

Bénéficiaires et interfaces à l'épreuve de la reddition des comptes dans le financement communautaire du système de santé au Bénin

Pierre Codjo MELIHO*

Résumé

Cet article réactualise le débat scientifique autour du financement et de la participation communautaire instituée par l'initiative de Bamako en 1987. Il vise à analyser la participation des bénéficiaires et des structures d'interface dans leur rôle de renforcement de la démocratie sanitaire. La recherche menée entre les échelles de la pyramide sanitaire du Bénin a identifié une vingtaine d'informateurs ciblés par la technique du choix raisonné ayant participé à des interviews semi-directives approfondies. Au regard des matériaux discutés après une analyse de contenu, les résultats présentent deux aspects : d'abord, une élucidation de la notion de bénéficiaire permettant de décrire leurs rôles et responsabilités dans l'épreuve de la reddition des comptes au Bénin, ensuite, les résultats discutent des construits sociaux autour de la disponibilité des services de santé, de la gestion de l'information sanitaire et de la satisfaction des bénéficiaires au mépris de l'attente des objectifs de développement durable (ODD).

Mots-clés

Financement communautaire, Démocratie sanitaire, Reddition des comptes, Système de santé, Bénin

Abstract

This article updates the scientific debate around the financing and community participation instituted by the Bamako Initiative in 1987. It aims to analyze the participation of beneficiaries and interface structures in their role of strengthening health democracy. Research conducted between the scales of Benin's health pyramid has identified about 20 informants targeted by the reasoned choice technique who participated in in-depth semi-structured interviews. Considering the materials discussed after a content analysis, the results have two aspects. First, an elucidation of the concept of beneficiary to describe their roles and responsibilities in the test of accountability in Benin.

*École de Gestion et d'Exploitation des Systèmes d'Élevage (EGESE),
Université Nationale d'Agriculture (UNA-Porto-Novo, Bénin), pmeliho@gmail.com

Next, the results discuss social constructs around the availability of health services, health information management and beneficiary satisfaction in defiance of the expectation of Sustainable Development Goals (SDGs).

Keywords

Community financing, Health democracy, Accountability, Health system, Bénin.

Introduction

La contribution des sciences sociales, notamment de la sociologie et de l'anthropologie dans l'analyse des expériences de la décentralisation en ce qui concerne la fourniture des services publics de base (N. Bako-Arifari et A. C. Kpatchavi, 2009), mieux des services sociaux de base dont fait partie l'hygiène et l'assainissement, l'éducation et la santé (A. C. Kpatchavi, 2010) a animé ces dernières années le débat scientifique au triple plans international, régional et national. Dans le secteur de la santé, les recherches ont pris l'envol avec les vieux débats sur la politique sanitaire en Afrique (V. Ridde, 2004 ; V. Ridde, E. Robert et B. Meessen, 2010 ; J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde, 2011). Elle repose sur la nécessité de faire participer les *acteurs non étatiques* (MFE, UE, CIEDEL, 2004) pour reprendre un concept de l'Union Européenne, autrement dit les bénéficiaires ou les mandants et leurs représentants dans leurs rôles d'interface à la gestion des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest. Cela a fait apparaître deux concepts qui centralisent ledit débat. Il s'agit du financement et de la participation communautaire à la gestion des systèmes de santé instituée par la Conférence inter-régionale initiée par l'OMS (Harare, 1987) dans la perspective de la décentralisation des services de santé (M. R. Atangana, 2009, p. 4). La conséquence immédiate qui s'ensuit semble difficile à accepter par les parties prenantes que sont les mandataires ou leurs représentants et les mandants ou leurs porte-paroles. L'exercice apparaît de ce point de vue comme une rude épreuve. On pourrait le qualifier de difficile acceptation du compte rendu, de la redevabilité mutuelle et de la reddition des comptes dans le système de santé (P. C. Mèliho, 2018).

En effet, la reddition des comptes,

C'est l'obligation des individus tenant une position de pouvoir de rendre compte de leurs actions à leurs mandants et à la société en générale, lesquels ont le devoir d'exiger des comptes. Encore appelé

"*domestic accountability*", la reddition de comptes est à la fois une obligation pour les fonctionnaires (publics, privés), les élus locaux et un droit des citoyens pris individuellement et collectivement. Il en découle que la reddition des comptes a deux composantes que sont : l'offre provenant des décideurs publics, la demande provenant du citoyen ou de toute organisation de la société civile » (République du Bénin, Ambassade des Pays bas, SNV, VNG INTERNATIONAL, 2011, p. 8).

En réalité, la reddition des comptes dans le secteur de la santé fait partie des nouvelles orientations de gestion politique des affaires publiques suscitée par la mal gouvernance constatée dans les années 80 en Afrique Subsaharienne. Elle fait partie des priorités de gouvernance reposées sur la gestion axée sur les résultats vers la fin du XXème et au début du XXIème siècle. Dans le secteur de la santé, ce revirement du débat sur la gestion du bien public, fait suite à la référence à la participation et au financement communautaire des suites de l'initiative de Bamako (1987) qui vise à relancer les conclusions issues de la conférence d'Alma Ata (1977). Cette dernière avait recommandé les soins de santé primaire pour tous dont la lettre motive promeut « la santé pour tous en l'an 2000 » avec la participation de tous. C'est bien une meilleure méthode pour essouffler une nouvelle dynamique aux politiques et systèmes de santé (L. Gilson -dir.-, 2013).

Ainsi, il a été institué la décentralisation des services de santé pour une expérience de *démocratie sanitaire* (D. Kérouédan et P. Dauby, 2004, p. 610) dans le secteur de la santé. Ceci vise l'avancée démocratique par la promotion de la bonne gouvernance à travers les réformes pro-responsabilisation dont la responsabilisation sociale (J. M. Ackerman, 2005) des mandants et des mandataires est un des quatre piliers essentiels. Dans cette perspective, l'initiative de Bamako (1987), une politique de *relance des soins de santé primaire* (V. Ridde, 2004, p. 184), institue l'organisation des « acteurs non professionnels du secteur de la santé (usagers, comités et associations) » à participer à « la gestion des services de soins » (D. Kérouédan et P. Dauby, 2004, p. 609) au prix de la reddition des comptes par l'entremise de la bonne gouvernance.

1. Matériel et méthode

Cette recherche menée à travers les échelles de la pyramide sanitaire du Bénin (central, intermédiaire, périphérique) repose sur une démarche ayant sollicité

la sociologie qualitative pour analyser la contribution des bénéficiaires et de leurs représentants dans l'amélioration de la fourniture des services de santé en réponse à la promotion de la décentralisation et de la démocratie sanitaire. Sur cette base, la recherche a recouru à la réalisation des entretiens libres et semi-directifs réalisés pendant la période de mai à juin 2015 auprès d'une vingtaine d'informateurs clés identifiés par la technique du choix raisonné. Précisons que les informateurs sont composés, entre autres, des agents de santé, des usagers et non usagers des services de santé, des membres des comités de gestion de centre de santé, des élus locaux, etc. identifiés à travers les zones sanitaires (niveau périphérique) Savalou-Bantè, Natitingou-Boukoubé-Toucoutouna, Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè, Abomey-Calavi-Sô-Ava, Allada-Toffo-Zè, intermédiaire (direction départementale de la santé) et central (ministère de la santé). Les entretiens ont tourné autour de la satisfaction des usagers des services de santé et de leur participation à l'obligation de compte rendu de la part des prestataires et des fonctionnaires des services publics de santé intervenant dans l'offre. Les matériaux bruts recueillis ayant meublé les résultats présentés ci-dessous après transcription et/ou traduction ont été systématisés en vue d'une analyse de contenu.

2. Résultats

2.1. Gestion de l'information sanitaire et responsabilisation sociale des acteurs autour de la reddition des comptes dans le financement communautaire du secteur santé au Bénin

2.1.1. Sur la notion de bénéficiaire

La notion de bénéficiaire est assez vague. Il importe de l'expliquer selon la perception des interlocuteurs pour l'arrimer avec l'esprit du débat. « Qui sont les bénéficiaires des politiques, programmes et projets dans le secteur de la santé ? », telle est la question qui sous-tend notre préoccupation. Pour les personnes interrogées, « normalement tout le monde est bénéficiaire ; mais sur le terrain, c'est celui qui a quelqu'un, je veux dire une connaissance parmi les agents de la santé » (Entretien 18, 12 juin 2015). Une autre réponse insiste sur le caractère « tout le monde ». « Toute la population située dans la zone sanitaire du centre de santé est bénéficiaire des programmes et politiques dans le secteur de la santé » (Entretien 10, 26 mai 2015). Mieux, « ce sont ceux que l'état a considéré dans chaque projet ou programme. Il peut dire que pour la

vaccination, considérer les personnes de tel âge dans telle cible pour telle durée avec tel moyen » (Entretien 25, 29 mai 2015). Ainsi, « les bénéficiaires ne sont que la population environnante, elle participe à l'identification des besoins, car avant tout il a été fait une étude entomologique par des jeunes qui sont passés dans les maisons pour recenser les maladies » (Entretien 08, 27 mai 2015).

Sous un autre angle, d'autres interlocuteurs indiquent que,

Les bénéficiaires sont représentés par les membres du Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS). Ces derniers sont impliqués dans les sensibilisations et les monitorings semestriels. Ils interviennent pour les inventaires qui se font dans les centres de santé ; de la même manière ils sont impliqués pour assurer la couverture vaccinale (Entretien 5, 28 mai 2015).

Ces propos restituent quatre niveaux d'indicateurs relatifs à la notion de bénéficiaires. D'abord, il a été évoqué l'aspect relationnel reposant sur la capacité de chacun de nouer, de construire et d'appartenir à un réseau de relation fort constituant un ciment qui lie les prestataires de soins et les usagers de leurs services. Ensuite, il y a les cibles directes et indirectes bénéficiant de l'intervention à travers le projet ou le programme de santé tel qu'initié dès sa conception jusqu'à sa mise en œuvre. Aussi, faut-il appartenir à une aire géographique dont la zone sanitaire est la référence de base dans la pyramide sanitaire (central, départemental ou intermédiaire, périphérique) du Bénin. Enfin, les bénéficiaires sont élargis à leurs représentants que sont les membres des comités de gestion assurant un rôle d'*organe indépendant de responsabilisation (OIR)* (J. M. Ackerman, 2005), mieux de mécanisme d'interpellation des mandants ou d'interface entre la demande et l'offre des services de santé. Ce bref éclairage de la notion de bénéficiaire introduit la nécessité d'explorer leurs rôles et responsabilités dans le processus de la reddition des comptes dans le secteur de la santé au Bénin.

2.1.2. Rôles et responsabilités des bénéficiaires dans l'exercice de la reddition des comptes

Les bénéficiaires font bel et bien partie intégrante des acteurs du système de santé pour jouer un rôle de demandeurs des services d'une part et de contrôle des prestations des agents d'autre part. Ils se trouvent à toutes les échelles de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire, périphérique) du Bénin. Leur

implication dans le processus de redevabilité¹ et de la reddition des comptes présente plusieurs facettes. Dans un premier temps, un interlocuteur indique une participation représentée à trois niveaux.

1^{er} niveau d'implication

Les membres COGECS qui représentent la communauté sont impliqués dans la vérification des données sanitaires par leur participation aux différentes réunions. Ils sont aussi impliqués dans l'approvisionnement des médicaments et ils ont aussi un regard pointu sur les prestations des agents de santé au bénéfice des populations (entretien 12, 26 mai 2015).

2^{ème} niveau d'implication

Les cellules de participation citoyenne (CPC) de l'ONG ALCRER² font la collecte des données au niveau des différents centres de santé où elles existent (entretien 12, 26 mai 2015).

3^{ème} niveau d'implication

Les cellules du Mécanisme Africain d'Evaluation par les Pairs (MAEP) dans leurs rapports font l'évaluation chaque année (Entretien 12, 26 mai 2015).

Ces différents niveaux de participation évoqués dans les entretiens mettent en exergue trois organes indépendants de responsabilisation selon les termes de J. M. Ackerman (2005) et des mécanismes d'interpellation des autorités (République du Bénin, Ambassade Royale des Pays-Bas, SNV, VNG INTERNATIONAL, 2011) pour jouer des rôles complémentaires. Mais ils émanent de divers horizons. Le premier, nommé Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS), un mécanisme formel d'interpellation des autorités (République du Bénin, Ambassade Royale des Pays-Bas, SNV,

¹ La redevabilité est un principe de la bonne gouvernance qui contribue à la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats (GAR). Cette dernière est efficace grâce à un processus s'inscrivant dans une approche programmatique des politiques, programmes et projets de développement de façon concertée (E. Gainsi et P. C. Mèliho, 2015, p. 11).

² Organisation Non Gouvernementale Association de Lutte Contre le Racisme, l'Ethnocentrisme et le Régionalisme.

VNG INTERNATIONAL, 2011, p. 21) est né en Afrique subsaharienne au lendemain de la conférence d'Alma Ata (1978) dont les recommandations ont été relancées à l'initiative de Bamako en 1987. C'est dire que la mise en place des COGECS est suscitée par les réformes des politiques de santé en Afrique pour accompagner la coproduction et la cogestion des systèmes de santé sur les territoires considérés. C'est bien le début de la « participation de la communauté au développement des services afin d'encourager l'autoresponsabilité et diminuer la dépendance en ce qui concerne le fonctionnement des zones sanitaires, ceux-ci étant régis par les principes relatifs à l'objectif de Santé pour tous, définis lors de la Conférence d'Alma Ata en 1978 » (Ch. S. A. Mbengue, A. Tingbé-Azalou, P. Omyale, 2000, p. 7).

Le Bénin s'y est très tôt conformé en instituant les COGECS sur toute l'étendue du territoire nationale par la restructuration de sa pyramide sanitaire d'où émanent les zones sanitaires appelées ailleurs les districts de santé. Le second, dénommé Cellule de Participation Citoyenne (CPC), est une initiative prônée par la société civile pour renforcer le contrôle citoyen de l'action publique (CCAP) dans tous les sous-secteurs dont celui de la santé. Le troisième est connu sous la dénomination de cellule du Mécanisme Africain d'Evaluation par les Pairs (MAEP). Cet espace d'échange est une initiative à l'échelle régionale dans le cadre du nouveau partenariat pour le développement en Afrique (NEPAD) dont fait partie le Bénin. Elle vient renforcer à la périphérie les autres organes indépendants de responsabilisation pour exercer un rôle de contre-pouvoir par les semblables dans la gestion des affaires publiques, notamment la santé.

Cette première réplique ouvre la voie aux réponses à la question « comment les bénéficiaires sont-ils impliqués dans la définition des indicateurs traceurs ? » Une première réponse est restée trop générale en précisant « à travers des diagnostics participatifs qui s'organisent » (Entretien 30, 15 juin 2015). Une version des prestataires réoriente les réponses à cette question. « C'est nous qui définissons les indicateurs. Ils ne sont pas impliqués outre mesure. Quelquefois, ils sont invités aux ateliers de validation » (Entretien 17, 27 mai 2015). « Si nous allons dire que les bénéficiaires sont impliqués, c'est peut-être indirectement, juste à partir de leurs données que nous prenons quand ils viennent à nous » (Entretien 20, 27 mai 2015). À la lecture de ces réponses, il en résulte une participation indirecte mais à la fois régulière et irrégulière des bénéficiaires. Cela se fait par l'entremise des organes indépendants de responsabilisation dont les représentants ici sont les

membres COGECS, Comités de Santé (COSA) et les acteurs de la demande des services de santé.

En effet, dans l'exercice de la participation communautaire recommandée par les enjeux globaux autour de la santé, la décentralisation de la participation de toutes les couches de la société pose parfois de problème inattendu comme l'exprime un enseignant : « La fois dernière, on nous a associé à la distribution des comprimés dans nos établissements et la formation a duré 30 mn. La mise en œuvre a créé des soulèvements contre nous dans le village à cause de manque d'informations » (Entretien 29, 27 mai 2015). Ces propos laissent apparaître des sentiments de révolte de la part des bénéficiaires (directs et indirects) d'une intervention influencée par une sous information entre les sphères de décisions du niveau central à la périphérie en passant par le niveau intermédiaire. Un autre aspect évoqué, c'est que les prestataires ne favorisent pas une bonne participation des représentants de la population. Les prestataires disent avoir étudié pendant sept ans et ne peuvent se faire contrôler par les membres COGECS dont certains ne sont même pas allés à l'école du *Blanc*. Cette situation fait que « l'hôpital est comme un pays dans le Bénin où tout le monde est étranger » (Entretien 20, 27 mai 2015).

Au regard de cette description, on observe que la participation des bénéficiaires prolonge les anciennes pratiques de démocratie sanitaire dont répondent les structures d'interface (COGECS, COSA) sans que « les citoyens ne disposent d'aucune autorité concrète » (J. M. Ackerman, 2005, p. 7) pour contrôler et demander de compte rendu aux prestataires des services de santé. Les bénéficiaires sont donc dans un rôle de *participation représentée et indirecte* influencé par leurs opinions sur la disponibilité des services et leur satisfaction.

2.2. Construits sociaux autour de la disponibilité des services de santé et de la satisfaction des bénéficiaires

L'analyse de l'offre en interaction avec la demande des services sociaux de base (A. C. Kpatchavi, 2010), mieux des services élémentaires³ (S. Botton, 2006) dont fait partie la santé recourt à trois concepts essentiels : disponibilité, continuité et qualité (N. Bako-Arifari et A. C. Kpatchavi, 2009 & A. C. Kpatchavi, 2010). La réflexion entamée ici part de la question initialement

³ L'eau, la santé, l'assainissement, l'éducation, l'électricité sont les cinq services publics élémentaires retenus au sommet mondial sur le développement durable tenu à Johannesburg (Afrique du sud) en 2002.

posée : « quelle est votre opinion sur la disponibilité des services de santé au Bénin ? » Une première réponse est restituée en encadré ci-dessous.

Encadré 1 : disponibilité des services de santé au dépend des services connexes

Pour certains services de santé, il n'existe pas de documents évoquant la répartition judicieuse de certains corps professionnels. Je pouvais les appeler des structures *quasi* anonymes. Ce sont d'abord les officines de pharmacie, ce sont ensuite les structures d'exploration diagnostique (laboratoire d'analyse biomédicale, radiologie, structures de kinésithérapie). Ces structures-là, les documents retrouvés souvent en parlent très peu. Or, il s'agit de structures qui interfèrent sur les résultats que produisent les autres dont il est fait mention. Moi, je suis médecin, j'ai besoin de quelques résultats biologiques pour pouvoir infirmer / confirmer l'étiologie définitive. Et si je ne parle pas de ces structures pour avoir les résultats de diagnostic, je ne parle pas suffisamment de mes résultats. J'ai fini de faire mon diagnostic et je propose une ordonnance, c'est le pharmacien qui offre les médicaments. Or on ne parle jamais de *ratio* de pharmacien, de laborantin, même au niveau de l'OMS. Après cela, il y a les centres de santé ou cabinets, cliniques, hôpitaux privés.

Dans la pratique, dès qu'une structure prend la dénomination d'hôpital, sa disponibilité logiquement est de 24 h sur 24, 365 jours sur 365. Il n'y a pas d'heures de fourniture du service de santé à l'Hôpital Saint Jean, Saint Luc, au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), etc. Tout est fait pour que le personnel fasse une rotation et administre les soins. C'est plus bas à la périphérie qu'il y a d'heures sans services.

Source : données d'enquête, entretien 32, 29 mai 2015

Les propos relatés ci-dessus posent un problème essentiel qui ne fait pas trop partie du débat sur la disponibilité des services de santé, le plus souvent. Il s'agit bien de l'offre de médicaments et des services de diagnostic (imagerie médicale, échographie, laboratoire, etc.). Un informateur du niveau central proche des unités de décisions relatives à ces services répond à la préoccupation de l'encadré. Il est relancé par la question suivante : dans un entretien précédent, il a été noté qu'on parle souvent d'un nombre de médecins pour tel nombre d'habitants, mais pour les pharmaciens et les explorations diagnostiques rien ne se dit ou rien ne se fait ?

La réalité, c'est que les gens ne s'occupent pas des pharmaciens. Selon l'OMS, pour 10 000 habitants⁴, il faut un pharmacien. Au Bénin, on n'a pas encore atteint ça. C'est que les gens n'exploitent pas tellement ça. Les taux sont définis par l'OMS en tenant compte des pays européens. 10 000 habitants en France ont un pouvoir d'achat bien fort. Mais ici, à 10 000 habitants, ce n'est pas la même chose. Ça dépend du pouvoir d'achat de la population (Entretien 38, 17 juin 2015).

Ce discours confirme bien le libre accès aux médicaments dont le marché informel est l'officine le plus agréé en contexte global. Puisque l'incapacité de paiement des médicaments par les usagers efface l'offre officielle de ces produits par la pharmacie.

Venons-en maintenant aux services de santé courant pour questionner leur disponibilité, continuité et qualité. La porte d'entrée, est la question suivante : êtes-vous satisfait des services fournis en matière de santé ? Au regard des réponses données par les personnes interviewées dans les zones sanitaires de l'enquête, les services ne sont ni disponibles, ni accessibles à la population, et par surcroît, les agents font ce qu'ils veulent, surtout les femmes. Même l'accueil est bâclé car les agents injurient les populations comme le confirme un informateur : « Il y a 3 semaines environ, on m'a crié dessus à cause de mon enfant qui a eu une crise que je ne comprenais pas » (Entretien 29, 27 mai 2015). À un autre niveau de la restitution des résultats de terrain, il a été constaté que les services sont disponibles selon les moyens mis à la disposition des agents de santé pour travailler. Cela traduit bien l'équation difficile entre un plateau technique suffisant, un personnel qualifié et des locaux adaptés.

Ces opinions recueillies sur la disponibilité et la satisfaction des services fournis interpellent toutes les parties prenantes de l'offre, notamment les prestataires dans l'action et les décideurs dans la conception des normes et politiques qui encadrent les décisions. Les propos laissent assez de non-dits qui alimentent les incompréhensions que beaucoup d'interlocuteurs ont tendance à qualifier d'incompétence des prestataires de santé. À cet ensemble de problèmes uniforme dans le secteur de santé au Bénin, s'ajoute l'humeur des agents entre l'espace et le temps. Loin de donner raison à un acteur, la faute incombe à l'État central (encadré 2).

⁴ Selon les normes de l'OMS, il faut 25 agents qualifiés (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 10 000 habitants. En 2011, le Bénin dispose de 6,7 agents qualifiés pour 10 000 habitants. Ce qui indique que la situation des ressources humaines est encore loin de la norme recommandée (MS, 2012 : 40).

Encadré 2 : plainte sur mauvais accueil et incompétence

Nous bénéficiaires, attendons l'accueil qui est important. Il y a aussi la compétence. Si par hasard, le major ou la sage-femme n'est pas au poste, on ne peut parler de satisfaction que ce soit l'accueil ou la compétence. Chacun de nous a son tempérament qui dépend de l'humeur du jour. Tous les agents de santé ne sont pas accueillants et cela désole. La compétence, je ne peux pas douter de la compétence des agents de santé. Certains sont compétents et d'autres ne le sont pas. Il y a des cas isolés de mauvais accueil et d'incompétence qu'il ne faut pas négliger.

Les populations de Perma se plaignent contre le major qui est là, et elles vont dans les centres de santé des arrondissements de Tchoumitchoumi et dans d'autres. C'est ce que j'ai appris. Je ne sais pas si c'est vrai. Mais le médecin coordonnateur de la zone est informé et il paraît qu'il y a une séance à ce propos.

Source : données d'enquête, entretien 4, 28 mai 2015

Une brève analyse de ces propos laisse observer que les opinions des parties prenantes de l'enquête revisitent les vieux débats sur l'accueil, l'accessibilité financière et la qualité des services de santé. C'est dire que ces problèmes résistent à toutes les réflexions scientifiques et initiatives d'intervention et sont devenus intergénérationnels. À en croire certaine perception, ce qui les renforce c'est la mauvaise et la sous information.

2.3. Réciprocité du fonctionnement du sous-système d'information sanitaire du niveau central à la zone sanitaire

À l'antipode du sous-système d'information à assise communautaire, on retrouve des outils de collecte de données pour évaluer périodiquement les projets-programmes (MS, 2012, p. 27). En effet, on entend ici par le sous-système d'information communautaire, le mode de circulation de tous les messages susceptibles de favoriser une meilleure redevabilité entre les sphères de la pyramide sanitaire du Bénin. De façon classique, ce système fonctionne à quatre niveaux, confie l'interlocuteur ci-dessous :

Il y a 4 étapes : ça part de l'Équipe d'encadrement de la zone sanitaire (EEZS). Ensuite, ça vient au niveau du Comité de santé

(COSA); puis au COGEA⁵ ou COGECS et prend fin dans la communauté. De la communauté, ça peut prendre par les COGEA ou COGECS ou ça peut directement aller vers l'équipe d'encadrement (entretien 2, 26 mai 2015).

C'est dire que les structures d'interface, les mécanismes d'interpellation ou les organes indépendants de responsabilisation appelés au Bénin COSA, COGECS, COGEA assument bien leur rôle de cogestion dans la fourniture des soins de santé primaires. Ainsi :

Le sous-système d'information communautaire que sont les COGECS, constituent un pont entre les bénéficiaires et les prestataires. Donc, si nous avons des informations à passer à la population, c'est à travers leur canal. De la même manière, pour que des informations nous parviennent du côté des bénéficiaires sur la qualité des services fournis, c'est aussi par eux (entretien 09, 28 mai 2015).

Au regard de ces propos, il résulte que les citoyens sont désignés pour cogérer les centres de santé et grâce à eux, les informations descendent au niveau de la population et remontent vers les autorités. Les centres de santé ne sont plus gérés uniquement par les professionnels de la santé. Cela est vrai, puisque :

Dans le secteur de la santé, les mécanismes formels sont les COGECS qui ont l'obligation de comptes rendus en assemblée générale, les concertations périodiques entre médecins chefs de la commune et le Maire, l'invitation de la Mairie à certaines réunions concernant les questions de santé et enfin les rencontres entre le Maire, le médecin chef et les membres COGECS (République du Bénin, Ambassade Royale des Pays-Bas, SNV, VNG INTERNATIONAL, 2011, p. 21).

Ainsi, les paysans sont associés et ont un œil sur ce qui est fait. En conséquence, la gestion de l'information est finement définie au regard des orientations qui sous-tendent le fonctionnement de la pyramide sanitaire du Bénin sur le plan de la cogestion. Ceci est fondé sur la base de la participation

⁵ Comité de Gestion de centre de santé d'Arrondissement. Dans l'ordre, les structures d'interface sont représentées au niveau de la zone sanitaire par le Comité de Santé (COSA), au niveau du centre de santé de la Commune par le Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS) et au niveau des centres de santé d'arrondissement par le COGEA.

communautaire. Cependant, cette disposition n'empêche pas les parties prenantes de recourir à un circuit d'information le plus accessible et disponible dans l'environnement immédiat : crieur public, radio communautaire, relais communautaire. Comme l'exprime un informateur, « les relais communautaires sont aussi utilisés pour faire passer des messages à la communauté » (entretien 09, 28 mai 2015). Dans cette perspective, on recourt à différents niveaux de mandants dont font partie les élus locaux et les communaux, d'une part, puis la société civile est sollicitée outre mesure, d'autre part. Aussi, à partir d'une redevabilité descendante « les recommandations partent du ministère, et chaque acteur, à son niveau, est responsabilisé pour sa diffusion jusqu'au plus bas niveau » (entretien 17, 27 mai 2015). Pour preuve, « aujourd'hui nous sommes à la vaccination des nouveaux nés. Cette date nous avait déjà été communiquée et comme vous le constatez l'ambiance est très bonne » (entretien 11, 27 mai 2015).

À la suite d'une récapitulation des mécanismes d'information sanitaire à la communauté et vis-versa il importe de retenir : les mécanismes traditionnels (circuit interpersonnel, crieur public, causerie débat et réseaux sociaux) ; les mécanismes modernes : médias, technologie de l'information et de la communication (TIC) ; les structures d'interface : COSA, COGECS, COGEA, relais communautaire dans certaine mesure). Ainsi, le réseau de cogestion résultant des réformes des politiques publiques relatives au secteur de la santé sont plus efficace dans la gestion de l'information que le contrôle du financement communautaire. Les mécanismes de circulation de l'information communautaire ainsi décrits débouchent sur la discussion des pratiques de redevabilité et de reddition des comptes dans le secteur santé au Bénin.

3. Discussion : reddition des comptes entre participation entr'ouverte et traîne du pouvoir des bénéficiaires et des mécanismes d'interpellation

L'exercice du droit d'exiger des comptes en tant que mandataires et usagers des services publics et à l'exercice du devoir de rendre compte en tant que mandants (A. C. Kpatchavi, 2013, p. 1) nécessite « une approche basée sur la communauté, comme un moyen de travailler en partenariat avec les personnes concernées à toutes les étapes [...] » (Médecins Sans Frontières, 2016, p. 4) pour les impliquer, les concerter et leur faire approprier les initiatives, notamment dans le secteur de la santé. La présente réflexion sur la *participation des populations au développement local* (E. Dossou Edoun,

2009), en d'autres termes la participation communautaire des bénéficiaires et de leurs représentants à la reddition des comptes met en débat la problématique de l'expression de la demande du contrôle citoyen (A. C. Kpatchavi, 2010, p. 169) dans le secteur de la santé.

En effet, « la cogestion, une forme d'institutionnalisation de la participation communautaire est un principe de la stratégie des soins de santé primaires réduit au recouvrement des coûts et faisant de la communauté le fondement même du système du financement » (Ch. S. A. Mbengue, A. Tingbé-Azalou, P. Omyale, 2000, p. 8) de la santé en Afrique. Dans cette logique, cet exercice prend le caractère d'une épreuve difficile pour les parties prenantes. Le fait le justifiant est que les professionnels de la santé considèrent ce domaine comme très technique et les bénéficiaires, qui pour la plupart, ne sont pas allés à l'école du *Blanc* ne peuvent pas par conséquent contrôler la gestion. C'est dire que « [...] le comité de gestion de santé doit vérifier la transparence dans la gestion financière, matérielle et du personnel ; mais il ne contrôle pas le service technique que le prestataire donne aux populations » (A. C. Kpatchavi, 2010, p. 160).

Ainsi à travers une rupture de *l'hospitalo-centrisme des systèmes de santé* (V. Ridde, 2011 p. 1) fondée sur la responsabilisation des bénéficiaires pour assurer l'autofinancement communautaire, il a été suggéré une synergie de cogestion faisant recours à la participation communautaire. Dans la pratique, les bénéficiaires participent à la cogestion à travers les membres COGECS. Ces derniers jouent un rôle d'interface entre les usagers et les prestataires. De ce fait, ils se rapprochent du personnel de santé pour s'enquérir des difficultés, puis des populations pour recueillir les problèmes récurrents liés à un meilleur accès aux services de santé (fréquentation, qualité des prestations, etc.). Cette réflexion est corroborée par une contribution récente dont les résultats démontrent que les bonnes pratiques des comités de gestion se résument à la réception des médicaments et leur conditionnement, le recouvrement, la planification des activités, l'enregistrement des plaintes, notamment sur la gestion financière (A. M C. M Aïna, 2014, p. 7).

En conséquence, l'arrimage du rôle des comités de gestion avec le contrôle de la satisfaction des bénéficiaires et la prestation des services de santé met en exergue différents niveaux de relation : relation cordiale, conflictuelle et de présence-absence soutenue par une faible participation, voire une participation sous représentée des bénéficiaires dans l'arène des systèmes de santé au Bénin. Une réflexion récente justifie ces points de vue et prouve que dans la gouvernance sanitaire au Bénin, la redevabilité est traduite

par une participation symbolique et passive des OSC tandis qu'elle est réduite à une co-production des services de santé aux communautés par les élus locaux et communaux (P. C. Mêliho, 2018, p. 182). En réalité, le débat sur le contrôle citoyen de l'action publique et la reddition des comptes prend un caractère clientéliste (A. C. Kpatchavi, 2010) qui émousse la satisfaction des bénéficiaires et ternit l'image réelle de la promotion de l'équité et de la réduction des inégalités sociales dans le système de santé au Bénin. Pour cette raison, la participation de la communauté au secteur santé reste entr'ouverte avec un exercice de pouvoir à la traîne de la part des bénéficiaires et de leurs représentants sous le joug de l'épreuve de la reddition des comptes.

Conclusion

Cette recherche a fait une description analytique de l'expérience de la participation des bénéficiaires et de leurs représentants que sont les structures d'interface (COSA, COGECS, COGEA, relais communautaires) dans la mise en œuvre de la démocratie sanitaire en Afrique en général et au Bénin en particulier. Elle décrypte les dessous des pratiques de reddition des comptes dans le système sanitaire au Bénin. Conduite à partir d'une démarche qualitative empruntée aux sciences sociales, la recherche a confronté les initiatives et les expériences de plusieurs points de vue en articulation avec la participation des mandants et de leurs mandataires.

Les résultats montrent que les bénéficiaires sont représentés par leur porte-voix que sont les structures d'interface ou les mécanismes d'interpellation des autorités (COSA, COGECS, COGEA) dans le cadre de l'apprentissage de la démocratie sanitaire instituée depuis Alma Ata (1978), mais qui n'ont *jamais grandi*. On identifie de ce fait une redevabilité indirecte, représentée et renforcée par les gènes du clientélisme sans consentement des clients, usagers et patients. Les pratiques identifiées sont renforcées par les textes régissant les COGECS, COSA et recèlent deux grandes ambiguïtés incompatibles avec la redevabilité. D'une part, « les organes suprêmes de décision des formations sanitaires ou équipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZS) et donc une sorte de « conseils d'administration ». D'autre part, les COGECS et COSA sont mis en place et formés sous le leadership de ceux qu'ils doivent contrôler et pour qui ils doivent décider. En définitive, ce sont les acteurs à contrôler qui détiennent le monopole de la décision justifiant ainsi une redevabilité verticale, horizontale, vers le bas, vers le haut, interne, etc. entre les sphères de la pyramide sanitaire du Bénin. Ce qui renforce une participation entr'ouverte

en rapport avec un exercice de pourvoir à la traîne de la part des bénéficiaires et de leurs représentants à l'épreuve de la reddition des comptes.

Références bibliographiques

- ACKERMAN John M., 2005, *Responsabilisation sociale dans le secteur public Réflexion conceptuelle*, World Bank, Participation and civic engagement, Publication N° 82, 42 p.
- AÏNA André M. C. M., 2014, *La gestion participative à l'épreuve de la redevabilité : regard anthropologique sur le rôle d'interface des comités de gestion dans les centres de santé de Djanglanmey et de Sazué*, Mémoire de maîtrise, FLASH / UAC.
- ATANGANA M. Raymond, 2009, *L'organisation du district de santé*, Communication présentée par Edengue E. Jean Marie à la Délégation Régionale de la santé Publique du Centre, fichier créé le 19 08 2009 et modifié le 10 01 2012.
- BAKO-ARIFARI Nassirou, KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2009. *Décentralisation et fourniture de services publics dans la commune lacustre des Aguégus (Sud-Bénin)*. Cotonou : Les éditions du Flamboyant.
- BOTTON Sarah, 2006, *L'accès à l'eau et à l'électricité dans les pays en développement Comment penser la demande ?* Paris : IDDR/ IDEES N°09.
- DOSSOU EDOUN Eliane, 2009, *Participation des populations au développement local dans la Commune de Pobè : niveaux et déterminants*, Mémoire de DEA (dir. NOUHOUAYI Albert), UAC/FLASH/EDP-ECD, 2008-2009.
- GILSON Lucy (dir.), 2013, *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé Manuel de méthodologie*, OMS.
- GAINSI Epiphane, MELIHO Pierre Codjo, 2015, *Diagnostic participatif sur la pratique de la redevabilité, la participation de la société civile dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de santé au Bénin*, HPAF, Oxfam.
- KEROUEDAN Dominique, Dauby Patrick, 2004, « Questions autour de la démocratie sanitaire en Afrique », in *Med Trop*, n°64, p. 609-612.
- KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2013, *Décentralisation et contrôle citoyen de l'action publique au Bénin : leçons et défis pour la promotion de la*

gouvernance dans les services publics au cours du prochain cinquantenaire, en ligne, consulté le 17 juin 2018.

KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2010, *Décentralisation, reddition des comptes et services sociaux de base : expériences des communes de Ouinhi, Dogbo et Sinendé*. Cotonou : Editions Ablodé.

MBENGUE Cheikh S. A., TINGBE - AZALOU Albert, OMYALE Pascal, 2000, *Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin, Rapport technique N° 52*, Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES, 2016, *Impliquer les Communautés Document d'orientation pour une meilleure approche et coopération avec les communautés*, Vienna Evaluation Unit.

MELIHO Pierre Codjo, 2018, « Regard sociologique de la recevabilité mutuelle par la société civile et les élus dans la gouvernance sanitaire au Bénin », *Les Cahiers de l'ACAREF*, Vol. 1 Numéro 1, p. 43-59..

MFE / UE / CIEDEL, 2004, *Etat des lieux de la situation de la société civile au Bénin et orientation pour le renforcement de ses capacités*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2012, *Plan national de développement sanitaire Plan de suivi, évaluation et revue Cadre pays de redevabilité*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2012, *Table ronde d'ouverture- accélérer les progrès, pérenniser les résultats : dans quels domaines intensifier l'action mondiale ?* Safari Park Hôtel, 12 au 15 décembre 2012, 19 diapositives.

OLIVIER de SARDAN Jean Pierre, RIDDE Valéry, 2011, *Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger), Etudes et travaux*, (LASDEL), N° 89.

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, AMBASSADE ROYALE DES PAYS-BAS, SNV, VNG INTERNATIONAL, 2011, *Guide d'exercice de reddition de comptes au niveau communal*.

RIDDE Valéry, 2011, « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 201 | 2011, mis en ligne le 05 mai 2013, consulté le 23 avril 2018. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/16603> ; DOI : 10.4000/etudesafricaines.16603.

RIDDE Valéry, 2004, *L'initiative de Bamako 15 ans après Un agenda inachevé*, Health.

RIDDE Valéry, ROBERT Emilie et MEESEN Bruno, 2010, *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*, World Health Report (2010) Background Paper.

SMITH Alex, 2008, « L'obligation de rendre compte des administrateurs des comptes devant les comités parlementaires ». *Bibliothèque du parlement*.