

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail-Liberté-Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

UNIVERSITE DE LOME
UNITE DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUE

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
REGION DES PLATEAUX



ETUDE FINALE DU CONTROLE TECHNIQUE
DU PROJET DE DEVELOPPEMENT
DES DISTRICTS SANITAIRES
DE LA REGION DES PLATEAUX

« *Santé_Plateaux - 2009* »

Rapport d'étude

Mars 2009

FINANCEMENT

AGENCE FRANCAISE DE DEVELOPPEMENT



SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	iv
SIGLES ET ACRONYMES	v
RESUME EXECUTIF	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I - ORGANISATION DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE	3
I.1 - Objectifs de l'étude.....	3
I.1.1 - <i>Objectif général</i>	3
I.1.2 - <i>Objectifs spécifiques</i>	3
I.2 - Méthodologie.....	3
I.2.1 - <i>Méthodologie du volet « Formation sanitaire »</i>	3
I.2.2 - <i>Méthodologie du volet « Communauté »</i>	7
I.3 - Déroulement de la collecte et exploitation des données	8
I.3.1 - <i>Déroulement de la collecte dans les formations sanitaires</i>	8
I.3.2 <i>Déroulement de la collecte dans les communautés</i>	10
CHAPITRE II - LA RELATION « CONSULTANTS - SYSTEME DE SOINS » DANS LA REGION DES PLATEAUX.....	13
II.1 - La fréquentation des USP.....	13
II.1.1 - <i>Les motivations à recourir aux USP</i>	13
II.1.2 - <i>L'appréciation des structures sanitaires par les usagers</i>	20
II.1.3- <i>Connaissance et appréciation du forfait unique</i>	24
II.1.3 - <i>Suggestions d'amélioration de l'offre de soins dans les USP</i>	26
II.2 - La fréquentation des hôpitaux	26
II.2.1 - <i>Comment les consultants justifient-ils leurs décisions d'aller se faire soigner dans les centres de santé ?</i>	26
II.2.2 - <i>Comment les personnes hospitalisées apprécient-elles les installations, l'accueil, le personnel soignant et les services reçus ?</i>	31
II.2.3 - <i>Quelles suggestions font les personnes hospitalisées pour améliorer les services et les prestations de soins ?</i>	34
CHAPITRE III - LA RELATION « COMMUNAUTES – SYSTEME DE SOINS » DANS LA REGION DES PLATEAUX.....	36
III.1 - Les raisons de la faible fréquentation des centres de santé	36
III.1 1 - <i>Représentations sociales des problèmes de santé et fréquentation des formations sanitaires</i>	37
III.1 2 - <i>Itinéraires thérapeutiques et fréquentation des formations sanitaires</i>	38
III.1 3 - <i>Perception des formations sanitaires et utilisation des services</i>	38
III.1 4 - <i>Sensibilisation des populations et fréquentation des formations sanitaires</i>	42
III.2 - Les attentes des populations par rapport aux centres de santé	43
CHAPITRE IV - LA RELATION « ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES - SYSTEME DE SOINS » DANS LA REGION DES PLATEAUX.....	45
IV.1 - Le fonctionnement interne des COGES.....	45
IV.1.1 - <i>Rôle et utilité sociale du COGES</i>	45
IV.1.2 - <i>Relations entre les membres au sein du COGES</i>	47
IV.2 - Les rapports entre les COGES et les formations sanitaires	49
IV.2.1 - <i>Des rapports difficiles entre le personnel soignant et les membres du COGES appartenant à la communauté</i>	49
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES.....	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.1 : Les USP tirées pour la collecte des données dans les formations sanitaires et leurs caractéristiques.....	5
Tableau I.2a : Les hôpitaux retenus pour la collecte des données dans les formations sanitaires et leurs caractéristiques.....	9
Tableau I.2b : Les localités tirées pour les discussions de groupes et les caractéristiques des formations sanitaires qu'elles abritent.....	11
Tableau I.3 : Les localités tirées pour les entretiens individuels approfondis avec les membres des COGES et les caractéristiques des formations sanitaires qu'elles abritent	12
Tableau II.1 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix de l'USP et le type d'USP	15
Tableau II.2 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix de l'USP et le type d'appui reçu	16
Tableau II.3 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix de l'USP et la performance de la FS	17
Tableau II.4 : Effectif des usagers enquêtés par USP selon les principaux motifs de consultation	18
Tableau II.5 : Répartition des enquêtés selon les principaux motifs de consultations évoqués le jour de l'enquête et le type d'appui.....	19
Tableau II.6 : Répartition des enquêtés selon les principaux motifs de consultations évoqués le jour de l'enquête et la performance de la FS	20
Tableau II.7 : Répartition des enquêtés selon les principaux motifs de consultations évoqués le jour de l'enquête et type d'USP	20
Tableau II.8 : Répartition des enquêtés selon l'appréciation de certains aspects des structures de soins et le niveau d'appui accordé à la formation sanitaire.....	21
Tableau II.9 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la propreté du centre de soins	22
Tableau II.10 : Appréciation de l'accueil du personnel soignant selon le type d'appui.....	23
Tableau II.11 : Appréciation de l'accueil du personnel soignant selon le type d'USP	23
Tableau II.12 : Appréciation de l'accueil du personnel soignant selon la structure sanitaire	24
Tableau II.13 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation du forfait unique et le type d'appui	24
Tableau II.14 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation du forfait unique et la FS	25
Tableau II.15 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation du forfait unique et le type d'USP.....	26
Tableau II.20 : Effectif des usagers enquêtés par hôpital selon les principaux motifs de l'hospitalisation.....	27

Tableau II.21: Nombre d'enquêtés hospitalisés rencontrés le jour de l'enquête selon l'hôpital et la voie d'hospitalisation	27
Tableau II.22 : Répartition (effectifs) des enquêtés selon la possibilité de choix de la FS	28
Tableau II.23 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon les raisons du choix de la FS et la possibilité de se faire soigner ailleurs	29
Tableau II.24 : Répartition des enquêtés hospitalisés ayant la possibilité de se faire soigner ailleurs près de chez eux selon les raisons du choix et l'hôpital.....	30
Tableau II.25 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation de l'accueil du personnel soignant au cours de l'hospitalisation	31
Tableau II.26 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation de l'état des bâtiments de soins	32
Tableau II.27 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation la propreté des salles de soins	32
Tableau II.28 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation de la propreté des toilettes	33
Tableau II.29 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation des soins et services reçus	33
Tableau II.30 : Répartition des enquêtés selon les aspects à améliorer pour les prestations de soins et un prochain retour dans la formation sanitaire.....	34
Tableau III.1 : Maladies associées à des causes surnaturelles selon le sexe des discutants et le niveau de performance de la formation sanitaire de la communauté.....	37

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique II.1 : Pourcentage d'enquêtés selon les critères du choix du centre de soins	14
Graphique II.2 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur l'état des bâtiments	22

SIGLES ET ACRONYMES

AFD	: Agence Française de Développement
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHP	: Centre Hospitalier Préfectoral
CMS	: Centre Médico-Social
COGES	: Comité de Gestion
COSAN	: Comité de Santé
CPC	: Contrôle pour la Promotion de la Croissance
CPN	: Consultation Périnatale
CS	: Centre de Santé
FS	: Formation Sanitaire
ICP	: Infirmier Chef de Poste
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
SMI	: Soins Maternels et Infantiles
UL	: Université de Lomé
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URD	: Unité de Recherche Démographique
USP	: Unité de Soins Périphériques

RESUME EXECUTIF

Depuis 2004 et grâce à l'appui du « *projet de développement des districts sanitaires de la Région des Plateaux* », plusieurs USP et hôpitaux de cette région du Togo ont vu leurs plateaux techniques s'améliorer considérablement et leurs services de consultation prénatale et d'accouchement bénéficier d'un soutien logistique conséquent. Si ces améliorations ont fait progresser certains indicateurs de santé de la Région¹, force est cependant de constater qu'elles n'ont pas induit chez les populations bénéficiaires les réflexes d'un recours systématique aux services médicaux en cas de problème de santé ou pour les besoins d'accouchement, loin s'en faut². Dans une région où l'offre de services de santé est pourtant remarquable et de surcroît géographiquement bien répartie, ce paradoxe soulève deux questions: **1)** à quels niveaux se situent les entraves à l'accessibilité spontanée et massive aux centres de santé dans les communautés concernées? **2)** quelles améliorations convient-il d'apporter aux services de santé pour rapprocher davantage la demande et l'offre de soins de santé dans la région?

Afin de répondre à ces questions, la présente étude a adopté une démarche méthodologique qui articule un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le volet quantitatif a concerné plus spécifiquement les personnes qui fréquentent régulièrement les USP et les hôpitaux sis dans leur communauté. Nous y avons inventorié les motivations de ces personnes à recourir aux services offerts par ces centres de santé et recueilli leurs appréciations quant à la qualité des services reçus lors des visites ainsi que leurs suggestions pour rendre ces centres plus attrayants. Quant au volet qualitatif destiné pour sa part aux personnes qui fréquentent peu ou prou les centres de santé, il a permis de recenser leurs justifications et de recueillir leurs perceptions sur les centres de santé et le personnel soignant ainsi que leurs suggestions en vue d'améliorer l'image que renvoient ces centres. Que nous apprennent concrètement les résultats de l'étude à ces sujets?

Dans la Région des Plateaux, la relation « *Centres de Santé - Communautés* » souffre encore de nombreux goulots d'étranglement qui ne favorisent guère une utilisation intensive des services de santé par les populations locales. Au nombre des obstacles à la fréquentation des centres de santé figurent l'incapacité des populations à identifier leurs propres besoins en services de santé³, les tabous culturels, les contraintes financières, la non continuité des services de conseil et de sensibilisation au-delà des centres de santé, le mauvais accueil dans ces centres, la piètre qualité des services de soins offerts, l'éventail relativement réduit des médicaments proposés, leurs prix relativement élevés et les ruptures de stock fréquentes dont ils font l'objet. Autant de difficultés qui concourent à réduire significativement l'intérêt des services de santé offerts pour les populations censées les utiliser.

Pour que ces services deviennent plus attrayants pour les communautés locales et accessibles à tous leurs membres, en particulier aux personnes les plus vulnérables⁴, leur offre gagne à :

¹ Par exemple, de 2000 à 2006, le taux de mortalité infanto juvénile de la Région est passé de 134 à 125 pour mille, enregistrant ainsi une baisse d'environ 7% sur la période. Pour sa part, le taux de couverture en CPN s'est nettement amélioré entre 2004 et 2006, passant de 64 à 93%. (Anipah & al. ;1999; URD, 2004; DGSCN, 2006).

² En ce qui concerne par exemple les accouchements, on estime que plus de 33% des femmes les font encore à domicile (URD, 2004).

³ Cette incapacité est étroitement associée aux contraintes inhérentes au potentiel de chaque individu. L'illettrisme expliquerait en partie cette incapacité.

⁴ L'allusion est faite ici aux femmes et aux enfants du milieu rural notamment.

- Fournir des soins complets⁵;
- Assurer la continuité des soins;
- Assurer des soins intégrés⁶;
- Fournir des services et des médicaments à des prix compatibles avec le niveau de revenus des populations;
- Permettre une accessibilité temporelle⁷.

Et même si ces conditions étaient réunies, l'offre de services de santé dans les USP et dans les hôpitaux de la région ne drainera massivement les populations que si elle est intégrée à des efforts visant à améliorer les pratiques des familles et à encourager les populations à faire usage de ces services. A cet égard, l'action des structures à base communautaire comme les COGES, les ASC ou les COSAN devra être dynamisée en s'appuyant sur une évaluation correcte des besoins en santé des populations locales et un inventaire des croyances d'ordre culturel⁸ qui fondent leurs itinéraires thérapeutiques et relèguent au second plan le recours aux soins médicaux.

⁵ Cela suppose que les prestataires s'intéressent non seulement aux affections mais aussi à leurs causes directes.

⁶ C'est-à-dire associer les soins préventifs, les soins curatifs et les conseils.

⁷ Par exemple, permettre un accès 24 heures sur 24 aux services de pédiatrie ou de maternité.

⁸ Le coût individuel et social de ces croyances culturelles demeure élevé dans la région.

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays africains, l'accessibilité aux services de santé est associée à des difficultés diverses d'accès aux centres de soins. Aussi, les notions d'accessibilité géographique, financière, culturelle et temporelle qui sont généralement utilisées pour légitimer ces difficultés conduisent-elles à considérer l'accessibilité comme un syndrome de privation que pourrait corriger l'amélioration des décisions d'affectation de l'offre de santé (Paret, 1984; Lassonde, 1996). Si l'amélioration de la qualité des services peut contribuer à élargir l'accessibilité, notamment en milieu urbain, cette vue des choses n'en demeure pas moins restrictive puisqu'elle minimise les facteurs du ressort de la demande de santé (niveau des communautés).

En effet, un centre de santé est plus qu'un ensemble d'installations, d'équipements ou de prestations de services médicaux. Il s'apparente davantage à une structure à l'intérieur de laquelle des professionnels de la santé, des institutions d'appui et des organisations communautaires sont censés travailler en synergie pour mobiliser et affecter des ressources en vue de prévenir et de soigner des affections touchant les membres de la communauté. De ce point de vue, pour qu'un centre de santé remplisse convenablement sa mission, il doit – du moins en théorie - s'appuyer sur un certain nombre de piliers, à savoir : disposer de ressources suffisantes en personnel de santé, bénéficier d'un financement qui ne souffre ni de réductions, ni de ruptures dans le temps, promouvoir une bonne circulation de l'information entre le personnel du centre et les membres de la communauté et bénéficier d'une bonne gestion administrative et financière (Banque Mondiale, 2006).

Dans la réalité, l'offre de soins médicaux dans un grand nombre de sociétés africaines se heurte à de nombreuses insuffisances, notamment au niveau de l'information et de la sensibilisation sur les questions de santé, de la qualité des consultations et/ou des soins offerts⁹, de l'éventail et de la disponibilité des médicaments proposés, de l'incapacité des populations à se conformer aux prescriptions et à utiliser convenablement les médicaments prescrits, des tabous culturels, des contraintes financières, etc.. Sous l'effet conjugué de ces facteurs, peu de systèmes de santé fournissent des services d'un bon rapport coût-efficacité. La plupart se caractérisent plutôt par un mauvais entretien des installations et des équipements, des pénuries fréquentes de médicaments, des tarifs de consultation et des prix des médicaments hors du pouvoir d'achat des populations cibles, des carences parfois graves dans la surveillance des grossesses à risque et/ou de la supervision de certaines affections, ... et pèchent le plus souvent par une insuffisance, voire une inexistence d'informations sur les consultations de patients, une piètre qualité des diagnostics et des services fournis aux clients, un manquement de professionnalisme chez les prestataires¹⁰, une carence dans la gestion administrative et financière des centres de santé.

Si le Togo n'échappe pas à ce constat d'ensemble, il est toutefois une région de ce pays – la Région des Plateaux – où depuis 2004, des efforts considérables ont été accomplis avec l'appui du « *Projet de développement des districts sanitaires de la Région des Plateaux* » pour doter les plateaux techniques de plusieurs USP et hôpitaux, réviser à la baisse les coûts d'accès aux soins de santé¹¹ et les prix des médicaments, favoriser un rapprochement entre les

⁹ Nous faisons ici la différence entre "obtenir des soins" et "bénéficier de soins adéquats".

¹⁰ Il ne s'agit pas toujours d'une insuffisance de formation professionnelle mais le plus souvent d'un manque de motivation des prestataires en lien direct avec la faible rémunération de leur travail.

¹¹ Notamment en mettant en œuvre une tarification unique pour les services de consultations prénatales et d'accouchement fixée à 850 francs CFA.

services de santé et les communautés locales qu'ils desservent en activant le fonctionnement des relais communautaires que sont les COGES, les ASC et les COSAN. Certes, grâce à ces appuis multiformes du projet, les soins de base, les consultations prénatales et les accouchements bénéficient désormais d'une attention plus grande de la part des USP et des hôpitaux subventionnés mais force est de constater que ces appuis, somme toute positifs, n'ont pas induit une amélioration significative de la fréquentation des centres médicaux, ni pour les problèmes de santé, ni pour les besoins d'accouchement dans les communautés cibles¹².

La faible fréquentation des centres de santé dans les Plateaux donne ainsi à penser qu'en dépit de l'amélioration de l'offre sanitaire, des pesanteurs diverses subsistent, qui freinent l'accessibilité des populations locales à ces centres. En effet, si dans les communautés desservies, les centres de soins permettent à présent d'accoucher dans de bonnes conditions de santé ou de réagir efficacement dans les situations d'urgence obstétricale, pour être capables de bénéficier de tels services, les populations de ces communautés doivent de leur côté, avoir un minimum de connaissances de base et des ressources nécessaires pour : **(i)** reconnaître les problèmes de santé ou tout au moins les menaces qui pèsent sur leur santé; **(ii)** prendre les décisions qui s'imposent et **(iii)** recourir aux services médicaux appropriés. Deux questions viennent alors à l'esprit : quelles sont les diverses entraves dont souffre l'accessibilité aux centres de santé dans la Région? Quelles améliorations faut-il apporter aux services de santé pour rapprocher davantage la demande et l'offre de soins dans la région?

Telles sont les questions-clé auxquelles l'étude dont nous présentons ici le rapport de recherche, a tenté de répondre. Dans l'impossibilité de rendre compte de l'ensemble des problèmes de santé auxquels sont confrontées les populations de la Région des Plateaux, l'étude s'est plus modestement limitée à documenter les deux questions soulevées en articulant la réflexion autour de trois foyers de relations : la relation « *Centres de santé - Population* », la relation « *Centres de santé – Organisations Communautaires* » et la relation « *Organisations Communautaires – Population* ». De cette réflexion a résulté une démarche méthodologique à deux volets fortement imbriqués : un volet quantitatif qui inventorie les motivations et recueille l'appréciation des services reçus ainsi que les suggestions d'amélioration chez les personnes qui fréquentent plus souvent les centres de santé et un volet qualitatif qui touche plus spécifiquement les personnes qui fréquentent peu ou prou les centres de santé et qui recense leurs justifications, leurs perceptions sur ces centres et leurs suggestions en vue d'améliorer l'image qu'ils renvoient.

Ce rapport qui rend compte des principaux résultats de l'étude est charpenté en quatre chapitres. Le premier chapitre présente les grandes lignes de l'organisation de l'étude et fait état de la méthodologie utilisée. Dans le second chapitre, nous examinons les motivations à recourir aux centres de santé dans la Région des Plateaux, les points de repère associés à cette décision ainsi que les suggestions pour une plus grande attractivité des centres de soins. Dans le troisième chapitre, nous inventorions les principales entraves à l'accessibilité aux services de santé dans la Région et faisons état des suggestions de réformes susceptibles de contribuer à améliorer de façon durable la fréquentation de ces centres par les populations locales. Dans le quatrième et ultime chapitre qui analyse le fonctionnement des COGES, nous dégagons les forces et faiblesses de cette structure à base communautaire et suggérons quelques actions qui en feraient un relais efficace des rapports entre les centres de santé et les communautés locales.

¹² Le taux de fréquentation des formations sanitaires pour la Région a été estimé en 2004 à 21,1% (EAS, 2004)

CHAPITRE I

ORGANISATION DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

Ce chapitre présente dans un premier temps les objectifs de l'étude et ensuite la méthodologie de chacun des 2 volets de la recherche (volet « Formation Sanitaire » et volet « Communauté »).

I.1 - Objectifs de l'étude

I.1.1 - Objectif général

L'étude « *Santé Plateaux-2009* » a pour objectif principal de contribuer à identifier les forces et les faiblesses du projet de développement des districts sanitaires de la Région des Plateaux ».

I.1.2 - Objectifs spécifiques

La présente étude poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier les facteurs explicatifs aux constats observés en matière de fréquentation et de prise en charge des grossesses et accouchements (facteurs de motivation du recours à la structure sanitaire, structure adaptée, présence de médicaments, perception de la qualité des soins) ;
- Objectiver les pratiques des prestataires, notamment en matière de respect des tarifs, d'accueil, de prise en charge ;
- Apprécier la perception d'une amélioration ou d'une dégradation des services de santé par les usagers ;
- Connaître la perception des services de santé par les membres de la communauté ;
- Apprécier la mise en œuvre effective des stratégies de santé soutenues par le projet de développement des districts sanitaires de la Région des Plateaux (notamment en matière tarifaire) ;
- Apprécier l'impact des stratégies sur le recours aux soins, le niveau et les facteurs de motivation de la population pour se rendre dans les structures de santé.

I.2 - Méthodologie

L'étude est subdivisée en deux volets : un volet « Formation sanitaire » et un volet « Communauté ».

I.2.1 - Méthodologie du volet « Formation sanitaire »

Procédure de sélection des USP visitées

La sélection des USP visitées a été faite parmi les 88 USP prioritaires de la carte sanitaire. Elle a été guidée par la disponibilité des données sur les activités des USP. En tenant compte du paquet minimum d'activités (PMA), certaines USP ont été exclues de la base de tirage : il s'agit des USP pour lesquelles on ne dispose pas d'informations pour toutes les années d'existence du projet et de celles qui n'assurent pas de service d'accouchement en leur sein.

L'exclusion de ces USP ayant été faite, il en restait 82 parmi lesquelles on devrait en sélectionner 22 pour la réalisation de la collecte. La décision de travailler dans 22 USP est liée au choix de travailler dans 1 FS sur 4.

Comment ont été choisies les 22 USP ?

La sélection des structures de santé a été plutôt raisonnée qu'aléatoire. Elle a comporté en priorité des structures de santé dont l'activité a progressé (en matière de fréquentation des soins curatifs et de prise en charge des accouchements) pour permettre de comprendre les facteurs favorables à la progression constatée mais bien entendu aussi des structures de santé dont l'activité n'a pas évolué ou a même diminué.

Il s'agit de structures de santé publiques et privées (des structures de premier échelon et des hôpitaux) ayant bénéficié ou non de l'appui de l'ONG « INADES FORMATION » pour l'animation communautaire¹³.

L'examen des activités des USP a montré que pour presque toutes les USP, les activités avaient connu une évolution positive que ce soit pour la fréquentation de la consultation curative ou pour les accouchements assistés.

Le critère de performance globale a été déterminé par le nombre de consultations curatives et d'accouchements assistés. Une FS est considérée comme performante lorsque le nombre de consultations curatives au cours de l'année 2007 est supérieur à 2500 et le nombre d'accouchements assistés au cours de cette même période est supérieur à 180. Toute FS dont le taux d'activité est inférieur à ces seuils est considérée comme peu performante.

Dans un premier temps 12 USP considérées comme performantes ont été sélectionnées. Dans un second temps, les 70 USP restantes (82-12), ont été réparties en deux groupes :

- le groupe_1 composé des USP issues des districts sanitaires ayant bénéficié d'un appui plus important (60%);
- le groupe_2 composé des USP des districts ayant bénéficié d'un appui relativement moins important (40%).

Les 10 USP restantes après la première sélection (22-12) ont été tirées proportionnellement à la taille de chaque groupe d'USP :

- 6 USP ont été tirées dans le groupe_1 (districts ayant bénéficié de plus d'appui)
- 4 USP ont été tirées dans le groupe_2 (districts ayant bénéficié de moins d'appui).

La liste obtenue des 22 USP visitées selon leur localisation se présente comme suit (tableau I.1).

¹³ La distinction urbain/rural n'a pas été considérée comme pertinente au premier échelon, la question ne se pose pas pour les hôpitaux (tous en ville).

Tableau I.1 : Les USP tirées pour la collecte des données dans les formations sanitaires et leurs caractéristiques

District et USP	Type d'USP	Statut	Type d'appui	Performance
<i>DISTRICT D'AGOU</i>				
Amoussou-kopé	Disp.	Public	Poussé	Peu performante
<i>DISTRICT D'AMOU</i>				
Hihéatro	CMS	Public	Moyen	Performante
Amou-Oblo	CMS	Public	Moyen	Performante
<i>DISTRICT DE DANYI</i>				
Elavanyo	Disp.	Public	Moyen	Peu performante
<i>DISTRICT DE HAHO</i>				
Bien-être	CMS	Privé	Poussé	Performante
Hahomégbé	Disp.	Public	Poussé	Performante
Wahala	CMS	Public	Poussé	Performante
Tététou	Disp.	Public	Poussé	Peu performante
<i>DISTRICT DE KLOTO</i>				
Adéta	CMS	Public	Poussé	Performante
Solidarité	CMS	Privé	Poussé	Performante
Kpélé Goudévé	CMS	Public	Poussé	Peu performante
Akata Agamé	Disp.	Public	Poussé	Peu performante
<i>DISTRICT D'EST-MONO</i>				
Morétan	CMS	Public	Moyen	Performante
Nyamassila	Disp.	Public	Moyen	Peu performante
<i>DISTRICT D'OGO</i>				
Anié	CMS	Public	Poussé	Performante
Glei	CMS	Public	Poussé	Performante
Agbonou	Disp.	Public	Poussé	Performante
Atchinedji	Disp.	Public	Poussé	Performante
Pallakoko	Disp.	Public	Poussé	Peu performante
Bocco	Disp.	Public	Poussé	Peu performante
<i>DISTRICT DE WAWA</i>				
Kougnohou	CMS	Public	Moyen	Peu performante
Sérégbéné	Disp.	Public	Moyen	Peu performante

Source : Enquête Santé_Plateaux -2009 ; URD/AEDS

Procédure de sélection des Hôpitaux visités

Tous les hôpitaux de référence chirurgicale qui ont bénéficié des interventions du projet ont été retenus. Ce sont les 5 hôpitaux suivants :

- Hôpital de Bethesda ;
- Centre Hospitalier Préfectoral de Notsé ;
- Centre Hospitalier Préfectoral de Kpalimé ;
- Hôpital Baptiste de Kpélé Tsiko;
- Centre Hospitalier Régional d'Atakpamé.

Procédures pour le tirage des enquêtés et la collecte des données dans les formations sanitaires

➤ Dans les USP

Pour le tirage des usagers enquêtés :

- en cas d'affluence, 10 usagers ont été tirés au hasard parmi les visiteurs du jour
- en cas de non affluence, c'est l'exhaustivité (on enquête tous les usagers) jusqu'à atteindre au moins les 10 usagers de soins venus en consultation ou accompagnant un malade, même s'il faut passer 2 jours dans la localité.

L'enquête dans les USP a porté sur un nombre total de 258 cas

➤ Dans les hôpitaux

En fonction du volume d'activités, nous avons travaillé prioritairement avec les femmes qui ont accouché ou ont été référées à la suite d'un accouchement et qui sont hospitalisées. Les 10 personnes par hôpital ont été tirées au hasard parmi celles qui sont présentes. Au cas où le nombre de femmes n'atteint pas le quota, les femmes accompagnant leurs enfants en Pédiatrie ont été enquêtées.

Au total, l'enquête dans les hôpitaux a concerné 64 cas.

La collecte des données du volet « *Formation Sanitaire* » a été réalisée à partir de deux questionnaires : un questionnaire administré aux usagers de soins des USP et un questionnaire adressé aux usagers de soins des hôpitaux de référence chirurgicale.

Les principales sections de ces outils sont les suivantes :

- Identification de la structure de soins ;
- Caractéristiques socio-démographiques de l'utilisateur ;
- Le principal motif de la consultation et les raisons du choix de la formation sanitaire (FS);
- L'appréciation de l'accueil et de la qualité des soins reçus ;
- Les médicaments prescrits et le coût des prestations ;
- L'appréciation des clients sur l'état de la formation sanitaire (bâtiment, point d'eau, toilettes, etc.) ;
- Opinions quant à l'amélioration des services offerts par la FS.

1.2.2 - Méthodologie du volet « Communauté »

Zones de l'étude et techniques de collecte des données

La collecte des informations a couvert les districts sanitaires de la Région des Plateaux et s'est déroulée dans des localités abritant aussi bien des formations sanitaires de référence chirurgicale que des unités de soins périphériques.

Deux techniques de collecte ont été utilisées : Le Focus Group (FG) et l'entretien individuel approfondi.

Au total 8 groupes de discussion et 19 entretiens individuels approfondis ont été réalisés.

Les principales langues utilisées pour la collecte des données sont celles les plus parlées dans les milieux de l'étude, à savoir : l'Ewé/Mina, l'Ana/Ifè, l'Akposso et le Français.

Profil et types de groupes

Les critères retenus pour la constitution des groupes et le choix des participants aux discussions sont :

Pour la localité : la bonne ou faible performance de la formation sanitaire ;

Pour les participants au Focus Group : le sexe.

Les critères ainsi retenus ont permis de définir les quatre (4) types de groupes suivants :

- Groupe d'hommes dans une communauté dont le centre de santé est peu performant ;
- Groupe d'hommes dans une communauté dont le centre de santé est performant ;
- Groupe de femmes dans une communauté dont le centre de santé est peu performant ;
- Groupe de femmes dans une communauté dont le centre de santé est performant.

Un seul type de groupe a été formé dans chacune des huit zones définies pour les besoins de l'étude (cf. Annexe_Chapitre I_tableau 1). Dans les 8 groupes constitués, le nombre de participants est de dix (10), un chiffre qui respecte bien les normes de la dynamique du Focus Group (entre 6 et 12 personnes).

Caractéristiques des entretiens individuels

Les entretiens individuels (EI) ont eu lieu dans les USP retenues pour l'étude et se sont déroulés avec les membres non médicaux du Comité de Gestion (COGES). Une seule de ces personnes¹⁴ a été interviewée par COGES.

Les canevas de Focus Groups (FG) et d'entretiens individuels approfondis (EI) sont les outils utilisés pour la collecte des données du volet « Communauté ».

¹⁴ Les membres du COGES qui ne font pas partie du corps médical sont au nombre de trois (le (la) président (e), le (la) secrétaire, le (la) trésorier (ière). L'agent enquêteur fait tirer un membre au hasard et procède à l'interview de ce membre.

Les principaux thèmes du canevas de discussion des FG sont les suivants :

- Thème I : Perception des problèmes de santé
- Thème II : Itinéraire thérapeutique
- Thème III : Appréciation des structures de santé
- Thème IV : Attentes
- Thème V : Participation communautaire (*ASC / COSAN/COGES*)

Quant au guide d'entretien individuel approfondi avec les membres du COGES, il comporte les thèmes suivants :

- Thème I : Rôle du Comité de Gestion (dans son ensemble)
- Thème II : Fonctionnement du Comité de Gestion (dans son ensemble)
- Thème III : Nature des interactions
- Thème IV : Impressions sur les activités de la formation sanitaire
- Thème V : Résultats du fonctionnement du COGES

I.3 - Déroulement de la collecte et exploitation des données

1.3.1 - Déroulement de la collecte dans les formations sanitaires

Rappelons que l'enquête auprès des usagers de soins s'est déroulée aussi bien dans les 22 USP que dans les 5 hôpitaux de référence chirurgicale retenus.

❖ Enquête auprès des usagers de soins des USP

Il est prévu d'interroger 10 usagers par USP. Dans certaines USP, cet effectif a été difficilement atteint même après 2 jours d'interview. Si dans la quasi-totalité des USP le quota des 10 usagers a été atteint, au CMS de Hihéatro, ils ne sont que 9 à être interviewés¹⁵ (cf. Tableau II.1).

❖ Enquête auprès des usagers de soins des hôpitaux

Comme dans les USP le nombre d'usagers à enquêter par hôpital est de 10. Ce quota a été atteint et même dépassé dans 4 des 5 hôpitaux de référence chirurgicale retenus pour la collecte. C'est seulement à Kpélé-Tsiko que le nombre prévu n'a pas pu être atteint (8 usagers ont été interrogés) (cf. Tableau I.2a ci-dessous et tableau II.1 dans le chapitre suivant).

¹⁵ Parfois les affluences sont observées seulement les jours de marché ou les jours de vaccinations des enfants.

Tableau I.2a : Les hôpitaux retenus pour la collecte des données dans les formations sanitaires et leurs caractéristiques

District et hôpital	Statut	Type d'appui
<i>DISTRICT D'AGOU</i>		
Hôpital Béthesda	Privé confessionnel	Poussé
<i>DISTRICT DE HAHO</i>		
Centre Hospitalier Préfectoral de Notsé	Public	Poussé
<i>DISTRICT DE KLOTO</i>		
Centre Hospitalier Préfectoral de Kpalimé	Public	Poussé
Hôpital Baptiste de Kpélé-Tsiko	Privé confessionnel	Poussé
<i>DISTRICT D'OGO</i>		
Centre Hospitalier Régional d'Atakpamé	Public	Poussé
TOTAL		

Source : Enquête Santé_Plateaux -2009 ; URD/AEDS

Pour l'ensemble de ce volet « *Formation Sanitaire* », les données collectées ont été saisies, vérifiées et apurées.

L'exploitation et l'analyse des données ont été réalisées pour les USP d'une part et les hôpitaux d'autre part. Dans chaque cas les résultats ont été présentés par formation sanitaire et pour l'échantillon global. Des analyses comparatives entre USP ou entre hôpitaux ont été réalisées afin de saisir certaines différences.

Par ailleurs, des précisions ont été données sur les limites des résultats, vu la faiblesse et la non représentativité des échantillons enquêtés.

Les méthodes statistiques univariées et bivariées ont été utilisées pour analyser les motivations, les appréciations et les suggestions des usagers des FS.

Limites méthodologiques

Les résultats présentés dans les chapitres subséquents ne concernent qu'une journée quelconque de travail de l'USP. Ils ne sont nullement extrapolables ni à toute la structure au cours d'une longue période, ni à l'ensemble des FS de la région. Ces résultats permettent simplement de décrire l'échantillon enquêté dans le cadre de cette étude. Une analyse plus fine, détaillée et complète pourra être réalisée avec les données réelles enregistrées dans les FS durant une période plus longue (trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

1.3.2 Déroulement de la collecte dans les communautés

La collecte des données qualitatives au moyen des techniques de focus group et d'entretien individuel avec les membres des communautés et les COGES a été réalisée simultanément avec l'enquête auprès des usagers. Cette collecte s'est déroulée du 14 au 23 Janvier 2009. Les animateurs ont été aidés par les facilitateurs recrutés dans les communautés pour, identifier les personnes à enquêter, aider à l'organisation du travail et au déroulement des discussions. Comme dans tout travail de recherche, il a été rencontré des difficultés lors de la collecte. La première difficulté est relative à la circulation de l'information ayant rapport à la réalisation de l'étude au sein des populations concernées, ce qui a énormément retardé le déroulement des opérations. Le second problème est lié à la difficulté à trouver les personnes devant faire l'objet des discussions de groupes et des entretiens individuels. Toutefois, le nombre de participants attendus a été atteint pour les discussions de groupes. De même les personnes à interviewer au niveau des entretiens individuels ont été rencontrées.

D'une manière générale, la collecte des informations qualitatives s'est déroulée dans de bonnes conditions. Au total, 8 focus groups ont été réalisés dont 4 dans les localités dont les FS sont jugées performantes et 4 dans les localités dont les FS sont peu performantes (cf. Tableau I.2b). Par ailleurs des 19 entretiens individuels réalisés au total, 13 l'ont été dans les localités dont les FS ont bénéficié d'un appui poussé, et 6 dans les localités dont les FS ont bénéficié d'un appui moyen (cf. Tableau I.3).

Toutes les discussions de groupes et tous les entretiens individuels ont été entièrement enregistrés sur cassettes ou autres supports magnétiques. Les animateurs de séance ont été chargés de la traduction, de la transcription et de la saisie des données collectées. Tous les FG ont été conduits en langues nationales locales. Par contre, certains EI se sont déroulés en langue française. Le travail a ensuite consisté à traduire et à transcrire les enregistrements réalisés. En vue d'obtenir la meilleure qualité possible des données, la traduction/transcription a été confiée à l'équipe d'animateurs de séance. Un travail de contre-vérification a eu lieu pour s'assurer de la fiabilité des données à analyser.

Un plan d'analyse a été élaboré et la méthode d'analyse de contenu a été retenue pour le traitement des données qualitatives. En plus des analyses qui font ressortir les tendances générales, des analyses de comparaison sur la base des critères relatifs au sexe, à la performance et au niveau d'appui ont été prévues. Ce plan prévoit également confronter certains résultats du volet qualitatif à ceux du volet quantitatif afin de mieux comprendre ces derniers.

Tableau I.2b : Les localités tirées pour les discussions de groupes et les caractéristiques des formations sanitaires qu'elles abritent

Districts sanitaires et localités	Type d'USP	Statut	Type d'appui	Performance	Focus Group réalisés ?
<i>DISTRICT D'AGOU</i>					
Amoussou-kopé	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT D'AMOU</i>					
Hihéatro	CMS	Public	Moyen	Performante	OUI
Amou-Oblo	CMS	Public	Moyen	Performante	NON
<i>DISTRICT DE DANYI</i>					
Elavanyo	Disp.	Public	Moyen	Peu performante	NON
<i>DISTRICT DE HAHO</i>					
Bien-être	CMS	Privé	Poussé	Performante	NON
Hahomégbé	Disp.	Public	Poussé	Performante	OUI
Wahala	CMS	Public	Poussé	Performante	NON
Tététou	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT DE KLOTO</i>					
Adéta	CMS	Public	Poussé	Performante	OUI
Solidarité	CMS	Privé	Poussé	Performante	NON
Kpélé Goudévé	CMS	Public	Poussé	Peu performante	NON
Akata Agamé	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	NON
<i>DISTRICT D'EST-MONO</i>					
Morétan	CMS	Public	Moyen	Performante	NON
Nyamassila	Disp.	Public	Moyen	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT D'OGOOU</i>					
Anié	CMS	Public	Poussé	Performante	NON
Glei	CMS	Public	Poussé	Performante	NON
Agbonou	Disp.	Public	Poussé	Performante	NON
Atchinedji	Disp.	Public	Poussé	Performante	OUI
Pallakoko	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	NON
Bocco	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	NON
<i>DISTRICT DE WAWA</i>					
Kougnohou	CMS	Public	Moyen	Peu performante	OUI
Sérégbéné	Disp.	Public	Moyen	Peu performante	NON

Source : Enquête Santé_Plateaux -2009 ; URD/AEDS

Tableau I.3 : Les localités tirées pour les entretiens individuels approfondis avec les membres des COGES et les caractéristiques des formations sanitaires qu'elles abritent

Districts sanitaires et localités	Type d'USP	Statut	Type d'appui	Performance	Entretien avec COGES ?
<i>DISTRICT D'AGOU</i>					
Amoussou-kopé	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT D'AMOU</i>					
Hihéatro	CMS	Public	Moyen	Performante	OUI
Amou-Oblo	CMS	Public	Moyen	Performante	OUI
<i>DISTRICT DE DANYI</i>					
Elavanyo	Disp.	Public	Moyen	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT DE HAHO</i>					
Bien-être	CMS	Privé	Poussé	Performante	NON
Hahomégbé	Disp.	Public	Poussé	Performante	OUI
Wahala	CMS	Public	Poussé	Performante	OUI
Tététou	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT DE KLOTO</i>					
Adéta	CMS	Public	Poussé	Performante	OUI
Solidarité	CMS	Privé	Poussé	Performante	NON
Kpélé Goudévé	CMS	Public	Poussé	Peu performante	OUI
Akata Agamé	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT D'EST-MONO</i>					
Morétan	CMS	Public	Moyen	Performante	OUI
Nyamassila	Disp.	Public	Moyen	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT D'OGOUE</i>					
Anié	CMS	Public	Poussé	Performante	OUI
Glei	CMS	Public	Poussé	Performante	OUI
Agbonou	Disp.	Public	Poussé	Performante	OUI
Atchinedji	Disp.	Public	Poussé	Performante	OUI
Pallakoko	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	OUI
Bocco	Disp.	Public	Poussé	Peu performante	OUI
<i>DISTRICT DE WAWA</i>					
Kougnohou	CMS	Public	Moyen	Peu performante	NON
Sérégbéné	Disp.	Public	Moyen	Peu performante	OUI

Source : Enquête Santé_Plateaux -2009 ; URD/AEDS

Dans les chapitres qui suivent, nous présentons les principaux résultats de ces volets.

CHAPITRE II

LA RELATION « CONSULTANTS - SYSTEME DE SOINS » DANS LA REGION DES PLATEAUX

Ce chapitre aborde le recours aux soins de santé par la population en traitant des motivations des usagers à fréquenter les FS, de leurs appréciations des services reçus et de leurs suggestions d'amélioration de ces services. Il aborde dans un premier temps la fréquentation des unités de soins périphériques (USP) et dans un second temps celle des hôpitaux.

II.1 - La fréquentation des USP

Les USP étant à la base de la pyramide sanitaire, elles sont en général les premiers centres de recours des populations lorsque celles-ci décident de se rendre dans une formation sanitaire. Cependant, le choix, s'il y en a, de la structure sanitaire, dépend de plusieurs critères qu'elles prennent en considération. Aussi, même lorsque la décision est prise, il n'empêche que lors de la consultation, le patient ait à apprécier certains aspects matériels et humains par rapport aux soins qu'il reçoit. Cette appréciation peut être conforme ou très différente de ce qu'il pensait de la structure et qui peut le motiver pour une prochaine consultation ou au contraire l'éloigner de cette FS. C'est dans cette optique qu'on tente à travers cette partie de faire ressortir dans un premier temps les raisons qui président au choix de la structure sanitaire et en second lieu d'analyser l'appréciation aussi bien des patients (usagers USP) que de la communauté élargie sur l'ensemble des services offerts.

II.1.1 - Les motivations à recourir aux USP

Les critères du choix des USP

Comme l'illustre le graphique II.1, les 5 principaux critères sur lesquels se base le choix des USP par l'ensemble des personnes interviewées pendant la période couverte par l'enquête sont par ordre d'importance décroissante :

- La proximité (70%)
- La bonne qualité des soins et services (46%)
- Le bon accueil du personnel (27%)
- Le temps d'attente court (8%)
- Le coût réduit des soins et médicaments (8%)

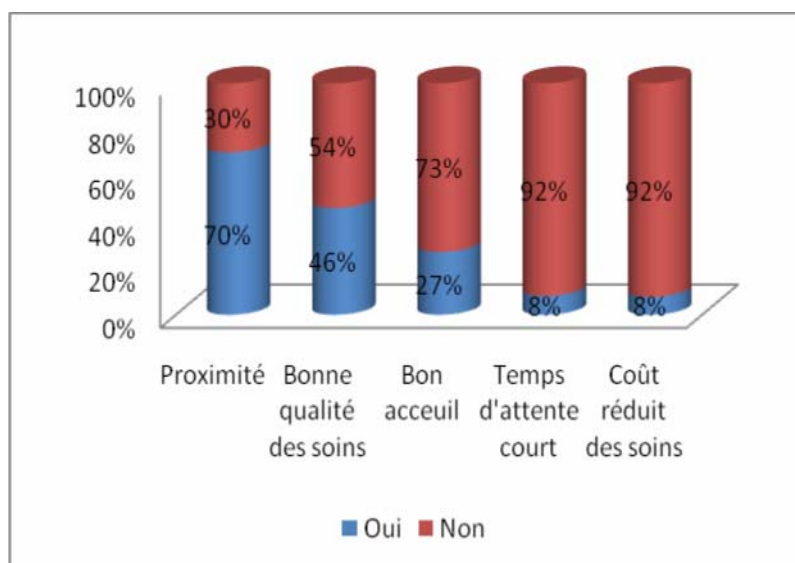
La proximité est de loin le principal critère sur lequel s'est basée la population enquêtée pour se rendre dans les FS. Plus celles-ci sont proches, plus les populations y recourent.

Vient ensuite la qualité des services offerts dans les centres. Près d'1 patient sur 2 (46%) des USP juge ce critère important dans leur choix. C'est dire que les populations ne se rendront pas massivement dans un centre de santé même proche si elles ne sont pas sûres d'y recevoir des services de bonne qualité.

L'accueil se révèle être aussi un facteur important dans la décision de recourir à une FS et un patient sur 4 (27%) y accorde un prix. D'autres études réalisées au Togo et relatives à la fréquentation des centres de santé ont également stigmatisé le mauvais accueil du personnel soignant (URD, 2004).

En ce qui concerne le temps d'attente court ou le coût modique des soins et médicaments, seulement 8% ont jugé ces critères importants.

Graphique II.1 : Pourcentage d'enquêtés selon les critères du choix du centre de soins



Source : Enquête Santé_Plateaux 2009, URD/AEDS

Existe-t-il de différences entre les USP selon les raisons du choix de la structure et certaines caractéristiques ?

Raisons du choix de l'USP selon le type d'USP

En ce qui concerne les raisons du choix des USP, les résultats du tableau II.1 montrent un contraste entre les CMS et les dispensaires. En effet, une proportion de 82% des personnes enquêtées dans les dispensaires invoquent la proximité de la FS comme critère de choix contre 60% pour les individus enquêtés dans les CMS ($Z=3,38$ et $p=0,0009$). Pour les autres raisons, on ne note aucune différence significative entre les deux types d'USP.

Tableau II.1 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix de l'USP et le type d'USP

Raisons du choix de l'USP	Type d'USP				Total	
	Dispensaire		CMS		Effectif	%
	%	Effectif	%	Effectif		
<i>Ce centre de santé est le plus proche</i>						
Non	17.6	21	40.3	56	77	29.8
Oui	82.4	98	59.7	83	181	70.2
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0
<i>Le temps d'attente est court dans ce centre</i>						
Non	89.9	107	93.5	130	237	91.9
Oui	10.1	12	6.5	9	21	8.1
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0
<i>Bonne qualité des soins et des services</i>						
Non	49.6	59	57.6	80	139	53.9
Oui	50.4	60	42.4	59	119	46.1
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0
<i>Le personnel de ce centre est accueillant et amical</i>						
Non	72.3	86	73.4	102	188	72.9
Oui	27.7	33	26.6	37	70	27.1
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0
<i>Les soins et les médicaments sont moins chers</i>						
Non	93.3	111	91.4	127	238	92.2
Oui	6.7	8	8.6	12	20	7.8
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0

Source : Enquête Santé_Plateaux 2009, URD/AEDS

Raisons du choix de l'USP selon le niveau d'appui reçu

Par rapport à l'appui, 57% des enquêtés des zones d'appui poussé ont cité la bonne qualité des soins et des services offerts dans les FS comme critère de leur choix contre 24% des enquêtés des zones d'appui moins poussé ($z=2,65$ et $p=0,0091$). Pour les autres raisons, on ne note aucune différence significative selon le niveau d'appui (Tableau II.2).

Tableau II.2 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix de l'USP
et le type d'appui reçu

Raisons du choix de l'USP	Niveau de l'appui				Total	
	Appui poussé		Appui moyen		Effectif	%
	%	Effectif	%	Effectif		
<i>Ce centre de santé est le plus proche</i>						
Non	33.7	59	21.7	18	77	29.8
Oui	66.3	116	78.3	65	181	70.2
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Le temps d'attente est court dans ce centre</i>						
Non	88.0	154	100.0	83	237	91.9
Oui	12.0	21			21	8.1
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Bonne qualité des soins et des services</i>						
Non	43.4	76	75.9	63	139	53.9
Oui	56.6	99	24.1	20	119	46.1
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Le personnel de ce centre est accueillant et amical</i>						
Non	64.0	112	91.6	76	188	72.9
Oui	36.0	63	8.4	7	70	27.1
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Les soins et les médicaments sont moins chers</i>						
Non	88.6	155	100.0	83	238	92.2
Oui	11.4	20			20	7.8
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0

Source : Enquête Santé_ Plateaux 2009, URD/AEDS

Raisons du choix de l'USP selon sa performance

Contrairement au niveau d'appui qui permet d'expliquer partiellement les choix opérés par les usagers des formations sanitaires, les USP performantes et celles peu performantes ne présentent aucun contraste par rapport aux différentes raisons de choix de fréquentations des usagers.

Tableau II.3 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix de l'USP et la performance de la FS

Raisons du choix de l'USP	Performance de la FS				Total	
	Peu performante		Performante		Effectif	%
	%	Effectif	%	Effectif		
<i>Ce centre de santé est le plus proche</i>						
Non	15.8	19	42.0	58	77	29.8
Oui	84.2	101	58.0	80	181	70.2
Total	100.0	120	100.0	138	258	100.0
<i>Le temps d'attente est court dans ce centre</i>						
Non	92.5	111	91.3	126	237	91.9
Oui	7.5	9	8.7	12	21	8.1
Total	100.0	120	100.0	138	258	100.0
<i>Bonne qualité des soins et des services</i>						
Non	60.8	73	47.8	66	139	53.9
Oui	39.2	47	52.2	72	119	46.1
Total	100.0	120	100.0	138	258	100.0
<i>Le personnel de ce centre est accueillant et amical</i>						
Non	77.5	93	68.8	95	188	72.9
Oui	22.5	27	31.2	43	70	27.1
Total	100.0	120	100.0	138	258	100.0
<i>Les soins et les médicaments sont moins chers</i>						
Non	95.0	114	89.9	124	238	92.2
Oui	5.0	6	10.1	14	20	7.8
Total	100.0	120	100.0	138	258	100.0

Source : Enquête Santé_ Plateaux 2009, URD/AEDS

Les principaux motifs de consultations évoqués par les enquêtés

Du tableau II.4 il ressort que durant la période de l'enquête, sur les 258 usagers interviewés, 46% sont venus pour les consultations curatives ; 31% avaient pour principal motif de consultation les CPN ; 10% des usagers sont venus pour les vaccinations ; 5% pour les accouchements.

En matière de motifs de consultations, il est difficile de comparer les formations sanitaires entre elles puisque les jours de programmation des activités de consultation diffèrent d'un centre à un autre. Néanmoins, il ressort du tableau II.4 que les FS d'Amoussou-Kopé, Kpélé Goudéve, Anié et Gléi ont accueilli - le jour de l'enquête - des usagers surtout pour les CPN alors que les autres USP, ce sont les consultations curatives qui ont prédominé.

Tableau II.4 : Effectif des usagers enquêtés par USP selon les principaux motifs de consultation

Districts et USP	Principal motif					Total
	CPN	Accouchement	Vaccination	Consultation curative	Autre motif	
<i>DISTRICT D'AGOU</i>						
Amoussou-kopé	9	1	-	1	1	12
<i>DISTRICT D'AMOU</i>						
Hihéatro	1	-	2	6	-	9
Amou-Oblo	3	1	-	6	2	12
<i>DISTRICT DE DANYI</i>						
Elavanyo	3	-	1	7	-	11
<i>DISTRICT DE HAHO</i>						
Bien-être	2	2	-	7	1	12
Hahomégbé	2	-	-	10	-	12
Wahala	2	-	-	7	3	12
Tététou	3	-	-	8	1	12
<i>DISTRICT DE KLOTO</i>						
Adéta	-	1	-	11	1	13
Solidarité	5	-	-	4	3	12
Kpélé Goudévé	9	-	-	1	1	11
Akata Agamé	-	3	2	5	3	13
<i>DISTRICT D'EST-MONO</i>						
Morétan	2	-	1	6	1	10
Nyamassila	4	-	7	6	-	17
<i>DISTRICT D'OGOUE</i>						
Anié	11	-	-	-	1	12
Glei	9	1	-	2	-	12
Agbonou	7	-	-	3	-	10
Atchinedji	6	-	5	1	-	12
Pallakoko	2	-	-	8	1	11
Bocco	-	-	7	2	1	10
<i>DISTRICT DE WAWA</i>						
Kougnohou	-	1	-	11	-	12
Sérégbéné	-	3	-	8	-	11
TOTAL	80	13	25	120	20	258
%	31,0	5,0	9,7	46,5	7,8	100

Source : Enquête Santé Plateaux -2009 ; URD/AEDS

Effets de l'appui du projet « Santé- Plateaux » sur la fréquentation des USP

Quelles différences de fréquentation observe-t-on entre les FS qui bénéficient d'un appui poussé de la part du projet et celles qui bénéficient d'un appui plus faible ?

Pour répondre à cette question, l'analyse a été faite en distinguant deux zones dans la population enquêtée : la zone dite d' « Appui poussé » qui regroupe les préfectures de l'Ogou, du Kloto, d'Agou et du Haho qui ont reçu une aide importante de la part du « *Projet de développement des districts sanitaires de la Région des Plateaux* » et la zone d' « appui moyen » regroupant les préfectures de l'Amou, de Danyi, de l'Est-Mono et du Wawa.

Comme l'indique le tableau II.5, sur les 258 personnes interrogées, 175 relèvent des centres ayant reçu un appui poussé (68%) contre 83 ayant reçu un appui moyen (32%)¹⁶.

Tableau II.5 : Répartition des enquêtés selon les principaux motifs de consultations évoqués le jour de l'enquête et le type d'appui

Principal motif de passage dans la FS	Niveau d appui				Total	
	Appui poussé		Appui moyen			
	%	Effectif	%	Effectif	Effectif	%
CPN	38.3	67	15.7	13	80	31.0
Accouchement	4.6	8	6.0	5	13	5.0
vaccination	8.0	14	13.3	11	25	9.7
PF	2.3	4	1.2	1	5	1.9
Consultation curative	40.0	70	60.2	50	120	46.5
Achat de médicaments sans consultation	1.7	3			3	1.2
Recevoir des résultats de Labo	1.1	2	1.2	1	3	1.2
Autre	4.0	7	2.4	2	9	3.5
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Par rapport à la performance de l'USP, on n'observe pas de différence significative au niveau des motifs de consultation selon que la structure soit performante ou peu performante. (Tableau II.6). De même, quel que soit le type de structure (dispensaire ou CMS), on n'observe pas de différence.

¹⁶ Nous rappelons encore que les présents résultats permettent simplement de décrire l'échantillon enquêté et ne sont nullement extrapolables ni à toute la structure au cours d'une longue période, ni à l'ensemble des FS de la région.

Tableau II.6 : Répartition des enquêtés selon les principaux motifs de consultations évoqués le jour de l'enquête et la performance de la FS

Principal motif de passage dans la FS	Performance de la FS				Total	
	Peu performante		Performante		Effectif	
	%	Effectif	%	Effectif		
CPN	25.0	30	36.2	50	80	31.0
Accouchement	6.7	8	3.6	5	13	5.0
vaccination	14.2	17	5.8	8	25	9.7
PF	1.7	2	2.2	3	5	1.9
Consultation curative	47.5	57	45.7	63	120	46.5
Achat de médicaments sans consultation	0.8	1	1.4	2	3	1.2
Recevoir des résultats de Labo	-	0	2.2	3	3	1.2
Autre	4.2	5	2.9	4	9	3.5
Total	100.0	120	100.0	138	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau II.7 : Répartition des enquêtés selon les principaux motifs de consultations évoqués le jour de l'enquête et type d'USP

Principal motif de passage dans la FS	Type d'USP				Total	
	Dispensaire		CMS		Effectif	
		Effectif		Effectif		
CPN	27.7	33	33.8	47	80	31.0
Accouchement	5.9	7	4.3	6	13	5.0
vaccination	17.6	21	2.9	4	25	9.7
PF	0.8	1	2.9	4	5	1.9
Consultation curative	43.7	52	48.9	68	120	46.5
Achat de médicaments sans consultation	0.8	1	1.4	2	3	1.2
Recevoir des résultats de Labo	-	0	2.2	3	3	1.2
Autre	3.4	4	3.6	5	9	3.5
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

II.1.2 - L'appréciation des structures sanitaires par les usagers

Cette appréciation a porté sur l'état des infrastructures, l'accueil et la qualité des services, les coûts des services et les prix des médicaments.

✚ Huit consultants sur dix disent que les bâtiments et les toilettes des USP sont en bon état et propres.

L'adéquation des bâtiments est jugée de manière très favorable par ceux qui fréquentent les centres de santé. En effet, 83% des patients interrogés considèrent que les bâtiments ont le mérite de pouvoir accueillir les patients et d'administrer des soins (Tableau II.8 et Graphique II.2). Une différence s'observe cependant entre les centres ayant reçu un appui poussé

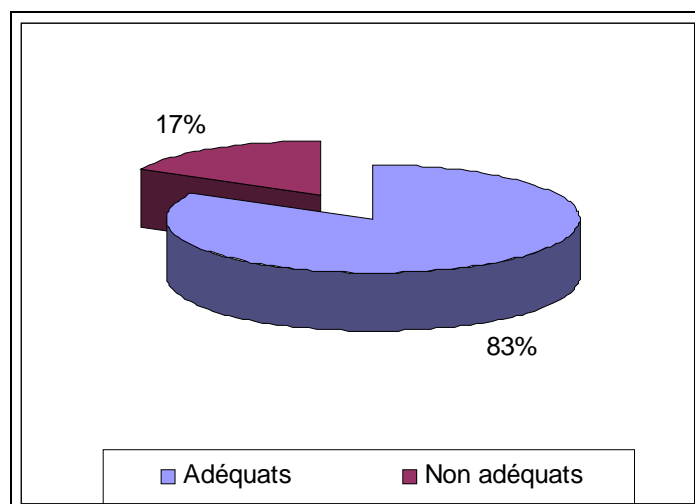
(93,1%) ceux ayant reçu un appui moyen (61,4%) avec $z= 5,6$ et $p= 0,0000$. Les centres les mieux appuyés sont par conséquent les plus adéquats. Cette observation vaut également pour la qualité des soins et services reçus puisque cette qualité est beaucoup plus appréciée dans les USP ayant reçu un appui poussé (61,7%) que dans celles ayant reçu un appui moyen (43,4%) avec $z= 2,1$ et $p= 0,0416$.

Tableau II.8 : Répartition des enquêtés selon l'appréciation de certains aspects des structures de soins et le niveau d'appui accordé à la formation sanitaire

Appréciation de certains aspects des structures de soins	Niveau d'appui				Total	
	Appui poussé		Appui moyen			
	%	Effectif	%	Effectif	Effectif	%
<i>Trouvez-vous que les bâtiments de soins du centre sont adéquats ?</i>						
Oui	93.1	163	61.4	51	214	82.9
Non	6.9	12	38.6	32	44	17.1
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Comment trouvez-vous la propreté du CS ?</i>						
Excellente	25.1	44			44	17.1
Bien	38.9	68	20.5	17	85	32.9
Acceptable	32.0	56	53.0	44	100	38.8
Mauvaise	4.0	7	26.5	22	29	11.2
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Comment trouvez-vous la propreté des toilettes ?</i>						
Excellente	9.1	16			16	6.2
Bien	25.7	45	13.3	11	56	21.7
Acceptable	19.4	34	24.1	20	54	20.9
Mauvaise	8.6	15	14.5	12	27	10.5
SO	37.1	65	48.2	40	105	40.7
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Comment trouvez-vous les soins ou services reçus dans ce CS ?</i>						
Excellente	12.6	22	3.6	3	25	9.7
Bien	61.7	108	43.4	36	144	55.8
Acceptable	25.1	44	50.6	42	86	33.3
Mauvais			2.4	2	2	.8
SO	.6	1			1	.4
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Graphique II.2 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur l'état des bâtiments



Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

En ce qui concerne la propreté du centre, 89% des enquêtés la trouvent bonne (excellente+bien+acceptable). Par ailleurs, 82% pensent que les toilettes sont en bon état ((excellente+bien+acceptable).

Tableau II.9 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la propreté du centre de soins

Appréciations de la propreté	Les toilettes		La FS	
	Effectif	%	Effectif	%
Excellente	16	10	44	17,1
Bien	56	37	85	32,9
Acceptable	54	35	100	38,8
Mauvaise	27	18	29	11,2
Total	153	100,0	258	100,0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

✚ La quasi-totalité des consultants enquêtés ont une bonne impression du personnel soignant.

Comme le montrent les tableaux 2 et 3 de l'annexe du chapitre II, pour 99,6% des patients, l'accueil du personnel soignant est bon et ses prestations de services sont de bonne qualité (88,8%)

✚ 85% des consultants jugent que les prix payés pour les soins et médicaments sont acceptables.

Il ressort des résultats du tableau II.10 que, dans les structures ayant un appui poussé, 61% des patients ont déclaré le jour de l'enquête que le personnel soignant les a bien accueillis. Cette proportion est de 47% dans les structures de soins ayant un appui moyen. La différence entre les deux pourcentages n'étant pas statistiquement significative, on en déduit que l'accueil du soignant est globalement bien perçue quel que soit le type d'appui.

On observe toutefois que dans le groupe des FS à appui moyen, un enquêté a déclaré qu'il a été mal accueilli le jour de l'interview. L'examen des tableaux II.11 et II.12 révèle que ce cas concerne le dispensaire de Sérégbé.

Tableau II.10 : Appréciation de l'accueil du personnel soignant selon le type d'appui

Appréciation de l'accueil du soignant	Niveau d appui				Total	
	Appui poussé		Appui moyen		Effectif	
		Effectif		Effectif		
Excellent	23.4	41	14.5	12	53	20.5
Bien	60.6	106	47.0	39	145	56.2
Acceptable	16.0	28	37.3	31	59	22.9
Mauvais			1.2	1	1	.4
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau II.11: Appréciation de l'accueil du personnel soignant selon le type d'USP

Appréciation de l'accueil du soignant	Type d'USP				Total	
	Dispensaire		CMS		Effectif	
		Effectif		Effectif		
Excellent	16.0	19	24.5	34	53	20.5
Bien	54.6	65	57.6	80	145	56.2
Acceptable	28.6	34	18.0	25	59	22.9
Mauvais	.8	1			1	.4
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau II.12 : Appréciation de l'accueil du personnel soignant selon la structure sanitaire

Nom de l'USP	Appréciation de l'accueil du soignant				Total
	Excellent	Bien	Acceptable	Mauvais	
Amoussou kopé		8	4		12
Hihéatro		7	2		9
Amou Oblo		9	3		12
Elavanyo	8	3			11
Hahomégbé	7	5			12
Wahala	2	9	1		12
Tététou	3	9			12
Adéta	5	8			13
Kpélé-Goudévé	6	5			11
Akata Agamé	3	9	1		13
Morétan	2	8			10
Nyamassila	2	11	4		17
Anié	1	9	2		12
Gléri	3	4	5		12
Agbonou	1	7	2		10
Atchinédji		5	7		12
Pallakoko	3	6	2		11
Bocco		5	5		10
Kougnohou		1	11		12
Sérégbéné			10	1	11
Bien-Etre	6	6			12
Solidarité	1	11			12
Effectif	53	145	59	1	258
%	20.5	56.2	22.9	.4	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

II.1.3- Connaissance et appréciation du forfait unique

Tableau II.13 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation du forfait unique et le type d'appui

Appréciation du forfait unique	Niveau d appui				Total	
	Appui poussé		Appui moyen		Effectif	%
	%	Effectif	%	Effectif		
<i>Etes-vous au courant du forfait unique (Montant unique que les femmes payent au moment des CPN) ?</i>						
Oui	16.6	29	32.5	27	56	21.7
Non	83.4	146	67.5	56	202	78.3
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0
<i>Que pensez-vous du tarif de forfait unique couvrant CPN et accouchement ?</i>						
Bonne solution	99.4	174	100.0	83	257	99.6
Mauvaise solution	.6	1			1	.4
Total	100.0	175	100.0	83	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Si, après explication des agents de collecte, la presque totalité des enquêtés (99,6%) considèrent que le forfait unique est une bonne solution, dans la réalité, près de 4 enquêtés sur 5 (78%) disent ne pas être au courant de l'existence de ce forfait (Tableau II.13).

Dans certaines USP, toutes les personnes interviewées le jour de l'enquête ont déclaré ne rien connaître de ce forfait unique (Tableau II.14).

En matière de connaissance du forfait unique, aucune différence significative ne s'observe entre les usagers des dispensaires et ceux des CMS (cf. tableau II. 15).

Par ailleurs, parmi les 56 enquêtés ayant déclaré connaître le tarif du forfait unique, peu (23 sur les 56) ont donné le montant exact, soit les 850 FCFA.

Tableau II.14 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation du forfait unique et la FS

Nom de l'USP	Etes-vous au courant du forfait unique (Montant unique que les femmes payent au moment des CPN) ?		Total	Que pensez-vous du tarif de forfait unique couvrant CPN et accouchement ?		Total
	Oui	Non		Bonne solution	Mauvaise solution	
Amoussou kopé		12	12	12		12
Hihéatro		9	9	9		9
Amou Oblo	1	11	12	12		12
Elavanyo	6	5	11	11		11
Hahomégbé	3	9	12	12		12
Wahala		12	12	12		12
Tététou	6	6	12	12		12
Adéta	3	10	13	13		13
Kpélé-Goudévé	4	7	11	11		11
Akata Agamé	6	7	13	13		13
Morétan	4	6	10	10		10
Nyamassila	8	9	17	17		17
Anié		12	12	12		12
Gléï	2	10	12	12		12
Agbonou		10	10	10		10
Atchinédji	1	11	12	12		12
Pallakoko	2	9	11	11		11
Bocco	1	9	10	10		10
Kougnohou	3	9	12	12		12
Sérégbéné	5	6	11	11		11
Bien-Etre		12	12	11	1	12
Solidarité	1	11	12	12		12
Effectif	56	202	258	257	1	258
Total	21.7	78.3	100.0	100.0		100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau II.15 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation du forfait unique et le type d'USP

Appréciation du forfait unique	Type d'USP				Total	
	Dispensaire		CMS			
	%	Effectif	%	Effectif	Effectif	%
<i>Etes-vous au courant du forfait unique (Montant unique que les femmes payent au moment des CPN) ?</i>						
Oui	26.9	32	17.3	24	56	21.7
Non	73.1	87	82.7	115	202	78.3
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0
<i>Que pensez-vous du tarif de forfait unique couvrant CPN et accouchement ?</i>						
Bonne solution	100.0	119	99.3	138	257	99.6
Mauvaise solution			.7	1	1	.4
Total	100.0	119	100.0	139	258	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

II.1.3 - Suggestions d'amélioration de l'offre de soins dans les USP

A la question « *Que recommandez-vous pour améliorer les soins et services offerts au niveau de ce centre de soins ?* », les propositions les plus ressorties sont :

- Rendre disponibles les médicaments (29%);
- Améliorer le plateau technique et l'équipement des FS (27%);
- Augmenter l'effectif du personnel soignant (26%);
- Diminuer les tarifs appliqués (26%);
- Améliorer l'accueil (18%).

Ce schéma change peu selon le type d'USP et le niveau d'appui.

II.2 - La fréquentation des hôpitaux

Rappelons que l'enquête dans les hôpitaux a concerné 64 cas d'hospitalisation collectés dans 5 hôpitaux de référence chirurgicale à savoir : Hôpital Béthesda d'Agou-Nyogbo, CHR d'Atakpamé, CHP de Kpalimé, Hôpital Baptiste Biblique de Kpélé-Tsiko et CHP de Notsè.

II.2.1 - Comment les consultants justifient-ils leurs décisions d'aller se faire soigner dans les centres de santé ?

Pour quels problèmes de santé la population recourt-elle aux hôpitaux ?

Les motifs d'hospitalisation sont variés et sont dominés par les soins aux femmes et aux enfants. Ainsi, sur les 64 cas d'hospitalisation, 38% sont dus aux maladies de l'enfant et 30% sont relatifs aux accouchements compliqués. Les interventions chirurgicales représentent 13% de l'ensemble des motifs d'hospitalisation dans les hôpitaux visités (Tableau II.20).

Aux CHP de Kpalimé et de Notsè, le principal motif d'hospitalisation le jour de l'enquête est relatif aux maladies de l'enfant, tandis qu'au CHR d'Atakpamé, ce sont surtout les accouchements compliqués.

Tableau II.20 : Effectif des usagers enquêtés par hôpital selon les principaux motifs de l'hospitalisation

Nom de l'hôpital	Quel a été le motif de l'hospitalisation ?						Total
	Souffrance fœtale	intervention chirurgicale	Accouchement simple	Accouchement compliqué	maladie de l'enfant	Autre	
Hôpital Béthesda		1	3	1	4	2	11
CHP Notsè	1		1	3	10		15
CHP Kpalimé	1	3	2	1	8		15
Hop Bapt. Kpélé-Tsiko	1	4		1	2		8
CHR Atakpamé	2			13			15
Total	Effectif	5	8	6	19	24	64
	%	7.8	12.5	9.4	29.7	37.5	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Un patient sur deux (47%) a été hospitalisé à la suite d'une référence par une USP, avec le plus souvent une fiche de référence de l'USP. Environ 33% des hospitalisations l'ont été via une consultation externe (Tableau II.21).

Par ailleurs, il ressort du même tableau qu'au CHP de Kpalimé, deux patients sur trois (10/15) ont été hospitalisés via une consultation externe. Par contre, au CHR d'Atakpamé et au CHP de Notsè avec respectivement 73% (11 patients sur 15) et 47% (7 sur 15), les hospitalisations ont été effectuées à la suite d'une référence par une USP.

Tableau II.21: Nombre d'enquêtés hospitalisés rencontrés le jour de l'enquête selon l'hôpital et la voie d'hospitalisation

Nom hôpital	Vous avez été hospitalisés via			Total
	consultation externe	urgence sans référence	référé par une USP	
	Effectif			
Hôpital Béthesda	7		4	11
CHP Notsè	3	5	7	15
CHP Kpalimé	10		5	15
Hop Bapt. Kpélé-Tsiko	1	4	3	8
CHR Atakpamé		4	11	15
Total	Effectif	21	13	30
	%	32.8	20.3	46.9

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Il ressort du tableau II.22 que dans l'ensemble 33% des personnes enquêtées dans les hôpitaux pouvaient bénéficier des mêmes soins dans une formation sanitaire proche de leurs domiciles. Environ la moitié des patients hospitalisés à l'hôpital Béthesda d'Agou, à l'hôpital Baptiste de Kpélé Tsiko et au CHR d'Atakpamé, ont déclaré qu'ils ont des FS plus proches de leurs domiciles où ils pouvaient bénéficier des mêmes soins.

Tableau II.22 : Répartition (effectifs) des enquêtés selon la possibilité de choix de la FS

Nom hôpital		Y a-t-il d'autres hôpitaux proches de votre maison où vous pourriez bénéficier des mêmes soins ?		Total
		oui	non	
Hôpital Béthesda		5	6	11
CHP Notsè		3	12	15
CHP Kpalimé		3	12	15
Hop Bapt. Kpélé-Tsiko		5	3	8
CHR Atakpamé		5	10	15
Total	Effectif	21	43	64
	%	32.8	67.2	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Les raisons du choix de la FS

Aux personnes qui ont été hospitalisées via une consultation externe ou une urgence sans référence, il a été demandé de dire pourquoi elles ont choisi¹⁷ cet hôpital plutôt qu'un autre pour y être hospitalisées. Il ressort du tableau II.23 que pour les patientes qui ont d'autres hôpitaux proches de leurs domiciles où elles pourraient bénéficier des mêmes soins mais qui ont choisi de venir dans cet hôpital, les critères de choix sont surtout la bonne qualité des services et des soins (67%) et dans une certaine mesure, le statut de référence de l'hôpital (20%), la disponibilité des médicaments (20%) et l'accueil du personnel soignant (20%).

¹⁷ Il faut préciser que les personnes qui ont été référées sont supposées ne pas avoir eu à faire le choix de leur lieu d'hospitalisation, la référence étant faite par une USP. Elles ne sont pas concernées par les raisons relatives au choix de la FS

Tableau II.23 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon les raisons du choix de la FS et la possibilité de se faire soigner ailleurs

Raisons du choix de la structure sanitaire pour se soigner	Y a-t-il d'autres hôpitaux proches de votre maison où vous pourriez bénéficier des mêmes soins ?				Total	
	Oui		Non		Effectif	%
	%	Effectif	%	Effectif		
<i>Hôpital de référence du district</i>						
Non	80.0	12	73.7	14	26	76.5
Oui	20.0	3	26.3	5	8	23.5
Total	100.0	15	100.0	19	34	100.0
<i>Les autres hôpitaux n'offrent pas les soins requis pour mes symptômes</i>						
Non	93.3	14	57.9	11	25	73.5
Oui	6.7	1	42.1	8	9	26.5
Total	100.0	15	100.0	19	34	100.0
<i>Les autres Hôpitaux sont de mauvaise qualité</i>						
Non	93.3	14	100.0	19	33	97.1
Oui	6.7	1			1	2.9
Total	100.0	15	100.0	19	34	100.0
<i>Bonne qualité des soins et des services</i>						
Non	33.3	5	31.6	6	11	32.4
Oui	66.7	10	68.4	13	23	67.6
Total	100.0	15	100.0	19	34	100.0
<i>Les médicaments sont toujours disponibles dans cet hôpital</i>						
Non	80.0	12	84.2	16	28	82.4
Oui	20.0	3	15.8	3	6	17.6
Total	100.0	15	100.0	19	34	100.0
<i>Le personnel de cet hôpital est accueillant et amical</i>						
Non	80.0	12	73.7	14	26	76.5
Oui	20.0	3	26.3	5	8	23.5
Total	100.0	15	100.0	19	34	100.0
<i>Les soins et les médicaments sont moins chers</i>						
Non	100.0	15	94.7	18	33	97.1
Oui			5.3	1	1	2.9
Total	100.0	15	100.0	19	34	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Parmi ces personnes qui ont la possibilité de bénéficier des mêmes soins ailleurs près de chez elles, quelles sont les raisons de leur choix selon la structure sanitaire où elles sont actuellement hospitalisées ?

Il ressort du tableau II.24 qu'à l'hôpital Béthesda d'Agou, au CHP de Notsè et à l'hôpital Baptiste de Kpélé Tsiko, c'est surtout la qualité des soins et services qui a motivé le choix. Au CHP de Notsè, la disponibilité permanente des médicaments a été évoquée comme élément ayant motivé le choix de la structure par les usagers hospitalisés.

Tableau II.24 : Répartition des enquêtés hospitalisés ayant la possibilité de se faire soigner ailleurs près de chez eux selon les raisons du choix et l'hôpital

Raisons du choix de la structure sanitaire pour se soigner		Nom hôpital										Total	
		Hôpital Béthesda		CHP Notsè		CHP Kpalimé		Hop Bapt. Kpélé-Tsiko		CHR Atakpamé		Effectif	
			Effectif		Effectif		Effectif		Effectif		Effectif		
Hôpital de référence du district	Non	100.0	3	100.0	3	66.7	2	100.0	4			12	80.0
	Oui					33.3	1			100.0	2	3	20.0
Total		100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0
Les autres hôpitaux n'offrent pas les soins requis pour mes symptômes	Non	100.0	3	100.0	3	66.7	2	100.0	4	100.0	2	14	93.3
	Oui					33.3	1					1	6.7
Total		100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0
Les autres Hôpitaux sont de mauvaise qualité	Non	100.0	3	100.0	3	100.0	3	75.0	3	100.0	2	14	93.3
	Oui							25.0	1			1	6.7
Total		100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0
Bonne qualité des soins et des services	Non					66.7	2	25.0	1	100.0	2	5	33.3
	Oui	100.0	3	100.0	3	33.3	1	75.0	3			10	66.7
Total		100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0
Les médicaments sont toujours disponibles dans cet hôpital	Non	100.0	3			100.0	3	100.0	4	100.0	2	12	80.0
	Oui			100.0	3							3	20.0
Total		100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0
Le personnel de cet hôpital est accueillant et amical	Non	100.0	3			100.0	3	100.0	4	100.0	2	12	80.0
	Oui			100.0	3							3	20.0
Total		100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0
Les soins et les médicaments sont moins chers	Non	100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0
	Oui												
Total		100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0	4	100.0	2	15	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

II.2.2 - Comment les personnes hospitalisées apprécient-elles les installations, l'accueil, le personnel soignant et les services reçus ?

Appréciation de l'accueil du personnel soignant

Les résultats du tableau II.25 montrent que l'accueil du personnel soignant a été jugé excellent, bien ou tout au moins acceptable par les personnes hospitalisées dans la quasi-totalité des hôpitaux sauf au CHR d'Atakpamé où 20% des patients hospitalisés ont déclaré que l'accueil du personnel soignant au cours de la période d'hospitalisation a été mauvais.

Tableau II.25 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation de l'accueil du personnel soignant au cours de l'hospitalisation

Nom hôpital		Comment a été l'accueil du personnel soignant au cours de l'hospitalisation ?				Total
		excellent	bien	acceptable	mauvais	
Hôpital Béthesda	%		81.8	18.2		100.0
	Effectif		9	2		11
CHP Notsè	%	40.0	53.3	6.7		100.0
	Effectif	6	8	1		15
CHP Kpalimé	%	6.7	80.0	13.3		100.0
	Effectif	1	12	2		15
Hop Bapt. Kpélé-Tsiko	%	50.0	50.0			100.0
	Effectif	4	4			8
CHR Atakpamé	%		53.3	26.7	20.0	100.0
	Effectif		8	4	3	15
Total	Effectif	11	41	9	3	64
	%	17.2	64.1	14.1	4.7	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Appréciation de l'état des bâtiments

Il ressort du tableau II.26 que dans l'ensemble, la grande majorité des usagers hospitalisés (95%) jugent les bâtiments de soins des hôpitaux adaptés. Seuls trois enquêtés (1 hospitalisé à l'hôpital d'Agou et 2 au CHR d'Atakpamé) trouvent que les bâtiments ne sont pas adaptés.

Tableau II.26 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation de l'état des bâtiments de soins

Nom hôpital		Trouvez-vous que les bâtiments de soins de l'hôpital sont adaptés ?		Total
		oui	non	
Hôpital Béthesda	%	90.9	9.1	100.0
	Effectif	10	1	11
CHP Notsè	%	100.0		100.0
	Effectif	15		15
CHP Kpalimé	%	100.0		100.0
	Effectif	15		15
Hop Bapt. Kpélé-Tsiko	%	100.0		100.0
	Effectif	8		8
CHR Atakpamé	%	86.7	13.3	100.0
	Effectif	13	2	15
Total	Effectif	61	3	64
	%	95.3	4.7	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Appréciation de la propreté des salles

A travers les résultats consignés dans le tableau II.27, on note que 11% des enquêtés trouvent la propreté des salles excellente et 51% la trouvent bien.

Tableau II.27 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation la propreté des salles de soins

Nom hôpital		Comment trouvez-vous la propreté des salles ?				Total
		Excellent	Bien	Acceptable	Mauvais	
Hôpital Béthesda	%		63.6	27.3	9.1	100.0
	Effectif		7	3	1	11
CHP Notsè	%	20.0	80.0			100.0
	Effectif	3	12			15
CHP Kpalimé	%		66.7	20.0	13.3	100.0
	Effectif		10	3	2	15
Hop Bapt. Kpélé-Tsiko	%	50.0	50.0			100.0
	Effectif	4	4			8
CHR Atakpamé	%				100.0	100.0
	Effectif				15	15
Total	Effectif	7	33	6	18	64
	%	10.9	51.6	9.4	28.1	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Cependant, une proportion non négligeable (28%) déclare que les salles ne sont pas du tout propres. Cette appréciation est donnée par la totalité des enquêtés du CHR d'Atakpamé (Tableau II.27).

Appréciation de la propreté des toilettes

Si dans l'ensemble, environ un usager sur deux (53%) pense que les toilettes des FS sont dans un état au moins acceptable (1,6% pour excellent état, 20,3 % pour bon état et 31,3% pour état acceptable), 44% trouvent que les toilettes des FS où ils sont hospitalisés sont dans un mauvais état (Tableau II.28). Comme pour les salles d'hospitalisation, c'est la totalité des enquêtés du CHR d'Atakpamé qui considère que les toilettes de cette FS sont en mauvais état.

Tableau II.28 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation de la propreté des toilettes

Nom hôpital		Comment trouvez-vous la propreté des toilettes ?					Total
		Excellent	Bien	Acceptable	Mauvais	SO	
Hôpital Béthesda	%		36.4	27.3	36.4		100.0
	Effectif		4	3	4		11
CHP Notsè	%	6.7	20.0	73.3			100.0
	Effectif	1	3	11			15
CHP Kpalimé	%			26.7	60.0	13.3	100.0
	Effectif			4	9	2	15
Hop Bapt. Kpélé-Tsiko	%		75.0	25.0			100.0
	Effectif		6	2			8
CHR Atakpamé	%				100.0		100.0
	Effectif				15		15
Total	Effectif	1	13	20	28	2	64
	%	1.6	20.3	31.3	43.8	3.1	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Appréciation des services et soins reçus

Tableau II.29 : Répartition des enquêtés hospitalisés selon l'hôpital et l'appréciation des soins et services reçus

Nom hôpital		Comment trouvez-vous les soins ou services reçus dans cet hôpital ?				Total
		Excellent	Bien	Acceptable	Mauvais	
Hôpital Béthesda	%	9.1	63.6	27.3		100.0
	Effectif	1	7	3		11
CHP Notsè	%	6.7	60.0	33.3		100.0
	Effectif	1	9	5		15
CHP Kpalimé	%		60.0	40.0		100.0
	Effectif		9	6		15
Hop. Kpélé-Tsiko	%	50.0	50.0			100.0
	Effectif	4	4			8
CHR Atakpamé	%		66.7	26.7	6.7	100.0
	Effectif		10	4	1	15
Total	Effectif	6	39	18	1	64
	%	9.4	60.9	28.1	1.6	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Des résultats consignés dans le tableau II.29, il ressort qu'environ 3 enquêtés sur 5 (61%) trouvent les soins et services reçus bien et 28% les trouvent acceptables. Une faible proportion (2%) juge ces soins et services mauvais. Il faut également signaler que les

enquêtés de Kpélé Tsiko ont une appréciation très positive de la situation (50% pour l'excellence et 50% pour la note « Bien »).

II.2.3 - Quelles suggestions font les personnes hospitalisées pour améliorer les services et les prestations de soins ?

Il a été demandé aux personnes interviewées de citer les aspects des soins et services qu'elles pensent que l'on pourrait améliorer dans les FS où elles sont hospitalisées.

Bien que peu de personnes enquêtées (11%) aient jugé la durée d'attente trop longue, des propositions sont allées dans le sens de son amélioration. Ainsi, selon le tableau II.30, environ une personne sur quatre (27%) pense que le temps d'attente constitue un facteur à améliorer. Quant à l'accueil du personnel, une proportion de 30% souhaite son amélioration. Cette proportion est portée à 28% en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments. C'est surtout au niveau des tarifs que les enquêtés sont en proportion plus élevée (53%) à souhaiter une diminution. On n'observe pas de différence significative selon le niveau d'appui ni l'hôpital.

Tableau II.30 : Répartition des enquêtés selon les aspects à améliorer pour les prestations de soins et un prochain retour dans la formation sanitaire

Aspects à améliorer	Reviendriez-vous encore dans cet hôpital pour des soins ?				Total	
	Oui		Non		Effectif	
		Effectif		Effectif		
Temps d attente						
Non	79.3	46	16.7	1	47	73.4
oui	20.7	12	83.3	5	17	26.6
Total	100.0	58	100.0	6	64	100.0
Accueil du personnel						
Non	74.1	43	33.3	2	45	70.3
oui	25.9	15	66.7	4	19	29.7
Total	100.0	58	100.0	6	64	100.0
Soins						
Non	79.3	46	83.3	5	51	79.7
oui	20.7	12	16.7	1	13	20.3
Total	100.0	58	100.0	6	64	100.0
Disponibilité médicaments						
Non	70.7	41	83.3	5	46	71.9
oui	29.3	17	16.7	1	18	28.1
Total	100.0	58	100.0	6	64	100.0
Tarifs						
Non	46.6	27	50.0	3	30	46.9
oui	53.4	31	50.0	3	34	53.1
Total	100.0	58	100.0	6	64	100.0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

En résumé, les propositions d'amélioration formulées par les personnes hospitalisées portent essentiellement sur la nécessité de :

- Rendre disponibles et accessibles les médicaments (73,5%) ;
- Améliorer l'équipement de l'hôpital (28,1%);
- Améliorer l'accueil (14,1%);

- Agrandir les salles d'hospitalisation (3,1%);
- Sensibiliser la population (3,1%);
- Disposer d'un laboratoire et de personnel spécialisé (3,1%);
- Augmenter l'effectif du personnel (1,6%).

*

*

*

A travers ce chapitre, il a été question d'apprécier la relation entre les usagers et le système de soins. Les résultats ont montré que, aussi bien pour les USP que pour les hôpitaux, la proximité et la qualité des soins offerts constituent les principaux facteurs de motivation à la fréquentation des FS.

En ce qui concerne l'appréciation des services reçus, les avis sont presque identiques aussi bien au niveau des USP que des hôpitaux. De manière générale, que ce soit au niveau de l'appréciation des bâtiments ou des prestations de soins, l'appréciation est bonne même si elle est encore loin d'être l'idéale. Par contre les avis divergent en ce qui concerne les tarifs de prestations des soins et les prix des médicaments. Si une grande partie de ceux qui fréquentent les USP les trouvent abordables, ceux qui fréquentent les hôpitaux les jugent assez élevés et estiment qu'ils constituent les principales raisons de la faible fréquentation des centres hospitaliers.

Afin d'améliorer la fréquentation des FS, les usagers suggèrent d'accorder une attention particulière à la dotation des plateaux techniques notamment au niveau des USP, de réviser à la baisse les tarifs des prestations de service et les prix des médicaments au niveau des hôpitaux et de veiller à assurer leur disponibilité.

Si les résultats qui sont présentés dans ce chapitre reflètent l'avis des usagers des centres, voyons dans le chapitre qui suit, comment les membres des communautés justifient la faible fréquentation des formations sanitaires.

CHAPITRE III

LA RELATION « COMMUNAUTÉS – SYSTEME DE SOINS » DANS LA REGION DES PLATEAUX

Ce chapitre éclaire sur les rapports qu'entretiennent les bénéficiaires des services de santé vis-à-vis du système de soins. Il se fonde sur l'analyse des données textuelles recueillies lors des discussions de groupes avec les membres des communautés de la dite région et s'articule autour de deux principaux axes. Le premier présente les explications des freins au recours aux soins curatifs et à l'accouchement. De façon plus spécifique, il s'agit dans ce volet de répondre aux questions suivantes :

La faible fréquentation des centres de santé est-elle liée aux représentations sociales des problèmes de santé dans les communautés concernées ? Quelles différences observe-t-on entre groupes d'hommes et groupes de femmes ?

La faible fréquentation des centres de santé tire-t-elle une partie de son explication des itinéraires thérapeutiques qui n'accorderaient qu'une importance secondaire aux soins médicaux ?

Le problème de la faible fréquentation des centres de santé n'est-il pas lié à l'image que renvoient ces centres dans la perception de la population ? Quelle différence observe-t-on entre les perceptions de femmes et d'hommes ; entre communautés dont les formations sanitaires sont performantes et celles dont les FS sont peu performantes ? Quel rapprochement peut-on faire entre les résultats relatifs à l'accueil, à la qualité des soins et services et aux coûts des prestations entre le volet quantitatif et le volet qualitatif ?

Le problème de la faible fréquentation des centres de santé est-il imputable à une insuffisance de sensibilisation de la population ?

Au second niveau de son développement, ce chapitre rend compte des attentes des populations par rapport aux centres de santé à travers la question suivante : Quelles améliorations la population suggère-t-elle de mettre en œuvre au niveau des centres de santé pour les rendre plus fréquentables ? Ces suggestions divergent-elles de celles relevées dans le volet quantitatif ?

Toutes ces questions ont été documentées à travers huit focus groups réalisés dans les communautés.

III.1 - Les raisons de la faible fréquentation des centres de santé

La faible fréquentation des centres de santé tient-elle à un problème de représentations sociales des maladies, d'itinéraires thérapeutiques spécifiques, de perception sur les formations sanitaires ou d'insuffisance de sensibilisation des populations ?

III.1 1 - Représentations sociales des problèmes de santé et fréquentation des formations sanitaires

Le sens que les individus donnent à la maladie dans leurs vies quotidiennes, les contextes socioculturel et historique influencent considérablement leurs idées et leurs actions en ce qui concerne la gestion de la maladie. La faible utilisation des formations sanitaires peut être appréhendée à travers un tel phénomène. Il est ressorti à travers les groupes de discussion réalisés au sein des communautés, que les affections relatives aux enfants, aux adultes (paludisme, toux, diarrhée etc.) et même les IST/VIH/sida, peuvent avoir des causes naturelles ou surnaturelles. Les premiers symptômes de ces affections sont souvent perçus comme les signes d'une maladie de causes naturelles. Cependant, la chronicité des maladies considérées au début comme naturelles ou la résistance aux différents traitements, amènent les individus à leur attribuer une cause surnaturelle, manifestations d'envoûtements ou de malédictions. Les propos qui suivent, illustrent bien cette perception : « *Disons-nous la vérité. Quand parfois nos enfants viennent au monde, un, deux, trois quatre mois après, l'enfant souffre... On fait en vain ; mais quand nous consultons les charlatans ils nous démontrent que peut être c'est un garçon qui fut un chasseur. Là on nous demande de faire une libation et l'enfant peut recouvrer sa santé...G07 HKOUGNV* » ou encore, «... *si ça ne va pas... on cherche les causes chez le charlatan... Ces maladies sont traitées par des initiés en la matière. Ce sont ces initiés qui envoûtent les gens et sont les seuls capables de traiter ces maladies G04 HHAHOEV* ».

Si ces propos témoignent de la prégnance des représentations culturelles de la maladie dans les communautés de l'étude et expliquent une part importante des itinéraires thérapeutiques, ils sont plus perceptibles chez les groupes femmes (cf tableau III.1). En effet, sur les 4 groupes qui attribuent des causes surnaturelles au paludisme chronique, 3 sont des groupes de femmes. De même, 2 groupes sur 3 ayant attribué des causes surnaturelles au VIH/sida sont des groupes de femmes.

Tableau III.1 : Maladies associées à des causes surnaturelles selon le sexe des discutants et le niveau de performance de la formation sanitaire de la communauté

Maladies	Nombre de groupes	Sexe des discutants	Niveau de performance de la FS
Paludisme (chronique)	4	1 groupe d'hommes 3 groupes de femmes	2 performants ; 2 Peu performants
IST/SIDA	3	1 groupe d'hommes 2 groupes de femmes	2 performants ; 1 Peu performant
Autres affections relatives aux adultes (Tuberculose, épilepsie, etc.)	4	1 groupe d'hommes 3 groupes de femmes	2 Peu performants ; 2 performants
Autres affections relatives aux enfants (Convulsions, fièvre typhoïde, etc.)	5	2 groupes de femmes 3 groupes d'hommes	3 Peu performants ; 2 performants

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

III.1 2 - Itinéraires thérapeutiques et fréquentation des formations sanitaires

Dans un contexte où l'influence de la tradition fait encore croire que certaines maladies ne relèvent pas du domaine de la médecine moderne, comment se présentent les parcours thérapeutiques ?

Il ressort des propos suivants que pour les maladies attribuées à des causes naturelles, l'automédication associée à l'utilisation des plantes médicinales constituent le premier recours aux soins :

« *C'est difficile de trouver de l'argent pour aller soigner ton enfant dans un centre de santé, les coûts des médicaments étant chers. Même pour en emprunter, c'est difficile. Alors que si on prend 50 F, on peut acheter des médicaments au bord de la route pour que l'enfant soit soulagé* **G05 FHIHEEV** ».

« *Beaucoup de personnes lorsqu'elles tombent malades, ils essayent d'abord de faire la combinaison de plusieurs médicaments achetés au bord de la route pour se soigner. Lorsque plusieurs jours passent et que la maladie perdure, elles vont essayer d'aller au dispensaire* **G06 FADETEV** » ;

« *Pour le paludisme, on prépare des tisanes à la maison...Nos parents nous indiquent d'aller chercher telle ou telles plantes, pour se traiter* **G03 HATCHEV** » ;

« *Avant d'aller à l'hôpital ou au dispensaire, des gens disent qu'il faut acheter du Paracétamol, de la Nivaquine ou la Chloroquine pour donner à cette personne d'abord Comme souvent, le Paludisme est précédé de maux de tête et de constipation, alors on essaye avec le paracétamol acheté au bord de la route* **G06 FADETEV** ».

L'échec du premier traitement justifie généralement le recours à la médecine moderne.

«... *Celui qui connaît les plantes, les utilise. Celui qui ne connaît pas les plantes achète des produits chez les bonnes femmes pour se soulager. C'est lorsque ça ne va toujours pas qu'on cherche à recourir à un centre de santé* **G05 FHIHEEV** ».

Lorsque le traitement au niveau de la médecine moderne ne donne pas satisfaction, les maladies sont attribuées à des causes surnaturelles et les recours ultérieurs sont fonction des croyances religieuses. Ceux qui croient aux religions traditionnelles recourent généralement aux guérisseurs. Les lieux de prières constituent les principaux recours des adeptes de religions importées. C'est du moins ce qui ressort des propos qui suivent :

« *Vous savez, pour ces maladies, même lorsque vous recourez à la médecine moderne, les analyses ne montrent jamais rien. Comme ce sont les effets des esprits mauvais, les médecins diront qu'ils n'ont rien vu. Pourtant, tu souffres. C'est soit la prière pour les chrétiens, les charlatans ou les guérisseurs pour les autres, qui sauvent dans ce cas* **G05 FHIHEEV** » ;

« *...Si on constate aussi que ça dépasse la médecine moderne on va chez les herboristes guérisseurs* **G03 HATCHEV** ».

Ce schéma d'itinéraire thérapeutique s'observe aussi bien pour les maladies d'adultes que pour celles des enfants et atteste du fait que la formation sanitaire ne constitue pas un recours spontané en cas de problèmes de santé dans la région.

III.1 3 - Perception des formations sanitaires et utilisation des services

La bonne qualité des soins et notamment celle perçue par les usagers est un facteur d'attraction des populations vers les centres de santé. Qu'en est-il de ce constat dans la Région des Plateaux ? Comment la population apprécie-t-elle l'accueil et les temps d'attente

dans les centres de santé ? Perçoit-elle les centres de santé comme des lieux suffisamment attrayants ? Que pense-t-elle du personnel soignant et de la qualité de ses prestations de services ? Quel est son jugement sur le coût des services de soins ? Quel rapprochement peut-on faire entre les résultats du volet quantitatif et ceux du volet qualitatif par rapport à ces questionnements ?

- **La durée d'attente**

La durée d'attente longue est mentionnée par les populations comme un motif de non satisfaction des services offerts (l'ensemble des 8 groupes). L'insuffisance de places assises, l'attente sous le soleil, la nonchalance du personnel soignant, les injustices dues au non respect de l'ordre d'arrivée, ... sont autant d'expressions utilisées lors des discussions pour rendre compte de cette appréciation. Les affirmations ci-après synthétisent bien la perception sur la durée d'attente :

*« Pour faire la vaccination, nous attendons longtemps. Pour la CPN, c'est pareil des fois... Le matériel de la maternité, le tensiomètre par exemple est utilisé par les infirmiers si bien que lorsqu'un malade arrive, ceux-ci viennent prendre l'appareil. La femme qui est entrain d'être consultée à la maternité est obligée d'attendre que l'appareil soit libéré de l'autre côté. Si cette nouvelle consultation doit durer, nous attendons... Des fois, nous attendons là-bas plusieurs heures et on nous informe que nous ne pouvons plus bénéficier de certains services parce que le soleil est trop brillant. Ils nous demandent donc de partir et de revenir un autre jour. Tout cela est dû à l'insuffisance de matériel et de personnel **G05 FHIHEEV** » ;*

*« L'attente est trop longue. Il arrive même que les gens partent sans être reçus **G02 HAMKONE** ».*

Cette appréciation négative de la durée d'attente dans les FS contraste avec les résultats obtenus à ce sujet dans le volet quantitatif. Les données recueillies auprès des usagers montrent en effet que ceux-ci sont, globalement plutôt satisfaits de la durée d'attente (66% la jugent acceptable). Ce clivage se comprend dans la mesure où les usagers ont été interrogés au sortir des consultations dans les formations sanitaires, ce qui conditionne un peu leur liberté d'expression. Par ailleurs, on comprend que les usagers des FS aient des avis moins tranchés que les membres de la communauté au sujet des centres de santé.

- **La qualité des soins et services reçus**

Une composante de la qualité des soins est la compétence technique du personnel soignant. La qualité des soins et services a été déplorée dans la plupart des groupes de discussions (5 groupes sur 8). Les verbatim suivants font bien percevoir ce jugement :

*« L'accoucheuse n'a pas les aptitudes de son travail. Elle abandonne très vite devant une petite complication. Or, ce problème se règle facilement ailleurs. Je suis désolé. C'est pour cette raison que les femmes préfèrent accoucher ailleurs ou à la maison avec l'utilisation de certaines plantes et herbes **G03 HATCHEV** » ;*

*« ..., on te prescrit des médicaments que tu utilises sans succès. Certaines fois, au moment de l'accouchement, les accoucheuses abandonnent les femmes sur la table et causent tranquillement entre elles ou regardent la télé. Celles-ci les appellent en vain jusqu'à ce qu'elles poussent et que l'enfant sorte de lui-même. Des fois, il arrive que l'enfant tombe et meurt et elles commencent par insulter la femme. C'est trop fréquent ici... **G05 FHIHEEV** ».*

Ce sont surtout les femmes qui portent ce jugement défavorable sur la qualité des soins et services (4 groupes femmes et 1 groupe d'hommes) puisqu'elles sont les principales victimes des mauvais traitements en matière de soins et services dans les formations sanitaires.

Par contraste avec ce résultat, l'enquête dans les FS révèle que la majorité des usagers (88,8%) apprécient positivement la qualité des soins et services. Les raisons invoquées par rapport à la durée d'attente, expliquent probablement cette opposition.

- **Les coûts des prestations**

Le niveau de tarification des services et celui des prix des médicaments affectent la fréquentation des formations sanitaires. Ils agissent négativement sur la demande de soins et conduisent les populations à privilégier le recours à l'automédication et à la thérapie traditionnelle. La plupart des groupes (6 groupes sur 8) considèrent que la tarification des soins et services est élevée. La citation suivante illustre ce résultat : « *Nos hôpitaux publics, sont chers en commençant par notre USP que nous fréquentons malgré nous à cause de sa proximité. Même si la femme accouche à l'entrée du centre de santé, on lui soutire au moins 7000 F CFA. On a tendance à aller à Tsiko où les produits sont moins coûteux et le travail est efficace. C'est pour cette raison qu'on dépasse le CHR d'Atakpamé pour aller à Tsiko car lorsqu'on dépense 10.000 F à Atakpamé, c'est 2000 à 5000 FCFA à Tsiko. La raison principale est financière ...* **G03 HATCHEV** ».

- **La disponibilité des médicaments**

L'une des composantes unanimement reconnue de la qualité des soins est la disponibilité en médicaments. Dans le domaine de l'approvisionnement en Médicaments Essentiels Génériques (MEG), des dépôts de médicaments existent dans pratiquement tous les centres de santé de la Région des Plateaux. Cependant, des dysfonctionnements importants relevés tant au sein des comités de gestion qu'au niveau du système central d'approvisionnement entravent la disponibilité permanente des MEG dans les structures de soins périphériques.

De ce fait, les populations (5 groupes sur 8), déplorent les ruptures fréquentes des médicaments dans les centres de santé. Selon elles, ces ruptures sont dues à une mauvaise gestion du stock et à un défaut d'approvisionnement au dépôt répartiteur. Une telle situation conduit nombre de personnes à l'automédication et à l'achat des médicaments non contrôlés.

« *... les dames qui vendent les médicaments au marché n'ont rien à envier aux pharmacies puisqu'elles disposent de tous les produits, tout, et moins cher en plus. Lorsqu'on te prescrit des médicaments que la pharmacie n'a pas, ce qui arrive très souvent d'ailleurs, les bonnes femmes te vendent ça au marché... C'est même pour cela que très souvent, on va directement chez elles...* **G07 HKOUGNV** ».

Les ruptures de stock de médicaments sont surtout relevées au niveau des groupes de discussions réalisés dans les communautés dont les formations sanitaires ont bénéficié d'un appui moins poussé (3 groupes sur 3 ayant bénéficié d'appuis moyens contre 2 groupes sur 5 ayant bénéficié d'appuis poussés). Ce résultat indiquerait que l'appui du projet a un effet bénéfique sur la disponibilité des stocks de médicaments dans les centres.

- **L'accueil du personnel**

L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne sont autant d'éléments de la qualité perçue par les usagers. Tous ces éléments conditionnent l'utilisation

des services de soins au premier niveau que ce soit pour les soins curatifs ou préventifs. L'accueil a été jugé globalement satisfaisant dans la plupart des groupes (6 groupes sur 8) comme en témoigne le verbatim suivant : *«...nous sommes satisfaits Par exemple quand mon enfant était malade j'ai été bien accueilli et même après ils nous référé à Elavagnon. A notre retour ils se sont approchés de nous pour savoir les soins qui ont été fait là bas et ensuite ils se sont informés de savoir s'il y a les injections il faut vite venir le faire. Ils nous donnent la joie G08 FNYAMNV».*

Toutefois, cet accueil a été déploré dans deux groupes et c'est surtout la désinvolture du personnel soignant qui a été mise en index comme cela transparaît dans les propos suivants :

« Lorsqu'on arrive au centre de santé, devant tout le monde comme ça, ils te demandent ce que tu as et quand tu hésites à parler, ils te disent de rester là et t'abandonnent pendant un long moment G05 FHIHEEV » ;

« L'infirmier lui, écoute ce que les villageois racontent sur lui et accueille mal. Parfois quand il arrive, il ne salue même pas les patients avant de rentrer dans son bureau G02 HAMKONE ».

- **Etat de l'infrastructure**

Dans 4 des 8 groupes, l'état des infrastructures est jugé globalement satisfaisant. Ce résultat se rapproche de ceux du volet quantitatif où 83% des usagers estiment que les bâtiments et les toilettes des USP sont en bon état et propres. Toutefois, dans les groupes qui déplorent l'état de délabrement de leurs formations sanitaires (Atchinédji, Nyamassila, Kougnohou et Amoussoukopé), l'accent est surtout mis sur l'absence de points d'eau et le manque d'entretien des infrastructures. Les propos qui suivent illustrent cet état de faits : *« Notre USP n'a plus de porte et n'est point balayée. Les murs des toilettes sont tombés. Il n'y a plus d'eau potable ni de robinet et ce sont les accompagnants des malades qui apportent de l'eau pour les services du centre G03 HATCHEV » ;*

« Les salles d'accouchement sont restreintes. Tout est sale et en mauvais état. Ce qui fait qu'après accouchement on ne dure pas dans le centre. On cherche à rentrer le plus tôt possible G08 FNYAMNV ».

- **Les croyances culturelles**

La persistance de certains tabous empêche les femmes de recourir aisément aux formations sanitaires (3 groupes sur 8). Cela transparaît dans les déclarations qui suivent :

« Certaines femmes n'aiment pas être assistées par le major car quand l'accouchement devient laborieux la matrone est aidée par lui...Des fois si la matrone n'est pas de garde c'est le major seul qui assure la permanence donc certaines femmes préfèrent accoucher à la maison ou aller ailleurs Chez nous un autre homme n'a pas le droit de voir la nudité d'une femme d'autrui ce qui fait que nos époux n'acceptent pas qu'on aille accoucher au dispensaire G01 FTETENV » ;

« On préfère accoucher à la maison avec l'utilisation de certaines plantes et herbes G03 HATCHEV ».

Par ailleurs, le souci de bénéficier de l'assistance d'une parente expérimentée amène certaines femmes à se rendre dans la localité où vivent leurs belles-mères ou leurs mères pour accoucher : *« ...Parfois les femmes partent chez leur belle mère pour accoucher ou partent accoucher dans un autre centre G02 HAMKONV » ;*

- **L'accessibilité géographique**

La couverture en infrastructures est globalement insuffisante. Les zones rurales et surtout celles qui sont encore éloignées, demeurent faiblement couvertes en infrastructures, ce qui en limite la fréquentation des formations sanitaires. L'ignorance du jour de l'accouchement, la distance du centre de santé par rapport au domicile de la femme enceinte constituent d'autres freins à cette fréquentation : *« Les femmes n'y viennent pas pour accoucher parce que surprises par l'accouchement. Dès fois, le temps d'arriver au dispensaire, elles accouchent en chemin. C'est dû à la distance trop longue qui sépare leurs domiciles du centre de santé G07 HKOUGNV ».*

« ...Dans certains cas, lorsque la personne réside dans un village éloigné et ne se lève pas à temps, elle peut accoucher à la maison aidée par certaines personnes. C'est seulement du secours circonstanciel qu'on lui porte au dispensaire G06 FADETEV » ;

« ...certaines sont surprises par l'accouchement ; elles accouchent en chemin ou bien à la maison parce qu'elles ne sont pas expérimentées. Donc surprises, elles accouchent chez elles. ...G07 HKOUGNV ».

L'accessibilité géographique comme entrave à l'utilisation des formations sanitaires a été surtout soulignée dans 3 groupes dont 2 dans les communautés dont les formations sanitaires sont identifiées comme peu performantes et 1 dans les communautés dont les formations sanitaires sont identifiées comme performantes.

III.1 4 - Sensibilisation des populations et fréquentation des formations sanitaires

Le problème de la faible fréquentation des centres de santé est-il imputable à une insuffisance de sensibilisation de la population ? Renvoie-t-il à un déficit de communication entre les relais communautaires (COGES/ASC/COSAN) et la population ? Ces relais communautaires sont-ils connus de la population ? Jouent-ils convenablement leur rôle de courroie de transmission entre les centres de santé et la population ? Quels jugements la population porte-t-elle sur leurs activités au sein des communautés?

Les groupes reconnaissent tous l'existence d'individus ayant un rôle particulier dans la promotion de la santé au sein de leurs communautés. Selon leurs propos, les activités menées par ces personnes concernent entre autres, les campagnes de vaccination, les sensibilisations sur l'importance de la CPN, sur les maladies des enfants et celles des adultes et les moyens de se protéger, sur l'hygiène et l'assainissement : *« il y a des gens qui circulent de maison en maison pour sensibiliser les femmes à faire venir leurs enfants au dispensaire et à éviter des achats de médicaments au bord de la route. Ils donnent des conseils sur la protection des aliments pour éviter la contamination des mouches sur les aliments et comment protéger les toilettes et sur l'utilisation des préservatifs G08 FNYAMNV ».*

Un paradoxe subsiste cependant. Comment se fait-il qu'une information aussi importante que l'unification et la baisse des tarifs de CPN et d'accouchement, portés désormais à 850 F CFA, ne soit pas connue par les populations ?

Les COGES ont-ils été mandatés pour diffuser cette information ? Si oui, l'ont-ils effectivement fait ? Le moins qu'on puisse en dire est que les populations n'ont que peu d'informations sur ce forfait unique (tous les groupes):

« ...On n'en sait rien. Nous ne sommes pas informés du forfait unique. Même le comité ne nous a pas informés sur le changement du montant et nous continuons de payer les accouchements. Nous sommes des pères de familles et nous payons plus que ce forfait unique lors des accouchements G03 HATCHEV » ;

« *C'est les coûts élevés d'accouchement qui font que les gens ne vont pas accoucher dans une structure de soins. Les coûts sont trop élevés et ça fait fuir les gens. Si tu n'a pas d'argent et que tu t'y rends, on ne s'occupera même pas de toi... Pour ces raisons de coûts, il y en a qui font les consultations prénatales mais qui cherchent à accoucher là où c'est moins cher* **G05 FHIHEEV** ».

Ces propos conduisent à se demander si le rôle de courroie de transmission des COGES est effectif. Certaines affirmations permettent d'en douter car si les communautés disent bénéficier des activités des organisations à base communautaire, elles déplorent en revanche ne pas être suffisamment consultées au sujet des actions prioritaires à mener dans leurs milieux : « *...Jamais. Ils viennent au marché le jour du marché, pour nous parler mais on ne demande jamais notre avis* **G05 FHIHEEV** » ;

« *La communauté n'est pas consultée... Même si tu te pointes, on te renvoie et on te dit que tu n'es pas membre du comité...* **G03 HATCHEV** ».

D'autre part, le déficit de communication entre les COGES et la population a été déploré dans tous les groupes:

« *Le comité ne fait pas de réunions avec la population* **G03 HATCHEV** ».

Quels jugements les populations portent-elles alors sur leurs activités ? Dans un groupe de discussion (Amoussou kopé) les rapports conflictuels entre les membres des COGES ont été mentionnés :

« *ils s'accusent mutuellement à leurs réunions. Ils ne respectent pas leur responsable et ne font pas leurs travaux comme il le faut* **G02 HAMKONE** ».

Cette frustration des populations laisse croire qu'elles ont des choses à dire sur le fonctionnement de leurs centres de santé. C'est ce que nous allons aborder à travers la section suivante.

III.2 - Les attentes des populations par rapport aux centres de santé

Quels sont les souhaits de la population quant à la structure, l'organisation et le fonctionnement des centres de santé ?

- ***En ce qui concerne le personnel soignant***

Afin que les centres de santé réservent un bon accueil à leurs clients, assurent des prestations de qualité et respectent la confidentialité et l'intimité, les populations (4 groupes dont 3 d'hommes) suggèrent d'augmenter l'effectif du personnel soignant et d'améliorer son professionnalisme :

« *Il n'y a pas de personnel qualifié, une personne est insuffisante ; au cas où elle est absente, le dispensaire est vide. Imaginez !... Il faut recruter d'autres agents de santé* **G04 HHAHOEV** » ;

« *... aussi sensibiliser le personnel de santé sur l'accueil et la qualité du travail pour améliorer ce qu'on observe dans le centre de santé ...* **G08 FNYAMNV** ».

- ***En ce qui concerne la dotation en ressources du centre***

A ce niveau, les suggestions des populations concernent l'amélioration du plateau technique, la mise en place de laboratoires d'analyses et les dotations d'ambulances pour rendre faciles

les références (4 groupes), l'augmentation du nombre de lits dans les salles d'hospitalisation et dans les maternités en l'occurrence (2 groupes), l'électrification des formations sanitaires en vue de mieux conserver les vaccins (2 groupes), la mise en place de points d'eau (2 groupes) et l'augmentation des places assises pour rendre facile l'attente (2 groupes). Ces quelques verbatim illustrent certaines de ces propositions :

« *il faut un assistant et un autre infirmier bien outillés, une ambulance, une pharmacie bien équipée en médicaments, un laboratoire d'analyse. Il faut également réparer le frigidaire pour conserver les médicaments* **G02 HAMKONV** » ;

« *Il nous faut une ambulance pour évacuer nos malades. Sinon vu l'état de nos routes avec des malades sur moto, c'est écœurant ! Bien que notre localité soit un canton, le centre de santé est insignifiant. Donc il faut l'aménager et créer une vraie maternité avec les agents compétents pour que les gens puissent venir* **G03 HATCHEV** ».

- ***En ce qui concerne les tarifs des prestations et les prix des médicaments***

Pour les populations, il s'agit également de réduire les coûts de soins (2groupes) et de rendre accessibles les médicaments à travers leur disponibilité permanente et la réduction de leurs prix de vente (2groupes) :

« *Les tarifs de soins sont trop élevés. Des fois on est obligé de s'endetter pour les payer. D'ailleurs, on a l'impression que les factures qu'on nous présente dépassent les soins reçus. Les médicaments coûtent trop chers* **G01 FTETENV** » ;

« *Il y a souvent rupture de stock de médicaments. Il faut rendre disponibles les médicaments* **G06 FADETEV** ».

En somme, les actions à mettre en œuvre pour améliorer les activités des centres et les rendre plus attrayants pour les populations, s'articulent autour de trois pôles : **i)** l'augmentation de l'effectif du personnel soignant et l'amélioration de son professionnalisme; **ii)** l'amélioration des installations et du plateau technique ; **iii)** la révision à la baisse des tarifs de consultation, des tarifs d'analyse, des prix des médicaments et la disponibilité de ces derniers.

On en déduit une convergence avec les propositions formulées par les usagers (cf. sections II.1.3 et II.2.3). En clair, à la divergence d'appréciation de la qualité des soins et services offerts par les FS, entre les usagers et les membres des communautés correspond une identité de leurs points de vue en ce qui concerne les suggestions d'amélioration de ces services. Ce constat tendrait ainsi à corroborer l'idée que la liberté d'expression des usagers était conditionnée.

*

* *

En définitive, il se dégage de ce chapitre que les facteurs qui freinent l'utilisation des services de santé dans la Région des Plateaux sont de plusieurs ordres. L'analyse contextuelle qui vient d'être menée permet de les classer en trois grands groupes : les facteurs liés à la qualité des soins, les facteurs d'ordre financier et les facteurs socioculturels. Il existe également d'autres facteurs plus spécifiques qui relèvent de l'accessibilité géographique (distance par rapport au lieu de soins) ou qui sont liés à la circulation de l'information.

CHAPITRE IV

LA RELATION « ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES - SYSTEME DE SOINS » DANS LA REGION DES PLATEAUX

Ce chapitre du rapport vise à faire ressortir les interrelations existant entre certains acteurs impliqués dans la gestion des structures de santé de la Région des Plateaux. Nous abordons les questions relatives d'une part au fonctionnement interne des COGES et d'autre part aux rapports entre les COGES et les formations sanitaires. Cette analyse s'appuie essentiellement sur les entretiens individuels approfondis menés auprès de 19 membres des COGES et dégage les contrastes qui s'observent entre les FS bénéficiant d'un appui poussé et celles bénéficiant d'un appui moins poussé d'une part ; entre les FS performantes et les FS peu performantes d'autre part.

IV.1 - Le fonctionnement interne des COGES

La mise en place de comités de gestion au sein des formations sanitaires s'inscrit dans la perspective de la mise en application de stratégies de l'Initiative de Bamako (IB); une initiative qui vise à relancer et à revitaliser le système de soins de santé primaires afin de les rendre accessibles, géographiquement et économiquement, tout en étant équitables pour l'ensemble de la population. Cette initiative a, entre autres objets, le développement des Médicaments Essentiels Génériques (MEG), la mise en place d'un financement communautaire et du contrôle de la gestion par la communauté. Ces comités, représentant la population au niveau de la formation sanitaire, sont investis de rôles nécessaires à la bonne gestion financière des centres et au bien-être sanitaire de leurs communautés respectives. Dans cette section, nous présentons ici le rôle, l'utilité sociale et les relations interpersonnelles telles qu'ils sont perçus par les membres des COGES eux-mêmes.

IV.1.1 - Rôle et utilité sociale du COGES

Comment les membres des COGES conçoivent-ils leurs rôles et utilité sociale dans la communauté ? L'analyse des informations recueillies lors des entretiens révèle de façon globale que tous les 19 membres des COGES interviewés connaissent leurs missions (rôles de sensibilisation de masse, de gestion des ressources et de relais entre le centre de santé et la population).

Le rôle le plus mentionné par les membres des COGES à trait à la sensibilisation (16 membres sur 19). Parmi les 16 membres des COGES qui l'ont évoqué, 13 proviennent des formations sanitaires ayant reçu un appui poussé du projet (cf. tableau.1 du chapitre IV en annexe):

« Notre rôle principalement consiste à sensibiliser les femmes. On se promène de maison en maison pour parler aux femmes, leur dire de venir au dispensaire pour leur santé, celle de leurs enfants, la vaccination de leurs enfants COGAG » ;

«... ici le rôle qui incombe au COGES est la mobilisation sociale dans la communauté. On rencontre la population pour discuter et sensibiliser. On fait aussi des VAD, c'est-à-dire visites à domicile, des IEC. Dans le cas des IEC, on les rassemble chez le chef canton et on les sensibilise sur les avantages

de la santé, on leur explique l'Initiative de BAMAKO. On explique les avantages de la CPN... **COGAN** » ;

« Nous quittons ici, nous allons dans les villages environnants, nous faisons l'IEC, les visites à domiciles et puis la mobilisation sociale Par exemple dans les VAD nous instruisons sur l'installation de la moustiquaire, sur le savon qu'il faut utiliser pour la laver. Nous voyons comment c'est installé et si ce n'est pas bien fait, nous l'arrangeons. Dans l'IEC, nous rassemblons les gens dans un lieu public et nous causons sur le thème du jour. Les gens posent les questions et nous leur répondons **COGBO**».

Le second rôle le plus cité par les membres des COGES interviewés est relatif à la gestion des ressources (13 personnes sur 19). Sur les 13 membres, 9 sont issus de FS ayant reçu un appui poussé et 8 relèvent de FS performantes (cf. tableau.1 du chapitre IV en annexe) :

« On fait la gestion des médicaments et de l'argent avec le personnel soignant. Par exemple si le stock du médicament disponible s'épuise, c'est le COGES qui est chargé de faire de nouveaux achats. On fait d'abord la commande d'achat des produits pharmaceutiques. Et l'achat se fait à la CAMEG là où on remplit la fiche de retrait qui est co-signée par le Directeur Préfectoral de la Santé et le Président du COGES ou le Gestionnaire. On a des fiches de stock qui nous permettent d'évaluer la quantité d'un stock disponible après inventaire du stock disponible, le chargé de la pharmacie propose à l'assistant médicale les besoins en pharmacie **COGGL** » ;

« Chaque membre a son rôle, le président, le secrétaire et la trésorière, chacun a son rôle... L'achat des médicaments se fait par le président qui signe, en son absence le secrétaire signe. C'est nous qui faisons le décaissement à la caisse avant d'aller acheter les médicaments. Si on veut acheter un cahier, c'est également le président ou le secrétaire qui signe **COGHA** »

« C'est un comité de gestion. Premièrement, il voit comment les agents travaillent et ensuite il contrôle la gestion des fonds du dispensaire **COGAA** ».

Quant au rôle de relais entre le centre de santé et la population que les membres des COGES sont censés jouer, il n'a été cité que par 7 personnes sur 19, soit moins de la moitié des personnes interviewées:

« Nous, nous sommes ici, nous travaillons en collaboration avec le personnel de santé et après un temps nous retournons dans la communauté pour les informer de ce qui se passe au centre. **COGNY** » ;

« ...Le COGES représente les yeux de la communauté..... Il sert d'intermédiaire entre la communauté et le centre c'est-à-dire s'il y a un problème au niveau de la communauté ou si quelqu'un est malade et est mal accueilli par le personnel, nous sommes là pour coordonner la relation communauté et personnel de santé **COGMO** » ;

« Le COGES joue le rôle d'interface entre la population et le personnel soignant. La population confie ses plaintes au COGES qui se charge d'entretenir le corps médical sur ces plaintes **COGGL**».

En ce concerne le rôle de mobilisation des ressources, peu de membres de COGES l'ont évoqué (2 personnes sur 19). Les deux personnes qui en ont fait cas appartiennent à des COGES de FS ayant reçu des appuis moins importants de la part du projet:

«Nous cherchons toujours des idées. Pour le développement du centre, nous on ne s'assoit pas hein ! On cherche, on fait tout pour que ça marche. Si je trouve une idée, je vais voir les autres et si c'est bon ensemble, nous venons en parler au chef de centre, c'est à dire l'assistant. On discute, on négocie. S'il trouve l'idée bonne, lui aussi il téléphone le docteur et si c'est bon, lui aussi il accorde et on travaille (**COGHI**) ».

« *Quelques fois, les frères de la diaspora viennent à notre aide avec quelques boîtes de médicament. Nous avons fait jumelage avec les allemands et ils nous viennent en aide avec les moyens matériels. Ils ont offert des matelas au dispensaire (COGDE)* ».

En définitive, il se déduit de ces résultats que les COGES des FS ayant reçu des appuis poussés sont plus motivés à jouer leurs rôles de sensibilisations et de gestion des ressources alors que ceux des FS ayant reçu des appuis moins importants se montrent plus dynamiques et plus engagés dans la mobilisation des ressources.

Une chose est de connaître son rôle et une autre est d'entretenir de bonnes relations de travail avec ses pairs et collaborateurs pour atteindre les objectifs assignés. Que peut-on dire des relations interpersonnelles au sein des COGES ?

IV.1.2 - Relations entre les membres au sein du COGES

➤ Circulation de l'information entre les membres du COGES

Les membres du COGES, appartenant à des milieux socio-professionnels différents sont appelés à travailler ensemble pour le développement socio-sanitaire de leur communauté. La circulation de l'information entre ces membres reste, de ce fait, un paramètre incontournable pour un meilleur fonctionnement de cette organisation. Pour les activités relatives à la mobilisation sociale et dans une moindre mesure à la mobilisation des ressources on observe de façon globale une bonne entente entre les membres des COGES comme le laissent entrevoir les propos ci-dessous:

«...*Nous faisons les choses ensemble. Par exemple. Je suis le président si nous avons une activité à mener j'assiste aussi mon secrétaire ; je dois voir ce qu'il a fait... (COGMO)* » ;

«... *Par exemple s'il y a rupture de médicaments, le trésorier me le signale et je dis au chef de poste. Nous faisons les formalités ; je prends le carnet, je retire l'argent à la banque et je paie les produits. Arrivé, le secrétaire prend la fiche comportant les noms des produits achetés qu'on m'a donnée là-bas puis la fiche du retrait d'argent que j'ai effectué et ensemble, on fait les comptes COGBO* ».

Même s'ils s'entendent sur certains points, les membres des COGES sont tout de même confrontés à des difficultés qui entravent le bon fonctionnement de leur organisation. En ce qui concerne la réalisation des activités sur le terrain, la circulation de l'information au sein des COGES est bonne. Par contre, l'information relative à la gestion financière n'est pas suffisamment partagée au sein des comités. Les COGES des FS ayant bénéficié d'appui poussé sont plus confrontés aux problèmes de circulation d'information en matière de gestion de ressources financières puisque 5 des 6 membres qui ont mentionné ce problème relèvent des FS d'appui poussé :

« *Moi là, ce qui m'écœure beaucoup est que les dépenses là se font hors de la trésorière. Pourquoi je dis cela ? Il est arrivé qu'une fois, on m'a dit de venir contresigner les papiers mais j'ai refusé. J'avais dit au major que je ne vais pas le faire tant que je n'ai pas vu ce qu'on a fait avec les fonds là, moi je ne vais pas signer. Ils créent des dépenses, ils s'en vont acheter les choses sans que je ne sache et ils augmentent le prix.... Le gérant s'est allié avec l'ICP pour bouffer les sous COGAG* » ;

« *On a des difficultés. Par exemple le Trésorier et le Secrétaire au centre on leur tend les papiers de dépenses alors que selon le statut, les dépenses doivent être effectuées par le Docteur et le président de COGES. Or le Docteur fait seul les dépenses. Quand vous venez il vous tend les papiers de signer les dépenses tout ça là, nous sommes là pourquoi ? Le Secrétaire et le trésorier ne prennent pas part à la gestion normale autrement dit, les dépenses sont faites et on leur demande de signer..... COGAM* » ;

« *Le personnel de santé ne nous laisse pas travailler comme cela se doit. Au niveau des dépenses, il y a certaines dépenses qu'il fait et il ne nous dit pas, c'est-à-dire qu'il ne nous consulte pas avant de faire certaines dépenses* **COGTE** ».

En dehors de ces aspects de dysfonctionnement interne des COGES, d'autres difficultés sont mentionnées dont l'insuffisance de la motivation financière, le manque de moyens de déplacement et les retards accusés par les sessions de formation.

➤ **Insuffisance de la motivation financière**

Au nombre des difficultés soulevées par les membres des COGES dans l'exercice de leurs activités figure la modicité des mesures incitatives. Parmi les 19 personnes interrogées, 8 l'ont évoquée comme difficulté dans l'exercice de leurs activités. De ces 8 membres 6 proviennent de FS ayant reçu un appui poussé et 7 de FS performantes (cf. tableau.2 du chapitre IV en annexe). Ce résultat tendrait à montrer que plus la masse d'argent gérée est importante, plus les membres des COGES sont portés à réclamer des incitatifs :

« *Dans le monde d'aujourd'hui tout est cher. En tant que père de famille au sein du comité la difficulté qui se dégage dans le fonctionnement du comité est économique car on n'arrive plus à supporter convenablement notre famille. On prend tout notre temps pour les activités du COGES au lieu de nous consacrer aux travaux lucratifs, nous permettant de subvenir aux besoins de nos familles* **COGHA** » ;

« *Les difficultés sont que nos motivations financières ne nous satisfont pas. Vous devez atteindre un quota... Si vous ne l'atteignez pas, vous pouvez travailler un an mais vous n'aurez rien... On ne peut pas travailler toute une année et attendre la fin de l'année avant d'espérer manger* **COGDE** ».

➤ **Manque de moyens de déplacement**

Certains membres des COGES disent qu'ils sont parfois confrontés, dans l'accomplissement de leurs activités de sensibilisation au manque de moyens de déplacement pour parcourir les zones les plus reculées de leur aire sanitaire (3 membres sur 19). Ceux-ci affirment parcourir de longues distances à pieds afin de sensibiliser les populations :

« *On se déplace à pied pour exécuter nos activités. On fait des visites à domicile et les campagnes d'I.E.C.* **COGHA** » ;

« *Ce sont surtout les moyens de déplacement qui nous manquent... Nous souhaitons étendre nos sensibilisations à d'autres villages qui dépendent de notre USP mais nous manquons de moyens de déplacements. On n'a pas les moyens de déplacement à notre disposition* **COGDE** » ;

« *Il faut un moyen de déplacement pour le COGES en vue de couvrir convenablement la zone d'intervention du projet* **COGGL** » ;

➤ **Retard accusé par les sessions de formation**

Les membres des COGES, après leurs élections ont besoin d'une formation pour être opérationnels. Or ces formations interviennent généralement avec un certain retard qui handicape le bon fonctionnement des COGES. Sur les 19 membres interviewés, 3 ont fait mention de cette difficulté (cf. tableau.2 du chapitre IV en annexe):

«...Justement j'allais en venir. Nous avons été formés. Mais lorsqu'on est élu, on vous laisse au moins six (6) mois ; vous tâtonnez, les gens bâclent le travail avant la formation. Je juge la formation trop tardive....**COGGO**» ;

« Quand nous avons été élus, sans formation, on ne faisait rien. Nous ne connaissions pas notre rôle ; mais avec la formation maintenant, on sait concrètement ce qu'on doit faire..... Avant la formation, je n'étais pas motivé pour ça... **COGAG** » ;

« Au début, il y a eu des problèmes. C'était lorsque nous n'avons pas encore été formés. En ce moment, comme on était nouvellement élus et on nous avait dit que nous devons gérer le centre avec l'assistant et nous nous devons voir tout ce qui ne marche pas bien et corriger, nous avons pensé que nous devrions contrôler le côté médecine aussi. C'est là que les problèmes ont survenus. Après la formation, on nous a dit que notre travail n'est pas allé jusque là...**COGHI** ».

IV.2 - Les rapports entre les COGES et les formations sanitaires

Les rôles et responsabilités des COGES se caractérisent entre autres par la prise de décision et la gestion des ressources des formations sanitaires.

IV.2.1 - Des rapports difficiles entre le personnel soignant et les membres du COGES appartenant à la communauté

Les membres du COGES sont appelés à œuvrer en collaboration avec le personnel de santé du centre de leur communauté pour le bien-être sanitaire des populations. Dans l'exercice de leurs tâches, ils entretiennent des relations avec le personnel soignant. De l'avis de 12 membres sur les 19 interrogés, ces rapports sont généralement conflictuels. Le personnel soignant, se considérant maître de sa profession, perçoit mal les reproches relatifs à leurs prestations de la part des membres communautaires du COGES. C'est du moins ce qui ressort du propos suivant d'un président de COGES :

« ...sur ce plan il y a certains agents qui ne connaissent pas l'importance du COGES... Par exemple il y a un agent de santé qui, dès son arrivée, n'accueille pas bien les patients. Je suis allé vers lui mais il n'a pas voulu comprendre... **COGMO** » ;

« Si quelque chose ne va pas dans le fonctionnement du personnel on approche le major mais il se sent coupable, dès fois il ne nous écoute pas. Ce qui fait qu'on se résigne dès fois concernant certaines reproches ou remarques à faire au major ou au pharmacien **COGAA** ».

Par ailleurs, certains membres communautaires des COGES déplorent le manque de coopération du personnel de santé dans l'accomplissement de leurs rôles :

« La difficulté majeure c'est au niveau du personnel de santé. Il ne nous laisse pas travailler selon les formations que nous avons reçues **COGTE** » ;

« Dès fois quand je viens, le personnel du centre est absent... ou bien il est occupé. Et quand je lui dis de me laisser son cahier pour faire l'enregistrement, il répond qu'il ne peut pas. **COGAD**. »

Au-delà de ce manque de coopération, certains membres des COGES se sentent écartés des prises de décisions :

« ...les médecins, c'est des gens déjà routiniers, ils connaissent leur travail plus que le COGES, ils s'imposent. Ils s'imposent. Ils s'imposent. Nous ne prenons pas part aux décisions réelles du centre...le centre travaille, le COGES n'est pas associé....le chef centre partout nous disait que le COGES, ce n'est pas un comité gendarme auprès du centre, ni auprès du médecin-chef, que nous sommes qu'un trait d'union entre la communauté et le centre **COGAM** ».

Comme on peut le lire dans le tableau.2 du chapitre IV en annexe, les difficultés de collaboration entre les membres des COGES et le personnel de santé sont plus ressenties dans les FS peu performantes et dans les FS qui ont bénéficié d'un appui poussé de la part du projet.

➤ **Comportement des gérants et prestataires de soins**

Certains membres des COGES (2 sur 19) reprochent aux gérants de pharmacie et aux prestataires de soins de leurs centres de se livrer à des pratiques illicites de vente de médicaments et de gants :

*« Le pharmacien va au champ quand il veut...Il a un dépôt de pharmacie parallèle, ce qui fait qu'il préfère vendre ses produits à la place des produits prescrits **COGAA**».*

*« Il faut qu'on interdise au personnel de santé la vente parallèle de médicaments, c'est un problème qu'il faut bien revoir sinon ça ne va pas...**COGTE**».*

Ces deux FS ayant reçu un appui poussé de la part du projet mais étant peu performantes, on pourrait en déduire qu'une telle pratique annihile les effets positifs de l'appui et perturbe le bon fonctionnement des COGES.

* *

*

En guise de synthèse, il ressort de ce chapitre que la plupart des membres des COGES de la Région des Plateaux sont conscients de leurs rôles. Certains prennent des initiatives et cherchent des partenaires pour le développement du centre de santé de leur communauté. Toutefois, les problèmes de circulation de l'information entre les membres, d'insuffisance des moyens de déplacement, de motivation financière, ne favorisent pas un bon fonctionnement interne des COGES et affectent négativement leur engagement dans la mobilisation sociale et par ricochet dans la fréquentation des structures sanitaires par les populations.

CONCLUSION

Des résultats présentés dans les chapitres d'analyse, il s'en déduit que l'attrait exercé par les USP et les hôpitaux de la région des Plateaux sur les communautés locales souffre principalement des problèmes suivants :

- Le fait de ne pas prendre suffisamment en compte les aspects culturels, le point de vue des populations locales et les conditions de vie des familles dans les stratégies de fourniture de soins de santé a pour effet de susciter des réactions sociales pouvant aller de l'apathie à l'hostilité et entraver l'utilisation de ces services. Les populations suggèrent par conséquent que l'offre de services en santé bénéficie de leur adhésion active, une adhésion qui ne peut être massive que si ces services sont compatibles avec leurs caractéristiques socioculturelles fondamentales. Ce n'est qu'à cette condition que leur enthousiasme, leur potentiel, leur savoir et savoir-faire pourront être mobilisés pour induire les attitudes et réflexes positifs attendus et donner un caractère plus durable à l'accès aux services de santé.
- Si l'utilisation des services de santé ne peut être gratuite, la généralisation de l'accès à ces services gagne à bénéficier d'une bonne dotation des plateaux techniques. En renforcement à cette orientation, il est nécessaire d'imaginer de nouveaux mécanismes de recouvrement des coûts d'accès aux services de santé, notamment à travers un système de tarification adapté aux conditions de vie des bénéficiaires ou tout au moins solidaire.
- Une bonne chose est d'améliorer la logistique de consultation et de fourniture des médicaments, une autre est de mieux former les prestataires de services, notamment en ce qui concerne l'accueil et le respect dû aux clients, la fourniture des conseils et des soins, la bonne gestion administrative et financière des centres de santé. Une telle formation devrait contribuer à améliorer significativement leurs rapports avec la clientèle.

L'amélioration de la fréquentation des USP et des hôpitaux dans la Région des Plateaux requiert par conséquent d'évaluer soigneusement le contexte local, notamment les affections les plus répandues, les capacités et les ressources disponibles. Ce n'est qu'à partir des connaissances issues de cette analyse de situation que les acteurs concernés, à différents niveaux, seront à même de définir les priorités de santé, d'identifier les interventions et services pertinents, de trouver les meilleures modalités pratiques à l'utilisation de ces services et de mobiliser les ressources afin que les effets de la transition vers une meilleure santé soient bénéfiques à tous.

Par ailleurs, accroître l'utilisation des services de santé, réduire la mortalité infanto-juvénile et faire baisser la mortalité maternelle dans la Région des Plateaux se révèlent autant d'objectifs qui gagnent à s'appuyer sur des services intégrés de soins et de conseils de bonne qualité, accessibles à une large population et qui nécessitent que des mesures idoines soient prises pour faciliter un accès massif à ces services.

En somme, accroître l'accessibilité aux services de santé dans la Région des Plateaux revient à :

- ❖ Renforcer les formations sanitaires en améliorant leur rapport coût-efficacité et en assurant une meilleure intégration des services qu'elles offrent;

- ❖ Améliorer les relations entre les prestataires de services de soins et les communautés en dynamisant le fonctionnement des organisations à base communautaires comme les COGES, les ASC et les COSAN ;
- ❖ Améliorer la qualité des prestations de soins tout en mettant en œuvre un système de tarification approprié qui soit suffisamment incitatif pour les personnes ou les familles à faibles revenus.

BIBLIOGRAPHIE

Anipah K. et al. (1999) - *Enquête Démographique et de Santé 1998*, Lomé et Calverton, Direction de la Statistique et Macro International Inc., 287 p.

Audibert M., de Roodenbeke E., Pavy-Letourmy A., Mathonnat J. (2004) - *Utilisation des services de santé en Afrique: L'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ?* Clermont Ferrand, CERDI, 22 p.

Banque Mondiale (2006) – *Priorités en matière de santé*, Publication de la Banque Mondiale, Washington, 223 p.

Brunet-Jailly (ed.), (1999), *Santé en capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales Ouest-Africaines*, Abidjan, CEDA, 384 p.

DGSCN (2006) - *Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples Togo 2006 : rapport final*, Lomé, DGSCN, UNICEF, 171 p.

Fournier P, Drave M, Haddad S, Piché V (2002) - *Appui au Ministère de la Santé du Mali pour la réalisation d'une étude du système de santé des régions de Ségou et Kayes*, Unité de Santé Internationale (USI-U de M), CARE, Canada, Société Canadienne de Santé Internationale.

Lassonde L. (1996) – *Les défis de la démographie. Quelle qualité de vie pour le XXI^e siècle*, Paris, Editions La Découverte, 225 p.

Mariko M., (2003), *Accès aux soins et qualité : Résultats d'une étude empirique menée à Bamako, Mali*.

Paret H. (1984) - *Planification de la santé en Afrique*, Editions L'Harmattan, Paris, 198 p.

URD (2004) - *Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo*, Fascicules 1 et 2, Lomé, URD, 190 p.

ANNEXES

Annexes Chapitre I

Tableau 1 : Localités retenues pour les FG

Localités retenues	Sexe des participants
Amoussou Kopé <i>Peu évolué</i>	FG Communauté <i>(Masculin)</i>
Hihéatro <i>Evolué</i>	FG Communauté <i>(Féminin)</i>
Kougnohou <i>Peu évolué</i>	FG Communauté <i>(Masculin)</i>
Adéta <i>Evolué</i>	FG Communauté <i>(Féminin)</i>
Hahomegbé <i>Evolué</i>	FG Communauté <i>(Masculin)</i>
Tététou <i>Peu évolué</i>	FG Communauté <i>(Féminin)</i>
Nyamassila <i>Peu évolué</i>	FG Communauté <i>(Féminin)</i>
Atchinédji <i>Evolué</i>	FG Communauté <i>(Masculin)</i>

Source : Enquête Santé_Plateaux -2009 ; URD/AEDS

Annexes Chapitre II

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix du centre de soins

Critère	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Proximité	181	70,2	77	29,8	258
Bonne qualité des soins et services	119	46,1	139	53,9	258
Qualité de l'accueil du personnel	70	27,1	188	72,9	258
Temps d'attente court	21	8,1	237	91,9	258
Médicaments moins chers	20	7,8	238	92,2	258
Disponibilité des médicaments	18	7,0	240	93,0	258
Centre requis pour les symptômes	12	4,7	246	95,3	258
Autres centres de mauvaise qualité	10	3,9	248	96,1	258
Proximité avec le marché	6	2,3	252	97,7	258

Source : Enquête Santé Plateaux -2009 ; URD/AEDS

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de l'accueil du personnel de santé

Accueil du personnel soignant	Fréquence	%
Excellent	53	20,5
Bien	145	56,2
Acceptable	59	22,9
Mauvais	1	,4
Total	258	100,0

Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau 3: Répartition des enquêtés selon le niveau de l'appui et l'appréciation des soins et services reçus dans la formation sanitaire

Niveau 'appui		Comment trouvez-vous les soins ou services reçus dans ce CS ?				Total
		Excellente	Bien	Acceptable	Mauvais	
Appui poussé	Effectif	22	108	44	1	175
	%	12,6	61,7	25,1	,6	100,0
Appui moyen	Effectif	3	36	42	2	83
	%	3,6	43,4	50,6%	2,4	100,0
Total	Effectif	25	144	86	3	258
	%	9,7	55,8	33,3	1,2	100,0

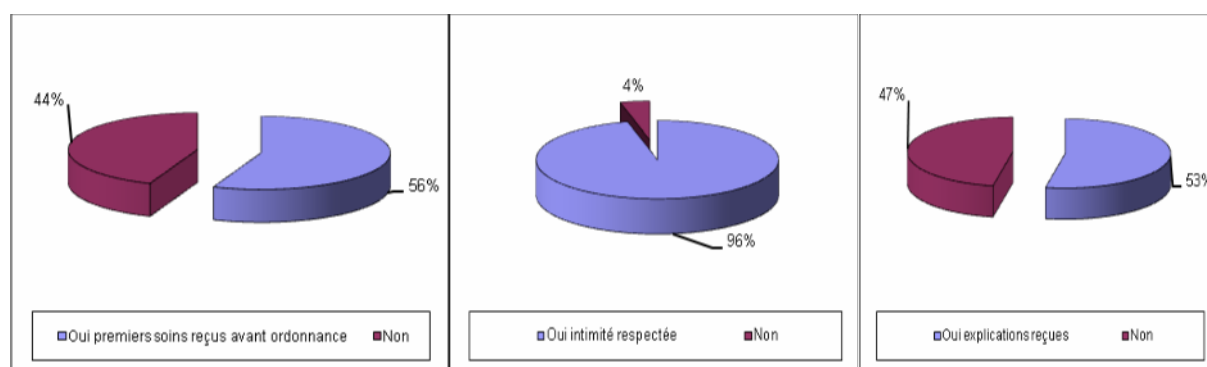
Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon les raisons du choix du centre de soins

	Bon accueil du personnel		Temps d'attente court		Bonne qualité des soins et services		Coût réduit des soins et médicaments	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non	188	72,9	237	91,9	139	53,9	238	92,2
Oui	70	27,1	21	8,1	119	46,1	20	7,8
Total	258	100,0	258	100,0	258	100,0	258	100,0

Source : Enquête Santé_ Plateaux 2009, URD/AEDS

Graphique 1 : Appréciations sur certains aspects spécifiques des soins



Source : Enquête Santé Plateaux 2009, URD/AEDS

Annexes Chapitre III

Tableau 1 : Lieux de déroulement et codes des Focus group

Localités	Niveau de performance	Sexe	Codes des Focus groups
Amoussou Kopé	Peu performant	Masculin	G02 HAMKONE : Focus Group Amoussou Kopé,
Hihéatro	Performant	Féminin	G05 FHIHEEV : Focus Group Hihéatro
Kougnohou	Peu performant	Masculin	G07 HKOUGNV: Focus Group Kougnohou
Adéta	Performant	Féminin	G06 FADETEV: Focus Group Adéta
Hahomegbé	Performant	Masculin	G04 HHAHOEV: Focus Group Hahomegbé
Tététou	Peu performant	Féminin	G01 FTETENV: Focus Group Tététou
Nyamassila	Peu performant	Féminin	G08 FNYAMNV: Focus Group Nyamassila
Atchinedji	Performant	Masculin	G03 HATCHEV: Focus Group Atchinedji

Source : Enquête Santé_ Plateaux 2009, URD/AEDS

Annexes Chapitre IV

Tableau 1: Ventilation des réponses relatives aux rôles des COGES selon le niveau d'appui et la performance de la FS.

IDEES FORCES (Rôles des COGES)	Nombre de membres de COGES (Sur19)	Niveau d'appui		Niveau de performance	
		Poussé	Moyen	Performant	Peu performant
Sensibilisation	16	13	3	7	9
Gestion des fonds et médicaments	13	9	4	8	5
Relais entre la population et le personnel soignant	7	4	3	4	3
Mobilisation des ressources	2	0	2	1	1

Source: Enquête Santé_Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau 2: Ventilation des réponses relatives aux difficultés rencontrées selon le niveau d'appui et la performance de la FS.

IDEES FORCES (Difficultés rencontrées)	Nombre de membres de COGES (Sur19)	Type d'appui à la FS		Performance de la FS	
		Poussé	Moyen	Performant	Peu performant
Relations conflictuelles avec les agents de santé	12	10	2	5	7
Absence de cadre de concertation pour les dépenses	6	5	1	3	3
Insuffisance de motivation financière	8	6	2	7	1
Manque de moyen de déplacement	3	2	1	1	2
Retard des sessions de formation	3	2	1	2	1

Source: Enquête Santé_Plateaux 2009, URD/AEDS

Tableau .3 Codes des entretiens individuels avec les membres des COGES

Localités	Codes des entretiens individuels avec les COGES
Amoussou Kopé	COGAK : COGES Amoussou Kopé
Hihéatro	COGHI : COGES Hihéatro
Agbonou	COGAG : COGES Agbonou
Bocco	COGBO : COGES Bocco
Amou-Oblo	COGAM : COGES Amou-Oblo
Sérégbéné	COGSE : COGES Sérégbéné
Elavanyo	COGDE : COGES Elavanyo
Adéta	COGAD : COGES Adéta
Kpélé Goudévé	COGGO : COGES Kpélé Goudévé
Hahomegbé	COGHA : COGES Hahomegbé
Akata Agamé	COGAA : COGES Akata Agamé
Wahala	COGWA : COGES Wahala
Tététou	COGTE : COGES Tététou
Morétan	COGMO : COGES Morétan
Nyamassila	COGNY : COGES Nyamassila
Pallakoko	COGPA : COGES Pallakoko
Anié	COGAN : COGES Anié
Glei	COGGL : COGES Glei
Atchinedji	COGAT : COGES Atchinedji

Source : Enquête Santé_ Plateaux 2009, URD/AEDS