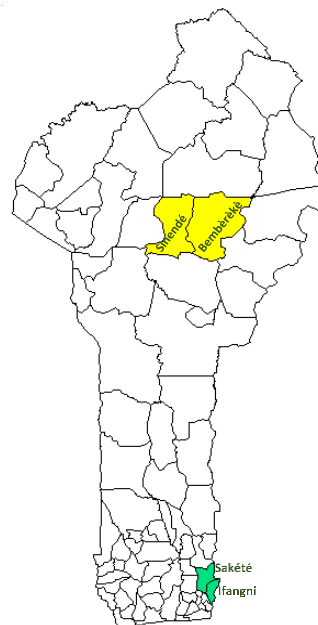




ETUDE DES FACTEURS ASSOCIES A L'UTILISATION ET A LA PERFORMANCE DES SERVICES DE SANTE DANS LE CONTEXTE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR) AU BENIN



RAPPORT PROVISOIRE

Présenté par :

Dr Marcel Sagbohan (médecin de santé publique, chef de l'équipe)

Mlle Gwladys Sogogandji (spécialiste en épidémiologie et santé publique, spécialiste des statistiques sanitaires).

Mme Espérance Anagonou Baba (socio anthropologue, spécialiste des enquêtes qualitatives).

Mme Léa Ganmondei (socio anthropologue, spécialiste des enquêtes qualitatives).

Mlle Eunice Nasounon (spécialiste en santé publique, spécialiste des enquêtes sur les services de santé).

Mr Odilon Edea (démographe, géographe, spécialiste des enquêtes ménages).

Août 2017

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier :

Toutes les personnes qui ont généreusement pris le temps malgré leurs occupations pour fournir des informations utiles pour la qualité de ce travail ;

Tous les agents de santé qui ont patiemment accepté s'entretenir avec nous malgré les longues files de patients en attente ;

Les membres du COGECS qui ont accepté de nous parler avec enthousiasme de leur rôle dans la gestion des centres de santé ;

Les communautés qui ont participé à des discussions de groupes focalisés et des interviews de groupe dans les 20 villages parcourues ;

Tout au long de cette étude, l'équipe a bénéficié du soutien de GAVI, de l'URC, de la Direction de la Recherche et de la Médecine Traditionnelle du Ministère de la Santé, de l'ANV-SSP, de l'assistance technique du Docteur Danielle CHARLET directeur associé au support technique de l'URC;

Nos remerciements vont également aux Directeurs Départementaux de la Santé du Borgou et du Plateau, les médecins coordonnateurs des Zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et de Sakété-Ifangni ainsi qu'aux responsables de centres de santé.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	a
RESUME EXECUTIF	1
1. INTRODUCTION.....	3
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
2.1. Rappel du Financement Basé sur les Résultats au Bénin : Organisation et fonctionnement.....	3
3. ENONCÉ DU PROBLÈME ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	4
3.1. Les déterminants de l'utilisation des services de santé et particulièrement de la faible performance des services de santé en couverture vaccinale.....	4
3.2. Cadre conceptuel de l'étude	7
4. BUT DE L'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	9
4.1. But de l'étude	9
4.2. Questions de recherche.....	9
5. MÉTHODE DE L'ÉTUDE	9
5.1. Type d'étude.....	9
5.2. Echantillonnage (Sélection des zones d'étude)	10
5.3. Méthodes de collecte de données	12
5.4. Gestion des données	12
5.5. Analyse des données	12
5.5.1. Données quantitatives.....	12
5.5.1.1. Revue de données FBR	12
5.5.1.2. Données de l'enquête	13
5.5.2. Données qualitatives.....	13
5.6. Revue éthique	13
5.7. La durée de la recherche.....	13
6. RESULTATS	14
6.1. Revue des données FBR.....	14
6.1.1. Indicateurs de santé maternelle et infantile	14
6.1.2. Indicateurs de vaccination	17
6.1.3. Score de qualité	20
6.2. Résultats des Interviews, discussions de groupe et enquête des utilisatrices	21
6.2.1. Niveau des formations sanitaires et des communautés.....	21
6.2.1.1. Caractéristiques communautaires	21
6.2.1.1.1. Caractéristiques communautaires de la zone à forte performance de Bembèrèkè-Sinendé.....	21

6.2.1.1.2. Caractéristiques communautaires de la zone à faible performance de Sakété-Ifangni.....	25
6.2.1.2. Caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs.....	28
6.2.1.2.1. Caractéristiques liés à la gestion des centres de santé et aux relations avec les utilisatrices/eurs dans la zone de Bembèrèkè-Sinendé.....	28
6.2.1.2.2. Caractéristiques liées à la gestion des centres de santé et aux relations avec les utilisatrices/eurs dans la zone de Sakété Ifangni	34
6.2.1.3. Caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du financement basé sur les résultats.....	38
6.2.1.3.1. Situation dans la ZS à forte performance de Bembèrèkè-Sinendé	38
6.2.1.3.2. Situation dans la zone sanitaire à faible performance de Sakété-Ifangni	39
6.2.2. Niveau central et intermédiaire	40
6.2.2.1. Caractéristiques communautaires.....	40
6.2.2.2. Caractéristiques organisationnelles, managériales, des ZS et CS, et relationnelles entre les personnels de santé et les usagers	41
6.2.2.3. Les caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR.....	43
7. SYNTHESE ET DISCUSSION	43
7.1. Comparaisons des deux zones sanitaires.....	43
7.1.1. Caractéristiques communautaires.....	43
7.1.2. Caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs.....	45
7.1.3. Caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du financement base sur les résultats.....	46
7.2. Synthèse et discussion	47
8. MEILLEURES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS	53
9. CONCLUSION	55
REFERENCES.....	i
ANNEXES	ii
Annexe 1 : Fonctionnement du FBR au Bénin.....	ii
Annexe 2: Revue de littérature	vi
Annexe 3: Définitions de quelques concepts.....	vii
Annexe 4 : Généralités sur les zone sanitaires	ix
Annexe 5: Méthode et Outils de collecte, et type de données collectées	xv
Annexe 6: Phase de collecte de données	xix

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANVSSP	:	Agence Nationale pour la Vaccination / Soins de Santé Primaires
ARV	:	Anti Retro Viraux
AS	:	Aide-soignant (e)
BM	:	Banque Mondiale
CAME	:	Central d'Achat des Médicaments Essentiels
COGECS	:	Comité de Gestion des Centres de Santé
CPN	:	Consultation Périnatale
CSC	:	Centre de Santé Communal
CS	:	Centre de Santé
CTB	:	Coopération Technique Belge
DDS	:	Directeur Départemental de la Santé
EEZS	:	Equipe d'Encadrement de Zone de Sanitaire
FBR	:	Financement Basé sur les Résultats
FM	:	Fonds Mondial
FoSa	:	Formation Sanitaire
GAVI	:	Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'immunisation (Global Alliance for Vaccination and Immunization)
GDF	:	Groupe de Discussion Focalisé
Hab	:	Habitant
IB	:	Infirmier/infirmière breveté (e)
IC	:	Informateur Clé
IDE	:	Infirmier/infirmière diplômé (e) d'Etat
MDE	:	Médecin diplômé d'Etat
MCZS	:	Médecin Coordonnateur de la Zone Sanitaire
MS	:	Ministère de la Santé
OBC	:	Organisation à Base Communautaire
PRPSS	:	Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH/SIDA
SFE	:	Sage-femme diplômée d'Etat
SNIGS	:	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
UCP	:	Unité de Coordination du Programme
URC	:	University Research Co.
VAR	:	Vaccin anti rougeoleux
ZS	:	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Zones Sanitaires et Formations Sanitaires sélectionnées	11
Tableau II : Indicateurs de soins de santé maternelle et infantile du 1 ^{er} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.	15
Tableau III : Indicateurs de soins de SMI du 2 ^{ème} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.	16
Tableau IV : Indicateurs de soins de vaccination du 1 ^{er} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.....	18
Tableau V : Indicateurs de vaccination du 2 ^{ème} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.	19
Tableau VI : Score de qualité FBR du 1 ^{er} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.	20
Tableau VII: Répartition du personnel soignant de la ZS Bembèrèkè-Sinendé, juillet 2017.....	33
Tableau VIII: Répartition du personnel soignant de la ZS Sakété-Ifangni, juillet 2017	36
Tableau IX : Caractéristiques communautaires existants ou non dans les zones sanitaires de	44
Tableau X : Caractéristiques managériales et organisationnelles de formations sanitaires existant ou non dans les zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni, juillet 2017	46
Tableau XI : Caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR existants ou non dans les zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et de Sakété-Ifangni, juillet 2017.....	47
Tableau XII : Montage institutionnel du FBR au Bénin	ii
Tableau XIII: Stratégies de contrôle des données	iv
Tableau XIV : L'organisation de l'administration territoriale de la ZS/BS	ix
Tableau XV : Statistiques sanitaires de la ZS Sakété-Ifangni en 2016	xi
Tableau XVI: L'organisation de l'administration territoriale de la ZS/Sakété-Ifangni.....	xii
Tableau XVII : Statistiques sanitaires de la ZS Sakété-Ifangni en 2016.....	xiv
Tableau XVIII: Type de données selon les méthodes de collecte	xv
Tableau XIX : Synthèse des activités de collecte de données.....	xvii
Tableau XX : Equipe de collecte.....	xx

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel des Déterminants de la Performance des Centres de Santé sous FBR	8
Figure 2 : Répartition des utilisatrices selon le type d'informations reçues dans les ZS Bembèrèkè/Sinendé, juillet 2017.....	22
Figure 3 : Répartition des utilisatrices selon le coût des soins reçus, la vente illicite de médicament, les dépenses élevées et les autres dépenses mis à part le carnet pour la vaccination dans la zone Bembèrèkè/Sinendé , juillet 2017.....	23
Figure 4 : Répartition des utilisatrices/eurs selon l'accès aux soins de qualité et l'amélioration de l'état de santé dans les ZS Bembèrèkè/Sinendé, juillet 2017	24
Figure 5 : Répartition de la réponse des utilisatrices/eurs par rapport à la satisfaction des besoins par les CS de la ZS Bembèrèkè/Sinendé des hommes, des femmes et enfants, juillet 2017.	25
Figure 6 : Répartition des utilisatrices selon la cherté, les dépenses faites mis à part l'achat de carnet, la vente illicite de médicament et la dépense au-delà des prévisions dans la zone Sakété-Ifangni, Juillet 2017.....	26
Figure 7 : Répartition des utilisatrices selon l'information sur les services disponibles et l'information pour une bonne prise en charge des maladies dans la zone Sakété-Ifangni, Juillet 2017.....	28
Figure 8 : Répartition des utilisatrices selon l'accueil, la salutation, le temps passé avec le patient par les agents dans les CS sélectionnés de la ZS Bembèrèkè/Sinendé, juillet 2017	29
Figure 9 : Répartition des utilisatrices selon les explications pour une bonne prise en charge et le temps passé avec la patiente dans la ZS Sakété Ifangni, juillet 2017	38
Figure 10 : Enchainements des caractéristiques étudiées qui induisent la forte performance dans Bembèrèkè-Sinendé.....	51
Figure 11 : Enchainements des caractéristiques étudiées qui induisent la faible performance dans Sakété-Ifangni	52
Figure 12 : Les étapes du fonctionnement du FBR	iv

RESUME EXECUTIF

Introduction, but et objectifs spécifiques de l'étude

La présente étude est financée par GAVI¹ (Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation-Global Alliance for Vaccination and Immunization), après cinq ans de mise en œuvre du système de Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Bénin, pour permettre de mieux comprendre les facteurs qui existent dans les zones sanitaires à forte performance; qui contribuent à la forte performance; et qui les différencient des zones à faible performance. De manière spécifique, il s'agit de : i) identifier et de décrire les caractéristiques communautaires, les caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs, les caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR existant dans les zones de forte performance qui ont contribué significativement à améliorer la performance des centres de santé ; ii) ressortir les facteurs qui différencient les zones de forte performance de celles de faible performance ; et iii) présenter les meilleures pratiques et les leçons apprises dans les zones de forte performance et qui ont contribué significativement à améliorer la performance de ces zones ainsi que les pratiques qui différencient les zones de forte performance de celles de faible performance. GAVI et le Ministère de la Santé (MS) sont les premiers bénéficiaires de ce rapport, cependant, un groupe beaucoup plus large de parties prenantes intéressées devrait utiliser les conclusions et recommandations afin d'améliorer la performance et la prestation des services de santé au Bénin.

Méthodologie de l'étude

L'évaluation a utilisé une méthode mixte qui comprenait des méthodes qualitatives et quantitatives. Le but visé par l'étude étant d'investiguer les zones sanitaires (ZS) les plus divergentes possible en termes de performance FBR pour des interventions spécifiques telles que la vaccination. Deux zones sanitaires ont été identifiées : une zone de forte performance, Bembèrèkè-Sinendé et une de faible performance Sakété-Ifangni. L'équipe a recueilli les données au niveau national avec les acteurs clés, au niveau intermédiaire avec les directeurs départementaux de la santé, au niveau opérationnel avec le Médecin Coordonnateur de zone ainsi que les responsables et agents de centres de santé. La communauté a aussi été interrogée au travers des discussions de groupe focalisées avec les femmes et les hommes ainsi que des interviews de groupes avec les membres des COGECS et les leaders locaux dans les villages que desservent les centres de santé. Enfin, une enquête a été réalisée auprès des utilisatrices/eurs des services à la sortie des soins pour comprendre les facteurs liés à l'offre des services de santé qui influent sur la demande et l'utilisation des services de santé. L'équipe a saisi, traité et analysé les données quantitatives dans le logiciel Excel 2013. Les données qualitatives recueillies ont été transcrites puis analysées à l'aide des logiciels QDA Miner Lite 2.0.2 et EXCEL 2013.

¹http://www.gavi.org/a_propos/mission/

Principaux résultats

Les caractéristiques communautaires prioritaires qui influencent la performance et qui différencient la zone à forte performance de celle à faible performance sont : la diffusion maximale d'informations, l'organisation des séances de sensibilisation sur les services de soins offerts et l'organisation hebdomadaire des stratégies avancée. Dans les CS, les moins performants visités dans la ZS Sakété-Ifangni, il n'existe pas de collaboration/dialogue entre la communauté et les agents de santé, les agents de santé sont rarement à leur poste et ne s'impliquent pas du tout dans la communauté, aucune séance de stratégie avancée n'est organisée, il n'y a pas de rencontre avec les leaders communautaires, tout ceci concourant à de faibles taux de vaccinations.

Les caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs qui ont favorisé la performance sont : le bon leadership et la bonne gouvernance du médecin coordonnateur, des responsables de CS et des COGECS ; la bonne gestion des ressources humaines, la planification des activités du centre et des activités avec la communauté, la tenue régulière des CODIR pour faciliter l'atteinte des objectifs, le suivi quotidien et mensuels des activités, la communication des objectifs et la gestion de la performance à travers l'analyse des indicateurs et des auto-monitorings semestriels, le bon accueil des patients, la gestion de l'équipe et l'implication des communautés.

Les principales caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR qui induisent la forte performance sont : la bonne compréhension de la mise en œuvre du FBR, la répartition transparente des fonds FBR, l'autonomie de gestion des centres de santé (liberté à s'équiper selon ses besoins).

Conclusion

Au terme de cette étude, il ressort que le système sanitaire de la ZS Sakété-Ifangni est défaillant contrairement à celle de Bembèrèkè-Sinendé. Le manque de leadership, la mauvaise gouvernance des responsables sanitaires de la ZS de faible performance, l'absence au poste des agents de santé et le plateau technique défectueux des centres de santé de cette ZS expliquent les faibles taux de fréquentation et de vaccinations enregistrés. Par ailleurs il faut noter que la communication et l'implication de la communauté est un facteur essentiel qui influence la fréquentation des services de santé et l'adhésion de la communauté aux activités de vaccinations. Le système de santé défaillant de Sakété-Ifangni explique les taux de vaccinations et de fréquentations de cette zone sanitaire malgré la mise en place du FBR. Aussi la zone sanitaire de Bembèrèkè-Sinendé avait déjà un système de santé qui fonctionne bien et la mise en place du FBR a permis l'amélioration de leur taux de vaccinations et de fréquentations. Le FBR ne vient que pour améliorer les performances d'un système de santé fonctionnel. Il faudrait penser d'abord à renforcer les systèmes sanitaires défaillants et aussi à mettre en place des agents de santé disponibles et engagés avant de mettre en place le FBR pour espérer des résultats meilleurs.

1. INTRODUCTION

Le Bénin en 2011 a appliqué une nouvelle démarche pour gérer ses structures de santé très peu performantes le Financement Basé sur les Résultats (FBR) avec le soutien de la Banque mondiale, et le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS). Cette approche incite les structures hospitalières et les centres de santé à améliorer l'efficacité de leurs services grâce à un système de primes. Le projet permet d'évaluer régulièrement les structures sanitaires en fonction d'une grille d'indicateurs établie pour mesurer le niveau de la qualité des prestations dans divers domaines. Outre la Banque Mondiale qui couvre 08 zones sanitaires sur les 34, d'autres partenaires appuient le reste des zones sanitaires du pays. C'est ainsi que le Fonds Mondial couvre 17 zones, l'Alliance Mondiale pour la Vaccination GAVI 04 zones et la Coopération Technique Belge CTB 05 zones. Si les approches FBR ont particulièrement réussi à améliorer l'accès aux services curatifs et l'augmentation de l'utilisation des services préventifs comme la vaccination chez les enfants et les femmes enceintes, la performance des structures de soins, la performance des différents acteurs, la qualité des services et réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades, le constat fait est que dans certaines contrées, des poches de sous-performance sont toujours visibles. La présente étude a été initiée pour comprendre les caractéristiques qui existent dans les zones sanitaires à forte performance qui contribuent à la forte performance et qui les différencient des zones à faible performance.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

2.1. Rappel du Financement Basé sur les Résultats au Bénin : Organisation et fonctionnement

Le FBR est une approche de renforcement de la performance du système de santé à travers essentiellement : (i) la mise en œuvre de l'approche contractuelle, (ii) la mise en place du processus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé et (iii) l'instauration d'incitations financières proportionnelles à la production de soins et services de qualité aux populations. Il repose sur un contrat liant les financements aux résultats: les centres de santé signent un contrat avec le Ministère de la Santé et reçoivent trimestriellement des financements proportionnels aux résultats atteints. Les résultats concernent à la fois l'augmentation de la production des services de santé, mais aussi la qualité des prestations. Les indicateurs du FBR au Bénin sont en grande partie liés à la santé maternelle et infantile. Certains visent spécifiquement les populations les plus pauvres. Il a été mis en œuvre au Bénin par le PRPSS à titre pilote depuis 2012 dans 8 zones sanitaires et généralisé à l'échelle du pays depuis le troisième trimestre 2015 grâce à un financement conjoint de la Banque Mondiale, du Fonds Mondial et de GAVI qui porta à 29 le nombre de zones sanitaires couvertes par le FBR. Cinq autres zones sanitaires sont couvertes par la Coopération Technique Belge (CTB)². (Confère annexe1)

²Une autre expérience est en cours dans cinq autres zones sanitaires du Mono-Couffo (Comè-Bopa-Grand Popo-Houéyogbé ; Aplahoué-Dogbo-Djakotomey et Klouékanmè-Toviklin-Lalo) et de la Donga (Bassila et Djougou-Copargo-Ouaké) avec le soutien de la Coopération Technique Belge (CTB). Il faut noter que même si la finalité des deux types de FBR est la même (amélioration de l'état de santé de la population), les indicateurs et stratégies diffèrent.

Au moment de l'étude, les ressources issues du FBR étaient utilisées par les formations sanitaires pour des dépenses de fonctionnement, la mise en œuvre des activités et des primes à l'ensemble du personnel, à titre de motivation. Le but ultime recherché par le FBR est que le financement centralisé qui ne tient pas toujours compte des besoins réels des structures périphériques soit remplacé par ce financement innovant dans lequel les prestataires identifient eux-mêmes leurs besoins prioritaires et utilisent les ressources mises à leur disposition pour les satisfaire et ainsi améliorer les prestations de services de santé en nombre et en qualité. Afin de garantir au FBR la transparence et prévenir les fraudes, l'ensemble des indicateurs de performance est vérifié par une partie indépendante et les communautés bénéficiaires sont impliquées. Il existe des indicateurs quantitatifs et des indicateurs qualitatifs.

- Au Bénin, tous les indicateurs FBR quantitatifs étaient mesurés par le personnel des FoSa puis contrôlés et vérifiés par diverses entités indépendantes, notamment:
 - les "contrôleurs de ZS, qui sont des assistants techniques permanents basés dans chaque ZS et payés par l'agence internationale de contrôle (Le consortium AEDES/SCEN-Afrik pour l'approche BM/FM/GAVI et PASS SOUROU pour la CTB) ;
 - les organisations à base communautaire (OBC) en contrat avec le MS.
- Les indicateurs qualitatifs sont mesurés par:
 - les EEZS et contrôleurs de zone pour les centres de santé
 - le contrôleur de zone et les pairs (des équipes d'autres hôpitaux) pour les hôpitaux puis ;
 - contrevérifiés pour un échantillon aléatoire de FoSa par les « contrôleurs de ZS » et des OBC.

3. ENONCÉ DU PROBLÈME ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

3.1. Les déterminants de l'utilisation des services de santé et particulièrement de la faible performance des services de santé en couverture vaccinale

Après cinq ans de mise en œuvre du FBR au Bénin, l'utilisation des services de santé reste faible à 0,42 nouveau contact / an / habitant (en 2015)³. L'appréciation des effets des expériences de FBR dans le secteur de la santé au Bénin a été faite en juillet 2016 à travers une triple analyse⁴ portant sur des indicateurs quantitatifs liés de l'utilisation des services de santé tels que : Utilisation – Consultations (nb / hab / an), Nb accouchements eutociques % naissances attendues, Taux de vaccination complète déjà très élevés en moyenne sur toute la période, Tuberculose – "taux de guérison"(nb de guéris % nb de diagnostiqués 12 mois

³ Evaluation du Financement Basé sur les Résultats au Bénin: résultats d'une étude mixte en juin 2017

⁴ La triple analyse comprend: 1) Analyse descriptive simple (Moyennes par année, tendances évolutives) ; 2) Tests de différences entre le groupe de ZS BM/CTB (FBR depuis 2012) et le groupe de ZS FM/GAVI (non FBR avant fin 2015) d'une part, entre le groupe de ZS BM et le groupe de ZS CTB d'autre part et enfin avant / après 2012 ; et 3) Analyses économétriques (modèle double différence) pour évaluer l'effet du FBR sur chaque indicateur et pour évaluer les effets différenciés selon modèle PRPSS BM et modèle PASS CTB. (Catherine Korachais (IMT), Pascal Johnson (IMT), Kéfilath Bello (CERRHUD), BRUNO MEESEN (IMT ; Cotonou - Mission conjointe du 5-8 juillet 2016)

auparavant), VIH / IST – Femmes enceintes initiées ARV (pour 100,000 naissances attendues), Paludisme – femmes enceintes dépistées (% naissances attendues).

L'analyse a révélé de façon générale, qu'il y a une tendance à la hausse des indicateurs observés au fil des années, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives et cela ne semble pas être expliqué par le FBR. En effet, les analyses portent uniquement sur la quantité (couverture, taux d'utilisation) alors que certains taux de couverture étaient déjà élevés au Bénin avant le FBR. Des résultats analogues sont trouvés dans d'autres pays tels que le Rwanda et le Burundi. Les auteurs de cette analyse suggèrent que l'effort FBR doit porter sur les grosses faiblesses de performance. En effet, plutôt que de chercher un effet ou pas au niveau agrégé, on se pencherait sur les situations particulières des zones sanitaires (ZS) ou formations sanitaires (FoSa) pour identifier les ZS ou FoSa remarquables ('outliers'): e.g. celles très performantes depuis le FBR et celles dont la performance s'est dégradée ou a stagné depuis le FBR. Après identification de ces deux groupes, on effectuerait un travail qualitatif pour comprendre les déterminants facilitant et les barrières ('enablers' et 'barriers').

Par ailleurs, deux ans après la mise à l'échelle du FBR avec l'appui du Fonds Mondial et de GAVI, les indicateurs liés à la vaccination infantile demeurent faibles dans certaines zones sanitaires, c'est du moins ce qui ressort des études faites par divers partenaires dans le cadre du processus d'harmonisation du FBR. L'analyse des données de couverture vaccinale en BCG, Penta 3 et VAR faites en décembre 2016 sur la période 2010 à 2015⁵ (à partir des annuaires statistiques nationaux) montre la persistance de zone de faible couverture malgré les subsides obtenus par les structures sanitaires. Ces Zones (7 sur 34) sont: Pobè-Kétou-Adjaouère (PAK) ; Adjohoun-Bonou-Dangbo (ABD) ; Klouékanmè-Toviklin-Lalo (KTL) ; Lokossa-Athiémè (LA) ; Comè-Bopa-Grand Popo-Houéyogbé (CBGH) ; Allada-Zê-Toffo (AZT) et Savalou-Bantè (SABA). Les analyses se sont par la suite concentrées sur les aires sanitaires de ces zones avec les mêmes critères mais avec un focus sur les aires qui n'ont pas atteint les objectifs au moins les deux dernières années, c'est-à-dire en 2014 et en 2015. Les couvertures présentées pour ces trois antigènes dans les annuaires statistiques sont comparées aux cibles définies au niveau national pour chaque année.

En 2014, 90 aires de santé sur 110⁶ soit 81,8% n'ont pas atteint les objectifs. En 2015, 146 sur 177⁷ soit 82,5% sont dans cette situation. La comparaison des deux périodes révèle que ce sont pratiquement les mêmes aires de santé qui n'ont pas atteint les objectifs de couverture vaccinale. Pour ce faire, Il est important de mieux comprendre les raisons qui expliquent cette faible utilisation des services et la façon dont les ressources issues du FBR peuvent contribuer à leur amélioration.

La littérature abonde d'études et de rapports de travaux antérieurs sur les déterminants de l'utilisation des services de santé et particulièrement de la faible performance des services de santé en couverture vaccinale. Ces déterminants sont généralement classés en facteurs

⁵ URC - ANV- DRE/MS, Analyse des couvertures vaccinales de 2010-2015, 2017.

⁶ Les données concernant les ZS de l'Ouémé-Plateau ne sont pas prises en compte car la base de données n'est pas à jour, ni au niveau de l'ANV ni au niveau du département

⁷ Les données concernant les ZS de l'Ouémé-Plateau ont été prises en compte.

démographiques, facteurs économiques, facteurs socio - culturels, facteurs politiques, et facteurs organisationnels.

- **Facteurs démographiques** : De manière générale, le sexe comme l'âge ont une incidence grande sur l'utilisation des services médicaux.
- **Facteurs géographiques** : La distance à parcourir, l'état très défectueux des voies d'accès et autres barrières naturelles pour se rendre à l'hôpital pourrait être un obstacle dans la réalisation de l'accès universel aux soins de santé.
- **Facteurs économiques** : Dans le Monde plus de 68% des ménages dans le groupe de revenus les plus faibles n'ont pas accès aux soins et en Afrique plus de 70% n'accède pas aux soins suite toujours aux inégalités, économiques et sociales. Selon la recherche menée par l'OMS en 1998, la participation financière des usagers de services de santé diminuerait l'accès aux soins de santé de la population, les plus pauvres supportant davantage les conséquences du paiement des soins que les plus riches. Une augmentation du prix des consultations ne serait préjudiciable qu'aux groupes les plus vulnérables. Les résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali) montrent qu'un doublement du type de médicaments disponibles dans les structures de soins de premier niveau augmenterait leur utilisation de 37%.
- **Facteurs socio-culturels** : Le niveau d'instruction a une énorme incidence sur l'état de santé et l'utilisation de services de santé. Le comportement des individus face à la maladie ou encore face à la prévention telle que la vaccination et au planning familial, ne peut être négligé parmi les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé. La consultation des services de prévention se heurte, si son intérêt n'est pas suscité par des campagnes d'information, au fait qu'on ne pensera pas à la maladie et donc, à fréquenter une structure si on est en bonne santé. Par ailleurs, au Mali lorsqu'on enquête auprès de la population pour suivre l'itinéraire thérapeutique des personnes ayant eu un épisode morbide, il en ressort que: les pauvres et les femmes, ont plus recours à l'automédication que les riches et les hommes; on ne consulte pas, et ce d'autant qu'on est pauvre, si la maladie est ressentie comme bénigne; la représentation populaire de la maladie et ses causes influencent le type de services qu'on utilisera. Les maladies attribuées à des facteurs surnaturels (convulsions, délires, folies), à la transgression d'un tabou ou au mauvais sort (stérilité, avortement), ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle et le recours aux guérisseurs ou aux devins et en aucun cas par la médecine moderne.
- **Facteurs politiques** : Dans les pays à faible revenu, l'équité d'accès aux soins de santé n'est toujours pas résolue. Elle s'est même aggravée dans plusieurs cas contribuant à l'augmentation de la pauvreté. Les inégalités de santé et d'accès aux soins demeurent considérables. Le fardeau de la santé tend à croître avec la pauvreté. Les expériences y ont démontré que certains groupes vulnérables de la population (orphelins et leur famille adoptive, veuves, vieillards, pauvres ...) continueront à faire face à des contraintes financières pour accéder aux soins, même avec la mise en place des mutuelles de santé. Ces groupes risquent d'être exclus de soins de santé par leur incapacité de payer les contributions annuelles aux mutuelles de santé, ou simplement par suite de stigmas associés à leur profil de risques.
- **Facteurs Organisationnels** : Parmi ceux-ci, il y a la qualité technique des personnels de santé et la qualité perçue par les usagers. Les relations interpersonnelles entre patients et personnel soignant en sont un élément tout aussi important. L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le soignant, les

explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments de la qualité perçue par les usagers. Tous ces facteurs conditionneraient l'utilisation des services de santé de premier niveau, que ce soit pour des soins curatifs, que pour des soins préventifs y compris pour la planification familiale. La qualité perçue qui a donc une influence non négligeable sur l'utilisation des services de santé agit aussi sur la volonté à payer ces services. Plus de détails sont fournis à l'annexe 2

La littérature évoque d'autres facteurs associés au Système de santé : Ce sont les facteurs institutionnels dont le leadership et la Gouvernance, la gestion des ressources humaines, le Financement, le plateau technique souvent peu approprié, la qualité de l'information sanitaire, le système de soins qui est peu intégré et saucissonné; et les stratégies développées au niveau communautaire.

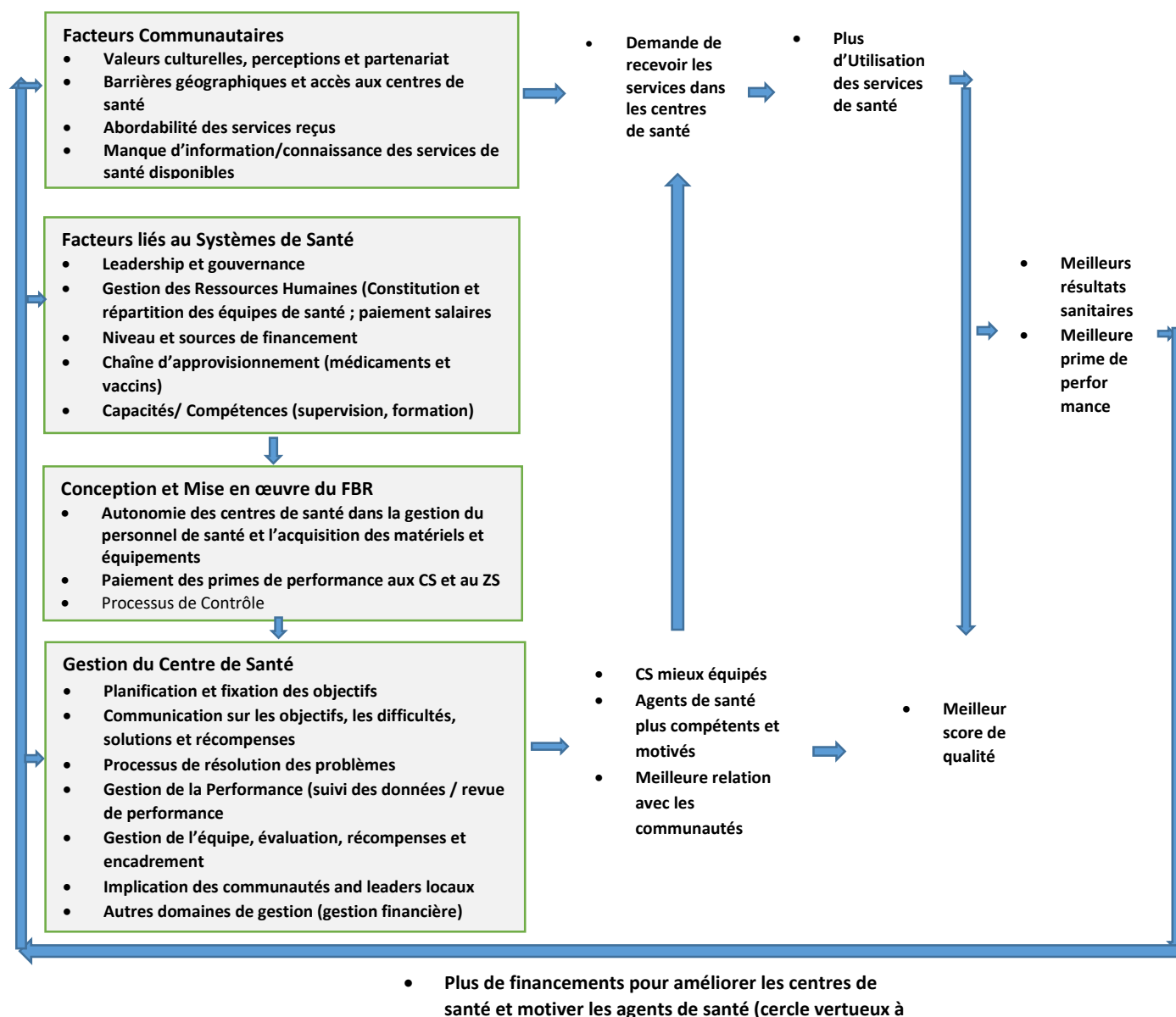
3.2. Cadre conceptuel de l'étude

Le cadre conceptuel de la présente étude est adapté à celui présenté dans l'article « Nigeria State Health Investment Project (NSHIP) Qualitative Study on Key Differentiating Factor for Performance Under Performance Based Financing (PBF) Approach » (Figure 8, pg 13)⁸.

Il met en relation les principaux déterminants de la performance des centres de santé où le FBR est mis en œuvre. Il établit d'une part l'influence des facteurs communautaires sur la demande des services qui à son tour détermine l'utilisation des services de santé, et d'autre part l'influence des facteurs liés à la gestion du centre de santé sur ses capacités à offrir des services de qualité et obtenir de meilleurs résultats sanitaires, et par conséquent de meilleure prime de performance.

⁸ Hasan et al 2013

Figure 1 : Cadre conceptuel des Déterminants de la Performance des Centres de Santé sous FBR



4. BUT DE L'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

4.1. But de l'étude

Identifier et comprendre les facteurs qui existent dans une ZS de forte performance (Bembèrèkè-Sinendé) qui contribuent significativement à améliorer la performance de cette zone par rapport à une ZS de faible performance (Sakété-Ifangni).

4.2. Questions de recherche

- Quelles caractéristiques communautaires existent dans les zones de forte performance et qui ont contribué significativement à améliorer la performance de ces zones. Lesquelles de ces caractéristiques différencient les zones de forte performance de celles de faible performance?
- Quelles caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs existent dans les zones de forte performance et qui ont contribué significativement à améliorer la performance de ces zones. Lesquelles de ces caractéristiques différencient les zones de forte performance de celles de faible performance?
- Quelles caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR existent dans les zones de forte performance et qui ont contribué significativement à améliorer la performance de ces zones. Lesquelles de ces caractéristiques différencient les zones de forte performance de celles de faible performance?
- Quelles sont les meilleures pratiques et les leçons apprises dans les zones de forte performance et qui ont contribué significativement à améliorer la performance de ces zones. Lesquelles de ces meilleures pratiques différencient les zones de forte performances de celles de faible performance?

5. MÉTHODE DE L'ÉTUDE

5.1. Type d'étude

La méthodologie utilisée est l'étude de cas multiples qui explore en profondeur un phénomène contemporain complexe (le "cas") dans son contexte de vie réel et qui permet la comparaison entre plusieurs cas, ici l'unité ou le cas étant la ZS. Il s'agissait donc de comparer une zone de forte performance à une zone de faible performance. Chaque cas/zone est composé de multiples centres de santé et de communautés. Ainsi à l'intérieur de chaque cas c'est-à-dire chaque zone, l'analyse a porté sur les sous cas ou unités d'analyse composée de:

- la formation sanitaire (composition et gestion de l'équipe de santé, organisation de l'offre et qualité des services de santé, comportement du personnel de santé et relations avec les utilisateurs), et
- les communautés qui l'entourent (utilisatrices/eurs des services de santé, les leaders locaux, les autres membres et organisations de la communauté) qu'elles soient proches ou éloignées.

Chaque composante de l'unité d'analyse a été explorée pour répondre aux hypothèses, buts et questions de la recherche. Les unités d'analyse d'un même cas étudié (ZS) ont été comparées entre elles pour dégager les différences entre les facteurs liés aux zones sanitaires qui influencent la forte performance de celles à faible performance, tirer les conclusions, leçons apprises ainsi que les meilleures pratiques et les recommandations. Les sources multiples de données ont été utilisées pour investiguer les facteurs contributifs de la forte performance dans certaines zones sanitaires dans le contexte du FBR au Bénin. Les techniques de collecte utilisées étaient des interviews approfondies, des discussions de groupe focalisées et le dépouillement des documents pertinents des formations sanitaires et des zones sanitaires.

5.2. Echantillonnage (Sélection des zones d'étude)

L'approche de l'étude de cas implique une sélection minimaliste des cas ou sites à étudier. Le but visé dans cette étude était d'investiguer les zones sanitaires les plus divergentes possible en termes de performance FBR pour des interventions spécifiques telles que la vaccination. Deux ZS sont largement suffisantes. En effet, ont été inclus dans la collecte de données pour chaque ZS, plusieurs centres de santé et communautés qui ont permis d'identifier une série de facteurs qui sont associés à la forte performance. L'idée n'était pas de rechercher des différences statistiquement significatives entre les zones sanitaires à forte performance et celles à faible performance, mais plutôt des informations approfondies sur les structures/systèmes en place et comment ils fonctionnent.

La démarche de sélection des zones et sites d'étude était essentiellement raisonnée. Elle comprenait les étapes suivantes;

1. Sélection des ZS
 - a. Les zones de forte et faible performance ont été identifiées à partir :
 - i. des données de vaccination, en lien avec les couvertures de vaccination pour les antigènes BCG, Penta 3 et VAR en 2014 et 2015 ;
 - ii. des indicateurs de Santé Maternelle et Infantile (SMI) en 2014 et 2015: Taux de CPN4; Nb accouchements eutociques % naissances attendues; Taux de vaccination complète ; Tuberculose – “taux de guérison” (nb de guéris % nb de diagnostiqués 12 mois auparavant) ; VIH / IST – Femmes enceintes initiées aux ARV (pour 100,000 naissances attendues) ; Paludisme – femmes enceintes dépistées (% naissances attendues) ; et
 - iii. des résultats des évaluations trimestrielles du FBR (ZS performantes ou non performantes selon les critères retenus par le programme FBR- Score qualité, subside per capita)⁹.
 - b. En se basant sur les données citées ci-dessus au point 1.a, une ZS de forte performance **Bembèrèkè-Sinendé** (où le FBR est mis en œuvre avec l'appui du FM au 3^e trimestre 2015) et une ZS de faible performance **Sakété-Ifangni** (où le FBR est aussi mis en œuvre avec l'appui de GAVI au 3^e trimestre 2015) ont été sélectionnées.

⁹ Ces critères sont alignés sur les indicateurs d'évaluation de la performance des Zones Sanitaires du MS.

- c. Le choix des ZS a été confirmé par les DDS des départements du Borgou et de l'Ouémé auxquels appartiennent ces deux ZS avant le démarrage de la collecte des données.

2. Sélection de Site de collecte de données

- a. Dans chaque ZS, cinq aires de santé ont été sélectionnées et incluses dans l'étude. Leur sélection a été faite au bureau de Zone en collaboration avec le MCZS et le statisticien de ZS à partir des données statistiques disponibles et des rapports FBR et de monitoring, des rapports de restitution de la mise en œuvre du FBR du premier trimestre 2017. Les FoSa étaient classées à partir de leur score de qualité de la plus performante à la moins performante, une formation est considérée performante lorsque son score de qualité est supérieure à 80%, peu performante lorsque son score de qualité est moins de 50%.
- b. Ainsi donc les cinq FoSa plus performantes dans la ZS à forte performance et les cinq FoSa les moins performantes dans la ZS à faible performance ont été sélectionnées.
- c. Les communautés autour des FoSa ont été sélectionnées de façon aléatoire, stratifiée selon la distance ; c'est-à-dire un village distant de moins de 5km comme village proche et un autre distant de plus de 5km comme village éloigné (une proche et une éloignée).

Tableau I : Zones Sanitaires et Formations Sanitaires sélectionnées

Zones sanitaires	Formations sanitaires	Villages sélectionnés
Bembèrèkè-Sinendé Zone sanitaire performante	1. Centre de santé de Bembèrèkè	1. Kpébéra 2. Pédarou
	2. Centre de santé de Gamia	1. Gamia est 2. Bouri
	3. Centre de santé de Sèkèrè	1. Maro 2. Kparo
	4. Centre de santé de Sinendé	1. Danrigourou 2. Gouroukpérou
	5. Centre de santé d'Ina	1. Sinantabé 2. Bourando
Sakété-Ifangni Zone sanitaire non-performante	1. Centre de Santé d'Assa-Idiotché	1. Assa Idiotché 2. Game
	2. Centre de Santé d'Illako-Idioro	1. Illako Idioro 2. Illa faadji
	3. Centre de Santé de Gbagla-Yovogbédji	1. Gbagla Yovogbédji 2. Adanmayi
	4. Centre de Santé d'Akadja	1. Akadja 2. Agamadin
	5. Centre de Santé d'Iguillanhoun	1. Iguillanhoun 2. Baodjo

Source : Séance de travail avec les médecins coordonnateurs de zone et les responsables des centres de santé, juillet 2017

5.3. Méthodes de collecte de données

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour collecter des données de sources multiples. Ces méthodes comprenaient des interviews approfondies, des groupes de discussions focalisées et des questionnaires validés. La revue de documents pertinents relatifs aux formations sanitaires et aux zones sanitaires, et une enquête auprès des usagers des services de santé. Dans les deux zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni les cibles touchées sont :

- 26 agents de santé dont 10 responsables de centre de santé, ainsi que les deux médecins coordonnateurs de zone ont été interviewés,
- 30 interviews de groupes ont été réalisées avec les leaders communautaires et les membres COGECS,
- 20 discussions de groupe focalisées ont été réalisées avec les hommes et 20 autres avec les femmes (à raison de deux focus group pour les villages proches et deux pour ceux éloignés par centre sélectionné),
- 57 utilisatrices/eurs des services de soins ont été questionnés à la sortie des soins dans les centres.

Les méthodes et types de données utilisés sont détaillés à l'annexe 5.

5.4. Gestion des données

Les interviews et discussions ont été enregistrées et transcrites quotidiennement par les agents de collecte à la fin de la journée de collecte. Les enregistrements en langues nationales ont été transcrits directement en français par les agents qui ont collecté ces données. Les transcriptions et les enregistrements ont été stockés dans un dossier. Afin d'assurer la confidentialité, les transcriptions ont été rendues anonymes avant l'analyse. Les données quantitatives recueillies à partir des questionnaires ont été vérifiées et saisies dans le Logiciel Excel

5.5. Analyse des données

L'analyse de données s'est faite en deux phases: l'analyse des données quantitatives, et celle des données qualitatives.

5.5.1. Données quantitatives

Les données quantitatives recueillies lors de la collecte de données sont de deux ordres. La revue des données FBR du premier trimestre 2017 et l'enquête réalisée auprès des utilisatrices.

5.5.1.1. Revue de données FBR

A partir de la revue documentaire et des données recueillies auprès des statisticiens de zone et des responsables des centres de santé, une base de données a été constituée afin de présenter les résultats quantitatifs sur les indicateurs de santé maternelle et infantile, les taux de couverture vaccinale et les scores de qualité.

5.5.1.2. Données de l'enquête

Les données issues de l'enquête des utilisatrices/teurs ont été saisies dans le logiciel Excel. Les graphiques et tableaux présentés dans la partie résultats ont été réalisés pour étayer les résultats qualitatifs.

5.5.2. Données qualitatives

Une analyse de contenu a été réalisée selon une approche basée sur les catégories de facteurs décrites dans le cadre conceptuel – les transcriptions ont été codées par deux agents qui ont utilisé un guide de codification développé à cet effet. Les données qualitatives recueillies ont été analysées à l'aide des logiciels QDA MINER Lite 2.0.2 et EXCEL 2013. L'équipe a d'abord fait la codification dans le logiciel QDA qui consistait à prédéfinir de façon exhaustive toutes les caractéristiques en codes et sous caractéristiques en sous codes. Les transcriptions des agents de santé et de la communauté ainsi que celles du niveau central ont été transférées dans le logiciel afin d'analyser les propos recueillis en codes ou sous codes. Par la suite les données ont été exportées du QDA MINER dans Excel pour identifier les facteurs prioritaires qui ressortent des entretiens et qui influencent la performance des centres de santé.

5.6. Revue éthique

Le consentement de tous les participants a été obtenu. Le but de l'étude et les types de données collectées ont été décrites. La confidentialité des participants ont été assuré et ils avaient le droit de refuser de participer à tout moment.

5.7. La durée de la recherche

L'étude a été réalisée de Juin17 à Aout17. Les durées des différentes phases de la recherche ainsi que la composition de l'équipe et les responsabilités sont résumées dans l'annexe 5.

6. RESULTATS

6.1. Revue des données FBR

Les données sur les taux de vaccination et des indicateurs FBR ont été synthétisées dans les tableaux ci-dessus.

6.1.1. Indicateurs de santé maternelle et infantile

Il s'agit des indicateurs sur les consultations prénatales, les accouchements, les consultations postnatales et la planification familiale présentés dans les tableaux II et III. Même si le nombre de personnes attendues pour chacun de ces services n'est pas atteint, les taux obtenus demeurent quand même relativement élevés dans la ZS Bembèrèkè-Sinendé. Par contre, dans la ZS Sakété-Ifangni, il y a beaucoup de données manquantes parce que les agents de santé ne remplissent pas de façon systématique les registres. Ces données ne sont disponibles ni au niveau du bureau de zone ni dans les centres de santé.

Tableau II : Indicateurs de SMI du 1^{er} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.

ZONES SANITAIRES	INDICATEURS SOINS DE SANTE MATERNELLE DU 1 ^{ER} TRIMESTRE 2017 (%)												
	CENTRES DE SANTE	CPN			ACCOUCHEMENT			CPoN			PF		
		JANVIER	FEVRIER	MARS	JANVIER	FEVRIER	MARS	JANVIER	FEVRIER	MARS	JANVIER	FEVRIER	MARS
BEMBEREKE/SINENDE	CS BEMBEREKE	97	84	98	44	48	46	191	75	155	6	24	30
	CS GAMIA	99	92	136	61	58	101	80	64	85	16	23	27
	CS INA	137	110	115	72	57	80	76	76	76	7	37	19
	CS SINENDE	91	92	87	64	68	89	45	60	65	14	45	17
	CS SEKERE	91	90	107	101	104	111	13	37	19	27	49	18
SAKETE/IFANGNI	CS ASSA IDIOTCHE	0 ¹⁰	0	0	0	8	0	0	8	0	0	0	0
	CS ILLAKO IDIORO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	CS GBAGLA-YOVOGBEDJI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
	CS AKADJA	14	18	23	0	0	10	0	0	5	0	0	0
	CS IGUILLANHOUN	22	11	11	31	19	25	25	13	25	1	0	1

Source : Données SNIGS, Juillet 2017

¹⁰ 0 représente le taux retrouvé dans le mois, lorsque les cases sont vides il s'agit des données manquantes

Tableau III : Indicateurs de soins de SMI du 2^{ème} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.

ZONES SANITAIRES	INDICATEURS SOINS DE SANTE MATERNELLE DU 2 ^{ème} TRIMESTRE 2017 (%)												
	CENTRES DE SANTE	CPN			ACCOUCHEMENT			CPoN			PF		
		AVRIL	MAI	JUIN	AVRIL	MAI	JUIN	AVRIL	MAI	JUIN	AVRIL	MAI	JUIN
BEMBEREKE/SINENDE	CS BEMBEREKE	64	95	91	40	74	62	156	183	175	9	6	6
	CS GAMIA	89	116	109	78	83	79	65	104	70	8	9	8
	CS INA	113	146	127	125	116	99	66	77,8	85	4	4	5
	CS SINENDE	103	118	197	87	85	74	54	45	53	60	65	5
	CS SEKERE	108	112	110	111	110	110	22	22	38	54	57	62
SAKETE/IFANGNI	CS ASSA IDIOTCHE	27	13	DND ¹¹	15	23	DND	15	23	DND	0	0	
	CS ILLAKO IDIORO	0	0	DND	0	0	DND	0	0	DND	0	0	
	CS GBAGLA-YOVOGBEDJI	0	0	DND	0	0	DND	0	0	DND	0	0	
	CS AKADJA	0	0	DND	5	10	DND	5	10	DND	0	1	
	CS IGUILLANHOUN	33	22	DND	44	13	DND	0	0	DND	0	1	

Source : Données SNIGS, Juillet 2017

¹¹ Données non disponibles

6.1.2. Indicateurs de vaccination

Les tableaux IV et V présentent la couverture vaccinale par centre de santé sélectionné et par ZS pour les premier et deuxième trimestres de l'année 2017. Dans la zone Bembèrèkè-Sinendé, les taux mensuels de couverture pour les vaccins BCG, PENTA1, PENTA3, et VAA/VAR sont de 100% sur toute la période de Janvier à Juin pour chacun des centres de santé sélectionnés. Ceci suppose que le nombre de personnes attendues par mois pour chaque vaccin est atteint. Ceci confirme qu'il s'agit bien d'une zone de forte performance.

Globalement, pour les vaccins BCG, PENTA3 et VAA/ VAR, les valeurs sont nulles ou très faibles pour la ZS Sakété-Ifangni. Mais les données du PENTA1 du premier trimestre de l'année 2017 ne sont disponibles ni au niveau du Bureau de zone ni au niveau des centres de santé. Aussi, les données la couverture vaccinale pour l'ensemble des vaccins mentionnés ne sont pas disponibles pour le mois de juin 2017. Ce constat suggère un manque de suivi des performances dans la zone Sakété-Ifangni. Les indicateurs de SMI sont globalement nuls pour les centres de santé de la ZS sauf au CS d'Iguillanhoun. Les faibles taux de vaccination enregistrés dans les centres de santé de la ZS Sakété-Ifangni sont dus au fait que ces centres de santé ne sont pas suffisamment fréquentés.

Tableau IV : Indicateurs de soins de vaccination du 1^{er} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.

ZONES SANITAIRES	INDICATEURS DE VACCINATION DU 1 ^{er} TRIMESTRE 2017 (%)												
	CENTRES DE SANTE	BCG			PENTA 1			PENTA 3			VAA/VAR		
		JAN	FEV	MARS	JAN	FEV	MARS	JAN	FEV	MARS	JAN	FEV	MARS
BEMBEREKE/ SINENDE	CS BEMBEREKE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	CS GAMIA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
	CS INA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	CS SINENDE	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	99	100
	CS SEKERE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SAKETE/ IFANGNI	CS ASSA IDIOTCHE	0	0	0	DND	DND	DND	0	0	15	0	0	38
	CS ILLAKO IDIORO	0	0	0	DND	DND	DND	0	0	0	0	0	0
	CS GBAGLA-YOVOGBEDJI	0	0	0	DND	DND	DND	17	0	0	0	8	0
	CS AKADJA	0	5	11	DND	DND	DND	26	32	26	16	32	26
	CS IGUILLANHOUN	27	0	40	DND	DND	DND	40	60	93	67	73	93

Source : Données SNIGS, Juillet 2017

Tableau V : Indicateurs de vaccination du 2^{ème} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.

ZONES SANITAIRES	INDICATEURS DE VACCINATION DU 2 ^{ème} TRIMESTRE 2017 (%)												
	CENTRES DE SANTE	BCG			PENTA 1			PENTA 3			VAA/VAR		
		AVRIL	MAI	JUIN	AVRIL	MAI	JUIN	AVRIL	MAI	JUIN	AVRIL	MAI	JUIN
BEMBEREKE/SINENDE	CS BEMBEREKE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	CS GAMIA	100	100	100	100	100	100	90	100	100	87	100	100
	CS INA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	115
	CS SINENDE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	CS SEKERE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SAKETE/IFANGNI	CS ASSA IDIOTCHE	31	31	DND	DND	DND	DND	38	23	DND	46	15	DND
	CS ILLAKO IDIORO	0	0	DND	0	0	DND	0	0	DND	0	0	DND
	CS GBAGLA-YOVOGBEDJI	0	0	DND	0	0	DND	DND	DND	DND	0	25	DND
	CS AKADJA	0	16	DND	DND	DND	DND	16	26	DND	21	47	DND
	CS IGUILLANHOUN	67	40	DND	DND	DND	DND	67	40	DND	80	47	DND

Source : Données SNIGS, Juillet 2017

6.1.3. Score de qualité

Dans la zone sanitaire Bembèrèkè-Sinendé, le score de qualité FBR est globalement élevé. La valeur la plus faible est de 81 et a été enregistrée au CS Sinendé au troisième trimestre de l'année 2016. Tandis que la plus forte valeur est de 90, enregistrée au CS de Bembèrèkè au titre du même trimestre. Ceci témoigne de la meilleure performance de la ZS Bembèrèkè-Sinendé. Par contre, dans la zone sanitaire Sakété-Ifangni, les scores de qualité FBR sont généralement faibles pour l'ensemble des trois trimestres considérés. La plus faible valeur enregistrée est de 35 au CS d'Assa Idiotché au titre du troisième trimestre 2016 et le CS d'Iguillahoun a enregistré la plus forte valeur qui est de 69 au titre du même trimestre. Ceci justifie la faible performance de la zone Sakété-Ifangni, car le score qualité le plus élevé de la zone de Sakété-Ifangni 69 est nettement en deçà du score qualité le plus bas de la zone de Bembèrèkè-Sinendé 81.

Tableau VI : Score de qualité FBR du 1^{er} trimestre 2017 dans les ZS de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni.

ZONE SANITAIRE	SCORE DE QUALITE T1 2017 (%)			
	CENTRES DE SANTE	3ème TRIMESTRE 2016	4ème TRIMESTRE 2016	1er TRIMESTRE 2017
BEMBEREKE/ SINENDE	CS BEMBEREKE	90	88	87
	CS GAMIA	86	83	86
	CS INA	83	88	82
	CS SINENDE	81	85	85
	CS SEKERE	84	87	86
SAKETE/ IFANGNI	CS ASSA IDIOTCHE	35	35	55
	CS ILLAKO IDIORO	38	49	55
	CS GBAGLA-YOVOGBEDJI	43	53	55
	CS AKADJA	43	48	66
	CS IGUILLANHOUN	69	62	49

Source : Données SNIGS, Juillet 2017

6.2. Résultats des Interviews, discussions de groupe et enquête des utilisatrices

Les résultats qualitatifs sont présentés aussi bien au niveau des formations sanitaires et des communautés qu'au niveau intermédiaire et central.

6.2.1. Niveau des formations sanitaires et des communautés

Dans ce chapitre sont présentés les résultats issus des interviews avec les responsables des centres de santé, les agents de santé et les interviews de groupe avec les leaders ainsi que les discussions de groupes focalisées avec la communauté. Ces résultats sont enrichis par ceux de l'enquête des utilisateurs/trices des services de santé.

6.2.1.1. Caractéristiques communautaires

Les caractéristiques identifiées ont été présentées par ordre d'importance pour chaque zone sanitaire. La présentation des caractéristiques peut différer d'une zone à une autre.

6.2.1.1.1. Caractéristiques communautaires de la zone à forte performance de Bembèrèkè-Sinendé

➤ Informations et connaissances des services disponibles

Dans la zone sanitaire de Bembèrèkè-Sinendé, de toutes les discussions de groupe focalisées et interviews de groupe réalisées dans la communauté, il ressort que les populations connaissent la plupart des activités organisées dans les centres de santé sélectionnés. Elles reconnaissent que beaucoup de sensibilisations sont faites à leur égard en collaboration avec les radios communautaires, les leaders, les élus locaux, les COGECS et les relais.

Les agents de santé de cette zone organisent beaucoup de stratégies avancées dans les communautés afin d'atteindre les objectifs en termes de couverture vaccinale. Lors de ces stratégies avancées, ils profitent pour discuter avec les populations, les sensibiliser sur l'importance de se rendre aux centres de santé et sur l'importance de la vaccination. L'exposition permanente des communautés aux informations diffusées par tous ces canaux renforcée par la forte implication des RC, des autorités locales ainsi que du COGECS a contribué à leur décision d'utiliser les services offerts par le Centre de Santé. Il s'en est suivi une augmentation de la fréquentation des centres, parce que

plusieurs personnes comprennent mieux les avantages liés l'utilisation des services de santé. Ce constat est corroboré par les résultats de l'enquête réalisée auprès des utilisatrices des

*« Chaque semaine dans la radio Nonsina on entend des émissions dans le cadre de l'accouchement, et c'est le responsable du centre qui a amené cette sensibilisation en montrant les difficultés d'accoucher à la maison, cela peut amener les décès, l'hémorragie sanguine. C'est ce qui fait que les gens ont pris conscience et demandent à leurs femmes d'aller accoucher à l'hôpital. Avant même le responsable fait appel aux autorités du village (CA, le délégué, autres) pour échanger avec eux ». **Propos d'un homme***

*« Même un analphabète qui est dans un village aujourd'hui vous lui demander il va vous dire qu'il sait qu'au centre de santé de Bembèrèkè il y a maternité il y'a dispensaire il y a ceci il y a cela mais il sait que s'il a une fracture c'est à l'hôpital qu'il faut aller s'il y a opération. Il ne va pas aller au CS mais à l'hôpital. » **Propos d'un membre COGECS***

services de santé ; 86% des personnes enquêtées ont affirmé avoir reçu suffisamment ou de façon modérée des informations utiles sur les services disponibles aux centres de santé.

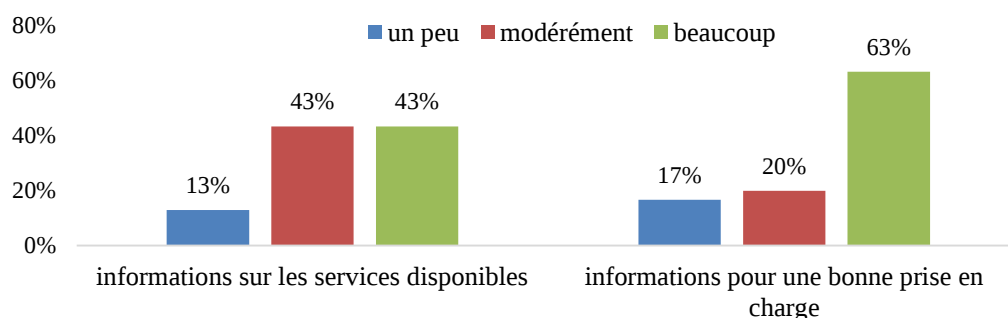


Figure 2 : Répartition des utilisatrices selon le type d'informations reçues dans les ZS Bembèrèkè/Sinendé, juillet 2017

➤ Abordabilité des services de soins

Concernant l'abordabilité¹² dans la ZS de Bembèrèkè-Sinendé les avis des populations sont partagés. Les discussions de groupe focalisées et interviews de groupe réalisées dans la commune de Bembèrèkè plus urbanisée, il ressort que les services de soins sont abordables à cause de la politique d'affichage des prix, des enquêtes de voisinage faites par les COGECS, et de la subvention de certains médicaments par l'Etat réduisant ainsi leurs coûts.

Par contre, les populations de la commune de Sinendé plus rurale et enclavée affirment que le coût des services de santé est élevé. Selon leurs propos, la surfacturation et le manque de moyens financiers sont les raisons qui justifient le coût élevé des services de soins.

Les constats ci-dessus sont confirmés par les résultats de l'enquête des utilisatrices des services de santé; en effet 63% d'entre elles ont affirmé que le coût des services de soins reçus dans les centres de santé était abordable, 90% ont affirmé

*« Oui, depuis qu'ils ont connu le prix des produits c'est fini parce que avant FBR les prix n'étaient pas affichés..... ils ne connaissaient pas le prix on les taxait... mais présentement comme FBR est venu les prix sont affichés... la maladie pour laquelle tu vas payer 5000 comme ça donc c'est une maladie très grave mais comme les soins aussi ne coûtent plus cher donc c'est facile » **propos d'un membre COGECS de Bembèrèkè***

*« C'est concernant les consultations prénatales, avant et maintenant ce n'est plus les mêmes frais qu'on paye, ou bien c'est parce que nous sommes nombreux maintenant qu'ils ont augmenté de l'argent, je ne sais pas alors il faut nous donner des éclaircissements sur ça. Chaque fois que la femme va pour la consultation tu dois donner l'argent. Au début c'est 5000f tu donnes, pour la deuxième consultation c'est 3000f, après c'est 2000f ainsi de suite. Et le jour qu'elle accouche tu payes 12000f, d'autre 11000, d'autre 10000f. En principe lors des consultations prénatales on devait t'informer compte tenu de ta santé..... » **Propos d'une femme de la commune de Sinendé***

¹² Abordabilité des services de soins : coût abordable des services de soins

l'inexistence de vente illicite de médicament, 60% ont affirmé qu'ils n'avaient effectué aucune dépense élevée et 80% n'avaient engagé aucune autre dépense à part le carnet pour la vaccination de leurs enfants dans la zone Bembèrèkè/Sinendé.

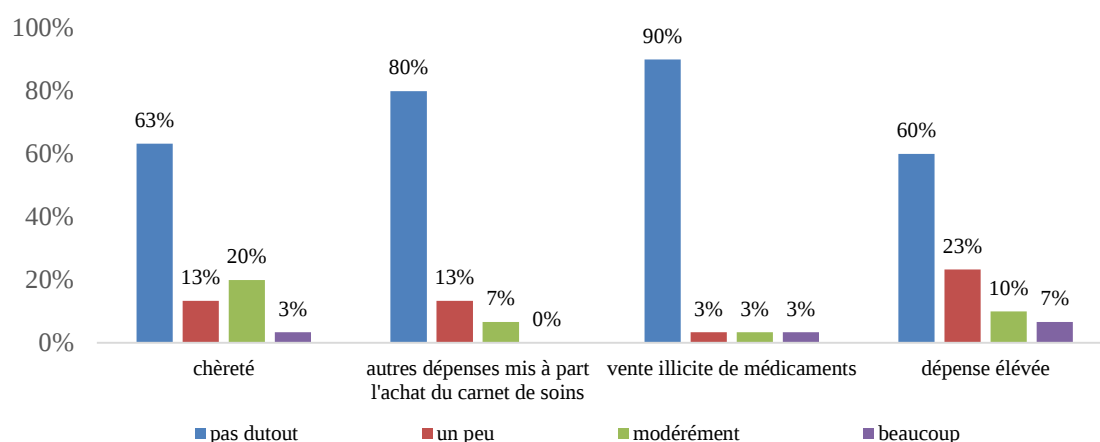


Figure 3 : Répartition des utilisatrices selon leur appréciation de la cherté des soins reçus, et des autres dépenses encourues¹³ dans la ZS Bembèrèkè/Sinendé, juillet 2017

➤ Autres caractéristiques : satisfaction et appréciation des soins

Satisfaction vis-à-vis des soins reçus

Dans la ZS de Bembèrèkè-Sinendé, il ressort des discussions de groupe focalisées et interviews de groupe réalisées dans la communauté que les communautés sont satisfaites des soins que les agents de santé des centres de santé leur offrent. Elles estiment que les agents de santé offrent des soins de qualité à cause de l'accueil, et ainsi que le respect de ces agents à leur égard.

« Je suis satisfait de leur travail quand tu vas chez eux ils te soignent le plus rapidement possible. Leur façon de travail m'a beaucoup plus. Ce n'est pas comme ailleurs où quand tu vas les agents de santé ne te regardent pas du fait que tu es pauvre... ici ils ne font pas cela. Et ils travaillent en fonction de l'ordre d'arrivée. » **Propos d'un leader**

« C'est vrai. Le service fourni est de qualité et les choses marchent très bien. Nous sommes bien accueillis et bien pris en charge. Au centre de santé, nos femmes qui vont accoucher sont bien prises en charge. Celle qui arrive à respecter tous les rendez-vous de vaccination est récompensée par une moustiquaire. » **Propos d'un homme**

¹³ la vente illicite de médicament, les dépenses élevées et les autres dépenses mis à part le carnet pour la vaccination

Cependant des mécontentements ont été exprimés par certains usagers suite aux mauvais traitements reçus par les femmes lors de leur visite au centre de santé ainsi que les références anarchiques et sans fondements vers l'hôpital de zone qui poussent les femmes à accoucher à domicile. Malgré ces mécontentements exprimés à l'endroit du personnel de la maternité la majorité des femmes et hommes qui utilisent les centres de santé est satisfaite de la qualité des soins qu'elles reçoivent ; c'est ce qu'illustre la figure qui suit.

« Leur travail me déplaît dans le domaine de l'accouchement. Si tu vas pour l'accouchement, ils trainent souvent. C'est pourquoi la plupart du temps les femmes accouchent à la maison et si tu accouches à la maison arrivée au centre, ils te diront de verser beaucoup d'argent d'abord, au moment où les douleurs du travail ont commencé tu faisais quoi et tu as accouchée à la maison.»
Propos d'une femme

Des résultats issus de l'enquête, 67% des utilisatrices/eurs, ont affirmé avoir accès à des soins de qualité lors de leur visite au CS, 70% ont affirmé qu'ils ont eu une amélioration totale de leur état de santé après les soins (Figure 4).

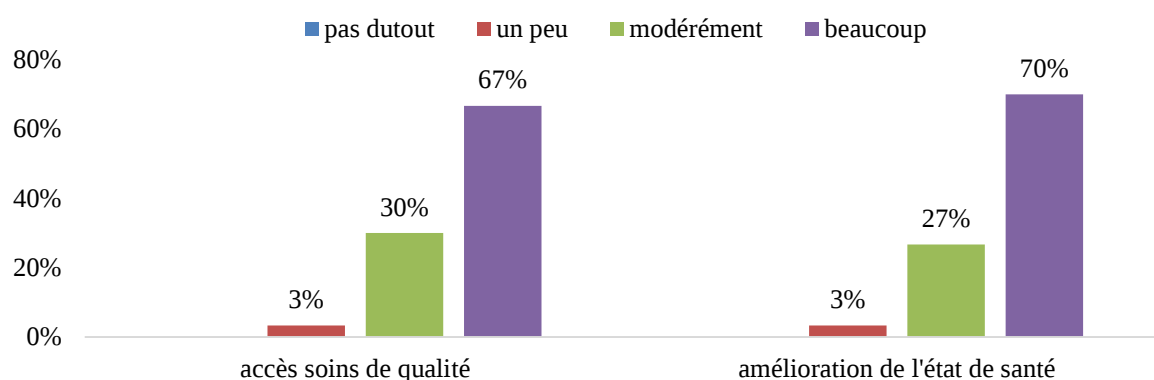


Figure 4 : Répartition des utilisatrices/eurs selon leur appréciation de l'accès aux soins de qualité et de l'amélioration de l'état de santé dans la ZS Bembèrèkè/Sinendé, juillet 2017

Concernant la satisfaction des besoins des populations par les centres de santé de la ZS Bembèrèkè/Sinendé, 60% des utilisatrices/eurs ont déclarés que les hommes de la communauté sont satisfaits, 77% ont estimés que les femmes le sont et 80% que les mères d'enfants sont satisfaites (Figure 4).

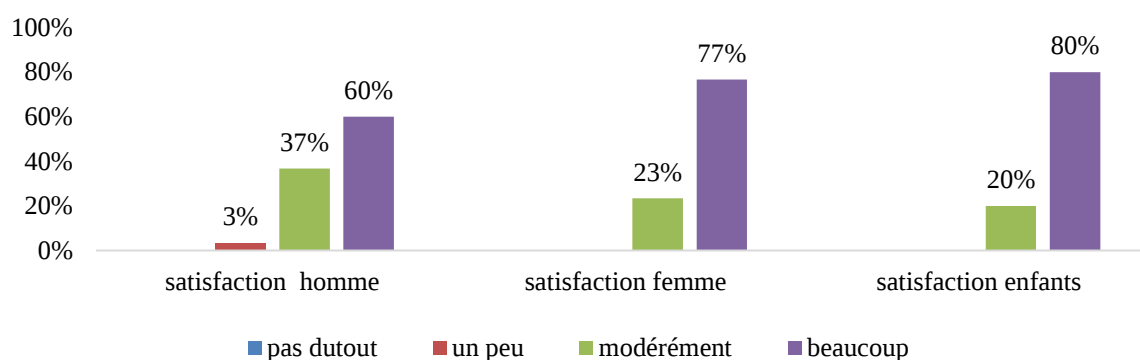


Figure 5 : Répartition de la réponse des utilisatrices/eurs par rapport à la satisfaction des besoins par les CS de la ZS Bembèrèkè/Sinendé des hommes, des femmes et enfants, juillet 2017.

6.2.1.1.2. Caractéristiques communautaires de la zone à faible performance de Sakété-Ifangni

Plusieurs caractéristiques communautaires expliquent la faible fréquentation des centres de santé dans la ZS Sakété-Ifangni.

➤ **Abordabilité des services reçus**

Selon les déclarations des participants aux entretiens de groupe et aux discussions de groupe focalisées, la cherté des soins offerts dans les CS est souvent citée. Les agents de santé auraient mis en place un marché parallèle de vente de médicaments. Les prestations offertes et les médicaments cédés aux patients reviennent souvent chers pour les populations car les médicaments de la pharmacie sont délaissés au profit de ceux plus chers que vendent les agents de santé eux-mêmes. Ainsi, les prix des prestations sont plus élevés que les prix officiels prévus pour chaque type de service dans le centre et plus chers que les prix pratiqués dans les cabinets privés de soins. Ceci crée une méfiance au niveau des populations qui préfèrent aller dans les centres où elles peuvent bénéficier des services de soins de santé moins chers. A ceci s'ajoute la pauvreté des populations qui manquent de ressources financières.

*« Depuis l'époque du Major C. jusqu'au major qui est là actuellement il n'y a pas de difficulté. Mais depuis l'arrivée de la dame recrutée par la mairie les difficultés ont commencé. Par exemple une nuit ma maman était malade je l'ai amenée au centre dans la nuit. Elle a fait une analyse en prélevant le sang sur le doigt de ma mère. Et elle lui a fait deux injections et lui a administrée un petit sérum en plastique. Donc ça fait deux injections et un petit sérum. Elle a proposé que ma maman passe la nuit au centre et j'ai refusé. Donc entre 4h et 5h j'ai ramené maman à la maison. Je suis revenu la voir pour savoir ce que je dois. Elle m'a dit que ça fait vingt-deux mille francs CFA. Je lui ai donné dix-huit mille francs... Chaque fois que nous nous croisons, elle ne manque pas de me réclamer les deux mille restants. Mais je ne lui ai plus jamais payé les deux mille restants. Depuis ce temps je guète le major c'est le jour où il est présent que je vais aux soins dans le centre. Si non quand c'est la dame qui est de grade, personne n'y va ». **Propos d'un homme***

Selon l'enquête auprès des utilisatrices des services de soins dans les centres de santé visités, 37% trouvent les prestations modérément chères tandis que 26% trouvent les services beaucoup chers. Aussi 38% d'entre elles ont dépensé beaucoup plus que prévu au centre de santé. Néanmoins, 78% des enquêtées ont déclaré qu'elles n'ont pas eu à effectuer d'autres dépenses en dehors du carnet et 56% ont déclaré qu'on ne leur a pas vendus des médicaments « au noir ». Ces résultats sont illustrés par la figure ci-dessous.

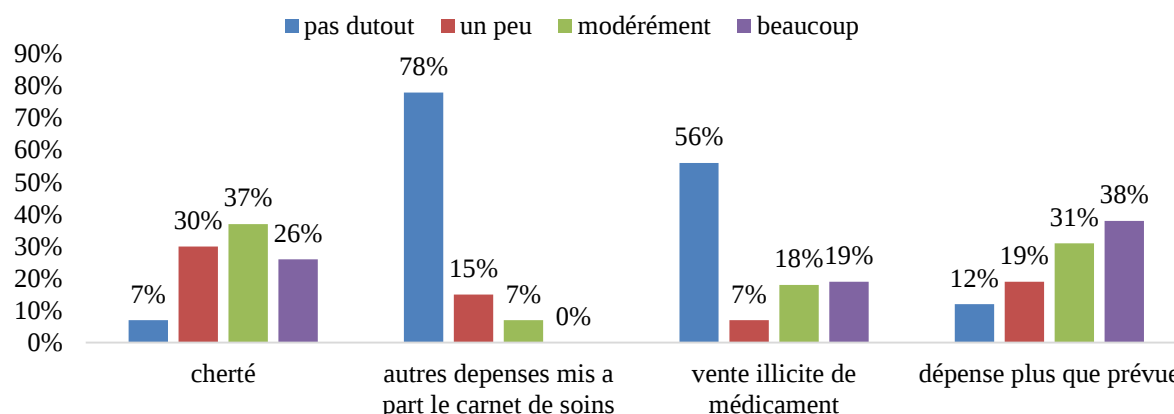


Figure 6 : Répartition des utilisatrices selon leur appréciation de la cherté et des autres dépenses non officielles dans la zone Sakété-Ifangni, Juillet 2017

➤ Valeurs culturelles et perceptions

Les interdits culturels : Selon les déclarations de l'assistant technique du bureau de zone Sakété Ifangni, les centres de santé de la ZS sont fermés pendant deux mois (août et septembre) lors des cérémonies du fétiche « Oro ». Or pendant ces cérémonies, les femmes sont interdites de sortie et elles s'enferment chez elles. En effet elles risqueraient de disparaître à jamais si elles sortent pendant les cérémonies. Pour les communautés, les cérémonies du culte « Oro » n'empêchent pas l'accès au centre de santé. Mais le personnel des centres de santé étant essentiellement féminin et étranger à la culture du milieu, il préfère ne prendre aucun risque, donc garde les centres de santé fermés.

*« Un phénomène culturel qui est récurrent tous les ans, la manifestation du fétiche ORO qui fait que les agents de santé désertent les formations sanitaires pour deux mois ». **Propos d'un responsable de centre de santé de la ZS Sakété-Ifangni***

Le recours aux plantes demeure toujours d'actualité dans la ZS Sakété-Ifangni. En effet, pour certaines maladies dites simples, les populations préfèrent recourir aux plantes et c'est seulement lorsque cela se révèle inefficace ou que le mal se complique, qu'elles se tournent vers le centre de santé.

*« Oui le recours aux plantes existe toujours, par exemple lorsque quelqu'un tombe malade nous voyons ce que nous pouvons faire d'abord entre nous pour le soigner, c'est-à-dire une tisane ou autre. » **Propos d'un homme***

Suspicion d'effets secondaires de la vaccination Il ressort des entretiens avec les communautés que la vaccination n'est pas acceptée de tous. Mais le refus de vaccination est plus accentué dans certains villages que dans d'autres. Pour les populations, la vaccination est profitable pour certains enfants mais pour d'autres elle est une source de graves problèmes de santé. La vaccination entraîne chez les enfants le développement des pathologies telles que les éruptions cutanées, le rhume, la toux etc. Aussi, certaines femmes hésitent à aller faire vacciner les enfants dans leur centre de santé vu qu'elles n'y ont pas accouché.

« Ça me rappelle le cas d'un enfant qu'on a vacciné et qui s'est évanoui. Or le major était absent c'est au CS d'IDI-IROKO qu'on l'a amené. Et c'est le neuvième jour qu'il a repris connaissance. Donc la vaccination n'est pas avantageuse pour tout le monde » **Propos d'un homme**

« Même pour les vaccinations, je n'y vais pas. Parce que parfois lorsqu'on vaccine l'enfant, il commence par développer d'autres maladies telles que la toux ou le rhume et tu es encore obligé de retourner au centre où on te prescrit encore des médicaments chers. Où veulent-ils que nous trouvions tout cet argent ? Donc que l'Etat aussi se lève pour nous aider. (R : dites-moi est-ce qu'ils vous prennent encore de l'argent pour les vaccinations ?) Non ils ne nous prennent pas de l'argent pour ça, mais après vaccination les maladies développées par l'enfant sont à notre charge, et même quand tu achètes les médicaments prescrits, tu n'as pas toujours la satisfaction. » **Propos d'une femme**

Le sentiment d'insécurité dans la recherche des soins au centre de santé: Selon les communautés, le recours aux services de santé devrait se faire en toute discrétion à l'abri des regards curieux et des sorciers. Or aucun des centres de santé moins performants visités dans la ZS ne dispose de clôture. Les patients arrivent au centre au vue et au su de tout le monde, ce qui suscite souvent des débats ou des critiques. Cette situation est parfois très gênante pour les utilisateurs actuels et potentiels des centres de santé. Ceux-ci préfèrent alors se tourner vers d'autres recours pouvant leur garantir le minimum de discrétion dans la recherche des soins de santé.

➤ Informations et connaissance des services de santé disponibles

Manque visibilité et d'intégration du centre de santé

Les populations de la ZS Sakété-Ifangni déclarent qu'elles ne sont pas suffisamment informées des services offerts par les centres de santé. Certains ne savent pas qu'il s'agit de centre de santé publique. Ils les confondent aux cabinets privés. Les populations indiquent que les séances d'informations et de sensibilisations sur les services du centre ne sont pas suffisamment organisées. Certains participants aux discussions de groupe focalisées pensent que les CS ne sont pas fréquentés simplement parce qu'à leur ouverture, ils

« Pour inviter quelqu'un, il faut lui envoyer une invitation. Si on ne nous informe pas on ne peut pas se présenter au CS pour dire qu'on veut faire quelque chose. » **Propos d'une femme**

« Personnellement je ne sais pas s'il existe un CS à Gbagla-Yovogbéjji et je ne sais même pas le travail qu'ils font dans le CS. » **Propos d'un leader**

n'ont pas fait l'objet d'une inauguration festive à laquelle toutes les populations seraient conviées. Et les agents de santé ne vont pas dans les communautés pour des séances de sensibilisations.

Ces propos sont confirmés par les résultats des enquêtes réalisées auprès des utilisatrices des services de santé. En effet 48% d'entre elles sont peu informées des services offerts par le centre de santé, 26% connaissent modérément les services proposés par le centre, et 22% ne sont ni informées ni ne connaissent les services du centre. La figure suivante illustre cette mauvaise connaissance du centre de santé par les populations.

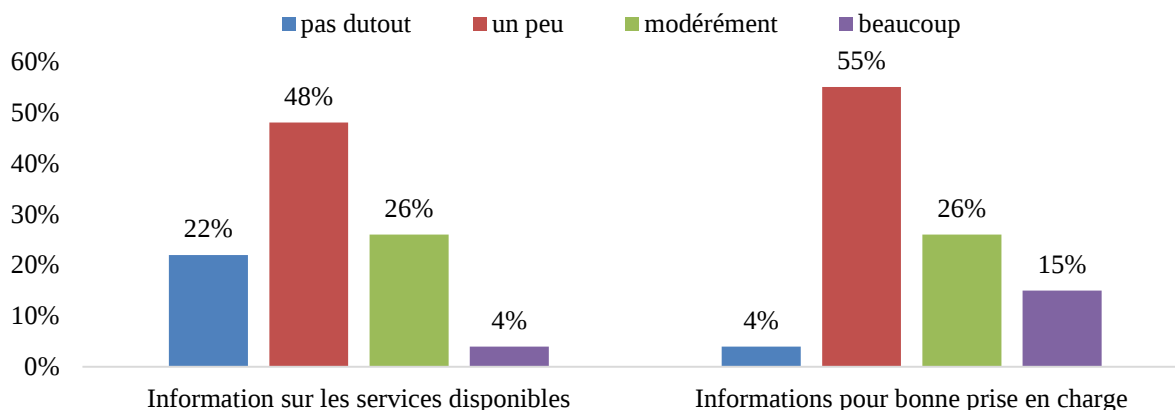


Figure 7 : Répartition des utilisatrices selon leur niveau de connaissance des services disponibles dans la zone Sakété-Ifangni, Juillet 2017

6.2.1.2. Caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs

Il s'agit des caractéristiques liées à la gestion des centres de santé et des relations entre prestataires et clients. Les résultats relatifs aux caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs ont été présentés par ordre d'importance au niveau de chaque zone sanitaire.

6.2.1.2.1. Caractéristiques liés à la gestion des centres de santé et aux relations avec les utilisatrices/eurs dans la zone de Bembèrèkè-Sinendé

➤ Accueil

Les communautés ayant participé aux focus et interviews de groupes ont pour la plupart fait ressortir le bon accueil comme un facteur qui a significativement influencé la fréquentation des centres de santé. Ils ont déclaré que depuis que les agents de santé ont changé de comportement à cause du FBR et sont plus chaleureux à leur égard, ils arrivent à mieux utiliser les services de santé. Cette opinion est confirmée par certains agents et responsables de centres de santé qui

ont cité le bon accueil comme étant un facteur qui influence la fréquentation des centres. Les agents ont compris que pour avoir une prime importante, il faut que les populations fréquentent les centres, et pour cela il est nécessaire d'améliorer l'accueil.

Selon la figure ci-dessous, 77% des utilisatrices ont affirmé que les agents de santé les ont saluées ou bien accueillies, et 70% ont estimé que les agents de santé ont passé suffisamment de temps avec eux lors des soins.

« C'est de façon trimestrielle. Pour la dernière supervision, ils ont corrigé notre canevas d'inventaire. » **Propos d'un agent de santé**

« On a déjà fait deux supervisions (r : aviez-vous reçu des suggestions ou retro information de ces visites ?) Oui parce qu'au cours des supervisions il y'a des comptes rendus et des recommandations qui sont énumérées. C'est ensemble avec le personnel qu'on prend ces décisions vous voir si c'est réalisable. » **Propos d'un responsable de centre de santé**

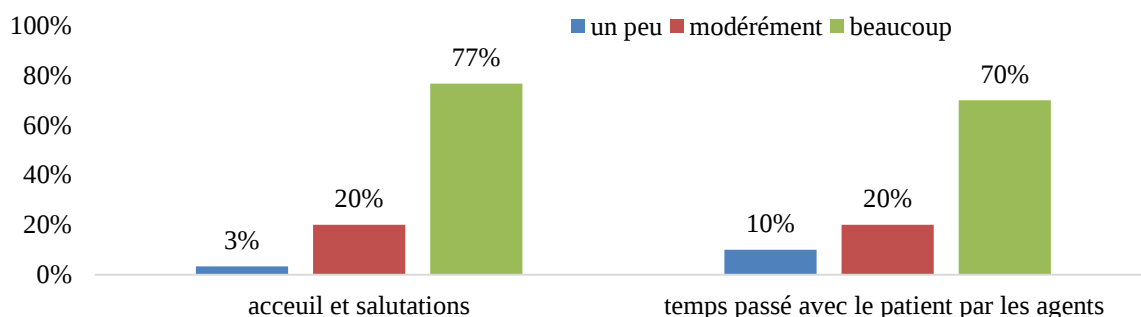


Figure 8 : Répartition des utilisatrices selon leur appréciation de l'accueil, et du temps consacré au patient dans la ZS Bembèrèkè/Sinendé, juillet 2017

➤ Capacités et compétences

Formation et auto formation

Dans la zone sanitaire performante, La plupart des responsables et agents des centres de santé interviewés déclarent participer aux formations organisées par l'EEZS. Ces déclarations ont été confirmées par les rapports de formation et les listes de présence aux différentes sessions de l'année 2017. Selon les propos recueillis, lorsque les opportunités de formations arrivent, le responsable du centre de santé identifie ceux qui ont le plus besoin de la formation, et ce sont eux qui sont privilégiés.

En dehors de cela certains agents ont déclaré qu'ils essaient de s'auto-former. Aussi une plateforme Whatsapp¹⁴ pour la ZS a été créée pour permettre l'accès rapide et facile aux informations et documents, quelle que soit la localisation, de tous les agents de santé inscrits sur la plateforme.

Coaching et Supervision : Les agents de santé enquêtés ont déclaré aussi qu'ils sont souvent coachés par leurs responsables. Lorsqu'ils font des erreurs dans l'administration des soins, les

¹⁴ WhatsApp : réseau social qui permet des échanges de messages texte, vocal, d'images de vidéos et de documents en temps réel.

responsables des centres de santé les corrigent et leur indiquent comment faire. La ZS organise trimestriellement des supervisions intégrées qui permettent d'évaluer la performance des centres et des agents du CS afin de proposer des recommandations qui sont souvent mises en application par le personnel de santé (cf. cahiers de supervisions dans les centres de santé).

Compétences des agents de santé : Tous ces systèmes arrivent à faciliter le développement des capacités et compétences des agents qui deviennent performants dans la tenue des documents et l'administration des soins. En témoignent les propos recueillis lors des interviews en communauté aussi bien éloignée que proche qui font ressortir la compétence des agents de santé comme une fierté pour eux et ce qui les amène à fréquenter le centre puisqu'ils sont satisfaits des soins que leur prodiguent les agents de santé.

➤ **Gestion de l'équipe et implication de la communauté**

Leadership du responsable du centre de santé et motivation des agents

Les entretiens et discussions de groupe organisés avec les agents de santé, les responsables des centres de santé et les communautés, révèlent qu'il existe une bonne collaboration entre les agents de santé et la communauté.

Par ailleurs, les agents de santé ont affirmé qu'il y a une bonne collaboration entre eux et les responsables des centres de santé. Ils ont expliqué que cela est due au leadership des responsables des centres de santé qui font tout ce qui est possible pour créer une bonne ambiance, avec leurs collaborateurs, et promouvoir le travail en équipe afin de pouvoir atteindre les objectifs et de gagner des primes conséquentes.

« Bien sûr et c'est même très régulier par exemple lorsque le major sent qu'il y a une tension entre les membres de son équipe elle n'attend pas la fin du mois pour nous rassembler, elle le fait lors d'une fin de journée de travail, elle convoque les concernés et ensemble ils trouvent des solutions pour résoudre leur différend. »

Propos d'un agent de santé de la ZS Bembèrèkè-Sinendé

On note aussi qu'il y a une importante implication de la communauté dans les activités des CS ; ce qui favorise la diffusion des informations et des sensibilisations citées plus haut (chapitre 7 section 7.2.1.1 page 29).

Les membres COGECS qui sont les représentants des populations dans les centres de santé ont déclaré être devenus très actifs dans cette ZS à cause des primes FBR¹⁵. Ils se réunissent une fois par mois pour planifier leurs activités de sensibilisations dans les communautés comme en témoignent les procès-verbaux des trois dernières réunions. Ils organisent au moins une fois par an une assemblée générale à laquelle participent les leaders religieux, locaux, les sages, et les populations. Au cours de ces assemblées, ils discutent des problèmes en rapport

*« Bien sûr qu'on leur donne des tâches. Car même mon beau frère aîné est impliqué dans les activités de la vaccination comme la polio par exemple. Ils sont aussi associés à la distribution des médicaments contre la bilharziose, la méningite. » **Propos d'une femme***

*« Depuis qu'ils ont créé la cellule appelée COGECS. Cela a fait que les habitants ont un regard sur le fonctionnement du travail du Cs. Cette cellule fait des sensibilisations sur l'importance d'aller au Cs quand vous présenter les signes d'une maladie quelle qu'elle soit. » **Propos d'une femme***

avec les centres et les approches de solutions, ils exhortent la population à fréquenter les centres de santé (cf. Procès-verbal de l'Assemblée générale réalisée en 2016).

Les relais ainsi que les jeunes des villages sont sollicités sous la supervision des agents de santé pour mener les activités comme la distribution de masse de comprimés (ivermectine, albendazole,...), de moustiquaires et pour la vaccination.

➤ Niveau et source de financement

Les centres de santé ne bénéficient d'aucun soutien externe. Mais la Mairie leur demande de temps en temps de faire parvenir leurs besoins. Sa dernière subvention en bancs, lits et petits matériels remonte à l'année 2014. Cependant, le MCZS de la ZS Bembèrèkè-Sinendé a réussi à obtenir un appui financier de l'Agence Béninoise pour la Promotion de la Famille, pour les activités de sensibilisations sur la planification familiale et l'organisation d'offre gratuite de méthodes contraceptives.

➤ Gouvernance

Le leadership du MCZS joue un rôle essentiel dans la performance des centres de santé. En effet les responsables des centres de santé ainsi que le DDS et même un membre COGECS ont témoigné du leadership de MCZS, de sa volonté ainsi que de son dynamisme. Il essaie de motiver son personnel afin d'obtenir de bons résultats. Il suit le fonctionnement de chaque centre de santé, fait certains réajustements si possibles en collaboration avec les responsables de centres de santé. L'EEZS organise des supervisions intégrées dans les centres de santé. Le MCZS a aussi instauré un trophée FBR dans la ZS. Le principe est que si un centre progresse

¹⁵ Ces primes octroyées aux membres du bureau COGECS proviennent des subsides FBR des centres. Après la répartition (prime réservée au fonctionnement 50% et prime réservée au personnel 50% , 10% de la prime du personnel leur est attribuée.

d'un trimestre à l'autre en fonction des indicateurs pris en compte par FBR, il prend le trophée et s'il arrive à la garder 3 fois successivement, il prend définitivement le trophée.

*En tant que coordonnateur il arrive à jouer les deux rôles et à mettre ses agents au pas parce qu'à l'avènement de FBR il a eu à faire beaucoup de choses que d'autres zones n'ont pas et quand la contre-expertise est venue elle a même pris des vues ici chez nous pour pouvoir expérimenter chez eux donc..... Il a élaboré des outils qu'on est obligé de remplir pour pouvoir répondre aux résultats nous avons des registres par exemple des registres de soins curatifs et de consultation d'enfants sains bien élaborés, les registres de petites chirurgies, les registres des IST...on en avait pas avant...on a aussi des fiches de références bien performantes il a refait parce que avant on utilisait des photocopies. Au niveau du laboratoire on en a aussi sinon avant c'était les bons simples qu'on envoyait mais il y a maintenant un nouveau bon qui est à 4 feuillets et c'est ça qu'on utilise actuellement et ça nous permet aussi de suivre la gestion financière. Il nous facilite la tâche surtout dans le remplissage des outils FBR ce n'est pas une chose facile sans l'assistance du médecin coordonnateur on ne peut avoir un résultat satisfaisant. » **Propos d'un responsable de centre de santé de la ZS Bembèrèkè-Sinendé***

➤ **Communication sur les objectifs/planification des objectifs/ gestion de la performance**

Dans la ZS de Bembèrèkè-Sinendé, les interviews ont révélé que **les séances de CODIR¹⁶ sont organisées mensuellement** par la ZS, au cours desquelles tous les responsables des centres de santé présentent leurs résultats et si un centre n'a pas atteint les objectifs, ils présentent les raisons de non atteinte et tous ensemble ils essaient de trouver une solution.

Les plans d'activités hebdomadaires sont affichés : Dans tous les centres de santé visités, nous avons aussi constaté que les plans d'activités hebdomadaires sont affichés dans le centre avec les tours de garde. Aussi les propos des agents et de la communauté viennent confirmer tout ceci.

L'existence des plans de travail annuels opérationnalisés dans les centres. Ces plans annuels sont subdivisés en plan semestriels puis trimestriels et cela se fait avec le coordonnateur et les responsables des centres de santé. Les activités à réaliser sont donc établies par trimestre. Les activités étant dégagées des objectifs, il y a donc un lien direct entre la réalisation des activités et l'atteinte des objectifs. Des outils ont été élaborés (la fiche de synthèse des activités de SMI, soins curatifs et vaccinations du centre) pour permettre aux responsables des centres de santé de faire un suivi quotidien et mensuel afin de s'autoévaluer et de trouver des moyens et stratégies pour atteindre leurs objectifs.¹⁷

Les registres de soins curatifs sont bien entretenus et remplis : ces registres ont été améliorés par le MCZS, ce qui permet un remplissage facile aux responsables des centres de santé et agents de santé.

¹⁶ Comité de Direction : ce sont des creusets d'échanges mensuels organisés pour la ZS

¹⁷ Observation directe des plans de travail et d'un outil de synthèses des indicateurs FBR

La plupart des agents de santé enquêtés (14 agents) ont affirmé que la communication sur les objectifs du centre de santé était régulière et impliquait tous les acteurs du centre à tous les niveaux ce qui fait que tous les agents des centres connaissent leurs responsabilités. Le leadership du médecin coordonnateur qui communique beaucoup avec les responsables des centres de santé favorise cette bonne planification et communication ; aussi les agents de santé reconnaissent que la communication est un élément essentiel pour atteindre les objectifs et bénéficier de primes FBR conséquentes.

Les séances d'auto monitoring semestrielles dans le cadre du FBR sont organisées par les responsables dans tous les centres de santé et favorisent le suivi des activités et la gestion de la performance : les responsables des centres de santé font

le point des activités et lorsqu'ils se rendent compte que certaines activités prévues n'ont pas pu être réalisées, ils reconduisent ces activités pour le semestre suivant.

*Y a une réunion du staff. Tous les derniers vendredis du mois ou tous les premiers lundis du mois il y a réunion mensuelle. C'est suite à ça et à l'approche des évaluations qualités, lors des autos évaluations quand on fait la restitution des autos évaluations, on est souvent informé. » **Propos d'un agent de santé de la ZS Bembèrèkè-Sinendé***

*« Bon si je prends le mois de juillet, nous avons déjà planifié toutes les activités du mois de juillet ; soins curatifs, vaccination poste fixe, les vaccinations en stratégie avancée, les sensibilisations ; tout ça là c'est déjà planifié la secrétaire va d'ici ce soir faire la saisie et chaque responsable aura sa part. C'est ensemble qu'on décide de la planification mensuelle. » **Propos d'un responsable centre de santé de la ZS Bembèrèkè-Sinendé***

Gouvernance : L'application systématique des procédures et outils de gestion mis en place par le Ministère de la Santé a induit une gestion plus rigoureuse et transparente des centres de santé, la bonne collaboration entre agents du centre, et permis d'améliorer la performance des dits centres. Ces procédures et outils que l'équipe d'évaluation a observés sont : les procès-verbaux des réunions techniques mensuelles au niveau des centres de santé, les rapports de la supervision mensuelle des relais communautaires, les procès-verbaux des réunions ordinaires mensuelles des COGECS, les programmes de stratégies avancées, les plans d'actions, les autos monitorings semestriels, la subdivision des plans semestriels en trimestres pour un meilleur suivi, et les rapports FBR.

➤ **Gestion des ressources humaines**

L'effectif du personnel : Il y a en général un manque de personnel qualifié aussi bien dans les centres de santé communaux que dans les centres de santé d'arrondissement.

La connaissance et la maîtrise de ses rôles et responsabilités par chaque agent

La description de tâche pour chaque poste est faite et affichée. Selon les agents enquêtés, la présence d'agent qualifié en nombre suffisant joue un rôle important au niveau de la performance des centres de santé.

Le tableau ci-dessous montre le nombre de personnel soignant dans la ZS Bembèrèkè-Sinendé
Tableau VII: Répartition du personnel soignant de la ZS Bembèrèkè-Sinendé, juillet 2017

Zone sanitaire Bembèrèkè-Sinendé	Nombre FoSa	MDE	SFE	IDE/IB	AS
Commune de Bembèrèkè	10	0	4	18	31
Commune de Sinendé	08	1	4	14	36

Source : Extrait de l'annuaire statistique 2016 de la ZS B-S validé au 1^{er} trimestre 2017

➤ Chaîne d'approvisionnement (médicaments et vaccins)

Le système d'approvisionnement en médicaments et en vaccins de la zone sanitaire Bembèrèkè-Sinendé est structuré de telle manière qu'il n'y a presque pas de rupture dans les CS. Chaque centre dispose d'un stock de sécurité qu'il ne peut toucher qu'en cas de rupture totale du dépôt répartiteur de la ZS.

Les CS quant à eux ont mis en place un système d'entraide pour qu'en cas de rupture dans un centre que celui-ci ait la possibilité de s'en procurer auprès d'un autre centre et de les lui restituer dès qu'il entre en possession des produits.

« Non, lui, est-ce qu'il est réellement notre coordonnateur! Il était coordonnateur par intérim parce que celui qui était coordonnateur est déjà parti à la retraite. Mais celui qui est là présentement il vient juste à Sakété. Il est réellement coordonnateur de Pobè et de Kétou. C'est aujourd'hui la passation de service du nouveau coordonnateur. Pour tout le temps qu'il a eu a passé en tant que coordonnateur intérim il n'a jamais mis pieds ici. » **Propos d'un responsable de centre de santé de la ZS Sakété-Ifangni**

« Si c'est ça là, elle est chargée pour ça. » **Propos d'un agent de santé de la ZS Bembèrèkè-Sinendé**

« Je ne crois pas au niveau du vaccin s'ils ont eu je crois qu'il y a une seule rupture entre temps de VPO ou bien VPI. Mais rupture de médicament, je ne peux pas dire rupture de médicament. Il peut avoir la rupture d'un médicament ou bien d'un autre tu sais que la liste est longue. Mais ils font en sorte depuis que le FBR à commencer d'éviter les ruptures de médicament même, rupture de vaccin on en a pas constaté » **Propos d'un responsable de centre de santé la ZS Bembèrèkè-Sinendé**

6.2.1.2.2. Caractéristiques liées à la gestion des centres de santé et aux relations avec les utilisatrices/eurs dans la zone de Sakété Ifangni

➤ Leadership et la gouvernance

Médecin coordonnateur de zone et médecin de commune peu connus des centres de santé

Il ressort des entretiens à divers niveaux que l'absence de leadership et une gouvernance inadéquate comptent parmi les caractéristiques de faible performance des centres de santé. La zone sanitaire de Sakété-Ifangni a été gérée pendant un an par intérim par le Médecin Coordonnateur de la ZS (MCZS) Pobè-Adja-Ouèrè-Kétou. Mais tous les responsables de centres de santé n'approuvent pas la manière dont le MCZS gérait la ZS. Certains agents de santé ont affirmé qu'il n'est jamais venu dans leur centre durant toute sa gestion. Il en est de même pour le médecin de commune. Selon les agents de santé, le médecin chef aussi ne

parvient pas jouer efficacement son rôle en raison de son âge très avancé. De plus, les responsables des centres de santé n'arrivent pas gérer leur personnel car leur autorité n'est pas souvent respectée par leurs collaborateurs.

Aussi, l'EEZS de Sakété-Ifangni ne prend pas en compte tous les indicateurs FBR. Ce qui justifie les données manquantes liées aux indicateurs de vaccination des tableaux IV et V. Il n'existe pas une bonne organisation managériale au niveau des formations sanitaires. Dans deux des centres de santé dans la commune de Sakété visités et dans un centre de la commune d'Ifangni, il existe des discordes (conflit de leadership, la répartition des tâches, le mauvais accueil et le rançonnement des patients) entre le responsable du centre de santé et ses aides-soignantes, ce qui a entraîné le départ des aides-soignantes des centres de santé de la commune de Sakété. Selon les déclarations des responsables des centres de santé concernés, les aides-soignantes estiment qu'elles ont plus d'expérience que leurs responsables et donc qu'elles ne peuvent pas recevoir des ordres d'eux.

➤ **Gestion des ressources humaines**

Selon le rapport de la tournée de prise de contact du nouveau directeur départemental de la santé du plateau (2016), la ZS Sakété-Ifangni compte 25 formations sanitaires dont 14 pour la commune de Sakété. Mais la ressource humaine est insuffisante dans les centres de santé visités n'offrant aucune possibilité de tenir des réunions. Dans trois centres sur cinq le responsable de centre de santé est le seul agent de santé. Par contre dans l'un des deux autres centres, le personnel est constitué du responsable de centre de santé et d'une aide-soignante contractuelle de l'Etat. Le dernier est tenu par le responsable appelé « Major » et une infirmière brevetée. Dans ces centres, les réunions ne sont pas régulières car l'effectif est très réduit et le responsable de centre de santé n'y veille pas. Il n'existe aucun document qui atteste de la tenue régulière des réunions dans les centres.

Tableau VIII: Répartition du personnel soignant de la ZS Sakété-Ifangni, juillet 2017

Zone sanitaire Sakété-Ifangni	Nombre FoSa	MDE	SFE	IDE	IB	AS
Commune d'Ifangni	11	1	10	11	6	45
Commune de Sakété	14	0	3	6	10	28

Source : Extrait du rapport de la tournée de prise de contact dans le département, 28 Mars 2017

➤ Chaîne d'approvisionnement (médicaments et vaccins)

Vente illicite de médicaments par le personnel de santé, et logistique vaccinale inadéquate :

Alors que certains centres enregistrent des ruptures de stock de médicaments, d'autres les conservent jusqu'à leur péremption. Les centres dans lesquels on trouve des médicaments périmés sont ceux dans lesquels les ventes parallèles de médicaments ont été mises en place par le personnel. En ce qui concerne les vaccins, aucun des centres visités ne disposent de matériel de conservation des vaccins. Ces centres dépendent d'autres centres de santé mieux équipés. C'est le jour de la vaccination que les responsables de centres de santé vont chercher les vaccins dans les centres mieux équipés dont ils dépendent. Il arrive souvent que par manque de moyens de transport, la responsable du centre de santé soit amenée à dire aux femmes de repartir chez elles sous prétexte que le vaccin n'est pas disponible.

« En décembre, j'ai invité les femmes pour la vaccination et quand j'ai appelé le major il m'a dit qu'il n'y a pas de vaccin et j'ai été obligé de dire aux femmes qu'il n'y a pas de vaccin. Quand on arrive à mobiliser les femmes et qu'on leur dit après qu'il n'y a pas de vaccin pour les retrouver c'est très difficile, quand elles partent elles ne reviennent plus. Ce sont eux même qui m'ont communiqué le programme et j'ai fait appel aux femmes et c'est la personne qui doit amener les vaccins qui n'as pas trouvé de moto c'est pourquoi ils m'ont dit de dire aux femmes qu'il n'y a pas de vaccin. » **Propos d'un responsable de centre de santé de la ZS Sakété-Ifangni**

➤ Capacités et compétences

Manque de renforcement des compétences

La plupart des responsables de centre de santé sont à leur poste depuis la création de leur centre, soit une moyenne de quatre ans. La majorité d'entre eux reconnaissent n'avoir pas été formés sur la gestion des centres de santé et sont pour la plupart à leur première expérience de gestionnaire de centre. Les formations reçues sont relatives aux différents services offerts par le centre. Certains responsables déclarent qu'ils éprouvent des difficultés à assurer la gestion financière tandis que pour d'autres c'est la gestion des ressources humaine qui est un défi.

Absence des agents de santé à leur poste

Selon les déclarations recueillies à l'issue des discussions de groupe focalisées réalisées avec les hommes et les femmes et des interviews de groupe avec les leaders et celui des membres du COGECS, les agents des centres de santé sélectionnés ne sont souvent absents à leurs postes. Cette absence entraîne la non-disponibilité permanente des services offerts aux populations. La plupart des villages identifiés et qui abritent les CS étant à proximité de la frontière bénino-nigériane, les communautés préfèrent alors se faire soigner dans les cabinets de soins installés sur le territoire nigérian, mais non loin de la frontière. Ces cabinets offrent des services à des coûts bas. Quant aux modalités de paiement, ces cabinets offrent plus de flexibilité aux clients ; par exemple la possibilité d'échelonner le paiement.

*« Ça m'a tellement fait mal de venir dans notre centre de santé et de ne trouver personne. Je suis rentrée et revenue trois jours successivement je n'ai trouvé personne. J'ai donc été obligée d'emmener l'enfant dans un cabinet privé. L'infirmière ne fait que rentrer voir sa famille. Jamais tu ne vas arriver pour un cas d'urgence et la trouver au poste. » **Propos d'une femme***

*« Moi j'ai amené ma fille là-bas, elle était enceinte et voulait accoucher. L'infirmière ne s'est même pas approchée d'elle pour l'examiner. Elle est restée à distance et a dit à ma fille de pousser. Ensuite elle m'a dit de l'amener à l'Hôpital de zone de Sakété. Je ramène ma fille à la maison, nous n'étions même pas encore rentrés quand ma fille a accouché en chemin et le bébé n'a pas survécu. Ça s'est passé il y a environ deux ou trois mois. » **Propos d'un homme***

Présence des agents de santé dans la communauté : Dans 3 centres de santé sur les 5 visités, le personnel est réduit au responsable de centre de santé, qui ne loge pas dans le village. Les agents de santé ne disposant pas de logement sur place sont obligés de retourner dans leur famille respective en fin de journée et sont absents les week-ends.

Sous équipement des centres de santé : Par ailleurs, certains problèmes ont été évoqués aussi bien par les communautés que par le personnel de santé. Il s'agit du manque des équipements tels que le matériel de travail, le lit de consultation, la table d'accouchement, le matériel de petite chirurgie. Ces déclarations ont été confirmées par les observations dans l'ensemble des centres de santé visités.

➤ **Planification et fixation des objectifs**

Selon les responsables de centres de santé, leurs activités sont planifiées. Mais aucun document observable ne l'atteste. Les stratégies avancées sont très rares et c'est seulement lors des campagnes de vaccination que les agents de santé vont dans les communautés.

➤ **Accueil**

Selon les communautés enquêtées dans la ZS Sakété-Ifangni, le mauvais accueil des patients est courant dans les centres de santé. Et à cela est associée la mauvaise prise en charge. Face à cette situation les populations préfèrent alors se tourner vers d'autres recours.

*« Je suis un homme mais je ressens la souffrance des femmes enceintes mais je ne sais pas pourquoi on n'accueille pas bien les femmes dans les CS publics on les insulte, on ne les accueille pas bien ; c'est pourquoi moi je ne vais pas dans les CS publics. La manière dont on m'a traité c'est sûr que c'est de la même qu'ils feront avec les autres patients. » **Propos d'un leader***

Selon les résultats des enquêtes réalisées auprès des utilisatrices (voir figure 9), 48% déclarent qu'elles ont reçu un peu d'explications du soignant nécessaires à la prise en charge. Quant au temps passé avec les patientes, 41% des enquêtées ont déclaré que l'agent de santé a passé modérément du temps avec elles, 33% reconnaissent que l'agent a passé beaucoup de temps avec elles et 15% déclarent que l'agent de santé n'a pas du tout passé de temps avec elles.

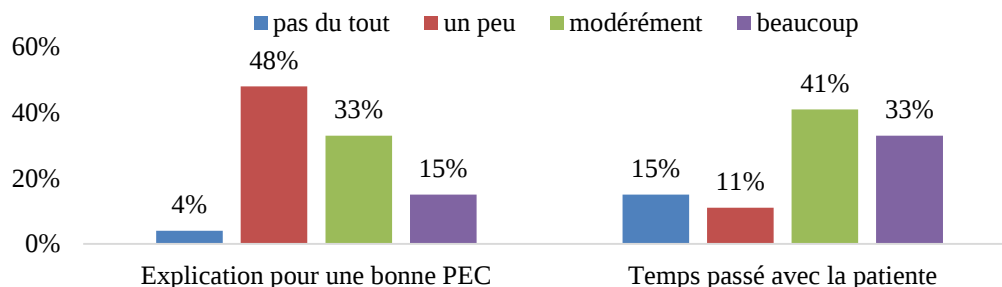


Figure 9 : Répartition des utilisatrices selon les explications pour une bonne prise en charge et le temps passé avec la patiente dans la ZS Sakété Ifangni, juillet 2017

➤ Implication des communautés et des leaders locaux

Les populations des aires de santé des CS visités déclarent qu'elles ne sont pas suffisamment impliquées dans la gestion du centre de santé. Dans certains centres, les relations sont plutôt conflictuelles avec les membres COGECS. Aussi les querelles politiques et ou administratives font que certaines populations refusent de s'engager aux côtés du centre de santé.

« Nous étions tous ensemble avant et on avait un CS qui est à Gaga mais après le découpage territorial le village est divisé en deux Adanmayi et Gbagla Yovogbéjji. Nous n'avons pas un centre de santé ici à Adanmayi. C'est pourquoi nous traitons les problèmes à part, que chaque village s'occupe de son problème. » **Propos d'un homme**

« S'ils s'éloignent du Major le CS ne va pas marcher. Si le CS ne performe pas c'est à cause d'eux en partie. Surtout le président du COGECS qui ne travaille pas avec le Major. » **Propos d'un agent de santé de la ZS de Sakété-Ifanani**

6.2.1.3. Caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du financement basé sur les résultats

Les résultats relatifs aux caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du financement basé sur les résultats ont été présentés par ordre d'importance au niveau de chaque zone sanitaire

6.2.1.3.1. Situation dans la ZS à forte performance de Bembèrèkè-Sinendé

➤ Autonomie des CS dans la gestion / acquisition matériel

Grâce au FBR les centres jouissent d'une certaine autonomie, ils n'attendent plus le niveau central pour la résolution de problèmes internes et pour l'acquisition de certains matériels nécessaires à leur bon fonctionnement. Mais le FBR n'a pas permis aux centres de santé d'être autonomes dans la gestion financière parce qu'il n'y a souvent qu'un seul comptable au niveau de la communes qui gèrent les finances de tous les centres de santé de la commune. Cependant ils ont la liberté d'exprimer leurs besoins, personne ne leur impose quoi que ce soit. On note que dans cette ZS, d'après les entretiens avec les agents de santé, que le FBR leur a permis d'avoir, en dehors des équipements ou matériels medicotechniques, beaucoup d'autres matériels tels que des groupes électrogènes, et des matériels roulants (motos) pour les stratégies avancées.

*« Selon ces clés de répartition, c'est 50% pour le centre, 10% pour le COGECS et le reste pour le personnel. Donc après ce dispatching, les 50% du centre, c'est sur ça les responsables priorisent des besoins. Le laboratoire par exemple a bénéficié du frigo sur financement FBR. Je crois que tous les services en ont bénéficié, ça a contribué à grand-chose, ça nous a aidé à atteindre beaucoup d'objectifs ; vous-voyez nous avons changé nos grillages pour les fenêtres. C'est grâce aux subsides FBR que ces trucs-là ont été et ça a permis d'améliorer de façon générale nos performances. » **Propos d'un agent de santé de la ZS de Bembèrèkè-Sinendé.***

➤ **Paiement des primes de performance au CS et à la ZS**

Concernant le paiement des primes de performance du FBR, chaque agent maîtrise le processus de partage des subsides. Ils savent quelle est la part qui revient au centre et également comment se calcule la part de chacun selon son échelon au niveau du centre ou de la zone. Les agents de santé n'ont pas notifié un quelconque retard dans les paiements de prime.

*Je peux vous parler mais vous voyez, pour le pourcentage reçu, ils ont partagé cela d'abord en deux, 50 %, 50 %. Ils ont pris 50 % pour le centre et 50 % pour le personnel. Suite à cela maintenant, on repartit les 50 % par catégorie selon le diplôme de chaque agent. Il n'y a pas de complication. Puisque nous-mêmes avant, avec FBR, on a eu des formations et chacun de nous connaît comment calculer les subsides de FBR par catégorie. C'est ce que nous faisons » **Propos d'un agent de santé de la ZS de Bembèrèkè-Sinendé***

6.2.1.3.2. Situation dans la zone sanitaire à faible performance de Sakété-Ifangni

Dans la ZS Sakété-Ifangni, les primes FBR ne sont pas payées à temps. Par exemple jusqu'au 03 juillet 2017, la date de l'interview avec le responsable central, les primes FBR du premier trimestre de l'année 2017 n'étaient pas encore connues, donc non encore payées. Ce retard dans le calcul et le paiement des primes constitue un grand facteur de démotivation des agents de santé.

Ce retard est dû à la lenteur observée dans les calculs au niveau du bureau de zone. Aussi, bien qu'ayant été formés sur le mode de calcul des primes FBR, les agents de santé de la ZS n'en ont pas une bonne maîtrise. C'est le comptable de la ZS qui se charge de faire le calcul des pourcentages par agent et qui paie la part de chaque agent.

« Les COGECS prennent leur part et une partie qui est réservée au personnel. (r : la part du personnel comment vous gérer ça?). Les aides prennent 12%, 2%. (r : 12% ou 2% ?) Je dois regarder dans le cahier. (r : ce n'est pas un truc que tout le monde connaît ?) Eux tous connaissent mais on n'a pas ça en tête parce que le comptable nous paie chaque fois et il calcule et nous le dit. » **Propos d'un responsable de centre de santé de la ZS Sakété Ifangni**

6.2.2. Niveau central et intermédiaire¹⁸

Dans ce chapitre sont présentés les résultats issus des interviews avec les responsables du niveau central et intermédiaire.

6.2.2.1. Caractéristiques communautaires

➤ Abordabilité des services reçus

Des interviews réalisées au niveau central, le manque de moyens financiers des populations ainsi que le rançonnement fait par certains agents expliqueraient la faible fréquentation des centres de santé puisque la communauté estime que le coût des prestations revient trop cher par rapport à leur maigre revenu.

➤ Valeurs culturelles

Les cérémonies coutumières organisées dans certaines zones influencent la fréquentation des centres. Aussi, la culture de certaines communautés exige aux femmes d'avoir l'accord de leur mari avant de se rendre en consultation prénatale. La représentation de la maladie combinée aux valeurs socioculturelles (certaines maladies ne peuvent être traitées que par les tradithérapeutes ou les chasseurs d'esprits mauvais) transmises par les parents joue aussi un rôle non négligeable dans la façon de percevoir la maladie et par ricochet sur l'utilisation des services de santé.

« Le pouvoir de décision dans notre contexte Nago, la femme n'a pas le pouvoir de décision de venir faire la CPN ou de venir utiliser les services de la PF sans que le mari ne donne son accord. Pour que la femme vienne utiliser les services de CPN de vaccination il faut que le mari ait donné son accord. Pour que la femme vienne faire le Planning familial ah il faut que le mari donne son accord. Et de mon point de vue, ces éléments se trouvent dans leur compréhension de la chose, ce qu'il pense de leur vie, de leur représentations de la maladie c'est profond. » **Propos d'un responsable au niveau central**

¹⁸ Le système de santé du Bénin est subdivisé en 3 niveaux : le niveau central (le ministère de la santé et les différentes directions nationales), le niveau intermédiaire (Direction Départementale de la Santé), le niveau périphérique (zone sanitaires, formations sanitaires)

➤ **Informations connaissances des services disponibles/sensibilisations**

Les sensibilisations sont faites dans certains milieux et c'est dans ces milieux là on remarque une fréquentation assez élevée des structures de santé même si tout le monde n'y va pas encore. La communauté sent qu'on l'écoute et qu'on prend en compte ces préoccupations et la communication passe bien entre les agents et la communauté.

6.2.2.2. Caractéristiques organisationnelles, managériales, des ZS et CS, et relationnelles entre les personnels de santé et les usagers

➤ **Leadership et gouvernance**

Le leadership et la gouvernance sont nécessaires à la bonne planification des activités, la communication des objectifs, la gestion de la performance des centres de santé. Au niveau national il faudrait que l'Etat développe une autre stratégie de (Leadership et gouvernance) qui puisse permettre une décentralisation effective du pouvoir tant financier qu'administratif au niveau de l'administration dans chaque zone afin que les besoins identifiés dans chaque zone soient effectivement pris en compte lors de la mise en œuvre des plans d'action.

*Cette faible performance est d'abord liée au leadership et la gouvernance. Dans le système il y a des composantes principales et transversales. C'est la manière dont vous mettez en place l'autorité qui fait que vous avez des résultats ; la manière dont vous gouvernez, vous dirigez les hommes qui font que vous avez des résultats. Je pense que c'est les premiers maillons sur lesquels on doit agir pour vraiment améliorer la performance. C'est dans ce cadre que j'ai nommé rapidement un médecin coordonnateur par intérim pour la ZS Sakété-Ifangni pour vraiment pouvoir asseoir un leadership et une gouvernance au niveau de la ZS. **Propos d'un responsable au niveau intermédiaire***

➤ **Gestion des ressources humaines**

L'insuffisance du personnel soignant dans les centres de santé influence la qualité des soins administrés et la performance. Cette insuffisance est liée à la rareté des recrutements entraînant une situation de sous-effectif du personnel à tous les niveaux. Les centres de santé n'atteignent pas les normes définies par l'OMS à savoir 23 agents de santé qualifiés pour 10000 habitants.

➤ Aptitudes/vocations et capacité/compétence

Selon les responsables centraux interviewés, l'aptitude et la vocation des agents de santé jouent un rôle important dans la performance des centres. En effet, on remarque que les agents ayant une vraie vocation pour le métier d'agent de santé arrivent à obtenir de meilleurs résultats. Les responsables centraux, trouvent que les formations sont nécessaires pour développer la compétence des agents de santé. Et qu'il faudrait cadrer les formations de telle manière que ce ne soit pas toujours les mêmes personnes qui suivent les formations au détriment des autres et parfois en laissant les centres sans personnel qualifié pendant les périodes de formation.

« Je pense que la formation peut intervenir mais c'est d'abord l'être et cet être là, on ne peut pas le formater à un stade donné. Moi je pense que pour ceux qui disent je veux faire la médecine, je veux faire cette formation, on doit mettre en place un système pour voir si ces personnes sont des gens aptes » **Propos d'un responsable central**

« Mais pendant ce temps, dans des centres de santé on rencontre des personnels très démotivés qui n'ont pas de bons résultats, des centres qui n'ont que pour tout personnel un infirmier qui doit remplir toutes les fonctions en même temps. Si ce n'est pas une personne qui est vraiment fait pour le métier, qui a de l'ambition d'obtenir des résultats, et qui est arrivée à s'intégrer dans le milieu de travail, alors le travail n'est pas bien fait. D'où cette réorientation du recrutement du personnel de santé. » **Propos d'un responsable central**

➤ Gestion financière

Selon les autorités au niveau central, le développement des zones sanitaires, a du mal à s'achever en raison de son caractère dynamique lié à des paramètres tels que démographique socio culturel et économique. Face à cette situation, le gouvernement à travers le ministère de la santé a pris des dispositions pour améliorer les conditions sanitaires globales tels que les Crédits Délégués, le Fonds des Indigents, la Gratuité de la Césarienne et la gratuité de la prise charge du paludisme chez les femmes enceinte et du paludisme chez les enfants de 0-5ans. Mais les réformes entamées dans ce secteur souffrent encore de certains maux comme la centralisation et le manque de transparence de la gestion financière des fonds alloués au secteur tant par l'Etat que par les partenaires qui sont décidés à accompagner le gouvernement dans le développement sanitaire.

« Il faut que l'argent soit peut-être géré autrement, que ce ne soit pas géré par nous au niveau central mais qu'on ait quand même de moyens de contrôle pour suivre la gestion, parce que jusqu'à présent ceux qui étaient des unités de gestion de programmes font ça. Donc il faut que l'Etat trouve un mécanisme de contrôle communautaire » **Propos d'un responsable au niveau central**

6.2.2.3. Les caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR

Les responsables du niveau central ont fait ressortir à travers les interviews que le FBR dans sa mise en œuvre n'a pas pris en compte les inégalités existantes entre les centres de santé communaux, et ceux d'arrondissements qui n'ont pas le même plateau technique et ne répondent pas souvent aux normes. Certains centres sont donc d'office avantagés.

Le système de santé a aussi pour mission d'essayer d'atténuer ces inégalités en améliorant préférentiellement les zones les moins avancées dans les objectifs de santé. Pour ce faire, un état des lieux doit être préconisé dans tous les ZS/CS et des solutions de renfort trouvées pour corriger les inégalités constatées (effectif agent de santé qualifié ou non, équipement, infrastructures et autres).

*« Donc je pense qu'un des déterminants pour réellement avoir un résultat est que les structures doivent être aux normes parce que s'ils ne sont pas aux normes au début, ça ne marchera pas. On crée une certaine unicité où justement des formations sanitaires qui étaient à un niveau relativement bas, sont toujours pénalisées par les critères que nous appliquons parce qu'on vous dit vous devrez d'avoir tel niveau de performance pour avoir des suivis et c'est donc toujours ceux qui sont les plus faibles qui malgré l'effort qu'ils font, ont très peu de ressources. Donc voilà aussi un peu un élément qui m'apparaît à première vue comme un facteur qui explicative la performance ou non dans des zones ». **Propos d'un responsable au niveau intermédiaire***

7. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Ce chapitre est consacré à la discussion des résultats obtenus et à la comparaison de nos résultats avec ceux de quelques études sélectionnées et réalisées ailleurs. Nous parlerons aussi bien des résultats relatifs aux caractéristiques communautaires, organisationnelles, managériales, et relationnelles entre le personnel de santé et les utilisatrices/eurs, les caractéristiques liées à la mise en œuvre et à la conception du FBR dans les deux zones sanitaires.

7.1. Comparaisons des deux zones sanitaires

La comparaison des caractéristiques communautaires, organisationnelles et managériales des centres de santé, et relationnelles entre le personnel de santé et les utilisatrices/eurs, les caractéristiques liées à la mise en œuvre et à la conception du FBR sont présentées au niveau des deux zones sanitaires.

7.1.1. Caractéristiques communautaires

De tout ce qui précède, on retient que dans la zone à forte performance de Bembèrèkè-Sinendé, les caractéristiques communautaires majoritaires qui influencent la fréquentation et l'utilisation des services sont :

- **La diffusion au sein des populations des informations sur les services de santé disponibles et leur connaissance par celles-ci :** L'étude a révélé que les responsables des centres de santé et les agents de santé de la ZS en partenariat avec les radios communautaires, les COGECS et les relais organisent beaucoup de sensibilisations et passent beaucoup d'informations sur les services de santé disponibles et les avantages de fréquenter les CS. Ces actions permettent une meilleure compréhension des populations sur la nécessité de recourir aux centres de santé ce qui influence significativement l'utilisation des services de santé.
- **L'abordabilité des services et la transparence des tarifications** aussi reviennent comme des facteurs facilitant la fréquentation du centre de santé : en effet l'affichage des prix et l'implication des COGECS dans la gestion des centres ainsi que la gratuité de certains soins comme la vaccination, la prise en charge du paludisme des enfants de 0-5ans et des malnutris ont favorisé l'augmentation de la fréquentation des centres de santé.
- **La satisfaction des utilisatrices/eurs et l'appréciation de la qualité des soins** sont des caractéristiques qui selon les communautés influencent également l'utilisation des services de santé.

Par contre dans la zone de faible performance, de Sakété-Ifangni les principales caractéristiques communautaires qui influencent négativement la fréquentation et la performance des centres de santé sont :

- **Le manque d'informations et de sensibilisations :** Les populations ne sont pas informées des différents services offerts par les centres de santé. Elles ne connaissent donc pas ces services. Dans certaines communautés les CS ne sont pas connus comme étant publiques.
- **Le sentiment d'acheter les soins plus chers que prévus:** L'étude a révélé un manque de transparence dans la tarification se manifestant par la surfacturation et la création de marché parallèle de vente de médicaments aux patients par le personnel des centres de santé. De plus les prix des prestations ne sont pas affichés dans les centres de santé et la population a l'impression que les prix sont fixés en fonction de l'humeur de l'agent de santé ou selon « la tête du client ».
- **Des valeurs culturelles** telles que les cérémonies du culte ORO, le sentiment d'insécurité dans la recherche des soins au centre de santé et le recours aux plantes sont des caractéristiques qui ont une influence négative sur la fréquentation du centre. Par ailleurs les effets secondaires de la vaccination amènent certains parents à y renoncer.

Le tableau qui suit résume les différences entre les 2 zones sanitaires étudiées.

Tableau IX : Caractéristiques communautaires existants ou non dans les zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni

Caractéristiques communautaires	Zone sanitaire forte performance	Zone sanitaire faible performance
Diffusion des informations /connaissance des services disponibles/sensibilisations	Oui	Non
Services de soins reçus moins chères ou abordables et transparence dans la tarification	Oui	Non
Satisfaction vis à vis de la qualité des soins	Oui	Non
Valeurs culturelles	Non	Oui

Source : Données collectées lors de l'étude, juillet 2017

7.1.2. Caractéristiques organisationnelles et managériales des formations sanitaires, et relationnelles entre les personnels de santé et les utilisatrices/eurs

Dans la ZS de forte performance Bembèrèkè-Sinendé, les caractéristiques organisationnelles et managériales, et les relations interpersonnelles entre les agents de santé et la communauté qui influencent la forte performance sont :

- **Le bon leadership du Médecin Coordonnateur ;**
- **La bonne gouvernance des MC, des Responsables de CS et des COGECS et la bonne gestion des ressources humaines** expliquent d'avantage la performance observée dans la ZS Bembèrèkè-Sinendé;
- **La planification des activités du centre et des activités avec la communauté :** la tenue régulière des CODIR pour faciliter l'atteinte des objectifs, le suivi quotidien et mensuels des activités, la communication des objectifs et la gestion de la performance à travers l'analyse des indicateurs et des auto-monitorings semestriels sont des aspects développés dans la ZS Bembèrèkè-Sinendé qui influencent positivement la performance des centres de santé ;
- **Le bon accueil des patients, la gestion de l'équipe et l'implication des communautés :** le leadership des responsables des centres de santé leur permet de bien gérer leurs équipes, d'instaurer une bonne collaboration entre les agents et d'impliquer suffisamment la communauté afin d'avoir les résultats escomptés ;
- **La chaîne d'approvisionnement de médicaments et de vaccins,** elle est organisée de telle sorte que les centres ne se retrouvent jamais en rupture de stock

Par contre dans la ZS à faible performance, on note que les caractéristiques qui induisent la faible performance des centres de santé sont notamment :

- **Le manque de gouvernance et de leadership à tous les niveaux** : les responsables des centres de santé sont livrés à eux-mêmes puisqu'ils n'ont pas un MCZS propre de leur ZS ;
- **Les communautés (COGECS, leaders, hommes et femmes) ne sont pas suffisamment impliquées** dans la gestion des centres de santé de la ZS ;
- **Les activités ne sont pas suffisamment planifiées** dans les centres de santé de la ZS
- **Le mauvais accueil et la mauvaise prise en charge du patient** influent négativement sur la fréquentation des centres de santé ;
- **Le manque d'équipement.**

Le tableau ci-dessous résume les différences entre les 2 zones sanitaires étudiées.

Tableau X : Caractéristiques managériales et organisationnelles de formations sanitaires existant ou non dans les zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni, juillet 2017

Caractéristiques managériales et organisationnelles, et relationnelles entre les agents de santé et les utilisatrices/eurs	Zone sanitaire forte performance	Zone sanitaire faible performance
Bon leadership du MCZS	Oui	Non
Bonne gouvernance du MC, des responsables des centres de santé et COGECS	Oui	Non
Bonne gestion de l'équipe et l'implication des communautés	Oui	Non
Planification des activités du centre et des activités avec la communauté	Oui	Non
Bonne gestion des ressources humaines	Oui	Non
Equipement	Oui	Non
Bon Accueil	Oui	Non
Développement des capacités et compétence des agents de santé	Oui	Non

7.1.3. Caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du financement base sur les résultats

Les principales caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR dans la ZS de forte performance sont :

- L'autonomie des centres de santé dans la gestion du personnel de santé et l'acquisition des matériels et équipements.

- La maîtrise du calcul des primes découlant des subsides du FBR par les agents de santé.
- Par contre dans la ZS de faible performance les principales caractéristiques sont :
- Les primes FBR ne sont pas données à temps dans la ZS Sakété-Ifangni.
 - Les agents de santé ne maîtrisent ni le processus de calcul des primes ni la répartition des primes entre agents.

Tableau XI : Caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR existants ou non dans les zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et de Sakété-Ifangni, juillet 2017

Caractéristiques liées à la conception et à la mise en œuvre du FBR	Zone sanitaire forte performance	Zone sanitaire faible performance
Autonomie des CS dans la gestion du personnel de santé et l'acquisition des matériels et équipements (Liberté à s'équiper selon ses besoins)	Oui	Non
Paiement des primes de performance au Centres de santé / maîtrise du calcul des primes	Oui	Retard

7.2. Synthèse et discussion

Les résultats de notre étude ont révélé les caractéristiques communautaires prioritaires qui influencent la performance et qui différencient la zone à forte performance de celle à faible performance. Ce sont :

La diffusion maximale d'informations, l'organisation des séances de sensibilisation sur les services de soins offerts et l'organisation hebdomadaire des stratégies avancée. Dans les CS, les moins performants visités dans la ZS Sakété-Ifangni, il n'existe pas de dialogue ni de collaboration entre la communauté et les agents de santé, les agents de santé sont rarement à leur poste et ne s'impliquent pas du tout dans la communauté, aucune séance de stratégie avancée n'est organisée, il n'y a pas de rencontre avec les leaders communautaires. Les populations de cette zone ne reçoivent pas suffisamment d'informations et de sensibilisations pour adhérer à la vaccination avec pour conséquence les faibles taux de vaccinations enregistrés. Il faudrait alors que les responsables des centres de santé reviennent établir le dialogue et la confiance avec la communauté pour espérer un changement dans cette zone. Ce constat est semblable à celui spécifié par BAKI. M dans son mémoire sur les déterminants du faible taux de dépistage de la grossesse à risque dans le district sanitaire de Boulsa en 2002 qui a trouvé que le manque d'information était une des causes de méconnaissance des facteurs de risque, du calendrier et des avantages de la CPN [1].

L'abordabilité des services reçus, le manque de moyens financiers ainsi que la lutte contre la corruption dans les centres de santé influencent de façon significative la fréquentation des centres. Au niveau des CS de Sakété-Ifangni, les prix des actes et consultations, ne sont affichés nulle part, de telle manière que la population a le sentiment de payer les soins plus chers que prévu car ils ont constaté que les prix du même acte varient d'une personne à une autre. Ce qui est très frustrant pour ces populations qui sont obligés de délaisser leurs centres pour d'autres.

Le pouvoir d'achat de ces populations aussi ne leur permet pas de payer des soins à coût élevé ou surtaxé. Pour remédier à ce problème, la politique d'affichage de tous les prix d'acte et de consultation doit être aussi adoptée dans les CS moins performants de Sakété-Ifangni.

Ces résultats correspondent à ceux de Pierrot BUSHALA dans sa recherche menée dans le groupement Mudja sur la situation socio-économique de la population rurale et l'impact du revenu sur l'accès aux soins de santé en 2008 qui révèlent que cette population a un revenu mensuel moyen inférieur à 50\$; et de ce fait 54,2% n'ont pas accès aux soins de santé primaires suite au revenu faible, contre 45,8% qui paient les soins de santé primaire avec leur revenu[2]. BAKI M a trouvé les mêmes résultats [1]. Magnat KAKULE MUTSINDWA en 2012 dans la province du Sud du Kivu en RDC a trouvé que les difficultés financières constituent pour la majorité des ménages l'une des principales barrières rencontrées dans l'utilisation des services de santé.

La satisfaction des clients ou des populations et la qualité des soins jouent un rôle important dans la fréquentation des services de soins et dans la performance des centres [3]. Ce résultat concorde avec les déclarations de l'IDA (International Développement Association) sur l'utilisation des services de soins de santé au Niger [4] qui se résument dans ce qui suit «la qualité des soins et l'accès payant aux soins sont identifiés comme les principaux obstacles pouvant expliquer les difficultés d'accès aux structures sanitaires ». Selon le rapport de mission de Madina KERRE relatif à l'étude sur l'utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire (Enquête qualitative 2-25 mai 2001) [5], la satisfaction des usagers se rapporte à la perception qu'ont les usagers quant à la qualité des soins qu'ils ont reçus. Audibert et al. (2004) soutiennent également que la qualité des services fournis par les unités de soins de santé explique leur degré d'utilisation [6]. Dans notre étude la satisfaction des clients est aussi dû au bon accueil ; l'étude qualitative de McMahon S.A et al, dans la région de Morogoro en Tanzanie [7] a montré que le manque de respect, l'ignorance, la négligence, les traitements discriminatoires, les abus verbaux et physiques forment une barrière à l'utilisation des services d'ANC (Apport Nutritionnel Conseillé). Selon le rapport de Madina KERRE un des centres de santé les moins accueillant enregistre les taux de consultation les plus faibles et qu'à l'inverse, le centre de santé de Yapleu, exemplaire dans la qualité de l'accueil, enregistre un score étonnant de consultations. La qualité de l'accueil s'avère être fondamental et émerge de quasiment tous les entretiens, que ce soit pour souligner le positif, tel que cela fut les cas de tous les entretiens menés à Yapleu ou à l'inverse pour souligner une réticence face à l'accueil des soignants

Le bon leadership du MCZS et la bonne gouvernance des MC, responsables des centres de santé et COGES de la zone à forte performance jouent un rôle important dans la performance des zones sanitaires et centres de santé : sans un bon leadership comme cela était le cas dans la ZS de Sakété-Ifangni, les agents de santé sont laissés à eux-mêmes. Déjà la ZS de Sakété-Ifangni n'avait pas de MCZS propre à elle, les activités n'étaient donc pas suivies, les réunions mensuelles étaient par régulièrement organisées, les agents n'ont aucune idée des objectifs à atteindre et sont absents au poste, les CS sont régulièrement fermés. Tout ceci explique les résultats catastrophiques de cette zone malgré le FBR ; le FBR vient souvent se greffer sur un système de santé fonctionnel pour améliorer la performance mais pas pour régler les problèmes de leadership et de gouvernance.

Le leadership est un levier important qui permet de faire bouger les agents afin d'atteindre les objectifs escomptés. Le document de l'OMS [8] sur les éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé indique que sans des politiques et un leadership solides, les systèmes de santé ne fournissent pas spontanément des réponses équilibrées, ils ne font pas non plus l'usage le plus efficace de leurs ressources, aussi la prestation de soins dans ces types de systèmes est mal réglementée.

La bonne planification des activités au travers de la tenue régulière des réunions mensuelles et hebdomadaires aussi bien entre les agents qu'avec la communauté. La tenue régulière des CODIR facilite l'atteinte des objectifs. Le suivi quotidien et mensuel des activités, la communication des objectifs et la gestion de la performance à travers l'analyse des indicateurs et des auto-monitorings semestriels sont des aspects développés dans la ZS Bembèrèkè-Sinendé qui influencent la performance des centres de santé. L'étude a montré que le leadership des responsables au niveau des centres de santé et de la ZS favorise largement la bonne planification des activités avec le personnel, et le travail en équipe entraînant la forte performance observée. L'étude réalisée par Nebiat Negussie à Addis Abeba en 2010 [9] sur les facteurs qui influent positivement et négativement sur le rendement des infirmières qui travaillent dans les hôpitaux et les centres de santé a révélé que la plupart des établissements de santé ont été en mesure de mettre en œuvre certains des concepts de FBR dans leurs lieux de travail après la formation. Il s'agit de l'élaboration de descriptions de travail pour leur personnel, la création de plans d'activités trimestriels pour un meilleur fonctionnement, l'entente sur le coût de leurs services avec le gouvernement, l'amélioration de la tenue de dossiers, le service à la clientèle et la participation de la communauté en tant que partenaires dans l'exploitation de leurs installations. **Concernant la chaîne d'approvisionnement** l'absence de rupture de stock favorise la disponibilité de médicaments et de vaccins et par la même occasion une meilleure accessibilité aux services de soins par les populations. L'étude de Audibert M. - Roodenbeke E. et al sur l'utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, montre qu'un doublement du type de médicaments disponibles dans les structures de soins de premier niveau augmenterait leur utilisation de 37% [6].

Par rapport à **la bonne collaboration, la bonne gestion des ressources humaines** dans les centres de santé et le développement des capacités au travers des formations attribuées aux agents, les résultats de notre étude ont révélé que l'insuffisance du personnel soignant qualifié dans les centres de santé influence la qualité des soins administrés et la performance du fait que les recrutements se font rares, et que tous les centres de santé sont en sous-effectif. Il faut noter que les deux ZS souffrent du manque d'effectif mais le peu d'effectif affecté dans les CS de Bembèrèkè-Sinendé sont disponibles et présents au poste contrairement à ceux de Sakété-Ifangni.

Les séances de formations organisées au profit des agents de santé favorisent le renforcement de leurs compétences et l'amélioration de la qualité des soins qu'ils offrent. Aucune formation n'est organisée pour les agents des CS visités dans Sakété-Ifangni.

L'étude de Nebiat Negussie à Addis Abeba est arrivée aux mêmes conclusions que les déficiences en matière de gestion des ressources humaines telles que la rémunération, les avantages, la récompense, la reconnaissance, le renforcement des compétences, le développement du personnel, sont fortement associées au niveau de performance des agents de santé. Il explique également qu'il est largement admis que les systèmes de santé ne produisent

pas les résultats attendus en raison de facteurs tels que : l'insuffisance du personnel de santé qualifié et expérimenté, le personnel de santé qui manque de motivation, le manque de compétences en gestion, les mauvaises conditions de travail et l'environnement et la rémunération insuffisante.

Cette étude a révélé que **l'implication de la communauté** favorise la fréquentation des centres. Dans la zone à faible performance, les COGECS ne sont pas fonctionnels et sont mis à l'écart de la gestion des centres de santé. Toutes les initiatives des communautés pour la gestion des centres ont été vaines. Les responsables de ces centres doivent prendre conscience de l'importance de la communauté qu'ils servent et renouer les liens afin de collaborer ensemble pour augmenter la fréquentation des centres et les taux de vaccinations.

Ces résultats concordent avec ceux de Magnat Kakule qui a montré que la faible participation de la communauté à la gestion des SSP dans la ZS d'Uvira influence négativement le recours aux services de santé [3].

Mise en œuvre du FBR : de façon globale le FBR a mieux marché dans la ZS Bembèrèkè-Sinendé simplement parce que même avant FBR, le système de cette zone n'était pas défaillant, et la mise en place du FBR leur a permis de rehausser leur niveau de performance. Aussi les agents de santé de cette zone ont mieux compris l'importance du FBR que celles de Sakété-Ifangni. Le FBR n'a pas réellement permis aux centres de santé d'être autonomes dans la gestion mais ils arrivent à avoir une autonomie dans l'expression de leurs besoins personnels, et sous le contrôle de l'EEZS arrivent à se procurer les matériels dont ils ont besoin. Ils n'attendent plus le niveau central pour la résolution de problèmes internes et pour l'acquisition de certains matériels nécessaires à leur bon fonctionnement. Personne ne leur impose quoi que ce soit ce qui explique la motivation des agents et aussi la bonne collaboration et le travail en équipe qui leur permettent d'obtenir d'importantes primes. Malheureusement dans la ZS de Sakété-Ifangni, étant donné les faibles performances enregistrées, les primes qu'ils obtiennent ne leur permettent pas de se procurer des matériels nécessaires pour faire fonctionner les centres.

Selon le document sur le manuel usuel du FBR rédigé par NSHIP, bien que les approches du FBR diffèrent, elles ont tendance à avoir certains éléments en commun qui sont : accroître l'autonomie de gestion et les droits de décision sur les ressources des CS; utiliser les organismes non gouvernementaux pour le rôle d'acheteur et le soutien de la gestion; introduire une division acheteur-fournisseur; améliorer le suivi, l'évaluation et l'utilisation des données; utiliser un mécanisme de paiement du fournisseur pour le service conditionnel sur la qualité; introduire des cadres de performance à différents niveaux de l'administration de la santé; renforcer la voix de la communauté en demandant des commentaires des utilisateurs et en créant de nouveaux mécanismes de gouvernance tout en renforçant ceux existants.

Les deux figures ci-dessous illustrent l'enchaînement des facteurs qui interagissent sur la bonne et la faible performance des formations sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et Sakété-Ifangni .

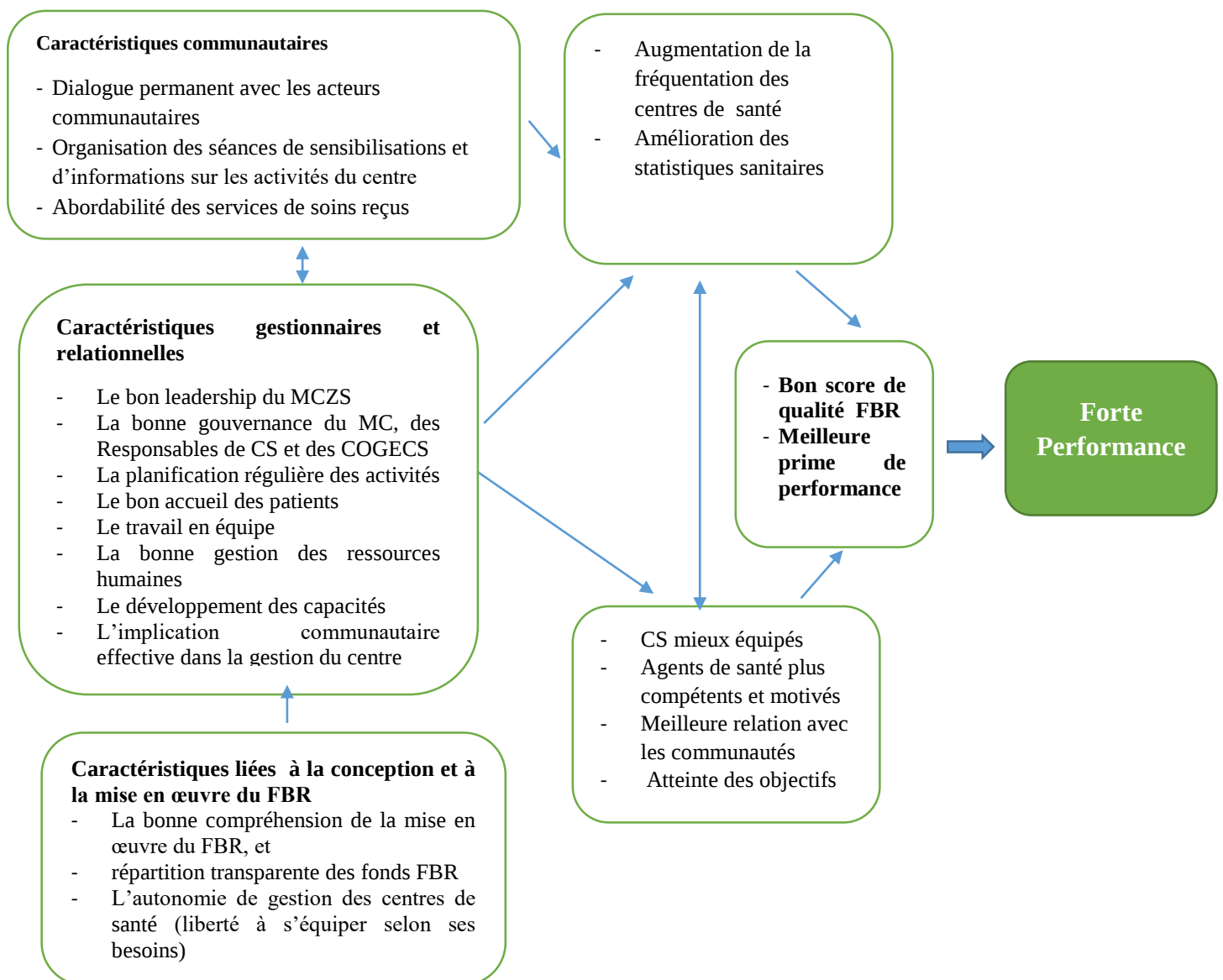
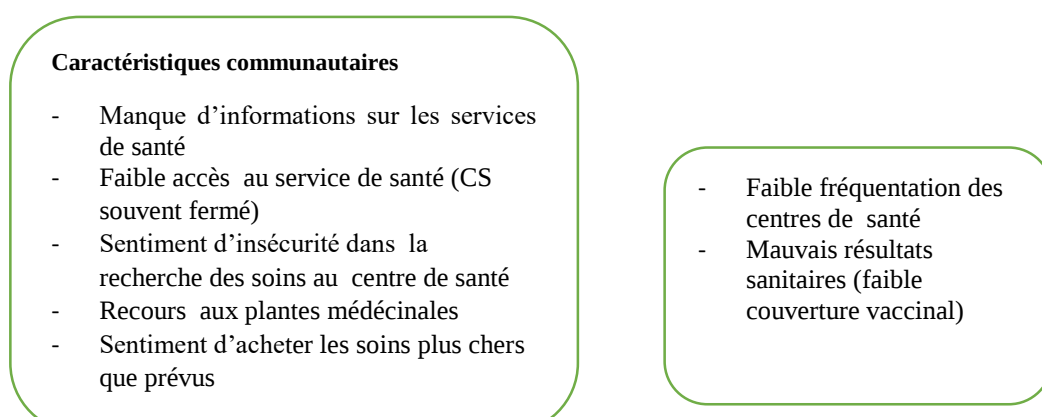


Figure 10 : Enchainements des caractéristiques étudiées qui induisent la forte performance dans Bembèrèkè-Sinendé



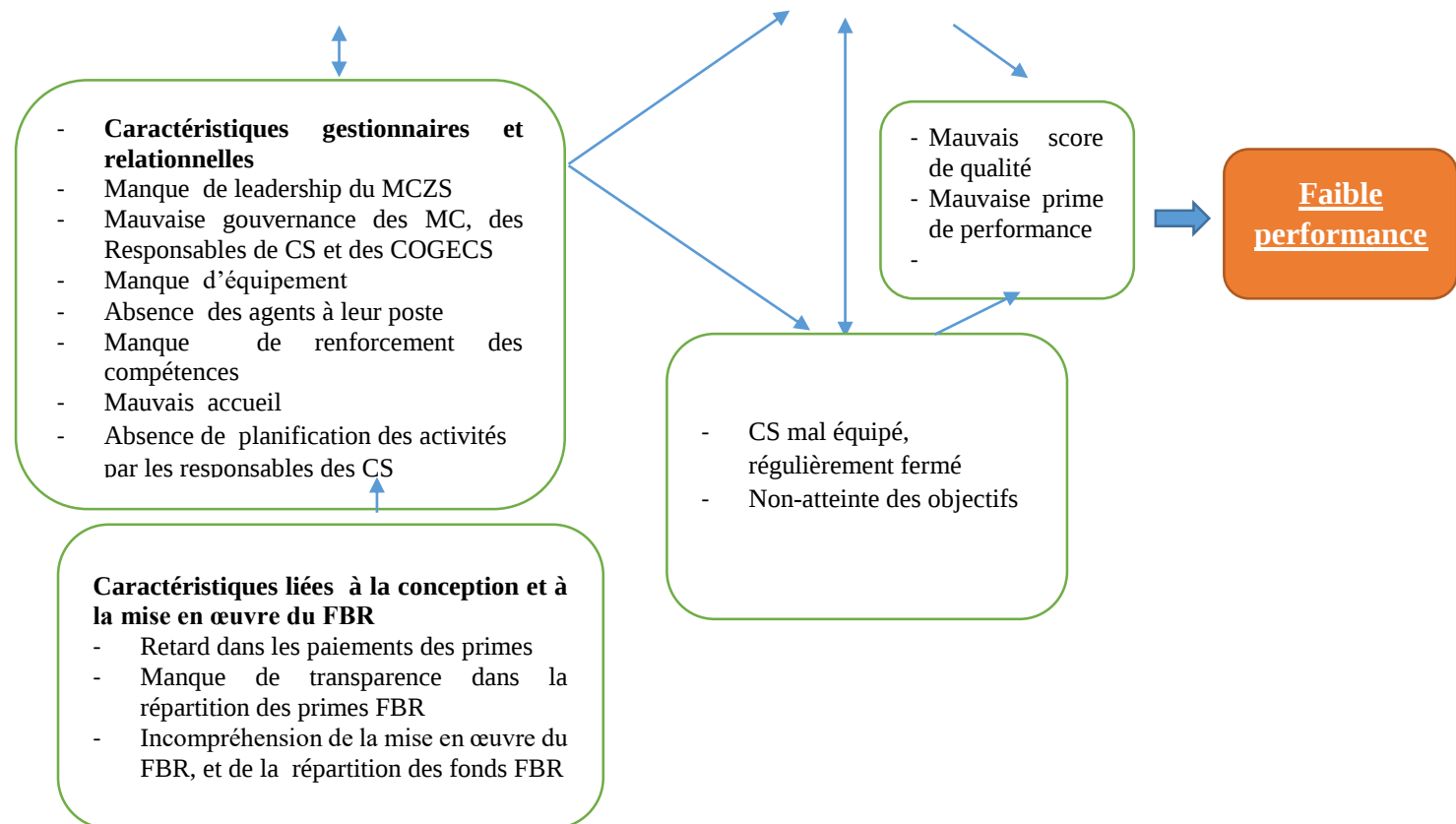


Figure 11 : Enchainements des caractéristiques étudiées qui induisent la faible performance dans Sakété-Ifangni

8. MEILLEURES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS

Les meilleures pratiques identifiées sont :

- Proactivité de l'agent de santé dans la récupération des actes de naissances des enfants nés dans les CS au niveau de la mairie pour les amener aux parents ;
- Instauration et alimentation d'une caisse d'entraide mère-à-mère pour le soutien aux mères dans l'incapacité de prendre en charge les frais liés à leur accouchement ;
- Mise en place d'un forum WhatsApp pour la communication entre les agents de la ZS Bembéréké-Sinendé ;
- Amélioration du registre de soins curatifs de manière que le remplissage ne prend plus beaucoup de temps ;
- Elaboration d'un kit d'accouchement pour toute la ZS pour éviter le rançonnement ;
- Affichage de tous les prix des actes, des consultations et des médicaments ;
- L'instauration de la coupe FBR pour motiver les centres qui évolue d'un trimestre à l'autre ;
- Création d'un outil de synthèse des indicateurs du FBR.

« Ce qui est très bien chez eux est surtout l'établissement de l'acte de naissance de l'enfant. Quand ta femme accouche dans notre CS c'est eux qui s'occupent de tout jusqu'à la sortie de l'acte de naissance de l'enfant. » **Propos d'un homme**

« Elles contribuent aux cotisations si on veut de l'argent et on les mobilise » **Propos d'un responsable de centre de santé de la ZS de Bembéréké-Sinendé**

Recommandations et plan de mise en œuvre

Recommandations	Stratégies	Responsable	Echéance
Renforcer la collaboration entre le COGECS et les Responsables des Centres de santé	- Réunir les COGECS et les responsables de centre de santé et créer une collaboration entre eux - Faire des rencontres régulières avec les communautés pour instaurer la confiance et les impliquer dans la gestion des CS	- MCZS - MC de Communes - Responsables CS	Continue
Lutter contre la vente illicite de médicament dans les centres de santé de la ZS/SAKIF	- Adopter la politique d'affichage des prix des médicaments et actes dans les centres de santé de la Zone - Standardiser en collaboration avec les sages-femmes de tous les centres de santé de la ZS le prix du kit d'accouchement	- MCZS - Sage femme de zone	Continue D'ici fin décembre 17

Recommandations	Stratégies	Responsable	Echéance
	normal afin de minimiser les rançonnements		
Renforcer les capacités du personnel de santé	- Faire participer tous les responsables de centre de santé aux formations de la ZS - Elaborer des fiches de synthèse pour faire le suivi des activités - Instaurer un système de motivation (lettre de félicitations, encouragements publics, primes) pour booster les agents - Organiser des formations sur le leadership et la gestion des ressources humaines	MCZS	Continue
Organiser des enquêtes périodiques de satisfaction clients	- Diffusion des résultats - Prise de décision	MC/ZS	Tous les 6 mois
Améliorer les taux de vaccinations et mieux impliquer la communauté	- Dialoguer permanemment avec les acteurs communautaires - Organiser mensuellement des séances d'informations et de sensibilisations sur les avantages de la fréquentation des centres de santé en partenariat avec les COGECS au profit des communautés - Organiser de façon hebdomadaire des stratégies avancées pour la vaccination.	Responsables des centres de santé	Continue
Améliorer la performance des centres de santé de Sakété-Ifangni	- Organiser mensuellement les CODIR - Organiser lors des CODIR des sessions pour expliquer d'avantage le fonctionnement et le mode de calcul de primes du FBR aux agents de santé - Organiser des discussions de groupe avec les agents de santé pour identifier les bonnes pratiques qui permettront	MCZS	Continue

Recommandations	Stratégies	Responsable	Echéance
	d'améliorer les performances des centres de santé et de mieux bénéficier des primes FBR.		

9. CONCLUSION

Cette étude qualitative avait pour but de comprendre les caractéristiques qui existent entre les zones sanitaires de forte et celles de faible performance et qui les différencient les unes des autres.

Les caractéristiques communautaires comme le dialogue permanent avec les acteurs communautaires, l'organisation des sensibilisations, d'informations sur les avantages de la fréquentation des centres de santé et l'abordabilité des soins de santé sont des facteurs qui influencent significativement la fréquentation des centres de santé dans la ZS Bembèrèkè-Sinendé et l'adhésion de la communauté aux activités de vaccinations. Ces facteurs sont inexistants dans la ZS Sakété-Ifangni.

Le bon leadership du MCZS et la bonne gouvernance des MC, responsables des centres de santé et des COGECS de la ZS Bembèrèkè-Sinendé favorisent l'implication et la communication avec la communauté, la bonne gestion des ressources humaines, matérielles et financières, le suivi des activités, le développement des capacités et des compétences des agents, la qualité des soins, le bon accueil et aussi la satisfaction des clients. Il faut aussi noter que les primes du FBR ont facilité l'atteinte des objectifs et le changement de comportement des agents. La grosse question qui demeure est " Quel sera l'effet du départ du FBR dans ces centres à forte performance ?"

Les résultats de cette étude ont montré que la faible performance des CS s'explique d'une part par le fait que les CS à faible performance souffrent de l'absence au poste des agents de santé, d'un plateau technique insuffisant et défectueux par rapport aux CS à forte performance où il y a une meilleure disponibilité en personnel de santé qualifié et des équipements appropriés. Les retards dans le paiement des primes FBR dans la ZS et le manque d'informations suffisantes sur le fonctionnement, le processus de calcul et la répartition des primes expliquent le désintéressement des agents vis-à-vis des primes FBR, ce qui influence négativement la performance dans la ZS Sakété-Ifangni.

Ces constats suggèrent que le FBR ne vient que pour booster les systèmes sanitaires fonctionnels. Il faudrait penser d'abord à renforcer les systèmes sanitaires défaillants et aussi à mettre en place des agents de santé disponibles et engagés avant de mettre en place le FBR pour espérer des résultats meilleurs. Des recommandations sont faites à l'endroit du MCZS et des responsables des centres de Sakété-Ifangni pour améliorer leur performance.

REFERENCES

1. BAKI.M. Mémoire ENSP. Déterminants du faible taux de dépistage de la grossesse à risque dans le district sanitaire de Boulsa, 55pages (2002)
2. Pierrot BUSHALA, Situation socio-économique de la population rurale et l'impact sur l'Accès aux soins de santé primaires (cas de groupement de Mudja), ISIG, Mémoire inédit, 2007-2008.
3. Magnat KAKULE MUTSINDWA : Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira, Province du Sud-Kivu, RD Congo, 2012
4. Déclarations de l'IDA (International Développement Association) sur l'utilisation des services de soins de santé au Niger
5. Madina KERRE : Rapport relatif à l'étude sur l'utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire (Enquête qualitative 2-25 mai 2001).
6. Audibert M. - Roodenbeke E. et Al., Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, Région Afrique Banque Mondiale, Avril 2005.
7. Nigeria State Health Investment Project (NSHIP) Performance-Based Financing User Manual Final version 14 December 2013 p.10
8. McMahon S.A, George A.S., Chebet J.J., Mosha I.H., Mpembeni R. NM., Winch P.J. Expériences et réponses À des soins de maternité irrespectueux et des abus pendant l'accouchement; Une Étude qualitative avec les femmes et les hommes dans la région de Morogoro, Tanzanie. BMC Grossesse et accouchement, Vol.14, N ° 268, 2014, doi: 10.1186 / 1471-2393-14-268
9. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé. Genève : OMS ; 2010 (http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf, consulté le 10 Août 2017).
10. Nebiat Negussie : les facteurs qui influent positivement et négativement sur le rendement des infirmières qui travaillent dans les hôpitaux et les centres de santé administrés à Addis Abeba

ANNEXES

Annexe 1 : Fonctionnement du FBR au Bénin

Le montage institutionnel du FBR au Bénin

Tableau XII : Montage institutionnel du FBR au Bénin

Institutions/ Organes	Rôles dans la mise en œuvre	Relations avec les autres organes	Observations
Comité de pilotage du FBR : Composé des PTF, du Ministre de la Santé, du Ministre des finances	• Finance le processus de mise en œuvre • Prend les décisions stratégiques • Suit la mise en œuvre	Flux financier vers l'acheteur	Au Bénin l'acheteur = UCP/PRPSS
Le régulateur : Représenté par le Ministère de la santé, ses programmes et projets et ses structures décentralisées	• Définit les normes et standards à suivre par les prestataires de soins • Formes et supervise/ coach les prestataires de soins • Participe à l'évaluation de la qualité des prestations	Liens hiérarchiques avec les prestataires	
L'Acheteur :	• Achète les indicateurs auprès des prestataires de soins après la validation par le vérificateur. • Organise l'évaluation par les pairs	• Commandite les audits de gestion des fonds alloués aux structures • Flux financier vers les prestataires	Au Bénin ce rôle est joué par l'UCP/PRPSS
Les prestataires de soins	• Signent le contrat avec le régulateur • Offrent des soins de qualité à la population • Déclarent les indicateurs quantitatifs	Liens hiérarchiques avec les structures de régulation	
Le vérificateur	• Contrôle et valide les déclarations	Collaboration avec l'UCP	• Structure indépendante du

Institutions/ Organes	Rôles dans la mise en œuvre	Relations avec les autres organes	Observations
	faites par les prestataires de soins • Certifie les factures • Participe à la formation et au coaching des prestataires • Emet les factures		Ministère de la Santé (Consortium AEDES/SCEN-Afrik) • Au Bénin le vérificateur est recruté par l'UCP • La vérification communautaire est faite par des OBC recrutées par l'UCP

Figure 12 : Les étapes du fonctionnement du FBR

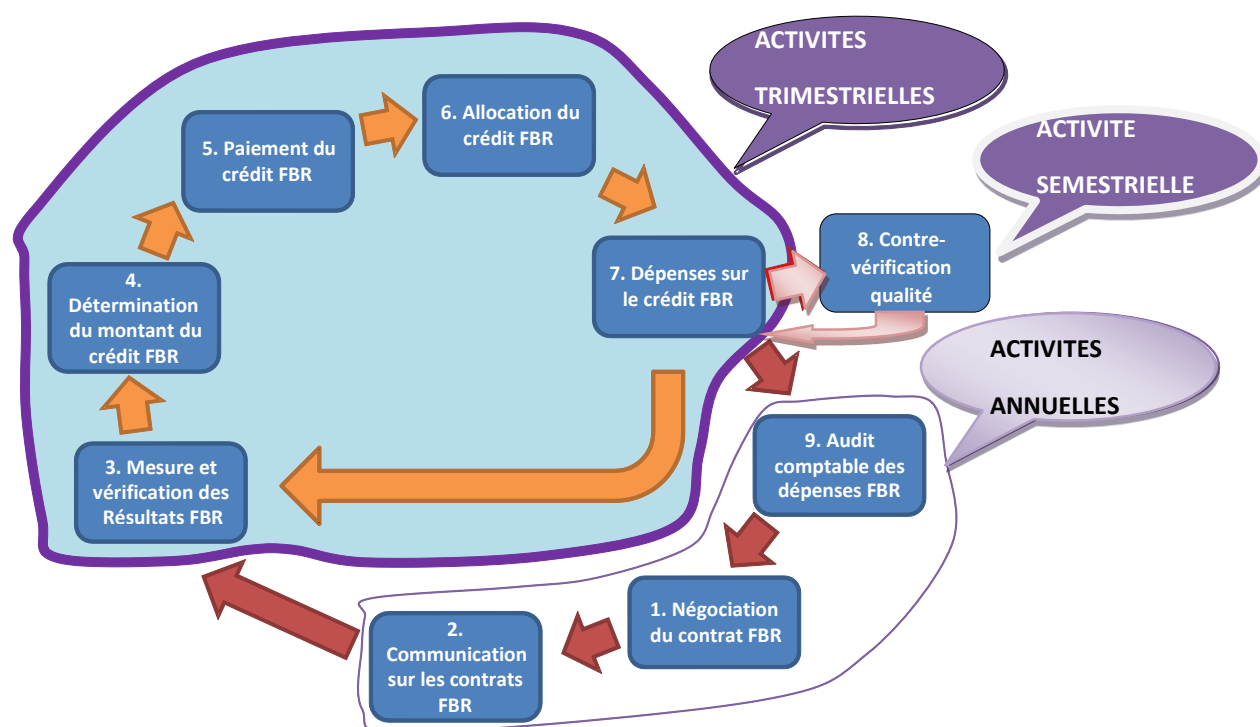


Tableau XIII: Stratégies de contrôle des données

Stratégies de contrôle des données	Pour quel indicateur (Par exemple)?	Par qui?	Outils utilisés
Dépouillement et contrôle de cohérence entre les indicateurs rapportés et les registres des établissements	Nombre de consultations prénatales	EEZS et « contrôleurs de zone »	- Fiche de déclaration des quantités - Les registres des centres de santé
Enquête à domicile des patients (ces patients ont été sélectionnés aléatoirement à partir de la liste des patients mentionnés dans les registres du centre de santé)	Nombre de consultations prénatales	Organisations communautaires	Guides d'entretien conçu à cet effet
Observations directes	Disponibilité des médicaments	« Contrôleurs de zone »	Grille d'évaluation de la qualité des prestations
Enquête de satisfaction des clients sortants	Qualité des consultations prénatales	« Contrôleurs de zone »	Guides d'entretien conçu à cet effet

10. Le calcul des subsides

Les formules de calcul des subsides varient en fonction des pays et de l'incitation recherchée auprès des prestataires en termes de quantité ou de qualité. Dans le cas du FBR financé au Bénin par la Banque Mondiale, le Fonds Mondial et GAVI, et la CTB, les subsides alloués aux

formations sanitaires sous contrat sont calculés sur la base des indicateurs quantitatifs validés par l'agence de vérification, des prix unitaires et du score de la qualité des prestations calculé trimestriellement.

Subsides = Quantité validée x Prix unitaire x Score qualité
--

De façon exceptionnelle, pour le calcul des subsides au début de la mise en œuvre il a été retenu que la déflation qualitative serait appliquée que sur la moitié du montant « crédit quantité ». Ceci pour permettre aux structures de prendre la mesure de leur score de qualité et d'avoir un peu de ressources pour commencer l'amélioration de la qualité de leurs prestations.
--

Ainsi la formule de calcul est: Subsides = (1/2 Quantité x Qualité) + 1/2 Quantité.
--

11. L'utilisation des subsides

Les subsides alloués aux formations sanitaires servent à deux grandes catégories de dépenses. Au moins 50% servent au fonctionnement du centre de santé pour l'amélioration de la qualité et/ou de la quantité des prestations offertes aux populations. Ce crédit est consommé sur la base d'un **business plan** et en respectant les procédures de gestion financière transparente définies par les bailleurs.

Au plus 50% servent de prime d'incitation à l'ensemble du personnel travaillant dans la structure. Cette prime est répartie grâce à un outil prenant en compte les indices salariaux avec des coefficients de pondération et les sanctions de manière à ce que les agents ayant les petits salaires ne soient pas lésés et que les agents les plus méritants reçoivent un bonus au

Annexe 2: Revue de littérature

La revue documentaire sur le révèle que les déterminants de l'utilisation des services de santé peuvent être regroupés en ces différents variables :

- **Facteurs démographiques** : Taille du ménage: nombre de personnes qui sont sous la responsabilité du chef de ménage lors de l'enquête.
- **Facteurs économiques** : Revenu du ménage: il s'agit du cumul d'argent atteint à la fin d'une période de temps (un mois) issu de l'activité principale du chef de ménage; Occupation du Chef de ménage: C'est l'activité reconnue comme source principale de revenu du ménage; Accessibilité financière: possibilité de payer les factures émises par les institutions sanitaires.
- **Facteurs culturels** : Niveau d'instruction des chefs de ménage : est le nombre d'années le plus élevé que le chef de ménage a passé à l'école; Usage de la médecine naturelle : utilisation de plantes médicinales pour guérir et soulager les pathologies; Mariage polygamique : le fait pour l'homme d'épouser deux ou plusieurs femmes; Confession religieuse du chef de ménage: institution religieuse fréquentée habituellement par le chef de ménage au moment de l'enquête; Connaissances : l'ensemble des notions acquises en rapport avec les soins de santé; Pratiques : ensemble d'actions menées en vue d'obtenir les soins de santé.
- **Facteurs Institutionnels** tels que le faible engagement politique en faveur de la performance et de l'autonomie des CS, la forte dépendance de l'aide extérieure pour la conception et la mise en œuvre du FBR ; Le leadership et la Gouvernance ;
- **La gestion des ressources humaines** et de façon particulière l'effectif et la qualification des Agents de Santé affectés dans les Hôpitaux et les CS ainsi que leur répartition, et les salaires relativement bas et démotivants ;
- **Le Financement du système** à savoir la part du budget alloué à la santé, les modes et sources de financements ;
- **Le système de soins** peu intégré et saucissonné avec un plateau technique peu approprié caractérisé par l'acquisition de matériels et équipements peu appropriés et une maintenance médiocre : particulièrement la chaîne d'approvisionnement en Médicaments et Vaccins ;
- **La qualité de l'information sanitaire** ;
- **les stratégies développées au niveau communautaire** (l'utilisation des relais communautaires et/ou des agents de santé communautaires qualifiés, la mise en place de la plateforme des utilisateurs des services de santé, l'implication des élus locaux etc.)
- **Facteurs organisationnels** : Qualité des soins; qualité des relations soignants-soignés; comportement du personnel soignant; Education sanitaire: enseignement des règles de conduite hygiéniques, sociales et formation des facultés physiques, morales et intellectuelles en vue de conserver un bon état de santé; Visite à domicile: exploration pour voir ou pour connaître un lieu, venue (d'une personne chez une autre) pour un entretien, examen médical sur le lieu d'habitation.
- **Inaccessibilité** : impossibilité physique qui interdit l'accès de quelque chose, impossibilité d'obtenir financièrement quelque chose, écart ou différence qui rend impossible l'abord de (quelqu'un), impossibilité pratique de bénéficier de (quelque chose)

- **Utilisation des services de santé** : c'est le fait d'aller souvent au centre de santé ou l'usage assidu des services de santé.

Annexe 3: Définitions de quelques concepts

FBR : C'est une approche de renforcement de la performance du système de santé à travers essentiellement la mise en œuvre de l'approche contractuelle, la mise en place du processus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé et l'instauration d'incitations financières proportionnelles à la production de soins et services de qualité aux populations.

Zone de santé performante : la performance d'une zone de santé est à distinguer de la fonctionnalité. Une ZS est dite performante quand elle réalise de façon durable un certain nombre de résultats par rapport aux objectifs fixés et aux attentes de la population bénéficiaire. Cette définition implique que la performance fait suite à la fonctionnalité et exclut tous les résultats aussi spectaculaires soient-ils qui s'obtiennent des fois en situation d'urgence.

Performance : La performance d'un système de santé correspond à sa capacité à remplir les missions pour lesquelles il est considéré comme responsable. C'est une notion d'équilibre entre d'une part la création des valeurs et la consommation des ressources, et d'autre part entre l'efficacité et l'efficience¹⁹.

Motivation : Le mot « motivation » a plusieurs définitions selon les auteurs : la motivation est une prédisposition d'agir d'une façon orientée vers un objectif spécifique, Hellriegel et Slocum. GIBSON la définissent comme un état dans la perspective de l'individu, qui représente la force de sa propension à faire des efforts dans le sens d'un comportement particulier. DUBRIN, lui, dit que la motivation est une somme des efforts déployés pour atteindre un objectif²⁰

Facteurs communautaires : On parle de facteurs communautaires ici en faisant recours à tout ce qui rentrent en contre pour la satisfaction de la communauté (la sensibilisation sur les activités du centre, l'information, l'abordabilité des prix, l'accès facile au ZS ou CS) ou l'absence d'entrave la fréquentation des ZS ou CS par les valeurs culturelles du milieu d'étude.

Facteurs organisationnelles et managériales et relationnelles : En se situant d'abord au niveau central nous parlerons de toutes les actions que mettent en œuvre le gouvernement à travers le Ministère de la santé pour assurer le bien-être de la population. Il s'agit du leadership et de la gouvernance, de la gestion des ressources humaines, du niveau et sources de financement mise à la disposition du secteur santé, de la qualité de la chaîne d'approvisionnement, les capacités/ compétences des agents de santé. Aussi au niveau des ZS et CS, ces qualités doivent aussi transparaître à travers ici l'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins, il donne le ton, la première impression et peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le patient et le CS, la Planification, la fixation et la communication sur les objectifs, les difficultés, les processus de résolution des problèmes et les récompenses des

¹⁹ Analyse comparative des systèmes de santé Francis Guillemin - François Kohler - Catherine Lejeune - Elisabeth Monnet - Catherine Quantin - Agnès Tabutiaux Version 1.1 Novembre 2009

²⁰ <http://www.memoireonline.com/06/11/4562/Analyse-des-facteurs-influenant-la-motivation-du-personnel-dans-une-societe-etatique-Cas-spec.html> (dernière consultation : 11 Avril 2012)

agents méritants. La gestion de la Performance de l'équipe sanitaire, l'implication des communautés et leaders locaux dans la gestion du centre et les domaines financiers.

Facteurs liés à la conception et à la mise en œuvre du FBR : le FBR préconise une autonomie des centres de santé dans la gestion du personnel de santé et l'acquisition des matériels et équipements. Le paiement des primes de performance est aussi l'un des points ressortis dans notre travail.

Meilleures pratiques et leçons apprises : dans les deux zones d'étude, il s'agit de faire ressortir les meilleures pratiques qui rendent la ZS Bembèrèkè-Sinendé performante pour une mise en œuvre dans la ZS Sakété-Ifangni où la sous performance est très net.

Les études menées au Mali montrent que lorsqu'elle est reconnue, la qualité des soins est appréciée et la disposition à payer en est élevée: même si c'est plus cher, la population se tourne vers le privé à but lucratif lorsque la qualité perçue est présente. Des enquêtes anthropologiques menées dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) en 1999 et 2000, relèvent non seulement une lourdeur importante dans le fonctionnement des structures de santé qui conduit à une perte de temps excessive pour l'utilisateur mais également un comportement du personnel soignant, notamment dans les maternités, extrêmement négatif qui se traduit par des attitudes face au patient anonyme (qui n'a pas de connaissance dans la structure visitée) dont :

- l'indifférence, au mépris jusqu'à la violence verbale et physique; un non-respect des normes de bienséance qui va de la non considération de l'intimité et de la pudeur du patient à l'absence d'écoute du malade;
- un régime de faveurs lié à la personnalisation de la relation patient/personnel soignant qui permet à ceux qui sont recommandés d'être bien accueillis, de ne pas attendre qu'il passe devant tout le monde et parfois de ne rien payer ou presque;
- une vente privée de médicaments et de petit matériel (gant pour le toucher vaginal) : le personnel peut acheter des médicaments, des gants, ou des seringues au marché, dans des pharmacies privées ou les dépôts de vente du centre pour les revendre plus cher aux utilisateurs ;
- une faible qualité de l'information transmise au patient qui va du manque d'explication simple du fonctionnement du centre (achat du carnet, salle d'attente, partition des actes entre le personnel, heures d'ouverture), à l'absence de posologie pour la prise de médicaments prescrits ;
- la faible qualité des actes : le soignant ne prend pas la peine d'examiner le patient, parfois même de l'interroger ;
- les détournements ou l'existence de paiements illégaux, pourtant connus de tous, ne faisant l'objet d'aucune sanction.

Annexe 4 : Généralités sur les zones sanitaires

❖ La Zone Sanitaire de Bèmbèrèkè Sinendé

12. Situation géographique

La ZS Bèmbèrèkè-Sinendé est l'une des quatre zones sanitaires que compte le département du Borgou. Située au nord du Bénin, elle regroupe les communes de Bèmbèrèkè et de Sinendé avec une superficie de 5637 km² (3348 Km² pour Bèmbèrèkè et 2289 Km² pour Sinendé) qui représente environ 5% de la superficie du Bénin (114 763km²). Elle est limitée :

- au Nord par la commune de Gogounou ;
- au Sud par la Commune de N'Dali ;
- à l'Est par les Communes de Nikki, de Kalalé et Ségbana ;
- à l'Ouest par la commune de Péhunco ;
- au Sud-ouest par la commune de Djougou.

13. Organisation administrative et attribution de la ZS

Selon la loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale en République du Bénin, les communes de Bèmbèrèkè et de Sinendé font partie du département du Borgou et sont organisées comme suit :

Tableau XIV : L'organisation de l'administration territoriale de la ZS/BS

Cadres territoriaux	Bèmbèrèkè	Sinendé	ZS	Autorités/Organe
Commune				Maire, conseils communaux
Arrondissements	5	4	9	Chefs d'arrondissement
Villages ou quartiers de ville	43	34	77	Chefs de village ou de quartiers de ville, conseils de village ou de quartiers de ville

Sources : EEZS BS, 2012

Chaque commune est dotée de personnalité morale, d'une autonomie financière et dirigée par un Conseil Communal ayant à sa tête un Maire. Par ailleurs, la zone dispose entre autres d'un bureau de poste et télécommunication pour chaque commune et de la couverture des réseaux mobiles GSM (tous les réseaux GSM à Bèmbèrèkè ; Moov, MTN et BCom à Sinendé). Il existe aussi dans chacune des communes une circonscription scolaire, un service du CARDER une CLCAM avec des CVEC, un Centre de Promotion Sociale (CPS), une division de la SBEE et de la SONEB.

L'équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) est l'organe technique multidisciplinaire de la zone chargée de coordonner l'action socio-sanitaire dans la zone. Comme prérogatives, l'EEZS de Bèmbèrèkè coordonne les activités de la zone, élabore les plans d'action annuels, gère, forme et recycle le personnel, réalise les inventaires, monitoring et supervisions des FS, liquide les crédits délégués selon les périodicités requises, organise des séances de restitution aux agents de santé et à communauté, veille au bon fonctionnement du système de référence et

de contre référence, assure la surveillance intégrée des maladies et la riposte, centralise et analyse les données de toutes les FS, etc. Elle se charge aussi de mobiliser les ressources extérieures nécessaires pour l'exécution de son plan d'actions auprès de ses partenaires : UNFPA, UNICEF, MUSKOKA, BEST-SD, PILP-AFRICARE, etc...

Sur le plan administratif la ZS dispose de :

- Deux communes
- un hôpital de zone (Hôpital Évangélique de Bèmbèrèkè) ;
- deux (02) centres de santé de commune ;
- quinze (15) centres de santé ;
- deux (02) dispensaires/maternités isolés ;
- trois (03) CMS (Garnison, Kabanou, Wari) ;
- un(01) CASES ;
- CPS (02)
- Cinq (05) unités villageoises de santé.

14. Données géographiques : Climat, Hydrographie, relief

Le climat dans les deux communes est de type soudanien. On distingue deux saisons à savoir une saison pluvieuse de mai à octobre et une saison d'intense chaleur qui s'étend de mars à mai et qui est précédée de l'harmattan de novembre à mars.

La pluviométrie annuelle varie entre 900 et 1300 mm. La température annuelle s'établit autour de 26°C avec un maximum de 32°C en mars et redescend aux environs de 23°C en décembre-janvier. L'humidité relative varie entre 30 et 70%.

Les communes de Bèmbèrèkè et de Sinendé couvrent une région constituée d'une immense pénéplaine jalonnée de collines et de buttes. Les principaux types de sols rencontrés dans cette ZS sont surtout les sols ferralitiques, les sols sablo-argileux ou argilo-sableux et les sols granito gneissiques à caractère très varié selon les séquences topographiques :

- les sols ferralitiques se rencontrent dans la Commune de Sinendé ;
- les sols sablo-argileux et granito-gneissiques couvrent la Commune de Bèmbèrèkè où se rencontrent aussi les sols sableux.

La ZS est couverte par une végétation luxuriante. C'est une savane herbeuse où les bois se font de plus en plus rares à cause des feux de brousse, des coupes excessives mal règlementées et la pression démographique. Elle est arrosée par l'Alibori, un affluent du fleuve Niger.

15. Caractéristiques socio démographiques et économiques

Selon les résultats du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4) de 2013, la population de la zone était de 222.927 habitants. La population totale de la zone estimée en 2016 par l'INSAE est 247 163 habitants avec comme cibles :

- femmes en âge de procréer : 54 537
- grossesses attendues : 13 103
- naissances attendues : 11 394
- Enfants de 0 à 11 mois : 8468

- Enfants survivants : 7901

Les densités de Bèmbèrèkè et de Sinendé sont respectivement de 37 habitants par km² et 39 habitants par km². La population est constituée de plusieurs groupes socio-linguistiques dont les principaux sont les Baribas, les Peulhs, les Gandos, les Bo et les Nagots/Yorubas. Les populations de la ZS pratiquent surtout l'Islam, le Christianisme et l'Animisme.

L'igname arrive en tête de rotation, le coton est aussi présent dans le système d'assolement de la zone. La période d'utilisation des terres varie de 1 à 5 ans avec une jachère allant de 4 à 10 ans. La culture attelée y est de plus en plus pratiquée. L'élevage est du type traditionnel extensif. L'activité économique est dominée par l'agriculture, l'élevage et le petit commerce. Les céréales dominent le système d'assolement avec une prédominance du maïs sur le sorgho.

16. Données sanitaires

Les données sanitaires de la ZS Bèmbèrèkè-Sinendé se résument dans le tableau suivant :

Tableau XV : Statistiques sanitaires de la ZS Sakété-Ifangni en 2016

Indicateurs	Valeurs 2016	B-S
Taux de couverture sanitaire (%)		100
Nombre d'habitants par centre de santé public		8716
Nombre d'habitants par médecin		12020
Nombre d'habitants par infirmier		1713
Nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme		2184
Nombre de médecins pour 10.000 habitants		112
Nombre d'infirmiers pour 5000 habitants		786
Nombre de sages-femmes pour 5000 habitants		136
Ratio de personnel qualifié pour 10.000 habitants		7,7
Taux de recouvrement		98,2
Marge bénéficiaire		1,61
Incidence du Paludisme simple (%)		17,5
Taux d'incidence du Paludisme grave (%)		2,4
Taux de létalité du paludisme (simple+ grave) (pour 1000 cas)		1,1
Taux de létalité de la malnutrition chez les 0-5ans		16,5
Durée moyenne de séjour par an (HZ-Bembéréké) en jours		3,9
Taux d'occupation des lits par an (HZ-Bembéréké) (%)		82,6
Taux de couverture des consultations prénatales		104,4
Taux de couverture des consultations postnatales		68,5
Taux de couverture des consultations des enfants de 0-11mois		107,88
Taux de couverture des accouchements assistés		80,9
Taux de césarienne		4,54
Nombre de nouvelles acceptantes pour les nouvelles méthodes de contraception		4423
Taux de couverture en PENTA 3		130,7
Taux de couverture en VAR		123,4
Taux de couverture en VAT2+ chez les femmes enceintes		85,1

Sources : Annuaire des statistiques sanitaires de 2016

❖ La zone sanitaire Sakété et Ifangni

17. Situation géographique

La zone sanitaire de Sakété regroupe géographiquement les communes de Sakété et Ifangni avec une superficie d'environ 1050 km². Située dans le Département du Plateau, elle est limitée :

- au nord par la Commune d'Adja-Ouère ;
- au sud par la Commune d'Avrankou ;
- à l'est par la République Fédérale du Nigeria ;
- à l'ouest par les Communes d'Adjohoun, Bonou et Akpro-Misséré.

18. Données géographiques : Climat, Hydrographie, relief

Le climat est de type subtropical à deux saisons de pluie (mars avril à mi-juillet pour la grande saison et de septembre en novembre pour la petite) et deux saisons sèches (juillet août pour la première et décembre février à mi-mars pour la seconde). Le relief est sous forme de plateau ayant par endroits des dépressions marécageuses. C'est une zone de terre de barre plus ou moins fertile dans une large proportion et qui dispose des carrières de latérite et de grès très recherchées pour le chargement des routes et la construction des bâtiments. La Zone sanitaire Sakété-Ifangni est traversée par la rivière Aguidi. La végétation est constituée de palmeraies sélectionnées, de forêts sacrées, des plantations forestières et fruitières et une forêt classée de 50 ha environ (à Hounmè dans sakété 2).

19. Organisation administrative et attribution de la ZS

Selon la loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale en République du Bénin, les communes de Sakété et d'Ifangni font partie du département du Plateau et sont organisées comme suit

Tableau XVI: L'organisation de l'administration territoriale de la ZS/Sakété-Ifangni

Cadres territoriaux	Sakété	Ifangni	ZS	Autorité /Organe
Commune	1	1	2	Maire, conseils communaux
Arrondissements	8	4	12	Chefs d'arrondissement
Villages ou quartiers de ville	47	40	87	Chefs de village ou de quartiers de ville, conseils de village ou de quartiers de ville

Sources : EEZS SAKIF, 2012

Sur le plan administratif la ZS est composée de :

- deux Communes,

- douze (12) Arrondissements dont trois (03) urbains (deux à Sakété et un à Ifangni) et neuf (09) ruraux (six à Sakété et trois à Ifangni),
- 87 villages et quartiers de ville.

La zone sanitaire compte un (01) hôpital et (17) autres formations sanitaires publiques dont :

- deux (02) centres de santé de commune,
- neuf (09) centres de santé d'arrondissement,
- six (06) centres de santé isolés.

20. Caractéristiques socio démographiques et économiques

Dans tous ces centres se mènent les activités de soins curatifs, de soins maternels et infantiles, de vaccination. La zone sanitaire est essentiellement peuplée de Nagot, Goun et ethnie apparentées (Torri, Fon, Yoruba).

Sa population est estimée en 2005 à 157397 habitants dont :

- 5 752 enfants de 0 à 11 mois et
- 39 507 femmes en âge de procréer.

La densité de la population au niveau de la ZS est de 150 habitants par km² en 2005. L'activité économique est dominée par l'agriculture qui absorbe environ 80% de la population. Elle représente la source de 70% environ des taxes perçues par les deux Communes. Les principales cultures sont : le maïs, le manioc, la patate douce, le niébé, l'arachide, les cultures maraîchères, le palmier à huile et les cultures fruitières (agrumes, ananas). Ces activités sont surtout pratiquées par des hommes. Le niveau de propriété et de production des femmes reste encore faible. L'élevage se trouve en bonne place des sources de revenus dans tous les ménages, la volaille, les petits ruminants, les porcs sont des spéculations hautement maîtrisées par les femmes. L'élevage est de type traditionnel.

La production halieutique est représentée par la pisciculture pratiquée dans les bas-fonds et le long des cours d'eau. Elle est l'apanage des hommes. L'industrie est représentée par les petites unités de transformation (manioc, noix de palme) et tenue à plus de 80 % par les femmes. Quelques grandes unités existent par endroit et sont les propriétés des hommes. L'artisanat est représenté par des ateliers dans divers corps de métiers où rivalisent hommes et femmes. On peut citer par exemple : les ateliers de couture, de tissage, de coiffure et de sculpture. Les transports bénéficient de l'existence de voies de communication (routes interurbaines, pistes rurales) dont la plupart sont praticables en toutes saisons. On peut citer les routes bitumées Porto-Novo- Sakété-Pobè et Porto-Novo-Igolo, de même que la route en terre de barre Ifangni– Sakété. D'autres pistes de dessertes rurales existent et sont praticables en toutes saisons. Cependant des cas de dégradation par l'érosion sont observés par endroits.

Le tourisme est très peu développé. Les sites touristiques sont actuellement les forêts sacrées de ORO à Ifangni et Sakété.

21. Données sanitaires

Tableau XVII : Statistiques sanitaires de la ZS Sakété-Ifangni en 2016

Indicateurs	Valeurs S-I 2016
Taux de couverture sanitaire (%)	100
Nombre d'habitants par centre de santé public	
Nombre d'habitants par médecin	28751
Nombre d'habitants par infirmier	3966
Nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme	3577
Nombre de médecins pour 10.000 habitants	24
Nombre d'infirmiers pour 5000 habitants	174
Nombre de sages-femmes pour 5000 habitants	48
Ratio de personnel qualifié pour 10.000 habitants	3,6
Taux de recouvrement	109,6
Marge bénéficiaire	
Incidence du Paludisme simple (%)	4,8
Taux d'incidence du Paludisme grave (%)	0,5
Taux d'incidence du Paludisme toutes formes confondues(%)	5,3
Taux de létalité du paludisme (simple+ grave) (pour 1000 cas)	1,2
Taux de létalité de la malnutrition chez les 0-5ans	10
Durée moyenne de séjour par an (HZ-Bembéréké) en jours	2,1
Taux d'occupation des lits par an (HZ-Bembéréké) (%)	24,3
Taux de couverture des consultations prénatales	61,3
Taux de couverture des consultations postnatales	11,9
Taux de couverture des consultations des enfants de 0-11mois	1,96
Taux de couverture des accouchements assistés	67,1
Nombre de nouvelles acceptantes pour les nouvelles méthodes de contraception	695
Taux de couverture en PENTA 3	80
Taux de couverture en VAR	79,3
Taux de couverture en VAT2+ chez les femmes enceintes	62,9

Sources : Annuaire des statistiques sanitaires de 2016

Annexe 5: Méthode et Outils de collecte, et type de données collectées

Tableau XVIII: Type de données selon les méthodes de collecte

Méthode de Collecte de données	Sources de données	But
Interviews en profondeur	Données transcrites des interviews issues des interviews en profondeur: • Cinq Informateurs Clés (IC)/ parties prenantes du FBR au Bénin, (1 PRPSS, 1 AEDES/SCEN-Afrik, 1 ANV, 1 MS (DC ou le SG ou le CT au partenariat ou le DPP, 1 CTB) • Médecin Coordonnateur de Zone (1 par zone) • Responsable de centre de santé (5 par zone) • Agents de santé (3 par centre de santé) • Comité de gestion du CS (1 par CS) • Leaders communautaires (2 communautés autour de chaque centre de santé sélectionné : 1 proche du CS et 1 éloignée > 5kms du CS) (4 leaders communautaires par communauté soit 8 par CS et 40 par ZS) • Les interviews des responsables des centres de santé et des agents de santé ont été réalisées en français. • Celles des leaders locaux seront réalisées et enregistrées dans les langues nationales parlées par les communautés puis transcrites en français.	Comprendre les facteurs du niveau centre de santé et communauté qui influencent la performance
Enquête auprès des usagers des services de santé	Dans chaque CS visité, 6 utilisatrices des services de maternité seront enquêtées à la sortie de la consultation (Vaccination, CPN, PTME) ; soit 30 par ZS.	Comprendre les facteurs liés à l'offre des services de santé qui influent sur la demande et l'utilisation et de quelle manière.
Groupes de Discussion Focalisée (GDF)	• Vingt (20) Groupes de Discussions Focalisées (GDF) ont organisés par Zone avec les utilisateurs des services de santé membres des communautés sélectionnées: (Dans chaque communauté seront organisés 1 GDF avec les femmes mères d'enfants 0-5ans, et 1 GDF avec les hommes chefs de ménage soit 4 GDF par centre de santé).	Comprendre les facteurs communautaires qui influencent la performance et l'implication communautaire en matière d'appréciation de la qualité

Méthode de Collecte de données	Sources de données	But
	Les GDF seront réalisés et enregistrés dans les langues nationales parlées par les communautés puis transcrites en français.	
Documentation	Données SNIGS, données FBR Validées, données ANV Revue des bases de données des aires sanitaires (mises à disposition par le responsable suivi-évaluation de l'ANV, et les chefs-divisions vaccination des Services Départementaux de Santé des départements) Revue des rapports et outils utilisés dans les centres de santé tels que: - la grille de qualité, - les rapports mensuels du SNIGS, - Fiche d'évaluation du personnel, - Compte-rendu des réunions de l'équipe de santé, du comité de gestion du centre de santé.	Triangler les réponses issues des OIC de Zone? Responsables des centres de santé, des agents de santé avec celles des gestionnaires et des décideurs et l'engagement des utilisateurs.

i. Outils de collecte de données

- Un guide d'interview a été élaboré pour chaque type d'interview. Les guides seront pré-tests dans une ZS qui n'est pas incluse dans l'étude et ont été adaptés.
- Des fiches/grilles de dépouillement des données ont été élaborées et utilisées pour la revue documentaire.

ii. Constitution et formation de l'Equipe de collecte de données

- Deux équipes de collecte de données A et B composées chacune de 4 personnes dont 3 agents de collecte et un superviseur qui ont l'expérience de la collecte des données qualitatives ont été les données – Chaque équipe s'est organisée en deux (2) sous équipes. Une sous équipe a conduit les interviews et la revue documentaire dans les formations sanitaires (sous équipe « centre de santé »), alors que l'autre a conduit les interviews approfondies au niveau communautaire avec les leaders et les GDF avec les membres de la communauté (sous équipe communautaire).
- La formation des agents de collecte a été conduite une semaine avant la collecte des données et comprendra: les objectifs de l'étude et la méthodologie globale, les techniques d'interview, les outils et les jeux de rôle, les questions éthiques ainsi que le pré-test.

iii. Collecte de données

- Une lettre officielle a été envoyée aux Coordonnateurs de Zones et aux formations sanitaires sélectionnées pour les informer de l'étude et des dates proposées pour les

interviews et la revue documentaire (la liste des documents requis a été envoyée en avance de sorte qu'ils sont apprêtés/ disponibles lorsque l'équipe de collecte arrive.

- Les équipes qui ont enquêté dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ont passé deux jours dans chaque formation sanitaire et communauté associée. L'équipe de la formation sanitaire a conduit les interviews avec le responsable, les agents de santé, et les usagers de la maternité (1jour) et la revue documentaire (1jour). L'équipe communautaire a conduit les Interviews approfondies avec les leaders locaux et les GDF avec les membres de la communauté dans une communauté proche (1jour) et une éloignée (1jour). Les équipes ont fait une réunion de mise au point à la fin de chaque jour. Au total (12 jours) ont été requis pour la collecte des données.
- Les interviews ont été réalisées en français (auprès des informateurs clés et parties prenantes, les responsables des formations sanitaires et les agents de santé), et en langues nationales parlées dans les communautés sélectionnées. Elles ont été enregistrées avec un enregistreur numérique (tel que le téléphone portable android).
- Le consentement informé des tous les participants à interviewer a été recherché.

Tableau XIX : Synthèse des activités de collecte de données

Nombre de Sites	Nombre Zones Sanitaires	Total Nombre Sites	
2 Communautés par Formation Sanitaire (1 proche, 1 éloignée) 5 Formations Sanitaires	1 ZS performante	10 Communautés 5 Formations Sanitaires	
2 Communautés par Formation Sanitaire (1 proche, 1 éloignée) 5 Formations Sanitaires	1 ZS non performante	10 Communautés 5 Formations Sanitaires	
		Total Nbr Sites	
	20 Communautés et 10 formations sanitaires		
Niveau ZS			
Méthodes et catégories de répondants	ZS BEMBÈRÈKÈ SINENDE	ZS SAKETE IFANGNI	Total
GDF avec utilisatrices potentielles + GDF avec utilisateurs potentiels (Communauté proche du centre de santé)	10	10	20
GDF avec utilisatrices potentielles + GDF avec utilisateurs potentiels (Communauté éloignée du centre de santé)	10	10	20
Interviews individuelles approfondies des Informateurs Clés niveau central et intermédiaire (MS, Gestionnaires de programmes, Partenaire de mise en œuvre du FBR, DDS)			6
Interviews individuelles approfondies des responsables au niveau périphérique (1 MCZS), (1 Responsable CS)	6	6	12

Interview individuelle approfondies de 3 Agents de Santé par CS x (5 CS par ZS)	14	10	25
Interview de groupe avec les membres de Comité de gestion du CS (5)	5	5	10
Interview de groupe des leaders communautaires (4 leaders communautaires : Chef de village, leader religieux, Responsable Groupement femme, Responsable groupement homme) (x 5 CS/zone) (1 communauté proche et 1 communauté éloignée par CS soit 10 communautés par ZS)	10	10	20
Enquête auprès des usagers des services de santé (6 par CS) (5 CS)	30	27	57
Total des Méthodes de collecte à tous les niveaux	Total		
Interviews Individuelles approfondies	43		
Interviews de groupe	30		
Groupes de Discussion Focalisée	40		
Enquête auprès des usagers des services de santé	57		

Annexe 6: Phase de collecte de données

La Phase I : Au début de la 1ère phase, le Consultant Principal Dr Marcel Sagbohan a été orienté sur les normes et procédures de URC/GAVI en matière de conduite d'étude et de gestion administrative et financière afin de s'assurer que le Ministère de la Santé du Bénin ainsi que les autres parties prenantes et PTFs du FBR disposent d'un rapport d'étude qui sera utile à la gestion basée sur des faits et la prise de décisions relatives à la poursuite du financement du FBR. Au cours de cette phase le Consultant Principal a discuté avec les responsables de l'étude pour clarifier leurs attentes ainsi que celles du Ministère de la Santé, des PTF et parties prenantes et des documents de référence pertinents lui ont été remis. La 1ère phase a culminé avec la finalisation du Protocole de l'étude (ébauché par URC), d'un Plan de travail définitif, du Chronogramme, de la répartition des responsabilités et rôles clairement délimités, des outils ainsi que d'une liste des documents et des données secondaires à analyser en collaboration avec les membres du comité de pilotage de l'étude.

Dr. Sagbohan a la responsabilité première de la fourniture des produits de la 1ère phase avec l'assistance des autres membres de l'équipe de recherche. Le Coordonnateur du Projet URC/GAVI a fourni l'appui logistique requis tel que la finalisation du budget d'exécution de la recherche et la mise à disposition des fonds pour les activités de terrain (transport et prise en charge de l'équipe de recherche) ainsi que les rendez-vous à tous les niveaux.

Phase II: Les activités de collecte de données avaient commencé avec la revue des documents de référence pertinents et des données secondaires afin de tirer le plus d'information possible sur la conception, les stratégies, la mise en œuvre et la gestion du FBR dans les contextes spécifiques des Zones Sanitaires concernées par l'étude, l'évolution des performances atteintes avec les indicateurs de couverture vaccinale et ceux de la SMI couverts par le FBR, les rapports, sur ses parties prenantes et ses acteurs de mise en œuvre. Ces informations seront utilisées pour établir la liste des informateurs clés à interviewer, des Zones Sanitaires et des formations sanitaires où les enquêtes seront réalisées et les sites où les Groupes de Discussion Focalisée seront organisés.

Les outils de collecte de données ont par la suite développés et finalisés afin d'assurer la collecte de données les plus fiables possible.

Dr. Sagbohan est le responsable principal du plan et des outils de recherche avec l'appui des membres du comité de pilotage.

Phase III: Cette phase a impliqué la gestion et l'analyse d'une masse importante de données primaires et secondaires ainsi bien qualitatives que quantitatives. Les données ont été analysées au fur et à mesure de la collecte sur le terrain et à partir d'autres sources.

Dr. Sagbohan est le responsable principal de l'analyse ensemble avec les autres membres de l'équipe de recherche et avec l'appui des membres du comité de pilotage.

Phase IV: Cette phase fut celle de l'élaboration des rapports provisoire et final ainsi que la dissémination des Résultats, Conclusions et Recommandation auprès du comité de pilotage et des responsables du Ministère de la Santé, des PTFs et partie prenantes du FBR au Bénin.

Ceci sera aussi la responsabilité première du Dr. Sagbohan en collaboration avec les autres membres de l'équipe de recherche et l'appui du comité de pilotage.

22. Composition de l'équipe de recherche: Rôles et responsabilités

Dr Marcel SAGBOHAN: Dr Marcel est un expert international en évaluation des projets/programmes de santé avec plus de 25 années d'expérience. Il est le Consultant Principal, chef de l'équipe de recherche. Il a supervisé et géré l'équipe de recherche. Il a été l'ultime responsable de la qualité des résultats de la recherche et s'est assuré que chaque produit de la recherche soit soumis dans les délais. Il a fourni le leadership requis à l'équipe de recherche, le plan de travail, et coordonnera les réunions ainsi que les visites de terrain. Il dirigera la préparation et la présentation des résultats et recommandations de la recherche au Comité de Pilotage et aux parties prenantes de la FBR au Bénin.

Spécialiste de la gestion des projets – adéquation entre l'Offre et la demande des services de santé: Au sein de l'équipe de recherche il/elle est le spécialiste de l'investigation des composantes communautaires, organisationnelles, managériales et institutionnelles des services de santé liés au FBR. Il/elle a fourni un appui technique au développement des aspects qualitatifs de la méthodologie de la recherche, à la conception et à l'élaboration des outils de collecte de données qualitatives ainsi qu'à l'analyse qualitative des données. Il/elle a joué un rôle très actif dans la formation des agents de collecte de données sur les outils d'Interview Individuelle Approfondie, d'Interview de Groupe et de Discussion de Groupe Focalisé. Il/elle a fourni un appui technique à l'analyse des données et la rédaction du rapport de recherche.

Spécialiste des enquêtes socio démographiques a fourni un appui technique à chaque étape et aura le regard sur tous les aspects de la recherche afin d'assurer que la méthodologie de la recherche est alignée sur les attentes de URC/GAVI et du Ministère de la Santé et a permis d'atteindre les résultats attendus. Il/elle a assuré que la méthodologie de la recherche est structurée pour répondre aux questions d'évaluation et a conduit avec le spécialiste de la gestion des projets et programmes de santé la conception et l'élaboration d'outils valides et fiables de collecte de données, et la stratégie de collecte de données. Il/elle a participé étroitement à la formation des agents de collecte, a supervisé les activités de collecte des données, a vérifié la complétude et la cohérence des données collectées, nettoiera les données qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, participera à leur saisie et analyse.

Les agents de collecte: 6 agents répartis en 2 équipes A et B. Ils ont été sélectionnés sur la base de leurs CV et ont satisfait aux critères suivants:

- Au moins Niveau licence (BAC + 3)
- Au moins 3 ans d'expérience dans la collecte des données dans les centres de santé et dans les communautés en milieu rural
- Maîtrise des langues nationales parlées (comprendre, parler et transcrire en français) dans les sites où s'est déroulée la collecte de données
- .

Tableau XX : Equipe de collecte

Niveau	Nom et Prénom, poste occupée	Qualifications
Zone Bembereké-Sinendé	SODOGANDJI Gwladys : (Superviseur)	Licence en Santé publique et Epidémiologie Master en Epidémiologie 4 années d'expériences d'enquête en santé
	SOULEYMAN Koni Raima (agent de collecte)	Licence en Santé publique et Epidémiologie 02 années d'expériences d'enquête en santé
	NANSOUNON Eunice Landra (agent de collecte)	Licence en Santé publique et Epidémiologie Master sciences politiques et relations internationales 05 années d'expérience
	SAMBO Isaac (agent de collecte)	Licence en Sociologie Anthropologie de la santé 04 années d'expérience
Zone Sakété-Ifangni	ANAGONOU-BABA Espérance (Superviseur)	Licence en Sociologie Anthropologie Master en Gestion des projets 10 années d'expérience d'enquête en santé
	EDEA B. Odilon (agent de collecte)	Maîtrise en géographie humaine et économique, Master en population, santé et développement, 5 années d'expérience d'enquête en santé
	YAYI Folakè (agent de collecte)	Maîtrise en Sociologie Anthropologie 6 années d'expérience d'enquête de terrain
	EGUE Marcel (agent de collecte)	Licence en Santé publique et Epidémiologie Licence en Sociologie Anthropologie 4 années d'expériences
Central	Dr SAGBOHAN Marcel (Consultant Principal)	Médecin de Santé Publique, Consultant International Senior Master en Santé Communautaire Plus de 30 années d'expérience
	GANMONDEI O. Léa (Agent de collecte)	Master en Sociologie Anthropologie 10 années d'expérience de recherche