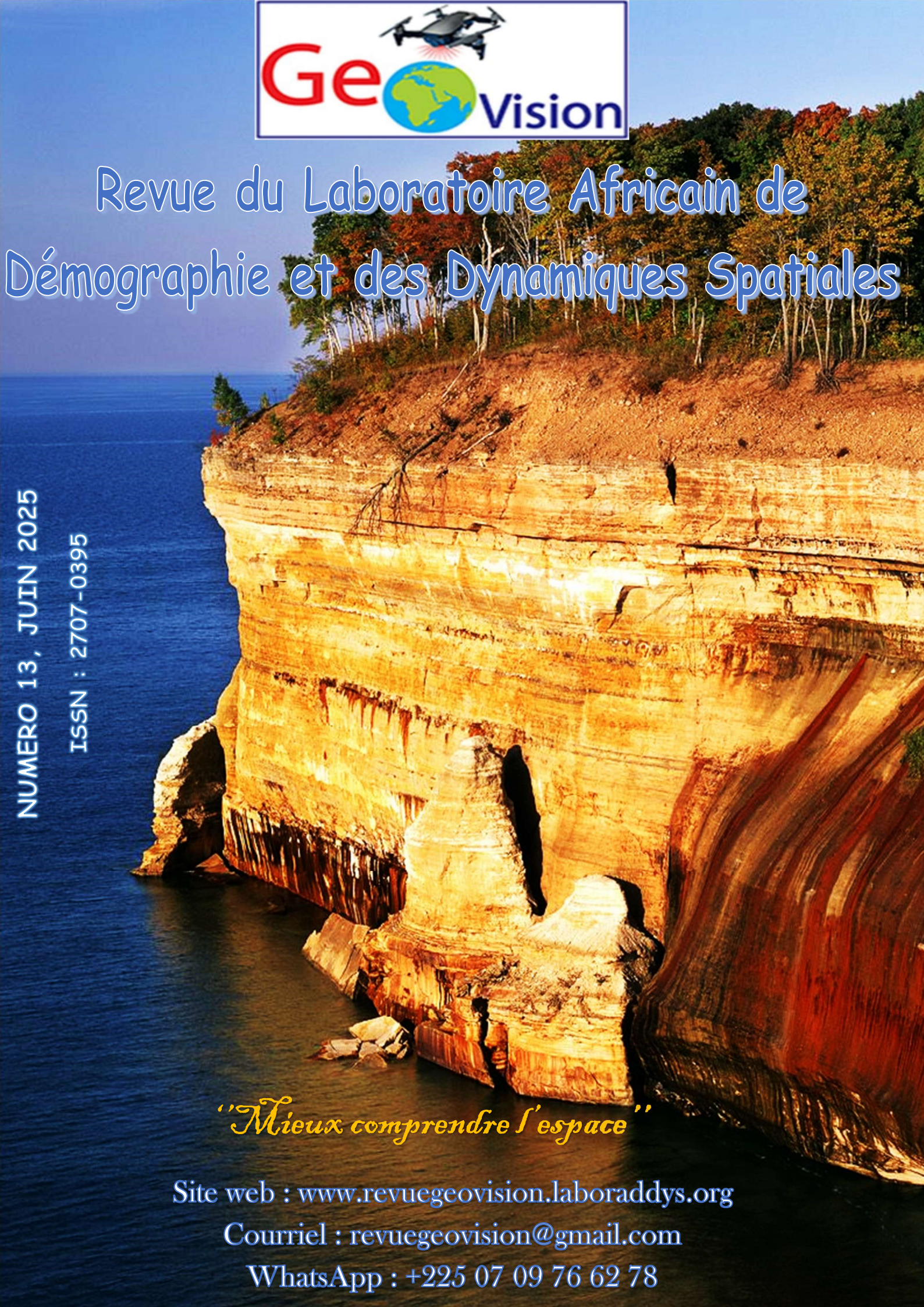


Revue du Laboratoire Africain de Démographie et des Dynamiques Spatiales

NUMERO 13, JUIN 2025

ISSN : 2707-0395

"Mieux comprendre l'espace"

Site web : www.revuegeovision.laboraddys.org

Courriel : revuegeovision@gmail.com

WhatsApp : +225 07 09 76 62 78

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Directeur de publication : Pr MOUSSA Diakité, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef : Pr LOUKOU Alain François, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef adjoint : Dr ZAH Bi Tozan, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Chargé de Diffusion et de Marketing : Dr FOFANA Bakary, Géographe, LABORADDYS

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

Dr DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr FOFANA Bakary, Géographe, LABORADDYS

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Pr MOUSSA Diakité, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BÉCHI Grah Félix, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

PhD : Inocent MOYO, University of Zululand (Afrique du Sud) / Président de la Commission des études africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI)

Pr AFFOU Yapi Simplice, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ALOKO N'guessan Jérôme, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BIGOT Sylvain, Université Grenoble Alpes (France)

Professor J.A. BINNS, Géographe, University of Otago (Nouvelle-Zélande)

Pr BOUBOU Aldiouma, Université Gaston Berger (Sénégal)

Pr BROU Yao Télésphore, Université de La Réunion (La Réunion-France)

Pr Momar DIONGUE, Université Cheick Anta Diop (Dakar-Sénégal)

Pr Emmanuel EVENO, Université Toulouse 2 (France)

Pr KOFFI Brou Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr KONÉ Issiaka, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr Nathalie LEMARCHAND, Université Paris 8 (France)

Pr Pape SAKHO, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr SOKEMAWU Koudzo Yves, Université de Lomé (Togo)

Dr Ibrahim SYLLA, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr LOUKOU Alain François, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr VEI Kpan Noel, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ZAH Bi Tozan, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) DIOMANDÉ Béh Ibrahim, Université Alassane Ouattara (Bouaké- Côte d'Ivoire)

Dr (MC) SORO Nabegue, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) KOFFI Kan Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ETTIEN Dadja Zenobe, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

INDEXATIONS INTERNATIONALES

https://reseau-mirabel.info/revue/17310/Geovision

https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/150985

www.sudoc.fr/241026326

TOGETHER WE REACH THE GOAL

Journal details : http://sjifactor.com/passport.php?id=23386

- ✓ ***Impact Factor 2025 : 5. 46.***
- ✓ ***Impact Factor 2024 : 2.782***
- ✓ ***Impact Factor 2023 : 3.169***

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Dans le souci d'uniformiser la rédaction des communications, les auteurs doivent se référer aux normes du Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et Sciences Humaines/CAMES. En effet, le texte doit comporter un titre (Times New Roman, taille 12, Lettres capitales, Gras), les Prénom(s) et NOM de l'auteur ou des auteurs, l'institution d'attache, l'adresse électronique de (des) auteur(s), le résumé en français (250 mots), les mots-clés (cinq), le résumé en anglais (du même volume), les keywords (même nombre que les mots-clés). Le résumé doit synthétiser la problématique, la méthodologie et les principaux résultats. Le manuscrit doit respecter la structure d'un texte scientifique comportant : Introduction (Problématique ; Hypothèse compris) ; Approche méthodologique ; Résultats et Analyse ; Discussion ; Conclusion ; Références bibliographiques. Le volume du manuscrit ne doit pas excéder 15 pages, illustrations comprises. Les textes proposés doivent être saisis à l'interligne 1, Times New Roman, taille 11.

1. Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante : 1. Premier niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras) ; 1.1. Deuxième niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras, italique) ; 1.2.1. Troisième niveau (Times New Roman, Taille de police 11, gras, italique).

2. Les illustrations : les tableaux, les cartes, les figures, les graphiques, les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis, placé au-dessus de l'élément d'illustration (centré ; taille de police 11, gras). La source (centrée) est indiquée en dessous de l'élément d'illustration (Taille de police 10). Ces éléments d'illustration doivent être annoncés, insérés puis commentés dans le corps du texte.

3. Notes et références : 3.1. Éviter les références de bas de pages ; 3.2. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit : -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées. Exemple : (B. FOFANA, 2021, p.28) ; -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées). Exemple : B. FOFANA (2021, p.28).

4. La bibliographie : elle doit comporter : le nom et le (les) prénom (s) de (des) auteur(s) entièrement écrits, l'année de publication de l'ouvrage, le titre, le lieu d'édition, la maison d'édition et le nombre de pages de l'ouvrage. Elle peut prendre diverses formes suivant le cas :
- *pour un article :* LOUKOU Alain François, 2012, « La diffusion globale de l'Internet en Côte d'Ivoire. Évaluation à partir du modèle de Larry Press », in *Netcom*, vol. 19, n°1-2, pp. 23-42.

- *pour un ouvrage :* HAUHOUOT Asseypo Antoine, 2002, *Développement, aménagement, régionalisation en Côte d'Ivoire*, EDUCI, Abidjan, 364 p.

- *un chapitre d'ouvrage collectif* : CHATRIOT Alain, 2008, « Les instances consultatives de la politique économique et sociale », in Morin, Gilles, Richard, Gilles (dir.), *Les deux France du Front populaire*, Paris, L'Harmattan, « Des poings et des roses », pp. 255-266.

- *pour les mémoires et les thèses :* DIARRASSOUBA Bazoumana, 2013, *Dynamique territoriale des collectivités locales et gestion de l'environnement dans le département de Tiassalé*, Thèse de Doctorat unique, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, 489 p.- *pour un chapitre des actes des ateliers, séminaires, conférences et colloque* : BECHI Grah Felix, DIOMANDE Beh Ibrahim et GBALOU De Sahi Junior, 2019, Projection de la variabilité climatique à l'horizon 2050 dans le district de la vallée du Bandama, Acte du colloque international sur « *Dynamique des milieux anthropisés et gouvernance spatiale en Afrique subsaharienne depuis les indépendances* » 11-13 juin 2019, Bouaké, Côte d'Ivoire, pp. 72-88

- *Pour les documents électroniques* : INS, 2010, *Enquête sur le travail des enfants en Côte d'Ivoire*. Disponible à : http://www.ins.ci/n/documents/travail_enfant/Rapport%202008-ENV%202008.pdf, consulté le 12 avril 2019, 80 p.

Éditorial

Comme intelligence de l'espace et savoir stratégique au service de tous, la géographie œuvre constamment à une meilleure compréhension du monde à partir de ses approches et ses méthodes, en recourant aux meilleurs outils de chaque époque. Pour les temps modernes, elle le fait à l'aide des technologies les plus avancées (ordinateurs, technologies géospatiales, à savoir les SIG, la télédétection, le GPS, les drones, etc.) fournissant des données de haute précision sur la localisation, les objets et les phénomènes. Dans cette quête, les dynamiques multiformes que subissent les espaces, du fait principalement des activités humaines, offrent en permanence aux géographes ainsi qu'à d'autres scientifiques des perspectives renouvelées dans l'appréciation approfondie des changements opérés ici et là. Ainsi, la ruralité, l'urbanisation, l'industrialisation, les mouvements migratoires de populations, le changement climatique, la déforestation, la dégradation de l'environnement, la mondialisation, etc. sont autant de processus et de dynamiques qui modifient nos perceptions et vécus de l'espace. Beaucoup plus récemment, la transformation numérique et ses enjeux sociaux et spatiaux ont engendré de nouvelles formes de territorialité et de mobilité jusque-là inconnues, ou renforcé celles qui existaient au préalable. Les logiques sociales, économiques et technologiques produisant ces processus démographiques et ces dynamiques spatiales ont toujours constitué un axe structurant de la pensée et de la vision géographique. Mais, de plus en plus, les sciences connexes (sciences sociales, sciences économiques, sciences de la nature, etc.) s'intéressent elles aussi à l'analyse de ces dynamiques, contribuant ainsi à l'enrichissement de la réflexion sur ces problématiques. Dans cette perspective, la revue Géovision qui appelle à observer attentivement le monde en vue de mieux en comprendre les évolutions, offre aux chercheurs intéressés par ces dynamiques, un cadre idéal de réflexions et d'analyses pour la production d'articles originaux. Résolument multidisciplinaire, elle publie donc, outre des travaux géographiques et démographiques, des travaux provenant d'autres disciplines des sciences humaines et naturelles. Géovision est éditée sous les auspices de la Commission des Études Africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI), une instance spécialement créée par l'UGI pour promouvoir le débat académique et scientifique sur les enjeux, les défis et les problèmes spécifiques de développement à l'Afrique. La revue est semestrielle, et parait donc deux fois par an (en anglais et en français).

La rédaction

AVERTISSEMENT

Le contenu des publications n'engage que leurs auteurs. La Revue Géovision ne peut, par conséquent, être tenue responsable de l'usage qui pourrait en être fait.

SOMMAIRE

L'APPORT DE L'ELEVAGE FAMILIAL DES POULETS DANS L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE DES POPULATIONS URBAINES : CAS DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO AU MALI, **SORY IBRAHIMA KOITA 11**

CONTRAINTES AUX MÉCANISMES DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ DANS LE DÉPARTEMENT DES COLLINES (BENIN, AFRIQUE DE L'OUEST) **Rock MEYA[1], Moussa GIBIGAYE[2], Josias ADEGNANDJOU[2], Sènangla Franco-Néo Camus DJESSONOU[3], Rock Christian JONHSON[3] et Toussaint VIGNINOU[4] 24**

MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET PARCOURS DE SOINS DANS LE DOUBLET URBAIN COTONOU – ABOMEY-CALAVI AU SUD DU BÉNIN **Tranquillin YADOULETON[1] et Hervé KOMBIENI[2] 38**

DEFIS DE GESTION DES DECHETS SOLIDES DANS LE CERCLE DE MACINA, REGION DE SEGOU AU MALI **Seydou A TOGOLA[1], Yakouréoun DIARRA[2] 54**

IMPACT DE LA VARIABILITE DES PARAMETRES AGROCLIMATIQUES SUR LES PRODUCTIONS CEREALIERES DANS LA BOUCLE DU MOUHOUN (BURKINA FASO) **Mamadou LOMPO [(1)], Henri Sourou TOTIN VODOUNON [(2)], Léocadie ODOULAMI [(1)]..... 63**

GOUVERNANCE FONCIERE AUTOUR DU PERIMETRE IRRIGUE PUBLIQUE DE DJIRATAWA : ENTRE DIAGNOSTIC D'ACCES ET CONFLITS D'USAGE **Hadiza KIARI FOUGOU 80**

KILOMETRE 4, UN QUARTIER PRÉCAIRE DE POINTE-NOIRE (RÉPUBLIQUE DU CONGO) **Jean-Luc MOUTHOU[1], André Wilfrid LANDA[2], Sabas Frame SENGO MANIOKO[3] 90**

PROBLÉMATIQUE ET INTÉRÊT DE LA GESTION INTELLIGENTE DES DÉCHETS URBAINS À KORHOGO (NORD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE) **KONE Kapiéfolo Julien 107**

DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE, POLITIQUE FONCIÈRE ET ACCÈS AU LOGEMENT LOCATIF ET DE PLEINE PROPRIETE DANS LA VILLE DE SAKASSOU (Centre de la Côte d'Ivoire) **Antoine Yapo GBOCHO 119**

MAREYAGE ET AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE DE LA FEMME RURALE DANS LA SOUS-PREFECTURE DE GAGNOA (CENTRE OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE) **Zady Edouard ZOGBO 133**

EMERGENCE DU DEBAT PUBLIC DANS LA PLANIFICATION URBAINE A ZINDER (NIGER) : EXEMPLE DE LA CONSULTATION CITOYENNE INITIEE PAR LA VILLE DE ZINDER DANS LE CADRE DE L'ELABORATION DU SCHEMA DIRECTEUR D'AMENAGEMENT ET D'URBANISME (SDAU 2022-2040) **Abdoulaye ADAMOU[1], Mamane Sani SALAOU MAKERI[2], Harou ABDOU[3] 149**

DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL EN MILIEU URBAIN SAHELIEN : CAS DE LA VILLE DE NIAMEY DE 1984 A 2023 (REPUBLIQUE DU NIGER) **ABDOU SOULEY Laila[1*], ADAMOU Mahaman Moustapha[1], ALASSANE HADO Halidou[1] 165**

AUTONOMIE FINANCIERE ET DEVELOPPEMENT LOCAL DANS LA COMMUNE DE BOUAKE (CENTRE- CÔTE D'IVOIRE) **Konan Norbert KOFFI..... 183**

LES RÉTOMBÉES SOCIOÉCONOMIQUES DE LA PRÉSENCE DES VOLTAÏQUES EN CÔTE D'IVOIRE ET EN HAUTE VOLTA : 1960-1984 **DIBY Kouadio Jean[1], DJE Yao Lopez[2]..... 201**

ANALYSE PROSPECTIVE ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'URBANISATION DANS LE DISTRICT AUTONOME DES MONTAGNES (COTE D'IVOIRE) **KOUAKOU Kouassi Éric 213**

INDICATEURS DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES DANS LE DÉPARTEMENT DU COUFFO (BÉNIN, AFRIQUE DE L'OUEST) ***Justin A. MAMA[1], Guy WOKOU[2] et Ibouraïma YABI[2]..... 230**

CULTURE MARAÎCHÈRE, UNE ALTERNATIVE CREDIBLE DE L'AUTONOMISATION DE LA FEMME DANS LA COMMUNE DE OUANGOLODOUGOU (NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE) **KONÉ Basoma[1], TAPE Ange Mirelle Karelle[2], YÉO Namongo[3], ... 242**

LE REDIMENSIONNEMENT DU CANAL DE VRIDI : UNE OUVERTURE OCEANE IMPORTANTE POUR LES ACTIVITES AU PORT D'ABIDJAN (COTE D'IVOIRE) **Kanga Konan Victorien 256**

CARACTERISATION D'UNE ACTIVITÉ RURALE EN MILIEU URBAIN. L'EXEMPLE DU MARAICHAGE, UNE ACTIVITE AGRICOLE PRATIQUEE DANS LES QUARTIERS DE BRAZZAVILLE (REPUBLIQUE DU CONGO) **[1-]Nicole Yolande EBAMA, Prince Loïque, [2-]MABA NGOULOUBI 270**

IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX ET SANITAIRES DE L'OCCUPATION IMMOBILIERE DES BAS-FONDS DANS LA VILLE DE BOUAKE (CENTRE DE LA CÔTE D'IVOIRE) **KRAMO Yao Valère..... 283**

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES DES RESIDENTS DES BATIMENTS VERTICAUX À LA RIVIERA PALMERAIE, ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE) **BOSSON EBY JOSEPH[1], KOFFI FILS EPAPHRAS JONATHAN[2] 296**

MOBILITE URBAINE ET DEVELOPPEMENT DES CENTRALITES SECONDAIRES A BAMAKO **Issa TOGOLA..... 312**

MODES D'APPROVISIONNEMENT ALTERNATIFS EN EAU POTABLE DANS LA COMMUNE DE BINGERVILLE **COULIBALY Amadou[1], DIABAGATE Abou[2], KOUDOU Welga Prince[3] 323**

ANALYSE DIACHRONIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL À KATIALI ET DIANRA ENTRE 1990 ET 2020 (NORD, CÔTE D'IVOIRE) **ASSI Lordia Florentine 341**

ORIGINE ET ÉVOLUTION DU DAARA EN SÉNÉGAMBIE (XV$_{ème-}$ DÉBUT DU XXI$_{ème}$ SIÈCLE **Mamadou Mariame Diallo[1], Aliou SENE[2] 352**

FACTEURS D'ACCROISSEMENT DE LA VULNERABILITE DES POPULATIONS A LA MENINGITE DANS LA ZONE SANITAIRE TANGUIETA-MATERI-COBLY (BÉNIN, AFRIQUE DE L'OUEST) ***Agnès VISSOH[1] et Akibou AKINDELE[2]..... 365**

VARIATION DU RYTHME HYDRIQUE DANS LE DEPARTEMENT DE LA SANGHA (Congo Brazzaville) **Chaberth OSSINA NGOÏ[1], Jovial KOUA OBA [2] 378**

CHANGEMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET ACTIVITES RURALES : PECHE ET EXPLOITATION DES CRIQUETS COMESTIBLES DANS LE NORD-TILLABERI, NIGER **Nouhou ALI 391**

DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL LIÉE A L'ORPAILLAGE AU MALI : CAS DE L'ÉCHELLE COMMUNALE DE SELEFOUGOU DE 1980 À 2020, CERCLE DE SELINGUE **Sékou CAMARA..... 402**

MIGRATION ET DYNAMIQUE DE L'ESPACE URBAIN DE LA RIVE GAUCHE DU DISTRICT DE BAMAKO (REPUBLIQUES DU MALI) **KONATE Ibrahim Tiessolo 418**

LA REPRESENTATION DE L'INFLUENCEUR-ANIMATEUR DANS LE PAYSAGE AUDIOVISUEL IVOIRIEN : CONSTRUCTION OU DECONSTRUCTION DE LA REALITE SOCIALE **Dje Bi Kahou Albert[1], N'Guessan Amenan Mireille Jeanne Christine[2]..... 433**

IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUES DE L'AGRICULTURE VIVRIERE MARCHANDE DANS LE DISTRICT DE MOKEKO (DEPARTEMENT DE LA SANGHA, REPUBLIQUE DU CONGO) **André Christ NGOULOUMA[1], Ghislain MOBILANDZANGO M[2]., Damase NGOUMA[3]..... 444**

CONTRAINTES AUX MÉCANISMES DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ DANS LE DÉPARTEMENT DES COLLINES (BENIN, AFRIQUE DE L'OUEST)

Rock MEYA[1], Moussa GIBIGAYE[2], Josias ADEGNANDJOU[2], Sènangla Franco-Néo Camus DJESSONOU[3], Rock Christian JONHSON[3] et Toussaint VIGNINOU[4]

1. Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH (Université d'Abomey-Calavi 01 BP 526, Cotonou 01)

2. Laboratoire de Géographie Rurale et d'Expertises Agricoles (LaGREA)

3. Laboratoire Pierre PAGNEY : Climat, Eau, Ecosystème et Développement (Université d'Abomey-Calavi 01 BP 526, Cotonou 01)

4. Laboratoire d'Etudes des Dynamiques Urbaines et Régionales (LEDUR)

Tel : +229 97591850/95321953/96634084

*E-mail : *francodjessonou@gmail.com ; rockmeya2@gmail.com*

Résumé

La promotion des offres de santé conduit à approfondir les connaissances actuelles sur les processus de financement des soins de santé dans le département des Collines. La présente recherche analyse les mécanismes et les contraintes au financement des soins de santé dans le département des Collines.

La démarche méthodologique utilisée a combiné la recherche quantitative et qualitative. Les données économiques et sanitaires ont été analysées au moyen d'outils statistiques appropriés (indice et ratio). De plus, 456 personnes ont été questionnées. Le traitement des données a été réalisé à l'aide des logiciels SPSS 17.0 et ArcGis 10.3.

Les résultats montrent que le budget de l'Etat (47 % des enquêtés) constitue la principale source du financement des soins de santé suivie des PTF (25 %), ressources propres des hôpitaux (12 %), assurance maladie (10 %) et des collectivités locales (6 %). Par contre, la multiplicité des sources de financement (55 % des personnes interviewées), les mécanismes de paiement inefficaces (10 %) et les difficultés de coordination (35 %) entravent le financement des soins de santé dans le secteur de recherche. L'indisponibilité de kits de césarienne (32 % des enquêtés), l'indisponibilité du stock tampon en médicaments et consommables médicaux (46 %), l'absence d'une liste dynamique des indigents (13 %) et la faible capacité financière des formations sanitaires (9 %), la centralisation des décisions (47 % des personnes interrogées), la multiplicité des acteurs (42 %) freinent la politique de gratuité des soins de santé.

Mots clés : département des Collines, contraintes, financement, des soins de santé.

CONSTRAINTS TO HEALTH CARE FINANCING MECHANISMS IN THE COLLINES DEPARTMENT (BENIN, WEST AFRICA)

Abstract

The promotion of health offers for all lead to deepening the current knowledge on the processes of financing health care in the department of Collines. This research analyzes the mechanisms and constraints to the financing of health care in the department of Collines.

The methodological approach used combined quantitative and qualitative research. The economic and health data were analyzed using appropriate statistical tools (index and ratio). In addition, 456 people were questioned. The data processing was carried out using SPSS 17.0 and ArcGis 10.3 software.

The results show that the State budget (47% of respondents) is the main source of financing for health care followed by TFPs (25%), hospitals' own resources (12%), health insurance (10%) and local authorities (6%). On the other hand, the multiplicity of funding sources (55% of respondents), inefficient payment mechanisms (10%) and coordination difficulties (35%) hinder the financing of health care in

the research sector. The unavailability of caesarean kits (32% of respondents), the unavailability of the buffer stock of medicines and medical consumables (46%), the absence of a dynamic list of the indigent (13%) and the low financial capacity of health facilities (9%), the centralization of decisions (47% of respondents), the multiplicity of actors (42%) hinder the policy of free health care.

Key words: Collines department, constraints, financing, health care

Introduction

Dans plusieurs pays, les prestataires de soins de santé publics et privés se partagent la responsabilité de la prestation des services de santé. Dans les pays à revenu intermédiaire (PRI), où les systèmes de santé publique sont sous-développés, le secteur privé est un fournisseur important de soins de santé. Les partisans des soins de santé financés par le secteur privé affirment que les prestataires privés sont susceptibles d'être plus efficaces et plus centrés sur les besoins du patient, puisque le secteur privé est soumis à la concurrence du marché (J. Kabajulizi *et al.,* 2022, p. 11). Les comportements sociaux évoluent dans le temps, et cela tout d'abord en raison de l'amélioration du niveau de vie dans les pays développés, qui rend l'accès aux soins primaires plus aisé et permet ainsi aux individus de se préoccuper de nouveaux aspects de leur santé (B. Akplogan, 2014, p. 22).

Au Bénin, les dépenses privées de santé ont atteint 47,2 % des dépenses totales de santé en 2008. Les paiements directs des ménages représentent environ 95% de ces dépenses privées depuis 2005 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques. Ceci amène à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de dépenses catastrophiques en santé d'autant qu'une des problématiques majeures du système de santé de ce pays est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé (OMS, 2010, p. 7). Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par un tableau de morbidité élevé malgré tous les programmes et les réformes mis en œuvre au cours des années passées pour assurer l'amélioration de l'état de santé des populations (MS, 2008, p. 22). L'organisation actuelle du système de santé béninois est basée sur une double logique de rationalité : la rationalité des dépenses publiques inspirée par l'orthodoxie budgétaire et la rationalité des comportements de santé des ménages. L'imbrication des réseaux publics, privés à but lucratif et confessionnel rend le système complexe et son contrôle exogène sous la forme de mécanismes d'assurance maladie obligatoire, créerait des coûts de transaction qui viendraient en augmentation du financement public de la santé. Le mécanisme de partage des dépenses de santé entre le financement public assuré par l'Etat et le financement privé assuré par les ménages conduits à une endogénéisation des contraintes budgétaires publique et privée (G. A. Sossou, 2011, p. 76).

Par ailleurs, l'environnement hospitalier est en mutation. Il intègre de nouvelles approches de conception pour atténuer le stress des utilisateurs et assurer leur bien-être, en utilisant l'approche de conception centrée sur le patient dans laquelle l'accent principal des concepteurs est mis sur son bien-être. Ces dernières années, de nouveaux centres hospitaliers ont été construits suivant le développement des technologies médicales et dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins et de répondre aux besoins de santé de la population. (Z. Hammouni, 2020, p. 4). Dans le département des Collines, la capacité financière du patient fait partie des déterminants indispensables pour apprécier l'efficacité des mécanismes de financement des soins de santé au Bénin. Elle définit la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient (ou de sa famille, ou de son assurance) à payer. Le choix des recours thérapeutiques, le prix des différentes prestations, l'existence ou non d'une source d'aide ou de financement participent également à l'appréciation des mécanismes de financement des soins de santé. Ainsi, les efforts de la communauté ont été très vite accompagnés des appuis de divers Partenaires Techniques et Financiers (PTF) avec l'exigence d'une contrepartie de l'Etat à travers les Programmes d'Investissements Publics (PIP). Par ce mécanisme de subvention des dépenses de santé à travers le fonds sanitaire des indigents, le gouvernement béninois a également tenté de réduire les obstacles financiers qui empêchent les populations rurales pauvres de bénéficier des services de santé dont elles ont besoin. Toutefois, de nombreuses difficultés d'accès aux soins de santé se posent avec acuité, tant en milieu urbain que rural et, compromettent davantage le bien-être des populations du département des

Collines. La présente recherche analyse les contraintes au financement des soins de santé dans le département des Collines au Bénin.

1. Données et méthodes

L'approche méthodologique adoptée dans le cadre de cette recherche s'articule autour de la collecte et du traitement des données d'une part puis de l'analyse et de l'interprétation des résultats d'autre part.

1.1. Données utilisées

Plusieurs types de données ont été utilisés dans le cadre de cette recherche. Il s'agit des données socio-anthropologiques et économiques pour analyser les contraintes au financement des soins de santé dans le département des Collines. Ces données concernent :

- les allocations budgétaires, le paiement des cotisations, le paiement des taxes spécifiques, les primes d'assurances, les projets et programmes nationaux dans le domaine sanitaire, la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat de prestation de soins de santé. Ces données ont été collectées dans les six communes et trois hôpitaux de zone du département des Collines ;

- données quantitatives et qualitatives de nature socio-économique et socio institutionnelle (système de santé, mobilisations de ressources, la mise en commun des ressources, la situation sanitaire du milieu d'étude, taux de fréquentation des centres de santé, etc.).

L'acquisition de ces données a nécessité une approche bibliographique et des investigations de terrain. Les mécanismes de financement des soins de santé ont été analysés sur une période de cinq ans (2018, 2019, 2020, 2021 et 2022).

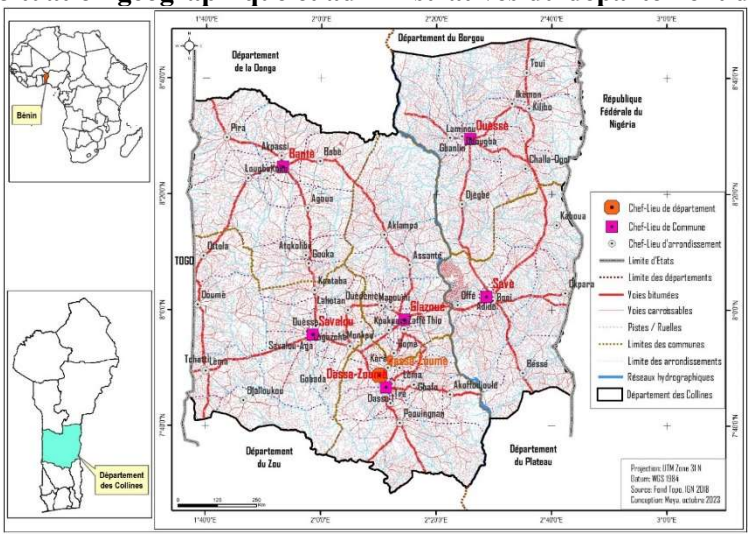
Les travaux de terrain sont réalisés dans le cadre de ce travail pour mieux vivre les contraintes au financement des soins de santé. La détermination de la taille de l'échantillon est une étape importante avant toute enquête, car elle permet de fixer la précision de l'analyse. Au cours de ces enquêtes, un échantillon composé essentiellement de chefs de ménages ayant une connaissance sur les mécanismes et les contraintes au financement des soins de santé a été élaboré. La taille de l'échantillon a été déterminée en suivant la méthode de D. SCHWARTZ (2002). Au total, 456 personnes ont été questionnées. Les personnes ressources sont composées des élus locaux, les Responsables chargés du Développement Local et Planification (RDLP) des mairies.

1.2. Traitement des données et analyse des résultats

Les résultats d'enquête ont été quantifiés sur la base du score réel de chaque rubrique du questionnaire à partir du nombre total des personnes interrogées. Ainsi, la perception de la population sur les contraintes au financement des soins de santé a été déterminées à partir des déclarations des personnes enquêtées. Le nombre de réponses par type de question a été exprimé par le protocole statistique P : $P=n/N \times 100$ avec, n : le nombre de ménages ayant donné de réponses positives et N : la taille de l'échantillon à l'échelle de la zone sanitaire. La méthode d'analyse adoptée dans le cadre de la présente étude est analytique et descriptive. Cette méthode permet non seulement de présenter les caractéristiques d'une population d'étude, mais également de faire ressortir les éventuelles liaisons qui existent entre ces caractéristiques. L'analyse des liaisons est faite soit par des tests de Khi2 pour les variables qualitatives ou soit par des tests de comparaisons de moyennes pour les variables quantitatives. Le traitement des données collectées ou générées a été fait à l'aide des logiciels Excel 2016 et SPSS 17.0. Ces logiciels ont été utilisés pour calculer les valeurs centrales et de dispersion (écart-type, moyenne arithmétique) ainsi que pour réaliser les différentes figures.

Le département des Collines, zone de la présente recherche est situé entre les parallèles 11°50' et 12°25' de latitude nord d'une part et les méridiens 2°43' et 3°20' de longitude est d'autre part (figure 1).

Figure 1 : Situation géographique et administratives du département des Collines



La figure 1 montre que le département des Collines situé entre le Togo à l'Ouest et le Nigéria à l'Est. Il est limité au Nord par les départements de la Donga, du Borgou, au Sud par ceux du Zou et du Plateau. Il couvre une superficie de 13 931 km² et est constitué de six (6) Communes que sont Bantè, Dassa-Zoumè, Glazoué, Ouèssè, Savalou et Savè. Ces Communes sont subdivisées en 60 arrondissements et 297 villages et quartiers de ville.

2. Résultats

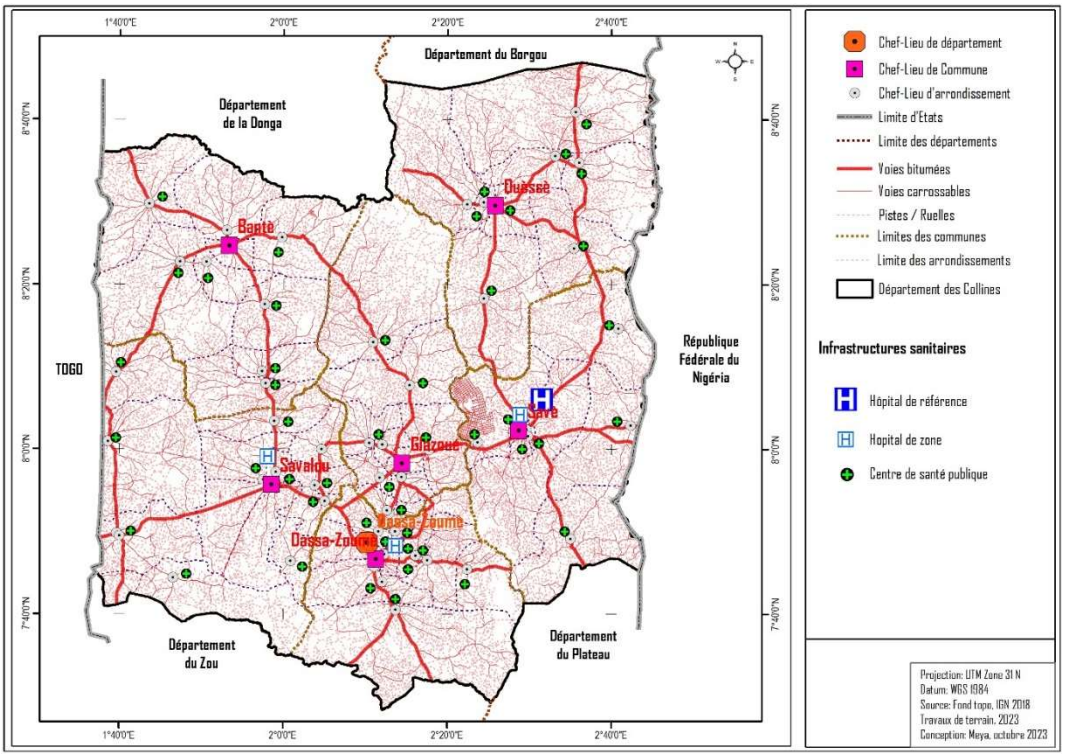
2.1. Typologie des mécanismes de financement des soins de santé

Le financement par l'impôt général, le financement par les bailleurs, l'assurance maladie obligatoire et le paiement des prestations par les ménages sont les types de financement des soins de santé.

2.1.1. Infrastructures de santé et accessibilité

La disponibilité des infrastructures sanitaires fait référence à la présence d'établissements de santé, d'équipements médicaux, de personnel qualifié, et de médicaments essentiels dans les différentes communes du département. Ces infrastructures incluent des zones sanitaires, des centres de santé pour les arrondissements, de dispensaires et des maternités (figure 2).

Figure 21 : Répartition des infrastructures sanitaires du département des Collines



L'analyse de la figure 2 montre que le secteur de recherche regorge de 03 zones sanitaires, 57 centres de santé pour 60 arrondissements, 04 dispensaires isolés, 48 maternités isolées, 34 formations sanitaires privées/confessionnelles. Il s'observe une répartition inégale des infrastructures sanitaires dans le département des Collines, mettant en évidence la diversité des établissements disponibles pour répondre aux besoins en soins de santé des populations locales.

2.1.2. Financement du gouvernement

Le financement gouvernemental provient généralement des impôts, qu'il s'agisse d'impôts directs, prélevés sur les revenus des entreprises ou des particuliers, ou d'impôts indirects tels que la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ou les droits de douane. Ces ressources mobilisées sont allouées sous forme de crédits délégués au niveau des zones sanitaires (Tableau 1).

Tableau 1 : Evolution des crédits délégués alloués aux formations sanitaires de 2018 à 2022

Type de financement	Zone Sanitaire	Montants alloués en millions de FCFA					
		2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**Total**
Crédit délégué	Dassa - Glazoué	31,55	57,92	57,92	57,90	57,67	262,97
	Savalou - Bantè	55,36	50,19	53,31	54,01	53,98	266,84
	Savè - Ouessè	52,59	54,44	54,43	54,44	54,26	270,17
Total crédit délégué		**139,50**	**162,55**	**165,66**	**166,35**	**165,91**	**799,97**

Source : DDS Collines, (2018-2022)

L'examen du tableau 1 montre que le Ministère de la Santé a alloué un total de 799 970 000 FCFA au secteur de la santé dans le département des Collines de 2018 à 2022. La zone sanitaire Savè – Ouessè a

reçu la plus grande subvention (270 170 000 FCFA), tandis que la zone sanitaire Dassa – Glazoué a reçu la plus petite subvention (262 970 000 FCFA). On observe une augmentation générale des montants alloués par l'État aux zones sanitaires entre 2018 et 2019, à l'exception de la zone sanitaire Savalou – Bantè, qui a connu une baisse d'environ 5 170 000 FCFA. Entre 2019 et 2022, les montants sont restés relativement stables.

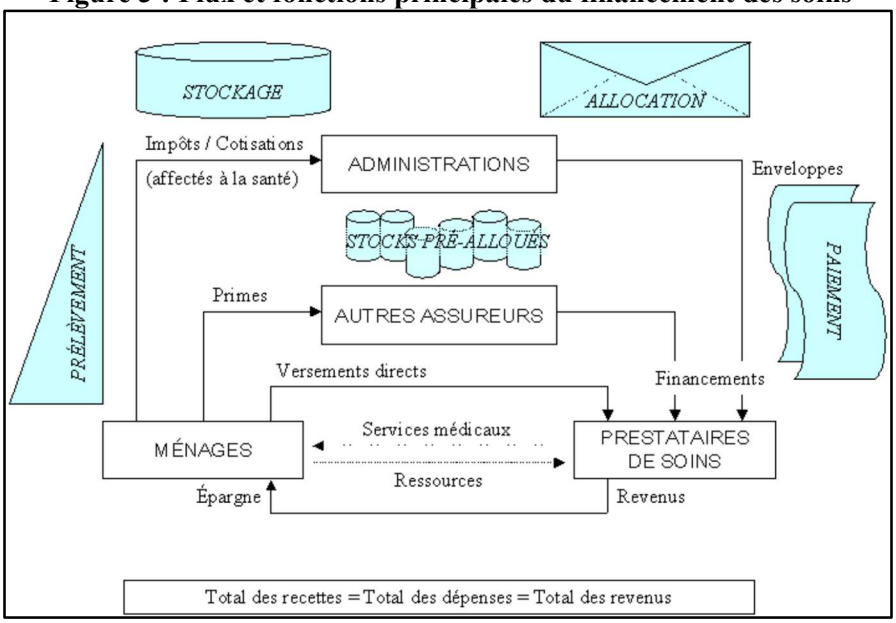
2.1.3. Assurance maladie

Les Assurances Maladie Publique, Assurance Maladie Privée et iniquité dans le financement de la santé au Bénin constituent les assurances maladie utilisées dans le secteur de recherche. Le régime de protection sociale en vigueur au Bénin s'inspire de la logique d'assurance : assurances sociales et assurances privées. Dans la poursuite de la couverture santé universelle, le Bénin s'est engagé dans la voie de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) qui vise notamment à développer l'assurance maladie. Or, la promotion d'une couverture maladie nécessite entre autres de renforcer les mécanismes d'achat stratégique. Dans le département des Collines, il existe différents types d'assurance maladie. Il s'agit de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie volontaire. À travers le décret n°321 du 27 juin 2023, le gouvernement a rendu obligatoire l'assurance maladie qui a ciblé les pauvres, les extrêmes pauvres, les agents de l'État et ceux de la collectivité locale. Le panier des pathologies est bien défini et plus élargi par rapport au projet ARCH.

2.1.4. Paiements directs des ménages

Les paiements directs des ménages (out-of-pocket) sont des paiements versés directement par le patient au prestataire de soins de santé. Les fonds ne sont pas centralisés par un intermédiaire financier. La participation financière des usagers dans les structures de santé publique est une forme de paiement direct des ménages. Les co-paiements qui sont versés par les membres d'un régime d'assurance maladie lorsque celui-ci ne rembourse que partiellement les services de santé payés par ses membres sont une autre forme de paiement direct. Enfin, des paiements directs sont aussi versés aux prestataires de soins de santé privés par les individus qui ne sont couverts par aucune forme d'assurance maladie. Les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés malgré leur faible niveau de revenu. Les ménages paient directement les frais de prestations de soins de santé dont ils ont bénéficié dans les hôpitaux. La figure 3 présente le flux et les fonctions principales du système de financement des soins.

Figure 3 : Flux et fonctions principales du financement des soins



Source : Adapté de E. Tchouaket Nguemeleu (2011)

L'examen de la figure 3 montre que le processus de circulation de l'argent dans le système de soins démarre par le processus de prélèvement des ressources, le stockage des ressources collectées, l'allocation des ressources collectées et stockées et le paiement des professionnels et des établissements à l'aide des ressources collectées, stockées et allouées.

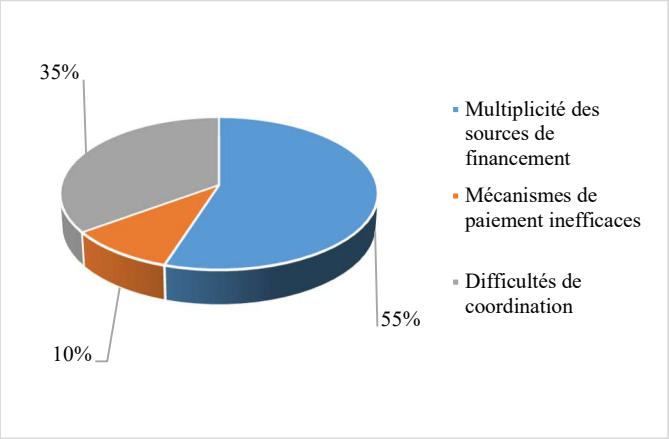
2.2. Contraintes au financement des soins de santé dans le département des Collines

Les contraintes sont d'ordre technique, financier, organisationnel, naturel, matériel et socioculturel (logique paysanne).

2.2.1. Contraintes techniques au financement des soins de santé dans le département des Collines

Le financement des soins de santé dans le département des Collines est confronté à des contraintes techniques qui limitent l'accès aux soins et la qualité des services offerts. La figure 4 présente les contraintes techniques liées aux mécanismes de financement.

Figure 4 : Contraintes techniques liées aux mécanismes de financement dans le département des *Collines*



Source : enquêtes de terrain, juin 2023

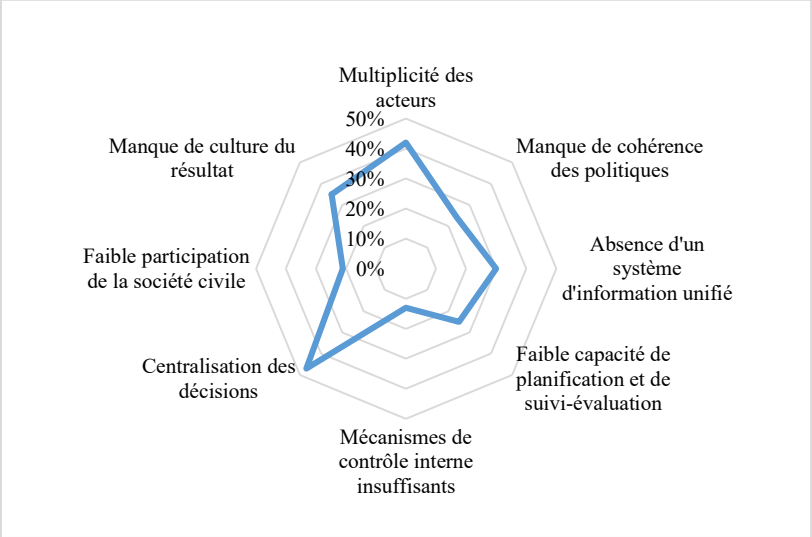
Il ressort de la figure 4 que la multiplicité des sources de financement (55 % des personnes interviewées), les mécanismes de paiement inefficaces (10 %) et les difficultés de coordination (35 %) entravent le financement des soins de santé dans le secteur de recherche. Le financement des soins de santé provient de diverses sources (État, bailleurs de fonds, assurances, paiement direct des patients), ce qui rend la gestion complexe et peut créer des inégalités d'accès. De plus, le personnel de santé n'est pas toujours formé à l'utilisation des outils informatiques, ce qui limite leur adoption (20 %).

Par ailleurs, le cadre réglementaire régissant le financement des soins de santé peut être complexe et peu adapté aux réalités locales. Les décisions budgétaires et les modalités de financement ne sont pas toujours transparentes, ce qui peut favoriser la corruption et l'inefficacité. Les institutions en charge de la gestion des finances publiques peuvent manquer de capacités techniques pour mettre en œuvre des réformes complexes. Le processus d'identification des vrais indigents est influencé par le poids politique en absence d'une liste dynamique des indigents. Les formations sanitaires ne disposent d'aucun stock tampon en médicaments et consommables médicaux pour garantir la disponibilité des services de santé.

2.2.2. Contraintes organisationnelles liées au financement des soins de santé dans le département des Collines

Les contraintes organisationnelles impactent directement l'accès aux soins, la qualité des services offerts et la durabilité du système de santé (figure 5).

Figure 5 : Contraintes organisationnelles liées au financement des soins de santé dans le département des Collines



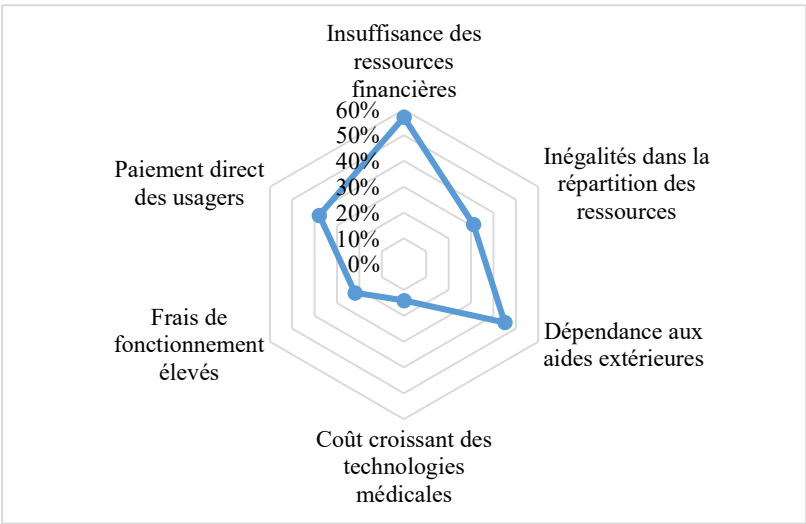
Source : enquêtes de terrain, juin 2023

L'examen de la figure 5 montre que la centralisation des décisions (47 % des personnes interrogées), la multiplicité des acteurs (42 %), le manque de culture du résultat (35 %), l'absence d'un système d'information unifié (30 %), la faible capacité de planification et de suivi-évaluation (25 %), le manque de cohérence des politiques (24 %), la faible participation de la société civile (21 %) et les mécanismes de contrôle interne insuffisants (13 %) constituent les contraintes organisationnelles liées au financement des soins de santé. Les décisions budgétaires sont souvent prises au niveau central, sans une réelle implication des acteurs locaux.

2.2.3. Contraintes financières liées au financement des soins de santé dans le département des Collines

Les contraintes financières qui pèsent sur le financement des soins de santé dans le département des Collines sont multiples et complexes (figure 6).

Figure 6: Contraintes financières liées au financement des soins de santé dans le département des Collines



***Source** : enquêtes de terrain, juin 2023*

Il ressort de la figure 6 que l'insuffisance des ressources financières (57 % des enquêtés), la dépendance aux aides extérieures (45 %), le paiement direct des patients (38 %), les inégalités dans la répartition des ressources (31 %), les frais de fonctionnement élevés (22 %) et le coût croissant des technologies médicales (14 %) constituent les contraintes financières liées au financement des soins de santé. Les budgets alloués à la santé sont souvent limités, ne permettant pas de couvrir tous les besoins en termes d'infrastructures, d'équipements, de médicaments et de personnel. Les ressources financières ne sont pas toujours réparties de manière équitable entre les différentes zones géographiques, les établissements de santé et les catégories de population.

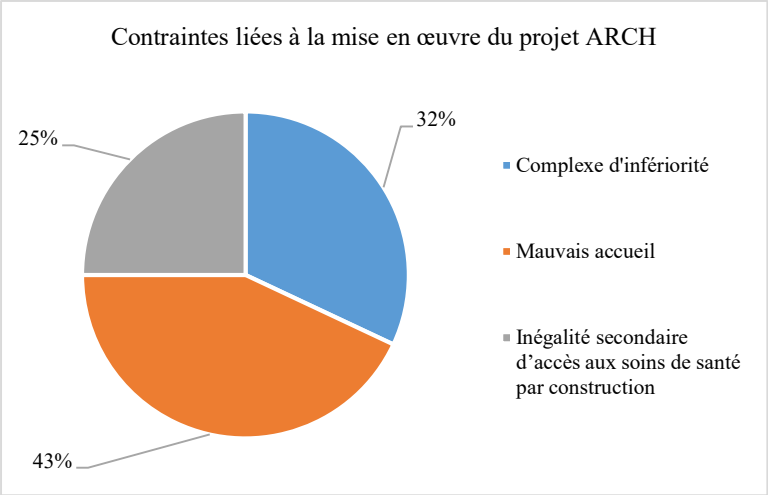
2.2.4. Contraintes naturelles au financement des soins de santé dans le département des Collines

Les contraintes naturelles représentent un ensemble de défis spécifiques liés aux caractéristiques géographiques et climatiques qui peuvent influencer significativement la capacité à financer et à fournir des soins de santé de qualité. Dans le département des Collines, ces contraintes peuvent être particulièrement prononcées. Il s'agit de l'accès géographique difficile (12 % des enquêtés), les risques naturels (17 %), le manque d'eau potable (34 %), les infrastructures routières dégradées (43 %) et la dégradation des sols (20 %). En effet, certaines zones sont particulièrement isolées, ce qui rend difficile la mise en place de services de santé de qualité et augmente les coûts de fonctionnement. L'état des routes, souvent impraticables en saison des pluies, complique l'évacuation des malades vers les centres de santé de référence. Les inondations récurrentes détruisent les infrastructures sanitaires, entraînant des coûts de reconstruction importants. Les périodes de sécheresse peuvent provoquer des pénuries alimentaires et entraîner des problèmes de santé liés à la malnutrition, ce qui augmente la demande en soins. Les conditions climatiques favorisent la propagation de certaines maladies, notamment les maladies vectorielles (paludisme, dengue). La lutte contre ces épidémies nécessite des investissements importants. L'accès à l'eau potable est souvent limité, ce qui favorise la propagation de maladies hydriques et augmente les coûts de traitement.

2.2.5. Contraintes liées à la mise en œuvre du projet ARCH

Plusieurs contraintes entravent la mise en œuvre du projet ARCH dans le secteur de recherche (figure 7).

Figure 7 : Contraintes liées à la mise en œuvre du projet ARCH dans le département des Collines



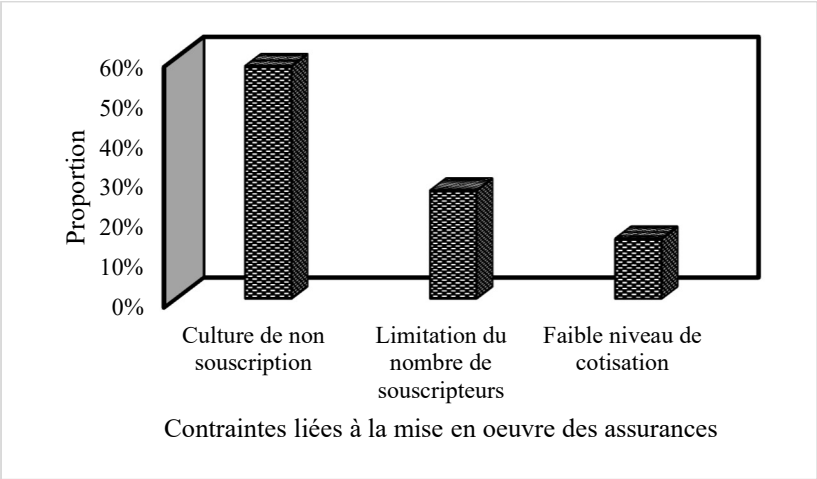
***Source** : enquêtes de terrain, juin 2023*

L'examen de la figure 7 montre que les extrêmes pauvres bien que détenteurs de cartes sanitaires sont animés par le complexe d'infériorité (32 % des enquêtés) et se refusent de se porter vers les formations sanitaires en cas de maladie. Ceux qui s'y rendent ont constamment souffert de mauvais accueil (43 %). Il s'observe une inégalité secondaire d'accès aux soins de santé par construction (25 %).

2.2.6. Contraintes liées à la mise en des assurances

La figure 8 présente les contraintes liées à la mise en œuvre des assurances maladie dans le département des Collines.

Figure 8 : Contraintes liées à la mise en œuvre des assurances maladie dans le département des Collines



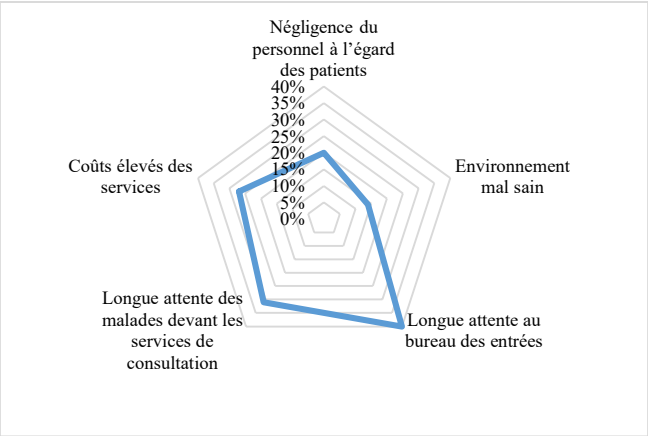
Source : enquêtes de terrain, juin 2023

Il ressort de la figure 8 que la culture de souscription à l'assurance maladie n'est pas encore perçue comme une nécessité et ceci limite le nombre de souscripteurs (58 % des personnes interrogées). Le faible niveau de cotisation constitue un frein au développement des sociétés d'assurance (15 %). Les employés du secteur privé et les personnes non pauvres n'ont pas été pris en compte à travers l'acte gouvernemental (27 % des enquêtés) créant ainsi une inégalité secondaire d'accès aux soins de santé par construction. La charge fiscale qui incombe aux entreprises dépend, entre autres choses, de la taille du secteur *formel* (qui est plus facilement imposable que le secteur *informel*) et de la volonté du gouvernement d'encourager les investissements.

2.2.7. Difficultés liées aux prestations

Les patients des formations sanitaires rencontrent des difficultés au niveau des prestations. Les principales difficultés évoquées se présentent dans la figure 9.

Figure 9 : Principales difficultés liées aux prestations



Source des données : enquêtes de terrain, juin 2023

L'examen de la figure 9 montre que les longues attentes au bureau (40 %), devant les services de consultation (31%), les coûts élevés des prestations (27%), mauvais accueil (20%) et l'environnement

mal sain constituent les principales difficultés liées aux prestations dans les hôpitaux du département des Collines. Les zones sanitaires connaissent des niveaux de fonctionnalité différents, soit par insuffisance organisationnelle, soit par insuffisance en personnel, en équipements ou en infrastructures. En effet, le secteur de recherche manque de médecins spécialistes, de radiologues et d'agents paramédicaux. Ainsi, le personnel de santé est insuffisant dans toutes les formations sanitaires et la capacité d'hospitalisation est très faible. Ce qui engendre des files d'attente dans l'hôpital (photo 1).

Photo 1 : File d'attente dans les centres de santé de Ouèssè

Prise de vue : Meya, juin 2023

La photo 1 montre une file d'attente au centre de santé de Ouèssè. Les formations sanitaires du secteur de recherche ne disposent pas d'assez de personnel pour accueillir les mères avec leurs enfants. Ce qui peut provoquer des morts au niveau des enfants gravement malades.

2.2.8. Recours à la médecine traditionnelle

Les tradipraticiens utilisent des feuilles pour guérir les enfants. Ce qui ne garantit pas une bonne hygiène par rapport aux enfants. Les centres de santé privés assurent les soins curatifs et l'accouchement. Selon 89 % des personnes interviewées, les prestations dans ces centres reviennent chères. Les équipes d'encadrement de zones n'ont pas toutes les compétences requises pour gérer efficacement le système de santé de la zone sanitaire. La faiblesse de la fréquentation des services de santé contraste avec la performance des activités préventives. Dans le département des Collines, la population utilise préférentiellement la médecine et la pharmacopée traditionnelles soit pour des raisons culturelles, soit comme alternative en raison de la barrière financière de la médecine dite moderne. L'établissement d'une liste de tradipraticiens à travers le département des Collines a permis l'organisation de concertations aux niveaux communal, départemental et national.

2.2.9. Contraintes socioculturelles (logique paysanne)

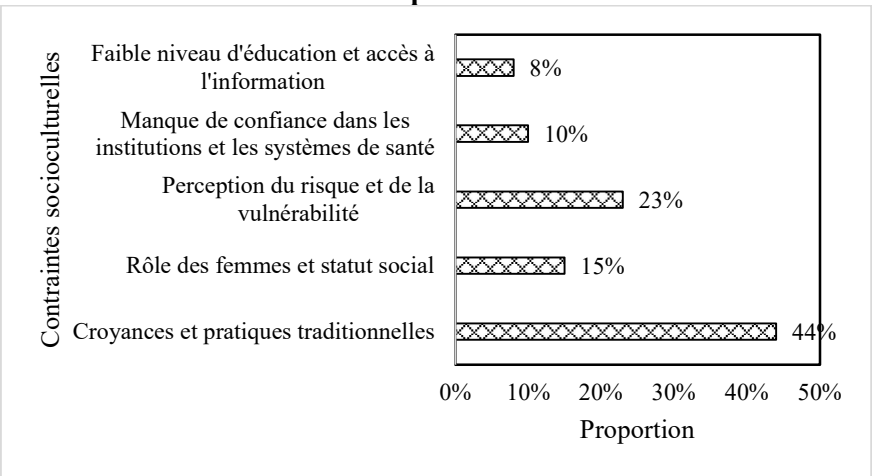
La logique paysanne est profondément enracinée dans les expériences de vie des populations du département des Collines, leurs valeurs culturelles, leurs contraintes économiques et environnementales, et leurs interactions sociales. Les pratiques d'automédication de plus en plus limitées favorisent la fréquentation des tradipraticiens qui gagnent la confiance des ménages avec des facilités financières d'accès à la médecine traditionnelle. La volonté du gouvernement à éradiquer les pratiques de « piqures sauvages » par les agents non qualifiés souffre d'accompagnement de certains ménages qui n'en perçoivent aucunement le danger du fait de leur faible niveau d'instruction. Compte tenu du complexe d'infériorité face aux grands spécialistes de soins de santé, cette couche sociale préfère se confier aux « piqueurs sauvages » sans aucune possibilité d'en mesurer la portée. Cette posture de la communauté constitue un défi au choix du gouvernement de doter les hôpitaux de professionnels de santé. Dans le secteur de recherche, il est couramment admis que l'itinéraire thérapeutique se fonde sur des considérations cultuelles. Pour le traitement de certaines pathologies dues aux douleurs atroces ressenties dans l'organisme, le malade se porte toujours vers le tradipraticien qui juge de l'opportunité

de sa prise en charge par la médecine moderne malgré les efforts de structuration du système sanitaire dans son élan d'aplanir les retards quand il s'agit de prendre l'initiative de recourir aux formations sanitaires (76 % des personnes interrogées). Pour certains, la transfusion sanguine continue d'être perçue comme un acte diabolique même en cas de nécessité pour les prises en charge chirurgicale aux mépris des protocoles affichés dans les blocs opératoires. Ceci compromet dangereusement la politique de la démarche qualité que déploie l'Etat au profit du système sanitaire béninois. Aussi des inégalités secondaires d'accès aux soins de santé par construction apparaissent-elles lorsque le droit des patients, en exigeant le consentement de ces derniers pour des interventions chirurgicales, contrarie l'obligation de moyen faite aux spécialistes de santé ayant prêté de serment pour sauver des vies humaines.

Les considérations culturelles font de la communauté Idaatcha (tchakaloke), tributaire des connaissances naturelles lui permettant d'assurer efficacement la prise en charge traditionnelle des cas de traumatismes osseux. Ces victimes sont orientées, sans ambiguïté, vers ladite communauté en dépit des efforts financiers consentis par le gouvernement pour renforcer la disponibilité du plateau technique en orthopédie dans les hôpitaux. Dans les collines, le complexe d'infériorité a constamment conduit certaines communautés vulnérables à se réserver du bénéfice des subventions sanitaires offertes par l'Etat central. La création de ces subventions sanitaires occasionne des ruptures de produits pharmaceutiques dans nos hôpitaux donnant lieu à des prescriptions parallèles de produits de spécialités détournés à d'autres fins. Le rançonnement des clients externes fait donc surface et le démuni est quotidiennement marqué par le mauvais accueil et la négligence car n'offrant aucune possibilité financière pour être rançonné. Comme des « sans voix », les extrêmes pauvres sont victimes du même traitement. C'est pourquoi, ceux-ci, bien que détenteurs de cartes ou bénéficiant d'autres facilités de prise en charge sanitaire, dans le cadre de diverses politiques de gratuité décrétées par l'Etat, se refusent de se porter vers les formations sanitaires en cas de maladie.

Les considérations culturelles du milieu d'étude ne sont pas favorables à souscrire pour des cotisations immédiates au profit d'une prise en charge future des soins de santé. La culture de souscription à l'assurance maladie est loin d'être perçue comme une nécessité et ceci limite le champ des souscripteurs. Le faible niveau de cotisation qui se dégage compromet le développement des sociétés d'assurance. Ainsi, l'efficacité des mécanismes de financement des soins de santé dans le département des Collines est entravée par plusieurs facteurs socioculturels qui limitent leur portée et leur impact. Ces facteurs, profondément ancrés dans les communautés, influencent les perceptions, les comportements et les pratiques en matière de santé, réduisant ainsi l'adhésion et l'utilisation des mécanismes de financement disponibles (figure 10).

Figure 10 : Facteurs socioculturels limitant l'efficacité des mécanismes de financement des soins de santé dans le département des Collines



Source : Enquête de terrain, juin 2023

Il ressort de la figure 10 que les croyances et pratiques traditionnelles (44% des personnes interviewées), la perception du risque et de la vulnérabilité (23 %), le rôle des femmes et le statut social (15 %), le manque de confiance dans les institutions et les systèmes de santé (10 %) et le faible niveau d'éducation et accès à l'information (8 %) constituent les facteurs socioculturels limitants l'efficacité des mécanismes de financement des soins de santé dans le département des Collines. Les croyances et pratiques traditionnelles jouent un rôle important dans la perception de la maladie et le recours aux soins. De nombreuses communautés attribuent les maladies à des causes surnaturelles, telles que la sorcellerie, les esprits ou la colère des ancêtres. Dans ces cas, la médecine traditionnelle et les guérisseurs sont souvent privilégiés par rapport aux services de santé modernes et aux mécanismes de financement associés. Les femmes rencontrent des difficultés spécifiques en matière d'accès aux soins de santé et de participation aux mécanismes de financement. Dans de nombreuses localités du département des Collines, les femmes ont un pouvoir de décision limité en ce qui concerne leur propre santé et doivent obtenir l'approbation de leur mari ou d'un membre masculin de leur famille pour consulter un médecin ou se rendre dans un établissement de santé. De plus, les normes culturelles peuvent restreindre la mobilité des femmes et leur accès à l'information sur la santé et les mécanismes de financement disponibles.

3. Discussion

La présente recherche a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension des contraintes aux mécanismes du financement des soins de santé dans le département des Collines.

Dans le département des Collines, le financement par l'impôt général, le financement par les bailleurs, l'assurance maladie obligatoire et le paiement des prestations par les ménages sont les types de financement des soins de santé. Le financement du gouvernement tire généralement sa source des impôts, que ce soit des impôts directs, prélevés sur les revenus des entreprises ou des particuliers, ou des impôts indirects comme la taxe sur la valeur ajoutée ou les droits de douane. Les fonds du gouvernement peuvent également provenir du financement du déficit : les prêts internes et externes assurent alors le financement d'activités du gouvernement qui dépassent celles qui sont financées exclusivement par les recettes fiscales. Le financement des bailleurs de fonds, qu'il provienne de bailleurs bilatéraux ou d'organisations internationales multilatérales, peut prendre la forme soit de prêts qui devront être remboursés avec des intérêts, soit de dons qui ne doivent pas être remboursés. De même, les résultats de FAD (2005, p.8) et BIT (2011, p. 14) montrent que les ressources financières du secteur proviennent de trois sources à savoir le financement communautaire, le budget national et les partenaires au développement. Le financement communautaire des dépenses de santé provient essentiellement des frais payés par les utilisateurs pour les services de santé (actes médicaux, médicaments).

En matière de maintenance, il est noté un déficit important en personnel qualifié à tous les niveaux du système. Par ailleurs, les efforts financiers consentis par le Gouvernement en termes de crédits de maintenance sont majoritairement utilisés pour le parc roulant au détriment des bâtiments et du matériel médico-technique. La maintenance préventive n'est pas développée et le système n'est ni supervisé, ni audité, laissant libre cours à la disparition d'équipements et de pièces de rechange. Ces résultats corroborent ceux de C. MAILLARD (2011, p.6) et O. BAH (2019, p. 144) qui ont trouvé que plusieurs contraintes entravent le développement du secteur de la santé au Bénin. Parmi ces contraintes on peut citer : i) la faible utilisation des services de santé par les populations; ii) la gestion centralisée des ressources, en particulier des ressources humaines; iii) la mauvaise qualité de la maintenance des infrastructures et des équipements existants. L'utilisation des services de santé est faible (34%) ; cette faiblesse revêt une plus grande ampleur lorsqu'on la met en parallèle avec le taux relativement satisfaisant de couverture en infrastructures sanitaires de premier échelon de 80%. Cette faible utilisation des services de santé est due à des raisons financières, à la mauvaise qualité des soins et au mauvais accueil dans les structures sanitaires, ainsi qu'à des raisons culturelles.

Conclusion

La présente recherche a permis d'identifier les mécanismes de financement des soins de santé et les contraintes au financement des soins de santé. Le mode de gestion des hôpitaux de zone repose sur

plusieurs principes. Le financement par l'impôt général, le financement par les bailleurs, l'assurance maladie obligatoire et le paiement des prestations par les ménages sont les types de financement des soins de santé. Par contre, le financement des soins de santé dans le département des Collines est confronté, en dehors des contraintes techniques, à une logique paysanne en matière de santé qui limite l'accès aux soins et la qualité des services offerts. Ces contraintes, dans un environnement socio-culturelle, sont souvent liées à la complexité des systèmes de santé, à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières puis à l'adoption de nouvelles technologies avec une approche de maintenance basée sur la marque des équipements médicaux.

Références bibliographiques

AKPLOGAN Brigitte, 2014, *Hygiène alimentaire et assainissement en milieu scolaire dans l'Arrondissement d'Aplahoué (Commune d'Aplahoué)*. Mémoire de maîtrise en géographie. UAC/FLASH/DGAT, 65 p.

BAH Oumar, 2019, «Enquête d'opinion sur la qualité des prestations de l'Hôpital du Mali ». Revue *European Scientific Journal*, Vol.15, No.34, pp142-160

BIT, 2011, La sécurité sociale et la primauté du droit. Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale à la lumière de la Déclaration de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable. Rapport d'étude, Genève, 56 p.

FAD (2005) : Projet d'Appui au Développement du système de Santé (PADS). Rapport d'évaluation, 70 p.

HAMMOUNI Zakia, 2020, *L'expérience vécue des professionnels de la santé dans un grand centre hospitalier universitaire à Montréal : un regard contextuel*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, 424 p.

KABAJULIZI Judith, LIN Qiaoyuan et MATOVU Fred, 2022, Dans quelle mesure les sources de financement publiques et privées affectent-elles l'accès et la qualité des soins de santé ? expériences du système de sante ougandais. Consortium pour la Recherche Economique en Afrique, Nairobi, 34 p.

MAILLARD Catherine, 2011, La vogue des médecines douces, Le Parisien, 67 p.

MS, 2008, Plan National de Développement Sanitaire Bénin 2009 – 2018. Rapport, 133 p.

Organisation mondiale de la Santé, 2010, Rapport sur la santé dans le monde: le financement de la santé, le chemin vers la Couverture Santé Universelle. Genève: OMS. 67 p.

SOSSOU Gilles-Armand, 2011, Equité et efficacité des mécanismes de financement de la santé au Bénin. Revue d'Economie Théorique et Appliquée Vol 1, Numéro 1, pp 63-78

TCHOUAKET NGUEMELEU Éric, 2011, *Influence du financement sur la performance des systèmes de soins*. Thèse de doctorat en Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Montréal, 270 p.