



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS
ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)

----*----

Ecole Doctorale Pluridisciplinaire (EDP)
"Espaces, Cultures et Développement"

----*----

Filière : Sociologie Anthropologie du Développement

----*----

Option : Sociologie du Développement

----*----

Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA)

THEME

**Politique d'exemption de paiement des soins aux indigents
dans les services de santé au Bénin : cas de la commune de
Glazoué**

Présenté par :

BOURAIMA Zakou

Sous la direction de :

Albert NOUHOUAYI

Professeur Titulaire Emérite à l'UAC

Année Académique 2011-2012

SOMMAIRE

Dédicace	ii
Remerciements	iii
Liste des sigles et acronymes	iv
Index des tableaux et figures	v
Résumé	1
Abstract	2
INTRODUCTION	3
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE	6
Chapitre 1 : De la problématique au cadre conceptuel	7
Chapitre 2 : Revue de la littérature sur le phénomène de l'indigence et le cadre théorique	20
Chapitre 3 : Organisation du système de santé au Bénin	32
Chapitre 4 : Cadre de l'étude et approche méthodologique	46
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE	66
Chapitre 5 : Présentation des résultats	67
Chapitre 6 : Analyse	79
CONCLUSION	88
Références	90
Annexes	96
Table des matières	ee

DEDICACE

A

- Mes parents **Garba BOURAIMA** et **Fati OUSMANE**

Vous avez toujours été ma boussole et mon soutien principal, qu'**ALLAH** vous donne encore une longue vie afin que vous soyez à nos côtés pour toujours nous guider sur le bon chemin.

- Mon épouse **BOURAIMA Rafiatou** née **ILLIASSOU**

Toi qui étais présente à mes côtés pendant les périodes difficiles.

- Ma fille **AmiraSamine**

Toi qui es ma source de motivation.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à l'endroit :

- Mon directeur de mémoire, le Professeur **Albert NOUHOUAYI**, pour son entière disponibilité et ses orientations dans la conduite de ce travail.
- Docteur Adolphe **Codjo KPATCHAVI** pour le suivi et les appuis techniques qui ont contribué à cadrer de bout en bout ce travail.
- Professeur **Souaïbou GOUDA** pour ses orientations et appuis financiers
- Professeur **Barnabé AKPLOGAN**, Directeur de l'INJEPS, pour son soutien moral.
- Professeur **Edgard-Marius OUENDO** pour ses conseils et orientations.
- Docteur **Arnaud Sêtonджи AMOUSSOUHOU** pour sa contribution.
- Docteur **Kather NANSSOUNON** pour sa contribution.
- Madame **Justine HOUNZANME** pour sa contribution.
- Tout le corps professoral et le personnel administratif de la FLASH, de L'EDP.
- La 3^{ème} promotion de DEA Socio-Anthropologie du développement de l'UAC.
- Tous mes frères et sœurs : **Adamou, Salifou, Oumar, Haroun, Souaïbou, Mamata, Zainabou et Amina** pour tout l'amour qui règne au sein de la famille.
- Tous les autres frères: **MOUMOUNI Issa, YAROU Ismail, GBEDAN André, AROUNA Abdoul Malik**.
- Tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont soutenu et ont œuvré à la réussite de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BAD : Banque Africaine de Développement

CPS : Centre de Promotion Sociale

DEA : Diplôme d'Etudes Approfondies

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDP : Ecole Doctorale Pluridisciplinaire

FC : Formation Confessionnelle

FLASH : Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines

IB : Initiative de Bamako

INJEPS : Institut National de la Jeunesse, de l'Education Physique et du Sport

MDM : Médecins Du Monde

MSF : Médecins Sans Frontière

OCDE : Organisation de Coopération et Développement Economique

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

SSP : Soins de Santé Primaire

UAC : Université d'Abomey-Calavi

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INDEX DES TABLEAUX	pages
Tableau I: Répartition de la population par arrondissement	49
Tableau II: Répartition des populations selon l'appartenance religieuse	50
Tableau III: Modalités de la variable Identification des indigents malades dans la commune de Glazoué	57
Tableau IV: Modalités et scores de l'organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades dans la commune de Glazoué	59
Tableau V: Modalités et scores des sources de financement des soins des indigents dans la commune de Glazoué.	61
Tableau VI: Modalités et scores de la satisfaction des indigents malades dans la commune de Glazoué.	62
Tableau VII: Répartition des scores et critères en fonction des modalités de la variable accessibilité culturelle	64
Tableau VIII: Caractéristiques démographiques des indigents dans la commune de Glazoué	68
Tableau IX: Répartition des indigents selon les caractéristiques socio culturelles dans la commune de Glazoué	69
Tableau X: Répartition des critères utilisés par les communautés pour identifier les indigents dans la commune de Glazoué	70
Tableau XI: Caractéristiques socio culturelles et économiques des indigents dans la commune de Glazoué	71
Tableau XII: Répartition des indigents selon les caractéristiques physiques dans la commune de Glazoué	72
Tableau XIII: Cotation de l'organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades au niveau des COGEC/COGEA dans la commune de Glazoué	73
Tableau XIV: Cotation de l'organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades au niveau du personnel de santé dans la commune de Glazoué	74

Tableau XV: Organisations de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades dans la commune de Glazoué 75

Tableau XVI: Sources de financement des soins des indigents malades dans les formations sanitaires 76

Tableau XVII: Modalités de paiement dans les formations sanitaires 77

Tableau XVIII: Répartition des formations sanitaires selon le financement des soins des indigents 78

Tableau XIX: Répartition des indigents selon leur appréciation de la qualité des soins et de l'accueil 78

Tableau XX: Répartition des indigents selon leur opinion sur les causes socio – culturelles 79

INDEX DU GRAPHIQUE

Graphique: Types de ressources aux soins 73

RESUME

Cette étude porte un regard socio-anthropologique sur la politique d'exemption de paiement des soins des indigents dans les services de santé au Bénin : cas de la commune de Glazoué. L'objectif est de mieux comprendre les déterminants qui entravent l'accès des indigents aux soins et services de santé. Dans la conduite de cette étude, nous avons utilisé le paradigme de la sociologie des organisations de Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977). Il s'agit d'une étude à la fois quantitative et qualitative ayant enregistré 269 enquêtés, avec les techniques de collecte de données que sont : le questionnaire, l'entretien, les groupes de discussion et la recherche documentaire. Les résultats montrent que l'ampleur de la non fréquentation des centres de santé par les indigents s'explique par des problèmes structurels caractérisés par une absence de critères d'identification des indigents et des problèmes éthiques, des dysfonctionnements systémiques, des barrières socioculturelles et économiques. L'automédication (moderne et traditionnelle), les tradithérapeutes, les réseaux d'aide communautaire s'imposent comme solution dans la recherche de la guérison.

Mots-clés : Politique d'exemption, Indigents, Soins de santé, Bénin.

ABSTRACT

This study casts a socio-anthropological policy exemption from payment of indigent care in health services in Benin: the case of common Glazoué. The goal is to better understand the determinants that hinder access of the poor to health care and health services. In conducting this study, we used the paradigm of the sociology of organizations Michel Crozier and Erhard Friedberg (1977). It is a study of both quantitative and qualitative registered with 269 respondents, with data collection techniques that are: questionnaire, interview, focus group and retrieval. The resultants show that the magnitude of the non-attendance of health centers by the poor is explained by structural problems characterized by a lack of criteria for identifying the poor and ethical issues, systemic dysfunctions, sociocultural and economic barriers. Self-medication (modern and traditional), traditional healers, community support networks are emerging as a solution in search of healing.

Keywords: Politics exemption, Indigent, Health care, Benin.

INTRODUCTION

Les soins de santé étaient délivrés gratuitement ou subventionnés, ils étaient basés sur une offre des services publics de santé qui se sont révélés difficilement accessibles aux personnes vivant en dehors des lieux urbains. A l'image des autres secteurs du développement, le secteur de la santé a aussi connu des périodes difficiles dans les années qui ont suivi les indépendances. En 1978, le regard tourné vers Alma-Ata, la capitale actuelle du Kazakhstan. Dans cette ville de l'ex-Union Soviétique, la communauté internationale (134 pays) s'était réunie durant trois jours, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds international de secours à l'enfance (Unicef). Une déclaration politique en faveur des Soins de Santé Primaires (SSP) était prononcée à cette occasion. Il s'agissait de rompre avec l'hospitalo-centrisme des systèmes de santé, et d'orienter les réformes sanitaires vers l'équité et une prise en charge globale et interdisciplinaire de la santé des communautés. Cette déclaration était en quelque sorte la première réforme sanitaire d'envergure internationale.

Mais, pendant le décennie qui a suivi la conférence internationale d'Alma Ata en 1978 sur les Soins de Santé Primaire(SSP), la majorité des pays en voie de développement ont connu d'énormes difficultés d'ordre géographique, social, environnemental et économique (sècheresses fréquentes, faibles revenus économiques, surpopulation, chute des produits à l'exportation) qui ont eu des effets négatifs sur la mise en œuvre des SSP. Neuf ans plus tard, l'initiative de Bamako (I.B) a été adoptée en Septembre 1987 à Bamako (Mali) par le comité régional de l'OMS pour l'Afrique comme nouvelle stratégie devant contribuer à l'accélération de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires. Bien qu'elle ait été adoptée dans une capitale africaine, elle était largement d'origine exogène car elle a été entreprise sous l'impulsion des organisations internationales, soit l'OMS et l'Unicef. À l'occasion de l'IB on s'est donné l'objectif d'améliorer la qualité des services par l'intermédiaire de l'autofinancement communautaire dans le but (efficace) d'augmenter l'utilisation des services de santé, tout en s'assurant que des mesures (équitable) soient prises pour que les indigents puissent avoir accès aux services. Or, force est de reconnaître que dans la majeure partie des pays africains, les plus pauvres sont toujours exclus des services de santé (Palmer *et al.* 2004 ; Ridde & Girard 2004). Partout en Afrique, l'analyse des effets de l'IB a montré que les acteurs responsables de sa mise en œuvre s'étaient essentiellement focalisés sur l'atteinte des critères relatifs à l'efficacité au détriment de ceux liés à l'équité (Gilson *et al.* 2000 ; Nitiéma, Ridde & Girard 2003 ; Ridde 2008). Ainsi, l'une des réussites sur le plan de l'efficacité de cette

politique est d'avoir contribué à rendre géographiquement accessibles les médicaments essentiels génériques et d'avoir accru, dans la plupart des cas, les taux d'utilisation des services de santé de première ligne. Cela étant dit, malgré les recommandations (et les inquiétudes) initiales en faveur de l'équité, les personnes qui sont dans l'incapacité de payer les soins demeurent exclues du système de santé, et aucune mesure en leur faveur n'a été mise en place.

Sur le plan national, des stratégies ont été développées pour corriger quelques peu les situations indésirables observées quant à l'accessibilité des indigents aux soins et services de santé au Bénin. Il s'agit par exemple du Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui a pris en compte le volet santé à travers trois points qui devraient favoriser l'amélioration de la santé des populations dont :

- la qualité et l'accessibilité des services de soins de santé y compris celle de la reproduction ;

- la participation communautaire et l'utilisation des soins de santé ;

- la prise en charge des populations pauvres et indigentes (DSRP 2003).

Au Bénin, le problème des indigents est récurrent et se pose avec acuité comme partout dans le monde. La maladie chez ces derniers peut s'aggraver et même déboucher sur la mort pour cause de retard de recours aux services de santé ou de non-observation du traitement médical prescrit après la consultation (DJOFFON-ELITSA 2004).

Par ailleurs, le droit à la santé est clairement reconnu par la Constitution béninoise du 11 Décembre 1990 en ce sens que la charte africaine des droits de l'homme et des peuples qui en fait partie intégrante dispose que : « Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ». De même que la constitution béninoise stipule à son article 26 relatif aux droits et devoirs que : « [...] L'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les handicapés et les personnes âgées ».

Dans le souci de sortir les populations du cercle vicieux de la pauvreté et d'améliorer leur accessibilité financière aux soins de santé, l'Etat béninois a mis en place depuis 2000 un fonds sanitaire des indigents. En plus de ce fonds, les Réseaux d'Aide Communautaires

(RAC) apportent leur appui dans la prise en charge socio-sanitaire des indigents (Ouendo& al 2004).

Ainsi, pour une action bénéfique et efficace de l'Etat en direction des malades indigents il urge d'étudier le système de prise en charge socio-sanitaire des malades indigents. Cette étude s'est réalisée dans la commune de Glazoué.

Nous aborderons au cours de cette étude, la problématique (le problème, la revue de littérature et la clarification des concepts qui alimenteront le cadre théorique et conceptuel) ; le cadre et la méthode d'étude, ainsi que les résultats suivis de l'analyse, pour enfin finir par la conclusion et les perspectives.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE

Chapitre 1 : De la problématique au cadre conceptuel

1.1. Problématique

L'investissement dans la santé est un élément essentiel du développement et de la croissance économique. La santé prend une place importante dans les stratégies de lutte contre la pauvreté ; tous les Etats veulent investir dans la santé des plus pauvres pour pouvoir atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le rapport sur le développement dans le monde (Banque Mondiale 2000), révèle que un milliard cent quatre vingtdix huit millions neuf cent mille individus ont moins d'un dollar par jour. Ce qui signifie que ces personnes ne sont capables de subvenir à leurs besoins vitaux. Ce phénomène est plus accentué dans les pays en développement car, près d'un milliard de personnes sont prises au piège du cercle vicieux de la pauvreté, de la malnutrition, de la maladie et de la désespérance ; et 1,5 milliards de personnes n'ont pas accès aux soins de santé de base.

Malgré l'engagement de la communauté internationale à investir dans la santé des populations et particulièrement celles qui sont les plus démunies, les deux tiers de cette population meurent des maladies transmissibles, de mortalité périnatale et de carences nutritionnelles. Les populations démunies représentent vingt (20) pourcent de la population mondiale. Elles ne sont pas en mesure de satisfaire leurs besoins fondamentaux en matière de nourriture, d'eau potable, d'habillement, de logement et de soins de santé primaires (OMS 2000).

Dans le but de trouver une solution, l'autofinancement des services de santé de la part des usagers est apparu alors comme une des réponses possibles (Deschamps 2000). L'initiative de Bamako (IB) a alors été adoptée en 1987 par les pays ouest-africains en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires.

L'IB s'était donné pour objectif d'améliorer la qualité des services par l'intermédiaire de l'autofinancement communautaire, tout en s'assurant que des mesures soient prises pour que les indigents puissent avoir accès aux services. Ainsi, le principe N°7 de la politique de l'*Initiative de Bamako* (IB) exige que les surplus dégagés de la vente des médicaments devaient, en partie, financer l'accès gratuit pour les indigents (Van Lerberghe et de Brouwere, 2000).

Cependant l'application de l'IB dans les formations sanitaires, a réduit l'accès aux soins d'une partie de la population, tant en Afrique qu'au Bénin. Plusieurs recherches ont mis en évidence le fait que les indigents seraient les plus touchés par cette exclusion puisqu'ils utilisent moins les services que les autres. Cela s'explique en partie par le fait que c'est la modalité connue pour être la plus injuste, le paiement direct, qui a été majoritairement retenue à la suite de l'initiative de Bamako en 1987. Ce type de paiement a ainsi exclu de manière permanente certaines catégories de personnes, comme les indigents et les femmes chefs de ménage.

En Afrique, malgré la formulation de politiques publiques de santé destinées à améliorer l'accès des plus pauvres aux soins, force est de reconnaître que les indigents sont toujours exclus des services de santé. Toutes les analyses des réformes sanitaires sur ce continent le confirment (Gilson, Kalyalya et al. 2000; Standing, 2002). En 1989, les organisations internationales estimaient à plus de 25 % la proportion anticipée d'indigents pour lesquels il fallait trouver une solution (OMS/FISE, 1989). Or, au Bénin, comme ailleurs en Afrique, les acteurs de la mise en œuvre de l'IB se sont focalisés sur les aspects relatifs à l'efficacité (l'atteinte des objectifs) de la politique, au détriment des aspects liés à l'équité (l'utilisation en fonction des besoins et le paiement en fonction des capacités de payer) (Nitiéma, Ridde et al. 2003). Les inégalités d'accès aux services de santé y perdurent (Haddad, Nougara et al. 2004), les indigents sont totalement exclus, et les bénéficiaires tirés du paiement des services et des médicaments ne sont pas employés en faveur de l'équité d'accès (Ridde, 2003).

Par ailleurs, la capacité des ménages à payer les soins n'est pas constante. Dans des pays tels que le Bénin, la Guinée, le Niger, le Rwanda et le Togo, l'indigence touche plus de 25% de la population (Tovo M.1995)

En outre, les recherches menées aussi bien au Bénin qu'en Afrique font ressortir au moins quatre facteurs d'exclusion des services de santé :

- l'attitude du personnel de santé, qui peut avoir tendance à discriminer les personnes d'origine modeste.
- le coût de la consultation et des ordonnances.
- l'éloignement des centres de santé, étant donné que les plus pauvres vivent plus souvent dans les zones reculées et ne peuvent pas se payer les transports publics ;

- le temps dont il faut disposer pour pouvoir se rendre aux centres de santé, et qui comprend tant le temps du trajet que celui de l'attente.

Une étude de Vissoh montre que 25% de la population béninoise n'ont pas un accès permanent aux soins curatifs dans une formation sanitaire, faute de disponibilité financière (Vissoh 1995). La situation est plus accentuée en zone rurale où selon Sogodandji (1998), 47% de la population manque d'argent pour acheter les médicaments.

L'enquête socioéconomique de base réalisée (Equipe CREDESA) en 1990 montre que 15% des populations dans la circonscription urbaine de Ouidah étaient exclus des Soins de Santé Primaires.

Selon l'enquête QUIBB (Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien être) effectuée au Bénin en 2003, 22% de la population béninoise soit 1,5 millions de personnes peuvent être considérés comme étant extrêmement pauvres en terme monétaire. Dans le département des Collines où se situe la commune de Glazoué, environ 39% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La proportion des personnes vivant dans une pauvreté absolue tourne autour de 20%. Dans la commune de Glazoué, le taux de consultation de soins curatifs est de 21 % (Centre de Santé de Glazoué 2010). D'autre part, le taux de fréquentation est de 39 % (Ministère de la Santé 2011). Si l'on sait que 80 % des ménages de la commune de Glazoué sont ruraux, et que l'on rencontre dans la commune plusieurs cliniques traditionnelles dirigées par de célèbres guérisseurs traditionnels (Mairie de Glazoué 2004), l'on peut affirmer que le reste de la population s'adonne à la l'automédication et aux tradithérapeutes. Aussi, les recherches ont-elles montré que les moyens financiers dont dispose une grande partie des ménages au Bénin, pour la plupart d'origine paysanne fluctuent en fonction des saisons. Pendant les périodes de soudure, de labour et pendant celle qui précède les récoltes, les paysans connaissent d'énormes difficultés financières et n'arrivent pas à subvenir à tous leurs besoins, y compris ceux de la santé. Les tradithérapeutes ont résolu ce problème en offrant des modalités de paiement qui collent avec les différentes situations socioéconomiques de leurs patients. Ces mêmes recherches ont montré que le refus de s'adresser aux centres de santé, le recours à l'automédication ou aux guérisseurs traditionnels sont les comportements les plus fréquents lorsque les patients n'ont pas de moyens pour payer au centre de santé (Ouendo& al 2004). En outre d'autres travaux de recherche effectués par le même auteur montrent que l'automédication moderne et traditionnelle sont les recours les plus utilisés par la majorité (66,4 %)des indigents et (63,9 %)des non indigents (Ouendo& al 2005).

Les statistiques relatives à la prise en charge sanitaire des indigents dans la commune de Glazoué au service des statistiques du Centre de Santé (CS) de Glazoué révèlent qu'aucun cas d'indigents n'a été traité entre 2001 et 2005 ; 76 cas en 2006 ; 45 cas en 2007 ; 103 cas en 2008 ; 98 cas en 2009 et 108 cas en 2010 (Ministère Santé 2011).

Pourtant, pour augmenter la couverture sanitaire des indigents malades, le gouvernement béninois a inscrit depuis 2000 dans les budgets annuels de l'Etat des fonds spéciaux pour la prise en charge de leurs soins et leurs accès aux services de santé. Toujours dans le souci de mettre un terme à ce problème, l'arrêté n°1928/ MS/CC/SGFS du 30 août 1993 portant approbation du règlement intérieur des Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS) a été pris. Ces comités ont ainsi obtenu responsabilité au premier niveau de contact du système de santé de veiller à l'accès des indigents aux soins et services de santé.

Toutes ces actions selon Ouendo n'ont pas rendu efficace la prise en charge des démunis et indigents au Bénin. Il fait un certain nombre de constats :

- les couches défavorisées ne bénéficient pas de conditions appropriées de paiement des soins ;
- les réductions et les exemptions ne se pratiquent pas dans les centres de santé ;
- 87% des indigents ont des difficultés financières pour accéder aux services de santé.

Dans le Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté au Bénin (2006-2008), il est noté ce qui suit : « Au total, le bilan de plus d'une décennie d'Ajustement au Bénin a montré que nonobstant le rétablissement des grands équilibres macro- économiques et les progrès réalisés sur le plan social, le phénomène de pauvreté persiste et s'aggrave dans le milieu rural ».

Malgré toutes les dispositions qui ont été mises en place pour prendre en charge les indigents au Bénin, ces derniers rencontrent toujours des difficultés pour se faire soigner. Ainsi, l'étude effectuée à Glazoué vise à produire quelques éléments de réponse aux questionnements suivants : Comment fonctionne le mécanisme de prise en charge des indigents dans les formations sanitaires de Glazoué ? Comment se fait la prise en charge sanitaire des indigents dans la commune de Glazoué pour que ces derniers n'aient pas un accès facile aux soins et services de santé et que leur situation sanitaire ne s'améliore pas ?

Au-delà de ces questions, notre problématique se fonde sur une interrogation fondamentale qui constitue l'ossature de la présente étude :

Peut-on dire que la prise en charge socio sanitaire des indigents malades est en soi révélatrice des insuffisances de la politique nationale en vigueur mise en œuvre dans ce cadre ?

1.2 HYPOTHESES

L'étude repose sur les hypothèses suivantes :

1. Les mécanismes mis en place pour la prise en charge socio sanitaire des indigents ne permettent pas une bonne couverture des indigents dans la commune de Glazoué.
2. Les dysfonctionnements structurels des formations sanitaires contribuent à l'accès difficile des indigents aux soins et services de santé.
3. Les barrières socioculturelles et économiques entravent l'accès des indigents aux soins et services de santé.

1.3 OBJECTIFS

1.3.1 Objectif général

L'objectif général poursuivi dans le présent travail est d'analyser la politique d'exemption de paiement des soins des indigents dans les services de santé dans la commune de Glazoué.

1.3.2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, notre étude s'attachera à :

- ✓ Décrire l'organisation de la prise en charge socio sanitaire des indigents au niveau de la commune de Glazoué.
- ✓ Identifier les barrières socioculturelles et économiques qui entravent l'accès des indigents aux soins et services de santé.
- ✓ Expliquer les perceptions qu'ont les indigents des soins offerts dans les formations sanitaires.

1.4 CADRE THEORIQUE

Pour comprendre le fonctionnement de la politique d'exemption de paiement des soins aux indigents dans les services de santé dans la commune de Glazoué, nous proposons d'orienter nos analyses vers le modèle de Crozier et Friedberg afin d'appréhender le comportement et le mode d'action des acteurs concernés.

MODELE D'ANALYSE ORGANISATIONNEL DE CROZIER ET FRIEDBERG

Le sujet de ce mémoire nous a conduit à nous appuyer sur la théorie des organisations telle qu'elle a été présentée par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG (1977) dans leur ouvrage collectif : « l'acteur et le système ». Ce modèle obéit à trois (03) niveaux d'analyses, à savoir : l'analyse systémique, l'analyse stratégique et l'analyse de l'environnement. Les deux premiers niveaux sont liés : sans l'analyse systémique, l'analyse stratégique ne sera qu'une interprétation du phénomène, et sans l'analyse stratégique, l'analyse systémique sera spéculative.

Dans l'analyse systémique, il s'agit de repérer à travers l'étude des statuts, règlement intérieur et autres documents prescriptifs, l'ensemble des contraintes de types formels qui s'imposent aux acteurs de l'action collective. Ces contraintes relèvent de la structuration du Ministère de la Santé et aussi de ses structures de base ((le niveau central, et périphérique). L'analyse des éléments de cette structuration (statuts, règlement intérieur et organigramme) permettra de comprendre les objectifs du Ministère de la Santé(le niveau central et périphérique), les moyens financiers, matériels et humains dont il dispose ou est sensé disposer afin de mieux comprendre le fonctionnement interne.

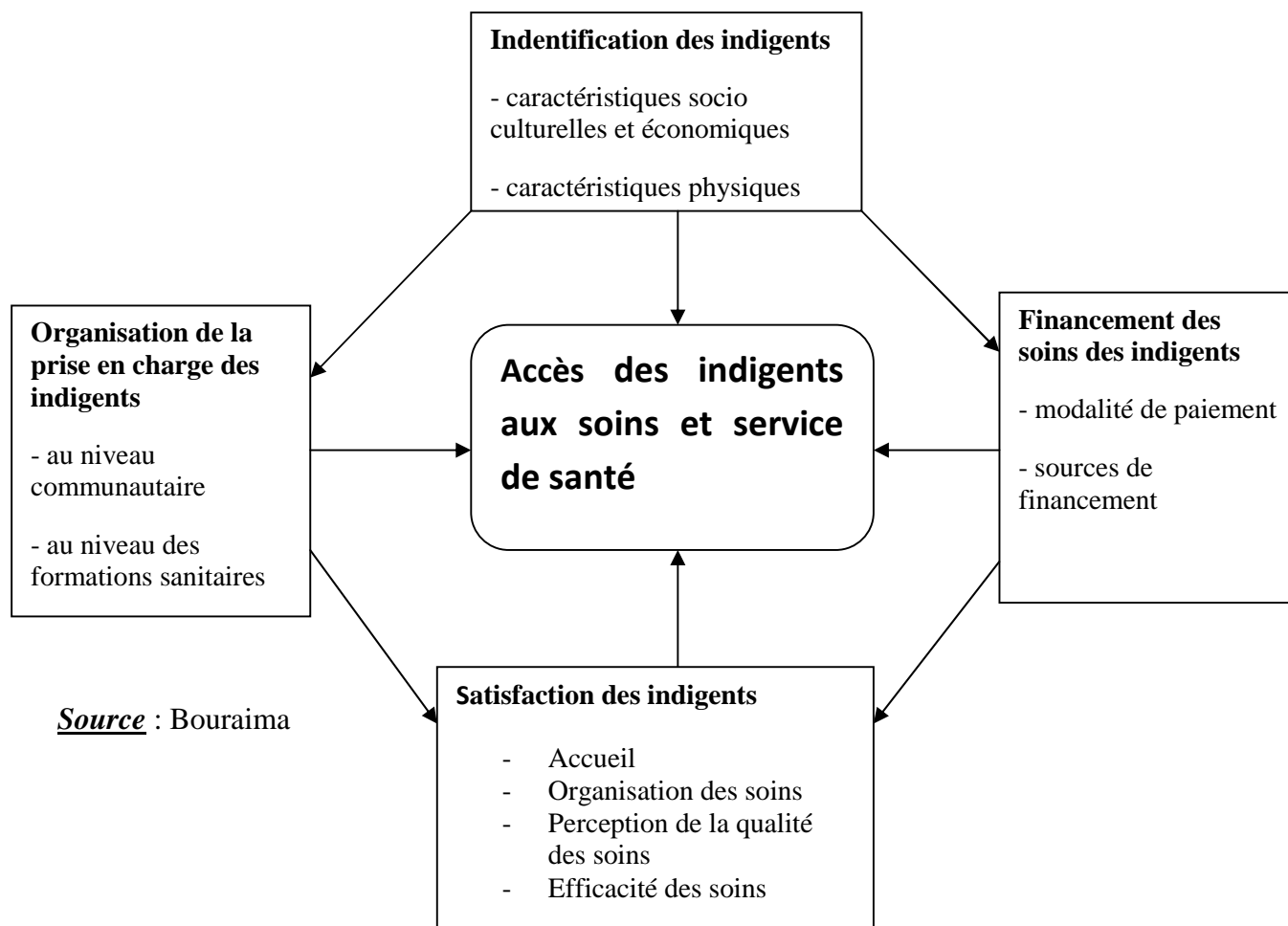
L'analyse systémique permet de savoir quel est l'ensemble de cohérence et de finalité hiérarchisé qui tend à s'imposer aux différents acteurs à travers les résultats des jeux d'acteur. Ainsi, une synergie d'actions politiques pourrait permettre de donner aux populations de meilleures conditions de vie. Une politique qui vise à combattre la pauvreté doit fonder ses actions sur les bases et les causes réelles du phénomène. Etant donné l'intime relation qui existe entre la pauvreté et la santé, améliorer l'accès des indigents aux soins de santé peut permettre d'atteindre un niveau acceptable de santé, donc réduire la pauvreté. Les actions qui militent en faveur de la réduction de la pauvreté sont également l'éducation et l'alphabétisation des adultes.

Quant à l'analyse stratégique, elle est l'interprétation du comportement individuel des différents protagonistes qui animent les différentes structures (Ministère, Mairie, RAC et indigents malades).

Le troisième niveau d'analyse, c'est le rapport à l'environnement. L'analyse de l'environnement sert à repérer les influences structurantes ; c'est-à-dire les règles sociales. Elle est liée aux « dénominations et représentations sociales des acteurs de soins » (Kpatchavi, 2005) par des indigents malades. En effet, dans une étude réalisée par Kpatchavi sur les dénominations et représentations sociales des acteurs de soins au Bénin, l'auteur est parvenu à la conclusion que les normes et les valeurs influencent le comportement du malade et de son entourage vis-à-vis de toute structure de soins. Elle prend également en compte l'éducation des femmes et des enfants qui permet d'avoir des comportements qui favorise l'amélioration de la santé. Quant aux enjeux économiques (il s'agit de l'accessibilité financière, de la capacité et l'aide à payer les soins de santé des indigents malades), ils reposent essentiellement sur les politiques micros et macro- économiques. Ce contexte prend en compte les facteurs tels que l'emploi, le niveau de croissance économique et le marché de l'emploi ; les partenaires institutionnels ou individuels (Comité de Gestion des Centres de santé, organisations religieuses, ONG, familles ou amis) de santé qui interviennent directement ou indirectement dans la structuration du système formel ou informel.

1.5 CADRE CONCEPTUEL DE LA PRISE EN CHARGE SOCIO SANITAIRE DES INDIGENTS MALADES

Pour aborder notre étude, nous avons élaboré ce cadre conceptuel



Description du cadre conceptuel

La procédure d'identification des indigents à travers les caractéristiques socioculturelles, économiques, physiques, influe sur l'organisation à mettre en place dans la communauté et dans les formations sanitaires d'une part, et sur le financement de leurs soins de santé d'autre part. En effet, l'indigent se distingue par un certain nombre de caractéristiques socio-économiques qui sont : l'insuffisance de ressources, la mauvaise qualité de repas et la précarité de l'habitat. Il se distingue sur le plan culturel par le rejet, le non recours aux formations sanitaires en cas de maladie. Il se distingue sur le plan physique par son état de santé souvent déficient et par l'état précaire du logis. Si on établit les critères d'identification des indigents, et que la communauté se l'approprie, elle pourra organiser leur

prise en charge communautaire. Les formations sanitaires pourront planifier des activités à leur endroit et organiser leur prise en charge sanitaire. L'identification des indigents permettra de trouver les modalités de paiement propices et de susciter des bonnes volontés pour financer les soins de santé des indigents.

Lorsque la communauté ressent la nécessité de la prise en charge des indigents malades et qu'elle se base sur des critères définis, cela facilite l'identification et la prise en charge. La communauté détermine alors un type d'organisation de la prise en charge sanitaire des indigents malades ; les formations sanitaires aussi déterminent au sein de leur centre un type d'organisation de leur prise en charge également. Les indigents pourront alors utiliser plus facilement les formations sanitaires pour leurs problèmes de santé. Ainsi, le type d'organisation de la prise en charge des indigents malades mis en place au niveau de la communauté et des formations sanitaires conditionne leur prise en charge sanitaire. Ceci concourt à une identification réelle du nombre des vrais indigents et peut également susciter de bonnes volontés pour le financement des soins de santé des indigents par les structures habilitées.

Le financement des soins de santé des indigents malades conditionne leur prise en charge sanitaire. En effet, bon nombre ne fréquentent pas les formations sanitaires à cause du principe du paiement des frais de consultations donnant droit aux soins. Leur soin a un coût et il faut que quelqu'un s'en charge. Du moment où tout est bien structuré (critère d'identification établi, type d'organisation défini) cela facilite le financement des soins des indigents car les donateurs sont sûrs qu'en y mettant de l'argent, il sera bien utilisé. Ce financement des soins des indigents peut provenir de plusieurs sources : l'Etat, le financement communautaire, la communauté (peut s'organiser elle-même), les structures confessionnelles, les ONG, les organismes internationaux.

La satisfaction des indigents malades influe sur l'organisation de leur prise en charge sanitaire et les responsables doivent être à l'écoute de leurs inquiétudes afin d'améliorer le système de prise en charge.

En conclusion, tous ces éléments mis ensemble interagissent entre eux de façon synergique pour permettre une prise en charge sanitaire des indigents malades et la satisfaction ressentie par ces derniers. L'identification des indigents facilite leur intégration dans la communauté et l'utilisation des systèmes de prise en charge communautaire et sanitaire. Elle facilite le financement de leurs soins de santé. Toutes ces différentes actions favorisent la prise en

charge sanitaire des indigents malades, qui vont utiliser de plus en plus les structures sanitaires où le personnel peut leur administrer un traitement complet.

1.6 DEFINITION DES CONCEPTS

Système sanitaire : c'est l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels ou financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé (MSP, 2001).

Service de santé primaire

Ensemble de prestations offertes pour apporter satisfaction aux patients. Il s'agit :

- de la consultation médicale,
- des soins infirmiers,
- des activités d'hygiène,
- d'assainissement,
- de la vaccination,
- de la consultation prénatale,
- de l'accouchement assisté,
- des activités de promotion de la santé(MSP, 2001).

Accessibilité

Les ressources ainsi mobilisées doivent être à la portée de la population qui va les utiliser. Entre autres, ces ressources doivent être assez rapprochées pour faciliter leur utilisation, nécessiter un faible investissement de la part des demandeurs et être en conformité avec les valeurs culturelles de la population.L'accent sera mis sur l'accessibilité financière, culturelle et fonctionnelle des services de santé (Tolomè, 1993).

Indigence

Selon Stierle F. et al. (1999) l'indigence peut être perçue à travers deux approches : l'approche micro économique et l'approche macro économique. L'approche micro économique permet d'apprécier la situation de l'individu, du ménage ou de la famille. Elle tente donc de faire la nuance entre indigence et pauvreté. L'appréciation se fait soit par l'approche statistique classique qui tient compte des revenus, soit elle se fait par l'approche

indirecte qui elle, se base sur les conditions de vie et la possession de biens. Ainsi, bien que les deux concepts couvrent la même notion, celle de la privation ; l'exclusion sociale particularise l'indigence.

Par l'approche macro économique, Stierle et al. définissent l'indigence à des niveaux plus élevés, l'Etat, souvent pour des raisons de comparaisons internes ou internationales. La Banque Mondiale a proposée un nouvel outil analytique depuis 1995, pour la mesure de la pauvreté et de l'indigence des pays au niveau international. La méthode de l'outil consiste en la combinaison de trois critères : « le capital naturel », le niveau d'industrialisation et les ressources humaines disponibles. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) quant à lui utilise une autre méthode qui est basée sur l'Indice de Développement Humain (IDH). Cette méthode combine le niveau de l'éducation de base, l'espérance moyenne de vie à la naissance et le revenu moyen par tête d'un pays.

Nous pouvons retenir que l'indigence est l'état d'un individu qui ne dispose ni de moyens financiers ni de moyens matériels pour faire face aux besoins les plus fondamentaux tels que se nourrir, se loger, se vêtir, se soigner, s'instruire. Ces individus sont de ce fait exclus des services sociaux et même souvent rejetés par les autres membres de la communauté.

Pauvreté

La pauvreté est un phénomène complexe et multidimensionnel. Dans l'ouvrage " Réduire la pauvreté au Bénin " (1995), le pauvre est défini comme celui qui ne peut pas avoir suffisamment de quoi se nourrir pour pouvoir mener une vie normale.

Dans sa définition de la pauvreté, l'auteur va loin en affirmant que les aspects matériels mesurés par les biens que possède ou non l'individu ou le ménage, son niveau de revenu et de dépense ne sont pas suffisant pour déterminer le niveau de pauvreté. Il estime qu' « une évaluation de la pauvreté devrait prendre en compte le manque d'accès aux infrastructures et aux services sociaux de base, l'incapacité à s'assurer un niveau de consommation minimum ainsi que les mécanismes sociaux et politique qui contribue à accroître la vulnérabilité et l'impuissance des gens à réagir ».

Les études menées au Bénin sur la perception des populations sur la pauvreté permettent de distinguer trois classes de dimensions. Il s'agit au prime abord des dimensions liées à la non satisfaction des besoins de base tels que l'alimentation, l'habillement, le logement et la santé. Ensuite, nous avons les dimensions qui sont en relation avec l'argent

(ressources financières) qui est le moyen qui doit permettre de satisfaire ces besoins de base. Enfin, la troisième catégorie de dimensions qui fait référence à tout ce qui permet d'obtenir l'argent, c'est-à-dire l'emploi, le crédit, les intrants agricoles et les enfants. En plus de ces aspects, dans le document « note sur la pauvreté au Bénin », il est aussi fait mention d'aspects moins tangibles tels que la restriction de mouvement, l'impuissance, l'isolement, la discrimination, la vulnérabilité et l'exposition aux risques.

Les principaux déterminants relevés sont le faible niveau d'éducation, d'emploi précaire et peu rémunérateur, la composition démographique des ménages, les hommes et les femmes, les personnes âgées abandonnées, les handicapés et malades chroniques et les toxicomanes.

Prise en Charge : C'est l'ensemble des services médicaux, psychosociaux, spirituels, nutritionnels, économiques et communautaires offerts de manière organisée ou non, aux personnes indigentes (PNUD 2006). La prise en charge peut être comprise comme l'ensemble des actes consacrés à un individu qui se trouve dans une situation qu'il n'est pas à même de régler par lui seul. La prise en charge suppose au départ qu'un problème se pose et souhaite y apporter une solution. Il s'agit d'une assistance à une personne qui n'est pas capable de disposer de moyens pour sortir de la situation dans laquelle est se trouve. Dans le cas des indigents, la prise en charge financière des dépenses en soins de santé implique la disponibilité dans les formations sanitaires de fonds.

Financement communautaire : Système de recouvrement par les services de tout ou partie des coûts des services rendus d'une part, et d'autre part, une intervention des communautés dans la gestion des fonds ainsi générés et surtout dans la prise de décision concernant leur utilisation. Les services de santé étant un service public, l'Etat est également impliqué dans le financement communautaire (Langley 1998).

Participation communautaire : Implication des bénéficiaires dans la prise de décision, dans le contrôle des ressources et du financement des services. Ceci accroît le sentiment d'appropriation indispensable pour la durabilité(Langley 1998).

Chapitre 2 : Revue de littérature

2.1. Etat de la question

La question de la santé a toujours été au centre de plusieurs écrits. Des auteurs et chercheurs n'ont pas manqué de produire des documents relatifs à la santé. A cet effet, nous avons des ouvrages qui ont abordé la question de la pauvreté de l'indigence et de la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Dans le cadre de notre travail, la revue de littérature s'est appuyée sur les publications et ouvrages ayant retenu notre attention de par leur pertinence.

De la politique des Soins de Santé Primaire (SSP) à l'Initiative de Bamako (IB)

Au milieu des années 1970, les progrès scientifiques et technologiques dans le domaine médical laissaient entrevoir la possibilité d'une résolution de nombreux problèmes de santé dans le monde. L'éradication, à l'échelle de la planète, de la variole en 1979 est une victoire unanimement reconnue et participe à cette construction mentale. Mais, en même temps, on continue de constater l'accroissement et la persistance des inégalités de santé et d'accès aux services de santé. Voilà pourquoi Mahler, le directeur général de l'OMS, propose en 1975 aux gouvernements de se fixer un objectif commun pour les politiques de santé : la santé pour tous en l'an 2000. Cela sera entériné en 1977 par l'Assemblée mondiale de la santé. Après 29 mois de préparation et 18 versions différentes du document, la stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP) voit le jour en 1978 à Alma-Ata, au Kazakhstan dans le but d'aider les pays à se rapprocher de l'objectif de santé pour tous (WHO 1978; Tejada de Rivero 2003). Mais face aux problèmes économiques des pays africains (croulant notamment sous le poids de la dette extérieure) qui avaient des conséquences néfastes sur la situation sanitaire et, face aux difficultés de mise en œuvre des SSP, l'UNICEF formule une proposition qui a été acceptée à contre-cœur, semble-t-il (Van Lerberghe et de Brouwere 2000), par l'OMS en 1987. Il s'agissait de relancer la politique des SSP et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette proposition adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé a pris le nom du lieu de la réunion, l'initiative de Bamako (IB). A propos du financement des services de santé, la réduction de la participation de l'Etat aux coûts des systèmes rendait en quelque sorte logique l'augmentation de celle des usagers prônée par les promoteurs de l'IB. Toutefois, il était prévu que des moyens seraient déployés pour s'assurer que les plus pauvres aient accès aux soins (Deschamps 2000). Car les surplus dégagés de la

vente des médicaments de l'IB devaient financer les soins maternels et infantiles de même que l'accès gratuit pour les indigents (Van Lerberghe et de Brouwere 2000). Toutefois, il faut préciser que ce type de mécanisme existait déjà dans de nombreux pays avant les déclarations d'Alma Ata ou de Bamako. Au début des années 1980 des projets de ce type fonctionnent en Asie (Narangwal, Lampang, Bohol) et en Afrique (Pikine, Kasongo, Kinshasa, Pahou, Danfa, Kintampo, Kisantu, Machakos) (Chabot 1988; Fassin et Gentilini 1989; Van Lerberghe et de Brouwere 2000; Knippenberg, Traore Nafou et al. 2003). Ce qui était nouveau en 1987 était la volonté de généraliser les micro-expériences à l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest.

Cependant, malgré les recommandations initiales de l'IB en faveur de l'équité, les personnes qui sont dans l'incapacité de payer les soins demeurent exclues du système de santé.

Politique d'accès pour des catégories de personnes aux soins de santé en Afrique

Dans le cadre d'un accès équitable des populations aux soins de santé en Afrique, beaucoup de pays se sont engagés dans diverses politiques de santé (politique d'exemption des coûts et politique de ciblage de certaines catégories de personnes ou de services notamment les femmes enceintes, les enfants de moins cinq ans, les indigents, la césarienne...). L'un des moyens le plus courant est celui d'exemption des paiements des soins de santé pour les pauvres et indigents. Les plans sont élaborés de telle sorte que ces derniers n'aient rien à payer pour leurs soins de santé dans les formations sanitaires.

➤ *Politiques d'exemption des coûts des soins des indigents dans les pays à faible revenu*

L'enjeu de l'accès aux soins de santé se fait de plus en plus pressant dans les pays en développement, à mesure que la date fatidique de 2015 se rapproche. S'il est évident que les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé seront difficilement atteints par les pays concernés, cela n'empêche la communauté internationale et les gouvernements nationaux de prendre de nouvelles initiatives en ce sens. Ainsi, les dernières années ont vu se multiplier, dans les pays d'Afrique notamment, des politiques publiques visant l'abolition des paiements directs des soins pour certains services ou certaines catégories spécifiques de population.

La plupart des pays dans lesquels ces politiques sont prévues pour être appliquées sont confrontés à divers problèmes. Pour cause, des indigents se plaignent toujours de ne pas bénéficier de conditions favorisant le paiement de leurs soins de santé et des médicaments.

Du fait du coût financier, l'accès aux services et aux soins de santé se trouve affecté pour les bénéficiaires. Weil et al (2003) ont montré en Côte d'Ivoire que l'un des facteurs limitant l'utilisation des services de santé moderne est le coût des prestations. Criel (1998) estime que garantir l'accès aux soins des pauvres est un sujet de préoccupation. Les pauvres ne pourront pas payer au-delà d'un certain niveau ou alors les coûts des soins de santé devront de façon radicale entrer en conflit avec les dépenses vitales des familles.

En Guinée, malgré les subventions des pouvoirs publics et les mécanismes de solidarité communautaire, les indigents fréquentent moins les services de santé que le reste de la population (Setzer et al 1996).

➤ *Politiques d'exemption des coûts des soins aux femmes et aux enfants de moins de cinq ans dans les pays à faible revenu*

Pour Valéry Ridde, dans un article publié dans la revue « cahiers santé vol. 19, n°2, avril-mai-juin 2009, pp 101 à 106 » estime que les gouvernements africains, parfois soutenus par les ONG internationales, sont en train d'empoigner le pas à l'Afrique du Sud (1994) ou l'Ouganda (2001) qui en sont maintenant à plusieurs années d'expériences. En Afrique de l'Ouest, certains pays ont démarré des suppressions de paiement. C'est le cas du Sénégal qui a rendu gratuits les soins pour les personnes âgées, les césariennes et dans certaines régions les accouchements. Au Mali, ce sont les césariennes et les médicaments contre le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans ; au Niger, les césariennes, les consultations pour les enfants de moins de cinq ans et les consultations prénatales ; au Burkina Faso, les accouchements et les césariennes sont subventionnés à 80 % par l'Etat, et les indigents ne devraient rien payer. Dans tous ces pays, les effets sont immédiats, et le nombre de consultations a augmenté parfois de manière exponentielle, surtout dans les pays où les moyens ont été mis en place pour répondre à l'accroissement de cette demande, tout en ayant pris le soin de bien informer la population (Valéry Ridde 2009).

Dans un autre article intitulé « Les politiques d'exemption de paiement (Burkina Faso, Mali, Niger) », a été publié au Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL) par JP. Olivier de Sardan et V. Ridde, il ressort que la fréquentation des centres de santé dans ces trois pays a connue une hausse et est incontestablement à mettre à l'actif des différentes mesures d'exemption dans les trois pays (Olivier de Sardan et Ridde 2011).

Toutefois, les conditions de la mise en œuvre des politiques d'exemption dans ces pays, posent de gros problèmes quand à la fiabilité et à la pérennité de ces systèmes, d'une part, quant à la qualité des soins délivrés, d'autre part.

Politiques d'exemption des coûts des soins au Bénin

Sous la colonisation française, le régime de santé était partout le même : une « gratuité » des soins, certes, financée sur le budget de l'État colonial, mais qui était, de fait, soit réservée à une minorité urbaine, soit limitée aux vaccinations et à la lutte contre les grandes endémies et les épidémies (Van Lerberghe, 2000). Les indépendances ont vu éclore une multiplication des formations sanitaires dans chaque pays, en particulier dans le monde rural, le principe de la gratuité restant en vigueur. Mais, aux débuts des années 80, quand les États ont été plongés dans de graves difficultés financières, ce système a connu une crise profonde: les consultations restaient gratuites, mais les formations sanitaires n'avaient plus de médicaments disponibles. Elles délivraient donc aux usagers des ordonnances pour des médicaments qu'ils devaient acheter à un coût élevé dans des pharmacies parfois éloignées. À la suite de l'Initiative de Bamako (Ridde, 2007), le Bénin a alors mis en place à la fin des années 80, comme la plupart des pays ouest-africains, une politique de recouvrement partiel des coûts auprès des usagers. Ce système consistait à payer les consultations et médicaments payants, permettant aux formations sanitaires d'acheter elles-mêmes des médicaments essentiels et génériques (MEG) et d'assurer diverses dépenses de fonctionnement. Des comités de santé (le plus souvent des comités de gestion), formés avec des représentants de la population, assuraient la gestion du système, lequel a incontestablement permis un approvisionnement en médicaments relativement satisfaisant. L'instauration d'une forme de démocratie participative communautaire dans la gestion des centres de santé a eu des effets plus limités (Boré, Jaffré & Touré, 2003).

Cependant le recouvrement des coûts a toujours connu, pour des raisons de santé publique, diverses exceptions sectorielles « par pathologie »: les vaccinations de masse (JNV) ou de routine dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), les soins relatifs à la tuberculose et la lèpre, les mesures contre les épidémies sont par exemple restés gratuits pour les usagers. Il était également prévu dans l'initiative de Bamako un système d'exonération de paiement « selon le revenu », pour les patients dans l'incapacité financière de payer les soins, mais ce système n'a jamais vraiment été mis en place.

Par ailleurs, suite aux recommandations (exemption des coûts des soins de certaines couches de la population ou certaines pathologies) des agences de coopération, des organismes de soutien au développement et de l'Union Africaine, le Bénin a procédé à la mise en place des politiques d'exemption des coûts de certaines couches de la population et de certaines pathologies. Il s'agit de l'exemption pour le traitement de la lèpre, l'ulcère de Buruli, la tuberculose en 1997 ; de l'exemption pour la césarienne (kit + acte opératoire + forfait hospitalisation) en 2009 (Emilie Robert et al, 2011) ; de l'exemption pour la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA en 2006 (Loi N° 2005-31 du 10 Avril 2006) ; de l'exemption pour les femmes enceintes et les enfants de moins cinq ans (MS, 2012) et du fonds sanitaire pour les indigents en 2000 (Ouendo& al 2004). Les différents travaux réalisés sur les politiques d'exemption au Bénin concernent essentiellement le fonds sanitaire des indigents.

En effet, dans le souci de sortir les populations du cercle vicieux de la pauvreté et d'améliorer leur accessibilité financière aux soins de santé, l'Etat béninois a mis en place depuis 2000 un fonds sanitaire des indigents. Mais il est démontré que les indigents ont plus de difficultés à s'offrir les soins de santé primaires que les non indigents et que les formations sanitaires se sont comportées comme si les indigents n'existaient pas (Ouendo& al 2003). Cet état de chose va amener les indigents à avoir moins recours aux centres de santé et à s'adonner à l'automédication (Ouendo& al 2005, Kpatchavi 2005).

A la lumière de cette brève revue de la littérature, nous avons pu relever que la politique d'exemption du paiement des soins aux indigents, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, demeure la préoccupation des agences de coopération des organismes de soutien au développement et des chefs d'Etat d'Afrique.

L'analyse socio-anthropologique faite par JP. Olivier de Sardan nous édifie particulièrement parce que, d'abord, elle s'inscrit dans la même logique qui soustend notre étude. Ensuite, l'étude a été menée dans des univers (Burkina Faso, Mali, Niger) qui présentent à quelques différences près les mêmes caractéristiques socio-économiques que celles de notre champ d'étude.

Selon Ouendo et al. (2003) les fonds initialement prévus pour la prise en charge des indigents au Bénin ne vont pas aux véritables bénéficiaires. Il est démontré que les indigents ont plus de difficultés à s'offrir les soins de santé primaires que les non indigents. Les indigents sont le plus souvent laissés pour compte dans les centres de santé. Les réseaux

d'aide communautaire à la tête desquels se trouve le réseau familial sont tout de même très dynamiques dans la prise en charge des indigents. Ces réseaux sont le moyen tout trouvé par les ménages indigents pour faire face à leurs soins de santé.

En Zambie, une politique de santé en faveur des indigents a été également mise en place. Ainsi, un plan dénommé HCCS (the Health Care CostScheme) a été établi en août 1995 ayant pour objectif principal de contribuer à une couverture maximum des soins de santé des indigents. Selon Masiye (1995), dans ce pays, les certificats d'indigence détenus par cette couche de la population ne donnent pas toujours accès aux soins de santé. L'étude de cet auteur consiste à vérifier si les actions prévues par ce plan conduisent effectivement à l'amélioration de l'accès des plus démunis aux soins de santé, si les exemptions sont appliquées pour les pauvres dans les formations sanitaires. Mais il a abouti au constat que les véritables pauvres ne bénéficient pas des soins gratuits même quand ces derniers détiennent le certificat leur donnant ce droit. En outre, les cibles de ce plan n'ont qu'une connaissance erronée de l'existence de ce plan. L'auteur conclut à un échec du HCCS avec pour corollaires les faits suivants :

- les soins offerts aux indigents sont de mauvaise qualité ;
- les agents de santé contestent la légalité des certificats d'exemption.

Dans ces conditions, la situation sanitaire des indigents se dégrade de plus en plus et ceci ne favorise pas du tout l'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé. Le même auteur affirme que les non pauvres aussi arrivent à se procurer des certificats d'exemption. Le nombre de non pauvres détenant ce certificat est égal à ce même nombre d'indigents incapables de s'offrir des soins de santé primaires.

Griffin (2005) a analysé les politiques d'exemption des frais de santé pour les indigents dans quelques pays africains. L'incapacité de la plupart des pays africains à appliquer les politiques d'exemption est la principale explication à la rareté et à l'ineffectivité dans l'atteinte de la cible que constituent les pauvres. Le nombre de pays dans lesquels un plafond est fixé pour définir et retenir les populations pouvant bénéficier des exemptions est insignifiant. De plus, les pays africains pris en compte par cette étude n'attribuent pas clairement la gestion des fonds destinés aux indigents à des structures adéquates et capables de les administrer convenablement.

Par ailleurs, on observe aujourd'hui que la plupart des pays en développement (PeD) n'ont pas encore de véritable stratégie de financement de la santé, définissant expressément qui doit financer quoi.

Les expériences existantes de fonds d'équité ont toutes été développées localement.

Au Cambodge, elles ont conduit à un processus d'émulation entre acteurs de terrain qui a finalement abouti au développement d'un programme national. On assiste actuellement à un mouvement inverse dans d'autres contextes. C'est le cas du Madagascar et du Kenya où c'est le Ministère de la santé qui lance en 2006 des programmes pilotes dans des hôpitaux décentralisés avec le soutien financier des partenaires internationaux. Cette approche du haut vers le bas, inscrit les fonds d'équité dans le cadre institutionnel étatique. Cela pose les questions et contraintes en termes de capacité de mise en œuvre des opérations sur les terrains pilotes de diversification des acteurs et de modalités de financement. Ces deux auteurs notent tout de même une dimension intéressante de cette approche. Il s'agit de la sécurisation financière des fonds d'équité.

Les fonds d'équité sont perçus dans les deux pays précédemment évoqués comme un outil potentiel de réduction de la pauvreté s'intégrant dans une réforme du financement de la santé. Des résultats probants justifieraient le maintien d'une ligne de financement spécifique.

Cela garantirait une comparabilité qui devrait aider à identifier les avantages stratégiques de chaque approche et à orienter les décisions politiques futures. L'absence d'un tel système reste la principale frustration des décideurs et des scientifiques au Cambodge.

L'intérêt manifesté à Madagascar et au Kenya tient à la conscience croissante des liens entre pauvreté et santé. Les préoccupations qui innervent l'aide internationale ont de fait changé. La lutte contre la pauvreté est aujourd'hui centrale, tant dans les discours que les plans d'actions. Les fonds d'équité s'inscrivent dans cette logique. Ils offrent une stratégie efficiente, simple à mettre en œuvre et conduisant rapidement à des résultats concrets.

Enfin, ces auteurs soutiennent que les fonds d'équité recèlent de plus un potentiel encore inexploité à ce jour. L'un des principaux développements envisagé concerne leur intégration au sein d'un système d'assurance maladie. Le fonds d'équité ne paierait plus les soins de santé consommés, mais les primes d'assurance des patients les plus pauvres. Cela renforcerait la visibilité des assurances et favoriserait l'émergence des mécanismes d'assistance sociale universelle. Il s'agit d'une intégration des fonds d'équité dans un système

d'assurance maladie qui va générer des fonds permettant une prise en charge gratuite des indigents et une amélioration de l'accès équitable des populations aux soins de santé.

Les différentes politiques évoquées pourraient largement soulager les indigents. Mais un problème se pose si on n'est pas capable de classer les populations pour savoir qui est indigent et qui ne l'est pas. Il se pose ainsi le problème d'identification des indigents dans les formations sanitaires.

Au Royaume Unis, les conséquences de la pauvreté ont été mises en évidence, pour la première fois, dans les rapports « Black and Healthdivide » qui ont démontré que ceux qui sont au bas de l'échelle économique risquent de mourir pratiquement de n'importe quelle maladie par rapport aux riches.

Dans Note de la pauvreté au Bénin (2003), il est noté que plus le niveau d'éducation du principal soutien de la famille est élevé, plus élevé est le niveau de consommation du ménage, et par conséquent moins ce ménage risque de vivre dans la pauvreté. Les rendements de l'éducation (en termes de consommation) ne se matérialisent qu'à partir du cours élémentaire deuxième année (CE2).

Entre hommes et femmes, ce sont les femmes qui sont les plus démunies à cause de leur statut social (celui d'infériorité), elles ont la charge de la survie de la famille. Les pauvres sont plus nombreux en milieu rural qu'en milieu urbain. Parmi les extrêmement pauvres, on retrouve les personnes âgées abandonnées. Pendant la période de soudure, les repas sont réduits à un plat à moindre coût. Les comités locaux de gestion n'ont aucun incitatif pour réellement procurer des soins aux indigents.

La montée du chômage à partir des années 1980 a fissuré le système de sécurité sociale qui avec des dépenses de santé de plus en plus élevées à l'heure d'une « hyper médicalisation » a fini par exclure certains individus. Alors des consultations de « précarité » ont été installées à Paris dès 1993 dans certains hôpitaux pour permettre aux personnes démunies d'accéder aux soins ; en 1998, il y a eu la création des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) et la généralisation de la CMU (Couverture Maladie Universelle) créée par la loi du 1^{er} janvier 2000 et la redéfinition des dispositifs d'aide médicale pour permettre de simplifier l'accès aux soins pour les personnes en difficulté ([http : // www.ac- creteil.fr](http://www.ac-creteil.fr)).

Au Yémen, les responsables administratifs tendent à développer une attitude défensive pour décourager les indigents. Ils retiennent l'information par crainte de se voir déborder par une foule qu'ils ne pourront pas satisfaire. Par contre, avec le gouvernement du Hadramawt,

un véritable réseau s'est organisé entre praticiens de la médecine, directeurs d'établissement, pharmaciens, généreux donateurs, associations caritatives et responsables de bureaux locaux d'administration sociale dans le but de permettre aux établissements de soins d'accorder l'exemption à tous les indigents (<http://www.ced.U-bordeaux4.fr>).

Ceci est possible à cause de l'histoire sociale et culturelle propre à cette région. Le fondement de ces attitudes de solidarité est enraciné dans la religion musulmane qui valorise les actes de charité comme un devoir de tout croyant, spécifiquement quand il a les moyens de donner.

Aux XXVI èmes Journées des Economistes Français de la Santé, il a été retenu les deux critères (efficacité, équité) proposées par l'OMS pour tendre vers une couverture universelle des soins de santé. Il a été rappelé (en 2003) que dans certains pays, les dispositions légales concernant la prise en charge des indigents semblent être reléguées au second plan ; elles restent théoriques (<http://www.cerd.org>).

Dans les pays les plus pauvres du monde, la plupart des gens, et notamment les plus démunis, doivent eux même prendre en charge les soins de santé lorsqu'ils sont malades. L'observation de nombreux systèmes de santé montre que le système de prépaiement dans le cadre d'un régime d'assurance rend le financement plus équitable. Un financement plus équitable ne peut être obtenu qu'au moyen d'une répartition des risques, c'est-à-dire d'un système permettant à tout moment à ceux qui sont en bonne santé de subventionner ceux qui sont malades et riches de subventionner les pauvres (OMS 2001).

Au Burkina Faso, les indicateurs de mortalité infantile, infanto-juvénile, fécondité et malnutrition, utilisés pour apprécier les conditions sanitaires du pays sont les plus défavorables chez les indigents. Et pour la lutte contre la pauvreté, un des objectifs fixés est d'assurer l'accès des indigents aux services sociaux de base et de les impliquer dans les décisions de santé. Depuis 2001, à la suite des données de l'analyse de la pauvreté (INSD 1999) qui divise les districts en quatre groupes : riches, moyens riches, moyens pauvres et pauvres, ils ont commencé à mieux financer les districts les plus pauvres (<http://www.worldbank.org>)

Le problème des indigents demande beaucoup de clairvoyance. Au Maroc par exemple, en 2002 il y a eu trafic de cartes d'indigents et les personnes démunies n'ont pas toujours été bénéficiaires du système. Ainsi, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rabat-salé, près de 80% des malades produisent des certificats d'indigence, 14% sont des

mutualistes, 6% sont des payants ; si bien que le CHU de Rabat-salé a décidé de faire supporter par les démunies 50% de leur factures de soins car l'hôpital s'appauvrit. Deux problèmes sont posés ; celui d'une mauvaise identification des cas d'indigents et celui de l'appauvrissement du système de santé ([http:// www.bladi.net](http://www.bladi.net)).

Ouendo et al. (2003) ont trouvé que les formations sanitaires publiques enquêtées au Bénin, se sont comportées comme si les indigents n'existaient pas à l'exception des formations sanitaires confessionnelles et d'ONG qui avaient un esprit d'assistance et de bienfaisance. Les indigents : 27,7% ont alors recours à une solution spirituelle ; 16,9% aux guérisseurs traditionnels, 13,3% à rien ; 12,0% aux près d'agents de santé; 30,1% à autres.

En Chine, pour pallier le problème de l'inaccessibilité aux soins des couches des indigents dans de nombreuses provinces rurales, Médecin sans Frontière prend en charge les indigents quant à la totalité des frais de santé dans la région de Guanqxi ; ils s'occupent aussi de l'enfance marginalisée. Ils ont développé des protocoles médicaux dit de consensus pour améliorer la qualité des soins aux exclus. La prise en charge des indigents a permis de restaurer la confiance de la population dans les structures de santé locale (<http://www.msf.fr>).

Médecins du monde au Cambodge au sein de l'hôpital Calmette de Phnom Penh s'est implanté depuis 1990 dans le pavillon des indigents où il apporte une assistance médicale aux plus démunies. C'est ainsi qu'ils ont été en première ligne face à l'arrivée des premiers malades du sida (<http://www.Médecins.org>).

Au Mali, malgré les efforts déployés dans la couverture géographique en matière d'infrastructures sanitaires, l'accessibilité effective et satisfaisante des citoyens aux soins de santé est loin d'être acquise. La population estime que l'environnement socio-économique n'est pas favorable. Alors, on réfléchit à la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les fonctionnaires et travailleurs en activité et à la retraite et d'un Fond d'Assistance Médicale (FAM) au profit des personnes dépourvues de moyens d'accéder aux soins de santé (<http://www.cefib.com>).

Au Bénin, une étude à été menée par Kessou (2003) pour le ministère de la santé. Elle a montré que le fonds sanitaire des indigents a plus servi à couvrir les frais d'hémodialyse. Elle a par ailleurs proposé que les maladies graves soient exclues pour être mises sur le compte de programmes spéciaux afin de permettre de prendre en charge un plus grand nombre d'indigents malades.

L'étude réalisée par (Ouendo *et al* 2005) sur l'itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé), avait pour objectif d'identifier les étapes de l'itinéraire thérapeutique des indigents et non indigents en cas de maladie. Cette étude a montré que les indigents ont moins recours aux centres de santé « dès le premier recours, tant la majorité des indigents que des non indigents donnent la préférence à l'automédication moderne et traditionnelle ». Et ceci pour plusieurs raisons. D'abord, « par la perception que le malade a de sa maladie, de la cause de celle-ci et de l'image qu'il a des services offerts au niveau des centres de santé », en suite « les habitudes de recettes traditionnelles et la prolifération des vendeurs et prescripteurs ambulants de médicaments "modernes" dans toutes les contrées du Bénin » ou encore « D'autre part, les conséquences d'un système public de santé qui perd progressivement sa crédibilité. En effet, longues attentes, mauvais accueil, rançonnement, clientélisme etc. minent le système de santé au Bénin. Il est donc aisé de conclure que ces situations provoquent la réticence des malades à utiliser les centres de santé ».

Malgré le recours des membres de la communauté à l'automédication, ils reconnaissent l'efficacité des soins des centres de santé. Mais les difficultés financières, les facteurs socioculturels et les problèmes notés au niveau du système de santé au Bénin font que les malades préfèrent l'automédication ou le guérisseur traditionnel.

L'étude permet de tirer les conclusions suivantes :

- « Le premier recours est l'étape clé où des différences se notent entre non indigents et indigents. Ces derniers ont moins recours aux centres de santé que les non indigents »,
- « l'automédication reste toujours le choix le plus fréquent ».

Toujours dans la même optique, une étude sur l'accès aux soins de santé des personnes en situation d'indigence et l'action des réseaux d'aide communautaire (RAC) au Bénin est réalisée par (Ouendo *et al* 2004). L'objectif de cette étude est d'évaluer la capacité des ménages indigents et non indigents à payer les soins de santé et de montrer comment les RAC viennent en appui à ces derniers en cas d'incapacité de paiement. Ainsi, « Parmi les personnes enquêtées, 27 % déclarent avoir un accès financier permanent aux soins de santé. Donc, 73 % ne peuvent pas garantir à tout moment les soins de santé aux personnes qu'ils ont à charge, s'ils doivent compter sur leurs propres ressources financières ». Cette accessibilité financière est plus faible chez les non-indigents que chez les indigents. Cependant, la

capacité à payer des chefs de ménage s'est améliorée grâce à l'intervention des RAC ; car « des chefs de famille ont bénéficié d'une aide pour payer les soins ».

Somme toute, l'étude a permis de comprendre les difficultés financières que rencontrent les chefs de ménages surtout indigents pour accéder aux soins de santé malgré les actions des réseaux d'aide communautaire.

Dans la perspective d'apporter des solutions aux problèmes d'accessibilité aux soins des indigents, O. R. DJOFFON-ELITSA (2004) a évalué la prise en charge médicale des indigents malades dans la zone sanitaire de Ouidah-Kpamassè-Tori-Bossito, au Bénin. De cette étude, il se dégage les éléments essentiels suivants :

- il n'existe aucune organisation dans les formations sanitaires publiques pour la prise en charge des indigents malades, mais il existe un embryon dans les formations sanitaires confessionnelles et d'ONG ;
- il existe peu d'organisation au niveau de la communauté ;
- le financement des soins des indigents n'est pas satisfaisant ;
- la plupart des indigents enquêtés (183 sur 185) ne fréquentent pas les formations sanitaires en cas de maladie, et ne sont pas satisfaits des soins.

Chapitre 3 : Organisation du système de santé au Bénin

Le système de santé béninois est le fruit des réformes menées par les autorités publiques. Ces réformes ont été inspirées par les Soins de Santé Primaire et l'initiative de Bamako. Elles s'appuient sur le découpage administratif pour élargir la cartographie des unités sanitaires et en améliorer au maximum leur utilisation par les populations. L'architecture générale du système de santé au Bénin s'articule autour d'un découpage administratif à trois niveaux :

- **Le niveau central ou national** : qui a la responsabilité de définir la politique nationale de santé du pays. Sa responsabilité s'étend dans les domaines de la planification, la coordination et la mise en œuvre des activités sanitaires. L'institution hospitalière correspondant à ce niveau est le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) pratiquant diverses spécialités. Il est installé à Cotonou. Cette structure constitue l'ultime référence dans la hiérarchie des prestations de soins de santé.

- **Le niveau intermédiaire ou départemental** : il coordonne les activités sanitaires définies au plan national. Il regroupe les Centres Hospitaliers Départementaux. Au nombre de Cinq, ces hôpitaux sont spécialisés dans les prestations de soins de première urgence. C'est à ces organes que se réfèrent les zones sanitaires en premier lieu, en cas de situations dépassant leur champ de compétence (soins secondaires).

- **Le niveau périphérique**, il s'agit de l'unité sanitaire la plus décentralisée. Les zones sanitaires s'articulent autour d'un hôpital de référence, en l'occurrence un hôpital national et de réseaux de services sanitaires publics ou privés, couvrant une zone géographique définie. Elles assurent la participation communautaire, la viabilité des services et la coordination entre les formations sanitaires publiques et privées. Les centres de santé communale et d'arrondissement s'occupent d'un « paquet minimum d'activités » (PMA) c'est-à-dire les soins ambulatoires, la prévention (vaccination, suivis prénataux, etc.) ou l'accouchement.

Cette architecture d'implantation des unités de soins ressemble à une pyramide ayant une base assez large, composée de centres et postes de santé. Elle a pour objectif selon le Ministère de la santé publique (2004) de garantir l'accès aux soins et de façon équitable à l'ensemble de la population. Elle a le mérite de permettre l'accès à un grand nombre de béninois aux services de santé de premier niveau.

3.1 Pyramide sanitaire et couverture en infrastructures sanitaires au Bénin

Ces trois grands ensembles (le niveau central, intermédiaire et périphérique) sont subdivisés en cinq zones qui constituent la pyramide sanitaire du Bénin. Il s'agit :

- Du centre national hospitalier,
- Des centres hospitaliers départementaux,
- Des zones sanitaires (une zone sanitaire regroupe une ou plusieurs communes),
- Des centres de santé communale,
- Des centres de santé d'arrondissement.

Selon les statistiques nationales, on comptait en 2010 un total de 1.302 formations sanitaires (671 publics et 631 cliniques privées) contre 1.073 en 2003, soit une progression de 21%. Pour la même période, les lits d'hôpitaux sont de 3.973 à 6.684, soit un accroissement de 68%.

L'ensemble de ces formations sanitaires offre un service de santé aux populations. Mais il faut distinguer à ce niveau que la couverture sanitaire est assurée au Bénin par deux secteurs ; le secteur public et le secteur privé.

3.1.1 L'accès aux soins

Au niveau national, on constate que l'accessibilité aux établissements de santé constitue le problème principal, que ce soit du fait de l'inexistence d'établissements ou de leur éloignement.

Alors que 51% de femmes habitent à proximité d'un hôpital, 13 % doivent parcourir 30 kilomètres ou plus pour accéder à ce type d'établissement. Cette proportion est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Les populations du milieu urbain sont plus proches des formations sanitaires et bénéficient d'une meilleure couverture des services de santé. Les résultats selon le milieu de résidence mettent en évidence l'éloignement des populations rurales des centres de santé et les principaux problèmes des populations pour se soigner (INSAE 2006).

3.1.2 Le service de santé public

La protection de la santé des populations béninoises est assurée prioritairement par l'Etat, en ce sens que la Constitution béninoise fait du droit à la santé une prérogative de l'Etat. Il n'existe pas une assurance maladie systématique, mais on peut noter deux formes de protection sanitaire.

D'une part, suivant le modèle de la responsabilité objective des employeurs, les fonctionnaires et travailleurs salariés vivant dans les villes et surtout les capitales, bénéficient de prestations et du remboursement des soins à travers des services médicaux d'entreprise ou des centres médicaux interentreprises (www.cedim.uqam.ca).

D'autre part, et pour la vaste majorité des citoyens, les soins de santé étaient en principe gratuits, les puissances publiques s'attellant à développer et à élargir les infrastructures médicales: hôpitaux, dispensaires et centres de santé (www.cedim.uqam.ca).

Les programmes d'ajustement initiés dans les années 80 ont réduit à néant le principe de la gratuité des soins avec la réduction sensible des faibles dépenses budgétaires consacrées à la santé. Une nouvelle impulsion a toutefois été donnée avec les perspectives rassurantes de l'Initiative de Bamako. Celle-ci a impulsé un mouvement vers le local en matière de soins de santé. Elle a également déplacé le cœur de l'analyse d'une logique préventive, telle qu'il en existait dans les années qui suivirent *Alma-Ata*, vers une logique curative, dans la mesure où l'accent était mis sur les solutions médicamenteuses et la participation des populations au financement des dépenses de santé (www.cedim.uqam.ca).

L'État, en se retirant de secteurs clefs des services sociaux a laissé d'énormes vides qui ont été parfois comblés par des initiatives locales pour la survie (www.er.uqam.ca).

3.1.3 Le service privé de santé

Le secteur privé de la santé est venu au secours d'un secteur public en difficulté. On peut le diviser en deux catégories.

D'une part, certaines cliniques privées pratiquent des soins de qualité plus grande par rapport aux institutions publiques mais à des tarifs très élevés. Elles restent inaccessibles à la grande majorité de la population.

On relève d'autre part, un secteur intermédiaire constitué de micro unités de santé et définissant l'informel sanitaire. Cette dernière catégorie d'unité de soins est en expansion flagrante, répondant à une forte demande de soins de base à des prix raisonnables. Dans les contextes de lacunes imputables autant aux services publics qu'aux thérapies qui sont traditionnelles, ce secteur intéresse les populations disposant de faibles revenus et qui sont à la recherche de prestations de qualité (Ministère de la Santé 2002).

3.2 Le financement de la santé

Il existe au Bénin plusieurs sources de financement des dépenses de santé. Contrairement au financement privé qui est assuré en majeure partie par les frais générés par les services offerts, par les financements propres des initiatives privées, le financement public des dépenses de santé est essentiellement assuré par les ressources du budget national et les ressources issues des prestations des services et centres de santé (Jocelyn 2001).

Selon le secteur, on distingue deux sources de financement.

3.2.1 Le financement des services privé et public de santé

Le secteur privé de la santé est financé par des fonds propres aux initiateurs, des prêts, des ressources générées par les services offerts aux populations.

Les dépenses publiques de santé sont par contre financées par deux catégories de ressources, que sont les ressources internes à l'Etat et les contributions des partenaires techniques et financiers.

3.2.1.1 Les ressources internes : Il s'agit d'une partie des crédits ouverts dans le budget général de l'Etat et qui sont destinés à la couverture des dépenses de fonctionnement et d'investissement (dépenses en capital) de l'ensemble du secteur de la santé. Les ressources internes sont en grande partie d'origine fiscale. Le trésor public assure le paiement des dépenses engagées.

3.2.1.2 Les ressources externes : Elles relèvent aussi bien des accords bilatéraux que multilatéraux. Elles constituent l'une des sources de financement des dépenses du secteur notamment les dépenses relatives aux infrastructures et aux équipements sanitaires. Ces ressources sont utilisées dans le cadre des activités des projets et des programmes.

3.2.2 Dépenses de santé par habitant

Le budget santé par habitant a connu également une nette progression, surtout à partir de 2000. Il est passé de 1145 francs CFA en 1997 à 6428 francs en 2001. Il faut saluer l'effort de l'Etat à améliorer le niveau de vie de ses populations alors même que les ressources externes (contributions des partenaires au développement) sont en constantes diminutions.

Cependant, la portée de cet effort ne peut être réellement évaluée que lorsqu'on aura le pourcentage de béninois ayant réellement accès aux soins et bénéficiant de cette contribution de l'Etat à leur dépense de santé.

3.3 La politique nationale de santé

La République du Bénin a opté pour le volet social de la Santé pour tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la Déclaration d'Alma Ata (1978) dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Dans la mise en œuvre de cette stratégie, une place de choix a été réservée au programme de Santé Maternelle et Infantile, Planification Familiale/Nutrition. Le cadre de mise en application de cette stratégie a été définie par la résolution du Comité Régional pour l'Afrique (Zambie 1985) sur le renforcement des systèmes de santé qui est le District Sanitaire.

La politique sanitaire du Bénin est élaborée par le Ministère de la Santé Publique qui définit les grandes orientations du secteur, les actions à mener. Depuis 1960, plusieurs plans et programmes ont été mis en œuvre. Ils visent l'amélioration des conditions socio sanitaires des populations. Les axes prioritaires de la politique nationale de santé au Bénin (2009-2018) peuvent se résumer en ce qui suit :

- La réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire,
- Le financement du secteur et l'amélioration de la gestion des ressources,
- La prévention et la lutte contre les principales maladies et l'amélioration de la qualité des soins,
- La prévention et la lutte contre les maladies prioritaires,

- La promotion de la santé familiale.

Toujours dans le souci de garantir une bonne santé à sa population, l'Etat béninois forme des agents de santé dans des centres de formation tels que la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), l'Institut Régional de Santé publique (IRSP), l'Institut National Médico-Sanitaire (INMES), l'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (ENIAB). En outre, des séminaires de formation sont organisés afin de réactualiser les connaissances des agents de santé.

3.3.1 La politique nationale de santé dans le contexte de la décentralisation

Une étude du Bureau International du Travail au Bénin (2002) estime que l'amélioration de la couverture sanitaire et une réorganisation de la pyramide sanitaire doivent passer nécessairement par une décentralisation de l'organisation du système de soins.

Des dispositifs de contrôles stricts, à savoir : les procédures de fonctionnement, les instruments de contrôle de gestion, des manuels de procédures etc. à tous les niveaux doivent être opérationnels, afin de moraliser la gestion et l'utilisation du bien public. Les citoyens doivent être impliqués, informés et sensibilisés à une participation active dans la vie communautaire et sociétale. L'organisation décentralisée permettra aussi de mieux préciser les relations entre les différentes structures de la pyramide sanitaire.

Des définitions d'objectifs, de missions claires et des buts sanitaires à atteindre sur une base annuelle, biennale ou quinquennale, doivent permettre aux autorités locales de pouvoir se justifier devant les administrés. La mise sur pied de système de comparaison communale, municipale ou même régionale doit susciter une sorte d'émulation réciproque à l'échelle nationale.

Cette étude réalisée à la veille de la décentralisation au Bénin pose déjà les bases d'une collaboration entre l'Etat et les communes décentralisées d'une part, et ces communes et leurs populations d'autre part. Mais force est de constater que si la loi sur la décentralisation au Bénin a prévu le transfert de compétences entre l'Etat central et les territoires décentralisés (Loi 97-029 1999), plus de dix années après, ce transfert n'est pas totalement effectif. L'Etat continue de gérer des parcelles de pouvoir qui en principe revenait de plein droit aux collectivités locales. Le volet santé est toujours détenu par l'Etat, qui

détermine la politique nationale de santé en fonction de la part du budget alloué au secteur santé.

3.3.2 Les caractéristiques du système de santé béninois

3.3.2.1 L'environnement juridique de la santé au Bénin

Le droit à la santé est consacré au Bénin par plusieurs instruments. Deux sources de droit organisent le droit de la santé au Bénin.

3.3.2.2 Les conventions internationales

Sur le plan international, le Bénin a adhéré aux différentes actions internationales ou régionales en matière de promotion du droit de la santé. Il a ratifié plusieurs instruments juridiques notamment :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et des Peuples (décembre 1948) ;
- la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (janvier 1986);
- la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, août 1990) ;
- la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des Femmes (mars, 1992) ;
- la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (juin, 1996).

Mieux, le Bénin a adhéré à toutes les décisions et recommandations africaines régissant la santé dont :

- la Déclaration de Dakar relative à l'épidémie du Sida en Afrique (1992) ;
- la Déclaration de Tunis relative au Sida et l'enfant africain (1994) ;
- l'appel d'Alger pour l'intensification de la lutte contre le Sida en Afrique adopté par la 2^{ème} session de la Commission du Travail et des Affaires Sociales de l'OUA (avril, 2000) ;
- la Déclaration d'Abuja sur l'initiative Faire reculer le paludisme en Afrique (avril 2000) ;
- l'engagement d'actions de Ouagadougou pour la mise en œuvre des décisions et recommandations des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/Sida en Afrique (mai 2000) ;

- le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique NEPAD (mai 2002).

3.3.2.3 Les mesures législatives internes

Sur le plan national, il faut noter que le droit à la santé est clairement reconnu par la Constitution béninoise qui stipule en son article 26 relatif aux droits et devoirs que « ...l'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les handicapés et les personnes âgées ».

Hormis cette disposition constitutionnelle, il faut rappeler l'adoption par le Bénin d'une Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) visant l'amélioration continue des conditions de vie des populations le 2 mai 1996, le vote de loi N°2002-07 du 24 août 2004 portant Code des Personnes et de la Famille, la loi sur la répression de la pratique des mutilations génitales féminines, la loi sur la santé sexuelle et de la reproduction. En août 2000, des décisions ont été prises et qui consacrent l'engagement du Gouvernement à contribuer de façon significative à la lutte contre les IST/Sida par :

- la création d'une ligne budgétaire réservée à la lutte contre le VIH/Sida au sein de chaque ministère ;
- la constitution d'un fonds de solidarité nationale alimenté par les ressources générées par l'allègement de la dette dans le cadre de "l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés" (PPTE) pour appuyer et intensifier la lutte contre le paludisme et le VIH/Sida (Ministère de la Santé 2002).

L'analyse du dispositif sanitaire a permis de mettre en exergue les éléments qui influencent le système de santé au Bénin. La tendance de ce système se résume à garantir :

- des soins dont le contenu minimal (les soins de santé primaires) est en tout temps assuré, y compris en matière de santé publique et de prévention ;
- des unités de livraison des services en nombre suffisant ;
- une accessibilité économique, géographique et culturelle des soins ;
- des services livrés sans discrimination induite par l'action de l'État ou des acteurs non étatiques ;

- des services livrés par des personnes qualifiées selon des standards connus et contrôlés ;
- un accès à des médicaments utiles et de qualité ;
- un accès à l'information en matière de santé.

Notons cependant, qu'il ne s'agit que d'une tendance, les points ci-dessus énumérés n'étant pas encore pleinement satisfaisant dans la réalité. L'aspect juridique du droit à la santé est un exemple très indicatif. Si l'on suppose que la consécration de tout droit passe par :

- la reconnaissance du droit à la santé dans le droit national;
- la disponibilité de recours utiles et effectifs dans les cas de violation du droit à la santé;
- l'existence de sanctions significatives dans le cas de violations;
- la participation de la population, y compris des groupes les plus démunis, au processus décisionnel concernant la mise en œuvre du droit à la santé ;

Au Bénin, les caractéristiques juridiques du système de santé sont loin d'être conformes à cette norme. Si la reconnaissance nationale est un fait, la disponibilité du recours, l'existence de sanctions ou encore la participation des populations au processus décisionnel n'existe simplement pas. On ne saurait parler de sanctions ou de recours si au préalable, les cas de violations de ce droit n'ont été déterminés. La conception sociologique de la santé s'impose, ce qui constitue un cas de violation au Togo ou au Niger par exemple peut ne pas l'être au Bénin, même s'il existe des normes internationales des cas de violations du droit à la santé.

3.4 L'aspect sociologique de la santé au Bénin

3.4.1 La façon de concevoir la maladie, et les valeurs éducatives.

La façon de concevoir la maladie laisse transparaître l'influence des valeurs sociales et éducatives dans les habitudes de vie des populations béninoises.

Beaucoup de comportements en matière de la santé se fondent implicitement ou explicitement sur la religion. Les religions traditionnelles ont validé les conceptions pro-natalistes des communautés et cette conception a cours encore dans une large mesure au sein des populations, notamment à la campagne. Les rites et les pratiques traditionnels demeurent

vivaces, notamment en matière d'interdits alimentaires pour la femme en état de grossesse ou après l'accouchement (Ministère Chargé du Plan 2003).

3.4.2 L'utilisation des services formels et informels de santé

L'influence prépondérante des valeurs culturelles sur la conception de la maladie induit également des répercussions sur l'utilisation des services de santé par les populations béninoises.

En dehors de l'influence des valeurs sociales, on peut noter que la faible fréquentation des formations sanitaires est due à des causes autres que culturelles. Cette fréquentation était de 19,1 % pour l'ensemble du Bénin en 1991. Les raisons évoquées pour expliquer cette désaffection avaient trait à l'accessibilité financière, géographique, au mauvais accueil et à la qualité des soins. En 1997, avec une couverture en infrastructures de 80%, l'accessibilité géographique peut être considérée comme acceptable. L'accessibilité financière et le mauvais accueil demeurent pour leur part les deux principales causes de la faible fréquentation des formations sanitaires.

En 2000, le taux de fréquentation reste encore au même niveau que celui de 1997 soit 34%, d'où la nécessité de la prise en charge des populations pauvres et indigentes et sur la formation du personnel sanitaire sur les règles élémentaires de déontologie et sur l'importance de l'accueil des malades (Ministère de la Santé 2002).

Pour les populations, la médecine traditionnelle est généralement plus accessible que la médecine moderne, car elle semble moins chère et traiterait des maladies encore ignorées de la médecine moderne. Alors que la médecine moderne a une conception cartésienne et rationnelle de la maladie, la médecine traditionnelle concilie les aspects corporels et psychologiques de la maladie. En d'autres termes, la maladie peut être provoquée par un pouvoir ou une force maléfique. Lorsqu'un patient se présente chez un tradipraticien, il lui accorde un temps d'écoute assez long pour exposer ses problèmes de santé, sa relation avec les membres de sa famille et d'autres personnes de la société. A l'opposé, le médecin du secteur moderne écoute très peu son patient. Dans le secteur moderne, chaque médecin ayant sa spécialité, il ne traite le malade que sur l'aspect qui le concerne, laissant le patient gérer seul ses angoisses et ses inquiétudes relatives à la société ou à la famille.

L'accueil réservé par les tradipraticiens est donc l'une des raisons qui continuent de drainer certains malades vers eux. Le tradipraticien joue le rôle de psychologue, même s'il n'a toujours pas les compétences requises pour soigner les personnes qui viennent le consulter. La prise en charge psychologique est importante dans le traitement de toute maladie. Cette prise en charge globale du malade ne coûte que le prix d'une consultation chez le tradipraticien. A l'inverse, dans la médecine moderne, le patient est amené à consulter plusieurs spécialistes, ce qui alourdit les frais de consultation et par conséquent de traitement.

La médecine moderne n'est donc pas un système de soins accessible à toute la population et plus particulièrement à la population des zones rurales. La médecine traditionnelle apparaît ainsi comme une alternative devant la hausse des prix des produits pharmaceutiques. Mais cette médecine comporte de nombreuses insuffisances au niveau du diagnostic, de la posologie et du suivi (Ministère Chargé du Plan 2001).

Dans ce climat, il convient alors de redéfinir les bases d'une collaboration entre les deux médecines, une base qui prend en compte les objectifs de santé des populations béninoises.

3.5 Le sous-système de la prise en charge des indigents malades au Bénin

3.5.1 Organisation de la prise en charge des indigents malades au Bénin

L'architecture générale du sous-système de la prise en charge des indigents malades s'articule autour d'un découpage à quatre (04) niveaux : centre de santé d'arrondissement, centre de santé communale, hôpital de zone et centre hospitalier départemental ou centre hospitalier universitaire

3.5.1.1 Identification, certification de l'état d'indigent et prise en charge sanitaire des indigents

Le processus de l'identification de l'indigent débute dès son arrivée au centre de santé par la sage-femme ou l'infirmier responsable qui saisie le comité d'identification. Ce comité est chargé de diligenter une enquête sociale ; ceci permet de confirmer ou d'infirmer son état d'indigence. Ensuite, le comité d'identification transmet le rapport de l'enquête sociale à l'autorité communale ou son représentant pour la délivrance d'un certificat d'indigence. C'est à partir de cet instant que l'indigent malade est pris en charge. La procédure est la même au quatre (04) différents niveaux. (Voir le tableau synoptique en annexe)

3.5.1.2 Modalités d'utilisation des ressources du Fonds

Les ressources du Fonds Sanitaire des Indigents servent au remboursement des structures sanitaires ayant fourni des prestations dans le cadre de la prise en charge des indigents (malades, femmes accouchées ou en travail d'accouchement).

3.5.1.3 Les dépenses imputables au fonds

Les dépenses suivantes sont remboursées sur le fonds :

- frais de consultation
- frais d'hospitalisation
- frais d'examens médicaux (laboratoire, radiologie, échographie)
- frais d'expertise médico-psychiatrie
- frais de médicaments
- frais de soins
- frais d'accouchement
- frais de soins néonataux
- frais d'acte chirurgical (petite chirurgie, intervention chirurgicale)
- frais de déplacement (évacuation du malade vers un centre de référence)
- frais d'alimentation (dans les centres qui ne servent pas de repas aux malades)

3.5.1.4 Les dépenses non imputables au fonds

Les dépenses suivantes ne sont pas prises en compte par le fonds :

- soins de personnes infectées du VIH/SIDA
- prise en charge des personnes victimes d'affections graves, chroniques et onéreuses
- appareillages coûteux des grands handicapés dont les soins sont spécialisés et chers
- prothèses, verres médicaux
- soins tels que l'hémodialyse, transplantation d'organes
- évacuations sanitaires à l'étranger
- mission du personnel médicale, paramédical et administratif
- carburant (autre que celui nécessaire pour le transfert des indigents)

3.5.1.5 Composition du comité d'identification

Elle s'adapte aux différents niveaux de la pyramide sanitaire :

➤ **centre de santé d'arrondissement**

Responsable du Centre,

Président du COGEA,

Représentant du Chef d'Arrondissement,

Représentant du Responsable du Centre de Promotion Sociale

➤ **centre de santé de commune**

Médecin Chef,

Président du COGEA,

Représentant du Maire,

Représentant du Responsable du Centre de Promotion Sociale

➤ **Hopital de Zone**

Directeur de l'Hôpital de Zone,

Représentant du Comité de Santé résident au siège de l'Hôpital de Zone,

Représentant du Maire,

Représentant du Responsable du Centre de Promotion Sociale

➤ **Centre Hospitalier Universitaire/Départemental et structures assimilées**

Directeur du Centre,

Chef du Service Social

Représentant de la Commission Médicale Consultative,

Représentant du Maire (Ministère de la Santé, 2005).

3.5.2 Le cadre juridique

En ce qui concerne le cadre juridique, seules les conventions internationales et les mesures législatives internes régissent le fonctionnement du système sanitaire au Bénin. Aucune loi spécifique ou textes réglementaires ne régit le sous-système de la prise en charge des indigents malades à l'image de celui de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Chapitre 4 : Cadre de l'étude et approche méthodologique

4.1. Justification du choix du sujet et du cadre d'étude

4.1.1. Le choix du sujet

L'idée d'une étude sur un concept comme celui de l'indigence est née d'une curiosité scientifique de comprendre un phénomène paradoxal. En effet, depuis 2000 l'Etat béninois alloue un fonds spécial pour la prise en charge socio-sanitaire des indigents. Mais l'on constate malheureusement que ce fonds n'est pas totalement consommé. Car à la fin de chaque année une bonne partie de ces fonds retourne dans la caisse de l'Etat pendant que des individus perdent leur vie dans nos centres de santé faute d'aide. C'est le cas d'un monsieur qui a perdu son fils et sa femme dans le même mois pour manque de moyen financier. Il s'était confié à nous en 2007 lors d'une enquête de terrain pour la réalisation de notre mémoire de maîtrise intitulé « couverture sanitaire en milieu rural : cas de la commune de Glazoué ». Ces cas sont légions au Bénin ; mais celui-ci nous a profondément touché parce que ce monsieur nous a demandé de faire quelque chose. Ce mémoire est notre façon de répondre à sa demande.

4.1.2 Justification et description du cadre d'étude

4.1.2.1. Justification du cadre d'étude

Le choix porté sur la commune de Glazoué trouve sa raison à deux niveaux.

Premièrement, il faut dire que la commune de Glazoué nous a vu naître. Nous y avons passé notre enfance jusqu'en classe de 5^{ème} au moment où nous quitions la ville.

Deuxièmement, nous avons constaté après investigation qu'aucune étude de recherche consacrée à ce domaine n'est encore menée dans la localité.

4.1.2.2 Description du cadre d'étude

4.1.2.2.1 Un milieu physique non favorable à l'accès aux centres de santé

La commune de Glazoué est un territoire à caractère rural situé au centre du département des collines. Elle couvre une superficie de 1350 km², soit 1,57% de la superficie nationale.

Elle est limitée au Nord par les communes de Ouèssè et de Bassila, au Sud par la commune de DassaZoumè, à l'Est par les communes de Ouèssè et de Savè et à l'Ouest par les communes de Bantè et Savalou.

La commune de Glazoué bénéficie d'un climat de type Sub-équatorial avec deux saisons sèches (une petite et une grande) et deux saisons pluvieuses (une petite et une grande). Ce type de climat est favorable à la dégradation des voies. Ce qui rend très difficile l'accès aux centres de santé. Cette situation s'observe surtout pendant la saison pluvieuse où l'on assiste à l'écoulement des eaux de ruissellement.

Le réseau hydrographique n'est pas trop fourni. Néanmoins, le fleuve Ouémé arrose la commune au niveau des villages tels que Aklampa, Béthel, Riffo et une partie de l'arrondissement de Zaffé. Il existe d'autres cours d'eau locaux comme Trantran, Kotobo, Adoué, Tchololoé, etc. Ces cours d'eau constituent également des obstacles aux populations (surtout aux indigents malades) pour se rendre aux centres de santé.

Le relief est en général accidenté à cause des formations rocheuses présentes dans la zone d'étude. On peut retrouver des collines à Sopkonta, Gomé, Camaté, Tankossi, Tchatchégou, Thio, Ouèdèmè, Assanté et Aklampa. Ces collines sont des barrières à l'accès aux centres de santé (INSAE, 2004).

4.1.2.2 Un milieu humain multiethnique

La population totale de Glazoué est de 90 475 habitants selon les résultats du recensement de Février 2002 avec un taux de croissance annuel de l'ordre de 3,55. Elle compte 46917 femmes contre 43558 hommes. La densité moyenne est de 44 habitants au km². La commune compte 16157 ménages avec 12602 ménages agricoles soit environ 78%. La taille moyenne de ces ménages est de 5,9 personnes pour l'ensemble de la population (INSAE, 2004).

Le tableau 1 présente la répartition de cette population par arrondissement.

Tableau I : Répartition de la population par arrondissement

Arrondissements	Populations	Arrondissements	Populations
Aklampa	16895 habitants	Magoumi	8058 habitants
Assante	7628 habitants	Ouèdèmè	9099 habitants
Glazoué centre	12822 habitants	Sopkonta	5429 habitants
Gomé	6578 habitants	Thio	9214 habitants
Kpakpaza	5484 habitants	Zaffé	9268 habitants

Sources : Données INSAE, 2004

La commune est composée de plusieurs groupes socioculturels dont deux majoritaires. Il s'agit des Idaasha venus directement du Nigeria ou transitant par les pays Itcha et des Mahi venus du plateau Adja Tado en passant par les bords du lac Ahémé, les pays Agonlin ou le plateau d'Abomey. Mais l'on rencontre à coté de ces deux groupes majoritaires, d'autres minorités linguistiques attirées par le commerce et l'agriculture. La répartition se présente comme suit : Idaasha et apparentés : 48,8%, Mahi et apparentés : 43,9%, Bariba : 0,1%, Dendi : 0,4%, Yom/Lokpa : 1,4%, Peuhl: 2,0%, Otamari : 1,7%, autres : 1,6%.

Par ailleurs la population pratique plusieurs religions dont les principales sont : le Christianisme, l'Islam, le Protestantisme, et l'Animisme. Seulement, il est remarqué qu'une frange considérable de la population s'adonne au syncrétisme religieux.

Le tableau 2 présente la répartition des populations selon l'appartenance religieuse.

Tableau II : Répartition des populations selon l'appartenance religieuse

Religions	Catholique	Animiste	Islam	Protestants
Autres				
Pourcentage (%)	53,2	18,7	6,5	6,2
	15,3			

Source : Données MISD, 2001

4.1.2.2.3 L'organisation administrative

La commune compte 43 villages et cinq quartiers de ville soit au total 48 villages administratifs. Ces villages sont répartis dans les 10 arrondissements suivants : Aklampa, Assanté, Glazoué-centre, Gomè, Kakpaza, Magoumi, Ouèdèmè, Sokponta Thio et Zaffé. La commune est dirigée par le Maire, ses adjoints, les chefs d'arrondissement et les chefs de villages.

A cette organisation administrative s'ajoute une organisation socioculturelle qui consacre l'existence des chefferies à travers lesquelles les dignitaires exercent un pouvoir non négligeable dans la vie du village. Il s'agit principalement du chef de terre (« Ahossougan » en Mahi et « Balley » en Idaacha) qui est généralement un descendant des premiers occupants de la localité. Il est assisté par les vieux sages du village.

4.1.2.2.4 Infrastructures sanitaires et niveau d'équipement

Parlant d'infrastructures sanitaires Glazoué dispose d'un centre de santé communal (CSC) situé à Glazoué-centre, chef-lieu de la commune. Les arrondissements tels que Aklankpa, Assanté, Gomè, Magoumi, Ouèdèmè, Sokponta et Thio dispose chacun d'un centre de santé d'arrondissement (CSA) conforme. Mais en général, chacun des dix arrondissements dispose d'un centre de santé. Il existe en outre six maternités dont trois isolées, deux dispensaires isolés et six Unités Villageoises de Santé (UVS). Les centres de santé au niveau des arrondissements sont pour la plupart animés par des infirmiers brevetés et des aides-

soignants. La commune de Glazoué ne compte qu'un médecin pour 90 475 habitants. Le reste du personnel de santé est composé de : 21 Infirmiers dont 15 infirmiers et infirmières breveté (IIB), sept (07) sages-femmes (SFE), 48 aides soignants (AS), 17 agents de recouvrement des recettes du financement communautaire (ARRFC), un (01) technicien de laboratoire niveau « B » (TLB)

Par ailleurs, les qualifications professionnelles telles que : matrone, secouriste, agent d'entretien des services de santé (AESS) et technicien supérieur de l'action sociale (TSAS) n'existent pas dans la commune. (BOURAIMA, 2007).

En dehors de ces centres publics, on retrouve plusieurs cabinets privés dans les arrondissements mais pour la plupart concentrés au chef-lieu de la commune qui en compte six. Il s'agit de deux cliniques d'accouchement, deux cabinets médicaux, neuf cliniques de soins infirmiers et une officine de pharmacie (DDSP Zou-Collines, 2009). A tout cela s'ajoutent des cliniques traditionnelles' dirigées par des guérisseurs traditionnels.

L'absence de technicien supérieur de l'action sociale pour l'identification et la prise en charge effective des indigents malades et l'existence en nombre important des guérisseurs traditionnels qui offrent aux populations des soins de santé moins coûteux sont des obstacles à la fréquentation des centres de santé par les indigents.

4.1.2.2.5 Une économie locale basée principalement sur les activités agricoles

L'économie de la commune de Glazoué repose essentiellement sur l'agriculture, le commerce, l'élevage, l'artisanat et la pêche.

L'agriculture est la première source de revenu pour la majeure partie de la population. Les principales cultures pratiquées sont : le mas, le manioc, le soja, l'igname, le riz, l'arachide, le voandzou et les cultures maraîchères. Le coton fut pendant longtemps la première culture de rente mais sa production a régressé depuis la campagne 1999-2000. Cette baisse serait liée tant au problème que connaît la filière qu'aux aléas climatiques.

Le commerce occupe une place de choix dans l'économie de la commune de Glazoué. En effet, la commune compte dix marchés quotidiens et onze marchés périodiques dont le marché international de Glazoué. Ce dernier est un important lieu d'échanges commerciaux qui rassembleraient plus de dix mille usagers chaque mercredi. Les produits objets de transaction sont :

- les produits vivriers comme le maïs, le manioc, le soja, l'igname, le riz, l'arachide et les produits de transformation agricoles ;
- les produits manufacturés comme les matériaux de construction, les boissons alcoolisées, les rouleaux de tissu, les produits alimentaires (congelés) et autres.

La pêche et l'élevage sont aussi pratiqués dans la commune. Le pâturage naturel est la principale source d'alimentation du bétail. Les volailles et les animaux en claustration se nourrissent des épluchures de manioc ou d'igname, de son de céréales, de riz ou de maïs ou carrément de la provende achetée ou fabriquée localement. L'élevage souffre cependant d'un manque d'encadrement vétérinaire et de points d'abreuvement des animaux pendant la saison sèche.

La pêche n'est pas trop développée malgré l'existence de cours d'eau. Elle est pratiquée le long du fleuve Ouémé dans les villages de Béthel, Akomya, Massè, Riffo et certaines fermes des arrondissements d'Aklanpa et d'Assanté.

Quand à l'artisanat, il est quelque peu développé dans la commune. On peut identifier des ateliers de couture, de coiffure, de mécanique, de menuiserie, de dépannage radio, de cordonnerie etc. Une telle économie ne favorise pas l'accès financier des populations aux centres de santé.

4.2. Approche méthodologique

Dans la conduite de la présente recherche, deux étapes essentielles à savoir l'exploration et l'enquête proprement dite nous ont conduits aux résultats obtenus.

4.2.1 L'exploration

Pour cette phase essentielle de la recherche, le travail a consisté, entre autres à formuler le thème de recherche, à asseoir la revue de littérature en se basant sur des approches relatives à la prise en charge des indigents malades. Elle a également permis de faire des observations sur le champ d'étude et de prendre des dispositions pour faciliter la collecte des données en Février 2011.

4.2.2 La recherche documentaire

La recherche documentaire a fournis des informations relatives à notre sujet d'étude. Les documents rencontrés et utilisés correspondent à des études préalablement faites sur notre champ d'investigation, ce qui nous renseigne davantage sur le concept de l'indigence. Les acquis scientifiques antérieurs à savoir articles, ouvrages collectifs, mémoires, thèses de doctorat sur l'indigence ont contribué à faire un état de la question et nous ont éclairé sur l'approche d'investigation à retenir.

En outre, la documentation sur la politique d'exemption de paiement des soins des indigents dans les services de santé au Bénin qui a été explorée provient également des recherches sur internet. Les ouvrages généraux rencontrés dans les différents centres d'information parcourus et auprès de certaines personnes ressources ont permis d'asseoir la problématique et de peaufiner la méthodologie.

4.2.3. Nature de l'étude et Population d'enquête

4.2.3.1. Nature de l'étude

L'étude se propose d'analyser la politique d'exemption de paiement des soins des indigents dans les services de santé dans la commune de Glazoué. Il s'agit d'une étude quantitative et qualitative de type transversal.

L'étude a été organisée en deux(02) étapes.

4.2.3.2 Choix des sites

La commune de Glazoué est découpée en dix (10) arrondissements. Il s'agit de : Aklampa, Assanté, Glazoué-centre, Gomè, Kakpaza, Magoumi, Ouèdèmè, Sokponta Thio et Zaffé. Dans le cadre de cette étude, un choix aléatoire stratifié pour les formations sanitaires publiques, confessionnelles, et des ONG.

Ainsi, trois (03) strates de types de formations sanitaires ont été formées :

- la strate des formations sanitaires confessionnelles ;
- la strate des formations sanitaires des ONG ;
- la strate des formations sanitaires publiques.

Dans la commune, nous avons procédé à un choix aléatoire simple :

- une formation sanitaire a été retenue au niveau ONG sur les deux qui existent dans la commune ;
- une formation sanitaire a été tirée sur les deux confessionnelles qui existent dans la commune ;
- pour les formations sanitaires publiques cinq (05) ont été tirées sur les dix (10) qui existent.

4.2.3.3 Première étape de l'étude

Elle a consisté à interroger les personnes ressources de la commune de Glazoué. Il a été demandé à ces dernières d'établir de façon confidentielle une liste des ménages indigents de leur localité. Ceci après leur avoir expliqué que cette démarche entre dans le cadre d'une enquête qui vise à recueillir des informations relatives aux caractéristiques des ménages indigents et leur prise en charge socio-sanitaire.

4.2.3.4 Population d'enquête

La population d'enquête de la première étape de cette étude est essentiellement constituée des personnes ressources devant nous fournir la liste des ménages indigents de leur localité. Sont considérés comme personnes ressources : les imams, les pasteurs, les prêtres, les chefs traditionnels, le responsable du Centre de Promotion Sociale (CPS), les autorités politico-administratives (chefs d'arrondissement, chefs de quartiers de village, responsables d'associations de développement).

4.3 Méthode d'échantillonnage

4.3.1 Echantillonnage

Pour cette étape de l'étude, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage non probabiliste pour sélectionner les personnes ressources à enquêter.

4.3.2 Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Au niveau de cette étape, la population cible est seulement composée des personnes ressources évoquées plus haut. Nous avons procédé par choix raisonné en fonction de leur position sociale.

4.3.3 Technique et outil de collecte de données

A cette étape de l'étude, nous avons procédé par entretien et nous avons utilisé un guide d'entretien. Ce guide vise à recueillir auprès des personnes ressources les listes des ménages indigents.

Deuxième étape

A l'issue de la première étape de cette étude, nous avons obtenu des listes des ménages indigents qui ont constitué la cible primaire de la deuxième étape de l'étude.

4.3.4 Population d'enquête

Dans le cadre de cette étude, la population d'enquête est composée de deux (02) sortes de populations à savoir :

- une population cible primaire composée des chefs de ménages indigents identifiés lors de la première phase de l'enquête dans la commune de Glazoué.
- les acteurs du système de santé : niveau central (le Directeur National de la Santé Publique, le Chef Service d'Appui Protection Sociale et Solidarité) ; au niveau intermédiaire (le Directeur Départemental de Santé) ; niveau périphérique (le Coordonnateur de la zone sanitaire, le Médecin de commune), les responsables des différents centres retenus, les membres du COGEC/COGEA ou apparentés).

4.3.5 Echantillonnage

L'échantillon est l'ensemble des sujets auprès desquels nous avons collecté des informations pour obtenir des résultats au terme de l'enquête.

4.3.5.1 Méthode d'échantillonnage

Dans le cadre de la présente étude, nous avons utilisé une seule méthode pour déterminer l'échantillon au niveau des ménages indigents et des personnes ressources à la seconde étape. Il s'agit de l'échantillonnage non probabiliste.

4.3.5.2 Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Pour obtenir l'échantillon de la population cible primaire, nous avons procédé par choix raisonné. Pour ce faire, nous avons croisé d'une part les listes obtenues à l'issue de la première étape de l'étude. Le croisement a consisté à confronter toutes les listes obtenues à l'issue de la première étape et à ne retenir que les indigents dont les noms sont plus fréquents sur les listes. D'autre part, les noms retenus à l'issue de la première étape ont été croisés aux

listes obtenues dans les formations sanitaires et au Centre de Promotion Sociale (CPS) de la commune. Les chefs de ménages impliqués dans cette étude sont donc ceux issus de la synthèse faite des listes fournies par les personnes ressources et celles obtenues au niveau des formations sanitaires et CPS. Cela nous a permis de fixer l'échantillon de la population cible primaire. La taille de l'échantillon de la population cible primaire s'élève à 250 sujets.

Quant au choix des personnes ressources ici, nous avons enquêté le Directeur de la Protection Sanitaire, le Chef Service d'Appui Protection Sociale et Solidarité ; le Directeur Départemental de Santé Publique ; le Coordonnateur responsable de la zone sanitaire, le Médecin responsable de commune, les responsables des différents centres retenus, les membres du COGEC/COGEA et la Responsable CPS. L'échantillon au niveau de la population cible secondaire s'élève ainsi à dix neuf (19).

4.3.5.3 Choix des ménages par village

Le choix des chefs de ménages indigents est fait en tenant compte de ceux retenus sur la liste synthèse issue du croisement des listes.

4.3.5.4 Techniques et outils de collecte de données

Pour collecter les données sur la situation des indigents malades dans la commune de Glazoué, nous avons eu recours à des techniques comme l'enquête par questionnaire concernant les indigents, l'enquête par entretien pour les cibles secondaires et l'observation pour le lieu d'habitation des indigents. Pour ces techniques, nous avons respectivement utilisé comme outils le questionnaire, le guide d'entretien et la grille d'observation.

4.3.5.5 Considérations éthiques

Tous les enquêtés ont été retenus sur la base de leur approbation verbale et d'un consentement éclairé. Il s'agit d'un consentement à l'issue d'une explication sur les tenants et aboutissants de cette étude et de l'intérêt qu'ils ont en collaborant sincèrement à son succès. C'est aussi après leur avoir garanti l'anonymat et la confidentialité.

4.4 Les variables

4.4.1 Variable dépendante

- Prise en charge socio-sanitaire des indigents malades.

4.4.2 Variables indépendantes

- Identification des indigents ;
- Organisation des services de prise en charge socio-sanitaire des indigents malades ;
- Financement des soins des indigents malades ;
- Satisfaction des indigents malades.

Aspects opérationnels des variables

Les éléments d'identification des indigents ont été déterminés après une pré – enquête sur l'appréciation que les communautés ont faite.

Tableau III : Modalités de la variable Identification des indigents malades dans la commune de Glazoué

Modalités	Composantes
Caractéristiques sociales, culturelles et économiques	
<i>Sources potentielles de revenu :</i>	- activités génératrices de revenu - activités génératrices de revenu
<i>Repas :</i>	
Nombre	-trois repas par jour et plus - deux repas par jour - moins de deux repas par jour
Composition	- céréales + tubercules+ protéines - céréales +/- protéines +/- tubercules - céréales ou tubercules

Source : Bouraima

Tableau III : Modalités de la variable Identification des indigents malades dans la commune de Glazoué (suite)

Habillement

- existence de tenue de fête/ cérémonie

Caractéristiques physiques

Etat de santé

- bon état de santé
- mauvais état de santé

Type d'habitation

- matériaux définitifs
- banco
- paillote

Etat de délabrement du logis

- délabré
- non délabré

Type de recours aux soins

- médecine moderne
 - guérisseurs
 - automédication moderne
 - automédication traditionnelle.
-

Source : Bouraima

La variable organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades est décomposée en plusieurs modalités dont les critères d'appréciation figurent au tableau IV.

- Pour tout ce qui est existence d'un cadre juridique d'un règlement intérieur, soit les textes existent et sont connus des membres (côté à 1), soit les textes n'existent pas (côté à 0).
- Réunion pour parler du problème des indigents avec procès verbal de réunion (côté à 2), sans procès verbal de réunion (côté à 1) aucune allusion (côté à 0).
- Critères d'indigence établis et appliqués (côté à 2), établis et ne sont pas appliqués (côté à 1), n'existent pas (côté à 0).
- Proposition du budget réservé pour les indigents : supérieur à 5% (côté à 2), entre 5 et 2% (côté à 1), inférieur à 2% (côté à 0).
- Interventions (COGEC/COGEA) pour tous les cas d'indigents consultés (côtés à 1), aucune intervention (côté à 0).
- Détection des cas : avant la maladie (côté à 2), pendant la maladie (côté à 1), aucun cas détecté (côté à 0).
- Type de soins offerts : assurer le traitement complet (côté à 2), assurer les premiers soins uniquement (côté à 1), prescrire les médicaments (côté à 0).
- Mode d'Identification : connu et établi (côté à 2), informel (côté à 1), inexistant (côté à 0).

Pour les modalités où les réponses sont Oui (côté à 1), et Non (côté à 0).

Tableau IV : Modalités et scores de l'organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigentsmalades dans la commune de Glazoué

Modalités	Scores
COGEC/COGEA	
- Existence juridique du COGEC/COGEA ou autre	2
- Règlement intérieur du COGEC/COGEA ou apparenté	2
- Fonctionnel	
. réunion pour discuter du problème des indigents avec PV	2
. critères d'indigence établis et sont appliqués	2
. existence d'un fond d'indigence/ budget réservé pour les indigents	1
. proportion du budget réservé pour les indigents	2
. interventions	1

Source : Bouraima

Tableau IV : Modalités et scores de l'organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades dans la commune de Glazoué (suite)

Organe d'identification communautaire	
- Cadre juridique	2
- Critères d'indigence	1
- Détection des cas	2
- Interventions	2
. délivrance de carte d'indigence	1
. informer d'aller en consultation en cas de maladie	1
Au niveau des formations sanitaires	
Responsables des formations sanitaires	
- Directives de prise en charge établies et diffusées	1
- Fonds d'indigence	
. existence	1
. utilisation	1
- Interventions en faveur des indigents malades	1
- Proportion du budget réservé pour les indigents	2
Personnel de santé	
- Note d'information à la prise en charge des indigents par l'autorité compétente	1
- Types de soins offerts	2
- Connaissance du crédit alloué par l'Etat pour la prise en charge des indigents	1
- Mode d'identification connu, établi	2
- Consignation des cas	1
- Suivi des soins assurés	1
- Référence vers le service des affaires sociales	1
Total	0 à 35

Source : Bouraima

Critères d'appréciation de la variable : Organisation de la prise en charge socio sanitaire des indigents malades : le score maximal des modalités est de 35.

De 21 à 35 : Satisfaisant

De 11 à 20 : Peu satisfaisant

De 0 à 10 : Non satisfaisant

Tableau V : Modalités et scores des sources de financement des soins des indigents dans la commune de Glazoué.

Modalités	Scores
Sources et financement	
- Etat et Organisations internationales	3
- Etat et ONG ou Organisations caritatives	3
- ONG et Organisations caritatives	2
- ONG ou Organisations internationales	2
- ONG ou Organisations caritatives	1
Modalités de paiement	
- exemption pour la consultation seulement	1
- exemption pour l'analyse	2
- exemption pour les médicaments	2
- exemptions pour les médicaments, analyses, consultation	3
Total 2 à 6	

Source : Bouraima

Critères d'appréciation de la variable : Financement des soins des indigents malades.

Le score maximal des modalités de cette variable est de 6 points. Il varie de 2 à 6 points.

De 4 à 6 : Satisfaisant

De 2 à 3 : Non satisfaisant

Tableau VI : Modalités et scores de la satisfaction des indigents malades dans la commune de Glazoué.

Modalités	Scores
Par rapport à l'accueil :	
Proportion des indigents satisfaits par rapport à l'accueil est :	
80%	3
50 – 80%	2
< 50%	1
Par rapport à l'organisation des soins :	
Proportion des indigents satisfaits par rapport à la perception de la qualité des soins est :	
80%	3
50 – 80%	2
< 50%	1
Par rapport à l'efficacité des soins :	
Proportion des indigents satisfaits par rapport à l'efficacité des soins est :	
80%	3
50 – 80%	2
< 50%	1
Par rapport aux coûts directs et indirects :	
Proportion des indigents satisfaits par rapport aux coûts partagés est :	
80%	3
50 – 80%	2
< 50%	1
TOTAL	5 à 15

Source : Bouraima

Critères d'appréciation de la variable satisfaction des indigents malades.

Le score maximal est de 15 points. Il varie de 5 à 15.

De 12 à 15 : Satisfaisant

De 8 à 11 : Peu satisfaisant

De 7 à 5 : Non satisfaisant

Accessibilité culturelle

◆ Existence de tabous et coutumes

80 à 100 % des indigents estiment qu'il n'y a pas d'interdictions, de tabous, ni de coutumes qui les empêchent d'aller se faire soigner dans un centre de santé ; le score égale 3.

50 à 80 % des indigents estiment qu'il n'y a pas d'interdictions, de tabous, ni de coutumes qui les empêchent d'aller se faire soigner dans un centre de santé ; le score égale 2.

Moins de 50 % des indigents estiment qu'il n'y a pas d'interdictions, de tabous, ni de coutumes qui les empêchent d'aller se faire soigner dans un centre de santé ; le score égale 1.

◆ Interdiction religieuse

80 à 100 % des indigents estiment qu'il n'y a pas d'interdictions religieuses qui les empêchent d'aller se faire soigner au centre de santé ; le score égal 3.

50 à 80% des indigents estiment qu'il n'y a pas d'interdictions religieuses qui les empêchent d'aller se faire soigner au centre de santé ; le score égal 2.

Moins de 50% des indigents estiment qu'il n'y a pas d'interdictions religieuses qui les empêchent d'aller se faire soigner au centre de santé ; le score égal 1.

Tableau VII : Répartition des scores et critères en fonction des modalités de la variable accessibilité culturelle

Modalités	Score maximum	Critère d'appréciation
Existence de tabous et coutumes	3	[5 ; 6] Bon
Interdictions religieuses	3	[3 ; 4] Acceptable
		2 Mauvais
Total	6	

Source : Bouraima

4.5 Traitement et analyse des données

Nous avons combiné les approches quantitatives (habituelles en épidémiologie et en santé publique) et les approches qualitatives (relevant de la socio-anthropologie).

En effet, l'approche quantitative est appliquée au questionnaire qui a été conçu à l'endroit des indigents malades. Il leur a été administré sous la forme d'un entretien étant donné que l'étude avait pour cadre un milieu rural. Il comporte des questions à choix multiples et aussi des questions fermées. Nous avons formulé ces questions en tenant compte des objectifs que nous nous sommes fixés dans le cadre de ce travail. L'élaboration du questionnaire et l'utilisation de la méthode des scores nous ont permis de quantifier les variables liées à la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades. Les variables sont décomposées en plusieurs modalités avec des critères d'appréciation. Ensuite, les données ont été saisies à l'outil informatique après codification et vérification. EPI INFO version 6 est le logiciel utilisé.

Quant à l'approche qualitative, nous avons utilisé le guide d'entretien pour recueillir des données auprès des acteurs du système de santé (le Directeur Nationale de la Santé Publique, le Chef Service d'Appui Protection Social et Solidarité, le Directeur Départemental de Santé, le Coordonnateur de la zone sanitaire, le Médecin de commune, les responsables des différents centres retenus, les membres du COGEC/COGEA) et la Responsable CPS. Ces données ont fait l'objet d'un traitement et d'une analyse minutieuse. Le traitement a consisté à la transcription des discours issus des différents entretiens. La transcription s'est faite sur la

base des questions contenues dans les guides d'entretien et en référence à la problématique et aux hypothèses de recherche. Cette technique est inspirée de l'ouvrage « l'enquête et ses méthodes, l'entretien » de Blanchet & Gotman (1992). En outre, les théories organisationnelles de Crozier & Friedberg (1977) nous ont servi d'appui pour les commentaires et la discussion

Pré-test

Une pré-enquête a été réalisée à Ayédoro dans la commune de Dassa-Zoumè parce que présentant les mêmes aspects socioculturels. Les résultats obtenus ont permis d'améliorer les outils de collecte des données.

Déroulement de l'enquête

Cinq enquêteurs ont été recrutés et formés.

L'enquête s'est déroulée du 14 au 28 Février 2011, en deux phases :

- La première phase a servi à l'identification des indigents, selon les critères d'inclusion, propres aux membres de la communauté : auprès des leaders d'opinion, des chefs religieux, responsables administratifs. Elle a été réalisée par entretien individuel suivi d'une séance de validation de la liste des indigents.
- La deuxième phase de l'enquête est menée auprès des indigents, du personnel de santé, des directeurs des structures de santé et des affaires sociales. Elle a été réalisée à travers les techniques d'entretien par questionnaire auto administré pour les responsables et le personnel de santé, et entretien individuel avec les responsables centraux de zone.

4.6 Difficultés et limites de l'étude

Les difficultés concernent la disponibilité des personnes ressources pour l'identification des indigents, et la définition même du concept. Il faut être très vigilant pour le choix des indigents car ce n'est pas facile avec certains cas de pauvreté. Les déclarations de certains indigents semblent diverger de celles recueillies auprès des personnes ressources. D'autres part, il n'est pas facile à tous les enquêtés de répondre à toutes les questions.

La norme APA a été utilisée comme style de référence.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES

Chapitre 5 : Les résultats

Nous présenterons les résultats par objectif spécifique

Tableau VIII : Caractéristiques démographiques des indigents dans la commune de Glazoué

Caractéristiques démographiques	Effectifs	Pourcentages
Age		
21 à 33ans	23	9,2%
34 à 46 ans	51	20,4%
47 à 59 ans	59	23,6%
60 ans et plus	117	46,8%
Total	250	100%
Sexe		
Masculin	173	69,2%
Féminin	77	30,8%
Total	250	100%
Etat matrimonial		
Marié (e)	85	34%
Veuf (ve)	79	31,6%
Célibataire	65	26%
Divorcé (e)	21	8,4%
Total	250	100%

Tableau VIII : Caractéristiques démographiques des indigents dans la commune de Glazoué (suite)

Nombre d'enfants		
0-4	176	70,4
5-6	51	20,4
6 et plus	23	9,2
Total	250	100%

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Ce tableau rapporte que 46,8% des indigents enquêtés ont 60 ans et plus ; que 69,2 sont de sexe masculin ; 34% sont mariés ; 31,6% sont veufs (ves) et que 70,4% ont entre 0 et 4 enfants.

Tableau IX : Répartition des indigents selon les caractéristiques socio culturelles dans la commune de Glazoué

Caractéristiques socio culturelles	Effectifs	Pourcentages
Religion		
Catholique	86	34,4%
Musulman	21	8,4%
Animiste	117	46,8%
Protestant	26	10,4%
Total	250	100%
Niveau d'instruction		
Scolarisé - niveau primaire	47	18,8%
- niveau secondaire	4	1,6%

Non scolarisé - alphabétisé	6	2,4%
- non alphabétisé	193	77,2%
Total	250	100%

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Ce tableau montre que les animistes représentent 46,8% des enquêtés ; que 77,2% des enquêtés sont analphabètes.

5.1 Identification des indigents

5.1.1 Caractéristiques socio culturelles et économiques

Nous avons repris sous forme de tableau les critères utilisés par les communautés pour identifier les indigents. Nous avons jugé bon les critères rapportés par soixante quinze pour cent de personnes ressources et plus.

Tableau X : Répartition des critères utilisés par les communautés pour identifier les indigents dans la commune de Glazoué

Critères d'indigents

Quelqu'un qui n'a rien à manger

Quelqu'un qui ne porte que des habits usés

Quelqu'un qui n'a hérité de terrain

Quelqu'un qui ne dort pas dans un endroit décent

Quelqu'un qui n'a personne pour s'occuper de lui

Personne âgée qui n'a pas d'enfants

Personne âgée abandonnée par ses enfants

Veuf (ve)

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Tableau XI : Caractéristiques socio culturelles et économiques des indigents dans la commune de Glazoué

Caractéristiques socio culturelles et économiques	Effectifs	Pourcentages
Source potentielle de revenus		
- Activité rémunérateur	0	0%
- Petit métier peu rémunéré	36	14,4%
- Aucune activité	214	85,6%
Total	250	100%
Repas		
Nombre		
- Trois repas et plus	45	18%
- Deux repas	196	78,4%
- Moins de deux repas	9	3,6%
Total	250	100%
Tenue de fête ou de cérémonie		
- Oui	81	32,4%
- Non	169	67,6%
Total	250	100%

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Ce tableau montre que 85,6% des indigents n'exercent aucune activité ; que 78,4% ont deux repas par jour ; que 67,6% ne possèdent pas de tenue de fête ou de cérémonie.

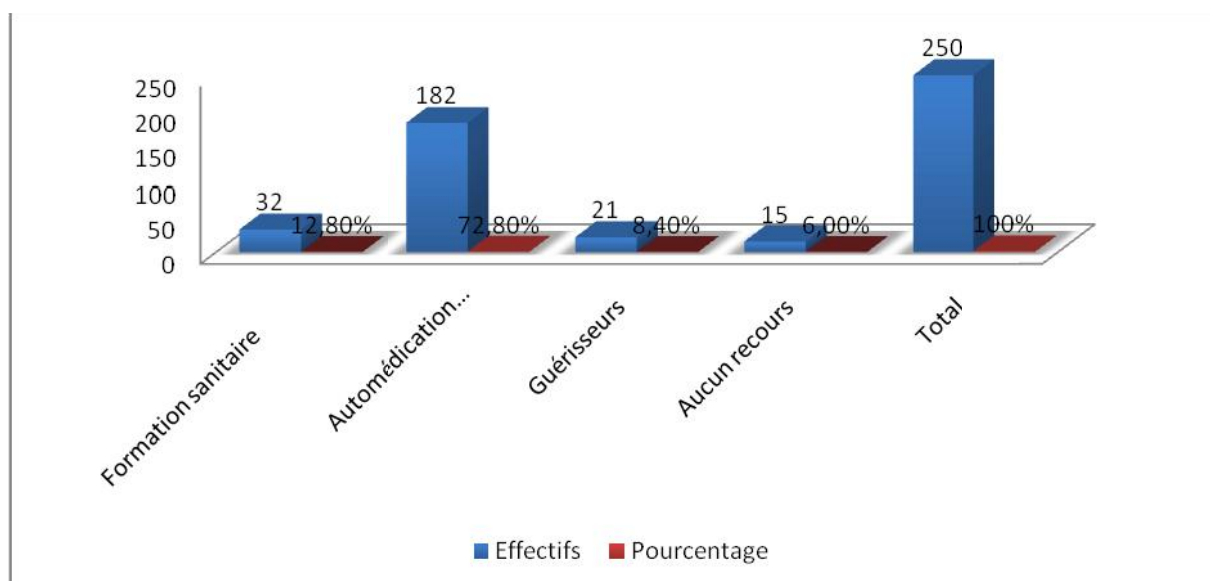
*5.1.2 Caractéristiques physiques***Tableau XII : Répartition des indigents selon les caractéristiques physiques dans la commune de Glazoué**

Modalités	Effectifs	Pourcentages
<i>Etat de santé</i>		
- bon état de santé	136	54,4%
- mauvais état de santé	114	45,6%
Total	250	100%
<i>Domicile</i>		
<i>Types d'habitation</i>		
- matériaux définitifs	91	36,4%
- Paillote	159	63,6%
Total	250	100%
<i>Etat du domicile</i>		
- délabré	199	79,6%
- non délabré	51	20,4%
Total	250	100%

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Ce tableau montre que le jour de l'enquête, 45,6% des indigents avaient un mauvais état de santé ; 63,6 des domiciles étaient constitués de paillote 79,6% d'entre eux étaient délabrés.

Répartition des indigents selon le type de recours aux soins



Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Ce graphique indique que 72,8 des indigents font recours à l'automédication.

5.2 Organisations de la prise en charge socio sanitaire des indigents malades

5.2.1 Organisations de la prise en charge au niveau de la communauté

5.2.1.1 COGEA / COGEC

Tableau XIII : Cotation de l'organisation de la prise en charge socio sanitaire des indigents malades au niveau des COGEC/COGEA dans la commune de Glazoué

Modalités	Formations sanitaires						
	Thio	Glazoué	Aklanpka	Sokponta	Ouèdèmè	FC	ONG
Existence juridique	2	2	2	2	2	0	0
Règlement intérieur	2	2	2	2	2	0	0
COGEC/COGEA fonctionnel	0	0	0	0	0	0	0
- réunion	0	0	0	0	0	2	2

- critères d'indigence	0	0	0	0	0	2	2
- fond d'indigence	0	0	0	0	0	0	0
- proportion budget	0	0	0	0	0	0	0
- interventions	0	0	0	0	0	2	2

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

FC = Formation Confessionnelle ONG = Organisation Non Gouvernementale

Les textes juridiques de création des COGEA/COGEC sont connus de tous les membres du comité de gestion. Aucun des enquêtés n'a été pris en compte par les COGEA/COGEC

5.2.1.2 Organe d'indentification Communautaire

Il n'existe aucun organe d'identification communautaire ; l'identification des indigents se fait individuellement et on peut en informer le chef de village ou bien les indigents viennent demander de l'aide alimentaire auprès du chef ou des autres membres de la communauté. Le score est de 0 partout

5.2.2 Organisations de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades au sein des formations sanitaires

5.2.2.1 Au niveau des responsables des formations sanitaires

Des directives de prise en charge socio-sanitaire n'ont été établies que dans les deux formations sanitaires confessionnelles et ONG, où elles sont effectivement mises en œuvre et où des interventions sont menées en faveur des indigents malades. Dans les formations sanitaires publiques par contre, il n'existe nulle part des directives (notes de services) pour la prise en charge des indigents.

5.2.2.2 Au niveau du personnel de santé

Tableau XIV : Cotation de l'organisation de la prise en charge socio sanitaire des indigents malades au niveau du personnel de santé dans la commune de Glazoué

Organisation	Formations sanitaires						
	Thio	Glazoué	Aklanpka	Sokponta	Ouèdèmè	FC	ONG
Note d'information	0	1	0	0	0	1	1
Type de soins offerts	0	2	0	0	0	2	1
Connaissance du crédit alloué par l'Etat	1	1	1	1	1	1	1
Mode d'identification	1	1	1	1	1	1	1
Consignation des cas	1	1	1	1	1	1	1
Assurer le suivi	0	0	0	0	0	0	0
Diriger vers les affaires sociales	1	1	1	1	1	1	1
Total	4	6	4	4	4	7	6

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

L'information de prendre en charge les indigents est passé dans trois (03) formations sanitaires : confessionnelle, ONG et une au niveau publique. Les premiers soins sont assurés de façon informelle dans les formations sanitaires publiques ; mais tous les soins sont pris en charge dans les formations sanitaires confessionnelle et ONG. Le mode d'identification est spontané dans toutes les formations sanitaires et tous les cas sont consignés dans le registre de consultation.

5.2.2.3 Cotation de l'organisation de la prise en charge socio sanitaire

Tableau XV : Organisations de la prise en charge des indigents dans la commune

Organisation	Effectifs	Formations sanitaires	Proportion
Satisfaisante	0	Aucune	0
Peu satisfaisante	1	Confessionnelle	1 sur 8
Non satisfaisante	7	ONG et les cinq (05) formations sanitaires publiques	7 sur 8

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

L'organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigents est peu satisfaisante dans la formation confessionnelle, et non satisfaisante dans cinq (05) formations sanitaires. Nous référent à la grille de notation, nous pouvons conclure qu'au niveau de la commune, l'organisation de la prise en charge socio-sanitaire des indigents est non satisfaisante.

5.3 Financement des soins des indigents malades

5.3.1 Sources de financement des soins des indigents malades

Nous allons ici montrer quelles sont les sources de financement des soins des indigents qui existent dans les différentes formations sanitaires

Tableau XVI : Sources de financement des soins des indigents malades dans les formations sanitaires

Modalités	Formations sanitaires						
	Thio	Glazoué	Aklanpa	Sokponta	Ouèdèmè	FC	ONG
Etat	2	2	2	2	2	0	0
Organisation religieuse	0	0	0	0	0	1	0
ONG	0	0	0	0	0	0	1
Total	2	2	2	2	2	1	1

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Les indigents malades qui sont admis dans les cinq (05) formations sanitaires publiques sont pris en charge par l'Etat, tandis que ceux qui sont admis dans les deux (02) formations sanitaires privées sont pris en charge par les partenaires sociaux (confession religieuse et ONG).

5.3.2 Modalités de paiement

Au terme de la prise en charge d'un indigent, la structure concernée constitue un dossier de remboursement qui est composé des pièces suivantes : certificat d'indigence (signé par le maire, ou le chef d'arrondissement, ou celui du quartier de ville ou de village), rapport médical du ou des médecins traitants, ordonnances médicales, factures (d'achat de médicaments, de consultations, d'examens médicaux, d'expertise médicale, d'hospitalisation, de soins, d'actes médicaux ou chirurgicaux), factures de transfert ou toute autre pièce en tenant lieu et états de paiement des frais d'alimentation (dans les structures ne servant pas de repas aux malades).

Après vérification recommandée des dites pièces par les acteurs concernés (médecin coordonateur, directeur du CHU/CHD, préfet du département délégué départemental du contrôleur financier et receveur des finances), l'exécution des dépenses sur le Fonds Sanitaires des Indigents intervient.

Tableau XVII : Modalités de paiement dans les formations sanitaires

Modalités	Effectifs	FS	Proportions
Exemption des frais de consultation	5	publiques	5 sur 7
Exemption des frais de consultations et de médicaments	2	FC et ONG	2 sur 7
Exemption des frais de consultation, d'analyse et de médicament	1	FC	1 sur 7

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

FS = Formation Sanitaire

Seule la formation sanitaire confessionnelle assure la totalité des soins aux indigents, suivie de l'ONG qui ne fait pas d'analyse dans son centre.

5.4 Satisfaction des indigents

5.4.1 Appréciation de la qualité des soins et de l'accueil

Tableau XIX : Répartition des indigents selon leur appréciation de la qualité des soins et de l'accueil.

Variables	Appréciations	Effectifs	%
Qualité des soins	Médiocre	183	73,20
	Passable	59	23,60
	Assez - bien	05	02,00
	Bien	03	01,20
	Total	250	100
Relation entre les agents de santé et les patients	Mauvaise	192	76,80
	Passable	54	21,60
	Bonne	04	01,60
	Total	250	100

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

Pour 73,20 % des indigents interrogés, ils pensent que la qualité des soins est mauvaise.

Selon 76,80 % des indigents interrogés, ils estiment que les relations entre les agents et les patients sont mauvaises.

5.4.2 Accessibilité culturelle et religieuse

Tableau XX : Répartition des indigents selon leur opinion sur les causes socio - culturelles

	Variables	Effectifs	%
Tabous et coutumes	Oui	78	31,2
	Non	172	68,8
	Total	250	100
Interdictions religieuses	Oui	0	0
	Non	250	100
	Total	150	100

Sources : Bouraima Z., données terrain février 2011

68,8 % des indigents interrogés ont estimé qu'il n'y a pas de tabous ni de coutumes qui les empêchent d'aller se faire soigner dans un centre de santé.

100 % des indigents interrogés ont estimé qu'il n'y a pas de raisons religieuses qui les empêchent d'aller se faire soigner dans un centre de santé.

Chapitre 6 : Analyse et comparaison des résultats

L'analyse des données obtenues à la fin de notre étude s'articule autour des points suivants : l'organisation de la prise en charge socio sanitaire des indigents, les obstacles socioculturels et les perceptions que les indigents ont des soins qui leur sont offerts. Le premier point correspond aux analyses systématique et stratégique. Alors que les deux derniers correspondent à l'analyse environnementale.

6.1 De l'organisation de la prise en charge socio sanitaire des indigents malade

l'identification des indigents

La détermination du statut de l'indigent et son accès aux prestations est variable et dépend des institutions. R. Médah (2007) constate que dans les services sanitaires, la prise en charge des indigents se fait au cas par cas, selon la sensibilité du soignant face à l'urgence sanitaire et à défaut de pouvoir établir une preuve irréfutable du statut de la personne secourue. Pour les agents de santé, est considéré comme indigent, un malade (non accompagné ou accompagné) qui ne peut faire face aux ordonnances qui lui sont délivrées. Lorsqu'un tel malade se présente dans un centre de santé, au lieu de lui donner les soins le plus rapidement possible, on prend le temps d'observer s'il arrive à payer les ordonnances avant de prendre la décision de le considérer comme indigent et le soigner gratuitement. Lorsque le malade est en situation d'urgence, c'est la solution que nous avons indiquée plus haut qui est appliquée, s'il est accompagné. Cette procédure a des inconvénients : le malade n'est pas vite traité, les responsabilités sont détournées et la méthode est partiellement efficace. Cette identification « personnalisée » de l'indigent peut également entraîner des laissés pour compte.

Dans notre étude, bien que l'âge n'ait pas été cité comme seul critère d'indigence, nous remarquons que près de la moitié soit 46,8% des indigents ont 60ans et plus. Le document de base pour la consultation régionale sur la pauvreté et la santé (OMS/AFRO, 1988), révélait que parmi les pauvres en Afrique, l'on compte les personnes âgées. Dans *Note sur la pauvreté au Bénin* (Banque Mondiale, 2003), il ressort que les personnes âgées faisaient partie des extrêmement pauvres. Elles n'ont pas accumulé des avoirs suffisants et dépendent de leurs enfants pour leur survie. Si les enfants meurent ou émigrent la misère sera presque inévitable. Une étude sur l'évaluation de la prise en charge médicale des indigents malades dans la zone sanitaire de Ouidah (Djoffon, 2004), montre que 63,9% sont des personnes âgées.

Nous avons abouti aux mêmes conclusions que l'OMS, la Banque Mondiale et Djoffon bien que nous n'ayions pas utilisé le même type de questionnaire. Nous pouvons ainsi dire que parmi les critères d'identification des indigents l'âge en est un.

Les résultats issus de notre enquête indiquent que (69,2%) des personnes indigentes sont représentées par les femmes. Il est dit dans *Note sur la pauvreté au Bénin*, que les femmes étaient plus vulnérables à la pauvreté. Une recherche de mémoire portant sur l'identification des indigents (Achadé, 2007), effectuée dans la commune de Savè était parvenue à des résultats similaires car 64% des chefs de ménage enquêtés étaient des femmes. Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. Il s'agit entre autres, selon Ouendo (2003), de la restriction de mouvement, l'impuissance, l'isolement, l'abandon, la vulnérabilité, l'exposition aux risques. Mais l'étude de Djoffon (2004) a abouti à un résultat contraire. En effet, son étude a montré que seuls (28,1%) des indigents sont représentés par les femmes. Ce qui nous amène à dire que le genre des indigents n'est pas un facteur dominant dans le choix du type de traitement.

Dans la présente étude, la majorité des indigents (77,2%) ne sont ni alphabétisés ni scolarisés. L'étude réalisée par Djoffon (2004) a obtenue des résultats semblables. Dans *Note sur la pauvreté au Bénin* (Banque Mondiale, 2003), l'analphabétisme des adultes estimés à 64% est plus élevé chez les habitants du monde rural. Rappelons que la commune de Glazoué est à caractère rural. Le taux paraît élevé dans notre échantillon parce que l'enquête n'a pas la même cible. Si dans *Note sur la pauvreté au Bénin*, la cible était la population tout entière, dans la notre, la cible est les indigents, la couche la plus défavorisée et vulnérable de la population.

En ce qui concerne le profil des indigents au Bénin, dans une communication, TingbéAzalou A. énonce les points suivants comme déterminants des indigents : l'inégalité, la vulnérabilité et l'exclusion.

La méthode que nous avons utilisée pour identifier les chefs de ménages indigents nous a permis de minimiser les marges d'erreurs car les personnes ressources y ont joué un rôle déterminant, étant donné qu'ils sont proches des indigents et maîtrisent mieux les difficultés que ces derniers rencontrent au quotidien. Cette méthode a été utilisée par Ouendo(2005) dans ces travaux de thèse pour identifier les indigents et élaborer un outil d'identification. Cela permet d'éviter au maximum des erreurs et d'atteindre les vrais indigents.

Gwtkin D. R. cité par Achadé (2007) évoque le problème du développement par le bas et de besoins fondamentaux des pauvres. Il propose que les actions directes soient menées en direction des pauvres. Il s'agit bien sûr d'un ciblage direct des indigents. Il ajoute qu' « on s'est intéressé à la santé dans le contexte de la pauvreté que dans la mesure où il s'agissait d'assurer des services de santé à ceux que les critères de revenus ou de dépense classaient parmi les pauvres.

Prise en charge médicale

Les résultats de notre étude montrent que le mécanisme mis en place pour la prise en charge socio sanitaire dans les formations sanitaires de la commune de Glazoué connaît beaucoup de failles pour ne pas dire que dans la pratique qu'il n'existe pas. Au sein de la communauté également, il n'existe aucun mécanisme mis en place permettant une prise en charge socio sanitaire des indigents malades.

Une étude commanditée par le Ministère de la Santé en 2003 pour évaluer la mise en œuvre du fonds et pour proposer des mesures d'amélioration de son efficacité, n'a pas hésité à décrire une réalité inquiétante : « On note un grand vide en matière de structures et de modalités officielles de prise en charge sanitaire des indigents. A l'opposé, on est frappé par la réalité de la pauvreté et de l'indigence des populations et par l'intensité de la demande de prise en charge exprimée. La réalité est que cette forte demande de soins de santé par les indigents reste encore insatisfaite pour une bonne part...Toujours est-il qu'au niveau des structures de prise en charge des indigents, il y a de l'amertume, l'extériorisation d'une impression de fuite de responsabilité, d'abandon et de démission des pouvoirs publics, face à une responsabilité qui est d'abord la leur. Malgré la décision de l'Etat d'ouvrir une ligne budgétaire depuis peu pour s'occuper de la santé des indigents, la situation de la prise en charge des indigents n'a pas encore changé ». Dans un autre rapport d'étude commandité par l'UNICEF, il est noté que « sur tout le parcours des présentes investigations à l'intérieur du pays, l'occasion ne nous a pas été donnée de rencontrer un indigent qui ait bénéficié du fonds public d'appui destiné aux indigents...De même aucun des entretiens menés avec les acteurs de la prise en charge des indigents en périphérie et avec les indigents eux-mêmes n'a témoigné de l'utilisation effective du fonds à l'avantage des indigents... » (UNICEF 2010).

Des entretiens avec les responsables des formations sanitaires de la commune de Glazoué, il ressort que ces derniers considèrent que tous ceux qui fréquentent leurs centres sont des indigents parce qu'ils n'arrivent pas à s'acquitter des frais de soins. Ce type de

jugement est une des manifestations de l'absence de critères d'identification des indigents. Ouendo et al en arrivent à la conclusion que la plupart des agents de santé éprouvent des difficultés à déterminer les critères leur permettant d'accorder des exemptions et de décider d'une prise en charge des couches indigentes.

Les recherches documentaires ont permis de constater qu'aucune loi ou textes juridiques ne structure le fonctionnement de la prise en charge socio sanitaire malgré l'existence de données scientifiques dans le domaine. Ce constat est témoigné par un acteur qui affirmait qu' « aucun texte juridique ou loi ne régit le fonctionnement de la prise en charge des malades indigents. La prise en charge se fait de façon non formelle ». Ceci explique le manque de mécanismes appropriés pour la prise en charge des indigents. Ainsi, les marges de manœuvre ou zones d'incertitude deviennent plus grandes. Les agents de santé ne craignant aucune sanction pour un refus de prise en charge d'un indigent malade, par exemple, peuvent l'abandonner. Tout comme les différents acteurs de la prise en charge, des indigents malades peuvent se mettre en complicité pour faire bénéficier des parents proches non indigents.

Les politiques de santé en faveur de l'amélioration de l'accès des indigents aux soins de santé ne trouvent pas un écho favorable dans le système de santé au Bénin. Car une chose est de prévoir dans le budget annuel des fonds d'indigence, une autre est de mettre en place des mécanismes pour que les indigents soient ciblés et puissent bénéficier des bienfaits de cette volonté politique au sommet de l'Etat. D'une part, le mécanisme consiste à prendre en charge l'indigent malade arrivé au centre de santé par la sage-femme ou l'infirmier responsable qui saisie le comité d'identification. En effet, ce comité est chargé de diligenter une enquête sociale ; ceci permet de confirmer ou d'infirmer son état d'indigence. Ensuite, le comité d'identification transmet le rapport de l'enquête sociale à l'autorité communale ou son représentant pour la délivrance d'un certificat d'indigence. C'est à partir de cet instant que l'indigent malade est pris en charge. La procédure est la même au quatre (04) différents niveaux. D'autre part, l'utilisation du fonds sanitaire des indigents obéit aux règles de comptabilité publique. L'exécution des dépenses fait intervenir les acteurs tels que : le gestionnaire de crédits (médecin coordonateur de la zone sanitaire, directeur du CHU/CHD ou structure assimilée), l'ordonnateur secondaire (Préfet du département), le délégué départemental du contrôleur financier et le comptable (receveur des finances). Tout ceci ne facilite pas un fonctionnement efficace du mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents. A propos du mécanisme non formelle mis en place ; un acteur nous a confié que

« le mécanisme mis en place ne favorise pas une prise en charge satisfaisante des indigents malades parce que dans la pratique l'individu doit payer les frais de consultation avant que l'enquête sociale ne débute. Les médicaments essentiels ne sont souvent pas disponibles dans les centres de santé ». Cette affirmation nous amène à dire que c'est l'inexistence de textes juridiques (surtout contraignants) structurant l'activité qui conduisent à ces genres de dysfonctionnements. C'est donc clair qu'en l'absence de lois ou textes juridiques structurant le fonctionnement de prise en charge, il ne peut y avoir ni suivi ou évaluation objectif ni sanction (positive ou négative). Mieux, comment expliquer la non consommation totale du Fonds Sanitaire des Indigents pendant que certains acteurs (enquêtés) se plaignent de son insuffisance ? En effet, les taux de consommation étaient de 88,7 en 2007 et de 83,7 en 2008 (UNICEF 2010). Dès lors le népotisme, les surfacturations, les détournements, etc. sont les pratiques ou comportements observés dans l'utilisation du fonds sanitaire des indigents. Ouendo et al (2004) parviennent aux mêmes conclusions. En effet, ils estiment que malgré l'appui de l'Etat béninois à la prise en charge des soins de santé grâce aux fonds spéciaux à eux alloués, la stratégie consiste à doter les centres de santé en médicaments et matériels de première nécessité. Mais les difficultés d'identification des indigents et l'esprit de lucre fort présent, ont transformé ces dotations en renfort des stocks habituels ou d'entretien du clientélisme. En outre, une étude menée dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest par l'équipe de Jaffré et Olivier de Sardan (2001) a mis en évidence les dysfonctionnements des systèmes de soins du point de vue des comportements des personnels de santé, des structures de santé, la corruption qui s'est installée dans le système de santé, au Bénin comme dans la plupart des pays de la sous région ouest africaine.

Dans notre étude, la question des indigents n'est soulevée aux réunions de comité que dans trois (03) formations sanitaires sur les sept (07) retenues dans la commune. Il est à noter que deux d'entre elles sont confessionnelles et d'ONG, une seulement (Glazoué centre) est publique. Lorsqu'on ne parle pas d'un problème, comment pourra-t-on chercher des solutions pour sa résolution ?

Note sur la pauvreté au Bénin (2003) juge que malgré les recommandations de l'Initiative de Bamako, les comités n'ont aucun incitatif pour réellement procurer des soins aux pauvres de la communauté. Les cas examinés par les comités sont souvent traités de façon informelle, laissant toute latitude au favoritisme ou à l'injustice. Ceci explique le fait que dans le système public, on ne fasse pas cas des indigents.

Nous pensons être arrivé aux mêmes constats que *Note sur la pauvreté au Bénin* puisque dans l'un ou l'autre des cas, les membres du COGEC/COGEA n'interviennent pas dans la prise en charge médicale des indigents malades dans les formations sanitaires publiques.

Dans « Que fait Médecin Sans Frontière » Chine, la prise en charge par Médecins Sans Frontière des indigents a permis d'améliorer leur accès aux soins de santé. Elle a également permis de recouvrer la confiance de la population dans les structures locales en Chine. Au Cambodge, Médecins du Monde a permis la prise en charge des malades sidéens qui sont eux aussi indigents pour la plupart. Nous pensons que cette initiative serait la bienvenue car la présence d'une telle structure soulagerait les indigents de nos contrées.

Par ailleurs, Moutel, (2009) disait que les consultations de précarité ont été installées à Paris dès 1993 pour permettre aux personnes démunies d'accéder aux soins, la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, la généralisation de la CMU (Couverture Maladie Universelle) et la redéfinition des dispositifs d'aide médicale permettent de simplifier l'accès aux soins pour les personnes en difficulté.

Mais Kessou (2003) propose plutôt d'éviter le recrutement des indigents car on risquerait d'en recruter des faux, d'éviter également la politique de la délivrance de certificat d'indigence et préférer le recrutement sur le fait. Cette opinion est renforcée par le constat fait dans *Soins de santé au Maroc* où le problème de trafic de carte d'indigents s'est posé.

Les personnes démunies ne sont pas toujours bénéficiaires du système, d'autre part, près de 80% des malades sont porteurs d'une telle carte. On risquerait de trouver tout le monde indigent. Kessou(2003) trouve que les personnes habilitées à identifier les indigents sont entre autres, les responsables d'église, les travailleurs sociaux, les enseignants.

Au niveau des responsables des formations sanitaires, les critères d'indigence n'ont été élaborés nulle part, cependant cela n'a pas empêché les deux formations sanitaires confessionnelles et ONG d'intervenir auprès des indigents à l'opposé des formations sanitaires publiques. De la Rocque (1996), fait remarquer qu'il est difficile au niveau des services de santé d'identifier les malades par rapport à ceux qui se présentent sans argent ou sont en exclusion temporaire

Ouendo et al (2003) ont trouvé que la plupart des formations sanitaires se sont comportées comme si les indigents n'existaient pas, et cette situation a eu pour conséquence l'abandon des indigents à leur sort. En d'autres termes, cela signifie qu'il n'existe aucune

organisation pour la prise en charge médicale des indigents malades comme nous l'avons constaté dans notre étude, et que la situation ne s'est guère améliorée pour les indigents depuis l'enquête de Ouendo et al.

Moutel et de Roodenbeke (2009) rappellent qu'en France où la crise économique et sociale a conduit à une augmentation du nombre de personnes exclues, il a fallu organiser des services adaptés pour les plus démunis avec les travailleurs sociaux.

6.2 Du financement des soins des indigents

Malgré les améliorations, l'envergure du fonds reste assez limitée par rapport au niveau de pauvreté et aux barrières financières d'accès aux soins.

Notre étude montre que les indigents éprouvent des difficultés financières pour se faire soigner. Nous sommes parvenu à des résultats semblables à celui de Ouendo (2003) où officiellement on n'exempte pas les indigents des frais de consultation. Un des responsables de santé que nous avons enquêté affirme que «... les fonds mis à notre disposition par l'Etat ne permettent pas de prendre en charge tous les indigents... ». Ainsi, pour la prise en charge des indigents, les structures sanitaires semblent intervenir de façon insignifiante laissant les indigents soit à eux-mêmes, soit à la charge de la communauté ou des structures de bienfaisance religieuses ou communautaires. Ouendo et al (2003) aussi ont trouvé que l'exemption n'était pas pratiquée dans les formations sanitaires publiques mais l'était dans les formations sanitaires confessionnelles ou ONG, et que ces dernières possèdent de meilleures mécanismes de protection qui leur permettent de faire face aux problèmes des démunis. Ceci est possible grâce à la souplesse de gestion de ces structures d'un point de vue financier, mais aussi grâce à l'intégration dans la population desservie qui leur permet de distinguer les « vrais » démunis des « faux ».

Au Yémen, le système d'exemption est prévu mais n'est pas fonctionnel car non seulement il y a rétention de l'information mais les responsables ont peur de se voir dérober par une foule de miséreux auxquels ils ne pourront rien offrir. Dans le même temps, au Hadramawt, un véritable réseau s'est organisé entre praticiens de la médecine, directeurs d'établissement, pharmaciens, généreux donateurs, associations caritatives et responsables de bureaux locaux d'administrations sociales, dans le but de permettre des exemptions aux démunis. Les donateurs sont souvent des riches qui se trouvent à l'extérieur.

L'aide à laquelle on devrait s'attendre aussi, surtout pour les indigents, est celle des comités de gestion des formations sanitaires. Les résultats de notre étude montrent qu'il

n'existe aucune aide de la part des COGES. Ces résultats sont aussi semblables à ceux de Ouendo et al (2004) qui ont trouvé que la participation des COGEC dans la prise en charge socio sanitaire des indigents malades est très faible (0,8%). Pourtant, l'Initiative de Bamako (1987) incite les Etats à promouvoir des politiques sanitaires qui protègent les vulnérables et les indigents. Il faut assurer la gratuité des médicaments ou accorder des subventions.

Malgré les efforts déployés par l'Etat béninois à travers la mise en œuvre des Stratégies de Réduction de la Pauvreté (SRP) 2003 et 2007, l'octroi des microcrédits aux plus pauvres, la paupérisation demeure. Ce constat peut s'expliquer par la dégradation du cadre macroéconomique qui était de 3,3% en 2006 (DSRP, 2007) et qui est passé à 2,9% en 2010 (Ministère du Développement, 2011). Par ailleurs, les 90% des ressources nationales sont concentrées dans les mains de 10% de la population. Tandis que les 10% des ressources nationales sont partagées par les 90% de la population (cours d'économie politique, 2005). Une analyse de cet état de chose nous permet de dire que : quand on est riche l'on a de la chance à accroître sa richesse ; alors que quand on est pauvre l'on s'enfonce facilement dans la misère.

6.3 De la satisfaction des soins offerts aux indigents dans les formations sanitaires

Notre étude révèle que la quasi- totalité des indigents malades se sent exclue du système de santé pour des raisons de non satisfaction des services de santé à eux offerts. Ainsi, les conséquences directes qui découlent de cette insatisfaction sont l'automédication modernes, traditionnelles, la fréquentation des guérisseurs traditionnels. Le désespoir trop poussé fait que certains ne font aucun recours. Ouendo et al (2005) ont montré que deux phénomènes pourraient expliquer l'utilisation de l'automédication moderne et traditionnelle comme premier recours au Bénin. D'une part, les habitudes de recettes traditionnelles et la prolifération des vendeurs et prescripteurs ambulants de médicaments "modernes" dans toutes les contrées du Bénin. Pour Kpatchavi (2005), les vendeurs de médicament offrent des conditions d'accès adaptées aux besoins des populations : proximité, accessibilité et possibilité d'achat des produits à crédit. D'autre part, les conséquences d'un système public de santé qui perd progressivement sa crédibilité à cause des longues attentes, mauvais accueil, rançonnement, clientélisme, etc.

Par ailleurs, nous avons les pressions sociales et culturelles. La pesanteur socioculturelle est un facteur non négligeable. Le recours par le malade à un type de traitement est lié à la perception ou à la représentation sociale qui est faite de cette maladie. Au Bénin, chez les Fon

de Tègon et les Waci de Kpovidji (Kpatchavi 2005), les représentations populaires évoquent une série de maladies qui sont considérées comme "anti-injection". C'est le cas par exemple de l'ictère, de la variole, de la rougeole, etc. Beaucoup pensent que, lorsqu'à la suite d'une erreur de diagnostic, un malade souffrant de ces maladies reçoit une injection, il s'expose ainsi à la mort.

Ainsi, les raisons ci-dessus évoquées peuvent expliquer la non fréquentation des centres de santé et le recours à l'automédication traditionnelle.

CONCLUSION

Les options prises par les pouvoirs publics tant au plan économique, politique et social ont eu un impact considérable sur le secteur de la santé en général et celui de la prise en charge socio sanitaire des indigents malades en particulier. L'arrêté n° 1928/MC/CC/SGFS du 30 Août 1993 portant approbation du règlement intérieur des Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS) a été déterminant et a permis de jeter les bases d'une politique nationale de prise en charge socio sanitaire des indigents malades.

Toutefois, cette politique a souffert et souffre énormément du fait de l'imbrication de plusieurs facteurs qui mettent crûment à nu ses insuffisances et ses faiblesses lors de son application. En effet, notre travail a porté sur l'analyse de la mise en œuvre de la politique de prise en charge socio sanitaire des indigents malades de Glazoué. Pour cela, nous avons formulé trois hypothèses qui ont été testées par le biais d'une enquête de terrain. De l'analyse des différentes données obtenues, il ressort que :

- ✓ il y a absence de critères d'identification des indigents et l'indisponibilité de ressources. Autrement dit, les mécanismes actuels mise en place ne permettent pas d'atteindre ou de couvrir la grande majorité des indigents de la commune de Glazoué ;
- ✓ il existe un grand vide en matière de structures et de modalités officielles de prise en charge sanitaire des indigents. Ce qui, du coup a influé négativement sur l'organisation que ce soit au niveau de la communauté ou encore au niveau des formations sanitaires se traduisant par une mauvaise prise en charge des problèmes de santé des indigents malades. Par ailleurs, les problèmes éthiques dus à l'inapplication de la déontologie médicale tels que : le mauvais accueil, l'affairisme, les détournements, le clientélisme,... contribuent à l'accès difficile des indigents aux soins et services de santé.
- ✓ il existe d'une part de barrières financières qui empêchent les indigents d'avoir un accès facile aux soins. En effet, les subventions envoyées au niveau des formations sanitaires publiques servent plus au fonctionnement de ces formations qu'à la prise en charge effective des indigents malades. D'autre part, les pesanteurs socioculturelles ont été des barrières à l'accès des indigents aux soins et services de santé.

Ces différentes hypothèses confirmées à l'échelle de notre aire d'étude, c'est-à-dire la commune de Glazoué, peuvent si l'on se permet certaines extrapolations, être valables pour l'ensemble des communes voire l'ensemble du pays. Il faut néanmoins rappeler que notre

travail n'est qu'une étude de cas réalisé dans un cadre assez limité et en cela, elle ne vise pas une telle ambition.

En vue de cerner tous les facteurs limitants d'un meilleur accès aux soins et services de santé des indigents, les réflexions suivantes sont nécessaires : dans un système où tout le monde est pauvre comment savoir identifier les vrais indigents ? Quelle est leur itinéraire thérapeutique en cas de maladie ? Sont-ils évacués en cas de nécessité ?

Plus loin, les conclusions de notre étude suscitent en nous le questionnement suivant : les politiques et programmes d'exemption des paiements directs des soins au Bénin pour ce qui concerne la césarienne, le traitement du paludisme pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq (05) ans connaissent-ils les mêmes dysfonctionnements que celle des indigents malades ? Voici autant de questions qui nécessitent des réflexions.

,

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aboudou B. I. (2004). *Cours d'initiation à l'économie politique*. INJEPS, Université d'Abomey-Calavi.
2. Achadé, N. (2007). *Identification des indigents malades dans la commune de Savè*. Mémoire pour l'obtention de la maîtrise en Développement Communautaire. Département des Sciences et Technique des Activités Socio-Educatives (STASE). INJEPS, Porto-Novo, 63p.
3. Banque Mondiale. (2003). *Note sur la pauvreté au Bénin*, CEDA, Cotonou, 179 p.
4. Banque Mondiale. (2000). *Rapport sur le développement dans le monde 2000 – 2001 : combattre la pauvreté*. BM, Washington.
5. Banque mondiale (2008). *Société financière internationale. Investir dans la santé en Afrique. Le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations*. Washington : Cité par Valéry Ridde dans cahiers santé vol. 19, n°2, avril-mai-juin 2009, pp 101 à 106.
6. Bouraima, Z. (2007). *Etude de la couverture sanitaire en milieu rural : cas de la commune de Glazoué*. Mémoire pour l'obtention de la maîtrise en Développement Communautaire. Département des Sciences et Technique des Activités Socio-Educatives (STASE).INJEPS, Porto-Novo, 153p.
7. Bureau International du Travail. (2002). *Protection sociale, dépenses et performances, évolution des indicateurs sociaux 1990-2000*, Bénin.
8. *Cambodge : historique et priorité au VIH* [En ligne] Disponible sur <http://www.Médecins.org> (page consultée le 03 Septembre 2010).
9. Collins, C. (1994). *Management and Organization of Developing Health Systems*, Oxford, Oxford University Press.
10. Commission Nationale pour le développement et la lutte contre la pauvreté (2002) *Document de Stratégie de réduction de la pauvreté au Bénin 2003 – 2005*. Cotonou
11. Coulibaly, A. (2000). *Etude du fonctionnement de la mutuelle de santé pour tous (MUSANT) : deux ans après sa mise en service à Cotonou*. IRSP Cotonou, 71 p.

12. *Cours de la Banque Mondiale sur "Combattre la pauvreté"* ; [En ligne] Disponible sur <http://www.worldbank.org> (page consultée le 03 Septembre 2010).
13. Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil, 500p.
14. Deschamps, J.-P. (2000). *Les enjeux de santé publique dans le pays en voie de développement*. Médecine & Sciences, 16 : 1211-1217.
15. Desclaux, A. (1999). *Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso* », in *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala : 541-558.
16. Djoffon – Elitsa, O. (2004). *Evaluation de la prise en charge médicale des indigents malades dans la zone sanitaire de Ouidah – kpomassè – Tori – Bossito au Bénin*. IRSP, Cotonou, 69 p.
17. De la Rocque, M. (1996). *Équité et Exclusion des services de santé. De la recherche à l'action : l'expérience d'une ONG*. Cahiers Santé, 6 (6) : 341-344.
18. *Effets des politiques d'ajustement structurel sur la jouissance effective des droits de l'homme*, Doc.oof. C.D.H.N.U. 55^e session, Doc. NUE/CN.4/1999/50, [En ligne]. Disponible sur <http://www.er.uqam.ca>. (page consultée le 20 Août 2011).
19. Equipe CREDESA. (1990). *Enquête socio – économique de base au CREDESA* ; Cotonou, 96p.
20. Gilson, L. & al. (2000). *The Equity Impacts of Community Financing Activities in Three African Countries*. International Journal of Health Planning and Management, 15: 291-317.
21. Haddad, S. & al. (2004). *Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso*, Santé, société et solidarité, 2 : 199-210.
22. *Histoire et évolution de la prise en charge des personnes en état de vulnérabilité*. [En ligne]. Disponibilité sur <http://www.ac-creteil.fr> (page consulté le 30 Août 2010).
23. Institut National de Statistique et de l'Analyse Economique (2011) *Enquête Démographique et de Santé*, Cotonou ; Bénin.
24. Jocelyn, D. (2001). *Le financement public de la santé au Bénin*, Cotonou, 2001.
25. Kessou, L. (2003). *Etude sur la rationalisation de l'utilisation du fonds sanitaire des indigents*. Ministère de la Santé Publique, Bénin.

26. Kpatchavi, C. A. (2005). *Dénominations et représentations sociales des acteurs de soins au Bénin. Une approche socio-anthropologique de la qualité des soins*. Etudes Béninoises 1, pp 37 – 46.
27. Langley, P. (1998). *Le financement communautaire dans les centres de santé et la promotion des mutuelles de santé au Bénin*. Rapport de recherche. Cotonou : CEDA, 39p.
28. *Le droit à la santé en Afrique subsaharienne : vers des soins communautaires et ou une assurance maladie*, [En ligne]. Disponible sur www.cedim.uqam.ca. (page consultée le 20 Août 2011).
29. *Le droit à la santé et la lutte contre la pauvreté en Afrique*, 2002, Centre d'Etudes sur le droit international et la mondialisation (CEDIM), [En ligne]. Disponible sur <http://www.cedim.uqam.ca>. (page consultée le 20 Août 2011).
30. *Le malien du 22/04. Assistance maladie obligatoire et Fonds d'assistance médicale*, [En ligne]. Disponible sur <http://www.cefib.com> (page consultée le 02 Janvier 2009).
31. Lee, K., & Goodman, H. (2002). *Global policy networks : The propagation of health care financing reform since the 1980s* dans *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge, Cambridge University Press : 97-199.
32. *Les pauvres en pâture. La nouvelle politique de la misère en Amérique*, [En ligne]. Disponible sur <http://www.medecins.org> (page consultée le 30 Août 2010).
33. Loi n° 90-32 du 11, Décembre 1990. Portant Constitution de la République du Bénin.
34. Loi n°97-029 -1999. Portant Décentralisation en République du Bénin.
35. Maire de Glazoué (2004) : *Plan de développement communal*, Glazoué, 75 p
36. Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement, Fonds des Nations Unies pour la Population, *La santé de la reproduction au Bénin : défis et perspectives*, Cotonou, août 2003.
37. Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement, Fonds des Nations Unies pour la Population, *Population et développement, quels défis pour le Bénin (2001) : Rapport sur le devenir de la population béninoise*, Cotonou, pp 119- 120.
38. Ministère de la Santé Publique (2005). *Annuaire des statistiques sanitaire*, Cotonou : MSP.

39. Ministère de la Santé Publique (2004). *Etude sur la rationalisation de l'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents au Bénin*. Rapport préliminaire. Cotonou :MSP.
40. Ministère de la Santé Publique (2005). *Mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents*. Cotonou: MSP.
41. Ministère de la Santé Publique (2002). *Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*, Cotonou : MSP.
42. Ministère de la Santé (2011). *Rapport de restitution du monitoring des activités*. Glazoué : MS.
43. Moutel, G. & al. (2009). *Cours : Historique et Evolution de la prise en charge des personnes en état de vulnérabilité*[En ligne]. Disponible sur [http:// www.cerd.org](http://www.cerd.org) (page consultée le 10Mars 2010).
44. Nitièma, A. & al. (2003). *L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso* », International Political Science Review, 24 : 237-256.
45. Nougbara, A. & al. (2007). *Health Sector Reform under Macroeconomic Adjustment in Burkina Faso : Lost Opportunities ?* in Safeguarding the Health System in Times of Macroeconomic Instability. Policy Lessons for Low and Middle-Income Countries, Trenton, Africa World Press- IDRC: 87-130.
46. OCDE/ OMS (2003) *Les lignes directrices et ouvrages de références du CAD : pauvreté et santé* ; OCDE, Paris, 16 p.
47. Olivier de sardan, J.-P. (2000). *Dramatique déliquescence des États en Afrique*, Le Monde Diplomatique, février : 12-13.
48. Olivier de Sardan, JP. (2000). *Dramatique déliquescence des Etats en Afrique*, Le Monde Diplomatique. Cité par Valéry Ridde dans cahiers santé vol. 19, n°2, avril-mai-juin 2009, pp 101 à 106.
49. Olivier de Sardan. JP & Ridde, V. (2011). *Les politiques d'exemption de paiement (Burkina Faso, Mali, Niger)*, LASDEL, Etudes et Travaux, n°89, Septembre.
50. OMS/FISE. (1989). *Bulletin d'information de l'Initiative de Bamako*, 1, 2.
51. Organisation Mondiale de la Santé (1988), *Idées directrices pour la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako*, Comité régionale pour l'Afrique ; 38^{ème} session. OMS Afro Brazzaville, 33 p.

52. Organisation Mondiale de la Santé (2000). *Pauvreté et santé : une perspective africaine*. Document de base préparé pour la Constitution régionale sur la pauvreté et la santé. OMS, Harare, PP. 20 – 21.
53. Organisation Mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant* ; OMS, Genève, p XIX.
54. Ouendo E – M et al (2003). *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. In *Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution* (ed Karthala). Paris, PP 119 – 129.
55. Ouendo E – M, et al (2004). *Accès aux soins de santé au Bénin à indigence et réseaux d'aide communautaire*. Cahiers santé 14, PP 1 – 5.
56. Ouendo E – M, Makoutodé (2005). *Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (pauvreté et soins de santé* ; Tropical Médecine and International Health 10 (2)), PP 179 – 186.
57. Palmer, N. & al. (2004). *Health Financing to Promote Access in Low Income Setting: How Much do We Know ?*The Lancet, 364: 1365-1370.
58. *Que fait médecins sans frontière ; pays d'interventions : Chine, 2001- 2002*[En ligne] Disponible sur <http://www.msf.fr> (page consultée le 03 Septembre 2010).
59. Rachel, M. (2009). *Etude approfondie du système de santé dans la commune de Boromo (province des deux Balé, Burkina Faso)*, Étude Recit n°28, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 29 p.
60. Ridde, V.&Bicaba, A. (2009). *Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso* in La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, université de Montréal. SERSAP. Institut de médecine tropicale d'Anvers. Unicef.
61. Ridde, V. & al. (2009). *Analyse de la mise en œuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct dans les Districts de Keïta et Abalak, Niger*. Paris : Médecins du Monde.
62. Ridde, V. & al. (2011). *Les plus pauvres bénéficient aussi de la réduction des coûts des accouchements au Burkina Faso*, Programme « Abolition du paiement ». Note d'information n° 4, Mai.

63. Ridde, V. & Morestin F. (2009). *Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique*, Montréal : université de Montréal. Centre de recherche du CHUM-département de médecine sociale et préventive, <http://www.vesa-tc.umontreal.ca>.
64. Ridde, V. (2003). *Fees-for-Services, Cost Recovery, and Equity in a District of Burkina Faso Operating the Bamako Initiative*, Bulletin of World Health Organization, 81: 532-538.
65. Ridde, V. (2008) "The Problem of the Worst-off is Dealt with After All Other Issues": *The Equity and Health Policy Implementation Gap in Burkina Faso*. Social Science and Medicine, 66: 1368-1378.
66. *Santé et développement : les journées des économistes français de la santé* [En ligne]. Disponible sur [http:// www.cerd.org](http://www.cerd.org) (page consultée le 03 Septembre 2010).
67. Sogodandji, Th. (1988). *Dépenses des individus et des familles pour les médicaments en République du Bénin* In : Publications Ministère de la santé (éd. MSP), MSP, Cotonou, PP 1 – 4.
68. *Soins de santé au Maroc ; les indigents ne payeront pas* [En ligne] Disponible sur [http:// www.bladi.net](http://www.bladi.net) (page consultée le 03 Septembre 2010).
69. *Solidarité et accès à la santé pour les plus pauvres : le cas du Hadramawt (Yémen)*, [En ligne]. Disponibilité sur <http://www.ced.U-bordeaux4.fr> (page consulté le 03 Septembre (2010).
70. Standing, H. (2002). *An overview of changing agendas in health sector reforms*, Reprod. Health Matters, 10, 20 : 19-28.
71. Stierle, F., et al., *Indigence and access to health care in sub-saharan Africa*. International journal of health planning and management, 1999. 14: p. 81-105.
72. Tovo, M. (1995). *Réduire la pauvreté au Bénin : vers une stratégie d'action*, Centre pour l'environnement et le développement en Afrique, Cotonou, 338 p.
73. UNICEF (2010). *Rapport sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin*. Oxford Policy Management.
74. Van Ierberghe, W. & De Brouwere, V. (2000). *État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne*, Afrique contemporaine, 3e trimestre (numéro spécial) : 175-190.

75. Vissoh, G. (1995). *Les enquêtes sur la perception des services par la population de Savalou au Bénin*. Projet Bénino Allemande / SSP 22, Cotonou.

ANNEXES

1-1-1. CENTRE DE SANTE D'ARRONDISSEMENT

ETAPES	ACTEURS RESPONSABLES L'ACTIVITE	OU DE	DEBUT DE L'ACTIVITE OU DUREE DE PERIODE	DESCRIPTION DE L'ACTIVITE
Admission	Sage-femme ou infirmier responsable		Dès l'arrivée au CSA	Prendre en charge le malade.
Saisine du comité d'identification	Sage-femme ou infirmier responsable		Au cours de la prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Informer le comité de la présence d'un cas en incapacité de payer ; - Informer le comité de sa décision de continuer le traitement sur place ou informer le comité de sa décision de référer le malade
Prise en charge du cas par le comité	Comité d'identification		Dès notification	<ul style="list-style-type: none"> - Se déplacer auprès du malade ; - Faire une enquête légère et sommaire (écoute) ; - Etablir une fiche de prise en charge en cas de constat d'incapacité réelle de payer soit pour continuer le traitement (avis favorable) dans le centre, soit pour une évacuation vers le centre de

			<p>référence ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmettre la fiche au responsable du centre ; - Etablir une fiche de rejet de prise en charge en cas de possibilité réelle de payer (avis défavorable avec rapport) ; - Transmettre la fiche de rejet au COGEA pour recouvrement des frais engagés.
Poursuite du traitement et du suivi du malade indigent identifié	Comité d'identification (technicien social, Infirmier ou Sage-femme responsable)	Indéfinie	Suivre le malade dans le centre jusqu'à guérison, référence ou décès
Poursuite de l'enquête sociale	Idem	Dès prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'enquête sociale une vue confirmation ou infirmation de l'état l'indigence ; - Elaborer le rapport d'enquête
Validation ou refus de validation de l'indigence: certification.	Comité d'identification	Dès réception du rapport d'enquête sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Transmettre le rapport au responsable du centre pour suivi ; - Transmettre le rapport au Chef d'Arrondissement ; - Refuser de valider l'état d'indigence (préciser les motifs du refus) ; - Transmettre le dossier au COGEA pour recouvrement des frais engagés.

Délivrance d'un certificat	Chef d'arrondissement	Dès réception du rapport d'enquête sociale	Délivrer un certificat d'indigence
Poursuite du traitement et du suivi du malade indigent certifié	Comité d'identification (technicien social, Infirmier ou Sage- femme responsable)	Indéfinie	Poursuivre le suivi du malade dans le centre jusqu'à guérison, référence ou décès
Facturation	Sage-femme responsable ou infirmier responsable	A la guérison, référence ou décès	- Etablir la facture des soins ; - Adresser la facture au gestionnaire de crédits.
Poursuite du traitement par évacuation sanitaire vers le centre de référence	L'infirmier ou sage-femme responsable	Au cours d la prise en charge sanitaire	- Décider du moyen d'évacuation ; - Prendre les dispositions pour acheminer le malade vers le centre de référence ;
Facturation	L'infirmier ou Sage-femme responsable	Dès admission au centre de référence	- Etablir la facture de soins ; - Récupérer la facture de transport ; - Récupérer le binet d'admission au centre référence ; - Constituer le dossier de remboursement.
Transmission du dossier de remboursement	Infirmier ou sage-femme responsable	Dès réception du dossier	Transmettre le dossier au MCZS (gestionnaire de crédits).

Poursuite de l'enquête sociale	Technicien social	Dès prise en charge sociale sans excéder le séjour de malade	- Poursuivre l'enquête sociale en de la confirmation ou de l'infirmité de l'état d'indigent ; - Elaborer le rapport d'enquête sociale ;
Validation ou refus de validation de l'indigence: certification	Comité d'identification (Technicien social)	Dès réception du rapport d'enquête	- Transmettre rapport au Maire ; - Transmettre le rapport à l'infirmier ou au Médecin-chef pour suivi ; - Refuser de valider l'état d'indigence ; - Transmettre le dossier au COGEA pour recouvrement des frais engagés ;
Délivrance d'un certificat d'indigence	Maire	Dès réception du dossier	Délivrer un certificat d'indigence
Poursuite du traitement et suivi du malade indigent certifié	Médecin-chef et Technicien social	Indéfinie	Poursuivre le suivi du malade dans le centre jusqu'à l'exit, référence ou décès.
Facturation	Médecin-chef	A l'exit, référence ou décès	- Etablir la facture des soins ;

			- Adresser la facture au gestionnaire de crédits.
Poursuite de traitement par évacuation sanitaire vers le centre de référence	Comité d'identification médecin-chef	Dès prise en charge sociale	- Décider du moyen d'évacuation ; - Prendre les dispositions pour acheminer le malade vers le centre de référence.
Facturation	Médecin-chef	Dès admission au centre de référence	- Etablir la facture de soins - Récupérer la facture de transport ; - Récupérer le billet d'admission au centre de référence ; - Constituer le dossier de remboursement.
Transmission du dossier de remboursement	Médecin-chef	Dès réception du dossier	Transmettre le dossier au gestionnaire de crédits (MCZS).

1-1-2. CENTRE DE SANTE COMMUNALE

ETAPES	ACTEURS	OU	DEBUT DE L'ACTIVITE	DESCRIPTION DE L'ACTIVITE
--------	---------	----	---------------------	---------------------------

	RESPONSABLES DE L'ACTIVITE	OU DUREE DE PERIODE	
Admission	Sage-femme ou infirmier responsable	Dès l'arrivée au CSC	Prendre en charge le malade.
Saisine du comité d'identification	Sage-femme ou infirmier responsable	Au cours de la prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Informer le comité de la présence d'un cas en incapacité de payer ; - Informer le comité de sa décision de continuer le traitement sur place ou informe le comité de sa décision de référer le malade
Prise en charge du cas par le comité	Comité d'identification	Dès notification	<ul style="list-style-type: none"> - Se déplacer auprès du malade ; - Faire une enquête légère et sommaire (écoute) ; - Etablir une fiche de prise en charge en cas de constat d'incapacité réelle de payer soit pour continuer le traitement (avis favorable) dans le centre, soit pour une évacuation vers le centre de référence ; - Transmettre la fiche au responsable du centre ; - Etablir une fiche de rejet de prise en charge en cas

			<p>de possibilité réelle de payer (avis défavorable avec rapport) ;</p> <p>- Transmettre la fiche de rejet au COGEC pour recouvrement des frais engagés.</p>
Poursuite du traitement et du suivi du malade indigent identifié	Comité d'identification (technicien social, Infirmier ou Sage-femme responsable)	Indéfinie	Suivre le malade dans le centre jusqu'à guérison, référence ou décès
Poursuite de l'enquête sociale	Idem	Dès prise en charge	<p>- Poursuivre l'enquête sociale une vue confirmation ou infirmation de l'état l'indigence ;</p> <p>- Elaborer le rapport d'enquête</p>
Validation ou refus de validation de l'indigence: certification.	Comité d'identification	Dès réception du rapport d'enquête sociale	<p>- Transmettre le rapport au responsable du centre pour suivi ;</p> <p>- Transmettre le rapport au Chef d'Arrondissement ;</p> <p>- Refuser de valider l'état d'indigence (préciser les motifs du refus) ;</p> <p>- Transmettre le dossier au COGEC pour recouvrement des frais engagés.</p>
Délivrance d'un certificat	Chef d'arrondissement	Dès réception du rapport d'enquête sociale	Délivrer un certificat d'indigence
Poursuite du traitement	Comité d'identification	Indéfinie	Poursuivre le suivi du malade dans le centre jusqu'à

et du suivi du malade indigent certifié	(technicien social, Infirmier ou Sage- femme responsable)		guérison, référence ou décès
Facturation	Sage-femme responsable ou infirmier responsable	A la guérison, référence ou décès	- Etablir la facture des soins ; - Adresser la facture au gestionnaire de crédits.
Poursuite du traitement par évacuation sanitaire vers le centre de référence	L'infirmier ou sage-femme responsable	Au cours d la prise en charge sanitaire	- Décider du moyen d'évacuation ; - Prendre les dispositions pour acheminer le malade vers le centre de référence ;
Facturation	L'infirmier ou Sage-femme responsable	Dès admission au centre de référence	- Etablir la facture de soins ; - Récupérer la facture de transport ; - Récupérer le binet d'admission au centre référence ; - Constituer le dossier de remboursement.
Transmission du dossier de remboursement	Infirmier ou sage-femme responsable	Dès réception du dossier	Transmettre le dossier au MCZS (gestionnaire de crédits).

Poursuite de l'enquête sociale	Technicien social	Dès prise en charge sociale sans excéder le séjour de malade	- Poursuivre l'enquête sociale en de la confirmation ou de l'infirmité de l'état d'indigent ; - Elaborer le rapport d'enquête sociale ;
Validation ou refus de validation de l'indigence: certification	Comité d'identification (Technicien social)	Dès réception du rapport d'enquête	- Transmettre rapport au Maire ; - Transmettre le rapport à l'infirmier ou au Médecin-chef pour suivi ; - Refuser de valider l'état d'indigence ; - Transmettre le dossier au COGEC pour recouvrement des frais engagés ;
Délivrance d'un certificat indigence	Maire	Dès réception du dossier	Délivrer un certificat d'indigence
Poursuite du traitement et suivi du malade indigent certifié	Médecin-chef et Technicien social	Indéfinie	Poursuivre le suivi du malade dans le centre jusqu'à l'exit, référence ou décès.
Facturation	Médecin-chef	A l'exit, référence ou décès	- Etablir la facture des soins ; - Adresser la facture au gestionnaire de crédits.
Poursuite de traitement par évacuation sanitaire vers le centre de référence	Comité d'identification médecin-chef	Dès prise en charge sociale	- Décider du moyen d'évacuation ; - Prendre les dispositions pour acheminer le malade vers le centre de référence.
Facturation	Médecin-chef	Dès admission au centre de	- Etablir la facture de soins

		référence	- Récupérer la facture de transport ; - Récupérer le billet d'admission au centre de référence ; - Constituer le dossier de remboursement.
Transmission du dossier de remboursement	Médecin-chef	Dès réception du dossier	Transmettre le dossier au gestionnaire de crédits (MCZS).

1-1-3. HOPITAL DE ZONE

ETAPES	ACTEURS RESPONSABLES L'ACTIVITE	OU DE	DEBUT DE L'ACTIVITE OU DUREE DE PERIODE	DESCRIPTION DE L'ACTIVITE
Admission	Responsable du service chargé des urgences ou Responsable de la consultation interne		Dès l'entrée à l'hôpital	Prendre en charge le malade
Saisine du technicien	Responsable du service des		Au cours de la prise en	Informé le service social de la présence d'un

social	urgences	charge médicale (soins d'urgence)	malade en incapacité de payer.
Prise en charge du cas par le technicien social	Technicien social	Dès constat (conclusion enquête)	<ul style="list-style-type: none"> - Se déplacer vers le malade ; - Faire une enquête légère ou sommaire (écoute) - Etablir une fiche de prise en charge en cas de constat d'incapacité avérée à payer (avis favorable) ; - Etablir une fiche de rejet de prise en charge en cas de constat de possibilité de payer (avis défavorable avec un rapport).
Saisine du Directeur de l'hôpital de Zone (Technicien social)	Comité d'identification	Après enquête sommaire (écoute)	Transmettre la fiche de prise en charge au Directeur HZ
Prise en charge du cas par le Directeur HZ	Directeur HZ	Dès transmission fiche	Réunir le comité d'identification pour avis
Etude du dossier du malade par le comité	Comité d'identification	Dès réception de la fiche	<ul style="list-style-type: none"> - Donner son visa pour la poursuite du traitement et de la prise en charge : dans ce cas transmettre le dossier au technicien social ; - Refuser son visa : dans ce cas transmettre le

			dossier au directeur pour recouvrement des frais engagés.
Poursuite du traitement et suivi du malade indigent identifié	Comité d'identification	Indéfinie	Suivre à travers les services (médico-technique d'hospitalisation, généraux) le malade indigent identifié jusqu'à exeat, référence ou décès.
Poursuite de l'enquête sociale	Technicien social	Au cours de la prise en charge sociale sans excéder le séjour du malade	-Poursuivre l'enquête sociale en vue de la confirmation ou de l'infirmité de l'état d'indigent ; -Transmettre le rapport d'enquête au comité.
Validation ou refus de validation de l'indigence : certification	Comité d'identification	Dès réception du rapport d'enquête sociale	- Valider ou certifier l'indigence en cas de rapport favorable du technicien social ; -Transmettre le dossier au technicien social pour suivis ; -Transmettre le dossier au Maire pour délivrance d'un certificat.
	Idem	Idem	Refuser de valider ou certifier l'état d'indigence en cas de rapport défavorable (préciser les motifs de refus) : dans ce cas, transmettre le dossier au D/HZ pour recouvrement des frais engagés.
Délivrance d'un certificat	Maire	Dès réception du dossier	Délivrer un certificat d'indigence

d'indigence			
Poursuite du traitement et suivi du malade indigent certifié	Médecin traitant, Technicien social	Indéfinie	Poursuivre le suivi du malade indigent certifié à travers les services (médico-technique, généraux, hospitalisation/10jours) jusqu'à exeat, référence au décès.
Facturation	Directeur HZ	A l'exeat, référence ou décès du malade	- Etablir la facture (examens, soins, hospitalisation, alimentation) ; - Constituer le dossier de remboursement
Transmission du dossier de remboursement	DHZ	Dès réception	Transmettre le dossier de remboursement au MCZS (gestionnaire de crédits).
Enclenchement du processus de remboursement	MCZS	Dès réception	- Procéder aux vérifications ; - Transmettre le dossier de remboursement au Préfet du département (ordonnateur secondaire) par bordereau de transmission.

1-1-4. CHU., CHD ET FORMATIONS ASSIMILEES

ETAPES	ACTEURS RESPONSABLES L'ACTIVITE	OU DE DEBUT DE L'ACTIVITE OU DUREE DE PERIODE	DESCRIPTION DE L'ACTIVITE
Amission	Responsable du Service des urgences	Dès l'entrée à l'hôpital	Prendre en charge le malade
Saisine du Service social	Responsable du Service des urgences	Au cours de la prise en charge (soins d'urgence)	Informé le service social de la présence d'un en incapacité de payer
Prise en charge du cas par le Service Social	Responsable Service Social	Dès information	Se déplacer auprès du malade, faire une enquête légère ou sommaire (écoute).
		Dès constat (conclusion enquête)	Etablir une fiche de prise en charge en cas de constat d'incapacité avérée de payer (avis favorable).
			Etablir une fiche de rejet de prise en charge en cas de constat de possibilité de payer (avis défavorable avec rapport).
Saisine du D/CHU ou du D/CHD	Responsable Service Social	Après enquête sommaire	Transmettre la fiche de prise en charge ou de rejet au D/CHD
Prise en charge du cas par le D/CHU ou du C/CHD	D/CHU ou D/CHD	Dès transmission fiche	Réunir le comité d'identification.

Etude du dossier du malade par le comité	Comité d'identification	Dès réception de la fiche	<ul style="list-style-type: none"> - Donner son visa pour la poursuite du traitement de la prise en charge : dans ce cas, transmettre le dossier au Service Social pour suivi ; - Refuser son visa : dans ce cas, transmettre le dossier au Directeur du CHU ou du CHD pour recouvrement des frais engagés.
Poursuite du traitement et suivi du malade indigent identifié	Médecin traitant, Responsable Service Social	Indéfinie	Suivre le malade indigent identifié à travers les services (médico-technique d'hospitalisation/10 jour, généraux) jusqu'à exéat, référence ou décès.

Poursuite de l'enquête sociale	Responsable Service social	Dès prise en charge sociale sans excéder le séjour du malade	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'enquête sociale en vue de la confirmation ou de l'infirmité de l'état d'indigence ; - Transmettre le rapport d'enquête au comité.
--------------------------------	----------------------------	--	---

Validation ou refus de validation de l'indigence certification	Comité d'identification	Dès réception du rapport	<ul style="list-style-type: none"> - Valider ou certifier l'indigence en cas de rapport favorable du technicien social ; - Transmettre le dossier au service social pour suivis ; - Demander au Maire la délivrance d'un certificat d'indigence.
	Comité d'identification	Idem	Refuser la validation ou certification de l'état d'indigence en cas de rapport défavorable. Dans ce cas, transmettre le dossier au D/CHU ou D/CHD pour recouvrement des frais engagés.
Délivrance d'un certificat d'indigence	Maire	Dés réception du dossier	Délivrer un certificat d'indigence
Poursuite du traitement et suivi du malade indigent certifié	Médecin traitant et Responsable Service social	Indéfinie	Poursuivre le suivi du malade indigent certifié à travers les services (médico-technique, généraux, hospitalisation/10jours) jusqu'à exeat, référence ou décès.
Facturation	D/CHU ou D/CHD	A l'exeat, référence ou décès du malade	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir la facture (examens, soins, hospitalisation, alimentation, traitement des corps) ; - Constituer le dossier de remboursement
Enclenchement du processus de	D/CHU ou D/CHD	Dès constitution du dossier	Transmettre le dossier de remboursement au Préfet du département (ordonnateur secondaire)

remboursement			
---------------	--	--	--

TIMBRE DE LA
STRUCTURE :

N° de la fiche

DEMANDE DE CERTIFICAT D'INDIGENCE

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE.

NOM :

PRENOMS :

AGE :

ARRONDISSEMENT :

QUARTIERNILLAGE :

DOMICILE (MAISON) :

Lieu et date,

LE COMITE D'IDENTIFICATION

PJ :

PV D'ENQUETE SOCIALE

TIMBRE DE LA
STRUCTURE :

N° de la fiche

FICHE DE PRISE EN CHARGE

LE RESPONSABLE DU CENTRE DE SANTE DE
.....
EST PRIE D'EXAMINER L'ETAT DE SANTE DE LA PERSONNE CI-DESSOUS
INDIQUEE ET DE LUI ADMINISTRER LE TRAITEMENT MEDICAL SUBSEQUENT.

NOM :

PRENOMS :

AGE :

ARRONDISSEMENT :

QUARTIERNILLAGE :

DOMICILE (MAISON) :

LES DEPENSES AFFERENTES A LA PRESENTE PRISE EN CHARGE SONT
IMPUTABLES AU FONDS SANITAIRE DES INDIGENTS.

Lieu et date,

LE COMITE D'IDENTIFICATION

TIMBRE DE LA
STRUCTURE :

N° de la fiche

FICHE DE REJET DE PRISE EN CHARGE

LE RESPONSABLE DU CENTRE DE SANTE DE
.....
EST INFORME QUE LES DEPENSES RELATIVES A L'ETAT DE SANTE DE LA
PERSONNE CI-DESSOUS INDIQUEE NE SONT PAS PRISES EN CHARGE PAR LE
FONDS SANITAIRE DES INDIGENTS.

NOM :

PRENOMS :

AGE :

ARRONDISSEMENT :

QUARTIERNILLAGE :

DOMICILE (MAISON) :

Lieu et date,

LE COMITE D'IDENTIFICATION

GUIDE D'ENTRETIEN

(Administré aux personnes ressources des communautés)

Fiche n° / _ / _ / Date / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

Centre de santé :

Nom de l'arrondissement.....

Village / Quartier de

Nom de l'enquêteur.....

I. Identification de l'enquêté

1.1 Nom et Prénoms.....

1.2 Responsabilité.....

1.3 Profession.....

Thèmes

Définition de l'indigent

Différentes sortes d'indigence

Organisation responsable de la détection des cas et fonctions

Textes

Activités menées pour porter aide en cas de maladie

Œuvre de bienfaisance : nom des structures charitable / réseau d'aide communautaire

Mode de gestion des réseaux d'aide communautaire et des structures charitables

Nom des indigents des différents quartiers

Je vous remercie.

Liste des personnes considérées indigentes par les personnes ressources

NOM ET PRENOM

VILLAGE (ADRESSE)

RAISON

GUIDE D'ENTRETIEN

(Administré aux responsables du niveau central, départemental et de zone)

Fiche n° / _ / _ /

Date / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

Nom de la structure.....

1. Identification

1.1 Nom de la personne enquêtée

1.2 Responsabilité

1.3 Poste

2 Aide de l'Etat

Critères de sélection des indigents :

- existence
- diffusion à tous les secteurs de la pyramide sanitaire
- ce qui se fait sur le terrain

Utilisation des aides de l'Etat

Problèmes posés par les indigents

Satisfaction des indigents

Difficultés rencontrés au cours de l'utilisation des fonds

Propositions de solutions

Je vous remercie

GUIDE D'ENTRETIEN

Administré au Responsable du CPS

- 1 – Pouvez-vous nous dire le nombre d'indigents ayant sollicité l'aide du CPS ces douze (12) derniers mois ?
 - 2 – Quels sont les domaines dans lesquels les indigents sollicitent votre appui ?
 - 3 – Combien d'indigents ont-ils réellement bénéficié de l'appui de votre centre ?
 - 4 – Quels domaines d'aide votre centre a-t-il couvert ?
 - 5 – Les types d'aide sollicités ont-ils été partiellement ou totalement couverts par votre centre ?
 - 6 – Combien d'indigents pour total et combien pour partiel ?
 - 7 – Existe-t-il un document de référence en matière d'identification des indigents dans votre centre ?
 - Si oui, l'avez-vous vu ?
 - Si vous l'avez vu, pouvez-vous nous en faire une synthèse ?
 - Si non, pourquoi ?
 - 8 – Les agents de votre centre maîtrisent-ils parfaitement ce document ?
 - 9 – Le contenu du document est-il effectivement appliqué ?
 - 10 – Connaissez-vous bien les critères d'identification des indigents ?
 - 11 – Comment se fait l'application de ces critères ?
-

QUESTIONNAIRE ADMINISTRE AUX INDIGENTS

Fiche n° / _ / _ /

Date / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

Commune deArrondissement.....

Village.....

Centre de santé de.....

I. Identification

1.1 Nom et Prénoms de l'enquêté.....

1.2 Sexe / _ / Age / _ / _ /

1.3 Ethnie / _ /

1. Fon 2. Nago 3. Idatcha 4. Mahi 5. Autres (citer)

1.4 Etat matrimonial

1. marié monogame 2. marié polygame 3. veuf (ve) 4. célibataire 5. divorcé

1.5 Nombre de femme (s) / _ /

1.6 Niveau d'instruction / _ /

1. analphabète 2. Alphabétisé 3. Primaire 4. Secondaire 5. Supérieur

1.7 Religion / _ /

1. catholique 2. Protestant 3. Musulman 4. Animiste 5. Autres (citer)

Caractéristique socio – culturelles et économiques

2.1 Avez-vous un certificat d'indigence ou un papier faisant état ? / _ /

1. Oui 2. Non

2.2 Avez- vous un domicile fixe ? Où dormez – vous ?.....

2.3 Etes – vous propriétaire de votre domicile ? / _ /

1. Propriétaire 2. Locataire 3. Pas de domicile fixe

2.4 Avez – vous des parents, amis avec qui vous cohabitez ? / _ /

1. Oui 2. Non

2.5 Avez – vous des enfants ? /_ /

1. Oui 2. Non

2.6 Combien ? /_ /_ /

2.7 Nombre de personnes à charge /_ /_ /

2.8 Quelle activité exercez – vous ? /_ /

1. agriculture 2. Pêche 3. Artisanat 4. Aucune 5. Autres (citer)

2.9 Quel est votre revenu mensuel ?.....

2.10 Quelle est la nature des cadeaux que vous recevez par mois ?

Nature.....

Argent.....

2.11 Combien de repas prenez – vous par jour ? /_ /

2.12 Qu’avez – vous l’habitude de manger ?.....

.....

2.13 S’il vous plait, est-il nécessaire d’avoir des habits de fête

.....

2.14 Combien en avez – vous ? /_ /

2.15 Quelle la nature d’acquisition de ces habits de fête

1. Achat intérieur 2. Don

2.16 Arrivez – vous à payer vos médicaments ? /_ /

1. Oui 2. Non

2.17 Avez – vous un carnet de soins ?

2.18 Arrivez – vous à payer vos soins ? /_ /

1. Oui 2. Non

III Recours aux soins

3.1 Est – ce que l’Etat prend en charge vos soins ? /_ /

1. Oui 2. Non

3.2 Avez – vous une carte d’indigence ? / _ /

1. Oui 2. Non

3.3 La carte a été délivrée par qui ? / _ /

1. comité d’indigence 2. Autres

3.4 Elle a été délivrée à la suite d’une enquête ? / _ /

1. Oui 2. Non

3.5 Enquête effectuée par qui ?.....

3.6 Est – ce que vous souffrez d’une maladie quelconque présentement ?

Ou êtes vous tombé malade au cours de ces quinze derniers jours ? / _ /

1. Oui 2. Non

3.7 Si oui, laquelle ?.....

3.8 Comment vous vous êtes soigné ?.....

3.9 Où avez – vous reçu les soins ? / _ /

1. Formation sanitaire 2. Tradithérapeutes 3. Auto médication 4. Moderne
5. Traditionnelle

3.10 Avez – vous reçu un traitement ? / _ /

1. Oui 2. Non

3.11 Qui a payé les soins ?.....

3.12 Combien ont coûté les soins ?.....

3.13 Combien de jours ont durée la maladie ?.....

Si pas de maladie au cours des quinze derniers jours :

3.14souffrez – vous d’une maladie chronique ? / _ /

1. Oui 2. Non

3.15 Où recevez – vous les soins en cas de maladie ? / _ /

1. Formation sanitaire 2. Guérisseur 3. Autres

3.16 Quel traitement prenez- vous ? / _ /

1. Traitement moderne prescrit 2. Traitement prescrit par le guérisseur
3. Automédication moderne 4. Automédication traditionnelle

3.17 Ce traitement vous donne t'il satisfaction ?.....

.....

3.18 Quelle facilité vous offre la formation sanitaire en cas de maladie ?

Exemption du prix du ticket ? 1. Oui /_ / 2. Non /_ /

Réduction du prix du ticket ? 1. Oui /_ / 2. Non /_ /

Obligation de payer le ticket ? 1. Oui /_ / 2. Non /_ /

3.19 Comment payez – vous le ticket de la consultation ? /_ /

1. Immédiatement 2. Après

3.20 Quelle facilité vous offre la formation sanitaire pour les analyses de laboratoire ? /_ /

1. Gratuitement 2. Payer après 3. Payer la totalité 4. Après

3. 21 Quelle facilité vous offre la formation sanitaire pour l'achat des médicaments ? /_ /

1. FS / COGEC/ COGEA vous les offre ; le personnel cotise pour vous acheter 2. Tous les médicaments 3. Une partie des médicaments 4. On vous laisse vous débrouiller 5. On vous indique un endroit où on peut vous les donner

3.22 Qui d'autres vous aide encore dans l'acquisition des médicaments ?.....

.....

3.23 Arrivez – vous à poursuivre correctement le traitement ? /_ /

1. Oui 2. Non 3. Plus ou moins

3.24 Est - ce que le COGEC/ COGEA intervient dans votre prise en charge médicale ? /_ /

1. Oui 2. Non

3.25 Si oui comment ?.....

.....

3.26 Quand vous venez dans la formation sanitaire avez – vous l’impression que le personnel vous reçoit différemment ? /_ /

1. Oui 2. Non

3.27 Etes – vous satisfait de l’accueil ? /_ /

1. Oui 2. Non 3. Plus ou moins 4. Sans opinion

3.28 Dites pourquoi.....

3.29 Comment trouvez-vous le circuit que vous suivez dans la FS pour avoir les soins ?.....

.....

3.30 Est- ce que les soins reçus dans la FS améliorent votre santé ? /_ /

1. Oui 2. Non 3. Plus ou moins

3.31 En êtes- vous satisfait ? /_ /

1. Oui 2. Non 3. Plus ou moins 4. Sans opinion

3.32 Dites pourquoi.....

3.33 Que pensez- vous des coûts que vous supportez pour la maladie ?.....

.....

3.34 En êtes- vous satisfait ? /_ /

1. Oui 2. Non 3. Plus ou moins 4. Sans opinion

3.35 Donnez les raisons.....

.....

.....

3.36 N’avez- vous pas de parent (s) qui puisse vous venir en aide ? /_ /

1. Oui 2. Non

3.37 Faites des propositions pour améliorer.....

.....

.....

Je vous remercie

QUESTIONNAIRE

(Administré au personnel de santé)

Fiche n° / _ / _ /

Date / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

Centre de santé de.....

Nom de l'arrondissement.....

Nom de l'enquêteur.....

I. Identification

1.1 Nom et Prénoms de l'agent de santé

1.2 Responsabilité

1.3 Ancienneté dans le centre

II. Connaissance

2.1 Avez- vous été formé sur la prise en charge des indigents ? / _ /

Ou avez- vous été informé par vos responsables hiérarchiques que vous devez les prendre en charge ? / _ /

1. Oui 2. Non

2.2 avez- vous appris que l'Etat a alloué un fond pour la prise en charge des indigents.....

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

2.3 La direction de votre FS vous a-t-elle demandée de consulter les indigents ?.....

.....

2.4 La direction de votre FS vous a-t-elle envoyée des critères pour identifier les indigents ?

1. Oui 2. Non / _ /

2.5 Comment les identifiez – vous ?.....

.....
.....

.....
.....

2.6 Est- ce que tout le personnel utilise les mêmes critères ? / _ /

1. Oui 2. Non

III. Circuit de l'indigent

3.1 Quand l'indigent vient, le reconnaît- on à la caisse ? Et comment ?.....

.....
.....

3.2 Que fait- on alors ? / _ /

1. Exempter du prix du ticket 2. Appliquer un tarif réduit 3. Obliger à payer la
totalité 4. Lui donner des instructions pour aller voir les affaires sociales après les soins

3.3 En salle de consultation / _ /

1. Vous l'examinez 2. Vous refusez de l'examiner

3.4 Quand vous l'examinez, consignez- vous le cas dans le registre ? / _ /

1. Oui 2. Non

3.5 Pourquoi ?.....

.....

3.6 Vous- arrive t- il de demander des analyses ?.....

3.7 Qu'est- ce qu'on leur fait ? / _ /

1. Analyse gratuite 2. Réduction de prix 3. Refus d'analyse sans ticket 4. Autres
à préciser

3.8 Pour les médicaments, comment ça se passe ? / _ /

1. La FS les lui donne gratuitement 2. Le personnel cotise pour assurer les premiers
soins ou quelques médicaments 3. Le personnel cotise pour assurer le traitement complet
4. Le personnel indique un endroit où on peut lui offrir les médicaments 5. On prescrit
seulement 6. On le dirige vers les affaires sociales 7. Autres

3.9 Donnez des détails.....

.....

3.10 Faites- vous venir ses malades pour suivre leur état de santé ?.....

3.11 Pourquoi ?.....

.....

3.12 Quelles sont vos difficultés vis-à-vis des indigents ?.....

.....

.....

3.13 Faites des propositions pour améliorer leur prise en charge médicale.....

.....

.....

.....

Je vous remercie.

QUESTIONNAIRE

(Administré aux responsables des formations sanitaires et membres du COGEC/COGEA ou apparentés)

Fiche n° / _ / _ /

I. Identification

Centre de santé de

Arrondissement.....

Nom de l'enquêteur.....

Nom de l'enquêté.....

Responsable de la FS / _ / membre du COGEC/COGEA / apparenté / _ /

II. Dispositions légales

2.1 Y'a t- il des textes régissant les COGEC/COGEA ? / _ / 1. Oui 2. Non

2.2 Faites- nous voir.....

2.3 Sont- ils connus de tous les membres du COGEC/COGEA ?

2.4Le COGEC/COGEA a t- il un règlement intérieur ?.....

2.5 Faites nous voir.....

2.6 Savez- vous que l'Etat alloue un fond pour prendre en charge les indigents depuis 2000 ?

.....

.....

.....

2.7 Qui sont les indigents ?.....

.....

.....

.....

2.8 Avez- vous les textes régissant la prise en charge des indigents ? / _ /

1. Oui 2. Non

2.9 Si non, à votre niveau, avez- vous décidé de prendre en charge les indigents dans FS ? / _ /

1. Oui 2. Non

2.10 Si oui, en avez-vous informé votre personnel ?/ _/

1. Par note de service 2. Lors d'une réunion 3. Implication tactique

2.11 Est- ce qu'il vous est arrivé de parler du problème des indigents aux réunions de comité ?.....

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

2.12 Comment ? / _/

1. Souvent 2. Rarement 3. Jamais

2.13 Pouvons- nous voir les procès verbaux des réunions de cette année ? (noter le nombre de PV disponibles. Le nombre de fois où le problème des indigents a été évoqué).....

.....
.....

III. Dispositions prises par la communauté pour prendre en charge la maladie des indigents

3.1 Y'a t- il des gens charger de les détecter ?.....

.....
.....

3.2 On les détecte quand ? / _/

1. Avant la maladie 2. Pendant la maladie 3. Autres

3.3 Qu'est- ce qu'ils font après avoir détecté l'indigent ? / _/

1. Demander une enquête sociale 2. L'adresser aux affaires sociales 3. Délivrer un papier de constat d'indigent 4. Informer d'aller à l'hôpital en cas de maladie 5. Autres à préciser.....

.....
.....

3.4 Qu'est- ce qu'on fait dans la communauté pour venir en aide à ces personnes ?.....

.....
.....

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

IV. Dispositions prises au niveau des formations sanitaires

4.1 Avez- vous élaboré des critères pour harmoniser la définition des indigents ? / _ /

1. Oui 2. Non 3. Autres à préciser

4.2 Savez- vous si le personnel les traite ?.....

4.3 Quelles sont les directives que vous leur avez données pour pourvoir s’occuper de ces malades sans craindre de reproches ? Par exemple au niveau des frais de consultation, d’analyse, et pour les médicaments.....

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

4.4 Avez- vous prévu un fond d’indigence pour de pareils cas ?.....

4.5 Si non, prévoyez – vous en début d’année quelque chose pour leur prise en charge ? / _ /

1. Oui 2. Non 3. Autre à préciser

.....

4.6 Ce fond est utilisé pour qui ?.....

.....

4.7 Vous semble t- il que vous arrivez à satisfaire les problèmes de santé des indigences qui consultent chez vous ?.....

.....
.....

4.8 Combien de vrais indigents avez- vous ? 2009- 2010

5.1 Quels sont les structures, organismes qui vous accordent de l'aide ? Donnez la liste et le montant de chacun et le montant accordé à la prise en charge des indigents ou utilisé à cet effet.....

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

5.2 Avez- vous les pièces comptables de réception ? / _ /

1. Oui 2. Non

5.3 Envoyez- vous un rapport d'utilisation de ces subventions et dons aux donateurs ? / _ /

1. Oui 2. Non

5.4 Faites nous voir les copies

5.5 Quelles sont vos difficultés par rapport à la prise en charge des indigents ?.....

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

5.6 Faites des propositions pour améliorer leur prise en charge médicale.....

.....
.....

Je vous remercie.

GRILLE D'OBSERVATION

Fiche n° / _ / _ /

Date / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

Nom de l'enquêteur.....

Commune deArrondissement.....

Village/Qtier Ville.....

Centre de santé de.....

I. Identification.

Nom et Prénoms de l'enquêté.....

II. Observation

2.1 Etat de santé / _ /

1. Handicap 2. Alcoolique 3. Aveugle 4. Mendiant
5. Sourdeur 6. Troubles mentaux.....
7. Bon état de santé..... 8. Autres.....

2.2 Type d'habitation / _ /

1. Matériaux définitifs 2. Banco 3. Paillote 4. Autres

2.3 Y'a-t-il de l'eau courante ? / _ /

1. Oui 2. Non

2.4 Y'a-t-il l'électricité ? / _ /

1. Oui 2. Non

2.5 Alimentation / _ /

1. Réserve alimentaire 2. Pas de réserve alimentaire

TABLE DES MATIERES

Titres	Pages
SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	iv
INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES	v
RESUME	1
ABSTRACT	2
INTRODUCTION	3
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	6
Chapitre 1 : De la problématique au cadre conceptuel	7
1.1 PROBLEMATIQUE	7
1.2 HYPOTHESES	12
1.3 OBJECTIFS	12
1.3.1 Objectif général	12
1.3.2 Objectifs spécifiques	12
1.4 CADRE THEORIQUE	13
1.5 CADRE CONCEPTUEL DE LA PRISE EN CHARGE SOCIO-SANITAIRE DES INDIGENTS MALADES	15
1.6 DEFINITION DES CONCEPTS	17
Chapitre 2 : Revue de littérature	20
2.1. Etat de la question	20
2.1.1 <i>Politique d'accès des indigents aux soins de santé en Afrique</i>	20
2.1.2 <i>Politiques d'exemption des coûts des soins des indigents dans les pays à faible revenu</i>	20

Chapitre 3 : Organisation du système de santé au Bénin	32
Chapitre 4 Cadre de l'étude et approche méthodologique	46
4.1. Justification du choix du sujet et du cadre d'étude	46
4.1.1. <i>Le choix du sujet</i>	46
4.1.2 <i>Justification et description du cadre d'étude</i>	46
4.1.2.1. <i>Justification du cadre d'étude</i>	46
4.1.2.2 <i>Description du cadre d'étude</i>	47
4.1.2.2.1 Un milieu physique non favorable à l'accès aux centres de santé	47
4.1.2.2.2 Un milieu humain multiethnique	47
4.1.2.2.3 L'organisation administrative	49
4.1.2.2.4 Infrastructures sanitaires et niveau d'équipement	49
4.1.2.2.5 Une économie locale basée principalement sur les activités agricoles	50
4.2. Approche méthodologique	51
4.2.1 <i>L'exploration</i>	51
4.2.2 <i>La recherche documentaire</i>	51
4.2.3. <i>Nature de l'étude et Population d'enquête</i>	52
4.2.3.1. <i>Nature de l'étude</i>	52
4.2.3.2 <i>Choix des sites</i>	52
4.2.3.3 <i>Première étape de l'étude</i>	53
4.2.3.4 <i>Population d'enquête</i>	53
4.3 Echantillonnage	53
4.3.1 <i>Méthode d'échantillonnage</i>	53
4.3.2 <i>Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon</i>	53
4.3.3 <i>Technique et outil de collecte de données</i>	53

4.3.4 Population d'enquête	54
4.3.5 Echantillonnage	54
4.3.5.1 Méthode d'échantillonnage	54
4.3.5.2 Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon	54
4.3.5.3 Choix des ménages par village	55
4.3.5.4 Critère d'exclusion de la cible primaire	55
4.3.5.5 Techniques et outils de collecte de données	55
4.3.5.6 Considérations éthiques	55
4.4 Les variables	56
4.4.1 Variable dépendante	56
4.4.2 Variables indépendantes	56
4.5 Traitement et analyse des données	63
4.6 Difficultés et limites de l'étude	65
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES	66
Chapitre 5 : Les résultats	67
5.1 Identification des indigents	69
5.1.1 Caractéristiques socio culturelles et économiques	69
5.1.2 Caractéristiques physiques	71
5.2 Organisations de la prise en charge socio sanitaire des indigents malades	72
5.2.1 Organisations de la prise en charge au niveau de la communauté	72
5.2.1.1 COGEA / COGEC	72

5.2.1.2 <i>Organe d'indentification Communautaire</i>	73
5.2.2 <i>Organisations de la prise en charge socio-sanitaire des indigents malades au sein des formations sanitaires</i>	73
5.2.2.1 <i>Au niveau des responsables des formations sanitaires</i>	73
5.2.2.2 <i>Au niveau du personnel de santé</i>	73
5.2.2.3 <i>Cotation de l'organisation de la prise en charge socio sanitaire</i>	74
5.3 <i>Financement des soins des indigents malades</i>	75
5.3.1 <i>Sources de financement des soins des indigents malades</i>	75
5.3.2 <i>Modalités de paiement</i>	76
5.4 <i>Satisfaction des indigents</i>	77
5.4.1 <i>Appréciation de la qualité des soins et de l'accueil</i>	77
5.4.2 <i>Accessibilité culturelle et religieuse</i>	78
Chapitre 6 : <i>Analyse et comparaison des résultats</i>	79
6.1 <i>De l'Organisation de la prise en charge socio sanitaire des indigents malade</i>	79
6.2 <i>Du Financement des soins des indigents</i>	85
6.3 <i>De la satisfaction des soins offerts aux indigents dans les formations sanitaires</i>	86
CONCLUSION	88
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	90
ANNEXES	96
TABLE DES MATIERES	ee