifs de recherche**

L'objectif global de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance de la situation sanitaire dans la Commune de Ouidah.

Spécifiquement, il s'agit :

- ▣ d'analyser la répartition spatiale des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah de 1980 à 2010 ;
- ▣ d'étudier l'évolution du personnel soignant de 1980 à 2010 ;
- ▣ d'étudier les déterminants de l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah.

Ce chapitre a permis de faire le point d'une partie de la littérature existante sur la question de l'accès aux soins de santé, de cerner la problématique et de fixer les objectifs de cette recherche.

## **CHAPITRE II : CADRE D'ETUDE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE**

La présentation du cadre d'étude, c'est-à-dire la Commune de Ouidah, de même que l'étude de l'évolution des infrastructures sanitaires de ladite Commune ont fait l'objet de ce chapitre.

### **2.1. Présentation de la Commune de Ouidah**

Dans cette rubrique, la Commune de Ouidah a été présentée à travers son environnement biophysique et humain.

#### **2.1.1. Situation géographique**

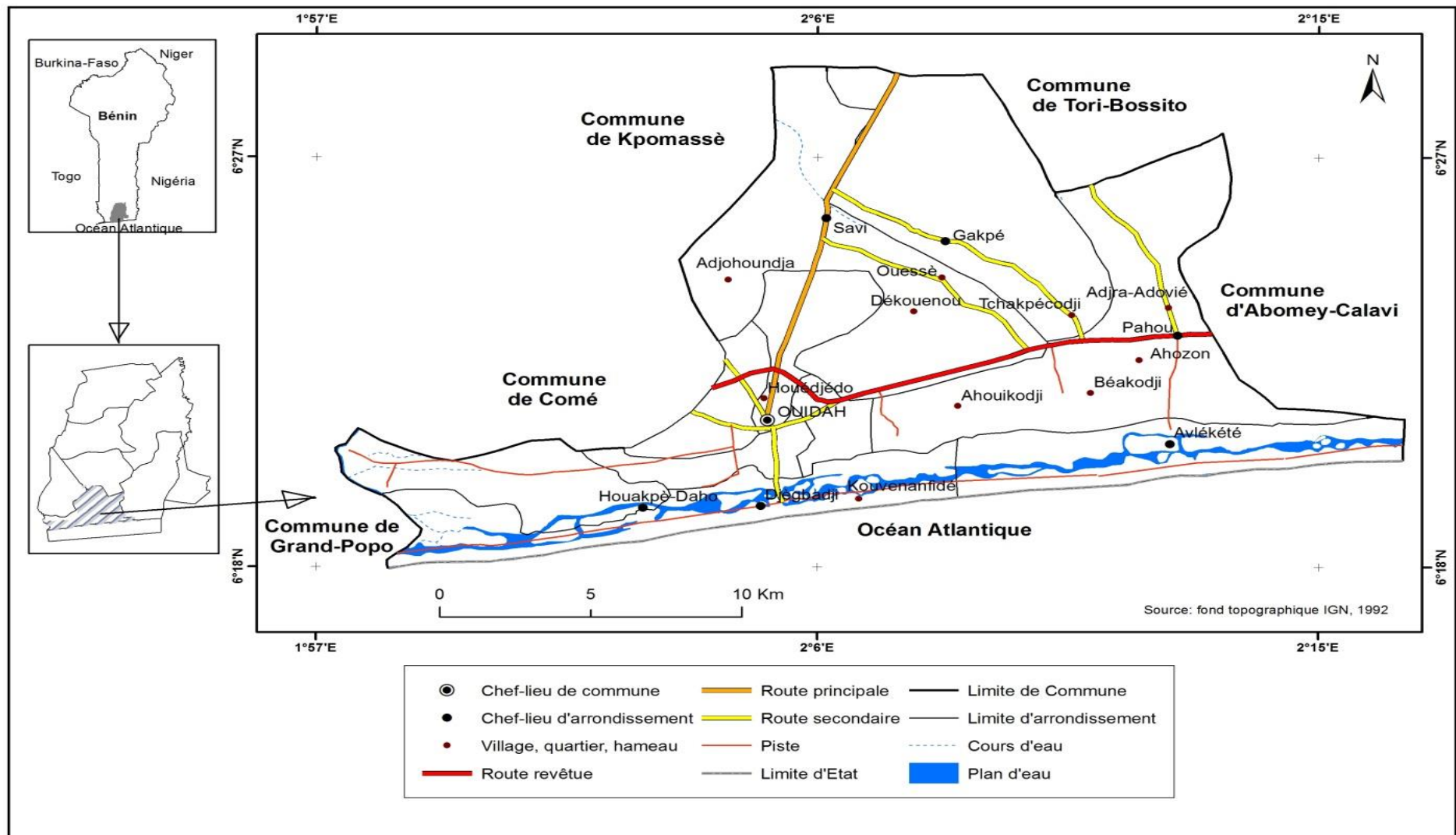
La Commune de Ouidah appartient au département de l'Atlantique en République du Bénin. Elle est située entre 6°21' et 6°25' de latitude nord et 2°00' et 2°15' de longitude est. La Commune s'étend sur une superficie de 364 km<sup>2</sup> et est limitée au sud par l'océan atlantique, à l'est par la Commune d'Abomey-Calavi, à l'ouest par la Commune de Grand-Popo et au nord par les Communes de Kpomassè et de Tori-Bossito (INSAE, 2001).

La Commune de Ouidah compte dix (10) arrondissements subdivisés en soixante (60) quartiers de villes et villages. La toponymie des localités relève un fond culturel et historique très riche.

Chaque quartier de ville est dirigé par un chef de quartier, alors que chaque village est dirigé par un chef de village. Ils sont sous l'autorité d'un chef d'arrondissement élu et membre du conseil communal.

La Commune de Ouidah fait partie de la zone sanitaire (Ouidah, Kpomassè et Tori-Bossito).

La figure 1 présente la situation géographique et administrative de la Commune de Ouidah.



**Figure 1 :** Situation géographique et administrative de la Commune de Ouidah

## **2.1.2 Organisation administrative et politique**

Depuis les réformes administratives de 1978, la Commune de Ouidah compte dix (10) arrondissements répartis comme suit :

- six (06) arrondissements : Avlékété, Djègbadji, Gakpé, Houakpè-Daho, Pahou et Savi.
- quatre (04) arrondissements situés dans la ville de Ouidah : Ouidah I, Ouidah II, Ouidah III et Ouidah IV.
- soixante (60) villages et quartiers de ville, soit vingt-deux (22) quartiers de ville et trente-huit (38) villages.

## **2.1.3. Relief et climat**

### **2.1.3.1. Relief**

Deux blocs se distinguent :

- le plateau de terre de barre dominée par la savane arborée guinéenne ;
- la zone côtière où succèdent les cocoteraies de bord de côte, butte à cocotiers, dépressions lagunaires à mangroves (Codjia, 2004).

### **2.1.3.2. Climat**

Située au sud-ouest du Bénin, la Commune de Ouidah appartient à l'ensemble géographique qu'il est convenu d'appeler « zone humide ». Elle jouit d'un climat soudano-guinéen, caractérisé de deux saisons de pluies alternées de deux saisons sèches à durée inégale. La hauteur d'eau recueillie au cours de l'année varie entre 950 et 1150 mm. Elle est plus importante à l'est qu'à l'ouest. La température moyenne est de 27°C, variant de 24°C à 30°C en saison des pluies et de 23°C à 33°C en saison sèche (Codjia, 2004).

## **2.1.4. Environnement biophysique**

L'environnement biophysique comprend le réseau hydrographique, la faune et la flore de la Commune de Ouidah.

#### **2.1.4.1. Réseau hydrographique**

Le réseau hydrographique de la Commune de Ouidah est essentiellement caractérisé par un système lacustre et lagunaire dont les principaux plans sont Djessin et Domè de la lagune de Djègbadji et du lac Toho. Ils sont alimentés par les fleuves du bassin du sud-ouest notamment Couffo et Mono. Ils sont généralement très encombrés et leur production halieutique est en baisse (Codjia, 2004).

La photo 1 est une vue partielle de la lagune Djègba.



**Photo 1** : Vue partielle de la lagune Djègba dans la zone côtière

*Prise de vue : Codjia, avril 2014*

Cette photo traduit l'existence d'un élément physique qui pouvait être un facteur déterminant relatif à l'accessibilité géographique en matière de l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah.

#### **2.1.4.2. Flore et faune**

La faune et la flore se situent dans un écosystème particulier constitué d'une diversité faunique comme *Ardea herodias* (héron) et floristique (Codjia, 2004). Du point de vue formation végétale, la flore est d'une manière générale dégradée, entièrement défrichée et qui laisse apparaître par endroits, l'existence de quelques îlots de forêts sacrées comme celle de Kpassè-zounmè et d'Avlékété. En dehors de ces reliques de forêts naturelles, il existe une diversité

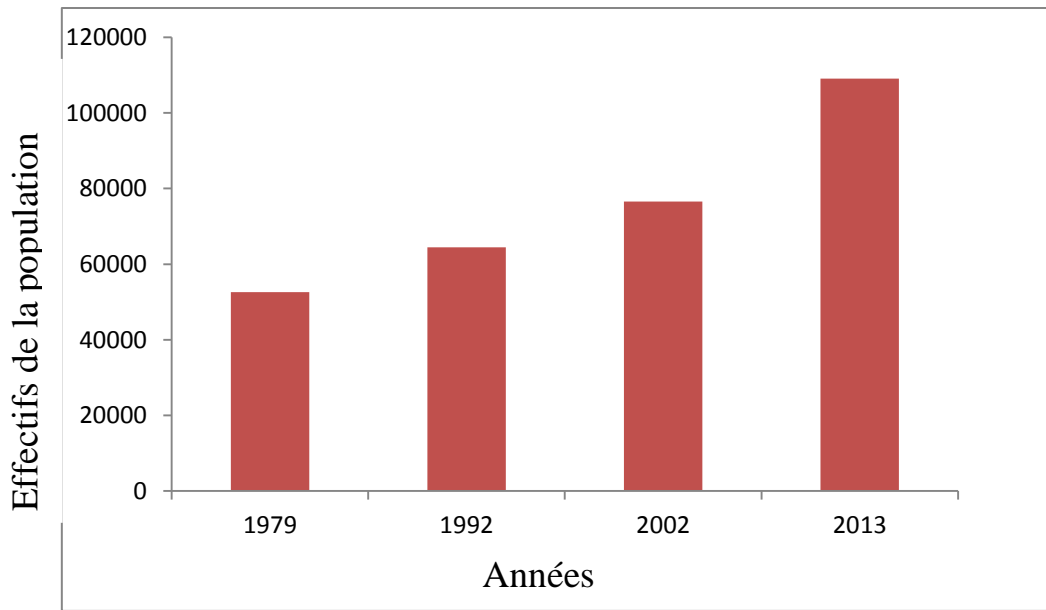
floristique constituée de grandes plantations de palmier à huile (*Eleasis guinéensis*), de cocotiers (*Coco nucifera*), d'arbres fruitiers notamment les manguiers (*Manguifera indica*), de bois de feu.

### **2.1.5. Démographie**

La Commune de Ouidah compte 161 544 habitants (INSAE, 2013). La densité de la population est d'environ 444 habitants au Km<sup>2</sup>. Cette densité est très faible dans la zone côtière. Les grandes composantes socio-culturelles de la commune se présentent comme suit : Fon 69,8 % ; Adja 16,5 % ; Yoruba 9,0 % ; Bariba 0,5 % ; Dendi 0,3 %. Les Fon et apparentés sont majoritaires dans tous les arrondissements. Il s'agit essentiellement des Fon, des Aïzo, des Xueda, des Afro-brésiliens et des Métis. D'après la collecte, ils représentent plus de 80 % de la population des arrondissements ruraux et plus de 60 % de celle des arrondissements urbains.

Les Adja et apparentés sont plus importants dans l'Ouest de la Commune tandis que les Yoruba sont implantés dans le centre urbain. Ceux-ci représentent le second groupe socio-culturel de la ville de Ouidah après les Fon.

La figure 2 présente l'évolution démographique de la population de la Commune de Ouidah de 1979 à 2013.



**Figure 2:** Evolution de la population de la Commune de Ouidah de 1979 à 2013  
*Source : INSAE, 2013*

La figure 2 traduit l'évolution démographique de la Commune de Ouidah depuis le premier Recensement Général de la Population et de l'Habitation au Bénin (RGPH) en 1979 jusqu'au dernier effectué en 2013.

Il est constaté que depuis 1979 jusqu'en 2002, la population dans la Commune de Ouidah ne cesse d'augmenter. Cette évolution se fait suivant un rythme habituel dû aux différents taux d'accroissement (Tx) plus ou moins rapprochés entre 1979 (52 584 habitants) et 1992 (64 433 habitants) (Tx=1,46 %) d'une part, entre 1992 et 2002 (76 555 habitants) (Tx=1,74 %) d'autre part. Ce rythme d'évolution de la population entre 1979 et 2002 pourrait s'expliquer par le fait que la population vit suivant le quotidien et aussi par l'absence de survenance d'une influence extérieure fut-elle climatique, économique, politique ou administrative pouvant changer le rythme démographique de celle-ci.

Cependant, il y a une augmentation plus rapide de la dite population entre 2002 (76 555 habitants) et 2013 (109 103 habitants) attestant de l'existence d'une influence extérieure que la Commune aurait subie. Cela peut s'expliquer par l'acquisition, ces dix dernières années, d'un grand nombre de parcelles surtout

dans la zone de Pahou par certains acquéreurs qui s'y sont installés, grossissant ainsi l'effectif de la population. Il faut évoquer aussi des raisons administratives relatives à l'arrivée de nombreux travailleurs dans les différents secteurs de la fonction publique sans oublier que la ville de Ouidah pourrait constituer une potentielle ville dortoir aux travailleurs à cause de sa proximité avec Cotonou. D'ailleurs le taux d'accroissement de la population dans la Commune de Ouidah entre 2002 et 2013 le prouve si bien :  $T_x=6,86\%$  (INSAE, 2013).

Pour une population qui s'accroît à ce rythme, il y a donc urgence pour l'autorité du secteur de santé d'accompagner véritablement la croissance de la population en mettant à sa disposition des établissements hospitaliers et un nombre suffisant de professionnels de santé à la mesure de l'évolution démographique de ladite population.

Ainsi évaluée, la population de la Commune de Ouidah sentirait très peu les effets des soins de santé primaire prôné à Alma-Ata en 1978 si l'autorité indiquée ne met en place aucune politique pour améliorer le déficit constaté en terme de ratio du personnel soignant-population et en termes de ratio-établissements hospitaliers-population.

Parlant de ratio personnel soignant-population, le tableau I présente l'évolution du nombre de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes disponible depuis 1979 à 2010 dans la Commune de Ouidah et les normes exigées par l'OMS dans ces différentes catégories.

**Tableau I : Différentes catégories professionnelles et les normes selon l’OMS**

Années	Populations	Nombre de médecins		Nombre d’infirmiers		Nombre de sages-femmes	
		Disponible	Selon l’OMS	Disponible	Selon l’OMS	Disponible	Selon l’OMS
1979	52584	-	05	-	11	-	11
1992	64433	-	06	-	13	01	13
2002	76555	01	08	11	15	05	15
2010	98239	02	10	05	20	15	20

*Source : Résultats de calcul à partir des données de l’INSAE et du service statistique/ BZ OKT, décembre 2013.*

L’analyse du tableau I montre que depuis 1979 jusqu’en 2010, les populations de la Commune de Ouidah sentent très peu les effets des soins de santé primaires prônés à Alma-Ata en 1978. Une comparaison de nombre des différentes catégories professionnelles disponibles (Médecins-Infirmiers et sages-femmes) avec les normes exigées par l’OMS montre le déficit en termes de ratio population/personnel soignant. La baisse du nombre d’infirmiers en 2002 (11) comparativement à l’effectif de 2010 (05) est due non seulement à la gestion du personnel mais aussi au fait que certains agents de santé n’aiment pas exercer leur fonction dans les milieux ruraux et veulent toujours servir en milieux urbains.

Face à cet état de chose, le déphasage qui se vit déjà par les populations dégrade davantage la santé desdites populations si rien n’est fait, ce qui limite les populations à atteindre le pari de développement et par ricochet les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dont les six premiers :

objectif 1 : éliminer l’extrême pauvreté et la faim ;

objectif 2 : assurer une éducation primaire pour tous ;

objectif 3 : promouvoir l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes ;

objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;

objectif 5 : améliorer la santé maternelle en réduisant le taux de mortalité maternelle de 498 en 1996 à 390 pour cent mille naissances vivantes en 2015 ;

objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies en réduisant la prévalence des IST/VIH/SIDA et d'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle (OMD, 2007) sont en rapport avec le bien-être et la santé des populations.

Cependant, les Objectifs du Millénaire pour Développement (OMD) prennent fin en 2015 pour laisser place aux Objectifs pour le Développement Durable (ODD) qui s'assimileraient aux OMD.

### **2.1.6. Religion**

Ouidah est une localité où les pratiques ancestrales demeurent vivaces. Les principales confessions religieuses sont : animisme (51 %), catholicisme (39 %), islam (6 %), protestantisme et autres (4 %). Les croyances, les us et les coutumes sont variables d'un groupe socio-culturel à un autre (PDC, 2005).

Pour atteindre les objectifs fixés pour cette recherche, une démarche méthodologique a été adoptée.

## **2.2 Démarche méthodologique**

La démarche méthodologique de cette étude descriptive est fondée sur les enquêtes de terrain, le traitement des données et l'analyse des résultats.

### **2.2.1. Données collectées**

Les données collectées dans le cadre de cette recherche se rapportent aux :

- données relatives aux coordonnées géographiques des infrastructures sanitaires à l'aide du GPS ;
- données relatives à la statistique des centres de santé de 1980 à 2010, lesquelles données sont extraites de la base de données de la DDS/ATL/LIT ;

- données démographiques des résultats des RGPH 1 (1979), 2 (1992), 3 (2002) et 2013 issues des statistiques de l'INSAE ;
- données statistiques relatives au personnel de santé. Ces dernières ont permis d'avoir une idée sur la gestion des ressources humaines dans le rang des professionnels de la santé et de connaître l'évolution suivant la catégorie de profil des agents de santé sur trente (30) années dans la Commune de Ouidah ;
- données socio-économiques issues des enquêtes de terrain ;
- taux de fréquentation des formations sanitaires par les populations.

### **2.2.2. Outils/Matériels de collecte de données**

Les outils utilisés lors des investigations sur le terrain sont :

- des questionnaires adressés aux populations cibles ;
- un appareil photo numérique pour la prise de vues ;
- un téléphone portable pour enregistrer les propos des personnes enquêtées ;
- un Global Positioning System (GPS) qui a servi à la prise des coordonnées géographiques.

## **2.3. Techniques de collecte de données**

### **2.3.1 Recherche documentaire**

La recherche documentaire est la phase de recueil des données à travers les documents existants. Pour y parvenir, plusieurs centres de documentation ont été visités. Le tableau II présente la liste des différents centres de documentation visités, la nature des documents consultés et les types d'informations recueillies.

**Tableau II : Synthèse de la recherche documentaire**

Centres de documentation et institutions visités	Nature des documents	Types d'informations recueillies
Bibliothèque centrale de l'UAC, centre de la documentation de la FLASH	Mémoires, rapports, articles et livres	Informations générales à caractère méthodologique
Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)	Données sur la population du secteur d'étude	Données sur l'évolution de la population
Centre de documentation du Ministère de la Santé Publique (MSP)	Livres, rapports d'étude, revues et articles	Informations sur les principales maladies au Bénin
Centre de documentation de la Direction de la Santé (DDS.ATL/LIT)	Mémoires, rapports, articles et livres	Informations générales sur les maladies
Centre de documentation de la mairie	PDC (Plan de Développement des Communes), monographie	Connaissance générale sur le milieu et le sujet d'étude
Centre de documentation de l'IRSP	Mémoires, rapports, articles et livres	Informations relatives à l'état de connaissance sur le sujet d'étude

*Source : Pré-enquête, juillet 2013.*

Cette étape a permis de faire l'inventaire des informations écrites se rapportant au sujet de recherche. La recherche documentaire a permis de dégager les principaux centres d'intérêt et de cerner davantage les contours du sujet. Les informations recueillies lors de la recherche documentaire ont été complétées par les enquêtes de terrain.

### **2.3.2 Echantillonnage**

La présente étude porte sur les dix arrondissements de la Commune de Ouidah retenus dans le cadre de l'administration du questionnaire et de la réalisation des entretiens.

La technique du choix raisonné est utilisée pour l'identification des personnes enquêtées. Un guide d'entretien est réservé à chaque catégorie de personnes. Pour déterminer la taille de l'échantillon, vingt (20) ménages ont été identifiés dans chacun des dix (10) arrondissements de la Commune de Ouidah. En plus de ces ménages, des personnes ressources et des agents de santé ont été

interviewés. Au total, deux cents dix-sept (217) personnes ont été interrogées lors de cette enquête.

Les informations obtenues sont traitées et analysées.

### **2.3.3 Enquêtes de terrain**

Les investigations ont été faites en milieu réel, ce qui a permis de recueillir des informations relatives à la dynamique de la santé humaine.

Plusieurs techniques sont utilisées lors des enquêtes sur le terrain. Il s'agit entre autres :

- des observations directes et participatives qui sont effectuées pour apprécier la couverture sanitaire de la Commune ;
- de cinq (5) focus-group pour en savoir plus sur la perception des populations sur la médecine moderne publique dans la Commune de Ouidah.

La photo 2 illustre un focus-group.



**Photo 2** : Focus-group réalisé au quartier Lèbou (Ouidah II)  
*Prise de vue : Bocodaho, avril 2014*

### **2.4. Méthode de traitement des données**

Au cours de cette phase, il a été procédé au dépouillement des questionnaires, au traitement des données collectées afin d'établir des corrélations entre les

informations recueillies dans les documents et celles du terrain. Les résultats issus de ce travail ont servi à la réalisation des tableaux, des cartes et des graphiques inhérents au travail à l'aide des logiciels Excel et Map Info.

Le taux de fréquentation  $T_F$  se calcule selon la formule ci-après :

$$TF = \frac{\text{Nouveaux cas (NC)}}{\text{Population cible (PC)}} \times 100 \text{ (Tchaou, 2013)}$$

Ce chapitre a permis de présenter la Commune de Ouidah sur le plan biophysique et anthropique ainsi que la démarche méthodologique ayant conduit à l'atteinte des objectifs fixés pour cette recherche.

## **CHAPITRE III :**

### **ANALYSE DES DETERMINANTS D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DANS LA COMMUNE DE OUIDAH**

Ce troisième chapitre s'attèle à l'étude détaillée des déterminants de l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah afin de mettre en exergue la nature des inégalités que recèlent le système sanitaire d'une part, et d'autre part leurs implications. Il s'agit ainsi d'examiner la disponibilité des structures sanitaires à travers leur inventaire et celui du personnel soignant, d'en évaluer l'accessibilité et la commodité et de juger de la capacité financière de la population.

#### **3.1. Disponibilité des infrastructures sanitaires**

A l'existence d'un besoin de santé, doit répondre une offre de santé effective. Ainsi, la disponibilité est perçue comme le lien entre le volume, le type de services de soins présents et le type de besoins des patients (Richard, 2001 cité par Dosseh, 2013). En d'autres termes, c'est le rapport entre la population d'une unité administrative donnée et les établissements de santé puis les personnels qui leurs sont affectés. Il convient alors, afin de rendre compte de la disponibilité et de s'assurer de la qualité des prestations fournies, de vérifier l'existence effective d'une infrastructure sanitaire et celle d'un personnel soignant adéquat la desservant.

##### **3.1.1 Organisation du système de santé de la zone**

La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires seuls, Centres de santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100 000 et 200 000 habitants.

La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio sanitaires de la population habitant des espaces géographiques bien définis. Elle vise les objectifs suivants :

- améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence ;
- améliorer la viabilité des services socio-sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ;
- développer le partenariat avec le secteur privé.

Elle représente le niveau périphérique du système national de santé du Bénin avec trois niveaux de mise en œuvre : structures de santé au niveau des arrondissements, quartiers de villes et villages, structures au niveau des chefs-lieux de Communes et au niveau supérieur, l'hôpital et le Bureau de Zone.

Le tableau III renseigne sur des niveaux des différentes spécialités dans les institutions hospitalières et socio-sanitaires et sur l'organisation du système de santé dans la zone sanitaire Ouidah/ Kpomassè/ Tori-Bossito.

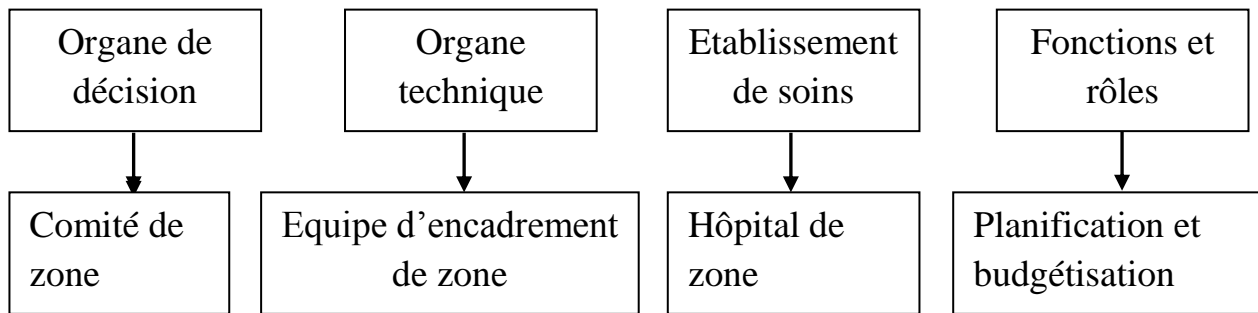
**Tableau III** : Organisation du système de santé dans Ouidah/ Kpomassè/ Tori-Bossito

Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités
Hôpital de Zone (HZ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration de l'hôpital</li> <li>- Médecine générale</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Chirurgie générale</li> <li>- Service des urgences</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Spécialités chirurgicales</li> <li>- Service d'imagerie médicale</li> <li>- Laboratoire d'analyses biomédicales</li> <li>- Service des pharmacies</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre de Santé (CS)</li> <li>- Formations sanitaires privées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Dépôt pharmaceutique</li> <li>- Laboratoire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Dépôt pharmaceutique</li> <li>- Alphabétisation</li> <li>- Centre de loisirs</li> </ul>
Centre de Détection de la Tuberculose (CDT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEC de la tuberculose</li> </ul>
Unité Villageoise de Santé (UVS) Relais communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins</li> <li>- Accouchements</li> <li>- Caisse de pharmacie</li> </ul>

*Source* : Service Statistique /BZ OKT

En plus des structures publiques, la zone sanitaire compte un nombre important de structures privées et d'acteurs de la médecine traditionnelle. Cependant, le niveau d'organisation des praticiens de la médecine traditionnelle et l'informel dans lequel vivent bon nombre de structures privées les empêchant ainsi de fournir les informations fiables, parce qu'occupant une position irrégulière vis-à-vis des dispositions de l'Etat, ne favorisent pas encore leur intégration au système national de santé au Bénin. Pour d'autres fins utiles, elles feront l'objet d'autres recherches de plus grandes envergures.

La structuration et les organes de gestion au niveau de la zone sont présentés par la figure 3.



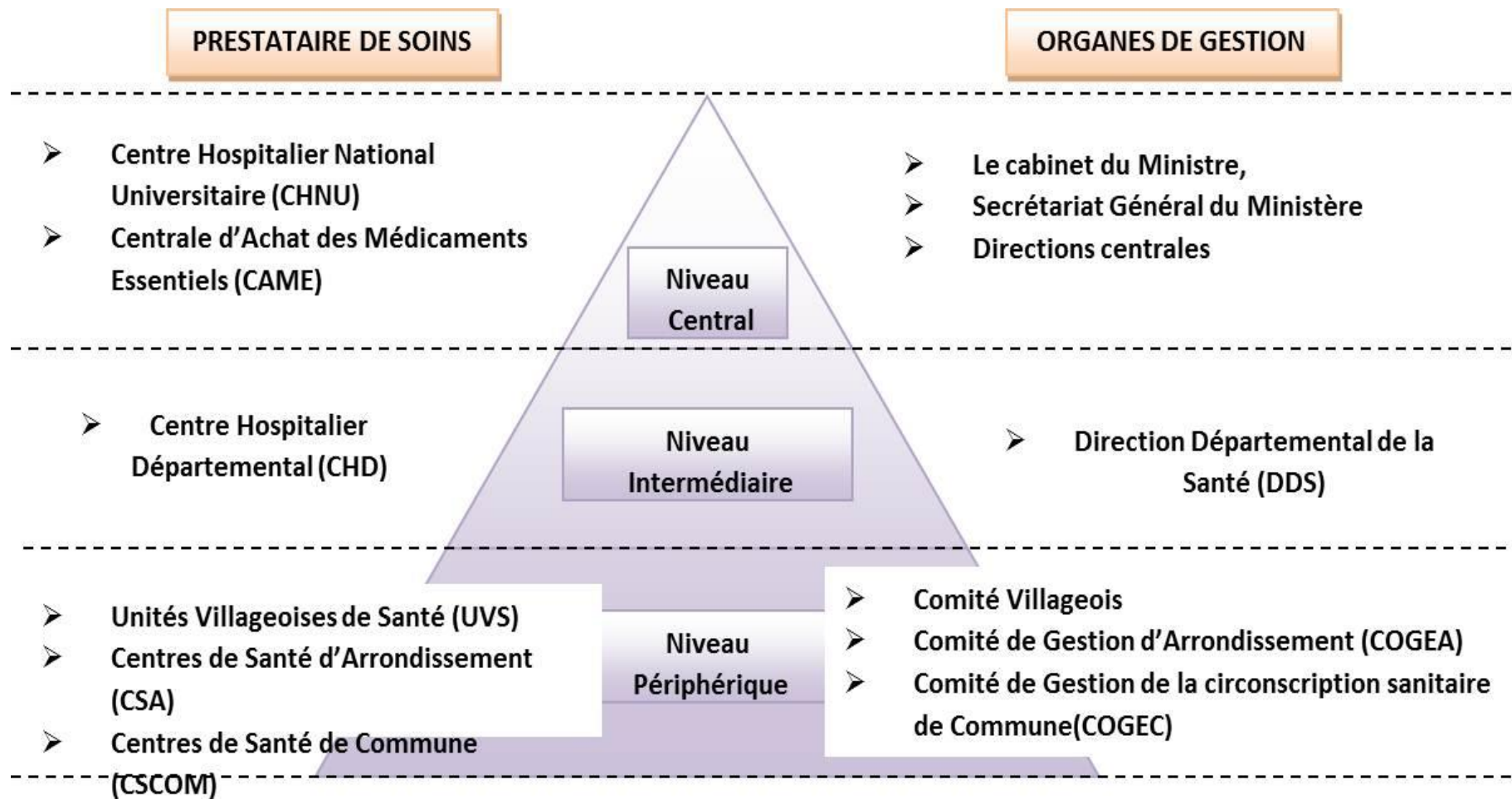
**Figure 3 :** Différents organes de gestion dans la zone sanitaire Ouidah/ Kpomassè / Tori

*Source : DDS/ Atlantique-Littoral*

Conformément aux recommandations de la table ronde du secteur santé tenue le 12 et 13 janvier 1995, les zones sanitaires sont mises en place par le Ministère de la Santé. La zone sanitaire est une unité fonctionnelle de base, de la pyramide sanitaire constituée d'un réseau de centres de santé, appuyé par un hôpital de première référence.

Cet ensemble est essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins en périphérie.

Les différents niveaux de services et soins selon le scénario de développement sanitaire sont représentés sur la figure 4.



**Figure 4** : Pyramide sanitaire normale selon le scénario de développement sanitaire

Source : Google.bj

Cette figure 4 qui représente la pyramide sanitaire traduit comment le système sanitaire est stratifié depuis le Ministère de la santé publique jusqu'aux arrondissements où se construisent des Unités Villageoises de Santé (UVS).

### **3.1.2. Evolution des infrastructures sanitaires**

L'étude de l'évolution des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah a été faite suivant des périodes déterminées.

#### **3.1.2.1. De 1980 - 1990**

Jusqu'en 1982, les prestations sont restées essentiellement curatives, limitées à la circonscription administrative de Ouidah (actuelle Commune). Le Centre Régional pour le Développement de la Santé (CREDESA) ex-projet de développement sanitaire de Pahou développe un programme de décentralisation des soins au niveau village qui a commencé en 1983 dans les arrondissements de Pahou et d'Avlékété puis en 1989, trois arrondissements (Pahou, Avlékété et Gakpé) des dix (10) que compte la Commune de Ouidah ont été organisés et connaissent ainsi un afflux des populations des sept (7) autres arrondissements restants vers leurs services rationalisés.

#### **3.1.2.2. De 1990 - 2000**

Le programme de décentralisation des soins au niveau village entrepris depuis 1983 par CREDESA, a connu l'extension de ses activités dans toute la Commune de Ouidah avec la rénovation de plusieurs centres de santé d'arrondissement (CSA) dans les années 1990 sous l'aide de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI).

- Le CSA de Kpassè qui regroupe les arrondissements de Ouidah II et Ouidah III a été rénové en 1996.
- Le CSA de Ouidah I et Ouidah IV qui emprunte l'emplacement du centre de santé de Kindji a été rénové aussi en 1996.
- Le CSA de Savi a été créé depuis 1993.

- Le CSA de Djègbadji rénové en 1994 sous l'égide de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI).
- Le CSA de Houakpè-Daho a été lui aussi rénové dans ce programme depuis 1996.

### 3.1.2.3. De 2000 - 2010

- Le CASES de Dégouè est créé le 24 janvier 2002 avec le dispensaire de Djondji situé à 22 km du CSA Djègbadji en allant vers Grand-Popo, lui aussi rénové vers 2002.
- Enfin, il y a l'hôpital de zone de Ouidah inauguré depuis 2003.

D'une manière générale, les infrastructures sanitaires sont érigées dans les arrondissements ou dans la ville de Ouidah et représentent ainsi les différents niveaux de soins.

Le tableau IV traduit l'évolution des infrastructures sanitaires publiques dans la Commune de Ouidah suivant des périodes.

**Tableau IV** : Evolution des infrastructures sanitaires publiques

Périodes	Nombre de structures sanitaires publiques
1980 - 1990	03
1990 - 2000	05
2000 - 2010	03

*Source* : Résultat d'enquête 2013

L'observation du tableau IV montre que de 1980 à 1990 les structures sanitaires publiques ne sont construites que dans trois arrondissements de la Commune de Ouidah, notamment dans les arrondissements de Pahou, d'Avlékété puis dans celui de Gakpè de 1990 à 2000 cinq (05) autres centres de santé d'arrondissement et autres formations sanitaires ont été créés et rénovés. Il s'agit du centre de santé de Djègbadji de Houakpè-Daho, les centres de santé de Kindji, le dispensaire isolé de Gakpè, le CDT abrité par les arrondissements I et IV et les centres de santé de Kpassè et le CTAL abrité par II et III de 2000 à

2010 trois (03) autres centres de santé à savoir le Centre d'Action et de Solidarité pour l'Evolution de la Santé (CASES) de Dégouè, le dispensaire de Djondji et l'hôpital de zone de Ouidah ont vu le jour dans la Commune.

Il ressort globalement de l'analyse du tableau IV que le programme de décentralisation des soins au niveau village entrepris depuis 1983 par CREDESA n'a pas connu un développement important malgré son extension dans toute la Commune de Ouidah. Ceci peut s'expliquer aussi par l'absence d'une politique de mise en place des soins de santé primaires par le pouvoir central, soit par le défaut d'encouragement des partenaires au développement notamment l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) qui accompagnait déjà CREDESA en la matière, soit par l'incapacité financière du gouvernement à construire des centres de santé au niveau périphérique ou soit par la non considération de la médecine moderne par les populations habituées à la médecine traditionnelle.

### **3.1.3. Répartition spatiale des infrastructures sanitaires**

Le recours aux soins de santé préventifs comme curatifs est déterminé par la distance à parcourir par le patient pour se rendre au centre de santé le plus proche. Il a été souvent constaté que la répartition des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah tient peu compte de la répartition géographique des populations.

La figure 5 présente la répartition géographique des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah.



Cette figure traduit la distribution spatiale des établissements hospitaliers dans la Commune de Ouidah et exprime l'insuffisance des formations sanitaires publiques à savoir les centres de santé d'arrondissement, les dispensaires et quelques unités villageoises de santé qui représentent aussi les efforts de l'Etat en matière de construction d'infrastructures sanitaires depuis son adhésion à la volonté émise par l'OMS « Santé pour tous » d'ici à l'an 2000 à Alma-Ata en 1978.

Il ressort globalement de l'observation de la figure 5 que les structures sanitaires publiques sont mal réparties et insuffisantes dans la Commune de Ouidah. Cela peut s'expliquer par le manque de moyens financiers et surtout le retard longuement accusé par l'Etat, parlant de Alma-Ata, avant la mise en place de la politique sanitaire qui vise à initier l'action sanitaire, à planifier son organisation et à rendre réelle sa mise en œuvre.

### **3.1.4. Répartition du personnel médical**

Les centres de santé ne peuvent pas fonctionner sans la présence d'un personnel médical. Ainsi, le personnel soignant est réparti pour satisfaire les besoins en services de soins de santé pour les populations.

#### **3.1.4.1. Situation des ressources humaines**

L'évolution des ressources humaines de la Commune est peu reluisante du fait de l'amenuisement de l'effectif soignant d'année en année. Il est à noter que tous les centres de santé de l'aire sanitaire manquent de personnels qualifiés. Les normes proposées par les documents de référence du Ministère de la Santé sont actuellement peu adaptables aux réalités opérationnelles dans les formations sanitaires. Il en résulte que les problèmes caractérisant la gestion du personnel dans le secteur demeurent toujours les mêmes. Pour une appréciation qualitative, on ne peut faire une présentation des ressources humaines de la Commune sans

donner un aperçu par catégorie socioprofessionnelle dans chaque formation sanitaire.

Le tableau V présente les ressources humaines soignant dans la Commune de Ouidah par catégories et par arrondissement dans chaque formation sanitaire.

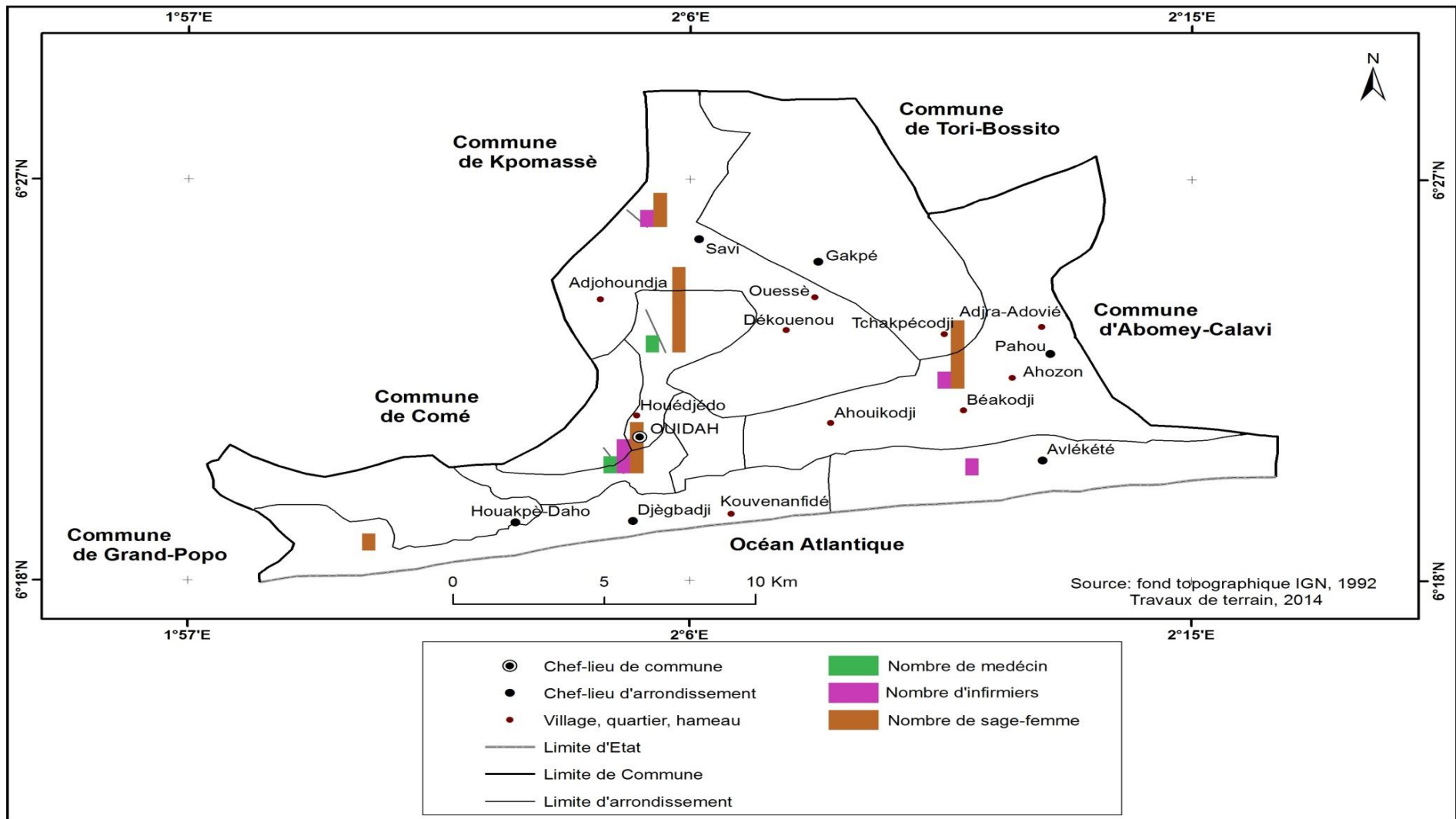
**Tableau V** : Ressources humaines par catégorie socioprofessionnelle dans chaque formation sanitaire de la Commune

Arrondissements	Formations sanitaires	MDE	IDE	SFE
Avlékété	Centre de santé d'Avlékété		1	
Djègbadji	Centre de santé de Djègbadji			1
Gakpé	Centre de santé de Gakpé			
Houakpè-Daho	Centre de santé de Houakpè-Daho			
Ouidah I et IV	Centre de santé de Kindji		2	3
Ouidah II et III	Centre de santé de Kpassè et Hôpital de zone	1		3
Pahou	Centre de santé de Pahou	1	1	4
Savi	Centre de santé de Savi		1	2
Total		2	5	15

*Source* : Résultat d'enquêtes, décembre 2013.

Le tableau VII renseigne sur le personnel sanitaire au niveau de chaque catégorie socio-professionnelle dans la Commune de Ouidah. En effet, le nombre total de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes dans la Commune faisait respectivement 2, 5 et 15 qui constituent des chiffres à comparer avec les normes de l'OMS.

La figure 6 traduit la répartition du personnel soignant par catégorie dans chaque formation sanitaire de la Commune.



**Figure 6 :** Répartition du personnel soignant dans la Commune de Ouidah

Il ressort de l'observation de cette figure qu'il y a la présence des trois catégories socioprofessionnelles dans la ville de Ouidah notamment les arrondissements I et IV (CS et CDT à Kindji) et les arrondissements II et III (CS Kpassè et l'Hôpital de Zone). Il se dénombre dans les arrondissements de Savi, de Pahou et d'Avlékété des infirmiers. Quant aux sages-femmes, cette catégorie socio-professionnelle est présente à Savi, à Ouidah dans les quatre arrondissements, à Pahou et à Djègbadji. Il est à remarquer que les arrondissements de Gakpé et de Houakpè-Daho manquent de personnels soignants qualifiés.

### 3.1.4.2. Principaux ratios du personnel soignant par corps et par centre de santé d'arrondissement en 2010

Le tableau VI traduit les différents ratios du personnel soignant dans la Commune de Ouidah en 2010.

**Tableau VI :** Différents ratios du personnel soignant par corps et par centre de santé d'arrondissement

CSA	Effectif de la Commune	Nbre de FAP	Nbre de médecins		Nbre d'infirmiers		Nbre de sages-femmes	
			Disponible	Selon l'OMS	Disponible	Selon l'OMS	Disponible	Selon l'OMS
Avlékété	7793	1933	00	01	01	02	00	01
Djègbadji	5768	1430	00	01	00	01	01	01
Gakpé	6606	1638	00	01	00	01	00	01
Houakpè-Daho	4068	1009	00	01	00	01	00	01
Kindji	20 626	5114	01	02	02	04	03	01
Kpassè + HZ	31 450	7800	01	03	00	06	05	02
Pahou	19 969	4952	00	02	01	04	04	01
Savi	9612	2383	00	01	01	02	02	01
Total	105 896	26 259	02	12	05	21	15	09

*Source : résultat de calcul à partir des données de l'INSAE, 2010 et du service statistique/BZ OKT*

Il ressort de l'observation du tableau V que dans la Commune de Ouidah en 2010, le nombre de médecins disponibles est de deux (02) au lieu de onze (11)

selon les normes de l’OMS. Le déficit est également constaté au niveau des infirmiers dont le nombre total est de cinq (5) au lieu de vingt-et-un (21) selon les normes de l’OMS. Les ratios du personnel soignant concernant les médecins et les infirmiers sont en déphasage avec les normes de l’OMS.

La pénurie confirmée selon les normes de l’OMS du personnel médical dans le rang des médecins et des infirmiers dans la Commune de Ouidah prouve que le personnel soignant du secteur public n’aime pas toujours exercer sa fonction dans les zones périphériques.

Quant au nombre total de sages-femmes, il est de quinze (15) dépassant ainsi les normes fixées par l’OMS qui est de cinq (5).

Jusqu’en 2010, il n’a été dénombré que 2 médecins, 5 infirmiers, 15 sages-femmes dans la Commune de Ouidah. Ceci s’explique par le fait que le Bénin, après sa souscription à la déclaration d’Alma-Ata en 1978 pour adopter les soins de santé primaire selon l’objectif social « Santé pour tous en l’an 2000 », n’a pas toujours accompagné sa politique de soins de santé primaire du niveau périphérique de la formation d’un grand nombre d’agents de santé. Ceci explique le déficit des principaux ratios du personnel soignant dans les différents centres de santé d’arrondissement de la Commune de Ouidah ; ce qui montre que les améliorations indiquées ne reflétaient pas toujours les efforts déployés et l’on n’a pas assez cherché à évaluer la qualité des services des soins, lesquels services de soins nécessaires pour atteindre l’objectif susmentionné ; ceci peut aussi s’expliquer enfin par le fait que la plupart des agents de santé se concentrent dans les milieux urbains et n’entendent pas descendre vers les périphéries pour l’exercice de leur fonction.

Cette situation prouve que les populations ne bénéficient pas comme cela se doit des services de soins de santé dans la Commune de Ouidah. Donc la mise à

disposition des soins de santé primaires par l'Etat béninois piétine encore plus d'une décennie après l'échéance fixée par l'OMS à Alma-Ata.

Le caractère excédentaire du ratio relatif aux sages-femmes témoigne de la formation d'un grand nombre de cette catégorie socio-professionnelle que l'Etat met à la disposition des centres de santé dans les zones périphériques qui sont en réalité des maternités installées alors pour les femmes en âge de procréer qui ne sont pas forcément les plus nombreuses de la population cible parlant de la santé. Donc les infrastructures sanitaires autres que les maternités demeurent encore non installées et inaccessibles aux populations dans la Commune de Ouidah.

### **3.2. Accessibilité aux soins**

L'accessibilité est une mesure de proximité et peut être perçue comme la relation entre la localisation des services de soins et celle des patients. Elle peut donc être appréhendée par l'identification de la proportion de la population pouvant utiliser un établissement ou un service déterminé, compte tenu de certains facteurs pouvant faire obstacle à l'accès, qu'ils soient d'ordre physique (distance, temps de déplacement), économique (coût du voyage, coût des services) ou socioculturel (barrière linguistique). Mais dans ce cas précis, il s'agit d'une accessibilité géographique.

#### **3.2.1. Distance entre usagers et infrastructures sanitaires**

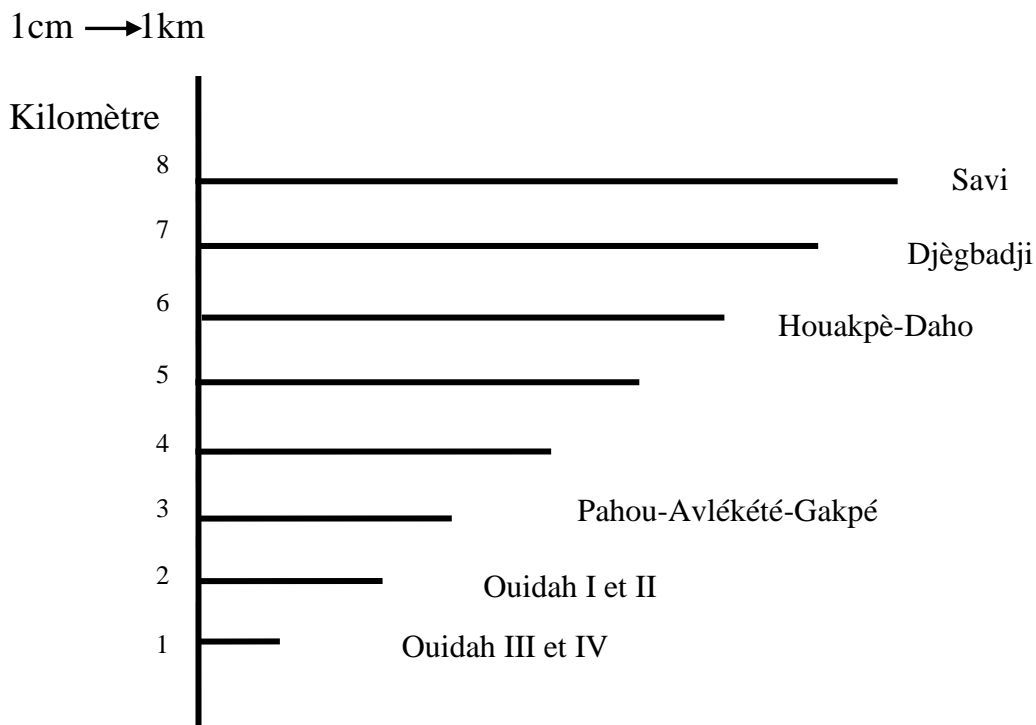
Le parcours ou la distance à effectuer pour atteindre un établissement sanitaire étant aussi un déterminant de l'accès aux soins, évaluer cette modalité se révèle d'une importance non négligeable pour cette étude. En effet, les individus font une certaine durée pour se rendre aux Centres de Santé fréquentés, proche ou de circonstance c'est-à-dire celui choisi en cas d'urgence. Mais tous ne sont pas à une égale distance de ceux-ci (Dosseh, 2013).

Quarante pour cent (40 %) des enquêtés parcourent une distance moyenne de 1,5 km avant d'aller dans un centre de santé public. Les 60 % font une distance moyenne de 5 km. La plupart de ces personnes interrogées estiment qu'à partir de 3 km, le déplacement vers un centre de santé public devient un problème. « *Je me sens fatiguée après cette longue marche sur notre maternité* », « *je rate souvent certains rendez-vous fixés pour la consultation* » a laissé entendre une femme en état de grossesse de 6 mois vivant à Ahouicodji dans l'arrondissement de Pahou. Ainsi, l'éloignement des centres de soins de santé publics oblige les malades soit à rester chez eux au nom de l'automédication, soit à s'intéresser aux tradi-praticiens ou soit à aller vers des centres de santé (cabinets privés) où la qualité des soins est parfois sujette à caution.

D'ailleurs, Fournier et Hadad (1995) ont montré que la sous-utilisation des services de santé modernes est attribuable pour une large mesure à une mauvaise accessibilité des services notamment en milieu rural.

L'accessibilité est une mesure de proximité et peut être perçue comme la relation entre la localisation des services de soins et celle des patients. Elle peut donc être appréhendée par l'identification de la proportion de la population pouvant utiliser un établissement ou un service déterminé, compte tenu de certains facteurs pouvant faire obstacle à l'accès, qu'ils soient d'ordre physique (distance, temps de déplacement), économique (coût du voyage, coût des services) ou socioculturel (barrière linguistique). Mais dans ce cas précis, il s'agit d'une accessibilité géographique.

Lorsqu'on s'est intéressé à la distribution des populations de chaque arrondissement selon la distance moyenne qui les sépare de leur centre de santé public, la figure 7 exprime cette situation :



**Figure 7:** Distance moyenne séparant les populations de leur centre de santé  
*Source : Résultats d'enquêtes de terrain, septembre 2014*

Il ressort de l'analyse de cette figure 7 que les populations des arrondissements de Savi (8 km), de Djègbadji (7.8 km), de Houakpè-Daho (6.7 km) sont les plus négativement influencées, quant au recours aux soins de santé modernes publics dans la Commune de Ouidah. En effet, ces populations sont les plus éloignées des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah. Si à partir de 3 km, les populations estiment que le déplacement vers un centre de santé public devient un problème, les populations de Pahou (3.4 km), d'Avlékété (3.4 km) et de Gakpé (3.4 km) sont donc elles aussi confrontées à une mauvaise accessibilité aux services de soins de santé surtout qu'elles sont considérées en dehors de Pahou comme populations rurales. Il est à signaler aussi que les localités d'Avlékété, de Djègbadji, de Gakpé et de Houkpè-Daho sont des zones marécageuses où les inondations qui pourraient subvenir représentent aussi un déterminant peu favorable au recours aux services de soins de santé modernes.

Tchaou (2008) explique que les inondations récurrentes influencent l'accessibilité géographique en rendant difficiles, longs les trajets sur l'eau, sur la terre ferme et donc l'utilisation des services de santé.

### 3.2.2. Effets de la distance sur l'utilisation des services sanitaires

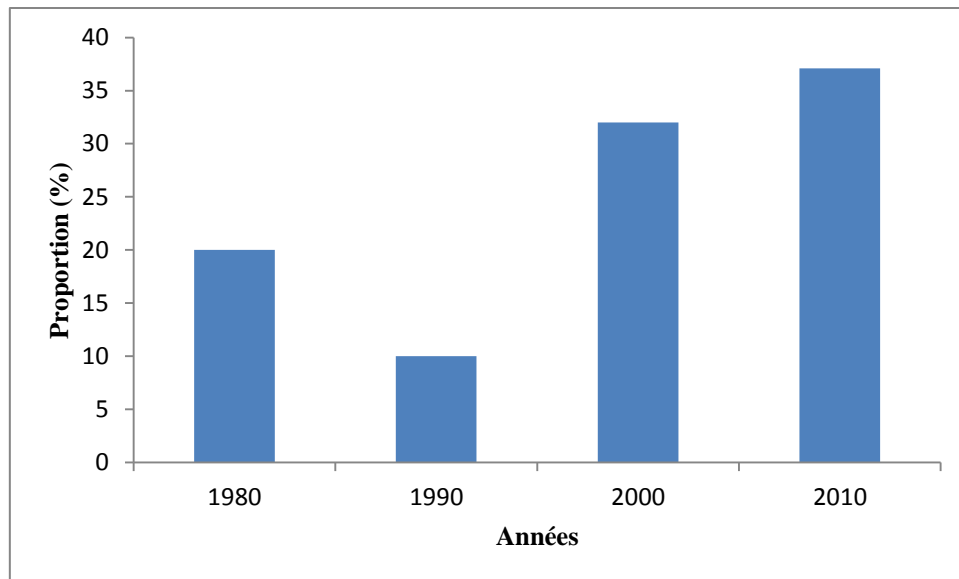
La distance est un intervalle spatial qui sépare une chose d'une autre. Dans ce cadre précis, on la considère comme l'espace entre les formations sanitaires et les usagers. Si elle est responsable d'éloignement, c'est qu'elle a des incidences sur l'utilisation des services de soins dans la zone d'étude. Alors évaluer le taux de fréquentation de ceux-ci pourrait aider à appréhender ses effets.

Le tableau VII renseigne sur le taux de fréquentation des formations sanitaires par les populations de 1980 à 2010.

**Tableau VII** : Fréquentation des formations sanitaires de 1980 - 2010 dans la Commune de Ouidah

Commune	Années	Nouveaux cas	Population cible	Taux de fréquentation (%)
Ouidah	1980	10517	52584	20
	1990	6442	64424	10
	2000	26682	83382	32
	2010	59933	161544	37,1

*Source : DDS/SEPS/SNIGS Atlantique-Littoral*



**Figure 8 :** Evolution du taux de fréquentation dans la Commune de Ouidah de 1980.2010

*Source : DDS/SEPS/SNIGS-Atlantique-Littoral et résultat d'enquêtes, 2014*

La figure 8 retrace l'évolution du taux brut de fréquentation des formations sanitaires de 1980 à 2010 dans la Commune de Ouidah.

L'analyse de la figure 8 montre que de 1980 à 1990 le taux de fréquentation dans la Commune a diminué de 20 % à 10 %. Cette situation traduit le fait que l'implantation des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah est à son début ; ce qui explique que les populations n'étaient pas encore totalement habituées à la médecine préventive. Les années 1980 et 1990 étaient aussi caractérisées par le développement de la médecine curative où la phytothérapie était la seule source de remède aux maux des populations. Au vu des éléments supra indiqués, la disponibilité des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah n'est pas encore une réalité que vivent toutes les populations de la Commune entre 1980 et 1990.

De 1990 à 2010, le taux de fréquentation a connu un accroissement de 10 % à 37,1 %. Cet état de chose exprime que la période démocratique, non seulement a favorisé l'implantation des soins de santé primaires mais aussi, constitue une

période de prise de conscience de la population à fréquenter les soins de service de santé, conséquence d'une amélioration socioéconomique.

L'accessibilité géographique est un problème auquel sont confrontées les populations dans la Commune de Ouidah. En effet, en 1960, la politique sanitaire du Bénin (ex Dahomey) était axée essentiellement sur la médecine curative individuelle, c'est-à-dire la phytothérapie. Les éléments essentiels de cette politique reposaient sur la gratuité des soins, la faible participation des communautés à la gestion et au financement des actions qui intéressent leur santé, la prédominance de la médecine curative et la concentration des infrastructures sanitaires dans les grandes villes (Cotonou, Porto-Novo, Parakou). En attendant la mise en place progressive des infrastructures sanitaires, le pays fonctionne sur la base de l'ancienne organisation administrative.

Ainsi, le recours aux soins de santé préventifs est déterminé par la distance à parcourir par le patient pour se rendre au centre de santé le plus proche. Il a été souvent constaté que la répartition des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah tient peu compte de la répartition géographique des populations. L'éloignement géographique influence négativement le recours aux soins de santé modernes. Selon Compaoré (1993), un individu malade se voit incapable de se déplacer pour rechercher des soins au-delà de 15 km en milieu rural. La sous-utilisation des services de santé modernes est attribuable pour une large mesure à une mauvaise accessibilité des services en milieu rural (Fournier et Hadad cité par Tchaou, 2013).

Si dans le contexte d'aujourd'hui la santé exige des coûts, la capacité financière des populations est donc un facteur qui peut déterminer le recours aux services de santé.

### 3.3. Capacité financière

Encore appelée accessibilité financière, la capacité financière est l'aptitude du patient ou de sa famille à faire face au prix des prestations (Richard, 2001). Elle témoigne de sa force, sa compétence, son pouvoir ou son impossibilité d'assumer les dépenses, de payer les soins. Le choix des recours thérapeutiques, le prix des différentes prestations, l'existence ou non d'une source d'aide ou de financement, participent à l'apprécier.

Pour analyser l'accès aux soins de santé, l'étude s'est intéressée à la capacité financière des ménages en cherchant à savoir les activités génératrices de revenus des ménages pour déterminer leur niveau de revenus mensuels. C'est ce que montre le tableau VIII.

**Tableau VIII** : Revenus moyens mensuels déclarés par les populations

Sources de revenus	Niveau de revenus moyens mensuels (FCFA)				
	Inférieur à 40 000	Entre 40 000 – 60 000	Entre 60 000 – 80 000	Entre 80 000 – 100 000	Supérieur à 100 000
Artisanat	50	12	21	.	.
Transport	40	25	22	23	.
Services	.	28	24	19	29
Commerce	82	07	05	08	.
Autres	13	09	12	35	14
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>81</b>	<b>84</b>	<b>85</b>	<b>43</b>

*Source* : Analyse des résultats, janvier 2015

Il ressort de l'observation du tableau VIII que les ménages ayant un revenu inférieur à 40 000 FCFA représentent 38,70 % des ménages enquêtés et s'exercent dans le transport, dans l'artisanat et beaucoup plus dans le commerce. Quant aux autres catégories de ménages, ils représentent respectivement 16,94 %, 17,57 %, 17,78 % et 8,99 % des ménages enquêtés.

Les ménages ayant un revenu inférieur à 40 000 FCFA sont donc les plus nombreux et auront de difficultés à recourir aux soins de santé vu leur capacité financière et les autres contraintes financières qui s'imposent à eux et qu'ils sont appelés à satisfaire.

Le niveau relativement faible du taux de fréquentation des centres de santé modernes et publics par les populations dans la Commune de Ouidah n'est pas toujours imputable, pour la plupart des ménages abordés (surtout les femmes), à la capacité financière. En effet, 90 % des personnes interrogées ont reconnu que le coût de consultation (300 francs CFA pour les arrondissements ruraux (Avlékété, Djègbadji, Houakpè-Daho, Savi et Gakpé), 500 francs CFA pour les arrondissements urbains (Pahou, Ouidah I, Ouidah II, Ouidah III, Ouidah IV) et la cession des médicaments génériques pour la plupart par les officines dans les centres de santé n'influencent pas négativement leur recours aux soins de santé modernes. « *Nous nous arrivons à nous acheter tous les médicaments prescrits* », « *certaines médicaments exigent qu'il faut aller à Ouidah avant de se les procurer dans les pharmacies* » propos tenus par une des personnes interrogées à Gakpé.

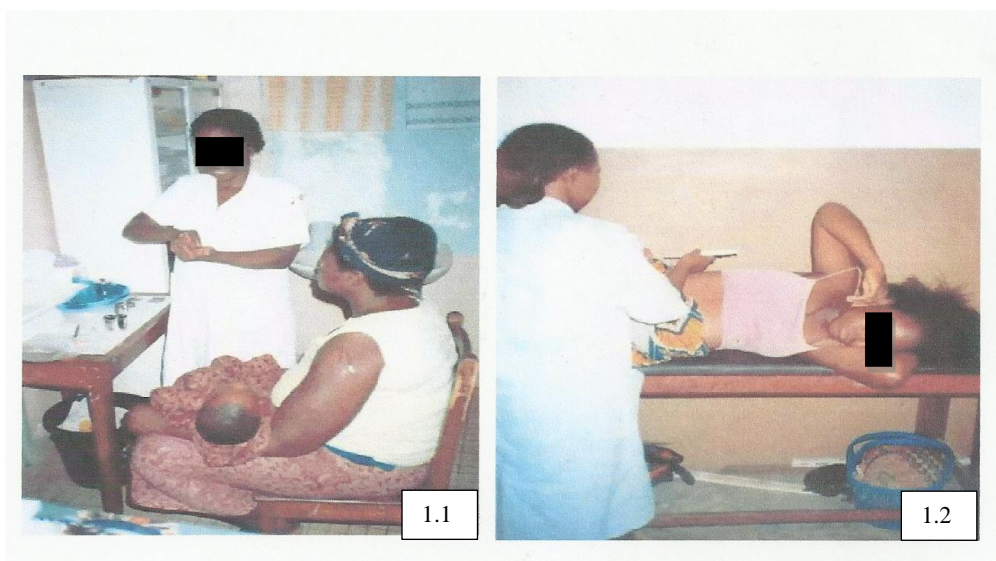
Cependant, il est à signaler que les ménages qui ont un niveau de revenus mensuels inférieur à 40 000 FCFA sont les plus nombreux (38,70 %) et représentent les populations les plus pauvres de la Commune et chercheront toujours à se rabattre sur la médecine curative en cas de maladie. Pour cette frange de la population, la considération de ce déterminant constitue une raison dans le choix ou non au recours à la médecine préventive. Considérant les autres catégories de ménage qui ont respectivement un niveau de revenus mensuels compris entre 40 000 – 60 000, 60 000 – 80 000, 80 000 – 100 000 et supérieur à 100 000 FCFA, leur proportion fait 61,30 % et arrivent pour la plupart à supporter les frais de soins et de cession des médicaments.

Même si Gandji (2004) estime que l'accès aux médicaments mêmes essentiels et génériques subventionnés demande de l'argent, l'accessibilité financière demeure un déterminant favorable au recours aux soins de santé modernes dans la Commune de Ouidah.

Les raisons qui justifient ce type de recours sont nombreuses, notamment : « *les coûts des services et autres actes sont acceptables* », « *les médicaments essentiels génériques sont disponibles et les frais de cession sont abordables* ».

Richard (2001) montre quant à lui, que comme tout bien économique, la demande de soins médicaux dépend des revenus des ménages. Des revenus plus importants créent une demande de services de soins plus importante.

La planche 1 montre une prestation de soins de santé modernes dont bénéficient les populations dans la Commune de Ouidah.



**Planche 1** : Service de soins à un nouveau-né et à une gestante à Pahou  
*Prise de vues : Coddja, décembre 2013*

Les photos 1.1 et 1.2 de la planche 1 confirment la volonté des populations à recourir à la médecine occidentale en dépit des dépenses que peuvent coûter les analyses, les injections et les cessions de médicaments dans les centres de santé.

### **3.4. Commodité**

Facilité d'utilisation des services de soins, la commodité est le lien ou le contact, pratique ou non entre le patient et le système de soins. Elle prend, entre autres, en compte la qualité de l'accueil et la qualité des prestations à son tour déterminée par la possession de matériels et équipements adéquats et suffisants pour satisfaire le patient.

#### **3.4.1. Accueil réservé aux patients**

En matière de recours aux choix thérapeutiques, l'accueil réservé au patient se trouve au cœur de la sollicitation de la thérapie moderne en cas de maladie. En effet, 61 % des personnes interrogées ont fait savoir leur indignation à propos de l'accueil. « ... *Surtout en temps de grève, tu peux gémir jusqu'à mourir sous leurs yeux. Ils ne s'intéresseront pas à toi* ». « ... *Quand tu faisais ta chose, est ce que j'étais là ?* ». Ces quelques propos ont été exprimés par deux nourrices enquêtées dans Zohoungo (arrondissement III) qui ont critiqué le personnel soignant de leur centre de santé. « .... *D'ailleurs la grève dure trop et nous, nous allons désormais à la clinique "Beau bébé" pour tout problème de santé* » a fait savoir une dame rencontrée à Tovè II (arrondissement IV). Le recours aux soins de santé est aussi fonction de l'accueil réservé au patient dans les hôpitaux.

#### **3.4.2. Logistique**

La logistique constitue aussi un déterminant quant au choix du type de recours aux soins dès les premiers signes de la maladie.

Ici, la logistique est vue sous l'angle de manque de moyens matériels dans les centres de santé modernes publics et du déficit de compétence face au traitement de certaines maladies par le personnel médical. En effet, 32 % des personnes interrogées ont souligné l'incapacité du personnel soignant à les traiter convenablement et ceci du fait des conditions de travail non réunies, mettant ainsi en cause le savoir-faire, la compétence du personnel soignant de ce centre

de santé qui parfois se voit en situation de renvoyer certains patients à l'hôpital de zone réputé capable de par la présence du personnel qualifié qui s'y trouve et le matériel en place, de guérir certains maux. Cet aspect des considérations socioculturelles représente aussi un déterminant dans l'accès aux soins de santé modernes publics dans la Commune de Ouidah.

La planche 2 illustre quelques éléments relatifs à la logistique des centres de santé dans la Commune de Ouidah.



**Planche 2 :** Moyens d'éclairage et salle d'attente délabrée du centre de santé de Houakpè-Daho

*Prive de vues : Coddja, janvier 2015*

La photo 2.1 traduit la présence de deux lanternes et d'une lampe rechargeable qui servent d'éclairage dans le centre de santé la nuit. Ceci exprime la non électrification de cette formation sanitaire, synonyme de l'incapacité du personnel soignant à offrir des soins de santé pendant la nuit. Cet état de chose exprime l'insuffisance des moyens matériels et contraint parfois le personnel soignant à fermer le centre pendant les heures tardives. C'est ce qu'exprime d'ailleurs l'état délabré de la salle d'attente indiquée dans la photo 2.2 qui n'est rien d'autre que l'expression de l'abandon de ce centre de santé par les populations qui ne le fréquentent plus.

La logistique qui est aussi une des variables de l'accès aux soins de santé compte beaucoup dans le recours au choix thérapeutique.

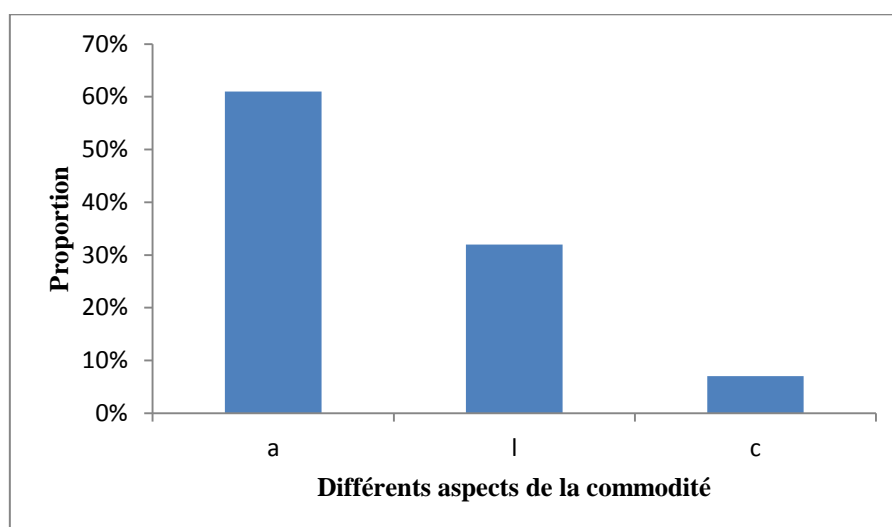
### 3.4.3. Considérations socioculturelles

Parlant des considérations socioculturelles comme déterminant dans l'accès aux services de soins de santé modernes, les populations de la Commune de Ouidah, populations pour la plupart animistes, considèrent que la religion peut déterminer le choix de la médecine préventive et curative comme recours en cas de maladie. Akoto (1993) définit la religion comme « système institutionnalisé de croyances, de symboles, de valeurs et de pratiques relatives aux sentiments de la divinité ». Ainsi la religion définit les comportements et les problèmes des fidèles. Sept pour cent (7 %) des personnes interrogées ont exprimé que la religion influence beaucoup leur choix thérapeutique face à certaines maladies où les prières (chrétiennes ou musulmanes) et les pratiques traditionnelles (animistes) s'avèrent parfois efficaces. « *Certains maux de tête disparaissent après des prières intenses* », propos d'une dame rencontrée à Tovè I dans l'arrondissement de Ouidah IV. Dans le même registre, face à la rougeole perçue dans la Commune de Ouidah comme naturelle et communément appelée "Ayi kun gban nu", les populations préfèrent les soins traditionnels aux soins biomédicaux pour la traiter. Il en est de même des maladies diarrhéiques. Ainsi, en matière de santé, la religion devient une sentinelle de déchiffrage, guidant dans le choix du recours thérapeutique. Les théories relatives à l'utilisation des services de santé, qu'elles relèvent du domaine scientifique ou religieux sont intégrées dans la culture qui caractérise chaque communauté.

La perception d'une maladie peut être considérée comme les résultats de causes naturelles ou comme ayant été provoquée par la « méchanceté humaine ». L'échec d'une pratique thérapeutique conduit souvent à recourir à d'autres que ce soit dans la médecine moderne ou la médecine traditionnelle. Ainsi, les perceptions des services de santé sont-elles souvent de nature à faciliter les types de recours aux soins de santé. Ce qui contribue à la pluralité de recours thérapeutiques. Les comportements d'utilisation des services de santé varient

d'une communauté à une autre. Les membres de certains groupes en fonction de leurs croyances, de leurs perceptions, comme dans la Commune de Ouidah, peuvent être amenés à recourir à diverses formes de thérapie. « ... *mais il faut d'abord aller à l'hôpital si tu tombes malade avant d'accompagner le reste avec les prières* », propos recueillis d'une dame à Djègbadji.

La commodité constitue alors un déterminant dans le choix thérapeutique des populations dans la Commune de Ouidah comme le montre la figure 9.



a= accueil ; l= logistique ; c= considérations socioculturelles.

**Figure 9** : Différents aspects de la commodité dans la Commune de Ouidah  
*Source* : Résultats d'enquêtes de terrain, septembre 2014.

De cette figure 9, il est déduit que l'accueil est très éligible par les populations de la Commune de Ouidah lorsqu'on considère la commodité comme déterminants dans l'accès aux soins de santé modernes car pour 61 % pour cent des enquêtés, l'accueil réservé aux patients est important dans le recours au choix thérapeutique. En ce qui concerne la logistique, elle traduit l'insuffisance des moyens matériels dans les centres de santé publics. Pour 32 % des enquêtés, le manque de moyens matériels constitue un facteur de non fréquentation des centres de santé dans la Commune de Ouidah. Quant aux considérations

socioculturelles comme la religion et d'autres conceptions de la vie, 7 % des enquêtés certaines maladies sont causées par des divinités et ne peuvent pas trouver leur remède auprès de la médecine occidentale ; de même, certains chrétiens croient qu'avec la prière, la guérison est possible et s'abstiennent alors de recourir aux soins de santé modernes.

Il faut mentionner que le système sanitaire dans la Commune de Ouidah connaît un déclin marqué par une démotivation des prestataires de soins. Cette démotivation se traduit dans les formations sanitaires par une désaffection pour le travail et une dégradation croissante des rapports entre usagers et personnels de santé. Le phénomène est général et touche aussi bien les simples agents de santé que les professionnels de soins spécialisés. Les professionnels de la santé déplorent de plus en plus l'effritement de leur pouvoir d'achat et la dégradation croissante de leur image dans la société. La démotivation se manifeste chez le personnel à travers des comportements tels que :

- l'absentéisme ;
- le mauvais accueil des usagers ;
- la négligence dans les soins aux malades ;
- le rançonnement des usagers ;
- la vente illicite des médicaments ;
- le détournement des malades vers les cabinets privés.

Cette situation apparaît de plus en plus comme un obstacle à l'amélioration des indicateurs de la santé.

De même, la formation de base du personnel n'est pas tout à fait adaptée aux missions que s'est fixé le ministère et à l'organisation de la pyramide sanitaire nationale. Tout ceci explique la démotivation du personnel signalée surtout au niveau de l'accueil réservé aux usagers.

Ces problèmes constituent un frein au développement du secteur. Il paraît donc utile à moyen terme, de procéder à une étude approfondie des postes de travail, des taux d'occupation des personnels ainsi que des taux d'encadrement, pour décider des modalités d'une restructuration ou d'un redéploiement plus équilibré en vue d'orienter les agents de santé vers l'essentiel qui est de dispenser des soins, en quantité et en qualité appropriées au bon moment et au bon endroit. Tout ceci requiert un certain nombre de suggestions.

### **3.5. Suggestions**

Pour améliorer la qualité des soins de services dans la Commune de Ouidah, les suggestions suivantes sont formulées à l'endroit de l'Etat, du Ministère de la santé, de la direction départementale de la santé publique/Atlantique-Littoral, de l'Hôpital de zone de la Commune et des autorités locales.

#### **3.5.1. A l'endroit de l'Etat**

Pour un meilleur accès aux soins de santé, il a été suggéré à l'Etat de :

- allouer chaque année 10 % du budget national à la santé ; conformément à la recommandation de l'OMS ;
- rendre bénéficiaires surtout les populations des zones rurales de cette allocation ;
- faire voter des lois pour une répartition équitable des infrastructures sanitaires dans la Commune ;
- créer des centres de formation pour assurer la relève en matière de santé ;
- faire une planification de mise en œuvre des programmes nationaux des soins de santé primaires dans le cadre de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement pour tous d'ici à l'an 2000 ;
- mener une étude diagnostique du secteur afin de renforcer la gestion des ressources humaines ;
- définir la mise en œuvre d'une politique de recrutement des agents de santé pour résorber le manque de personnel qualifié ;

- renforcer les capacités et les compétences des agents de santé ;
- promouvoir la micro-assurance pour permettre à la population de se soigner et de renforcer sa capacité productive ;
- créer des mesures incitatives pour l'installation des mutuelles de santé. Le RAMU (Régime d'Assurance Maladie Universelle) en est un exemple à encourager ;
- encourager les mutuelles communautaires de santé ;
- organisation d'une vaste campagne de sensibilisation des populations sur les avantages d'une appartenance à une mutuelle de santé ;
- renforcer l'accès aux soins curatifs, notamment dans les zones rurales ;
- rendre effective l'adéquation entre les salaires, le nombre d'année de formation et la charge de travail de l'agent de santé ;
- procéder par des notations annuelles au reclassement des professionnels de santé ;
- encourager le traitement rapide des dossiers et actes administratifs du personnel.
- encourager l'application des textes législatifs et réglementaires disponibles en matière de prévention et de gestion des risques professionnels ;
- intéresser les jeunes professionnels de la santé à venir dans la fonction publique en relevant le niveau très bas des salaires ;
- renforcer la prévention du paludisme à travers l'assainissement du milieu.

### **3.5.2. A l' endroit du ministère de la santé**

Etant l'organe qui met en œuvre les politiques publiques en matière de santé, le ministère de la santé publique est appelé à :

- doter les centres de nouveau matériel médico-technique ;
- attribuer des primes de rendement aux agents les plus méritants en fin d'année ;

- améliorer le niveau de qualification et de conscience professionnelles du personnel ;
- mettre à la disposition de la population des dépotoirs publics pour l'élimination correcte des ordures ménagères ;
- coupler le développement des infrastructures sanitaires avec ambitieux programme de désenclavement pour faciliter ou permettre leur accès.
- promouvoir un plan détaillé de développement des ressources humaines sur la base des déficits par type de personnel et par localité ;
- réorganiser la base de la pyramide sanitaire en renforçant la couverture sanitaire ;
- améliorer la gestion des ressources du secteur ;
- prévenir et lutter contre les endémies (SIDA, paludisme et tuberculose)
- recentrer la politique sanitaire en l'adaptant au processus de décentralisation ;
- faire valoir les capacités des agents et de les motiver professionnellement ;
- mettre en pratique un système de management des ressources humaines par la mise en place d'un système informatisé performant ;
- redéployer de manière équilibrée les agents de santé vers l'essentiel qui est de dispenser des soins, en quantité et en qualité appropriées, au bon moment et au bon endroit.

### **3.5.3. A l'endroit de la Direction Départementale de la Santé publique/Atlantique-Littoral**

Cette structure déconcentrée de l'Etat est invitée à :

- construire et doter de mobilier les salles d'hospitalisation du dispensaire de Dondji ;
- assurer la clôture des centres de santé en matériaux définitifs ;

- assurer la disponibilité d'eau potable et de l'éclairage électrique dans les formations sanitaires
- doter les maternités de moustiquaires
- généraliser dans toute la Commune la stratégie de promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées développée par le programme de lutte contre le paludisme ;
- organiser des campagnes d'imprégnation gratuite des moustiquaires ;
- procéder régulièrement à la cessation des kits d'imprégnation à un coût abordable aux populations ;
- mettre en circulation des moustiquaires imprégnées de longue durée ;
- gérer de manière rationnelle et efficiente les stocks de moustiquaires imprégnées et les kits d'imprégnation pour éviter les ruptures de stocks généralisées ;
- poursuivre l'information et l'éducation des communautés sur les avantages de la moustiquaire imprégnée ;
- identifier les besoins réels de formation au cours des supervisions du personnel ;
- poursuivre la tenue des journées médicales trimestrielles du personnel technique ;
- rendre semestrielles, les journées médicales des sages-femmes de la Commune ;
- étendre l'étude sur la qualité des soins et services à toute la Commune ;
- assurer la réalisation d'autres enquêtes transversales annuelle ou semestrielle pour un suivi dynamique de la qualité dans les centres ;
- mettre en place une équipe pour planifier l'assurance de qualité ;
- élaborer un programme d'hygiène et d'assainissement en tenant compte des spécificités de chaque arrondissement de la Commune.
- mener une étude diagnostique du secteur afin de renforcer la gestion des ressources humaines ;

- présenter un descriptif des postes et des tâches pour les trois niveaux de la pyramide sanitaire ;
- actualiser les données de base du fichier du personnel par un inventaire exhaustif ;
- rassembler et compléter les informations relatives à la formation, à l'expérience et aux capacités de l'agent tant du point de vue professionnel que sous l'angle purement administratif ;
- mettre en place un système informatisé simple qui permet l'exploitation de l'ensemble de cette banque de données ;
- élaborer des plans de carrière et de programmes de formation ;
- créer de très bonnes conditions de travail aux agents ;
- créer la motivation des médecins en spécialisation et les étudiants en formation ;
- décourager l'existence de disparité catégorielle dans tous les corps en fonction dans la Commune ;
- prendre en compte l'approche genre et même les agents de santé handicapés dans l'administration des soins et services de santé aux populations de la Commune ;
- réaliser les statistiques fiables sur les risques professionnels dans le secteur ;
- appliquer suffisamment les dispositions réglementaires en matière de prévention et prise en charge des accidents et maladies professionnels ;
- sensibiliser régulièrement le personnel sur les risques professionnels et plus particulièrement sur les accidents d'exposition au sang ;
- améliorer le niveau de qualification et de conscience professionnel du personnel de santé dans la Commune ;
- localiser les mouvements et la distribution géographique des effectifs et des postes de travail dans la Commune ;
- répartir les effectifs des agents de santé en catégories professionnelles ;

- faire une répartition adaptée du personnel par rapport aux besoins réels des formations sanitaires.

#### **3.5.4. A l'endroit de l'hôpital de zone de Ouidah**

Les responsables sanitaires publics doivent être à l'avant-garde quant à la fréquence régulière des formations sanitaire publiques par les populations de la Commune en offrant entre eux et autour d'eux une ambiance de travail assez bonne et conviviale, gage d'une guérison psychologique du malade qui se présente à eux dans les centres de santé. Dans ce sens, ils sont appelés à :

- installer un poste de renseignement dans toutes les formations sanitaires de la Commune ;
- organiser de façon périodique (au moins une fois par mois) les campagnes de salubrité afin d'assainir et entretenir l'environnement dans toute la Commune ;
- doter toutes les maternités de la Commune de moustiquaires ;
- augmenter le nombre de lits avec matelas dans les maternités de la Commune ;
- établir un calendrier mensuel des activités ;
- installer des poubelles dans chaque unité de soins et dans la cour de l'hôpital ;
- assurer la collecte et l'évacuation des déchets solides et liquides de façon séparée ;
- assurer la décontamination des liquides biologiques avant leur évacuation ;
- construire des incinérateurs de fortune dans toutes les formations sanitaires de la Commune ;
- rendre effectives les réunions mensuelles du personnel au sein des équipes de santé ;

- tenir les rencontres mensuelles des chef-postes avec les conviés de gestion communaux.

### **3.5.5. A l'endroit des autorités locales**

Considérant la question de la santé comme étant un problème de développement à la base, la municipalité est donc appelée à :

- construire des toilettes et des cuisines pour les femmes qui viennent d'accoucher ;
- forer des latrines dans les centres de santé de la Commune qui en sont dépourvus ;
- offrir des moustiquaires imprégnées aux populations vivant dans la Commune surtout les enfants et les femmes enceintes ;
- assurer la motivation financière des comités de gestion communaux ;
- construire le logement du personnel ;
- afficher les tarifs des prestations dans les centres de santé et à la place publique des villages de la Commune ;
- mettre en place une caisse de médicaments pour l'urgence chez les indigents éventuels ;
- réhabiliter les centres de santé de la Commune ;
- assurer une motivation financière des membres des comités de gestion communaux en tenant compte des possibilités financières ;
- promouvoir et vulgariser des méthodes de protection individuelles contre le paludisme (portes et fenêtres grillagées, moustiquaires imprégnées, etc.).

## **Conclusion**

La présente recherche est une contribution à une meilleure connaissance de l'état des lieux de la mise en application de la décision de l'OMS à Alma-Ata relative à la mise à disposition des soins de santé primaires aux populations dans la Commune de Ouidah en République du Bénin.

Au terme de cette étude, on peut affirmer de façon générale que l'évolution des infrastructures sanitaires n'est pas au même rythme que celle du personnel soignant. La disponibilité des infrastructures sanitaires dans la ville de Ouidah n'est pas encore une réalité que vivent les populations de la Commune. A cela s'ajoutent la mauvaise répartition des infrastructures sanitaires et le mauvais déploiement du personnel. Les facteurs comme la disponibilité, l'accessibilité géographique, la capacité financière des populations et la commodité conditionnent l'accès aux soins de santé. Quarante pour cent (40 %) des enquêtés parcourent une distance moyenne de 1,5 km avant d'aller dans un centre de santé public. Les 60 % font une distance moyenne de 5 km. En effet, 61 % des personnes interrogées ont fait savoir leur indignation à propos de l'accueil. Sept pour cent (7 %) des personnes interrogées ont affirmé que la religion influence beaucoup leur choix thérapeutique face à certaines maladies où les prières (chrétiennes ou musulmanes) et les pratiques traditionnelles (animistes) s'avèrent parfois efficaces. Jusqu'en 2010, on ne dénombre que 2 médecins, 5 infirmiers, 15 sages-femmes dans la Commune de Ouidah ce qui est en déphasage avec les normes de l'OMS. Si le problème de santé des populations ne peut être réellement appréhendé que par considération des facteurs aussi bien physique, économique que social, l'étude de la santé des populations de la Commune de Ouidah a permis de faire savoir les besoins en services et soins de santé desdites populations face aux nombreuses maladies qui sévissent dans ce milieu.

C'est justement pour cela que le prochain sujet de recherche en thèse se penchera sur l'« **Etude des déterminants d'utilisation des services de santé dans la zone sanitaire Ouidah –Kpomassè-Tori**».

## **Bibliographie**

1. Abbatt F. R. et Mejia A. (1990) : La formation continue des personnels de santé. Manuel pour atelier. OMS, Genève. 189 p.
2. Adams W. (2002) : Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. In bulletin de l'OMS, recueil d'articles, 80 (2) : pp 97.105.
3. Affane (2006) : Evaluation du système de surveillance des maladies à potentiel épidémique dans la Commune de Ouidah en octobre 2006, mémoire de maîtrise en santé publique, LRSP, 69 p.
4. Akono E. J. (2000) : Evaluation de la viabilité des zones sanitaires en République du Bénin, mémoire de maîtrise en santé publique, IRSP, 84 p.
5. Alvergne C. et Tautelle F. (2002): Du local à l'Europe. Les nouvelles politiques d'aménagement du territoire. PUF, Paris, 303 p.
6. Asante F. A., Asento-Okyere K., d'Almeida S., Mwabu G., Okorosobo T. (2004) : Poids économique du paludisme dans la région africaine : le cas du Ghana. Bulletin des maladies transmissibles pour la région africaine 2004 ; 2 (4) : pp. 1-4.
7. Assouma K. (2006) : Croissance démographique et santé de la population dans les arrondissements d'Abomey-Calavi et de Godomey. Mémoire de maîtrise de Géographie. FLASH/UAC, 86 p.
8. Ba I. (2000) : Etat de santé et environnement : l'exemple des maladies diarrhéiques dans l'arrondissement de Niodor. Mémoire de géographie, UCAD, Département de Géographie, Dakar, 95 p.
9. Brahim I. S. (1996) : Déterminants de l'abandon de poste par les agents de santé communautaire (cas de la circonscription urbaine de Ouidah), mémoire de maîtrise en santé publique. IRSP, 97 p.

10. Caldwell, J.C., (1999) : Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé ? RISS 161, pp 371.377.
11. Codjia H. (2004) : Evolution des centres de santé modernes dans la Commune de Ouidah depuis 1960, mémoire de maitrise en Géographie, DGAT, FLASH, UAC, 69 p.
12. Dosseh L. J. (2013) : Disparités de répartition des infrastructures sanitaires et accès aux soins de santé dans la Commune d'Abomey. Mémoire de maîtrise. DGAT/FLASH/UAC. 104 p.
13. Egundjobi L. (1983): Factors influencing choice of hospitals: a case study of the northern part of Oyo state, Nigeria, social science and Medecine (2317): 721.735.
14. Fassin D., Cantrelle P. et Ferry B. (1991): Utilisation des statistiques sanitaires des structures périphériques dans les pays en développement, Bulletin de la société de pathologie exotique, 84: pp. 368.374.
15. Fournier P. et Hadad S. (1995) : Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. In sociologie des populations, AUPELF, UREF Pp 289.320.
16. FNUAP, (2001) : L'environnement. Tendances actuelles. In « L'état de la population mondiale 2001 ». Document disponible en ligne sur le site <http://www.unfpa.org/swp/2001/francais/ch02.html>.
17. Gandji B. (2004) : Environnement et état de santé des enfants de moins de quinze (15) ans dans la Commune de Sô-Ava. Mémoire de maîtrise de Géographie. FLASH/UAC 88 p.

18. Gbovi R. F. H. (1998) : La gestion des déchets hospitaliers dans la sous – préfecture d’Abomey-Calavi, Mémoire de Maîtrise de géographie, UNB Abomey-Calavi, 85 p.
19. Gnimadi C. G. (1994) : Contribution à la géographie de la santé dans la sous-préfecture d’Allada, Mémoire de Maîtrise de géographie, UNB Abomey-Calavi, 150 p.
20. Grodos D. et Mercier P. (2000) : La recherche sur les systèmes de santé ; moins comprendre la méthodologie pour mieux agir, studies in Health services Organization and policy, 14, Anvers, Institut de médecine tropicale.
21. Gruenais M. E. (2001) : Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique. In HOURS B. (Dir), Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l’anthropologie, Karthala, Médecins du monde : pp. 67.85.
22. Guèdègbé T. (2000) : Banques communautaires et accessibilité financière aux soins dans la Commune rurale de Pahou au Bénin, mémoire de maîtrise en santé publique, IRSP, 59 p.
23. Haddad S. Fournier P. (1995) : Qualité, coûts et utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale au Zaïre. In rupture revue transdisciplinaire, 3(1) : pp. 88-105.
24. Haddad S., Nougbara A., Ridde V. (2004) : Les inégalités de l’accès aux services de soins et facteurs déterminants au Burkina-Faso. Santé, Société et Solidarité, 2 : pp. 199-210.
25. Hamel M. J., Odhacha A., Roberts J. M., et Deming M. S.(2001): Lutte antipaludique dans le district de Bungoma (Kenya): enquête sur le traitement à domicile des enfants fiévreux, l’utilisation des moustiquaires et les visites aux dispensaires de soins prénatals. Bulletin of the World Health Organisation 2001 79 (11) 1014.23.

26. Hounghinin A. R. (2000) : Paramètres de l'environnement et santé publique au Bénin : Etude des impacts socio-économiques de l'ulcère de Buruli dans la zone sanitaire de Klouékanmè. Mémoire de DEA, EDP/GENV/FLASH/UAC, 114 p.
27. INSAE (2001) : Enquêtes démographiques et de santé, Cotonou, Bénin. 308 p.
28. Kifouly E. B. (1991) : Les déterminants de la faible fréquentation des services de santé (dans la circonscription administrative de Ouidah) mémoire de maîtrise en santé publique, LRSP, 113 p.
29. Koné K. G. (2005) : Etude des déterminants et de l'ampleur de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : Le cas de la clientèle de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Général de Grand Yoff, à Dakar. Mémoire de DESS en économie de la santé, CESAG/IRD/ISS, 122 p.
30. Kinde-Gazard D., Tohon S., Da Silva C., Nahum A., Quenum A., (2004) : Indicateurs de suivi et d'évaluation en 2001 de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » au Bénin. Médecine d'Afrique Noire 2004 ; 5 : 349.52.
31. Koumalon P. (2012) : Environnement et santé infantile dans la Commune d'Akpro-Misséréfé, Mémoire de maîtrise de géographie, FLASH, UAC, 83 p.
32. Lacoste O. (2002): Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis à vis du système de soins, CREDES, contact santé, 173 :18 à 19.
33. Le Bras M ; Malvy D. (2004) : Le paludisme à l'heure du « Roll Back Malaria ». Médecine Tropicale 2004, 64 (6) : 576.8.

34. Le Robert (2002) : Dictionnaire français de la langue française, 5<sup>ème</sup> édition Hachette, Paris. 2949 p.
35. MAEP (2007) : Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP), Rapport d'activité, Bénin, 163 p.
36. Mahougnon G. K. (2007) : Problématique de l'assainissement et de la santé dans la Commune de Zangnanado au Bénin. Thèse de doctorat unique, UAC.FLASH.EDP.GE, 216 p.
37. MSP (1998) : Politique nationale de tarification des prestations de soins et des médicaments essentiels sous nom générique, 1999.2001, 16 p.
38. MSP (2001) : Normes et standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires, Cotonou, Bénin, pp 2.32.
39. MSP (2002) : Politique et stratégie de développement du secteur santé, 2002.2006, Cotonou, Bénin, 87 p.
40. MPS et Projet d'Appui au Secteur de la santé 8.ACP.BEN 027 (2006) : Etude sur les déterminants socio-économiques du recours aux soins de santé modernes dans le sud-Bénin, Cotonou, 51 p.
41. MS (2010): Plan National de Développement Sanitaire 2009.2018, Cotonou, 102 p.
42. MS (2006) : Annuaire des statistiques sanitaires, Cotonou, Bénin
43. MSP (1998) : Politique nationale de tarification des prestations de soins et des médicaments essentiels sous nom générique 1999.2001, 16 p.
44. Nabiliou K. (1999) : Influence du niveau socio-économique sur la survenue du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans dans la ville de Cotonou, mémoire de maîtrise en santé publique, IRSP, 61 p.

45. OMS (1994) : Crise de la santé en milieu urbain : les stratégies de la santé pour tous face à une urbanisation galopante. Rapport des Discussions Techniques de la Quarante-quatrième assemblée mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 93 p.
46. OMS (2003) : Pauvreté et santé, une stratégie pour l'Afrique. Brazzaville, 27 p.
47. Onigbon Y. (1990) : Impacts des inondations sur la santé de la population scolaire dans les anciens districts de Cotonou 2, 3 et 4. Mémoire de maîtrise de Géographie, FLASH/UAC, 144 p.
48. Orekan V. (2000) : Impacts de l'exploitation des bas-fonds sur la santé des populations : cas des sous-préfectures de Dassa-Zoumè et de Glazoué dans le département des Collines au Bénin. Mémoire de DEA, EDP/GENV/FLASH/UAC, 79 p.
49. Phillips D. (1990): Health and Health care in the world countries: aspects of distribution on a accessibility, Harlow, longman. 334 p.
50. Picheral H. (2001) : Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé, Université Montpellier 3, cahier GEOS. 308 p.
51. Pressat R. (1969) : L'analyse démographique : concept, méthode, résultat, 2<sup>ème</sup> édition entièrement refondue, Paris : INED, 322 p.
52. Richard J. L. (2001) : Accès et recours aux soins de santé dans la Sous-Préfecture de Ouèssè (Bénin). Thèse de géographie de la santé de l'Université de Neuchâtel. 1134 p.
53. Rogier C. (2003) : Paludisme de l'enfant en zone d'endémie : épidémiologie, acquisition d'une immunité et stratégies de lutte. Médecine Tropicale 2003 ; 63 (4.5) : 449.64.

54. Salem G. (1998) : La santé dans la ville, géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal), ORSTOM, Ed. Khartala, 360 p.
- 55- Santana A. (2013) : Paramètres environnementaux et infections respiratoires aiguës dans la Commune de Ouidah. Mémoire de maîtrise. UAC/FLASH/DGAT. 77 p.
- 56- Sodjo D. (1997) : Contribution à l'étude de la géographie de la santé en pays Agonlin, mémoire de maîtrise de géographie, UNB, Abomey-Calavi. 70 p.
- 57- Tchaou G. (2008) : Facteurs associés au recours aux soins de santé primaires dans la Commune d'Abomey-Calavi (République du Bénin). Mémoire Master Population et santé. Institut Supérieur des Sciences des Populations (ISSP)/Université Ouagadougou (UO) Burkina-Faso. 81 p.
- 58- Tchaou G. (2013) : Dynamique de population et offres de services de soins de santé modernes dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, Thèse de Doctorat unique, UAC/FLASH, 341 p.
- 59- Todégnon T. et Tossou C. A. (2000) : Essai d'Atlas sanitaire du département du Zou, mémoire de maîtrise de géographie, UNB, Abomey-Calavi. 88 p.
- 60- UNICEF (2001) : La situation des enfants dans le monde. New-York. 115 p.
- 61- UNICEF (1996) : Aujourd'hui et demain ? Bulletin de liaison de l'UNICEF-Cotonou (RB), N° 15 et 16, Juillet-Décembre 1996.
- 62- UNICEF (1996) : Le progrès des Nations. Rapport d'étude, 115 p.
- 63- Waty M. O. (1993) : Etat des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique : quelles perspectives pour le financement communautaire ? In Centre International de l'Enfance, Argent et Santé : expériences de

financement communautaires en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24.27 septembre 1993:33.46, CIE, 321 p.

64- Woromogo S. H. (2003) : Les déterminants de recours aux soins de santé des populations de la Commune de Ouidah en 2003, mémoire de maîtrise en épidémiologie, LRSP, 80 p.

65- Yacoubou A. (2000) : Environnement et santé dans la sous-préfecture de Bembèrèkè.

66- Yahouédéou F. (1992) : Contribution à l'organisation du niveau intermédiaire du système sanitaire au Bénin (cas de l'Atlantique) mémoire de Thèse en santé publique, IRSP, 174 p.

### **Webographie**

Anonyme, Analyser, dans <http://www.cnrlt.fr>

Anonyme, définition de l'aide.soignant dans <http://www.informetiers.info>

Anonyme, rôle de l'aide.soignant dans <http://www.mip.louhans.asso.fr>

Anonyme, Sécurité du patient, dans <http://wwwpreventionmedecinale.org>

DURRIEU.DIEBOLT, Exercice illégal de la médecine dans <http://www.caducee.net>

<[http://www.unmillenniumproject.org/press/tf5c\\_f.htm\\_28k](http://www.unmillenniumproject.org/press/tf5c_f.htm_28k) >.

Ministère de la Santé Publique (Bénin). Programme National de Lutte contre le Paludisme : Rapport d'évaluation à mi-parcours de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » au niveau communautaire au Bénin. E.med (en ligne) novembre 2004 (21 octobre 2005) ; 00080. Disponible sur :

Projet Objectifs du Millénaire (New York). La lutte contre le paludisme permet de combattre la pauvreté et de sauver des vies. ODM (en ligne) janvier 2005 (17 août 2005). Disponible sur : URL :

URL : <[http://rbm.who.int/rbm/attachement/20041115/rapport\\_FINAL\\_EVAMI\\_P.pdf](http://rbm.who.int/rbm/attachement/20041115/rapport_FINAL_EVAMI_P.pdf)>

Google.bj : Pyramide sanitaire du Bénin. Consulté ce 31 mars 2015 à 12 H 50 min.

### Liste des figures

Figure 1	: Situation géographique et administrative de la Commune de Ouidah	23
Figure 2	: Evolution de la population de la Commune de Ouidah de 1979 à 2013	28
Figure 3	: Différents organes de gestion dans la zone sanitaire Ouidah/ Kpomassè / Tori	39
Figure 4	: Pyramide sanitaire normale selon le scénario de développement sanitaire	40
Figure 5	: Répartition spatiale des infrastructures sanitaires de la Commune de Ouidah	44
Figure 6	: Répartition du personnel soignant dans la Commune de Ouidah	47
Figure 7	: Distance moyenne séparant les populations de leur centre de santé	52
Figure 8	: Evolution du taux de fréquentation dans la Commune de Ouidah de 1980 - 2010	54
Figure 9	: Différents aspects de la commodité dans la Commune de Ouidah	62

### Listes des planches

Planche 1	: Service de soins à un nouveau-né et à une gestante à Pahou	58
Planche 2	: Moyens d'éclairage et salle d'attente délabrée du centre de santé de Houakpè-Daho	60

### Liste des photos

Photo 1	: Vue partielle de la lagune Djègba dans la zone côtière	26
Photo 2	: Focus-group, Ouidah quartier Lèbou	33

### Liste des tableaux

Tableau I	: Différentes catégories professionnelles et les normes selon OMS	30
Tableau II	: Synthèse de la recherche documentaire	33
Tableau III	: Organisation du système de santé dans Ouidah/ Kpomassè/	38

	Tori-Bossito	
Tableau IV	: Evolution des infrastructures sanitaires publiques	42
Tableau V	: Ressources Humaines par catégorie socioprofessionnelle dans chaque formation sanitaire de la Commune	46
Tableau VI	: Différents ratios du personnel soignant par corps et par centre de santé d'arrondissement	48
Tableau VII	: Fréquentation des formations sanitaires de 1980 - 2010 dans la Commune de Ouidah	53
Tableau VIII	: Revenus moyens mensuels des populations	56

# ANNEXES

## Outils de collecte des données

### Questionnaires par objectif

**Objectif 1** : analyser la répartition des infrastructures sanitaires dans la Commune de Ouidah de 1980 à 2010.

- . A quelle distance se trouve votre domicile de ce centre de santé ?
- . Par quel moyen êtes-vous admis ici ?
- . Quel est l'état de la voie qui mène de votre domicile à ce centre de santé ?
- . A combien évaluez-vous le nombre de lits qui se trouvent dans cet hôpital ?
- . Pensez-vous que ces lits sont suffisants par rapport au nombre de patients qui viennent dans cet hôpital ?

Oui  non

- . N'y a-t-il pas des patients qui s'étendent par terre par occupation des lits par d'autres ?

Oui  non

- . A quelle proportion jugez-vous le flux d'arrivée des patients dans cet hôpital ?

peu nombreux

nombreux

plus nombreux

**Objectif 2** : Etudier l'évolution du personnel soignant de 1980 à 2010

- . Pensez-vous être en nombre suffisant par rapport au nombre de patients qui attendent de recevoir des soins ?

Oui  non

- . Quelles sont les différentes catégories d'agents du personnel médical ?
- . Comment trouvez-vous la prestation de service du personnel médical dans ce centre de santé ?
- . A quelle catégorie du personnel médical appartenez-vous ?

médecin

infirmier

sage-femme

technicien

aide-soignant

. Depuis combien d'années êtes-vous ici ?

. Combien êtes-vous dans votre catégorie ?

**Objectif 3 :** étudier les déterminants de l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah.

. Votre zone sanitaire dispose-t-elle d'une ambulance ?

. Votre milieu d'habitation est-il inondable ?

. Les médicaments, s'ils sont prescrits vous semblent-ils trop chers ?

. Quelle est l'activité génératrice de revenu du chef de ménage ?

. Quel est le revenu total du ménage ?

. Quel est le moyen de transport du chef de ménage ?

. Avez-vous les accessoires nécessaires pour exercer sans faille votre métier ?

. De quelle ethnie êtes-vous ?

. La cession des médicaments des officines est-elle à votre bourse ?

. D'où est-ce-que vous quittez pour venir au lieu de travail ?

### **Guide d'entretien**

#### **I- Avec les professionnels de santé**

1- Nom et prénoms

- 2- Responsabilité
- 3- Couverture sanitaire dans la Commune
- 4- Qualification des agents de santé
- 5- Principaux ratios du personnel soignant par corps et par arrondissement

## II- Avec les populations

- 1- Nom et prénoms
- 2- Profession
- 3- Accessibilité géographique par rapport au centre d'unité
- 4- Perception des populations sur la prestation du personnel soignant.

### QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de Diplôme d'Etude Approfondie (DEA) en Environnement santé et développement, nous vous prions de répondre à ce questionnaire en vue d'apprécier la problématique de l'accès aux soins de santé dans la Commune de Ouidah.

N°	Questions	Réponses
<b>Répartition des infrastructures sanitaires</b>		
1	Comment est organisé le système de santé dans la Commune ?	
2	Combien de formations sanitaires avez-vous dans cette Commune ?	
3	Combien d'arrondissements dispose cette Commune ?	
4	Avez-vous connaissance des centres de santé publics implantés dans cette Commune ?	
5	Avez-vous une idée du taux de couverture de votre zone en matière de centre de santé	
6	Avez-vous connaissance de leur année de création ?	
7	Possédez-vous dans cette Commune un comité de santé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

8	Avez-vous un hôpital de zone ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9	Avez-vous un bureau de zone ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Répartition du personnel soignant</b>		
10	Quelles sont les différentes catégories d'agent du personnel médical ?	
11	Pouvez-vous faire le point du personnel catégorie par catégorie entre 1980.1990 ? 1990.2000 ? 2000.2010 ?	
12	Comment trouvez-vous la prestation du personnel médical de votre centre de santé ?	
13	Pensez-vous être en nombre suffisant par rapport au nombre de patients qui attendent votre prestation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14	A quelle catégorie du personnel médical appartenez-vous ?	
15	Combien de temps avez-vous déjà fait ici ?	
<b>Déterminants de l'accès aux soins de santé modernes</b>		
<b>Accessibilité géographique</b>		
16	Votre zone sanitaire dispose-t-elle d'une ambulance ?	
17	Avez-vous un véhicule de supervision dans la zone sanitaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
18	Possédez-vous un système de communication dans ce centre de santé ?	
19	A quelle distance se trouve votre domicile de ce centre de santé ?	
20	Combien de temps avez-vous déjà fait ici ?	
21	Votre milieu d'habitation est-il inondable ?	
22	Si oui, quelle est alors la période d'inondation ?	
23	Votre zone d'habitation est-elle rurale ou urbaine ?	
<b>Capacité financière</b>		
24	Vous-a-t-on prescrit des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
25	Les médicaments, s'ils sont prescrits vous semblent-ils trop chers ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
26	Avez-vous pu les acheter ?	<input type="checkbox"/>
27	Quelle est l'activité génératrice de revenu du chef de ménage ?	
28	Quel est le revenu total du ménage ?	
29	Combien dépensez-vous par mois pour l'alimentation dans le ménage ?	
30	Quel est le moyen de transport du chef de ménage ?	
<b>Considérations socioculturelles</b>		

31	Depuis combien d'années êtes-vous dans le corps médical ?	
32	Avez-vous les accessoires nécessaires pour exercer sans faille votre métier ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
33	Comment jugez-vous l'ambiance du travail avec vos autres collègues de service ?	
34	Combien de fois avez-vous été dans ce centre de santé ?	
35	Pensez-vous y revenir une autre fois pour des raisons de santé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
36	De quelle ethnie êtes-vous ?	
37	De quelle confession religieuse êtes-vous ?	
38	Quel est le niveau d'instruction atteint par vous ?	
39	Combien de personnes compte votre ménage ?	
40	La cession des médicaments des officines est-elle à votre bourse ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
41	Quelles sont les différentes catégories d'agents du personnel dans ce centre de santé ?	
42	De quelle catégorie êtes-vous ?	
43	Pouvez-vous faire le point du personnel depuis 1980 ?	
44	Le personnel médical de votre centre de santé est-il suffisant ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
45	Où était votre poste de travail avant votre arrivée ici ?	
46	Etes-vous satisfait de ce poste de travail où vous vous trouvez présentement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
47	D'où est-ce-que vous quittez pour venir au lieu de travail ?	
48	Pensez-vous passer plusieurs autres années ici encore ?	
49	Vous sentez-vous trop éloigné de votre famille ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
50	Etes-vous toujours prêt à servir l'Etat où il estime bon vous envoyer ?	
51	Combien d'années, vous reste-il pour aller à la retraite ?	
52	Vos revendications syndicales sont-elles satisfaites entièrement par l'Etat ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Suggestions</b>		
53	Pensez-vous que la médecine préventive et curative possède-t-elle la capacité de maîtriser tous les problèmes de santé des populations de cette Commune ?	
54	Si non, que faut-il faire ?	
55	Acceptez-vous aller à une autre école que celle qui vous a formé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

56	Les médicaments prescrits pour l'usage contre certaines maladies s'avèrent-ils toujours efficaces ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
57	Pensez-vous qu'il peut y avoir des connaissances autres que celles de la médecine occidentale pour guérir certaines maladies ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
58	Si oui, sont-elles efficaces ?	

Commune	Arrondissements	Formations sanitaires
Ouidah	Avlékété	CS Avlékété
		CS Adounko
	Djègbadji	CS Djègbadji
		Dispensaire isolé de Djondji
		CASES Dégouè
	Gakpé	CS Gakpé
	Houakpè	CS Houakpè Daho
	Ouidah I et IV	CS Kindji
		Dispensaire isolé de Ganloncodji
		CDT logé à Kindji
	Ouidah II et III	CS Kpassè
		Centre de Traitement Anti.Lèpre (CTAL)
		Hôpital de zone
	Pahou	CS Pahou
		Maternité de Kpovié isolée
		CS Akadjamè
Dispensaire isolé Houndjava		
Savi	CS Savi	

*Source : Résultat d'enquête, 2013*

## Table des matières

Sommaire.....	2
Dédicace.....	3
Sigles et acronymes.....	4
Remerciements.....	5
Résumé.....	6
Abstract.....	6
Introduction.....	8

### CHAPITRE I

#### REVUE DE LITTERATURE, CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET PROBLEMATIQUE

1.1 Revue de littérature.....	10
1.2 Clarification conceptuelle.....	13
1.3 Problématique.....	18
1.3.1 Justification du sujet.....	18
1.3.2 Hypothèses de recherche.....	21
1.3.3 Objectifs de recherche.....	21

### CHAPITRE II

#### CADRE D'ETUDE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Présentation de la Commune de Ouidah.....	23
2.1.1 Situation géographique.....	23
2.1.2 Organisation administrative et politique.....	25
2.1.3 Relief et climat.....	25
2.1.3.1 Relief.....	25
2.1.3.2 Climat.....	25
2.1.4 Environnement biophysique.....	25
2.1.4.1 Réseau hydrographique.....	26
2.1.4.2 Flore et faune.....	26
2.1.5 Démographie.....	27
2.1.6 Religion.....	31
2.2 Démarche méthodologique.....	31
2.2.1 Données collectées.....	31
2.2.2 Outils/Matériels de collecte de données.....	32
2.3 Techniques de collecte de données.....	32
2.3.1 Recherche documentaire.....	32
2.3.2 Echantillonnage.....	33
2.3.3 Enquêtes de terrain.....	34
2.4 Méthodes de traitement de données.....	34

**CHAPITRE III**  
**ANALYSE DES VARIABLES DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE**  
**DANS LA COMMUNE DE OUIDAH**

3.1. Disponibilité des infrastructures sanitaires.....	36
3.1.1 Organisation du système de santé de la zone.....	36
3.1.2 Evolution des infrastructures sanitaires.....	41
3.1.2.1 De 1980-1990.....	41
3.1.2.2 De 1990-2000.....	41
3.1.2.3 De 2000-2010.....	42
3.1.3 Répartition spatiale des infrastructures sanitaires.....	43
3.1.4 Répartition du personnel médical.....	45
3.1.4.1 Situation des ressources humaines.....	45
3.1.4.2 Principaux ratios du personnel soignant par corps et par centre de santé d'arrondissement en 2010.....	48
3.2 Accessibilité aux soins.....	50
3.2.1 Distance entre usagers et infrastructures sanitaires.....	50
3.2.2 Effets de la distance sur l'utilisation des services sanitaires.....	53
3.3 Capacité financière.....	56
3.4 Commodité.....	59
3.4.1 Accueil réservé aux patients.....	59
3.4.2 Logistique.....	59
3.4.3 Considérations socioculturelles.....	61
3.5 Suggestions.....	64
3.5.1 A l'endroit de l'Etat.....	64
3.5.2 A l'endroit du ministère de la santé.....	65
3.5.3 A l'endroit de la Direction Départementale de la Santé publique /Atlantique-Littoral.....	66
3.5.4 A l'endroit de l'hôpital de zone de Ouidah.....	69
3.5.5 A l'endroit des autorités locales.....	70
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	73
Webographie.....	80
Liste des figures, planches et photos.....	81
Liste des tableaux.....	81
Annexes.....	83
Table des matières.....	90