

**« PATIENTS-CLIENTS », « CLIENTS-PARTENAIRES ».
EXPLORATION DES IMPLICATIONS SUPPOSÉES ET
RÉELLES D'UNE UNION CIRCONSTANCIELLE QUI
S'ÉTERNISE À PARTIR DE COBLY (NORD-OUEST BÉNIN)**

Hervé Bonaventure Mètonmassé GBENAHOU
Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
E-mail : herve.gbenahou@gmail.com

Résumé :

Le Bénin, suite à l'Initiative de Bamako, a réformé son système sanitaire. La revue de la pyramide sanitaire, qui en découle, a donné naissance à des organes de cogestion au travers desquels les populations sont embarquées dans un partenariat avec les acteurs du système sanitaire. De « *Patients-Clients* », elles sont devenues des « *Clients-Partenaires* ». Ce statut s'incarne dans les organes de cogestion et les structures mutualistes.

Quelles reconfigurations et incidences l'inclusion de ces associations d'utilisateurs dans l'espace sanitaire a-t-elle engendrées ?

Compréhensive, l'étude révèle que le façonnement du statut « *Clients-partenaires* » a engendré une reconfiguration organisationnelle, structurelle et communicationnelle du paysage sanitaire. Toutefois, celle-ci est sans réel contenu parce que dérivée d'une participation descendante, conventionnelle, factuelle et générique. La communication instituée est plus symbolique que réelle. La présence des « *Clients-partenaires* » est sans incidences évidentes sur la gouvernance des centres de santé, sur la qualité des soins et sur la relation soignants-soignés.

Mots clés : Associations d'utilisateurs, reconfiguration, Participation, Gouvernance, Système sanitaire.

INTRODUCTION

Des contraintes économiques à l'Initiatives de Bamako

Sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), les pays africains sont parvenus à adopter à Bamako en 1987 une politique de relance de la

stratégie « Soins de Santé Primaires » qui visait l'accès de tous aux soins de santé avant les années 2000. Pour Valery Ridde, « l'initiative de Bamako, en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires définie à la conférence d'Alma Ata en 1978, est, en soi, une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé » (Ridde V., 2004 : 1). Depuis cette conférence (IB), le secteur de la santé des pays africains en général et du Bénin en particulier, s'est ouvert à la pratique collaborative. En effet, les objectifs spécifiques de l'IB visent à : renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local à travers la couverture par la population de tout/ou partie des frais de prestations médicales ; promouvoir la participation communautaire à l'administration des services de santé et renforcer les capacités de gestion locale ; renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ; assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins (Ridde, 2004).

Pour coller à ces objectifs, le Bénin, à l'instar des autres Etats africains, s'est engagé, quoique tardivement, dans l'opérationnalisation des principes majeurs issus de l'IB. En effet, suite à la table ronde sur le secteur de la santé organisée en 1995, le pays a entrepris des réformes qui ont conduit à la décentralisation du système sanitaire. La pyramide sanitaire qui en est issue comporte toujours trois niveaux comme celle réorganisée : le central, l'intermédiaire et le périphérique. Toutefois, le niveau périphérique fut totalement revu et inclut dorénavant des organes de cogestion au travers desquels les populations sont « embarquées » dans un partenariat avec les acteurs du système sanitaire. Ce partenariat légitime et facilite l'animation d'espaces de participation dans les aires sanitaires.

Des questionnements et de la démarche méthodologique

Nous convenons avec Fournier & Potvin (1995), que le discours sur la participation communautaire, de même que la plupart des écrits, laissent implicitement apparaître une vision duale de cette notion. D'une part, elle constitue un moyen pour mobiliser des ressources et des énergies en vue de contribuer à la gouvernance idoine du secteur de la santé et à la réussite des projets de développement initiés dans ou pour le secteur. Cette vision aux connotations utilitaristes semble en vogue

auprès des agences internationales qui ont une approche macro-planificatrice des problèmes du secteur. D'autre part, une notion propre à la santé au cours de ces dernières décennies a été l'émergence et la reconnaissance du rôle des comportements comme déterminants majeurs des états de santé et de la place des acteurs locaux dans la gouvernance des centres de santé qu'ils fréquentent comme déterminants majeurs de la gouvernance sanitaire. Eu égard à cette vision duale, ces auteurs soutiennent que de Alma Ata (1978) à Bamako (1987), la participation communautaire s'est imposée à la fois comme un processus et une finalité (Fournier & Potvin, 1995). Cependant, la signification qui lui a été accordée dans le temps et dans l'espace est très variable et ceci ne relève pas seulement de simples nuances sémantiques. Elle s'incarne dans l'usager qui, représenté par la catégorie de l'usager, semble être devenu le synonyme de malade, patient, client et citoyen qui sont aussi tous concernés par la santé. (...) En donnant un rôle de contre-pouvoir à cet usager face aux professionnels de santé et aux représentants de l'État, (...) les pouvoirs publics ont imaginé qu'il pouvait servir à rendre la gouvernance des centres de santé de niveau périphérique plus transparente et concrète face à des logiques plus instrumentales qu'elles soient professionnelles ou technico-administratives (Bréchat P. H. et al., 2006 : 246).

Pour mieux cerner la promotion de cette participation des usagers dans la gouvernance des centres de santé au niveau périphérique et se fondant sur des expériences concrètes, il est loisible de se demander : quelles physionomies, les reconfigurations induites par l'apparition des associations d'usagers dans l'univers des acteurs de la santé, ont donné aux rapports soignants-soignés, aux soins de santé et à la gouvernance²¹ des services sanitaires ?

L'objectif de cet article est de contribuer à donner de la « chair²² », dans un micro contexte, à la notion de participation communautaire « incarnée » en l'usager. La recherche s'est inscrite dans une démarche

²¹Tout processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions autour ou non d'une forme organisée quelconque de délivrance de biens et services publics ou collectifs selon des normes et logiques spécifiques en vue d'atteindre des buts propres discutés et définis collectivement ou non dans des environnements fragmentés et variés.

²² Parce que la notion a été très souvent utilisée de façon théorique et surtout politique et interventionniste.

socio-anthropologique basée sur la compréhension inductive et socio-historique des dynamiques induites par la mise en œuvre de l'approche participative dans les centres de santé de niveau périphérique de la commune de Cobly. La recherche a été conduite dans les cinq aires sanitaires de la commune. Celles-ci abritent deux types d'associations d'usagers : les Comités de Gestion des Centres de Santé (CoGeCS) et la mutuelle de santé « *Oukodatounatike* ». Les enquêtes qui ont pris fin en 2015 ont eu pour porte d'entrée les CoGeCS et ont touché aux perceptions et aux vécus réels des acteurs. Les données exploitées dans cet article émanent de deux entretiens de groupe et d'une trentaine d'entretiens individuels approfondis : huit (08) agents de santé, cinq (05) responsables de CoGeCS et vingt-cinq (25) usagers des différentes aires sanitaires. Avec la permission des acteurs rencontrés, les entretiens ont fait à la fois objet d'enregistrement et de prise de notes systématiques. Des données issues d'exploitation documentaire et d'observations libres ont complété celles qui proviennent des entretiens réalisés. La garantie de confidentialité donnée aux différents acteurs rencontrés au cours des entretiens a favorisé une expression et une restitution libres des propos.

L'exploitation des données a reposé sur une analyse qualitative des données. Les analyses réalisées se sont basées sur cinq items à savoir : les textes concernant la participation des usagers à la construction, à la mise en œuvre des politiques de santé nationales, régionales et locales et à la gouvernance des centres de santé ; le Contexte de la mise en œuvre des recommandations participationnistes issues de l'IB, les enjeux et/ou défis poursuivis, les logiques des acteurs qui incluent les méthodes utilisées et les pratiques en cours. Il s'agit d'une méthodologie dénommée TCELP²³ inspirée des travaux de l'Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du changement social et du Développement (APAD²⁴ et de Walt et Gilson (1994). La

23 Textes, Contextes, Enjeux, Logiques et Pratiques

24 Les travaux de l'APAD insistent sur l'analyse des logiques et stratégies d'acteurs dans une situation d'intervention, de services publics qui met en jeux des acteurs souvent hétérogènes. L'entrée par l'analyse des conflits offre des indicateurs assez parlants pour mieux cerner les enjeux.

Par contre, pour Walt et Gilson, les facteurs à prendre en compte dans l'étude des politiques publiques sont au nombre de quatre : le contenu des politiques, les stratégies d'implantation, le contexte dans lequel elles se déroulent et enfin, les acteurs affectés

stratégie a consisté concrètement à procéder à une triangulation méthodologique qui a favorisé le croisement des données issues : de la trentaine d'Entretiens Approfondis (EA) réalisés, des observations libres faites des vécus quotidiens des différents acteurs et des interactions qui les structurent et des documents collectés et exploités. Cette approche a institué un va-et-vient constant entre les données empiriques et les données documentaires.

Dans cet article, il est présenté d'abord les variations intervenues dans la figure de l'usager à l'occasion de l'opérationnalisation des principes de l'IB. Ensuite, la manière dont le nouveau statut de « *Clients-Partenaires* » est arboré au réel et vécu par les principaux acteurs est analysée.

I. Des « *Patients* » aux « *Clients-Partenaires* »

1.1. Brève présentation du contexte d'étude

La présente recherche a eu pour cadre les aires de compétences des CoGeCS exerçant dans la commune de Coby. Cette commune fait partie de la Zone Sanitaire de Tanguiéta (ZST). La Commune de Coby, ancienne commune (subdivision infra administrative) du district de Tanguiéta, est née du découpage administratif de Mai 1978 qui a fait d'elle un district rural. A la faveur du renouveau démocratique amorcé en 1990 au Bénin, Coby pris le statut de sous-préfecture puis de commune avec l'avènement de la décentralisation (2003). La commune de Coby s'étend sur une superficie d'environ 825 km². On y dénombre au total cinq aires sanitaires localisées à Coby, Datori, Kountori, Nanagadé et Tapoga. En outre, un dispensaire isolé a été recensé à Oroukparé dans l'aire sanitaire de Kountori, de même qu'une unité villageoise de santé dans l'arrondissement de Coby. Les Centres de Santé des aires sanitaires sont constitués d'un duplex dispensaire-maternité. La commune dispose de cinq CoGeCS en concordance avec le nombre d'aires sanitaires qu'elle abrite.

ou influents par rapport à cette nouvelle politique. Le dernier facteur renvoi aux fondements des travaux de l'APAD.

1.2. La variation des figures de l'utilisateur après la décentralisation sanitaire

Jadis, lorsque les populations se référaient aux centres de santé en cas de maladie, elles poursuivaient un but précis : la quête de guérison. De même, les agents de santé, fiers et jaloux de leurs prérogatives, conservaient « copieusement » leurs savoirs et défendaient les parcelles où s'exprimait leur hégémonie dans le « don » de la guérison biomédicale. En un mot, ils se renfermaient dans leurs logiques professionnelles ou technico-administratives. Comme ils aiment à le dire, ils sont, l'alpha et l'oméga, lorsque s'amorce une procédure de quête de guérison en milieu hospitalier. La santé était et est perçue par ces acteurs (essentiellement) comme un état dont les dysfonctionnements (maladies) méritent des réponses médicales²⁵ : un diagnostic par un médecin (à tout le moins par un infirmier ou une sage-femme), des soins réparateurs au centre desquels se situent les professionnels de soins (eux-mêmes) et les médicaments (Gobbers et Pichard, 2000). Dans cette situation, les populations n'étaient que de simples personnes recevant l'action réparatrice des agents de santé sur leurs corps malades. Le statut de « patients » qu'elles arborent est triple. Il provient d'abord du fait leurs « corps » maladies doivent recevoir des soins délivrés par les agents de santé. Mais indépendamment de cela, dans le processus de quête de guérison, les populations doivent faire preuve de beaucoup de « patience » pour laisser les agents de santé découvrir (par tâtonnement) les maux dont ils souffrent et opposer le traitement qui convient. De malades pressés de trouver les causes du (des) dysfonctionnement (s) que subissent leurs corps, elles doivent, dès qu'elles rentrent dans le centre hospitalier, devenir « patients ». Elles sont aussi « Patients », parce que n'ayant théoriquement avec les agents de santé, aucun lien autre que celui qu'impose la relation soignant-soignés le laps de temps que dure le traitement.

Dans la mise en œuvre du principe de recouvrement des coûts suite à l'IB, les populations devraient officiellement supporter les coûts induits

²⁵Quelques glissements s'observent tout de même aujourd'hui dans le contexte de l'étude. En effet, certains agents de santé, face à certains cas orientent implicitement ou explicitement les quêteurs de guérison vers d'autres types de médecine. C'est là une légitimation fluide des médecines alternatives.

par leurs prises en charge en milieu hospitalier. Dans ce contexte, les centres de santé et leurs agents sont devenus des prestataires de services et les populations des « *Clients* ». Le statut de (*Clients*) est dual. Il tient d'abord au fait que les populations doivent dorénavant « acheter » les actions des prestataires de soins sur leurs corps malades. Il tient ensuite au fait que cette obligation qui leur est faite de payer les soins change, du moins théoriquement, les regards que posent sur elles les agents de santé et les cadres de collaboration. Ces variations s'expliquent par le fait que les populations sont devenues des acteurs clés dans le financement des centres de santé. Ce statut prend le pas sur celui de « *Patients* » à cause de la contribution exigée aux populations et des nouveaux rôles qu'elle confère. Toutefois, il ne s'en dissocie pas, ce qui confère un statut hybride au malade : « *Patients-Clients* ».

Indépendamment de cette nouvelle contrainte légitimée, la réorganisation de la pyramide sanitaire du Bénin, surtout au niveau périphérique, inclut des organes de cogestion au travers desquels les populations « *Patients* », parce que malades et recevant des soins et « *Clients* », parce que payant dorénavant directement leurs soins, sont embarquées dans un « *Partenariat* » brusque et « circonstanciel » avec les professionnels de la santé. En effet, la verticalité de la formulation de cette réforme et de sa mise en œuvre fait des professionnels de santé et des populations des acteurs passifs au premier degré²⁶. Leur implication « brutale » dans l'opérationnalisation, ne remet en rien en cause cette passivité parce qu'il est clair qu'aucun de ces acteurs ne peut revendiquer l'initiative de cette réforme. Ils étaient tous embarqués dans une même expérience dont ils n'avaient pas le gouvernail et dont ils ne pouvaient présager l'issue. Cette entrée forcée par la verticalité de la réforme n'a donné à aucun des acteurs la possibilité de choix. Cependant, elle devrait changer le statut des populations usagères des centres de santé en le faisant passer de « *Clients* » simples à « *Clients* » privilégiés parce que désormais « *Partenaires* ». Ce statut de « *Partenaires* » prend corps dans les Comités de Santé, CoGeCS et les autres types d'associations qui participent désormais à la gouvernance des Structures de Santé. Ainsi, de « *Patients* » avant l'IB, les

²⁶ Le premier degré est le degré de conception niveau macro et meso et le degré de réflexion sur les mécanismes de mise en œuvre au niveau micro.

populations sont devenues ensuite des « *Patients-Clients* », puis des « *Clients-Partenaires* ». Le statut de « *Patients* » s'éclipse dès lors au détriment des deux autres parce que les rôles que les populations sont appelées à jouer prennent le pas sur leur statut de malades. Ce nouveau statut de « *Clients-Partenaires* » les oblige à deux choses. D'abord, elles doivent payer tous leurs soins et financer par ricochet les centres de santé. Ensuite, en s'incrutant dans un univers connu *peu ou prou* parce que pratiqué, mais fondamentalement étranger, elles doivent partager les espaces professionnels, matériels et symboliques d'expression des professionnels de santé et contribuer ainsi au fonctionnement idoine des centres de santé. Ce statut fait que les populations ne sont plus uniquement une entité biologique recevant la magie biomédicale par l'entremise du professionnel de santé, elles sont considérées comme des acteurs centraux, ayant l'obligation de participer à la gouvernance des centres de santé.

II. Des « *Clients-Partenaires* » au réel

2.1. Au travers des Comités de Gestion

Avant les années 1990, la pyramide sanitaire du Bénin avait toujours trois subdivisions : le niveau national, le niveau provincial et le niveau sous préfectoral. A la base de cette pyramide, les agents de santé étaient seuls maîtres à bord de leur « bateau professionnel et technico-administratif » et donc seuls chargés de la gouvernance de leurs structures.

« Les Centres de santé étaient gérés de façon unilatérale et discrétionnaire par les agents de santé que le ministère mettait en place. L'une des recommandations fortes de l'Initiative de Bamako, c'est que la participation communautaire est obligatoire. Il est imposé désormais une sorte de cogestion avec un devoir de compte rendu aux communautés afin qu'elles s'approprient la gestion de leurs centres de santé. C'est à travers les CoGeCS et les Comité de Santé que la participation communautaire a pris corps »(CH, membre du personnel de santé, Cobly, Avril 2014)²⁷.

La mise en place des CoGeCS était une exigence de l'IB. Dans toutes les aires sanitaires de la commune de Cobly, et à l'instar de celles du Bénin, ces structures ont été installées. L'Arrêté n°2006-7273 /MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 24 juillet 2006 portant règlement

²⁷Quelques fragments de discours considérés comme étant les plus expressifs et les plus complets ont été présentés dans cet article pour soutenir les analyses construites autour des catégories de facteurs qui émergent du traitement des données.

intérieur des Comités de Gestion des Centres de Santé définit clairement leur composition, le mode de choix des membres, les profils et attributions des membres cadres²⁸, leurs missions, le terme de leur mandat, leur rapport avec les professionnels de santé, leurs récompenses et les sanctions qui les frappent en cas de faute.

« Ils sont élus par la population quoique l'ordre de renouvellement ou d'élection vienne du Ministère. Les anciens membres sont informés de la décision et on convoque la population en Assemblée Générale en gongonnant. Au cours de cette AG, les anciens membres annoncent leur démission. S'il y en a parmi eux qui sont à la fin de leur premier mandat, ils peuvent être reconduits si la population en décide ainsi. Au sein du comité, il doit avoir une représentante des femmes, un représentant des sages, un représentant des élus locaux, un représentant des jeunes. Dans chaque village composant l'aire sanitaire, on désigne au moins un membre. Les délégués venus des villages se retrouvent pour élire en leur sein ces membres, qui se retrouvent à leur tour pour élire les trois membres actifs **(TG, Agent de santé, Nanagadé, Octobre 2013)** ».

Le mode de désignation décrit ici part du choix des représentants de village. C'est un système qui ressemble au système des « grands électeurs ». L'Arrêté n° 2006-7273 /MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 24 juillet 2006 portant règlement intérieur des CoGeCS précise que « le comité de gestion du centre de santé est composé de neuf membres à raison de : deux représentants des femmes dont une provenant d'un groupement associatif ou assimilé ; deux représentants des jeunes dont un provenant d'un groupement associatif ou assimilé ; un représentant des conseillers élus locaux de l'arrondissement ; un représentant des ONG intervenant dans l'arrondissement, et les responsables du centre de santé à savoir le/la responsable du dispensaire, la responsable de la maternité tous deux membres de droit à titre consultatif (Art. 4 et 5). Le même arrêté indique que hormis les responsables du centre de santé, l'Assemblée Générale (AG) est composée des représentants désignés à raison de trois personnes dont une femme au moins par couche socio-professionnelle et institution du village ou du quartier de ville (article 6). Alors que les contenus du texte sont ainsi écrits, cet acteur évoque un représentant au moins par village sans donner d'autres précisions. Ces propos sont représentatifs de ce qui ressort des entretiens réalisés. Très peu de personnes rencontrées maîtrisent réellement la composition

²⁸Les membres cadres sont le président, le secrétaire et le trésorier.

du CoGeCS et le mode de choix de ses membres. Cela dénote d'une faible maîtrise des textes qui encadrent cette structure.

« Nous sommes élus par la population. On invite cinq personnes par village composant l'aire sanitaire. Ces personnes sont élues par le chef village. Les délégués de tous les villages se retrouvent en Assemblée Villageoise (souvent) dans le village qui abrite le centre de santé. Les délégués de chaque village dégagent en leur sein un représentant. Le village le plus gros dégage trois personnes sur les cinq. Suite à cela, les personnes désignées par les délégués des villages se retrouvent pour élire en leur sein les différents responsables, notamment le président, le secrétaire et le trésorier (**Membre CoGeCS Nanagadé, Février 2014**) ».

Si une précision est donnée sur le nombre de personnes qui doivent être désignées par village, on constate aussi une méconnaissance réelle du texte régissant ce comité et de son contenu. Alors qu'au niveau des CoGeCS les textes prévoient une élection des membres en AG regroupant trois personnes dont une femme émanant de toutes les couches socio-professionnelles de chacun des villages composant l'aire sanitaire, les pratiques sur le terrain sont disparates. Cette disparité peut s'expliquer par la non possession du texte, car aucun des CoGeCS visités ne l'avait.

« Les élections des membres de ces comités sont organisées par le responsable de la ZST. Le Bureau du CoGeCS doit être renouvelé tous les trois ans. On lance ce qu'on appelle des avis à candidature pour le renouvellement. Tout acteur de l'aire sanitaire concernée peut postuler. Quand il postule, sous l'autorité du Chef d'Arrondissement et des responsables médicaux, on organise une Assemblée Générale électorale au cours de laquelle on vérifie si les postulants remplissent bien les critères. Si l'aire sanitaire est composée de plusieurs villages, chaque village doit avoir des représentants. Se basant sur ces représentants l'Assemblée Générale organise des élections libres et transparentes qui permettent à la population de se doter de son CoGeCS. Le Comité est composé d'un président, d'un secrétaire, d'un trésorier qui sont les membres cadres, et d'autres membres au nombre desquels figurent le/la responsable du dispensaire et la responsable de la maternité qui sont des membres de droit. En mettant ces balises, nous pouvons dire qu'ils sont représentatifs » (**CH, membre du personnel de santé, Cobly, Avril 2014**).

Si les trois fragments de discours ci-dessus divergent dans leurs formes et par rapport à certains éléments de leurs contenus, ils convergent cependant sur certains éléments clés du mode d'élection des membres CoGeCS et de la composition de cette structure, notamment la provenance des membres de l'AG, les différentes catégories de membre et les postes pourvus. Leur analyse fait apparaître une maîtrise et une compréhension faibles mais divergentes du texte, ce qui laisse croire

que la méconnaissance du texte et son interprétation erronée, restent et demeurent une constance dans l'histoire de ces comités. Les fréquences de renouvellement des membres en AG ne sont toujours pas égales aux trois ans prévus par le texte réglementaire. En effet, il a été constaté, au cours de la production des données, des comités dont les membres cadres, notamment les présidents sont à leurs postes depuis la première installation. Cela conforte les analyses précédentes et révèle un désintérêt des populations pour la vie de ces comités ; désintérêt qui met à mal cette vocation de participation communautaire qui leur incombe. Il est également mentionné, par plusieurs personnes rencontrées sur le terrain, que les représentants en provenance des villages sont désignés par les chefs villages. L'évocation de ce mode de choix à la base, qui sonnait comme une plainte contre une certaine caporalisation et une appropriation privative d'un processus et d'un espace d'expression publics, révélait de nombreux biais de sélection. Ces biais sont dus à la politisation à outrance des instances dirigeantes des villages de Coby, à la primauté accordée aux relations familiales au détriment des capacités réelles des personnes désignées à assumer la fonction à laquelle elles sont appelées. Dans une étude récente, Sambieni (2012), constate que pour l'arrondissement de Coby centre composé de 10 villages administratifs²⁹, seulement trois villages sont représentés dans le CoGeCS, ce qui va à l'encontre des modes de répartition des représentants prévus par l'arrêté indiqué plus haut. Ses conclusions sont confirmées au cours de cette étude. Au regard de tout ce qui précède, on comprend donc aisément que le mode de désignation des délégués de village qui assistent à l'Assemblée Villageoise élective, même tel que prévu dans le texte sus indiqué, ne garantit pas une représentativité efficace de la population. Au contraire, il offre à certains acteurs, la possibilité de contrôler ces comités pour asseoir leurs assises politiques. Cela explique pourquoi les membres de ces comités sont à peine identifiés dans les villages par rapport aux rôles qu'ils jouent. Seuls les membres cadres sont réellement connus des agents de santé et à peine connus des populations. Dans trois aires

²⁹Nous parlons de villages administratifs parce que le territoire administratif est plus ou moins clair. Autrement, un village est un ensemble territorialement et humainement assez complexe pour être représenté par des individus.

sanitaires, certains membres CoGeCS et pas les moindres (le président par exemple), ne connaissent pas tous les membres du comité et leurs provenances. Cela confirme certains analystes lorsqu'ils écrivent que très peu de personnes dans les communautés connaissent l'existence et/ou le rôle de leurs représentants au sein de ces comités de gestion (UNICEF 1997 ; Sambiéni, 2012). Les constats faits sur le terrain et relayés par certaines études antérieures, prouvent que les pratiques sont à l'antipode du contenu du texte régissant ces comités, car ce texte stipule que les CoGeCS assurent la promotion et le développement de la participation communautaire. Au regard des données produites, il est loisible de soutenir que les associations d'usagers que constituent les CoGeCS dans l'univers sanitaire de Cobly sont issues de pratiques segmentaires et exclusives, sont peu représentatives et passent pour avoir une vision segmentée du système sanitaire et de leurs missions. Un autre constat fait sur le terrain et documenté à dire d'acteurs, indique le démembrement total de ces comités, leur réduction à la personne du président (dans la plupart des cas) et leur faible fonctionnalité.

« (...) C'est malheureusement le point amer de la chose parce que depuis environ 2006 que je suis dans la ZST, ce sont des comités dont la fonctionnalité laisse à désirer. Rares sont les comités qui exécutent la panoplie d'activités contenues dans leurs cahiers de charge. Cette situation est due à une méconnaissance des textes qui régissent leur fonctionnement et à une insuffisance de motivation directe des membres cadres³⁰. Il se pose également à leur niveau un problème de compétences pour pleinement assumer leurs missions de contrôle de la gestion administrative et financière des formations sanitaires. Cela est dû au fait que la plupart des membres de ces comités sont des gens qui, en termes de niveau d'instruction, n'ont pas assez évolué. C'est à la limite des niveaux secondaires, ce qui fait que techniquement, ils ne sont pas assez outillés pour jouer convenablement ce rôle de suivi de la gestion des centres de santé. Ils sont donc sous informés et mal formés. Malheureusement les textes ne sont pas assez explicites sur la question de leur formation et/ou information/recyclage » **(JK, membre de l'EEZS, Tanguiéta, Octobre 2013).**

La différence du degré d'appropriation des textes notée du niveau communal au niveau infra communal est liée par cet acteur au niveau d'instruction des membres des CoGeCS. En effet, la plupart des membres rencontrés sont des agriculteurs et des ménagères de niveau

³⁰Les motivations fixées aujourd'hui par les textes en terme pécuniaire sont vraiment modiques pour pouvoir réellement mettre ces membres à la tâche à cœur joie

d’instruction primaire ou au plus deuxième année du secondaire. Par ailleurs, contrairement à ce que prévoient le texte qui régit cette structure communautaire, la qualification des individus qui représentent les villages se résume localement à l’activité socioprofessionnelle exercée : retraité, cultivateur, ménagère, pasteur, etc. Non seulement ce critère de représentation n’est pas conforme aux prescriptions, mais aussi et surtout il n’indique pas la qualité, la qualification et les capacités des personnes désignées à accomplir pleinement leurs tâches. Or, le contrôle de la gestion administrative et financière des formations sanitaires périphériques exige des compétences pointues. Il ressort des données produites, qu’aucun des membres cadres des CoGeCS rencontrés sur le terrain n’a les compétences requises pour dignement assumer sa responsabilité. Cette sous formation est donc le talon d’Achille de ces structures. Ces données corroborent les analyses de certains auteurs tels que Pierre-Henri Brechat et al., qui constatent que les usagers/citoyens sont plus profanes que « professionnels », c’est-à-dire avertis et aguerris par différentes expériences, alors que la seconde posture leur aurait été plus bénéfique (Brechat P.-H. et al., 2006).

« Le système de santé que nous représentons nous impose le devoir de former ces comités sur leurs rôles et attributions en marge de leur installation. Mais, c’est beaucoup plus des séances d’informations que de formation que nous faisons. (...) Maintenant, les aptitudes qu’ils doivent avoir pour jouer ces rôles n’ont pas été définies et les textes sont restés muets par rapport à celui qui doit combler ce vide » (CH, membre du personnel de santé, Cobly, Avril 2014).

Les CoGeCS, en « tant qu’organes suprême de décision au niveau du centre de santé, doivent participer à tous les niveaux périphériques de la Zone Sanitaire à leur gestion » à travers plusieurs activités d’engagement et de cogestion. Ils sont les organes suprêmes de décision au niveau des centres de santé dont ils relèvent³¹. Cependant, si les textes sont peu clairs quant à leurs attributions, les acteurs rencontrés entretiennent un second niveau de flou par rapport à celles-ci. Peu connues, ces attributions ne sont jamais évoquées de façon univoque d’un acteur à un autre, fut-il membre du même comité.

« Sur le plan opérationnel, les textes donnent, à tous les échelons de la ZST, tous pouvoirs décisionnels au CoGeCS et au Comité de Santé. Mais, ce pouvoir ne s’étend pas à tous les paliers de la vie des centres de santé de la même manière. **Sur le plan de la gestion du personnel** : les comités quel

³¹ Art.3 Arrêté du 24 juillet 2006

que soit leur échelon d'intervention, n'ont aucun pouvoir décisionnel. Malheureusement peut-être, parce que le personnel de santé est mis à disposition par l'Etat. Mais, quoique mis en place par l'Etat, le personnel de santé est en relation avec la population à travers ces comités de gestion. Dans ces rapports, il y a souvent des déviations comportementales de part et d'autres, mais surtout de la part des agents de santé. Malheureusement, quand ces cas se présentent, ces comités n'ont aucune décision à prendre en termes de sanctions. Ils peuvent, à la limite, saisir l'autorité sanitaire par voie hiérarchique, charge à elle d'appliquer ou non une sanction. Ils peuvent exiger le départ d'un agent. Mais, c'est à leurs risques et périls, car le faisant, ils peuvent créer un trou dans l'effectif du personnel du centre. Eu égard aux problèmes de déficit criard de personnel auquel le secteur sanitaire est confronté, ils n'ont aucune garantie de voir le/les agent (s) renvoyé (s) remplacé (s). Pour ce faire, malgré les déviations des agents, les comités sont contraints de collaborer avec eux pour ne pas avoir à gérer un centre de santé sans personnel (...). **Sur le plan infrastructurel** : ils ne peuvent faire que des plaidoyers, les moyens et les normes de construction étant mis en place soit par l'Etat, soit par les PTFs. **Sur le plan de la Gestion des Médicaments Essentiels Génériques (MEG)** : ils ont tous les pouvoirs. Ce sont eux qui autorisent les achats et gèrent les flux de médicaments. Ils doivent y veiller pour éviter qu'un responsable indélicat ne commande les médicaments dans le but d'en servir aux malades à partir de sa propre source. Malheureusement, leur absence notoire dans les Centres de Santé ne leur permet pas de contrôler tout cela, ce qui laisse libre cours à l'émergence des pratiques de la Vente Illicite des Médicaments (VIM), du mauvais accueil, du rançonnement, de la surfacturation, etc., que nous déplorons tous. Au-delà de cela, ils ont tout pouvoir pour organiser des actions de sensibilisation, de mobilisation à l'endroit de la population. Ces activités rentrent parfaitement dans leurs cahiers de charge, mais malheureusement encore ils ne les mènent pas, bien qu'en vue de la notation qui donne droits à des primes de motivation, ils inventent des tenues d'Assemblée Villageoise (AV). (...) Ces constats sont vrais autant pour les COGECS que pour le Comité de Santé » (**CH, membre du personnel de santé, Tapoga, Mai 2014**).

Les CoGeCS n'ont aucun pouvoir sur le flux du personnel de santé et la réalisation des infrastructures sanitaires. Deux types de mission leur incombent selon le texte à savoir : les missions d'engagement et les missions de cogestion. En ce qui concerne les activités d'engagement, ils sont appelés à animer des séances d'Information d'Education et de Communication (IEC), de Communication pour un Changement de Comportement (CCC) en matière d'utilisation des services de santé. Il leur est demandé de diffuser toutes les informations nécessaires pour favoriser le changement des mauvais comportements au niveau des usagers des services de santé. Ils sont chargés de mobiliser, par des communications, « la communauté » et de promouvoir le « système de solidarité » contre le risque-maladie aux fins d'améliorer certains

indicateurs du centre de santé. Dans le cadre plus spécifique de la « cogestion », ils sont attendus pour leur participation aux réunions régulières sur le financement communautaire. A ce niveau, ils sont concernés entre autres, par la gestion des médicaments et des budgets des centres de santé de leur échelon (Sambiéni, 2012). Ils sont aussi attendus pour leur implication dans les activités de planification/programmation des activités des centres de santé. Toutes ces activités de cogestion attendues d'eux visent également l'amélioration des indicateurs clés des centres de santé dont ils relèvent. Or, en dépit des suivis dont ils font l'objet au cours des monitorings organisés par la ZST à l'endroit des centres de santé, des annotations³² assorties de motivations spéciales dont ils font l'objet de la part de la ZST, ils sont quasiment inactifs et passifs. En gros, les deux types de missions qui leur incombent sont très mal cernés. Cela s'explique par plusieurs raisons. D'abord, les capacités requises pour accéder aux différents postes du comité n'ont pas été explicitées dans le texte, ce qui crée un grand vide et laisse perplexes les acteurs opérationnels qui affichent leurs désirs de dynamiser ces structures. Ensuite, les membres élus bénéficient plus de séances d'informations que de réelles séances de formations et de recyclage, ce qui les plonge davantage dans la passivité et contribuent à démembrer les structures. Enfin, le terme « communautaire » par lequel sont qualifiés les représentants des villages « (...) est un terme ambigu qui cache la grande disparité des populations » (Mestre, 2003) et nivèle les divergences et les conflits qui traversent, structurent et déstructurent leurs villages de provenance. Il semble aussi une évidence que les acteurs, globalement pris dans ce concept, sont toujours placés dans une position passive. Il s'agit en général de les « amener à... » adhérer à la politique, fréquenter les centres de santé, notamment la maternité, reconnaître les signes de danger, etc. (Sambiéni, 2012) sans véritablement contribuer au contrôle administratif et financier des centres de santé dont ils relèvent. Les données relèvent également une « tricherie » dans l'organisation des

³²Ils sont suivis lors des monitorings. Ils ont des cahiers de gestion qui sont contrôlés. Indépendamment, la ZST les notes par centre et les meilleurs sont primés. On prime le premier des COGECS de la ZST, et à l'intérieur de chaque commune, les cinq premiers. Les primes sont de 50 000 f CFA, 25 000 f CFA, 15 000 f CFA, 10 000 f CFA et 5 000 f CFA.

Assemblées Villageoises. En effet, plus fictives que réelles, elles ne sont généralement signalées ou documentées que lorsque s'annoncent les périodes d'annotation en vue de l'attribution des primes de motivation. En déclarant « (...) Je pense sincèrement que sur ce coup les concepteurs des textes ont péché » (**CH, membre du personnel de santé, Coby, Avril 2014**), un acteur rencontré met en exergue la verticalité des textes, leur difficile implémentation, et donc leur contextualisation. Une analyse macro de ce pan de discours fait soupçonner que les changements annoncés lors de l'IB n'ont pas été concrètement incorporés, au pied de la lettre, selon toutes les composantes initialement fixées (Ridde V., 2004). Toutefois, quelles que soient leurs formes et les types de rôles que jouent leurs membres, Les CoGeCS sont bien présents désormais dans l'univers organisationnel des centres de santé. Leur présence impose de nouvelles démarches de gestion, de nouvelles formes de normalisation, de nouveaux standards. Aussi, met-elle en présence de nouveaux acteurs. Ce façonnement du statut « Clients-Partenaires » a engendré une reconfiguration, qui va au-delà de l'organisationnel et du structurel. Les reconfigurations induites passent aussi par de nouvelles formes de communication, qui visent à assurer aussi bien l'interactivité, que l'interopérabilité dans le but ultime d'une meilleure gestion des centres de santé et par ricochet de l'amélioration du bien-être de la population. En effet, la mise en place des CoGeCS devrait favoriser, suivant un schéma triangulaire, une circulation des ressources avec des feed back obligatoires à tous les niveaux.

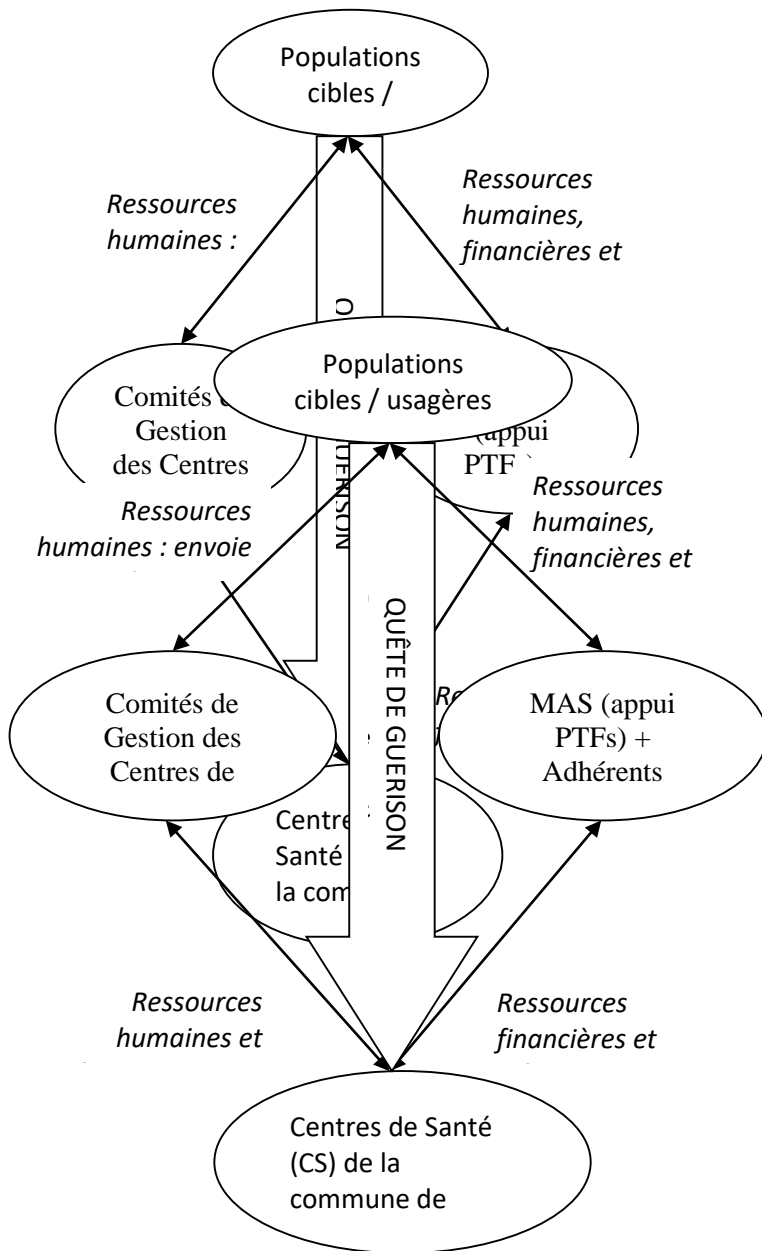


Figure 1: Circulation des ressources dans la cogestion des systèmes sanitaires locaux

Source : Auteur à partir des données de terrain

Dans l'esprit de l'IB, la population devrait financer et faire des propositions pour l'amélioration des prestations des agents de santé, voire des indicateurs sanitaires. Le financement va directement des populations vers les agents de santé. Les textes et les pratiques observées ne prévoient pas un feed back direct entre agent de santé et population, si ce n'est par le biais du CoGeCS. Ce dernier, interface entre les populations et les agents de santé, devrait relayer les constats des populations et leurs propositions d'amélioration vers les structures gestionnaires des centres de santé. Cela permet d'apporter des éléments de réponses aux préoccupations des populations de sorte à accroître positivement les indicateurs sanitaires. De même, dans leurs pratiques de gouvernance des centres de santé au quotidien, les agents de santé devraient requérir l'avis des membres cadres du CoGeCS, notamment par rapport à la gestion des Médicaments Essentiels Génériques (MEG). Aussi, devraient-ils leur recourir si des pratiques de certains « Clients-Partenaires » se révèlent être peu orthodoxes. Ce schéma simple, mais bien complexe, est difficilement opérationnalisé sur le terrain.

« En dehors de la gestion du centre de santé et de la commande et de la gestion des médicaments, le CoGeCS sensibilise les populations pour qu'elle fréquente le centre de santé. En effet, si la fréquentation des centres de santé est faible, il incombe au CoGeCS d'œuvrer à l'amélioration de cet indicateur. Il doit aider à régler les conflits entre agents de santé, et entre agents de santé et population. Mais malheureusement, cela ne se fait pas ou presque jamais. Personnellement, je crois que leurs rôles ne sont pas capitaux dans la vie des centres de santé. Car au lieu de jouer ces rôles, certains membres CoGeCS utilisent leurs fonctions à des fins politiques. Parfois ils imposent aux responsables du centre de santé les gens qu'ils doivent utiliser pour tel ou tel service à la population (les PEV par exemple). Par ce biais, ils tentent d'accroître leur popularité à des fins autres que celles pour lesquelles ils sont mandatés » (**LO, membre du conseil de village de Tapoga, Mars 2014**).

Il est clair que les activités réellement conduites par les CoGeCS sont en déphasage avec ce qu'ils devraient faire. A tous les échelons périphériques de la ZST, ils sont considérés comme des gestionnaires de médicaments et des ordonnateurs de décaissements financiers.

« (...) Aujourd'hui ils sont carrément avec nous et sous nous. Quand deux membres parmi les membres cadres s'entendent bien avec le responsable du centre tout est rose compte tenu de la connivence et vives les dérives aux mépris des droits des populations » (**JK, membre du personnel de santé, Nanagadé, Octobre 2013**).

La collaboration est toujours circonstancielle. Là où les relais communautaires sont encore en poste, on sollicite peu le CoGeCS, si ce n'est pour les raisons évoquées précédemment. Chaque acteur garde son univers symbolique. Les agents de santé ont pratiquement tout le contrôle de cette relation triangulaire. Ce sont eux qui décident de ce qui se fait ou non, de où cela se fait ou non, de quand cela se fait ou non, de qui le fait ou non, de comment cela se fait ou non, des moyens qui sont mobilisés ou qui ne le sont pas pour le faire. C'est quand ils finissent ce travail mis sous couvert de l'adjectif « technique » qu'ils requièrent l'avis consultatif des comités pour exécution.

« (...) Étant donné que les représentants des populations au sein de ces comités font trop confiance à la technicité des professionnels de santé, souvent tout ce que ces derniers proposent et exposent passe (**MO, membre du personnel de santé, Datori, Avril 2014**).

Selon les personnes rencontrées, la présence des CoGeCS n'a eu que peu d'effets sur la vie tant financière, organisationnelle que structurelle des centres de santé. Il s'est à l'occasion installée une communication non plus triangulaire³³, ou tripartite, mais symboliquement bipartite et réellement univoque. Le personnel de santé, malgré la mise en place des CoGeCS, jouit encore d'un pouvoir de décision considérable. La verticalité de la conception de la réforme et de sa mise en œuvre est certainement responsable de cette difficulté. Pour ce qui est de la participation des femmes dans la dynamique communautaire, il est clair qu'elle demeure des plus limitées³⁴. (...). Concrètement, la participation communautaire tant souhaitée et recommandée par l'IB, telle qu'elle se manifeste aujourd'hui par le biais de la relation CoGeCS-agents de santé, est plus financière que politique, quoique l'idée originelle fût, en contrepartie de leur contribution, de permettre aux populations de gérer certains aspects locaux concernant les centres de santé (Ridde V., 2004). Le Bénin dans son arrêté est même allé plus loin pour faire de ces comités les organes suprêmes de décision au niveau des centres de santé. Et pourtant, les données révèlent beaucoup plus une participation descendante et conventionnelle, factuelle et générique, plus conceptuelle que réelle qui reste atrophiée, engloutie et

³³ Agents de Santé, membres COGECS

³⁴ 04 femmes sur 21 membres COGECS dans la zone d'enquête et seulement 01 femme parmi les 09 membres cadres.

sclérosée par la sous information, la faible qualification des membres CoGeCS, l'absence de mécanisme de formation/recyclage et d'informations dans le dispositif IBéen³⁵ et par les incompréhensions, le tutorat et/ou l'indépendance factice accordée aux usagers. Elle est aussi caractérisée par la faible marge de manœuvre de la communauté³⁶, la caporalisation à des fins autres que celles prévues par le texte de ces structures tant par les membres que les autorités locales, l'hégémonie technique des agents de santé sous-tendue par un désir constant de faire de la vie des centres de santé une chasse gardée. Cette situation a conduit Emmanuel N'Koué Sambiéni (2012), à soutenir que dans la réalité, les résultats trahissent les espoirs et les attentes placés dans les comités de gestion. Cela montre que « la participation des usagers aux politiques de santé, si elle a été vivement souhaitée, s'est révélée plus complexe à décliner dans la réalité » (Brechat P.-H. et al., 2006 : 255). En sus, il serait également loisible de conclure que le nœud de réussite de l'IB qui reste et demeure la nécessaire communication entre les acteurs, est quasiment défait. Il est constaté une communication en dent de scie, plus symbolique que réelle, sans incidences évidentes sur les pratiques de gouvernance des centres de santé, sur la qualité des soins, sur l'amélioration de la relation soignants-soignés et sur l'amélioration réelle des indicateurs sanitaires.

2.2. Des associations d'usagers et de la gouvernance des Centres de Santé : Analyse synthétique

Le développement des associations de patients et l'obligation de représentation des usagers au sein des centres de santé, au nom de la nécessaire « démocratie sanitaire » ne contribue pas pour autant, dans la commune de Coby à transformer les organisations hospitalières existantes. Car, en dépit de leur existence et des missions qui règlementairement leur incombent dans la gestion des centres de santé, il est récurrent de constater dans ces derniers le non-respect des normes de bienséance, les violences verbales et physiques, notamment à l'encontre des parturientes, l'absence d'écoute et d'information du malade, la recherche de ressources personnelles, la Vente Illicite de

³⁵Mis en place dans le cadre de l'IB

³⁶Avec des sous-entendus de solidarité mécanique, homogénéité.

Médicaments (VIM), la surfacturation privée et la surfacturation bureaucratique, les détournements de facturation, l'impunité, les comportements favoritistes³⁷. Les CoGeCS censés être les garants d'une « participation communautaire », sont loin de répondre toujours à cette vocation qu'on leur a assignée, ou du moins imposée (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). En dépit de ces constats, l'usager est désormais pourvu de droits précis, consacrés par des textes récents en particulier depuis la réforme induite par l'IB. Au nom de la démocratie sanitaire, il dispose dorénavant d'espaces où faire entendre sa voix et faire valoir ses besoins. L'usager a pourtant plusieurs visages qu'il convient de dessiner et de différencier. À l'instar de Serge Vallon, on pourrait se demander si l'usager est client, consommateur, patient, citoyen... ou bien un peu tout ça à la fois ? (Vallon S., 2002). Le contexte d'étude nous a poussé à un regroupement de ces différentes figures sous la désignation « Clients-partenaires » et à analyser les conséquences de ses rapports avec les CS sur les pratiques professionnelles et la vie de ces institutions sanitaires de niveau périphérique. Pour Pierre Henri Brechat et al.,

« le mouvement de participation des usagers à la définition et à la mise en œuvre de politiques de santé semble acquise, d'autant plus qu'il fait partie d'un ensemble plus vaste de possibilités de participation (...). Cette irruption de l'usager dans la sphère de la santé peut contribuer à faire progresser la qualité des décisions en santé publique et en planification sanitaire ainsi que la qualité des prestations de prévention et de soins. Cela peut favoriser l'amélioration de l'état de santé de la population, avec une participation plus grande des usagers aux décisions et au fonctionnement global du système de santé (Brechat P.-H. et al., 2006 : 255-260).

En dépit de ces possibilités que semble offrir la participation des populations, par l'entremise des CoGeCS, à la gouvernance des centres de santé, de nombreux problèmes se sont révélés. Au-delà des dysfonctionnements, des récupérations politiques, des faibles taux de renouvellement, des modes de désignation des membres diversement appropriés, la participation factuelle et sclérosée, de la communication univoque et symbolique, les données exposées et analysées révèlent aussi que les usagers font très peu de réclamations et participent peu à la gouvernance et aux évaluations des structures sanitaires. La mesure de cette performance de la gouvernance sanitaire à laquelle les CoGeCS

³⁷Ces concepts sont utilisés dans le sens de Jaffré et Olivier de Sardan, 2003

sont censés participer ne peut se révéler pertinente pour eux que si elle est couplée à l'analyse du projet associatif, afin de permettre une prise en compte des finalités poursuivies. Or, dans le cas des CoGeCS, le projet associatif n'est pas une émanation des usagers membres. C'est un projet préexistant à leur intégration dans ces organisations. Il est défini par l'Etat et est le même pour tous les CoGeCS sur toute l'étendue du territoire national, ce qui ne serait certainement pas le cas si l'association d'usagers était l'émanation des populations elles-mêmes. Il en résulte donc un projet, des règles, des normes et des procédures autonomes, standardisés et décontextualisés et par ricochet non conjoints. C'est cet ensemble que les acteurs tentent de communautariser, mais qui, au vu des données exposées et analysées dans ce papier, résiste à cette « communautarisation forcée ».

En évoquant les figures de l'usager, Serge Vallon (2002) en distingue quatre : *la figure de l'usager récepteur*, *la figure de l'usager demandeur*, *la figure de l'usager initié* et *la figure de l'usager citoyen*. La figure de l'usager que permet de dessiner les données produites à Cobly et analysée dans ce papier est très proche de celle de « *l'usager récepteur* », c'est-à-dire de celle d'un usager consommateur de base qui vient utiliser ou bénéficier ponctuellement d'un service. Il s'agit plus d'un bénéficiaire que d'un réel usager. Il se prend comme il est et garde son contentement ou son mécontentement du service rendu pour lui. En cas d'accident ou de grève, il se transforme parfois en quelqu'un d'autre et exprime son ras le bol sur le coup. Généralement il est « aplati » au discours de l'institution et est donc un usager alibi et potiche qui cautionne sans mot dire les décisions qu'on ne lui a pas expliqué ou le discours savant qu'on ne lui traduit pas. La figure documentée à Cobly se rapproche de celle-là parce que « l'ensemble du dispositif est encore à la recherche d'une participation accrue d'un « citoyen » ou d'un « usager » (Brechat P.-H. et al., 2006 : 256) compétent, volubile, ancré dans le contexte de soin, maîtrisant les règles de jeux, les rôles et les responsabilités des uns et des autres, capable d'analyse, de recul, de retenue et d'introspection et épris de la coconstruction des co-engagement et des règles qui devraient les sous-tendre.

CONCLUSION

La décentralisation sanitaire a précédé au Bénin la décentralisation administrative ce qui impose une relecture des textes. Cependant, cette décentralisation sanitaire conduite à la faveur de l'opérationnalisation des principes de l'Initiative de Bamako, a permis la reconfiguration des espaces de soins au niveau périphérique. Deux organisations majeures ont pénétré l'espace jusque-là gardé de façon privative par les agents de santé. Il s'agit des CoGeCS et des structures mutualistes qui avaient pour vocation implicite ou explicite de contribuer à la gouvernance idoine des centres de santé en mettant continuellement la participation des populations à la base sous les feux de la rampe.

Dans cet article, nous avons tenté de questionner la place des CoGeCS dans les processus de gouvernance des centres de santé de la commune de Cibly au Nord-Ouest du Bénin. L'association d'usagers que nous avons analysée, bien que réelle et officiant dans les aires sanitaires, est jugée peu représentative et passe pour avoir une vision plus courttermiste du système sanitaire et des missions qui lui incombent. Elle relève des associations d'usagers « plafonnant » sur des terrains non maîtrisés et des ambitions égocentriques plutôt que collectivistes ou communautaires. En sus, l'analyse révèle les non conclus et les impensés de la participation communautaire à une échelle micro qui contribuent à délégitimer progressivement cette politique publique verticale et les actions qui en découlent. Cet article révèle une autre facette de ce que Valéry Ridde (2004) appelle les dérives de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Pour remédier à cet état de chose, la gouvernance des centres de santé doit être améliorée à deux niveaux. D'abord l'amélioration de la gouvernance des CoGeCS, puis ensuite celle de la structure sanitaire.

Références Bibliographiques

Bréchat P.-H., Bérard A., Magnin-Feysot C., Segouin C., Bertrand D., 2006, « Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives », Santé Publique : 2 Vol. 18, 245-262.

Fournier P., Potvin L., 1995, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », Sciences sociales et santé, Vol. 13, n°2, 39-59.

Gbénahou Hervé B. M., 2019 b, « Comprendre les faibles taux d'adhésion et de cotisation aux mutuelles de santé : exploration dans quatre communes du Bénin », *Revue Anthropologie & Santé*, Accepté pour Publication

Gbénahou Hervé B. M., 2019 a, Mécanismes de mobilisation des ressources financières face aux maladies sévères et faibles adhésions aux structures mutualistes (zou- Benin), *RIGES*, Numéro Spécial de Janvier.

Gbénahou H. B. M., 2018, « Itinéraires thérapeutiques et faible adhésion aux systèmes de micro-assurance maladie dans le Département du Zou (Bénin) », *Revue Àh5h5*, numéro spécial, pp : 124-137

Gobbers D. et Pichard E., 2000, « Organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest », *ADSP n°30*, Santé publique et pays pauvre.

Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

Mestre, C., 2003, « Recouvrement des coûts, accès aux soins et enjeux politiques à Madagascar (Toamasina) », In I. GOBATO, *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala, 109-128.

Ridde V., 2004, « Entre efficacité et équité : qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest-africaine », Département de médecine sociale et préventive, Pavillon de l'Est, Université Laval, Québec, G1K 7P4, Canada

Sambiéni N., E., 2012, « Gouverner la maternité au Benin : les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari », Thèse de doctorat, Lièges, ULg

UNICEF, 1997, « Implementing health sector reforms: a review of eight country experiences implementing in Africa », Division of Evaluation, Policy and Planning, New York.

Vallon S., 2002, « Les quatre visages de l'usager », *VST-Vie sociale et traitements* : 4 n° 76, 20-23.

Walt, G. & Gilson L., 1994, «Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis », Health Policy and Planning, 353-370.