



Université d'Abomey-Calavi

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines



École Doctorale Pluridisciplinaire

« Espace, Cultures et Développement »

**Thèse pour l'obtention du grade de Docteur
de l'Université d'Abomey-Calavi**

Spécialité : Sociologie-Anthropologie *Option* : Sociologie du Développement

***Sujet* :**

**Mise en œuvre des politiques de santé à
l'échelle de la zone sanitaire au Bénin :
ethnographie des enjeux et des
dynamiques**

Réalisée et soutenue par

Nadine Mahuna A. SOSSOUHOUNTO

Sous la direction de

Roch L. MONGBO et Marc PONCELET

Membres du Jury

Président : Brice SINSIN : Professeur Titulaire, Bénin

Examineurs :

Adolphe C. KPACHAVI : Maître de conférences, Bénin

**Gado Agarassi NAPO-KOURA : Directeur du Centre de Formation
en Santé Publique, Professeur Titulaire, Togo**

Komi KOSSI-TITRIKOU : Professeur Titulaire, Togo

Rapporteur : Roch L. MONGBO : Maître de conférences, Bénin

Mention : Très honorable et les félicitations du jury

Soutenue le 21 Avril 2016

ANNÉE ACDÉMIQUE 2015-2016

DEDICACE

A Chiara et Anaël

REMERCIEMENTS

Au terme de mon travail de recherche, je remercie tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont participé à la construction de cette édifice. Je nomme sincèrement Marie-Bénédicte Gantin, ce travail est aussi le tien, tu as été à l'origine de ce processus, depuis le DEA, où tu y as mis les moyens surtout financiers pour sa concrétisation.

Je remercie la Coopération Belge à travers la Coopération Universitaire de Développement qui sans laquelle, le processus commencé par le DEA n'aurait pas abouti à la thèse. Je remercie spécialement tous les membres du groupe de recherche GRAP-PA Santé. J'ai une pieuse pensée à la mémoire de son coordonnateur le feu prof Dr Bruno Dujardin (ULB), un grand merci au Prof. Dr. Jean Macq (responsable UCL), à Jessica Martini (chercheur ULB), au Dr Véronique Zinnen (chercheur UCL), et au Dr Nathalie Ribesse (doctorante UCL).

Ce parcours de thèse doit son commencement comme son achèvement au soutien de mes promoteurs, les professeurs Roch L. Mongbo (UAC) et Marc Poncelet (ULg). Je remercie singulièrement Dr Elisabeth Paul qui a supervisé ce travail durant tout le processus. Que vous veuillez bien, tous, trouver ici l'expression de ma profonde gratitude pour votre accompagnement, vos conseils et vos sollicitudes.

Ce travail doit également beaucoup à mes collègues du centre de recherche Pôle Sud de l'Université de Liège (Institut des Sciences Humaines et Sociale) qui m'ont offert un cadre de travail serein et chaleureux lors de mes stages de recherche en Belgique. Merci à Bénédicte Maccatory, pour ton petit sourire toujours réconfortant. Merci à Véronique Biquet, au Dr Jean Pierre Mpiana Tshitenge pour nos échanges enrichissants et vos encouragements. Dr Julie Failon, te souviens-tu, de cette matinée d'hiver sur la route du Château de Colonster ? Merci pour votre soutien indéfectible.

J'adresse toute ma gratitude aux enseignants du Département de Sociologie-Anthropologie de l'Université d'Abomey-Calavi et à tous mes collègues du Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et du Développement (LADYD). Permettez-moi de nommer Dr Adolphe Kpachavi, Dr Anne Floquet, Dr Emmanuel Sambieni et Dr Florent Okry. Leurs relectures, leurs conseils et les pistes de réflexion qu'ils m'ont suggérées ont joué un rôle essentiel dans la finalisation de ce travail. Un merci singulier à Romule Gbodja pour toutes ses sollicitudes. Ma gratitude va également à l'Académie « Alioune

Beye pour la Paix » où j'ai fait mes premiers pas de chercheur, un merci particulier à son Directeur exécutif le prof Dr Christophe Kougniazondé.

De même, je suis très reconnaissante envers les membres des bureaux de zone respectifs de mon terrain de recherche, un grand merci aux médecins coordonnateurs de zone sanitaire Dr Bello (à l'origine de la recherche), Dr Kuassi et Dr Ghézo Mèvo. Ma reconnaissance va également à l'endroit de tous les personnels des formations sanitaires des zones sanitaires de Bohicon et de Comè de m'avoir intégrée et permise de mener à bien mon travail de terrain. Merci d'avoir échangé avec moi sur vos pratiques. Merci aussi au Directeur de l'HZ de Comè, M. Georges Djossou Azo et à tout le personnel de l'hôpital. Tous les usagers des formations sanitaires et toutes les populations qui sont prêtés à mes entretiens et mes observations trouveront ici l'expression de ma gratitude pour avoir accepté d'échanger avec moi sur leur parcours.

J'adresse de la même manière mes plus vifs remerciements à toutes les institutions qui m'ont ouvert largement leurs portes pour accéder sans aucune difficulté aux informations recherchées. Il s'agit du Ministère de la Santé à travers la DPP, merci à M. Amoussou, de l'Agence Belge de Développement (AIMS) à travers ses assistants techniques je veux citer : Dr Dramé (à l'origine du travail), Dr Loddi, Dr Jean-Pierre, Dr Paré, Dr Cheick etc. Merci également au coordonnateur du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS), M. Alphonse Apkamoli pour sa disponibilité.

Enfin, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à toute ma famille et à tous mes amis. A mon père Basile Sossouhounto pour toute son affection, son aide et ses sollicitudes. Merci à maman et à mon père adoptif pour leur soutien indéfectible. Un merci particulier au couple Bénédicte et Serge Ballo et à leurs enfants pour les moments passés ensemble à Comè. Merci à mes frères et sœurs, particulièrement à Arnaud et Arlette, à mes tantes, oncles et cousins pour leur écoute, leurs aides, leurs conseils et le réconfort qu'ils m'ont apporté tout au long de ce processus. Pour finir, je dis un grand merci à ma cousine Blandine Doumatey, qui m'a soutenu pour la production et la multiplication des documents.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AAA	Accra Agenda for Action
AIMS	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
AMADES	Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé
APAD	Association Euro-africaine d'Anthropologie et de Développement
APD	Aide Publique au Développement
BM	Banque Mondiale
CAD	Comité d'Aide au Développement
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CDMT	Cadre de Dépense à Moyens Terme
CESS	Consultants Experts Services Solutions
CGBH	Comè-Grand-Popo-Bopa-Houéyogbé
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
COSA	Comité de Santé
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CTB	Coopération Technique Belge
DDS	Direction Départementale de la Santé
DP	Déclaration de Paris
DPP	Direction de la programmation et de la prospective
DTF	Document Technique et Financier
EDSB	Enquête Démographique et de Santé au Bénin
EEZS	Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
EHESS	École des Hautes Études en Sciences Sociales
FACOM	Facilitateur Communautaire.
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FHN	Forums de Haut Niveau
FSI	Fonds Sanitaire des Indigents
GARE	Grossesses à Risques Éventuels
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GAVI	Global Alliance For Vaccines and Immunization
GRAP-PA	Groupe de Recherche en Appui à la Politique sur la Mise en œuvre de
Santé	l'Agenda pour l'efficacité de l'Aide
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
HZ	Hôpital de Zone
IB	Initiative de Bamako

IHP+	Partenariat International pour la Santé et Initiatives liées
INSAE	Institut National de Statistiques et d'Analyse Économique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LASDEL	Laboratoire de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
MC	Médecin Coordonnateur
MS	Ministère de la Santé
MSPSCF	Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine
NFS	Numération Formule Sanguine
OBC	Organisations à Base Communautaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le Sida
PADS	Projet d'Appui au Développement Sanitaire
PADZS	Programme d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
PALP	Programme d'Appui à la Lutte contre le Paludisme
PARDZS	Projet d'Appui au Renforcement des Départements et des Zones Sanitaires
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCV	Pneumocoque
PENTA	Diphtérie+tétanos+coqueluche+ Erphulusinfluenzaer de type B+ hépatite B.
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PILP	Projet d'Intensification de Lutte contre le Paludisme
PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale
PISAF	Programme Intégré de Santé Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
Polio	Poliomyélite
PRPSS	Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé
PSCS	Plate-forme Société Civile et Santé.
PTD	Plan triennal de développement
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RAC	Réseau Aérien de Communication
RAMU :	Régime d'assurance-maladie universelle

REMECAR	Registre Médicaments, Carnets, Actes, Recette
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSS	Renforcement du Système Sanitaire
SCRP	Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SSP :	Soins de Santé Primaires
TDR	Test de Diagnostic rapide
UCP	Unité de Coordination du Projet
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZOBOZA	Zogbodoméy-Bohicon-Zakpota
ZS	Zone Sanitaire

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

11

SUMMARY

12

INTRODUCTION

13

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE, CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE 19

Chapitre I : Cadre conceptuel

20

Chapitre II : Le cadre théorique et méthodologique

32

DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES ZONES SANITAIRES, TRAJECTOIRES DES POLITIQUES ET DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES 48

Chapitre III : Zones sanitaires et politique de santé au Bénin

49

Chapitre IV : Déroulement des activités au quotidien dans les formations sanitaires

125

TROISIÈME PARTIE : FONCTIONNEMENT DES ZONES SANITAIRES ET STRATÉGIES DES ACTEURS 164

Chapitre V : L'organisation et la planification des activités comme une invention quotidienne des professionnels de santé dans les formations sanitaires

165

Chapitre VI : Le climat organisationnel au regard des programmations sanitaires

179

Chapitre VII : La difficile implantation de la politique d'intervention des Partenaires Techniques et Financier (PTF) dans les formations sanitaires

213

CONCLUSION

241

BIBLIOGRAPHIE

249

ANNEXES

263

LISTE DES TABLEAUX, PHOTOS, GRAPHISME, FIGURE

TABLEAU I : Plan général de la thèse.....	18
TABLEAU II : Loi n°97-028 du 15 janvier 1999	54
TABLEAU III : Nombre d'arrondissements et de villages par commune	60
TABLEAU IV : Répartition des formations sanitaires publiques par arrondissements et par commune en 2011.....	61
TABLEAU V : Répartition des 10 affections les plus fréquemment enregistrées en consultation selon le sexe en 2011	63
TABLEAU VI : Répartition des 10 affections les plus fréquemment enregistrées en hospitalisation selon le sexe en 2011	64
TABLEAU VII : Répartition du personnel de santé par commune selon le statut en 2011	64
TABLEAU VIII : Principaux ratios du personnel par catégorie et par commune en 2011	65
TABLEAU IX : Population cible de la zone.....	70
TABLEAU X : Tableau récapitulatif des arrondissements et villages	72
TABLEAU XI : Taux des cinq premières affections les plus fréquentes en consultation	73
TABLEAU XII : Répartition du personnel par commune et statut de la ZS de Bohicon	73
TABLEAU XIII :	74
TABLEAU XIV : Tableau récapitulatif de comparaison structurelle.....	76
TABLEAU XV : Tableau récapitulatif des PTF actifs dans les deux ZS	79
TABLEAU XVI : Récapitulatif du contenu des documents de politiques	91
TABLEAU XVII : Comparaison entre « planistes » et « essayistes.....	94
TABLEAU XVIII : Récapitulatif de quelques éléments liés aux projets mis en œuvre	114
TABLEAU XIX : Grille d'évaluation FBR par le projet PAZS COME II.....	117
TABLEAU XX : Indicateurs quantitatifs subventionnés par le FBR (pour les centres de santé primaire)	122
TABLEAU XXI : Gamme d'activités évaluées dans les CS du point de vue de la qualité	123
TABLEAU XXII : Mécanismes de contrôle et de vérification du modèle de FBR du PRPSS	124
TABLEAU XXIII : Différents vaccins administrés et les tranches d'âges	141
TABLEAU XXIV : Prévention et promotion de la santé.....	211
PHOTO I : Entrée dispensaire du CSA de Sè et Salle des soins au dispensaire de Sè (photo prise le 17/08/2011 par Nadine Sossouhounto)	66
PHOTO II: Plafond de la salle d'accouchement et du matériels pour faire l'accouchement à la maternité du CSA de Sè (photo prise le 17/08/2011 par Nadine Sossouhounto)	67
PHOTO III : Salle de nettoyage du bébé et le matériel utilisé pour faire l'accouchement et les premiers soins au bébé (Idem)	68
PHOTO 4 : Toilettes et douches en état de dégradation avancée à l'hôpital de zone de Comè (photo prise le 30 avril 2012 par Nadine Sossouhounto).....	155

PHOTO 5 : Espace réservé aux gardes malades pour le ménage à l'HZ de Comè rempli de mauvaises herbes (photos prises le 30 avril 2012 par Nadine Sossouhounto).....	156
GRAPHISME 1 : Pyramide des âges au Bénin.....	52
GRAPHISME 2 : Logique du PNDS.....	162
GRAPHISME 3 : Corrélation entre importances relatives et niveaux des financements des domaines d'intervention.....	232
FIGURE 1 : La pyramide sanitaire au Bénin.....	56

RESUME

La santé est un besoin quotidien des humains qui usent des moyens à leur portée pour le satisfaire. Au Bénin, la situation socio-sanitaire de la population locale n'est guère reluisante et pour la prise en charge de ces besoins en santé de la population, au niveau national, des interventions publiques agissent avec des cycles périodiques de réformes et de stratégies (SSP, OMD, DP) pour se conformer aux engagements internationaux. Pour la communauté internationale et les États, investir dans la santé est un acte perçu comme un investissement en faveur du développement. On y note dès lors un foisonnement d'initiatives de tous genres. Pourtant le flot de financements constaté ces dernières années dans le secteur sanitaire béninois n'a pas favorisé son efficacité. La curiosité intellectuelle de cette recherche est de comprendre comment **dans leurs pratiques quotidiennes, les acteurs au niveau local du système, s'ajustent-ils aux politiques publiques pour mieux s'approprier les dispositions qui les accompagnent ?** Cette thèse est une contribution au champ socio-anthropologique des organisations situant les actions et les politiques publiques de santé et de coopération dans leur contexte social. Elle est également affiliée à la sociohistoire qui a permis de retracer la trajectoire des politiques. Elle est basée sur une enquête ethnographique d'environ dix (10) mois dans les zones sanitaires de Bohicon et de Comè. Il ressort de ce travail que, dans les zones sanitaires de Comè et de Bohicon, les agents de santé ne sont pas informés du contenu des politiques publiques de santé et de coopération, suscitées conjointement avec les pays partenaires sous l'égide de l'OMS. Le niveau périphérique subit les décisions qui viennent du haut, comme le disent les agents de santé eux-mêmes. L'appropriation, au lieu d'être un travail de fond, ne repose que sur des moments d'élaboration de documents de politique conformes aux déclarations, conditionnés par les donateurs multi et bilatéraux. Les pratiques des acteurs dans les formations sanitaires constituent des constructions quotidiennes basées sur des initiatives individuelles, avec des logiques à l'œuvre qui ne concordent pas toujours avec les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour l'amélioration de la santé des populations à la base.

Mots clés : Politiques publiques, Mise en œuvre, Santé, Coopération, Zone sanitaire, Comè, Bohicon

SUMMARY

Health is a daily need of human who use the means at their disposal to satisfy him. In Benin, the social and health situation of the local population is hardly rosy. The unacceptable living conditions of the majority favor the outbreak of disease. To support these population health needs at the national level, public interventions are acting with periodic cycles of reforms and strategies to comply with international commitments. For the international community and States, investing in health is an act seen as an investment for development. We note in there from a proliferation of initiatives of all kinds. Yet the flow of funds found in recent years in the Beninese health sector did not favor efficiency. Intellectual curiosity of this research is to understand how their daily practices, local actors of the system, they adjust public policy to better appropriate the accompanying provisions? This thesis is a contribution to the socio-anthropological field organizations ranging actions and public policies for health and cooperation in their social context. It is also affiliated to the socio history field, which helped to trace the trajectory of policy. It is based on an ethnographic survey of about ten (10) months in the health zones of Bohicon and Comè. It is clear from a work that, in the health zones of Comè and Bohicon, health workers are not informed of the content of public policy and health cooperation, raised jointly with partner countries under the auspices of WHO. The peripheral level suffers the decisions that come from above, like say the health workers themselves. The appropriation, instead of substantive work, is based only on the development times of policy documents consistent with statements, conditioned by multi and bilateral donors. Actors practices in health facilities are daily builds based on individual initiatives, with logic at work that are not always consistent with the objectives of the National Health Development Plan for improving the health of grassroots.

Keywords: Public Policies, Implementation, Health, Cooperation, health district, Comè, Bohicon

INTRODUCTION

La santé est un besoin quotidien des humains qui se saisissent des moyens à leur portée pour le satisfaire. C'est un droit fondamental et la responsabilité incombe aux gouvernements de veiller à la santé de leurs populations (OMS, 1978). Au Bénin, la situation socio-sanitaire de la population locale n'est guère reluisante. Le cadre de vie non acceptable de la majorité favorise l'écllosion des maladies transmissibles et non transmissibles à savoir : le paludisme, le VIH et Sida, la tuberculose etc. En 2013, les trois principales pathologies au Bénin sont : le paludisme (40,6%), les infections respiratoires aiguës (13,3%), les affections gastro-intestinales (6,8%) (MS, 2013). Ces pathologies représentent une menace pour la santé et constituent un frein pour le développement.

Pour la prise en charge de ces besoins en santé de la population au niveau national, les interventions publiques y agissent avec des cycles périodiques de réformes et de stratégies pour se conformer aux engagements auxquels ils souscrivent dans des instances internationales. Leurs engagements se traduisent alors dans des politiques publiques qui sont par la suite transformées en services et prestations de soins au niveau local. En la matière, celles qui ont particulièrement retenu notre attention et qui feront l'objet de ce travail concernent les réformes relatives aux Soins de Santé Primaires (SSP), celles inscrites dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), puis la Déclaration de Paris pour la Coopération au développement en leurs rapports respectifs avec le secteur de la santé.

Penser des politiques de santé et de coopération pour les pays en voie de développement

Pour corriger les déséquilibres en matière de santé dans le monde à la fin de la deuxième guerre mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été créée pour le contrôle sanitaire par-delà les frontières. Cette organisation définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (Préambule à la Constitution de l'OMS, 1946). Ainsi, il embrasse un vaste domaine qui dépasse la lutte contre les grandes pandémies et englobe des sujets très différents tels que l'accès aux médicaments, les changements de comportement, le renforcement des systèmes de santé pour n'en citer que ceux-là. Les quatre priorités actuelles de l'OMS sont d'assurer la sécurité sanitaire, de lutter contre

les maladies chroniques, et surtout d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et l'accès aux soins de santé pour tous de façon équitable (Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport de 2012). Précisons que les trois dernières décennies ont vu l'intensification des interventions internationales dans le domaine de la santé (Idem) engageant aussi bien le Bénin que les autres États africains. Ceci se justifie par la globalisation des échanges et le caractère universel du droit à la santé affirmé par l'OMS à sa création en 1947 (Préambule à la Constitution de l'OMS, 1946). Ainsi, les interventions ont été intensifiées, les Soins de Santé Primaire (SSP) ont été définis à Alma Ata en septembre 1978 (OMS, 1978) et réaffirmés en 2008 à la Conférence Internationale sur les SSP et Systèmes de Santé en Afrique à Ouagadougou (Burkina-Faso) (OMS, 2008). Les OMD liés à la santé, entérinée en 2000, mettent l'accent sur la réduction de la mortalité infantile (Objectif 4), l'amélioration de la santé maternelle (Objectif 5), le combat contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (Objectif 6). Pour favoriser l'atteinte des OMD en 2015, des engagements ont été signés entre les partenaires des pays à faible revenus et les pays développés pour améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement en général et sur la santé en particulier.

L'aide au développement est significative de nos jours dans le secteur de la santé, mais son efficacité reste à prouver (Gabas, 2002). Grâce à des engagements financiers et techniques, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) participent au développement du système sanitaire comme l'expression de leur solidarité mais aussi de leur suprématie (MAEE, 2012). Leur appui est essentiel pour garantir et pérenniser l'égalité d'accès aux soins pour les populations. Mais, bien qu'indispensable, il peine à rendre le système performant. A l'avènement des OMD, pour favoriser le progrès dans la réduction de la pauvreté dans les pays alliés, l'efficacité de l'aide, contenue dans la Déclaration de Paris (DP), a été initiée dans le but de favoriser les synergies et l'efficacité d'une action conjointe au service du développement sanitaire. La Déclaration de Paris a pour but de renforcer la coordination de l'aide et de promouvoir un processus centré sur les priorités nationales. Elle est basée sur cinq principes à savoir: l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats, et la responsabilité mutuelle.

Le contexte sanitaire béninois

Le Bénin a connu sa grande réforme du système sanitaire en janvier 1995 (Imorou, 2006). Elle consacre l'idée d'une politique et de stratégies nationales qui visent, d'une part, à améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations des soins et des services de santé et, d'autre part, à renforcer la participation communautaire. Pour atteindre ces objectifs, le pays s'est doté en 1996, d'un document de « Politique et stratégies de Développement du secteur Santé » (MSPSCF, 1997), actualisé en 2002 pour une période allant de 2002 à 2006 (MSPSCF, 2002). Par ailleurs, en 2007, le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS) (MS, 2007) a été adopté. Le PNDS 2009-2018 a pour objectifs (1) d'assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des OMD, (2) de renforcer le partenariat pour la santé et (3) d'améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur de la santé. Étant partie prenante des OMD, le Bénin s'est donc engagé à élaborer et à mettre en œuvre des politiques publiques nécessaires pour améliorer les conditions de vie des populations à l'échéance 2015. Dans le secteur de la santé, le PNDS 2009-2018 est devenu ainsi la référence commune et le cadre unique de coopération, de coordination, d'orientation, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, de tous les acteurs locaux et de tous les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), parties prenantes du secteur. Du PNDS découle le Plan Triennal de Développement (PTD), qui propose un mode opératoire fondé sur des éléments de ciblage nécessaires à l'atteinte des objectifs du secteur sanitaire. Par ailleurs, le pays a choisi d'organiser le territoire en zones sanitaires (districts sanitaires) composées de centres de santé et d'hôpitaux de zone. Ils constituent les lieux de délivrance des soins de santé aux populations et donc les terrains de mise en œuvre ultime des diverses politiques et stratégies en matière de santé.

Comme argumenté par de nombreux auteurs, investir dans la santé par la communauté internationale et les États n'est plus considéré comme une dépense mais comme un investissement en faveur du développement (OMS, 2000). Le secteur de la santé devient un domaine majeur d'intervention des politiques internationales et nationales. On y note dès lors un foisonnement d'initiatives de tous genres, notamment des financements innovants, tant à travers des ONG internationales, des Fondations, que par les pays émergents (Moran, 2009). Le même foisonnement est aussi noté au Bénin. Le secteur de la santé bénéficie de l'intervention de plusieurs partenaires techniques et financiers à

savoir: UNICEF, OMS, UNFPA, UE, GAVI, ONUSIDA, USAID, Agence Belge du Développement, Banque Mondiale, Fond Mondial, BAD, Plan Bénin etc. Ils agissent à travers de multiples initiatives dans le but d'améliorer le fonctionnement du système sanitaire. Pourtant le flot de financements constatés ces dernières années dans le secteur sanitaire béninois n'a pas favorisé son efficacité. En effet, le financement extérieur du secteur de la santé au Bénin s'est élevé à 29 510,4 millions de FCFA en 2011 (MS, 2011). Malgré les programmes et les réformes mis en œuvre par les Partenaires Techniques et Financiers et le Ministère de la Santé au cours des années passées pour améliorer l'état de santé de la population les indicateurs de la santé demeurent élevés. L'année 2013 révèle un taux du décès maternel qui s'élève à 152,3 pour 100000 naissances dans les formations sanitaires, un taux de mortalité infanto juvénile à 70‰, un taux de fréquentation des services de santé à 51,4%, un taux de prévalence du VIH SIDA à 1,9% (MS, 2013). Ce qui signifie que des dysfonctionnements persistent dans la gestion du système sanitaire¹ béninois, en dépit des réformes menées et de la mobilisation massive des ressources intérieures et extérieures. Les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur des attentes, et il y a peu d'évidence que l'aide apportée fasse véritablement améliorer la performance des formations sanitaires.

Dans tous les pays du monde, la problématique de la santé des populations continuent d'être au cœur des préoccupations des Etats. Depuis plusieurs années, beaucoup de travaux s'articulent autour de la description et l'explication pour examiner le fonctionnement quotidien des services de santé, les pratiques des soignants, les enjeux, les valeurs et les contraintes qui dictent leurs conduites et les diverses formes d'interactions entre eux et les usagers (Jaffré et Prual, 1993, 1994 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Olivier de Sardan, 2001). Si notre thèse se situe dans la continuité de ces travaux, elle essaie de focaliser plus profondément l'analyse sur la trajectoire des politiques publiques de santé et de coopération et sur comment ces politiques publiques normatives sont acceptées et traduites en actions concrètes au quotidien dans les pratiques des acteurs au niveau local.

Au regard de tout ce qui vient d'être énoncé, nous avons structuré notre thèse en trois parties en plus de l'introduction et de la conclusion. L'introduction plante le décor avec le contexte international et national des politiques de santé et de coopération au Bénin.

¹Ce constat a déjà été relevé plusieurs années auparavant par certaines études menées dans plusieurs pays africains par les auteurs comme Hours (1986), Berche (1998), Jaffré & Olivier de Sardan (2003), etc.

La première partie présente les processus de la construction de l'objet de ce travail. Différents champs interdisciplinaires ont été convoqués pour trouver de réponse à notre questionnement de départ sur les politiques de santé et de coopération et les stratégies des acteurs, ainsi que le cadre théorique et méthodologique (chapitres I et II). La deuxième partie (chapitres III et IV) explore les zones sanitaires, les contextes d'émergence des politiques, leurs dispositifs opératoires et leur trajectoire. Ceci pour esquisser un cadre opératoire de référence de la problématique étudiée. Cette partie présente également l'ethnographie du quotidien des acteurs impliqués dans la fourniture des services de santé à partir de leurs pratiques dans l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires. La troisième partie est analytique, elle présente les résultats de la recherche et analyse le fonctionnement des zones sanitaires et les stratégies développées par les acteurs pour faire face aux contraintes qui en découlent. En conclusion, nous mettons l'accent sur l'importance des sciences sociales dans la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération au niveau local et de la promotion de la santé de la communauté. Nous identifions également des pistes possibles sur lesquelles notre travail pourrait se prolonger. Il s'agit principalement des pratiques routinières des sages-femmes et la prise en compte d'une série de programmes dans la construction de leurs pratiques dans les maternités et aussi la tenue des dossiers médicaux. Ces pistes nous paraissent d'autant plus intéressantes qu'elles seront abordées dans le cadre d'autres travaux de recherches.

TABLEAU 1 : Plan général de la thèse

Thèse	Chapitre	Contenu	Principaux sujets abordés
Introduction		Contexte international et national des politiques de santé et de coopération au Bénin	Enoncé du sujet
Première partie : Cadre théorique, conceptuel et méthodologique	Chapitre I	Cadre conceptuel	La construction de l'objet et les perspectives de recherche Clarification conceptuelle Une approche socio-anthropologique des politiques de santé et de coopération
	Chapitre II	Cadre théorique et méthodologique	
Deuxième partie : présentation des zones sanitaires, trajectoires des politiques et déroulement des activités quotidiennes	Chapitre III	Zones sanitaires et politique de santé au Bénin	Présentation des deux zones sanitaires et l'ethnographie du déroulement des activités dans les formations sanitaires
	Chapitre IV	Déroulement des activités au quotidien dans les formations sanitaires	
Troisième partie : Fonctionnement des formations sanitaires et stratégies des acteurs	Chapitre V	L'organisation et la planification des activités comme une invention quotidienne des professionnels de santé	Résultats et analyse du fonctionnement des zones sanitaires et les stratégies développées par les acteurs pour faire face aux contraintes qui en découlent
	Chapitre VI	Le climat organisationnel au regard des programmations sanitaire	
	Chapitre VII	La difficile implantation de la politique d'intervention des PTF dans les zones sanitaires Bohicon et Comè	
Conclusion		L'importance des sciences sociales dans les processus de développement des politiques de santé et de coopération	Les perspectives de changement dans le système sanitaire au Bénin
		Vers le droit à la santé des communautés	

Sources : Nadine Sossouhounto

**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE, CONCEPTUEL ET
METHODOLOGIQUE**

Chapitre I : Cadre conceptuel

- La construction de l'objet et les perspectives de recherche
- Clarification conceptuelle
- Une approche socio-anthropologique des politiques de santé et de coopération

1. Problématique, hypothèses et objectifs

La problématique de l'offre des services de soins de santé au niveau des zones sanitaires, se situe dans un contexte de production de politiques de santé et de coopération par le niveau central et de réception de ces politiques par le niveau opérationnel ; ceci malgré le peu de moyens de travail disponibles dans les formations sanitaires et la réorganisation du système en zone sanitaire. Or, si les politiques de santé et de coopération définissent le cadre institutionnel et stratégique de leur mise en œuvre, les acteurs ne se plient pas systématiquement à ces dispositifs comme l'écrivent les sociologues des organisations. En effet, ces cadres réglementaires ne constituent souvent qu'un espace d'expression de leurs stratégies en fonction de leurs intérêts respectifs et des enjeux de pouvoir (Friedberg, 1993).

Compte tenu de l'importance du rôle que jouent les acteurs des formations sanitaires dans l'organisation et le fonctionnement du système sanitaire à la base, nous avons choisi, de nous interroger dans ce travail, sur **la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération et les stratégies des acteurs dans deux zones sanitaires au Bénin**. Certes, le Bénin, à travers son Ministère de la Santé, élabore des documents de politiques pour se conformer aux exigences conjointement définies au niveau international, mais **dans quelles mesures, dans leurs pratiques quotidiennes, les acteurs au niveau local du système, s'ajustent-ils à de telles réformes pour mieux s'approprier les dispositions qui les accompagnent ?**

Nous avons choisi de construire cette analyse au niveau de deux zones sanitaires du Sud-Bénin pour une comparaison de la même réalité dans deux contextes différents. Elles ont été choisies pour le contraste qu'elles affichent sur le plan socio-sanitaire, politique, économique et de fonctionnement. Il s'agit des zones sanitaires Comè-Bopa-Grand-Popo-Houéyogbé (CBGH) et Zogbodomey-Bohicon-Zakpota (ZOBOZA). Dans la suite du travail, les deux zones sanitaires seront respectivement appelées zone sanitaire de Comè et zone sanitaire de Bohicon pour faciliter la manipulation de leur écriture.

Le propos est ici d'analyser les enjeux et les dynamiques liées à la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération au niveau des zones sanitaires. De façon spécifique, il sera question de :

- retracer la trajectoire des politiques publiques de santé ;

- étudier l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires ;
- faire l'analyse des stratégies d'ajustement des acteurs au cadre théorique des politiques.

Les pratiques étant la porte d'entrée des éléments explicatifs de la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération au niveau opérationnel, alors nous partons de l'hypothèse principale selon laquelle **la traduction des politiques publiques de santé et de coopération dans les pratiques des acteurs au niveau local sont des éléments significatifs qui renseignent sur les enjeux et les dynamiques à l'œuvre dans les formations sanitaires**. Comme hypothèses secondaires nous stipulons que :

- la trajectoire des politiques publiques influence leur mise en œuvre au niveau opérationnel ;
- les pratiques des acteurs au niveau opérationnel orientent l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires ;
- les stratégies d'ajustement des acteurs renseignent sur la qualité des prestations.

2. Clarification de quelques concepts

Il est nécessaire d'apporter quelques clarifications aux concepts clés à manipuler dans ce travail pour lever toute équivoque.

Notre thèse a été un projet d'ethnographie globale. C'est une ambition descriptive, historique et critique. La démarche est basée sur la recherche empirique locale, chaque partie tente de rendre compte de la complexité et de la diversité des situations concrètes (Agier, 2014).

Le concept de politique est très complexe et nécessite une clarification bien claire pour expliciter son contenu. En anthropologie, la politique est le dispositif structural qui organise la dynamique d'une société en fonction des inégalités présentes en tout corps social. En d'autres termes, il définit et ordonne corrélativement les oppositions et la coopération dans le groupe. Le fonctionnement de cette structure (politique) met en œuvre concrètement des principes d'autorité et des structures de pouvoir. L'approche de la politique utilisée dans ce travail, se réfère au terme anglais «policy» qui s'applique à l'aspect concret de la politique publique. De façon globale, une politique publique est définie «comme un phénomène social complexe construit par l'action humaine et qui par essence est sujet à de multiples interprétations et comportements » (Gilson et al.,

2011; Pülzl & Treib, 2007). Elle est constituée d'un ensemble de mesures concrètes, des décisions de nature plus ou moins autoritaires. Elle s'inscrit dans un cadre général d'actions et, est orientée vers un public et définit obligatoirement des buts et des objectifs à atteindre (Mény, Thoenig, 1989). En ce qui concerne notre travail, c'est le secteur de la santé qui est visé. En effet, une politique de santé rassemble des plans de santé (health policies) et des programmes de santé. C'est l'ensemble des orientations et décisions prises au niveau international et national visant l'amélioration des systèmes de santé pour de meilleurs résultats en termes de bien-être mental et physique des populations. En outre, un système de santé se compose de toutes les organisations, personnes et actions dont le but premier est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé ; il inclut donc les efforts réalisés pour influencer les déterminants de la santé et les activités plus directement associées à l'amélioration de la santé. C'est donc plus qu'une pyramide de structures sanitaires publiques qui délivrent des soins aux personnes. L'OMS a développé un cadre d'analyse qui repose sur six piliers (building blocks) du système de santé, à savoir : le leadership et la gouvernance ; la fourniture de services ; les ressources humaines pour la santé ; l'information sanitaire ; les produits médicaux et vaccins ; infrastructures et matériels ; le financement (World Health Organisation 2007).

La santé est sans doute l'un des secteurs sociaux qui requiert l'attention de plusieurs partenaires sociaux et des institutions bilatérales et multilatérales. C'est un secteur qui demande une forte mobilisation de ressources internes comme externes. Pour ce fait, la politique de santé est indissociable de la politique de coopération ; ce sont deux réalités complémentaires. Sans mobilisation de ressources, la politique de santé restera de simples intentions. La politique de coopération basée sur l'aide au développement prend tout son sens dans la mise en œuvre de la politique de santé, si elle est suffisamment efficace (OCDE, 2005). D'où la prise en compte de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement dans ce travail. Ce qui permet d'utiliser la complémentarité qui existe entre les deux niveaux de politique publique pour analyser leur mise en œuvre.

La mise en œuvre d'une politique est un processus d'interactions et de négociations, qui se déroule au cours du temps entre ceux qui cherchent à mettre la politique en vigueur et ceux dont les actions en dépendent (Barrett & Fudge, 1981). C'est un processus complexe, dynamique, interactionnel, qui implique automatiquement l'analyse des

pratiques des acteurs. Tout au long de notre rédaction, nous allons utiliser les concepts d'opérationnalisation et d'implantation pour parler de la même réalité de la mise en œuvre.

La mise en œuvre d'une politique implique des dynamiques, qui sont assimilées à un processus qui marquent une évolution. En sociologie, les dynamiques sociales étudient l'évolution des phénomènes sociaux. Selon Auguste Comte, elles renvoient aux changements ou aux étapes successives dans l'évolution des faits sociaux par opposition à la statique sociale qui décrit l'état d'une société ou d'un fait à un moment donné (Grawitz, 2001). L'ordre social étant un ordre négocié (Olivier de Sardan, 1995), les règles formelles ne sont pas appliquées mécaniquement à l'organisation des activités quotidiennes dans les formations sanitaires. Dans ce cas, les dynamiques sociales contribuent à révéler une multiplicité des acteurs concernés, des conflits d'intérêts, de connaissance ou de valeurs. Le rapport entre rôle et statuts n'étant pas aussi simple qu'on pourrait le croire. On se retrouve dans une situation complexe que les dynamiques permettent d'une manière ou d'une autre d'explicitier. Les enjeux varient d'un acteur à un autre et les pratiques sont orientées dans le sens de maximiser les gains et de minimiser les pertes.

Ce travail nous renvoie au croisement de trois champs distincts de littérature, tel que la socio-anthropologie de la santé publique, la socio-anthropologie de la santé et la littérature sur l'aide au développement.

3. Une approche socio-anthropologique des politiques de santé et de coopération

Différents champs disciplinaires sont convoqués pour trouver de réponse à nos questionnements de départ sur le sujet. Même convoqués séparément dans le texte, ils ne constituent pas des corps théoriques distincts, mais permettent de comprendre et d'analyser la seule et même réalité des politiques de santé et de coopération et les stratégies des acteurs à la base. D'abord la socio-anthropologie de la santé publique qui analyse les approches de la santé publique et les controverses qu'elles engendrent. Ensuite, la socio-anthropologie de la santé, qui se réfère à un champ de recherche qui renvoie à la santé, à la maladie, à la sociologie et à l'anthropologie. Enfin, la littérature

sur l'aide au développement, ces controverses et sa contribution à l'amélioration de la santé des populations.

La socio-anthropologie de la santé

Les conceptions de la santé sont, pour les scientifiques, des moyens d'accès au sens que les individus donnent à leur conduite et leurs pratiques sociales (Herzlich, 1982). La socio-anthropologie de la santé se réfère à des interprétations culturelles de la maladie et à l'analyse des déterminants sociaux de la santé. Les travaux de River (1924), Clements (1932), Durkheim (1960) et Ackerknecht (1971) ont largement contribué à la mise en place d'une réflexion socio-anthropologique sur la maladie, affranchie des catégories créées par la pensée biomédicale. Après s'être penchée sur la maladie, les représentations dont elle est l'objet, les pratiques en matière de santé et les itinéraires thérapeutiques des malades (Adler et Zempléni, 1972), (Augé et Herzlich, 1982), (Fainzang, 1986), (Hours, 1986), (Gruénais, 1990), (Olivier de Sardan, 2006), la socio-anthropologie de la santé met l'accent sur les interactions entre le médecin et le malade (Erving Goffman, 1975), (Aaron Cicourel, 2002). Cette relation entre patients et personnel de santé est connue pour être caractérisée par un rapport inégal entre le demandeur de soins et celui qui possède le pouvoir de guérir (Fassin 1992). Les recherches sur les interactions entre soignant et soigné ont permis de faire ressortir au sein des formations sanitaires, les différents dysfonctionnements constatés (Jewkes et al. 1998), (Gruénais, 1996), (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003a), (Jaffré, 2004), mais aussi les pratiques médicales des médecins et des patients, les attitudes vis-à-vis des soins, de l'hospitalisation etc. (Stuedler, 1973), (Herzlich, 1998).

De nos jours, les réflexions socio-anthropologiques vont en direction des systèmes et politiques de santé, où s'observent des logiques sociales et culturelles et des interactions entre les acteurs impliqués². En outre, la socio-anthropologie de la santé convoque

²Dans ce cadre, nous pouvons notamment citer les travaux de l'association Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé (AMADES). Créée en 1988 par des médecins et des anthropologues, elle vise à articuler ses travaux sur une meilleure prise en compte des faits de société et de culture dans les actions de santé, tout en situant les actions et les politiques de santé dans leur contexte social. Elle regroupe des chercheurs tels que Laurent Vidal, Yannick Jaffré, Claire Beaudevin, Fatoumata Ouattara. En outre, le réseau de l'Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement (APAD) a été créé en 1991 et produit des travaux de recherche empiriques sur les processus sociaux qui sous-tendent les transformations en cours dans la structure du champ du développement et dans les espaces publics en Afrique. C'est un forum de désenclavement des communautés scientifiques nationales. Forum qui essaie de promouvoir des débats sur les méthodes, les connaissances et les savoir-faire entre chercheurs, praticiens et décideurs. Le Laboratoire d'Etudes et de

nombre de sous-disciplines telles que la sociologie des organisations pour comprendre le fonctionnement des formations sanitaires (Chevandier, 2007), (Bernoux, 2009). Les formations sanitaires ont leur propre mode d'organisation et de fonctionnement. Elles recourent aux notions de stratégie, d'enjeux, d'intérêts, de règle de jeu, de pouvoir que nous mobiliserons dans notre travail. Nous avons également, la socio-anthropologie stratégique de la santé qui repose sur les stratégies d'acteurs autour des projets de santé initiés surtout par les bailleurs de fonds dans les pays du Sud. Ce domaine de recherche a été beaucoup investi par les auteurs comme Hours (1985), Fassin (1992), Berche (1998) etc. C'est un champ où les jeux de pouvoir autour de la santé retiennent l'attention du socio-anthropologue. Il investit les représentations des acteurs en lutte, de leurs logiques et les stratégies d'action qu'ils déploient face à une institution sanitaire ou un projet.

La socio-anthropologie de la santé publique

La démarche de la santé publique est basée sur l'action pratique, l'adaptation au réel et la recherche de l'efficacité. Elle est fondée sur la planification et trouve des réponses à tout problème de santé identifié surtout dans les milieux pauvres. Elle part des problèmes des acteurs pour construire leurs besoins. Les besoins identifiés par l'expert en santé publique ne sont toujours pas ceux exprimés par la population, mais résultent des construits du spécialiste de santé publique (Berche, 1998). Or, la planification du réel ne reflète pas rigoureusement la réalité. De plus, l'identification d'un facteur de risque ne procède pas simplement d'une mise en statistique du réel (Dozon et Fassin, 2001).

La démarche des professionnels de la santé publique a été controversée par plusieurs auteurs. Pour certains, la santé publique est perçue comme une forme de « religion séculière» les professionnels de la santé publique définissent les voies impénétrables du salut sanitaire, (Peterson et Lupton, 1997). Pour d'autres, cet impératif de la santé publique d'agir pour le bien des autres, par bonté, expose cette dernière à des dérapages paternalistes caractérisés par l'interférence entre des pratiques préventives promues au nom de l'intérêt supérieur de la santé publique d'une part et le droit de chaque individu

Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), créé en 2001 à Niamey, a quant à lui, a pour axe principal l'analyse empirique des espaces publics et de la délivrance de services et biens collectifs ou publics en Afrique, surtout dans le secteur de la santé. Il regroupe des chercheurs tels que Jean-Pierre Olivier de Sardan, Tidjani Alou Mahaman, Abou-BakariImorou, NassirouBako Arifari, etc.

à décider ce qui est pertinent pour soi (Svensson et Sandland, 1990). La dimension scientifique de la santé publique est remise en cause (Metcalf, 1993), (Brunet-Jailly, 2000). Pour Massé, la santé publique est comme une entreprise d'acculturation (assurer notre santé « à tout prix »). Elle ne prend pas en compte le contexte social, économique et culturel des populations, qui constitue l'espace dans lequel une décision prend son véritable sens pour les groupes concernés (Massé, 1999). Aussi la santé publique n'est-elle pas perçue comme une culture homogène et stable, mais comme un ensemble de configurations culturelles différenciées et variables. En effet, elle se situe dans une multiplicité de techniques et de méthodes qui la rendent « insaisissable » (Berche, 1998). Théoriquement, la contribution des travaux de beaucoup d'auteurs, principalement médecins de santé publique (mais pas seulement), a permis d'élucider des questions concernant l'organisation des institutions sanitaires, la gestion des systèmes de santé et la mise en œuvre des politiques de santé (Destais, 2003 ; Perrot et de Roodenbeke, 2005 ; Grodos, 2004 ; Ridde, 2007 ; Dujardin, 2003 ; Vidal et al, 2005). Mais, les politiques de santé continuent de susciter des polémiques quant à leur élaboration et leur mise en œuvre surtout dans des systèmes de santé dysfonctionnels où l'intérêt général n'est pas la priorité. Certes, si les systèmes de santé fonctionnent bien dans certains pays, il n'en va pas de même dans d'autres (OMS, 2000). C'est le cas du système sanitaire béninois, où les réformes initiées peinent à améliorer les indicateurs sanitaires. Toujours dans la même dynamique des réflexions pour l'amélioration de la performance du système de santé, une nouvelle démarche appelée contractualisation est de plus en plus répandue dans les pays en développement. Il s'agit d'une «démarche nouvelle, qui induit un changement profond dans les relations entre les acteurs de la santé à tous les niveaux du système de santé» (Perrot et de Roodenbeke, 2005). Cette démarche est en construction et expérimentée dans plusieurs pays pauvres. Et déjà, face aux dysfonctionnements persistant dans de nombreux systèmes publics de santé en Afrique, particulièrement au Bénin, et à l'échec de plusieurs stratégies de réformes passées, le Financement Basé sur les Résultats (FBR) a été avancé comme une solution pour améliorer la performance de ces systèmes (Meessen et al. 2011).

L'aide publique au développement et l'amélioration de la santé des populations

La question du financement du secteur de la santé fait appel à la thématique de l'aide publique au développement. L'aide au développement a une dimension publique qui la

rend plus indispensable, et envisage sa hausse au fil des années (Olivier, 2004). Mais pour certains auteurs, elle n'a pas cessé d'être le théâtre de prédatations, d'escroqueries, de détournements, d'enlissements massifs – au point d'être souvent jugée comme une « aide secrète » au contre-développement (Verschave, 2004)³. Pour d'autres, elle est perçue comme peu efficace et peut avoir des effets néfastes et agir contre le développement des pays destinataires (Tandon 2008), (Monga, 2009), (Moyo, 2009), (Nwokeabia, 2009). Malgré les avatars du processus d'octroi, de mobilisation et de gestion de l'aide, elle provoque plus de dommages qu'elle ne dispense de secours (Sogge, 2003). Ceci est perceptible dans les résultats des projets financés et mis en œuvre en collaboration avec les PTF au niveau sectoriel. Au lieu que la demande de l'aide soit suscitée de l'intérieur par les pays du Sud, elle est souvent spontanée et ne participe pas toujours du développement des pays. Ce système d'aide inhibe la formulation de stratégies de développement suscitées de l'intérieur (Gabas, 2002).

Cependant, après une décennie marquée par la baisse de l'aide, les années 2000 ont vu une mobilisation internationale accrue en faveur du financement du développement, qui s'est accompagnée d'une réflexion sur l'efficacité de l'aide, promue surtout par l'OCDE et la Banque Mondiale. Ainsi, l'augmentation globale apparente (car reposant sur la comptabilisation des remises de dettes) de l'aide publique au développement, constatée ces dernières années, s'insère dans un nouveau cadre de pensées du développement et de mise en œuvre de l'aide, censée accroître son efficacité. Ce nouveau paradigme dominant de l'aide n'est cependant pas exempt de risques. Il ne constitue pas, à lui seul, la garantie d'une amélioration de l'efficacité de l'aide pour le développement.

La santé est un bien public et la mobilisation des ressources financières et techniques extérieures par les États surtout en développement, est nécessaire pour garantir une bonne santé à la population. En effet, les différentes conférences internationales sur la promotion de la santé ont recommandé aux gouvernements d'investir dans les politiques de santé et surtout dans la promotion de la santé afin d'améliorer l'état de santé de tous les citoyens (Ottawa, 1986), (Adélaïde, 1988). Aussi est-il que, l'incertitude des pays en développement à atteindre les OMD, avec les seules ressources nationales, rend nécessaire l'aide étrangère (Sen, 2000). Mais depuis des décennies les apports des pays riches peinent à faire évoluer les systèmes sanitaires des pays bénéficiaires dont le Bénin. Elle crée une dépendance et un manque d'incitation des gouvernements à

³Préface de « L'aide publique au développement : un outil à réinventer » écrit par Guillaume Olivier avec la contribution de Saïdou Sidibé, aux éditions Charles Léopold Mayer, 2004.

rassembler des ressources publiques au niveau national (Easterly, 2008). L'augmentation des dépenses de santé n'a pas un effet linéaire sur toutes les couches de la population (Korachais, 2010). Une étude sur les pays subsahariens montre plutôt que les programmes de santé publique financés par l'aide extérieure favorisent davantage les riches que les pauvres (Castro-Leal et al. 1999).

Bien que, depuis trente ans, les réformes des systèmes de santé et les formations destinées aux soignants se soient succédés, l'insatisfaction des populations reste grande par rapport à l'offre des services de santé dans les pays de l'Afrique de l'ouest (Dujardin, 2003). Ainsi, dans les centres de santé publics, les malades sont trop souvent mal reçus, mal traités et mal soignés par les personnels de santé. C'est ce que démontre cet ouvrage collectif écrit sous la direction de Jaffré et Olivier de Sardan (2003). Les auteurs du livre se sont attelés à décrire la réalité quotidienne des interactions entre les soignants et les populations. Toutefois, il est à préciser que l'inhospitalité de la médecine moderne en Afrique est duale.

«Elle est vécue autant par les soignants que par les soignés. Les soignants la vivent déjà depuis leur formation (mauvaise conditions de formation, inadéquation entre la théorie et ce qui est vécu sur le terrain lors des stages, le contenu même des modules de cours etc.) et au cours de la vie professionnelle (mauvaises conditions de travail, manque de matériel, etc.) sans oublier les frustrations et les injustices. Les soignés, quant à eux, viennent dans les formations sanitaires quand ils n'ont plus une autre possibilité de recours. Les centres de santé représentent souvent des milieux inconnus pour ces derniers. Et le comportement des soignants vient dégénérer la situation» (Hours, 2006).

Ce sur quoi les auteurs n'ont pas mis l'accent dans cet ouvrage est la figure de l'État. Les soignants sont responsables, certes, mais l'État l'est aussi. Car, il est un mauvais employeur qui présente les agents de santé comme de mauvais employés (Hours, 1985, p.155). L'occultation de l'altérité, dans la dynamique de la globalisation dans lequel le monde se retrouve aujourd'hui, amène à fixer des normes pour une pluralité d'États dans tous les domaines et de la même façon. Mais ces normes tiennent souvent compte des réalités socioéconomiques et culturelles de ceux qui les fixent. Ce qui paraît normal en Europe peut ne pas l'être en Afrique. Il est à noter que tant que les normes importées seront introduites dans les pays africains avec leur système, leurs institutions, elles

seront toujours détournées de leurs objectifs par les acteurs locaux (Hours, 1985). La question d'importation de normes étrangères, leur introduction et leur acceptation par le corps social constitue l'un des points précis sur lequel porteront nos investigations de recherche.

Notre thèse est aussi une continuité des travaux de Imorou (Imorou, 2006) et de Sambiéni (Sambiéni, 2012). Le premier met l'accent sur la mise en œuvre de la réforme de janvier 1995 instituant la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et l'avènement des zones sanitaires au Bénin. Et le second analyse comment sont structurées et gouvernées les politiques de santé maternelle dans la zone sanitaire de Tanguiéta. C'est-à-dire comment des politiques publiques normatives en santé maternelle sont traduites en actions concrètes au quotidien dans les consultations prénatales, les accouchements et les consultations postnatales.

Imorou fait ressortir de ses investigations que les insuffisances dans la gestion des ressources humaines et l'absence de synergie entre les actes multiples observés au sein de l'espace sanitaire peuvent engendrer des dysfonctionnements capables de détourner le système sanitaire de ses objectifs (Imorou, 2006, p.444). Et Sambiéni quant à lui, a démontré que l'ingénierie des politiques sanitaires se développe en marge des cadres sociaux et même de leur considération. Dans la mise en œuvre des politiques, on rencontre les logiques des soignants d'une part et celles des soignés d'autre part. Leurs comportements/pratiques sont comme des réponses dans un contexte de négociation entre des acteurs au rang desquels figurent l'État et les partenaires. Pour lui, Le secteur de la santé au Bénin est en difficulté dans l'offre publique étatique (Sambiéni, 2012).

Notre travail, ne se rapporte pas uniquement à la mise en œuvre d'un programme ou à la réforme de 1995, mais aborde le secteur de la santé dans une vision globale de la mise en œuvre du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS), intégrant toutes les organisations, les ressources financières (internes et externes) et humaines qui contribuent à promouvoir ou à protéger la santé. La politique de santé ne se limite pas seulement à l'offre des soins de santé, mais inclut la politique de coopération dans le secteur de la santé et de son efficacité.

Il a été question de pénétrer la complexité des intentions et des actions plurielles que des acteurs techniques et des usagers associent empiriquement. D'une part, partir des pratiques quotidiennes des acteurs (prestataires, administratifs, PTF) dans les formations sanitaires pour comprendre les logiques qui sous-tendent leurs actions ; d'autre part,

analyser l'organisation et le fonctionnement du système à la base. Les formes et les bases des pratiques des acteurs se construisent au niveau de l'ensemble des services qui constituent une formation sanitaire au Bénin, à savoir le dispensaire, la maternité, la pharmacie et l'administration. Il n'a pas été question de faire une évaluation entre ce qui est écrit dans les documents et les pratiques sur le terrain, mais de peindre un tableau synoptique de tout ce qui se passe quotidiennement dans les formations sanitaires. En effet, vouloir mettre l'accent sur les «gaps» aurait risqué de faire dévier le chercheur de l'observation de la réalité, par des présupposés normatifs. Le plus important nous a semblé de faire la photographie des pratiques d'acteurs et ensuite d'analyser ce qu'elle révèle.

Chapitre II : Le cadre théorique et méthodologique

Ce travail se situe dans une perspective socio-anthropologique de la santé. Cette approche a convoqué plusieurs sous-disciplines mais particulièrement la sociologie des organisations qui a servi de cadre analytique globale pour comprendre l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires investies. L'accent a été particulièrement mis sur les stratégies des acteurs, les jeux des acteurs, les enjeux de pouvoir, les logiques à l'œuvre etc. Mais pour faire l'historique de la trajectoire des politiques, le cadre d'analyse de la sociohistoire a été mobilisé. Nous avons également collecté pour la réalisation de ce travail, des données empiriques, dans chaque formation sanitaire, au niveau du dispensaire, de la maternité et de la pharmacie. Les variables numériques et nominales recueillies ont permis de faire une lecture de la façon dont les interventions normatives internationales et nationales de santé et de coopération se traduisent dans les pratiques concrètes des acteurs (prestataires, administratifs, PTF, usagers) au niveau opérationnel.

1. Les orientations théoriques

Notre argumentaire s'est essentiellement basé sur l'ethnographie. Il a été affilié à la sociohistoire et à la sociologie des organisations dans une perspective socio-anthropologique de la santé.

La sociohistoire comme cadre d'analyse, a permis d'extraire dans le passé des situations, des contextes datés qui pèsent sur le présent et commandent secrètement les enjeux des pratiques actuelles (Lepetit, 1996). Il a été important de se replacer dans une perspective historique pour comprendre l'essence d'acheminement des politiques dans le temps et dans l'espace. Les politiques ont connu beaucoup de transformations dans leur formulation et dans leur mise en œuvre. Ces transformations sont liées à des déterminants économique, politique et social, à des moments particuliers de l'histoire de l'évolution des systèmes sanitaires. Or, un système de santé n'est pas composé d'éléments qui pris isolément évoluent de façon linéaire et prévisible. Non seulement, l'importance de ses éléments varie en fonction de situations particulières, mais en outre les relations entre ces différents éléments ne sont pas nécessairement linéaires (Campbell, Roland, & Buetow 2000). Ce cadre d'analyse nous a amené à retracer la trajectoire des politiques publiques de santé depuis l'avènement de Louis Pasteur. Et aussi, les étapes d'évolution des politiques de coopération à travers l'efficacité de l'aide au développement.

La sociologie des organisations comme cadre analytique nous a permis de prendre les formations sanitaires comme, des arènes (affrontement et coopération) où chaque acteur impliqué tente de maximiser ses gains ou de minimiser ses pertes (Friedberg, 1988). Les dynamiques des acteurs se structurent, s'adaptent en fonction de l'environnement extérieur. Ils construisent et font évoluer le système dans lequel ils se trouvent. Cette construction se base sur leurs pratiques quotidiennes, surtout dans leurs interactions entre eux et avec les usagers.

L'organisation et la gestion des services publics de santé se traduisent par les pratiques formelles ou/et informelles des acteurs qui peuvent ne pas être au courant ou ne font pas forcément référence aux documents de politiques existants ou n'en ont pas une conscience permanente. Une organisation ne se réduit pas à l'organigramme et à la réglementation intérieure qui ne sont que des abstractions. C'est un corps vivant, habité par des individus libres qui jouent leurs jeux en fonction de leurs objectifs propres

(Friedberg, 1988). Cependant, les comportements des acteurs et les stratégies qu'ils développent au sein de l'organisation sont confrontés à deux séries de facteurs à savoir : leurs caractéristiques individuelles (psychologique, intellectuelle, situation sociale, formation, etc.) et les contraintes organisationnelles (canaux de communication préétablis, distribution formelle de l'autorité, réglementations etc.). Mais l'existence de ces facteurs n'élimine jamais totalement la capacité de leur choix.

L'approche organisationnelle comme outil d'analyse n'a pas seulement servi à organiser une partie de nos matériaux en séquences d'organisation du système sanitaire à la base ; mais a permis également de révéler le sens des actions collectives ou individuelles des acteurs. Puis à partir de la description de leurs pratiques quotidiennes, montrer comment elles se forment, s'expliquent et construisent toutes les étapes qui constituent l'organisation et le fonctionnement des zones sanitaires. Notre analyse dépasse le stade de la lecture simple des dysfonctionnements pour procéder à l'analyse des enjeux et des dynamiques qui régissent la mise en œuvre des politiques. Ces dynamiques et enjeux s'expliquent par les raisonnements stratégiques et systémiques. Ces deux modes de raisonnement ont été promus par Crozier et Friedberg (1992). Pour ces auteurs, si l'on veut comprendre les articulations entre les jeux d'acteurs et le système d'action concret, il faut utiliser deux modes d'analyse : l'analyse stratégique et l'analyse systémique. Le premier part de l'acteur pour découvrir le système, le second tente de mettre en évidence l'ordre qui émane du système. Ainsi, peut-on rendre compte de l'intégration des conduites dans un ensemble structuré et mettre éventuellement en évidence les systèmes d'actions concrets qui génèrent des dysfonctionnements globaux. Ceux-ci n'étant pas, en théorie, le fait des acteurs, puisqu'ils agissent selon une «rationalité limitée» (Crozier et Friedberg, idem).

Bernoux reprend l'analyse des organisations à la suite de Crozier et Friedberg. Il axe son analyse sur trois concepts clés, à savoir : le pouvoir, la zone d'incertitude et le système d'action concret et propose une grille d'analyse des organisations. Nous nous sommes inspirée de cette grille d'analyse pour faire l'organisation et la présentation de nos données empiriques.

ENCADRÉ 1 : Grille d'analyse, sociologie des organisations (inspirée de Bernoux, 2009, pp. 448 à 457)

A. Description globale

1. Décrire avec précision ce que fait l'organisation (le produit : fonctionnement des formations sanitaires), dégager les opérations valorisées par l'environnement ou par les acteurs des formations sanitaires, dégager les logiques d'action.
2. Données générales sur les formations sanitaires

Description générale, historique des formations sanitaires, renseignement sur le personnel, outil de gestion du personnel, évaluation du climat social, changements récents, syndicalisme et relations professionnelles, les éléments de variation dus à un changement apporté au système, les stratégies de l'organisation pesant sur le secteur, les choix potentiellement possibles, ceux qui semblent devoir être adoptés, ceux qui sont soutenus par tel ou tel acteur (le PTF, le médecin-coordonateur, le chef-poste, la sage-femme, des salariés dans une situation stratégique).

B. Description de l'organisation à partir des règles formelles

1. Repérer : le système officiel de la division du travail et de la répartition des tâches (qui fait quoi ?), la définition des statuts et des rôles, celle des fonctions, leur précision ou l'absence de précision, le système hiérarchique, la communication, le système de contribution-rétribution (système de sanction ou de promotion, essayer de savoir dans quelle mesure il fonctionne).
2. Partir de l'organisation sans y rester. Décrire les traits majeurs du système d'action concret, les zones d'incertitudes et localiser le pouvoir.
3. Analyser le circuit officiel des procédures : y a-t-il un système de règles implicites et/ou explicites, formelles et/ou informelles, souples ou rigides, bureaucratiques ou non, etc.

C. Description à partir des règles pratiquées par les acteurs

Le fonctionnement « informel » : voir comment les choses se passent réellement et mesurer l'écart formel-informel.

1. Analyser un événement qui a donné lieu à une relation conflictuelle (consignes mal transmises entraînant des conséquences fâcheuses), décrire comment se sont passées les choses, qui a arbitré et dans quel sens, voir comment les relations formelles sont court-circuitées ou ne le sont pas, ce qui se passe, comment fonctionnent les systèmes

hiérarchiques et de communication, montrer si les dispositions formelles sont respectées ou non, sinon, pourquoi ? au profit de qui ?

2. Voir les rapports affectifs entre les individus et entre les groupes (l'indifférence, l'hostilité, la sympathie, l'agressivité) dans l'informel, les jugements de compétence recouvrent-ils de véritables incompétences ou le souhait de politiques différentes ? Voir comment les relations de compétition non reconnue formellement engendre une forte tension traduite par l'agressivité.

D. L'acteur et le système

Par quels ajustements, à travers quels ensembles les règles formelles et informelles résolvent les problèmes quotidiens du système.

1. Lister les acteurs : si l'on veut analyser une action (décision, changement), ne lister que les acteurs qui y ont participé. Il faut donner la liste exhaustive des acteurs dans le secteur observé.
2. Les relations entre les acteurs et leurs alliances constituent des systèmes d'actions concrets : les repérer (utiliser l'organigramme, y dessiner les relations affectives puis les communications concrètes et donc les relations), identifier les lieux de pouvoir.
3. Définir les objectifs (les buts qu'ils se donnent d'atteindre et qui peuvent être explicités dans l'organisation) et les enjeux des acteurs (ce que l'acteur peut s'attendre à gagner ou à perdre dans l'action qu'il entreprend et l'importance de ce gain ou de cette perte à ses yeux).

E. Rappel de quelques principes de l'analyse

Mettre en lumière les principes du fonctionnement de l'organisation, que ce fonctionnement soit harmonieux ou conflictuel :

Les acteurs s'imposent dans une stratégie de pouvoir lorsqu'ils maîtrisent une zone d'incertitude (zone de décision mal définie, pas stabilisée, dont le fonctionnement habituel est remis en question).

Faire apparaître ces zones d'incertitude (introduction d'une application de l'information, création d'un nouveau secteur dans un service) modifiant les statuts, les rôles et donc la répartition du pouvoir.

Le pouvoir est un enjeu (progression du service, promotion des agents, achat d'un nouvel équipement) qu'il faut absolument préciser et concrétiser.

Le pouvoir s'appuie sur les ressources à savoir : la compétence, la maîtrise des relations à

l'environnement, la maîtrise des communications, la maîtrise des flux d'informations, l'utilisation des règles organisationnelles.

Se rappeler que l'on étudie l'organisation comme un lieu de construction de règles, que la légitimité d'une règle ne vient pas seulement de ce qu'elle a été édictée par la hiérarchie, mais de ce que, à travers une négociation implicite ou explicite, les acteurs ont reconnu comme légitimes leurs rationalités respectives.

F. Outils de mise en forme

A la lumière de cette grille d'analyse, nous avons élaboré, à travers une démarche compréhensive, la monographie des deux zones sanitaires pour faire ressortir la spécificité qui prévaut au niveau de chacune d'elle.

ENCADRÉ 2 : Concepts clés de la sociologie des organisations

La sociologie des organisations repose sur trois concepts à savoir : le pouvoir, la zone d'incertitude et le système d'action concret. En effet, l'analyse stratégique part de trois postulats : (1) les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service d'une organisation, il y a toujours un objectif pour chaque acteur de l'organisation ; (2) dans une organisation, les acteurs jouissent d'une liberté relative ; (3) dans ces jeux de pouvoir, les stratégies sont toujours rationnelles mais d'une rationalité limitée et contingente (Crozier et Friedberg, 1981).

Le pouvoir a tout d'abord un caractère relationnel. C'est la capacité de certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes. Le pouvoir de A sur B est la capacité de A d'obtenir que, dans sa relation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables. Cette définition du pouvoir se rapproche plus des faits. Il n'est jamais vrai que le supérieur, par le seul fait qu'il soit supérieur, puisse obtenir ce qu'il veut. Il doit préparer le terrain, manœuvrer, avoir un comportement stratégique pour y parvenir. Sa simple position hiérarchique ne suffit pas (Bernoux, 2009, pp.178 et 181).

La zone d'incertitude est chez Michel Crozier et Erhard Friedberg l'espace de pouvoir au sein d'une organisation, caractérisée par l'absence de règles formelles. Ces incertitudes fortes ne sont toutefois à prendre en compte que comme des contraintes que les acteurs vont intégrer dans leur jeu. Elles ne peuvent en aucun cas être prises comme des données que les acteurs devraient passivement subir (Bernoux, 2009, p.169). En réalité, toute incertitude doit être appréhendée par les acteurs comme un élément qui sera pris en compte dans leurs stratégies au sein de l'organisation.

Le système d'action concret est une structure composée des relations entre les acteurs sociaux et les règles qu'ils établissent pour permettre son fonctionnement. Les systèmes d'action concrets seront construits par rapport à l'offre des services de santé et à la gestion des médicaments. Le concept de système d'action concret ajoute à l'idée de réseau le fait que ce réseau fonctionne selon un modèle particulier qui permet aux acteurs de résoudre les problèmes concrets de vie de l'organisation selon les relations habituelles. Celles-ci sont créées, maintenues, entretenues en fonction des intérêts des individus, des contraintes de l'environnement et donc des solutions proposées par les acteurs. C'est la manière dont les acteurs organisent leur système de relation pour résoudre les problèmes concrets posés par le fonctionnement de l'organisation (Bernoux, 2009, pp. 157 et 164).

Par rapport à la politique de coopération, il nous semble opportun de retenir dans ce travail la prise en compte des principes de l'alignement et de l'harmonisation promus par la Déclaration de Paris et le Programme d'Action d'Accra, et pris comme tels. Il a été question de voir la façon dont les PTF alignent ou non leur intervention sur les objectifs du système national de santé, et comment à leur niveau ils s'organisent pour harmoniser leurs actions en lien avec le déroulement quotidien des activités des agents de santé dans les formations sanitaires, sans oublier leur conséquence directe sur le changement socio-sanitaire de la population bénéficiaire.

Ce cadre théorique et analytique a débouché sur un cadre méthodologique qui se présente comme suit.

2. Le cadre méthodologique

2.1. La méthode qualitative en toile de fond

La méthode pour la réalisation de ce travail a consisté à analyser ce qui se passe réellement au niveau de la prestation des services de soins et des interventions des PTF dans les formations sanitaires des zones sanitaires de Bohicon et de Comè. Comme le suggère Schwartz (1993), nous avons procédé à un empirisme raisonné qui permet d'être attentif aux déficits de précisions, aux zones d'ombre ou d'incohérence. Il s'agit d'une étude qualitative, comparative, descriptive, transversale et analytique qui a mobilisé quatre techniques de collecte d'informations, à savoir : des lectures de documents, des entretiens semi-directifs, des focus group et des observations directes et participantes.

Tout d'abord, des analyses de documents scientifiques nous ont permis de faire le tour des débats dans les divers corps de littérature sur le sujet. De même, d'autres documents (documents de politiques, plans d'action, budgets, rapports d'activités et de monitoring, rapports d'évaluation des projets et programmes des PTF, etc.) ont été consultés et nous ont permis de faire le point sur la manière en termes de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation des activités telles que documentées dans les formations sanitaires du Bénin en général et à Bohicon et Comé en particulier.

Ensuite, nous avons mené des entretiens fondés sur des guides d'entretien. Ils ont été individuels ou en groupes (focus groups) avec les agents de santé, les membres des comités locaux de gestion et la population elle-même en tant que bénéficiaire des politiques. En dehors de ces acteurs, nous avons également réalisé des entretiens avec des Assistants Techniques chargés de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des projets initiés par les PTF. Avec les prestataires et les administratifs nous avons discuté de l'évolution des activités, des relations et interactions entre eux et les patients, des relations entre prestataires et administratifs, de l'organisation du travail, du fonctionnement des services et de la relation que le Ministère de la Santé, à travers ses directions centrales chargées de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des activités dans les centres de santé, entretient avec ces derniers. Nous avons également discuté de leurs représentations des interventions des PTF, surtout à l'avènement du Financement Basé sur les Résultats. Nous avons abordé les questions liées à la fréquentation des centres de santé avec les patients et la population en général. Nous avons surtout mis l'accent sur leur appréciation du déroulement des activités, leur représentation de l'accueil et des échanges avec les soignants et enfin leur itinéraire dans les centres de santé, les difficultés rencontrées et aussi quelques recommandations à l'endroit des agents et de l'État. Avec les assistants techniques, des questions relatives au contenu et à la mise en œuvre de leurs paquets d'interventions dans les formations sanitaires ont été abordées.

Nous avons également eu la chance de participer à la Revue Conjointe 2012 sur la mise en œuvre de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCR3), et au séminaire sur la mise en œuvre des recommandations de Busan sur l'efficacité de l'aide. Ces différentes activités nous ont permis d'apprécier comment se font les Revues conjointes des documents de politiques existants, l'analyse et le point de vue des

différents acteurs selon leur position, l'appropriation et la mise en application des recommandations par les groupes stratégiques (Olivier de Sardan, 1995).

Enfin, nous avons effectué des observations systématiques (directes) et participantes. La grille de ces observations était consignée par écrit avant notre descente sur le terrain. Ces observations ont eu lieu dans les formations sanitaires et ont porté sur l'accueil, le déroulement quotidien des activités, les échanges entre patients et soignants, entre agents qualifiés et collaborateurs, entre l'administration, l'itinéraire des patients.

Par ailleurs, nous avons complété les informations nominales recueillies par des données numériques empruntées aux statistiques existantes, dans le but de préciser et de compléter les observations et analyses réalisées grâce à des méthodes qualitatives.

2.2. Le principe de saturation

Le travail est basé sur un choix raisonné. Par conséquent, il a été procédé par saturation et le point des acteurs enquêtés a été fait à la fin de l'étude. Au fur et à mesure que les investigations ont progressé, les acteurs ont été retenus sur la base de leur implication dans le processus de la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération. Ainsi, le nombre des enquêtés a progressé au cours des différentes phases (préparation, pré-enquête, enquête) de la recherche. Au total, cent deux (102) acteurs ont été interviewés. Cinquante-deux (52) dans la zone sanitaire de Comè, quarante-trois (43) dans la zone sanitaire de Bohicon et sept (7) au niveau central (Ministère de la Santé) et au niveau intermédiaire (Direction Départementale de la Santé). Il faut aussi remarquer que certains acteurs, compte tenu de leur degré d'implication dans le processus de mise en œuvre des politiques, ont été rencontrés et interviewés plusieurs fois (Voir liste en annexe 1).

2.3. Le choix des zones sanitaires de Bohicon et de Comè

Le choix des deux zones sanitaires sur l'ensemble des zones sanitaires du pays s'appuie sur des facteurs institutionnels, socioculturels, politiques et géographiques.

En effet, la pyramide sanitaire du Bénin a été initiée par décret N° 2005-611 du 28 septembre 2005 qui porte réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires. Les zones sanitaires disposent de deux structures complémentaires à savoir les Centres de Santé (CS) et les Hôpitaux de Zone (ZS). Ceux-ci sont en interaction

fonctionnelle pour la mise en œuvre des activités de santé qui sont regroupées sous les vocables de « Paquet Minimum d'Activités ». Ces activités comprennent selon l'OMS une série de soins curatifs, les soins prénataux et les accouchements assistés, la prévention des maladies, la vaccination contre les maladies cibles, la promotion de la santé, les soins réadaptatifs) pour les Centres de Santé. Et de «Paquet Complémentaire d'Activités» (la dispensation des soins de référence, la recherche de type opérationnel et clinique, la formation continue et le recyclage du personnel, la planification) pour les hôpitaux de zone. Outre la dispensation des soins de référence, les activités des HZ au Bénin ne diffèrent pas trop des activités des CS. Ils ont simplement un plateau technique plus élevé (CTB, 2009).

Contrairement à la zone sanitaire de Comè, la zone sanitaire de Bohicon ne dispose pas d'hôpital de zone. Néanmoins, la fréquentation des CS de la zone sanitaire de Bohicon, surtout de celui de Bohicon qui abrite le bureau de zone, est considérable et dépasse la fréquentation des services tels que la maternité de l'hôpital de zone de Comè (Enquête, 2012, ZS de Comè et de Bohicon). Pour les deux zones sanitaires, les normes nationales à respecter posent des problèmes (insuffisance de personnels et d'équipements, etc.). Les organes de gestion existent et fonctionnent selon les réalités de chaque zone sanitaire. Par ailleurs, les zones sanitaires participent activement à la mise en œuvre des différents programmes de santé à travers l'appui des PTF. Mais les PTF des deux zones sanitaires ne sont pas les mêmes. Ils utilisent différentes approches d'intervention – et ce, dans divers volets de la santé. Ainsi, on peut noter la présence de la Banque Mondiale dans la zone sanitaire de Bohicon à travers la mise en œuvre de l'axe Financement Basé sur les Résultats (FBR) du Programme de Renforcement de la Performance du Système Sanitaire (PRPSS). On peut aussi noter la présence de l'Agence belge de Développement (CTB) qui vient en appui à la zone sanitaire de Comè.

En outre, parmi les 34 formations sanitaires publiques de la ZS de Comè et les 26 formations sanitaires de Bohicon, deux centres de santé de communes ont été retenus (les centres de santé d'arrondissement et les centres de santé de commune délivrent les mêmes parquets d'activités. Ces activités sont plus organisées au niveau des CSC qu'au niveau des CSA à cause de la qualité du plateau technique que l'on retrouve au niveau de la commune ou au niveau de l'arrondissement), ainsi que l'hôpital de zone qui constitue la première référence. Au total, cinq formations sanitaires sont

particulièrement étudiées : le CSC de Bohicon, le CSC de Zogbodomey, le CSC de Bopa, le CSC de Grand-Popo et l'HZ de Comè. Les centres de santé n'ont pas été tirés au sort, il a été question d'un choix raisonné compte tenu de la fréquentation des CSC et aussi compte tenu de la présence d'un médecin en poste. Il n'y a donc pas de représentativité, mais la possibilité d'approfondir cinq situations différentes. L'objectif étant de comparer leurs caractéristiques semblables et dissemblables, notamment par rapport aux pratiques des acteurs : prestataires, administratifs, PTF, comité local de gestion et usagers.

2.4. Le déroulement des travaux de collecte des données empiriques dans les deux zones sanitaires

L'essentiel de notre recherche est basé sur la collecte et l'analyse de données empiriques dans les cinq formations sanitaires retenues. La situation socio-anthropologique est certes classique, mais prend un relief particulier lorsque l'attention est portée sur les pratiques de professionnels de santé, et non uniquement sur celles de leurs malades (Vidal et al, 2005). Comme les auteurs cités plus haut, nous avons aussi expérimenté une mise à l'épreuve de la démarche socio-anthropologique, que ce soit dans le choix de technique de collectes des variables normatives, dans le souci de la confidentialité ou dans la volonté de développer une observation qui interroge rapidement les limites de l'implication. Nous avons procédé suivant deux étapes pour les recherches de terrain. Premièrement, nous parlerons de la prise de contact et de l'exposé de notre démarche aux acteurs ciblés, et deuxièmement, de la recherche proprement dite.

La prise de contact avec les acteurs ciblés et présentation de notre démarche

Nous avons d'abord déposé une copie de l'autorisation de recherche délivrée par notre école doctorale au niveau des Directions départementales de la santé (DDS) du Mono/Couffo et du Zou/Collines. Ensuite, nous nous sommes dirigée vers les médecins coordonnateurs (MC) des deux ZS (Bohicon et Comè) avec des copies de la même autorisation. L'étude leur a été exposée dans ses grandes lignes, ainsi que notre démarche de mener des entretiens et des observations dans quelques formations sanitaires retenues dans les ZS compte tenu des objectifs de l'étude. Ce premier contact établi, nous avons été orientée par les MC vers les médecins chefs des CSC de chaque

ZS. Le même exercice qu'avec les MC a été appliqué aux médecins chefs de chaque CSC, qui à leur tour, nous ont confiée au responsable de poste de chaque centre de santé (CS). Les responsables de poste des CS se sont chargés d'informer, de leur côté, leurs collègues de la présence d'un chercheur qui les solliciterait pour des entretiens et effectuerait des observations dans les différents services. Néanmoins, nous avons aussi tenu à nous présenter nous-même, notamment aux personnels de garde, absents lors de la première prise de contact. A ces occasions, nombre de soignants ne se sont pas privés de nous questionner sur la méthode de travail du chercheur et ses attentes vis-à-vis d'eux. Globalement, le contact était bon, mais au début il y avait un peu de scepticisme de la part de ces agents de santé. Au fil du temps, l'accueil est devenu chaleureux et les explications auprès des agents ont gagné en précision par rapport au caractère académique du travail et des garanties sur la confidentialité des échanges ont été données de notre part.

En ce qui concerne les populations bénéficiaires des prestations des services de soin de santé, les explications données ont été fonction de leur niveau de compréhension. Nous avons évoqué un travail qui permettrait d'évaluer le caractère de l'accueil dans les CS, la qualité des prestations de services de soins reçus, la disponibilité des médicaments essentiels, ceci afin de comprendre ce qui pourrait être changé. Malgré toutes ces précisions, nous avons parfois été prise pour une « espionne » par les agents de santé et pour un membre du personnel de santé par les populations, et ce durant toute la durée de l'étude. Cette phase du travail a duré trois mois (Octobre-novembre-décembre 2010) dans les deux ZS, parce que nous avons sillonné un grand nombre de formations sanitaires avant de procéder à leur choix raisonné.

La recherche proprement dite

Le mécanisme par lequel nous avons été intégrée dans les services des formations sanitaires fut le port d'une blouse blanche. Le port de la blouse blanche nous a permis de nous confondre à l'équipe de service pour ne pas susciter d'interrogations ou de suspicion chez les malades qui croiseraient une personne n'attendant apparemment pas des soins, mais ne portant pas les attributs du soignant. Là, nous avons été appelée « docteur », non seulement par les malades mais aussi par les aides-soignants, les infirmiers et les sages-femmes. Partant de là, nous avons alors été confrontée à des difficultés pour rentrer en contact avec les malades. En effet, ils nous identifiaient

comme appartenant au corps médical et ils nous donnaient parfois des réponses qu'ils jugeaient correctes et attendues par un professionnel de santé, surtout quand il s'agissait de se prononcer sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans les centres de santé.

Le port de la blouse a été bénéfique pour nous dans certains cas et désavantageux dans d'autres cas. Bénéfique avec les agents de santé qui, surtout en cas d'urgence, n'arrivent plus à faire la différence entre chercheur et soignant. Le degré d'implication du chercheur dans les activités du service est très perceptible lorsqu'il porte les attributs du soignant. Désavantageux, car les patients nous confondent avec le personnel de santé. Plusieurs situations interpellent sur la nécessité et les limites de l'implication du chercheur dans les activités des services de santé.

Dans un premier cas, face au déficit de personnel dans les CS, nous avons été sollicitée par l'infirmier ou la sage-femme pour jouer le rôle d'aide-soignante lors des consultations (remplissage des carnets, etc.), en salle d'accouchement (assistance à la sage-femme à remettre des objets et des produits, etc.), lors des séances de vaccination et de pesée (remplissage de carnet, relevé des poids des bébés, causerie, etc.). Cette démarche s'inscrit dans le « glissement » des fonctions (l'infirmier fait des consultations et prescrit des ordonnances, l'aide-soignante fait des accouchements, etc.) (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Dans un second cas, nous avons été sollicitée par des malades pour servir d'intermédiaire entre eux et les personnels du service. Après avoir compris que nous n'étions pas directement impliquée dans le fonctionnement du CS et dans la relation soignant/soigné, ils pensaient pouvoir profiter de notre présence pour être mieux servis. Mais dans toutes ces situations, il y avait des limites que nous nous sommes imposées de ne pas franchir, surtout par rapport aux gestes techniques. Mais nous nous sommes attelées à exécuter des tâches qui ne nécessitent pas une compétence technique dirigée vers le patient, ceci dans le but de préserver la qualité de la relation établie avec les personnels de santé auprès desquels nous travaillions et, au-delà, la validité des données rassemblées.

Pour rentrer en contact avec la population (ceux qui ont fréquenté d'une manière ou d'une autre au moins une fois le CS), nous nous sommes rendues dans les maisons où des entretiens individuels ont été faits. Nous avons rencontré et effectué des « focus

group » avec des groupements ou associations de femmes et nous en avons effectué aussi au niveau des points de regroupement des conducteurs de taxi-moto (« Zémidjan »). A ce niveau, les langues se sont déliées pour s'exprimer à cœur ouvert et sans tabou, surtout sur la qualité de la prise en charge et les interactions soignant/soigné.

Au niveau des assistants techniques chargés de la mise en œuvre des interventions des PTF, l'accent a surtout été mis sur le contenu des interventions, leur conception, les acteurs entrant dans la conception des politiques, les stratégies pour la pérennisation des actions réalisées et enfin la prise en compte des deux principes de la DP que sont l'alignement et l'harmonisation dans la mise en œuvre de leur intervention.

La recherche de terrain proprement dite a duré dix mois soit cinq mois au cours de chaque année académique 2010-2011 et 2011-2012 (Janvier-février 2011 et Juillet-août 2011 ; mars-avril-mai-juin 2012), et ensuite l'année 2013 a permis de faire une descente d'un mois (octobre à novembre 2013) sur le terrain pour compléter nos informations.

2.5. Le traitement et l'analyse des données recueillies

Le traitement des données a été en grande partie manuel. Les informations empiriques sont essentiellement basées sur des discours, des commentaires et des opinions relatifs à la construction et à la dynamique des pratiques des acteurs dans les formations sanitaires. Les informations recueillies ont été thématiques, regroupées – ainsi la triangulation par formations sanitaires et par thématiques a permis de dégager des tendances qui tiennent compte des axes thématiques abordés par les outils. L'analyse des données s'est basée sur l'analyse de contenu et sur des croisements et recoupements d'informations suite à une lecture minutieuse des fiches qui ont permis d'orienter le classement des données par rubrique, selon les différentes articulations des outils de terrain et de la documentation.

2.5. Les difficultés et les biais

Cette recherche a connu des difficultés méthodologiques et des biais. Elles sont en rapport avec la nature de la recherche d'une part, et avec la technique basée sur l'entretien de groupe utilisée d'autre part. Nous pouvons citer comme biais l'effet de halo et l'effet Hawthorne.

L'effet de halo

L'effet de halo désigne une source de biais dans une étude qualitative basée sur un entretien de groupe. Il se traduit par le fait qu'un jugement ou une réponse d'un participant puisse influencer les jugements ou réponses ultérieurs, notamment, lorsque le premier jugement est émis par une personnalité forte (Bathelot, 2015). Encore appelé effet de contamination, c'est un biais cognitif qui affecte la perception des acteurs. Il a été mis en évidence de manière empirique par Edward Thorndike en 1920 et démontré par Solomon Asch en 1946. Une caractéristique jugée positive à propos d'une personne ou d'une collectivité a tendance à rendre plus positives les autres caractéristiques de cette personne, même sans les connaître (et inversement pour une caractéristique négative). Dans les formations sanitaires, l'État est perçu a priori comme un mauvais employeur. La perception que les usagers se font des agents de santé est le jugement qu'ils portent sur eux et l'impression générale que ceux-ci leur laissent. Notre vigilance et l'organisation du débat nous a permis d'amener chaque acteur à raconter son expérience vécue directement ou indirectement. Les agents de santé racontent leur expérience, dans l'exercice de leur profession tandis que les usagers, leur expérience dans une formation sanitaire.

L'effet Hawthorne

L'effet Hawthorne ou expérience Hawthorne, décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. Cet effet tire son nom des études de sociologie du travail menées par Elton Mayo, Fritz Roethlisberger et William Dickson dans l'usine Western Electric de Cicero, la Hawthorne Works, près de Chicago de 1924 à 1932. Pour notre recherche, l'effet Hawthorne s'est manifesté, au début de notre séjour, par une grande motivation des agents de santé dans l'offre des soins de santé. Ces derniers ayant conscience de participer à une étude sur leurs pratiques, ont fait beaucoup d'effort pour se conformer aux normes de pratiques en santé. Ainsi, nous avons noté une progression temporaire de la productivité des services. Mais quelques jours plus tard, et surtout pour avoir porté les attributs de la profession, nous nous sommes vite confondue au personnel. Nous avons également rencontré des difficultés à établir un ancrage entre les activités des partenaires techniques et financiers et les

activités régaliennes des acteurs. Tout se passe sur le terrain comme si les objectifs n'étaient pas les mêmes.

La méthode qualitative socio-anthropologique que nous avons utilisée a beaucoup servi dans cette entreprise de l'univers de l'offre des soins de santé. Mais nous avons connu des difficultés et des biais qui ont été rapidement surmontés. Grâce à notre relation avec le terrain et aux ajustements méthodologiques opérés, nous espérons avoir surmonté une bonne partie de ces difficultés, en ayant dégagé un certain nombre de conclusions de recherche.

**DEUXIEME PARTIE : PRÉSENTATION DES ZONES
SANITAIRES, TRAJECTOIRES DES POLITIQUES ET
DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES**

« Les zones sanitaires se présentent comme les lieux de mise en scène de la grande variété des rapports entre les prescriptions « d'en haut » et les comportements « d'en bas » (Imorou, 2006, p. 134).

Chapitre III : Zones sanitaires et politique de santé au Bénin

Cette partie du travail permet de faire la connaissance des lieux avant d'aller plus loin dans le développement du sujet. C'est un travail de repérage focalisé sur des aspects particuliers des contextes étudiés dans les deux zones sanitaires. Elle permet de découvrir avec des éléments distinctifs chacune des deux zones sanitaires et de marquer les spécificités qui permettent de situer ou de retrouver chaque zone sanitaire. Elle permet enfin de faire ressortir les éléments de comparaison entre les deux zones sanitaires.

C'est une monographie suivant une démarche ethnologique qui permet d'aboutir à une présentation complète et détaillée possible des contextes d'application des politiques sanitaires. En sociologie, le terme monographie désigne une enquête ou une étude « approfondie limitée à un fait social particulier et fondée sur une observation directe, qui, mettant en contact avec les faits concrets, participe de l'expérience vécue et relève de la sociologie compréhensive » (Kaufmann, 1996). Quand on parle de la sociologie compréhensive, on se réfère à Weber (1864-1920), contrairement à Durkheim (1858-1917), Weber ne distingue pas les structures des institutions sociales.

1. Géographie sanitaire au Bénin

1.1 Présentation du Bénin

La République du Bénin est un Etat membre de plusieurs organisations internationales dont le Conseil de l'Entente, la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), la Communauté des États Sahélo Sahariens (CEN-SAD), l'Union Africaine (UA), la CEAO, et la convention ACP/CEE. C'est un pays à faible niveau de développement humain (MS, 2008).

CARTE I : Localisation du Bénin sur le continent africain et dans l'espace UEMOA



Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires (ASS) 2008

1.1.1. Les données géographiques, hydrographiques et climatologiques

La République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entièrement dans la zone intertropicale entre l'Équateur et le Tropique du Cancer, plus précisément entre les parallèles 6°30' et 12°30' de latitude nord, d'une part, et le méridien 1° et 3°40' de longitude, d'autre part. Limitée au nord-est par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique, la République du Bénin couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta). Elle présente de vastes étendues sous peuplées au nord (Alibori

20 h/km², Atacora 27 h/km²) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé 570 h/km², Littoral 8419 h/km²). Son relief est peu accidenté, la seule région élevée est la chaîne de l'Atacora située dans le nord-ouest du pays avec une hauteur de 658 km.

Le réseau hydrographique se compose de nombreux cours d'eau au régime tropical avec une crue pendant la saison pluvieuse de juillet à octobre et l'étiage vers la fin du mois d'avril. La zone côtière est caractérisée par une succession de lacs et de lagunes séparés de la mer par un étroit cordon littoral. Elle s'étend sur 125 km de long, sur 4 km en moyenne de large (MS, 2008).

Le Bénin présente un climat chaud et humide ; les températures sont constamment élevées avec une moyenne de 25°C pour l'ensemble du pays. C'est en mars qu'elles sont les plus élevées et en août les plus basses. La variabilité des températures est plus importante dans le Nord que dans les régions côtières. Le couvert végétal est moins varié. On distingue deux types de végétation : la végétation dégradée du sud et la végétation des régions soudanaises au nord. Cet ensemble géomorphologique, climatique et hydrographique influence souvent le profil épidémiologique national enregistré au cours de l'année (MS, 2008).

1.1.2. Les données démographiques et économiques

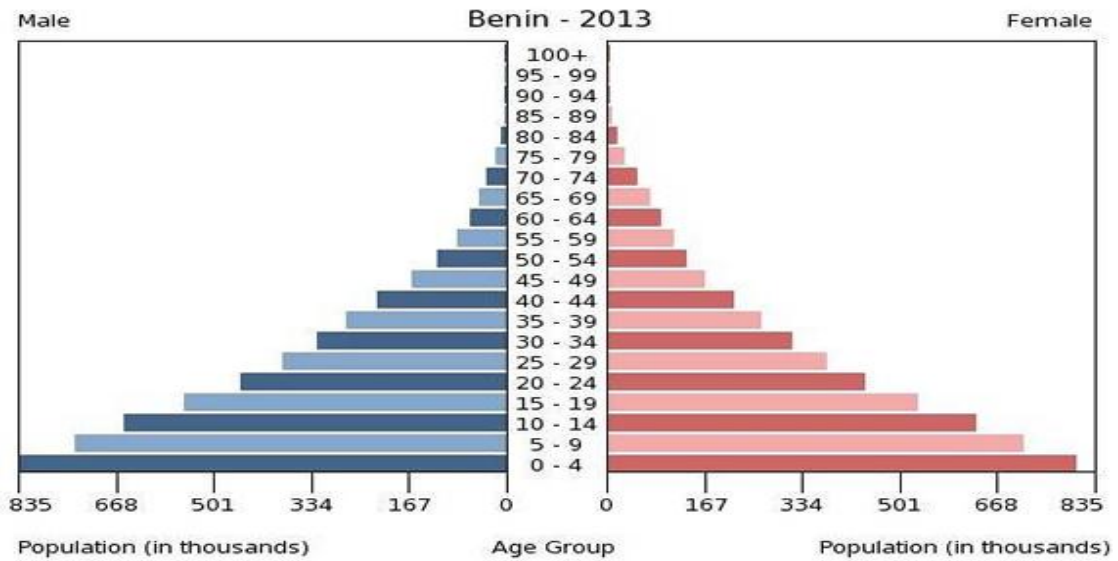
Le quatrième recensement général de la population et de l'habitation réalisé du 11 au 31 mai 2013 a permis de dénombrer 9.983.884 habitants résidents des deux sexes dont 5.115.704 personnes de sexe féminin, soit 51,2% de la population totale. Cela correspond à un rapport de masculinité de 95,3 hommes pour 100 femmes. Il ressort de cette opération de recensement un taux annuel d'accroissement intercensitaire de 3,5%. Au regard de ce taux, on peut noter que la population béninoise a connu ces dix dernières années un accroissement plus accéléré sur la période 2002-2013 (3,5%) comparativement à la période 1992-2002 (3,23%) (INSAE, 2013).

La population de la zone sanitaire de Comè est estimée en 2011 à 326.112 habitants (ZS-Comè, 2010) et en 2012, la population de la zone sanitaire de Bohicon est estimée à 376.948 habitants (ZS-Bohicon, 2012).

La pyramide des âges de la population présente une base large avec un rétrécissement rapide à partir de 10 ans. C'est le résultat d'une forte fécondité et d'une mortalité infanto-juvénile qui, nonobstant sa baisse, reste encore élevée. Au-delà de 20 ans, on constate que le rétrécissement est régulier et plus accentué du côté masculin que du côté

féminin. La migration pourrait être une explication plausible à ce phénomène. Le phénomène semble plus intense chez les hommes que chez les femmes (cf. pyramide des âges). De même, la mortalité générale est encore élevée au Bénin dans un contexte de pauvreté car le rétrécissement de plus en plus grand observé selon que l'on avance vers les groupes d'âges avancés en est aussi une explication (MS, 2008).

GRAPHISME 1 : Pyramide des âges au Bénin



Source : U.S. Census Bureau, International Data Base

La population béninoise se caractérise par une fécondité élevée. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) des femmes est estimé à 5,7 enfants selon la troisième Enquête Démographique et de Santé de 2006 (EDSB-III), soit pratiquement le même que celui estimé en 2001 à 5,6 (EDSB-II). Les ISF des départements du Zou et du Mono sont respectivement de 5,5 pour le Zou et de 5,6 pour le Mono. Ces indices sont pratiquement les mêmes et correspondent à l'ISF sur le plan national. Environ une cinquantaine d'ethnies se trouvent réparties sur des aires géographiques bien déterminées. D'importance numérique variable, les Fon (39,2%), les Adja (15,2%) les Yoruba (12,3%) et les Batombu ou Bariba (9,2%) constituent les groupes les plus importants.

L'activité économique dominante dans le pays est l'agriculture : elle occupe 47,1% de la population active. Les principales cultures vivrières pratiquées sont le maïs, l'igname, le manioc, le haricot, le mil et le sorgho. Comme produits d'exportation, on peut citer le coton, l'arachide, les palmistes, l'huile de palme, etc. Le secteur secondaire (industriel)

contribue seulement pour 13% au produit intérieur brut (PIB) contre 54,5% pour le tertiaire et 32,4% pour le primaire (INSAE, 2006). Le taux de croissance économique du pays est à 3,0% en 2011 (BAD, 2012).

1.1.3. La politique de population

Depuis l'Indépendance du Bénin en 1960, les différents gouvernements qui se sont succédés ont pris conscience des liens entre la dynamique démographique et le développement socio-économique et plus précisément, de la nécessité de la prise en compte des variables démographiques dans les plans et programmes de développement économique et social. Aussi, le Bénin a-t-il participé activement aux conférences régionales et internationales traitant des questions de population et de développement ; il a adhéré aux résolutions qui en sont issues. Dans ce cadre, le Gouvernement béninois a procédé le 2 mai 1996 à l'adoption d'une politique d'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations. Environ 30% de la population vit encore sous le seuil de la pauvreté (PNUD, 2007). Dès lors, cette politique de population est devenue le socle sur lequel se définissent les diverses stratégies de développement dans tous les domaines de la vie économique et sociale.

1.1.4. L'organisation du territoire et du système sanitaire

L'organisation territoriale

Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements depuis le 15 janvier 1999, conformément à la loi N° 97-028 portant organisation de la République du Bénin. Il s'agit de l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes dont trois à statut particulier que sont Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements comportant 3743 villages et quartiers de ville, le village étant la plus petite unité administrative dans un arrondissement rural au même titre que le quartier de ville en milieu urbain. Un processus de décentralisation de l'administration, visant la prise en charge du développement communautaire par les communautés elles-mêmes, est actuellement en cours.

TABLEAU II : Loi n°97-028 du 15 janvier 1999

Loi n°97-028 du 15 janvier 1999		
Cadres territoriaux	Autorités	Nombre
Départements	Préfets	12
Communes à statut particulier	Maires Conseils Municipaux	3
Les autres communes	Maires Conseils communaux	74
Arrondissements	Chefs d'arrondissements Conseils d'arrondissements	546
Villages/Quartiers de Ville	Chefs de villages/quartiers Conseils de villages/quartiers	3.747

Source : Brochure d'information sur le contenu de la réforme de l'administration territoriale au Bénin, 1999 (Atlas monographique des communes du Bénin, 2001 M.I.S.D)

L'organisation du système sanitaire

Le système sanitaire du Bénin est calqué sur le découpage territorial : village, arrondissement, commune, département. Suite à la table ronde sur le secteur de la santé tenue en 1995 à Cotonou, la pyramide sanitaire du Bénin a été réorganisée selon trois niveaux à savoir :

Le niveau national ou central

Il est représenté par le Ministère en charge de la Santé avec le Cabinet du Ministre et les Directions Centrales et Techniques. Son rôle est de concevoir la politique et les stratégies, définir les normes et standards, mobiliser et coordonner les ressources. Le nouveau décret n° 2012-272 du 13 août 2012 porte attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé (MS). Celui-ci est désormais composé de directions centrales et techniques du MS, l'espace des centres hospitaliers universitaires (CHU) regroupant le Centre National Hospitalo-universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), Centre Hospitalo-universitaire de la mère et de l'enfant Lagune (CHU-MEL), l'Hôpital Psychiatrique de Jacquot, le Centre National Hospitalier de Pneumophtisiologie (CNHPP) et les espaces universitaires. Les CHU représentent le niveau ultime de référence. Le niveau central est chargé de définir la vision, les politiques et stratégies nationales de santé. A ce niveau de la pyramide, les programmes et projets de développement du secteur de la santé sont élaborés (MS, 2010).

Le niveau intermédiaire ou départemental

Le niveau intermédiaire du système de santé est le niveau départemental, la structure de soins correspondant à ce niveau est le Centre Hospitalier Départemental (CHD). Celui-ci doit réunir les diverses spécialités d'un deuxième échelon de référence. Avec la Direction Départementale de la Santé (DDS) comme répondant du Ministère dans le cadre de la déconcentration du pouvoir d'Etat, le niveau intermédiaire joue le rôle de facilitateur et d'assistance technique. La DDS représente le niveau ultime de déconcentration de l'Administration de la santé et apporte l'appui technique et logistique pour la mise en œuvre des différents programmes et projets de santé. A ce titre, il assure le suivi et l'évaluation des programmes et projets.

Le niveau périphérique ou opérationnel

Le niveau périphérique ou opérationnel représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé, où s'exécutent les activités de soins. Il s'agit de l'unité villageoise de santé (UVS), la porte d'entrée du système avec le secouriste et la matrone. Le centre de santé d'arrondissement (CSA) qui constitue en réalité la formation sanitaire de premier contact du système de santé, avec au moins un dispensaire et une maternité et où les prestations sont dispensées par un personnel qualifié comme l'infirmier, la sage-femme voire le médecin au niveau du centre de santé communal (CSC). Il est chargé de la mise en œuvre des activités des différents plans de développement du système local de santé répondant aux normes et aux politiques nationales de la santé. A côté de cette pyramide sanitaire publique, un secteur privé diversifié et dynamique s'étend de plus en plus. Il comprend les hôpitaux religieux à but non lucratif, des hôpitaux à but lucratif et les cliniques et cabinets médicaux (MS, 2010).

D'un point de vue technique et opérationnel, la zone sanitaire est sous la responsabilité de l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS), qui est l'organe technique multidisciplinaire chargé de la gestion et de la coordination de l'action socio-sanitaire de la zone, dans ses aspects administratifs, techniques et de management y compris les relations avec le secteur privé, les départements et les partenaires au développement. Elle est composée du médecin coordonnateur de la zone (MCZ), du directeur de l'hôpital de zone (DHz), des médecins chefs des communes, du chargé de l'administration et des ressources, et de tous les chefs de service ou techniciens responsables sectoriels (soins obstétricaux, soins infirmiers, maintenance, radiologie,

laboratoire, etc.). Les ZS disposent également des organes de gestion locaux à savoir : le Comité de Santé (CS) pour l'HZ et le Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS) pour chaque centre de santé (MS, 2010).

FIGURE 1 : La pyramide sanitaire au Bénin



Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires ASS, 2008

La politique nationale de santé, élaborée à partir de la déclaration de Harare, est donc basée sur les zones sanitaires. Elle a été décidée lors de la Table Ronde sectorielle de la santé de 1995. Dotées d'un cadre légal depuis 1998, les zones sanitaires se veulent la charpente du système sanitaire et la ligne directrice des actions du niveau central.

Missions des zones sanitaires

Les ZS disposent de deux types de structures complémentaires à savoir les centres de santé et les hôpitaux de zone. Ceux-ci sont en interaction fonctionnelle pour la mise en œuvre des activités de santé. Ces activités, regroupées sous les vocables de « Paquet Minimum d'Activités » pour les Centres de Santé et de « Paquet Complémentaire d'Activités » pour les hôpitaux, déterminent les fonctions et les attributions des formations sanitaires de la ZS. La zone sanitaire au Bénin est l'équivalent de ce que l'OMS appelle district sanitaire. C'est l'unité géographique opérationnelle pour l'offre des services de santé de base aux populations. Elle permet la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays, qui devrait disposer d'une large autonomie dans la planification et la gestion des activités du niveau périphérique. Cependant, au Bénin on observe qu'elles participent en grande majorité à la mise en œuvre des différents programmes de santé décidés au niveau central (Sossouhounto et al, 2013).

Cadre institutionnel réglementant le fonctionnement des zones sanitaires

Il s'agit ici des textes régissant la réorganisation de la base de la pyramide nationale.

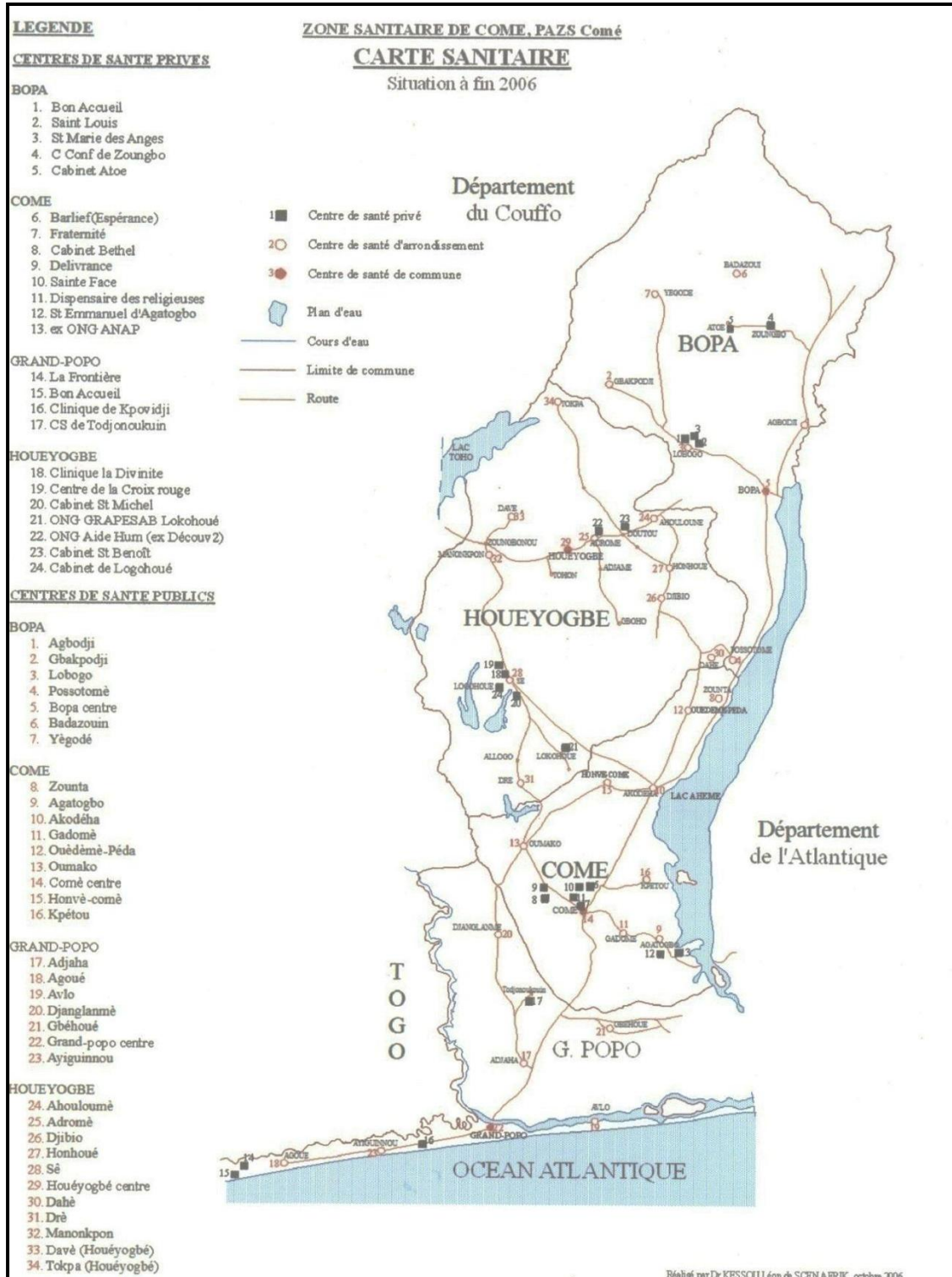
Nous pouvons citer :

- Le décret n° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des Hôpitaux de Zone ;
- Le décret n° 2005-611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires ;
- L'arrêté N° 2005-10196/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 19 octobre 2005 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du comité de santé de la zone sanitaire ;
- L'arrêté N° 2005-10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 08 novembre 2005 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du comité de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire ;
- L'arrêté N° 2005-10277/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 21 octobre 2005 modifiant l'arrêté portant fixation des primes et indemnités à la charge du financement communautaire dans les services et formations sanitaires du niveau périphérique ;
- L'arrêté N° 2006-7273/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 24 juillet 2006 portant Règlement Intérieur des Comités de Gestion des centres de santé.

1.2. La zone sanitaire de Comè

1.2.1. La carte sanitaire de la ZS Comè

CARTE II : Carte sanitaire de la ZS de Comè



Source : PTD ZS Comè, 2012-2014

1.2.2. Les données démographiques

La population totale de la ZS de Comè était estimée à 326.112 habitants en 2011, répartie en 53.300 ménages. Sa densité est de 291 habitants par km². La tranche d'âge des moins de 5 ans représente environ 16,25% de la population totale, pour un taux d'accroissement annuel de 3,25%. Le nombre de grossesses attendues dans la zone est de 13.614 par an. La tranche d'âge des moins de cinq (5) ans représente environ 46,8% de la population totale, pour un taux d'accroissement annuel de 3,25%. La jeunesse, gage de son dynamisme, constitue cependant une contrainte au regard des défis importants qu'elle impose en matière de santé, d'éducation, de loisirs et d'emplois. On note une croissance démographique élevée et une baisse relative de la mortalité de la population, qui reste cependant encore élevée pour la tranche infantile des moins de cinq (5) ans. Les personnes âgées de soixante (60) ans et plus représentent 5,5% de la population totale (ZS Comè, 2011). Majoritairement, la population émigre vers la Côte d'Ivoire, le Nigeria, le Congo et le Gabon pour des raisons souvent économiques. Les Togolais et les Nigériens immigrent vers la zone pour des raisons surtout politiques (PTD ZS Comè, 2012-2014).

1.2.3. Les données sociolinguistiques et économiques

Plusieurs groupes sociolinguistiques sont présents dans la zone sanitaire de Comè. On y retrouve en majorité les Sahouè (39,9%), les Mina et apparentés (24,7%) les Kotafon et les Tchi (12,3%), les Ouatchi et Adja (8,2%) et les Pédah (18,0%). La religion dominante est le Vodoun (40,5%) ; on note aussi la présence des catholiques (20,4%), des musulmans et d'autres religions chrétiennes (13,8%). Dans la ZS de Comè, la situation de la femme est peu reluisante. Celle-ci continue de porter le fardeau de la pauvreté. Son rôle primordial dans la procréation se réalise dans des conditions encore difficiles où les grossesses sont peu suivies et l'accouchement se déroule parfois à domicile sans l'assistance d'un agent de santé. Le vécu quotidien des familles dans les ménages donne le reflet d'une précarité encore perceptible du fait de la taille du ménage ainsi que du rendement des activités champêtres et de la pêche, qui connaissent un déclin de plus en plus remarquable à cause des inondations des cultures dans les zones où les terres noires sont dominantes et les lacs devenus pauvres en ressources halieutiques. Cette situation aggrave l'indigence des familles qui ne disposent pas toujours du minimum vital pour survivre et se soigner (ZS- Comè, 2011).

Sur le plan économique, la situation de la ZS de Comè est caractérisée par la prédominance des secteurs primaire et tertiaire. En effet, la majorité de la population active exerce des activités agricoles. Aujourd'hui, l'agriculture a beaucoup de mal à atteindre l'autosuffisance alimentaire et reste tributaire d'événements sociaux et d'aléas climatiques. Cependant, une partie non négligeable de la population vit de petits commerces. Ces principales activités génératrices de revenus sont précaires. Par conséquent, le pouvoir d'achat des populations est faible rendant ainsi difficile leur accès aux soins et aux services de santé (ZS- Comè, 2011).

1.2.4. L'organisation administratives de la zone sanitaire de Comè

Située dans le département du Mono, au sud-ouest de la République du Bénin, la ZS de Comè couvre une superficie de 1120 km². On y dénombre 200 villages regroupés en 25 arrondissements et quatre communes (PTD ZS Comè, 2012-2014).

TABLEAU III : Nombre d'arrondissements et de villages par commune

Communes	Nombre d'arrondissements	Nombre de villages/quartiers de ville
Bopa	07	60
Come	05	38
Grand-Popo	07	43
Houeyogbe	06	59
Zone Sanitaire	25	200

Source : INSAE/RGPH3

Le tableau III montre que la moyenne du nombre d'arrondissements par commune dans la ZS est de 6 arrondissements. Et le nombre de villages et quartiers de villes varie entre 38 (Comè) et 60 (Bopa). Le nombre élevé des villages et des quartiers de villes ne permet pas une couverture optimale de la ZS en centres de santé.

1.2.5. Organisation du système sanitaire

La ZS comporte trente-sept (37) formations sanitaires publiques et une estimation de quarante-huit (48) formations sanitaires privées, dont quinze (15) autorisées. Le reste de ces cabinets ne dispose pas d'une autorisation et ne respecte pas les normes de conformité et de qualité. La ZS est mise en réseau autour de l'hôpital de zone de Comè desservant les quatre communes à savoir : Comè, Bopa, Grand-Popo et Houéyogbé (ZS- Comè, 2011).

Le tableau IV montre que toutes les communes de la ZS de Comè sont couvertes en formations sanitaires.

TABLEAU IV : Répartition des formations sanitaires publiques par arrondissements et par commune en 2011

Communes	Nombre d'arrondissements	Centres de santé publics	Nombre d'arrondissements couverts en CS
Grand-Popo	7	9	7
Houéyogbé	6	12	6
Bopa	7	7	7
Comè	5	9	5
Total	25	37	25

Source : SNIGS/ZS-Comè 2011

Toutefois, l'état de fonctionnalité des infrastructures sanitaires publiques de la ZS-Comè ne respecte pas toujours les normes. En effet, 4 CS sont jugés vétustes (Comè, Oumako, Adrome et Gbakpodji), tandis que 8 CS sont dans un état passable (Grand-Popo, Avlo, Bopa, Agbodji, Yegodoé, Badazoiun, Tokpa et Manonkpon) et 8 CS sont non conformes à la norme (Davè, Ahouloumè, Drè, Ayiguinnou, Hilla-Condji, Kpétou, Honvè-Comè, Gadamè). Dans l'ensemble, les quatre centres de santé communaux qui constituent la ZS de Comè sont construits en matériaux définitifs. Le centre de santé communal de Comè est abrité par des bâtiments vétustes couverts de dalle (dispensaire) et de feuilles de tôles (maternité). Le CSC de Comè est dans un environnement où il y a beaucoup de bruits car étant contigu au marché de Comè et se situant au bord de la grande voie Cotonou-Lokossa. Presque tous les centres de santé de la ZS se trouvent dans un état d'insalubrité très avancé et entourés de mauvaises herbes. Pourtant il existe au moins un chef d'assainissement et d'hygiène dans chaque centre de santé (Enquête, 2011, ZS de Comè).

L'hôpital de zone de la ZS de Comè a été inauguré le mardi 23 avril 2002 par le Président de la République d'alors. Cet hôpital a été financé par la Coopération Bénino-Belge. Les textes qui régissent la création des hôpitaux de zone précisent qu'ils peuvent être publics ou privés. L'hôpital de zone de Comè est public. Il est doté de la personnalité juridique et jouit de l'autonomie de gestion. Il a pour vocation de recevoir les cas graves de maladies dont la prise en charge dépasse les agents du niveau périphérique, c'est-à-dire d'assurer le paquet complémentaire d'activités (PCA) dans la ZS. On y rencontre des spécialités comme la gynécologie et obstétrique, la chirurgie, la

médecine, la pédiatrie, les urgences, la stomatologie et l'ophtalmologie. En 2008, la durée moyenne de séjour des malades y était estimée à 4 jours par malade ; le taux de décès de 35% est relativement élevé ; le taux d'occupation des lits est de 23% et le coefficient de rotation des lits est 22 (ZS- Comè, 2011). L'hôpital de zone de Comè dessert les quatre communes qui constituent la ZS. Il constitue le premier centre de référence.

La zone sanitaire comporte également des acteurs de la médecine traditionnelle. En effet, la médecine traditionnelle constitue une alternative aux besoins de santé croissants de la population. Au Bénin, 80% environ de la population recourent à la médecine traditionnelle pour leurs besoins en soins de santé. L'effectif des praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) dépasse de loin celui des professionnels de la santé moderne. Le Bénin compte environ 7.500 PMT, soit un ratio d'un PMT pour 800 habitants. Ce ratio est de un médecin pour 14.147 habitants dans le département du Mono, contre une norme de l'OMS de un médecin pour 10.000 habitants. La médecine traditionnelle n'est pas encore totalement intégrée au système de santé officiel, mais il existe un Programme National des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). Dans la logique de production de médicaments traditionnels, il a été mis en place une stratégie d'appui à la création de jardins de plantes médicinales. Un total de soixante-deux jardins a été créé et rendu fonctionnel, l'objectif étant d'en avoir au moins un par commune. Ainsi, les communes de Comè et Bopa disposent d'un jardin botanique dans la ZS de Comè. Les critères de sélection pour l'implantation d'un jardin botanique dans une commune se basent sur la formulation d'une demande et surtout de l'engagement des praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) de la localité. En 2010, 2.090 PMT (sur les 7.510 que compte le Bénin) ont été formés sur la prise en charge du VIH/SIDA et du paludisme dans l'ensemble des départements du Bénin (MS, 2010).

La zone sanitaire de Comè reçoit l'appui de plusieurs partenaires techniques et financiers (PTF), dont les principaux sont : la CTB à travers le Projet d'Appui au Renforcement des Départements et des Zones sanitaires (PARDZS) en cours, démarré depuis le 1er octobre 2010 ; le PMI à travers PISAF actif dans la lutte contre le paludisme ; et le Fonds européen de développement à travers le projet Edulink basé à l'IRSP-Ouidah (ZS- Comè, 2011).

1.2.6. Le profil épidémiologique de la zone sanitaire de Comè

Le tableau V montre les affections les plus fréquemment enregistrées en consultation dans les centres de santé de la zone sanitaire. Il révèle que l'affection la plus courante dans la zone sanitaire de Comè est le paludisme simple. Celui-ci attaque les femmes dans une proportion de 4%, les hommes à 46% du nombre total de cas et de façon générale, il constitue une proportion de 39,7% des affections totales. Après le paludisme simple, viennent les infections respiratoires basses (10% des cas), les affections gastro-intestinales (8,2%) et les traumatismes (5,5%).

TABLEAU V : Répartition des 10 affections les plus fréquemment enregistrées en consultation selon le sexe en 2011

Affections	Nombre de cas				Total général	
	M	%	F	%	Nombre	Taux (%)
Paludisme simple	16335	46,0	19166	54,0	35501	39,7
Infections respiratoires aiguës/basses	4368	46,6	5002	53,4	9370	10,5
Autres affections gastro-intestinales	3362	45,8	3986	54,2	7348	8,2
Traumatisme (accidents de circulation et autres)	2937	60,2	1943	39,8	4880	5,5
Paludisme grave	890	29,4	2138	70,6	3028	3,4
Infections respiratoires aiguës/hautes	1743	49,3	1795	50,7	3538	4,0
Hypertension artérielle	822	33,0	1666	67,0	2488	2,8
Anémie	946	44,2	1195	55,8	2141	2,4
Autres affections dermatologiques	694	48,3	742	51,7	1436	1,6
Diarrhée fébrile	650	51,5	612	48,5	1262	1,4

Source : SNIGS/ZSC 2011

Le tableau VI montre les affections les plus fréquemment enregistrées en hospitalisation dans la ZS. Il révèle qu'en hospitalisation, les affections les plus fréquentes sont les traumatismes surtout dus aux accidents de circulation, qui touchent principalement les hommes (à 71%) et représentent une proportion générale de 14,4% des affections totales. Suivent le paludisme grave (12,5% des affections totales), l'anémie (6,1%), les affections cardio-vasculaires (2,5%) et le paludisme simple (2,4%).

TABLEAU VI : Répartition des 10 affections les plus fréquemment enregistrées en hospitalisation selon le sexe en 2011

Affections	Nombre de cas				Total général	
	M	%	F	%	Nombre	Taux (%)
Traumatisme (accidents de circulation et autres)	499	71,0	204	29,0	703	14,5
Paludisme grave	255	42,8	341	57,2	596	12,3
Anémie	115	38,7	182	61,3	297	6,1
Affections cardio-vasculaires	49	40,5	72	59,5	121	2,5
Paludisme simple	59	51,3	56	48,7	115	2,4
Diarrhée fébrile	40	52,6	36	47,4	76	1,6
Autres affections respiratoires	32	45,7	38	54,3	70	1,4
Affections ostéo-articulaires	23	47,9	25	52,1	48	1,0
Autres affections uro-génitales	21	44,7	26	55,3	47	1,0
Toux chroniques	7	33,3	14	66,7	21	0,4

Source : SNIGS/ZSC

1.2.7. Les ressources humaines

Le tableau VII montre la répartition du personnel de santé par commune selon le statut en 2011 (à noter que depuis lors, la catégorie « mesures sociales » a disparu et a été intégrée dans les agents contractuels de l'État). Il révèle que le personnel payé sur financement communautaire représente une large proportion du personnel, témoignant du fait que la population finance elle-même en grande partie sa santé.

TABLEAU VII : Répartition du personnel de santé par commune selon le statut en 2011

Communes	APE	CE	MS	FC	Autres	Total
Bopa	3	9	22	27	0	61
Comè	9	22	23	22	0	76
Grand-Popo	7	10	23	34	4	78
Houéyogbé	9	13	33	39	0	94
Hôpital de zone	22	20	18	64	1	125
Bureau de zone	3	3	7	2	0	15
Zone Sanitaire	53	77	126	188	5	449

Source : BZ/ZSC. APE : Agent Permanent de l'Etat ; CE : Contractuel de l'Etat ; MS : Mesures sociales ; FC : Financement Communautaire

Le tableau VIII montre les principaux ratios du personnel par catégorie en 2011. Il révèle que les communes de Bopa et de Houéyogbé en particulier sont peu desservies en personnel médical et en particulier en médecins. Pour toute la ZS, nous avons un

médecin pour 24.288 habitants, une sage-femme pour 10.185 habitants et un infirmier pour 3.588 habitants. Les normes de l'OMS, qui sont de un médecin pour 10.000 habitants et une sage-femme et un infirmier pour 5000 habitants, ne sont pas respectées dans la ZS pour ce qui concerne le ratio médecin/population et le ratio sage-femme/population. La situation est particulièrement préoccupante pour les sages-femmes. Par contre, le ratio infirmier/population respecte la norme de l'OMS.

TABLEAU VIII : Principaux ratios du personnel par catégorie et par commune en 2011

Communes	Population	Nombre de médecins	Nombre de sages-femmes	Nombre d'infirmiers	ratio pop/méd.	Ratio pop/SF	Ratio pop/inf.
Bopa	91.118	1	4	12	91.118	22.780	7.593
Comè	75.722	0	6	17		12.620	4.454
Grand-Popo	52.303	1	4	19	52.303	13.076	2.753
Houéyogbé	96.595	1	7	18	96.595	13.799	5.366
HZ		10	10	22			
ZS	315.738	13	31	88	24.288	10.185	3.588

Source : BZ/ZSC

1.2.7. Les ressources financières

Trois sources de financement composent les ressources financières de la ZS. Il s'agit du financement communautaire, du budget national à travers les crédits délégués et de la contribution des PTF. En 2011, le financement communautaire s'est élevé à 164.068.043 FCFA et le budget national (crédits délégués) à 68.525.718 FCFA (montant décaissé). Notons qu'en 2010, le taux de consommation des crédits délégués a été de 94,24% pour la ZS. Enfin vient la contribution des PTF, pour laquelle nous n'avons pas de données précises sur les décaissements.

1.2.8. Collaboration entre les centres publics et privés

Dans le cadre de la collaboration avec ces centres privés, la zone sanitaire a signé un accord-cadre de partenariat avec l'association des cabinets privés afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations. En effet, ne pouvant plus embaucher tous les agents de santé sortis des écoles de formation, l'Etat a initié la loi n°1997-020 qui autorise l'exercice privé de la médecine et établit les exigences et procédures afférentes. Mais force est de constater que la plupart des cabinets ne disposent pas encore d'une

autorisation et ne respectent pas totalement les normes de conformité et de qualité exigées par le Ministère de la Santé (ZS- Comè, 2011).

1.2.9. Les normes et les standards internationaux

On note une insuffisance d'infrastructures de qualité dans la ZS. Certains centres de santé d'arrondissement ne disposent pas d'infrastructure sanitaire adéquate. Les six photos ci-dessous, tirées des multitudes de photos prises sur le terrain lors de notre collecte de données au cours de l'année 2011, montrent à quel point les normes et les standards internationaux n'ont rien à avoir avec les infrastructures et le matériel utilisé par les agents de santé au niveau des formations sanitaires publiques (Enquête, 2011, ZS de Comè).



PHOTO I : Entrée dispensaire du CSA de Sè et Salle des soins au dispensaire de Sè (photo prise le 17/08/2011 par Nadine Sossouhounto)

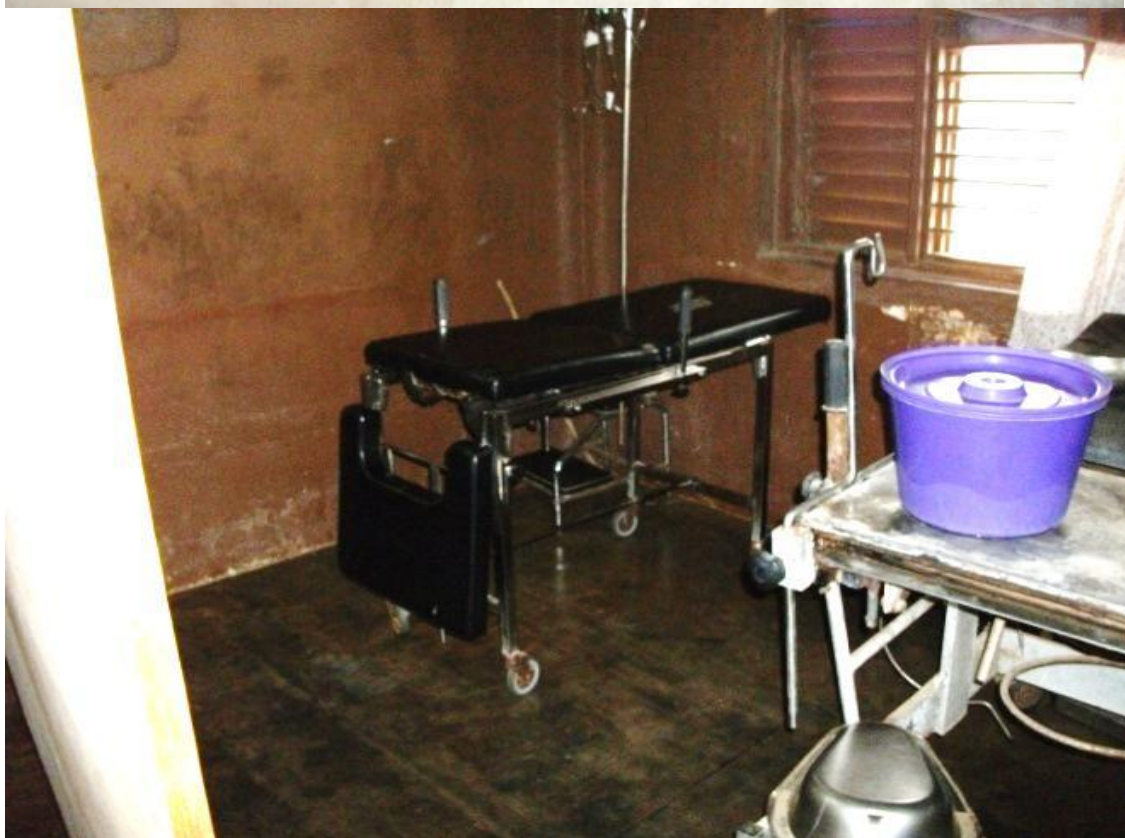


PHOTO II: Plafond de la salle d'accouchement et du matériels pour faire l'accouchement à la maternité du CSA de Sè (photo prise le 17/08/2011 par Nadine Sossouhounto)

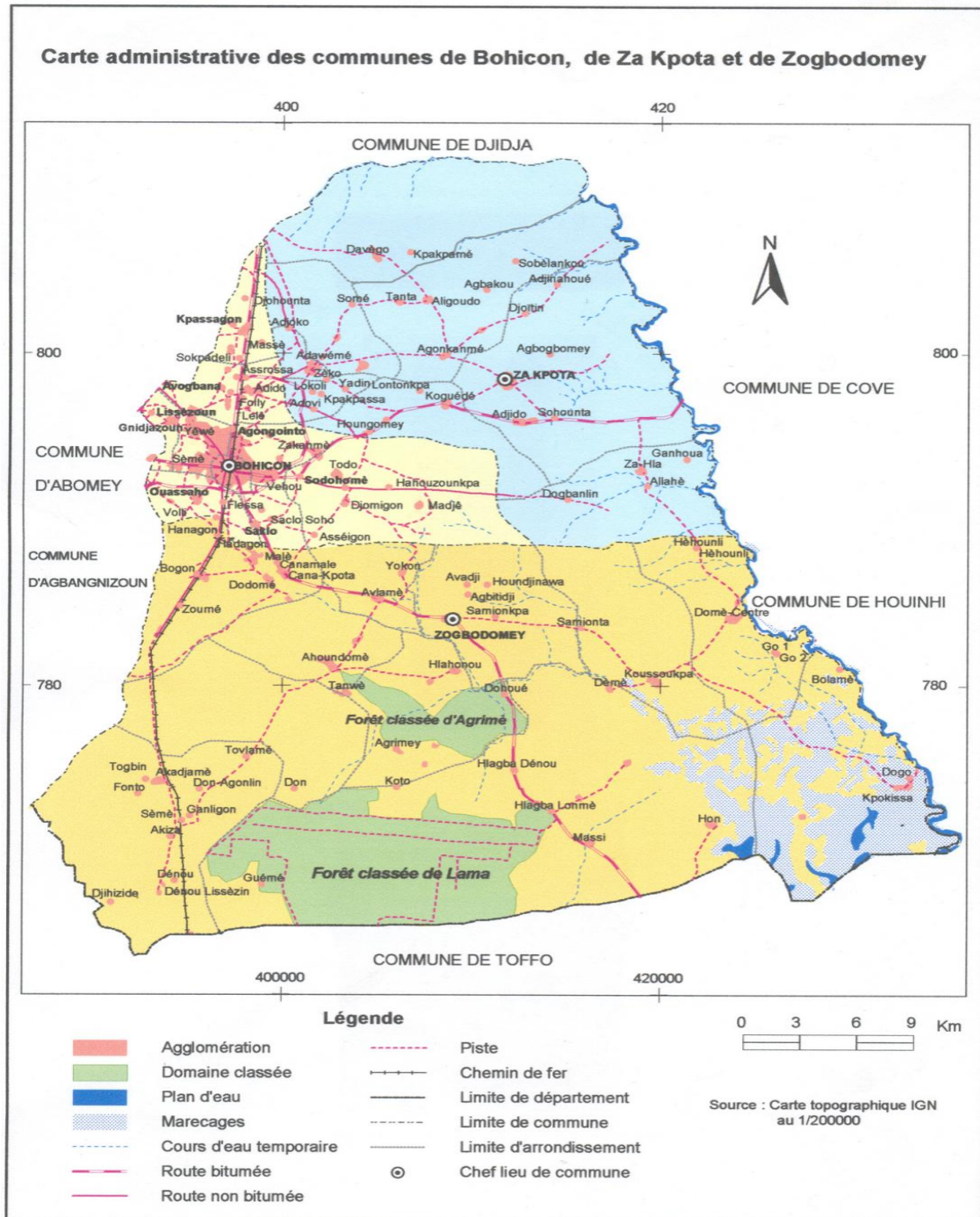


PHOTO III : Salle de nettoyage du bébé et le matériel utilisé pour faire l'accouchement et les premiers soins au bébé (Idem)

1.3. Présentation de la ZS de Bohicon

1.3.1. Carte administrative

CARTE III : Carte administrative des trois communes de la ZS de Bohicon



Source : Rapport d'activités ZOBOZA 2012

1.3.2. Les données démographiques

La population de la zone sanitaire de Bohicon était estimée en 2012 à 376.948 habitants avec une densité de 266 habitants par km². La population des enfants de moins de cinq ans est de 66.034 habitants, et celle des femmes en âge de procréer à de 86.448 habitants. Le ratio habitant/sage-femme est de 0,89. La jeunesse constitue la majeure partie de la population, c'est pourquoi elle génère des défis importants en matière de santé, d'éducation, de loisirs et d'emplois (ZOBOZA, 2012). Le tableau IX montre le nombre de grossesses attendues, les naissances attendues, les femmes dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans, la population cible pour la planification et la population cible vaccinale dans la ZS de Bohicon.

TABLEAU IX : Population cible de la zone

Divisions Administratives	Populations 2012	Grossesses Attendues	Naissances Attendues	Femmes de 15 à 49 ans	Population cible PF	Population vaccinale
ZS-ZOBOZA	376.948	18.470	15.501	87.625	69.155	15.078
Bohicon	156.450	7.666	6.555	37.057	29.391	6.258
Zakpota	120.422	5.901	4.885	27.617	21.716	4.817
Zogbodomey	100.076	4.904	4.060	22.951	18.047	4.003

Source : Rapport d'activités ZOBOZA 2012

A noter que la population de la commune de Bohicon est plus élevée que la population des deux autres communes de la ZS. Ce qui fait que le nombre de grossesses attendues, des naissances attendues, de la population cible planification familiale et de la population cible vaccinale sont respectivement plus élevés que dans les autres communes. Le centre de santé de Bohicon est situé dans une zone stratégique et Bohicon constitue une ville carrefour, ce qui fait que sa fréquentation est plus considérable que dans les deux autres communes.

1.3.3. Les données socioéconomiques

La zone sanitaire est une zone cosmopolite, on y trouve une multitude de nationalités et de groupes ethniques dont les Fon, les Adja, les Yorouba, les Nago, les Holis, les Peulhs, les Gouns, les Minan, les Haoussas et apparentés. Les habitants pratiquent principalement l'Animisme, le Christianisme et l'Islam.

Les principales activités génératrices de revenus de la population sont l'agriculture (80%), le commerce (15%), l'artisanat (3%) et l'industrie (0,5%). La production agricole annuelle varie selon chaque culture. Comme production, on enregistre en moyenne 16.255 tonnes de manioc, 2.794 tonnes de maïs, 1.495 tonnes d'arachide et 1.037 tonnes de niébé. La zone sanitaire abrite deux grands marchés, celui de Tindji et Bohicon qui sont très animés et ont une audience nationale. De même, sont implantées dans la zone quelques usines telles que l'Office Nationale de Bois (ONAB), la Société des Huileries du Bénin (SHB), Fludor, les Sociétés d'égrenage de coton SODECO et SOCOBE (Rapport d'activités ZOBOZA 2012).

La zone sanitaire de Bohicon est traversée par un important réseau routier dont les routes nationales inter Etat Cotonou-Niger, Cotonou-Burkina-Faso, les axes Bohicon-Kétou-Illara et Bohicon-Zakpota. Aussi, est-elle traversée par de nombreuses pistes de dessertes rurales très peu praticables en saison de pluie. Cette situation entraîne l'enclavement de certaines localités et l'inaccessibilité des populations aux soins de santé. En particulier, le centre de santé de Bohicon qui abrite le Bureau de zone est très inaccessible en saison pluvieuse (ZS-Bohicon, 2012).

1.3.4. Les données climatiques et hydrographiques

La ZS de Bohicon jouit d'un climat tropical semi-humide avec une pluviométrie annuelle comprise entre 1000 et 1300 mm, avec en 2008 une moyenne mensuelle qui varie entre 14 mm en février et 247 mm en septembre. L'ensemble géomorphologique, climatique et hydrographique influence souvent le profil épidémiologique au cours de l'année (ZS-Bohicon, 2012).

1.3.5. L'organisation administrative

La zone sanitaire de Bohicon est située au centre du département du Zou. Elle regroupe trois communes divisées en 29 arrondissements subdivisés en 171 quartiers de villes et villages. Sa superficie est de 1373 km². Elle regroupe trois communes à savoir Zogbodomey, Bohicon et Zakpota, divisées en 29 arrondissements qui sont à leur tour subdivisés en 171 villages et quartiers de villes (ZS-Bohicon, 2012).

Le tableau X montre que la commune de Zogbodomey est subdivisée en 11 arrondissements, la commune de Bohicon en 10 arrondissements et la commune de

Zakpota en 8 arrondissements. La commune de Zogbodomey est plus vaste que les deux autres communes de la ZS.

TABLEAU X : Tableau récapitulatif des arrondissements et villages

Communes	Nombres d'arrondissements	Nombres de villages et quartiers de villes
Zogbodomey	11	65
Bohicon	10	50
Zakpota	08	56
ZS de Bobicon	29	171

Source : Rapport d'activités ZOBOZA 2008

1.3.6. L'organisation du système sanitaire

La zone sanitaire de Bohicon dispose de vingt-six (26) formations sanitaires publiques. Sur les vingt-neuf (29) arrondissements que compte la ZS, seulement vingt-trois (23) disposent de formations sanitaires. Faute d'hôpital de zone, ces formations sanitaires qui mènent les activités de soins curatifs, préventifs et réadaptatifs gravitent autour du centre hospitalier départemental du Zou et des Collines situé à Goho dans la commune d'Abomey, qui leur sert d'hôpital de référence. La ZS de Bohicon assure en grande partie les activités du Paquet Minimum d'Activités (PMA). Elle compte plus d'une centaine de formations sanitaires privées avec une forte concentration à Bohicon, dont environ une trentaine dispose d'une autorisation et collabore avec la zone sanitaire.

1.3.7. Le Profil épidémiologique

Ce profil est essentiellement caractérisé par une variété de pathologies tropicales avec une prédominance des affections endémo épidémiques notamment le paludisme, le choléra et parfois la méningite cérébro-spinale. L'éclosion saisonnière des maladies infectieuses et parasitaires et leur endémicité sont dues à la prolifération de certains vecteurs auxquels le climat semi-humide est favorable.

Le tableau XI montre les affections les plus fréquemment notifiées dans les consultations dans la zone sanitaire. Il montre que dans la zone, le paludisme simple constitue la première cause de consultation ; il est suivi des affections gastro-intestinales, des infections respiratoires aiguës/basses, des lésions traumatiques, et du paludisme grave (ZS-Bohicon 2012).

TABLEAU XI : Taux des cinq premières affections les plus fréquentes en consultation

Affections	Nombre total	Incidence pour 1000
Paludisme simple	66468	176,33
Autres affections gastro-intestinales	10724	28,45
Infections respiratoires aiguës/basses	11983	31,79
Lésions traumatiques	6189	16,42
Paludisme grave	5906	15,67

Source : Rapport d'activités ZOBOZA 2012

1.3.8. L'état de fonctionnalité des centres de santé du ZS

Dans la ZS de Bohicon, seuls les bâtiments du centre de santé de la commune de Bohicon sont vétustes. Les deux autres centres de santé de commune sont nouvellement construits, Zakpota en 2004 et mis en service en 2007 et Zogbodomey en 1995. Le taux de fréquentation du centre de santé de Zakpota est très faible. Étant un nouveau centre de santé, il dispose d'un plateau technique très fourni. Certains équipements existent, mais le personnel médical n'a pas souvent l'occasion de les utiliser (Observations et Enquête, 2011, ZS de Bohicon).

1.3.9. Les ressources humaines et financières

Le tableau XII montre que les agents contractuels de l'État représentent 50% de l'effectif du personnel de la zone sanitaire. Ils sont suivis des agents payés sur le financement communautaire (26%). L'État n'emploie que 12% des agents de la zone de façon permanente, 11% étaient à l'époque sous mesures sociales et donc payés par des fonds mis à la disposition des communes par l'État pour alléger la masse salariale,⁴ et 1% sont sous contrat local payés directement par les ressources de la commune.

TABLEAU XII : Répartition du personnel par commune et statut de la ZS de Bohicon

Commune	Statut					Total
	ACE	ACL	AFC	AMS	APE	
Zogbodomey	51	0	34	5	6	97
Zakpota	34	4	16	15	22	94
Bohicon	57	0	28	12	7	104
Total général	147	4	78	34	36	295
%	50%	1%	26%	11%	12%	100%

Source : Rapport d'auto-évaluation des activités de ZS ZOBOZA, 2011

⁴ Ils ont depuis lors été assimilés aux ACE.

Il existe trois sources de financement de la ZS à savoir le financement communautaire, le budget national à travers les crédits délégués et la contribution des PTF. Le tableau XIII montre que, de 2009 à 2011, le financement communautaire représente chaque année en moyenne 75% des dépenses réalisées pour la mise en œuvre des activités dans la zone sanitaire.

TABLEAU XIII :

Années	Sources de financement	Prévision (P)	Allocation (A)	Réalisation (R)	%	
					R/A	R/P
2011	Financement Communautaire	183 517 100	183 517 100	172 486 379	94%	94%
	Budget National	45 448 000	45 448 000	29 189 421	64%	64%
	Partenaires	18 067 000	18 067 000	18 067 000	100%	100%
Total 2011		247 032 100	247 032 100	219 742 800	89%	89%
2010	Financement Communautaire	165 065 700	165 065 700	161 799 160	98%	98%
	Budget National	50 505 000	50 505 000	49 244 540	98%	98%
	Partenaires	12 020 000	12 020 000	4 260 000	35%	35%
Total 2010		227 590 700	227 590 700	215 303 700	95%	95%
2009	Financement Communautaire	151 690 000	151 690 000	145 576 000	96%	96%
	Budget National	65 200 000	65 200 000	40 459 654	62%	62%
	Partenaires	10 723 000	10 723 000	10 722 112	100%	100%
Total 2009		227 613 000	227 613 000	196 757 766	86%	86%

Source : Rapport d'auto-évaluation des activités de ZS ZOBOZA, 2011

1.3.10. La gestion du fonds des indigents

Les indigents ne sont pas suffisamment informés de l'existence du fonds qui leur est destiné dans la ZS de Bohicon, ce qui rend les fonds très difficiles d'accès. Pour la gestion de ces fonds, on note beaucoup de malversations. L'ONG « Terre des hommes » aide les indigents à bénéficier des fonds mis à leur disposition par l'État, en leur facilitant les procédures d'identification et de délivrance des cartes d'indigent par la commune et le centre social. Ceci leur permet de bénéficier des soins de santé gratuits une fois au centre de santé (Observations et Enquête, 2011, ZS de Bohicon).

1.3.11. Les mutuelles de santé

La promotion des mutuelles de santé reste encore très embryonnaire. Les populations continuent de payer directement leurs soins de santé. Au CSC de Bohicon, à part les prises en charge des fonctionnaires de l'État et certaines agences d'assurance, la mutuelle de santé n'existe quasiment pas. Par contre au CSC de Zogbodomey, une

mutuelle de santé est fonctionnelle, mais un grand problème se pose au niveau de l'application des clauses, les agents de santé n'étant pas suffisamment informés à cet égard (Entretien et observations, 2011, ZS Bohicon).

1.3.12. Les normes et standards internationaux

La ZS de Bohicon ne dispose pas d'un hôpital de zone mais bénéficie de la proximité du CHD-Zou-Collines situé à Goho, à 9 km du CSC de Bohicon. De plus, aucun centre de santé de la zone sanitaire de Bohicon ne dispose d'ambulance. Ce qui fait que les parents de malades cherchent leurs propres moyens pour évacuer leur malade, par « zémidjan » ou taxi moto pour les pauvres, en voiture ou taxi pour les plus aisés, et en vélo pour les plus démunis. Seul le carnet de santé du malade constitue la disposition prise par le personnel de santé pour renseigner le cas évacué. La contre référence n'existe pas entre le CHD Zou-Collines et les autres formations sanitaires de la ZS de Bohicon. Les normes et standards internationaux ne sont pas respectés faute de moyens (Observations et Enquête, 2011, ZS de Bohicon).

1.4. Les éléments de comparaison entre les deux zones sanitaires

Nos recherches de terrain, complétées par l'examen des documents disponibles, nous ont permis d'identifier plusieurs éléments de comparaison entre les deux ZS. Nous avons regroupé ces éléments de comparaison des deux ZS entre ceux d'ordre structurel et ceux d'ordre fonctionnel.

1.4.1. Les éléments structurels de comparaison

Le tableau récapitulatif ci-dessous met en exergue quelques éléments de comparaison structurelle.

TABLEAU XIV : Tableau récapitulatif de comparaison structurelle

Zone Sanitaire (ZS)	ZS de Comè	ZS de Bohicon
Population	326.112 (2011)	376.948 (2012)
Nombre de centres de santé publics	34	26
Existence d'un hôpital de zone	Oui	Non
Existence d'un bureau de zone	Oui	Oui (sans local)
Référence et contre référence	Oui (HZ, CHD Mono-Couffo)	Oui (CHD Zou-Collines)
Existence d'ambulances	Oui (au moins un par CSC sinon deux)	Non
Comité de Santé	Oui	Oui
Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire	Oui	Oui
Comité de Gestion	Oui	Non
COGECS	Oui	Oui
Nombre de personnel	461 (2011)	279 (2012)
Plan de Développement Triennal local	Oui	Oui
Ratio Médecin / Population	23.800 (2011)	121.657 (2012)
Maladies courantes	Paludisme simple et chronique,	Idem
Assurance du Paquet Minimal d'Activités (PMA)	Oui	Oui
Assurance du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA)	Oui	Non
Connaissance des organes de gestion par les populations	Non	Non

Source : Tableau issu des enquêtes de terrain 2012

Sur le plan structurel, on constate qu'il existe des éléments de ressemblance et de dissemblance au niveau des deux ZS.

1.4.2. Les dissemblances entre les deux ZS

D'abord, la ZS de Bohicon ne dispose pas d'une carte sanitaire contrairement à la ZS Comè, c'est plutôt une carte administrative des trois communes constitutives de la ZS qui fait office de carte sanitaire. Depuis plus de cinq ans, à part les rapports d'auto-évaluation et les rapports d'activités, la ZS de Bohicon n'élabore plus les annuaires des statistiques sanitaires de la zone, alors qu'au niveau de la ZS de Comè, l'annuaire des statistiques sanitaires est régulièrement produit et est disponible jusqu'en 2011. Ceci explique la qualité et la masse des informations disponibles sur la ZS Comè, contrairement à la ZS de Bohicon où les données ne sont pas suffisamment disponibles.

Ensuite, la ZS de Bohicon ne dispose pas d'un hôpital de zone, tandis que la ZS Comè en dispose d'un. Au moment où, dans la ZS de Comè, chaque CSC dispose d'au moins une ou deux ambulances, aucun CSC de la ZS de Bohicon n'en dispose. Les malades assurent eux-mêmes leur évacuation sanitaire au centre hospitalier départemental situé à Goho (Abomey). La population cible de la ZS de Bohicon (322.265 habitants en 2009) est plus élevée que celle de la ZS de Comè (292.082). En 2012, la population de la ZS de Bohicon est passée à 376.948 habitants. De plus, la fréquentation des centres de santé des deux ZS varie selon la réputation, les difficultés d'accessibilité, la qualité des soins, etc. Le taux de couverture en formation sanitaire est de 96% avec 4445 habitants par centre de santé dans la ZS Comè, contre 72% avec 6455 habitants par centre de santé dans la ZS de Bohicon. Quant aux bureaux de l'Equipe Encadrement de Zone Sanitaire, la ZS de Comè dispose d'un bâtiment abritant le bureau, ce bâtiment a été construit avec l'appui de l'Agence Belge pour le Développement, alors qu'au niveau de la ZS de Bohicon, il est logé dans les locaux du CSC Bohicon. Enfin, la proportion de centres de santé disposant d'incinérateur est de 63,3% dans la ZS de Bohicon contre 37% dans la ZS de Comè (SGSI/DPP/MS, 2010).

1.4.3. Les ressemblances

Nos recherches de terrain ont permis de constater que la dégradation et l'insalubrité des formations sanitaires est la même partout dans les deux ZS. Le manque de personnel qualifié est commun à tous les centres de santé des deux ZS. Le rapport entre médecins et infirmiers reste similaire dans les centres de santé. Ainsi, la plus grande partie des consultations et prescriptions reste le fait d'infirmiers (et même des aides-soignants) qui font office de médecin. Les normes et standards médicaux ne sont pas assez respectés faute de moyens et d'informations. Les ressources humaines, financières et matérielles manquent à tous les niveaux dans les deux ZS. La population rencontre les mêmes difficultés avec les agents de santé, que nous soyons à Comè ou à Bohicon. Le système sanitaire au niveau central offre les mêmes opportunités aux ZS, seulement l'apport des PTF marque la différence ainsi que les « variabilités individuelles ».⁵

⁵ C'est un thème utilisé dans l'ouvrage « Une médecine inhospitalière » pour désigner les individus atypiques, parce que refusant les tendances lourdes du système (Jaffré, 2003).

1.4.4. Les éléments de comparaison sur le plan fonctionnel

Nos recherches de terrain, complétées par l'examen des documents disponibles, nous ont permis d'identifier plusieurs éléments de comparaison dans le mode de fonctionnement des deux ZS.

Les instruments de suivi et d'évaluation

Les instruments de suivi et d'évaluation se limitent au monitoring. Le suivi des activités est surtout fait par les représentants des programmes centraux mis en œuvre dans les zones sanitaires, et visent à recueillir les données leur permettant de réaliser leur rapport d'activités.

La collaboration des formations sanitaires avec le Bureau de zone sanitaire

Dans les deux zones sanitaires, chaque centre de santé verse 10% de ses recettes pour le fonctionnement de la zone sanitaire et les 80% restant servent au fonctionnement de la formation sanitaire et à l'achat des médicaments et consommables. La zone sanitaire verse 20% de ses recettes pour le fonctionnement de la direction départementale de la santé (Enquête, 2011, ZS de Bohicon).

Les ressources financières

Dans les deux zones sanitaires, le financement communautaire est plus élevé que les autres financements. En 2010, il s'est élevé à 164.068.043 FCFA dans la zone sanitaire Comè et à 161.799.160 FCFA dans la ZS de Bohicon. Depuis 2004, la délégation de crédits accordée aux départements par le Budget National a été étendue aux zones sanitaires. Les crédits délégués alloués aux zones sanitaires par l'État visent à assurer une meilleure fonctionnalité des zones sanitaires tout en garantissant l'accès aux soins de santé primaires et secondaires aux populations les plus pauvres à travers le fonds sanitaire des indigents. Les crédits délégués sont trimestriellement mis à la disposition des gestionnaires des structures sanitaires via des fiches de délégation, pour être consommés suivant la procédure d'exécution des dépenses publiques ; l'ordonnateur délégué étant ici le Préfet du Département le comptable et le receveur des Finances. En 2010, les fonds consommés dans la zone sanitaire de Comè se sont élevés à 68.525.718 FCFA, soit un taux de consommation de 94,24% ; et à 49.244.540 FCFA, soit un taux de consommation de 98%, dans la zone sanitaire de Bohicon. A noter qu'il est normal

qu'il y ait une légère hausse du côté de la zone sanitaire de Comè car l'hôpital de zone est aussi comptabilisé. Les crédits délégués sont insignifiants dans les deux zones sanitaires et ne permettent pas un bon fonctionnement des centres de santé, d'autant plus qu'ils ne sont pas débloqués à temps. Ceci entraîne un manque criard de fournitures au niveau des formations sanitaires.

En ce qui concerne les fonds des indigents, ils n'ont pas du tout été octroyés, par l'État, à la zone sanitaire de Comè au cours de la mise en œuvre du projet PAZS Comè II. Ce projet avait signé un accord relatif à la gestion des fonds à l'endroit des indigents avec l'État, mais finalement l'Etat n'a plus respecté cet accord. Par contre, la ZS de Bohicon en a bénéficié, mais ils sont vraiment difficiles d'accès pour les « vrais pauvres » (Observations et Enquête, 2012, ZS de Bohicon).

1.4.5. La présence de partenaires techniques et financiers

Le tableau XV montre les PTF intervenant dans chaque ZS. Rappelons qu'au Bénin, les zones sanitaires ont été choisies par les PTF qui veulent y rester pour le déroulement de leurs activités. Ainsi, la CTB est active dans la ZS de Comè depuis 1999 à travers le projet PAZS Comè. La Banque Mondiale est active dans la ZS de Bohicon depuis 2010 à travers la mise en œuvre du Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS). A côté de ces PTF bilatéraux, on note la présence des multinationaux et de certaines ONG.

TABLEAU XV : Tableau récapitulatif des PTF actifs dans les deux ZS

Zone Sanitaire	PTF et ONG présents dans les ZS	Domaines d'intervention
ZS de Bohicon	UNICEF	Construction, supervision, renforcement de capacités, équipements roulants, prise en charge des maladies des enfants au niveau de la communauté, formation et gestion de la communauté par rapport à la prévention et la prise en charge des maladies des enfants, vaccination, appui à la santé communautaire. santé de la mère et de l'enfant.
	OMS	Indirectement par les foras, séminaires, etc.
	USAID/PISAF (Projet Intégré de Santé Familiale, 2005-2011), fin du projet	Formation des agents de santé sur la Prise en charge Mère-Enfant (PCME), renforcement de capacité, suivi-évaluation, matériels informatiques, maternité SMI, réhabilitation des centres de santé, mise en place d'un service de ressources humaines (archivage des dossiers du personnel), santé de la mère et de l'enfant, élaboration des manuels de procédures, appui dans le cadre des nouvelles approches contre le paludisme, révision des protocoles.
	BAD/PADS (Projet	Renforcement de capacités, équipements roulants, mobiliers de

Mise en œuvre des politiques de santé à l'échelle de la zone sanitaire au Bénin : Ethnographie des enjeux et des dynamiques

	d'Appui au Développement Sanitaire, 2008-2011), fin du projet	bureau, formation de longue durée, formation continue, promotion des mutuelles de santé, intervention dans la communauté.
	Banque Mondiale	Intervention dans les intrants pour la tuberculose, mise en œuvre de l'approche FBR
	PILP (Projet d'Intensification de Lutte contre le Paludisme)	Lutte contre le paludisme chez les enfants
	AFRIC CARE	Prévention et prise en charge du paludisme par la formation des groupements de femmes.
	Programmes verticaux	PMLS (Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida), Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulçère de Buruli, Programme National de Lutte contre l'Onchocercose, Programme Elargi de Vaccination (PEV), Programme National de Lutte contre la tuberculose, programme national de lutte contre le diabète.
	ONG ALDIPE	Réfections.
	FNUAP	Appui à la construction de la nouvelle maternité.
	Coopération Suisse	Construction d'une maternité isolée à Ouassaho.
	« Terre des hommes »	Amélioration du taux de consommation des fonds mis à disposition par l'Etat pour la prise en charge des indigents, faciliter les procédures d'identification et de délivrance des cartes d'indigent.
	BorneFonden	Lutte contre la pauvreté, prise en charge des familles parrainées en cas de maladie, promotion et création de mutuelles de santé.
	ONG Africare (2010)	Lutte contre la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans au niveau de la communauté.
	Fonds Mondial	Lutte contre le paludisme et la tuberculose.
ZS de Comè	Banque Mondiale	Lutte contre le paludisme et la tuberculose.
	Fonds Mondial	Prise en charge de la tuberculose.
	UNICEF	Santé de la mère et de l'enfant.
	CTB Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Comè, Phase II/ PAZS Comè II »juillet 2008-novembre 2010)	Structuration de la demande de soin (représentation de la population, négociation et achat des soins pour les indigents, promotion des mutuelles de santé, paiement des primes d'incitation des agents de santé à la performance, intermédiaire entre la communauté et les agents de santé, aider la zone sanitaire à avoir le diagnostic du mécanisme de prise en charge des indigents, travailler à la valorisation du statut d'indigent) ; Amélioration du plateau technique des centres de santé ; Capitalisation de l'expérience du projet.
	Programme d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires (PARZ Mono-Couffo) 2011	Phase de collecte des informations et de prise de contact entre les acteurs.
	CORRIDOR, fin du projet	Prévention du VIH/SIDA et de la prise en charge de PVVIH.
	Médecins du	Prise en charge gratuite des PVVIH, prise en charge nutritionnelle

	Monde Mdm	des malades du SIDA et de la tuberculose.
	BORNE FONDEN	Prise en charge des soins reçus par les enfants parrainés, promotion de mutuelles de santé.
	Programme Alimentaire Mondial	Prise en charge nutritionnelle des malades du SIDA.
	BUPDO	Construction et équipement des UVS dans les villages de yégodoé, Tclantclankpo et Zoungbo-Mission.
	PIVA/ Mairie de Paris	Renforcement des capacités des agents de santé dans la prise en charge des PVVIH et dotation en équipement des centres de prise en charge du SIDA.
	GROPERE	Promotion des mutuelles de santé.

Source : Tableau réalisé après les investigations de 2012 (Sossouhounto, 2012)

La présence active des PTF dans les deux zones sanitaires est intéressante à analyser, en particulier la dynamique autour de leurs réalisations. L'État, à part l'octroi des crédits délégués, s'appuie sur la contribution des PTF pour les grandes réalisations dans les zones sanitaires. Ainsi par exemple, l'hôpital de zone de Comè a été réalisé grâce à la contribution belge. Si la zone sanitaire de Bohicon ne dispose pas encore d'un hôpital de zone jusqu'à ce jour, c'est probablement en grande partie parce qu'aucun des PTF de la zone n'est encore prêt à y investir.

Les deux zones sanitaires de notre étude connaissent des ressemblances et des dissemblances. Elles émanent de la même réalité des zones sanitaires et sont traitées de la même manière par l'autorité centrale. Mais ce qui fait la spécificité d'une zone sanitaire au Bénin, c'est surtout le dynamisme des PTF présents dans la zone et de ses ambitions pour le pays. Quoique ce dynamisme cache beaucoup de jeux de pouvoir et d'intérêts, il permet quand même à la zone d'avoir plus de moyens pouvant lui permettre d'offrir des soins de meilleure qualité à la population. Cette visibilité donnée à la zone dépend aussi en grande partie de la qualité de ses acteurs, donc des «variabilités individuelles».

2. Les politiques de santé et de coopération et les interventions des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

2.1 Production des politiques de santé et de coopération

Les politiques de santé et de coopération apparaissent dans des contextes internationaux et nationaux bien définis. Ces contextes se situent à des moments de crises, où toute la communauté internationale et nationale essaye de trouver des stratégies pour résoudre tel ou tel problème dans le domaine de la santé et de la coopération. Dans le secteur de la santé, des stratégies sont initiées en vue d'améliorer la qualité des soins de santé prodigués à la population. Dans le domaine de la coopération, les stratégies concernent l'efficacité de l'aide publique au développement, qui vise à appuyer les pays en voie de développement, à travers des moyens financiers et techniques, pour la mise en œuvre de leur politique interne.

Cette partie présente, en ce qui concerne les politiques de santé, les contextes d'émergence et les dispositifs opératoires des soins de santé primaires (SSP) et des trois Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Pour les politiques de coopération, nous allons nous référer et la Déclaration de Paris (DP).

2.1.1. Le contexte d'émergence et les dispositifs opératoires des politiques de santé

Depuis des décennies, l'accès aux soins de santé de base reste un défi dans de nombreux pays d'Afrique Subsaharienne en général et au Bénin en particulier. La période coloniale a connu la stratégie d'Eugène Jamot. Il a obligé l'administration coloniale à prendre conscience des dangers de la trypanosomiase qui pouvait ruiner tous les efforts de la mise en valeur des colonies, pour ne pas dire l'exploitation coloniale (Bado, 2011). Dans les années 1960, époque des indépendances, dans les pays en voie de développement, l'organisation sanitaire était centrée sur des hôpitaux et des dispensaires de « brousse », avec surtout des services de « Grandes Endémies ». La norme médicale était européenne. De 1960 au début des années 1970, les pays qui viennent de prendre leur indépendance étaient confrontés à d'importants problèmes de santé. Et devant l'étendue des problèmes sanitaires de l'époque, qui n'étaient que partiellement résolus par les structures sanitaires héritées de la colonisation, les responsables sanitaires ont donné la priorité à la couverture géographique (Duponchel, 2004). Les expériences

conduites dans les pays se sont alors succédées, mais les problèmes de santé persistaient. Dans ces conditions, à partir de 1977, sous l'égide de l'OMS, les États africains ont organisé certaines rencontres au cours desquelles ils ont développé des stratégies pour adopter les Soins de Santé Primaire (SSP), en tant que politique de développement sanitaire. Les stratégies des SSP sont réaffirmées au cours de la conférence organisée à Alma-Ata en septembre 1978.

A la suite de la conférence d'Alma-Ata en 1978 visant les SSP, on assiste à une succession de déclarations, assorties de stratégies, visant toujours l'amélioration de la qualité des soins de santé, surtout dans les pays en voie de développement. Par ailleurs, le 8 septembre 2000, lors de l'ouverture de la 55^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies, les dirigeants du monde s'étaient rassemblés à New York pour adopter les OMD avec un programme à suivre pour réaliser ces objectifs, en établissant un partenariat mondial de développement pour 2015. Parmi les huit OMD, trois sont relatifs au secteur de la santé.

Les Soins de Santé Primaire

Les SSP en général

Le 12 septembre 1978, à l'issue de la conférence internationale conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, le point VI de la déclaration officielle définit les SSP. Les participants se sont accordés sur le fait que :

« Les SSP sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. (...) Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » (OMS, 1978).

Cette définition théorique nous semble très ambitieuse. Car comment peut-on réussir des méthodes socialement acceptables pour l'ensemble des pays et des espaces socioculturels à couvrir ? Comment développer un esprit d'auto-responsabilisation et de

d'autodétermination pour les communautés ? Même si cette définition suppose une certaine adaptation aux contextes, les institutions nationales d'application des textes ne sont souvent pas portées vers une pro-activité technique. Elles sont plutôt portées vers des enjeux politiques, économiques et financiers. On remarque très souvent que d'un pays à l'autre aux différents contextes, les textes nationaux sont exactement les mêmes, non différents des directives internationales. La définition met l'accent sur la responsabilité attendue de la communauté dans la réussite ou l'échec de la stratégie, sans occulter l'auto responsabilité et l'autodétermination des pays signataires. Mais dans la stratégie, l'accent n'a pas suffisamment été mis sur la capacité des pays en voie de développement appelés à mettre les SSP dans le cadre de leur développement sanitaire global conformément au principe de l'auto responsabilité.

La déclaration d'Alma-Ata a été assortie du fameux slogan «La santé pour tous d'ici l'an 2000». Faire une évaluation des SSP pourrait se limiter à savoir si ce but a été atteint. Or, trente ans après Alma-Ata, cette déclaration prônée comme la clé de la réduction des inégalités en matière de santé entre pays et à l'intérieur d'un pays, n'a toujours pas contribué à la réalisation de cet objectif ambitieux (OMS, 2010).

Les SSP sont structurés en huit (8) composantes avec des principes de mise en œuvre. Ce document de politique devient alors un cadre de travail dans lequel doivent s'inscrire les responsables sanitaires. Mais parfois le document ne précise pas les modalités de sa mise en œuvre (Duponchel, 2004). Ainsi, chaque pays interprète les principes et les concepts développés dans le rapport et adopte cette nouvelle approche. Quel que soit le niveau de la compréhension du contenu, les SSP restent la seule référence de toutes les politiques de santé des pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires, selon la terminologie de la Banque Mondiale (OMS, 1978). Si l'objectif des SSP était de créer un lien entre la communauté et le système sanitaire, l'ambiguïté du concept et de ses principes ne facilite pas sa matérialisation. Le cadre tracé à Alma-Ata reste immense et ambitieux, mais si les principes ne changent pas jusqu'à nos jours, leurs lectures, leurs interprétations ont évolué au gré des mutations politiques et des contraintes économiques et socioprofessionnelles des Pays en Voie de Développement (Duponchel, 2004).

Dans ses grandes lignes,

« La stratégie des SSP indique clairement que pour atteindre le but de la santé pour tous, tous les éléments des systèmes de santé nationaux doivent être

organisés comme un but cohérent orienté vers un but commun. C'est-à-dire comme un système finalisé. Les SSP sont considérés comme faisant partie intégrante d'un tel système dans lequel ils devraient jouer un rôle central en tant que point d'entrée principal et principal canal de prestation – en d'autres termes, l'organisation des systèmes de santé devrait reposer sur les SSP » (Kleczkowski, 1984) cité par Imorou (2006, p. 55).

Ces lignes montrent que les SSP en tant que concept renvoient à une pluralité de réalités concrètes. Ils visent l'équité et la justice sociale en tenant compte de la façon dont les acteurs les représentent. Pour atteindre le but fixé, les pays doivent disposer des moyens socioculturels, politiques et économiques nécessaires pour y arriver.

A travers les écrits des experts, les SSP visent l'équité et la justice sociale ; une série d'activités couvrant les services cliniques de base ; un niveau de soins où s'opère le premier contact avec le système de santé ; une stratégie axée sur la collaboration intersectorielle (OMS, 1996). Cette pluralité de champs auxquels renvoient les SSP, justifie, dans une certaine mesure, les obstacles auxquels est confrontée leur opérationnalisation. Étant donné que les changements annoncés lors de ces conférences internationales n'ont pas été concrètement mis en œuvre par les États selon toutes les composantes initialement fixées, l'implantation de cette politique publique de santé, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés.

Les SSP au Bénin

Le Bénin a ratifié les SSP. Il s'est mis dans le processus de leur application. Mais celui-ci est plein d'embûches ; il rencontre des difficultés dans l'orientation et la réorganisation de son système de santé. La pluralité de champs auxquels renvoient les SSP, le manque de vision et de moyens nécessaires justifient, dans une certaine mesure, les obstacles d'opérationnalisation auxquels le Bénin est confronté. Depuis 1995, le Bénin a mis en place une organisation sanitaire pyramidale qui définit les zones sanitaires. Les critères objectifs ayant permis l'organisation des zones sanitaires sont la démographie, l'accessibilité géographique, l'affinité socioculturelle des populations, la disponibilité de structures sanitaires et la conformité avec le découpage administratif. Ainsi, les 77 communes que compte le Bénin sont regroupées en 34 zones sanitaires d'une à quatre communes. La population couverte par chaque zone sanitaire en 2010 est comprise entre 92.729 habitants (ZS de Bassila) et 498.016 habitants (ZS d'Abomey-

Calavi- So-Ava) (MS, 2010). Les niveaux de fonctionnalité des zones sanitaires connaissent des disparités plus ou moins considérables selon les cas. De façon générale, ces disparités observables se traduisent par les éléments suivants :

- les infrastructures : il y a une inadéquation des infrastructures et le développement des activités. Certaines zones sanitaires ne disposent pas encore d'un hôpital de zone. Dans d'autres zones sanitaires, les hôpitaux de zone sont en réhabilitation. Le matériel utilisé souffre par endroits d'une série de défaillances liées parfois à son adaptation et surtout à l'insuffisance de la maintenance préventive et curative ;
- Par rapport aux ressources humaines, les normes en termes de quantité et de qualité ne sont pas satisfaites entièrement ;
- Les différents organes locaux de gestion prévus par les textes administratifs sont mis en place dans la plupart des centres de santé. Cependant leur mode de fonctionnement et leur mécanisme d'information des communautés sur les problèmes de santé sont seulement connus d'une frange de la population de privilégiés sur la base d'attributs socioéconomiques, géographiques et politiques ;
- Le niveau des soins offerts aux communautés est dépendant du niveau de financement disponible. On note par endroit l'inexistence de spécialistes (pédiatres, gynécologues, chirurgiens), de pharmaciens et de techniciens d'assainissement dans certaines zones sanitaires.

L'analyse de la fonctionnalité des zones sanitaires a permis de regrouper celles-ci en zones sanitaires fonctionnelles, moyennement fonctionnelles et peu fonctionnelles dans des proportions respectives de 44%, 41% et 15%. En général, les maillons les plus faibles du fonctionnement des zones sanitaires sont l'existence d'infrastructures adéquates, la « gestion locale des ressources » (humaines, matérielles et financières) et le « respect des normes et standards ». Ainsi, le dispositif sanitaire souffre de dysfonctionnements à certains égards. Il apparaît clairement que les besoins en termes de ressources humaines, matérielles et financières restent à satisfaire dans plusieurs zones sanitaires pour assurer un minimum de PMA/PCA au profit des communautés (MS, 2009).

Les zones sanitaires ne sont que les bénéficiaires passifs des investissements décidés au niveau national et le lieu de mise en œuvre des divers programmes conçus et dirigés par le niveau central. De plus, trente ans après l'avènement des SSP, les documents fondamentaux structurant l'action du Ministère de la santé comportent une multitude d'options de politiques, de missions, de stratégies, de priorités, de programmes, etc., d'où se dégage difficilement une vision claire de politique de santé.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Les OMD en général

En s'appuyant sur les résultats de dix années de grandes conférences et réunions organisées par les Nations Unies, l'Assemblée Générale des Nations Unies réunie à New York s'est fixée un ensemble d'objectifs dits mesurables et assortis de délais pour lutter contre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'égard des femmes. Cette déclaration du Millénaire prévoit une vaste gamme d'engagements dans des domaines comme les droits de l'homme, la bonne gouvernance et la démocratie. Elle est suivie par l'adoption de huit OMD à atteindre en 2015. Les OMD constituent un agenda qui se fixe pour objectif de réduire la pauvreté, ses causes et ses manifestations. Ce nouveau paradigme est le dernier en date dans la longue série de plans internationaux destinés à éradiquer la pauvreté dans le monde (Easterly, 2009). Il vise à construire un monde meilleur et plus sûr pour le XXIème siècle, un monde plus pacifique, plus prospère et plus juste uni par les valeurs communes que sont la liberté, l'égalité, la solidarité, la tolérance, le respect de la nature et le partage des responsabilités. Ce plan comprend un programme à suivre pour réaliser cet objectif en renforçant la sécurité collective et en établissant un partenariat mondial pour le développement (OMS, 2000). Mais ce programme n'a pas été clair sur la mise en œuvre des OMD dans les pays, compte tenu de leurs réalités politiques, socioculturelles et économiques. Au début de la mise en œuvre des OMD, certains indicateurs ont été déterminés pour suivre les progrès par rapport aux niveaux de l'année 1990. Plusieurs de ces indicateurs portent directement sur la santé. Mais l'évaluation des OMD dans les années 2010 montre que beaucoup d'efforts restent encore à faire par les pays. C'est ainsi que l'OMS a identifié les difficultés de mise en œuvre dans le domaine de la santé et a proposé vingt (20) moyens, pour aider les pays à atteindre le but fixé pour 2015. Les vingt moyens proposés reposent sur des lignes

directrices en termes de prévention et de traitements, de normes et critères, ainsi qu'une assistance technique aux pays pour les appliquer, l'analyse des facteurs sociaux et économiques de la santé et la mise en évidence des grands risques sanitaires et des possibilités d'améliorer la santé. Par ailleurs, l'OMS assiste les autorités nationales dans l'élaboration de leurs politiques et stratégies sanitaires, et elle aide les gouvernements à collaborer avec les partenaires du développement pour aligner l'aide externe sur les priorités intérieures des pays (OMS, 2010).

Les OMD au Bénin

Le Bénin à l'instar de tous les pays en développement a décidé d'œuvrer en faveur des OMD. Dans le domaine de la santé, trois OMD ont été fixés. L'objectif n°4 concerne la réduction de la mortalité infantile. La cible retenue pour cet objectif est de réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 65 pour mille en 2015. Les indicateurs retenus dans ce sens au Bénin sont : le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (valeur moyenne de 125 pour mille en 1996 pour une valeur cible de 65 pour mille en 2015), le taux de mortalité infantile (valeur moyenne 67 pour mille en 1996 pour une valeur cible de 39 en 2015) et la proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole (valeur moyenne 99% en 1996 pour une valeur cible de 100% en 2015). En ce qui concerne l'OMD n°5 relatif à l'amélioration de la santé maternelle, il a pour cible de réduire le taux de mortalité maternelle de 498 pour cent mille naissances vivantes en 1996 à 125 pour cent mille naissances vivantes en 2015. Les indicateurs retenus au Bénin pour cet objectif sont le taux de mortalité maternelle (valeur moyenne 397 pour cent mille naissances vivantes en 1996 pour une valeur cible de 125 en 2015), la proportion d'accouchements assistés (valeur moyenne 74% en 1996 pour une valeur cible de 100 en 2015) et le taux de couverture en soins prénatals (valeur moyenne 60,5% en 1996 pour une valeur cible de 100 en 2015). Enfin, l'OMD n°6 qui est de combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies a pour cibles de réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA et d'ici 2015, d'avoir maîtrisé le paludisme et les autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle. Les indicateurs retenus sont le taux de prévalence en VIH/SIDA chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans (valeur moyenne 1,8% en 1996 pour une valeur cible de 1,9% en 2015), le taux d'utilisation de contraception (valeur moyenne 11% en 1996 pour une valeur cible de 40,9% en 2015), le nombre d'enfants orphelins du SIDA (valeur moyenne 32810

orphelins en 1996 à stabiliser pour 2015), le taux de létalité due au paludisme (valeur moyenne 109 pour 1000 habitants en 1996 pour une valeur cible non déterminée), le taux de prévalence de la tuberculose (valeur moyenne 4,5% en 1996 pour une valeur cible à stabiliser pour 2015) et le taux de fréquentation des services de santé (valeur moyenne 45,5% en 1996 pour une valeur cible de 100% en 2015) (soins curatifs) (PNUD Bénin, 2008).

Quelques mois avant la date butoir pour l'évaluation des OMD, la pauvreté sévit encore au Bénin, surtout en milieu rural où au moins trois (3) personnes sur dix (10) vivent une existence précaire. La prise en charge de la maladie continue d'engendrer pour les populations déjà vulnérables d'importantes dépenses de santé qui les plongent davantage dans l'extrême pauvreté. Cette situation persiste du fait de l'environnement favorable à la prolifération de l'agent vecteur de la maladie et à la pauvreté des communautés qui doivent payer directement leurs soins de santé (MS, 2012). Déjà que les OMD ne s'intéressent pas à tous les problèmes de santé, mais à quelques maladies ciblées.

Dans l'ensemble, beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre les OMD 4,5 et 6 relevant du secteur de la santé si les tendances actuelles se poursuivent. Cette situation sanitaire du pays s'explique globalement par i) une offre inadéquate de services sanitaires, ii) des capacités humaines limitées, iii) une faible utilisation des services sanitaires disponibles. Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par un tableau de morbidité élevée malgré les programmes et les réformes mis en œuvre au cours des années passées, et en cours dans les zones sanitaires, pour assurer l'amélioration de l'état de santé des communautés. Les niveaux des mortalités maternelle et infantile restent élevés ; plus prononcées en zone rurale et dans les milieux les plus pauvres. Les enfants de moins d'un an vivant en milieu rural courent plus de risque de décéder (81‰) que ceux vivant en milieu urbain (59‰). Le niveau de fécondité est estimé à 5,7 enfants par femme. Les femmes du milieu rural (6,3) et celles sans instruction (6,4) ont une fécondité très élevée. Les adolescentes ont une fécondité élevée : à 19 ans, plus de 4 femmes sur 10 (44 %) ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes. Trois maladies s'inscrivent au Bénin au rang des maladies prioritaires ; ce sont le Paludisme, la tuberculose et les infections à VIH/SIDA. Le paludisme reste la première cause d'hospitalisation (20,1%) et de décès (15,7) avec l'incidence cumulée des paludismes simple et grave qui était de 14,3% en 2008, et une létalité moyenne de 5,0‰ en légère

baisse par rapport aux années précédentes. La prévalence du SIDA en 2008 est 1,8% avec des disparités régionales. Le taux est presque le double chez les femmes (1,5%) que chez les hommes (0,8%). Les projections montrent que le nombre de personnes adultes vivant avec le VIH serait d'ici à 2015 de 58 657 personnes en cas d'épidémie contrôlée avec 27 577 personnes ayant un besoin de traitement par les ARV (MS, 2012).

Globalement, l'évaluation de la situation sanitaire du pays a montré que, même si de nombreuses réformes ont été entreprises, les résultats n'ont pas atteint les objectifs fixés. Étant donné que les changements annoncés lors de ces conférences internationales n'ont pas été concrètement réalisés par les États selon toutes les composantes initialement fixées, l'implantation de ces politiques publiques de santé, non plus, n'a point produit tous les effets escomptés.

TABLEAU XVI : Récapitulatif du contenu des documents de politiques

Documents	Soins de Santé Primaires (SSP)	Objectifs du Millénaire pour le Développement	Plan National du Développement Sanitaire (PNDS)	Plan Triennal de Développement de la ZS de Comè	Plan Triennal de Développement de la ZS de Bohicon
Contenu	<p>Les soins de santé primaires ont été définis comme « des soins de santé essentiels », fondés sur des interventions scientifiquement éprouvées. Ces services devaient être rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. Ils devaient comprendre huit éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> une éducation concernant les problèmes de santé ; une nutrition adéquate ; des soins de santé maternelle et infantile ; des mesures d'assainissement de base ; un approvisionnement suffisant en eau salubre ; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales ; le traitement des maladies et blessures courantes ; et la fourniture de médicaments essentiels. 	<p>Les Objectifs définissent les besoins humains que chacun dans le monde devrait voir satisfaits et les droits fondamentaux dont chacun devrait pouvoir jouir. Dans le domaine de la santé ils sont au nombre de trois.</p> <p>OMD-4 : Réduire la mortalité infantile ;</p> <p>OMD-5 : Améliorer la santé maternelle ;</p> <p>OMD-6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies</p>	<p>Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) traduit la volonté des acteurs du Ministère de la Santé et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations. Il a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.</p> <p>Il est axé sur 5 domaines stratégiques à savoir :</p> <p>DS1 : la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;</p> <p>DS2 : la valorisation des ressources humaines ;</p> <p>DS3 : le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ;</p> <p>DS4 : l'amélioration du mécanisme de financement du secteur et ;</p> <p>DS5 : le renforcement de la gestion du secteur.</p>	<p>Le PTD met surtout l'accent sur le développement des zones sanitaires. Il est axé sur 6 axes stratégiques à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> le renforcement des infrastructures et des équipements ; le recrutement et le redéploiement du personnel ; les formations/recyclages ; l'informatisation de la gestion des ressources par la mise en place d'un logiciel adapté ; le renforcement de la participation communautaire ; le plaidoyer pour le financement. 	<p>Le PTD s'inscrit dans l'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).</p> <p>Il est axé sur 5 axes stratégiques à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> La prévention et la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins ; La valorisation des ressources humaines ; Le renforcement du partenariat, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ; L'amélioration du mécanisme de financement du secteur ; Le renforcement de la gestion du secteur.
Période	1978-2000	2000-2015	2009-2018	2012-2014	2012-2014

Source : Nadine Sossouhounto, 2013

Le tableau XVI révèle que sur les huit éléments opératoires retenus par les SSP, trois seulement ont été pris en compte par les orientations stratégiques du PNDS. Il y a des éléments connexes retenus par les SSP, qui dépassent le seul domaine de la santé ; d'où la pluralité des domaines auxquels renvoient les SSP. Tous les OMD ont été pris en compte par le PNDS, mais ils sont trop généralistes et ne renvoient pas à des dispositifs opératoires clairs. Par ailleurs, le PNDS met l'accent sur l'amélioration du financement du secteur de la santé à cause des innovations en vogue actuellement dans ce domaine (exemple du FBR). De plus, les axes stratégiques des PTD des deux zones sanitaires ne permettent pas d'établir dans une certaine mesure, un lien direct entre les orientations stratégiques du PNDS et celles des PTD. Donc, il est difficile d'affirmer qu'il s'agit d'une planification descendante (top down) ou d'une planification ascendante (bottom up) ou des deux. En outre, le temps de mise en œuvre des stratégies diffère, vingt deux (22) ans pour les SSP, quinze (15) ans pour les OMD, dix (10) ans pour le PNDS et trois (3) ans pour les PTD.

2.1.2. Contexte d'émergence et dispositifs opératoires des politiques de coopération

La Déclaration de Paris en générale

Dans le cadre de notre travail, nous parlerons de la Déclaration de Paris (DP) comme politique de coopération. En effet, la DP est un processus innovateur qui exprime la fin d'une période de mécanisme de gestion de l'aide, qui a coïncidé avec les années d'ajustement structurel dans de nombreux pays pauvres. L'ancienne conception de l'aide a été marquée par la prise en compte surtout des priorités des PTF plutôt que de celles des pays bénéficiaires (MEF, 2011). La DP, quant à elle, a été bâtie sur des principes fondamentaux pour une plus grande efficacité de l'aide au développement. La DP entérinée le 02 mars 2005, en vue de la réalisation effective des OMD, a été le résultat d'une série de rencontres de haut niveau ayant duré environ une décennie, qui a façonné l'avenir de l'aide internationale. Parmi ces rencontres, nous pouvons citer la Conférence de Monterrey sur le financement du développement (2002), le Forum de Haut Niveau de Rome sur l'harmonisation (2003) et la Table ronde de Marrakech sur la gestion axée sur les résultats en matière de développement (2004). Elle vise à améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement (MEF, 2011). Lors du 2ème Forum de Haut Niveau, les donateurs et les gouvernements des pays partenaires ont signé la Déclaration de Paris (DP) sur l'Efficacité de l'Aide, ayant pour but de réformer

les pratiques d'assistance pour améliorer la distribution de l'aide. Dans cet accord, les signataires se sont engagés à entreprendre des actions selon cinq principes : l'appropriation nationale des politiques définies au niveau international, l'alignement des PTF sur les priorités nationales et les systèmes de gestion nationaux, l'harmonisation entre donateurs, la gestion de l'aide pour obtenir des résultats probants, et la responsabilité mutuelle des donateurs et partenaires par rapport aux résultats obtenus. Ces cinq principes sont appelés à être opérationnalisés à travers quinze indicateurs de suivi.

La Déclaration de Paris au Bénin

Au Bénin, l'évolution de l'Aide Publique au Développement a été influencée par des facteurs liés entre autres aux priorités politiques et aux réformes diverses, à la situation économique du pays, et aux catastrophes naturelles. L'État béninois a inscrit les secteurs sociaux tels que l'éducation, la santé etc. dans ses priorités en adéquation aux OMD. Cette attention particulière apportée à ces différents secteurs sociaux a eu une incidence sur les apports d'aide en faveur du pays. Le Bénin a adopté la Déclaration de Paris et s'est prêté à trois enquêtes sur sa mise en œuvre en 2006, 2008 et en 2010. La dernière enquête a notamment constaté que la majorité des objectifs cibles de la DP n'a pas été atteinte (MEF, 2011).

Dans le secteur de la santé, le Bénin a rejoint le Partenariat International pour la Santé et Initiatives liées (IHP+) en mai 2009. Cette initiative entend augmenter les efforts et les ressources dans le secteur de la santé en vue d'accélérer l'atteinte des OMD dans les pays partenaires. C'est une initiative connexe de la DP dans le domaine de la santé. Concrètement, il se traduit dans le pays par un engagement conjoint du gouvernement et de ses PTF à mettre en œuvre les principes de l'efficacité de l'aide, en respectant l'alignement sur un seul plan de développement sanitaire, dans un cadre conjoint de coordination, de gestion et de suivi-évaluation. Ces engagements sont consignés dans un pacte ou Compact national. Suite à l'adoption d'un mémorandum d'entente avec quelques partenaires et à la finalisation du Plan Triennal de Développement 2010-2012 du secteur de la santé et de son cadre des dépenses à moyen terme, le gouvernement béninois a signé le 12 novembre 2010 son Compact national avec cinq PTF (Protocole d'accord du Compact, 2010). A noter que certains PTF membres de l'IHP+, dont la Commission Européenne, l'USAID et la France, n'ont pas jugé nécessaire de signer le

Compact béninois. Depuis sa signature, certains PTF se questionnent sur la qualité et le fondement du Compact/IHP+ au Bénin, car sa mise en œuvre demeure dans l'impasse. Malgré l'existence d'initiatives relevant de l'esprit de l'IHP+ (institutionnalisation du dialogue conjoint Gouvernement/PTF, adoption du PTD, ...), le Compact béninois n'a pas encore été réellement mis en œuvre. Plusieurs facteurs expliquent cet état de fait, dont le manque de leadership du Ministère de la Santé, ce qui explique que le processus a été initialement piloté par l'UNICEF et que son appropriation a été limitée (Paul, 2011).

Les contextes d'émergence des politiques en général, de la santé et de la coopération en particulier, ne sont pas spécifiques à chaque pays. Les politiques sont globales, et initiées pour tous les pays adhérents, dans un élan de globalisation. L'altérité n'est pas valorisée et les logiques internationales sont soumises à l'épreuve des logiques locales. Par conséquent, on assiste à un manque de cohérence au niveau de la « nationalisation » des politiques internationales. Ce qui met les politiques dans des dispositifs peu opératoires.

3. La «globalisation» des déclarations de politique pour les pays en développement

A l'endroit des pays en développement, nous notons l'enthousiasme des agences multilatérales et bilatérales pour des plans définitifs de développement. Seulement depuis l'indépendance de ces derniers, ils continuent de végéter dans la pauvreté.

Dans les pays du Nord, les politiques sont suscitées de l'intérieur et consistent à rechercher des solutions par étapes. Pour Easterly, « la politique des pays du Nord procède par étapes successives, comparaisons limitées, successions d'essais et d'erreurs, corrections de nouvelles tentatives, enseignements tirés des expériences passées » (Easterly, 2009, p.26). Par contre, dans les pays en développement, les politiques constituent une transposition de plans « définitifs » suscités au niveau international. Or, la complexité d'une société rend vaine toute tentative de réduction de la pauvreté au moyen d'une politique importée bien qu'étant conjointement définie par les institutions internationales et les pays partenaires. Les sociétés libérales assurent à leurs membres une grande liberté d'action quant à la définition de leur politique de développement (Augé, 1994). Par contre, dans les pays en développement cette liberté se résume au dévouement ou au détournement des politiques « reçues ».

La complexité des sociétés renseigne sur la complexité des opérations (cognitives, relationnelles) de formulation, d'appropriation, de mise en œuvre des politiques, et sur les enjeux, les intérêts et les stratégies des acteurs. Ainsi, aucun problème de société ne peut être résolu au moyen de déclarations et de plans définitifs. Ce qui est présenté comme un « universel » est censé se confronter à des « pratiques particulières » (Emmanuelle Pommerolle, 2009) qu'on soit dans une société occidentale ou africaine. Toutes les déclarations de politique de santé et de coopération sont perçues comme de bonnes intentions qui engagent peu la responsabilité des pays signataires. Easterly dans son ouvrage intitulé le fardeau de l'homme blanc : l'échec des politiques occidentales d'aide aux pays pauvres, met l'accent sur le danger des plans définitifs et très ambitieux destinés aux pays en voie de développement. Il parle dans son ouvrage de deux catégories d'acteurs de développement, les « planistes » et les « essayistes ». Ils utilisent des approches différentes qui sont consignées dans le tableau XVII.

TABLEAU XVII : Comparaison entre « planistes » et « essayistes »

Essayistes / Planistes du développement (Easterly, 2009, pp. 14-16)	
Planistes	Essayistes
Les planistes sont les défenseurs de l'approche traditionnelle.	Les essayistes sont ceux qui ont choisi approche constructive.
Ils déclarent leurs bonnes intentions mais n'incitent personne à les réaliser.	Ils découvrent des solutions qui marchent, obtiennent quelques gratifications.
Ils font naître des espoirs qu'ils ne se sentent pas tenus de combler.	Ils se considèrent comme responsables de leurs actions.
Ils déterminent l'offre.	Ils examinent la demande.
Ils appliquent des schémas mondialisés.	Ils s'adaptent aux conditions locales.
Les planistes en chef ignorent tout de la base.	Les essayeurs connaissent la réalité du terrain.
Ils ne savent jamais si le bénéficiaire de leur plan a obtenu satisfaction.	Ils cherchent toujours à savoir si le client satisfait.
Un planiste pense qu'il possède déjà toutes les réponses ; pour lui, la pauvreté se résume à un problème d'ingénierie technique que ses réponses sont à même de résoudre.	Un essayiste admet qu'il ne connaît aucune réponse à l'avance, pour lui, la pauvreté est un nœud complexe de facteurs politiques, sociaux, historiques, institutionnels et technologiques ; il espère trouver des réponses à des problèmes particuliers en faisant des expériences, quitte à tromper parfois.
Il estime que, même s'il vient de l'extérieur, il en sait assez pour imposer ses solutions.	Il estime que seuls les gens concernés en savent assez pour trouver des solutions, et que la plupart des solutions s'élaborent sur place.
Les planistes ont pour eux un avantage rhétorique : ils promettent l'éradication de la pauvreté.	Les essayeurs ont de meilleures raisons d'agir et de meilleurs résultats.

Source : Easterly, W., 2009, Le fardeau de l'homme blanc : l'échec des politiques occidentales d'aide aux pays pauvres, traduit de l'anglais en français par Patrick Hersant, Sylvie Kleiman-Lafon, Éditeur Editions Markus Haller, 512p.

L'approche traditionnelle de développement utilise des plans définitifs très ambitieux, les essayistes par contre procèdent par expériences quitte à se tromper parfois. Les déclarations internationales de politique sont fondées sur l'approche traditionnelle. Prenons l'exemple de la déclaration d'Alma Ata, les intentions énoncées pour atteindre la santé pour tous en 2000 étaient très générales et abstraites (Hours, 1992). Cette intention très ambitieuse fait naître des espoirs dont la responsabilité en cas d'échec n'incombe à personne. Les Nations Unies et leurs États membres ont défini les fondements de cette politique, sans pour autant élaborer des stratégies précises de mise en application (Ridde, 2007). Nous sommes là en présence d'une situation qui relève simplement du classique rhétorique de la santé publique (Fassin, 2000 a).

La politique des SSP demeure vague concernant la spécificité de chaque peuple. Tout est fait comme si tous les peuples se ressemblent. En son premier point,

« La Conférence réaffirme avec force que la santé est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé » (OMS, 1978).

Les déclarations de politique souffrent d'un déficit culturel au niveau des peuples auxquels elles sont destinées. En réalité, elles ne se basent pas sur l'ensemble des valeurs, des acquis et des savoir-faire propres à chaque pays, mais sur la vision globale des institutions internationales de développement. La culture est collective et singulière et ne peut être en aucun cas être commune à toutes les communautés, ni réduite à des déterminants socio-économiques et politiques des pays. C'est ce qu'affirme Augé à travers ces deux citations :

« La culture est perçue comme un ensemble de valeurs spécifiques entraînant elles-mêmes des comportements spécifiques et comme un ensemble de « traits » aussi bien techniques qu'institutionnels. Alors, elles regroupent des valeurs singulières irréductibles aux déterminismes économiques et sociaux d'une société » (Augé, 1994).

« Collective, elle correspond à ce qu'un certain nombre d'hommes partagent, singulière à ce qui les distingue d'autres hommes. Chaque société a ses propres normes d'interprétation du réel. Aussi est-il que la culture est pour ceux qui y sont nés, dans l'ordre des choses et l'ordre des choses est conçu comme s'imposant de lui-même » (Augé, 1994, p. 90).

Les politiques de santé et de coopération sont initiées pour tous les pays signataires des déclarations et dans les mêmes conditions. Par rapport aux déterminants socio-

économiques et politiques, les pays diffèrent et n'appréhendent pas le contenu des documents de politique de la même manière. Ainsi, une initiative qui ne tient pas compte de l'altérité trouvera sa mise en œuvre difficile. La culture est un soubassement de la réussite d'une politique. Elle est une dimension incontournable de toute politique de développement. C'est l'entité cohérente d'une société qui la caractérise par rapport à d'autres. De ce point de vue, rien ne peut-être concrétisé en dehors d'elle (Thines et Lempereur, 1975).

En outre, chaque culture a ses déviances et ses approximations. Aucune culture n'est parfaite, mais chaque individu se reconnaît à travers sa culture quoi qu'en soit les jugements portés sur elle. Dupuis affirme dans ce sens que

« Chaque culture a ses déviances et ses approximations par rapport aux valeurs qu'elle incarne, mais il n'en demeure pas moins qu'elle s'impose à ceux qui y sont nés et régit leur mode de penser et d'agir. Elle est reconnue comme englobant l'ensemble des interactions de l'individu et de son environnement » (Dupuis, 1991).

Toutes les déclarations conçues sur base idéologique et sur les débats internationaux sont l'œuvre des experts de l'OMS. Ils sont les initiateurs de ces grands débats sur les thématiques centrales des politiques de développement en général et de la santé en particulier à travers le monde. Leurs réflexions se font pour la plupart du temps au travers de simples échanges de connaissances et d'expériences de coopération technique et financière multilatérale et bilatérale. Ce qui fait que ces politiques rencontrent des difficultés de mise en œuvre dans les pays partenaires (Fassin, 1989 a ; Hours, 1992 ; Brunet-Jailly, 1992).

De plus, les travaux de plusieurs auteurs comme (Fassin, 1989 a ; Hours, 1992 ; Brunet-Jailly, 1992) montrent que les sciences sociales n'ont pas participé en amont à la réflexion sur les SSP. Et leur apport dans la mise en œuvre, souvent défini de façon hâtive, est difficile. L'interpellation des sciences sociales s'exprime à travers des invitations a posteriori pour identifier les causes des résistances au changement (Fassin, 1989a). Les sciences sociales sont très importantes à considérer en amont et en aval des politiques et non venir en rescousse en cas de difficultés. La concrétisation de politiques de santé sera difficile sur base de déclarations. Pour être réalistes, elles appellent à la prise en compte de tout ce qui constitue le tissu social, historique, économique et institutionnel des communautés.

4. La trajectoire et l'appropriation des politiques de santé

Les modèles de politiques à partir des déclarations atteignent les peuples auxquels elles sont destinées par effet de propagation, après avoir été testées dans certains pays et adoptées par les États membres. La trajectoire des politiques publiques de santé dans les pays en développement peut se retracer depuis l'avènement des découvertes de Louis Pasteur. La méthode pasteurienne a gagné toute l'Europe jusqu'en Afrique. Après Pasteur, nous pouvons citer les SSP et les OMS.

4.1. Le paradigme pasteurien en Europe et en Afrique

La médecine moderne à visée universaliste est importée de la France avec les succès pasteurien. Elle est issue d'un long processus indissociable des dynamiques sociales, culturelles et politiques. Ce processus a engendré, en son temps, des relations et des interactions qui ont permis son hégémonie. Faisons un petit détour vers les succès pasturiens pour voir comment les politiques de santé ce sont imposées en Europe et en Afrique.

« A partir des années 1870, les découvertes de Pasteur donneront à la médecine et aux professionnels de santé leurs premières lettres de noblesse en tant que science et scientifiques modernes. En réfutant la théorie de la « génération spontanée » et en prouvant l'existence des germes, Louis Pasteur va, en moins de quinze ans, révolutionner la médecine en mettant au point et en prouvant l'efficacité d'une logique implacable : une cause (un germe spécifique), un effet (une maladie spécifique), un traitement (une intervention spécifique, comme la vaccination). Le changement est brutal, et surtout d'ordre symbolique. Le génie de Pasteur fut non seulement d'être chercheur hors pair mais d'être également doté d'un charisme redoutable. Il fut aussi fin stratège politique et homme public. Il accorda une grande visibilité de ses découvertes médicales.

L'apogée de Pasteur débute après le désastre de la guerre de 1870. Après cette débâcle nationale, la presse et le monde politique français trouvent en Pasteur le savant idéal, capable de redorer une fierté nationale bien mal en point. Pasteur est lui-même un fervent patriote.

Fin des années 1880, la médecine se trouve dans une situation tout à fait exceptionnelle où la recherche a pris une ampleur extraordinaire. En moins de 15 ans, la médecine est passée d'un état encore quasi moyenâgeux à un état de science moderne, reconnue par la société et ayant sa propre méthodologie et son découvreur, son scientifique de référence, dont l'importance ne fera que grandir. L'important est en fait l'innovation technologique, l'accès à de

nouveaux traitements (vaccins) qui vont donner une efficacité nouvelle et une puissance certaine au corps médical et assurer aux médecins leur renom, leur visibilité et le financement de leur nouvelle mission par les patients, la société et l'État. Lorsque Pasteur lance son idée d'institut, il ouvre une souscription publique et contre toute attente, le succès est immense. Partout, en France et en Europe, du plus humble au plus riche, les gens répondent à l'appel et près de 30% du budget nécessaire proviendra de cette souscription publique. L'hôpital n'est plus un mouroir auquel les patients essayent d'échapper mais devient un centre de technique et de recherches à la pointe des progrès de la science » (Dujardin, 2003, pp.45 et 52).

Il faut remarquer dans cette révolution pasteurienne que le patient est considéré comme un être passif. Il n'a pas de rôle à jouer dans la prise en charge de son mal. Il vient à la consultation, le soignant fait le diagnostic et il lui administre un traitement.

C'est ce que relate ce passage.

« Que le rôle du patient est marginal puisque la logique des découvertes de Pasteur, l'enjeu est ailleurs : il faut et il suffit d'identifier le germe et de disposer d'une intervention efficace – prévention, isolement, traitement. Le patient n'est que l'hôte passif du germe. Il importe d'éliminer et si possible d'éradiquer l'agent pathogène, ce qui assurera automatiquement la guérison du patient. Cette logique qui semble réductrice aujourd'hui était en fait très pertinente à cette époque.

Ainsi, sous la pression sociale mais aussi politique, induit par le charisme de Pasteur et de ses disciples, l'Etat est de plus en plus interpellé pour financer la recherche et l'accès aux nouveaux traitements. Mais l'Etat laisse le soin aux professionnels de la santé de prendre les initiatives et d'organiser les recherches, les soins et services de santé. Ainsi, au début du XXe siècle, la santé publique naissante va, grâce à la nouvelle « théorie du germe », s'orienter dans la lutte contre les pathologies infectieuses, notamment par l'éducation à la santé (hygiène individuelle) et l'hygiène du milieu (lutte contre les vecteurs, adduction d'eau potable, évacuation des eaux usées). Cette lutte, par ses succès rapides, va entraîner un contrôle socio sanitaire de plus en plus important des populations » (Dujardin, 2003, p.68).

Les débuts de la santé publique annonçaient déjà les prémices du déséquilibre dans les relations soignant/soigné qui perdurent jusqu'à aujourd'hui. Ce déséquilibre est source de beaucoup de dysfonctionnements dans les systèmes sanitaires africains.

L'institut de Pasteur n'a pas arrêté ses actions en Europe, il s'est donné pour mission d'aller enseigner les découvertes de Pasteur à toutes les nations car pour lui, la science ne doit pas avoir de patrie, donc il faut sauver l'humanité. Albert Calmette, médecin de

la « Royale », élève de Pasteur et fondateur du premier Institut Pasteur d'outre-mer à Saigon, déclarait à cet effet que :

« Sans les découvertes de Pasteur, le développement et l'émancipation des populations indigènes, la mise en valeur de leur territoire, l'expansion colonisatrice de la France et des autres nations civilisées auraient été impossibles ». Au fond, l'histoire des services de santé et la planification des systèmes de santé des pays du sud sont étroitement liées au paradigme pasteurien ». (Calmette, cité par TantchouYakam, 2008).

Ainsi, l'évolution de la biomédecine en tant que savoir et pratique en Europe a entraîné des bouleversements dans les conceptions médicales des pays africains.

« Dans les pays du Sud, l'influence du paradigme pasteurien a été déterminante. Dans les ex-colonies françaises, les priorités des systèmes de santé mis en place ont souvent concerné les programmes de lutte contre les pathologies spécifiques. Les pasteuriens ont aussi profondément influencé la formulation des stratégies, la définition des activités et le choix du type de structure (programmes spécifiques, unités mobiles, dispensaires spécialisés anti lèpre, anti tuberculose, etc.). Il n'est donc pas étonnant que l'on retrouve dans le Sud mais aussi dans le Nord, les grandes caractéristiques du paradigme pasteurien : un système de santé très hiérarchisé où la priorité est donnée aux aspects techniques, à une planification de haut en bas, maximaliste et normative, laissant peu de place aux prestataires de soins et ignorante des compétences acquises par les niveaux micro et opérationnels des systèmes de santé. Le manque d'attention porté aux attentes des populations, une recherche centrée sur les aspects fondamentaux et délaissant les aspects liés à la gestion des services et aux comportements des prestataires, des patients et des populations sont d'autres caractéristiques des systèmes de santé influencés par le paradigme pasteurien. Et la formation professionnelle telle qu'elle existe actuellement, reproduit et entretient les caractéristiques du paradigme pasteurien, trop envahissant » (TantchouY., 2008).

De façon générale, en Europe comme dans les pays africains, les politiques de santé qui ont pris en charge la vie des populations se sont vite imposées comme des « solutions miracles ». La biomédecine a pris le dessus sur les savoirs traditionnels médicaux. Les pratiques médicales des pays africains ont été qualifiées très tôt de collection de recettes empiriques enveloppées d'un discours magique. Sa mise à l'écart dépend des débats idéologiques, scientifiques et d'une revendication identitaire, que d'une comparaison systématique des coûts et avantages (Benoist, 1989). Les possibilités médicales des pays ont été délaissées sur la base d'évaluation médicale des résultats biologiques et cliniques

que de leur capacité à mêler une dimension sociologique à la dimension strictement thérapeutique. Malgré la multiplication et l'expansion des politiques sanitaires dans tous les pays africains, les systèmes de santé de ces derniers, sont toujours confrontés à de nombreux défis et aux pesanteurs socioculturelles relatives à la perception, la prise en charge et à la prévention des maladies (Houngnihin, 2009).

4.2. La trajectoire des politiques internationales après Pasteur

De nos jours, l'expansion des politiques internationales se fait à travers les interventions des experts mandatés par des organismes multilatéraux et bilatéraux par le biais d'outils comme les ateliers, les appuis techniques, les conférences, les séminaires, les formations, etc. Avec des thématiques centrées sur l'élaboration des politiques nationales, la planification des programmes et des projets, la méthodologie de mise en œuvre, les instruments d'interventions et les stratégies de suivi-évaluation, etc. Suivant ces démarches, la « nationalisation » des idées « internationales » sur la santé au Bénin se fait sous l'influence remarquable des organismes donateurs bilatéraux, multilatéraux et les institutions financières. Ils ont en effet un pouvoir de décision sur l'attribution et l'utilisation des ressources sanitaires nationales et de ce fait, ils pèsent souvent sur le choix des priorités dites nationales (Imorou, 2006, p. 55).

On ne peut cependant pas affirmer que les apports des experts sont systématiquement applicables, ni appliqués aux décisions nationales. En revanche, nous reconnaissons qu'ils pèsent de tout leur poids dans les réflexions nationales sur le système de santé. Ils interviennent pour former des référentiels qui pilotent les évaluations et, dans une très moindre mesure, les pratiques. Ces référentiels ne sont pas souvent appropriés aux réalités du terrain. Ils définissent les formats des rapports qui constituent des surplus de travail selon les propos des prestataires de services de santé, nous le verrons plus tard dans l'ethnographie des activités dans les formations sanitaires.

La propagation des politiques est souvent utilisée pour des raisons politiques, institutionnelles, économiques etc. Elle est problématique à l'appropriation, en ce qu'elle est facilitation plus que transfert de technologie. La tendance actuelle prône l'appropriation des politiques par les États, qui sont appelés à être les initiateurs de leur propre développement, en dépit des idéologies dominantes pour penser des politiques responsables, réellement holistiques, endogènes et autocentrées (appropriation dans la Déclaration de Paris).

5. Le «gap» entre le passage de la rhétorique à l'opérationnalisation des politiques

Les politiques de santé en Afrique et en particulier au Bénin sont prises dans le piège d'une pluralité d'espaces (politique, institutionnel, pratiques sociales, économiques, etc.), ce qui rend difficile leur mise en œuvre. Le Bénin et la grande majorité des pays africains se sont retrouvés impuissants dans le cours de la mise en œuvre des politiques dans lesquelles ils sont pourtant impliqués à coups de slogans. Ceci s'explique par le fait que, dès lors, les experts mandatés par les organismes internationaux ne peuvent pas, par le biais de déclarations ou de modèles, définir le cours normal des règles du jeu social, puisque l'individu se définit par ses relations symboliques avec ses pairs (Augé, 1994). Si nous prenons la déclaration comme un modèle au sens de Darbon.

« Le modèle est en soi restrictif du fait même de la nature de sa construction, comment peut-on penser – puisqu'il va être finalement une sorte d'idéal type de résolution d'un problème dans le domaine de développement – qu'il peut être pertinent pour résoudre le même problème dans des sociétés différentes. Sociétés au sein desquelles, il y a de fortes chances que le problème auquel on tente d'apporter une résolution, présente des formes différentes » (Darbon, 2009).

Les politiques internationales sont prises par les pays destinataires comme des modèles et appliquées comme des «ordonnances», ce qui exprime la soumission des États face aux exigences internationales, sans un grand effort de recul.

6. La production des politiques d'intervention des Partenaires Techniques et Financiers au Bénin

L'octroi de ressources aux pays en développement peut prendre plusieurs formes, à savoir l'aide bilatérale, l'aide multilatérale et l'aide privée. Toutes ces formes d'aide sont octroyées aux pays « en voie de développement » pour contribuer à l'atteinte de leurs objectifs de développement. L'aide au développement demeure une source de financement nécessaire pour contribuer à la réalisation des buts et les objectifs du Programme d'Action des gouvernements successifs du Bénin pour l'orientation de ses choix de politique.

La contribution des trois grands groupes de partenaires techniques et financiers au Bénin se répartit comme suit : les bilatéraux à hauteur de 39,6%, les multilatéraux à hauteur de 57,12%, et les organisations non gouvernementales internationales à hauteur de 3,28%. L'aide est répartie dans le pays entre les dons et subventions pour en moyenne 71,83%, et les prêts pour en moyenne 28,17%. Une typologie de l'aide selon cinq grandes formes d'assistance fait état de la distribution qui suit. La Coopération technique a absorbé, en moyenne par an, sur la période 2000 à 2006, 34,13% du volume d'aide reçue par le Bénin et représente donc plus du tiers de l'aide accordée ; les projets d'investissement représentent 40% de l'aide, l'aide budgétaire ou l'aide aux programmes 22,67%, l'aide alimentaire 2,5% et l'assistance et secours d'urgence 0,7% (MPDEPP-CAG, 2011).

Après la signature de la Déclaration de Paris (DP) par le Bénin et dans une dynamique de mise en œuvre de ses principes, depuis 2005, l'aide est progressivement inscrite au budget-programme du pays. Selon les données disponibles, en 2009 les dépenses de l'État ont été financées à 82% par les ressources internes et à 18% par les ressources externes dont 10% pour l'aide par projets, 9% pour l'appui budgétaire (MPDEPP-CAG, 2010).

Dans le secteur de la santé, l'aide se matérialise dans la mise en œuvre des projets et programmes de développement sanitaire, visant l'efficacité des Soins de Santé Primaires et l'atteinte des trois OMD afférentes au domaine de la santé. Entre 2000 et 2006, le secteur de la santé a absorbé 14,1% de l'aide totale octroyée au Bénin. On peut déplorer que la part du budget santé dans le budget général de l'État, malgré son évolution en dents de scie, demeure inférieure à la norme de 10% recommandée par l'OMS. Depuis 2012, la part du budget dévolue au secteur de la santé ne représente, avec 66,7 milliards de FCFA, que 6,6% du budget national (contre 7,4% en 2010), donc très loin de l'engagement des Chefs d'État à Abuja (15%) (CTB, 2012). Par ailleurs, les taux d'exécution du budget de la Santé des dernières années ont été extrêmement bas (48 milliards FCFA décaissés sur 114 prévus en 2009), ce qui a justifié une régression importante dans le budget du secteur, 84 milliards en 2010 et 69 milliards en 2011(CTB, 2012).

Malgré l'avènement de la DP, qui propose une mise en commun de toutes les ressources des PTF intervenant dans le même secteur, le secteur de la santé continue de bénéficier de façon éparse de l'appui des PTF à travers des projets et programmes. Nous allons

nous intéresser dans cette partie de notre travail à un PTF « dominant » dans chacune des zones sanitaires de notre étude, à savoir la Banque Mondiale pour la zone sanitaire de Bohicon et l'Agence Belge de Développement (CTB) pour la zone sanitaire de Comè.

6.1. Les interventions des PTF dans les zones sanitaires de Bohicon et de Comè

Il sera question ici de présenter les interventions de la CTB pour la zone sanitaire de Comè et de la Banque Mondiale pour la zone sanitaire de Bohicon. La CTB étant un partenaire bilatéral et la Banque Mondiale une institution de financement.

Les interventions de la CTB dans la ZS de Comè

Bref historique de l'intervention

La CTB appuie le secteur de la santé au Bénin depuis de nombreuses années via les canaux de la coopération bilatérale directe (Programme Indicatif de Coopération (PIC) 1999-2003, PIC 2004-2007, PIC 2008-2010, PIC 2010-2013) et de la coopération bilatérale indirecte (ONG, APEFE, universités).

Au sein de la coopération bilatérale, une priorité a été donnée, depuis une dizaine d'années, à l'amélioration de la fonctionnalité des zones sanitaires (renforcer l'offre et la qualité des soins). Ceci a été successivement réalisé au travers des projets d'appui aux Zones Sanitaires du Mono (PAZS-Mono, clôturé en 2003) et de Bassila et Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-Bassila et PAZS-KTL, clôturés en 2008). Cet appui a visé également, à côté de l'offre, des activités destinées à améliorer l'accessibilité et à structurer la demande de soins. Ce volet du projet permet de renforcer les aspects de la demande de services de santé dans chacun des deux départements sanitaires de l'intervention, en mettant l'accent sur le développement d'un partenariat pour la santé avec les élus locaux et les acteurs de la société civile. Pour la concrétisation de ce volet de la structuration de la demande contenu dans le PAZS-Comé II, qui avait démarré depuis 2008, c'est quasiment à la fin du projet (juin 2010) qu'une plateforme a été instituée, dotée d'un premier plan d'action (DTF-PARZDS, 2010).

Toutefois, la coopération belge, pour la mise en œuvre du PIC 2008-2010, avait tenu compte des leçons des PIC passés à savoir : projet trop isolé, manque d'ancrage et de relais au niveau institutionnel, manque de cohérence dans l'appui belge au niveau du

secteur de la santé, etc., et avait dès lors inscrit davantage son appui dans la politique sectorielle du Bénin. Pour ce faire, le PIC 2008-2010 a conçu une nouvelle approche d'appui global au système de santé. Cette stratégie dite « du double ancrage » entend appuyer le système de santé pour la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, départemental et zones sanitaires), en vue d'améliorer la cohérence et la logique d'intervention. L'appui bénino-belge dans le secteur santé part d'une vision systémique et travaille à deux niveaux : au niveau stratégique à travers l'Appui institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS) et au niveau opérationnel à travers le Programme d'Appui au Renforcement des Zones sanitaires (PARZS). La mise en œuvre du PIC 2010-2013 a impliqué le niveau départemental dans le jeu, ce qui a conduit au Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires (PARZDS) mis en œuvre dans les départements d'interventions de la CTB sur une durée de trois ans (DTF-PARZDS, 2010).

Les interventions, les instruments de financement et de suivi-évaluation de la CTB

L'appui belge au secteur de la santé a été décliné en trois interventions :

- Un appui institutionnel pour le renforcement des capacités au niveau central et au niveau intermédiaire (départemental) pour un montant de 4.300.000€ ;
- Le renforcement des Zones Sanitaires de Bassila et KTL pour un montant de 10.800.000€ (cet appui a été étendu par la suite à deux nouvelles zones d'intervention à l'occasion de l'identification du projet PARZDS) ;
- Un renforcement du développement de la zone sanitaire de Comè (suite du projet PAZS-Comè) pour un montant de 3.500.000€.

Le Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements sanitaires du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga (PARZDS) cible deux départements sanitaires, le Mono-Couffo et l'Atacora-Donga. Au sein de ces deux départements, un appui est prévu aux DDS, les CHD (CHD à Lokossa, l'Hôpital Natitingou), les cinq zones sanitaires (qui couvrent les communes de Klouékanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo, et Comé-Houeyogbe-Grand Popo-Bopa dans le Mono-Couffo et les communes de Bassila, Djougou-Ouaké-Copargo dans l'Atacora-Donga), les acteurs de la société civile et les élus locaux. Le projet est scindé en trois volets : appui au département sanitaire du Mono-Couffo, appui au département sanitaire de l'Atacora-Donga, un volet séparé pour renforcer les aspects de la demande dans chacun des deux départements en mettant l'accent sur le développement d'un partenariat pour la santé avec les élus locaux et les

acteurs de la société civile. Le Ministère de la Santé représenté à divers niveaux de la pyramide sanitaire participe aux modalités de gestion du projet. Tout projet de la CTB a une durée de vie de trois ans à savoir : six mois de préparation, quarante-huit mois d'intervention et six mois de clôture (DTF-PARZDS, 2010).

La mise en œuvre du projet démarre par une convention signée par l'État Belge et la CTB, ce qui autorise la partie béninoise à ouvrir un compte à la banque centrale ou dans une banque commerciale de la place. Trois formes de gestion sont utilisées, la cogestion (dans ce cas les procédures de l'État béninois sont utilisées), la gestion en régie (les procédures belges sont utilisées), la gestion directe (la zone sanitaire est entièrement responsable de la gestion et les procédures béninoises sont utilisées en délégation des fonds du projet). Dans la mise en œuvre du projet PARZ-Comè II, la CTB a utilisé la gestion en régie à 44% du budget global et la gestion en cofinancement à 54% du budget global (CTB, 2010). Il est reproché aux procédures nationales, leur lourdeur et leur lenteur. Pour les PTF, ces procédures peuvent favoriser des cas de corruption et de retard dans l'exécution des dépenses (Enquête, 2011, ZS Comè).

Les instruments de suivi-évaluation sont constitués du rapportage des activités trimestrielles, du rapportage annuel, du suivi du monitoring, de l'évaluation dès le démarrage du projet, de l'évaluation à mi-parcours et de l'évaluation finale. La mise en œuvre du projet connaît également un suivi scientifique par des institutions universitaires des deux pays, axé sur le changement de comportement et la recherche-action. Des évaluations internes des deux parties constituent des évaluations à mi-parcours pour la cohérence du projet. Une fois par trimestre, des rencontres d'harmonisation et d'appui institutionnel et opérationnel sont initiées entre les PTF et le Ministère de la Santé (Enquête, 2011, ZS de Comè).

Depuis l'année 2012, le PARZDS a instauré une innovation dans son paquet d'intervention, du coup la manière d'aborder les axes du projet a changé. Désormais le projet ne se focalise plus sur les moyens mais plutôt sur les résultats. Au début du projet, les axes étaient abordés par le financement des PTA (élaboration des TDR des activités, financement mis à disposition pour l'exécution des activités). Au cours de l'année 2012, à la demande du Ministère de la Santé d'aller dans le processus de Financement Basé sur les Résultats (FBR), le projet est entré dans un nouveau mode de financement qui n'était pas prévu au début de projet, ceci sans beaucoup de recul et de préparation des acteurs. Au début de l'introduction du FBR, le secteur a enregistré des

moments de malaise et de difficultés par rapport à l'appropriation de la nouvelle orientation du projet. Ces derniers avaient des inquiétudes et étaient déstabilisés dans leur manière de fonctionner. Depuis, cette innovation est adoptée dans la zone sanitaire de Comè et constitue la base du financement des interventions de la CTB (Enquête, 2011, ZS Comè).

6.2. Les interventions de la Banque Mondiale / Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) dans la ZS de Bohicon

Bref historique de l'intervention

Depuis le dernier Programme Santé et Population (PSP) en 2000, la Banque Mondiale a cessé ses interventions dans le secteur de la santé au Bénin. Après des négociations, la Banque Mondiale décide de revenir dans le secteur. Avant ses interventions, un état des lieux a été fait. Cet état des lieux révèle la faiblesse des indicateurs de santé, surtout ceux ayant rapport à la santé de la mère et de l'enfant. Pour trouver des approches de solution aux problèmes identifiés, la Banque Mondiale propose le FBR au Ministère de la Santé comme une approche de financement du système de la santé. En effet, la Banque Mondiale utilisait déjà cette approche dans d'autres pays comme le Rwanda. Une équipe du Ministère a été envoyée au Rwanda en février 2009 pour apprendre de cette expérience. A leur retour, l'expérience rwandaise a été adaptée au contexte béninois et adoptée comme solution pour la performance du système sanitaire (Enquête, 2011, niveau central).

Dans l'esprit de la signature du Compact en novembre 2010, plusieurs partenaires (Banque Mondiale, Fonds Mondial et Gavi) ont décidé d'harmoniser la gestion de leurs ressources d'appui au Renforcement du Système de Santé (RSS) du Bénin. Dès lors, il a été mis sur pied une plateforme RSS rassemblant ces partenaires avec l'appui de l'OMS et la collaboration de la CTB. L'unité de gestion du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) de la Banque Mondiale, qui avait été créée par le Ministère de la Santé, juste avant, a été choisie pour être chargée de l'exécution des volets d'appui au RSS. Ce projet vise à renforcer le système de santé et à contribuer ainsi à l'atteinte des OMD sur la santé maternelle à travers l'achat des résultats. Les objectifs du projet sont :

L'amélioration de la performance des centres de santé à travers le FBR ;

L'appui à l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé (réforme et financement du Fonds Sanitaires des Indigents à travers le financement du RAMU) et ;
Le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (Akpamoli et Lemièrre, 2011).

Ce projet comprend à la fois des primes à la performance, des investissements et de l'assistance technique. La santé maternelle et néonatale étant fortement influencée par la performance du système de santé, les indicateurs relatifs à la santé maternelle et néonatale seront utilisés pour mesurer les résultats finaux du projet. Le projet prévoit de couvrir les zones sanitaires du Bénin à travers un contrat liant les financements aux résultats. Ceux-ci concernent l'augmentation de la production des services de santé mais aussi la qualité des prestations. Ce mécanisme liant incitations financières et résultats devrait accroître fortement la responsabilisation et la motivation des établissements de santé et de leur personnel. Le programme RSS est financé conjointement par le Gouvernement du Bénin, la Banque Mondiale, GAVI et le Fonds Mondial (Akpamoli et Lemièrre, 2011). Afin de couvrir l'ensemble des 34 zones sanitaires du Bénin avec le mécanisme du FBR, celles-ci ont été réparties entre les PTF participant à la plateforme RSS : cinq zones sanitaires pour la CTB ; quatre zones sanitaires pour GAVI ; dix-sept zones sanitaires pour le Fonds Mondial et huit zones sanitaires pour la Banque Mondiale, dont celle de Bohicon. Dès lors, la Banque Mondiale est active dans la ZS de Bohicon dans le cadre de ce projet depuis novembre 2011 (Akpamoli et Lemièrre, 2011).

Les interventions, les instruments de financement et de suivi-évaluation de la Banque Mondiale dans la zone sanitaire de Bohicon

La Banque Mondiale est une institution financière qui appui le MS en général dans la réduction de l'impact du VIH/SIDA sur les PVVIH et OEV, la mobilisation sociale à travers les ONG et les communautés pour le changement de comportements et enfin pour le renforcement des services par la mise en œuvre du Financement Basé sur les résultats (FBR) pour prodiguer des soins de qualité.

Dans la zone sanitaire de Bohicon, la Banque Mondiale accentue son intervention dans le domaine stratégique 4 (DS4) à savoir le financement du secteur de la santé, à travers la composante Financement Basé sur les Résultats (FBR) du projet PRPSS. En effet, les composantes du projet PRPSS sont le paiement aux résultats (18 millions d'USD soit 53% du fonds total alloué au projet), l'amélioration de l'accessibilité financière (13,8

millions d'USD soit 41% du fonds total alloué) et l'assistance technique pour le renforcement institutionnel (2 millions d'USD soit 6% du fonds total alloué), alloués sur une période de trois ans.

Le programme PRPSS est formulé pour poser les bases pour un SWAP (un plan, un budget et un système de suivi-évaluation). Ainsi, le Compact a été élaboré et signé par le MS et les PTF du secteur de la santé, adhérents et la plate forme renforcement du système de santé a été initiée.

La formulation de la composante FBR du programme PRPSS est basée sur une lettre d'entente entre la coordination du projet et la Banque Mondiale. Dans le processus du FBR, le bureau de zone sanitaire contribue à la signature des contrats entre les prestataires et l'unité de coordination du projet. Il participe à l'élaboration des plans semestriels d'action des formations sanitaires et assure l'évaluation de la qualité des données des centres de santé avec le vérificateur constitué du consortium AEDES-SCEN et des organisations à base communautaire. Il participe à la résolution d'éventuels conflits liés à la mise en œuvre du FBR et gère les fonds FBR des formations sanitaires n'ayant pas de comptable (MS, DPP, 2012).

6.3. Quelques éléments de comparaison des interventions des deux partenaires (CTB et la Banque Mondiale)

Les interventions des deux PTF retenues pour notre étude dans les zones sanitaires de Comè et Bohicon montrent la spécificité et la convergence des axes de ces derniers vers la mise en œuvre des axes stratégiques du PNDS.

Le tableau qui suit montre quelques éléments de comparaison liés à chaque projet par rapport à l'objectif du PNDS.

Les interventions de la CTB dans la ZS de Comè

Bref historique de l'intervention

La CTB appuie le secteur de la santé au Bénin depuis de nombreuses années via les canaux de la coopération bilatérale directe (Programme Indicatif de Coopération (PIC) 1999-2003, PIC 2004-2007, PIC 2008-2010, PIC 2010-2013) et de la coopération bilatérale indirecte (ONG, APEFE, universités).

Au sein de la coopération bilatérale, une priorité a été donnée, depuis une dizaine d'années, à l'amélioration de la fonctionnalité des zones sanitaires (renforcer l'offre et

la qualité des soins). Ceci a été successivement réalisé au travers des projets d'appui aux Zones Sanitaires du Mono (PAZS-Mono, clôturé en 2003) et de Bassila et Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-Bassila et PAZS-KTL, clôturés en 2008). Cet appui a visé également, à côté de l'offre, des activités destinées à améliorer l'accessibilité et à structurer la demande de soins. Ce volet du projet permet de renforcer les aspects de la demande de services de santé dans chacun des deux départements sanitaires de l'intervention, en mettant l'accent sur le développement d'un partenariat pour la santé avec les élus locaux et les acteurs de la société civile. Pour la concrétisation de ce volet de la structuration de la demande contenu dans le PAZS-Comé II, qui avait démarré depuis 2008, c'est quasiment à la fin du projet (juin 2010) qu'une plateforme a été instituée, dotée d'un premier plan d'action (DTF-PARZDS, 2010).

Toutefois, la coopération belge, pour la mise en œuvre du PIC 2008-2010, avait tenu compte des leçons des PIC passés à savoir : projet trop isolé, manque d'ancrage et de relais au niveau institutionnel, manque de cohérence dans l'appui belge au niveau du secteur de la santé, etc., et avait dès lors inscrit davantage son appui dans la politique sectorielle du Bénin. Pour ce faire, le PIC 2008-2010 a conçu une nouvelle approche d'appui global au système de santé. Cette stratégie dite « du double ancrage » entend appuyer le système de santé pour la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, départemental et zones sanitaires), en vue d'améliorer la cohérence et la logique d'intervention. L'appui bénino-belge dans le secteur santé part d'une vision systémique et travaille à deux niveaux : au niveau stratégique à travers l'Appui institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS) et au niveau opérationnel à travers le Programme d'Appui au Renforcement des Zones sanitaires (PARZS). La mise en œuvre du PIC 2010-2013 a impliqué le niveau départemental dans le jeu, ce qui a conduit au Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires (PARZDS) mis en œuvre dans les départements d'interventions de la CTB sur une durée de trois ans (DTF-PARZDS, 2010).

Les interventions, les instruments de financement et de suivi-évaluation de la CTB

L'appui belge au secteur de la santé a été décliné en trois interventions :

- Un appui institutionnel pour le renforcement des capacités au niveau central et au niveau intermédiaire (départemental) pour un montant de 4.300.000€ ;

- Le renforcement des Zones Sanitaires de Bassila et KTL pour un montant de 10.800.000€ (cet appui a été étendu par la suite à deux nouvelles zones d'intervention à l'occasion de l'identification du projet PARZDS) ;
- Un renforcement du développement de la zone sanitaire de Comè (suite du projet PAZS-Comè) pour un montant de 3.500.000€.

Le Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements sanitaires du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga (PARZDS) cible deux départements sanitaires, le Mono-Couffo et l'Atacora-Donga. Au sein de ces deux départements, un appui est prévu aux DDS, les CHD (CHD à Lokossa, l'Hôpital Natitingou), les cinq zones sanitaires (qui couvrent les communes de Klouékanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo, et Comé-Houeyogbe-Grand Popo-Bopa dans le Mono-Couffo et les communes de Bassila, Djougou-Ouaké-Copargo dans l'Atacora-Donga), les acteurs de la société civile et les élus locaux. Le projet est scindé en trois volets : appui au département sanitaire du Mono-Couffo, appui au département sanitaire de l'Atacora-Donga, un volet séparé pour renforcer les aspects de la demande dans chacun des deux départements en mettant l'accent sur le développement d'un partenariat pour la santé avec les élus locaux et les acteurs de la société civile. Le Ministère de la Santé représenté à divers niveaux de la pyramide sanitaire participe aux modalités de gestion du projet. Tout projet de la CTB a une durée de vie de trois ans à savoir : six mois de préparation, quarante-huit mois d'intervention et six mois de clôture (DTF-PARZDS, 2010).

La mise en œuvre du projet démarre par une convention signée par l'État Belge et la CTB, ce qui autorise la partie béninoise à ouvrir un compte à la banque centrale ou dans une banque commerciale de la place. Trois formes de gestion sont utilisées, la cogestion (dans ce cas les procédures de l'État béninois sont utilisées), la gestion en régie (les procédures belges sont utilisées), la gestion directe (la zone sanitaire est entièrement responsable de la gestion et les procédures béninoises sont utilisées en délégation des fonds du projet). Dans la mise en œuvre du projet PARZ-Comè II, la CTB a utilisé la gestion en régie à 44% du budget global et la gestion en cofinancement à 54% du budget global (CTB, 2010). Il est reproché aux procédures nationales, leur lourdeur et leur lenteur. Pour les PTF, ces procédures peuvent favoriser des cas de corruption et de retard dans l'exécution des dépenses (Enquête, 2011, ZS Comè).

Les instruments de suivi-évaluation sont constitués du rapportage des activités trimestrielles, du rapportage annuel, du suivi du monitoring, de l'évaluation dès le démarrage du projet, de l'évaluation à mi-parcours et de l'évaluation finale. La mise en

œuvre du projet connaît également un suivi scientifique par des institutions universitaires des deux pays, axé sur le changement de comportement et la recherche-action. Des évaluations internes des deux parties constituent des évaluations à mi-parcours pour la cohérence du projet. Une fois par trimestre, des rencontres d'harmonisation et d'appui institutionnel et opérationnel sont initiées entre les PTF et le Ministère de la Santé (Enquête, 2011, ZS de Comè).

Depuis l'année 2012, le PARZDS a instauré une innovation dans son paquet d'intervention, du coup la manière d'aborder les axes du projet a changé. Désormais le projet ne se focalise plus sur les moyens mais plutôt sur les résultats. Au début du projet, les axes étaient abordés par le financement des PTA (élaboration des TDR des activités, financement mis à disposition pour l'exécution des activités). Au cours de l'année 2012, à la demande du Ministère de la Santé d'aller dans le processus de Financement Basé sur les Résultats (FBR), le projet est entré dans un nouveau mode de financement qui n'était pas prévu au début de projet, ceci sans beaucoup de recul et de préparation des acteurs. Au début de l'introduction du FBR, le secteur a enregistré des moments de malaise et de difficultés par rapport à l'appropriation de la nouvelle orientation du projet. Ces derniers avaient des inquiétudes et étaient déstabilisés dans leur manière de fonctionner. Depuis, cette innovation est adoptée dans la zone sanitaire de Comè et constitue la base du financement des interventions de la CTB (Enquête, 2011, ZS Comè).

6.2. Les interventions de la Banque Mondiale / Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) dans la ZS de Bohicon

Bref historique de l'intervention

Depuis le dernier Programme Santé et Population (PSP) en 2000, la Banque Mondiale a cessé ses interventions dans le secteur de la santé au Bénin. Après des négociations, la Banque Mondiale décide de revenir dans le secteur. Avant ses interventions, un état des lieux a été fait. Cet état des lieux révèle la faiblesse des indicateurs de santé, surtout ceux ayant rapport à la santé de la mère et de l'enfant. Pour trouver des approches de solution aux problèmes identifiés, la Banque Mondiale propose le FBR au Ministère de la Santé comme une approche de financement du système de la santé. En effet, la Banque Mondiale utilisait déjà cette approche dans d'autres pays comme le Rwanda.

Une équipe du Ministère a été envoyée au Rwanda en février 2009 pour apprendre de cette expérience. A leur retour, l'expérience rwandaise a été adaptée au contexte béninois et adoptée comme solution pour la performance du système sanitaire (Enquête, 2011, niveau central).

Dans l'esprit de la signature du Compact en novembre 2010, plusieurs partenaires (Banque Mondiale, Fonds Mondial et Gavi) ont décidé d'harmoniser la gestion de leurs ressources d'appui au Renforcement du Système de Santé (RSS) du Bénin. Dès lors, il a été mis sur pied une plateforme RSS rassemblant ces partenaires avec l'appui de l'OMS et la collaboration de la CTB. L'unité de gestion du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) de la Banque Mondiale, qui avait été créée par le Ministère de la Santé, juste avant, a été choisie pour être chargée de l'exécution des volets d'appui au RSS. Ce projet vise à renforcer le système de santé et à contribuer ainsi à l'atteinte des OMD sur la santé maternelle à travers l'achat des résultats. Les objectifs du projet sont :

L'amélioration de la performance des centres de santé à travers le FBR ;

L'appui à l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé (réforme et financement du Fonds Sanitaires des Indigents à travers le financement du RAMU) et ;

Le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (Akpanoli et Lemièrè, 2011).

Ce projet comprend à la fois des primes à la performance, des investissements et de l'assistance technique. La santé maternelle et néonatale étant fortement influencée par la performance du système de santé, les indicateurs relatifs à la santé maternelle et néonatale seront utilisés pour mesurer les résultats finaux du projet. Le projet prévoit de couvrir les zones sanitaires du Bénin à travers un contrat liant les financements aux résultats. Ceux-ci concernent l'augmentation de la production des services de santé mais aussi la qualité des prestations. Ce mécanisme liant incitations financières et résultats devrait accroître fortement la responsabilisation et la motivation des établissements de santé et de leur personnel. Le programme RSS est financé conjointement par le Gouvernement du Bénin, la Banque Mondiale, GAVI et le Fonds Mondial (Akpanoli et Lemièrè, 2011). Afin de couvrir l'ensemble des 34 zones sanitaires du Bénin avec le mécanisme du FBR, celles-ci ont été réparties entre les PTF participant à la plateforme RSS : cinq zones sanitaires pour la CTB ; quatre zones sanitaires pour GAVI ; dix-sept zones sanitaires pour le Fonds Mondial et huit zones sanitaires pour la Banque

Mondiale, dont celle de Bohicon. Dès lors, la Banque Mondiale est active dans la ZS de Bohicon dans le cadre de ce projet depuis novembre 2011 (Akpamoli et Lemièrre, 2011).

Les interventions, les instruments de financement et de suivi-évaluation de la Banque Mondiale dans la zone sanitaire de Bohicon

La Banque Mondiale est une institution financière qui appui le MS en général dans la réduction de l'impact du VIH/SIDA sur les PVVIH et OEV, la mobilisation sociale à travers les ONG et les communautés pour le changement de comportements et enfin pour le renforcement des services par la mise en œuvre du Financement Basé sur les résultats (FBR) pour prodiguer des soins de qualité.

Dans la zone sanitaire de Bohicon, la Banque Mondiale accentue son intervention dans le domaine stratégique 4 (DS4) à savoir le financement du secteur de la santé, à travers la composante Financement Basé sur les Résultats (FBR) du projet PRPSS. En effet, les composantes du projet PRPSS sont le paiement aux résultats (18 millions d'USD soit 53% du fonds total alloué au projet), l'amélioration de l'accessibilité financière (13,8 millions d'USD soit 41% du fonds total alloué) et l'assistance technique pour le renforcement institutionnel (2 millions d'USD soit 6% du fonds total alloué), alloués sur une période de trois ans.

Le programme PRPSS est formulé pour poser les bases pour un SWAP (un plan, un budget et un système de suivi-évaluation). Ainsi, le Compact a été élaboré et signé par le MS et les PTF du secteur de la santé, adhérents et la plate forme renforcement du système de santé a été initiée.

La formulation de la composante FBR du programme PRPSS est basée sur une lettre d'entente entre la coordination du projet et la Banque Mondiale. Dans le processus du FBR, le bureau de zone sanitaire contribue à la signature des contrats entre les prestataires et l'unité de coordination du projet. Il participe à l'élaboration des plans semestriels d'action des formations sanitaires et assure l'évaluation de la qualité des données des centres de santé avec le vérificateur constitué du consortium AEDES-SCEN et des organisations à base communautaire. Il participe à la résolution d'éventuels conflits liés à la mise en œuvre du FBR et gère les fonds FBR des formations sanitaires n'ayant pas de comptable (MS, DPP, 2012).

TABLEAU XVIII : Récapitulatif de quelques éléments liés aux projets mis en œuvre

	PNDS	CTB	Banque Mondiale
Objectif	Améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes	Améliorer l'accessibilité de la population – et plus particulièrement des groupes les plus pauvres – à des soins de santé de qualité	Améliorer la performance du système de santé par le Financement Basé sur les Résultats (FBR) en vue d'offrir des soins de qualité aux populations, surtout les plus démunies
Nombres de zones sanitaires	34 Zones Sanitaires	5 Zones Sanitaires	8 Zones Sanitaires
Coût et durée de l'intervention	2.850.889 milliards de FCFA sur 10 ans (PNDS 2009-2018)	14 300 000 EUR sur trois ans	33,8 millions d'USD sur trois ans

Source : Sossouhounto, 2012

Le tableau XVIII montre que les artéfacts des objectifs des deux projets se rapprochent de l'objectif du PNDS. La Banque Mondiale couvre 8 zones sanitaires alors que la CTB ne couvre que 5 zones sanitaires. La durée de vie des projets est de trois ans dans les deux cas mais les coûts des interventions varient. Les trois objectifs sont très englobant et très généralistes, et leur pérennité posera problème après le terme des projets quand les PTF vont décider de se retirer du système.

7. Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) comme une approche adoptée pour améliorer la qualité de l'offre de soins de santé au Bénin

Le secteur de la santé béninois se situe aujourd'hui à un moment où le Financement Basé sur les Résultats est en phase d'être passé à l'échelle nationale. Toutefois, l'expérience du FBR est encore problématique dans le pays, et il existe à ce jour deux modèles de mise en œuvre de cette initiative. Il s'agit du modèle de la CTB expérimenté dans cinq zones sanitaires et du modèle de la Banque Mondiale expérimenté dans huit zones sanitaires. Le modèle de la Banque mondiale va vraisemblablement être adapté pour constituer le modèle national permettant de lier le financement aux résultats (Enquête, 2013).

7.1. Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) en question

Au niveau des systèmes sanitaires africains en général et du système sanitaire béninois en particulier, on observe de sérieux dysfonctionnements, ceci malgré les nombreuses réformes et stratégies initiées dans le passé. Le paiement à la performance ou le FBR a été avancé comme solution pour améliorer la performance de ces systèmes (Meessen et al, 2011).

7.1.1. Clarification conceptuelle

Le FBR est une stratégie qui crée une incitation à la performance. Il a déjà fait ses preuves dans plusieurs autres pays d'Afrique. L'exemple le plus cité est l'expérience du Rwanda. De quoi s'agit-il exactement ?

Le FBR est une approche contractuelle liant les motivations et les sanctions à l'amélioration de la productivité et de la qualité de services sur base de résultats attendus négociés. Le principe de base est que « l'agent suit le patient » : si les établissements de santé attirent davantage de patients et fournissent des services de qualité, ils recevront davantage de subventions et de primes sur une base programmée (mensuelle, trimestrielle, ou biannuelle) (CTB Bénin / KIT).

« Le Performance Based Financing (PBF) ou le Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le secteur de la santé a gagné du terrain ces dernières années. Le PBF a fait ses débuts au Cambodge en 1999 et l'approche a évolué dans plusieurs pays d'Afrique, notamment au Rwanda, au Congo et au Burundi. Il y a beaucoup d'acteurs impliqués dans la discussion internationale sur le PBF. Ces acteurs se retrouvent de plus en plus pour comprendre l'approche, les acquis et les défis qu'elle soulève. Le PBF s'impose de plus en plus dans les agendas internationaux et nationaux et différentes parties sont en train de développer l'approche et de la mettre en œuvre dans divers pays » (Sekaganda et al., 2010).

Le FBR repose sur un contrat liant les financements aux résultats pour répondre aux problèmes potentiels qui se posent au financement du secteur de la santé et des ressources humaines. C'est une initiative qui cherche à créer l'émulation entre les équipes de travail et un dynamisme de groupe vers un seul et unique but, qui est l'amélioration de la qualité des prestations de soins de santé au niveau de toutes les formations sanitaires du pays. Comme dans le secteur de santé béninois, le système de

prime reste peu lié à la performance, le FBR a été initié pour amener les personnels de santé dans des mécanismes de redevabilité envers le système sanitaire et surtout envers la population bénéficiaire des prestations. Ces éléments constitutifs permettront de rentrer dans un processus visant à parvenir à une approche FBR appropriée au contexte national.

7.1.2. Les deux approches de FBR en expérimentation dans les zones sanitaires de Comè et de Bohicon

Les deux approches de FBR dans le secteur de la santé divergent dans leur modèle institutionnel, leur conceptualisation, leur mise en œuvre et au niveau des acteurs impliqués dans le processus.

Brève présentation du modèle FBR expérimenté par la CTB dans la ZS de Comè.

Rappel de la première expérimentation de FBR par la CTB au Bénin

L'approche du financement basé sur les résultats a été expérimentée pour la première fois dans la ZS de Comè par le biais du projet PAZS COME II. Ce projet a travaillé sur trois volets à savoir : l'offre et la demande de soins de santé, l'amélioration du plateau technique des centres de santé et la capitalisation de l'expérience du projet. L'approche était appelée « Prime à la Performance » (PP) et a été expérimentée dans le volet « Offre et demande de soin de santé » du projet. Celui-ci comportait un appui à la structuration de la demande de soins matérialisé par une Plateforme Société Civile et Santé (PSCS). La mise en œuvre de cette approche était basée sur l'évaluation des activités des agents de santé sous la responsabilité de la PSCS. Cette évaluation a été effectuée à partir d'une grille basée sur les indicateurs de performance, proposée par les prestataires et les Comités de Gestion de Centre de Santé (COGECS) et validée par la PSCS. Le tableau ci-après indique les domaines pris en compte et les indicateurs retenus.

TABLEAU XIX : Grille d'évaluation FBR par le projet PAZS COME II

Domaines	Indicateurs
Accueil	Taux de satisfaction des clients
	Respect de la confidentialité
	Pertinence des références
Vaccination	Couverture effective en vaccination infantile
	Taux d'exécution des stratégies avancées
	Taux de maintien de la chaîne de froid selon les normes
	Taux d'abandon
Soins curatifs	Taux de couverture effective en soins curatifs
	Coût moyen par ordonnance
	Bonne tenue du registre B1
CPoN	Taux d'utilisation de la CPoN
CPN	Couverture effective en CPN
	Taux de couverture en TPI 2
Consultation enfants sains	Taux de couverture effective en CES
Analyse biomédicale	Disponibilité de l'agent technique
	Disponibilité de réactifs
	Fiabilité des résultats (contrôle de qualité)
	Délai d'attente pour obtenir les résultats d'examens
Propreté du centre	État de propreté des locaux, de la cours et des alentours
	Taux du respect des programmes d'entretien du centre
Hygiène et Assainissement	Niveau de gestion des DBM
	Taux de réalisation des activités programmées
	État de fonctionnement des incinérateurs
Planification familiale	Couverture effective en PF
	Taux d'utilisation du service
	Disponibilité en produit PF
Accouchement	Remplissage des fiches de naissance
	Couverture effective en accouchement assisté
Gestion des médicaments	Disponibilité des médicaments
	Taux de perte de stock
	Remplissage du REMECAR
Gestion financière	Niveau de recouvrement des coûts
	Respect du budget programme
	Régularité des versements
	Marge bénéficiaire
Sensibilisations/IECC	Taux de réalisation des séances prévues
Paludisme	Couverture en MILD chez les femmes enceintes
	Couverture effective en prise en charge correcte du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans
	PEC Correcte du Paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans
Tuberculose	Nombre de crachats transportés
	Régularité des contrôles
	taux de détection
VIH/SIDA	Disponibilité de test rapide
	Nombre de personne dépisté
	Nombre de femmes enceintes ayant accepté le dépistage

	volontaire
Collaboration/présence au poste	Taux de présence au poste
	Ponctualité
	Réunions
Prise en charge des indigents	Taux de prise en charges des indigents (taux de consommation de crédit)
	Bonne tenue des outils
Statistiques	Mise à jour du tableau de bord
	Promptitude et complétude des rapports

Source : CTB, 2012

Ce tableau montre que l'évaluation était basée sur les résultats traditionnels des monitorings. La première prime d'incitation à la performance a été payée en décembre 2009, mais la majorité de la population a été indignée par le paiement de cette prime. Alors, il a été initié une enquête de satisfaction au niveau de la population avec l'aide de socio-anthropologues pour la collecte des informations, afin d'évaluer la qualité des prestations. Les résultats des enquêtes n'ont pas permis de payer une seconde prime de performance à toutes les formations sanitaires dans le premier trimestre de l'année 2010 (CTB, 2010).

Le modèle actuellement mis en œuvre dans la zone sanitaire de Comè

Depuis l'année 2012, le projet PARZDS qui fait suite au PAZS-COME II, en cours de mise en œuvre dans la ZS de Comè, est rentré à nouveau dans le processus du FBR pour se conformer à la politique du Ministère de la Santé. Inspiré de son expérience passée, le nouveau modèle FBR de la CTB a évolué. Sur le plan structurel, et contrairement au modèle mis en œuvre par la Banque mondiale, la CTB a jugé bon d'utiliser les structures du Ministère de Santé existant au niveau départemental (Direction départementale de la santé (DDS)) et au niveau local (EEZS) pour la mise en œuvre du projet, tout en renforçant leurs capacités fonctionnelles. Ce modèle est orienté vers l'amélioration du fonctionnement des services et la motivation du personnel de santé. En outre, la CTB utilise deux manières pour apprécier la qualité des soins (QS) : d'une part, les conditions d'offre de la QS selon les standards et d'autre part, la bonne perception de la qualité des services offerts en termes de résultat par les professionnels et les patients (CTB Bénin, livret partie FBR, KIT).

Dès lors, l'évaluation des centres de santé se base désormais principalement sur deux catégories d'activités que sont les activités curatives et les activités de santé maternelle et infantile. L'évaluation des activités dans les formations sanitaires se base sur des

indicateurs quantitatifs et qualitatifs. L'évaluation est mensuelle (pour les indicateurs quantitatifs) et trimestrielle (pour les indicateurs qualitatifs). Elle comporte également une composante communautaire basée sur la satisfaction de la population dans une perspective de contre-vérification.

L'évaluation quantitative

Dix indicateurs quantitatifs ont été retenus pour l'évaluation quantitative, à savoir :

Nouvelle consultation curative : nombre de personnes reçues en consultation curative pour un nouvel épisode de maladie ;

Cas référés et arrivés à l'hôpital de zone ;

- Nombre des cas de TBC dépistés BK ;
- Nombre de cas TBC traités et guéris ;
- Nombre de femmes ayant accouché au CS avec l'assistance d'un personnel qualifié ;
- Nombre des accouchements référés en urgence du SONUB vers le SONUC (référence arrivée effectivement à l'hôpital de zone) ;
- Nombre de femmes enceintes qui sont complètement vaccinés pour le VAT2 et + ;
- Femmes enceintes qui ont reçu au cours de la grossesse une deuxième dose de Sulfadoxine-Triméthoprim (Fansidar) ;
- Nombre des femmes utilisant les méthodes contraceptives modernes à la fin du mois (pilules, injection, implants) ;
- Nombre d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés.

L'évaluation quantitative se déroule à travers le décompte mensuel des prestations réalisées par la formation sanitaire. Le responsable de la formation sanitaire fait le décompte des indicateurs, du nombre d'actes de soins réalisés. Dans la ZS de Comè, les rapports de décompte sont regroupés dans les CSC, après ils sont envoyés au bureau de zone. C'est trimestriellement que l'équipe commise par la DDS et composée de certains prestataires identifiés sur la base des mérites (connaissance du plateau technique, supervision, monitoring) vient juger de la cohérence des déclarations des acteurs et de la conformité des registres remplis. Ceci ne se fait pas toujours en collaboration avec les prestataires. La grande majorité (plus de 90%) des prestataires interrogés nous ont confié que les évaluateurs prennent les documents, font le dépouillement seuls et s'en

vont sans un feedback. Il n'y a pas une collaboration entre les évaluateurs et les prestataires sur la validation des résultats (Entretien, 2013, ZS Comè).

L'évaluation qualitative

A la suite de l'évaluation quantitative, les centres de santé sont aussi soumis à une évaluation qualitative, qui se base sur la qualité objective des procédures de soins d'une part, et d'autre part sur la qualité subjective mesurée par la perception du client. Elle est basée sur une check-list administrée aux centres de santé selon des rubriques contenant les indicateurs suivants :

- 20 indicateurs pour l'organisation générale ;
- 16 indicateurs pour la prise en charge de la consultation curative externe ;
- 8 indicateurs pour la prise en charge de la tuberculose ;
- 14 indicateurs pour la prise en charge de l'accouchement SONUB ;
- 6 indicateurs pour la prise en charge des accouchements référés ;
- 10 indicateurs pour la prise en charge des CPN ;
- 11 indicateurs pour la prise en charge du planning familial ;
- 7 indicateurs pour la vaccination des enfants de 0 à 11 mois.

Ceci fait un total de 92 indicateurs de qualité pour les centres de santé. Les hôpitaux de zone quant à eux sont évalués selon une grille contenant 110 indicateurs de qualité et l'équipe d'encadrement de zone, 49 indicateurs de qualité (voir les grilles d'évaluation disponibles).

La CTB ajoute à ses indicateurs de qualité, l'accessibilité financière aux soins notamment pour les indigents. L'évaluation s'effectue par le remplissage de la check-list qui permet de calculer l'index de qualité de la formation sanitaire pour chaque trimestre. L'équipe d'évaluateurs, qui descend sur le terrain chaque trimestre, se compose du DDS, un membre de la DDS, l'assistant technique PARZDS avec la participation des pairs. L'EEZS est évalué par une équipe départementale de l'Atacora-Donga (tous bénéficiant du financement CTB) et vice versa avec l'appui du médecin-conseil.⁶ Enfin, pour mesurer la satisfaction des patients, dix dossiers de patients sont tirés au hasard au niveau des CS et cent au niveau de l'HZ pour une enquête de satisfaction au niveau de la communauté. Cette enquête est confiée aux facilitateurs

⁶Le médecin-conseil est recruté par la plateforme Société Civile et Santé pour accompagner les indigents à bénéficier des soins de santé de qualité.

communautaires de la Plateforme Société Civile et Santé (PSCS) et les chefs des Centres de Promotion Sociale (CPS).

Brève présentation du modèle FBR expérimenté par la Banque Mondiale dans la zone sanitaire de Bohicon

La BM a initié la réflexion sur le FBR en 2008, en commençant par organiser plusieurs ateliers de formation à destination des cadres du MS et d'autres parties prenantes, ainsi qu'un voyage d'étude avec des représentants du MS au Rwanda. A côté d'un appui à la demande et d'un appui institutionnel, le FBR est une composante majeure du PRPSS, financée à hauteur de 18 millions USD sur 3 ans, dont 11 provenant du *Multi-Donor Trust Fund for Health Results Innovation*, et répartis comme suit : 12 millions USD pour la sous-composante relative au financement des primes de performance, contre 6 millions USD pour l'appui à la mise en œuvre du FBR et la supervision. Cette deuxième sous-composante est elle-même répartie comme suit : 4 millions USD pour l'appui fourni par une firme internationale au développement des capacités et à la supervision ; 0,8 million USD pour des programmes de formation à l'endroit des professionnels et gestionnaires de santé ; 0,2 million USD pour la communication et le partage des bonnes pratiques ; et 1 million USD pour le recrutement de médecins spécialistes dans certains districts. Son modèle est centré sur la qualité et l'utilisation (équité) des services de soins, en particulier en matière de santé maternelle et infantile. Le projet initial prévoyait de suivre 16 indicateurs quantitatifs pour les centres de santé et 7 indicateurs qualitatifs (World Bank, 2010), mais le projet est dynamique et plusieurs ajustements ont été opérés, tant et si bien qu'il comporte désormais 16 indicateurs quantitatifs pour les CS et 18 pour les hôpitaux de zone.

TABLEAU XX : Indicateurs quantitatifs subventionnés par le FBR (pour les centres de santé primaire)

Indicateur / Service PMA	Définition
Services de santé Maternelle	
1. Consultation prénatale quatrième visite standard	Nombre de femmes ayant consulté pour une quatrième visite prénatale (avec CPN1 au cours du 1er trimestre)
2. Consultation prénatale quatrième visite standard femme indigente (prime additionnelle)	Nombre de femmes identifiées comme pauvres ayant consulté pour une quatrième visite prénatale (avec CPN1 au cours du 1er trimestre)
3. Accouchement eutocique assisté	Nombres de femmes qui ont accouché avec l'aide de personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmière)
4. Accouchement eutocique assisté femme indigente (prime additionnelle)	Nombres de femmes identifiées comme pauvres qui ont accouché avec l'aide de personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmière)
5. Consultation postnatale	Nombre de femmes qui ont eu un examen postnatal dans les 8 semaines suivant l'accouchement par du personnel qualifié
6. Planification Familiale : Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes à la fin du mois	Nombre de femmes utilisant des moyens de contraception modernes à la fin du mois
7. Femmes enceintes VAT complètement vaccinées (VAT 2-5)	Nombre de femmes enceintes qui sont complètement vaccinées pour VAT
8. Deuxième prise de Sulfadoxine	Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au cours de leur grossesse une deuxième dose de Sulfadoxine dans les délais
9. Accouchement : référence d'urgence pour accouchement	Nombre de femmes avec une complication obstétricale qui ont été référées du SONUB au SONUC
Autres services de santé	
10. Nouvelle Consultation Curative	Nombre de consultations curatives pratiquées
11. Enfants complètement vaccinés	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant été vaccinés pour le BCG, polio, DTC3 et rougeole.
12. Suivi de la croissance : enfants de 11 à 59 mois consultés	Nombre de consultations pendant lesquelles le suivi de la croissance d'un enfant entre 11 et 59 mois a été effectué.
13. Dépistage des cas TBC positifs	Nombre de cas de tuberculose identifiés
14. Nombre de cas TBC traités et guéris	Nombre de cas de tuberculose traités et guéris
15. Distribution des MII (femme enceinte)	Nombre de moustiquaires imprégnées distribuées aux femmes enceintes
16. Référence et patient arrivé à l'hôpital	Nombre de patients référés adéquatement de la FS à l'établissement de référence

Source : Revue conjointe de performance, mai 2013, Présentée par : Alphonse Akpamoli, CN/PRSS

En ce qui concerne les indicateurs de qualité, une check-list d'indicateurs qualitatifs est administrée aux centres de santé, aux hôpitaux de zone et à l'EEZS. Les indicateurs qualitatifs sont au nombre de 125 pour le Paquet Minimum d'Activités (PMA), de 112 pour le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et de 10 pour l'EEZS.

TABLEAU XXI : Gamme d'activités évaluées dans les CS du point de vue de la qualité

Activités évaluées	Nombre d'indicateurs composites
Activités générales	9
Suivi évaluation/SIS	8
Hygiène, Environnement et Stérilisation	11
Consultation externe et Hospitalisation	14
Maternité	5
Consultation Prénatale	14
Planning familial	10
Vaccination et suivi des nourrissons	10
Lutte contre le VIH/SIDA	11
Tuberculose et Lèpre	4
Laboratoire	6
Petite chirurgie	5
Gestion des Médicaments	8
Gestion financière	10
Total	125

Source : Revue conjointe de performance, mai 2013, Présentée par : Alphonse Akpamoli, CN/PRPSS

La mesure et la vérification des résultats, de même que le paiement des primes, sont effectués sur base trimestrielle. Un bureau d'études international indépendant a été embauché pour assurer un appui au renforcement des capacités de même que le contrôle des résultats, qui fournit des assistants techniques au niveau central ainsi que huit « contrôleurs de zone ». Le modèle de la BM n'est pas basé sur les institutions étatiques existantes, mais sur l'UCP/AT. Il comporte également une composante communautaire pour le monitoring et un mécanisme de contre-vérification de la qualité. La formation des organisations à base communautaire est réalisée en octobre 2013 et leur travail devrait commencer par la suite. Les mécanismes de contrôle et de vérification sont décrits dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU XXII : Mécanismes de contrôle et de vérification du modèle de FBR du PRPSS

	Mesure		Contrôle	
	Quand ?	Par qui ?	Quand ?	Par qui ?
Indicateurs quantitatifs (18)	Mensuellement	Equipes des formations sanitaires	Mensuellement	Contrôle de cohérence : EEZS et « contrôleurs de zone »
			Trimestriellement	Contre-vérification : organisations à base communautaire
Indicateurs qualitatifs (check-lists)	Trimestriellement	Pour les CS : EEZS et « contrôleurs de zone » Pour les hôpitaux : revue par les pairs et « contrôleurs de zone »	Semestriellement (échantillon aléatoire et enquête surprise)	Contre-vérification ; organisations à base communautaire et « contrôleurs de zone »

Source : Akpamoli et Lemièrre (2011)

Dans une dynamique de recherche-action (essai contrôlé randomisé), différents groupes ont été constitués, qui reçoivent différents paquets d'incitants alloués aux structures : certaines reçoivent l'autonomie de gestion tandis que d'autres non ; certaines reçoivent un financement additionnel conditionné sur les résultats, d'autres non conditionnel. Dans les 8 ZS, l'allocation entre les différents groupes a été aléatoire. En outre, un dernier groupe de contrôle ne reçoit pas de financement additionnel et n'a pas l'autonomie de gestion. Dès lors, le PRPSS doit permettre de comparer l'efficacité du modèle de base appliqué au groupe de traitement, à d'autres modèles ne comprenant pas tous les éléments du FBR, de sorte à pouvoir en isoler les effets. Une *baselinestudy* a été réalisée au lancement du projet, et une évaluation de suivi est prévue pour 2014.

Dans la suite, les pratiques des acteurs à travers leur quotidien sur le terrain seront présentées. Ce qui permettra de faire une lecture du fonctionnement des formations sanitaires en lien avec les interventions des PTF. Cette dynamique traduit la réalité même de la matérialisation des politiques au niveau des formations sanitaires.

Chapitre IV : Déroulement des activités au quotidien dans les formations sanitaires

Cette partie présente le compte rendu des activités quotidiennes des acteurs au niveau des centres de santé et de l'hôpital de zone (première référence du système sanitaire). Ici les activités quotidiennes dans les Centres de Santé de Commune (CSC) appelés à fournir le paquet minimal d'activités (PMA), se ressemblent au niveau des deux zones sanitaires. De ces activités découlent des pratiques qui renseignent sur le fonctionnement au quotidien des services de santé. Dans la suite, le cas du CSC de Bohicon sera décrit en particulier comme illustratif de l'ensemble des observations faites. Ce cas a été choisi parce qu'il est représentatif de tout ce qui se passe au niveau des trois autres CSC : Zogbodomey, Grand-Popo et Bopa. L'ambiance de la réalité quotidienne des interactions entre les acteurs au niveau du CSC de Bohicon est en grande partie la même ambiance au niveau des autres centres de santé. Aussi allons-nous mettre en annexe un dossier sur le CSC de Bopa (zone sanitaire de Comè) (voir annexe 2), le CSC de Bohicon étant dans la zone sanitaire de Bohicon. Ceci permettra d'informer sur un autre cas dans un autre contexte, afin de vérifier et d'établir la convergence des données recueillies. L'hôpital de zone de Comè, le seul traité dans cette étude, est d'office pris en compte.

Cette partie descriptive représente la base empirique de nos analyses. Comme dit dès le début, le quotidien des acteurs au niveau des formations sanitaires représente le cadre explicatif de toutes les interactions à l'œuvre dans les zones sanitaires.

1. Fonctionnement au quotidien des formations sanitaires

1.1. Le centre de santé de Bohicon dans la délivrance quotidienne des soins

1.1.1 Présentation de la ville de Bohicon

Selon le Médecin-Coordonnateur de zone sanitaire et en même temps médecin-chef du centre de santé de commune de Bohicon,

« Bohicon est une jeune ville. Son développement date du début du XXe siècle. Il a été à la faveur de l'essor des activités commerciales autour de la gare ferroviaire et du marché central. D'abord arrondissement d'Allahé rattaché à l'ancienne sous-préfecture d'Abomey, elle fut baptisée sous-préfecture de Bohicon en 1973, puis district urbain de Bohicon avec la réforme administrative de 1974. Elle devient commune de Bohicon à l'avènement de la décentralisation au Bénin en 2003. Le tout premier maire élu à la tête de cette commune en 2003, est feu Paulin Tomanaga. Elle est dirigée depuis 2008 par un conseil communal de 25 membres avec comme maire Luc S. Atropko » (Enquête, août 2011, Bohicon).

Bohicon est aussi une ville carrefour, reliée par deux axes bitumés, Cotonou-Malanville (sud-nord) et Azovè-Bohicon (est-ouest) prolongée par la voie bitumée Bohicon-Kétou-Illara, et une voie ferrée Cotonou-Bohicon-Parakou. Cette position dans le réseau routier national en fait un pôle de convergence de grands flux économiques vers les marchés régionaux et internationaux des capitales des pays comme le Bénin, le Mali, le Burkina Faso et le Niger. La population de Bohicon a un taux d'accroissement annuel moyen de 3,74%, fortement influencée par le grand flux migratoire provenant principalement du Mono, du Couffo et des Collines. Il faut remarquer que cette migration est plus féminine que masculine, contrairement aux observations courantes dans les autres villes. Ce sont en général des commerçantes qui s'installent et s'insèrent sans grande difficulté (Floquet et Mongbo, 2003). De nombreux mouvements journaliers, hebdomadaires (marchés, formation, consultations, ...) entre villes et campagnes environnantes sont effectués par des hommes et des femmes pour des raisons commerciales, sanitaires et administratives, etc. (écoles, banques, postes, divers services publics et privés).

1.1.2. Bref historique du CSC de Bohicon

Le CSC de Bohicon a été créé à l'époque coloniale, d'où sa dénomination CM (Centre Médical) gardée jusqu'à nos jours par la communauté. Situé dans le marché central de Bohicon, non loin de la gare ferroviaire, le CSC de Bohicon, ne disposait pas de médecins autre fois. Il a été dirigé jusqu'en 1977 par des infirmiers sous la supervision du centre de santé départemental appelé « ambulance » à Abomey. En 1978, le centre de santé de Bohicon a accueilli son premier médecin (1ère promotion des médecins formés au Bénin). Le premier bâtiment du centre de santé, celui de la maternité d'avant, a été construit en 1930 ; c'est l'actuel bloc administratif. En 1948, il y a eu la construction du deuxième bâtiment, l'actuel dispensaire. Un bloc a été érigé en 1972 pour abriter la maternité, car il disposait d'une salle d'observation un peu proche des normes requises. Ce bloc est l'emplacement actuel de la comptabilité. En 1990, le CSC a construit une nouvelle maternité sur financement propre avec l'appui du FNUAP, mais c'est encore loin des normes de l'OMS (Enquêtes, février 2011, Bohicon).

1.1.3 Situation matérielle et infrastructurelle actuelle du CSC

Aujourd'hui, le CSC de Bohicon est vétuste, dans un état de délabrement avancé, insalubre surtout le long de la clôture avec des équipements du grand marché. Son environnement est très bruyant et envahi par des chauves-souris. Pendant la saison pluvieuse, son accessibilité est très difficile pour les usagers et le personnel à cause de l'inondation. Grâce à sa situation géographique, il est le CSC le plus fréquenté dans la zone sanitaire par la majorité de la population. C'est un centre de référence, le 3ème centre le plus fréquenté dans le département du Zou. Le centre de santé de Bohicon est un centre de formation pratique sur les soins obstétricaux et néonatalogie de base. Il rivalise avec le CHD, bien qu'il ne dispose pas de plateau technique fourni pouvant lui permettre d'assurer les activités du paquet complémentaire d'activités (PCA). Le CSC de Bohicon ne dispose pas d'une ambulance en cas d'urgence. Les cas extrêmement critiques sont référés au moyen du véhicule de supervision du médecin-chef. Sinon, les patients cherchent eux-mêmes leurs moyens de transport. Location de véhicule pour les plus nantis, mais simple taxi-moto pour les «pauvres». Le centre dispose d'un incinérateur fonctionnel et des toilettes pour les patients et leurs accompagnateurs (Enquêtes et observations, Bohicon, août 2011).

1.1.4 Le personnel du CSC de Bohicon

Le personnel du CSC est composé des administratifs et des soignants. Le personnel administratif est chargé de la gestion du centre de santé. Il comprend un (1) comptable, un (1) secrétaire administratif, deux (2) agents d'hygiène, trois (3) agents d'entretien (CES), sept (7) agents de liaison, un (1) gardien, un (1) conducteur de véhicule administratif. Le personnel soignant est composé du médecin-chef, de quatorze (14) infirmiers d'Etat, six (06) infirmiers brevetés, dix (10) sages-femmes, trente-cinq (35) aides-soignants, deux (2) techniciens de laboratoire. En plus du personnel soignant, trois (3) médiatrices (une infirmière, une animatrice de centre social, une aide-soignante) sont affectées dans le CSC par la mairie. Ayant pris service depuis le 15 février 2011, elles orientent leurs actions vers la sensibilisation et la prise en charge des femmes enceintes sur la transmission du VIH/SIDA de la mère séropositive à l'enfant à naître. Les médiatrices sortent de leurs prérogatives en aidant les aides-soignantes dans la prise des constantes avant la CPN proprement dite ainsi qu'au remplissage des carnets et des dossiers, car la plupart des aides-soignantes sont des apprenantes ayant des difficultés dans le remplissage des documents médicaux. Le CSC fonctionne avec plusieurs catégories de personnels. Il y a le personnel affecté au centre par la fonction publique, qui est en nombre insignifiant. Après vient le personnel recruté par le centre de santé même et payé sur le financement communautaire. Une autre catégorie est celui pris en charge par la mairie, et d'autres par les programmes et projets mis en œuvre dans la zone sanitaire. Nous avons remarqué que le personnel titulaire de diplôme et affecté par l'État se sent à l'abri de tout renvoi et s'arroge certaines prérogatives. En outre, il y a une collaboration entre les différents services surtout à cause des systèmes de collaboratifs cliniques mis en place par le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) initié par la coopération bilatérale USAID/Bénin (Enquêtes et observations, août 2011, Bohicon).

1.1.5. Le comité local de gestion des centres de santé

Le Comité de Gestion du Centre de Santé (COGECS) de commune de Bohicon est composé de neuf membres, qui élisent en leur sein un bureau composé d'un président, d'un secrétaire et d'un trésorier. Ils assurent la promotion et le développement de la participation aux activités de santé par la population. Ils participent à la gestion de la formation sanitaire. Mais dans les faits, leurs avis comptent pour peu, ce qui ne leur

permet pas de jouer pleinement leur rôle de contre-pouvoir. Cette situation entraîne souvent des conflits entre eux et les prestataires de services de santé (Enquêtes et observations, août 2011, Bohicon).

1.1.6. La nomenclature vestimentaire du personnel

Plusieurs couleurs de tenues sont visibles dans les services. Le blanc pour les infirmières et infirmiers, ainsi que pour le médecin. Dans ce cas, c'est la coupe de la blouse qui différencie le médecin de l'infirmier. Pour le médecin, la manche est longue et pour l'infirmier, la manche est courte, mais dans le centre de santé nous avons constaté qu'il y a des infirmiers qui portent des blouses à manche longue. Le rose pour les sages-femmes, le bleu pour les aides-soignants, du vert pour les médiatrices à la maternité, du blanc avec la colle verte pour la caisse et la pharmacie. La nomenclature vestimentaire au CSC n'est pas différente des normes nationales, seulement tout le personnel ne se conforme pas aux modèles afférents à son statut (Enquêtes et observations, août 2011, Bohicon).

1.1.7. Quelques itinéraires de soignants

De 2010 à 2012, le personnel soignant du CSC de Bohicon est vieillissant. Pour preuve, en 2011, le médecin coordonnateur de zone, qui jouait aussi le rôle de médecin chef au CSC, a été appelé à faire valoir ses droits à la retraite. Il en est de même, en 2012, pour deux sages-femmes d'État et l'infirmier major du CSC (Enquêtes et observations, août 2011, Bohicon).

Itinéraire du médecin-chef du CSC de Bohicon

Le nouveau médecin-chef est médecin généraliste après sept (7) ans de formation à la Faculté des Sciences de la Santé. Recruté dans la fonction publique, il servit en tant que médecin-chef dans plusieurs CSC et médecin généraliste à l'hôpital Départemental de Mono-Couffo à Lokossa, avant d'être nommé Médecin-Coordonnateur dans la zone sanitaire de Comè. En 2010, il est parti faire sa spécialisation en santé publique à l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) de Ouidah. De retour de sa spécialisation, il a été affecté dans la zone sanitaire de Bohicon comme Médecin Coordonnateur de Zone et joue dans le même temps, le rôle du médecin-chef au niveau du CSC.

Les sages-femmes à la maternité sont toutes diplômées d'État. Les infirmiers sont soit des infirmiers d'État, soit des infirmiers brevetés.

Les aides-soignants sont formés sur le tas, d'autres sont en apprentissage, communément appelés « apprenants ». Ils ont pour la plupart du temps le niveau du CEP au moins et le niveau du BEPC au plus. Certains sont même à peine instruits. Ceci pose problème pour le remplissage des dossiers médicaux. Les apprenants viennent par des voies informelles. Leur formation se fait sur le tas. Mais depuis trois ans, l'État a ouvert une école de formation pour les aides-soignants, cette école est encore toute jeune, mais d'ici quelques années, le critère de recrutement de ces derniers se basera uniquement sur le passage de formation dans cette école, toutes les autres voies devenant ainsi informelles. Certains aides-soignants après leur formation au CSC de Bohicon, y passent des années à servir dans l'espoir d'être recrutés un jour (Enquêtes et observations, août 2011, Bohicon).

1.1.8. L'ambiance générale de travail

A priori, l'ambiance générale du travail est bonne. Il règne dans le centre de santé une certaine sérénité. Mais très vite, on se rend compte que cette sérénité cache beaucoup d'antagonismes. L'expression de ces mécontentements passe par le refus d'exécution des tâches régaliennes. Cette expression est très manifeste chez les aides-soignantes appelées « apprenantes » qui se sentent exploitées. Selon une aide-soignante apprenante :

« Nous sommes là pour apprendre, mais les aînées nous prennent pour des bonnes à tout faire. Nous n'avons aucune rémunération, même pas l'argent de transport par « zémidjan ». Le pire est que nous n'avons pas le droit d'être fatiguées, donc nous cherchons aussi des échappatoires en nous cachant quand nous n'en pouvons plus ou en simulant une maladie pour avoir un peu de répit » (H. M, 8 mars 2012).

Particulièrement au dispensaire, l'ambiance de travail semble conviviale. Sauf que nous avons noté un manque de confiance traduit par la crainte que se vouent les différentes infirmières présentes. Toutefois, la réception de patients est caractérisée par des interruptions momentanées, faites de causeries, de taquineries entre collègues, de blagues et de reproches faites aux aides-soignants pour des maladresses commises. Des fois, l'ambiance habituellement conviviale se heurte à la mauvaise humeur de certains

agents de santé. Ainsi pour illustration, dans la journée du 7 mars 2012, la mauvaise humeur contagieuse d'une aide-soignante, souffrant de douleurs au bas ventre (comme elle nous l'avait confié) a empesté l'ambiance de travail, ce qui s'est automatiquement ressenti sur la qualité de l'accueil des patients (Enquêtes et observations, août 2011, Bohicon).

Une autre source de contrariété vient de la rigueur du major du centre de santé. Il nous confie :

«A cause de mon attitude à vouloir forcer la disparition des mauvaises habitudes, j'ai été taxé de tout par certains de mes collaborateurs, qui sont hostiles au changement de comportements» (Enquêtes, 9 mars 2012, Bohicon).

Le nettoyage des lieux constitue des sources de disputes entre les agents d'assainissement et les aides-soignants qui sont normalement appelés à travailler sous leur responsabilité. La collaboration est régie par des comportements belliqueux. Les aides-soignantes s'opposent aux ordres donnés par les techniciens. Pour un des agents d'hygiène, cet état de choses est dû à :

« L'impunité (c'est-à-dire quand les rapports sont faits et envoyés au chef hiérarchique, il n'y a aucune sanction disciplinaire qui suit) et à l'influence des liens de copinages sur les relations de travail. Car quoi qu'on dise, le chef qui courtise une aide ou une assistante d'hygiène, ne saurait la punir quand cette dernière serait passible de peine pour une faute commise» (M. A. 16 mars 2013).

1.2. La délivrance des soins de santé dans le CSC Bohicon

L'observation de la grande diversité des situations de soins dans les différents services du CSC a permis de faire la lecture du cours ordinaire des activités dans des circonstances et contextes variables.

1.2.1. Au dispensaire

Dans le CSC de Bohicon, le dispensaire a pour rôle d'administrer les premiers soins aux patients (femmes, hommes, enfants) qui se rendent au centre de santé en cas de problème de santé, en dehors des femmes enceintes qui, elles se rendent directement à

la maternité. Il est chargé de la consultation des patients, de l'administration des soins curatifs en cas de maladie et des soins préventifs à travers les vaccinations en stratégies fixes et avancées. Il est également chargé de la prise en charge de la tuberculose. Les symptômes comme la toux, le vomissement, le rhume, les maux de tête, les maux de gorge, le corps chaud, les irritations sur la peau, les infections respiratoires et cutanées, la diarrhée, les traumatismes sont les plus fréquents au CSC de Bohicon. Chaque jour, plus d'une centaine de malades sont reçus au dispensaire. Chaque malade est accompagné d'au moins une personne. Ainsi, on note le mouvement de près de 200 personnes toutes catégories confondues : bébés, enfants, adultes, personnes âgées, au niveau des locaux du dispensaire. L'infirmier major du centre a son bureau dans le local administratif ; c'est là où il consulte souvent les patients qui exigent d'être consultés par lui-même, ceux qu'il appelle ses « propres patients ». En raison de l'absence de places assises sur les bancs, il y a beaucoup d'aller-retour, soit pour se « dégourdir les jambes », soit pour aller payer les frais de consultation ou des actes à la caisse, soit pour aller acheter les médicaments. Des fois, certains accompagnateurs sortent pour chercher la bouillie de maïs et des beignets à leur malade. Les lieux sont très bruyants, on entend les pleurs des bébés par-ci, des discussions entre patients et accompagnateurs par-là. Plus loin, l'aide-soignante fait l'appel des patients afin de les disposer par ordre d'arrivée et aussi pour la prise des constantes (température, poids, tension, test rapide de paludisme pour les enfants, etc.). A noter que le nombre de patients n'est pas fixe. Il augmente et diminue à tout moment, tout au long de la journée (Enquêtes et observation, mars 2013, Bohicon).

Compte rendu du déroulement d'une journée : jour versus nuit

Nous avons choisi de présenter le compte rendu de la journée en deux séquences : le jour et la nuit.

Compte rendu détaillé des faits et actes concrets du CSC dans la journée du 6 mars 2012 au dispensaire

Cette section présente en détails les faits et actes produits dans le CSC au fil de la journée du 6 mars 2012. Nous nous sommes rendue directement au dispensaire très tôt le matin, aux environs de 7h45 min. A l'entrée, nous avons salué l'infirmière de garde de la nuit du lundi 5 mars 2012. Il y a un registre de présence au poste et d'inscription du temps d'arrivée sur une table à l'entrée du service. Ce registre est rempli à l'arrivée

de chaque agent. Nous avons noté du faux et de l'imprécision dans son remplissage. Par exemple, un agent d'hygiène est venu effectivement à 8h10 et a inscrit qu'il est arrivé à 7h57min. Certains agents viennent quand même à l'heure au poste, c'est le cas de l'infirmier B. J., le remplaçant de l'infirmière R. T. qui descendait de garde. Il était déjà présent au poste avant 8h.

Un garde malade s'est rendu à la pharmacie pour acheter des prescriptions à 7h45min, mais, la pharmacie était encore fermée. L'infirmière l'a informé qu'il sera ouvert vers 8h.

A l'entrée, une aide-soignante fait l'entretien du dispensaire sur l'ordre de son chef hiérarchique, le nouveau major du centre. Par son geste, elle soulève une vague de poussière qui met ainsi mal à l'aise tant le personnel soignant que les patients.

Par ailleurs, nous avons vu afficher la programmation des tours de gardes. De plus, il y a certaines infirmières qui mettent les attributs de leur fonction, tandis que d'autres mettent juste une petite chemise blanche sur leur habillement. La journée est ponctuée de causeries diverses, parfois éloignées des soins. Pour illustration ce jour-là, une discussion a été engagée par les dames H. R., P. R. (qui, entretemps étaient censées rentrer chez elles) et D. E., toutes des infirmières. Cette discussion tournait autour de l'état de santé préoccupant d'une d'entre elles ; en conséquence, elles lui conseillent de solliciter auprès du MCZ, un congé de repos pour cause de maladie.

La consultation a effectivement démarré à 8h50, à cause du retard accusé par le responsable de garde du jour. La journée a démarré avec la prise en charge d'une petite fille répondant au nom de J., introduite par une aide-soignante. Après avoir posé quelques questions de routine telles que : « De quoi souffrez-vous ? Avez-vous la fièvre ? Est-ce que vous toussiez ? Etc. » pour recueillir ses différentes plaintes, elle fut examinée. Le premier diagnostic posé s'oriente vers le paludisme. Elle subit une goutte épaisse suivie d'un test de NFS⁷, car le TDR⁸ est négatif. Dans cette salle exigüe de consultation, on pouvait noter l'existence d'un poste téléviseur, d'un décodeur, d'un lavabo vétuste, d'une petite table de dépôt des flacons d'alcool et autres solutés. C'est dans ce décor qu'une aide-soignante a manipulé de l'urine d'une femme pour faire le test de dépistage rapide de grossesse, sans porter de gants. Dans un coin de la salle, on retrouve, malgré l'existence de poubelles, des sachets et du coton, jetés à même le sol. Une femme qui a demandé des analyses au laboratoire le matin est revenue dans

⁷ Numération Formule Sanguine

⁸ Test de Diagnostic rapide

l'après-midi, chercher ses résultats. La séance de consultation a été régulièrement perturbée par des appels téléphoniques que recevait l'infirmier B. J.

Au nombre des questions que le soignant pose à une patiente, se trouve sa situation sociale et celle de son mari (s'ils travaillent ou non). La dame a reçu, à la suite de la réponse aux questions posées par l'infirmier, deux ordonnances, une sur ordonnancier qu'elle est allée acheter à la pharmacie du CSC et une autre sur papier « rame » qu'elle ne peut acheter qu'à la pharmacie en ville. Au dispensaire, nous avons surpris une aide-soignante chargée de faire le pansement aux usagers en dispute avec un patient venu pour refaire son pansement. Comme cause de cette dispute, elle évoque le refus de ce dernier de lui payer directement les frais de pansement et d'achat du sparadrap.

Dès l'après-midi, l'affluence a baissé, les nouveaux patients sont presque tous traités et les soins sont administrés aux patients hospitalisés, sous surveillance. L'infirmier annonce à la mère d'un bébé qui a été reçu que son cas nécessite une référence vers le CHD, cette dernière n'a pas tardé à fondre en sanglots, l'infirmier a inscrit la référence dans le carnet du bébé et les a renvoyés au CHD. Entre temps, le personnel soignant avait des difficultés sur la manière de remplir le registre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et celui des soins gratuits. Finalement, il a été décidé de commun accord entre les agents de santé de ne remplir les deux registres que lorsque le TDR est déclaré positif. Vers 19h, le service est devenu calme et nous nous sommes retirée pour revenir pour les activités de la nuit (Observation, dispensaire, 8 mars 2012, CSC Bohicon).

Compte rendu des faits et actes de la nuit du 8 mars 2012

Nous étions déjà présente dans le service à 20h10. A ce moment l'équipe qui a fini la garde de la journée passe le témoin à l'équipe qui est venue la remplacer pour la nuit. Un tour a été fait par les infirmiers responsables des deux équipes dans la salle d'hospitalisation pour présenter les cas mis en observation dans la journée, les diagnostics faits et les traitements mis aux patients. Après, l'équipe du jour a cédé sa place à celle de la nuit. En effet, les équipes de garde fonctionnent de 7h30min à 20h et de 20h à 7h30min.

Quelques minutes après, deux patientes, dont une petite fille accompagnée par sa mère, ont fait irruption dans le hall du dispensaire où nous nous trouvions. On pouvait lire le désespoir et la consternation sur leur visage car le 7 et le 8 mars, elles étaient au centre

pour la même plainte, sans satisfaction. La petite souffrait de la varicelle, et l'autre patiente, du paludisme.

La petite qui souffrait de la varicelle a été consultée, une ordonnance a été remise à la maman de la fille. Elle s'est rendue dans une pharmacie en ville pour l'acheter et l'enfant a été mise en observation.

La patiente atteinte du paludisme a été également consultée, une aide soignante lui a fait un TDR qui est positif, l'infirmier lui met un traitement de paludisme avec perfusion et elle est également mise en observation.

Entre temps, au moment où l'infirmier s'occupait des deux premiers cas, un autre cas de diarrhée est venu, il a été rapidement pris en charge par l'aide soignante, qui lui a prescrit une ordonnance à acheter à la pharmacie du CSC, le garde malade est allé s'en procurer. A son retour de la pharmacie, l'aide soignante demande de l'argent pour lui vendre des seringues pour l'injection. Le garde malade a manifesté son refus catégorique et lui a demandé pourquoi les seringues n'étaient pas prescrites sur l'ordonnance en même temps que les produits. Il a fallu que l'infirmier intervienne et prescrive des seringues au patient, pour que le garde malade aille les acheter à la pharmacie. Une fois les soins administrés, le malade a été renvoyé à la maison. Un autre est venu pour le pansement. Là, l'aide soignante a utilisé ses propres produits et à la fin, elle a perçu de l'argent directement chez le malade.

En faisant un tour à la pharmacie, nous sommes tombée sur un fait qui attirera notre attention. En effet, le commis (celle qui vendait les médicaments) était seul et partagé entre son poste de vendeuse de médicaments et la caisse. Car « le caissier s'est rendu chez lui afin de régler un problème » nous a-t-elle confié.

A 01h30 min, tous les cas reçus ont été pris en charge. Les aides soignants ont décidé de se coucher en fermant portes et fenêtres. Mais les aides soignants viennent de temps en temps dans la salle d'hospitalisation, sur demande des gardes malades pour changer les perfusions terminées. La pharmacie est fermée après la fermeture du dispensaire, mais les acheteurs pouvaient taper pour se procurer un médicament. Endormie depuis 01h40h environ, l'équipe de garde du dispensaire s'est réveillée après 6h du matin. Au réveil, les aides se sont mis au nettoyage des salles et de la devanture du dispensaire. Ensuite ils ont procédé, avec la participation active du Médecin Coordonnateur de Zone, à la

visite médicale⁹ matinale. C'est après cette activité que le témoin a été passé à la remplaçante de l'infirmière de nuit, Madame P. R. Avant de prendre congé de nos amis du dispensaire, nous avons vu l'aide soignant F, prescrire une ordonnance à un homme qui a amené son enfant au soin pour causes de fièvre et de céphalée. Pendant cette garde, dix patients ont été reçus au total (Observation, dispensaire, 8 mars 2012, CSC Bohicon).

Récits de l'itinéraire de quelques patients dans le CSC de Bohicon

Selon qu'il s'agisse de patients nouveaux ou anciens, l'itinéraire diffère. Les nouveaux suivent un itinéraire presque identique à celui prévu par le diagramme du processus du site du CSC de Bohicon. Quant aux anciens, ils se contentent de s'adresser au soignant en présence ou de garde, aux fins de lui soumettre leurs nouvelles inquiétudes. Mais le traitement ne varie pas selon qu'il s'agisse d'une personne «riche» ou «pauvre». Seulement, une attention spéciale est accordée aux parents et collègues. Dans la suite, nous rapporterons les discours des acteurs, racontés par eux-mêmes, sur leur itinéraire au niveau du CSC de Bohicon.

Le cas de la patiente n°1 qui arrive pour la première fois au CSC.

« Arrivée ici au centre de santé, je ne savais vraiment pas dans quel sens aller. Je me suis d'abord rendue vers la gauche où se trouvent les vendeuses, et c'est là qu'un monsieur un peu âgé m'a dit que, le dispensaire se situe dans le sens contraire. Ainsi, je me suis retournée vers le dispensaire. Quand je suis arrivée dans le hall, personne ne s'est occupé de moi. Pendant ce temps le sang coule abondamment de ma blessure au pied. C'est après quelques minutes qu'une infirmière de taille courte, teint noir et grosse, m'a aperçue dans le hall et s'est indignée du fait que les aides soignants qui sont à l'accueil n'aient pas eu le réflexe de vite me prendre en charge. Elle a demandé à la vieille aide-soignante, qui s'occupe des pansements, de me prendre vite en charge. Malgré l'ordre reçu, l'aide m'a dit de m'asseoir de nouveau et de patienter le temps qu'elle finisse avec les autres. Finalement, elle m'a soignée en utilisant ses propres produits (compresses, sparadrap) pour le pansement

⁹La visite médicale consiste à montrer à la nouvelle équipe arrivée, l'ensemble des patients reçus et les différents traitements sous lesquels ils sont mis.

et m'a prescrit des comprimés que je dois utiliser pour calmer les douleurs. Elle m'a demandée de lui payer l'argent des produits utilisés pour le pansement. Ce que j'ai fait. Après, je lui ai demandé de m'indiquer la pharmacie pour aller payer les médicaments. Mais au lieu de me l'indiquer simplement, elle a crié sur moi comme si j'étais son enfant. C'est après, qu'elle a demandé à une autre aide soignante de me l'indiquer. Ce qui a été fait. J'ai donc payé les médicaments et je me suis retournée voir l'infirmière qui m'avait accueillie, pour qu'elle me dise comment utiliser les produits. Elle m'a dit comment prendre les médicaments, tout en me rappelant que je dois renouveler mon pansement après-demain et que je dois garder les plaies loin de l'eau ». Récit de madame J., revendeuse de céréales au marché de Bohicon (Enquête, le 8 mars 2012, Bohicon).

Le cas de la patiente n°2, une habituée du CSC

Notre deuxième patiente P., la soixantaine, se plaint de fièvre, de fatigue et de maux de tête. C'est une habituée du CSC.

« J'ai attendu pendant plus d'une heure avant mon tour. Je suis rentrée dans la salle de consultation et je me suis assise. L'infirmière T. R. appelée « doto » en fon (langue locale la plus parlée à Bohicon) a commencé par me poser des questions à savoir : « Qu'est-ce que tu as ? », j'ai répondu que j'avais le corps chaud et mal à la tête. Après, une aide-soignante m'a piquée le bout du doigt pour prendre mon sang. Quelques instants plus tard, elle a demandé qu'on me fasse un bon d'analyse pour le laboratoire. Ainsi, j'ai mis 15 mn à chercher le laboratoire, alors que c'était sous mes yeux. Il se situe à l'autre bout du couloir. Finalement, c'est une aide qui m'a aidé à le retrouver. Je m'y suis introduite puis j'ai salué la dame claire qui était à l'intérieur. Je lui ai tendu la fiche qu'on m'a remise. Elle a pris mon sang qu'elle « va préparer » après avoir lu le papier. A la fin du prélèvement, elle m'a confié qu'il faut que je repasse le soir pour chercher les résultats. Mais avant d'aller au laboratoire, l'infirmière m'a prescrit des médicaments à prendre en attendant les résultats» (Enquête, le 10 mars 2012, Bohicon).

Le cas de la patiente n°3 qui est venue au CSC en urgence.

C'est une jeune dame Z de 30 ans, d'origine haoussa. D'après ses déclarations,

« Je me suis battue avec ma coépouse, qui m'a envoyée un coup violent au crâne. Sur le champ, je me suis rendue chez mon beau-frère, qui m'a conduite tout de suite au centre de santé. Malheureusement, nous sommes venus sans argent. A notre arrivée, nous n'avons pas pu faire les premières dépenses, l'achat du carnet et les frais de consultation. Ainsi, je suis restée assise dans la salle de pansement sans aucune attention de la part des soignants, trempée de mon sang qui coulait à flot de ma tête. Il a fallu que mon beau-frère fasse demi-tour à la maison, pour chercher de l'argent. Car mon mari était absent au moment de l'incident. Finalement, mon beau-frère est venu avec de l'argent. Il a acheté le carnet et payé les frais de consultation. J'ai été prise en charge. Mais les navettes entre le dispensaire et la pharmacie sont effectuées par mon beau-frère. Après le pansement, l'infirmière m'a posé des questions pour savoir si j'ai fait le vaccin antitétanique. Je ne savais plus trop, alors j'ai reçu une dose de SAT par injection, avant d'être libérée » (Entretien, la nuit du 12 mars 2012, Bohicon).

Une des activités du dispensaire est la vaccination. Vaccination des enfants de 0 à 9 mois en stratégies fixes et avancées, vaccination des femmes en âge de procréer en stratégies fixes et avancées, plus la Campagne vaccinale du Programme Elargi de Vaccination (PEV) lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV) pour les enfants de 0 à 5 ans. Quand dans la communauté, il y a notification et déclaration des cas de rougeole, de fièvre jaune, de choléra, de paralysie flasque aigue, de méningite, etc., le service procède à l'organisation des ripostes vaccinales. Ici, il sera présenté une journée de séance de vaccination des enfants de 0 à 9 mois en stratégie fixe.

Compte rendu détaillé de la séance de vaccination de la journée du lundi 12 mars 2012

Lundi 12 mars 2012, 7h11, deux aides-soignantes se trouvent dans la salle de vaccination. Il s'agit d'une salle sous forme de pailote couverte, située au milieu du centre de santé avec deux entrées : une vers la maternité et l'autre vers la cour du centre. Progressivement, d'autres collègues sont venues se joindre à elles. Certaines

s'adonnaient au nettoyage des lieux. D'autres s'habillaient et en profitaient pour échanger quelques causeries amicales sur le week-end passé.

A l'intérieur de ladite salle, on pouvait noter des casiers en position horizontale qui contenaient chacun des cartes jaunes de vaccination. Ces cartes sont rangées suivant les mois d'une part et suivant les arrondissements, d'autre part ; mais des fois, on note des mélanges de cartes, ce qui ne permet pas de vite s'y retrouver.

A 7h26 mn, le responsable du PEV, l'infirmier Z. B., fait son entrée dans le centre de santé. Entre temps, le drapeau est mis au milieu du mât en attendant sa montée à la cérémonie des couleurs.

7h45 mn, la cérémonie des couleurs a lieu. Après l'exécution de l'hymne national, le Médecin Coordonnateur de Zone (MCZ) absent, s'est fait représenter par le Chargé des Affaires et des Ressources (CAR). En prenant la parole, il a adressé ses salutations à tous. Sans tarder, il a passé le message du MCZ dont il est porteur. Ce message se résume en deux points : (1) tenir le staff des Chefs Services à 10h et (2) un rappel sur la tenue effective de la campagne de salubrité dans chaque service, à compter du vendredi suivant, et ceci pour chaque vendredi. A cet effet, il invite tous les chefs services à mettre tout en œuvre pour la réussite de la campagne. Cette campagne est une initiative du MCZ, qu'il avait soumise à l'appréciation de ses collaborateurs une semaine auparavant. A la fin de la cérémonie, retour à la salle de vaccination. Avant le début de la cérémonie, on notait déjà l'arrivée des femmes. Elles s'installaient dans la salle pour être parmi les premières à être servies. A 8h01min, la salle grouillait du monde, avant le début des activités, elle était pleine à craquer.

Un détour dans la salle abritant la chaîne de froid nous a permis de noter que les accumulateurs sont contenus dans des congélateurs, tandis que les vaccins sont dans des réfrigérateurs.

Ensuite, nous avons été introduite dans la salle de vaccination par le responsable du PEV. Après les salutations d'usage aux aides-soignantes et à l'infirmière, nous nous sommes présentée à notre tour à l'assistance.

Le travail ici est organisé à la chaîne. D'abord, on procède à l'appel des femmes (anciennes) lot par lot, pour qu'elles sortent pour faire peser leurs enfants. L'opération de la pesée consiste à enfiler des petites culottes aux enfants puis à les accrocher à la pèse. Ceci permet de connaître le poids réel de l'enfant. Avant l'enfilage, les femmes doivent enlever les habits de leurs enfants. Et s'il arrivait que l'enfant urine dans la

culotte, sa maman est appelée à la nettoyer proprement avant qu'on ne l'enfile à un autre enfant. Nous avons remarqué que certaines mamans se servaient des chiffons faisant office de couche à leur enfant pour essuyer la culotte. Tout ceci se fait en rang dans un ordre.

Celles qui ont nouvellement accouché sont invitées à se conformer aux exigences de la vaccination. Il s'agit tout d'abord de l'achat de la carte jaune de vaccination à la pharmacie. Or, selon ce que la responsable de la pharmacie nous avait confié au cours de l'entretien que nous avons eu avec elle, le centre vendait la carte jaune, mais depuis l'arrivée du nouveau MCZ depuis une semaine, elle est gratuitement offerte aux femmes. Mais on a constaté que les nouvelles arrivées l'achètent.

Par ailleurs, les femmes qui entre temps ont été appelées pour la prise du poids de leurs enfants, reviennent dans la salle dans le même ordre, déposer leurs carnets où est inscrit le nouveau poids de l'enfant pesé. Ils sont déposés dans une petite boîte de rangement à forme rectangulaire. Les nouvelles se font remplir leurs carnets de vaccination par des aides-soignantes. Pendant ce temps, les cartes de vaccination des anciennes sont cherchées et rangées par les aides-soignantes.

Dans la salle, en pleine séance de vaccination, une dame vendait de la bouillie locale à base de maïs appelée « *akloui* »¹⁰. De même, des sucettes et du yaourt sont vendus par une aide-soignante apprenante.

Par rapport à l'habillement des agents, certaines soignantes et aides-soignantes ne se sont pas couvertes la tête, tandis que d'autres l'ont fait. Par ailleurs, la plupart des soignantes se sont contentées d'enfiler juste leurs blouses sur un pagne ou sur un pantalon de leur choix.

Au cours de la séance, les femmes ont été invitées à allaiter leurs enfants, pour que les aides-soignantes puissent les aider à corriger le positionnement de l'enfant, mais quelques-unes seulement ont obtempéré. Malgré cette résistance, la séance s'est poursuivie. A un moment donné, la salle était devenue trop exigüe pour contenir la masse de femmes et d'enfants présents. Certaines, s'impatientant, voulaient à tout prix avoir vite leur tour afin d'aller vaquer à leurs occupations parce que selon elles, les choses n'avancent pas.

A 8h45min, la causerie a démarré, présidée par une aide-soignante. Celle-ci a formulé de nombreuses questions à l'endroit des femmes présentes. Ces questions portent sur

¹⁰ Bouillie local fermentée à base du maïs

l'objet de leur présence ici ce matin, leur connaissance des différents vaccins qui sont administrés à leurs enfants. Enfin, elle les a invitées à respecter rigoureusement les rendez-vous. Car selon cette dernière, la majorité des femmes attendues pour le rendez-vous du jour, n'est pas présente. C'est seulement celles dont le rendez-vous était pour la semaine passée qui sont nombreuses. Les carnets sont remplis en bleu et les cartes en rouge, au même moment les aides-soignantes rangent les cartes jaunes dans les casiers. Il existe également, deux types de poubelles : la noire, servant à recueillir les déchets ordinaires et la jaune pour les déchets biomédicaux.

L'ambiance est caractérisée par des causeries et blagues de tout genre entre collègues et des fois, entre les femmes et les agents de santé, de même que des repréailles à l'endroit des femmes qui n'ont pas respecté le jour de leur rendez-vous et qui sont venues grossir le nombre. En plus de ce que les femmes mangent dans la salle, les soignantes elles-mêmes se régalent avec différents plats. Au dehors, des femmes sont assises à même le sol, faute de places assises à l'intérieur de la salle de vaccination.

C'est après le remplissage de toutes les cartes et de tous les carnets que la vaccination proprement dite a démarré. Vers 13h, la séance a pris fin et les retardataires sont renvoyées à un autre jour.

Le tableau qui suit présente les différents vaccins administrés et les tranches d'âges correspondantes (Observation, mars 2012).

TABLEAU XXIII : Différents vaccins administrés et les tranches d'âges

Tranche d'âge	Vaccin administré
0-2 semaines	BCG + Polio ₀
1 mois ½	PENTA ₁ ¹¹ + PCV ₁₃₋₁ ¹² + Polio ₁
2 mois ½	PENTA ₂ + PVC ₁₃₋₂ + Polio ₂
3 mois ½	PENTA ₃ + PVC ₁₃₋₃ + Polio ₃
9 mois	VAR/VAAR

Source : Enquête de terrain, (Sossouhounto, mars 2012)

Le responsable de la vaccination s'occupe également du programme de lutte contre la tuberculose.

A propos de la tuberculose

Nous n'avons pas fait des observations directes pour cette activité, mais nous avons eu un entretien avec l'infirmier responsable chargé de la prise en charge des malades. Au

¹¹Diphtérie+tétanos+coqueluche+ Erphulusinfluenzaer de type B+ hépatite B.

¹² Pneumocoque.

dispensaire du CSC de Bohicon, le dépistage et la prise en charge des cas de tuberculose se fait en ambulatoire. Il n'y a pas de patients hospitalisés pour la durée de leur traitement comme au CSC de Bopa dans la ZS de Comè. En effet, selon le responsable :

« La prise en charge de la tuberculose est thérapeutique et nutritionnelle au CSC de Bohicon. Le traitement dure six (6) mois après le dépistage. Les deux premiers mois, les patients prennent les médicaments devant l'agent de santé et les quatre autres mois de traitement, il vient chercher périodiquement les médicaments au centre de santé. Si le traitement est bien suivi, après six mois, le patient est guéri, mais dans le cas contraire, il y a rechute et le retraitement dure huit nouveaux mois. Au moment du traitement, je procède systématiquement à la surveillance du patient et je vais à la recherche des malades irréguliers et des perdus de vue au niveau de la communauté. Le suivi nutritionnel se fait tous les mois ou tous les 15 jours, compte tenu de la distance qui sépare la demeure du malade du centre de santé. Je procède également à la gestion des dossiers des patients et à la gestion des intrants (médicaments, fiches de stocks, fiche d'examen, fiche de prise en charge). Il faut noter que c'est une activité plus ou moins bien organisée à cause de l'exigence du programme national en charge de la prise en charge de la tuberculose » (Enquête, mars 2012, dispensaire Bohicon).

1.2.2. La délivrance des soins de santé à la maternité

La maternité du CSC de Bohicon est composée de plusieurs secteurs : les consultations prénatales (CPN), la salle d'accouchement, les suites de couches, la planification familiale, la prise en charge de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH-SIDA. Chaque secteur a une responsable : soit une sage-femme ou soit une infirmière. La CPN, les suites de couches, la PTME et la planification familiale sont ouvertes tous les jours ouvrables, donc du lundi au vendredi de 8h à 14h, mais la salle d'accouchement est ouverte 24h sur 24h et fonctionne sur un système de rotation de garde, donc le personnel travaille en équipe et se relaie. Les femmes arrivent très tôt le matin, aux environs de 7h, afin d'être vite reçues pour vaquer ensuite à leurs propres occupations. Elles s'assoient selon l'ordre d'arrivée. Une première rangée devant les aides-soignantes pour la prise des constantes (premier passage) et une seconde rangée

devant la salle de consultation (deuxième passage). Ce n'est qu'après l'installation de la table des aides-soignantes dans le hall principal et la sortie du casier qui contient les cartes maternelles que la réception des femmes commence. Le petit déjeuner est proposé, aussi bien aux femmes qu'aux agents de santé, par des vendeuses qui déambulent dans le hall. Il y a la bouillie, des beignets, du riz, de l'«akassa»¹³ accompagné de sauce, pâte etc. Le travail commence dans une atmosphère où le petit déjeuner est en train d'être pris par les deux catégories d'acteurs.

Le centre de santé de Bohicon est un centre de formation pratique sur les soins obstétricaux et de néonatalogie de base (Enquête, mars 2012). Des étudiants et des élèves sages-femmes y sont envoyés pour leur stage. La maternité est surtout un lieu de femmes, mais on y rencontre quelques hommes qui accompagnent leurs femmes. On y rencontre en grande partie des femmes enceintes ou non, des sages-femmes, des infirmières, des filles de salle, des médiatrices. Ce service regroupe le plus grand nombre de patients au sein du centre de santé, plus de 200 femmes en moyenne par jour pour la consultation prénatale, la planification familiale et le post-natal, avec plus de 200 accouchements en moyenne par mois (Observation et Enquête, mars 2012).

Compte rendu des faits et actes d'une journée à la maternité

Compte rendu des activités de consultation prénatale (CPN) à la maternité du CSC Bohicon du lundi 5 mars

Au CSC de Bohicon, deux salles de consultation prénatale fonctionnent par jour.

A la salle de CPN1

La salle de consultation est configurée comme un bureau. Elle est scindée en deux par un paravent complété d'un rideau pour faire écran entre le bureau de l'agent de santé et les deux tables d'accouchement qu'elle contient, là où la femme doit se déshabiller pour la consultation. Elle contient également deux tables qui servent de bureaux à la sage-femme responsable de la maternité et à la deuxième sage-femme. C'est un lieu exigu où s'entassent au moins six agents de santé et deux femmes à chaque fois lors des consultations.

A la maternité, il y a également un volet de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), orienté vers les apprentis et les travailleuses du sexe, dans le

¹³ Pâte de maïs fermentée, une des nourritures de base du sud-Bénin

cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Tous les lundis, la sage-femme responsable commence son travail par cette activité de 7h à 9h.

Au cours de la journée du lundi 5 mars 2012, nous avons observé les faits suivants.

Déjà à 7h, devant la salle de consultation est alignée une cohorte de jeunes femmes composée de travailleuses du sexe et d'apprenties (coiffeuses, couturières, etc.). D'entrée de jeu, chaque patiente se présente avec son carnet, par ordre d'arrivée, devant l'aide-soignante pour la prise de poids. Mais la balance est en panne. Le carnet a été simplement vérifié par l'aide soignante qui les a orienté vers la salle de consultation devant laquelle elles sont alignées en attendant l'arrivée de la responsable de la maternité qui s'occupe du suivi dans le traitement des IST. Une fois la sage-femme installée, les patientes rentrent par ordre d'arrivée dans la salle pour la consultation. Nous n'avons pas été autorisée à suivre la consultation à cause de la sensibilité de la question et pour garder l'anonymat sur l'état sérologique par rapport au VIH/SIDA de l'intéressée.

Entre temps, des dispositifs se mettent en place par une équipe d'aides soignantes pour la CPN. Les aides-soignantes s'occupent des formalités de prise de constantes (tension, taille, poids, etc.), et du test d'urine. Ce test est au prix de 125 FCFA et est payé directement aux aides soignantes par les femmes enceintes.

Les femmes viennent avec une petite quantité d'urine dans un petit flacon pour le test. Celles qui viennent sans cette précaution cherchent un flacon pour uriner in situ dans les toilettes. Après la prise des constantes, une séance de causerie est organisée par les médiatrices. A partir de 10h08min, la séance de consultation proprement dite a commencé.

Deux sages-femmes assistées de trois aides-soignantes se sont installées dans la salle. La salle dispose de deux tables d'accouchement. Deux femmes enceintes sont invitées à chaque fois à rentrer dans la salle selon leur ordre d'arrivée. Avant de rentrer dans la salle, elles enlèvent leurs chaussures, donnent le carnet avec une carte rouge (cette carte constitue le dossier de la femme enceinte et reste à la maternité) et une somme de 50 FCFA pour l'achat des gants pour le « toucher ». La responsable de la maternité, qui est à trois semaines de sa retraite, délègue son rôle de consultation à une aide-soignante (ancienne et expérimentée, elle a eu le temps d'avoir la compétence par ses expériences, nous a confié la sage-femme). Cette dernière fait le travail à la place de la responsable. Elle la sollicite quand elle rencontre des difficultés ou quand elle ne comprend pas

quelque chose. Deux autres aides-soignantes reportent les données et les plaintes de la femme enceinte communiquées à haute voix par celles qui font la consultation dans leurs carnets et sur leur dossier maternel. A la fin de la consultation, un kit de médicament de 600 FCFA est vendu à la femme enceinte sur place, l'agent de santé encaisse ; d'autres médicaments à acheter à la pharmacie du centre de santé ou à la pharmacie en ville sont prescrits. La sage-femme, surtout la responsable, profite de l'occasion pour donner quelques conseils à la femme enceinte compte tenu de son état et aussi en fonction de son terme de grossesse. Il existe des spéculums à usage unique qui coûtent 1000 FCFA, mais quand la sage-femme a proposé à trois femmes enceintes qui n'avaient pas les moyens de s'en procurer, elle ne l'a plus proposé au reste. Le scénario de consultation est presque le même pour toutes les femmes enceintes.

Au cours de la consultation de la femme enceinte D., elle s'est plainte des maux de tête, de la fièvre et de la couleur de son urine. La sage-femme lui a prescrit une analyse de sang à faire au laboratoire contre une somme de 600 FCFA. Une heure après, la femme est allée chercher son résultat qui révèle que le test est positif. Elle a été rappelée par le laboratoire qui lui a retourné 500 FCFA et le centre de santé lui a offert un kit de médicaments pour son traitement. Les femmes enceintes qui doivent faire une échographie appelée « télé¹⁴ », sont orientées systématiquement vers une clinique privée appelée « SAINITAS » sous prétexte que l'échographie est bien lisible dans cette clinique pour faire le diagnostic.

Après la consultation, certaines femmes enceintes sont orientées vers les aides soignantes pour faire le test du VIH/SIDA. C'est un test rapide et les résultats sont mentionnés dans les carnets des femmes. Une croix rouge est mentionnée pour indiquer que la femme est séropositive, dans le cas où c'est négatif, un signe moins est fait sur le carnet de la femme au rouge toujours. Dans la journée du 05 mars 2012, 71 femmes enceintes sont venues en CPN1. La journée de travail est terminée à 12h30 (Observation, 5 mars 2012, maternité CSC Bohicon).

Compte rendu des activités de CPN du Mardi 6 mars 2012

Même scénario que le jour précédent, mais avec quelques particularités. La causerie a commencé vers 8h18min par une aide-soignante sur le thème : Prenez soin de vous pendant la grossesse. Elle est faite dans la langue de la localité appelée le « fon » et

¹⁴ C'est la dénomination utilisée par les femmes enceintes pour désigner l'échographie

traduite partiellement en haoussa par la médiatrice. Car on note, ce jour, un nombre important de femmes enceintes haoussa venues en consultation. Comme ce n'était pas le rôle de l'aide-soignante, elle avait des difficultés à faire passer le message et elle a été immédiatement relayée par une médiatrice A. G. Apparemment, les femmes ne sont pas très intéressées par ces séances de causerie, tout ce qu'elles attendent c'est le démarrage des activités de CPN pour qu'elles puissent rentrer à la maison. Elles étaient obligées d'applaudir après la causerie (pas très convaincante ni très attrayante) sur l'ordre de la médiatrice.

La sage-femme S. P. s'occupe de la seconde salle de CPN (CPN2). Comme en CPN1, les femmes enlèvent leurs chaussures avant de rentrer dans la salle de consultation. Une fois dans la salle, la femme se sert de son pagne comme drap sur la table avant de se déshabiller pour s'installer sur la table d'accouchement pour la consultation. Les données sont communiquées à haute voix par la sage-femme consultante. Elles sont mentionnées dans le carnet de la femme enceinte par l'aide-soignante. Pendant la consultation, la femme enceinte dit ses plaintes (maux de tête, vertiges, maux de ventre, etc.). La sage-femme donne des informations à la femme enceinte sur l'état de son enfant, lui prodigue quelques conseils et si elle est presque à terme, elle lui énumère le nécessaire à apprêter pour l'accouchement (eau de javel, pagnes, savon, toile cirée, bande, alcool) et aussi de l'argent.

Les médicaments sont prescrits aux femmes enceintes compte tenu de leur état de santé et de leur pouvoir d'achat. Comme en CPN1, un kit de deux sachets de médicaments (fer, foldine, calcium) est vendu à 600 FCFA aux femmes enceintes. Après la consultation, la sage-femme pose les questions suivantes à la femme enceinte : « Est-ce que tes médicaments restent ? » Quand elle dit non, elle lui demande de donner 600 FCFA contre le kit avec indication de la posologie. Quelques plaisanteries sont dites au cours de la consultation pour égayer les femmes et les mettre en confiance. Le même jour, une femme (ex parturiente), satisfaite des prestations de la sage-femme, est venue pour la saluer et lui montrer son bébé. Les femmes enceintes de cette période sont de la tranche de 14 ans à 36 ans. Après chaque consultation, la sage-femme se lave les mains à l'eau et au savon, contrairement en CPN1 où le gant de la main droite est juste changé pour une autre femme. Il existe une ambiance de convivialité avec les femmes enceintes (Observation, 5 mars 2012, maternité CSC Bohicon).

Compte rendu des activités de la garde du jeudi 8 mars 2012 à la salle d'accouchement

Les activités ont débuté à 9h00. Les femmes, par ordre d'arrivée, passent dans la salle devant une sage-femme pour dire leurs plaintes ; elles sont introduites après à la salle d'accouchement pour la consultation proprement dite. Deux sages-femmes aidées de deux aides-soignantes prennent la garde dans la salle d'accouchement. Après 20h, l'une rentre à la maison et l'autre reste avec les deux aides-soignantes toute la nuit jusqu'au lendemain à 8h. A la prochaine garde, elles vont inverser les rôles. Voici présentés à la suite quelques épisodes de la garde.

La patiente J. a reçu une injection pour 500 FCFA de la part de la sage-femme ; elle a payé l'injection et la sage-femme lui devait la monnaie. Elle n'a pas de petites pièces pour donner le reliquat à la patiente. Elle était obligée de se lever pour chercher la monnaie. Une autre est venue pour l'injection, elle avait déjà remis l'argent à la sage-femme.

Au cours de la garde, une sage-femme consulte et pose le diagnostic, l'autre fait l'ordonnance. La femme F., souffrant de spasmes et recommandée par l'une de leurs collègues est rapidement prise en charge sans tenir compte de l'ordre d'arrivée. Une femme qui voulait faire une injection de planning familial n'était pas d'accord, mais elle s'est simplement résignée et a laissé sa place à la dame F.

La patiente B., 25 ans, risque d'accoucher par césarienne, au motif qu'elle a un bassin étroit et un « gros œuf ». A l'annonce de cette nouvelle, elle s'est mise à pleurer et les sages-femmes ensemble l'ont calmée, apaisée et mise en confiance. Elle est repartie à la maison après sa prise en charge et sur son carnet est mentionnée la référence. La sage-femme lui demande de se diriger directement vers le CHD/Zou-Collines quand le travail d'accouchement va commencer.

Comme en CPN, toute femme qui passe à la salle d'accouchement doit payer 50 FCFA pour les gants afin d'être examinée.

La patiente L. refuse de se faire examiner par la sage-femme, car selon elle, si on la touche, elle risque de perdre son enfant. En effet, elle avait déjà fait une fausse couche à 4 mois. Elle n'a pas encore d'enfant et veut en avoir, et elle ne connaît pas son âge. Il a fallu l'intervention de son accompagnatrice (sa belle-sœur) avant qu'elle n'accepte d'être examinée. Mais malheureusement, elle n'était pas enceinte, elle a donc reçu des soins pour ses spasmes et est retournée à la maison.

A 12h39, une patiente a payé 800 FCFA pour des injections parce qu'elle se plaignait de spasmes. La sage-femme a prescrit une ordonnance à son accompagnateur qui est allé les chercher à la pharmacie du centre de santé. Elle a reçu des injections et est renvoyée à la maison, avec pour consigne de revenir au centre de santé si elle ne trouve pas de satisfaction.

Le premier accouchement de la journée a eu lieu à 15h, le deuxième accouchement à 19h, et le troisième accouchement à 20h. Les activités se déroulent au niveau de la maternité dans une atmosphère de convivialité. Remarquons que lorsqu'une femme enceinte est en travail, les sages-femmes sont très stressées et préoccupées, ce qui fait apparaître des fois des comportements peu recommandables de leur part. Une sage-femme a crié sur une femme enceinte qui ne voulait pas être examinée. La seconde n'avait pas bien accueilli une patiente, parce qu'elle prescrivait en urgence une ordonnance pour une femme enceinte en travail. Une sage-femme s'est fâchée parce que l'accompagnateur de la parturiente a refusé de donner l'eau de javel et le savon réclamé par les agents de santé en salle d'accouchement etc. Cependant on peut lire de la joie sur les visages de toute l'équipe de garde après la bonne délivrance de la femme.

A 22h01min une femme est venue pour la planification familiale, la sage-femme l'a servie sans autre forme de procès. Elle a remis directement l'argent à la sage-femme qui lui a fait une injection contraceptive.

Par la suite, à 22h55 min, on note le 4^{ème} accouchement, le 5^{ème} accouchement à 00h20, le 6^{ème} accouchement à 6h45 et enfin, le 7^{ème} accouchement à 7h. Il n'y a eu ni complication ni référence au cours de la garde. Mais après 20h où l'une des sages-femmes est rentrée, la seule qui est restée avait des difficultés à concilier le remplissage des documents médicaux et l'accouchement proprement dit. Des partogrammes sont tracés après l'accouchement. Les aides soignantes ont posé des actes de sages-femmes (examen, prise du bébé, etc.). Du coup, les étapes de l'intervention à haut impact appelée Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) utilisée de nos jours dans les formations sanitaires, n'est pas rigoureusement suivie. A partir de 6h, les aides-soignantes de garde ont commencé le nettoyage des lieux. Dans le même temps, deux parturientes ont commencé à se plaindre au même moment, une aide-soignante est sollicitée par la sage-femme pour l'aider à faire les examens. Il y a deux « tables d'accouchement » (si on peut appeler cela tables d'accouchement, car ce sont des paillasses en béton carrelées construites pour servir de tables d'accouchement) dans

la salle d'accouchement. Au cours de la garde, trois femmes sont en travail d'accouchement au même moment. Deux sont sur la table d'accouchement et celle se trouvant sur le lit d'hospitalisation a accouché avant les autres. La sage-femme a pris le bébé qu'elle a remis à une aide-soignante pour le laver. La parturiente a reçu le reste des soins par une autre aide-soignante car les deux autres sont entrain de se plaindre elles aussi. Le lendemain vers 7h, le Médecin Coordonnateur, aussi médecin-chef du CSC de Bohicon a fait un tour à la salle d'accouchement pour s'enquérir des nouvelles des activités de la garde. Il y a eu un petit échange entre la sage-femme et le médecin :

- MC : Est-ce que vous avez passé une bonne nuit ?
- SF : Dr, je ne suis pas là pour dormir, nous avons travaillé toute la nuit.
- MC : Combien d'accouchement avez-vous fait au cours de votre garde ?
- SF : Nous avons fait 7 accouchements.
- MC : Il y a eu des référées ?
- SF : Non, Dr.
- MC : Des problèmes à signaler ?
- SF : Non, Dr.
- MC : Je vous souhaite un bon repos.
- SF : Merci Dr.

Vers 8h, la sage-femme a fini sa visite matinale. Toutes les femmes en travail d'accouchement ont été consultées. Il reste à passer la salle à l'équipe qui va monter la prochaine garde. L'infirmière est venue vers 9h30, elle sera le seul agent qualifié avec des aides-soignantes ce jour, parce que sa co-équipière est allée à une formation annoncée le jour même. C'est quand elle est venue au travail qu'elle apprend qu'elle sera seule agent qualifié à la garde. Pendant ce temps, des patientes attendent déjà au dehors sur les bancs. Les aides-soignantes ont pris les constantes et il ne reste que la consultation par l'agent qualifié. Les sages-femmes qui ont fini leur garde sont finalement descendues vers midi pour achever le remplissage des dossiers maternels et les fiches de naissance. Nous avons remarqué que le poupinel (stérilisateur pour la stérilisation du matériel) utilisé par la maternité n'est pas bien fonctionnel, car sa porte est soutenue par des briques et la lumière s'allume à peine, il n'y a plus de réglage.

Quelques récits d'accouchement

Le kit d'accouchement coûte 3500 FCFA. La plupart des femmes interrogées affirment avoir dépensé un peu plus de 3500 francs. Souvent, elles ont acheté des médicaments pour compléter le kit. Dans la salle d'accouchement, la femme enceinte doit fournir un trousseau comportant la bande pour le pansement du nombril du nouveau-né, l'alcool et le coton. En plus de ces produits, il faut prévoir de l'argent pour l'achat des gants. Et pour finir, prévoir des détergents (savon omo, savon palmida, eau de javel, etc.) pour le nettoyage de la salle après l'accouchement. Parmi les femmes interrogées, certaines ont une bonne impression des prestations de sages-femmes, d'autres le contraire. Voici quelques cas illustratifs.

« Les sages-femmes du CM Bohicon sont à féliciter, car elles font bien leur travail. Le samedi 10 mars 2012, j'ai accompagné l'une de mes sœurs enceinte très souffrante et presque en travail au CM. En effet, j'étais allée la chercher au centre de santé d'Ayélawadjè de Cotonou où elle a été premièrement admise. Négligée et laissée sans soins, j'ai pris la décision de l'amener au CM de Bohicon. Arrivée au centre le samedi matin, elle a été très vite prise en charge. Le soir, elle a accouché dans de bonnes conditions. Au centre de santé, en plus des 3500 CFA du kit d'accouchement, la sage-femme a demandé l'argent de gants, le savon palmida, le coton, l'omo, l'eau de javel. Nous avons reçu à notre arrivée une ordonnance de sérum, seringue, des produits et autres. » (A. Y., mars 2012, Bohicon).

« J'ai aussi accouché de mon fils au CM, l'accueil est vraiment bon. Je n'en demanderai pas plus. Le suivi prénatal régulier est souvent accompagné de causeries très enrichissantes et de conseils pratiques (A.G.) »

(Focus group avec six femmes vendeuses de pain au bord de la voie inter-état Bohicon-Parakou, le 13 mars 2012).

« Je ne reproche rien à la prestation des agents du CM Bohicon. Quand j'ai accouché, on m'a demandé de l'alcool, du savon parfumé, de l'omo, de l'eau de javel. Au total, j'ai dépensé 5200 FCFA pour le kit d'accouchement. Après pour la vaccination de mon enfant, j'ai acheté

une carte qui s'élève à 75FCFA à la pharmacie » (E. A., le 13 mars 2012, Bohicon).

« J'ai été marqué par le comportement de la sage-femme qui n'avait pas bien pris soin de ma femme enceinte parce que je n'avais pas gardé suffisamment d'argent pour faire face aux dépenses à la maternité pour son accouchement. Cette négligence est liée à mon état de pauvreté et a conduit mon épouse à perdre l'enfant sous les regards impitoyables des soignantes » (A. D., 13 mars 2012, Zapko Bohicon).

C'est ainsi que la population perçoit la prestation des sages-femmes en salle d'accouchement selon leur expérience. Ceux qui ont les moyens arrivent à s'en sortir alors que les plus démunis éprouvent beaucoup de difficulté dans la prise en charge.

Compte rendu de la journée de planification familiale du 12 mars 2012

Les activités commencent après la cérémonie des couleurs. A 9h, un homme d'un certain âge, accompagné de sa femme, est venu pour l'extraction du norplant implanté à la femme. Le centre ne disposant pas du matériel nécessaire pour l'extraction facile de l'implant, le couple est référé vers le grand centre départemental de planification familiale. La prochaine patiente fut Mme N. avec son bébé. Elle est normalement venue en post-natal, mais la sage-femme chargée de ce service est absente, donc elle est prise en charge par la responsable de la planification familiale. Pour le post-natal, la femme paie 650 FCFA directement à la sage-femme. La sage-femme l'examine et examine l'enfant, l'enfant a le frein de langue, elle a payé 500 FCFA (ce sont des ressources financières qui ne sont pas budgétisées et qui vont directement dans la poche de l'agent qui a fait le travail) pour rompre ce frein de langue. Elle donne à la femme des conseils sur comment tenir le bébé pour l'allaitement maternel et aussi quelques astuces pour le bien-être du bébé et de la femme elle-même. Il y a une solidarité entre les agents d'unités différentes ou même à l'intérieur de la même unité mais avec des tâches différentes. Si les sages-femmes en CPN ne sont pas au nombre pour la journée, les femmes enceintes sont reçues pour la CPN en salle d'accouchement, pour le post-natal en planification familiale, etc.

Une femme, inquiète après avoir eu les effets secondaires de la méthode de contraception pratiquée, est remise en confiance par la sage-femme qui l'a informée des réactions de l'organisme après l'utilisation de cette méthode. D'autres cas arrivent, dont

une dame N. avec son bébé ; le bébé a tellement perdu de poids qu'elle a été référée au CHD de Goho. Un mois et demi après la naissance de leur enfant, un couple choisit une méthode contraceptive.

Les produits de la planification familiale sont cédés par la sage-femme, aucune information n'est affichée sur les coûts en vigueur. Seulement, après avoir appliqué une méthode, la sage-femme demande simplement à la femme de donner une somme dont elle seule connaît l'origine. Ainsi en général, les prix sont les suivants : 100 FCFA pour le test d'urine, méthode injectable 1100 FCFA, méthode orale 450 FCFA, retrait d'implants 2500 FCFA etc.

1.2.3. La politique de gestion des médicaments

Compte rendu des activités à la pharmacie

La pharmacie est subdivisée en deux sections : la section des recettes et celle de l'officine. Pour acquérir les médicaments au centre de santé, la caisse, encore appelée recette, est la première destination du patient quand il quitte son prescripteur. A ce niveau, il présente les ordonnances au commis ou au caissier pour vérification et attestation de la disponibilité des médicaments prescrits, de leur coût et du montant total à payer. Enfin, il se rend à la caisse pour payer la somme et retourne vers l'officine encore appelé pharmacie dans le centre, pour se faire servir les médicaments.

Ce jour, lundi 5 mars 2012, la recette est tenue par un homme en la personne de Monsieur M. G., et la pharmacie par Madame S. Un monsieur faisant partir du personnel, est venu acheter des médicaments, et s'est introduit directement à l'intérieur de l'officine pour se faire servir. Un patient est venu avec son ordonnance et est resté au dehors devant le guichet pour acquérir les médicaments. Ce dernier avait un billet de 5000 FCFA, mais le caissier n'avait pas la monnaie, il a été obligé d'aller au dehors pour chercher la monnaie. Deux femmes enceintes sont passées pour acheter des médicaments usuels comme le fer, la foldine, et l'amoxiciline qui était en rupture. Une mère est passée avec son enfant pour prendre des vitamines qui étaient aussi en rupture. Durant le terrain au CSC, certains médicaments usuels comme coartem, l'erythromine, l'AS 100 mg, l'Oracel Zinc, l'Ampi 1g, le HBB injectable, le chloramphénicol collyre, le Diclo, le Péni V, etc. sont souvent en rupture (Observation, mars 2012).

Le ravitaillement des produits pharmaceutiques

Il se fait sur la base d'un bon de commande adressé à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME). Ensuite, le centre réceptionne, prend enfin le visa des autorités de la CAME pour la facturation. Après cette étape, le décaissement des fonds se fait par le centre pour le paiement de la facture. Après le paiement, la CAME livre les médicaments au centre de santé sur la base de l'autorisation (visa) des responsables. Arrivé au centre de santé, on procède à la réception des produits dans le stock du centre en présence d'un membre du COGECS et l'ampliation du procès-verbal de réception au MCZ et au comptable. Du magasin, les médicaments vont dans la pharmacie de détail avant d'être livrés aux différentes équipes de vente. A ce niveau, la gestion se fait sur la base d'une fiche journalière sur laquelle chaque agent vendeur (commis) doit faire le point de sa vente dans le REMECAR (Registre) à la fin de sa garde. Ceci permet, à partir du REMECAR, de suivre le stock en gros à la fin du mois et d'en déduire le stock restant.

En ce qui concerne la péremption des médicaments, les malades ne sont pas informés sur la question, seul le personnel soignant est informé. Le personnel de la pharmacie s'entend avec les soignants pour l'écoulement des produits dont la date de péremption est proche et les produits périmés sont incinérés. Un exemple récent : l'albendazol suspensif doit périmer à la fin du mois de mars 2012. Ainsi, consigne a été donnée aux soignants de le prescrire pour aider la pharmacie à écouler le produit (Enquête, mars 2012, Bohicon).

Le recouvrement des fonds dans le CSC de Bohicon

Le concept de recouvrement des coûts est l'un des principaux objectifs dans la mise en œuvre des systèmes de santé depuis Alma Ata et l'initiative de Bamako. Les activités du centre de santé de Bohicon ont cessé d'être considérées comme caritatives comme à l'époque coloniale. Désormais, les PTF penchent plus vers une récupération des fonds investis dans le secteur de la santé, même si aujourd'hui, on revient à la gratuité de certains soins de santé. Le CSC de Bohicon vise l'autofinancement des frais de fonctionnement et des médicaments et laisse les dépenses de l'investissement lourd à la charge des PTF et de l'État. Ainsi, au CSC de Bohicon, le recouvrement des dépenses effectuées par le centre de santé passe par la vente directe des médicaments, des carnets, la récupération des coûts des consultations et des prestations.

1.3. Compte rendu des activités à l'hôpital de zone de Comè (la référence et la contre-référence)

La question de la référence et de la contre référence demeure centrale dans le cadre d'un fonctionnement en réseau des formations sanitaires, dans l'esprit de la déclaration de Harare¹⁵. Elle nécessite l'implication et la promptitude de l'agent de santé du centre de santé de premier contact, qui décide du recours au niveau supérieur de soins. Ceci permet au malade de rentrer dans le système et de se conformer aux dispositifs mis en place par la réforme des zones sanitaires. En effet, l'hôpital de zone constitue la première référence de la zone sanitaire et permet aux agents de santé du premier niveau d'envoyer le malade pour une première référence. La contre référence permet d'acquérir de nouvelles connaissances sur la pathologie. La qualité de la référence dépend de l'existence d'un hôpital de zone fonctionnel animé par un personnel technique requis et disponible, d'une ambulance en bon état de fonctionnement pour l'évacuation des malades, et des dispositions prises par le personnel de santé pour renseigner les cas évacués. Ceci se fait par le téléphone si les formations sanitaires fonctionnent vraiment en réseau, ou par une fiche renseignée, la fiche de référence.

Dans le cas de notre étude, c'est la zone sanitaire de Comè seule qui dispose d'un hôpital de zone. L'hôpital de zone peut-être public, confessionnel ou privé. A Comè, il est public et a été financé en bonne partie par la Coopération bénino-belge. Il est situé en bordure de la voie bitumée Comè-Possotomè passant par Akodéha. Il est clôturé, avec une entrée principale et de petites entrées secondaires pour la morgue et les résidences. Les locaux sont tous en matériaux définitifs. Leur état actuel nécessite une réparation et un entretien régulier. Les plaques indicatives des services respectifs de l'hôpital sont presque illisibles. Les toilettes et les douches sont dans un état de dégradation très avancé parfois nuisibles pour les usagers.

¹⁵ La déclaration d'Harare est issue de la réunion interrégionale organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du 3 au 7 août 1987 à Harare (Zimbabwe) sur les stratégies pour renforcer les districts de santé en s'appuyant sur le mouvement de 'La Santé pour Tous' d'Alma Ata (1978).



PHOTO 4 : Toilettes et douches en état de dégradation avancée à l'hôpital de zone de Comè (photo prise le 30 avril 2012 par Nadine Sossouhounto)





PHOTO 5 : Espace réservé aux gardes malades pour le ménage à l'HZ de Comè rempli de mauvaises herbes (photos prises le 30 avril 2012 par Nadine Sossouhounto)

Les services techniques existants dans l'hôpital sont : les Urgences, la Gynécologie-obstétrique (maternité), la Pharmacie, la Médecine, le Laboratoire, le Service social, la Pédiatrie, l'Ophtalmologie, la Maintenance, la Chirurgie, la Radiologie/échographie et la Morgue.

Cette étude s'occupe uniquement du service des urgences, qui accueille tous les cas référés. Ce service lève l'urgence et envoie le patient vers le service technique qui correspond à sa pathologie pour une prise en charge plus approfondie. Les cas de gynécologie-obstétrique arrivés en urgence sont automatiquement transférés à la maternité.

1.3.1. La référence

Cette partie nous permet de faire le compte rendu de quelques faits marquants relevés au cours de notre séjour à l'hôpital de zone de Comè dans le déroulement des activités aux urgences et à la maternité.

Compte rendu des activités de la journée du 30 avril 2012 à l'urgence de l'HZ de Comè

La journée a débuté à 7h50 min par la cérémonie des couleurs dirigée par le chef personnel de l'hôpital : montée des couleurs, exécution de l'hymne national, deux informations passées à la fin. Il y avait un total de sept agents à la cérémonie (personnel

de sécurité, aides-soignants). Aucun agent qualifié n'était de la partie, ni le directeur de l'HZ.

Un enfant amené d'urgence avec une détresse respiratoire, n'a pas pu bénéficier de soins rapides ; il est décédé pour indisponibilité d'oxygène à l'hôpital. A 8h35, un accidenté est arrivé et a été pris en charge par l'infirmière qui lui a fait des sutures, assistée de l'aide-soignant. Le patient n'a pas d'argent sur lui pour acheter les médicaments et les bandes pour le pansement. Les agents l'ont donc laissé en attendant l'arrivée du chauffeur qui a causé le choc. Quelques minutes après, le chauffeur est arrivé avec des agents de police qui ont posé quelques questions au blessé pendant que le chauffeur allait acheter les produits prescrits.

Ensuite, l'infirmière a achevé les soins. L'infirmier de garde est arrivé à 10h au lieu de 9h ; il s'est excusé auprès de sa collègue qui recevait toujours les patients. Un enfant anémié était sous la perfusion depuis la veille. Le matin, le bras perfusé a commencé à s'enfler. L'infirmière qui descendait de garde a demandé aux parents d'attendre l'arrivée de son remplaçant pour voir s'il avait un cathéter. C'est vers 11h30 que l'infirmier de garde a pris l'enfant en charge et leur a prescrit le cathéter. Il a eu beaucoup de mal à trouver la veine de l'enfant. Après plusieurs tentatives, il a pris la veine à la jugulaire. Dans la journée, il y a eu coupure d'eau et les agents de santé ont travaillé sans se laver les mains. Après les soins à l'accidenté du matin, l'aide-soignant n'a pas nettoyé les lieux. Il y a du sang sur le matelas et au sol. Vers 15h, l'aide-soignant a abandonné l'infirmier pour se coucher. Vers 17h, il s'est réveillé pour sortir de l'hôpital.

Les urgences s'occupent aussi de l'accueil et de l'orientation des usagers de l'hôpital. Certains agents rançonnent les malades. Par exemple, le père d'un enfant malade du paludisme nous confie qu'un aide-soignant lui a pris 6000 FCFA pour l'oxygène qu'on a placé à son enfant. Or, l'enfant a moins de cinq ans et doit bénéficier de la prise en charge gratuite du paludisme décrétée par le gouvernement. A son arrivée à 9h05, l'infirmière de garde ne s'est pas préoccupée de prendre service, elle est d'abord allée faire le tour de l'hôpital, laissant celui qui devait descendre continuer le travail. Il a dû l'appeler avant qu'elle ne vienne prendre service. A 15h30, une petite fille de 18 mois nommée B. a été emmenée aux urgences. Elle était anémiée avec une forte fièvre. Après avoir pris les constantes, l'infirmière a fait les prescriptions pour placer une perfusion à l'enfant. La maman se plaignait de n'avoir pas d'argent sur elle, ignorant que sa fille de

moins de cinq ans bénéficie de la prise en charge gratuite du paludisme. Elle a donc laissé l'ordonnance pour aller chercher son mari. Pendant ce temps et voyant que l'enfant s'affaiblissait, l'une des femmes présentes dont l'enfant était aussi hospitalisée a pris l'ordonnance et s'est rendue à la pharmacie. Elle est revenue avec certains produits, mais il n'y avait pas de cathéter à la pharmacie. L'aide-soignant s'est porté volontaire pour aller en acheter en ville, mais le temps qu'il revienne, l'enfant est décédée. Pendant que la petite agonisait, l'infirmière a quitté son poste pour se rendre à la maternité pour bavarder avec ses collègues. C'est le médecin qui est venu constater le décès.

Le médecin de garde a prescrit une ordonnance à un malade dont le parent est allé à la pharmacie pour se faire vendre d'autres produits que ceux prescrits par le médecin. A son retour, l'infirmière et l'aide-soignant n'ont pas vérifié cela ; le médecin est venu voir et s'est rendu compte de l'erreur. Il a pris l'ordonnance et s'est rendu lui-même à la pharmacie pour réclamer, les produits ont été changés. L'infirmière et l'aide-soignant ont dit que cet état de choses était courant. N'eût été l'intervention du médecin, la pharmacie n'aurait pas changé les produits.

Une patiente est arrivée souffrante d'anémie et en pleine crise de paludisme. L'aide a prélevé le sang pour les analyses sans prendre le sang témoin. Lorsque la fille de la patiente est arrivée avec la poche de sang, l'infirmier ne pouvait pas transfuser parce qu'il n'avait pas le sang témoin pour le contrôle. Il a renvoyé la fille vers le laboratoire pour avoir un peu de sang, mais le sang étant encore en analyse, on ne pouvait pas lui en donner. Pendant tous ces va-et-vient, qui ont duré près de trente minutes, la patiente s'affaiblissait de plus en plus. Finalement, l'infirmier a dû prélever encore un peu de sang sur la patiente pour faire le contrôle et la transfusion a été enclenchée (Observation, 20 avril 2012, HZ-Comè, Urgences).

1.3.2. La contre référence

La contre référence est la rétro information donnée par le centre qui reçu un patient référé. Elle consiste à retourner les fiches de contre référence remplies vers les infirmiers et sages-femmes qui avaient référé le patient, avec des remarques et conseils pertinents. Elle fait part aux agents des conditions dans lesquelles le malade a été reçu, précise le diagnostic et renseigne sur la justification de la référence. Pour redynamiser le système de la contre référence et en tirer un meilleur rendement, l'équipe

d'encadrement de zone sanitaire de Comè a mis sur pied un comité de cinq membres pour analyser les atouts et dysfonctionnements actuels. Ce comité est chargé d'améliorer et de mieux asseoir le système. C'est le Dr D. qui a la charge du comité. Le comité tire au sort des fiches de référence, donne son appréciation de la référence et du traitement fait aux référés. Après, le rapport est envoyé au centre auquel la référence correspond. Lors de notre terrain de mai 2012, la dernière contre référence remontait au dernier trimestre de l'année 2011 (Enquête, avril 2012, HZ-Comè).

1.3.3. Compte rendu des faits marquants dans le déroulement de quelques journées à la maternité de l'hôpital de zone de Comè

Un monsieur est accompagné de sa fille enceinte référée du CSC de Comè. Quand le monsieur est venu vers 10h avec sa fille, la sage-femme de garde ne l'a pas vite reçu. Elle lui aurait mal parlé en disant que « deux mains ne font pas deux choses » en langue locale, et le monsieur s'est fâché. Vers 12h30, la sage-femme, en s'approchant de la femme enceinte, s'aperçoit que cette dernière fait une hypertension. La gynécologue fait l'échographie en urgence et demande de préparer la femme pour qu'elle puisse être opérée en toute urgence. En ce moment on se rend compte que le bloc opératoire est occupé, qu'on doit référer la femme enceinte d'urgence sur Lokossa ou sur Cotonou. Le monsieur est devenu furieux. Il s'est insurgé contre les manières de faire. Finalement, le chirurgien de garde lui a demandé de se calmer pour qu'il puisse voir ce qui est possible. Vers 16h15, la femme est conduite au bloc où elle a mis au monde un garçon sans aucune complication.

Tous les centres de santé envoient leurs malades et surtout les femmes enceintes à l'HZ de Comè pour faire l'échographie, ce qui fait qu'il y a souvent du monde. Aujourd'hui, la gynécologue de garde chargée aussi de l'échographie est venue vers 14h alors qu'il y a des femmes qui viennent de loin et qui sont là depuis 7h. Aussi est-il, que tous les cas de césarienne de la ZS sont référés à l'HZ. L'hôpital ne dispose que de deux blocs opératoires et d'un anesthésiste à la garde, c'est pourquoi il n'arrive pas à gérer suffisamment l'affluence des urgences, sans oublier les opérations programmées. Ce jour, quatre femmes attendent pour la césarienne, sans compter les autres interventions chirurgicales en urgence ou programmées (Observation, HZ de Comè, mai 2012).

Compte rendu de la journée du 1^{er}/5/2012 à la maternité de l'HZ de Comè

Vers 9h20, une femme accouchée dans un autre centre de santé, en crise d'éclampsie est amenée d'urgence au bloc, une autre sur la table d'accouchement entrain de pousser sans rien dire au moment où l'attention de tout le personnel était focalisée sur la femme en crise. Entre temps, la gynécologue a demandé à la sage-femme d'aller chercher le tensiomètre pour prendre la tension de la femme en crise. La gynécologue était obligée d'enfiler rapidement un tablier pour prendre le bébé d'une femme sur la table d'accouchement presque sorti. C'était la débandade totale et quand la sage-femme est rentrée dans la salle d'accouchement avec le tensiomètre, la gynécologue a commencé par lui faire des remontrances, oubliant que c'est elle-même qui l'avait commandé. Or, la femme qui vient d'accoucher est séropositive au VIH/SIDA, donc des précautions n'ont pas été prises avant et après l'accouchement. L'infirmière est venue récupérer le bébé pour le laver à grand eau comme l'indique le protocole, mais là aussi, à cause de la coupure d'eau, l'infirmière était obligée de s'accommoder avec le peu d'eau qu'elle a trouvé. Ce matin, il y avait une tension terrible dans le service, la gynécologue qui camouffle son stress et sa panique (surtout par rapport au cas en crise d'éclampsie) en faisant des reproches aux autres agents. Pour la référence du cas de la femme en crise à la maternité, la responsable est obligée de joindre l'ambulancier par son propre téléphone. La journée continue avec des consultations et des échographies par le médecin gynécologue. Entretemps, une femme a accouché naturellement, deux sont conduites au bloc, une qui était là depuis le matin et l'autre référée du CSC Bopa vers l'HZ. Jusqu'à 21h30, il ya deux accouchements naturels et deux césariennes.

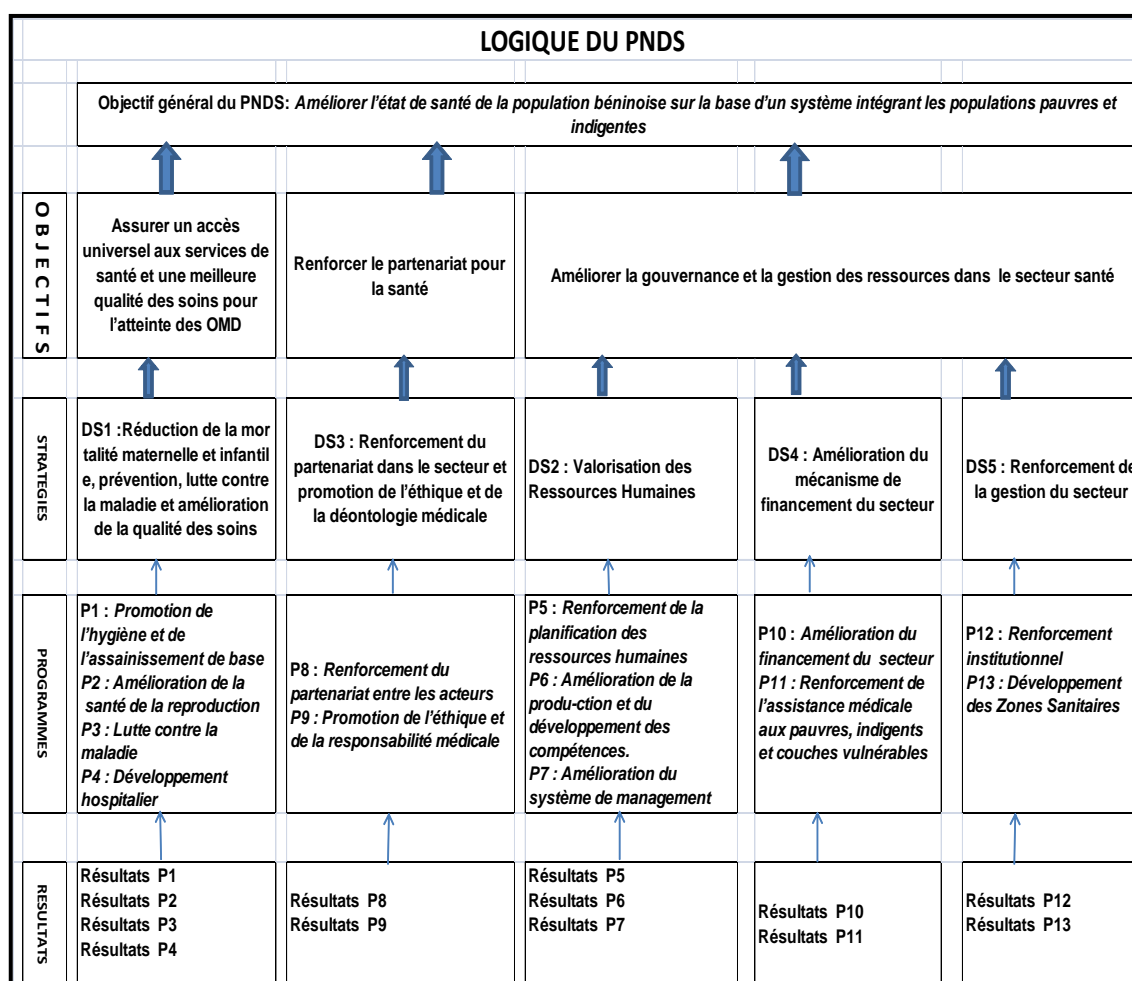
2. Que conclure des faits et actes au quotidien dans les services de santé des ZS de Bohicon et de Comè ?

En guise de conclusion à cette partie, nous pouvons dire que les activités quotidiennes des acteurs renseignent sur les grands problèmes auxquels les formations sanitaires sont confrontées. Elles renseignent aussi sur les efforts faits par les acteurs dans le déroulement de leurs activités dans des contextes quelque peu difficiles. En effet, observer et rendre compte du quotidien dans les formations sanitaires permet de mettre l'accent sur des carences et des dysfonctionnements qui affectent la qualité des prestations. Nous avons sélectionné nos observations et entretiens en vue de souligner

ces problèmes. Ceux-ci sont perceptibles à plusieurs niveaux dans les structures sanitaires, surtout au niveau des infrastructures sanitaires, du matériel médical, de la gestion des médicaments et dans les relations entre les personnels de santé eux-mêmes et entre eux et les patients. On constate ainsi des problèmes quasiment sur tous les piliers du système de santé (OMS, 2007).

Si le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) traduit la volonté des acteurs du gouvernement, à travers son Ministère de la Santé et des partenaires techniques et financiers, d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations, alors ce plan ne semble pas tenir suffisamment compte des réalités du niveau opérationnel. La zone sanitaire est l'entité la plus décentralisée du système de santé. Elle est aussi le niveau d'exécution opérationnelle des programmes de santé en vue d'atteindre les résultats du PNDS. Pourtant, force est de constater le peu d'intérêt et de priorité qui lui sont accordés. Le PNDS est structuré en treize programmes, tous mis en œuvre au niveau des zones sanitaires sans que ces dernières aient les moyens matériels et techniques suffisants. Ce qui justifie que le programme afférant au développement des zones sanitaires soit placé au 13^{ème} rang sur les treize programmes définis par ordre de priorité dans le PNDS. Le graphisme qui suit montre le récapitulatif de la logique du PNDS 2007-2016.

GRAPHISME 2 : Logique du PNDS



Source : PRPSS, 2012

La réussite de la mise en œuvre du cadre théorique du PNDS est plus orientée vers le succès des options structurelles que vers les acteurs, surtout au niveau opérationnel. Si ces options structurelles constituent la clé de l'atteinte de l'objectif du PNDS, les acteurs impliqués dans sa mise en œuvre doivent être tout au moins informés de son contenu. Toutefois, les acteurs sur le terrain ignorent le contenu du cadre théorique du PNDS et agissent sur le terrain compte tenu du niveau de la demande, de la formation reçue dans les écoles, de l'expérience acquise tout au long de leur carrière, des formations continues, des relations de pouvoir et des jeux et enjeux prévalant sur place. Parmi les dysfonctionnements constatés dans le déroulement quotidien des activités sur le terrain, nous pouvons citer entre autres : le mauvais accueil qui entraîne la faible fréquentation des formations sanitaires, le rançonnement des patients, la vente parallèle des médicaments, la faible mise en application des protocoles et des consignes, la domination des chefs (la loi du plus fort, qui cherche toujours un bouc émissaire parmi

les plus faibles que lui); le retard dans le partage des dotations; le détournement des rôles. Et pour finir, le manque de sensibilisation des populations cibles en amont des activités de planification familiale, des mesures de prise en charge gratuite de certains soins et le mauvais remplissage des dossiers médicaux, etc.

**TROISIEME PARTIE : FONCTIONNEMENT DES ZONES SANITAIRES ET
STRATEGIES DES ACTEURS**

La stratégie des acteurs représente leur position, leur parti dans le jeu. Les stratégies des acteurs sont fonction de leurs intérêts mais aussi de leurs ressources. Les ressources peuvent prendre la forme de savoirs, d'une expertise, d'un statut, d'une légitimité, etc., dépendamment des perceptions des différents acteurs (Klijn et al. 1995).

Chapitre V : L'organisation et la planification des activités comme une invention quotidienne des professionnels de santé dans les formations sanitaires

Le système sanitaire des deux zones sanitaires fonctionne sur la base de normes officielles et officieuses de l'offre des services de soins de santé. Ces différents types de normes impliquent : la division du travail et la répartition des tâches, le temps de travail journalier, la définition des statuts et des rôles, la définition des fonctions, le système hiérarchique, la communication, le système de contribution-rétribution. L'organisation du système sanitaire n'est pas figée, mais elle est inventée quotidiennement par les acteurs en jeu à travers les interactions à l'œuvre. Elle émane également de la planification des activités, la production des rapports, la tenue des réunions et les instruments de suivi et d'évaluation des activités etc. (Enquête, ZS Comè et Bohicon, 2012).

1. L'organisation de l'offre des soins de santé

L'organisation des soins de santé au niveau des formations sanitaires de notre étude se base plus sur des dimensions sociales et culturelles que sur des dimensions professionnelles et normatives. Les acteurs, compte tenu de la situation et de l'enjeu, créent leurs propres normes et les documents édités pour le suivi des normes officielles nationales et internationales restent dans les tiroirs, sont méconnus par la plupart des acteurs du système et ne servent pas toujours dans la recherche de la qualité des prestations de soins.

1.1. La division du travail et la répartition des tâches

Dans les formations sanitaires, la hiérarchie définit les tâches en fonction du profil de chaque agent de santé. Ce dernier essaie d'appliquer les directives à sa manière. Le pouvoir est fortement concentré au niveau de la hiérarchie, vers lequel remontent tous les problèmes dont la solution n'est pas prévue par la routine. Dans les centres de santé basés sur l'offre des soins de santé primaires, c'est le major (infirmier du dispensaire) qui est le premier responsable après le médecin-chef. En absence du médecin-chef, le major reste le chef du centre. Il organise et supervise les prestations du centre de santé. Ceci ne reste pas sans heurt, nous y reviendrons dans les chapitres à venir. Au cas où le centre dispose d'un médecin-chef, ce dernier reste le seul prescripteur à tous les niveaux. Il supervise les activités du centre et rend compte au Bureau de zone sanitaire. Au CSC Bohicon par exemple, selon le major :

« Chaque agent possède une description des tâches au dispensaire, en dehors des équipes de gardes, il existe une équipe d'assurance-qualité qui s'occupe des cas de paludisme » (Entretien, 2012, CSC Bohicon).

Mais cette description des tâches n'est pas affichée au CSC. Par contre, au CSC de Bopa, des descriptions de tâches que voici, pour les infirmiers et les aides-soignants, signées par l'ancien médecin-chef et les acteurs concernés, sont affichées.

Encadré 3 : Tâches de l'aide-soignant au centre de santé de Bopa

- Accueillir et orienter les clients
- Exécuter les séances d'IEC avec les malades tuberculeux sous la supervision de l'infirmier de garde
- Superviser la prise des médicaments par les tuberculeux
- Prendre les constantes (température, tension, poids) lors des consultations
- Faire le pansement
- Aider l'infirmier lors des consultations et des soins
- Installer les clients sur la table de consultation
- Faire la consultation et procurer les soins aux clients en l'absence de l'infirmier de garde
- Assurer l'entretien de la salle d'hospitalisation
- Faire les vaccinations en stratégies avancées et fixe
- Décontaminer, laver, sécher, stériliser et ranger le matériel médical et technique sous la supervision de l'infirmier de garde
- Faire l'entretien et le nettoyage des locaux du dispensaire (sol, mur, plafond, portes)
- Nettoyer les mobiliers du dispensaire
- Vider et nettoyer bassins et poubelles
- Participer aux stratégies avancées en vaccination
- Collaborer avec les autres agents du centre

Ont signé :

Dr Vigile DODOO

Victor

HOUEDANOU

Médecin-chef

Aide-soignant

Tâches de l'infirmier

- Organiser et planifier les activités de prise en charge des malades tuberculeux
- Élaborer les rapports statistiques B5-b du dispensaire
- Élaborer les rapports statistiques trimestriels du CDT
- Gérer le stock détaillé des médicaments antituberculeux
- Effectuer les activités de soins préventifs, promotionnels et curatifs
- Participer aux activités de stratégies avancées en vaccination
- Participer à la distribution de vivres aux malades tuberculeux

Ont signé :

Dr Vigile DODOO

Bèwa

Médecin-chef

Infirmier

L'encadré 3 montre que la hiérarchie donne beaucoup de prérogatives aux paramédicaux. Les tâches sont multiples mais l'acteur choisit ce qui l'arrange. Même étant affichées, les tâches ne sont pas rigoureusement exécutées par les agents. Il existe un grand écart entre ce que la hiérarchie demande et ce qui se fait sur le terrain.

A l'hôpital de zone de Comè par contre, ce sont les diplômés qui définissent les statuts. L'organigramme définit plus des fonctions que des tâches, et chaque agent peut définir en partie son rôle en fonction de sa personnalité et de ses compétences.

1.2. Le temps de travail journalier

Le temps de travail n'est pas figé et dépend du nombre d'agents qualifiés disponibles dans les centres de santé. Presque tous les services de maternité et de dispensaire des centres de santé fonctionnent sous le système de garde et de permanence. Le système de garde consiste à passer 24h de service pour 48h de repos, ou 48h de service pour 48h de repos, ou encore 72h de service pour 72h de repos. C'est un système qui n'est pas standard et dépend de l'organisation interne des agents dans un consensus général. Au dispensaire du CSC de Bohicon, les gardes se déroulent avec huit (8) équipes qui se relaient 2 fois tous les 24h. Sur les neuf (9) infirmiers que compte le centre, huit (8) constituent les différentes équipes de garde. Chaque infirmier de garde se fait entourer de quatre (4) aides-soignants. Le neuvième infirmier fait la permanence, s'occupe de la vaccination et de la prise en charge de la tuberculose, et travaille souvent de 8h à 14h.

A la maternité, le service de CPN, de Planification Familiale et de post-natal fonctionne sur le système de permanence. Les activités commencent après 8h et se terminent avant 15h. La salle d'accouchement est sous le système de garde, 24h de service, 24h de repos. Une sage-femme, une infirmière (ou deux agents qualifiés) et deux aides-soignantes prennent à chaque fois la garde.

A l'hôpital de zone de Comè, on observe également le système de garde dans tous les services : 24h de garde, 48h de repos. C'est seulement à la maternité qu'une sage-femme (près de la retraite) fait la permanence de 8h à 14h pour la consultation prénatale, mais elle est souvent sollicitée pour les gardes quand il y a absence de personnel qualifié dans l'équipe de garde.

1.3. La définition des statuts et des rôles

Nous avons constaté que les tâches attribuées aux acteurs dans les formations sanitaires sont plus ou moins définies. Mais pour jouer son rôle, chaque acteur accomplit cette tâche d'une manière particulière. Dans la zone sanitaire de Bohicon, l'entretien avec une sage-femme nous permet de comprendre la façon dont l'ancien médecin coordonnateur, jouait son rôle par rapport à son statut et comment le nouveau s'y prend. Elle affirme :

« L'ancien médecin coordonnateur de zone est comme un « papa social », parce qu'il était large avec tous. Ce qui entraînait un sentiment de paresse généralisé à tous les niveaux. Même quand un agent commet une faute, il l'appelait et lui reprochait ce qu'il a fait de mal, puis après,

rien. Car il estimait que tout le monde est grand et peut-être soit un père de famille soit une mère de famille.

Mais avec le nouveau, il y a eu un changement radical. Tout le monde a désormais quelque chose à faire et a l'obligation de compte rendu. Depuis son arrivée, tout le personnel est mis au travail. Il a réussi à responsabiliser tout le monde. D'ailleurs, il y a beaucoup de choses qui se faisaient au temps de l'ancien, qui ne se produisent plus aujourd'hui. La preuve en est qu'hier, on a cessé de calculer les indicateurs, mais aujourd'hui, tout a repris de plus bel. Il en est de même, pour les réunions hebdomadaires» (Mme B., 16 mars 2012).

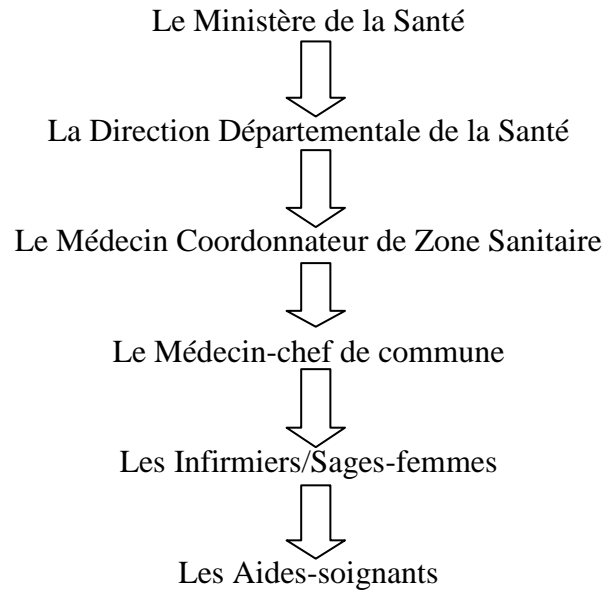
Dans les formations sanitaires, chaque acteur fait son expérience personnelle et juge différemment l'importance des différentes tâches contenues dans la définition de sa fonction.

Nous avons observé dans le CSC de Bopa que les aides-soignants prenaient carrément la place des infirmiers sous le regard bienveillant de ces derniers. Par exemple, le vendredi 20 avril 2012, une femme qui avait subi une césarienne, est venue pour son pansement et c'est l'infirmier même qui a donné l'ordre à l'aide-soignant de lui faire le pansement.

Chaque acteur, selon son statut, fait son choix et c'est dans ce sens qu'il participe en bien ou en mal au fonctionnement du centre.

1.4. Le système hiérarchique

Sur le plan national, le système hiérarchique part du Ministère de la Santé (MS) ; au niveau départemental, nous avons le Directeur Départemental de la santé (DDS) et au niveau local, l'Équipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) dirigé par le Médecin Coordonnateur de zone sanitaire (MCZS). En effet, le DDS reçoit les ordres du MS. Le MCZS reçoit les ordres du DDS. Le médecin-chef de commune coiffe tous les centres de santé de sa commune et rend compte au MCZS. Nous nous retrouvons dans une démarche « top down » contrairement à ce que la politique de district propose. Schématiquement nous avons :



Au niveau du CSC de Bohicon, le problème hiérarchique ne se pose pas vraiment. Le bureau de zone est logé dans le CSC et le MCZS qui est aussi le médecin-chef du CSC de Bohicon, reste le seul responsable du centre. Mais au niveau de chaque service, un responsable communément appelé major au niveau du dispensaire et sage-femme responsable au niveau de la maternité est désigné, souvent compte tenu de l'ancienneté et de la compétence de l'intéressé pour assurer la coordination et le suivi des activités et surtout la compilation des rapports mensuels des activités.

À l'hôpital de zone de Comè, le problème hiérarchique se pose entre le MCZS et le Directeur de l'HZ. Le MCZS estime que le Directeur de l'HZ n'aime pas partager l'information par rapport à la gestion de l'HZ. Mais pour le Directeur de l'HZ, le MCZS, autant que lui, est nommé par décret ministériel, ils ont le même statut, ils appartiennent tous à l'EEZS, par conséquent, il n'a de compte à rendre qu'à son chef hiérarchique qui est le Ministre de la Santé à travers sa direction technique. Les services de l'hôpital de zone disposent des chefs de service (médecins spécialistes) qui assurent la coordination des activités avec la collaboration des majors responsables de service (infirmier ou sage-femme).

1.5. La communication

La question de la communication reste cruciale dans les formations sanitaires. L'information ne circule pas et est surtout gardée au niveau de la hiérarchie. Par rapport à la diffusion des informations venues du Ministère, surtout des informations afférentes

à l'intervention des PTF et à la gestion de la carrière des agents, ces derniers sont toujours mis au courant à la dernière minute. Ils n'hésitent pas à désertir les postes pour aller chercher un document, déposer un dossier au Ministère à Cotonou, ou à aller à une formation. La collaboration entre les services dans les formations sanitaires reste difficile. Les agents ne disposent pas de moyens de communication modernes pour passer l'information. Pour donner ou avoir une information sur un cas dans un autre service, l'agent est obligé de laisser son poste pour se rendre dans le service concerné.

Dans la zone sanitaire de Comè, pour parer à cette situation, le projet « PAZS Comè II » financé par les Belges a mis une flotte¹⁶ à la disposition des formations sanitaires. Cette flotte facilite la fluidité de la communication entre les agents et les services. Nous avons constaté sur le terrain que certains responsables gardent les téléphones portables sur eux au lieu de les laisser à la disposition du service. Il y a aussi le problème du non paiement des factures qui ne permet pas d'utiliser à tout moment les téléphones portables. Il est fréquent de constater que les médecins utilisent leurs propres moyens de communication pour référer un cas sur Lokossa ou au CNHU, ou encore pour solliciter l'aide d'un collègue ou d'un autre service.

De manière générale, la communication entre les acteurs dans tous les sens est remplie de commérages, de méfiance, de susceptibilités et de suspicions.

1.6. Le système de contribution-rétribution

Dans les formations sanitaires, il existe trois catégories de salariés. Les agents permanents de l'État et les contractuels de l'État qui sont payés directement par le Trésor public ; les contractuels communautaires qui sont payés par le financement communautaire ; et une troisième catégorie financée par les PTF. Les trois régimes d'employeur ne sont pas harmonisés, ils distribuent des rémunérations différentes. En outre, aucun lien n'est rigoureusement établi entre les postes occupés par les employés et le niveau du salaire donné par l'employeur. Seulement, tout se joue autour des grilles et des conventions définies par l'État compte tenu du niveau d'études et d'ancienneté des agents. Selon les agents, les salaires reçus ne sont pas à la hauteur du travail abattu dans les formations sanitaires, c'est-à-dire de ce qu'ils qualifient de « juste rétribution ». Ils précisent que les modalités d'augmentation et de progression ne sont pas effectives

¹⁶ C'est un système de mise en réseau des téléphones au sein d'une structure sanitaire pour faciliter la communication et le partage des informations.

en fonction de l'ancienneté et ou du mérite comme le stipulent les textes. Ils ajoutent que la gestion des ressources humaines est mal faite dans la fonction publique en général et au niveau du secteur de la santé en particulier.

A chaque poste de responsabilité correspond une prime jugée dérisoire par les agents. Les tours de garde sont récompensés par des primes jugées ridicules par les bénéficiaires. Cette prime s'élève à 1000 FCFA par garde dans le centre de santé de Grand-Popo. Les agents chargés d'un programme vertical ou d'une activité des PTF, par contre, reçoivent une prime afférente à ces activités. Cette prime suscite un engouement des agents pour ces activités qualifiées d'opportunités pour « arrondir » les fins du mois.

2. La planification des activités dans les deux zones sanitaires

La planification des activités dans les deux zones sanitaires se fait à partir des documents nationaux tels que le PNDS, le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) et le Plan Triennal de Développement (PTD). L'EEZS de chaque zone sanitaire suit les axes définis par le Ministère de la Santé pour définir à son tour les axes des zones sanitaires. Ainsi, la zone sanitaire élabore un Plan de Développement Sanitaire pour une durée de trois ans. Pour l'élaboration du PTD de la zone sanitaire, les acteurs utilisent deux sources d'informations : les activités et objectifs définis par la zone elle-même, et ceux des PTF de la zone sanitaire. Pour la planification interne, au début de chaque année, une planification des activités est élaborée par le responsable de la formation sanitaire (sur la base des besoins réels exprimés par chaque service du centre de santé) et transmise au MCZS pour l'élaboration du budget de la zone sanitaire. Toutes ces micro-planifications recueillies sont compilées au niveau du bureau de zone. L'équipe cadre procède à la priorisation des activités afin de se conformer aux orientations nationales. Il faut signaler que les besoins des services ne sont pris en compte qu'à 30% après la priorisation des activités. Car ce qui est prioritaire pour les agents ne l'est pas toujours pour la hiérarchie, ni pour les PTF (Enquête, mai 2012).

Pour le MCZS,

« Les arbitrages de la zone portent souvent sur des situations comme l'achat d'une nouvelle moto pour un centre de santé et non sur des

priorités pouvant bénéficier à la population toute entière » (Enquête, mai 2012, ZS de Comè).

A la fin de ce processus, les données sont versées pour le compte du PTD de la zone. Nous avons constaté que les micro-planifications des formations sanitaires ne sont rien d'autre que le budget. La micro-planification se fait au début de chaque année et la programmation des activités à la fin de chaque mois. Les besoins de la micro-planification seraient pour la plupart du temps respectés. L'introduction de nouvelles activités en dehors de celles prévues par les micro-planifications ne sont pas systématiquement pris en compte.

Dans la zone sanitaire de Bohicon, en ce qui concerne les PTF présents, surtout l'UNICEF et le PISAF, selon le MCZS,

« Les activités proposées par les PTF sont conformes aux axes et orientations du PNDS et du PTD national. Il faut noter que l'UNICEF donne ses prévisions d'activités sur deux ans. Ils ont un paquet d'activités qu'ils nous soumettent. Nous faisons la sélection des activités qui nous intéressent et nous procédons à la rédaction des termes de référence. A la suite de cela, ces activités sont intégrées dans notre PTD » (Enquête, CSC Bohicon, 2011).

Le MCZS nous confie également :

« Il est arrivé que nous renoncions à des activités proposées par les partenaires techniques. Il y a par exemple l'UNICEF qui impose une activité de construction de latrine à dalle sans plafond. C'est un ouvrage à construire et dont il faut justifier les ressources en trois mois rigoureusement avec la participation de la communauté.».

« Il y a également un processus de planification par le bas qui est en cours dans la zone sanitaire de Bohicon et à Savè. C'est très contraignant et sa valeur ajoutée est faible. Cela ne nous arrange pas dans l'immédiat. On enregistre également beaucoup d'interférences et des perturbations dans l'exécution de notre plan. Nous ne planifions plus de formation comme activité, nous nous conformons juste à la planification en formations des PTF. Par exemple, la semaine dernière, le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) a débarqué avec une autorisation du Ministère de la Santé pour faire une formation sur le

paludisme, mais cela ne constitue plus un besoin en formation pour le centre de santé».

« Nous disposons, pour la planification et le rapportage, des canevas conçus par le niveau national. Ces canevas tiennent compte des domaines et des axes du PNDS. Mais nous ne maîtrisons pas toujours les axes ou les domaines sous lesquels il faut ranger nos activités. Ainsi, on finit par avoir des domaines « fourre-tout ». C'est une classification approximative que nous faisons sans que la DDS ne nous fasse le retour» (Enquête, 2011, CSC Bohicon).

Dans la zone sanitaire de Comè, au début de chaque année, les centres de santé procèdent à une planification ascendante pour présenter leurs besoins à la zone pour l'élaboration du budget. Après cette première phase, une planification descendante est faite par la zone après la validation de la première planification, qui prend en compte les priorités de la zone et les activités des PTF. Celle-ci permet d'intégrer l'apport des PTF à la première planification.

L'hôpital de zone quant à lui se base sur le budget programmé pour définir ses priorités. La programmation des activités des services techniques est annuelle. La micro-planification de chaque formation sanitaire est envoyée à la zone pour la compilation en une planification générale de la zone.

Notons que souvent, il y a interférence entre les activités planifiées par le centre de santé et les activités qui viennent du ministère ou de la DDS. Le médecin coordonnateur nous confie ce qui suit :

« À partir de demain, une activité est initiée par la DDS sur trois jours. La DDS leur a notifié qu'ils sont attendus à Grand-Popo pour trois jours sans leur parler d'avance de l'ordre du jour » (M. J. K, 16 octobre 2011).

3. L'élaboration des rapports dans les formations sanitaires

Le rapport d'activités est mensuel et transmis au centre de santé de la commune avant le 5 du mois suivant. Il y a plusieurs formats de rapports. La fiche de rapport mensuel sur la GATPA permet de mentionner le nombre total d'accouchements, le nombre d'accouchements avec GATPA, combien de cas de complications, combien de

transfusés sanguins, etc. Le support de collecte de données mensuelles sur le VIH/Sida et les IST ; le relevé épidémiologique mensuel des centres de santé ; le récapitulatif de la prévision des recettes de l'année en cours ; le rapport des activités de vaccination ; l'inventaire du stock des vaccins ; le rapport mensuel de surveillance et logistique PNLPI (rapport sur les maladies à potentiel épidémiologique) ; le rapport financier mensuel ; la fiche de transmission des rapports de monitoring du PEV ; les registres et cahiers.

La maternité et le dispensaire disposent de plusieurs documents: le cahier d'IEC ; le cahier de Consultation Périnatale 1, 2, 3,4 ; le cahier de Consultation Postnatale ; le registre d'accouchement ; le cahier d'hospitalisation pour les accouchées ; le cahier d'offre intégrée de service ; le cahier de planification familiale ; le cahier des MST; le registre Santé Maternelle et Infantile (SMI); le registre de soins curatifs pour le dispensaire ; le registre de vaccination (en stratégie avancée et en stratégie fixe). Tous les rapports sont produits par la maternité, à l'exception des rapports de vaccination, PILPE et financier qui sont produits par l'infirmier.

Les supports de ces différents rapports sont fournis à l'avance à l'équipe du centre. Il s'agit des fiches à renseigner : B-R renseigne sur les soins curatifs et prend en compte 38 affections, C6 renseigne sur les activités de la maternité, A25 renseigne sur l'inventaire des stocks de vaccins, A12 renseigne sur le point financier, PNLPI renseigne sur la lutte contre le paludisme, CTA nouvelle formule pour faire le point physique de la gestion du produit, PCIME renseigne sur la PCIME communautaire, le registre de pointage journalier des activités du PEV renseigne sur le décompte journalier des vaccins. Tous les rapports sont mensuels sauf le PILPE. Ils sont envoyés au niveau du CSC où la synthèse est faite. Ensuite, il est transmis au bureau de zone qui l'envoie à son tour à la DDS, enfin au Ministère de la santé. Il est élaboré un rapport des activités par trimestre. L'équipe nationale descend sur le terrain pour la validation des rapports. Ces rapports ne sont pas narratifs, mais ne comportent rien que des fiches à renseigner. Un diagramme est élaboré par trimestre pour l'auto-évaluation.

Les agents de santé rencontrent des difficultés dans le remplissage de ces multitudes de supports à renseigner, surtout les jours d'affluence. Ceci peut avoir des conséquences sur la qualité des données fournies, la complétude des rapports et la validité des indicateurs de santé calculés à partir de ces données.

4. Les réunions

Dans les zones sanitaires, une Assemblée Générale a lieu par an pour débattre des activités de chaque centre et des problèmes liés à la fréquentation. Cette assemblée réunit le personnel du centre de santé et les membres du COGECS.

Au niveau de la zone sanitaire de Bohicon, il y a les réunions statutaires de l'EEZS et les réunions de l'équipe d'amélioration de la qualité (EAQ). Les réunions de l'EEZS se tiennent tous les mois. Elles traitent du point d'exécution des activités planifiées, du taux de réalisation, du point de mise en œuvre des recommandations, de la planification du mois prochain, des recommandations pour le mois prochain. Les réunions de l'EAQ sont exigées par le PISAF et se tiennent par quinzaine pour le calcul des indicateurs ainsi que pour l'organisation des supervisions EAQ. Cette rencontre constitue une occasion donnée à chaque agent de faire part de ses difficultés, de partager des expériences et de définir des stratégies pouvant améliorer les services délivrés par la maternité et le dispensaire. Une réunion du Comité de Direction (CODIR) est organisée une fois par mois. Elle réunit les responsables des différents services du CSC, ainsi que ceux des autres centres périphériques de la commune. Au cours de cette réunion, chaque chef de poste et chaque sage-femme responsable de maternité de tous les centres de santé, autour de leur médecin-chef, présentent leur rapport d'activités mensuel. Des réunions extraordinaires sont organisées pour passer des informations urgentes.

Nous avons eu l'occasion d'assister à quelques réunions dans la zone sanitaire de Bohicon, dont voici l'ethnographie de deux :

Le jeudi 31 mars 2011, a eu lieu au bureau de zone, la réunion de l'EEZS. Six (6) membres sont présents à la réunion. L'Ordre du jour est articulé en quatre points à savoir :

1. Lecture et amendement du dernier rapport de réunion de l'EEZS ;
2. Point de l'exécution des recommandations issues de la dernière réunion de l'EEZS ;
3. Programmation des activités de l'EEZS pour le mois d'Avril 2011 ;
4. Divers.

Après la lecture et l'amendement du rapport de la réunion antérieure, le deuxième point a révélé que six (6) recommandations des neuf (9) retenues à la dernière réunion ont été mises en œuvre. Pour le troisième point comme activités, il a été prévu la formation des responsables d'EAQ de la zone sur le paquet intégré des collectifs collaboratifs du 05 au

08 avril 2011 à Bohicon à raison de deux (2) responsables par CS dont un par session. Après la réunion une collation a été prise par les participants.

Une réunion de l'EAQ, s'est tenue le 15 avril 2011, au CSA de Zoukou. Les participants sont au nombre de sept (7), la sage-femme responsable de la maternité, le chef poste (major du dispensaire), 4 aides soignantes et le pharmacien. Les points inscrits à l'ordre du jour, tournent autour de la restitution de la formation sur le calcul des indicateurs (paquet intégré) des collaboratifs SONU, GATPA, PE/E, PTME, PF, Paludisme, GRH, mutuelles de santé. Les éléments essentiels discutés pour chaque point inscrit sont les suivants :

- Le contenu du paquet
- Le livre journal
- Remplissage correct des outils
- Cahier OIS, IEC, PE/E
- Rappel des 3 éléments du GATPA
- Elaboration d'un diagramme de processus
- Décisions prises en termes d'actions à mener, par qui ? Et quand?
- Redynamisation de l'EAQ

Au cours de la réunion, chaque agent donne son avis sur chaque point. C'est aussi une occasion qui permet aux responsables des services de ramener à l'ordre les aides soignants qui ne font pas bien leur travail. A la fin des discussions quelques recommandations ont été faites et retenues par les participants, à savoir : respecter la date des réunions de l'EAQ et l'implication effective de tous les membres de l'EAQ dans les activités. A la fin des discussions, la date de la prochaine réunion a été arrêtée et le point de discussion va concerner le monitoring du mois d'Avril.

Dans la zone sanitaire de Comè, il est tenu tous les mois la réunion de l'EEZS. Ces réunions sont planifiées sur toute l'année. L'interférence avec d'autres activités et la question de la disponibilité des acteurs ne permettent pas toujours de les tenir. Le Comité de Santé (COSA) tient sa réunion statutaire tous les semestres. Des réunions extraordinaires sont tenues à cause de certaines situations qui se présentent. Rappelons que les réunions sont rares et se tiennent quand il y a problème. Certains acteurs se concertent de façon informelle pour discuter de leurs préoccupations. Le personnel des formations sanitaires se réunit chaque 5 du mois. Cette réunion permet de faire le point des activités, la restitution des monitorages, et de passer des informations.

A l'hôpital de zone, un CODIR est organisé une fois par mois en présence des chefs de services techniques, le directeur et son staff. Une séance ordinaire est également organisée au cours de l'année et consacre l'évaluation de l'exécution du budget à mi-parcours. La session budgétaire, quant à elle, réunit le directeur et les membres du Conseil de Gestion élu.

Le fonctionnement des formations sanitaires interpelle sur la construction organisationnelle à l'œuvre et les contraintes rencontrées. Ce système fonctionnel renseigne sur la manière dont les normes techniques et professionnelles de la santé sont articulées avec les réalités socioculturelles professionnelles et économiques des agents de santé.

Chapitre VI : Le climat organisationnel au regard des programmations sanitaires

Le climat organisationnel des formations sanitaires est complexe et présente une multitude de dysfonctionnements organisationnels. Ces dysfonctionnements engendrent des comportements qui renseignent sur l'ensemble des valeurs, normes, croyances et pratiques qui ont des significations partagées par les acteurs en interactions. La culture organisationnelle est facteur de cohésion ou de déviances.

1. Les formes organisationnels à l'œuvre

La construction organisationnelle du travail dans les formations sanitaires des zones sanitaires de Bohicon et de Comè est basée sur des normes formelles et informelles. Dans le contexte de notre étude, les normes informelles émanent des activités quotidiennes des acteurs, elles constituent un ensemble de particularités représentatives propres aux agents de santé et tendent à prendre le dessus sur celles formelles. Dans tous les pays, le système sanitaire est régi par des textes réglementaires qui fixent les dispositions organisationnelles, structurelles et pratiques. Mais au Bénin, le système de santé à la base subit le relâchement de l'autorité de l'État surtout par rapport aux normes des pratiques. Ces dernières constituent l'invention des acteurs et s'éloignent pour la plupart du temps des règles établies. Une analyse anthropologique de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest montre comment les acteurs se débrouillent sur le terrain. Pour l'auteur :

« L'organisation du travail correspond toujours à une sorte de négociation entre une organisation formelle des tâches et un ensemble d'expériences construites au fil des jours. Il s'agit toujours d'une sorte « d'intertextualité » entre divers segments professionnels et d'une conjugaison instable de contraintes techniques et de vouloirs d'acteurs. Mais, dans les services où nous travaillons, l'usage et l'invention précèdent toujours une certaine réflexivité, et partout, pour le dire simplement, « on se débrouille comme on peut » (Jaffré, 2009, pp. 32-33).

Les formations sanitaires constituent des arènes où les interrelations systématiques entre les différents systèmes locaux de relations sociales deviennent signifiantes (Joan, 1978) et donnant lieu à des formes d'organisation axées sur les acteurs et sur le système. Ce qui fait que dans cette arène, plusieurs constructions organisationnelles s'affrontent, dont nous décrivons les principales caractéristiques ci-dessous.

1.1. La bureaucratie

La bureaucratie constitue un fait qui a interpellé plusieurs sociologues des organisations. Au Bénin la bureaucratie met en exergue un appareil de l'État constitué de fonctionnaires permanents, contractuels et autres organisés hiérarchiquement et qui dépendent d'une autorité qui est le Médecin-Coordonnateur de Zone Sanitaire dans ce

cas. En théorie, c'est une bureaucratie très centralisée, mécaniste et de planification rigide qui ne permet pas de se rapprocher effectivement de la population à la base, afin de trouver des solutions endogènes pérennes aux problèmes de santé qui se posent à elle. Elle est conçue sur la hiérarchie. Le système est tel que la seule existence des documents issus de la planification satisfait déjà aux conditions bureaucratiques. Mais dans la pratique, loin d'être un mode d'organisation impersonnel et efficace avec l'application de règles communes à tous comme le stipule Weber (1965), elle est plutôt remplie d'aléas qui entravent son efficacité. Lorsque, Merton, dans les années 70, soulignait que l'organisation bureaucratique entraîne des conséquences secondaires inattendues contraires à ses objectifs et à ses principes (Merton, 1965), on était loin d'imaginer que les zones sanitaires du Bénin seraient un champ privilégié d'application de ses propos. Cette analyse met en exergue, le fait que, l'organisation est comme un système social où les dimensions formelles interagissent avec les dimensions informelles. Ceci est illustré par ces quelques propos d'acteurs du système :

« Nous sommes au Bénin, et c'est comme ça que ça se passe » (Entretien, 23 avril 2012, CSC Bopa).

« Si dans un système, les gens marchent avec la tête, tu le fais aussi, sinon tu deviendras la risée de tout le monde. Seul, tu ne peux rien changer » (Entretien, 26 mai 2012, CSC Grand-Popo).

« Chaque agent se débrouille à sa façon. Les règles sont là, mais personne ne les respecte » (Entretien, 26 mai 2012, CSC Grand-popo).

Le système bureaucratique à la base se présente comme un ensemble incohérent de structures, où les conduites observées résultent beaucoup plus d'initiatives individuelles que de comportements régulés par les normes administratives (Jaffré, 2009). Les comportements des acteurs ne sont pas standardisés et les règles bureaucratiques ne sont pas « sacrées ». L'État initie des réformes et des programmes que les zones sanitaires mettent en œuvre, mais les acteurs n'ont ni les moyens nécessaires, ni l'encadrement suffisant pour ce faire. Ils essaient de faire le travail compte tenu de leur propre expérience et des « moyens de bord » qui se présentent à eux. Cela n'est pas sans conséquences sur l'organisation du travail et engendre des dysfonctionnements qui ont des conséquences sur la qualité des services de soin offerts à la population. Il faut également ajouter que la rigidité des procédures de la bureaucratie écarte l'offre de

soins de santé des normes nationales et internationales requises. Cela s'exprime par quelques propos d'acteurs et observations au cours des investigations.

« La SFD du centre de santé d'Agoué est venue chercher d'urgence un carton de gants au CSC de Grand-Popo après avoir fait trois accouchements avec une seule paire de gants » (Observation, 19 avril 2012, CSC Grand-Popo).

Elle affirme que

«Le président COGECS n'était pas disponible pour signer les chèques pour l'achat du matériel. Maintenant que le chèque est signé, c'est le dépôt répartiteur qui est fermé pour des raisons de formation de personnel. Eh ! Le processus pour réclamer du matériel est bien long » (S-F CSA Agoué, 19 avril 2012, CSC Grand-Popo).

Pendant le travail d'accouchement, la carte maternelle doit être remplie. Elle contient des données pour suivre l'évolution du travail du début jusqu'à la fin (tracé du partogramme nécessaire à la prise des décisions rapides au moment opportun s'il faut référer la femme ou pas). Sur la carte maternelle, il est mentionné la façon dont la femme doit être délivrée (accouchement naturel, artificiel, assisté, intégrité du placenta, hémorragie de la délivrance, etc.). Mais dans la pratique, il est difficile pour les sages-femmes de joindre simultanément l'action à l'écrit. Elles font le travail et après remplissent les documents » (Observation, 8 mars 2012, CSC Bohicon).

Les sages-femmes utilisent des gants en sachet et non en latex préconisées par les normes. Des spéculums stérilisés et fonctionnels ne sont pas disponibles à la maternité. La prise de poids n'est pas effective car la balance est gâtée, de l'eau de décontamination pour désinfecter le matériel n'est pas toujours disponible» (Observation, 8 mars 2012, CSC Bohicon).

Les sages-femmes nous ont confié que :

«Chaque équipe de garde reçoit mensuellement comme dotation quatre bouteilles d'eau de javel. Les dotations ne viennent pas à temps et sont insuffisantes.

Le CSC exige de la part de la sage-femme de garde qu'elle rembourse les frais d'accouchement si une accouchée s'échappe sans avoir payé. Pour cela, les accouchées sont trop surveillées. Toutes les femmes qui ont accouché la nuit rentrent le lendemain, faute de salle d'hospitalisation

bien que selon les normes, elles devraient rester en surveillance pendant trois jours avant de rentrer, pour la prise en charge rapide en cas de complication » Observation et entretien, 8 mars 2012, CSC Bohicon).

Un anesthésiste de l'HZ de Comè nous révèle ce qui suit :

« Je vends aux patients, un produit anesthésique appelé « marcaïne » ou « bupivacaïne » utilisé pour la rachianesthésie parce que depuis deux mois, le produit est en rupture à la CAME. Alors qu'il est la seule société agréée pour céder les produits et consommables médicaux au Bénin. Il manque de matériel pour lever rapidement l'urgence : manque d'oxygène, des médicaments essentiels à la pharmacie. Quand l'urgence vient et qu'il manque le nécessaire pour les premiers soins, j'utilise mes propres produits. Après je les fais payer ou remplacer par les accompagnateurs » (Entretien, 04 mai 2012, Hôpital de zone de Comè).

Dans le CSC de Bopa, la rupture répétée des médicaments essentiels instaure une crise de confiance entre les prestataires et la population. N'ayant pas l'autorisation de vendre parallèlement des médicaments, les agents de santé prescrivent soit des médicaments plus coûteux en pharmacie extérieure, soit orientent les patients vers le centre de santé confessionnel de la localité. Cette situation entraîne la faible fréquentation du centre de santé ou des conflits entre le patient et l'agent de santé. Aussi le laboratoire d'analyses biomédicales ne fonctionne-t-il pas en week-end au CSC de Bopa. Cela fait que les cas qui nécessitent des analyses plus approfondies avant le diagnostic, sont systématiquement référés vers l'hôpital de zone. Soit le patient accepte la référence, soit ses proches refusent et l'amènent dans un centre de santé confessionnel ou privé, agréé ou non. Si le patient se remet, ses proches clament l'incompétence des agents du centre de santé.

Le système sanitaire béninois est de rationalité procédurale, tous les acteurs subissent les réformes initiées par le niveau central. Les patients ne sont pas informés en amont sur les mesures de gratuité de certains soins de santé et ils subissent les réformes dans ce sens. Même les agents de santé éprouvent des difficultés à mettre en application les réformes. Pour preuve, prenons le cas de la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Elle est appliquée par deux programmes. Il s'agit du programme de gratuité de l'État (Ministère de la Santé) pour la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et du

programme communautaire pour les maladies de l'enfant (PCIME Communautaire). Il existe une grande confusion dans le remplissage des registres des deux programmes. Le programme national de gratuité préconise de prendre le paludisme en charge gratuitement chez l'enfant de moins de 5 ans, si la goutte épaisse est positive. Alors que, le PCIME Communautaire demande de prendre systématiquement en charge le paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans, une fois qu'il est conduit au centre de santé.

Les postes ne définissent pas pour autant les compétences et une fonction s'exprime à travers la personnalité qui l'incarne. Les responsables usent de leur personnalité pour changer quelques dysfonctionnements dans le système. Pas au point d'imposer un contrôle autoritaire des ressources, du personnel et des clients (Crozier, 1989 et Sainsaulier, 1987), mais juste pour instaurer l'existence de certaines contraintes techniques et structurelles auxquelles les agents sont appelés à se soumettre. Voici le témoignage d'un médecin-chef :

« La collaboration avec les agents du centre sont très difficiles (conflictuelles) pour le moment car j'ai mis beaucoup de rigueur dans l'organisation générale du travail dans le CSC » (25 mai 2011, CSC Grand-Popo).

« Avant l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur de zone sanitaire, les activités à la maternité s'arrêtaient à 12h et celles qui venaient à partir de 12h étaient systématiquement renvoyées. Mais ce dernier a donné l'ordre au cours d'une réunion de conduire les activités jusqu'à 15h sans renvoyer les femmes. Donc, les activités de CPN se déroulent désormais de 7h à 15h normalement, pour finir presque toujours un peu plus tôt, car il subsiste encore d'anciennes habitudes » (Entretien, 16 mars 2012, CSC Bohicon).

Le contexte administratif béninois s'appréhende à l'application mécanique et verticale des procédures, alors que, l'État est presque « absent » dans le système sanitaire local. Ainsi, la dimension organisationnelle, avec ses logiques internes, ses jeux de pouvoir, ses attributs systémiques, prime sur la dimension institutionnelle (Olivier de Sardan, 2003). L'EEZS se base plus sur la production des documents de planification, des rapports d'activités etc. que sur les relations quotidiennes socialisées ou personnalisées dans le fonctionnement des formations sanitaires. C'est un système où le processus de régulation de l'État fonctionne mal. L'acteur est actif et cherche à tirer le meilleur

avantage de sa situation (Crozier, 1965). Ils ont des sentiments, des croyances, des buts qui ne coïncident pas toujours avec ceux de l'organisation (Desmarez, 1986). Si nous savons bien que les formations sanitaires fonctionnent avec très peu de moyens logistiques, financiers, humains et techniques, alors, des événements imprévus ou imprévisibles viennent enliser le système organisationnel dans un désordre qui limite l'efficacité des prestations.

1.2. L'organisation verticale du travail

L'organisation du travail est très empirique et verticale dans les zones sanitaires. Le travail est divisé entre les prestataires de la même équipe par des gestes élémentaires. A la maternité, selon la formation sanitaire, l'aide-soignante prend les constantes des femmes et la tension pour la consultation prénatale.¹⁷ Après cette étape, la femme est envoyée vers l'agent qualifié pour la consultation proprement dite. Avant la prise des constantes des femmes, la médiatrice a pour tâche d'animer une causerie avec les femmes sur un thème qu'elle choisit, compte tenu des besoins de l'heure. Souvent, on assiste à un détournement des rôles : on voit l'aide-soignante qui fait la consultation après la prise des constantes, alors même que l'agent qualifié est présent. Au dispensaire, c'est presque la même division des tâches, les aides accueillent les patients et prennent leurs constantes, l'agent qualifié fait la consultation et les soins. Mais ici aussi c'est le même cas de figure qu'à la maternité : les aides outrepassent leurs prérogatives et font les soins et d'autres gestes réservés en principe à l'agent qualifié. Cette organisation du travail dans les centres de santé est très empirique et n'empêche pas l'omniprésence de la flânerie. Les acteurs prennent souvent leurs distances par rapport à leur travail car l'effort n'est pas rémunéré, et travailler plus ne rapporte pratiquement rien.

1.3. Une culture organisationnelle basée sur la représentation de l'autorité

Dans les centres de santé, le médecin-chef de commune est la seule autorité de tous les centres de santé de sa commune. Au niveau des centres de santé d'arrondissement, c'est le major, souvent un infirmier, qui représente le seul chef du centre et se comporte

¹⁷Au CSCZogbodomey, c'est l'agent qualifié même qui prend la tension artérielle de la femme, par contre dans les autres formations sanitaires, ce sont les aides-soignantes qui la prennent.

comme tel. Son autorité n'est pas très affirmée dans le travail, mais elle est affirmée dans la gestion des ressources du centre. Il s'accapare de toutes les activités, surtout celles des PTF qui rapportent des gratifications parallèles à celles afférentes à sa fonction. Au niveau des centres de santé, le chef, surtout le médecin-chef, est souvent dans les formations et dans les réunions, presque tout le temps hors du centre de santé. Les propos du chef-poste de Bopa donnent une perception de son rôle par lui-même :

« Je travaille avec tout le monde au dispensaire et si à la maternité, on a besoin de moi, je me rends disponible. Je fais les gardes, même pendant mon repos, je n'hésite pas à intervenir si c'est nécessaire ». (Entretien, H.A., 20 avril 2012, CSC Bopa).

Or, le récit suivant montre le quotidien de l'exercice de l'autorité des chefs de postes, logés à cet effet dans les centres de santé.

« Une petite fille de 7 ans atteinte d'un paludisme chronique et d'anémie a été admise au centre de santé. Ses parents ont tardé à la maison avant de l'amener au centre de santé. A la fin d'une première perfusion, l'infirmière a décidé d'en placer une autre jusqu'au lendemain, en attendant l'arrivée du médecin-chef parti en week-end. Vers 23h30, voulant placer la seconde perfusion, l'enfant a recommencé sa crise et était très agitée, le cathéter s'est déplacé et il a fallu encore chercher sa veine. Rappelons qu'au début, trouver la veine de l'enfant n'a pas été chose facile. Elle fait l'effort de retrouver la veine de l'enfant, en vain. Elle envoie alors l'aide-soignante chercher le major et chef poste du centre de santé, logé dans le centre, pour leur donner un coup de main. Mais toutes les tentatives pour le réveiller et l'appeler sur son portable de service ont été vaines de 23h30 à 00h» (Observation du 22/4/2012 au CSC Bopa).

Cette forme organisationnelle est fondée sur une autorité incarnée par le médecin-chef ou le chef-poste favorisant le développement d'un système informel parallèle au système formel qui échappe à la vigilance de l'autorité. Ces transformations suscitent fréquemment des crises internes, se manifestant par des malaises, des tensions sociales ou des dysfonctionnements du système productif.

1.4. Une culture organisationnelle basée sur l'improvisation

Dans le cas de notre étude, l'improvisation se réfère au fait que la plupart des activités sont mises en œuvre sans préparation ou à la routinisation des activités. Nous avons dit plus haut que le plus grand outil de planification est le budget. Le budget est élaboré pour être validé afin que les ressources soient disponibles dans les meilleurs délais. Cependant, les activités prévues ne sont pas scrupuleusement exécutées. Il a été constaté que des agents de santé ont été rappelés de leur poste pour suivre une formation, aller dans une réunion, bref, faire une activité autre que celle prévue. Dans ces conditions, en cas de problème, l'autorité ne pourra pas demander des comptes à l'agent qui a abandonné son poste. Par exemple au CSC de Bohicon, une sage-femme a été interpellée par la hiérarchie pour participer à une formation le même jour, alors qu'elle devait prendre sa garde. Ces collaboratrices ont été informées le jour même, ce qui a fait que le service a manqué de personnel qualifié au cours de cette garde.

1.5. Une culture organisationnelle basée sur le "laisser-aller"

Le "laisser-aller" ici se manifeste par la volonté individuelle des acteurs. Selon le canal par lequel l'agent a été recruté dans le centre de santé, il respecte les ordres de l'autorité ou les bafoue carrément. Il rejette les contraintes venant de toute autorité et s'affirme par une volonté individuelle autonome. Il est libre d'accomplir ses tâches assignées ou non, et aucune voix autoritaire dans le centre ou ailleurs ne peut le ramener à l'ordre. Il faut rappeler que nos centres de santé ont une hiérarchie qui s'affirme compte tenu de sa personnalité, mais dans le même temps des facteurs politiques peuvent bafouer cette autorité. Les agents respectent ou non l'autorité compte tenu de leur appartenance politique et compte tenu de leur canal de recrutement.

Ainsi, à propos de la grande insalubrité dans laquelle demeure le centre de santé de Bopa, le médecin-chef se confie :

« Dans la fonction publique, chacun fait ce qu'il veut et le centre de santé est une extension de la fonction publique. Il y a un de nos agents d'entretien qui ne fait pas son travail, il passe tout son temps à se balader et prend quand même son salaire à la fin du mois. Je l'ai interpellé plusieurs fois en vain. Même les rappels à l'ordre de l'agent par le Directeur Départemental de la Santé n'ont pas pu porter de fruits, ce qui fait que le centre est mal entretenu. Il est là et ne s'inquiète de rien. Dans

quel pays on voit ça, si ce n'est le Bénin » (Entretien, G. H. 22 avril 2013).

Ici le laisser-aller se manifeste dans le comportement de l'agent compte tenu de son réseau d'appartenance dans le système. Dans ces conditions, seule la conscience professionnelle des agents compte, ainsi que la qualité de l'autorité et de sa légitimité.

2. Les relations comme fondement de l'action des acteurs dans les formations sanitaires

Les modes de relations dans les formations sanitaires apparaissent différents et ont des conséquences diverses selon les acteurs en jeu. Il s'agit des relations qui mettent en exergue : les agents de santé, les administratifs, les membres du comité local, les populations bénéficiaires. Ces types de relations génèrent selon les cas l'intégration, la coopération, la compétition et le conflit, que nous nous trouvons dans une situation ou dans une autre.

2.1. Solidarité et tutorat professionnel entre les agents de santé

La relation entre agents de santé dans les formations sanitaires est surtout basée sur la solidarité et le partage des expériences. Chaque acteur, pour son intégration dans son service, recherche chez ses semblables l'approbation, la reconnaissance et la protection.¹⁸ Au sein des formations sanitaires, il existe plusieurs réseaux de solidarité. L'appartenance à tel réseau ou à tel autre confère à l'acteur un statut d'exploiteur ou d'exploité. Ce statut n'est pas nécessairement défini par le diplôme, mais surtout par la compétence et la maîtrise d'une zone d'incertitude. Dans le centre de santé de Bopa par exemple, un aide-soignant est également le chef de son village. Il fait des soins à la maison, mais quand les soins dépassent sa compétence et nécessitent d'autres interventions, il demande au patient de se rendre au centre de santé. Tous les habitants de ce village, une fois au centre de santé, demandent d'après le «docteur» de leur village. Automatiquement, l'aide-soignant prend la place de l'infirmier et fait la consultation, demande des analyses, administre le traitement et fait les soins. Certains infirmiers acceptent le fait, car ceci leur permet de vaquer à d'autres occupations (aller faire des soins à domicile, faire une course, etc.). Vaines ont été les plaintes d'une

¹⁸ Selon une approche structuro-fonctionnaliste, il faut savoir que cette quête permet de rendre sensible au contrôle normatif.

infirmière qui ne conçoit pas que l'aide-soignant puisse s'ériger en agent qualifié, en sa présence contre son gré. Même le médecin-chef lui a conseillé d'user de la diplomatie dans cette affaire. Il faut aussi souligner que ces habitants ne sont en confiance que dans les mains de leur « doto¹⁹ » du village et en même temps leur chef de village. Les liens entre les acteurs de santé, plutôt que d'être des liens de complémentarité, sont souvent conflictuels, marqués par la recherche de leadership, l'empiètement de l'un sur les compétences de l'autre, le non-respect des descriptions de tâches, l'insubordination et la fuite de responsabilité de la part de l'autorité. Quelques propos d'acteurs l'illustrent.

« L'insubordination aux instructions du supérieur hiérarchique et l'entêtement à faire autre chose que ce qui est prévu par les normes sont les problèmes que je rencontre au jour le jour » (M. S, 6 mars 2012, CSA Grand-Popo).

« Quant à mes relations avec mes collaborateurs, à cause de mon attitude à vouloir forcer la disparition des mauvaises habitudes, j'ai été taxé de tout par certains de mes collaborateurs, qui sont hostiles au changement de comportements » (M. G.A., 13 mars 2012, CSA Bopa).

« Comment comprendre qu'une assistante d'hygiène, sous prétexte qu'elle a des relations intimes avec une autorité, refuse de produire son rapport d'activités et la planification de ses activités, au point de se voir changer de corps. C'est l'exemple d'une assistante d'hygiène dans ce centre, qui est passée aujourd'hui commis à la pharmacie » (M. M. A., 16 mars 2012, CSC Bohicon).

« Le malaise est profond et vient de la hiérarchie. Sinon comment concevoir que mon supérieur hiérarchique au niveau départemental ne m'ait supervisé ne serait-ce qu'une fois depuis 2007 que je suis à la tête des assistants d'hygiène de cette zone sanitaire ? Ni exiger de moi la production de quelque rapport d'activité que ce soit ? Sauf si cela doit être fait dans le cadre d'un projet où il sait qu'il y a de l'argent en jeu. Généralement, c'est pour flatter les PTF qu'ils le font ainsi » (M. M. A., 16 mars 2012, ZS de Comè).

¹⁹Mot de la langue "fon" qui signifie médecin.

Les conflits internes résultant de la gestion de la communication et des tensions qui se forment autour des activités régaliennes sont souvent latents. Il est très rare de participer à des conflits ouverts. Ils sont souvent insidieux et se manifestent par des bouderies et des troubles au niveau des services.

En ce qui concerne la solidarité entre agents, elle n'est pas systématique. Certains acteurs ne manifestent pas leur solidarité à leur collègue pour un événement, à cause d'une raison inavouée, ce qui fait que le jour où ceux-là se retrouvent dans la même situation, les autres aussi refusent de leur venir en aide.

2.2. La récurrence des tensions entre les soignants et les administratifs

Les tensions sont surtout nombreuses entre le comptable chargé de distribuer les dotations pour le fonctionnement du centre et les agents de santé. Ces derniers cherchent toujours à avoir davantage alors que le comptable doit octroyer de façon rationnelle pour ne pas dépasser le budget. Au CSC de Bopa par exemple, le comptable à ses débuts, a toujours satisfait aux besoins des agents, jusqu'à ce qu'à un moment donné, les fonds qui restaient ne permettaient plus de faire le ravitaillement en médicaments essentiels. Au CSC de Bohicon, le comptable est mal apprécié par les agents de santé, ils se plaignent toujours de n'avoir pas les dotations à temps et en quantité suffisante.

En ce qui concerne le chargé du personnel, le conflit naît souvent entre lui et les agents de santé pour la planification des congés et pour les demandes de permission. Sinon, les administratifs travaillent sans un lien fort avec le personnel soignant.

2.3. Climat vindicatif et de suspicion entre agents de santé et membres des comités de gestion des centres de santé

Les relations entre les comités locaux de gestion des centres de santé et les agents de santé restent très difficiles. Cette relation est remplie de suspicions et de petits conflits. Ceci fait qu'ils n'ont aucun leadership ou du moins ils ne contrôlent pas le comité (Kpachavi, 2012). La participation communautaire demeure bénévole dans les textes, mais dans la pratique, les membres du comité de gestion, ne conçoivent pas le fait de participer à la gestion d'autant de ressources, surtout financiers, sans avoir une

rétribution. Les propos des deux catégories d'acteurs illustrent le type de relation qui les unit :

« La difficulté de collaboration réside dans le fait que les membres des comités de gestion ont oublié le caractère bénévole qui devait caractériser leur participation. Le président COGECS refuse même de cosigner les chèques pour les décaissements. » (Entretien, 19 août 2011, CSC de Comè).

« Quand on fait des observations, on n'a pas toujours le feed-back des agents du centre de santé. Nous avons toujours reproché le mauvais accueil, la vente illicite des médicaments, le rançonnement, le détournement des malades » (Président COGECS, 22 août 2011, CSC de Houéyogbé).

« Nous avons une mauvaise relation avec les agents de santé à cause de la vente illicite des médicaments, du mauvais accueil, du rançonnement des malades. Les agents de santé veulent s'enrichir à tout prix, mais le COGECS essaie d'être une structure de la population qui veille au bon fonctionnement du centre de santé et réprimande toutes activités illicites pouvant nuire au bien-être de la population. » (Présidente COGECS, 16 août 2011, Grand-Popo).

« Les relations sont souvent tendues avec les membres du COGECS car ces derniers ne comprennent pas toujours leur rôle et débordent par moments. Ils refusent des fois de cosigner les chèques pour le décaissement des fonds. Ils pensent souvent qu'une activité est prioritaire plutôt qu'une autre, alors qu'ils ne sont pas des techniciens. Ils veulent exercer beaucoup de pouvoir au point de se faire passer pour les « chefs » du centre de santé. Certains n'ont plus d'autre activité que le centre et y passent presque tout leur temps... » (Entretien, 10 août 2011, CSC Bohicon).

Ces propos montrent une relation de conflit entre les deux catégories d'acteurs. Mais le plus grand problème, a trait à la question de la motivation des membres du COGECS. En effet, aucune partie du budget n'est attribuée au fonctionnement du bureau du COGECS, les membres travaillent de manière bénévole, ce qui ne leur permet pas de

bien mener les activités au sein du Comité. A part les activités des PTF qui leur génèrent un peu de ressources, surtout pour le déplacement et les primes, après le conditionnement des médicaments, aucun fonds n'est mis à la disposition de ces derniers par l'État pour leur fonctionnement. La conséquence directe de cette situation est l'irrégularité des réunions et de la communication au sein de la communauté. Dès lors, les COGECS ne jouent pas pleinement leur rôle au niveau de la communauté, notamment pour le recouvrement des impayés et la communication pour un changement de comportements.

La participation communautaire a été décrétée pour la mise en œuvre des SSP, ainsi, le Bénin a adopté ce concept, créé des comités locaux de gestion dans le processus d'opérationnalisation de la politique nationale de zones sanitaires. Mais il faut remarquer que la participation communautaire, mot d'ordre des acteurs dans les institutions de développement, voile la réalité de ce qui se joue sur le terrain, loin d'être un « mécanisme » qui permet aux individus d'exercer un contrôle sur leur propre vie » (Imorou, 2006).

2.4. Des usagers mal traités et mal soignés

Dans toutes les formations sanitaires, le constat est le même. Les populations se plaignent du mauvais accueil, de la qualité médiocre des soins de santé, du manque de médicaments essentiels à la pharmacie du centre de santé, de l'éloignement ou du mauvais état des toilettes, de l'insalubrité des lieux, de la référence arbitraire, de l'inaccessibilité géographique (surtout à Bopa et à Grand-Popo) pour ne citer que ceux-là. Selon la plupart des bénéficiaires interviewés, les prestations sont en général de mauvaise qualité car les agents de santé n'ont plus la conscience professionnelle. Même certains agents de santé reconnaissent que plusieurs prestataires défendent leurs propres intérêts au détriment de ceux des patients. Voici quelques propos d'acteurs illustrant ces constats :

« Ce jour-là, c'était pour la première fois que je me rendais dans le centre de santé. Je ne connaissais rien sur l'itinéraire à suivre et au lieu de me l'indiquer, l'infirmière qui m'avait reçue a commencé par crier sur moi, pour me demander d'aller chercher le carnet à la pharmacie. On aurait cru qu'il y avait un antécédent entre nous. De plus, vu que j'étais la

première à venir, c'est moi qu'elle devrait recevoir normalement en premier. Mais à ma grande surprise, elle m'a laissée et a pris presque tous ceux qui étaient venus après moi. Il a fallu que je me fâche pour qu'elle me reçoive finalement autour de 15h. Voilà les raisons qui m'ont poussée à adopter le CHD-ZOU, où je me sens mieux traitée. » (K.F., 14 mars 2012, Zakpo, Bohicon).

Les propos qui suivent viennent d'un focus group réalisé au niveau des « Kèkènon » ou taxi-moto à Bohicon. Ils étaient au nombre de 8 hommes attroupés au même endroit, attendant d'éventuels clients. Voici en substance le résumé des propos recueillis. D'abord, ils ont estimé, surtout le nommé A. E., que l'accueil est mauvais au centre de santé de Bohicon. Il a raconté un petit récit où sa femme, enceinte et en travail, a fait objet de négligence et d'injures de la part de la sage-femme. Ce jour-là, il ne savait plus à quel saint se vouer, à voir sa femme traitée de la sorte. Il poursuit en disant que ce mauvais accueil est souvent à l'origine des frustrations et même de perte en vie humaine. De plus, il pense que les sages-femmes rackettent les malades. Le cas le plus illustratif est celui qu'un de ses amis a vécu au CM.²⁰ Il s'agit d'une soignante qui a prescrit une analyse de sang à ce dernier et qui s'est permis de lui prendre le double du prix normal. Il a fallu l'intervention de l'un de ses frères, qui est un peu «éclairé», pour réclamer le surplus perçu. Pour l'un d'entre eux, Monsieur G., il faut mettre sur pied un comité formé des différentes couches de la population, qui se chargera de veiller à la propreté, au traitement des patients et à l'accueil dans le CSC (Focus group avec 8 taxis-motos, 14 mars 2012, marché central de Bohicon).

De même à Zogbodomey voici la substance d'un focus group de 8 « Zémidjan ».

Le premier « Zémidjan » qui a pris la parole nous confie :

« J'avoue que je suis satisfait de l'accueil. Mais je pense que le coût des prestations est très élevé. Si l'État peut réduire le coût des médicaments, ce serait une bonne chose ».

Le deuxième, qui était un peu en retrait du groupe, nous dit :

« J'avais amené un accidenté aux urgences, et il n'y a même pas eu d'attention à son égard. Au contraire, les soignants se sont empressés de le référer sur Bohicon ».

²⁰Le centre de santé de commune de Bohicon est appelé CM par la population

Le troisième raconte son expérience.

« Ma femme devait accoucher une nuit et je l'avais accompagnée au centre de santé. Mais à notre arrivée, tout le monde dormait à la maternité. J'ai essayé de réveiller la sage-femme qui était de garde, mais celle-ci m'a répondu qu'elle était fatiguée et s'est permise finalement de nous référer sur Bohicon ».

Celui-là, avant même de prendre une cliente, a tenu à nous raconter l'histoire de son enfant :

« J'avais conduit mon enfant de moins d'un an qui était anémié à la suite d'un paludisme sévère au CSC de Zogbodomey. Les soignants m'ont dit qu'il n'y avait pas de sang avec le groupe sanguin de l'enfant. Et au lieu de rechercher si l'un des parents était compatible avec l'enfant, comme j'avais suggéré, ils ont trouvé la solution facile en nous évacuant sur Goho. Mais comme moi, je ne voulais pas m'y rendre, j'ai décidé d'aller au centre de santé de Cana. Et c'est là-bas que l'enfant a été traité avec des comprimés et des injections et est guéri. Ainsi, depuis cette expérience amère, je ne me rends plus au CSC de Zogbodomey ».

La cinquième personne ayant pris la parole affirme :

« Surtout les nuits, les soignants ne reçoivent pas au CSC de Zogbodomey. Un jour, j'ai accompagné la femme de mon grand frère tard dans la nuit au CSC. A notre arrivée, la soignante nous a dit qu'il fait nuit et qu'elle ne peut pas nous recevoir. J'ai dû amener ma belle-sœur dans un cabinet privé de la place et c'est là-bas qu'elle a finalement accouché la nuit-là même ».

Le dernier à prendre la parole a dénoncé le coût élevé des prestations. Ensemble, ils suggèrent que les agents de santé soient contrôlés et qu'on leur applique des sanctions suite à une faute commise. Enfin, ils proposent une réduction des coûts des prestations. Car selon eux, les prestations coûtent moins cher dans les cabinets privés qu'au CSC. (Focus group avec un groupe de Zémidjan (8 personnes), 23 mars 2012, Zogbodomey).

« Ici, les sages-femmes ne font pas bien leur boulot. Je vais vous raconter une histoire que j'ai vécue : une nuit, la femme de mon frère était venue accoucher. La sage-femme qui était de garde cette nuit, à notre arrivée, s'était endormie. Elle ne voulait pas être dérangée. Quand elle a été

réveillée, elle nous a dit de ne pas la déranger, qu'elle veut dormir. A force d'insister, elle nous envoie son aide. Cette dernière ne pouvant rien faire, car les choses s'étant déjà compliquées, lui a demandé de venir à son secours. Mais hélas, rien n'y fit. Finalement, elle a demandé à l'aide-soignante de nous référer à Goho. Sur la route, précisément à la hauteur de l'usine Fludor, elle a accouché aisément sans assistance au bord de la voie inter États, très tard dans la nuit. Est-ce une bonne chose ça ? En tout cas, ce que j'ai à leur dire, c'est de changer de comportements» (Madame H.A., garde malade, 22 mars 2012 à Zogbodomey).

Focus group avec un groupement de femmes à Comè, elles étaient au nombre de onze femmes mobilisées par le responsable sectoriel d'octroi de micro crédits aux plus pauvres. Voici les propos recueillis sur le fonctionnement de l'hôpital de zone de Comè.

« Cet hôpital risque de fermer bientôt parce que plus personne n'ira se faire soigner. Trop, c'est trop. Nous sommes fatigués. »

« Il faut avoir de l'argent avant d'aller à 100 lits²¹. J'ai accompagné mon mari et une autre femme à l'hôpital et nous avons dépensé une fortune. Il a fini par mourir».

« On nous a prescrit une injection pour une parente qui souffrait de maux de ventre postopératoires. L'agent de santé nous a abandonnés et voulait d'abord manger avant de faire les soins. On a dû faire du bruit avant qu'il ne se décide à lui faire l'injection pour la soulager».

« J'ai une parente qui a accouché, il y a juste 2 mois, elle est repartie pour le pansement mais elle avait oublié les produits de pansement à la maison. On lui a demandé de retourner à la maison chercher les produits et elle a dû refaire l'aller-retour dans son état».

« Les femmes ont marché parce qu'il y avait trop de décès à un moment donné. La marche a commencé à la mairie pour aboutir à 100 lits. Le Directeur nous a promis de changer les choses et le personnel a été changé et les prestations se sont améliorées».

« Ils ont opéré un parent d'une hernie, il est pourtant mort après».

²¹ Dénomination de l'hôpital de zone de Comè utilisée par la population

« On a emmené un accidenté à l'hôpital et ils ont dit qu'on doit avoir 1 000 000 FCFA avant d'être soigné. Nous sommes rentrés et nous l'avons conduit chez un guérisseur».

« Il y a moins d'une semaine, j'y ai emmené un enfant et parce qu'on n'a pas les sous, on ne lui a pas prodigué les soins».

« Quand on va au centre de santé de Comè, ils nous orientent vers l'hôpital. On dirait qu'ils ont un contrat ensemble».

« Nous sommes partis avec une femme en travail, on nous a dit qu'il y a grève et on a dû aller à Gadamè».

« On a emmené ma belle-fille au centre de santé de Comè et ils nous ont référé à l'HZ de Comè parce que le col était fermé. On est allés dans un cabinet et on lui a juste fait une injection et elle a accouché. Toutes les femmes préfèrent Gadamè».

Lors des échanges, lorsque nous avons dit à l'une des femmes qu'elle serait bien traitée si elle allait à l'HZ de Comè, elle a juré qu'elle n'irait jamais de la vie. Elle préfère Gadamè.

« On nous fait trop de césariennes et en plus, ils volent des éléments du kit et nous demandent d'acheter».

« Nous sommes parfois obligés de soudoyer le gardien pour être bien reçus. A l'hôpital de Comè, tout le monde est chef. Quand ils nous reçoivent, ils prennent tout leur temps, mais dès qu'on leur glisse des jetons, ils s'empressent de nous satisfaire».

« Les agents nous vendent directement des médicaments».

« On a emmené un neveu accidenté à 100 lits et après les soins, j'ai voulu rentrer mais ils ont refusé. Sur mon insistance, ils m'ont orientée vers le gardien qui m'a fait signer une décharge contre 500 FCFA».

« Les cabinets ne sont plus trop chers et ils prennent bien soin de nous. A l'HZ de Comè (100 lits), ils nous abandonnent et regardent la télé. Je préfère aller me soigner à Grand-Popo» (Focus group avec 11 femmes, le 3 mai 2012, Comè).

Tous les propos recueillis plus haut illustrent la diversité des expériences des acteurs, vécue directement ou indirectement. La population, même satisfaite, trouve toujours des éléments de mécontentement à signifier à l'endroit des agents de santé. Au lieu d'être

une collaboration, les relations entre les agents de santé et les bénéficiaires ont toujours été conflictuelles, et ceci, pas seulement au Bénin, mais aussi, dans les autres pays du Sud comme dans ceux du Nord (Dujardin, 2003).

Beaucoup de reproches sont faites aux agents de santé, ils ont leur part de responsabilité certes, mais tout ne relève pas de leur compétence. Autant la médecine est inhospitalière en Afrique pour les bénéficiaires (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), autant elle l'est aussi pour les agents de santé qui travaillent chaque jour avec des moyens limités, le stress, les exigences de la communauté et la pression de la hiérarchie. L'organisation interne des zones sanitaires est génératrice de dysfonctionnements et de cercles vicieux. Ce qui a une conséquence directe sur la qualité des prestations. Dans une certaine mesure, l'agent de santé n'a pas le pouvoir de prendre une décision et subit les exigences du système. Si un patient vient à l'hôpital ou au centre de santé sans argent, le prestataire ne pourra pas faire grand-chose pour ce dernier, à moins qu'il soit un indigent. Et même là, les procédures d'identification des indigents sont longues et complexes. Au CSC de Bohicon par exemple, la sage-femme de garde est obligée de surveiller les femmes qui viennent d'accoucher, sinon, au cas où l'une d'entre elles s'évaderait, c'est à elle de payer les frais d'accouchement. Si les lieux sont sales, ce n'est pas la faute de l'agent de santé, mais celle de l'agent d'entretien – mais quand le patient vient, il ne voit que l'agent de santé. Au CSC de Bopa, les toilettes sont très éloignées de l'enceinte du centre et se trouvent dans la brousse, ce qui a été fait exprès pour sauvegarder les limites du centre – mais cette situation a une conséquence terrible sur les relations entre les agents de santé et la population. Pendant le week-end, la plupart des laboratoires des CSC ne fonctionnent pas. Donc, lorsqu'un cas se présente et nécessite des analyses, l'agent de santé est obligé de le référer à l'HZ de Comè – mais le patient juge sa décision arbitraire, et ceci peut entraîner des disputes entre l'agent et le patient ou ses accompagnateurs.

Le système bureaucratique sanitaire crée un fossé entre les agents de santé et les usagers. Or, chaque patient veut être traité de façon unique et spéciale. Si le prestataire essaie d'établir une relation d'empathie avec lui, il rencontre l'hostilité de la hiérarchie, dans le cas contraire, il est taxé par le patient d'incompétent. Mais, il faut compter avec la désobéissance des fonctionnaires et de leur capacité à se coaliser (Olivier de Sardan, 2003). Cela fait que chaque acteur façonne son éthique professionnelle, compte tenu de ses sentiments et de ses intérêts. Les dimensions sociales, culturelles et économiques

priment ainsi sur la technicité. Il faut quand même reconnaître, qu'il y a une grande majorité des agents de santé qui ne fonctionnent que pour leurs intérêts personnels.

Le système organisationnel à l'œuvre dans les deux zones sanitaires se heurte à beaucoup de contraintes. Ces contraintes se retrouvent aux niveaux macro, méso et micro du système. Tel que le système se présente, cette diversité de causes est liée à la culture organisationnelle du système.

3. Les contraintes liées à l'organisation du système et au fonctionnement des formations sanitaires

3.1 La dépendance extérieure du niveau central et ses difficultés dans l'articulation des injonctions internationales plurielles

La dépendance à l'extérieur est particulièrement perceptible au niveau central. En effet, le Ministère de la Santé est responsable de la conception et de la mise en œuvre de toutes les activités émanant des politiques gouvernementales relatives à la santé. Ainsi, il définit les grandes orientations du secteur, les actions à mener et la mobilisation des ressources nécessaires. Mais il faut remarquer que le secteur de la santé publique est un système complexe et dans un tel système, le lien entre d'une part les décisions macro-politiques et d'autre part, les performances visibles au niveau opérationnel, est influencé par un nombre important de facteurs comme le jeu de pouvoir et les interactions entre les différents acteurs (de Savigny & Adam Ed., 2009).

Le niveau central utilise le cadre théorique des politiques internationales comme une « ordonnance » et manque d'« ownership » dans la déclinaison des politiques internationales en politiques nationales. Ainsi, leur appropriation pose problème et leur mise en œuvre rencontre beaucoup de difficultés.

Plusieurs programmes et projets sont initiés au niveau du Ministère de la Santé dans une approche « top down » pour la coordination des actions au niveau local. Or, les acteurs à la base ne sont pas suffisamment impliqués et informés de la conception des programmes et projets qu'ils sont appelés à mettre en œuvre. L'approche « bottom up » est uniquement utilisée pour la compilation des données épidémiologiques et non pour mettre l'accent sur les besoins réels de la communauté. Alors que la complexité des situations dans lesquelles les politiques interviennent, nécessite de prendre en compte les facteurs liés à leur contexte particulier. De plus, au niveau macro, les gestionnaires

de la santé ne disposent pas d'une grande marge de manœuvre pour la mobilisation des ressources internes et externes. Si le financement global de la santé est toujours jugé insuffisant, il est à noter cependant que le peu de ressources disponibles n'est pas utilisé de façon rationnelle et efficiente. L'abattement de crédits délégués en cours d'exercice et après engagement influe sur le fonctionnement des formations sanitaires et les promesses du niveau central ne sont pas toujours concrétisées. Les formations sanitaires manquent de ressources humaines qualifiées suffisantes, de ressources financières et des matériels médico-techniques et d'infrastructures sanitaires (Entretien, 2012).

3.2. L'engloutissement du niveau intermédiaire dans le fonctionnement du système national de soins

Le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les directeurs départementaux de la santé. Les contraintes liées à la mise en œuvre des politiques sanitaires définies par le gouvernement à ce niveau, se situent surtout dans la coordination des activités des structures sanitaires. Les relations entre les deux catégories d'acteurs (intermédiaire et opérationnel) sont malaisées. Un problème de «leadership» hiérarchique se pose. Ce leadership ne s'affirme pas dans le travail mais dans les relations interpersonnelles ainsi que dans l'exercice du pouvoir. Tout se joue au niveau de la dénomination de l'acteur en jeu. Les débats aboutissant aux réformes sur le secteur de la santé depuis 1995 avaient déjà beaucoup polémique sur la dénomination des médecins chargés de l'encadrement des zones sanitaires et du degré de l'exercice du pouvoir dont ils seront investis. Ce qui suit illustre la guerre des dénominations des acteurs.

« [...] la dénomination « médecin coordonnateur de zone » à la place de « médecin-chef de zone » a été retenue [...] la question qui a fait l'objet de débat était relative à la proposition faite au précédent atelier de faire des médecin-chefs de zone les supérieurs hiérarchiques des médecins de la ZS, y compris des médecins-chefs de l'hôpital de zone et les médecins des CSSP. Cette proposition a été rejetée par les médecins-chefs des CSSP et les DDS. Les premiers pensent que les médecins-chefs de zone, investis d'un tel pouvoir, les relègueront dans les positions de simples exécutants. Les derniers pensent qu'un tel pouvoir donné aux médecins-chefs de zone réduirait leur propre influence sur le niveau périphérique [...] les DDS sont allés jusqu'à dire qu'une telle

proposition serait assimilable à la mise en place de « mimi-DDS » au niveau périphérique, ce qui compromettrait l'existence des DDS » (Imorou, 2006).

Dans ce contexte où les liens hiérarchiques ne sont pas clairement établis, le positionnement social prime sur le travail à faire et les acteurs au niveau des DDS exercent leur pouvoir pour affirmer leur suprématie sur les acteurs à la base.

3.3. Le niveau périphérique au cœur des confusions et de la «débrouillardise»

Le niveau local est le lieu de la traduction des rhétoriques normatives des politiques nationales en pratiques concrètement identifiables. Il met en évidence l'écart entre les prescriptions du niveau central et les comportements des acteurs de la périphérie.

Le niveau central essaie de mettre en place des normes, des protocoles et des recommandations pour le fonctionnement des formations sanitaires à la base. Cependant, ces normes ne sont pas accompagnées des moyens suffisants pour leur mise en œuvre, ce qui entraîne beaucoup de contraintes nuisant ainsi à la qualité des prestations.

La première contrainte qui pèse sur le niveau opérationnel se situe au niveau des grèves récurrentes et intermittentes ainsi que du manque de prise de décisions responsables de la part du gouvernement pour y trouver des solutions durables. Après viennent les difficultés liées aux interactions entre les agents de santé et la population. Les conflits générés par les relations entre les agents de santé et la population à la base entraînent la faible fréquentation des centres de santé.

Entre les agents de santé eux-mêmes, nous pouvons citer comme contraintes l'insubordination aux instructions du supérieur hiérarchique et l'entêtement à faire autre chose que ce qui est prévu par les normes. Le non-respect des descriptions des tâches fait que chaque agent agit selon ses intérêts et son expérience dans l'exercice de ses fonctions.

Les contraintes dans ces différentes sphères du système sanitaire béninois constituent des pesanteurs qui ne permettent pas à l'État et aux PTF d'apporter des solutions empiriques pérennes aux problèmes qui se posent à tous les niveaux du système. Cependant, si le système sanitaire est très vulnérable, cette vulnérabilité est due aux jeux des acteurs, à la rationalité qui les caractérise et aux différentes logiques à l'œuvre au niveau des différentes formations sanitaires.

4. Stratégies des acteurs comme fondement des logiques à l'œuvre dans les formations sanitaires

4.1 Les initiatives individuelles et les stratégies des acteurs dans les formations sanitaires

Les acteurs chargés de la mise en œuvre des politiques dans les formations sanitaires, agissent selon leur qualification, leurs expériences et leurs réflexes. Leurs actions se rapportent également à leurs valeurs, à leur perception du contexte, à la conception des objectifs à atteindre, à l'étendue des connaissances et informations qu'ils détiennent de la situation. Comme nous l'avons déjà montré dans le chapitre précédent, les réformes et les programmes sont initiés par le niveau central mais les moyens n'accompagnent pas leur mise en œuvre. Les acteurs ne disposent pas d'une connaissance claire des buts du système et une information claire des conditions de leurs actions. Tout ce qui est clair pour eux, c'est qu'ils sont recrutés pour l'offre des services de soins de santé selon leur qualification. Une fois dans le système, les agents sont confrontés à des contraintes qui les amènent à développer des stratégies personnelles. Ils se retrouvent dans une situation où, ils sont confrontés à des conditions professionnelles très difficiles, ce qui les amène souvent à compléter leurs revenus qu'à dispenser des soins (Ferrinho et Van Lerberghe, 2000).

En outre, dans des conditions professionnelles aussi difficiles, les réflexions de santé publiques se multiplient sur les stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins (Kegels, 1999) et dynamiser la performance des systèmes de santé (Murray et Frenk, 2000). Mais ces réflexions s'écartent parfois de la réalité des formations sanitaires qui se retrouvent dans une gestion sans moyens appropriés. Ainsi, les agents développent leurs propres stratégies pour assurer la pérennité des prestations dans l'exercice de leur fonction. Ces stratégies s'écartent souvent de la déontologie et du savoir-faire technique. Par exemple, dans le CSC de Grand-Popo, le pouvoir d'achat de la communauté est très faible, ainsi, l'agent de santé donne les soins compte tenu des moyens du patient. Sinon, ce dernier va vers l'automédication, la médecine traditionnelle informelle ou vers les centres de santé surtout non reconnus par l'État (Enquête, 2012). Le diagnostic n'est pas établi sur la base des analyses biomédicales mais sur les signes extérieurs de la maladie que présente le patient. La prescription thérapeutique peut-être efficace, ou non, selon les cas. Les agents de santé se retrouvent

dans une situation de prise en charge à tâtons de la maladie. La technicienne du laboratoire du CSC Grand-Popo affirme dans ce sens que :

« Dans le CSC de Grand-Popo les examens et les analyses ne sont pas souvent prescrits compte tenu du pouvoir d'achat de la population, le traitement se fait à tâtons (c'est-à-dire la prise en charge des symptômes). Ce qui fait que le laboratoire ne fonctionne pas bien. Les analyses et les examens sont prescrits à une certaine catégorie de patient (gravité de la maladie, niveau social). Par exemple toutes les femmes enceintes ne font pas de bilans prénataux » (Entretien, 26 avril 2012, CSA Grand-Popo).

Nous nous retrouvons dans une situation où les normes et standards ne sont pas rigoureusement appliqués, mais l'agent en situation fonde sa pratique de soins sur l'expérience acquise de son environnement de travail, en ajustant son attitude et son choix sur les besoins et les capacités de la communauté.

La rationalité des acteurs ne concorde pas toujours avec la rationalité des normes et standards nationaux. Cette rationalité est qualifiée de « limitée » (Herbert, 1957). Par conséquent, la rationalité « limitée » des acteurs se rapporte aux écarts entre le comportement des agents de santé dans les formations sanitaires et les objectifs de la politique sanitaire nationale. Les règles et les normes initiées par la politique nationale sont contournées par les acteurs au niveau opérationnel. Les variantes de ces écarts s'apparentent à des déviations ou des anomalies aux yeux de la hiérarchie. Mais en fait, les règles définies par le Ministère de la Santé sont contraignantes et les agents les contournent très logiquement pour satisfaire leurs désirs, combler leurs attentes ou résoudre leurs problèmes. Par exemple, les normes et standards nationaux stipulent que l'infirmier breveté participe sous la surveillance de l'infirmier d'État à l'ensemble des soins dispensés aux malades, or il existe des centres de santé où le seul agent qualifié se résume à un infirmier breveté. Quand c'est une infirmière, elle fait des accouchements et pose les actes médicaux. Elle pose des actes au-delà de ses compétences et donc éventuellement dangereux sur une population alphabète à plus de 70%, à qui elle n'aura guère à rendre compte. Dans le même ordre d'idée, Muller (2009) met l'accent sur la question de la rationalité des acteurs, qu'il juge incontournable dans les processus conduisant à l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique publique. Pour lui :

« Les acteurs agissent en fonction de leurs intérêts et leurs préférences politiques sont déterminées par une logique coût/bénéfice. En effet,

contrairement à ce que peut laisser penser le sens commun, les acteurs n'agissent pas en fonction d'un intérêt clairement identifié débouchant sur une stratégie parfaitement cohérente, ce qui ne signifie pas pour autant que leur comportement est irrationnel. En même temps, les préférences des acteurs ne sont jamais explicites (ils peuvent vouloir plusieurs choses à la fois) ni complètement stables, ce qui signifie qu'elles vont évoluer tout au long du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique » (Muller, 2009, p. 34).

Les aspects structurel et institutionnel sont privilégiés dans l'organisation et le fonctionnement des structures sanitaires au détriment des comportements des acteurs du système. Les travaux de Cozic, dans sa quête de modéliser un ou plusieurs aspects de la « rationalité limitée » dans les sciences de la décision et en particulier dans les sciences économiques, met l'accent sur la description des comportements individuels des acteurs. Il propose de valoriser les modèles décisionnels liés à la « rationalité limitée » plus adéquats empiriquement que les modèles décisionnels classiques liés aux processus cognitifs à l'œuvre dans la prise de décision. Dans sa première acception, il énonce que :

« La rationalité limitée se confond avec les écarts entre le comportement actuel des agents et les prédictions que font les modèles classiques de choix. Ces modèles étant censés codifier des principes de rationalité « parfaite », on désigne naturellement les déviations ou les anomalies relatives à ces modèles par le terme de « rationalité limitée » (Cozic, 2008).

L'agent de santé prend une décision personnellement rationnelle qui obéit à ses desseins. Mais souvent, il s'arrête à la première solution satisfaisante mais non pas optimale. Ainsi, la décision personnellement rationnelle orientée vers les buts de l'agent, prime sur la décision organisationnelle rationnelle orientée vers les buts de l'organisation. Par ailleurs, la rationalité individuelle des agents de santé est relative et dépendent des situations, de la position des acteurs donc des caractéristiques de l'acteur et du contexte.

Dans nos zones d'étude, les agents, compte tenu de la situation qui se présente à eux, trouvent des stratégies pour contourner les règles préétablies, ou bien ils les suivent rigoureusement. Dans le cas où les règles sont suivies rigoureusement, les agents

tombent dans la routine favorisant par moment leur inefficacité. La routine est favorisée par le manque de formations continues. Ce qui écarte les acteurs des nouveaux repères de la déontologie. De plus, le niveau central chargé de la conception et de la coordination de la politique publique de l'État dans le domaine de la santé a un objectif à atteindre, qui ne concorde pas nécessairement avec les objectifs que les acteurs au niveau opérationnel se sont fixés. Aucune politique n'est mise en œuvre de façon mécanique par les acteurs à la base. Ils agissent toujours selon leurs intérêts. En outre, le niveau central ne mobilise pas toutes les ressources possibles pouvant informer les acteurs du contenu des politiques et les conditions de leur mise en œuvre. Le niveau central détient une partie de la solution pour l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre des politiques nationales, quand bien même la responsabilité des acteurs importe aussi.

4.2 Les logiques à l'œuvre

On peut déduire, des pratiques des acteurs évoquées plus haut, des logiques d'action qui sont transversales aux stratégies et aux « rationalités limitées » des acteurs. Elles sous-tendent chacun à sa façon, l'organisation des soins de santé, les environnements social et institutionnel des acteurs, et les éléments systémiques de la santé. Nous regroupons ces logiques en trois catégories : les logiques sociales, les logiques de mobilisation de ressources financières et les logiques de promotion de la santé. Elles ne sont pas verticales, ni opposables. Les agents peuvent agir parfois en mobilisant des logiques quelques peu bigarrées. Aussi, ces logiques, tout en rendant compte du fonctionnement des formations sanitaires, interpellent-elles sur les plans ambitieux des planificateurs, les concepts de la santé publique et les tâches du Ministère en charge de la santé des populations. En effet, ce sont elles qui *in fine* orientent les comportements des personnels soignants et donc les résultats sanitaires.

4.2.1. Les logiques sociales

Le « social » exerce une influence tout aussi déterminante que les facteurs endogènes au système sanitaire, sinon plus, sur la trajectoire professionnelle des acteurs, en dehors des exigences internationales et nationales de la santé publique. Les logiques sociales sont fondatrices des caractéristiques informelles de l'organisation et prédisposent le système

à des dynamiques stratégiques. Comme logiques sociales, nous avons identifié le positionnement social, la satisfaction au travail, les valeurs personnelles.

Le positionnement social

L'agent de santé, dans la formation sanitaire où il exerce, veut occuper un poste de responsabilité pour s'affirmer. Le major est nommé chef-poste du centre de santé, ainsi, il gère les activités extra pouvant rapporter des ressources parallèles (gestion des intrants, représentation du centre de santé dans d'autres instances, etc.). Il propose des agents pour les formations continues, ce qui favorise le copinage et des jeux implicites. Certes, il existe un besoin de recyclage des agents de santé, mais on constate que certains sont toujours proposés pour suivre des formations, tandis que d'autres n'en bénéficient presque jamais, parce que n'étant pas dans les bonnes grâces du responsable. Le major responsable du dispensaire, donc responsable de tous les autres agents du centre de santé, vit cette position comme un moyen d'ascension sociale. Il nourrit notamment un sentiment de supériorité par rapport aux autres agents. La sage-femme responsable de la maternité est considérée comme la deuxième personnalité du centre de santé. L'exercice du pouvoir de responsable confère certaines prérogatives au major et à la sage-femme responsable. En effet, ils sont tous logés dans le centre de santé pour que la population ait en permanence la présence d'un agent qualifié dans le centre de santé. Mais ces logements sont utilisés comme un bien personnel et non un bien au service de la communauté. La sage-femme, aux heures de service, ne reste pas à la maternité, elle est dans son logement à s'atteler à d'autres activités : la vente de la glace, des sucettes et d'autres articles. La patiente, une fois à la maternité, est obligée d'aller vers le logement pour lui faire appel, ou accepte de se faire examiner par l'aide-soignante.

Dans certains arrondissements, la sage-femme est considérée, par son positionnement, comme le « sauveur » des femmes, et bénéficie de beaucoup d'avantages de la part de la communauté, surtout quand elle fait bien son travail et est appréciée par la communauté. Aussi les agents peuvent-ils utiliser la maîtrise et la compétence dans un domaine de soins pour se rendre incontournable. Au CSC de Bohicon, il y a une aide-soignante au dispensaire qui a l'expertise des pansements et des injections. Pour n'importe quel cas de plaies, elle arrive pour la plupart du temps à trouver des solutions de guérison et après une injection, le patient trouve satisfaction. Pour d'autres agents, c'est par rapport

à une maladie spécifique qu'ils ont une certaine maîtrise. Ainsi, chaque agent essaie de se positionner d'une manière ou d'une autre par rapport à ses compétences ou par rapport à son statut. Ce positionnement social leur permet de construire leur rôle au sein de l'ensemble des agents du centre de santé, ce qui structure leur trajectoire professionnelle.

La satisfaction au travail

Tous les personnels des formations sanitaires de notre étude ont évoqué la satisfaction au travail comme critère de motivation au travail (Enquête, 2012). En effet, la question de la satisfaction au travail a été abordée en sociologie par quatre théories : il s'agit de l'École physico-économique (Frederick Winslow Taylor), de l'École des relations humaines (Elton Mayo et Frederick Herzberg), des modèles de causalité (les enquêtes statistiques américaines) et de l'École critique (Yvan Comeau, 1992). Cette dernière approche a été développée par Yvan Comeau au terme d'une recherche empirique portant sur la satisfaction des membres dans les coopératives de travail.

« D'abord intéressées par la productivité, les études de la satisfaction au travail ont pendant longtemps souffert d'une conception instrumentale du travail. L'École physico-économique croyait améliorer la situation des producteurs et surtout la productivité de l'entreprise en aménageant un atelier plus fonctionnel. L'École des relations humaines pensait rendre le travail plus intéressant en établissant des relations harmonieuses entre les diverses catégories d'acteurs, au prix d'une soumission des travailleurs et des syndicats. Les modèles de causalité ont si bien découpé le phénomène de satisfaction en variables étroites qu'ils ont perdu de vue la totalité sociale » (Comeau, 1992).

Cependant, la théorie de l'École critique ne privilégie par le concept de satisfaction au travail, mais plutôt celui d'aliénation. Elle implique une analyse des sources d'aliénation et des manifestations d'émancipation (Burrell et Morgan, 1985) qui inclut la satisfaction au travail et la dépasse, dans la mesure où elle décrit de manière critique la brisure moderne entre les aspirations des acteurs sociaux et les capacités réelles de l'organisation sociale de répondre à ces désirs (Comeau, 1992).

Il ressort de notre travail, que les facteurs valorisants dans la notion de la satisfaction au travail évoqués par les agents de santé, se rapprochent de ceux de l'École critique. Ces

derniers évoquent comme facteurs valorisants : la reconnaissance du travail abattu, le mode de gestion des formations sanitaires, l'avancement au travail, l'environnement du travail, l'ambiance de travail, les relations interpersonnelles entre collègues, l'épanouissement de la vie privée à travers le travail. Pour eux, ces facteurs comportent des circonstances de bonheur et peuvent entraîner l'amélioration de la qualité des soins et du fonctionnement des formations sanitaires, s'ils sont satisfaits. Ils disent également que leur travail ne leur procure pas la satisfaction personnelle qu'ils auraient souhaitée. Pour eux, les capacités réelles du système ne répondent pas à leurs aspirations. Au fond, ils pensent que l'assouvissement ou la réalisation de leurs besoins vitaux passent nécessairement par le sentiment de plaisir et de contentement qu'ils éprouvent dans leur travail. Ils veulent acquérir des compétences à travers les formations continues et disposer de ressources matérielles, financières et humaines nécessaires pouvant leur permettre de participer de manière efficiente et efficace à la gestion des formations sanitaires. Ils fustigent une instrumentalisation de leur travail, ils pensent n'être associés à aucune décision, ou regrettent que leurs propositions ne soient jamais prises en compte. Ils jugent le système de communication défaillant. Pour montrer la pertinence de la satisfaction au travail, un infirmier affirme :

« La qualité des prestations dépend de la satisfaction que l'agent éprouve dans son travail. » (Infirmier, 22 avril 2012, CSC Bohicon).

La majorité des agents de santé sont encore au niveau de la satisfaction de leurs besoins fondamentaux élémentaires. Pour cette raison, ils organisent des mouvements de grève pour revendiquer la sécurité de l'emploi et l'augmentation des salaires. Nous avons observé dans le secteur de la santé une longue période de grève sans service minimum, ce qui a occasionné beaucoup de décès et des frustrations au niveau de la communauté. Les agents affirment que :

« Le ventre affamé n'a point d'oreilles » (Entretien, 08 mars 2011, CSC de Bohicon).

Le personnel sanitaire a insisté sur certains facteurs valorisants indispensables aux changements de comportements sur leurs lieux de travail. Il s'agit de : la sécurité de l'emploi, les salaires et les avantages financiers, l'aménagement physique des lieux de travail, les infrastructures et les matériels disponibles, la politique sanitaire, la culture organisationnelle, le système de motivation, les relations interpersonnelles, l'accomplissement personnel dans le travail et la reconnaissance. Pour qu'un agent

éprouve une satisfaction au travail, il doit pouvoir bénéficier des possibilités de croissance personnelle et de perfectionnement. À mesure qu'il modifiera son attitude et acquerra des compétences, ses besoins et son rendement évolueront.

Les valeurs personnelles

La troisième dimension liée à la logique sociale est basée sur les valeurs incarnées par chaque acteur. En effet, ces valeurs sont significatives dans le fonctionnement des formations sanitaires et sont surtout basées sur les « variabilités individuelles » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Il y a dans les formations sanitaires, des acteurs scrupuleux, dévoués, désintéressés et dotés d'empathie. Ces valeurs ne sont pas les effets du système sanitaire puisque le système noie au contraire les efforts individuels et instaure le suivisme illustré par l'adage « c'est comme ça tout le monde fait ». Ces valeurs ne sont pas non plus dues à un contexte social incitatif, mais plutôt à la personnalité et aux valeurs prônées par l'agent. Ainsi, il y a ceux qui accordent de l'importance à la qualité de l'offre de soins (même s'ils sont en faible proportion), à l'effort pour réussir et à la souffrance de la communauté. Par ailleurs, il y a ceux qui considèrent moins importantes les valeurs citées ci-dessus et accordent plus d'importance à l'apparence et à la valorisation des biens matériels. Les premiers, par leur posture :

« N'oublie pas que le coût social de l'intégrité, du respect des normes médicales, ou de l'écoute du malade est un coût social fort, que peu de professionnels de santé peuvent se permettre de « payer », car ceux qui le font sont isolés, et sont souvent victimes d'opprobre de la part de leurs proches ou de leurs collègues » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Pour conclure cette section, nous pouvons dire de façon générale, que les trois logiques sociales qui sont ressorties des pratiques des agents de santé permettent de mieux rendre compte du fonctionnement du système de santé. Tour à tour, le positionnement social, la satisfaction au travail et les valeurs personnelles sont apparues incontournables de la lecture faite des pratiques des acteurs dans les formations sanitaires.

4.2.2. Les logiques de mobilisation de ressources financières

Vu les difficultés d'application de la stratégie des soins de santé primaires, l'instauration du recouvrement des coûts a été proposée aux pays en développement en 1985, puis fortement recommandée par la Banque mondiale dès 1987 (Sauerborn et al.,

1994 ; Akin et al., 1995 ; Asenso et al., 1997 ; Forsythe et al., 2002; Mariko 2003a, 2003b). Dès lors, le budget est devenu dans toutes les formations sanitaires, certes un outil de planification, mais surtout un outil de mobilisation de ressources financières qui a une prééminence très élevée. C'est autour du budget que se jouent tous les enjeux. Les activités permettant de mobiliser des ressources financières pour la survie des centres de santé ont pris le dessus sur les activités de promotion de santé. Comme l'affirme un médecin-chef de centre de santé de l'une des communes de notre étude :

« L'initiative de Bamako, c'est dans une perspective où les formations sanitaires doivent normalement bénéficier de la subvention de l'État, mais comme l'État a failli à sa mission, nous sommes obligés de planifier pour avoir une autonomie financière. Sans ressources financières, le centre ne peut pas fonctionner. Les populations paient elles-mêmes leurs soins de santé» (Entretien, 22 avril 2012, CSC Bopa).

Par conséquent, les paquets d'activités délivrés dans les centres de santé sont plus orientés vers les soins curatifs, ce qui leur permet de survivre et d'exister.

L'idée de rentabilité dans les systèmes de santé a pris le dessus, de telle manière qu'il n'y a pas une large sensibilisation et information de la population sur l'adoption des nouvelles politiques d'exemption du recouvrement pour certains services de santé. Ainsi, par manque d'information, une mère a gardé son enfant atteint du paludisme chronique à la maison. Quelques minutes après leur arrivée à l'hôpital de zone de Comè, l'enfant de cinq ans décède. Les conséquences de la « marchandisation » des soins sont les recours tardifs au centre de santé, des pertes en vies humaines, la corruption (Blundo et Olivier de Sardan, 2007), les activités parallèles génératrices de revenus (Berche, 1998) de la part des agents de santé. Certains agents rançonnent et rackettent les malades qui devraient pourtant bénéficier des soins gratuits. Par exemple, à l'hôpital de zone de Comè, le père d'un enfant s'est plaint de ce que l'aide-soignant lui a pris 6000 FCFA pour l'oxygène qu'on a placé à son enfant. Or, son enfant devait bénéficier de la prise en charge gratuite du paludisme, ce qui signifie que rien n'aurait dû être payé jusqu'à la sortie de l'enfant. Malgré les ressources apportées aux structures de santé par la population, celle-ci se plaint toujours de la mauvaise qualité des soins et de la rupture des médicaments essentiels. Pourtant, selon certains acteurs dans la communauté, ils sont prêts à participer au financement, pourvu que les soins soient de bonne qualité et les médicaments essentiels disponibles.

4.2.3. Les logiques de promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986). De façon opérationnelle, la promotion de la santé est définie comme :

« Un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel » (O'Neill et Cardinal, 1994).

Or, dans les centres de santé, les activités de promotion de la santé sont en faible proportion. Elles se matérialisent dans les activités de vaccination des nouveau-nés et des femmes enceintes en stratégies fixes et avancées, dans des causeries à l'endroit des femmes enceintes et des mères (notamment sur la nutrition des femmes et des enfants surtout de 0 à 5 ans) et dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA pour l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires, etc. La promotion de la santé devrait être basée sur une éducation à la santé et sur des politiques publiques favorables à la santé.

Relativement à ce sujet, le Bénin se retrouve toujours dans une démarche verticale par programme dans la mise en œuvre des politiques de santé. Ce sont des programmes destinés aux populations prises comme des objets et non comme des sujets capables de prendre des décisions par rapport à leurs problèmes de santé. Les politiques de santé sont initiées par le niveau central mais sur le terrain, des stratégies efficaces ne sont pas adoptées pour responsabiliser les communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. Or,

« L'éducation sans les politiques finit par déchanter et les politiques sans l'éducation sont pratiquement inatteignables » (Keith Tones in Promotion de la santé au Canada et au Québec, PUL, 2006).

En d'autres termes, pour assurer leur survie, les formations sanitaires sont devenues des centres de « gestion de la maladie » et non des centres de « promotion de la santé ». Le plus grand constat fait au niveau des formations sanitaires est que les soins de santé primaires sont focalisés sur les soins curatifs et ne seront viables qu'en dehors de toute

promotion sanitaire. En plus, l'organisation des formations sanitaires elle-même privilégie davantage les activités curatives que les activités promotionnelles. Pour une semaine de travail, seulement une à deux journées sont consacrées à la vaccination dans presque toutes les formations sanitaires.

Le tableau qui suit est tiré de l'analyse de Bury et Simos (2003) et pourrait inspirer une politique d'amélioration du volet prévention et promotion de la santé dans le domaine de la santé au Bénin.

TABLEAU XXIV : Prévention et promotion de la santé

Prévention	Promotion de la santé
Modèle épidémiologique et biomédical	Modèle bio-psycho-social
Approche verticale par programmes	Approche horizontale par milieux de vie
À destination d'une population prise comme objet	En collaboration avec une population prise comme sujet
Facteurs et conditions de risque	Multifactorielle sur les avantages et les forces
Basée sur la responsabilité individuelle	Basée sur les déterminants de la santé
Comprend des matériels éducatif et informatif	Constitue un projet participatif
Fournit de l'information sur la maladie	Mène une action sur le milieu de vie

Adapté de Bury et Simos (2003)

Le tableau XXIV montre que la promotion de la santé dépasse la seule prévention de la santé. La promotion de la santé met l'homme au centre de la recherche des solutions à ses problèmes de santé. C'est une démarche bio-psycho-sociale de la santé et non une approche simplement épidémiologique et biomédicale mettant l'homme dans une position passive. Le Ministère de la Santé gagnerait à revoir sa politique en matière de prévention et de promotion de la santé en mettant l'homme au centre de la conception et de la mise en œuvre des politiques qui lui sont destinées.

En conclusion à cette partie, nous pouvons dire que les logiques d'action à l'œuvre dans les formations sanitaires se basent sur le produit des rapports sociaux, développés par les acteurs au sein du système de santé, que traduisent les pratiques quotidiennes. La lecture de ces pratiques quotidiennes renseigne sur leur primauté dans la catégorisation des facteurs qui participent de la mise en œuvre des politiques de santé. Certes, le niveau central a une grande partition à jouer, en associant les acteurs à la base, dans la conception des politiques qu'ils sont appelés à mettre en œuvre. Cependant,

« Toute amélioration de la qualité des soins dépendra de la capacité des soignants et des soignés réformateurs à instaurer une éthique « vécue » (et non

purement rhétorique) du service public dans des portions significatives du système de santé. » (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003, p. 102).

Chapitre VII : La difficile implantation de la politique d'intervention des Partenaires Techniques et Financier (PTF) dans les formations sanitaires

La particularité des politiques de coopération interpelle sur la concordance entre ce qui est planifié par les PTF et ce qui est réellement fait par les acteurs. Au Bénin, l'aide, à travers la mise en œuvre des interventions des PTF n'est pas perçue comme un prolongement de la vision sectorielle de l'État, mais comme une opportunité personnelle (ça permet d'avoir des per diem de plus, de gérer des ressources parallèles compte tenu des enjeux du projet, de bénéficier d'un avantage qu'on n'aura pas avec l'État etc.). Les acteurs ont des représentations sociales de ces interventions qui ne permettent pas toujours d'atteindre les objectifs de départ. Ils ne se plient pas complètement aux conditionnalités des PTF et développent des stratégies qui ne constituent que l'expression de leur rejet ou acceptation de la politique.

1. Les représentations sociales liées à la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans les deux zones sanitaires

La politique de financement en vogue dans le secteur de la santé en général et dans les zones sanitaires de Bohicon et Comè en particulier est le Financement Basé sur les Résultats (FBR) adopté depuis 2012.

Les représentations sociales des acteurs au niveau opérationnel pèsent dans le processus de l'implantation des interventions des PTF. Dans les sciences sociales, son importance est reconnue pour comprendre un fait social. Les courants récents de l'anthropologie, l'histoire, la sociologie, reconnaît à la représentation sociale un statut original dans la constitution des ordres et des rapports sociaux, l'orientation des comportements collectifs et la transformation du monde social (Augé, 1979 ; Bourdieu, 1982 ; Duby, 1978 ; Faye, 1973 ; Godelier, 1984 ; Héritier, 1979 ; Michelat, 1977).

Les investigations sur le terrain par rapport à l'introduction de l'approche FBR dans les formations sanitaires a permis de comprendre la production sociale des connaissances, surtout en lien avec l'innovation apportée et son rapport aux pratiques quotidiennes des acteurs. Cependant, il reste à établir un lien direct entre la production sociale des connaissances et les pratiques quotidiennes des acteurs. Dans les zones sanitaires de Comè et Bohicon, la représentation sociale des acteurs se base surtout sur des jugements, des idées, des opinions et des attitudes induits par le processus de l'implantation de l'intervention. En nous référant à notre corpus, le discours des acteurs par rapport au FBR permet d'établir les jeux et enjeux à l'œuvre dans la dynamique du FBR. La suite nous donne un aperçu des propos recueillis auprès des acteurs dans les zones sanitaires.

1.1. Les propos des acteurs dans la zone sanitaire de Comè.

« Le FBR ne répond pas à mes aspirations. Je n'aime pas cette histoire. Je n'y comprends rien. Les responsables décident ensemble de leur chose et font leur chose. Il serait bon que les prestataires soient motivés sur le terrain. Il faudrait aussi les impliquer en amont du processus. Les responsables viennent dans les services et nous demandent de mettre les

lieux au propre et de ranger les choses parce que les évaluateurs FBR vont passer» (Sage-femme, HZ de Comè, 03 octobre 2013).

« Il faut que le projet nous laisse en paix, car ce dernier engendre plus de frustrations au sein du personnel que d'avantages. C'est comme si on se retrouvait dans un système capitaliste, où une minorité au bureau profite du projet et la majorité sur le terrain est défavorisée. Sinon, il serait bon si les responsables ne s'accaparaient pas de tout» (Chef service laboratoire, HZ de Comè, 03 octobre 2013).

« Le FBR favorise la propreté des lieux et les agents s'efforcent pour se rapprocher des normes et avoir un bon score, mais ce sont les responsables qui en jouissent et les primes sont insignifiantes pour l'effort fourni par les prestataires» (Sage-femme, HZ de Comè, 03 octobre 2013).

« Le FBR ne motive pas vraiment les agents et ne collabore pas avec les bénéficiaires. Il y a une discrimination dans le partage des primes. Sinon, le FBR est une bonne chose et permet de se rapprocher des normes nationales. Si seulement une autre institution en dehors du système pouvait en prendre la gestion. » (Délégué du personnel, infirmier à l'urgence, HZ de Comè, 03 octobre 2013)

« Payer sur l'effort, le FBR sert à l'amélioration des efforts et à la motivation du personnel. C'est une bonne approche, mais nous ne sommes pas bien informés par rapport au processus. Il y a eu des formations pour certains agents, mais l'information n'a pas été partagée» (Instrumentiste bloc opératoire, HZ de Comè, 26 novembre 2013).

« Je ne peux pas dire que le FBR n'est pas bon, mais c'est arrivé trop tôt. Le garder et l'améliorer serait une bonne chose, car il permet aux prestataires de travailler selon les normes internationales» (Comptable Matière, EEZS Comè, 04 octobre 2013).

« Le FBR n'est pas une mauvaise chose, mais c'est venu prématurément» (Statisticien, EEZS Comè, 06 octobre 2013).

« Le FBR a changé radicalement le cours du programme PARZDS. Mais c'est une bonne chose, il demande une attention particulière en assurance qualité» (Médecin-Coordonnateur de ZS Comè, 07 octobre 2013).

« Le FBR est une approche qui amène les prestataires à bien archiver et ranger les dossiers. C'est une bonne chose, mais seulement l'information reste très défaillante» (Major CSC Grand-Popo, 07 octobre 2013).

On peut retirer de ces extraits de discours que les acteurs sont plus ou moins unanimes sur le fait que le FBR est une bonne chose et qu'il est venu changer les habitudes. Pour eux, le FBR les a sortis de la routine et leur permet de faire le travail en se rapprochant des normes pour avoir beaucoup de cas traités dans de bonnes conditions, à « vendre » à la fin de chaque mois et de chaque trimestre. Cependant, ils condamnent le fait de n'avoir pas été impliqués dans l'approche en amont, surtout par rapport à la formulation du projet. Le modèle de la CTB ne leur convient pas car, dans les zones sanitaires appuyées par la Banque mondiale (en particulier celle de Lokossa qui est juste à côté), les agents sont inscrits eux aussi dans un processus de FBR, mais ils reçoivent des primes beaucoup plus élevées. Le principal problème du modèle de la CTB, selon les agents, se pose au niveau des primes reçues. Les agents préféreraient aussi que la vérification du FBR soit gérée par une agence en dehors des institutions de l'État.

En effet, le secteur de la santé se retrouve dans une structure où la hiérarchie a plein pouvoir et décide de tout par rapport au fonctionnement des formations sanitaires. Comme le montre la deuxième partie de notre travail, le fonctionnement des formations sanitaires se base sur des normes officielles très théoriques. Ces normes agissent, en partie, négativement sur la construction organisationnelle à l'œuvre (par rapport aux pratiques) et engendrent des contraintes qui empêchent les acteurs de prendre des décisions dans la gestion globale du système. Ils subissent le système et l'articulation des normes de santé tant techniques que professionnelles ne répondent pas à leurs réalités socioculturelles et économiques. Cela empêche l'État d'atteindre son objectif d'améliorer la santé de la population.

1.2. Les propos des acteurs dans la zone sanitaire de Bohicon

« Le FBR est un bon projet, il nous permet de suivre les normes de travail dans les services, depuis l'arrivée du patient, jusqu'à sa sortie. Avant, on travaillait dans le désordre et il n'y avait ni motivation, ni encouragement. Le FBR amène chaque agent à prendre ses responsabilités» (Sage-femme, 09 octobre 2013, CSC de Bohicon).

« Comme au CSC de Zogbodomey, le travail ne marche pas, le FBR est une nouvelle approche qui encourage à respecter les normes pour améliorer la qualité de l'offre. Ce n'est pas encore ce qu'on veut, mais la communauté fréquente un peu plus le CSC» (Sage-femme, responsable de la maternité, 10 octobre 2013, CSC de Zogbodomey).

« Le FBR demande beaucoup d'efforts, mais ça n'empêche pas les prestataires de se rapprocher des normes pour bénéficier des primes» (Statisticien EEZS, 11 octobre 2013, ZS Bohicon).

« Le FBR bouscule beaucoup, ça demande beaucoup d'efforts pour l'amélioration de la qualité, mais ce n'est pas mauvais. Même les usagers de la maternité sont en train de se rendre compte que les lieux sont propres et que les sages-femmes accueillent mieux» (Sage-femme, responsable de la maternité, 11 octobre 2013, CSC de Bohicon).

« C'est bon, ça t'oblige à bien travailler selon les 5S : Débarrasser, ranger, nettoyer, pérenniser, standardiser» (Infirmier, 11 octobre 2013, CSC de Bohicon).

« Le FBR oblige à appliquer les normes, c'est une bonne chose. » (Major, 11 octobre 2013, CSC de Bohicon).

« Nous n'avons pas été bien informés du FBR avant sa mise en œuvre. A notre grande surprise, nous avons été moins payés que des CS moins performants que nous. Avant l'avènement du FBR, nous faisons déjà partir des CS les plus performants. Cela ne nous empêche pas de toujours rester performant, mais c'est quand même frustrant» (Major, 09 octobre 2013, CSA Zoukou).

Comme dans la zone sanitaire de Comè, les acteurs de la zone sanitaire de Bohicon sont relativement unanimes sur le fait que le FBR est une bonne chose et qu'il est venu encourager la qualité des soins. L'aspect financier est plus captivant que la prise de conscience par rapport à la performance et au respect des normes. Le FBR permet de sortir de la routine et de changer les habitudes. La relation entre le FBR et la fréquentation des CS est en train d'être établie selon les prestataires, mais ce n'est pas encore très perceptible. Néanmoins, ils condamnent le fait de ne pas avoir été impliqués en amont du projet. On note également le mécontentement des CS sous contrôle (qui ne reçoivent pas de prime ou des primes plafonnées) par rapport aux primes reçues dans les

centres sous traitement (qui reçoivent l'entièreté de la prime à laquelle ils ont droit) et le problème du surplus d'efforts à fournir évoqué par presque tous les prestataires.

Le FBR étant une stratégie de financement basée sur les résultats et matérialisée par l'octroi d'incitants aux différents acteurs du système, l'enjeu qu'est l'argent est plus considéré par les acteurs que l'effort à fournir pour atteindre les résultats. Ici, la performance est proportionnelle aux primes et est comprise en termes de productivité et de qualité des soins. Or, la majorité des acteurs développent des idées témoignant de leur frustration par rapport aux primes reçues. Les représentations sociales se basent sur des éléments subjectifs pour se construire. Cependant elles ne sont pas fausses. Même étant naïves (de rationalité limitée), elles sont le plus souvent distinctes de la connaissance scientifique, mais elles contribuent à « la construction sociale de leur réalité » comme l'affirme Jodelet (1989). Les acteurs sont soudés et revendiquent ensemble la hausse des primes au niveau de la zone sanitaire de Comè et la simplification de l'effort fourni au niveau de la zone sanitaire de Bohicon.

2. Les changements induits par la mise en œuvre du FBR dans les deux zones sanitaires

Au Bénin, le FBR est indéniablement ciblé sur l'amélioration de la qualité plus que sur la quantité des prestations des structures sanitaires. La principale idée consiste à mettre en pratique les normes de qualité des soins, qui n'étaient généralement pas respectées dans la routine par les prestataires. A cet effet, sa mise en œuvre induit des effets positifs et négatifs sur le fonctionnement et l'organisation des formations sanitaires dans les zones sanitaires de Comè et de Bohicon.

2.1. Les changements apportés par le FBR dans le fonctionnement des formations sanitaires

En général, le FBR a amené une prise de conscience professionnelle des agents de santé dans les zones sanitaires. Cette prise de conscience se ressent à travers le changement de comportements des acteurs au niveau des structures sanitaires. Le personnel est sensibilisé à l'importance de la présence au poste et de l'accueil des patients, qui tient une place importante dans la qualité des soins. Les agents cherchent certes à produire beaucoup de cas mais pour ce faire, l'accent est mis sur la qualité. Des supervisions sont

faites régulièrement par l'EEZS pour permettre aux formations sanitaires de se mettre à jour pour les évaluations FBR. Le respect de la qualité est corrélatif au respect des principes du FBR.

Mais il faut remarquer que la zone sanitaire de Comè en est encore à ses débuts dans la mise en œuvre du FBR, et qu'un effort est en train d'être fait au niveau des formations sanitaires. La zone sanitaire de Bohicon est plus avancée dans le processus. Six évaluations ont été déjà faites dans la ZS de Bohicon contre trois dans la ZS de Comè (au moment où nous étions sur le terrain) ; ce qui explique leur évolution dans le processus.

Dans la zone sanitaire de Bohicon, une demande d'explication est adressée aux centres de santé en cas de régression dans la qualité, et les responsables sont préoccupés par la mise aux normes des centres de santé. On constate également une nette évolution dans le renforcement du plateau technique. Toutes les formations sanitaires mettent l'accent sur la propreté des lieux, et des journées de salubrité sont organisées par les agents au niveau de chaque centre de santé, pour mettre l'environnement au propre. De plus, certains centres de santé que nous avons visités au début de notre étude en 2010, et qui étaient très loin des normes nationales, ont vu leur situation s'améliorer avec l'avènement du FBR, surtout sur le plan de l'assainissement et de la réhabilitation des infrastructures. On constate le développement de stratégies²² pour l'amélioration et l'utilisation des services de santé et la qualité des soins pour atteindre les cibles. On note une satisfaction morale dans le travail bien fait²³ et également une satisfaction par rapport à une prime perçue pour augmenter les revenus de la fin du mois. Toujours dans la zone sanitaire de Bohicon, des slogans sont initiés pour rappeler aux prestataires leur mission de qualité, le slogan est libellé de la manière suivante : « Qualité égale défaut zéro ». Le FBR permet enfin de produire des données plus fiables pour le système d'information, qui sont utilisées à des fins de gestion.

Concrètement, l'introduction du FBR dans le secteur de la santé n'a pas amené un changement significatif dans le fonctionnement des formations sanitaires bénéficiaires.

Au niveau de la ZS de Comè, l'initiative du FBR en est encore à ses débuts et rien n'est perceptible pour le moment. Les rôles des acteurs n'ont pas connu d'évolution.

²²Par exemple, les « 5S » développés au niveau de la ZS de Bohicon, à savoir : Débarrasser, ranger, nettoyer, pérenniser, standardiser, imités d'une stratégie japonaise qui demande de se débarrasser des choses inutiles et de bien ranger le matériel et les documents.

²³On note un classement des formations sanitaires en fonction de leur performance qui est posté sur le site web du PRPSS : <http://www.beninfbr.org/>.

L'approche est entrain de changer les comportements, mais elle n'a pas encore une grande conséquence sur le système fonctionnel existant.

Néanmoins, dans la zone sanitaire de Bohicon, on note un début de changement dans le fonctionnement des structures sanitaires. Ce changement est remarquable par rapport à la tenue des réunions par les agents pour discuter de l'initiative et des efforts à fournir pour atteindre les résultats et augmenter les primes reçues. En effet, des réunions de l'Équipe Assurance Qualité (EAQ) sont tenues dans tous les centres de santé de la ZS de Bohicon. Ces réunions se tiennent en fonction de la disponibilité des prestataires. Dans certains CS, elles se tiennent toutes les quinzaines du mois et dans le CSC Zogbodomey, elles se tiennent tous les premiers jeudis du mois.

ENCADRÉ 4 : Description ethnographique d'une réunion EAQ au CSC de Zogbodomey

La réunion a eu lieu le jeudi 10 octobre 2013. L'ordre du jour comportait quatre points à savoir :

- La présentation des participants à la réunion
- La lecture et l'amendement du rapport de la réunion passée
- La lecture de la grille FBR
- Divers

La réunion était prévue pour le 3 octobre 2013, qui était le premier jeudi du mois. Mais pour des raisons non élucidées, elle a finalement été tenue le jeudi 10 octobre 2013. Toutefois, sur la liste de présence qui a été circulée, il est mentionné 3 octobre 2013 pour la date de la tenue de la réunion.

Après la présentation des participants, des doléances ont été formulées, par rapport à l'heure de la réunion. Il a été décidé que les réunions EAQ se tiendront désormais de 8h à 9h, après la journée de salubrité pour permettre à ceux qui descendent de garde de ne plus revenir au CS une fois rentrés à la maison. Pour le troisième point, la lecture de la grille qualité FBR a été effectuée point par point pour permettre à tous les agents de s'habituer à la grille et surtout dans un élan de partage des rôles et des responsabilités pour atteindre les résultats escomptés.

La lecture faite de cette réunion permet de confirmer que les acteurs ont une volonté de jouer leur partition dans la mise en œuvre de l'initiative. Ils veulent gagner beaucoup de primes et s'y efforcent. Aussi trouvent-ils des ajustements pour justifier les exigences de l'approche.

Le système sanitaire béninois n'offre pas encore aux prestataires les moyens nécessaires pour aboutir à un changement considérable dans le fonctionnement des CS suite à l'avènement du FBR. Il est à noter que, malgré les incitants apportés par le FBR, certains agents restent encore en dehors du processus. Les délais des évaluations et du paiement des primes ne sont pas respectés. Les dispositifs du processus sont lourds et

les registres mis à disposition des prestataires sont touffus et irréalistes selon les propos des acteurs.

2.2. Les effets négatifs induits par la mise en œuvre du FBR dans les deux zones sanitaires

Toutefois, plusieurs effets négatifs ont également été perçus au niveau du temps de travail, de la charge de travail, de la disponibilité du matériel, du manque d'équité dans le partage des primes, dans les conditions d'évaluation et de façon générale, dans un manque d'appropriation et de communication autour du processus. Le FBR a entraîné une assiduité au travail qui contraint le personnel à dépasser les heures de travail prévues afin d'atteindre les résultats voulus. Ceci est surtout perceptible dans la période des évaluations. La charge de travail a augmenté. Les personnels de santé travaillent plus qu'ils ne le faisaient auparavant. Toutes les formations sanitaires ne sont pas mises aux normes nationales (pas de matériels et équipements nécessaires) pour se conformer aux exigences du FBR.

2.1. Le manque d'équité dans le partage des primes

La prime financière est le premier moteur du FBR. C'est aussi, comme le dit le sens commun, « le nerf de la guerre ». Le problème de la prime est crucial dans la zone sanitaire de Comè. Pour les acteurs, les primes sont distribuées en fonction des catégories de personnel, elles ne sont pas octroyées à la hauteur de l'effort fourni. Quelques propos d'acteurs l'illustrent bien :

« C'est l'EEZS qui jouit des retombées du projet. Au bureau de zone, il y a un chauffeur qui est allé à plus de 85.000 francs de prime alors que moi, sage-femme qui travaille sur le terrain, je n'ai même pas eu plus de 22.000 francs» (Sage-femme, 03 octobre 2013, HZ de Comè).

« Les prestataires qui travaillent sur le terrain pour produire les indicateurs sont lésés. Ce sont les agents de bureau qui profitent du projet» (Chef service laboratoire, HZ de Comè, 03 octobre 2013).

« L'insatisfaction se retrouve au niveau de la faible motivation financière des agents» (Délégué du personnel, 04 octobre 2013, HZ de Comè).

« Nous ne sommes pas d'accord avec la façon dont la chose est gérée. Nous ne sommes pas des marionnettes. Il faut qu'ils nous communiquent

les résultats de l'évaluation. Nous voulons savoir ce qui nous revient et sur quels critères l'argent est partagé» (Major, 04 octobre 2013, CSC Bopa).

« Les membres de l'EEZS ne veulent pas que les prestataires sachent le fond de la marmite pour parler du budget alloué au projet. Les responsables s'accaparent des fonds» (Médecin-chef, 26 novembre 2013, CSC Comè).

« Si les primes sont harmonisées avec celles du PTF qui se trouve à Lokossa²⁴, ce serait bon» (Infirmier Major, 29 novembre 2013, CSC Houéyogbé).

« Je n'attends rien avec l'approche CTB, j'ai plus de 500.000 francs qui m'attendent, pour un travail de 4 trimestres effectué dans le centre de santé Chabi Kouma qui se situe dans une zone de la Banque Mondiale» (Sage-femme responsable de la maternité, 29 novembre 2013, CSC Houéyogbé).

La zone sanitaire de Comè en était à sa troisième évaluation lors de notre dernière descente sur le terrain, et c'est seulement le premier trimestre de prime qui avait été versé aux prestataires. Pour la petite histoire, l'EEZS avait été la première à être évaluée, et aussi la première à avoir reçu des primes qui auraient varié entre 400.000 FCFA (MCZS) et 90.000 FCFA (aide-magasinier). Les prestataires ont eu écho de ces montants, et s'attendaient à en recevoir de pareilles – car dans ces conditions, les grilles de répartition du FBR ne servent plus de référentiel, mais les personnels se situent par rapport à ce que les autres ont déjà reçu. Mais à leur grande surprise, les primes des prestataires se sont révélées inférieures aux primes de certains agents (chauffeurs, aide-magasinier, etc.) de l'EEZS. A l'hôpital de zone de Comè, les premières primes devraient s'élever au total à 4.796.000 FCFA, dont 70% sont revenues au personnel et 30% pour le fonctionnement. Après la répartition entre agents, les primes varieraient de 40.000 FCFA (Directeur HZS de Comè) à 16.000 FCFA (aide-soignant). Au CSC de Houéyogbé, les primes varieraient de 15.000 FCFA (médecin-chef) à 5.000 FCFA (gardien) (Entretien, 2013, ZS Comè).

Dès lors, une atmosphère de mécontentement s'est installée. Ce mécontentement s'est manifesté par des conflits latents, un relâchement dans le travail, des frustrations, des revendications dans les coulisses. Cette ambiance a duré de la période qui sépare le paiement des premières primes jusqu'à l'évaluation du troisième trimestre, où il y a eu un relâchement dans l'effort à la performance dans les formations sanitaires. 100% des

²⁴ A savoir la Banque mondiale.

agents interrogés trouvent qu'ils ont toujours été lésés par la hiérarchie et qu'ils auraient préféré qu'une autre institution, en dehors de la pyramide sanitaire, prenne la gestion du FBR dans la zone sanitaire de Comè, comme cela est fait dans les zones sanitaires de la Banque Mondiale.

Au niveau de la zone sanitaire de Bohicon, le problème de prime se pose aussi, mais seulement pour les formations sanitaires qui se situent dans le groupe des formations sanitaires « sous contrôle », étant donné que le projet se situe dans une recherche-action. Ainsi par exemple, le CS de Zoukou se situe dans le groupe « de contrôle », or c'est un centre de santé qui figurait parmi les plus performants de la zone sanitaire avant même l'avènement du FBR. Au début de la mise en œuvre, il n'y a pas vraiment eu de communication par rapport à la situation, donc, les agents qui s'attendaient à avoir une forte somme de prime ont été déçus et frustrés de savoir que des formations sanitaires moins performantes que la leur étaient mieux payés qu'eux.

2.2. Manque d'équité dans les conditions d'évaluation

La question du manque d'équité dans les conditions d'évaluation se pose aux formations sanitaires des deux zones sanitaires. Sous les deux modèles de FBR, la même grille qualité, conçue sur base du respect des normes, est appliquée à toutes les structures sanitaires, sans considération de leur niveau initial par rapport aux normes nationales. Ceci pénalise énormément le personnel qui travaille dans les structures sanitaires défavorisées, compte tenu de leur niveau de compétence, pour atteindre les résultats.

Par exemple, dans la zone sanitaire de Comè, le Programme d'Appui au Renforcement des Départements et Zones Sanitaires aurait pu aider les structures à atteindre les normes requises de prime abord, si le projet n'était pas entré dans le processus FBR en 2012. En effet, il était justement conçu au début pour appuyer et renforcer les zones et départements sanitaires de leur intervention. Mais l'assistant technique international (ATI) du projet explique que les axes du projet ont été maintenus et que :

« [Il faut] commencer avec la situation existante pour améliorer au fur et à mesure les imperfections. En outre, les conditions attirent l'attention des responsables pour améliorer la qualité des soins. Le personnel pourra faire

pression sur eux pour apporter les aménagements nécessaires» (ATI PARZDS, DDS Lokossa, 08 octobre 2013).

De plus, la zone sanitaire de Comè dispose de 28 centres de santé complets (c'est-à-dire un CS qui a une maternité et un dispensaire) et seulement 23 ont été enrôlés pour cette phase de mise en œuvre du FBR dans la zone. Ceci s'explique par le fait que les cinq CS restants ne disposent pas d'au moins deux agents qualifiés au poste. Pour l'ATI PARZDS :

« Il s'agit d'un processus. Dans la première étape, les équipes d'encadrement de zone sanitaire ont identifié des formations sanitaires qualifiées de CS complets, c'est-à-dire offrant tout le PMA au niveau de leur zone sanitaire et préférentiellement par arrondissement à défaut de l'aire sanitaire (la cartographie des ZS en aires de santé est assujettie à la finalisation de la politique à cet effet par la DPP). C'est ainsi qu'au niveau des arrondissements, les dispensaires isolés ou maternités isolées n'ont pas été pris en compte dans cette phase. La deuxième phase prévoit ce qu'on va appeler la contractualisation des formations sanitaires satellites autour d'un CS complet. Et le CS complet (par définition le plus performant ou le plus attractif) aura des responsabilités vis-à-vis des centres satellites et vice versa. Nous n'en sommes pas encore là. Cette deuxième phase va démarrer dans le Mono-Couffo en 2014. Au niveau de l'Atacora-Donga, le processus a démarré car les ZS avaient déjà procédé à une cartographie prospective des aires de santé» (ATI PARZDS, 28 novembre 2013).

Certains agents de santé manifestent le désir de faire l'effort pour atteindre la qualité dans l'offre des soins de santé, afin de bénéficier des primes FBR. C'est le cas de la responsable du CS de Gadomè, qui, à notre arrivée dans le centre, a affirmé :

« Je ne sais pas pourquoi nous ne sommes pas concernés par le processus de FBR. Notre centre, même ne disposant pas de toutes les compétences, fait tout. Nous ne sommes pas évalués comme les autres CS. Une fois, nous avons essayé d'envoyer nos données au CSC de Comè, mais elles n'ont pas été prises en compte. Nous voulons aussi bénéficier des primes» (Responsable CS de Gadomè, 27/11/2013).

2.3. Le manque d'appropriation et de communication autour du processus

De manière générale, un problème de communication se pose à tous les niveaux de la mise en œuvre du FBR. Le processus a été introduit dans les zones sanitaires sans tenir compte de l'avis des prestataires ; ils n'ont pas été impliqués dans la conception de l'approche. Ils subissent le projet et ne sont pas sérieusement inclus dans les phases du processus en amont. Les agents de santé se sont vite intéressés au FBR grâce aux incitants en jeu. Cependant, la dynamique de l'approche ne tient pas toujours compte de leurs réalités socioprofessionnelles, et les ajustements opérés en cours de mise en œuvre engendrent des frustrations qui ne sont pas de nature à favoriser une bonne implantation de l'approche. D'ailleurs, la recherche sur le FBR aujourd'hui met plus l'accent sur l'évaluation de l'impact (Meessen, 2013 ; Torsvik, 2013) que sur les conditions liées aux réalités socioprofessionnelles des acteurs et aux facteurs favorisant ou non le changement de comportement pour le renforcement du système sanitaire. Aussi le niveau de communication actuelle ne permet-il pas encore aux acteurs de s'approprier les préalables du processus.

3. Les réalités socioprofessionnelles des acteurs du secteur de la santé et la mise en œuvre du FBR au Bénin

3.1. Le fonctionnement des formations sanitaires et la mise en œuvre du FBR

Nous avons mis en exergue, dans des chapitres ultérieurs de cette thèse, les dysfonctionnements qui existent et qui persistent dans le système sanitaire en Afrique en général et au Bénin en particulier. Pour reprendre l'affirmation des auteurs dans leur analyse sur la corruption dans le domaine de la santé, nous pouvons écrire que :

« Alors que les images abstraites attachées aux professionnels de santé (médecins, infirmiers ou infirmières, sages-femmes) sont partout positives et évoquent assez généralement le dévouement, la compassion, l'altruisme, par contre la réputation concrète des personnels de santé en Afrique est particulièrement mauvaise et parfois exécrationnelle. Leur corruption et leur vénalité sont très largement dénoncées par les populations, en même temps que leur

mépris des usagers et la faible qualité de leurs prestations, même si, bien sûr chacun connaît d'heureuses exceptions» (Blundo et Olivier de Sardan, 2007).

Plusieurs travaux de socio-anthropologues confirment cette situation, qui est de plus en plus débattue. Dans leur analyse, les auteurs ont présenté le contexte sanitaire africain et surtout du Niger et du Bénin, en cinq caractéristiques liées au cadre structurel de la santé qui sont :

« (1) Les empiètements entre domaines de compétences des différents personnels de santé sont quasi permanents, et la législation comme les règles déontologiques officielles ne sont guère respectées. (2) L'attitude des personnels de santé alterne entre la sur-personnalisation et la déshumanisation. (3) Le travail en équipe est très peu développé. (4) De nombreux usagers méconnaissent les règles de fonctionnement des services de santé et n'ont pas suffisamment de « culture médicale moderne ». (5) La prolifération actuelle de structures privées » (Blundo et Olivier de Sardan, 2007).

C'est dans ces conditions socioprofessionnelles récurrentes qu'a été introduite l'implantation du FBR dans les formations sanitaires des zones d'intervention des PTF que sont la Banque Mondiale et l'Agence Belge pour le Développement.

Le FBR, à l'instar des autres grandes politiques initiées en faveur des pays en développement dans le domaine de la santé, a de grandes ambitions. La particularité du FBR est d'encourager, auprès des acteurs, l'amélioration de la performance (quantité et/ou qualité des soins) moyennant des primes. Mais la réalité est là, les acteurs sont déjà ancrés dans des systèmes de pratiques qui ne permettent pas d'envisager le changement de comportements de manière systématique. Il serait difficile d'établir une relation linéaire entre l'octroi des primes et l'amélioration de la qualité de l'offre dans un système aussi complexe. Si nous nous référons aux cinq caractéristiques du système citées plus haut, à combien de ces caractéristiques le FBR apporte-t-il des solutions ?

La première caractéristique, à savoir les empiètements entre domaines de compétences et le non-respect de la législation et des règles déontologiques officielles, peuvent trouver un début de solution avec le FBR, mais encore à ce jour, on constate notamment que les paramédicaux continuent de pratiquer les actes médicaux. Aujourd'hui, le FBR met l'accent sur la qualité de l'accueil, mais étant donné que le suivi-évaluation est mensuel dans la zone sanitaire de Bohicon et trimestriel dans la zone sanitaire de Comè, on assiste à une qualité saisonnière, qui ne reflète pas toujours du vécu quotidien des

usagers dans les formations sanitaires. Ainsi, l'usager qui connaît un agent de santé dans une structure de santé est encore bien accueilli au détriment de la masse des patients anonymes. Le FBR met l'accent sur le travail collaboratif, mais beaucoup reste encore à faire pour sa concrétisation. Les prestataires ne travaillent pas encore en équipes comme il se doit ; il y en a certains qui sont vraiment motivés pour gagner beaucoup de primes, mais d'autres pas. Les usagers (analphabètes à plus de 70%) ne sont pas informés des règles de fonctionnement des services de santé, ce qui crée toujours des relations difficiles et conflictuelles entre les prestataires et les patients. Le FBR peut apporter des réponses à la démotivation des agents, mais là aussi, il faut que l'agent fournisse assez d'efforts pour mériter ces primes, et que les primes soient suffisantes au regard de l'effort demandé.

Le FBR en est encore à ses débuts mais déjà, on remarque des crises « d'adaptation » entre l'approche introduite et ce qui se fait habituellement sur le terrain. Cette approche a été promue par une catégorie d'acteurs du Ministère de la Santé en collaboration avec certains PTF du secteur, qui n'ont pas pris le temps de puiser dans les inspirations locales, basées sur des stratégies autochtones. Dans ces conditions, si avec le temps, les stratégies FBR contredisent les aspirations des prestataires, ces derniers vont y opposer des résistances pour se mettre à l'abri du nouvel ordre imposé. Et l'on se retrouvera, à nouveau, dans une situation de recommencement.

Jean-François Bayart avait déjà émis la thèse suivante :

« Les Africains ont été les sujets agissants de la mise en dépendance de leurs sociétés, tantôt pour s'y « associer », sans que l'on puisse pour autant, de manière anachronique, réduire de telles stratégies autochtones au « nationalisme » ou au contraire à la « collaboration » (Bayart, 2006).

Dans, un élan de « collaboration », qui n'en est toujours pas une, les cadres du système sanitaire béninois participent de la dépendance du pays vis-à-vis de l'aide internationale. Une vision des choses est initiée au niveau international pour l'orientation de l'aide, et les pays s'alignent. D'ailleurs, il y aura toujours de dépendance entre les pays sous-développés et les pays avancés économiquement. L'assujettissement à la consommation béate des politiques sanitaires initiées à l'endroit des pays en développement amène les cadres du système à perdre de vue les vrais problèmes qui se posent aux formations sanitaires. Par ailleurs, l'État stagne dans une

position de subordination générale (matérielle, technique, financière, etc.) par rapport aux PTF sans se libérer des liens « dépendantistes ».

3.2. La prise en compte des primes et de la performance dans le fonctionnement des formations sanitaires

Les primes initiées dans le cadre du FBR sont de nature à améliorer la motivation du personnel de santé, mais leur partage reste encore très problématique à cette étape de la mise en œuvre du FBR. Les primes favorisent une catégorie d'acteurs comme le stipule Valéry Ridde dans ses réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique. L'auteur affirme que :

« La distribution des per diem vient souvent confirmer et renforcer les hiérarchies en place et les inégalités de traitement. En effet, la plupart des barèmes de per diem suivent la règle administrative (et sociale) de la hiérarchie qui est évidemment souvent aussi source de difficulté. Face à l'inégalité d'accès à ces sources de revenus, des sentiments de jalousie et d'animosité se développent. Non seulement les sentiments de jalousie sont exacerbés mais le peu d'éthique sociale est également mis au jour » (Ridde, 2012).

En effet, la gestion des primes au niveau des différents échelons de la pyramide sanitaire du Bénin est très problématique. La hiérarchie bureaucratique s'accapare les primes et celles-ci ne sont pas octroyées à hauteur de l'effort fourni, mais compte tenu des grades de la fonction publique. De plus, les problèmes inhérents aux procédures des PTF par rapport aux primes suscitent toujours des sentiments de frustration parmi les acteurs. Par exemple, le protocole d'accord sur le paiement des per diem (lors des formations) stipule que les participants se situant dans un rayon de 50 km du lieu de la formation n'ont pas droit à des per diem, par contre, ils ont droit à la restauration et l'hébergement (Enquête, 2013, ZS de Comè). Déjà, le partage des per diem lors de la formation des acteurs pour la mise en œuvre du FBR engendre des sentiments de mécontentement, qu'en est-il de la gestion des primes de performance dans la mise en œuvre ?

Dans les formations sanitaires, les primes ramènent toujours à la logique de « gagner des revenus supplémentaires ». Avant même l'avènement du FBR, les programmes d'ajustement structurel, l'imposition du maintien voire de la réduction de la masse salariale et l'affaïssement du rôle des États en Afrique ont fait que ces per diem sont

devenus vitaux pour les fonctionnaires (Ridde, 2012). Cela fait que toutes les activités en dehors des activités régaliennes sont conditionnées par des per diem ou des primes. Le besoin pour les acteurs de conquérir de nouvelles sources de revenus n'est pas nécessairement lié à la performance.

La littérature internationale nous apprend que le FBR utilise la contractualisation comme « moyen de faire comprendre les nouvelles règles du jeu » (North, 1990 ; Meessen et al., 2007). « Méthode permettant de souligner que les choses ne suivent pas leur cours normal, mais qu'il s'agit certainement de quelque chose de différent » (Meessen et al., 2011) ; ou encore « stratégie visant à souligner que ce contrat n'est pas un droit, mais qu'il est subordonné à la bonne performance continue » (Soeters & Griffiths, 2003 ; Soeters et al., 2006). Mais il semble qu'en réalité, dans les deux zones sanitaires, les incitants du FBR sont en train d'être érigés en acquis par le personnel. La notion de performance n'est pas encore claire au niveau des acteurs, et les incitants financiers ont pris une grande place dans l'entendement des acteurs au détriment de la performance elle-même.

Il est à noter que les représentations sociales des acteurs par rapport au processus de FBR demeurent importantes pour la construction de cette réalité sociale. Elles permettent d'anticiper sur les défis à relever, pour accroître et maintenir durablement la couverture et la qualité des services et soins de santé offerts à la communauté. Cependant, nous sommes dans un système très complexe où les acteurs avaient déjà l'habitude de s'attendre à une prime ou un per diem après un extra (Ridde, 2012). Dans le cas du FBR, ce qui est rémunéré grâce aux primes est l'effort supplémentaire à fournir pour atteindre les normes. Il faut souligner que la performance ne se décrète pas, mais elle se construit avec la collaboration de tous les acteurs impliqués dans le processus, surtout en tenant grand compte des conditions socioprofessionnelles existantes.

Enfin, le FBR n'est somme toute qu'une politique de financement de la santé, à côté des politiques de gratuité partielle des soins de santé, de la contribution financière des usagers et du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en développement au Bénin. C'est une stratégie promue pour favoriser l'amélioration de la performance du système sanitaire. Plus qu'une simple relation de contractualisation entre acheteur et payeur, il doit être appréhendé comme une recherche de développement de partenariat

véritable et pérenne entre les acteurs du système. Si l'on veut que le FBR soit maintenu sur le long terme, il faut répondre aux problèmes soulevés par les acteurs pour avoir l'adhésion de ces derniers.

4. Analyse du degré d'alignement et d'harmonisation dans les interventions des PTF selon les principes de la Déclaration de Paris (DP)

Comme dans bien d'autres pays, la mise en œuvre de la Déclaration de Paris (voir la DP en annexe 3) dans le secteur de la santé au Bénin est encore incomplète (OECD, TT-HATS, 2011). En pratique, l'expérience continue de souffrir de difficultés de mise en œuvre, surtout par rapport aux outils de gestion et par rapport à l'appropriation des cinq principes (appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle) par les donateurs (PTF) et par le pays à travers ses services techniques compétents. Dans cette partie, nous nous pencherons plus particulièrement sur deux principes de la DP, à savoir l'alignement et l'harmonisation. L'alignement et l'harmonisation sont des préalables pour l'optimisation des ressources techniques et financières mises à disposition des pays par les PTF pour l'appui et le renforcement des formations sanitaires. Étant donné que l'État, à travers son Ministère de santé, dispose déjà d'un document de politique sanitaire, les conditions sont supposées être remplies pour la première étape de l'appropriation. La mise en œuvre des principes de l'alignement et l'harmonisation dépend de la volonté des PTF, et les concrétiser permettra de mettre l'accent sur la « Gestion axée sur les résultats » et la « Responsabilité mutuelle » au cours de la mise en œuvre. D'où, ces deux principes retiennent l'attention dans les paquets d'interventions.

4.1. La prise en compte de l'alignement et de l'harmonisation (principes de la DP) dans le paquet d'intervention des PTF

4.1.1. Le principe d'alignement

Il sera question de comprendre comment les PTF arrivent à s'aligner sur les activités et les stratégies des formations sanitaires des deux zones sanitaires, ainsi que sur les procédures nationales.

L'alignement sur les activités et les stratégies des formations sanitaires des zones sanitaires

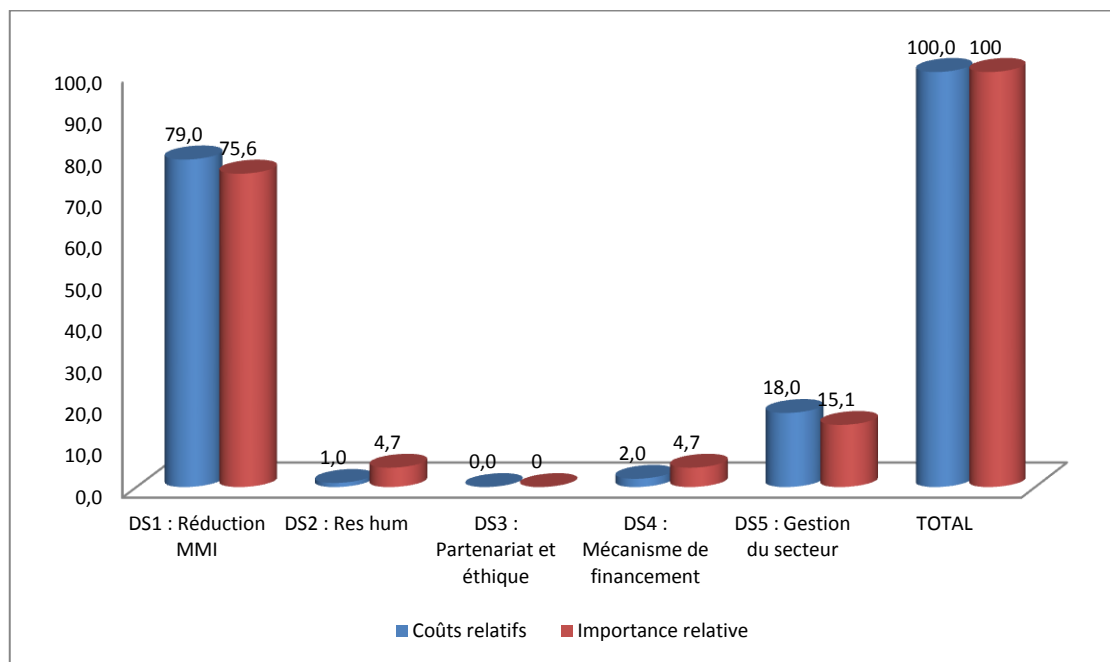
De façon générale, la deuxième phase de l'évaluation de la mise en œuvre de la DP, réalisée en prélude à la préparation du 4^{ème} Forum de Haut Niveau qui s'est tenu à Busan en Corée du Sud en 2011, révèle par rapport au principe d'alignement que :

« [Les PTF] estiment que même souvent, les priorités identifiées sont mises de côté au profit des actions imprévues. Ceci ne les rassure pas de l'alignement total sur les priorités du pays. C'est d'ailleurs ce qui justifie à leurs yeux les conditionnalités auxquelles ils soumettent en partie leurs appuis. »

« Certains acteurs gouvernementaux rencontrés estiment que les donateurs ne s'alignent pas en réalité sur les priorités nationales du fait des domaines de concentration de leurs appuis. Ces domaines sont souvent scellés depuis les sièges des donateurs. Ceci fait que des appuis n'existent pas pour certaines priorités du pays bénéficiaire de l'aide. Même au niveau des appuis budgétaires, les conditionnalités pratiquées ne reflètent que ces domaines de concentration. Les documents de stratégies pays des donateurs prennent effectivement en compte les priorités nationales. Ces stratégies d'intervention des donateurs reposent pour l'essentiel sur la stratégie nationale de réduction de la pauvreté. Elles sont discutées et arrêtées avec les structures Gouvernementales. Toutefois, l'horizon de mise en œuvre de ces stratégies va souvent au-delà de celui de la stratégie nationale ; ce qui ne favorise pas systématiquement l'arrimage de ces stratégies d'intervention sur les nouvelles stratégies nationales de développement» (CESS, 2010).

Plus particulièrement pour ce qui concerne le secteur de la santé, le PNDS est décliné en cinq domaines stratégiques, et c'est sur ces cinq domaines stratégiques que les PTF font la planification de leurs interventions. Il faut remarquer que les interventions des PTF du secteur de la santé engendrent un fort déséquilibre entre les différents domaines stratégiques définis par le PNDS. Le graphe qui suit montre la corrélation entre l'importance relative des domaines stratégiques du PNDS et le financement qui leur a été accordé.

GRAPHISME 3 : Corrélation entre importances relatives et niveaux des financements des domaines d'intervention



Source : Carte des interventions des partenaires sanitaires du Bénin (2007-2010 et 2011-2014), Rapport final, mai 2012

Le graphe révèle que 79% des financements dédiés à la santé vont dans les interventions et stratégies visant la réduction des mortalités maternelle et infantile (DS1). 1% des financements rentre dans la valorisation des ressources humaines (DS2). Le domaine stratégique correspondant à l'amélioration du financement du secteur (DS4) ne bénéficie que de 2% des financements. Le domaine stratégique partenariat et éthique (DS3) ne bénéficie pratiquement pas du tout de financement. Enfin, 18% des financements sont consacrés aux projets orientés vers l'amélioration de la gestion du secteur (D5).

On constate qu'il y a un déséquilibre entre la répartition des ressources financières entre les cinq domaines stratégiques du PNDS. Ce déséquilibre est causé par les PTF, car on constate une forte attention accordée au DS1 au détriment des autres domaines. Après, vient le domaine afférent à la gestion du secteur. Les autres domaines stratégiques sont pratiquement financés par l'État seul.

En effet,

«Les PTF ne s'intéressent pas à tous les domaines à la fois. Chaque partenaire retient ses domaines de prédilection et définit ses interventions en conséquence. L'option prise par la quasi-totalité des PTFs Santé était d'appuyer fortement les interventions de réduction des mortalités maternelle et infantile avec une

concentration des efforts sur les interventions visant par une meilleure qualité des soins et la prévention puis la lutte contre la maladie, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. La tendance dominante est donc la focalisation sur le domaine stratégique n°1 (DS1), une des grandes priorités du secteur de la santé. Les autres domaines stratégiques sont laissés un peu pour compte et des signaux d'alarme se perçoivent déjà qui préviennent des dysfonctionnements imminents imputables au déficit annoncé en ressources humaines compétentes pour le secteur» (MS, 2012).

Sur le terrain, les formations sanitaires font des micros planifications qui permettent de faire la planification globale de la zone sanitaire, compte tenu d'une part des priorités de la zone, et d'autre part de la vision et de l'orientation des politiques sanitaires du pays. Relativement à ce point, l'ex médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Bohicon nous confie :

«Nous disposons, pour la planification et le rapportage, des canevas conçus par le niveau national. Ces canevas tiennent compte des domaines et des axes du PNDS. Mais nous ne maîtrisons pas toujours les axes ou les domaines sous lesquels il faut ranger nos activités. Ainsi, on finit par avoir des domaines « fourre-tout ». C'est une classification approximative que nous faisons sans qu'on ne nous fasse le retour sur ce que nous envoyons. Mieux, il semble que les axes et les domaines peuvent changer».

« On enregistre également beaucoup d'interférences et des perturbations dans l'exécution de notre plan de la part des partenaires. En ce qui concerne les formations par exemple quand nous leur soumettons un plan de formation, ils refusent souvent en disant que cela ne les arrange pas de former rien que le personnel de la zone, car cela coûte plus cher et n'est pas rentable. Ils seront prêts à payer pour tout le département. Ce qui fait qu'à notre niveau nous ne planifions plus de formation comme activité car si cela n'est pas exécuté, à la fin d'exercice, cela a un impact négatif sur notre taux de réalisation ».

En outre, aucun programme national ne nous informe à l'avance des formations qu'ils organisent pendant une année. Par exemple, hier, on voulait former un technicien sur la tuberculose, mais ce n'était planifié

nulle part et cela nous perturbait car on n'a pas assez de personnel. Le PADS débarque avec une autorisation du ministère pour faire une formation sur le paludisme, on ne peut pas refuser. Mais il se fait que les agents ont déjà eu cette formation, cela ne constitue plus un besoin de formation pour nous. Même si tu refuses, ils ne te donneront pas l'argent pour financer les besoins de formation du centre de santé ».

Il faut aussi noter que certains PTF donnent des prévisions d'activités sur deux ans. Ils ont un paquet d'activités qu'ils nous soumettent et nous nous alignons là-dessus. Nous faisons les sélections des activités qui nous intéressent et nous procédons à la rédaction des termes de référence. A la suite de cela, ces activités sont intégrées dans le plan de développement sanitaire de la zone» (Ancien Médecin-chef ZS Bohicon, 12 août 2011).

« Il y a chevauchement entre les activités des PTF et les activités du service. L'activité des PTF est privilégiée aux activités du service surtout quand l'ordre vient du Ministère de la Santé» (Infirmier CSC Bohicon, 12 août 2011).

« La méthode de travail unilatérale des PTF ne tient pas compte de nos programmes. Ils viennent bouleverser le cours normal de déroulement de nos activités. Par exemple, les nombreuses formations organisées dans le cadre du FBR sont venues perturber nos activités sur le terrain. » (Directeur HZ de Comè, 07 octobre 2013).

Ces propos des acteurs du secteur viennent confirmer à quel point, au lieu que le paquet d'activités des PTF vienne accompagner la planification interne des formations sanitaires, les acteurs des formations sanitaires sont obligés d'opérer des ajustements pour orienter leurs paquets d'activités sur les priorités des PTF. Dans les documents de planification des PTF, les objectifs énoncés se réfèrent aux domaines stratégiques du PNDS – ainsi, les objectifs du PARDZS et du PRPSS s'inscrivent tous dans le PNDS en ce qui concerne la rhétorique. Toutefois, dans la mise en œuvre et par rapport aux pratiques, les propos des acteurs sur le terrain montrent clairement qu'il y a un écart considérable.

L'alignement sur les procédures nationales.

La deuxième phase de l'évaluation de la mise en œuvre de la DP a également révélé par rapport au principe d'alignement que :

«Tous les partenaires rencontrés ont jugé le système national de gestion des finances publiques et de passation de marché peu performant et assez sujet à la corruption. Cet état de choses expliquerait d'ailleurs la faiblesse de certains niveaux d'appui budgétaire et les conditionnalités auxquelles les PTF soumettent en partie leurs appuis» (CESS, 2010).

De façon particulière, l'alignement de l'aide reste encore très moyennement réalisé dans le secteur de la santé. Selon les représentants des PTF rencontrés, l'insuffisante qualité des systèmes nationaux et les risques de corruption empêchent les donateurs d'y recourir entièrement. L'Agence Belge de Développement utilise plusieurs types de gestions : la gestion directe, la cogestion et la gestion en régie. Par contre, la Banque Mondiale utilise entièrement les procédures nationales, mais ces dernières sont sujettes à des conditionnalités. La corruption a pris des proportions inquiétantes et les fondamentaux en matière de finances publiques et de passation des marchés peinent à s'enraciner dans les habitudes. Si l'appui budgétaire est plus conseillé par la mise en œuvre de la DP, l'appui projet continue d'être d'actualité. Par ailleurs, il est à remarquer que :

«La corruption est le facteur qui freine le plus les avancées en matière de finances publiques au Bénin. Ce phénomène est perçu aujourd'hui par toutes les franges de la population comme un véritable obstacle au développement socio-économique du pays. L'indice de perception de la corruption est en évolution défavorable pour le pays depuis 2006 en dépit des engagements pris par le Gouvernement à cet effet à travers les discours officiels. A titre d'illustration, les différents rapports de Transparency International sur la situation de la corruption dans le monde indiquent que de la 96ème place avec 3,1 points en 2008, le Bénin est passé au 106ème rang mondial en 2009 avec moins de 3 points et au 110ème rang en 2010. Surclassé par des pays tels que le Cap vert, la Tunisie, le Rwanda, le Malawi, le Libéria, Djibouti, le Sénégal ou le Burkina Faso, le système financier béninois a connu de multiples dysfonctionnements révélés par différents scandales (CEN-SAD, placement financier) ajoutés à la corruption qui sévit dans les différentes administrations publiques» (CESS, 2010).

Au total, on peut donc conclure que l'alignement sous toutes ses formes reste encore limité au Bénin en général et dans le secteur de la santé en particulier.

4.1.2. L'harmonisation des actions des PTF dans les zones sanitaires

Selon la Déclaration de Paris, l'harmonisation du cheminement de l'aide par les bailleurs permet de la rendre plus efficace et met l'accent sur l'utilisation efficiente et optimale des procédures et des dispositifs communs. La finalité étant de réduire ou d'enrayer au sein des PTF, les doubles emplois pour une gestion efficiente de leurs activités en vue d'une rentabilité assurée. En effet, au plan national, la deuxième phase de l'évaluation de la Déclaration de Paris au Bénin révèle par rapport au principe d'harmonisation que :

« Des avancées notables ont été effectuées en ce qui concerne l'utilisation efficiente et optimale des procédures et des dispositifs communs afin de réduire ou d'enrayer en leur sein, les doubles emplois et de réduire les coûts de transaction. La plupart des PTF intervenant au Bénin sont parties prenantes à des initiatives inter bailleurs de coopération partagée : (i) Cas de l'Appui budgétaire, (ii) Cas du Fonds commun de l'Éducation, (iii) Cas de l'Eau, (iv) Cas de la Santé. En outre dans le cadre de la réforme des agences du Système des Nations Unies (SNU) « Uni dans l'action, one UN » il est envisagé un programme d'actions communs entre agences sans toutefois obérer leur autonomie» (CESS, 2010).

Spécifiquement dans le secteur de la santé l'évaluation précise que pour :

« L'harmonisation entre les donneurs, on note quelques avancées dans le secteur de la santé. Une division du travail a été réalisée entre les partenaires techniques et financiers du secteur en fonction de leurs domaines respectifs d'assistance. Ces partenaires tiennent des réunions périodiques pour harmoniser leurs points de vue et mieux coordonner leurs interventions sous le leadership d'un Chef de file. Les choix de leur site et de leur champ d'intervention sont motivés par la nécessité de concentrer les efforts dans des zones sanitaires défavorables en matière de niveau des indicateurs de santé. Il y a aussi la recherche de synergie

entre partenaires notamment les agences du Système des Nations Unies (OMS, UNICEF, ONUSIDA, Banque Mondiale...)» (CESS, 2010).

Effectivement, dans le secteur de la santé, il y a une « pseudo-division » du travail qui se résume à la division des trente-quatre zones sanitaires, en sites d'intervention par les PTF. L'harmonisation en est encore à l'étape de coordination (notamment quelques missions conjointes) et de dialogue. Seuls quelques PTF ont adhéré au Compact, alors que ce dernier devrait constituer un cadre commun d'intervention de tous les PTF. Après la signature du Compact, la plateforme RSS a été initiée mais a mis du temps à se concrétiser. Le dispositif d'harmonisation, décrit dans une lettre d'entente, ne sera réellement mis en œuvre qu'à partir de 2014, lorsque les fonds de GAVI et du Fonds mondial seront gérés par l'unité de gestion du PRPSS pour la mise à échelle du FBR. Dans les faits, la plupart de PTF continuent d'agir individuellement. Comme l'a dit un cadre du MS :

« La DP en général et l'harmonisation en particulier n'est que théorique. La division profite à tout le monde et les PTF ne sont pas encore près de trouver des stratégies et des dispositifs communs pour la planification, le financement, les versements, le suivi, l'évaluation et la notification aux pouvoirs publics de leurs activités et apports d'aide» (Cadre MS, juillet 2013).

On note également une guerre de leadership entre les PTF, chacun veut imposer son innovation et les projets actuels ne s'inspirent pas toujours des expériences antérieures. Prenons l'exemple du FBR. Deux types de modèles sont à ce jour opérationnalisés dans les zones sanitaires appuyées par la Banque Mondiale et la CTB. Tous les acteurs rencontrés dans la zone sanitaire de Comè souhaitent une harmonisation des modèles pour permettre l'équité. Selon les acteurs sur le terrain :

« Le FBR de la Banque Mondiale permet une traçabilité des opérations, les prestataires prennent des chèques individuels alors qu'ici, il y a un seul chèque pour tout le CS. Il faut que les autorités harmonisent les modèles» (Instrumentiste Bloc opératoire, 26 novembre 2013, HZ-Comè).

« Il faut que les PTF prônent l'équité dans toutes les zones sanitaires, car le pays est unique. On parle du FBR dans les deux zones sanitaires, mais

certains sont mieux traités que d'autres» (Major, CSC Houéyogbé, 29 novembre 2013).

« Si les modèles ne sont pas harmonisés, il y aura amélioration sans une zone sanitaire et une démotivation dans une autre compte tenu du PTF présent» (Responsable maternité, 29 novembre 2013, CSC Houéyogbé).

« La question d'harmonisation s'impose tout simplement» (Responsable maternité, 29 novembre 2013, CSC Zoungbonou).

On observe également une inégale répartition des appuis des PTF dans les 34 zones sanitaires. Par exemple, dans la zone sanitaire de Comè, suite à l'appui de longue durée de la CTB, chaque formation sanitaire de commune dispose d'au moins une ambulance pour ne pas dire deux, alors que dans la zone sanitaire de Bohicon, qui a longtemps été négligée par les PTF, aucun centre de santé de commune ne dispose d'ambulance (Enquête, 2012).

Le « gap » entre la rhétorique et les pratiques sur le terrain continue d'entraver la mise en œuvre des principes de la Déclaration de Paris. L'aide continue d'être manipulée par les PTF à des fins stratégiques et d'être détournée par la corruption des pays bénéficiaires.

5. La question de la pérennisation des actions des PTF après le terme des projets

Donner un caractère durable et permanent aux actions et réalisations découlant de la mise en œuvre des programmes et projets de développement financés par les PTF, génère ou aggrave à terme de nouveaux problèmes. C'est le cas notamment de la gestion des parcs automobiles, de la prise en charge des organes initiés par les projets, de la maintenance des infrastructures et matériels par eux financés, ou encore de la nécessité de sécuriser les fonds pour continuer le financement basé sur les résultats. En effet, au départ de la mise en œuvre des projets, la plupart du temps, le leadership des structures et des acteurs qui vont porter les acquis du projet sur un court, moyen et long terme est absent dans la relation PTF / acteurs du MS et des prestataires à la base. Aussi la responsabilisation effective et durable des acteurs du secteur de la santé dans la définition et la mise en œuvre des cadres théoriques des projets de développement, reste-t-elle insignifiante. En outre, sans concertation suffisante avec les prestataires de

service de soins de santé, les projets initiés sont de grande envergure et ne permettent pas aux bénéficiaires de prendre la relève et d'en assurer la pérennité au terme du financement. D'autant que les acteurs se retrouvent dans un environnement socioéconomique défavorable, les amenant à puiser de façon sélective dans les propositions qui leur sont faites pour le long terme ou à s'en détourner purement et simplement. De plus, l'État ne joue pas suffisamment son rôle de « responsable de la santé de la population et gérant de la santé publique » (Hours, 1985).

Par ailleurs, peu de projets aboutissent vraiment aux résultats attendus. Si nous prenons le cas du projet PARZ-Comè II, l'évaluation finale a conclu que :

« La coordination des activités a peiné à se mettre en place la première année en raison d'une faible appropriation des constats et stratégies proposées par le DTF. Le programme a marqué des progrès notoires en 2009, mais a dû gérer au même moment deux crises majeures : une grève nationale de la fonction publique (encore d'actualité fin 2010) et une crise de confiance dans la gestion suite à des irrégularités constatées par un audit. Les problèmes rencontrés par le programme se sont cristallisés sur certaines personnes, résultant en des démissions et départs « forcés » de plusieurs individus clés du programme (deux AT internationaux, un AT national).

Au niveau des activités, les principaux indicateurs d'utilisation des services n'ont pas connu de progression majeure, particulièrement au niveau de l'hôpital qui accuse toujours un taux d'occupation des lits aux alentours de 20%. Un processus d'amélioration de l'offre de soins est en cours. A ce stade, il passe plus via la redéfinition de procédures, et un appui particulier sur certaines structures de santé pilote, que via des changements du mode de management et de rationalisation des ressources. L'initiative la plus intéressante du programme concerne probablement le fonds d'indigence, dont la première ébauche a été développée début 2009 et a stimulé la création d'un réseau d'identification communautaire, et mené à la prise en charge de quelque 500 indigents à fin 2010. Le système de prime à la performance a eu une existence chaotique en raison de mécompréhension quant à la nature des primes et la définition de la qualité des services. Des primes dites « de motivation » ont été distribuées fin 2009 et mi 2010 sur base de critères moins exigeants pour apaiser le climat social, mais le système doit encore être réformé. Il n'y a pas eu d'activités

tangibles en direction des mutuelles de santé, si ce n'est un inventaire et une participation de certains mutualistes au développement de la PSCS.

Les résultats sont plus variables dans les centres de santé mais restent globalement similaires à la situation qui prévalait avant le lancement du programme» (Rapport de Capitalisation – Programme d'appui à la Zone Sanitaire de Come – 2008 à 2010).

Pour ce qui concerne l'approche FBR, elle ne permettra de rétribuer les activités des prestataires que sur financement extérieur. Il faut déjà noter que des primes ont été payées aux formations sanitaires dans la zone sanitaire de Bohicon. Au total la zone sanitaire a reçu 133.620.018 FCFA au cours de l'année 2012 (Revue conjointe de performance, mai 2013). Quand les PTF vont se retirer du projet, il sera très difficile pour l'État de prendre la relève et surtout de payer deux fois les mêmes activités aux prestataires, quels que soient les acquis du projet – à moins que le PTF veuille renouveler l'expérience ou qu'un autre PTF décide de la continuer. A ce jour, des discussions sont en cours par rapport à la pérennisation des acquis du projet.

CONCLUSION

La présente recherche, menée dans deux zones sanitaires situées au sud du Bénin, à savoir la zone sanitaire de Bohicon regroupant les communes de Zogbodomey-Bohicon-Zakpota et celle de Comè regroupant les communes de Comè-Grand-Popo-Bopa-Houéyogbé, met en évidence la mise en œuvre des politiques publiques, qui est une entreprise très difficile dans des contextes complexes. La formulation des politiques en dehors des acteurs chargés de sa mise en œuvre est problématique. Les politiques publiques émergent dans des conditions peu claires, elles ne sont pas suscitées de l'intérieur de leur contexte et sont influencées en grande partie par l'environnement international. Partant de la problématique de la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération au niveau opérationnel, les questionnements soulevés, tant en matière de pratiques des acteurs dans les formations sanitaires que de la mise en œuvre des interventions des PTF, ont été très pertinents pour une lecture de la réalité quotidienne des formations sanitaires et des relations entre les différents acteurs en jeu.

Au moment où nous allons conclure ce travail, on constate que ce dernier débouche sur une question opérationnelle qui peut s'exprimer de la façon globale suivante : comment les politiques de santé et de coopération se rapportent-elles au terrain de leur application ? Cette question engage une réflexion sur la possibilité d'initier des changements au niveau central dans la « nationalisation » des politiques internationales et d'instaurer une véritable culture de qualité dans les services de l'offre des soins de qualité. Il s'agit de promouvoir une déontologie s'appliquant à tous et respectée par tous, au-delà même du seul enjeu de la santé.

En effet, au Bénin, les agents de santé sont confrontés à une double contrainte dans l'appropriation des politiques qu'ils sont appelés à mettre en œuvre. D'abord, ils ne sont pas informés du contenu des déclarations de politiques. Ensuite, la vulgarisation (dans le sens du transfert de la technicité des politiques) se fait par les experts de l'OMS et d'autres institutions multi et bilatérales au niveau central, mais ils subissent au niveau périphérique les décisions qui viennent du haut, comme le disent les agents de santé eux-mêmes. La rhétorique des politiques en général, de la santé et de la coopération en particulier, ne constituent pas des cadres de référence pour l'organisation, le fonctionnement et la gestion des formations sanitaires des zones sanitaires de Comè et de Bohicon. L'appropriation, au lieu d'être un travail de fond, ne repose que sur des moments d'élaboration de documents de politique conformes aux déclarations,

conditionnés par les donateurs multi et bilatéraux, mais ne répondant pas aux normes techniques imposées par les politiques internationales. Au-delà des normes techniques, nous pouvons également citer les normes politiques, idéologiques, sociales, culturelles et économiques. L'État adhère ainsi, à beaucoup d'initiatives mais les centres de santé et les soignants ne sont pas assez préparés pour les accueillir et se les approprier.

La construction des pratiques des acteurs se base sur des représentations, des rationalités, des enjeux et des logiques à l'œuvre, influençant ainsi la mise en œuvre des politiques nationales de santé et de coopération. Ces logiques et rationalités sont détournées des objectifs des politiques et interfèrent sur les pratiques des acteurs. Malgré la volonté de l'État de redynamiser les structures sanitaires au Bénin depuis la « Table Ronde » du secteur de la santé de 1995, on continue de noter des dysfonctionnements caractéristiques dans le fonctionnement et l'organisation des structures sanitaires. Les réalités politiques, économiques, financières et socioprofessionnelles des zones sanitaires, ainsi que les logiques qui en découlent, ne sont pas de nature à établir une relation linéaire entre l'importation des politiques et leur mise en œuvre systématique sur le terrain. De surcroît, il existe une asymétrie entre les règles instituées au niveau central et les réalités du niveau local. Cette asymétrie montre que les pratiques des acteurs au quotidien obéissent plus à des logiques de mobilisation de ressources financières et symboliques qu'à une logique de promotion de la santé comme le stipule la politique sur les Soins de Santé Primaire (SSP), ceci à travers les jeux, les logiques des acteurs et la dynamique de leurs ajustements. Les logiques façonnent le raisonnement et les choix des acteurs dans l'exercice de leur profession. Ces logiques d'acteurs sont cadrées par des structures qui les amènent à se référer soit à des dispositions relativement individuelles (formation régalienne, expérience personnelle, objectifs poursuivis, enjeux) ou de façon approximative aux règles nationales. En outre, les rôles ne sont pas définis, l'infirmier peut poser des actes médicaux et le médecin est surtout dans la gestion des ressources financières et humaines (glissement des fonctions). Il y a des formations sanitaires où le seul agent qualifié se résume à un infirmier breveté, d'autres où des aides soignantes font l'accouchement etc. Les paramédicaux sont trop responsabilisés dans le système à cause des dysfonctionnements. Surtout qu'on se retrouve dans un contexte caractérisé par un faible pouvoir étatique et dépourvu de tout mouvement social susceptible d'exercer une

médiation entre besoins et attentes des usagers, intérêts des soignants et enjeux sociétaux.

Au Bénin, l'organisation du travail relève des bureaucraties africaines. De façon spécifique, l'organisation bureaucratique des centres de santé dans les zones sanitaires de Comè et de Bohicon est centralisée, basée sur une planification rigide des activités. Ce qui fait que les agents de santé sont confrontés à divers obstacles qui les amènent à contourner les règles établies par le système. Pendant que depuis les années 60-70 la forte pression de mouvements d'opinion, de groupes de pression, voire de mouvements sociaux, a entraîné une plus grande prise en compte du malade comme personne (patient-centered medicine), qui se traduit dans l'organisation même des services, en 2014, le système sanitaire béninois continue de s'enliser dans une bureaucratisation des services de santé qui le maintient dans une position mitigée. Cette situation interpelle les autorités du système sur la mise en place des politiques d'amélioration de la qualité des services de santé, qui se mettront peu à peu en place, loin du clientélisme et de la corruption. Comme nous l'avons évoqué tout au long de ce travail, les politiques publiques nationales en matière de santé sont inspirées de la santé publique internationale et peinent ainsi à apporter des solutions pérennes aux maux qui entravent l'amélioration du système sanitaire en général. Il sera désormais question de considérer les acteurs du système à la base et la communauté locale (bénéficiaires) comme l'« épicentre » de la réussite d'une politique publique de santé, depuis sa formulation jusqu'à son évaluation, en passant par sa mise en œuvre, afin de formuler des politiques qui ne s'écartent plus des réalités socioculturelles et professionnelles de leurs destinataires.

En ce qui concerne la mise en œuvre de la politique de coopération liée à l'aide au développement, elle est certes en théorie conditionnée par les exigences des PTF mais en pratique, elle peut être détournée à d'autres fins par les pays partenaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Surtout que l'« épicentre » n'est pas associé en amont à la formulation des politiques qui lui sont destinées. En outre, la mise en œuvre de la Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide au développement dans le secteur de la santé au Bénin est encore partielle et imparfaite. En pratique, elle continue de souffrir de difficultés de mise en œuvre, surtout par rapport aux comportements et aux outils de gestion qui ne permettent pas la prise en compte des cinq principes (appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle) par

les donateurs (PTF) et le pays partenaire à travers ses services techniques compétents. D'un autre côté, à l'instar de nombreux programmes et projets mis en œuvre par les PTF, c'est l'approche FBR qui est aujourd'hui à « la mode » dans le secteur sanitaire des pays en développement. Les acteurs à la base n'ont pas été impliqués dans la formulation de l'approche et parmi les deux éléments (performance et primes) mis en évidence par le FBR, l'aspect financier prend le dessus sur celui de la performance. Après trois évaluations par la CTB et six par la Banque Mondiale, les prestataires expriment déjà leur mécontentement vis-à-vis de l'iniquité qu'ils ressentent dans la mise en œuvre du FBR.

Dans une perspective d'attirer l'attention sur un changement possible du système de santé, dans la suite, le focus sera mis sur quelques réflexions liant la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération aux sciences sociales et au droit à la santé des communautés.

1. L'importance des sciences sociales dans les processus de développement des politiques publiques de santé et de coopération

Jusqu'à présent, peu d'intérêt a été accordé à la recherche en sciences sociales dans le secteur de la santé au Bénin. Mais étant des politiques publiques, les politiques sanitaires ne sauraient se maintenir encore plus longtemps à l'écart des sciences sociales, qui pourraient leur permettre de trouver des solutions durables aux problèmes qui se posent, en particulier à l'appropriation d'une culture de qualité durable et d'exigence professionnelle au sein des structures sanitaires. L'utilisation des sciences sociales est très importante en amont et en aval des politiques de santé et de coopération car ces politiques constituent des faits sociaux et elles doivent donc être analysées avec un souci de connaissance des populations et de la société. Les diverses disciplines du champ des sciences sociales comme l'anthropologie, la sociologie sont ainsi nécessaires pour une meilleure connaissance des besoins et comportements de santé de la population et des attentes des prestataires. Les sciences sociales contribuent à la formulation des politiques et permettent de guider les actions publiques compte tenu des réalités socioculturelles, économiques et politiques des acteurs bénéficiaires.

Si les formations sanitaires en Afrique en général et au Bénin en particulier sont des lieux d'interprétation du monde social, la santé publique gagnerait à bien comprendre la construction des pratiques des prestataires pour l'énonciation des discours politiques. Etant donné que la santé publique se base sur des savoirs énonçant des vérités sur la bonne conduite de l'existence dans la conception des politiques, comme l'affirment Dozon et Fassin (2001), la mise en application des politiques énoncées par l'expertise de la santé publique rencontre des difficultés. Ces difficultés, au lieu de remettre en cause la démarche de la santé publique, indexent les prestataires dont les comportements et les pratiques sont supposées être ignorantes ou irrespectueuses de ces vérités (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003). En outre, l'influence des sciences sociales peut démontrer l'issue (échec ou succès) de la mise en œuvre des politiques de santé ou de coopération. Comme l'a si bien montré William Easterly (2003) dans son ouvrage *Le fardeau de l'homme blanc : L'échec des politiques occidentales d'aide aux pays pauvres*, la planification centralisée n'est donc pas une panacée – bien au contraire, elle vient perturber l'ordre existant. Les experts de la planification pensent savoir quoi faire et comment le faire, et généralement, ils pensent en grand. Ce manque d'humilité les enferme dans un « constructivisme social ». L'aboutissement de la mise en œuvre des politiques de santé et de coopération est corrélatif de la connaissance du contexte socioculturel et économique dans lequel la fonction médicale est exercée. Pour aboutir à cette connaissance, il faut partir de l'écoute des prestataires, permettre aux professionnels de participer à la conception des politiques qu'ils sont appelés à matérialiser. L'instauration des espaces de dialogue permettra d'améliorer la qualité des relations entre toutes les parties prenantes. Au lieu de généraliser les politiques, il faut valoriser l'altérité. Il faut partir de petits raisonnements, tentant d'amener des ajustements qui se mettent en place peu à peu, de façon solide avec le terreau institutionnel local.

2. Vers le droit à la santé des communautés

La Constitution de l'OMS (2000) consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée. Pourtant, en Afrique, les dépenses de santé mettent des millions d'individus dans une situation financière catastrophique et les font passer en dessous du

seuil de pauvreté. Les problèmes de santé touchent généralement de façon disproportionnée les catégories sociales vulnérables et marginalisées (OMS, 2000).

Au Bénin, le système de santé manque énormément de moyens pour assurer des soins de qualité à une population en majorité analphabète et dont les droits dans ce secteur sont quasi inexistantes. La prévention occupe une petite place dans la mise en œuvre des politiques de santé et le curatif constitue la plus grande part des activités au niveau des CSC, contrairement aux composantes des SSP. Les domaines connexes et transversaux du secteur de la santé à savoir le social, l'environnement, l'urbanisme, la nutrition etc. sont gérés par d'autres ministères, ce qui ne favorise pas une synergie des actions pour le droit des populations à la santé.

Dans les formations sanitaires, les prestataires évoquent beaucoup de dysfonctionnements qui ne permettent pas un bon déroulement des activités. Les causes de ces dysfonctionnements sont multiples. Nous pouvons citer : le manque d'infrastructures, le manque de matériels adéquats et fonctionnels, le manque de personnel qualifié, le manque de médicaments, de soluté, de perfuseurs, de matériels stockés pour les soins d'urgences, le manque de formations continues, etc. (Enquête, 2011 à 2013, ZS de Comè et Bohicon). Outre ces éléments « objectifs », d'un point de vue social, les formations sanitaires fonctionnent, en fait, comme des microsociétés au sein desquelles des normes se construisent en dehors des normes officielles.

La gestion de la pénurie en matériels et en médicaments dans les formations sanitaires traduit l'écart entre les directives nationales voire internationales et les pratiques quotidiennes des acteurs. La rationalité des acteurs qui leur demande d'apporter des réponses promptes aux impondérables liés aux déficits auxquels ils font face au quotidien, définit leur logique d'action. Les directives mises à leur disposition par le niveau central ne concordent pas toujours avec les réalités professionnelles vécues par acteurs. Les prestataires ne se gênent pas outre mesure, en cas de manque de matériels, s'ils n'ont pas un intérêt en jeu. Ainsi, la rationalité économique prime souvent sur la rationalité sociale. Pour les agents de santé, l'Etat est le garant de la santé des communautés et la « modestie thérapeutique » renseigne sur l'échec du système de santé national (Jaffré, 2003, p. 301). La profession médicale apparaît ainsi au Bénin comme un savoir et un savoir-faire exposé aux contraintes économiques, sociales et politiques.

Les besoins exprimés par la communauté sur le terrain ont surtout trait à la qualité de l'accueil (l'incapacité des professionnels de la santé à établir une relation d'empathie avec eux), la qualité des soins de santé et le manque de médicaments essentiels. Comme le souligne Dujardin « Cette demande répétée, que l'on retrouve dans de nombreux témoignages de patients, est le reflet d'une attente pressante des populations : être mieux écoutées pour être mieux comprises, être mieux informées pour pouvoir mieux participer aux décisions de santé qui les concernent » (Dujardin, 2003, p. 21).

Cependant, depuis l'adoption des politiques de recouvrement des coûts des soins en Afrique subsaharienne, le débat de l'utilisation des services de santé par les pauvres et les groupes vulnérables est récurrent. Ce débat est entretenu par un environnement macroéconomique défavorable à la santé et par les résultats mitigés, en termes d'utilisation des services de santé, de financement des soins par les usagers. Il faut rappeler que plus de 70% des habitants des zones sanitaires de notre étude sont pauvres. Les pauvres n'ont pas toujours accès à l'offre de soins de santé de qualité compte tenu du caractère de leur demande. La demande au niveau des ZS n'est pas assez forte pour générer suffisamment de ressources pouvant exiger des prestataires une offre de qualité. Dès lors, la demande subit les caprices de l'offre. Par ailleurs, les contraintes sociales et les difficultés des malades ne facilitent pas l'amélioration des choses. Il faut également rappeler que la question de la non-observance des propositions thérapeutiques ne permet pas aux patients de jouir pleinement de leur droit à la santé. Stimuler l'interface entre l'offre et la demande est ultime pour développer un espace de dialogue et d'intérêts communs. Cet espace de dialogue sera renforcé par l'initiation des stratégies novatrices pouvant permettre à la population de prendre en charge ses problèmes de santé.

Le gouvernement actuel du Bénin, a initié certains mécanismes de gratuité de certains soins de santé pour permettre à la population de jouir de son droit à la santé. Il s'agit de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes, et de la prise en charge gratuite de la césarienne. Mais ce sont des politiques qui soulèvent d'autres problèmes entre les acteurs dans les formations sanitaires. Ces problèmes sont susceptibles d'entacher et de dégrader de plus belle les relations déjà fragiles entre soignants et patients. La prise en compte des besoins de santé de la communauté dans la mise en œuvre des politiques de santé est une des principales étapes pour asseoir un système de santé adapté.

La rhétorique des politiques de santé et de coopération n'est pas centrée sur les véritables problèmes et besoins de la communauté et du système de santé. Comme l'affirme Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, « Le monde a besoin d'une organisation qui défende la santé dans le monde, qui protège les valeurs, qui protège et défende la santé, et notamment le droit à la santé » (2000). Or, tous les États membres de la région africaine de l'OMS sont signataires des traités internationaux sur les droits de l'homme, qui reconnaissent le droit à la santé. Cependant, la situation sanitaire de plusieurs personnes demeure encore non satisfaisante. Pour que le droit à la santé soit une réalité, les États doivent créer des conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible en éliminant les injustices auxquelles la communauté est confrontée dans les formations sanitaires. Or, si la santé est perçue comme un droit, il apparaît nécessaire que les acteurs concernés participent à la définition des stratégies et des politiques de santé les concernant. Ainsi, l'État pourra trouver des aménagements sociaux favorables pouvant garantir à la population l'accès aux soins de santé de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdoulaye, I.
2011 « Mouralis, Bernard – L'illusion de l'altérité », Cahiers d'études africaines [En ligne], 201 |, mis en ligne le 26 avril 2011, consulté le 03 novembre 2012. URL : <http://etudes.africaines.revues.org/1425>.
- Adam, P. & Herzlich C.
1994 Sociologie de la maladie et de la médecine, Paris, Nathan, 127 p.
- Adler, A. & Zempleni A.,
1972. Le bâton de l'aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad, Paris, Hermann.
- Agence belge de développement (CTB)
juin 2010 DTF – PARZDS (BEN 09 021 11) – Version finale approuvée.
- Agence belge de développement (CTB)
2010 Evaluation finale PAZS-Comé II BEN/06 012 12 – Rapport final post DB
- Amblard, H. & al.
2009. Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations, Paris Ed, du Seuil.
- Aron, R.
1965 Démocratie et totalitarisme, Paris, Gallimard, 1965, cité in coll. « Idées », p. 21-22.
- Assaba, C.
2000 Vivre et savoir en Afrique. Paris : L'Harmattan.
- Atlani-Duault, L. & Vidal L. (dir.)
2009 Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement : des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques Paris, Armand Colin, 312 p.
- Audibert, M. & al.
2003 Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Karthala Editions, 498 p.
- Augé, M.
1994 Le sens des autres : actualité de l'anthropologie, Fayard, 199 p.
- Augé, M., C. & al.
1984 Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 282 p.
- Bado, J-P.
2011 Eugène Jamot 1879-1935, le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase, Karthala.
- Bado, J-P.
Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-

- 1996 1960 : lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose. Paris, Khartala.
- Banque Mondiale 1993 Investir dans la Santé. Rapport mondial sur le développement. Washington, DC.
- Baxerres, C. 2010 Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique à Cotonou (Bénin). Thèse de doctorat d'anthropologie sociale, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Bayart, J-F. 1989 L'Etat en Afrique. La politique du ventre, Paris, 439 p.
- Beaud, M. & Latouche, D. 1998 L'art de la thèse, Montréal, Boréal, 169 p.
- Benoist, J. 1989 Médecine traditionnelle et médecine moderne en République Populaire du Bénin, Notes de Terrain «col.hum., vol. V i I, N° 1, 1989, 84-89.
- Berche, T. 1998 Anthropologie et santé publique en pays dogon, Préface de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paris, APAD, Karthala, 232 p.
- Bernoux, P. 1985 La sociologie des organisations, Seuil, Paris, 373 p.
- Blundo, G. & Olivier de Sardan J.-P. 2007 Etat et corruption en Afrique : Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal). Marseille ; Paris : APAD ; Karthala, 375 p.
- Bourdieu, P. 1980 Le sens pratique. Paris, Minuit.
- Bourdieu, P. & al. 1968 Le métier de sociologue : Préalables épistémologiques, Paris, Mouton de Gruyter, 357 p.
- Brunet-Jailly, J. 1997 Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest, Hommes et sociétés, Volume 9 de Travaux et documents du CREPAO, Collection « Hommes et sociétés », Karthala, 1997, 435 p.
- Brunet-Jailly, J. 1993 Se soigner au Mali : Une contribution des sciences sociales, douze expériences de terrain, Karthala et ORSTOM, Paris, 345 p.
- Brunet-Jailly, J. 1992 Santé : une occasion manquée?, Le Mali et l'Initiative de Bamako. Afrique Contemporaine (162), 3-18.

- Carricaburu, D. & Menoret, M. 2004 Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies. Paris, Armand Colin, Collection U, 235 p.
- Cauquelin, A. & Lenglet, R. 1985 « Sciences - Le problème de la vulgarisation », éditions Encyclopaedia Universalis.
- CESS
Décembre 2010 Evaluation nationale de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, phase 2, au Bénin, Rapport final.
- Cheikh, S. A. & al. 2000 Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin. Technical Report No. 52. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Chevalier, G., 2010 Systèmes de santé : Clés et comparaisons internationales, Paris, L'Harmattan.
- Chiffolleau, S. (dir.) 2005 Politique de santé sous influence, Paris, Editions du CNRS.
- Colin V. 2001 «Contamination, dé-contamination psychique. Manières d'habiter du sujet SDF », in Rhizome, n° 7.
- Comité d'aide au développement, 2009 Comité d' aide au développement, 2009. Base de données annuelles agrégées du CAD. Comité d'Aide au Développement, OCDE.
- Consultants Experts Services Solutions Inc., 2010 Evaluation nationale de la mise en œuvre de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, phase 2, au Benin, rapport final.
- Crozier, M. 1997 État modeste, État moderne : stratégie pour un autre changement, Paris, Fayard, 314 p.
- Crozier, M. & friedberg, E. 1992 L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Paris, Seuil, 500 p.
- Crozier, M. 1982 On ne change pas la société par décret, Paris, B. Grasset, 1979, éd. revue et augm., coll. « Pluriel », 298 p.
- Crozier M. 1964 Le Phénomène bureaucratique, Paris, Seuil, 82 p.
- CTB 2010 Evaluation finale PAZS-Comé II BEN/06 012 12 – Rapport final post DB 23-10-2010.

- CTB
2010 Rapport de Capitalisation – Programme d'appui à la Zone Sanitaire de Come – 2008 à 2010.
- Dahlgren G
1995 Dahlgren G. Intersectoral Action for Health. European Health Policy Conference «Opportunities for the future», Vol. 11, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Darbon, D. (dir.)
2009 La politique des modèles en Afrique. Simulation, dépolitisation et appropriation. Karthala-MSHA, 286 p.
- Destais, N.
2003 Le système de sante : Organisation et régulation, L.G.D.J, 256 p.
- Deveaud, B. & Lemennicier B.
1997 L'OMS, bateau ivre de la santé publique, les dérives et les échecs de l'agence des Nations mies, Paris, L'Harmattan.
- Diarra, A.
2010 Socio-anthropologie de la prise en charge de l'accouchement au Mali. Thèse de doctorat en Anthropologie sociale et Ethnologie de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Marseille.
- Diarra, A.
2007 La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali. Consulté le Mai 4, 2010, sur Le bulletin de l'APAD, N°25, La violence endémique en Afrique : <http://apad.revues.org/document207.html>.
- Dozon J.P & Fassin D. (dir)
2001 Critique de la santé publique, Une approche anthropologique Voix et Regards, Éditions Balland, Paris, 355p.
- Dujardin, B.
2003 Politiques de santé et attentes des patients Vers un dialogue constructif, Paris, Karthala et Charles Léopold Mayer, 331 p.
- Dumont, R.
1962 L'Afrique noire est mal partie, Paris, Éditions du Seuil.
- Durkheim, É.
1988 Les règles de la méthode sociologique, Paris, Flammarion.
- Durkheim, É.
1897 De la division du travail social. Paris : Les Presses universitaires de France, 8e édition, 1967, 416 p.
- Easterly, W.
2009 Le fardeau de l'homme blanc : l'échec des politiques occidentales d'aide aux pays pauvres, traduit de l'anglais en français par Patrick Hersant, Sylvie Kleiman-Lafon, Éditeur Editions Markus Haller, 512 p.
- Failon J.
Temps et figures de la construction de la profession

- 2013 médicale au Bénin : Trajectoires professionnelles, institutions médicales et politiques de santé, Thèse de doctorat, Université de Liège Institut des Sciences Humaines et Sociales.
- Fainzang, S.
2001 Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologie Controverses, 156 p.
- Fainzang, S.
1989 Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 109 p.
- Fainzang, S.
1986 L'intérieur des choses, Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina, Paris, Harmattan, 204 p.
- Farnarier, C.,
2009 Les dimensions sociales d'une politique de santé publique : Le cas des consultations de protection infantile, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de l'EHESS.
- Fassin D & Defosse
A.C
1992 Une liaison dangereuse : sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur, Cahier des Sciences Humaines, 28 (1), 23-36.
- Fassin, D.
2000 Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Karthala, 2000, 344 p.
- Fassin, D.
1994 « L'anthropologue et la santé publique : réflexions à partir de quelques exemples », in Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas, AMADES, Toulouse : 9 – 24.
- Fassin, D.
1992 Pouvoir et maladie en Afrique, Paris, PUF, 362 p.
- Fassin, D. & Jaffré Y.
1990 Sociétés, développement et santé, Paris, Ellipses/ AUPELF, 288 p.
- Giri, J.
1986 L'Afrique en panne : Vingt-cinq ans de « développement », Paris, Éditions Karthala, 207 p.
- Goffman E.
1975 Stigmate (les usages sociaux des handicaps), Paris, Les éditions de minuit, 175 p.
- Goffman E.
1973 La Mise en scène de la vie quotidienne : La présentation de soi, Paris, Les éditions de minuit.
- Gosselin, G.
2001 L'Afrique désenchantée, sociétés et stratégies en transition en Afrique tropicale, vol1 Harmattan, 376 p.

- Graham, H.
1991 Les nababs de la pauvreté - Le «business »multimilliardaire de l'aide au Tiers Monde ; incohérence et gaspillage, privilèges et corruption, Paris Éditions Robert Laffont S.A.
- GRAP-PA Santé
(Paris - Accra)
2010 Protocole intégré de recherche, Version provisoire du 15 mars.
- Gret
Collection débats et controverses – n°3 – page 20.
- Gruénai & S J.P.
Dozon
1992 Anthropologies et Santé Publique, Paris, ORSTOM, Cahiers des sciences humaines, vol. 28, no 1, 156 p.
- Gruénais (M. E.)
1990 Le malade et sa famille. Une étude de cils à Brazzaville, in Fassin, D. & Jaffré, Y. Sociétés, développement et santé, Paris, Ellipses.
- Guillaume, O.
2004 L'aide publique au développement : un outil à réinventer, Paris, Edition Charles Léopold Mayer, 177 p.
- Herzberg, F.
1978 (1966) Le travail et la nature de l'homme, Paris, Entreprise Moderne, 215 p.
- Hours, B.
2006 « Jaffré, Yannick & Olivier de Sardan, Jean-Pierre (dir.). – Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest », Cahiers d'études africaines, 182 | 2006, [En ligne], mis en ligne le 05 juillet 2006. URL : <http://etudesafricaines.revues.org/index6000.html>. Consulté le 07 janvier 2011.
- Hours, B.
2001 Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie, Karthala, 354 p.
- Hours, B.
1992 La santé publique entre soins de santé primaires et management, Cah. Sci. Hum. : 123-140.
- Hours, B.
1985 L'Etat Sorcier : Santé publique et société au Cameroun, Connaissance des hommes, Paris, Harmattan, 165 p.
- Imorou, A-B.
2006 Cliniciens versus santé publique : une analyse socio-anthropologique de la mise en œuvre d'une réforme sanitaire au Bénin, thèse de doctorat, Paris, Atelier National de Reproduction des Thèses, 458 p.
- Jaffre Y. Olivier De
Sardan J.-P.
1999 La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Paris, PUF, 369 p.

- Jaffré, Y.
1999 «Les services de santé “pour de vrai”. Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », Bulletin de l'APAD – Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement, n°17, p. 3-17.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P.
2003 Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, APAD, Karthala (« Hommes et sociétés »), 449 p.
- Jeanneret, Y.
1994 Ecrire la Science : Formes et enjeux de la vulgarisation, Paris, PUF, 398 p.
- Josiane, C.
TantchouY.
2008 « B. Dujardin, Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue », Bulletin de l'APAD [En ligne], 26 | 2003, mis en ligne le 16 juin 2008, Consulté le 22 septembre 2013. URL : <http://apad.revues.org/3653>.
- Jurdant, B.
1973 Les problèmes théoriques de la vulgarisation, Thèse, Strasbourg, Université Louis Pasteur, 271 p.
- Kerouedan, D.
2011 Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud, Paris Presse de Sciences Po, 592 p.
- Kpatchavi, A.,
2012 Humanités Gabonaises | Numéro 02, ISSN : 2223-8433
- La Ruche, G. & al.
2008 « La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : état des lieux au Bénin », santé Publique, /6 Vol. 20, p. 575-587. DOI : 10.3917/spub.086.0575.
- Labarthe, A.
1966 Grandeur et servitudes de la vulgarisation, Science et vie n°586, pp 59-61.
- Laplantine, F.
1986 Anthropologie de la maladie, Paris, Payot, 412 p.
- Lascoumes, P,
1996 Analyse des processus de changement dans les réseaux action Publique, dans CURAPP, La gouvernabilité, Paris, PUF, 334 p.
- Lemieux, V.
2002 L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir, 2e édition, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 195 p.
- Lupton D.
1994 Medicine as culture. Illness disease and the body in Western societies, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Lusin B.
2003 Sociologie des organisations, Paris, collection Repère, la découverte, 123 p.

- March, J. G. &H, S. A. 1964 Les organisations, Paris, Dunod, 264 p.
- Mariko M. 2003a « Accès aux soins de qualité : résultat d'une étude empirique menée à Bamako (Mali) », in M. Audibert, J. Mathonnat et E. de Roodenbeke (éd.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, p. 41-58.
- Martiny P. 1999 La « prime en réponse à la démotivation du staff local d'un projet de coopération : un préalable et dix conditions pour que l'action soit catalytique et non toxique », *Lettre du RIAC*, p. 13. Voir au le site www.itg.be/itg.
- Massé R. 1999 La santé publique comme nouvelle moralité, *Cahiers de Recherches Éthiques*, 22, 155-176. [Texte disponible dans *Les Classiques des sciences sociales*. JMT.]
- Massé, R. 1995 *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Boucherville, Gaëtan Morin.
- Ministère de la Sante 2012 Direction de Programmation et de la Prospective, *Carte des Interventions des Partenaires Sanitaires du Benin (2007-2010 Et 2011-2014)*, Rapport Final.
- Ministère de la Santé 2009 *Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2008*.
- Ministère de la Santé 2007 *Plan National de Développement Sanitaire 2007-2015*.
- Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine 1997 *Politique et stratégies de Développement du secteur santé 1997-2002*.
- Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine 2002 *Politique et stratégies de Développement du secteur santé 2002-2006*. Cotonou, 71 p.
- Moulin, A-M. 2010 « Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique », *Anthropologie et santé* [En ligne], 1 |, mis en ligne le 31 octobre 2010, consulté le 06 novembre 2012. URL :

<http://anthropologiesante.revues.org/114>.

- Moyo, D.
2009 Dead Aid: Why Aid is Not Working and How There is Another Way for Africa.
Ed. Allen Lane. Penguin Books, 188 p.
- Muller, P.
2000 L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. In: Revue française de science politique, 50e année, n°2, pp. 189-208.
- Nutbeam D.
1998 Glossaire de la promotion de la santé, OMS, Genève.
- OCDE
2008 Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005), Programme d'action d'Accra (2008).
- OECD Working Party
on Aid Effectiveness,
Task Team on Health
as a Tracer Sector,
2011 "Progress and Challenges in Aid Effectiveness – What can we learn from the health sector?" Final report (24 June).
- Olivier de Sardan, J-P
1995 Anthropologie et développement, essai en socio-anthropologie du changement social, Paris, Karthala, 221 p.
- Olivier de Sardan, J-P
2010 « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques », Anthropologie et santé [En ligne], 1 |, mis en ligne le 29 octobre 2010, consulté le 06 novembre 2012. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/86>.
- OMS
2008 Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, (sous presse).
- OMS
2008 Rapport sur la santé dans le monde, Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève.
- OMS
2008 Rapport d'Etape sur l'Etat du Système d'Innovation en Santé au Bénin.
- OMS
2005 Charte de Bangkok pour la Promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Genève.
- OMS
2003 Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir. Chap 7 : Les systèmes de santé : des soins intégrés fondés sur des principes, Genève, <http://www.who.int/whr/2003/fr/index.html> (08/07/2005).
- OMS
La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au

- 1997 XXIe siècle. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4., Genève.
- OMS
1978 Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6–12 septembre 1978. Rapport coparrainé par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Geneve, (Serie Sante pour tous, No. 1).
- Palier, B.
2010 La réforme des systèmes de santé, PUF.
- Paul, E.
2012 « Avancées dans la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Bénin », Rapport de la troisième mission du GRAP-PA Santé au Bénin, 19 septembre – 5 octobre.
- Paul, E.
2011 « Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : Etude de cas du Mali », GRAP-PA Santé pour le compte de l'OMS et de l'IHP+.
- Paul, E., Dujardin B.
& Zinnen, V., 2011 « L'approche sectorielle – Concepts, défis et application au secteur de la santé », GRAP Policy Brief n°2
- Pavé dir.
1994 Analyse stratégique sa genèse ses applications et ses problèmes actuels Autour de Michel Crozier Paris Le Seuil
- Perrot, J. de
Roodenbeke É.
2005 La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée, Karthala, 575 p.
- Petersen A. & Lupton
D. 1996 The new public health. Health and self in the age of risk, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Pineault, Raynald
2012 Comprendre le système de santé pour mieux le gérer, Montréal Les Presses de l'Université, 194 p.
- Poncelet, M.
2008 Colonisation, développement et sciences sociales. Eléments pour une sociologie de la constitution du champ des "arts et sciences du développement" dans les sciences sociales francophones belges. Consulté le Juillet 20, 2010, sur Bulletin de l'APAD n°6: <http://apad.revues.org/2503>.
- POPPHI
2008 La prévention de l'hémorragie du post-partum : La gestion active de la troisième période de l'accouchement - Formation d'accoucheurs qualifiés : Manuel de Référence. Seattle : PATH.
- Programme de Document interne préparatoire à la Commission mixte de

Coopération Bilatérale entre la Belgique et le Bénin avril 2012	novembre 2012.
Projet d'Appui au Développement du Système de Santé (PADS) 2009	Ministère de la santé, Evaluation de la Fonctionnalité des Zones Sanitaires, République du Bénin, Rapport final.
République du Bénin 2012	Ministère de la sante, direction de programmation et de la prospective, Carte des interventions des partenaires sanitaires du Bénin, (2007-2010 et 2011-2014), Rapport Final.
République du Bénin 2012	Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport de 2012.
République du Bénin 2011	Politique Nationale de l'Aide au Développement (2011-2020).
République du Bénin août 2011	Politique Nationale de l'Aide au Développement (2011-2020)
République du Bénin 2010	Pacte national entre le gouvernement du Bénin et ses partenaires techniques et financiers : le compact, « Accroître les efforts et les ressources dans le secteur de la santé en vue d'accélérer l'atteinte des OMD », Cotonou.
République du Bénin 2008	Réforme du Système de Santé au Bénin.
République du Bénin 2008	Enquête 2008 du suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, Rapport Pays : Benin, Version finale.
République du Bénin 2007	Ministère de la sante, direction de programmation et de la prospective, Comité de rédaction de la requête à GAVI, Le système de soins de santé du Bénin, Principales caractéristiques systématiques et propositions de renforcement, version définitive.
République du Bénin 2006	Evaluation de la qualité de la Gestion du Système Sanitaire (EQGSS) Dans Les Départements du Zou et des Collines en République du Benin.
République du Bénin 2005	Présidence, Décret n° 2005-611 du 28 septembre 2005 portant sur la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires.

- République du Bénin
2005 Présidence, Décret n° 2005-191 du 14 avril 2005 portant sur les attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique.
- Ridde, V.
2012 « Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique », Bulletin de l'APAD [En ligne], 34-36 | 2012, mis en ligne le 19 juillet 2013, Consulté le 24 octobre 2013. URL : <http://apad.revues.org/4111>.
- Ridde, V.
2007 Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso, Paris, Harmattan, 536 p.
- Ridde, V.
2004 L'initiative de Bamako 15 ans après Un agenda inachevé, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, 40 p.
- Roodenbeke de E.
2003 « Financement de la santé : efficacité, solidarité et lutte contre la pauvreté », in M. Audibert, J. Mathonnat et E. de Roodenbeke (éd.), Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Paris, Karthala, p. 325-337.
- Rougemont A. &
Brunet-Jailly Joseph
1989 Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux, Paris, Doin éditeurs, 752 p.
- Sambiéni, E.
2012 Gouverner La Maternité Au Benin Les Difficiles Conditions D'application Des Politiques Sanitaires Dans Le Territoire De La Pendjari, thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales et Politiques, Disciplines : Sociologie et Anthropologie, 359 p.
- Sardan, J.-P. O.
2010 Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Consulté le décembre 20, 2009, sur Anthropologie et santé : <http://anthropologiesante.revues.org/86>.
- Sardan, J.-P. O.
2008 La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve: Bruylant-Academia.
- Schieber, G. J. & al.
2006. Financement de la santé : une chance à saisir. Finances et Développement, 43(4), 46-50.
- Schriftenreihe der
GTZ
2004 Le système de santé de district Expériences et perspectives en Afrique, Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique, Wiesbaden, 2ème édition, n° 277.
- Seca, J.-M.
2001 Les Représentations Sociales, Paris, Armand Colin /VUEF, 187 p.

- Sekaganda, E. (& al.) 2010 Santé et Performance au Rwanda. Sous la Direction de Coolen, A. et Lodenstein, E. Amsterdam : KIT.
- Simos J, Bury J. 2003 Vers une politique cantonale de prévention et de promotion de la santé. Département de l'économie et de la santé, Genève.
- Sogge, D. 2003 Les mirages de l'aide internationale, quand le calcul l'emporte sur la solidarité, Enjeux Planète, 330 p.
- Thines, G. & Lempereu, A. 1975 Dictionnaire Général des Sciences Sociales, éd Universitaire.
- Tournay, V. 2011 Sociologie des institutions, Paris : PUF.
- Tremblay, M.-A. 1983a «Une perspective holiste dans l'étude de la santé/A Holistic Approach in the Study of Health.», Mémoires de la Société Royale du Canada. vol. XXI, 1983 : p. 3-19.
- Tremblay, M.-A. 1983b «La santé en tant que phénomène total», In Conceptions contemporaines de la santé mentale. Montréal, Décarie Éditeur Inc., p. 49-89.
- Tshinko B.-L., Constandriopoulos A.-P. & Fournier P. 1995 « Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda(Zaïre) : comment a-t-il été mis en place ? », Social Science and Medicine, vol. 40, n° 8, p. 1041-1052.
- UNICEF – Bénin 1999 L'initiative de Bamako et la participation communautaire dans les formations sanitaires périphériques ; Forum national sur l'amélioration de la participation communautaire dans les formations sanitaires périphériques. Lokossa, Bénin, du 2 au 5 Mars 1999, 10 p.
- Van Steenberghe E. & St-Amand D. (coord.) 2010 La charte de Bangkok : ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé. Montréal : Éditeur Réfips, collection « Partage » Publication téléchargeable : http://www.refips.org/files/international/Charte_Bangkok_edition2010.pdf
- Vidal L, Fall AS, Gadou D 2005 Les Professionnels de la santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques. Paris, L'Harmattan, 328 p.
- WHO 1997 Health Promotion Bibliography. WHO/HPR/HEP/41CHP/RS/97.2. Geneva.

- WHO
1991 Déclaration de Sundsvall sur des milieux favorables à la santé, Genève.
- WHO
1986 Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève.
- Winslow C.-E. A.
1920 The untilled fields of Public Health, Science, 9 January 1920: 23-33.
- Yonli, L.
1998 Etude sur la fréquentation des services de santé dans la région sanitaire de Kaya. Ouagadougou : Direction régionale de la santé de Kaya, SCPB, PI.
- Zone Sanitaire de
Comè
2009 Annuaire des Statistiques Sanitaires
- <http://www.beninfbr.org/data/payment/1/12>
<http://www.bioltrop.fr/00-entete/ib.htm>
<http://www.bioltrop.fr/00-entete/ib.htm>
<http://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>
<https://depot.erudit.org/id/001766dd>
Revue Solidaire, juin 1994, n° 123

ANNEXES

Annexe 1 :

Dossier : **Compte rendu du déroulement des activités quotidiennes dans le CSC de Bopa**

1. Présentation de la commune de Bopa

La commune de Bopa fait partie des quatre (4) communes dans la ZS de Comè. Elle est composée de sept (7) arrondissements, sa population est de 91118 habitants. Les ménages de la commune de Bopa vivent dans une précarité accentuée, du fait de la taille du ménage et du rendement des activités champêtres et de la pêche qui connaissent un déclin étonnant : les cultures sont inondées dans les zones où les terres noires sont dominantes et les lacs sont pauvres en ressources halieutiques. Cette situation aggrave la pauvreté des familles qui ne disposent pas du minimum pour survivre, encore moins pour se soigner. Sur le plan économique, la situation de la commune de Bopa est caractérisée par un secteur primaire et tertiaire majoritaires et la pauvreté est caractérisée par un faible pouvoir d'achat des populations. L'industrie locale se limite à l'usine d'embouteillage d'eau minérale et de boisson « Possotomè » consommées aux plans national et international dont la plus value sur la situation économique des populations reste à démontrer (ZS- Comè, 2011).

2. Présentation du CSC de Bopa

Le CSC de Bopa dispose de sept (7) centres de santé publics. Celui de la commune est construit en matériaux définitifs et couverts en tuiles métalliques. Il est également composé de cabinets privés dont la plupart ne disposant pas encore d'une autorisation et ne respectant pas les normes de conformité et de qualité exigées du Ministère de la Santé.

Le pouvoir d'achat des populations est faible rendant ainsi difficile leur accès aux soins et aux services de santé. Cette situation justifie la plupart du temps leur recours à l'automédication et aux tradithérapeutes. La majorité des populations font donc recours à l'usage des plantes médicinales ou traditionnelles pour traiter les maladies courantes (Entretien, 2011, CSC Bopa). Les ratios soignants/population sont d'un médecin pour 91118 habitants, une sage femme d'Etat pour 22780 habitants et un infirmier pour 7593 habitants. Le CSC de Bopa dispose d'un médecin, de quatre (4) sages femmes d'Etats et de douze (12) infirmiers (ZS- Comè, 2011).

Compte rendu des observations du 20 avril 2012 au dispensaire du CSC Bopa

Le dispensaire est animé par trois agents de santé qui s'alternent par des gardes de 48h avec 96h de repos. Il y a l'infirmier en chef (major), un aide-soignant et une infirmière. Les soins sont parfois prodigués par les aides-soignants. Nous avons remarqué que la fréquentation du centre est très faible. La veille, nous avons voulu passer la garde pour observer ce qui s'y passe, mais il n'y avait aucun patient et à 23h, les agents sont allés se coucher.

Les agents de santé se mettaient déjà en place à 07h et à 08h, la première patiente est arrivée. C'est une vieille dame qui se plaignait de douleurs. Elle a été reçue sur le banc au dehors par l'aide-soignant qui, sur la base des plaintes de la patiente lui a prescrit des analyses. Il y a une caisse où se font tous les paiements, avant toute prestation. Le caissier n'étant pas encore là, elle a payé à la pharmacie et s'est dirigée vers le laboratoire.

L'ambiance de travail est très détendue, il y a beaucoup d'échanges entre le personnel et aussi de l'entraide.

Le médecin-chef consulte les lundis et jeudis, de 08h30 à 16h, mais, à notre arrivée, le jeudi aux environs de 13h, il n'était pas là. Il y avait une dame qui l'avait appelé avant de venir avec ses enfants malades, mais il est finalement arrivé vers 16h.

A 08h25mn, le major s'est absenté pour aller faire une injection hors du centre et, le médecin est arrivé à 08h30.

De 08h40 à 09h10, la salle de consultation est vide et le brasseur tourne dans le vide et deux malades sont arrivés et attendent. Personne n'est allée vers eux pour les accueillir et ils se plaignaient entre eux. Pendant ce temps, une vendeuse de nourriture est arrivée et se balade dans le centre. A 09h, une dame blanche est arrivée et s'est dirigée vers la salle de consultation, elle a porté une blouse blanche avant d'aller saluer la pharmacienne. Nous avons su après, que c'était une infirmière belge venue en stage. Entre temps, le Chef d'Arrondissement est arrivé et, après quelques salutations, il s'est dirigé directement vers le laboratoire pour une prise de sang

A 09h10mn, le major est revenu et s'est dirigé vers le CA pour le saluer. Ensuite, le major s'est rapproché des malades venus au dispensaire, il échange avec eux sur leurs cas et demande à voir leurs carnets. Dans le même temps, une femme césarisée est venue pour son pansement, mais elle tourne en rond parce qu'il n'y a personne pour la

prendre en charge. Finalement, c'est l'aide-soignant qui l'a prise en charge après avoir pris la tension d'un malade, sur ordre du major. Les analyses se prescrivent la plupart du temps, sur la base des plaintes des patients, il n'y a pas toujours une consultation approfondie du patient.

Par contre, lorsque nous sommes rentrée dans la salle de consultation pour suivre un patient, le major a suivi les étapes de l'ordinogramme de prise en charge au dispensaire affiché :

Nom du malade : S. J.

- Achat d'un carnet
- Prise de la température, du poids et de la tension
- Remplissage du carnet et du registre
- Recueil des plaintes du malade qui dit avoir pris certains médicaments avant de venir au centre
- Consultation approfondie sur la table de consultation avec d'autres questions posées au malade
- Les informations sont notées dans le carnet
- Piqûre du bout du doigt pour un test de paludisme rapide
- En attendant le résultat du test, l'infirmier échange avec le malade
- Le test s'avère positif et il lui prescrit donc les produits nécessaires. Il l'oriente vers la pharmacie et lui demande de revenir le voir après avoir acheté les produits.

Le patient se rend à la pharmacie pour acheter les produits, la caisse étant encore fermée. Le problème de monnaie s'est posé à la pharmacie et le patient a dû attendre que son accompagnateur aille chercher la monnaie. Ce problème réglé, il revient à la salle de consultation pour voir l'infirmier. Ce dernier était sorti entre temps pour aller discuter au portail avec des amis. Le patient a dû attendre et une vingtaine de minutes plus tard, l'infirmier est revenu expliquer au malade comment prendre les produits avant de le libérer.

Le centre prend aussi en charge les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Notons que le centre s'occupe aussi des tuberculeux. L'un des patients venu au dispensaire dans cette journée est tuberculeux. Il est venu pour la première fois au centre le 22 novembre 2011 et a été suivi jusqu'au 21 janvier 2012. Il a poursuivi son traitement dans un autre centre à Lobogo et maintenant, il est revenu à Bopa pour le

contrôle. Mais à lobogo, il n'a pas reçu la carte de suivi de son traitement, ce qui complique la tâche au major. Ce dernier appelle son collègue de Lobogo pour avoir des détails et il remet une fiche au malade qui se rend au laboratoire pour les prélèvements.

Compte rendu des observations des activités de vaccination

Le vendredi étant jour de vaccination, les femmes ont commencé par arriver à partir de 08h pour faire vacciner leurs enfants. La salle n'était pas balayée et c'est la 3ème femme qui, à son arrivée, a cherché un balai pour nettoyer. Dans le CSC de Bopa, les patients ne sont pas reçus à temps. Le major s'est dirigé vers la salle de vaccination pour saluer les femmes venues faire vacciner leurs enfants. Elles étaient déjà près d'une vingtaine et n'ayant pas trouvé de siège pour s'asseoir, certaines sont assises sur la terrasse.

A partir de 09h45mn débute la séance de vaccination. Le major, après avoir salué toutes les femmes commence par ramasser les carnets de consultations de ces dernières. L'une des femmes, venue d'un autre centre, n'a pas son carnet, elle dit qu'elle ne l'a pas encore récupéré au centre de santé où elle a accouché. Le major lui demande si elle est sûre de continuer les séances de vaccination au CS de Bopa et elle le lui promet. Les cartes de vaccination sont rangées dans de petits bacs par localité et avec les carnets, le major recherche les cartes qu'il met dans les carnets. Après avoir classé les fiches, il les regroupe par catégorie (selon le type de vaccination à recevoir) et procède à l'appel pour toutes les femmes. Ensuite, il remplit les fiches des nouvelles venues. Pour le remplissage, il demande aux femmes de donner le nom de la maison où elles habitent et le nom par lequel on les appelle à la maison afin de pouvoir les rechercher au cas où elles ne viendraient pas aux prochaines séances de vaccination. L'ambiance du travail est très détendue. Pendant que le major s'occupe des vaccinations, les malades qui viennent au dispensaire attendent. Il n'y a aucun autre infirmier pour les consulter. Vers 11h, une causerie sur l'allaitement maternel a été faite par l'infirmière de la maternité en langue « fon ». Des questions sur ce qu'elles savent des bienfaits de l'allaitement maternel ont été posées aux femmes. Elles ont été réticentes au début. Mais sur insistance de l'animatrice et sur promesse d'offrir un cadeau à celles qui interviendront, elles ont commencé à s'exprimer. Chaque réponse est suivie d'applaudissements. Avant de clôturer les échanges, l'animatrice a demandé à une femme volontaire, qui vient d'accoucher, de venir montrer comment il faut allaiter son enfant. Celle qui est venue ne

savait pas s'y prendre et elle demande à une autre de venir l'aider. Après la démonstration, certaines femmes ont posé des questions d'éclaircissement. Après la causerie, place aux pesées pour tous les enfants sauf les nouveau-nés. Pendant la pesée, les femmes mettaient les enfants dans la poche accrochée à tour de rôle à la balance. Mais l'une d'entre elles a confectionné une poche à son enfant et quand son tour est arrivé, elle l'a accroché au support.

A la suite de la pesée, les vaccinations ont commencé. L'infirmier étant seul, l'infirmière de la maternité et son aide-soignante sont venues lui prêter main forte. Nous avons remarqué que les agents de santé n'ont pas porté de gants pendant la vaccination. L'infirmier s'est fait piquer par mégarde, il est sorti pour nettoyer et est revenu pour continuer toujours sans les gants. De plus, pendant qu'elle vaccinait les enfants, l'aide-soignante s'est arrêtée, la seringue en main, pour prendre un appel.

Après la vaccination de tous les enfants, le major a distribué des moustiquaires à tous les enfants âgés de 09 mois.

Au total, 32 enfants ont été vaccinés. Le détail se présente comme suit :

- BCG + VPO : 12 enfants
- Penta 1 + PCV13-1 : 4 enfants
- Penta 2 + PCVA3-2 : 8 enfants
- Penta 3 + PCV13-3 : 1 enfant
- VAR/VAA : 7 enfants

La séance de vaccination a pris fin à 12h30mn et l'infirmier a repris les consultations puisque des patients attendaient.

Compte rendu des observations des activités de la journée du 21 avril 2012 au niveau de la pharmacie

La pharmacie est ouverte à partir de 09h05 lorsqu'une patiente est venue taper à la porte. Une dame dont la parente est à la maternité est venue pour acheter des produits qu'elle n'a pas trouvés. Elle a été obligée de sortir du centre de santé pour s'en procurer. Une dame est venue de la ville pour acheter des médicaments à la pharmacie, le commis l'a orienté vers le dispensaire pour se faire délivrer une ordonnance du centre avant que les produits ne lui soient cédés. Un patient après avoir acheté les médicaments à la pharmacie est retourné chez l'infirmier de garde qui lui explique la posologie. Ce jour, une femme enceinte est venue à la maternité pour accoucher et n'est pas accompagnée.

Son état est critique, et la sage-femme a délivré un bon à la pharmacie pour prendre les médicaments pour la sauver, en attendant que les parents ne viennent rembourser. Au cours de la journée, nous avons constaté la rupture de plusieurs médicaments usuels. Ceci entraîne parfois des disputes entre les agents de santé et les patients.

Compte rendu des observations des activités de la journée du 19 avril 2012 à la maternité

Depuis le matin, c'est seulement vers 22h30 qu'il y a eu un cas à la maternité. C'était une femme enceinte d'un terme de 4 mois qui fait des menaces. Elle a été examinée par la sage-femme, qui a été relayée par l'aide soignante pour lui administrer les soins. Vers 23h12, tout est devenu calme et chaque agent s'est retiré dans sa salle de garde en attendant l'arrivée d'un nouveau cas. Vers 3h du matin du lendemain, la femme enceinte admise la veille a été référée avec l'ambulance du centre vers l'hôpital de zone de Comè. Très tôt le lendemain matin, l'aide soignante de garde à la maternité est partie dans le village dont elle a la charge pour la vaccination en stratégie avancée.

Les raisons de la mauvaise fréquentation du CSC

Pour une aide-soignante, la mauvaise fréquentation du centre est due à l'accessibilité géographique, il est situé à 2km du centre ville. Ce qui fait que la population préfère fréquenter les centres périphériques et les cabinets privés sauvages ou non. C'est également dû à l'inaccessibilité aux toilettes et douches (situées dans la brousse pour sauvegarder les limites du centre) et à la pauvreté. Il faut également noter la référence, l'accueil, la rupture en médicaments et l'insalubrité des lieux (Entretien, 2012).

Quelques faits marquants de la mauvaise fréquentation

« C'était après pâques 2011, une femme du village de Sohoubato a reçu des coups de la part de la sage-femme en salle d'accouchement et après elle a été référé à l'HZ où elle a fait un mort-né » (Entretien, 2012).

« Une femme enceinte est venue vers 16h avec des plaintes et en travail. Elle voulait aller aux toilettes faire ses besoins (rappelons que les toilettes sont très éloignées des services du centre) et l'infirmière lui aurait demandé de le faire dans un vase et la femme se serait retirée vers les toilettes pour les faire. Malheureusement, la femme aurait accouché dans le vase, c'était vers 17h. La femme a été conduite dans la salle d'accouchement pour la délivrance. Elle a donné naissance à un enfant vivant, mais vers

4h du matin le lendemain, l'enfant n'a plus survécu. Alors, la population de ce village appelé « Gatitomè » s'est soulevée et voulait la peau de la sage-femme. Finalement, le médecin-chef est intervenu pour calmer la population » (Entretien, 2012).

Annexe 2 : Outils de collecte de données empiriques

Grille d'observation

Offre de soin de santé

Les différentes phases du déroulement des activités journalières dans les services de la formation sanitaire : heure d'arrivée des agents et des patients, itinéraire des nouveaux patients, itinéraire des anciens patients, itinéraire des patients selon leur classe sociale (fonctionnaires, riches, pauvres, connaissances, parents) ;

Description des séances de consultation ;

L'ambiance générale de travail,

Organisation du travail et la division du travail (qui fait quoi, quand et comment) ;

La durée du travail par jour ;

Les gestes et les faits inutiles : raccompagner un patient qu'on connaît, bavardages entre collègues, etc.

La gestion des médicaments

L'heure d'ouverture de l'officine,

Le personnel de l'officine ;

La durée du travail par jour ;

Qui prescrit les médicaments ;

Le circuit d'achat des médicaments par les patients ;

Après achat est-ce que le patient retourne voir le prescripteur

Guide d'entretien

Thèmes abordés	Sujets discutés		Acteurs questionnés
Fonctionnement du système	Organisation de l'offre des soins (division du travail répartition des tâches, temps de travail journalier, définition des statuts et des rôles, définition des fonctions, système hiérarchique, communication, système de contribution-rétribution), Planification des activités Formats des rapports Fréquence et objet des réunions Instruments de suivi et d'évaluation		Agents de santé, membres comité local de gestion des centres de santé
Les contraintes liées au fonctionnement du système	Contraintes liées aux acteurs ; Contraintes liées au système		Agents de santé, paramédicaux, membres comité de gestion
Les pratiques des acteurs	Offre des soins de santé	Activités quotidiennes, recouvrement des coûts des prestations, acteurs stratégiques impliqués.	Agents de santé, patients ou accompagnateurs
	La politique de gestion des médicaments	Ravitaillement en médicament, conditionnement des médicaments, prescription des médicaments par les agents de la santé (normes, enjeux, logique.), processus d'acquisition des médicaments par les patients, question de la péremption des médicaments, l'information aux patients par rapport à l'utilisation des produits.	Personnel de l'officine, patients ou accompagnateurs
	Perception des activités et l'idée de changement	Qu'est-ce que vous essayer de faire par votre travail ? Comment percevez-vous le fonctionnement de l'ensemble ? Comment pourrait-on augmenter l'efficacité de votre travail ? A votre avis, qu'est-ce qu'il faut changer pour améliorer le	Agents de santé, membre du Comité local de gestion

		fonctionnement de l'ensemble ?	
	Les relations et les interactions	Avec qui êtes-vous amené à travailler ? Quel genre de relation entretenez-vous avec vos collaborateurs ? (difficile, conflictuelles, intéressant, etc.) Avec quel collaborateur entretenez-vous de bonnes ou de mauvaises relations ?	Agents de santé, paramédicaux, membres comité de gestion, patients
Les logiques des pratiques			Agents de santé, paramédicaux, membres comité de gestion
La pluralité des approches d'intervention des PTF	PTF présents dans les ZS Comè et Bohicon Paquets d'intervention des PTF Approches des PTF Question de la pérennisation des actions des PTF après le terme des projets		Agents de santé, paramédicaux, membres comité de gestion
La question de l'Alignement et l'harmonisation	Alignement sur les stratégies des ZS Alignement sur les procédures nationales Harmonisation entre les interventions des PTF		Agents de santé, paramédicaux, membres comité local de gestion, PTF

Guide d'entretien Focus group à l'endroit de la population qui fréquente les formations sanitaires

Vos opinions sur le fonctionnement du centre de santé

Vos appréciations par rapport aux relations des patients avec les agents de santé et le comité local de gestion

Vos suggestions

Guide d'entretien Focus group à l'endroit de la population qui fréquente les formations sanitaires

Vos opinions par rapport au paquet d'intervention des PTF

La collaboration entre les PTF et les agents de santé

L'harmonisation entre les activités des PTF et les activités du centre

TABLE DES MATIERES

DÉDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	5
SOMMAIRE	8
Liste des tableaux, photos, graphisme, figure	9
RÉSUMÉ	11
SUMMARY	12
INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE, CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE	19
Chapitre I : Cadre conceptuel	20
- 1. Problématique, hypothèses et objectifs	21
- 2. Clarification de quelques concepts	22
- 3. Une approche socio-anthropologique des politiques de santé et de coopération	24
Chapitre II : Le cadre théorique et méthodologique	32
- 1. Les orientations théoriques	33
- 2. Le cadre méthodologique	38
DEUXIEME PARTIE : PRÉSENTATION DES ZONES SANITAIRES, TRAJECTOIRES DES POLITIQUES ET DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES	48
Chapitre III : Zones sanitaires et politique de santé au Bénin	49
- 1. Géographie sanitaire au Bénin	50
- 2. Les politiques de santé et de coopération et les interventions des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	82
- 3. La «globalisation» des déclarations de politique pour les pays en développement	93
- 4. La trajectoire et l'appropriation des politiques de santé	97
- 5. Le «gap» entre le passage de la rhétorique à l'opérationnalisation des politiques	101
- 6. La production des politiques d'intervention des Partenaires Techniques et Financiers au Bénin	101
- 7. Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) comme une approche adoptée pour améliorer la qualité de l'offre de soins de santé au Bénin	114
Chapitre IV : Déroulement des activités au quotidien dans les formations sanitaires	125
- 1. Fonctionnement au quotidien des formations sanitaires	126
- 2. Que conclure des faits et actes au quotidien dans les services de santé des ZS de Bohicon et de Comè ?	160

TROISIÈME PARTIE : FONCTIONNEMENT DES ZONES SANITAIRES ET STRATÉGIES DES ACTEURS	164
Chapitre V : L'organisation et la planification des activités comme une invention quotidienne des professionnels de santé dans les formations sanitaires	165
- 1. L'organisation de l'offre des soins de santé	166
- 2. La planification des activités dans les deux zones sanitaires.....	172
- 3. L'élaboration des rapports dans les formations sanitaires	174
- 4. Les réunions	176
Chapitre VI : Le climat organisationnel au regard des programmations sanitaires ..	179
- 1. Les formes organisationnels à l'œuvre	180
- 2. Les relations comme fondement de l'action des acteurs dans les formations sanitaires	188
- 3. Les contraintes liées à l'organisation du système et au fonctionnement des formations sanitaires	198
- 4. Stratégies des acteurs comme fondement des logiques à l'œuvre dans les formations sanitaires	201
Chapitre VII : La difficile implantation de la politique d'intervention des Partenaires Techniques et Financier (PTF) dans les formations sanitaires	213
- 1. Les représentations sociales liées à la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans les deux zones sanitaires	214
- 2. Les changements induits par la mise en œuvre du FBR dans les deux zones sanitaires	218
- 3. Les réalités socioprofessionnelles des acteurs du secteur de la santé et la mise en œuvre du FBR au Bénin.....	225
- 4. Analyse du degré d'alignement et d'harmonisation dans les interventions des PTF selon les principes de la Déclaration de Paris (DP)	230
- 5. La question de la pérennisation des actions des PTF après le terme des projets	238
CONCLUSION	241
- 1. L'importance des sciences sociales dans les processus de développement des politiques publiques de santé et de coopération.....	244
- 2. Vers le droit à la santé des communautés	245
BIBLIOGRAPHIE	249
ANNEXES.....	263
Annexe 1 :	263
Annexe 2 : Outils de collecte de données empiriques	270
TABLE DES MATIÈRES.....	273