



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

\*\*\*\*\*

FACULTE DES LETTRES ARTS ET SCIENCES

HUMAINES

(FLASH)

\*\*\*\*\*

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

(EDP)

\*\*\*\*\*

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies en Sociologie du

Développement

\*\*\*\*\*

SUJET

**LOGIQUES ET GESTION DU RELAIS  
COMMUNAUTAIRE DANS LA ZONE SANITAIRE  
DJIDJA-ABOMEY-AGBANGNIZOUN**

Réalisé et soutenu par :

H. E. Maria G. LEGONOU

sous la direction de :

Pr Albert TINGBE AZALOU

*Maître de Conférences des Universités du CAMES*

&

Dr Roch A. HOUNGNIHIN

*Maître Assistant des Universités du CAMES*

**Membres du jury**

**Président :** Pr Albert TINGBE AZALOU *Maître de Conférences des Universités du CAMES*

**Rapporteur :** Pr Cyriaque AHODEKON *Maître de Conférences des Universités du CAMES*

**Examineur :** Pr Paulin HOUSOUNON-TOLIN *Maître de Conférences des Universités du CAMES*

**Note :** 16/20

**Mention :** Très bien

**Année académique 2013-2014**

## SOMMAIRE

Sommaire.....	ii
Dédicaces.....	iii
Remerciements.....	iv
Sigles et acronymes.....	v
Listes des figures, graphiques et tableaux.....	vi
Résumé.....	vii
Summary.....	viii
Introduction.....	01
Première partie : Cadres théorique, conceptuel et itinéraire méthodologique.....	04
Chapitre I : Cadres théorique et conceptuel.....	05
Chapitre II : Cadre pratique et itinéraire méthodologique.....	23
Deuxième partie : Logique et dynamiques autour de la gestion du relais communautaire...	39
Chapitre III : Logiques et activités du relais communautaire.....	40
Chapitre IV : Système de communication et dynamique autour de la gestion du relais communautaire.....	56
Conclusion.....	74

## DEDICACES

**À**

**Tous les êtres qui, pour une raison ou une  
autre,  
ont de l'importance à mes yeux,**

## REMERCIEMENTS

Nos sincère remerciements à :

- ✓ notre directeur de mémoire, le **Pr Albert TINGBE AZALOU**, et à notre codirecteur le **Dr Roch HOUNGNIHIN** pour tous leurs dévouements, générosités, disponibilités, soutiens, suggestions et apports pour la réussite de ce travail : toute notre reconnaissance ;
- ✓ nos parents pour toutes ces peines et sacrifices à l'infini pour nous aider à atteindre ce niveau, grand merci, que ce mémoire vous donne une compensation et l'espoir pour l'atteinte du fruit de vos efforts : milles mercis ;
- ✓ nos frères et sœurs pour cette patience à nous supporter au travail, que ce mémoire vous démontre toute notre affection et vous rappelle l'importance de la lutte pour la réussite de ses projets et celle de l'unité continuelle qui demeure le gage de notre force;
- ✓ tous les responsables des institutions, programmes, projets, centres de santé, qui non seulement ont autorisé le déroulement des enquêtes de terrain mais ont participé activement à la réalisation de ce travail : tous nos grés ;
- ✓ tous les aînés de la filière pour leurs soutiens, conseils, apports pour la réussite de ce travail : recevez par cette œuvre notre gratitude ;
- ✓ Fifa pour tout cet amour..., cette patience à supporter nos absences, merci trésor, que ce travail te prouve tout notre amour et te rappelle les notions de courage, d'espoir continu, l'importance de la lutte pour la réussite de son avenir : chéri, milles câlins à toi;

À tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail, nous adressons le témoignage de notre profonde reconnaissance

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASBC	Agent de Service à Base Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CEP	Certificat d'Etude Primaire
COGES	Conseil de Gestion des centres de Santé
CTA	Combinaison Thérapeutique à base Arthémésinine
DAA	Djidja Abomey Agbangnizoun
DDS/Z-C	Direction Départementale de Santé du Zou et des Collines
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
EEZ	Equipe d'Encadrement de la Zone sanitaire
FLASH	Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines
IEC	Information Education Communication
INFOSEC	Institut de Formation Social Économique et Civique
INSAE	Institut National de Statistique et de l'Analyse d'Economique
IRA	Infections Respiratoires Aigües
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PIHI	Paquet d'Intervention à Haut Impact
PILP	Programme Intensification de la Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAMU	Régime d'Assurance Maladies Universelles
RC	Relais Communautaire
RGPH3	3 <sup>ème</sup> Recensement Général de la Population Humaine
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé Primaire
UAC	Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	(en français) Fond des Nations Unies Pour l'Enfance
UVS	Unité Villageoise de Santé
ZS	Zone Sanitaire

## **LISTES DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX**

### **Listes des figures**

**Figure 1** : Cadre conceptuel de la recherche

**Figure N°2** : Carte de la zone sanitaire DAA

**Figure N°3** : Circuit du choix du relais communautaire

**Figure N°4** : Relations entre les actants de la gestion du relais communautaire

### **Liste des graphiques**

**Graphique1**: Motivations du choix de la fonction de relais communautaire

**Graphique 2**: Mode d'assertion au poste de relais communautaire

**Graphique 3**: Parcours thérapeutiques des populations de la ZS DAA

### **Liste des tableaux**

**Tableau I** : Répartition des enquêtés suivants les groupes cibles et la taille de l'échantillon

**Tableau II** : Bibliothèques et centres de documentation parcourus

**Tableau III** : Planning de la recherche

**Tableau IV** : Profils et attributions du Relais communautaire suivant les organisations

**Tableau V** : Diagnostic Stratégique de la gestion du relais communautaire

## RESUME

Face à la nécessité d'atteindre les OMD, le Bénin a opté pour la promotion de la santé communautaire. Mais malgré toutes les interventions menées ces dernières années, les indicateurs de santé demeurent encore en deçà des attentes. S'intéressant aux logiques autour de la gestion du relais communautaire, cette recherche a recouru aux modalités de fonctionnement et à la nature des rapports sociaux entre les actants ainsi qu'à leurs perceptions afin d'appréhender leur degré d'implication pour ressortir les habitus issues des représentations développées. Pour ce faire, une méthodologie de type qualitative a été adoptée utilisant la démarche compréhensive pour l'analyse. Elle s'est servie des techniques d'échantillonnage de choix raisonné et de quotas simple pour définir un échantillon de 86 enquêtés. Ceux-ci sont constitués d'acteurs à divers niveaux dont le relais communautaire, la population, la mairie, les agents de santé, les élus locaux, les administratifs... La collecte des informations est faite à base des entretiens, des observations et de la recherche documentaire. Les données recueillies ont été analysées sous la base de l'individualisme méthodologique et de la théorie de l'acteur stratégique.

Au terme de la collecte, les données empiriques ont montré que la gestion du relais communautaire qui est une activité à base communautaire connaît un faible taux de participation des Mairies. Les stratégies de mobilisation et les dynamiques des acteurs dans ce champ social génèrent des habitus qui participent de la construction identitaire et de l'acquisition du capital social, économique et symbolique. Ces capitaux placés au cœur de la gouvernance locale génèrent une asymétrie de pouvoir entre les réseaux sociaux su générés et influent sur la participation communautaire. Cette situation conditionne dans une certaine mesure le faible recours aux relais communautaire par la population.

**Mots clés:** Gouvernance, participation communautaire, relais communautaire

## Summary

Facing the necessity to reach the OMD, Benin opted for the promotion of the communal health. But in spite of all interventions led these last years, the indicators of health stay again on this side of the waiting (MS, 2010). Being interested in the logics around the management of the communal relay, this research resorted to the modes of working and the nature of the social reports between the ‘actants’ as well as to their perceptions in order to fear their degree of implication to take out again the habitus exits of the representations developed. For that to make, a qualitative type methodology has been adopted using the understanding gait for the analysis. It used the techniques of sampling of choice reasoned and of quotas simple to define a sample of 86 investigated. These are constituted of actors to various levels of which the communal relay, the population, the town hall, and the agents of health, the elected local, the administrative.... The collection of the information is made to basis of the interviews by means of maintenance guide, of the observations with the help of the grid of observation and the documentary research assorted of the reading cards. The introverted data have been analyzed under the basis of the methodological individualism and the theory of the strategic actor.

To the term of the collection, the empiric data showed that the management of the communal relay that is an activity to communal basis knows a weak rate of involvement of the Town halls. The strategies of mobilization and the dynamics of the actors in this social field generate the habitus that participate the construction identities and the acquirement of the social, economic and symbolic capital. These funds placed at the heart of the local governance generate an asymmetry to can between the known social networks generated and influence on the communal involvement. This situation conditions the weak to a certain extent resort to the relays communal by the population.

**Key words:** Governance, communal involvement, communal relay

## INTRODUCTION

Le souci majeur des hommes dans toutes les sociétés humaines est la sauvegarde et l'amélioration de leurs conditions de vie à travers l'accès aux services sociaux de base. La santé, partie intégrante de ces besoins, se rapporte selon l'**OMS** (2002) au bien-être physique, mental et social de l'individu, de son groupe voire de sa communauté et à la qualité et la durée de leur vie. Elle ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. Comme le stipule **Lawrence** (2001), l'état de santé des populations ne résulte pas seulement de nombreux éléments matériels et non physiques mais tient aussi à des corrélations entre eux. Ainsi, la santé se réfère à la capacité d'un individu d'atteindre son potentiel et de répondre positivement aux défis de la vie quotidienne (**Bass**, 1994). Cependant, plusieurs décennies après leurs indépendances, les pays d'Afrique subsaharienne vivent encore une situation sanitaire discordante même si les indicateurs de santé s'améliorent peu à peu grâce aux effets des différents programmes de développement, à l'engagement des États et au soutien de leurs partenaires.

Au Bénin, l'État demeure le principal garant de la santé de la population. La vision essentielle de ses politiques en matière de santé, conformément aux lois et règlements en vigueur, tend à œuvrer pour la réduction du taux de mortalité et de morbidité afin d'assurer de façon équitable des soins de santé à toutes les couches sociales. Mais, les dernières études sur la santé effectuées par l'OMS montrent que le Bénin présente encore des indicateurs de santé, notamment ceux de la mortalité maternelle et infantile relativement élevés. L'analyse des principaux facteurs responsables de ce phénomène accorde le plus souvent une grande responsabilité aux maladies meurtrières de l'enfance dont le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la rougeole, la malnutrition...malgré toutes les politiques développées pour les éradiquer. Parmi les causes explicatives de cette situation, on note les facteurs facilitant la survenue du décès dont le recours tardif aux soins voire aux formations

sanitaires et la paupérisation grandissante des ménages. Dans l'optique de la réduction du taux de mortalité, le Bénin a opté pour la Promotion de la Santé. Cette stratégie est "un processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci" (OMS, 1986). Il est question de l'acquisition d'aptitudes individuelles à travers une éducation à la santé des populations pour *leur permettre d'exercer un contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci* (OMS, 1986).

L'une des exigences de la promotion de la santé est l'inclusion des relais communautaires dans le système de santé. Ces acteurs se doivent d'assurer le pont entre les centres de santé et les communautés locales. Pour y parvenir, les activités du relais doivent s'harmoniser avec la participation communautaire. La contribution des populations aux actions de santé tient compte de la logique de structure sociale, une organisation politique et un système de représentations de la société et de la santé, qui déterminent les modalités réelles de fonctionnement de cette participation (Fassin et al., 1986). S'il est vrai que le relais communautaire sert d'interface entre les centres de santé et la population, il n'en demeure pas moins que la promotion de santé prône l'implication des communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé. Ainsi, la population se doit de participer au suivi-évaluation des activités ayant rapport à la résolution de ses problèmes de santé. La promotion de la santé faisant apparaître l'inclusion du relais communautaire, la gestion de ce dernier relève de ce fait, autant du système de santé en place que de la communauté elle-même du fait que la loi **97-029 du 15 janvier 1999** portant organisation des Communes en république du Bénin stipule en son article 100 que la Commune à la charge de la réalisation, de l'équipement et des réparations des centres publics de santé et de promotion sociale, .....

Toute communauté et toute organisation est régie par des lois et des normes qui déterminent son mode de fonctionnement. Ces normes dénotent du mode de conduite de chacun suivant ses spécificités et visions. Ainsi, les normes de fonctionnement de la zone

sanitaire n'est pas toujours celle établie par la communauté. Face à cet état de chose, la gestion du relais communautaire se retrouve entre les logiques organisationnelles diverses qui peuvent, dans la mesure des intérêts de chaque acteur, contribuer à son organisation. Elle fait état de plusieurs dynamiques qui suscitent plusieurs interrogations notamment sur les mécanismes mises en place par les acteurs afin de parvenir aux objectifs fixés. Afin de cerner ces mécanismes, ce sujet intitulé *logiques et gestion du relais communautaire dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun* a été choisi. Il est question d'appréhender les logiques autour de la gestion du relais communautaire afin de comprendre les interactions générées. Pour ce faire, le présent mémoire est structuré en deux parties. La première présente les cadres théorique et conceptuel ainsi que l'itinéraire méthodologique de la recherche et la deuxième partie fait état des logiques et dynamiques de gestion du relais communautaire.

**PREMIERE PARTIE :**

**CADRES THÉORIQUE, CONCEPTUEL**

**ET ITINÉRAIRE MÉTHODOLOGIQUE**

## **CHAPITRE I : CADRES THÉORIQUE ET CONCEPTUEL**

Toute recherche part le plus souvent d'un constat, d'une observation empirique, d'une intuition, d'un intérêt personnel, parfois un présupposé, voire un a priori.... La recherche en sciences sociale se spécifiant dans une approche conceptuelle, les cadres théorique et conceptuel permettent de circonscrire le sujet en faisant ressortir le problème spécifique auquel il fait référence ainsi que l'orientation stratégique de la recherche.

### **I. CADRE THÉORIQUE**

Le cadre théorique dans le cas d'espèce renvoie aux fondements théoriques notamment la problématique, le positionnement de l'auteur par rapport aux concepts et les avis d'autres auteurs sur le sujet.

#### **1.1. Problématique**

La problématique d'une recherche fait état du problème et des objectifs de la recherche

##### **1.1.1. Problème**

Le développement est un processus dont la finalité est l'amélioration des conditions et la qualité de vie de la population. Ce processus se rapporte à l'organisation sociale servant de cadre à la production du bien-être. La situation de la pauvreté dans les pays d'Afrique subsaharienne est aujourd'hui assez préoccupante et fait objet de débats autant nationaux qu'internationaux. Ces pays sont caractérisés, surtout dans les milieux ruraux, par des conditions de vie qui montrent que plus d'une personne sur trois a en dessous du minimum vital, avec un taux de couverture sanitaire relativement faible (**Paul**, 2011). Adoptant les stratégies des Objectifs du Millénaire pour le Développement et cherchant à résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins de santé, le Bénin à travers la réorganisation de son paysage institutionnel, a focalisé nombre de ses interventions publiques en santé aussi bien au niveau national que local. Ces réformes introduites depuis 1999 ont fait de la commune le

niveau exclusif de décentralisation locale. Ainsi, la participation des autorités locales est indispensable dans le processus du développement des communes.

L'élu local est l'intermédiaire qui établit la communication entre les différents segments ou réseaux de la société locale (Garraud, 1994). Il est impliqué dans la détermination des actions et choix stratégiques à base communautaire, se doit de veiller aux dérapages et de corriger l'inadéquation projet/réalité en temps réels (Lorrain, 1993) et de suivre la santé de la population. A cet effet, une étude du **Bureau International du Travail** (2002) a mis l'accent sur l'importance de la décentralisation de l'organisation du système sanitaire, pour une amélioration considérable de la couverture sanitaire afin de favoriser une participation véritable de la population dans la vie sanitaire communautaire et sociétale.

La décentralisation du système de santé rattachée à la gouvernance locale implique non seulement la responsabilité des agents de santé dans la gestion du système mais aussi la part des élus locaux dans l'amélioration de la couverture sanitaire et de la participation des populations à la satisfaction de leurs besoins en matière de soins de santé. La communauté constitue de ce fait, le système social qui n'est autre que le haut lieu d'apprentissage de la décentralisation. Elle est à *la liberté, ce que les écoles primaires sont à la science ; elles la mettent à la portée du peuple ; elles lui en font goûter l'usage paisible et l'habituent à s'en servir* (de Tocqueville, 1961). Dans la mesure où la performance du système de santé local connaît des difficultés dans un contexte décentralisé, la participation communautaire devient l'un des éléments déterminants de son explication, même si à travers une évaluation des besoins sociaux des populations à la base en matière de santé, les partenaires techniques et financiers accompagnent les actions de santé publique. Étant donné la responsabilité des populations dans l'amélioration de leurs conditions de vie, elles se doivent d'appuyer les agents de service communautaire en matière de santé dans l'exécution de leur travail.

Avec les implications de la conférence d'Alma-Ata, de l'initiative de Bamako associé aux OMD, le Bénin a connu plusieurs programmes. Ces programmes nécessitaient pour la plupart des interfaces avec la population dans la mesure où elles visaient tous la promotion de la santé. Les relais communautaires constituent en promotion de santé, les acteurs chargés de veiller sur l'état de santé de la population en étant l'interface entre elle et les centres de santé. Pour ce faire, ils se doivent d'aider les communautés à adopter les bonnes attitudes face aux maladies, et de leur prodiguer les premiers soins en cas de maladie. Dans un contexte de décentralisation et de santé communautaire, les initiatives visant des activités communautaires dont l'introduction du relais communautaire doivent être effectuées en relation avec les autorités communales. Les directives de la promotion de santé au Bénin, stipulent que les motivations du relais communautaires doivent être assurées par les communautés locales (MS, 2010). Cependant, dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun, force est de constater l'existence de plusieurs partenaires ayant leurs relais spécifiques dont chacun assure la motivation. Ce phénomène dénote dans cette zone sanitaire de l'existence de relais spécifiques à un projet/programme et ayant des motivations et mode de gestion variant suivant l'activité communautaire. Ainsi les relais de cette zone sanitaire ont des pratiques disparates. Or, l'un des objectifs spécifiques de la promotion de la santé est l'harmonisation de l'organisation des interventions de santé centrées sur les communautés. Dans la mesure où coexiste une pluralité de gestion d'un même acteur spécifique, la question de l'harmonisation des interventions communautaires en matière de santé pose le problème de sa réalisation. Face à cette situation, la question se pose de savoir **quelles sont les dynamiques autour de la gestion du relais communautaire dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun ?**

Dans la collecte de répartie propice à cette interrogation, cette recherche tient à réfuter ou à corroborer les conjonctures suivantes :

### 1.1.2. Hypothèses de recherche

Face à la question fondamentale posée, les propositions de réponse autour desquelles s'articule cette recherche sont :

**H1** : l'organisation des collectivités locales à travers l'exercice de leurs rôles et responsabilités en promotion de santé oriente la gestion du relais communautaire ;

**H2** : les relations existant entre professionnels de santé et Relais Communautaire influent sur la participation de ceux-ci ;

**H3** : l'absence de cadre formel définissant les relations entre les partenaires à charge des activités et la population déteint sur la gestion des relais communautaires.

Aux regards de ces propositions de recherche, les objectifs visés par cette recherche sont les suivants :

### 1.1.3. Objectifs de recherche

Face au problème spécifique posé, les objectifs de cette recherche s'intitulent comme suit :

#### ✓ Objectif général

Il est question pour cette recherche **d'Etudier les dynamiques autour de la gestion du relais communautaire dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun.**

Face à cette préoccupation nodale, les axes stratégiques de cette recherche se déclinent en objectifs spécifiques suivants

#### ✓ Objectifs spécifiques (OS)

Corrélativement aux hypothèses de recherche, les orientations stratégiques de cette recherche s'énoncent comme suit :

**OS1** : déterminer l'incidence des collectivités locales sur la gestion des relais communautaires ;

**OS2** : comprendre les implications des relations entre professionnels de santé et relais communautaire ;

**OS3** : cerner le retentissement des organisations et institutions sanitaires sur la gestion du relais communautaire.

## **1.2. Justification du choix du sujet et de l'espace de recherche**

Le choix d'un sujet de recherche est lié à un certain nombre d'observations et/ou de motivations. Celles qui ont orientée ce travail s'expliquent à travers les lignes suivantes.

### **1.2.1. Pertinence de la recherche**

La santé communautaire est aujourd'hui un sujet qui suscite maintes réflexions sur les besoins, les priorités, la mise en place, la gestion et l'évaluation des activités. Dans le processus de l'atteinte des objectifs de "la santé pour tous" au 21ème siècle, des Objectifs du Millénaire pour le Développement, la connaissance de l'évolution de la promotion de la santé est essentielle pour cerner les orientations stratégiques qu'elle se doit de prendre. Les motivations qui sont à la base du choix de ce sujet de recherche qui met l'accent sur la gestion des relais communautaires sont ficelées suivant les paramètres ci-après :

#### **✓ Du contexte**

La proposition de recherche s'inscrit dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de fin de formation à l'École Doctorale Pluridisciplinaire de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey-Calavi. Elle est un paramètre servant à valider l'obtention du Diplôme d'Études Approfondies (DEA) en Sociologie du Développement. Cette recherche permet de juger les potentialités du chercheur à travers son analyse des dynamiques autour de la gestion du relais communautaire en santé dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun.

✓ **Des raisons subjectives**

Parmi les capitaux que nécessite le développement d'un pays, les plus précieux et les plus décisifs constituent les ressources humaines. Ce sont elles qui d'abord, conçoivent les convenances de la nation, créent et gèrent les ressources financières et matérielles. L'État a alors le devoir d'assurer la santé aux populations de la nation. Pour répondre à cette exigence de la constitution béninoise du 11 décembre 1990 qui stipule en son article 8 l'Etat " assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi", l'état béninois se doit de prendre tous les dispositions nécessaires, dans le cadre de sa politique de santé, pour lever l'ensemble des obstacles à un système de santé durable. C'est pourquoi il a opté pour la promotion de la santé en acceptant notamment l'introduction des relais communautaires dans son système de santé. Ces acteurs proches des collectivités assurent le lien entre elles et les centres de santé. Ces actions mises en place depuis plus d'une décennie ne manque point des distorsions qui conduisent bien de fois des relais à l'abandon de poste. La problématique des facteurs responsables de ce phénomène devient alors une importante question dans la mesure de la possibilité de l'amélioration des politiques de santé publique afin d'atteindre la santé pour tous. Du point de vue subjectif, ce sont ces situations observées qui ont suscité en nous la curiosité scientifique qui se matérialise à travers le choix de ce sujet de recherche afin de cerner les logiques d'action et facteurs responsable de ce phénomène.

✓ **Des raisons objectives**

La déconstruction du fait social renvoie forcément à une démarche méthodologique rigoureuse et bien élaborée par l'observateur avertie et attentionnée. Il ne s'agit pas pour le sociologue ou l'anthropologue d'observer un objet dans une perspective positiviste ou constructiviste pour ainsi prétendre l'étudier le mieux possible. En plus de son positionnement méthodologique assorti des exigences scientifiques, il se doit de s'appliquer et de se mouler

davantage dans les paradigmes découverts par lui-même grâce à la littérature scientifique et/ou enseignée au cours de son processus académique. Ce serait une meilleure façon pour lui d'internaliser ses savoirs théoriques et de les joindre à la pratique. Dans un processus de construction du savoir, du savoir être et du savoir-faire, une dynamique de façonnement de la personnalité scientifique s'impose assortie d'une socialisation continue. Cette recherche permettra d'élargir les capacités d'écritures scientifiques et d'articulation des paradigmes. Aussi pourrait-elle contribuer à l'avancement de la science et par ricochet, doter les institutions en charge de la protection de la santé d'un document leur permettant d'établir des politiques de santé publique plus partagées par tous les acteurs en vue d'une stratégie en adéquation avec une collaboration recoupant les aspirations à la base. Le choix de ce sujet peut s'expliquer par le constat de la presque quasi inexistence de l'état des lieux sur la promotion de la santé notamment sur l'organisation de la gestion du relais communautaire dans le processus de santé communautaire. Aussi, les raisons et facteurs pouvant plus favoriser la motivation ou l'abandon de poste par ces derniers ne sont pas toujours saisies par les PTF et acteurs de santé de sorte que chaque acteur y met ses logiques propres qui varient d'un acteur à une autre. Ces dissensions récurrentes constituent des faits sociaux indéniables qui peuvent être donc expliqués et objectivés pour comprendre le processus de la gestion des relais communautaires.

### **1.2.2. Justification du choix du site de recherche**

La présente recherche se donne pour cadre socio géographique la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun. Regroupant trois communes parmi lesquelles figure Abomey, la capitale historique du Bénin, elle représente un haut lieu de convergence du fait qu'elle détient en son sein la Direction Départementale de la Santé des départements du Zou et des Collines. De par l'importance de sa population, des variétés de groupes ethniques, de religions

et la dynamique socioculturelle qu'elle présente, cette zone sanitaire est témoin de bon nombre de projets/programmes visant le développement communautaire.

Vu l'importance accordée à la construction sociale de la maladie, et des distances qui séparent les centres de santé des villages, cette zone a connu l'introduction des relais communautaires dans son système de santé afin de répondre aux exigences des stratégies des soins de santé primaires et d'atteindre la santé pour tous. Mais les activités à base communautaire notamment celles relative à la santé sont pilotées par plus d'une organisation ayant des visions et stratégies diverses voire des interactions suscitant des dynamiques dans la gestion du relais communautaire.

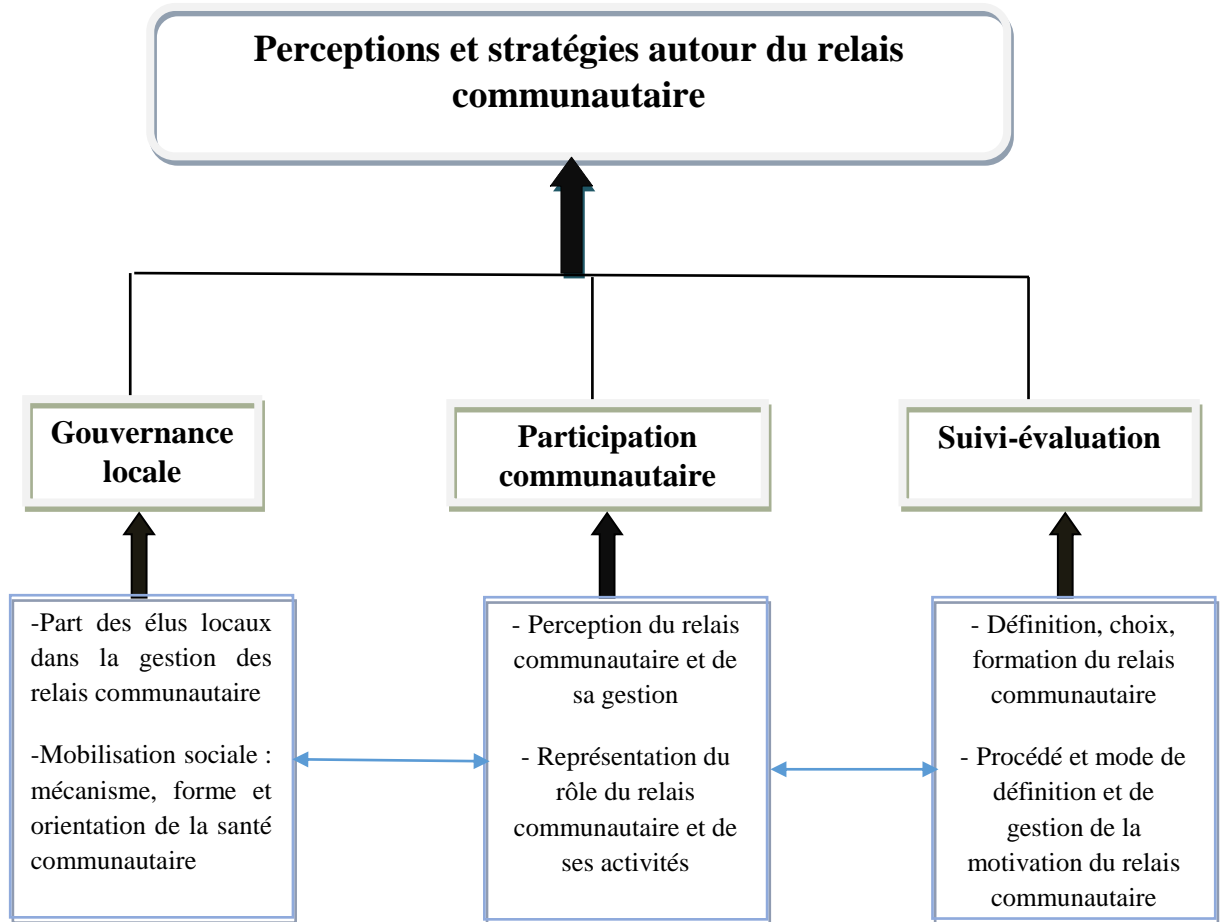
## II. APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA RECHERCHE

L'approche conceptuelle fait état du cadre conceptuelle ainsi que la clarification conceptuelle

### 2.1. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel dans le cas d'espèce renvoie à la présentation schématique du problème qui fait la centralité de la recherche et les différentes variables afférentes aux hypothèses de travail. Cette articulation rend plus visible les relations entre les variables et le problème et permet la définition et l'orientation que les concepts prennent dans la recherche. Les variables autour desquelles se présente cette recherche sont la **gouvernance locale**, la **participation communautaire** et le **suivi-évaluation**. Les relations spécifiques entre ces variables et le problème central de recherche se présentent comme l'indique le schéma ci-après :

**Figure 1** : Cadre conceptuel de la recherche



La **Promotion de la santé** est un processus qui fait aujourd'hui état de diverses formes de logiques dont le renforcement du pouvoir, le jeu démocratique et la vision utilitariste. Avec le contexte de la décentralisation et les exigences de la performance des communes, elle est aujourd'hui rapprochée du Financement Basé sur les Résultats et octroient aux autorités locales la gestion des relais communautaires à la suite des partenaires techniques et financiers. La gestion du relais communautaire, se réfère à un ensemble d'acteurs dotés d'une structure d'autorité, de rôles, et d'un système de communication permettant la coordination et le contrôle des activités afin de réaliser un but spécifique qu'est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population au niveau local. Or, l'organisation se rapporte à la forme sociale qui, par application d'une règle et sous l'autorité de leaders, assure la coopération des

individus à une œuvre commune (**Bourricaud**, 1989). La définition et la mise en application des rôles et responsabilités de chaque leader est important dans la coopération. De ce fait, la définition de la part des élus locaux dans le processus de la promotion de la santé conditionne dans une certaine mesure la gestion des relais communautaires.

La responsabilité des élus locaux renvoie à celle de la gouvernance locale. Celle-ci introduite par le processus de décentralisation est un creuset devant harmoniser les énergies endogènes par le biais de différentes **stratégies de mobilisation**. Ces mobilisations constituent des démarches continues regroupant plusieurs partenaires et résidents de la communauté autour d'enjeux sociaux qu'ils auront identifiés ensemble. C'est une démarche qui vise à élaborer des stratégies axées sur l'amélioration de la qualité de vie des populations en collaboration avec leurs aspirations. Les acteurs sociaux sont associés à la définition des projets/programmes ayant rapport à leur bien-être. Pour ce faire, le cadre de concertation est l'instance ou l'organe décisionnel et permanent qui favorise une mise en discussion de l'action territoriale pouvant aller jusqu'à une codécision des acteurs en présence. Dans une logique de gouvernance concertée et de décentralisation, *toute stratégie de mobilisation requiert la participation de la communauté à tous les niveaux, à commencer par un noyau de personnes capables d'assurer un leadership soutenu. Ces gens se définissent par leur capacité à agir et à influencer la communauté* (**la Tendresse et al**, 2005). L'information et l'implication des populations dans la réalisation des activités communautaires, indispensables pour qu'il y ait **cadre de concertation**, étant du ressort de la **gouvernance locale**, les stratégies mises en place pour assurer la mobilisation des acteurs dans une logique d'orientation à donner à la promotion de la santé guide les dynamiques accordées à la gestion du relais communautaire.

Cependant, quel que soit l'objectif but assigné à toute organisation, il n'en demeure pas moins que seuls les individus qui y participent ont des buts (**March et al**, 1969) et oriente

ceux de l'organisation en fonction des leurs. Les décisions issues des concertations résultent de l'analyse d'acteurs multiples qui hésitent chacun entre plusieurs visées (Mintzberg, 1986). Ces visées ne sont autres que l'image que chacun attribue à l'action communautaire de par ses intérêts particuliers. La **participation communautaire** tient de la perception et de la représentation que les acteurs se donnent de l'activité à effectuer. Issu de l'habitus, ces représentations agissent sur les perceptions et créent entre sphère individuelle et sociale des rapports qui aboutissent à une domination et à l'exploitation (Morgan, 1989). Mais l'harmonie entre les rapports dépend de la dimension institutionnelle de l'organisation.

En effet, la réussite de toute activité découle de son organisation, son suivi et son évaluation. Les droits et devoirs de chaque acteur se doivent d'être définis en fonction de son profil spécifique. Dans le cadre de la gestion du relais communautaire, suivant le paquet d'activités à attribuer à celui-ci, il est important que ce dernier ait des aptitudes pouvant lui permettre d'y répondre. Les critères de choix et de sélection du relais deviennent un facteur déterminant. Etant donné que ces agents se doivent d'être au service des populations, il est nécessaire que ces dernières puissent les accepter même s'il ne sont point des agents de santé mais des acteurs qui servent d'interface entre les services de santé et les communautés. Pour mieux réussir leurs activités, ils se doivent d'être formés en fonction des dynamiques évolutives des implications de leurs activités en promotion de la santé. Dans le processus de l'atteinte des objectifs de la promotion de la santé, les critères de définition, sélection, suivi, et motivation du relais influent sur l'évolution de l'activité et sa pérennité.

## 2.2. Clarification conceptuelle

Saco *et al* (2002) soulignent que les mots ne se contentent pas de nommer et de décrire des pratiques et des réalités sociales. Bien au contraire, ils orientent et participent au processus de construction de la réalité sociale dont ils sont sensés rendre compte. Ils méritent donc d'être pris au sérieux, car ce sont les témoins qui se font souvent mieux entendre que des

documents. C'est pourquoi l'une des caractéristiques importantes de toute communication est le consensus sur le sens des mots utilisés. Porteurs de sens, ils varient selon le contexte car, ils sont des représentations mentales, générales et abstraites des phénomènes et de leurs relations. Il est donc cruciale de les définir en référence au contexte de leur usage comme le souligne **Loubet Del Bayle** (1978), *il faut-définir ce dont on traite afin que l'on sache et qu'on sache ce dont il est question*. Vu la pertinence de cette démarche, les explications ont été empruntées au domaine de la Sociologie, de l'Anthropologie et tenant compte du contexte de la présente recherche afin de mieux élucider les concepts suivant : **gouvernance, participation communautaire et de relais communautaire**

La **gouvernance** est une notion parfois controversée, du fait qu'elle est définie et entendue de manière diverse et parfois contradictoire. Dérivé de *gouverner*, la **gouvernance** renvoie à l'ensemble des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'un État, d'une institution ou d'une organisation qu'elle soit publique ou privée, régionale, nationale ou internationale. Elle fait état de l'ensemble des règles et méthodes organisant la réflexion, la décision et le contrôle de l'application des décisions au sein d'un corps social. C'est dire qu'elle se rapporte à la manière dont les peuples gèrent les ressources sociales et économiques d'un pays. Elle se repose sur quatre principes fondamentaux dont la **responsabilité, la transparence, l'état de droit, la participation**. Ainsi, la **gouvernance** est un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions, pour atteindre des buts propres discutés et définis collectivement dans des environnements fragmentés et incertains. **La gouvernance locale** est un sous-produit de la gouvernance politique et de la gouvernance administrative. Selon le **PNUD** (2007), elle est généralement comprise comme *la démocratisation des processus de décisions pour la gestion d'un territoire*. Ainsi, la gouvernance locale se rapporte au processus de transformation et de recomposition des modes

d'action publique mettant en jeu la construction de mécanismes de régulation des acteurs au sein des sociétés locales (**Jacquier**, 2008). Elle est l'ensemble des procédures institutionnelles, des rapports de pouvoir et des modes de gestion publics ou privés formels aussi bien qu'informels qui régissent l'action politique (**Hermet**, 2005). La gouvernance locale est une forme de régulation territoriale et d'interdépendance dynamique entre agents notamment productifs et institutions locales. Elle consiste en un processus institutionnel et organisationnel de construction d'une mise en compatibilité des différents modes de coordination entre acteurs géographiquement proches, en vue de résoudre les problèmes productifs inédits posés aux territoires (**Pecqueur**, 2000). Elle se base sur une interdépendance entre les pouvoirs et les institutions associées à l'action collective, un processus plus participatif et entrevoit l'action locale comme étant plus proche des populations. Ainsi, elle s'appuie sur la dynamique institutionnelle collective qui articule, de manière toujours singulière les différentes logiques d'acteurs se confrontant et/ou coopérant sur un territoire. Elle se concrétise par la construction de compromis locaux entre acteurs (aussi bien privés que publics) et se caractérise par le degré d'articulation et de cohésion des différentes proximités institutionnelles qui spécifient le territoire. Le territoire constitue de ce fait un niveau pertinent pour coordonner les actions collectives. Les collectivités locales peuvent alors faciliter la coordination entre agents et sont donc acteurs à part entière des centres de coordination et décision des coalitions et négociations. Ceci suppose la participation effective de celles-ci.

La **participation** se rapporte à la capacité d'une personne à prendre part à une décision, à son exécution et à la jouissance de ses résultats. En matière de gouvernance locale, elle est l'intervention du citoyen dans la prise des décisions communales et aussi son apport au processus de développement de sa commune (**Dossou**, 2000). Ainsi, la **participation communautaire** est le processus sociologique suivant lequel les habitants d'une même

localité s'organisent et s'impliquent à l'échelle d'un quartier, d'un village ou d'une communauté voire du voisinage pour prendre en charge l'amélioration de leurs conditions de vie à travers des activités participant de l'accessibilité à leurs services sociaux de base. En promotion de la santé, elle se rapporte au processus suivant lequel, les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Définissant leurs besoins, ils développent la volonté de résoudre leurs problèmes communs en devenant des agents, des acteurs de leur propre développement en contribuant à son orientation et à sa gestion au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. Elle constitue *un processus social par lequel des groupes définis qui partagent les mêmes besoins et qui vivent dans une région géographique circonscrite, poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à leurs besoins* (Rifkin et al, 1988). La participation communautaire suppose, *la création d'occasions qui permettent à tous les membres de la communauté et à la société en général de contribuer activement, d'influencer le processus développemental ainsi que de partager équitablement les bénéfices du développement* (Midgley, 1981). En promotion de la santé, elle suppose que *la communauté participe à la planification, l'organisation, l'exécution et au contrôle des soins de santé, utilisant au maximum les ressources locales et nationales et d'autres ressources disponibles* (Agudelo, 1983). De par son but qui est l'engagement des communautés bénéficiaires à œuvrer pour la promotion de la santé et du bien-être général des populations et l'amélioration de la qualité des services et des soins qui leur sont offerts, la participation communautaire en promotion de la santé repose sur trois principes fondamentaux. Parmi ceux-ci, on peut citer :

- ✓ **le contrôle communautaire** qui se base sur la définition des pouvoirs des membres de la communauté face aux professionnels et élus locaux qui ne constituent que des facilitateurs dans la mise en place des interventions au niveau communautaire;
- ✓ **le renforcement des capacités communautaires** qui consiste à développer des connaissances, des capacités et aptitudes de la communauté à saisir, comprendre et à accepter les actions et activités en adéquation avec leurs problèmes sociaux et pouvant faciliter sa résolution grâce à la mise en place d'une relation de confiance entre acteurs de projet/programme et communauté ;
- ✓ **la consolidation communautaire** (Community building) qui tient à l'adaptation des projets de développement aux réalités du milieu de sorte que l'intervention soit basée sur le développement de la cohésion sociale, du soutien mutuel, du réseautage, de la coopération et de toutes sortes d'actions visant la qualité de vie de la communauté.

Au nombre des mécanismes ayant favorisés la participation communautaire au Bénin, on retrouve l'implication des **relais communautaires** dans le système de santé.

Le **relais communautaire** encore appelé **agent de service à base communautaire**, est un individu, ou un groupe d'individus, voire une association ou un agent de famille qui, résidant dans le village et choisie par les habitants, sert de lien entre les individus membres d'une famille, le village, la communauté et les services de santé. Pour ce faire, il accepte de consacrer une partie de son temps pour des activités d'intérêt communautaire, en vue de la réalisation des soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs dans l'aire de santé. Il peut donc être tout autant individu que groupe d'individus.

### 2.3. Etat de la question

Dans une logique de recherche scientifique, on est rarement le premier à entreprendre. Le champ thématique est souvent balisé par d'études appropriées ou d'études voisines. La revue de littérature constitue donc une étape cruciale pour tout chercheur. Celle-ci a permis de collecter des informations sur la gestion du système de santé notamment par rapport aux orientations en matière de santé communautaire et de la promotion de la santé. Des informations obtenues, il est à constater que la question de l'accès des populations aux soins de santé fait depuis quelques années, objet de réflexion par bon nombre d'auteurs. Ces réflexions, dans une mesure plus ou moins large, prennent en compte la problématique de la gestion faite du domaine sanitaire que cela soit du point de vue du pouvoir central que des institutions locales ou décentralisées. La santé et l'état de bien-être des populations sont étroitement liés au niveau de performance de leur système de santé qui tient compte des indicateurs bien spécifiques (réduction des inégalités, la qualité des soins ...). Dans cette optique, le « **Rapport sur la santé dans le monde** » (OMS, 2002) met l'accent sur l'importance des systèmes de santé, l'évaluation de leur niveau de performance, des sources de financement de ces systèmes et de leurs répartitions ainsi qu'un aperçu des moyens de protection du niveau de santé général.

Le système de santé de bon nombre de pays dont le Bénin, connaît encore des variations qui se doivent d'être contrôlées par les décideurs à divers niveaux afin de le perfectionner. Si la performance contribue à la création des ressources humaines par l'investissement et la formation, il n'en demeure pas moins qu'un accent particulier est également mis sur l'importance de la prise en compte des couches les plus vulnérables. Ces couches sociales sont confrontées à des inégalités, qui sont appréciées comme ne contribuant pas en sommes, à un meilleur système de santé des populations. Contextualisant le phénomène dans cette dynamique et y apportant des solutions, **Koukpo** (2005) a rapporté la situation au Droit de la

santé. S'appuyant sur lois constitutionnelles relatives à la protection sociale et les réformes effectuées dans le domaine de la santé, elle ressort les niveaux de l'organisation du système de santé béninois et le niveau de couverture de sanitaire comme facteurs explicatifs du phénomène et prône la décentralisation comme solution. Cette issue adoptée par le Bénin en acceptant la stratégie des SSP explique la structure pyramidale de son système de santé. Cette structure présente un niveau central ou national qui définit la politique nationale de santé du pays, le niveau intermédiaire ou départemental qui coordonne les activités sanitaires au plan national et enfin, le niveau périphérique qui constitue l'unité sanitaire la plus décentralisée.

La décentralisation suppose la gestion des services par les collectivités locales elles-mêmes et donc une forte participation communautaire. Or, les stratégies managériales des élus locaux face à la localisation des établissements et services socio-sanitaires dans le milieu rural fait état de trois "logiques de localisation". Ces logiques, expliquent **Negro** (1996) sont liées à la demande en services, une logique politique développée par les élus locaux désireux de créer des emplois et une logique économique fondée avant tout sur les coûts. Ainsi, mettent-ils en place des logiques stratégiques et coopératives qui coexistent. De ce fait, le choix du domaine d'action, des politiques à mettre en place et les décisions d'orientation des politiques de développement sont en rapport non seulement avec les rationalités des élus locaux mais aussi, à celle des PTF et de la rationalité du système même incluant les logiques d'intérêt individuel et communautaire. On observe aujourd'hui les relais communautaires utilisés dans le cadre de la promotion de la santé. Ces acteurs, désignés par leurs communautés, sont des individus qui participent à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations qui l'ont désigné en établissant un lien continu entre le centre de santé et les ménages.

Cependant de par leur statut de volontaire non salarié et d'individus polyvalents, très souvent, les relais s'investissent plus largement pour leur communauté, à travers différents groupements locaux. Ainsi, ils peuvent être d'actifs agents de développement de leur

commune, responsable d'activités sanitaires et sociaux à conditions qu'ils disposent des différents moyens nécessaire. Quel que soit la prise de conscience de l'individu, il ne lui suffit pas toujours de partager les intérêts de groupes, de la communauté pour agir. Bien au contraire, ces actions sont motivées par ses logiques propres et ces intérêts particuliers. Le relais communautaire, même s'il est pourvu de l'importance des intérêts, des biens que ces actions peuvent amener à la communauté, il n'en demeure pas que derrière ces actions se cachent ses propres intérêts qu'il essaie d'assouvir tout en respectant son contrat.

Dans une perspective d'action collective, le degré et le type d'organisation du groupe a une grande importance du fait qu'ils définissent les conditions de réussite ou d'échec. L'aptitude du groupe à déterminer l'indicateur de sélection de qui fait quoi quand et comment est primordiale. Dans une coalition PTF, État, pouvoir local, communauté, l'importance de la cohésion dans la définition des indicateurs sélectives de travail (choix des organisations, du relais communautaire, des responsables, etc....) est nécessaire pour la réussite de l'action à la base dont la participation communautaire. Certes chaque action est soutenue par des logiques d'actions individuelles qui conditionnent le choix des localités, mais sans la cohésion, l'action collective ne peut se résoudre. Selon **Crozier**, à l'intérieur d'une organisation, lorsque tout est parfaitement organisé, il n'y a plus de pouvoir. Or, en stratégie de la promotion de la santé, le conseil communal se doit de créer une ligne budgétaire d'appui aux relais communautaires dans son plan de développement communal. Cette situation confère à l' élu local une parcelle de pouvoir dans la gestion du système sanitaire car tous ceux qui contrôlent l'incertitude pertinente par rapport à l'objectif de l'organisation ont une possibilité d'exercer du pouvoir sur ceux qui dépendent du résultat. Au regard de ces situations la question de la gestion du relais communautaire au regard des logiques et pouvoirs soulève bien de questionnements.

## CHAPITRE II : CADRE PRATIQUE ET ITINERAIRE

### METHODOLOGIQUE

#### I. CADRE PRATIQUE

Le cadre pratique présente le cadre de la recherche et la délimitation thématique du sujet

##### 1.1. Cadre de la recherche

La présente recherche se donne pour cadre géographique la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun (DAA). Couvrant une superficie de 2570 km<sup>2</sup>, cette zone sanitaire est limitée au nord par la commune de Savalou, au sud par la commune de Zogbodomey, à l'est par les communes de Bohicon et de Za-kpota et à l'ouest par la commune de klouékanmey dans le département du Couffo et au nord-ouest par la République du Togo. Elle couvre 29 arrondissements dont 05 à caractères urbains pour 24 à caractères ruraux qui se subdivisent en 28 quartiers de ville pour 127 villages (Atlas monographique des communes du Bénin ; CID/CL 2001). Selon les statistiques du RGPH3, cette zone sanitaire comporte 184 agents de santé pour 282596 habitants soit 6,51 agents qualifiés pour 10000 habitants contre 25 agents de santé qualifiés pour 10000 habitants que prône la norme de l'OMS. La carte sanitaire de cette zone montre que des 29 arrondissements dont elle dispose 28 comportent au moins un centre de santé. Mais de ces centres de santé existant, 23 sont des centres de santé complets. Les autres constituent des dispensaires et/ou maternités isolées dont la performance montre encore des disfonctionnements. Aussi, bon nombre de ces formations sanitaires se situent à des distances considérables des villages voire des quartiers de ville. Afin d'assurer la santé pour tous ses habitants de façon équitable, cette zone a le mérite d'avoir plus de 130 relais communautaire à son actif dont la supervision et le monitoring est sous l'égide des centres de santé les plus proche du village où s'effectue l'activité du relais.

Les délimitations géographiques de cette zone sanitaire se présentent comme l'indique la figure suivante :

**Figure N°2 :** Carte de la zone sanitaire DAA



---

**Source :** DDS Zou-Collines, ZS DAA, Annuaire des statistiques 2010

## 1.2. Délimitation thématique

Le présent sujet de recherche intitulé *logiques et gestion du Relais Communautaire dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun* peut constituer le champ d'investigations de plusieurs disciplines. En socio-anthropologie de la santé, il convient de dire que ce sujet cherche à questionner l'organisation au niveau local dans le processus de facilitation de l'accès des populations (même les plus vulnérables) aux soins sanitaires. Cependant, dans l'ancrage de la sociologie du développement, ce sujet se place certes dans le processus de la socio-anthropologie de la santé, mais l'oriente beaucoup plus vers les questions comment et pourquoi ? Il s'agit d'ancrer les réflexions sur l'analyse des conséquences de dépendance d'un système de santé par rapport à un système politique dans un contexte de transition démographique prônée par la division du travail de Durkheim et de l'évolution du fait social suivant la conception wébérienne tout en y circonscivant les productions d'inégalités.

## II. ITINERAIRE METHODOLOGIQUE

Les connaissances scientifiques se distinguent des connaissances quotidiennes par la rigueur des règles méthodologiques à appliquer lors du processus de formalisation (**Mongbo et al**, 1992). De ce fait, l'adoption d'une démarche méthodologique est indispensable à toute recherche et lui confère une validité scientifique. Le positionnement méthodologique de cette recherche est la suivante

### 2.1. Nature de la recherche

La présente recherche s'inscrit dans une dimension **qualitative**. L'espace social où s'opèrent les interactions entre institutions et acteurs de santé est un niveau d'investigation pour lequel l'enquête de terrain intensive est particulièrement adaptée. L'approche qualitative vise à *décrire les perceptions des acteurs de l'intérieur afin de contribuer à une meilleure compréhension des réalités sociales* (**Flick et al**, 2009). Ce type d'enquête permet d'avoir un

point de vue plus proche des acteurs à entretenir. Cette recherche vise avant tout à comprendre les différentes logiques autour de la création des partenariats conditionnant la mise en place du choix, du paquet d'activités et de la gestion du Relais communautaire, les relations existant entre les acteurs, les instances de décision et la population afin de cerner la part de chaque acteur dans le processus de la participation communautaire. Utilisant les données empiriques, elle sert de socle à la compréhension des problèmes de la gestion de la participation communautaire notamment la part du relais communautaire et les processus voire les cheminements d'accès à ce poste. Il faudra ainsi, interroger dans ce milieu, les opinions, les perceptions, les convictions, les croyances, les désirs... des relais communautaires, des populations, des élus locaux, des PTF, des associations villageoises... afin de cerner les logiques liées à la participation communautaire, au travail du relais.... Cette investigation ouvre le cadre d'une analyse rétrospective des conditions de mise en place du relais communautaire, ainsi qu'une visibilité sur les logiques et jeu de pouvoirs entre les acteurs impliqués dans la gestion de la santé communautaire. Cependant cette recherche qualitative est transversale et fait recours à des données quantitatives. Il est question de creuser les statistiques liées à la fréquentation des centre de santé, du ratio population agent de santé/population, centre de santé/population en vue de faire une analyse en profondeur des données pour avoir une visibilité sur l'implication de chaque système voire acteur.

## **2.2. Groupe cible et échantillonnage**

Le cadre de cette recherche présente une population diversifiée. Elle ne prenant pas en compte toutes les caractéristiques de l'ère, il est important de ressortir les acteurs auxquels il fait recours dans la collecte des données

### **2.2.1. Groupes cibles**

Le groupe cible de cette recherche forme une population largement diversifiée. Il est constitué d'acteurs à divers niveaux qui sont impliqués directement ou indirectement dans la

gestion du relais communautaire dont les acteurs institutionnels, les prestataires de services, les collectivités locales, les bénéficiaires des services

- ✓ Sur le **plan institutionnel**, il a été entretenu les responsables du service de la santé communautaire du ministère de la santé, la coordination de la zone sanitaire, les organisations intervenant dans la zone sanitaire et dont les activités sont en relation avec la promotion de santé (Terre des hommes, Unicef, Africare)

Ces acteurs ont été choisis pour cerner les axes stratégiques des plans et programmes en matière de santé communautaire qui sont en relation avec la promotion de la santé. Ces axes permettent de circonscrire les acteurs impliqués ainsi que le champ d'action de chacun dans la gestion du relais communautaire.

- ✓ Au niveau **des prestataires de services**, les relais communautaires, les agents de santé et les membres du conseil de gestion des centres de santé (COGES) sont entretenu.

Le choix de ces acteurs s'explique par le fait qu'ils sont les principaux participants, qui en temps normal, jouent un rôle important dans le processus même de la participation communautaire. Ils l'organisent à leur niveau, la subissent et la gèrent. Ainsi, il est nécessaire de recueillir leurs aspirations, leurs perceptions et leur organisation afin de mettre en exergue les difficultés et les interactions engendrées. Ainsi, ils sont consultés afin de recueillir les informations par rapport à l'organisation pratique de la promotion de santé, les prestations fournies, les logiques autour de la gestion, la prise en charge du relais communautaire ainsi que les relations et interactions sus générées

- ✓ les **collectivités locales** entretenues sont constituées de des acteurs des services décentralisés sont les mairies, et les chefs d'arrondissements et de village.

Ces acteurs ont été entretenus du fait que la décentralisation leur octroie la participation aux activités de santé de leurs communes. De même, la promotion de la santé insiste sur l'accompagnement des mairies dans le processus de la motivation des relais communautaires. Ainsi, les mairies, les chefs de villages et d'arrondissement ont été entretenus pour cerner le processus de sélection, du suivi, de définition et de prise en charge des motivations du relais communautaire

- ✓ les **bénéficiaires** que sont les populations, sont entretenus pour cerner les perceptions et représentation du relais communautaire ainsi que les actions effectuées par ceux-ci.

En effet, le relais communautaire est avant tout un membre de la communauté. Etant une interface entre celle-ci et les centres de santé, il est nécessaire de savoir les représentations que la communauté a du relais, des activités qu'il effectue, les aspirations de celle-ci et les points de distorsions dans les activités.

### **2.2.2. Echantillonnage**

La technique d'échantillonnage est l'ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous ensemble d'une population (**Angers, 1992**). Cet ensemble doit alors être représentatif de la population choisie. Le sujet faisant objet de recherche porte sur un cadre restreint et des acteurs spécifiques. La collecte des données empiriques ne pouvant atteindre toute la population, il a été question de recourir aux techniques d'échantillonnage admis dans les recherches en sciences sociales. En raison de la **dimension qualitative de la recherche**, la constitution de l'échantillon est faite à partir des informations privilégiées. L'échantillon des personnes à interroger individuellement et/ou collectivement est fait à l'aide des principes de diversification. Les techniques non probabilistes de **choix raisonné**, et de **quota simple** sont celles adoptées.

Encore appelé échantillonnage typique ou intentionnel, le **choix raisonné** est une technique qui permet au chercheur d'avoir à l'avance une idée sur les personnes à choisir en vue d'avoir des informations fiables sur son sujet. Attribué aux **acteurs institutionnels**, et aux **collectivités locales** il a permis d'avoir des informations sur les activités effectuées au niveau institutionnel et au niveau décentralisé dans le cadre de la promotion de la santé.

L'échantillonnage par **quotas simple** est une technique de constitution d'un échantillon qui vise à reconstituer un modèle réduit de la population à étudier. Pour être représentatif, l'échantillon doit se répartir selon les mêmes caractéristiques et les mêmes proportions que la population totale. Il s'agit de faire des pourcentages réservés à des catégories sociales données en tenant compte des variables prédéfinies. Il a été utilisé auprès des **prestataires de service** et des **bénéficiaires** en tenant compte de leur titre, niveau de formation, ancienneté et activités dans le milieu de recherche.

Toutefois, il est à noter du fait que cette zone sanitaire présente trois communes ayant des caractéristiques sociodémographiques différentes, la répartition des enquêtés suivant les communes tient compte de la couverture sanitaire et de la situation géographique des centres de santé par rapport aux villages. La taille de l'échantillon est assortie à la saturation de l'information recherchée et liée aux hypothèses et objectifs de recherche. La répartition des enquêtés suivant les groupes cibles se présente comme suit :

**Tableau I : Répartition des enquêtés suivants les groupes cibles et la taille de l'échantillon**

<b>Groupes cibles</b>	<b>Enquêtés</b>	<b>Techniques d'échantillonnage utilisées</b>	<b>Taille de l'échantillon</b>	<b>Pourcentage</b>
-----------------------	-----------------	---	--------------------------------	--------------------

Groupes cibles	Enquêtés	Techniques d'échantillonnage utilisées	Taille de l'échantillon	Pourcentage
Acteurs institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terre des hommes</li> <li>• UNICEF</li> <li>• Africare</li> <li>• Service santé communautaire (MS)</li> <li>• Coordination ZS</li> </ul>	Choix raisonné	04	05%
Prestataires de service	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agents de santé</li> <li>• Relais communautaires</li> <li>• Membres COGES</li> </ul>	Quotas simple	49	57%
Collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef village</li> <li>• Chef d'arrondissement</li> <li>• Service décentralisé</li> </ul>	Choix raisonné	12	14%
Bénéficiaires	Population à la base	Quotas simple	21	24%
Total			86	100%

### 2.3. Techniques et outils de collecte des données

Face à la problématique posée, on comprend qu'une seule technique, qu'un seul instrument ne peut permettre de collecter les informations nécessaires et suffisantes pour cerner la question. C'est pourquoi, il a été procédé à une triangulation de plusieurs techniques et méthodes pour appréhender les aspects possibles de la problématique. Au nombre de ceux-ci nous pouvons citer l'observation, la recherche documentaire et l'entretien.

#### 2.3.1. La recherche documentaire

Les données documentaires représentent le point de départ le plus sûr et le plus commode de toute enquête en particulier celle sociologique. Elle est en amont et en aval de

toute recherche en sciences sociales. Elle permet de faire le point des travaux en relation avec le sujet de recherche en vue de mieux élaborer les concepts qui vont guider la collecte des données empiriques ainsi que leur analyse tout au long de la recherche. Pour ce faire, des centres de documentation ont été explorés en vue d'une lecture minutieuse au moyen des **fiches de lecture**. L'essentiel est résumé dans le tableau suivant :

**Tableau II : Bibliothèques et centres de documentation parcourus**

<b>Bibliothèques et Centres de documentation</b>	<b>Types de documents</b>	<b>Données recueillies</b>
Bibliothèque du Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport d'activités</li> <li>• Mémoires</li> <li>• Actes de colloque</li> <li>• Ouvrages généraux</li> <li>• Articles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essais et données sur la santé communautaire</li> <li>• Historique et Importance de la santé communautaire dans l'application des SSP</li> <li>• Processus entrepris</li> </ul>
INFOSEC	Ouvrages généraux	Données démographiques
Bibliothèque de la FLASH/UAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mémoires soutenues</li> <li>• Rapport C<sub>2</sub></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthodologie et techniques de recherche, conceptuelles</li> </ul>
INSAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents démographiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données statistiques</li> </ul>
Bibliothèque de la DDS Z-C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvrages généraux</li> <li>• Articles</li> <li>• Rapports d'activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations sur la carte sanitaire de la zone sanitaire DAA</li> <li>• Mécanismes d'implantation et de gestion de la santé communautaire</li> <li>• Profil, droits et devoirs du RC</li> <li>• Partenaires techniques et financiers</li> </ul>

Cet exercice a permis de mieux cerner les contours du sujet et de connaître les évolutions qu'il a déjà connu dans le temps. Au-delà des centres de recherche, une exploration

de l'internet n'a pas été occultée afin de s'informer sur les dynamiques et évolution autour de la question dans d'autres aires géographiques.

### 2.3.2. L'entretien

L'entretien est une technique qui permet la collecte des informations et des données sur la base du discours des enquêtés, de leurs histoires, de leurs conceptions, désirs et perceptions. L'outil de collecte des données a été **le guide d'entretien**. Dans le cadre de cette recherche, l'entretien libre, l'entretien semi-structuré, le focus group ont été utilisés

**L'entretien semi structuré**, consiste à avoir un ensemble de thématiques sur lesquels le chercheur doit obtenir des informations. Il s'articule en des questions ouvertes déjà préparées par l'enquêteur qui peut cependant en ajouter d'autres si nécessaire. Il a été utilisé auprès des **acteurs institutionnels** et des **collectivités locales**

**L'entretien libre** favorise l'interaction directe dans le face à face entre enquêteur et enquêté. Il est exploité afin d'apporter une certaine profondeur à l'information obtenue. Il a été utilisé pour les **prestataires de services**. Il permet de mieux cerner les acteurs dans leurs différentes logiques, rôles et interactions.

**Le focus group** est une technique utilisée pour les recherches qualitatives qui prend forme au sein d'un groupe spécifique culturel, sociétal ou idéologique, afin de déterminer la réponse de ce groupe et l'attitude qu'il adopte au regard d'un produit, d'un service, d'un concept ou de notices. Développée par **Kurt LEWIN** elle est utilisée dans les enquêtes de sondage pour refléter l'interaction entre les attitudes des participants et le processus social au sein du groupe. Il est utilisé ici pour comprendre les habitudes des populations en matière de protection de santé dans ses usages sociaux et cheminements thérapeutiques assorties des représentations de la maladie et des activités des relais communautaires. Il s'agit de mieux comprendre non seulement la perception du RC par les populations et de cerner les activités et apport du RC aux populations en matière de sauvegarde de la santé.

### **2.3.3. L'observation**

**L'observation** est une technique qui permet au chercheur d'entrer en contact direct avec le fait et de l'étudier dans son milieu, dans son contexte, dans le temps et l'espace. Elle conduit le chercheur à se familiariser avec une réalité spécifique de manière à comprendre, à décrire son environnement et les événements qui s'y déroulent par l'immersion. C'est un mode particulier de production de connaissance qui passe par l'essentiel des interactions entre le chercheur et son milieu d'étude. Il s'agit dans le cadre de cette recherche de décrire l'organisation des rapports entre relais communautaires et agents de santé, les cheminements thérapeutiques ainsi que l'occupation spatiale des centres de santé et leurs fréquentations par les populations. Il est surtout question de se pencher sur les rapports de pouvoir entre les acteurs afin de faire ressortir les zones d'incertitudes qui constituent des failles dans les règles, défaillances techniques, pressions économiques qui empêchent le déroulement des objectifs de l'organisation. La force de ces zones relève des intérêts des acteurs à masquer leurs véritables objectifs afin de conserver une certaine capacité de négociation. Ainsi, un comportement imprévisible de la part des acteurs réduit le pouvoir de celui qui édicte les règles et cherche à les faire appliquer. De même, si le régulateur cherche à accroître le nombre de règles pour canaliser le comportement des acteurs, il peut engendrer un effet pervers en faisant dévier les motivations des acteurs visés de leur but initial. Dans le cadre de cette recherche, **l'observation directe** a été utilisée et faite au moyen d'une **grille d'observation**.

## **2.4. Techniques de dépouillement, traitement et analyse des données**

### **2.4.1. Techniques de dépouillement et traitement des données**

Le dépouillement des données de terrain a été manuel. Il a constitué à regrouper les données d'enquête par catégories suivant les différentes articulations des guides d'entretien. Pour ce faire, les entretiens sont transcrits. Le report des données s'est fait au fur et à mesure de la collecte des données. Elles sont sélectionnées, inventoriées et numérotées en fonction

des critères de la pertinence, la qualité et/ou la nature argumentative de l'information. Il a permis d'identifier, et de classer les différentes informations obtenues à travers les outils de collecte sus énumérés. Une fois cet exercice achevé, les informations sélectionnées sont organisées en fonction des hypothèses de la recherche. Afin, de mieux réussir l'exercice, les logiciels Word, servant à la transcription des entretiens, Epi Data, pour construire une base de donnée, et SPSS afin d'en faire une analyse statistique, ont été utilisés.

Le **traitement des données** a été fait à partir de l'analyse du contenu en mettant un accent particulier sur les propos des acteurs tels que recueillis lors de l'enquête. C'est une technique de traitement de données préexistantes par le recensement, la classification et la quantification des traits d'un corpus. Il s'agit de croiser les informateurs afin de ne pas être prisonnier d'une seule source. Pour ce faire, il a été question de rechercher les discours contrastés, de faire l'hétérogénéité des propos sur l'objet de recherche, de s'appuyer sur les variations en vue de bâtir une stratégie de recherche sur la quête des différences significatives. Ainsi, la triangulation des données a servi de procédé de validation. Les données dépouillées et analysées du terrain ont été constamment confrontées avec des données documentaires préalablement obtenues.

#### **2.4.2. Analyse des données**

Face à la nécessité de mieux appréhender l'organisation collective autour de la gestion du relais communautaire, les perceptions, les interactions, les influences entre les acteurs et les problèmes sous-jacents, la démarche compréhensive a été adoptée. Elle consiste à rendre compte des actions sociales qui sont orientées subjectivement et ont un sens pour l'acteur (Alpe et al, 2007). L'identification des thèmes et la construction de la grille d'analyse se sont effectuées à partir des hypothèses de notre recherche. Elles procèdent donc d'une itération entre hypothèses et corpus. Cette grille d'analyse doit autant que possible être hiérarchisée en thèmes principaux et thèmes secondaires (spécification) de façon à décomposer au maximum

l'information, séparer les éléments factuels et les éléments de signification, et minimiser les interprétations non contrôlées. La grille d'analyse est un outil explicatif visant la production de résultats de l'enquête. Une fois les thèmes et items identifiés, la grille construite, il s'agit de découper les énoncés correspondants et les classer. Ces énoncés sont des unités de signification complexe et de longueur variable (membre de phrases, phrases, paragraphes...). Enfin procéder à l'analyse et l'interprétation des résultats de la grille d'analyse. Pour ce faire l'analyse des données a pris en compte l'individu en relation avec le système, les logiques qui sous-tendent les actions, les relations et jeu entre les acteurs. De ce fait, la combinaison de l'individualisme méthodologique, l'acteur et la logique d'action associée à la théorie du jeu des acteurs est un levier important pour l'analyse des mécanismes autour de la gestion du relais communautaire.

**L'individualisme méthodologique** est un paradigme sociologique d'analyse de la réalité sociale qui considère que les ensembles sociaux sont des métaphores qui n'existent que dans l'esprit humain et n'ont pas d'autres substances que celle des individus qui les composent. C'est dire que les phénomènes collectifs peuvent être décrits et expliqués à partir des propriétés et des actions des individus et de leurs interactions mutuelles (**Laurent, 1994**). Il explique les réalités sociales suivant que les phénomènes collectifs soient réduits aux actions, interactions, buts, espoirs et pensées des individus et aux traditions créées et préservées par eux. Le principe de l'individualisme méthodologique consiste à reconstruire les motivations des individus concernés par le phénomène étudié et d'appréhender ce phénomène comme le résultat de l'agrégation des comportements individuels dictés par ces motivations. Il implique trois notions fondamentales: la notion d'émergence, corollaire de la notion d'agrégation; la notion de modèle, procédure indispensable de simplification face à la multitude des cas de figure singuliers; la notion de rationalité, liée au postulat de motivation compréhensible. Dans le cas spécifique de la gestion du relais communautaire, chaque acteur y intervenant a des buts

et intérêts spécifiques. Mais l'organisation et les actions émises sont issues des interactions issues des dispositions, croyances, ressources et relations entre les acteurs. Ce qui met l'acteur face à une situation qui y développe et réoriente son système. Ceci suppose que face à ses motivations et suivant sa position stratégique, les acteurs intervenant dans la gestion du relais communautaire orientent leurs actions et lui donnent une dimension spécifique ou un nouveau visage suivant leurs intérêts particuliers. Cette situation conduit au développement des logiques.

**La logique d'action** est une théorie sociologique de l'action collective qui se réfère à l'articulation entre l'acteur stratégique, historique et culturel d'une part et le contexte ou la situation d'action d'autre part (**Amblard** et al, 1996). Toute action que développe un individu est soutenue par une logique par lequel l'acteur est d'une certaine façon mis en scène et contraint par le système d'activités dans lequel il est, et vis-à-vis duquel il se positionne et établit des stratégies. Ces logiques régissent le système culturel et social et constituent la toile de fond de l'activité de l'acteur, son espace de jeu, et les règles, contraintes, normes qu'il doit prendre en compte pour bâtir sa stratégie et se positionner en tant qu'acteur dans le champ social. Dans cette perspective, la compréhension des actions des acteurs sociaux nécessite la maîtrise des logiques autour desquelles elles se forment. Ainsi, la logique d'action explique les phénomènes sociaux en les reliant aux interactions qui permettent aux logiques d'actions de se matérialiser. Il est alors nécessaire de cerner les composantes, tant structurelles que dynamiques et stratégiques qui génèrent les logiques. Ceci suppose que les acteurs intervenant dans la gestion du relais communautaire ont une rationalité stratégique qui les conduit à adopter des comportements offensifs ou défensifs pour arranger ses intérêts quels qu'ils soient dans le cadre du jeu organisationnel qui se déploie (**Friedberg** et al, 1994). Pour ce faire, la logique d'action explore chez l'acteur six dimensions essentielles dont celle stratégique, celle

sociale et historique, celle identitaire, celle culturelle, celle collective ou groupale et celle pulsionnelle.

S'il est vrai que ces deux approches combinées ne font que l'état du modèle théorique d'analyse, il n'en demeure pas moins que pour mieux cerner les problèmes liés à la gestion du relais communautaire, il faudrait confronter le modèle théorique d'explication de cette réalité au modèle pratique. Pour ce faire, cette recherche utilise comme outils la Matrice de Diagnostic Stratégique qui utilise neuf variables et sept paliers. Ces variables sont constitués des faits porteurs, des acteurs, des tendances lourdes, des incertitudes critiques, des stratégies passées et présentes, des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces. Les paliers en profondeur de la réalité sociale sont composés de l'économie, du social, du politique, de l'environnement, de la culture, de la technologie et éventuellement du genre.

### **2.5. Organisation de la recherche**

L'enquête exploratoire est indispensable pour les recherches en sciences sociales. Elle consiste en des lectures des entretiens exploratoires avec des personnes ressources. Elle a aidé à la construction de la problématique de recherche. Les lectures et entretiens exploratoires ont servi à trouver des pistes de réflexion, des idées, des hypothèses et objectifs de travail mais aussi à découvrir les dimensions et les aspects à prendre en considération.

L'enquête proprement dite a consisté en la collecte des données sur le terrain au moyen des outils élaborés. Ces données ont été recueillies autant chez les groupes cibles qu'auprès des personnes ressources. L'accent a été mis sur les données qualitatives mais aussi sur les données quantitatives. Le déroulement de la recherche est assorti d'un chronogramme répartissant les périodes et temps impartis à chaque activité. Ce chronogramme se présente comme

suit :

**Tableau III : Planning de la recherche**

Activités	2012	2013												2014
	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier
Exploration et documentation														
Rédaction du protocole														
Soumission du protocole au directeur pour approbation														
Collecte des données empiriques														
Dépouillement et analyse														
Retour sur le terrain pour information complémentaire														
Rédaction du mémoire														
Dépôt du mémoire pour approbation														
Dépôt du mémoire pour soutenance														

Toutefois, ce calendrier n'a pas connu une utilisation exhaustive. Des chevauchements ont été faits sur des activités

**DEUXIEME PARTIE:**

**LOGIQUES ET DYNAMIQUES AUTOUR DE LA  
GESTION DU RELAIS COMMUNAUTAIRE**

## CHAPITRE III : LOGIQUES ET ACTIVITES DU RELAIS

### COMMUNAUTAIRE

Ce chapitre met en exergue le contexte historique et institutionnel du relais communautaire ainsi que les dynamiques que connaît son activité

#### I. CONTEXTE HISTORIQUE ET INSTITUTIONNEL DU RELAIS COMMUNAUTAIRE

Le contexte historique et institutionnel du relais communautaire renvoie des soins de santé primaires à l'institution du relais communautaire

##### 1.1. Des soins de santé primaires à la promotion de la santé

Suite aux inégalités observées en matière de santé et la pauvreté grandissante rendant difficile l'accès aux services sociaux de base au détour de la deuxième guerre mondiale, les réflexions de mouvements pour la justice sociale se sont soldées par la déclaration de 1974 portant la création d'un nouvel ordre économique international. Cet ordre vise l'interdépendance de l'économie mondiale et préconise le transfert d'aide et de connaissance pour inverser la tendance à l'accentuation du clivage économique et technologique entre pays industrialisé et pays en développement dont la croissance a été entravée par la colonisation. Dans ce sillage, 134 pays et 67 ONG se sont réunis pour travailler sur le thème unique de la santé et du développement international qui s'est soldé en 1978 par la **déclaration d'Alma-Ata** portant sur les soins de santé primaires. Ces soins sont considérés comme la clé de la réduction des inégalités en matière de santé entre les pays et en leurs seins. Cette déclaration appelle tous les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leurs systèmes nationaux de santé. Elle insiste sur l'importance des soins de santé communautaire qui reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. Le but de ce modèle est de rapprocher

le plus possible les soins de santé de la communauté. Son objectif est de favoriser l'autosuffisance des individus au sein d'une communauté et leur participation au fonctionnement des programmes de soins.

La stratégie des **soins de santé primaires** consistent à faire participer la collectivité et utiliser les ressources humaines et matérielles locales pour assurer un éventail de services curatifs et préventifs et appliquer des mesures de promotion de la santé à la fois accessibles et abordables pour la population locale. Cette stratégie est axée sur des principes directeurs dont

- ✓ accessibilité optimale
- ✓ utilisation des ressources locales
- ✓ participation de la population cible à la planification et la mise en œuvre
- ✓ intégration des services préventifs et curatifs
- ✓ rationalisation des structures de santé (adéquation de la technologie, du financement et de la gestion)
- ✓ Coopération intersectorielle

Le Bénin a adopté la stratégie des soins de santé primaire en 1980 du fait qu'elle constitue pour lui, la stratégie d'entrée dans un système qui offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins (**Macinko 2003**). Avec les difficultés que revêt l'atteinte de l'objectif principale de la déclaration d'Alma-Ata qu'est *la santé pour tous en l'an 2000*, la **déclaration de Harare** en 1987 établie le modèle du district sanitaire comme stratégie de référence pour organiser et développer les services de santé. De même **l'Initiative de Bamako** tenu par l'UNICEF qui insiste sur la tarification des soins et surtout la participation communautaire dans la gestion des ressources, notamment les médicaments essentiels désormais vendus aux usagers, sont venus l'appuyer.

Cependant, des décennies après l'adoption de cette stratégie, force est de constater que les différentes réformes et la mise en œuvre de nombreux programmes dans le secteur de la santé n'ont pas fondamentalement amélioré les indicateurs de la santé maternelle et infantile. Ce phénomène étant commun à bon nombre de pays, les conférences et déclarations de **Kinshasa** en 1990, portant sur le financement de la santé communautaire, **Brazzaville** en 1992 sur la promotion du développement de la santé communautaire, de **Mexico** en 2000, **Harare** en 2001 se sont soldées par l'engagement des Chefs d'État africains au Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes à **Abuja en 2001 à allouer au moins 15 % des budgets nationaux à la santé d'ici 2015**, et la décision des Chefs d'État de l'Union africaine en **juillet 2004 à Syrte, en Libye, d'accélérer la mise en œuvre des initiatives sur la survie de l'enfant dans la Région africaine**.

De ce fait plusieurs initiatives de réorganisation de l'application des composantes des soins de santé primaire ont été mise en œuvre. Parmi elles on peut noter l'érection du service de l'Initiative de Bamako en Direction des Soins de Santé Primaires, la mise en place d'un groupe thématique de réflexion sur les SSP et le développement des zones sanitaires, la mise en œuvre du plan de relance de la supervision et du monitoring, l'élaboration des documents des Paquets d'Intervention à Haut Impact (PIHI), et les directives nationales de santé communautaire (relais communautaires, mutuelles de santé etc...) le maintien des acquis des SSP (recouvrement des coûts) les politiques de gratuité des soins et le démarrage du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). L'application de ces initiatives se traduit au Bénin par plusieurs stratégies d'orientation de la politique nationale de la santé parmi lesquelles on peut citer l'adoption au détour des années 2003 de **la promotion de la santé communautaire** qui dans l'ordre de l'amélioration du paysage des indicateurs en santé consiste à :

- ✓ renforcer les systèmes de santé de district afin de toucher et de soutenir les communautés;
- ✓ aider les communautés à accélérer les interventions qui se sont révélées efficaces et à les rendre durables ;
- ✓ intégrer les agents de santé communautaire dans les programmes nationaux de développement des ressources humaines pour la santé, particulièrement en apportant l'appui technique approprié par la formation, l'encadrement et la supervision de soutien ;
- ✓ fournir à temps et en administrant efficacement les produits pharmaceutiques, les médicaments et les fournitures appropriés et abordables au niveau des communautés ;
- ✓ fournir les infrastructures sociales de base (telles que l'eau, l'assainissement, les routes) qui encouragent et facilitent la participation active de la communauté à la protection et à la promotion de la santé ;
- ✓ élaborer des programmes pour faire face aux déterminants sociaux de la santé tels que la pauvreté, les pratiques culturelles, l'analphabétisme, la malnutrition et les modes de vie;
- ✓ encourager et soutenir la collaboration effective au sein du secteur de la santé et des autres secteurs qui ont un impact sur la santé, à savoir l'agriculture, l'éducation, l'environnement, l'assainissement et l'eau.

Dans cette optique, le Bénin à l'instar d'autres pays africains, a adopté en **2008 une politique nationale de promotion de la santé** dont l'un des aspects fondamentaux est l'implication de la communauté dans la prise en charge de leurs besoins en matière de santé.

## **1.2. Contexte historico-institutionnel du relais communautaire**

Suite à l'adoption de la déclaration d'Alma Ata portant sur la stratégie des soins de santé primaires, la réflexion entamée à la Conférence de Lusaka et poursuivie à la Conférence

d'Harare a conduit à la recommandation de la création, dans chaque pays, d'entités opérationnelles de mise en œuvre des soins de santé primaires appelés districts sanitaires et disposant d'une large autonomie dans la planification et la gestion des activités du niveau périphérique. Ces réformes avaient pour objectif primordial de garantir une meilleure accessibilité de la grande majorité de la population aux services de soins de qualité. Les réformes effectuées au Bénin ont conduit à la création des UVS qui sont dirigées par les comités villageois de santé. Ces unités étaient organisées autour des matrones et d'agents communautaires de santé. Elles ont été créées pour ramener les formations sanitaires plus proches de la communauté et être des instruments de mobilisation des communautés pour l'auto-prise en charge des questions de santé au niveau le plus périphérique.

Avec les difficultés financières et les exigences de la performance du système de santé, la gestion des UVS fut confiée aux infirmiers. Cette situation qui d'une part fait apparaître les problèmes d'équité et de la collaboration intersectorielle entraîne des distorsions dans la réalisation des soins de santé primaire. D'autre part, les taux de mortalité maternelle et infantile relativement élevés et le taux de fréquentation des formations sanitaires relativement faibles malgré les efforts en matière de couverture sanitaire posent le problème de l'accessibilité financière et culturelle des soins de santé. Au regard de cette situation, il s'est avéré indispensable de développer des activités à base communautaire afin de rapprocher les services des communautés et des mères par le biais d'agents/structures communautaires qui jouent un rôle d'interface entre les structures de santé et les communautés. Ces constats ont conduit le Bénin à opter pour la promotion de la santé au niveau communautaire. Cette promotion issue de la déclaration de Mexico en 2000, propose d'aborder les déterminants sociaux de la santé, de renforcer les mécanismes de collaboration entre tous les secteurs et à tous les niveaux de la société, et préconise l'établissement de politiques publiques saines dans tous les pays, à la recherche de l'équité. Ces déterminants qui constituent les circonstances

dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, reflètent les choix politiques et relation avec la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.

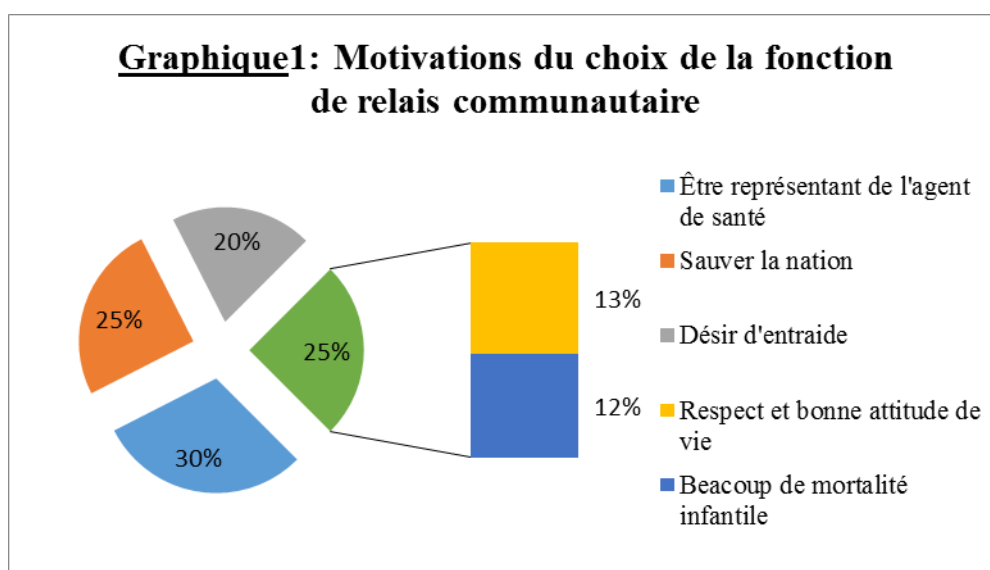
Même si l'initiative du relais communautaire remonte à l'adoption des Soins de Santé primaire avec l'introduction dans le système de santé des Agents de Service à Base communautaire et des acteurs servant de pont entre la communauté et les centres de santé dans la prise en charge des affections clés, il n'en demeure pas moins que la promotion de santé est venue renforcer ses attributions. Avec la collaboration intersectorielle la gestion du relais est ancrée dans un processus de cogestion qui met sur la scène les acteurs de la zone sanitaire, les élus locaux et la communauté.

## II. DYNAMIQUES AUTOUR DE L'ACTIVITE DU RELAIS COMMUNAUTAIRE

Le taux moyen de fréquentation des centres de santé dans la zone sanitaire DAA est de 41,2% en 2010. Cette situation s'explique d'une part par l'effectif des agents de santé par rapport à la population. D'autre part, les distances entre les centres de santé et les villages qui peuvent aller de l'ordre de 05km voire 10km et plus y sont aussi des facteurs explicatifs. Pour pallier à ce phénomène afin de réduire les inégalités en santé, il est indispensable qu'un agent assure le pont entre les formations sanitaires et la population. Or, " être un agent, c'est pouvoir déployer continuellement, dans la vie quotidienne, une batterie de capacités causales, y compris celles d'influencer les capacités causales déployées par d'autres agents" **Giddens** (1987). Ceci Le relais communautaire est un agent chargé de la supervision de l'état de santé de la population. Le choix d'adhérer à cette fonction dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun fait apparaître plusieurs aspects qui permettent à l'acteur de s'identifier par obligation statutaire ou volonté personnelle et aux objectifs de l'institution qu'il sert par des interlocuteurs extérieurs (**Bellier**, 1997).

## 2.1. Motivation autour du choix de la “fonction” de relais communautaire

Le relais communautaire de la zone sanitaire DAA est un individu hybride, à la fois porteur de son individualité, mais aussi représentant de diverses configurations d’individus dont l’intensité des liens créent des entités propres avec des institutions, des normes et des objectifs spécifiques. Il n’intègre point le système de santé communautaire uniquement pour le désir de sauver des vies humaines et de faciliter l’accès aux soins de santé à toute la communauté. Bien au contraire, les motivations du choix de la profession de relais communautaire sont diverses. Elles partent des intérêts particuliers de l’acteur notamment en matière de capital symbolique et s’assemblent avec ceux de ses arènes stratégiques d’appartenance. Le graphique suivant présente les motivations du choix de l’activité du relais communautaire par le relais de la zone sanitaire DAA.



La lecture de ce graphique montre que l’adhésion à la fonction du relais communautaire intègre plusieurs axes qui répondent tant aux besoins individuels et personnels qu’à des intérêts stratégiques émanant des réseaux sociaux. Bien que les motivations d’assertion au poste de relais communautaire se basent sur quatre (04) axes dans la zone sanitaire DAA, il n’en demeure pas moins que les raisons majeures obtenues dans les entretiens relèvent

beaucoup plus de l'acquisition du statut d'agent de santé au sein de la communauté comme le montre les propos suivants

*En 1994, les agents de l'OMS ont annoncé que beaucoup d'enfants et de femmes mouraient par faute de soins. Les nombre des agents de santé est faible pour pouvoir assurer la prise en charge de toute la population et les centres de santé très peu et très loin de la population. Il fallait des agents pour jouer le rôle des agents de santé. C'était une aubaine pour moi car ça permettait d'être le soignant, le garant de la santé aux seins de sa communauté*

*Propos d'ATINKOSSE, entretien obtenue à Djidja le 23 Juillet 2013*

Cette distinction accordée à ce profil témoigne de la perception faite par la population de la fonction d'agent de santé. La représentation afférente à cette fonction accorde à l'acteur l'exerçant un capital symbolique constitué de *titre de noblesse*, détenteur de pouvoir pouvant influencer sur la survie du patient.

*Le relais communautaire est lui aussi un "doto" car il fait ce que les "doto" font. Si on ne les respecte pas, en cas de maladie, il peut te laisser mourir ou laisser un proche mourir quand tu ne fais pas ce qu'il dit et t'en tenir pour seul responsable*

*Propos de dame AZOUASSI, entretien tenu à Agbangnizoun le 26/09/13*

L'obtention de ce capital symbolique amène l'individu à postuler pour le poste de relais communautaire. Ceci s'explique par les effets des limites institutionnelles d'assertion au poste d'agent de santé qui poussent **30%** des acteurs à affirmer exercer la fonction de relais communautaire afin d'être le représentant de l'agent de santé contre **25%** qui exercent cette activité afin d'être vu comme un agent de santé à part entière. Il s'agit pour l'acteur d'atteindre un statut social, une position qui lui confère des rôles et une conduite à adopter

approuvée par sa communauté. L'acquisition du capital symbolique passe par la maîtrise du capital culturel de la communauté à servir afin d'avoir des habitus qui s'y intègrent.

Dans la culture béninoise, l'enfant est considéré comme la richesse de la communauté. Les mécanismes doivent être mis en œuvre pour sa protection car *il n'y a de véritable richesse que d'hommes*. Le choix de l'activité du relais communautaire est lié ainsi à une conscience de soi qui pousse à la conduite à adopter dans la communauté de par les constats qui y sont observés. Cette situation justifie les motivations des **45%** des interviewés dans le corps des relais communautaires qui affirment exercer cette fonction afin **d'aider voire sauver la nation**. Ces représentations de la fonction du relais communautaire génèrent des habitus qui conditionnent la création des stratégies issues de la traduction des modes d'assertion au statut.

## 2.2. Mode d'accès au poste de relais communautaire

La promotion de la santé au niveau communautaire fait intervenir un mode d'administration du champ social. Ce champ stratégique fait apparaître des structures de pouvoir, des modes de légitimation, des enjeux et des stratégies développées par les acteurs. Ces derniers agissant en fonction de leurs appartenances multi variées, leurs capacités d'influer sur le devenir du système dépendent de leurs positions dans le système d'action. Ces positions issues des statuts obtenus dans les arènes déterminent des relations et interactions qui conduisent à la représentation de soi et d'autrui, des droits et devoirs.

Le champ social de la gestion du relais communautaire fait état du rapport de force entre les agents et les institutions engagés dans la lutte et la distribution du capital spécifique qui, accumulé au cours des luttes antérieures, oriente les stratégies ultérieures (**Bourdieu**, 1984). Elle implique la mise en relation structurale entre un certain nombre de positions occupées par des agents, dont la configuration est fonction des enjeux spécifiques, de l'habitus de ces agents et de la distribution des capitaux symboliques, culturels, sociaux et économiques. Le relais est un agent servant d'interface entre les centres de santé et la communauté. Cette interface

constitue un point de confrontation établi par la diversité des intérêts, des points de vue et des positions propres à différents acteurs notamment les partenaires à charge de l'activité, la zone sanitaire, la communauté. Ceci suppose un degré d'intérêt commun mais aussi de désaccord et de conflits qui conduisent à la négociation. La sphère de négociation est représentée par des actants qui rendent légitimes leurs organisations en fonction de leurs intérêts spécifiques tout en préservant l'opinion de leurs interlocuteurs. Les directives accordées à la promotion de la santé au Bénin, stipulent que l'assertion au poste de relais communautaire est conditionnée par la résidence de l'acteur dans la communauté, le volontariat et la disponibilité de celui-ci associée à la validation du profil spécifique choisi par la communauté à desservir. Ce profil spécifique du relais relève du processus de la socialisation de l'acteur qui lui accorde les principes universels de vie et le capital culturel. Le profil admis dans la zone sanitaire DAA pour être relais communautaire s'assimile comme suit :

*Le relais communautaire doit jouir d'une bonne moralité dans la commune. Il ne doit pas être un voleur, n'y un menteur. Il ne doit pas chercher la femme d'autrui ni courir n'importe comment les filles. Il doit avoir la sagesse, l'esprit de tolérance et la patience. Il doit connaître et être connu du village*

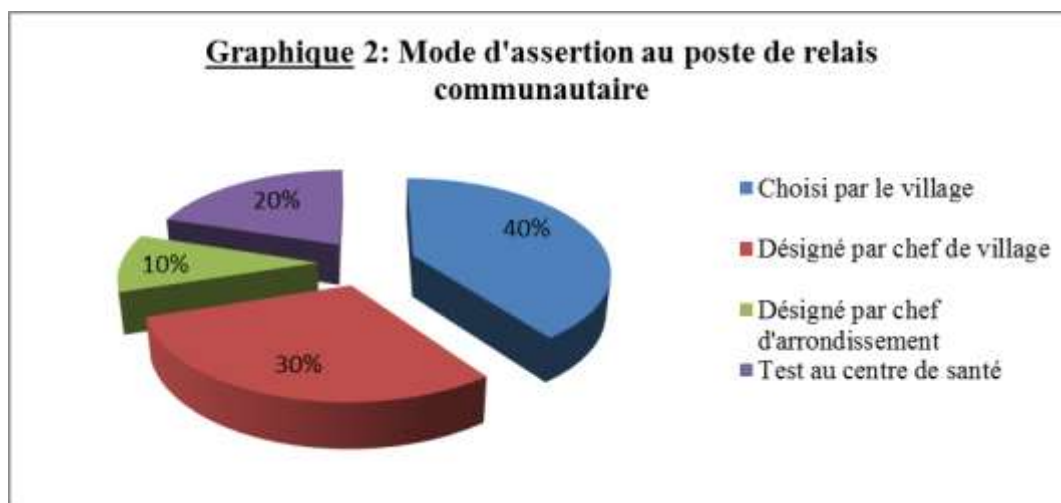
**Propos d'un chef village résidant dans le village de Dan.**

Entretien réalisé le 29/0913

Bien que bon nombre de relais jouissent de ce profil, il n'en demeure pas moins que les systèmes de relations entre autorités locales et population facilitent assez vite l'accès à ce poste. En effet, même si les directives de la promotion de santé stipulent que le relais doivent être choisie par le village, il n'en demeure pas moins que, de par la crédibilité que revêt le chef de village aux yeux de sa communauté, son choix assez vite retenu. La zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun jouie d'une pluralité d'activités à base communautaire en matière de santé. De par les questions de nécessité et d'urgence ces activités évoluent de

l'ordre d'activités circonstanciées ou ponctuelles à celles intégrées ou permanentes. La mise en place de ces activités fait intervenir des partenaires ayant chacun un capital culturel spécifique. L'activité à mettre en œuvre s'inscrivant dans les lignes directives du partenaire, la définition du profil du relais et le mode de conduite de son activité suivent les objectifs de l'organisation à charge de l'activité. Cette situation génère un système de «dispositions durables» qui circonscrit la marge de manœuvre du partenaire dans le champ social de la gestion du relais communautaire (Bourdieu, 1984). Ainsi, la logique situationnelle définit le mode d'assertion au poste de relais communautaire. Mais, il est à noter que dans cette zone sanitaire, quel que soit la motivation de l'acteur et son profil, l'assertion au poste de relais communautaire fait intervenir les systèmes de réseaux et d'interaction avec les élus locaux.

Le graphique présente les modes d'assertion au poste de relais communautaire dans la zone sanitaire DAA.



**Source :** *Enquête de terrain, 2013*

Ce graphique montre que l'assertion au poste de relais communautaire outre les critères et profil sociologique défini par le village et/ou le partenaire en charge de l'activité, fait intervenir les relations spécifiques entre l'acteur et son environnement. En effet, **50%** des entretenus sur la question affirment avoir acquis ce poste sous l'égide du chef de village et/ou d'arrondissement. Cette situation qui traduit la qualité de relations et interactions entre relais

communautaire et chef de village à travers l'intensité et la réciprocité témoigne de la force des obligations impliquées par leurs relations.

*Si moi je suis relais communautaire c'est parce que mon chef d'arrondissement me fait confiance. Et au nom de cette confiance, je fais la tâche qu'il m'a confiée et je ne le décevrai pas. Il n'est pas bon de décevoir les "ainés" car ce sont eux qui ont assez vite les informations. Si on n'est pas dans de bonne grâce avec eux, on n'obtient rien quand les projets viennent*

**Propos d'un relais communautaire.** Entretien réalisé à Agbangnizoun le 25/09/13

Toutefois, si la désignation par le village relève de l'organisation d'une assemblée de village, il n'en demeure pas moins que de par la représentation accordée dans le système dahoméen à l'autorité, la population ne fait que connaître de visu le relais communautaire. Pour elle la proposition du chef est infaillible, à moins que le nommé ait des antécédents et reconnu de tous comme "un danger publique" qui serait capable de se servir de son titre pour ruiner des vies. De même, dans le cas des tests qui sont pour vérifier les capacités de l'auditeur à lire et écrire ou pour vérifier ses compétences en tant qu'alphabetisé, il n'en demeure pas moins que ce soit le chef d'arrondissement qui propose les candidats.

### **2.3. Typologie des attributions, activités et tâches du relais communautaire**

Le discours produit sur les relations directes entre professionnel de la santé et population tient compte de trois logiques dont la qualité de la prestation, de l'accueil et de la disponibilité. Ces logiques meublées dans la perception des soins par les acteurs orientent vers les questions d'équité et d'accessibilité financière et culturelle des soins. La fonction principale du relais communautaire s'inscrit dans les lignes de l'accessibilité des soins de santé. Mais, avec le pluralisme d'activités et de partenaires à charge, la fonction du relais communautaire est orientée vers la déontologie exigée par l'activité à effectuer. Parmi les activités du relais on note la participation aux

- ✓ campagnes de vaccination
- ✓ projets/programmes de prise en charge du paludisme
- ✓ campagnes de lutte contre le paludisme
- ✓ projets/programmes de lutte contre les maladies hydriques
- ✓ projets/programmes de prise en charge de la mère et de l'enfant.
- ✓ Etc. (MS, 2010)

Ces activités font intervenir sur la scène plusieurs partenaires. Mais suivant l'activité à effectuer on note chez le relais le paquet promotionnel et le paquet complet.

Le paquet promotionnel d'activités concerne tous les attributions ayant rapport à la prévention contrairement au paquet complet qui prend en compte le paquet promotionnel auquel s'ajoute la question de prise en charge. Le paquet promotionnel relève des attributions des relais situés à moins de 10km des centres de santé tandis que le paquet complet concerne les relais résidant à dans les villages situés à plus de 10 km des centres de santé. Le choix du paquet d'activité à accorder au relais communautaire s'inscrit dans les objectifs spécifiques du partenaire à charge. Parmi les plus fréquents en matière de santé dans la zone sanitaire DAA on note l'UNICEF, Terre des Hommes et Africare. Ces partenaires accordent à leurs relais un paquet d'activités qui se déclinent en plusieurs tâches suivant les objectifs assignés à l'activité.

L'UNICEF est une organisation humanitaire de l'ONU dont l'objectif est d'améliorer les conditions de vie des hommes et en particulierité celles des enfants dans les pays du tiers-monde. Son but est d'œuvrer avec d'autres en vue de surmonter les obstacles dont la pauvreté, la violence, la maladie et la discrimination qui jalonnent le cheminement de l'enfant. Les actions de l'UNICEF sont conceptualisées sous la forme de défis auxquels elle se doit de faire face, tel l'encouragement des soins, l'aide à la prévention de la maladie et de la mort infantiles, la sécurité de la grossesse et de l'accouchement, le combat contre la discrimination et la

coopération avec les communautés pour s’assurer que les filles aussi bien que les garçons aillent à l’école. Terre des hommes quant à elle est une organisation internationale qui s’efforce de défendre les droits des enfants, dans des situations de guerre ou de catastrophes naturelles, ou de détresses méconnues. Sa mission essentielle est l’aide à l’enfance. Terre des hommes est spécialisée dans deux domaines d’intervention à savoir la santé et la protection des enfants. Elle intervient à travers des projets d’aide directe à l’enfance dans le monde, gérés par des structures propres à elle ou par le biais de partenariats avec des organisations locales. Africare est une ONG internationale dont l’objectif est de contribuer de concert avec les planificateurs nationaux, les notables locaux et les villageois à améliorer les conditions de vie en Afrique rurale en développant les ressources hydrauliques, la production agricole et les services de santé. Ses actions en promotion de la santé dans la zone sanitaire DAA sont spécifiquement liées au paludisme. Les relais utilisés par l’UNICEF et aujourd’hui prise en charge par Terre des Hommes sont appelés les Agents de Services à Base Communautaire (ASBC). Le profil sociologique des relais suivant les organisations et les attributions se présente comme suit :

**Tableau IV** : Profils et attributions du Relais communautaire suivant les organisations

	<b>Relais UNICEF/Terre des hommes</b>	<b>Relais Africare</b>
<b>Conditions d’accès</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etre choisi par son village</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etre présélectionné par son village</li> <li>• Etre admis au test de sélection</li> </ul>
<b>Profils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir lire et écrire ou avoir au moins le niveau du CEP</li> <li>• Connaître sa localité, parler sa langue et être choisie par elle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir lire et écrire ou être alphabétisé dans la langue locale</li> <li>• Etre membre d’un groupement ou coopérative locale enregistré et ayant un directeur, une trésorière, et une secrétaire</li> <li>• Etre admis au test de sélection</li> </ul>

	Relais UNICEF/Terre des hommes	Relais Africare
Paquets	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La prise en charge communautaire des enfants de moins de 05 ans présentant les signes de paludisme, diarrhée, IRA et/ou malnutrition</li> <li>✓ Orientation immédiate des enfants atteint de signe de gravité et de danger vers les centres de santé</li> <li>✓ Signaler tout effet indésirable lié à la prise des médicaments notamment les CTA et le cotrimoxazole à l'agent de santé responsable du centre de santé de sa localité au plus tard 48h après le constat</li> <li>✓ Promouvoir les pratiques familiales essentielles de priorité nationale (allaitement maternel exclusif, hygiène, utilisation du SRO/Zinc, moustiquaire imprégnée...) et assurer le suivi de la croissance des enfants de moins de 05 ans par la pesée, la prise de taille et le périmètre brachial</li> <li>✓ Organiser des IEC et CCC sur les affections courantes</li> <li>✓ Participer à la distribution lors des campagnes de masse (vitamine A, Albendazole...)</li> <li>✓ Identifier les cibles du PEV et participer aux campagnes de vaccination</li> <li>✓ Signaler les nouveaux cas de maladie à potentialité épidémique</li> </ul> <p>Effectuer des visites à domicile dans les ménages</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 05 ans</li> <li>✓ Distribution de moustiquaire et de CTA aux familles ayant des enfants de moins de 05 ans et aux femmes enceintes</li> <li>✓ Visite à domicile pour suivi de l'utilisation des moustiquaires</li> <li>✓ Orientation vers les centres de santé des cas graves</li> </ul>
“Exigences/contradictions” du travail	Consultation et vente des produits contenus dans les boîtes à pharmacie (vermifuges, antibiotiques, CTA...)	Consultation et distribution gratuite des vermifuges, CTA et moustiquaires imprégnés

Ces activités impliquent une organisation spécifique de l'acteur relais communautaire.

En effet, la prise en charge est une intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou toute la problématique d'une personne ayant des incapacités à travers l'administration des soins à la personne présentant des symptômes dus à une maladie. Elle suppose que l'ASBC ou le relais communautaire ait une perception spécifique de la maladie à prendre en charge et

inculque ces perceptions à la population. Ceci implique l'organisation des séances IEC et de CCC pour la population. La prise en charge met aussi en relief l'importance de la surveillance du patient à domicile jusqu'à la disparition des symptômes de la maladie. Cette situation génère des responsabilités autant chez le relais communautaire que son chef de village et la zone sanitaire. Ces responsabilités participent de la gestion du relais communautaire qui fait intervenir des réseaux dont les relations influent suivant la position social de l'acteur sur l'organisation de l'activité. Cette situation fait ressortir l'acteur relais communautaire dans la sphère de l'organisation et des relations développées

## **CHAPITRE IV : SYSTEME DE COMMUNICATION ET DYNAMIQUE AUTOUR DE LA GESTION DU RELAIS COMMUNAUTAIRE**

La gestion dans le cas d'espèce autant au développement qu'à la mise en place des outils qui permettent le partage d'informations, la discussion de stratégies et la prise de décisions en toute transparence. La santé se situe au carrefour des facteurs économiques, sociaux, politiques, environnementaux, culturels, technologiques et des interactions qui se forment entre eux. Ces relations réciproques englobent l'influence des activités humaines sur le bien-être et les conditions de vie de la communauté à travers les mécanismes de communications

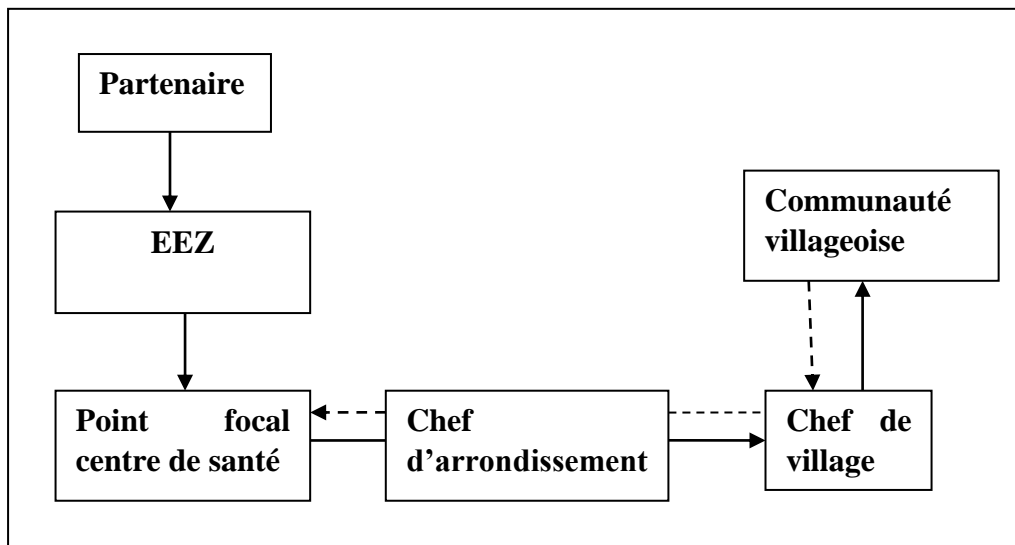
### **I. MECANISME DE COMMUNICATION ET SYSTEME DE RELATION ENTRE LES ACTEURS**

Le champ social de la gestion du relais suppose la mise en relation structurale entre un certain nombre de positions occupées par des agents, dont la configuration est fonction des enjeux spécifiques, de "l'habitus" de ces agents et de la distribution des capitaux symboliques, culturels, sociaux et économiques. Les actions des acteurs dans tout champ social n'est jamais individuel mais en fonction des systèmes d'appartenance pluriels. Leurs capacités à influencer les autres acteurs est fonction de leur position au sein des systèmes d'actions concrets. Ces actions font intervenir des acteurs comme le partenaire, qui considéré comme premier "actant" évolue dans le souci de la promotion de la santé au niveau communautaire. Mais la réalisation de ce but suivant les directives s'y afférentes conduit à l'intervention de bon nombre d'acteurs dont les positions sociales au sein du champ de la gestion varient que l'on soit au centre du choix qu'au niveau de la formation, du suivi et de l'évaluation du relais communautaire.

### 1.1. Du choix du relais communautaire

Les acteurs intervenant dans le champ de la gestion du relais communautaire notamment autour du choix de celui-ci sont divers. Si le partenaire en charge de l'activité est le premier acteur de cette sphère, il n'en demeure pas moins que le choix du relais communautaire fait intervenir autres actants qui s'organisent en fonction de leur pouvoir. En effet, les directives nationales de la promotion de la santé, préconisent que le relais soit un volontaire choisi par sa communauté. Ces exigences font intervenir dans le processus du choix de celui-ci outre le partenaire responsable de l'action, le point focal de la zone sanitaire, les chefs d'arrondissement et de village et la communauté elle-même. Cette situation génère un circuit de communication mettant en place un système de réseaux. La figure suivant présente le système de communication qui conduit à choix du relais communautaire.

**Figure N°3 :** Circuit du choix du relais communautaire



Du partenaire au point focal, la coordination de la zone sanitaire définit l'arrondissement et les nécessités de l'ère sanitaire choisie. Suivant ces nécessités, le partenaire détermine l'organisation de l'activité en collaboration avec la coordination de la zone sanitaire. Du consensus obtenu, la coordination informe le point focal du centre de santé responsable du suivi sur les implications de l'activité notamment le profil du relais à obtenir.

Ce dernier informe invite le village à choisir le relais. Entre le village et le point focal, il y a le chef de village qui est une autorité. Mais entre le point focal et ce dernier, le chef d'arrondissement sert de canal de transition et d'information des chefs de village. Ainsi, ce dernier sert de canal de transition de l'information pour la communauté. Cette situation marque le choix du relais communautaire à travers l'influence des réseaux sociaux issus des arènes stratégiques où relais communautaire, chef de village et d'arrondissement sont en interactions en vue de construire ou de renouveler sa légitimité dans l'accès au capital social dont l'autorité voire le pouvoir. L'arène stratégique est une sphère où se crée des relations entre agent individuel et agent collectif. L'acteur de cet espace détient ou à la possibilité d'avoir une pluralité de capitaux grâce aux stratégies des agents sociaux en interactions (**Bourdieu**, 1984). L'influence de ces réseaux liés à l'interdépendance et le pouvoir que confèrent la position sociale de chef d'arrondissement et le statut de chef de village facilite la traduction de l'activité choix du relais communautaire comme le témoigne ces propos

*Choisir une personne et la présenter à son village pour que celle-ci accepte qu'il joue le rôle de relais communautaire n'est pas une chose facile. Il faut bien connaître cette personne et qu'il ait des bonnes habitudes et conduites acceptées par le village. Mais aussi, il ne faut pas que cette personne soit n'importe qui. Il faut qu'il ait le charisme pour rassembler. Aussi, quand on travaille c'est pour gagner onc en cas de rassemblement ou manifestation politique ou non, il faut qu'il soit capable de mobiliser les gens.*

**Propos d'un chef d'arrondissement**, Agbangnizoun, le 25/09/13

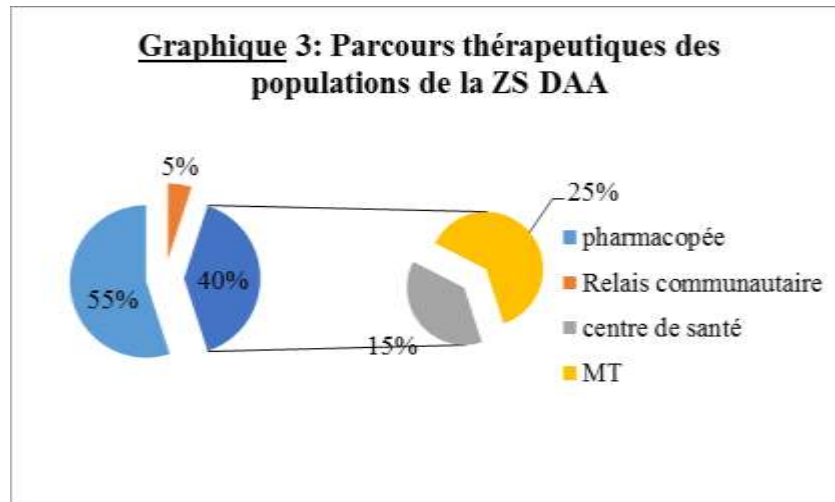
En effet, la représentation de la fonction du relais et la perception de son activité par le chef de village et/ou d'arrondissement génère des habitus. Ces habitus liés aux intérêts stratégiques des actants fait naître l'orientation du choix du relais non vers la décision de la communauté mais vers les systèmes relationnels. Ce qui implique les potentialités du capital culturel de l'autorité stratégique qui peut être le chef d'arrondissement et/ou de village et la

capacité de l'acteur choisi à répondre aux nécessités pour l'augmentation du capital social de l'arène stratégique notamment la mobilisation. Le choix du relais communautaire crée chez le chef de village/d'arrondissement une interface où tout en préservant les valeurs du point focal, il fait valoir ses propres intérêts. Ce phénomène génère un système d'interrelations qui conduit l'acteur choisi à s'ingérer dans un mécanisme d'habitus incorporant le capital culturel socialement admis par la communauté tout en préservent les intérêts stratégiques de son arène stratégique. Les implications de ce processus d'acquisition de statut par la négociation en permanence de l'image de soi en fonction des attentes projetées du public et du contexte de référence interne circonscrit la marge de manœuvre du relais communautaire dans le champ de sa gestion. Cette marge de manœuvre lui permettant d'être le leader de sa fonction et en référence au capital économique, social et symbolique fourni, amène le relais communautaire à se retrouver avec plusieurs partenaires à la foi.

*Moi je suis relais communautaire depuis 1994. Il n'y a pas ce projet qu'on peut faire ici sans que je ne sois pas informé. J'ai fait ASBC, ASC, relais PILP Africare, relais vaccination, relais ver de Guinée.... C'est pourquoi mon chef d'arrondissement me connaît bien et sait qu'il peut compter sur moi pour toutes les campagnes. Car aujourd'hui, si tu ne fais pas politique, tu vas rester là et tu n'auras rien. C'est en étant en relation avec les politiciens qu'on peut obtenir. Aussi, la population me fait lourdement confiance.*

**Propos d'un relais communautaire** Agbangnizoun, le  
25/09/13

Cette situation agit sur la perception de la population qui se traduit par son cheminement thérapeutique.



Le graphique ci-dessus présentant le parcours thérapeutique des populations de la zone sanitaire DAA montre que seulement **05%** de celle-ci font recours au relais communautaire. Cette situation issue des constructions sociales autour de cette fonction montre que le relais communautaire n'est point perçu dans cette zone sanitaire comme une interface entre les centres de santé et la population. Bien au contraire, ils sont considérés comme des autorités servant d'interface entre la communauté et les élus locaux.

*Le relais communautaire c'est le représentant du "doto" chez nous. Mais, il travaille beaucoup plus avec le chef de village que les "doto". Ils sont leurs oreilles et leurs yeux. Quand il y a problème quelque part, c'est eux qui informe le chef de village et d'arrondissements et ils nous conseillent qui choisir pour les élections*

**Propos de dame Sogbossi, Abomey, le 26/09/13**

Cette situation a dans une certaine mesure un lien entre la préparation du relais à son activité ainsi qu'à la supervision qui y est accordée

### **1.2. De la formation au suivi du relais communautaire**

Comme toute fonction, l'activité du relais communautaire nécessite un certain bagage voire une certaine maîtrise des tâches à accomplir. Avant d'entrer en fonction il doit suivre un certain nombre de formations qui lui permettent de cerner et d'acquérir les aptitudes et les actions à entreprendre. Ces formations concernent, suivant l'activité à effectuer, la préparation

et la conduite de la visite à domicile, la prise en charge et le suivi, les causes, manifestations et conséquences des maladies meurtrières de l'enfance, la malnutrition. Avant d'exercer ses activités, le relais communautaire suit une formation de 03 à 05 jours sur les implications de ses activités et les mécanismes à mettre en place pour la conduire. Ces formations sont placées sous la tutelle du partenaire à charge de l'activité par le biais des professionnels de santé. Ils ont pour but d'initier le relais communautaire aux implications de sa fonction, de l'informer sur les causes et manifestations des maladies à prendre en charge ou renforcer ses connaissances sur ces dernières. De ce fait, elles se doivent d'être continues. Cependant, la participation assidue à tous les panels de formations n'est pas souvent évidente pour le relais communautaire

*Les séances de formations et de recyclage varient d'une durée de 01 à 07 jours. Quand ça dépasse généralement 02 à trois, moi je n'arrive pas à suivre tous les jours parce que je ne peux pas laisser mon commerce pendant trois jours. Alors je m'associe aux autres membres pour savoir de quoi ils ont eu à discuter. De toutes façons, si la première formation exige la présence, les autres ne participent pas tous aux séances de recyclage*

**Propos de Noélie**, relais communautaire à Djidja, entretien réalisé le 25/09/13

Afin de réussir la continuité de l'activité, la gestion du relais communautaire intègre les questions de suivi et d'évaluation afin de cerner la performance de celui-ci. Ce système amène le professionnel de santé à accompagner davantage le relais communautaire par la supervision, le monitoring et l'évaluation. La supervision du relais communautaire relève de la responsabilité du point focal du centre de santé avec l'appui de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire. Elle se doit d'être à un rythme trimestriel voire semestriel et consiste à aller suivre le relais communautaire dans ses visites à domicile. Dans la zone sanitaire DAA la supervision du relais communautaire est mensuelle et assurée par le point focal du centre de

santé. Toute activité sociale étant traversée par les conflits de pouvoirs et la quête d'un capital économique, cette supervision est organisée en fonction de la disponibilité et des besoins financiers de l'agent de santé responsable et non en référence à la planification établie entre ce dernier et le relais communautaire.

*Les relais ont deux types de suivi. Il y a la supervision mensuelle et le monitoring qui est trimestriel voire semestriel. C'est vrai que les séances de supervision sont planifiées en début d'année avec l'accord et la disponibilité du relais. Mais écoutez, on ne peut pas avoir du travail et laisser pour dire qu'on va se conformer à la disponibilité du relais non. On ne peut le faire que lorsqu'on est disponible. Aussi, les supervisions sont des pertes de temps et d'épuisements si ce n'est pas les primes qui sont accordées et dont on a besoin de temps en temps, on peut bien s'en passer*

**Propos d'un agent de santé, Agbangnizoun le 26/09/13**

Cette situation crée des distorsions qui conduisent l'agent de santé à aller sur le terrain sans pouvoir suivre le relais qui peut ne pas avoir programmé des visites à domicile dans la période choisie par celui-ci. Pour pallier à ces distorsions, la supervision groupée vue dans cette zone comme procédée de monitoring sert de cadre aux discussions sur les difficultés, les expériences et le recyclage. Organisé trimestriellement dans cette zone sanitaire, le monitoring est beaucoup plus utilisé dans cette zone sanitaire pour parler des difficultés du relais communautaire, les mécanismes de recentrage de la supervision des agents de santé et pour faire parvenir les primes de motivations suite à l'évaluation du relais.

L'évaluation qui sert de cadre de définition des primes de motivations du relais est faite trimestriellement et avec la participation de la Mairie suite aux implications du Financement Basé sur les Résultats. Notons que la participation de la Mairie dans le processus de suivi-évaluation dans cette zone sanitaire est uniquement dans la commune de Djidja sélectionné comme commune de lancement de cette initiative. Cette participation concerne actuellement

l'élaboration de l'état de paiement des relais utilisés par Terre des Hommes. Les critères d'évaluation du relais communautaire concernent

- ✓ la proportion d'enfants prise en charge (nombre correctement prise en charge/nombre reçu)
- ✓ la proportion de références de cas justifiés (nombre de cas référé et reçus par l'agent/nombre de cas présentant un signe de gravité)
- ✓ les proportions d'enfants pris en charge et revus pour suivi des soins
- ✓ le taux de disponibilité de stock des 04 principaux médicaments des interventions à base communautaire (CTA, CTM, Paracétamol, SRO/Zinc)
- ✓ le taux de concordance entre recette effectuées et quantité de médicament sortis
- ✓ le nombre de visite à domicile effectuée sur le nombre prévu
- ✓ le nombre d'IEC et de CCC réalisés par rapport au nombre prévu
- ✓ le nombre de nouveaux nés suivi à domicile
- ✓ le pourcentage d'activités réalisées inscrites pour 10 ménages (périmètre brachial, le statut vaccinal des enfants, connaissance des ères au sujet des signes de dangers) validés par le superviseur.

Ces performances qui conditionnent la définition de la prime de performance, amène certains relais à initier des proches qui continuent l'activité en leurs noms en cas d'indisponibilité liée à la profession ou à l'AGR.

*Moi je suis relais communautaire mais aussi agent de sécurité. Mon travail fait que je passe très peu de temps à la maison. Ma femme a fait des études d'aide soignantes et ma fille va déjà au BEPC. J'ai montré comment détecter la fièvre, comment prescrire les médicaments et remplir le cahier du relais à ma femme et à mon enfant. Ainsi, quand je ne suis pas là et les malades viennent, elles s'occupent et me rendent compte quand je rentre pour que je suive*

*le patient en allant voir comment il va chez lui. J'en profite pour faire des IEC à toute l'agglomération du patient en leur donnant des conseils d'hygiène, d'assainissement et de prévention des maladies et de la malnutrition chez les enfants.*

**Propos d'un relais communautaire, Djidja le 26/09/13**

Aussi, l'organisation du suivi ne spécifiant pas le partenaire spécifique, le relais se situant entre deux partenaires présentent les tâches effectuées aux deux activités de la même manière. Face à ce phénomène, les questions de suivi de caisse se soulèvent. En effet, même si toutes les activités à base communautaire utilisant le relais communautaire ont même finalité, il n'en demeure pas moins que chaque activité définit son mode de fonctionnement. Le projet PILP-Africare par exemple exige que les produits pharmaceutiques utilisés dans la prise en charge du paludisme soient donnés gratuitement au malade contrairement au projet piloté par UNICEF et aujourd'hui sous la direction de Terre des Hommes qui spécifient la vente des médicaments. Le bénéfice effectué sur les ventes des médicaments sert de capital économique au relais. Or, force est de constater que le même relais desservant les activités de Terre des hommes se retrouve aussi chez Africare et utilise presque les mêmes produits pharmaceutiques pour l'exercice de sa fonction. Cette situation confère à l'actant plusieurs possibilités de gestion de l'activité qui se traduit par la vente illicite de médicaments grâce à la création e stock de récupération de la boîte à pharmacie en donnant peu mais en vendant pour son propre compte beaucoup.

## **II. DYNAMIQUES AUTOUR DE LA GESTION DU RELAIS COMMUNAUTAIRE**

La gestion du relais communautaire est un champ social dont l'empreinte des structures de pouvoir régule l'action collective. Cette régulation à travers les représentations de soi et de l'autre, de droit et de devoirs est liée aux influences réciproques des arènes stratégiques sus générées. Issue des contradictions entre institution, autorité et acteurs, la gestion du relais communautaire renvoie à la compréhension des transformations des rapports de pouvoir dans



- ✓ cahiers d'activités,
- ✓ outils/matériel et support de communication,
- ✓ module de formation,
- ✓ registre de prise en charge,
- ✓ registre de visite à domicile,
- ✓ fiche de référence et de contre référence,
- ✓ package composé de minuteur, de caisse de médicaments, de brassard,...
- ✓ cahier de caisse pour les dépenses et recettes,
- ✓ cahier de recensement des naissances et des décès.

Les intrants de la caisse de médicaments du relais sont composés du paracétamol, SRO/Zinc, Aquatabs, Mébendazole, MIILD, CTM, CTA, Fer/acide folique. La supervision de la gestion de cette caisse est placée sous l'autorité du chef de village et du superviseur. Pour ce faire, ce dernier fait l'inventaire des produits chez le relais en les référant au cahier de caisse lors de la supervision. Toutefois, la remise de la caisse de médicament et son approvisionnement se font sous la validation du chef de village qui témoigne avoir vu les produits transmis au relais communautaire et est informé des manquants de sa caisse. Cette caisse contient aussi les boîtes à images et dépliants utilisées lors des séances éducatives. Le brassard, le minuteur et les autres éléments du package servent d'outils de diagnostic au relais communautaire. Bon nombre de ces éléments, notamment les outils de pesée ne sont pas à la disposition du relais communautaire. Le diagnostic du paludisme est fonction de la présentation de fièvre et de symptôme d'anémie tandis que la détection de la malnutrition est sous l'égide du périmètre brachial. Notons que les dynamiques actuelles montrent l'absence du chef de village dans le processus de suivi des caisses à pharmacie

## 2.2. Approche analytique des mécanismes de mobilisation et positions stratégiques des acteurs

Dans un processus de cogestion, la municipalité a le devoir de veiller à ce que les activités s'inscrivent dans le plan de développement communal, mener des activités de plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources et le suivi de l'exécution de l'activité et créer une ligne budgétaire d'appoint au relais communautaire (MS, 2010). Ces responsabilités supposent que le conseil communal soit en amont et en aval de l'activité. Les relations des acteurs sociaux à leurs communautés sont régies par la représentation sociale des systèmes qui les orientent et les organisent vers les conduites et communications sociales (Moscovici, 1961). Ces perceptions et représentations de ces responsabilités montrent dans la zone sanitaire DAA une faible implication des municipalités dans la gestion du relais communautaire. La seule commune où la Mairie est impliquée dans ce processus est Djidja. Cette commune se situe dans celles choisies pour les expériences de mise en place du FBR. Cependant l'activité actuelle de la Mairie dans le processus de la gestion du relais communautaire se situe dans le cadre de validation des états de paiement de ces derniers en vue de permettre à ceux-ci de toucher leurs primes de motivations. Cette situation dénote de la représentation du conseil communal des activités à base communautaire qui lui octroie un savoir commun, partagé mais dont la perception oriente les responsabilités et facilite la communication.

Les communautés, siège de l'activité se doivent de veiller au suivi-évaluation du relais. Celles-ci sont représentées par leurs chefs de village et/ou d'arrondissement. Le système de primes accordé aux agents de santé pour faciliter la supervision et une prise en charge de qualité sur le terrain pose bon nombre de problèmes dont l'acquisition du capital économique. En effet, le suivi du relais communautaire est autant assuré par les élus locaux que par les agents de santé. Dans une conscience d'équité sociale, la création d'une ligne budgétaire aux

élus locaux s'impose dans la mesure où les professionnels de santé en disposent. En l'absence de cette ligne, on note dans cette zone sanitaire, la fragilisation de la participation des élus locaux au suivi-évaluation des relais. Mais, de par, le capital social dont ceux-ci disposent, ils influent non seulement dans le processus de choix du relais communautaire mais aussi lors des ruptures de collaboration avec ceux-ci. En effet, le relais communautaire peut voir suspendre sa fonction en cas de :

- ✓ volonté manifeste d'abandon ;
- ✓ toute récidive après deux avertissements pour
  - conduite ou attitude jugée non satisfaisante ou incompatible avec les obligations de sa charge,
  - toute mauvaise gestion ou malversation ;
- ✓ tout détournement de fonds dûment constaté
- ✓ non production des résultats attendus dans la poursuite des activités

La conduite de la rupture de collaboration avec le relais communautaire dans la zone sanitaire DAA se fait après avoir tenu informé le Maire. Mais, avec les relations interpersonnelles entre ce dernier et les chefs d'arrondissement, l'information de rupture parvient au chef de village qui en avise le concerné. De par l'autorité de ces derniers et le capital social que véhicule le relais dans leurs arènes, la rupture du contrat apparaît dans les stratégies de défenses des intérêts particuliers qui poussent les élus locaux à refuser la suspension de ce dernier. Cette situation n'étant possible que par la maîtrise de l'environnement social, les représentations et connaissances pratiques qui permettent aux élus locaux de connaître leur environnement et de le contrôler conduit à la politisation de la gestion du relais communautaire.

Le soutien des professionnels de la santé aux activités communautaires ne se limite pas aux seules activités de diagnostic, de prévention et de promotion de la santé. Bien au

contraire, ce soutien tend vers le renforcement des capacités communautaires par la formation et la supervision du relais communautaire, la valorisation des pratiques positives, le plaidoyer participatif et la mise en place de partenariats entre la communauté et les secteurs. Car, chaque action s'accomplit en tant que durée, un flot continu de conduite dans l'espace-temps, orientée mais n'est pas un composé d'intention, de raison et de motifs séparés les uns des autres. Chaque actant est doté d'une capacité transformatrice et dont la compétence le réfère à la capacité de produire voire de reproduire une action (**Giddens**, 1987). Ainsi, avec la logique de capital économique, le soutien des professionnels de santé dans la gestion du relais communautaire reste mitigé et tient compte de la disponibilité de l'agent et non de la planification. Ces distorsions que génère la gestion du relais communautaire créent des zones d'incertitudes dont l'essentiel se matérialise à travers le diagnostic stratégique présenté dans le tableau suivant :

**Tableau V : Diagnostic Stratégique de la gestion du relais communautaire**

VARIABLES  ESPECT	Faits		Tendances	Incertitudes	Stratégies		SWOT			
	Porteurs	Acteurs	lourdes	Critiques	Passées	Présentes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<b>ECONOMIE</b>	Transfert de ressources aux communes	État et Conseil communal	Désengagement des partenaires vers les communes pour pérennisation des activités	Prise en charge des primes de motivation du relais par la municipalité	Prise en charge du relais communautaire par les partenaires	Adoption du FBR	Décentralisation	Faible implication du conseil communal dans les activités de santé communautaire	Collaboration intersectorielle	Capacité de la commune à s'auto gérer
<b>SOCIAL</b>	Avènement du relais communautaire	RC, agent de santé, communauté, élus locaux	Institutionnalisation de l'activité du relais communautaire	Avenir de la supervision du relais	Plaidoyer au niveau personnel et organisationnel	Participation communautaire	Implication des agents de santé	Profil multiple du relais communautaire	Multiplicité des partenaires	Politisation de l'activité du relais communautaire
<b>POLITIQUE</b>	Accords bilatéraux	État, zone sanitaire, partenaire, conseil communal	Partage de pouvoirs	Cogestion	Absence de la prise en considération des valeurs culturelles et des élus locaux	Inclusion du conseil communal dans la mise en place des activités à base communautaire	Adoption de la promotion de la santé	Mouvements indépendantistes	Mise en place des politiques favorisant la promotion de la santé	Question de leader

**Logiques et gestion du relais communautaire dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun**

VARIABLES  ESPECT	Faits		Tendances	Incertitudes	Stratégies		SWOT			
	Porteurs	Acteurs	lourdes	Critiques	Passées	Présentes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<b>ENVIRONNEMENT</b>	Réorganisation du paysage institutionnel	État, zone sanitaire, élus locaux, RC	Déconcentration administrative	Fonctionnement de la zone sanitaire	Création des UVS	Utilisation des relais communautaires	Création de zone sanitaire	Manque d'infrastructures et d'équipements	Existence des organes de gestion	Manque de personnels qualifiés
<b>CULTURE</b>	Système de soins orienté vers les valeurs culturels	Communauté, RC, agent de santé	Acculturation	Aliénation culturelle	Implication de la communauté	Organisation des séances éducatives	Disponibilité de la population	Perception de la fonction du relais communautaire	Mondialisation	Internalisation du système de santé par la population
<b>TECHNOLOGIE</b>	Création du SNIGS	État, zone sanitaire, partenaires	Orientation du SNIGS vers toutes les affections	Application réelle du SNIGS			Adoption du SNIGS au niveau national	Faible utilisation du SNIGS		

### **2.3. Perspective de recherche sur la gestion du relais communautaire dans le but d'une thèse**

Cherchant à réduire les inégalités d'accès aux soins de santé et d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, le Bénin à travers la réorganisation de son paysage institutionnel, a focalisé nombre de ses interventions publiques aussi bien au niveau territorial qu'au niveau local. Ces réformes introduites depuis 1999 ont fait du département le niveau exclusif de déconcentration gouvernementale et de la commune le niveau exclusif de décentralisation. Ainsi, l'élu local est l'intermédiaire qui établit la communication entre les différents segments ou réseaux de la société locale (**Garraud**, 1994). Il est impliqué dans la détermination des actions et choix stratégiques de la participation communautaire et se doit de veiller aux dérapages et de corriger l'inadéquation projet/réalité en temps réels (**Lorrain**, 1993) et de veiller à la santé de la population.

Cependant, l'accessibilité aux services de santé demeure encore un problème, tant en milieu rural qu'en milieu urbain au Bénin. Ce phénomène se démontre largement par les indicateurs de santé publique qui sont en dessous de la norme internationale. Afin de palier à ce problème, le Bénin a opté pour le volet social en adoptant la stratégie des soins de santé primaire. Mais avec les limites que ces stratégies ont montrées, le Bénin a évolué aujourd'hui vers la santé communautaire en mettant la barre beaucoup plus sur la participation communautaire. Il est question de travailler la promotion de la santé par le renforcement de la participation communautaire dans la gestion et la résolution des problèmes de santé de la population. À cet effet, la satisfaction des besoins essentiels de santé au niveau local suscite diverses appréciations quant à la responsabilité et le rôle des acteurs, et de leurs capacités dans le domaine de la santé. Ces appréciations issues des représentations des acteurs conduisent à la création des logiques propres qui soutiennent les habitus. La question se pose

alors de savoir, **quelles sont les dynamiques autour de la gestion du relais communautaire dans la délivrance de la santé ?**

En vue de trouver une réponse propice à cette répartition, cette recherche permettra d'infirmer ou de confirmer les hypothèses suivantes assorties d'objectifs spécifiques:

**Tableau VI : Objectifs spécifiques et hypothèses de recherche**

<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Hypothèses</b>
Cerner les stratégies des collectivités locales autour de la gestion du relais communautaire	La gestion des relais communautaires par les collectivités locales est orientée vers les intérêts spécifiques des acteurs
Les relations entre agent de santé et relais communautaire influent sur les activités de ceux-ci	Examiner les relations entre agent de santé et relais communautaire

## CONCLUSION

C'est bien d'un intérêt à partager autour d'un projet commun qui donne sens à la participation des membres qui les tient ensemble. Le succès de toute initiative tient lieu d'une part à la façon décisive au processus dynamique qu'on lui impulse et d'autre part, à la conscience avec laquelle les différents acteurs y participent. La santé de la population est une question préoccupante qui nécessite la participation des acteurs à tous les niveaux. Le développement de toutes nations ne peut s'amorcer sans la réalisation de l'accessibilité des soins à toutes les couches sociales. S'inscrivant dans les stratégies des soins de santé primaire spécifiant l'accessibilité des soins de santé à tous, la promotion de la santé au niveau communautaire met en relief la participation communautaire à travers l'implication des relais communautaires. La question de la gestion de ces derniers est un sujet d'actualité dont la compréhension nécessite réflexion afin d'orienter les stratégies indispensable à la réalisation de la santé pour tous.

S'intéressant aux logiques autour de la gestion du relais communautaire, cette recherche s'inscrit dans une approche qualitative qui base son analyse sur l'approche compréhensive. Pour ce faire, des hypothèses et objectifs ont été élaborés pour servir de ligne de conduite. Au terme de ce travail, il apparaît que la méthodologie utilisée a permis de produire des résultats susceptibles de faire comprendre les dynamiques de la gestion du relais communautaire ainsi que les relations et interactions entre les actants de ce champ social. Il s'est agi de voir comment les rapports et interactions entre les actants de cette sphère participent de la construction identitaire et de l'acquisition des capitaux dans la zone sanitaire DAA.

Les résultats empiriques de cette recherche ont montré que les représentations sociales des actants, vues comme processus et/ou sphère d'appropriation des nouveautés et des objets, génèrent des habitus. Ceux-ci étant à la fois principe générateur de pratiques objectivement classables et système de classement des pratiques (**Bourdieu, 1980**), créent des influences

qui conditionnent les relations entre les actants de ce champ. Or, tout champ social suppose la mise en relation structurale entre un certain nombre de positions occupées par des agents, dont la configuration est fonction des enjeux spécifiques, de l'habitus de ces agents et de la distribution des capitaux symboliques, culturels, sociaux et économiques. Ainsi, le relais communautaire comme tout acteur appartenant à cette sphère, est un individu hybride aux appartenances multivariées. Les motivations qui poussent à la candidature au poste de relais communautaire sont de l'ordre de la construction identitaire. Dans la zone DAA, cette construction s'articule entre l'acquisition du capital symbolique dont le prestige d'être considéré comme agent de santé et les mécanismes d'appropriation du capital culturel de la communauté en face de soi afin d'y acquérir un capital social devant aider son arène stratégique. Cette arène qui n'est autre que le bord politique d'appartenance conditionne le choix du relais dans sa localité et influe sur son organisation de sorte qu'au lieu d'être considéré comme interface entre les centres de santé et la population, ce dernier obtient une notoriété de représentant de l'élite local.

La pérennisation de toute activité tient compte du suivi qui y ait accordé. La promotion de la santé fait naître bon nombre d'acteurs en relation dont le partenaire Maire, la coordination de Zone, le point focal des centres de santé, les agents de santé, les élus locaux, le relais communautaire et la communauté. Les interactions issues de ces relations mettent en exergue la violence symbolique entre agents de santé et relais communautaires, point focal et élus locaux. Cette situation issue de l'asymétrie de pouvoir entre les réseaux conditionne la traduction des modes de choix et de suivi du relais communautaire. Toutefois, l'implication des municipalités dans les activités restent encore éphémères du fait de la catégorisation cognitive et du référentiel qu'il s'accorde pour la rationalisation ou justification. Ces situations soulèvent bien de questionnements notamment quel est l'avenir de la promotion de santé face aux différentes stratégies de mobilisation communautaire et de la dynamique des acteurs ?

## BIBLIOGRAPHIES ET WEBOGRAPHIES

### Bibliographies

- Agudelo C.A.**, *Community participation in health activities, some concepts and appraisal criteria*, Bulletin of the Pan American Health Organization, 17, 1983
- AMBLARD H., BERNOUX Ph., HERREROS G., LIVIAN Y-F.**, *les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Editions du SEUIL, Collection Sociologie, 1996
- ANGERS M.**, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, ANJOU, CEC, 1992
- BASS M.**, *Promouvoir la santé*, Harmattan, Paris, 1994
- BELLIER I.**, *Une approche anthropologique de la culture des institutions*, in **Anthropologie du politique**, M. Abélès and H.-P. Jeudy, Paris, Armand Colin, 1997
- BERGER, P., LUCKMANN T.**, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Masson, Armand Colin, 1996
- BERGSON C., BLOUIN M.**, *Dictionnaire de la réadaptation*, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques, Québec, Les Publications du Québec, 1997
- BOURDIEU P.**, *La distinction*, Paris, Minuit, 1980
- BOURRICAUD F.**, *les organisations in Encyclopédie de gestion*, Economica, tome 2, 1989
- BRIXI O., HALLEY Des FONTAINES V., PISSARRO B.**, *La formation-action pluri-professionnelle : moyen privilégié de participation de la communauté et de promotion de la santé*, 3ème Symposium international de médecine communautaire. Paris : Faculté de médecine, 1987
- CRAIPEAU S., METZGER J-L.**, *Pour une sociologie critique de la gestion*, in *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 38-1 | 2007, mis en ligne le 10 mars 2011, consulté le 06 février 2014. URL : <http://rsa.revues.org/523>
- DIVAY G.**, *Décentralisation*, dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, 2012, [en ligne], [www.dictionnaire.enap.ca](http://www.dictionnaire.enap.ca)

- DOSSOU C.**, *Décentralisation- Déconcentration- Découpage territorial : ce qu'il faut savoir*.  
Cotonou, 2000
- DOUGLAS M.**, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte, 2004
- DRULHE M.**, *Santé et société : le façonnement social de la santé*, Presses universitaires de France, Paris, 1996
- FAIRLEY M., FAYE M., LAWRENCE W.**, *Informal problem solving in the technology-mediated workplace* , in **The Journal of Business Communication**, 38, 2001
- FASSIN D., JEANNÉE E., SALEM G., RÉVEILLON M.**, *Les enjeux sociaux de la participation communautaire : les comités de santé à Pikine (Sénégal)*, In Sciences sociales et santé. Volume 4, n°3-4, 1986
- FOURNIER P, KADDAR M., POTVIN L**, *Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ?*, SCI Soc Sante 1995
- FRASER C.**, *La communication pour un développement à dimension humaine*, Rome, FAO, 1994
- FRIEDBERG E.**, *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisées*, Paris, Seuil, 1993
- GARRAUD Ph.**, *Le métier d'élus local: les contraintes d'un rôle*, in Fontaine, C. Le Bart (dir.), Paris, L'Harmattan, 1994
- GIDDENS A.**, *La constitution de la société*, Paris, PUF, 1987
- GIDDENS A.**, *Modernity and Self-Identity*, Cambridge, Polity Press, 1991
- GOFFMAN E.**, *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, Paris, Les éditions de minuit, 1973
- GUTIERREZ L. M.**, *Working with women of color: an empowerment perspective*, Social Work 1990
- HERMET G. (sous la dir. de)**, *Dictionnaire de la science politique et des institutions*

*politiques*, 6e édition, Armand Colin, 2005

**HERZLICH C.**, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : De la mort collective au devoir de guérison*, Payot, 1991

**JACOB J.-P.**, *L'enlisement des réformes de l'administration locale en milieu rural, 1998 africain: La difficile négociation de la décision de décentraliser par les États et les Intervenants externes*, Bulletin de l'APAD, n°15

**JACQUIER C.**, *la gouvernance urbaine : entre complications et complexités, comment s'orienter*, Communication présentée lors du colloque « Vers une Nouvelle Gouvernance des Territoires » organisé le 15 septembre 2008 à Reims par JM Beaupuy, président de l'intergroupe Urban-Logement au Parlement européen.

**JAMES H.**, *Le système social: Essai de théorie générale*, Bruxelles, Edition de l'Institut de sociologie de l'Université libre de Bruxelles, 1968

**JOBERT B.**, *Clientélisme et soins primaires (Commentaire)*. In Sciences sociales et santé. Volume 4, n°3-4, 1986. Handicap et politique sociale

**JOBERT B.**, *La participation populaire au développement sanitaire : le cas des volontaires de la santé en Inde*, Revue Tiers Monde, XXIII, n°91, juillet-septembre 1982

**KOUKPO R.**, *Le droit de la santé au Bénin : état des lieux*, Cotonou, 2005

**LA ROSA E.**, *Santé, précarité et exclusion*, Presses universitaires de France, Paris, 1998

**Laboratoire d'Analyse Régionale et d'Expertise Sociale (LARES)**, *Problématique de l'intercommunalité dans le fonctionnement des communes béninoises*, 2000  
<http://www.decentralisation-benin.org/spip.php?rubrique246>

**LALEYE M.**, *La décentralisation et le développement des territoires au Bénin*, Harmattan, 2003

**LAPIERRA J-W.**, *L'analyse de système, l'Application aux sciences sociales*, Syros, 1992

**LAURENT A.**, *l'individualisme méthodologique*, Paris, PUF, 1994

**LAWRENCE W., FAYE M. et MICHAEL F.**, *Informal problem solving in the technology-*

*mediated workplace*, in *The Journal of Business Communication*, 38, 2001

**LAWRENCE R.**, *Human Ecology*, in **Mostafa K. Tolba (dir.)**, *Our Fragile World : Challenges and Opportunities for Sustainable Development*, EOLSS Publishers, Oxford, 2001

**LELOUP F.**, « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », in *Géographie, économie, société* 4/2005 (Volume 7)

**LEMIEUX V.**, *Les réseaux d'acteur sociaux*, Paris, PUF, 1999

**LONG N.**, *Du paradigme perdu au paradigme... retrouvé ? Pour une sociologie du développement orientée vers les acteurs*, Bulletin de l'APAD [En ligne], 7 | 1994, mis en ligne le 13 décembre 2007, Consulté le 06 février 2014. URL : <http://apad.revues.org/2183>

**LONG N.**, *Development sociology. Actor perspectives*, New York, Routledge, 2001

**LORRAIN D.**, *Administrer, gouverner, réguler*, in *Les Annales de la recherche urbaine*, 80-81 : « Gouvernances », 1998

**LUGAN J-C.**, *la Systémique sociale, QUE SAIS-JE ?*, PUF, 1996

**MARCH J., SIMON H.**, *les organisations*, DUNOD, 1969

**MAUSS M.**, *Une catégorie de l'esprit humain : la notion de personne, celle de "moi"*, in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 2006

**MAYOUKOU C.**, *Gouvernance du développement local*, L'Harmattan, 2003

**MIDGLEY J.**, *Popular participation as a strategy for promoting community level action and national development*, United Nations, N.Y., 1981

**MINTZBERG H.**, *le pouvoir dans les organisations*, Edition d'organisation, 1986

**MORGAN G.**, *les images de l'organisation*, Québec, Presses Universitaire de Laval, 1989

**MORIN E.**, *La pensée complexe. Communication et complexité*, Paris, ESF, 1990

**MULLER P.**, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 1990

**MULLER P., SUREL Y.**, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1998

**NACH MBACK C.**, *Démocratie et décentralisation : genèse et dynamiques comparées des*

*processus de décentralisation en Afrique subsaharienne*, Karthala-PDM, 2001

**NEGRO Yves**, *Le secteur sanitaire et social en milieu rural : un secteur d'avenir*, in *économie rurale*, n°232, 1996

**OAKLEY P.**, *L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : Analyse des principaux problèmes*, OMS, Genève, 1989

**OLIVIER DE SARDAN, J.-P.**, *Anthropologie et développement*, Paris, APAD-KARTHALA, 1995

**OLIVIER DE SARDAN, J.-P.**, *Les trois approches en anthropologie du développement*, Revue Tiers Monde, t. XLII, n°168(octobre-décembre), 2001

**OMS**, *L'action communautaire en faveur de la santé*, 47ème Assemblée Mondiale de la Santé, Genève, Mai 1994.

**OMS**, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986 <http://www.syndicat-infirmier.com/Charte-d-Ottawa-pour-la-promotion.html>

**OMS**, *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*, OMS, Genève, 1991

**OMS/UNICEF**, *Alma Ata, Les soins de santé primaires*, OMS, Genève, réimpression 1986

**PAUL E.**, *Pour une efficacité de l'aide au développement (APD) dans le secteur de la santé : Etude de cas du Bénin*, 2011

**PECQUEUR B.**, *Le développement local*, Syros, 2<sup>e</sup> édition revue et augmentée, 2000

**PISSARRO B.**, *Médecine communautaire, santé communautaire et promotion de la santé*, Paris, Faculté de Médecine Saint-Antoine, 1987

**RICHARD P.**, *Le Temps des Citoyens : pour une démocratie décentralisée*, Paris, PUF, 1995

**RIFKIN SB**, *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale : analyse sur la base d'une étude de cas*, OMS, Genève, 1990

**SAUL J.**, *Le citoyen dans un cul-de-sac ? Anatomie d'une société en crise*, Montréal,

Fides/Musée de la civilisation, 1996

**SAWADOGO R.**, *L'État africain face à la décentralisation*, KARTHALA, 2001

**TALBOT D.**, « *La gouvernance locale, une forme de développement local et durable? Une illustration par les pays* », *Développement durable et territoires* [En ligne], Dossier 7 | 2006, mis en ligne le 29 avril 2006, consulté le 19 janvier 2014. URL : <http://developpementdurable.revues.org/2666> ; DOI : 10.4000/developpementdurable.2666

**ZANNOU G.**, *Les collectivités locales dans la nouvelle réforme de l'administration territoriale en République Populaire du Bénin*, Cotonou, CEFAP, 1984

### Webographie

[http://ctb-benin.org/joomla/index.php?option=com\\_content&view=article&id=68:relais-communautaire&catid=35:sante&Itemid=73](http://ctb-benin.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=68:relais-communautaire&catid=35:sante&Itemid=73) consulté le 17/10/13

[http://ctb-](http://ctb-benin.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=263:cogecs&catid=35:sante&Itemid=73)

[benin.org/joomla/index.php?option=com\\_content&view=article&id=263:cogecs&catid=35:sante&Itemid=73](http://ctb-benin.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=263:cogecs&catid=35:sante&Itemid=73) consulté le 25/10/13

[http://www.agi-ivoiriens.com/solidarite\\_politique/avantages\\_participation\\_communautaire.html](http://www.agi-ivoiriens.com/solidarite_politique/avantages_participation_communautaire.html) consulté le 25/10/13

[http://www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/index.php/Benin:Analytical\\_summary\\_-\\_Community\\_ownership\\_and\\_participation/fr](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Analytical_summary_-_Community_ownership_and_participation/fr) consulté le 52/10/13

[http://www.btccbt.org/files/web/publication/Vers%20la%20couverture%20maladie%20universelle%20au%20B%C3%A9nin\\_web\\_1.pdf](http://www.btccbt.org/files/web/publication/Vers%20la%20couverture%20maladie%20universelle%20au%20B%C3%A9nin_web_1.pdf) consulté le 25/10/13

[http://www.memoireonline.com/11/12/6498/m\\_Processus-de-la-participation-communautaire-aux-activites-de-soins-de-sante-primaires-dans-le-dist.html](http://www.memoireonline.com/11/12/6498/m_Processus-de-la-participation-communautaire-aux-activites-de-soins-de-sante-primaires-dans-le-dist.html) consulté le 25/10/13

[http://www.memoireonline.com/12/07/770/m\\_evaluation-regularite-consultation-prescolaire-kintanu-I8.html](http://www.memoireonline.com/12/07/770/m_evaluation-regularite-consultation-prescolaire-kintanu-I8.html) consulté le 17/10/13

[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan\\_0294-0337\\_1995\\_num\\_13\\_2\\_1326](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1995_num_13_2_1326)

[consulté le 25/10/13](#)

[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan\\_0294-0337\\_1986\\_num\\_4\\_3\\_1046](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1986_num_4_3_1046)

[http://www.refips.org/files/ameriques/LettreEnLigne\\_novembre\\_%202008.pdf#page=3](http://www.refips.org/files/ameriques/LettreEnLigne_novembre_%202008.pdf#page=3)

<http://www.unesco.org/education/partners/cco/Fichiersdoc/commun.htm> consulté le 25/10/13

## **ANNEXES**

### **Outils de collecte par cibles**

#### **➤ Relais communautaire**

##### **1. Profils sociologique**

Nom et prénoms                      Sexe                      Ancienneté dans l'activité

Profession/AGR                      Zone de résidence

##### **2. Raisons du choix de l'exercice de l'activité de relais communautaire**

##### **3. Relais communautaires : caractéristiques, types et spécificité à DAA**

##### **4. Organisation à charge du relais et situation par rapport à soi**

**5. Mode d'assertion au poste de relais communautaire :** acteurs, stratégies, mécanismes

**6. Caractéristique de l'activité du relais communautaires :** implications et catégories

**7. Activités effectués en tant que relais communautaire :** implication, stratégies et exigences

**8. Différences entre les activités de chaque catégorie de relais communautaire**

**9. Localité d'exercice :** mode, exigences et motivations

**10. Mise en œuvre de l'activité :** Nombre de ménages à charge, effectif des ménages visités par jour, critères de sélection des ménages

**11. Affections traitées :** Mode de diagnostic, de prise en charge, de suivi et de redirection du patient vers les centres de santé.

**12. Motivation du relais :** Montants, fréquence

**13. Difficultés de l'exercice :** Quand, comment, approche de solution

**14. Relation avec autres relais et agent de santé :** pourquoi, quand, motif, organisation

**15. Relation avec collectivités locales :** pourquoi, quand, comment, motif, organisation

**16. Abandon et sanction : pourquoi, quand, comment, motif**

➤ **Population**

- 1. Perception du relais communautaire : fonction, activité, utilité**
- 2. Cheminements thérapeutique : critère de choix et objectifs**
- 3. Recours au relais communautaire : quand, comment, pourquoi, fréquence**
- 4. Activités du relais communautaire : éléments constitutif des soins, mode de diagnostic et de traitement, redirection du patient**
- 5. Participation des agents de santé : quand, fréquence et comment**
- 6. Connaissance de la promotion de santé : ancienneté des activités à base communautaire, ancienneté des activités de relais communautaires, types et caractéristiques de chaque relais, durée et types d'activités**
- 7. Sanctions du relais communautaire : qui, quand, comment**
- 8. Dissemblances et doléances.**

➤ **Collectivités locales**

- 1. Profils sociologique : Nom et prénom, Sexe, Niveau d'étude, AGR/profession**
- 2. Constitution des conseils villageois de santé/développement : historique, profils des acteurs et critères de sélection et de mise en place**
- 3. Rôle du conseil dans la santé communautaire notamment le choix et le suivi des relais communautaires**
- 4. Rôle du chef de village dans la sélection et le suivi des relais communautaire**
- 5. Les institutions en charge de la gestion et le suivi du relais communautaire**
- 6. Profils sociologique du relais communautaire**
- 7. Organisation des primes du relais communautaire : institution en charge, modalité et montant**
- 8. Causes d'abandon des relais**

**9. Sanctions du relais : quand, qui et comment ?**

➤ **PTF, ONG, acteurs institutionnels**

**1. Identification de la structure :** Nom, Domaine d'activité, Ancienneté dans la zone

**2. Organisation de l'activité du relais communautaire :** Critères de sélection du relais, Primes du relais, Domaines d'activités du relais, Paquet d'activités du relais en santé,

Suivi du relais : formation et vérification des activités, Sanction du relais

**3. Incidence du travail du relais sur la santé de la population :** Taux de mortalité maternelle et infantile, Accès aux soins de santé primaire

**4. Difficultés de la santé communautaire :** Problème organisationnel, Problèmes institutionnel

**5. Responsabilités de la structure dans la gestion des relais communautaires :**

Rapport avec Mairie/ONG-PTF, Relation avec CVD/S-COGES, Relation avec RC

➤ **Comités villageois de développement/santé**

**1. Identification des acteurs :** Nom et prénoms, Sexe, Titre, Niveau d'étude, AGR/profession

**2. Rôle du conseil dans la santé communautaire notamment le choix et le suivi des relais communautaires**

**3. Rôle du chef de village dans la sélection et le suivi des relais communautaire**

**4. Les institutions en charge de la gestion et le suivi du relais communautaire**

**5. Profils sociologique du relais communautaire**

**6. Organisation des primes du relais communautaire : institution en charge, modalité et montant**

**7. Causes d'abandon des relais**

**8. Sanctions du relais : quand, qui et comment ?**

## TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICACES.....</b>	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>iv</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTES DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....</b>	<b>vi</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>01</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRES THEORIQUE, CONCEPTUEL ET ITINERAIRE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>04</b>
<b>CHAPITRE I : CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....</b>	<b>05</b>
<b>I. CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>05</b>
<b>1.1. Problématique.....</b>	<b>05</b>
<b>1.1.1. Problème.....</b>	<b>05</b>
<b>1.1.2. Hypothèses de recherche.....</b>	<b>08</b>
<b>1.1.3. Objectifs de recherche.....</b>	<b>08</b>
<b>1.2. Justification du choix du sujet et de l'espace de recherche.....</b>	<b>09</b>
<b>1.2.1. Pertinence de la recherche.....</b>	<b>09</b>
<b>1.2.2. Justification du choix du site de recherche.....</b>	<b>11</b>
<b>II. APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Cadre conceptuel.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. Clarification conceptuelle.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3. Etat de la question.....</b>	<b>19</b>

<b>CHAPITRE II : CADRE PRATIQUE ET ITINERAIRE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>23</b>
<b>I. CADRE PRATIQUE.....</b>	<b>23</b>
1.1. Cadre de la recherche.....	23
1.2. Délimitation thématique.....	25
<b>II. ITINERAIRE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>25</b>
2.1. Nature de la recherche.....	25
2.2. Groupes cibles et échantillonnage.....	26
2.2.1. Groupes cibles.....	26
2.2.2. Echantillonnage.....	28
2.3. Techniques et outils de collecte des données.....	30
2.3.1. Recherche documentaire.....	30
2.3.2. Entretien.....	31
2.3.3. Observation.....	32
2.4. Techniques et outils de dépouillement, traitement et analyse des données.....	33
2.4.1. Techniques de dépouillement et de traitement des données.....	33
2.4.2. Analyse des données.....	34
2.5. Organisation de la recherche.....	39
<b>DEUXIEME PARTIE : LOGIQUE ET DYNAMIQUES AUTOUR DE LA GESTION DU RELAIS COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>39</b>
<b>CHAPITRE III : LOGIQUES ET ACTIVITES DU RELAIS COMMUNAUTAIRE...40</b>	<b>40</b>
<b>I. CONTEXTE HISTORIQUE ET INSTITUTIONNEL DU RELAIS COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>40</b>
1.1. Des Soins de Santé Primaire à la Promotion de la santé.....	40
1.2. Contexte historico-institutionnel du relais communautaire.....	43
<b>II. DYNAMIQUES AUTOUR DE L'ACTIVITE DU RELAIS COMMUNAUTAIRE...45</b>	<b>45</b>

2.1. Motivations du choix de la ‘fonction’ de relais communautaire.....	45
2.2. Mode d'accès au poste de relais communautaire.....	48
2.3. Typologie des attributions, activités et tâches du relais communautaire.....	51
<b>CHAPITRE IV : SYSTEME DE COMMUNICATION ET DYNAMIQUE AUTOUR DE LA GESTION DU RELAIS COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>56</b>
<b>I. MECANISME DE COMMUNICATION ET SYSTEME DE RELATION ENTRE LES ACTEURS.....</b>	<b>56</b>
1.1. Du choix du relais communautaire.....	57
1.2. De la formation au suivi du relais communautaire.....	60
<b>II. DYNAMIQUES AUTOUR DE LA GESTION DU RELAIS COMMUNAUTAIRE....</b>	<b>64</b>
2.1. De l'activité du relais communautaire.....	65
2.2. Approche analytique des mécanismes de mobilisation et position stratégique des acteurs.....	67
2.3. Perspective de recherche sur la gestion du relais communautaire dans le but d'une thèse.....	72
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE.....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>82</b>