



Master 2 de Santé Publique  
Gestion des Institutions et des services de santé  
Année Universitaire 2011 – 2012

## MEMOIRE PROFESSIONNEL

# Collaboration « Nord-Sud » et Qualité de la prise en charge en milieu rural

Exemple d'une ONG française à taille humaine : PHANS



**BRUNE Veronica**

Tuteur universitaire : Docteur ESTECAHANDY Pascale

Tuteur professionnel : Docteur CHAGUE Frédéric

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Le docteur Frédéric CHAGUE, président de l'ONG PHANS (Projet Humanitaire Afrique Nord Sud), pour les responsabilités qu'il m'a confiées, pour l'aide qu'il m'a apportée et la confiance qu'il m'a accordée.

Le docteur Pascale ESTECAHANDY, praticien hospitalier au CHD de Toulouse pour sa disponibilité et ses conseils prodigués tout au long du stage

Les Sœurs BULACIO Lelia, BONANZEA Maria José, GUALTIERI Noelia, membres de la congrégation « Esclavas del Corazon de Jesus », partenaires locales de l'ONG PHANS à Parakou, Bénin, pour leur soutien, leurs conseils et leur enseignement sur le Bénin.

Les Sœurs BIO SEKO Félicité, FITILA Lucie, membres de la congrégation « Oblates Catéchistes Petites Servantes des Pauvres » et partenaires locales de l'ONG PHANS a Fo-Bouré, Bénin, pour leur soutien.

Mesdames TINEPONANTI Sylvie et DOSSOU Chantal, infirmières-chefs des centres de santé de Banikanni et Bonwoberou respectivement, pour leurs précieux conseils, soutien et exemple de travail.

Mlle ANSELIN Cindy, infirmière missionnaire du PHANS et la meilleure collègue de travail qu'on puisse avoir. Merci de partager l'aventure avec moi. Mlle TRULLEN Cecilia, nutritionniste, pour son appui et ses conseils.

L'ensemble du personnel des Centres de santé dirigés par PHANS, le personnel du PHANS lui-même, ainsi que les professionnels béninois ayant accepté d'apporter leur contribution à mon travail sur place.

## SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>01</b>
<b><i>Chapitre 1 : Revue de littérature</i></b>	
<b>I - Contexte national : le Bénin .....</b>	<b>03</b>
Généralités	
Politique, administration et économie	
La sécurité sociale	
Le Bénin, un puzzle culturel	
<b>II - Organisation du système de santé béninois .....</b>	<b>05</b>
II.A. Les médicaments	06
II.B. Le système d'information	07
II.C. Pratiques des personnels de santé	07
<b>III - Santé en milieu rural : le département du Borgou .....</b>	<b>08</b>
III.A. Généralités	08
III.B. Démographie	08
III.C. La malnutrition infantile	08
III.D. Situation sanitaire en 2010	09
<b>IV - La démarche qualité de la prise en charge en milieu rural .....</b>	<b>10</b>
IV.A. Le partenariat	11
IV.B. Qualité et prise en charge	12
IV.B.1. L'accessibilité géographique	12
IV.B.2. L'accessibilité financière	13
IV.B.3. Le soin en lui-même	13
IV.B.4. Attitudes et pratiques dans la relation soignant-soigné	14
<b>V - La présentation de l'ONG PHANS .....</b>	<b>14</b>
V.A. Historique : création et évolution	14
V.B. La situation actuelle	16
V.C. Ses objectifs aujourd'hui	16
V.D. Ressources humaines et organigramme	16

V.E. Son mode de fonctionnement	18
V.F. Le cadre législatif	19
<b>VI. Présentation des partenaires au Bénin .....</b>	<b>20</b>
<b>VII - Les centres de santé .....</b>	<b>21</b>
VII.A. Le dispensaire en brousse de Bonwoberou	21
VII.A.1. Fonctionnement	21
VII.A.2. Profil des personnes accueillies	23
VII.A.3. Un travail privilégiant les réseaux locaux	23
VII.A.4. Indicateurs d'activité	24
VII.B. Les CREN de Banikanni et Fo-Bouré	26
<b>VIII - Remarques conclusives et problématique .....</b>	<b>26</b>
<b><i>Chapitre 2 : Enquête de terrain</i></b>	
<b>I - Matériel et méthode .....</b>	<b>28</b>
I.A. Immersion : observation et participation	28
I.B. Enquêtes de terrain	29
I.C. Echantillon	29
I.D. Les garanties éthiques	30
I.E. Les objectifs et la finalité de l'étude	30
I.F. Contenu, élaboration et mode d'administration	31
I.F.1. L'entretien semi-directif	31
Contenu	
Elaboration	
Mode d'administration	
I.F.2. Le questionnaire	34
Contenu	
Elaboration	
Le mode d'administration	
<b>II - Les résultats .....</b>	<b>35</b>
II.A. Rappel	35
II.B. Echantillon et analyse	36

II.C. Thématique 1: Attitudes et pratiques liées à l'accessibilité et l'utilisation du service	37
II.C.1. La fréquentation	37
II.C.2. Attitudes et pratiques	39
II. D. Thématique 2: Qualité perçue du service et soins délivrés	40
II.D.1. Qualité perçue	40
II.D.2. Axes à développer	42
II.E. Diagnostique de départ	42
II.F. Evaluation interne	43
II.F.1. L'enquête	43
II.F.2. La coopération	44
Les objectifs	
Responsabilités, confiance et limites	
II.F.3. Communication et information	46
II.F.4. Les missions	48
II.F.5. La formation	51
II.F.6. Les centres de santé	52
II.F.7. Les projets à développer	52
<b>III – Analyse et discussion .....</b>	<b>54</b>
III.A. Avertissement	54
III.B. Structure et organisation	54
III.C. Des regards différents	54
III.C.1. Objectifs	54
III.C.2. Responsabilités, décisions et organisations du travail	55
III.C.3. Le système d'information	55
III.C.4. Ressources humains et formation	56
II.D. Résultats médicaux : les trois centres de santé	57
II.E. Limitations et contraintes	57
II.F. Préconisation	58
<b>Conclusion.....</b>	<b>60</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>61</b>
<b>Liste d'annexes .....</b>	<b>63</b>

## Glossaire des abréviations

BNK	Banikanni
BWB	Bonwoberou
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables Médicaux
CFA	(franc) Communauté Financière Africaine
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	Centre d'Information et de Prise En Charge du VIH/SIDA
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPN	Consultation Pré- Natale
CSC	Centre de Santé Communautaire
CSP	Centre de Santé Public
CREN	Centre de Récupération et Education Nutritionnelle
DDS	Direction Départementale de la Santé
ECJ	Esclavas del Corazon de Jesús
ESD	Entretien Semi-Directif
FO-B	Fo-Bouré
HZ	Hôpital de Zone
IEC	Information Education et Communication
INSAE	Institut National de Statistique et de l'Analyse Economique
MOFF	Menaces Opportunités Forces et Faiblesses
MS	Ministère de la santé
OCPSP	Oblates Catéchistes Petites Servantes des Pauvres
OP	Observation Participante
PHANS	Projet Humanitaire Afrique Nord Sud
RR.HH.	Ressources Humaines
SEPS	Service d'Etudes, de la Planification et du Suivi
SO	Sans Objet
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
ZS	Zone Sanitaire

Note : conversion 1 euro = 656 francs CFA

---

## INTRODUCTION

En Afrique, depuis les indépendances, le contexte de coopération internationale Nord-Sud a beaucoup évolué, d'une approche de « substitution médicale » vers de nouvelles approches de coopération au sens large. Des initiatives décentralisées, associatives, confessionnelles, privées à but non lucratif se multiplient dans les années 1990.<sup>2</sup> Un contrôle sur cette pluralité de projets ainsi que des bailleurs, des donateurs privés qui deviennent de plus en plus rares et exigeants face aux organisations qui s'investissent sur le terrain sont à l'origine de la nécessité impérieuse d'une évaluation et de la présentation de résultats tangibles. La qualité des interventions doit être mesurée qualitativement et quantitativement.

Or, les réalités du contexte de ces interventions recouvrent une vaste multiplicité économique, politique, religieuse, sociale, culturelle et linguistique. Il existe une dégradation dans le fonctionnement des services de santé qui touche divers aspects des structures sanitaires : la relation soignant-soigné, l'irrégularité de certains services privés, la pratique professionnelle détournée de toute déontologie, les phénomènes de corruption, etc.<sup>3</sup> Voilà quelques images d'un état des lieux complexe qui devient depuis quelques années un terrain d'études pour l'anthropologie médicale.

Le concept et les critères de qualité tels qu'on les conçoit dans les pays du nord deviennent donc paradoxaux. Face à cette situation, il faut recontextualiser, redéfinir le concept, adapter les outils de gestion avec des indicateurs faits sur mesure pour une meilleure adéquation aux réalités locales.

Le Projet Humanitaire Afrique Nord Sud (PHANS) est un exemple de cette mosaïque d'initiatives. Le PHANS est une Organisation non gouvernementale française à taille humaine qui, depuis 1999, s'investit dans l'aide aux pays en voie de développement, plus spécifiquement dans le milieu rural au Bénin. L'objectif du PHANS est d'apporter une aide pragmatique au développement médical. Ce principe est à l'origine de missions médicales ponctuelles où les soignants (médecins, infirmiers,

diététiciennes, psychologues) du PHANS interviennent dans des dispensaires de brousse aux côtés des agents de santé africains. Dans le but d'articuler les relations privé-public, le travail du PHANS s'inscrit dans des partenariats faits avec des locaux afin d'intégrer le contexte global de développement médical. Actuellement, bien que l'ONG soit non confessionnelle, ceux-ci sont représentés par deux congrégations de sœurs religieuses : les sœurs argentines « Esclavas del Corazon de Jesus » (ECJ) et les sœurs africaines « Oblates Catéchistes Petites Servantes des Pauvres » (OCPSP). Le PHANS et ces partenaires gèrent deux Centres de récupération et éducation nutritionnelle (CREN), un à Banikanni (BNK) et l'autre à Fo-Bouré (FO-B) et un dispensaire de brousse à Bonwoberou (BWB), les trois centres se trouvent dans le département du Borgou. Ces partenariats et le travail avec les locaux sont fondamentaux pour la réussite des projets au quotidien et à long terme.

L'évaluation de la qualité s'inscrit pleinement dans l'évolution des projets de coopération internationale. La recherche de l'adaptation des manières de faire pour mieux saisir cette qualité liée aux contextes complexes, ne répond pas aux mêmes dynamiques et ne relève pas des mêmes enjeux. On se demande : *Sur quels axes peut-on faire progresser la collaboration entre les responsables de l'ONG, dans le nord, et les locaux, dans le sud, pour améliorer la prise en charge globale ?*

La première partie de ce mémoire s'articule autour de huit chapitres. Ceux-ci permettent de mieux comprendre le contexte et les conditions de travail, tantôt par rapport à la réalité locale du Bénin comme celle de l'ONG française. Deux réalités qui s'articulent lors de cette coopération Nord-Sud et en fonction desquelles se construit la qualité de la prise en charge de la santé de la population.

La deuxième partie présente la méthodologie retenue : observation participative, résultats et analyse de l'enquête réalisée auprès des trois intervenants actifs de ce partenariat : les membres du PHANS, les partenaires au Bénin et les employés locaux. Elle comporte ensuite l'analyse de l'entretien semi-directif fait auprès des usagers d'une des structures du PHANS. En découlent alors quelques conseils en réponse à la problématique posée.

---

# CHAPITRE 1

## REVUE DE LITTERATURE

### I – CONTEXTE NATIONAL : LE BÉNIN

#### ⇒ Généralités

La République du Bénin est un pays à faible développement humain. En 2011, d'après l'indice de développement humain, le Bénin se classait au 167ème rang mondial sur 187 pays classés (PNUD, 2011). Il avait en 2009 une population estimée à 8 935 000 habitants (Observatoire de la Santé Mondiale, WHO) pour une superficie de 112 622 km<sup>2</sup>. Les centres politique et économique du pays, respectivement Porto Novo et Cotonou, se trouvent au sud, sur la côte du golfe atlantique.

#### ⇒ Politique, administration et économie

Le Bénin acquiert son indépendance le 1<sup>er</sup> août 1960. Pendant 15 ans (1974 -1989), le pays adopte le marxisme-léninisme comme idéologie officielle du gouvernement. Depuis 1996, le Bénin a un régime présidentiel, il possède une image de pays démocratique dans toute l'Afrique subsaharienne et il est un des membres de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest.

Le découpage administratif est très hiérarchique, avec une grande centralisation des structures dans le Sud. Le Bénin comporte 12 départements qui sont divisés à leurs tours en plusieurs communes. Cette organisation, fruit d'une réforme de 1999, est fondée sur trois piliers : décentralisation, déconcentration et aménagement du territoire, processus qui continue jusqu'à aujourd'hui.

Le Smic atteint en 2012 le montant de 33 600 francs CFA. Or la majorité des gens, habitant la campagne, vivent grâce à une économie informelle (vente de céréales aux marchés...).

⇒ **La sécurité sociale**

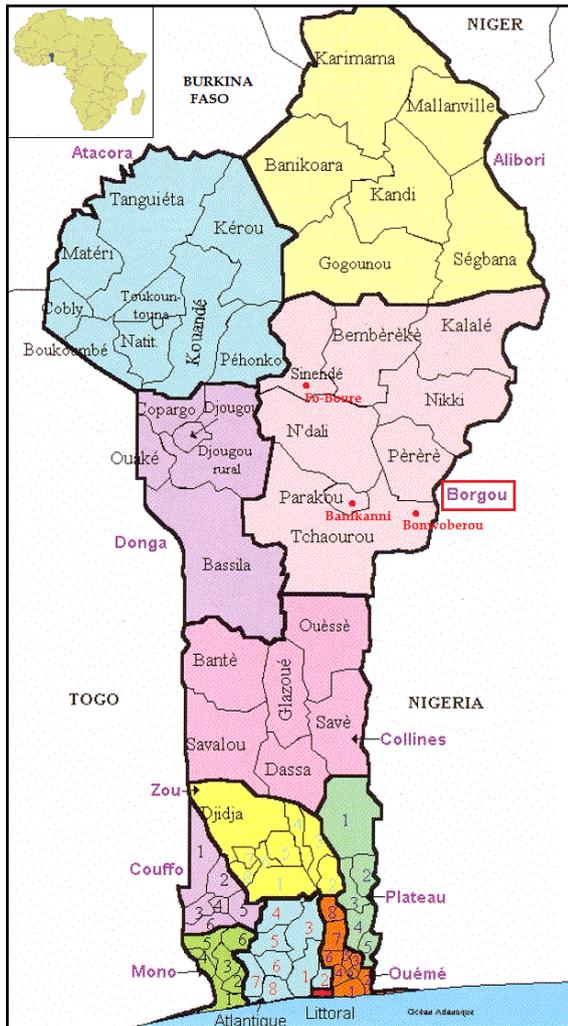
Il n'y a pas de système de sécurité social global pour la population. Certains secteurs comme les militaires ou les fonctionnaires de l'Etat bénéficient de systèmes de protection sociale spécifiques. Ceux qui travaillent et qui sont déclarés à la Caisse Nationale de Sécurité sociale par leur employeur ont accès aux bénéfices de celle-ci qui comprend trois branches : les prestations familiales, les risques professionnels et les pensions (après 30 ans de services).

⇒ **Le Bénin, un puzzle culturel**

Autrefois, le territoire de l'actuel Bénin était occupé par plusieurs royaumes. De nos jours, il est un foyer d'ethnies diverses par leurs origines, coutumes, langues... Dans le nord, on trouve encore des peuples nomades qui traversent le pays avec leurs troupeaux. Cette particularité se retrouve aussi dans l'organisation traditionnelle des pouvoirs. En parallèle au système administratif national fonctionne un système traditionnel avec des pouvoirs régionaux non négligeables auprès de la population. Les rois Baribas dans le nord, avec leurs conseillers, sont un exemple de ce réseau du pouvoir extra-officiel.

Les religions pratiquées dans le territoire sont diverses et multiples. Le sud est plutôt chrétien, le nord plutôt musulman et « tout le monde » est animiste d'où la persistance des guérisseurs traditionnels.

Le français est la langue officielle parlée par environ 10 % de la population, ce pourcentage diminue quand on quitte les villes pour les campagnes. En revanche, il a plus de 50 autres langues nationales parlées dans le pays, le fon étant la langue nationale la plus parlée, surtout au sud.



## II – ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ BÉNINOIS

L'organisation du système de santé est presque calquée sur le découpage administratif. Elle a une structure pyramidale à trois niveaux : national, départemental et périphérique.

En attendant la décentralisation effective de l'administration des centres de santé au niveau des départements, il y a actuellement un regroupement de deux départements administrés par une seule Direction Départementale de la Santé.<sup>11</sup>

Au niveau périphérique, les zones sanitaires, unités fonctionnelles de base, couvrant une ou plusieurs communes, sont constituées d'un réseau de centres de santé appuyé par un hôpital de première référence.

Les spécialités qu'on peut trouver aux différents niveaux :

- national : médecine générale, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-obstétrique,

Radiologie, Laboratoire, O.R.L, Ophtalmologie, etc...

- départemental : médecine générale, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L, Ophtalmologie, etc...
- périphérique : Médecine générale Chirurgie d'urgence Gynéco-obstétrique, Radiologie, Laboratoire, Pharmacie, dispensaire et maternité.

<b>NIVEAU</b>	<b>STRUCTURES</b>	<b>Institutions sanitaires (plus importantes)</b>
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de Santé	-1 Centre Hospitalier National Universitaire
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL (Ex : Borgou)	Direction Départementale de la Santé	-1 Centre Hospitalier Départemental Universitaire (CHDU) -1 Centre d'Information et de Prise En Charge du VIH/SIDA (CIPEC) -1 Centre de traitement anti lépreux (CTAL)
PERIPHERIQUE (Ex : Tchaourou)	Zone Sanitaire	-1 Hôpital de Zone -3 Centres de santé - niveau commune -8 Centres de santé - niveau arrondissement (maternités et dispensaires isolés) - Unités Villageoises de santé - Formations sanitaires privées

## **II.A. Les médicaments**

Les médicaments sont délivrés par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux créée en 1989 à la suite de la disparition des deux structures qui étaient jadis chargées de l'approvisionnement du pays en produits pharmaceutiques. Elle est chargée d'approvisionner les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif ainsi que les officines de pharmacie en médicaments essentiels génériques et consommables médicaux de première nécessité.<sup>16</sup> Elle dispose d'un dépôt central basé à Cotonou et de deux dépôts régionaux à Parakou et à Natitingou qui approvisionnent toutes les formations sanitaires du territoire national. Au niveau périphérique, elle dispose de centres répartiteurs dans chaque ZS dans un esprit de décentralisation des services.

Actuellement, la CAME souffre de ruptures de stock prolongées dans le temps sur plusieurs produits, dont certains vitaux, ce qui entraîne des ruptures de stock dans les structures de santé et/ou l'approvisionnement à travers des entités privées.

## **II.B. Le système d'information**

Le service de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte qui se trouve au niveau départemental est chargé de regrouper les données collectées au niveau périphérique des ZS grâce aux registres et rapports mensuels d'activités des centres de santé publics et privés.

## **II.C. Pratiques des personnels de santé<sup>12</sup>**

Au-delà des constatations techniques par rapport aux infrastructures et moyens matériels pour exercer la médecine, le facteur humain reste une source fondamentale du dysfonctionnement des services de santé.

Plusieurs facteurs sociaux, qui sont à l'origine des études en anthropologie médicale, expliquent les comportements et pratiques détournés de toute déontologie dans les structures de santé. Parmi les principaux dysfonctionnements dans le continuum accueil-soins, on trouve :

- non-équité dans l'accès aux soins (favoritisme, clientélisme)
- mauvais l'accueil (écoute, informations)
- les soins parallèles (liés à l'économie informelle)
- décalage entre niveau de formation de l'agent de santé et la fonction occupée
- les détournements (de médicaments, de facturation, etc.)
- les rétributions (corruption, « cadeaux » et autres)

### III – SANTE EN MILIEU RURAL : LE DEPARTEMENT DU BORGOU

Le milieu rural reste une réalité particulière avec des problématiques qui lui sont propres par rapport à l'accessibilité des soins, l'analphabétisme, la diversité ethnique et une situation sanitaire en conséquence. Des ONG, la plupart à caractère confessionnel, s'installent dans ces milieux enclavés pour essayer de répondre à l'insuffisance des services de santé publique. La population cible des trois centres de santé du PHANS est une population rurale d'un pays africain. Connaître les caractéristiques régionales est primordial pour évaluer la qualité.

#### III.A. Généralités

Enclavé dans une péninsule, le département du Borgou couvre une superficie de 25 855 km<sup>2</sup> qui représente 23 % de la superficie du Bénin. Avec une population estimée de 939 034 habitants et une densité de 36 habitants par km<sup>2</sup>, en 2010 (source SEPS), il inclut la troisième ville la plus importante du Bénin, Parakou.<sup>11</sup>

#### III.B. Démographie

La population majoritairement jeune se traduit par une pyramide des âges triangulaire. En effet, environ 3 habitants sur 5 (61,4 %) ont moins de 20 ans.

Par rapport aux populations cibles pour la santé familiale, les femmes en âge de procréer (15 – 49 ans) représentent 22 % de la population du département et les enfants entre 0-4 ans 21 %.

Pour la période 2002-2012, les indicateurs démographiques de l'INSAE sont :

	Taux de mortalité infantile (‰)	Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	Taux brut de mortalité (‰)	Taux brut de natalité (‰)	Indice synthétique de fécondité	Espérance de vie à la naissance (années)
Borgou	74	117,5	11,19	46,09	7,02	58,23

#### III.C. La malnutrition infantile

Pour les enfants de moins de 5 ans, après le paludisme qui demeure la pathologie la plus grave tant en nombre de consultation qu'en cause de décès (puisqu'à elle seule elle représente 40 % des décès), la malnutrition est la deuxième cause de mortalité infantile, 7 %, suivie de l'anémie, 3 %.

Par rapport à ce problème, pour la prise en charge de la malnutrition aigüe, l'OMS a publié en 2002 des directives de soins adressées aux centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement.<sup>9</sup> Elles proposent un processus de prise en charge des différentes étapes ainsi que des complications les plus fréquentes. Des fiches-types sont également proposées comme exemple de documentation pour le suivi des enfants. Chaque centre établit ses protocoles en fonction de ces directives générales.

Dans le département du Borgou, on trouve des structures qui prennent en charge la malnutrition en milieu hospitalier. Le service de pédiatrie du CHD dispose d'un secteur dédié à l'hospitalisation des malnutris. Celui-ci fonctionne avec l'appui de l'UNICEF et la population cible est celle de la ville. En parallèle, des structures privées à caractère confessionnel luttent contre cette pathologie en ciblant principalement une population rurale.

### III.D. Situation sanitaire en 2010 (source SEPS-DDS)

Le CHD a une capacité théorique d'hospitalisation de 197 lits. Par rapport aux HZ, la capacité totale pour tout le département est de 397 lits, d'où résulte un ratio d'un lit pour 2365 habitants.

Dans une perspective de partenariat entre le public et le privé, dans le département du Borgou, les quatre HZ qui existent sont privés, trois à caractère confessionnel et un associatif.

Répartition des infrastructures sanitaires et différenciation par commune :

Commune	Dispensaire public	Maternité publique	CSC (maternité + dispensaire)	Centre privé
Parakou	0	0	6	13
Sinende	3	3	6	0
Tchaourou	0	4	7	1
Autres	12	4	50	1
Borgou	15	11	69	15

## Principaux ratios du personnel soignant

Commune	Médecins *	Infirmiers	Sages-femmes
	pour 10000 hab.	pour 5000 hab.	pour 5000 hab.
Parakou	1.75	5.2	2.83
Sinende	0.12	1.44	0.61
Tchaourou	0.43	0.97	0.79
Borgou	0.61	2.37	1.09

\* dont : 18 médecins généralistes, 1 pédiatre, 2 chirurgiens et 4 autres spécialistes.

Note : Les normes de l'OMS sont : 1 médecin pour 10 000 habitants, 1 sage-femme pour 5000 habitants et 1 infirmier pour 5000 habitants.

Dans les orientations des politiques et stratégies nationales de développement du secteur de la santé depuis la fin des années 1990, la promotion de la santé familiale est un des deux axes primordiaux, l'autre étant la décentralisation du système.<sup>4</sup> Suite à ces directives, la réorganisation du système s'est mise en place, ainsi que les moyens de prise en charge de la santé familiale, en donnant priorité à la santé maternelle et infantile, par la construction des maternités (infrastructures, équipements, personnels) pour développer les SOUB au niveau périphérique.

## IV – LA DEMARCHE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU RURAL

La qualité est une synthèse entre les besoins des usagers, ceux que les professionnels estiment prioritaires, ceux que le droit impose et enfin ceux que l'environnement recommande. Par rapport au contexte local, les deux derniers, le droit et l'environnement, ont pour l'instant un rôle mineur. En France, la loi du 2 janvier 2002 exhorte les établissements et services médico-sociaux à évaluer la qualité des activités et prestations qu'ils délivrent. L'ISO (International Organization for Standardization) définit la qualité comme « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences -explicites ou implicites- des clients et autres parties intéressées* »<sup>17</sup>. Elle évoque un état de fait, elle répond à une attente par rapport à des critères préalablement définis. L'échelle de mesure dépend des repères socialement partagés. Or, comme on l'a dit, dans le contexte local ces repères ne

sont pas encore partagés par tous. La démarche qualité, par contre, est un processus volontaire qui relève d'un choix de fonctionnement, d'un engagement stratégique et professionnel. Elle se traduit par un certain type d'organisation, par la mise en place de procédures opérationnelles déterminées et par leur mesure de contrôle (le « système qualité »). Elle est le processus global qui permet à un opérateur individuel ou collectif d'obtenir et de garantir un certain niveau de qualité.<sup>6</sup> Le début de ce processus de démarche qualité visant la qualité elle-même est l'évaluation. Elle est une aide à la décision qui permettra de répondre à la problématique posée dans ce mémoire. Les champs d'application principaux de l'évaluation en médecine sont : les structures et organisations sanitaires, les moyens, le processus de fonctionnement, le système d'information et gestion, les stratégies médicales (préventives, diagnostiques, thérapeutiques) afin de déterminer leur utilité par rapport au malade. L'évaluation des résultats consiste à mesurer l'écart entre la réalité du terrain par rapport à ce qu'elle devrait être ou par rapport au référentiel préétabli<sup>13</sup>. Ces référentiels faisant défaut sont à élaborer au sein de chaque structure.

#### **IV.A. Le partenariat**

*« Le partenariat est la relation entre deux ou plusieurs organismes pour la mise en œuvre d'un projet, qui repose sur la coopération, respectant l'égalité de pouvoir des parties et se basant sur l'échange, la confiance, le respect des engagements, la transparence et la réciprocité. C'est un processus dynamique qui doit s'inscrire dans la durée, sur des compétences données et une vision partagée d'un objectif de solidarité internationale. »<sup>1</sup>* Selon les contextes et les situations, les ONG peuvent travailler avec des partenaires de nature variée : collectivités territoriales, structures étatiques, entreprises, etc. Dans notre cas d'étude, le partenariat opérationnel se fait avec des religieuses travaillant déjà dans les domaines sociaux et ancrées dans les communautés depuis plus de 10 ans.

Les relations ne sont pas uniformes mais résultent d'une diversité par rapport au contexte, à l'histoire du partenariat, au type de partenariat, dans ce cas entre les représentants du PHANS et les congrégations partenaires.

Plusieurs critères de qualité peuvent être identifiés :

- Objectifs et stratégies : - Convergence des objectifs, définition d'objectifs communs. C'est cela qui va guider le travail et définir la stratégie ainsi que les procédures à mettre en place.
- Responsabilités et prise de décision : - Degré et mode d'implication : moyens humains et matériels de chaque partie. Il s'agit d'un processus où deux entités s'associent pour travailler suivant les objectifs définis ensemble et chacun engage des ressources propres dans cette démarche.
  - Entente et complémentarité sur les rôles, activités et moyens. La communication joue un rôle fondamental en tant qu'outil permettant un partage de l'information pour une meilleure coordination des activités de chacun et des prises de décision mieux définies. La complémentarité s'inscrit dans un principe fort de solidarité internationale rejetant l'idée de substitution entre partenaires.
- Respect et transparence : - Très important dans le cas ponctuel où la distance entre les différents acteurs est grande (en kilomètres d'un endroit à l'autre, en temps entre une mission et une autre, en méthodologies par rapport aux différentes cultures et en croyances) ainsi que la confiance entre les acteurs impliqués.

#### **IV.B. Qualité et prise en charge**

La qualité de la prise en charge de la santé dans un milieu rural d'un pays africain est difficile à définir, c'est un processus multidimensionnel qui implique non seulement la qualité des soins, mais aussi l'accessibilité géographique et financière des services<sup>14</sup>, les attitudes et pratiques dans la relation soignant-soigné, la gestion et l'organisation des centres, etc. Il faut recontextualiser le concept par rapport aux réalités à analyser et évaluer.

##### ***IV.B.1. L'accessibilité géographique***

Lorsque l'on parle de l'accessibilité géographique, on fait référence soit à la durée du trajet, soit à la distance physique entre l'utilisateur et le centre de santé. Elle est un des facteurs les plus importants par rapport à la possibilité ou pas d'accéder aux soins de premier recours. On sait qu'il y a une relation inverse entre ces deux critères et

l'utilisation des centres de santé par les villageois.<sup>14</sup> A part le fait d'être une barrière pour les usagers, l'accessibilité géographique joue un rôle très important aussi dans la disponibilité des médicaments, l'orientation vers les urgences, etc. A l'obstacle des distances, il faut ajouter l'état des routes, en latérite, inondables pendant la période des pluies, toujours peu praticables, parfois pas du tout, isolant pratiquement du « reste du monde » certains villages pendant plusieurs jours.

#### **IV.B.2. L'accessibilité financière**

En ce qui concerne l'accessibilité financière aux soins, pour une population essentiellement villageoise cultivatrice, on trouve des situations contradictoires. D'une part, les gens sont prêts à payer lorsque les prix s'accompagnent d'une efficacité des soins, « *si c'est cher ça soigne* », « *si on guérit après le traitement établi lors de la consultation* » à titre d'exemple, deux avis d'usagers recueillis lors des entretiens. Mais si les prix sont trop élevés pour les usagers, ils deviennent un obstacle à l'accès aux soins. Aux coûts directs des soins et médicaments, il faut associer les coûts indirects : transports, présence d'un ou plusieurs accompagnants, nourriture, etc.

En 1987, l'initiative Bamako a été adoptée, elle vise à favoriser l'accès aux soins de santé primaires pour l'ensemble de la population des pays en voie de développement. En l'absence de tiers payeur (assurance maladie) et selon le principe : « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût », chaque bénéficiaire de soins doit en prendre une partie à sa charge.<sup>19</sup> A titre d'exemple, dans les centres publics de santé primaires en milieu rural au Bénin, une consultation coûte 300 francs CFA (0,45 euros).

#### **IV.B.3. Le soin en lui-même**

En ce qui concerne la prise en charge elle-même, plusieurs aspects comptent : le temps d'attente, la quantité (en nombre) et la formation (professionnelle) des soignants, l'hygiène, les moyens disponibles, dont les matériaux et les médicaments, la disponibilité d'un laboratoire d'analyses biologiques, la spécificité des traitements, la barrière des langues.

Dans les centres publics et privés tant au niveau périphérique que départemental, le dysfonctionnement d'un ou plusieurs de ces aspects est un problème récurrent. En

plus, on doit faire face à d'autres problèmes culturels liés aux soins tels que : l'automédication par la vente des médicaments sur les marchés, la prolifération des petits cabinets privés « non professionnels » (proches de la population et flexibles sur le paiement) et les croyances par rapport aux guérisseurs en tant qu'« agents de santé » traditionnels.

#### ***IV.B.4. Attitudes et pratiques dans la relation soignant-soigné***

La déclaration d'Alma-Mata de 1978, par rapport aux soins de santé primaires, proposait que les soins de premier recours soient alignés sur les normes sociales. Solidarité et participation étaient deux de ses valeurs clairement affichées.<sup>8</sup> La réalité dans la pratique diffère considérablement de ces idéaux. D'une part, par l'existence de pratiques contraires aux normes de la déontologie, l'usage abusif et non fondé de certains produits. D'autre part, par un manque d'écoute, d'explication, de communication, de dialogue entre les soignants et les soignés.

Or, l'interaction avec les agents de santé joue un rôle central dans l'acceptabilité des services de santé du point de vue des usagers.

## **V – LA PRESENTATION DE L'ONG PHANS**

### **V.A. Historique : création et évolution<sup>19</sup>**

En janvier 1999, deux médecins du nord de la France, après avoir partagé auparavant une mission de formation médicale au Mali et voulant expérimenter une autre manière de faire, moins théorique et plus pratique, décident de partir dans une mission « free lance » en brousse au Bénin pour y donner des soins et travailler aux côtés des agents de santé africains dans une dynamique de formation par compagnonnage. Après cette première expérience, ils décident d'enregistrer le PHANS comme association loi 1908 (dite de droit local en Alsace-Moselle). Dans les années qui suivent, de nouveaux soignants rejoignent le projet et plusieurs missions médicales sont réalisées dans deux communes rurales en brousse (Bonou et Ketou) dans le Sud du Pays. Les interventions, missions ponctuelles de courte durée (10-15 jours) étaient faites à la demande d'organismes locaux non gouvernementaux. Le PHANS sert d'appui à ces structures communautaires qui sont indépendantes et ont un personnel local constitué d'aides soignants et/ou infirmiers/es payés par la communauté.

En 2003, sans partenaires locaux dans cette région et observant le rapide développement du sud du pays (multiplications des dispensaires publics et privés, construction de routes, etc.), les médecins du PHANS décident, avec l'appui de l'évêque de N'Dali, commune du nord du Bénin, de partir dans les régions enclavées du nord du pays où l'accès aux soins est encore plus difficile. Ainsi, un des médecins réalise en Juillet la première mission exploratoire à Fo-Bouré au sein du dispensaire des sœurs OCPSP, congrégation dont une des sœurs est infirmière diplômée et travaille régulièrement dans le dispensaire.

La mission suivante, réalisée en Octobre 2003, permet de constater la forte prévalence de la malnutrition infantile ; le PHANS, en accord avec les sœurs OCPSP, décide d'ouvrir un CREN à Fo-Bouré, centre d'hospitalisation du couple mère-enfant, parallèlement à l'activité du dispensaire géré par les sœurs. Il s'agit de la première expérience pour PHANS dans le domaine de la prise en charge de la malnutrition. Le CREN démarre en Novembre 2004 de l'année suivante grâce à la coopération entre le PHANS et les OCPSP ; une interne en pédiatrie à l'APHP et une DESS de psychologie clinique séjournent sur place pendant 6 mois pour la mise en place du centre, c'est le début des missions moyenne-durée. Les OCPSP recrutent une animatrice sanitaire locale pour travailler dans le CREN, la première employée rémunérée par le PHANS.

En 2006 à Ina, un nouveau partenariat démarre avec les Sœurs Salésiennes Missionnaires de Marie Immaculée et les Pères italiens de la jeune paroisse St-André d'Ina, ayant comme but la mise en place d'un dispensaire et d'un CREN. Le partenariat s'arrête en 2008 pour divergence sur plusieurs points : absence de communauté d'objectifs et de pratique de soins, problèmes de gestion entre les partenaires, tant sur le plan humain que financier. Ce Centre fermera en Mai 2009, en partie du fait de l'absence de partenaire local.

En Septembre 2008, le contact est établi avec les ECJ, débouchant sur la mise en place d'un partenariat. L'ouverture d'un CREN à Parakou (Banikanni) et d'un dispensaire à Bonwobérou en Janvier 2009 est le résultat de ce travail.

Au-delà du travail sur place dans le domaine des soins, le PHANS s'est engagé dans d'autres missions telles que : supervision et financement de la formation d'agents de santé, réalisation d'études épidémiologiques, publication de plusieurs articles scientifiques dans des revues médicales, participation à des congrès médicaux, lieu de formation et stages pour les locaux (3 assistantes sociales) ainsi que pour des étrangers (4 médecins, 3 diététiciennes), organisation d'événements pour recruter des financements pour l'ONG.

### **V.B. La situation actuelle**

Actuellement, le PHANS, dont le siège social se trouve à Senthem, en France, centralise son travail dans le département du Borgou, au Bénin, où il gère en partenariat avec les OCPSP, appuyées par les Pères de la Mission espagnole de ce village : un CREN en brousse à Fo-Bouré, commune de Sinende ; et en partenariat avec les ECJ : un CREN en ville à Banikanni, commune de Parakou ainsi qu'un dispensaire de brousse à Bonwoberou, commune de Tchaourou. Bien qu'il gère en partenariat les centres avec des religieuses, le PHANS est rappelons-le une ONG non confessionnelle.

### **V.C. Ses objectifs aujourd'hui**

Dans le règlement intérieur de l'association, on trouve les objectifs généraux suivants :

- Aide aux pays du sud en particulier sur le plan médical
- Accessibilité géographique surtout dans des zones enclavées peu médicalisées
- Accessibilité financière : acte médical à coût abordable, respect de l'initiative de Bamako par rapport aux soins primaires
- Qualité des soins dans le respect des pratiques médicales
- Formation d'agents de santé par compagnonnage
- Utilisation des moyens locaux : médicaments et consommables essentiels achetés sur place
- Autofinancement au moins partiel des centres de santé : couverture des salaires et médicaments
- Réalisation d'études épidémiologiques

- Non ingérence administrative et respect des lois du pays d'intervention
- Non ingérence culturelle et religieuse

Dans l'intérêt de connaître le degré d'atteinte des objectifs, l'ONG met en place régulièrement des actions informelles et diverses d'évaluation de ses actions.

#### **V.D. Ressources humaines et organigramme**

Le PHANS se compose d'une structure centrale, le bureau du PHANS, constitué de neuf personnes, dont les fondateurs de l'association. Dans le bureau, on retrouve : un président, deux vice-présidents, une secrétaire, un trésorier, les membres du bureau. Le renouvellement du Bureau est proposé à chaque Assemblée Générale, c'est-à-dire tous les ans.

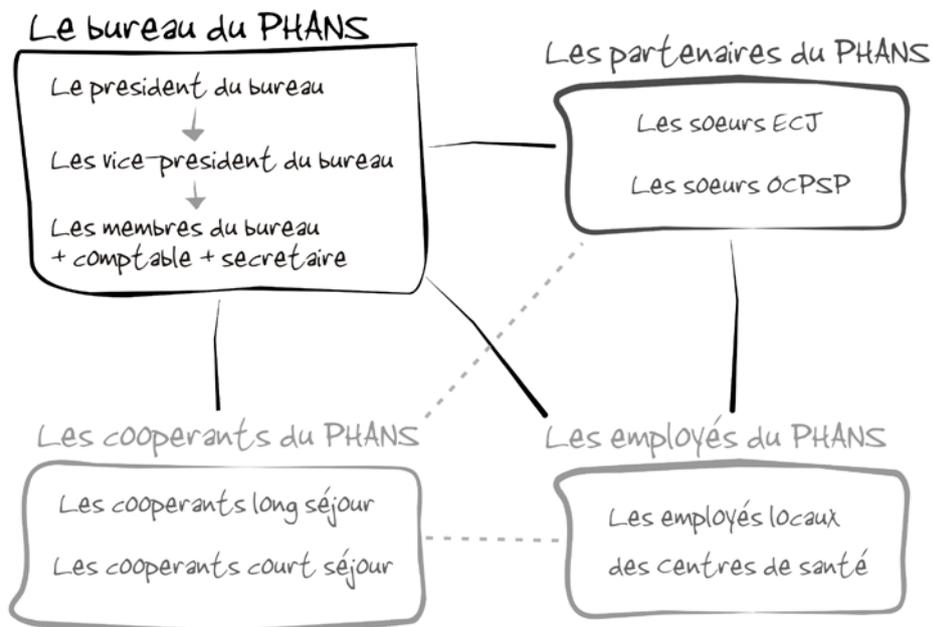
En plus de cette structure, le PHANS compte sur l'appui de collaborateurs, ils peuvent être des bénévoles qui travaillent sur place (France), ainsi que des missionnaires qui partent sur le terrain (Bénin). Certains d'entre eux partent une fois ponctuellement, d'autres collaborent régulièrement, ayant une relation avec le PHANS depuis quelques années. A ce jour, 35 personnes ont collaboré au projet dont 6 occupant différentes fonctions en France (trésorerie, secrétariat, chargé de mission). Pour les collaborateurs partis sur le terrain soit plus de vingt agents de santé, la répartition, selon les spécialités et la durée de séjour, est la suivante :

	Courte-durée (< 1 mois)	Moyenne durée (3-6 mois)
Médecins*	18	4
Infirmiers	3	2
Diététiciennes		3
Psychologues		2
Autres**	1	1

\* (généralistes, cardiologues, pédiatre, dermatologue, dentiste, chirurgien)

\*\* (logisticien, gestion)

Le PHANS est caractérisé par une structure simple, familiale où les interactions restent en grande partie informelle (mails, téléphone).



## V.E. Son mode de fonctionnement

- **Le Bureau** : c'est l'organisme de gestion et de prise de décisions. Il se réunit régulièrement ou en cas de besoin, par exemple lors de la présentation d'un rapport de mission longue durée ou d'une prise de décision importante (celles-ci sont votées, à la majorité absolue, d'où le nombre impair des membres du Bureau). Il se réunit annuellement lors de l'assemblée générale.
- **Les missions** : Le PHANS collabore avec les organisations locales par des missions de courte et/ou moyenne durée, à but médical ou autre (éducation, gestion). Les coopérants doivent rencontrer dans un premier temps un et/ou plusieurs membres du bureau pour discuter et décider de la mission. Pour les nouveaux coopérants, le démarrage se fait avec un ancien coopérant (membre du bureau ou pas), l'organisation de la mission se met en place pour les mois qui suivent. Pour cela il faut tenir compte de plusieurs aspects :

- Date du voyage et lieu de la mission selon les spécialités de chaque coopérant (nutritionniste, dermatologue, etc...)
  - Communication de la décision aux partenaires pour coordonner la logistique (visa, repas, transport, logement)
  - Matériaux et/ou médicaments à emporter
- Communication
    - ❖ *INTERNE* : Le PHANS est caractérisé par une structure simple, familiale où la communication reste en grande partie informelle : mails ou appels téléphoniques entre un ou plusieurs membres. L'information est donc partielle. Chaque mission fait l'objet d'un rapport présenté lors de réunions, chaque réunion de Bureau également.
    - ❖ *EXTERNE* : Périodiquement, le PHANS communique avec « l'extérieur ». En ce qui concerne la communication médicale, le PHANS suivant le principe de « Publish or perish » participe à différentes instances telles que : conférences médicales, journées médicales du PHANS, articles médicaux.
    - En ce qui concerne la communication non médicale, le PHANS publie, de manière semestrielle, « Le bulletin ». Cette publication est aussi un outil de communication avec les adhérents et donateurs.
  - Financement : Il est constitué exclusivement par des dons privés, le produit de manifestations et les cotisations des adhérents. Les dons privés constituent la part la plus significative de financement et ceux-ci sont tantôt en produits (matériaux de soins, instruments médicaux, médicaments) tantôt en argent. Régulièrement, le PHANS organise des spectacles, concerts, repas dans le but de collecter des fonds pour l'association.

## **V.F. Le cadre législatif**

Au Bénin, les cabinets privés se multiplient. Face à cette situation de prise en charge de la santé de la population par le privé, la transparence des centres et de ses soignants, du point de vue réglementaire est impérative pour le fonctionnement des structures. Le MS a fixé la limite de décembre 2012 pour la régularisation de tous les professionnels de santé autorisant leur exercice en clientèle privée.

- *En France* : Le PHANS est une association régie par les articles 21 à 79 du Code civil local (Association type 19.4.1908) régissant les associations dans la région Alsace-Moselle. Elle a été inscrite au Registre des Associations du Tribunal d'Instance de Mulhouse (Haut-Rhin) en date du 9 mars 2000 puis du Tribunal d'Instance de Thann en date du 4 octobre 2004.
- *Au Bénin* : En mai 2006, le PHANS a été enregistré auprès des autorités béninoises devant la direction des affaires intérieures (MSPCL), ainsi que dans la DDS du Borgou-Alibori. Un accord entre le MS et l'ONG a été signé obligeant une présence du « PHANS » (missions) d'au minimum 6 mois par an (au total) sur le territoire béninois pour que celui-ci soit valable. Un rapport d'activité doit être remis chaque année à la DDS avec copie au MS. Cet accord leur permet d'assister les malnutris, d'organiser des missions médicales ainsi que de faire des études épidémiologiques, mais ne donne pas droit à l'ouverture ni à l'exploitation d'une clinique ou d'un cabinet de soins. En juin 2012, la démarche de demande d'approbation des centres de santé gérés par PHANS et ses partenaires démarre auprès de la DDS. L'ONG s'efforce de travailler en articulation avec le système de soins d'état.

## **VI – PRESENTATION DES PARTENAIRES AU BENIN**

### **➤ ECJ**

Les sœurs argentines hispanophones appartenant à la congrégation ECJ sont installées au Bénin depuis 15 ans. Trois sœurs sont chargées de la gestion du dispensaire et du CREN, en plus des activités dans les villages. Leur mission principale est la promotion des femmes : animations éducatives, développement de coopératives, pesées des enfants, ainsi que d'autres activités liées au développement de la zone : accès à l'eau, construction d'écoles communautaires. Elles possèdent leurs propres moyens de transport adaptés au milieu. Dans la ville de Parakou, où se situe leur siège, elles disposent d'un téléphone fixe ainsi que d'une connexion à internet.

## ➤ **OCPSP**

La congrégation OCPSP est formée de trois sœurs d'origine africaine dont une est agent de santé (infirmière, sage-femme, etc.). Elles sont installées à Fo-Bouré. Elles ont plusieurs activités : CREN, dispensaire, foyer de filles scolarisées, animation dans les villages, production et vente d'aliments. Pour les différentes tâches, elles reçoivent l'aide de jeunes filles apprenties. Elles n'ont pas de téléphone fixe, ni de réseau internet, et leur seul moyen de transport est une moto. Elles bénéficient du soutien notamment logistique de la Mission espagnole du même village.

## **VII – LES CENTRES DE SANTE**

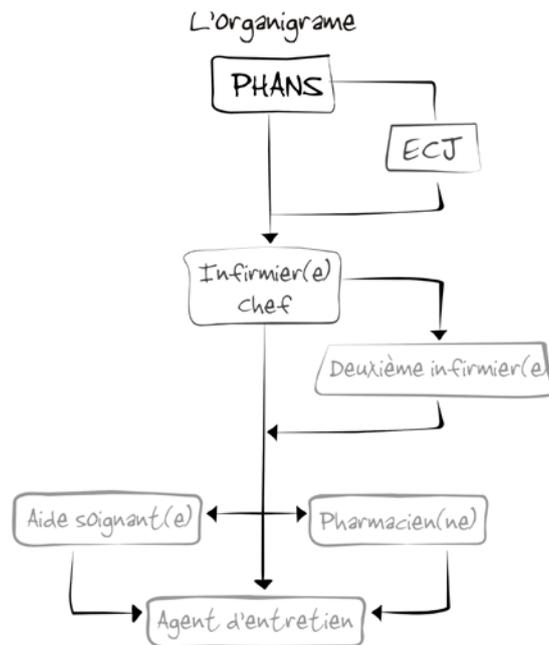
### **VII.A. Le dispensaire en brousse de Bonwoberou**

#### ***VII.A.1. Fonctionnement***

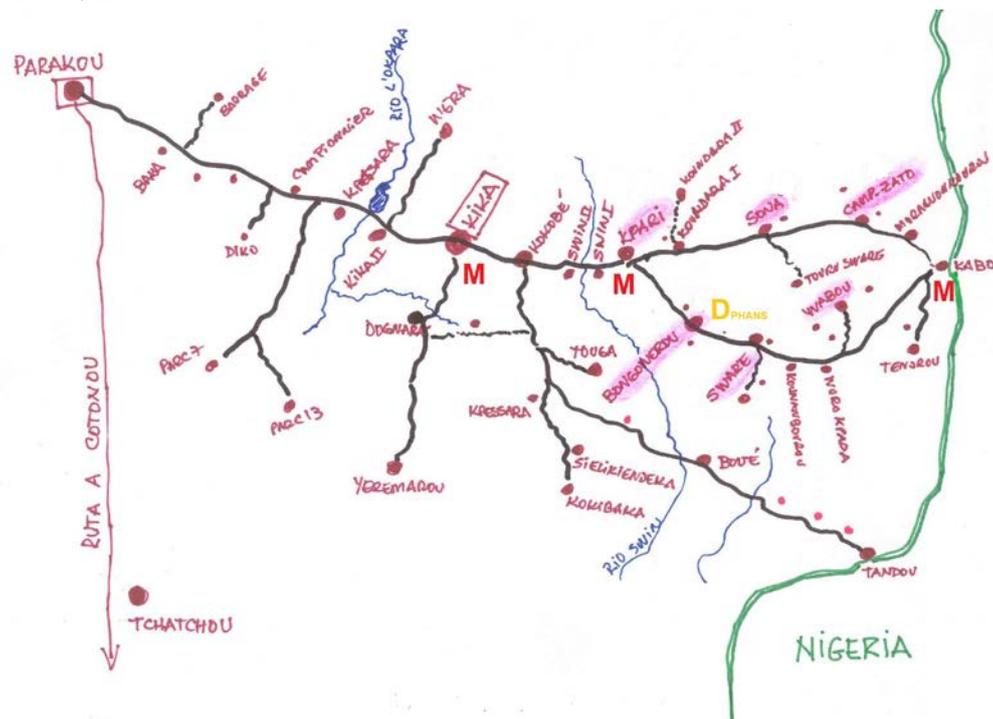
Actuellement le centre ouvre du lundi au samedi. Avant l'ouverture, l'agent d'entretien nettoie les locaux. Le parcours type d'un patient a une durée approximative de 1 heure et 15 minutes. Les patients arrivent et sont accueillis par l'aide-soignant qui prend l'identité, le poids et la température et les note dans le carnet de soins. L'aide-soignant dispose d'un cahier « d'ordre d'arrivée ». Quand vient son tour, le patient passe à la salle de consultations et est accueilli par l'infirmière qui fait l'interrogatoire et l'auscultation. Une fois le diagnostic fait, elle note ses constatations dans le registre des soins. Elle prescrit le traitement et remplit le carnet de soins avec les informations (diagnostic, traitement). Le patient se dirige vers la pharmacie où il est accueilli par l'aide-pharmacien qui lui délivre les médicaments et lui explique les posologies. Le patient paye à la pharmacie la consultation et les médicaments. Le prix d'une consultation est de 200 francs CFA (0,30 euros) et le prix moyen d'une ordonnance (sans perfusion) est de 2300 francs CFA (3,50 euros).

La comptabilité journalière est effectuée en fin de journée par toute l'équipe soignante, en présence de chacun. La recette est gardée dans le coffre-fort du centre et toutes les deux semaines le compte rendu est fait par l'infirmière aux sœurs ECJ. Tous les mois, avec les informations recueillies dans le registre des soins, l'infirmière-chef doit remplir le rapport mensuel des pathologies qui est déposé auprès du statisticien de la ZS de Tchaourou.

La composition de l'équipe de travail est faite avec un choix influencé par l'ethnie et la religion. Dans la recherche de la représentation de la diversité existante au sein de la population, des agents de santé pratiquants différentes confessions (catholique, évangélique, musulman) ainsi que provenant d'origines ethniques différentes ont été recrutés



Carte de la zone

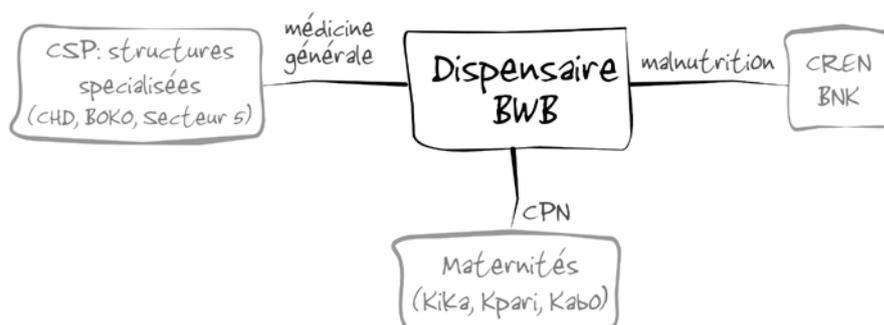


### VII.A.2. Profil des personnes accueillies

Les bénéficiaires du centre de santé sont tous les habitants de la zone. Des personnes originaires du Nigeria (Okuta) sont aussi des usagers du dispensaire. Il y a une grande hétérogénéité par rapport aux ethnies et donc aux langues, on retrouve : les berbas, les baribas, les peulhs, les yoruba (Nigeria). Ils ne parlent pas français. En ce qui concerne la religion, le PHANS est une ONG laïque qui travaille avec des partenaires religieux et qui soigne les gens de toute confession. Il s'agit de cultivateurs (soja, maïs, igname...) et, dans le cas des peulhs, d'éleveurs de troupeaux de bœufs.

### VII.A.3. Un travail privilégiant les réseaux locaux

Le travail du dispensaire s'inscrit dans le système de santé national. La volonté de coopération entre les différents acteurs de santé s'illustre par l'orientation des patients vers des structures plus spécialisées, qu'elles soient publiques ou privées. Dans le même but, PHANS et les sœurs ont pris la décision de ne pas mettre en place de maternité pour ne pas être en concurrence directe avec les structures publiques existantes. Les tarifs de consultation sont calqués sur les prix publics et les médicaments CAME sont revendus à 1,5 fois le prix d'achat à la CAME comme recommandé par le MS.



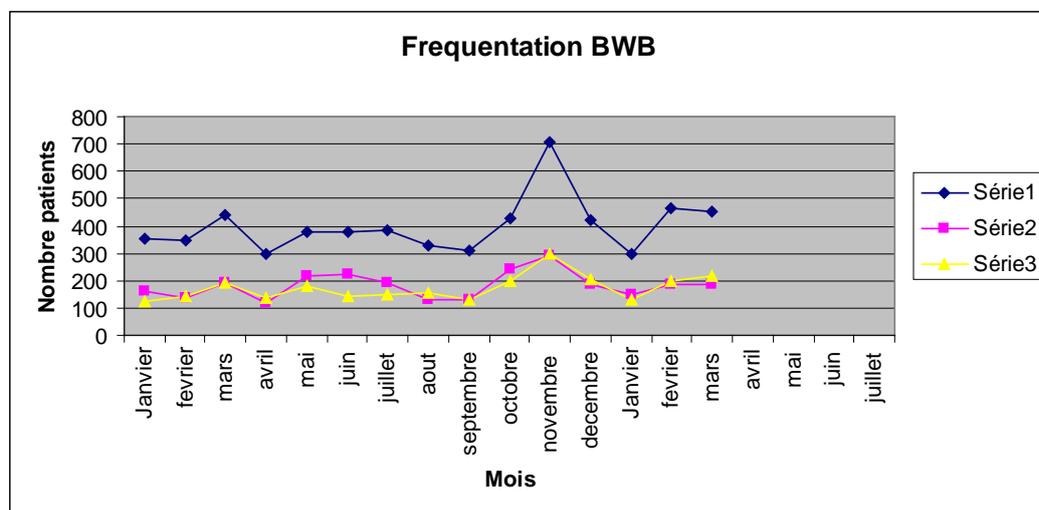
#### VII.A.4. Indicateurs d'activité

**Nombre de consultations totales par an :** en 2011, il y a eu 4778 consultations dans le dispensaire, soit une moyenne de 398 par mois. Cette quantité représente le double des consultations faites dans les dispensaires publics de Kika, Kpari et Kabo dont la moyenne mensuelle varie entre 175 et 225.

**Nombre de consultations d'enfants par an :** les usagers de moins de 12 ans représentent 46 % de l'activité du dispensaire, soit 2211 enfants en 2011.

**Nombre de consultations d'anciens patients par an :** ce nombre représente les usagers qui lors de la consultation ont déjà un carnet de soins, qui ont donc consulté antérieurement. En 2011, ils étaient 2052, soit 43 % du total des consultations.

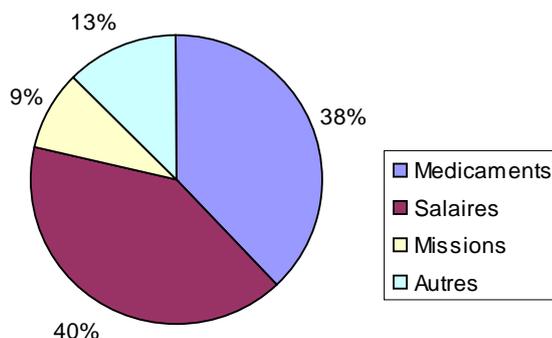
**Nombre de consultations mensuelles :** ce nombre permet de voir si des changements tels que nouveaux employés, présence des médecins du PHANS, rupture du stock dans la pharmacie, périodes des pluies, ont des conséquences sur l'assiduité des usagers.



**Villages d'origine :** pour voir la portée du projet par rapport au milieu, une étude sur l'origine des patients semble pertinente, or les données n'étaient pas disponibles. D'après les entretiens, les distances varient de 10 mètres (BWB) à 100 kilomètres (Okuta, Nigeria).

**Répartition des dépenses:** la répartition selon 4 catégories principales : médicaments (Produits CAME), RR.HH. (salaires, CNSS), dépenses relatives aux missions (alimentation,

transport, traductrices) et Autres (dépenses liées au fonctionnement quotidien du centre : gaz, moto, papeterie, etc.). Cela permet de connaître le degré d'autofinancement du centre. En 2011, les recettes ont atteint la somme de 9 054 505 francs CFA (13800 euros) et les dépenses 7 919 023 francs CFA (12 070 euros). Un solde positif de 1 135 482 francs CFA (1739 euros) est le résultat pour l'année 2011. (source *Fichier Economato/PHANS/BWB*. ECJ, Juin 2012)



**Incidence des pathologies traitées au dispensaire:** En 2011, sur les 4778 consultations, il y a eu 5991 affections diagnostiquées (source *Registres d'activité mensuelle : dispensaire de Bonwoberou, SEPS/ZS-Tchaourou, 2011*).

PATHOLOGIE	%
Paludisme	38
Affections gastro-intestinales (diarrhée, ulcère)	20
Affections respiratoires (bronchite, pneumopathie)	18
Affections dermatologiques (mycose, gale, staphylococcie)	4
Affections uro-génitales (vaginite, IST, écoulement urétral, infection urinaire)	8
hypertension artérielle	2
Autres (épilepsie, otite, asthme, diabète, affection oculaire)	10

## **VII.B. LES CREN DE BANIKANNI ET FO-BOURE**

Un CREN est un centre d'hospitalisation du couple mère-enfant pour la prise en charge de la malnutrition des enfants de 0 à 5 ans.

Pendant le séjour qui dure entre 30 et 50 jours, la malnutrition ainsi que ses complications sont traitées suivant un protocole établi par PHANS.

Le volet d'éducation étant très important dans cette démarche, c'est pourquoi les mères assistent trois fois par semaine à des séances de sensibilisation, ainsi qu'aux autres activités d'animation.

Une description similaire des deux centres a été faite, l'information se trouve en annexe.

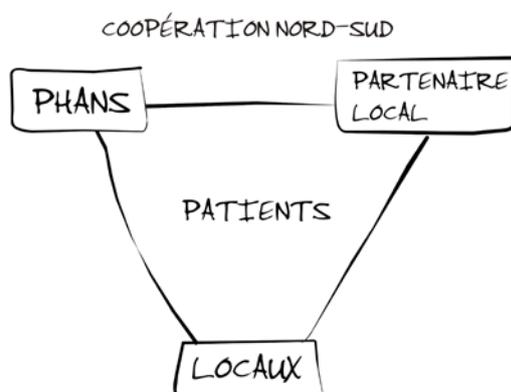
## **VIII – REMARQUES CONCLUSIVES ET PROBLEMATIQUE**

Un nouveau pays, une nouvelle culture, une nouvelle réalité, un nouveau système, des nouvelles références, des nouvelles langues, des nouvelles façons de faire, de se parler...

Pendant mon séjour au Bénin, j'ai occupé une double fonction. D'un côté, celle de l'observation liée au travail demandé par l'ONG sur l'évaluation globale de ses activités. Et de l'autre, celle qui découle du fait que j'étais la seule « représentante » de PHANS dans le milieu. J'étais chargée de la coordination, avec l'appui des sœurs (partenaires locaux), de certaines activités des centres : gestion des RR.HH (recrutement du personnel, licenciement d'un employé, réalisation des contrats de travail, planning des congés), gestion de la pharmacie, coordination des références des enfants hospitalisés. J'ai également participé aux temps forts de la vie en collectivité des centres ainsi que du partenariat : organisation et distribution des aliments et médicaments, consultations, activités d'animation et éducation dans les centres. J'ai assisté aux réunions auprès des responsables du réseau local ainsi qu'à celles du personnel et à celles entre les médecins du PHANS et leurs partenaires locaux.

Depuis 2000, la santé est placée au cœur des objectifs du millénaire pour le développement en 2015. Améliorer la santé de la population est donc un objectif indispensable pour le développement des pays. La population a droit à avoir accès à des services de santé de qualité délivrés par des agents qualifiés pour répondre à leurs besoins.<sup>8</sup> Cette qualité est donc un objectif recherché par les programmes de renforcement des systèmes de santé. J'ai eu la possibilité de voir le fonctionnement de l'ONG dans sa globalité, incluant les différents aspects et acteurs qui sont partie intégrante du processus de la prise en charge, tous motivés par cette perspective de qualité des services de soins. J'ai trouvé pertinent d'étudier le fonctionnement interne du partenariat, plus précisément son fonctionnement et ses dysfonctionnements. Ils peuvent être des facteurs influant quant à l'origine de la qualité de la prise en charge.

Le fonctionnement interne global s'appuie sur le trinôme : PHANS, partenaires locaux et employés locaux. Son objectif principal est la prise en charge de la santé de la population. La qualité de celle-ci dépend, entre autres facteurs, du fonctionnement correct de ce trinôme. La question qu'on se pose est donc :



*Sur quels axes peut-on faire progresser la collaboration entre les responsables de l'ONG, dans le Nord, et les locaux, dans le Sud, pour améliorer la prise en charge globale ?*

---

## CHAPITRE 2

### ENQUETE DE TERRAIN

#### I - MATERIELS ET METHODES

##### I.A. Immersion : observation et participation

La première étape a été principalement une période d'observation et d'apprentissage, non seulement des façons de faire au niveau médical (protocole du PHANS de prise en charge de la malnutrition) mais surtout des interactions sociales et de l'organisation du travail : relations hiérarchiques, relations entre les différents agents de santé, entre les agents de santé et les patients et entre les patients eux-mêmes.

Cette période fut également l'occasion de connaître et de prendre contact avec les personnes et structures qui font partie du réseau de travail du PHANS: CAME, CHD, Clinique Zinflou. J'ai pu également profiter de cette période d'observation pour expérimenter les mécanismes de coopération et de communication entre les responsable de l'ONG en France et les locaux qui travaillent avec ou pour l'ONG.

Cette période a été accompagnée d'entretiens informels, non structurés (style conversation) avec des partenaires, employés locaux ou personnes appartenant au réseau. Pour cela, nous avons comme base d'entretien des remarques ou questions se présentant dans le contexte immédiat, sans définition au préalable ni formulation particulière. Le soir je notais dans mon cahier de bord les constatations les plus pertinentes pour l'analyse postérieure. Aussi, pour l'étude des activités des centres, j'ai réalisé une exploration des dossiers d'enfants ayant séjourné aux CREN et des registres du dispensaire, dans la mesure où ceux-ci étaient bien complets. Il s'agit, d'une observation participative, telle que définie par S. Bastien dans la revue *Recherches Qualitatives* : « L'OP implique de la part du chercheur une immersion totale dans son terrain, pour tenter d'en saisir toutes les subtilités, au risque de manquer de recul et de perdre en objectivité. L'avantage est cependant clair en termes de production de données : cette méthode permet de vivre la réalité des sujets observés et de pouvoir comprendre certains mécanismes difficilement décriptables pour quiconque demeure en situation d'extériorité. En participant au

*même titre que les acteurs, le chercheur a un accès privilégié à des informations inaccessibles au moyen d'autres méthodes empiriques. »*

Avec l'ensemble d'informations recueillies à travers l'observation, l'exploration des documents et les entretiens informels, en utilisant l'outil d'analyse MOFF « Menaces Opportunités Forces Faiblesses », j'ai dressé un tableau pour chaque centre et un tableau sur l'organisation générale. Le but était de décrire, diagnostiquer et résumer la situation de chacun à ce moment « t » pour mettre en place des actions correctives. Ce tableau constituait également le point de départ pour la construction du questionnaire.

### **I.B. Enquêtes de terrain**

Dans les premiers moments de cette période d'observation, j'ai essayé de me détacher de mon rôle de participante, priorisant mon rôle d'étudiante, de chercheuse. Deux dimensions complémentaires m'intéressaient lors de cette évaluation du fonctionnement interne : d'une part les opinions des différents acteurs liés à la problématique par rapport à la qualité délivrée des services de santé ; d'autre part la perception des usagers par rapport à cette qualité. Pour cela le travail d'étude à partir d'enquêtes de terrain s'est basé sur l'élaboration de deux supports écrits construits à partir des constats et informations obtenus lors de la période d'observation et d'entretiens informels :

- ❖ 44 Entretiens semi-directifs (ESD) individuels effectués aux usagers du dispensaire de BWB, dans la langue locale véhiculaire, batonum, grâce à l'aide d'une traductrice franco-batonum.
- ❖ 18 questionnaires en français alternant des questions ouvertes et fermées, dirigées aux 3 acteurs de la collaboration Nord-Sud : les locaux au Bénin dont huit employés et quatre partenaires et les membres du PHANS en France, 6.

### **I.C. Echantillon**

- ESD : Dans ce cas, l'échantillon est constitué d'adultes hommes ou femmes, usagers directs (patients) ou indirects (parents d'enfants) ayant consulté au dispensaire de BWB la semaine du 2 au 7 juillet et ayant un niveau de compréhension en batonoum suffisant pour le déroulement de l'entretien.

- Questionnaire : S'agissant d'une petite structure, je cherchais l'exhaustivité lors du recueil des données. C'est pour répondre à cet objectif que le questionnaire a été proposé à tous les acteurs impliqués dans le trinôme. « présents » entre le 8 et le 20 juillet.

#### **I.D. Les garanties éthiques**

Tant pour l'ESD que pour le questionnaire, l'anonymat a été respecté et longuement explicité aux personnes enquêtées, en soulignant le but pédagogique et impartial de cette enquête. J'expliquais également aux enquêtés ma position respectivement au PHANS et à ses partenaires. La participation était libre et la confidentialité des opinions assurée à titre individuel.

#### **I.E. Les objectifs et la finalité de l'étude**

L'étude s'intéresse aux deux dimensions :

- la perspective externe par rapport à la qualité des soins délivrés. On donne la parole aux usagers pour la première fois dans le centre pour recueillir leur opinion par rapport aux services.
- la perspective interne auprès des 3 acteurs impliqués dans le fonctionnement de la structure.

L'objectif de l'analyse de la situation par le moyen de l'outil MOFF était de produire une « photographie » de la situation au temps « t » pour connaître l'état des lieux.

La mise en place des entretiens semi-structurés a permis de répondre aux objectifs suivants :

- Identifier et analyser certaines attitudes et pratiques de la population liées à l'accessibilité et l'utilisation du service
- Connaître la perception de la population quant aux services et soins délivrés

L'enquête par questionnaire répond aux objectifs suivants :

- Connaître et analyser les divers avis sur certains aspects prioritaires quant à l'organisation générale
- Connaître la perception du personnel impliqué dans les services et les soins quant à leur propre travail (auto-évaluation).

La finalité de l'étude est :

- Connaître et mettre en relation les perceptions des différentes personnes impliquées ainsi que celles qui utilisent les services
- Identifier et analyser les facteurs et mécanismes qui peuvent influencer la qualité de la prise en charge pour définir des axes d'amélioration

## **I.F. Contenu, élaboration et mode d'administration de l'enquête**

### ***I.F.1. L'entretien semi-directif***

#### **⇒ Contenu**

L'entretien sert à recueillir l'avis des usagers quant à la prise en charge de leur santé, afin de compléter et d'enrichir la réflexion sur la qualité de la coopération ; ceci ayant à son tour pour objectif final l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la santé de la population.

Il s'organise en deux parties :

- Une partie introductive, courte, concernant l'identité de la personne : sexe, âge, ethnie, langues parlées, lieu de provenance, occupation principale, moyen de transport.
- La deuxième partie recueille les déclarations de la personne. Elle est déclinée autour de deux thématiques : attitudes et pratiques liées à l'accessibilité et l'utilisation du service et qualité perçue du service et des soins délivrés

Thématiques	Objectifs
attitudes et pratiques liées à l'accessibilité et l'utilisation du service	<ul style="list-style-type: none"> <li>- connaître les comportements de la population par rapport à la fréquentation du centre</li> <li>- évaluer les relations du réseau public-privé</li> <li>- connaître les attentes de la population locale pour définir de nouveaux axes à développer</li> </ul>
qualité perçue du service et des soins délivrés	- degré de satisfaction et améliorations possibles

Les questions sont abordées sous forme de deux types de réponses :

- ❖ réponses qualitatives : elles sont de type ouvertes, contenant des histoires à titre anecdotique mais très riches en informations.
- ❖ réponses semi-ouvertes avec une partie fermée de type oui/non ou combinant une liste réduite de réponse pré-codées pour évaluer la qualité (1= « mauvaise », 2= « moyenne », 3=« très bonne ») accompagnées de la question « voudriez-vous ajoutez un commentaire ? ».

### ⇒ **Élaboration**

A partir des constats faits pendant la première période, un premier guide des sujets à traiter a été déterminé. Dans un premier temps, il s'agissait plutôt d'un questionnaire avec quelques questions ouvertes qui utilisait une échelle plus minutieuse pour évaluer la qualité (échelle comprenant des degrés de 1 à 5). Un test a été fait auprès de sept usagers présents au dispensaire le 27 juin, choisis sur les mêmes critères que ceux de l'échantillon du questionnaire définitif.

Suite à ce test, plusieurs modifications ont été mises en place dans le but de mieux adapter l'enquête aux personnes impliquées. D'une part le questionnaire est devenu un entretien semi-directif. Les usagers n'étaient pas habitués au type de réponse synthétique et la méthode de l'entretien donnait davantage la parole aux usagers, qui par le moyen d'anecdotes trouvaient le moyen d'exprimer leur opinion.

D'autre part, l'échelle a été réduite de 5 à 3 choix. Les personnes consultées ne faisaient pas la différence entre les subtilités de la première échelle. Enfin, au lieu d'être simplement des questions fermées, chaque question était accompagnée systématiquement de la question « *voudriez-vous ajouter un commentaire ?* », devenant ainsi des questions semi-ouvertes.

Des changements ont également eu lieu au niveau du mode d'administration, qui impliquait la traduction français-batonum-français. Pour la traductrice c'était aussi plus facile de traduire « littéralement » les questions et réponses ouvertes. Le fait d'exiger des réponses fermées pour répondre à un questionnaire supposait une interprétation de la part de la traductrice pour pouvoir me répondre suivant le modèle. De cette manière la communication devenait plus « transparente ».

#### ⇒ **Mode d'administration**

Les entretiens semi-directifs individuels ont été effectués dans un lieu clos, dans une salle jouxtant celle des consultations. La durée moyenne était de 45 minutes. Chaque patient, une fois son parcours de soins terminé dans le dispensaire, était invité à suivre l'entretien sous réserve qu'il ait un niveau suffisant en langue batonum. Ne parlant pas moi-même une langue locale et vu la difficulté de trouver des personnes ayant un niveau suffisant de français, j'ai dû faire appel à une des infirmières du centre pour assurer le rôle de traductrice. Pendant cette semaine une seule infirmière a consulté auprès de patients, la seconde jouant le rôle de traductrice. Au début de chaque entretien, j'expliquais l'importance de l'anonymat, la confidentialité ainsi que mon rôle dans cette démarche en tant qu'étudiante et non comme membre de l'ONG. Je posais les questions en français, la traductrice les traduisait en langue nationale, elle écoutait la réponse et au fur à mesure elle me traduisait de manière à ce que je puisse prendre note et inscrire les réponses aux questions fermées.

Pour que l'entretien puisse se dérouler correctement, la traductrice respectait les protocoles culturels et était donc chargée des salutations de l'accueil et de la fin, deux rituels très importants pour les usagers.

## ***I.F.2. Le questionnaire***

### **⇒ Contenu**

Le questionnaire s'intéresse aux rapports entre le PHANS et les locaux. Il est organisé autour de trois chapitres : l'organisation générale, les centres de santé et les projets.

Thématiques	Objectifs
L'organisation générale	- Évaluer quelques aspects de l'organisation interne - Évaluer quelques aspects des relations du partenariat
Les centres de santé	- Connaître le degré de satisfaction et les améliorations possibles par rapport aux soins et services délivrés au sein de l'association.
Projets	- Connaître les avis des différents acteurs impliqués quant aux nouveaux axes à développer

Dans ce questionnaire mixte, on trouve deux types de réponses. Les réponses de type fermé combinaient un éventail de réponses possibles selon le type d'avis recherché, au niveau de l'opinion, la fréquence, la qualité. Le questionnaire comptait en outre trois réponses ouvertes car je souhaitais que les personnes aient une liberté complète pour répondre aux sujets correspondants, sans conditionner leurs réponses.

### **⇒ Elaboration**

Les sujets faisant partie du questionnaire furent les points les plus conflictuels, identifiés lors de la première période d'observation. Il s'agit des points qui présentent une difficulté soit due à un problème de mésentente entre les parties impliquées, soit résultant d'un dysfonctionnement constaté pendant l'OP. L'objectif étant de confronter les avis des différents acteurs sur les sujets choisis, j'ai préféré des

questions fermées. Ce choix permettrait a posteriori de comparer plus facilement les différentes réponses.

Dans le but de pouvoir comparer en aval les différents points de vue, un même questionnaire a été élaboré pour tous d'où la nécessité d'introduire une option « sans objet » remplie à l'avance pour délimiter les différents domaines de compétences de chaque partie. Les employés locaux n'avaient pas l'habitude de faire ce type de questionnaire, l'administration du questionnaire a donc été modifiée au profit d'un mode d'accompagnement personnalisé.

### ⇒ **Le mode d'administration**

Deux types de démarches auprès des personnes enquêtées ont été suivis. Pour les partenaires et employés, qui se trouvaient au Bénin, j'ai moi-même administré le questionnaire en expliquant à l'avance mon positionnement par rapport à cette enquête et en soulignant mon rôle d'étudiante en master en SP, précisant donc que je ne faisais pas partie du bureau de PHANS. Le remplissage du questionnaire se déroulait sur le lieu de travail, pour une durée moyenne d'une heure. Nous lisions les questions ensemble et je proposais aux personnes d'écrire elles-mêmes les réponses. Quand la finalité des questions n'était pas comprise, j'expliquais en rajoutant des exemples ou des situations types. Pour les membres du bureau du PHANS, situés en France, le questionnaire a été envoyé par mail, rempli individuellement et renvoyé dans un délai de 15 jours.

## **II – LES RESULTATS**

### **II.A. Rappel**

Suite aux travaux de la première période d'OP, quatre tableaux ont été dressés en utilisant l'outil MOFF pour l'analyse des trois centres ainsi que celui de l'organisation générale.

Dans la deuxième étape d'étude, deux dimensions sont privilégiées :

- Avis externes : les personnes concernées par l'entretien sont les personnes présentes au dispensaire de BWB sur la période du 2 au 7 juillet 2012. Sur cette période, 73 personnes ont été consultées dont 44 avaient un niveau de batonum suffisant pour suivre l'enquête avec l'aide d'une traductrice français-batonum.

- Avis internes : les personnes concernées par l'entretien sont les personnes travaillant dans les différents projets du PHANS sur la période du 8 au 20 juillet 2012. Des 18 personnes enquêtées : 6 étaient membres du bureau, 4 étaient des responsables des congrégations occupant un rôle actif aux centres et les 7 restants étaient des agents de soins travaillant dans les différentes structures.

## **II.B. Échantillon et analyse : caractéristiques démographiques et socioculturelles**

Les personnes concernées par l'enquête sont celles qui étaient présentes au dispensaire pendant la période d'étude, mais seulement 44 ont participé. Un taux de participation qui est donc de 60 %, conséquence des limites dues à la communication. Une seule langue, la langue locale (batonum), a été retenue pour la réalisation de l'enquête, faute de moyens locaux (peu de traducteurs locaux avec une bonne maîtrise du français et d'une autre langue locale). Toutes les personnes ayant un niveau de batonum suffisant pour participer ont accepté de répondre à l'enquête, soit une participation relative de 100 % des personnes en capacité de le faire.

Parmi les personnes enquêtées, 55 % (n=24) étaient des usagers indirects (parents d'enfants) et 45 % (n=20) des usagers directs du service.

L'enquête auprès des usagers des autres centres (CREN) n'a pas été possible vu le manque d'effectifs pendant cette période

<b><i>Critères</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
<b><i>Genre</i></b>		
Femme	30	68
Homme	14	32
<b><i>Groupe d'âge</i></b>		
25-35	31	71
35-45	9	20
+ 45	4	9

<b><i>Ethnie</i></b>		
Berba	21	48
Peulh	9	20
Baribas	7	16
Autres	7	16
(gnende, lokpa, yoruba, gando)		
<b><i>Lieu de provenance</i></b>		
Kabo		36
Villages du Nigeria		23
Kpari		18
Autres		23
(Soare, Sonna, Bwb, Swin, Boue, etc.)		
<b><i>Occupation*</i></b>		
Cultivateur/Cultivatrice	42	95
Ménagère	29	66
Commerçant/Commerçante	3	7
Zem	2	5
Féticheur	1	2
<b>Moyen de transport pour se rendre au dispensaire</b>		
Moto personnelle		45
Zem (moto-taxi)		30
A pied		25

---

## **II.C. Thématique 1 : Attitudes et pratiques liées à l'accessibilité et utilisation du service**

### ***II.C.1. La fréquentation***

D'après l'enquête réalisée, le tableau ci-après résume les comportements par rapport à la fréquentation des centres de santé.

<b>Critères</b>	<b>%</b>
<b>Fréquentation du dispensaire de BWB</b>	
Nouvel usager	28
Usager récurrent	72
<b>Fréquentation d'autre centre de santé de premiers soins dans la dernière année</b>	
<b>OUI</b>	52
Centres d'Etat	86
Petit cabinet privé	31
Guérisseur	17
<b>NON</b>	48

Parmi ceux qui consultent pour la première fois au dispensaire de BWB, 100 % déclarent avoir reçu de bonnes recommandations quant au centre. Ces recommandations concernaient des sujets tels que la propreté, la disponibilité des médicaments et l'efficacité des traitements. « *Mon mari est venu avant avec l'autre coépouse et ça a marché, la maladie est partie* ». La communication informelle « bouche à oreille » est le moyen le plus utilisé pour la diffusion « *Moi maintenant je vais faire de la pub du centre chez moi* ».

On trouve une grande pluralité de situations parmi les usagers récurrents. Certains patients fréquentent le dispensaire depuis l'ouverture en 2009 - « *Moi je viens depuis que le centre a ouvert* » - alors que d'autres le connaissent depuis seulement un mois.

- Concernant la question « *Avez-vous consulté auprès d'un autre centre de santé dans la dernière année ?* »

Les raisons qui apparaissent plus fréquemment, par ordre croissant, sont : la proximité des petits cabinets, « *c'est dans mon village* », le fait que pendant les week-ends le dispensaire est fermé (les centres d'État sont ouverts les week-ends) et les facteurs culturels tels « *ma grand-mère a pris l'enfant et elle l'a emmené au guérisseur avant de venir ici* ». Lors de ces consultations, les personnes ayant

présenté un carnet de soins du PHANS dans une autre structure déclarent ne pas avoir eu de problème lié à cela avec le personnel des autres services de santé.

L'ensemble de ceux qui disent ne pas avoir consulté un autre centre dans la dernière année « *moi je ne vais plus ailleurs* » disent retourner au dispensaire de BWB suite à une expérience antérieure positive.

- Quand la question de l'orientation vers le CHD de Parakou est abordée, les enquêtés répondent par la crainte « *Parakou ça inquiète* », le facteur financier « *si on n'a pas d'argent, là-bas il n'y a pas de soin* » ou les facteurs sociaux « *au CHD c'est difficile de se retrouver, on ne comprend pas notre langue... Ici les parents nous ramènent les repas et les choses qu'on a besoin* », « *je ne comprends pas ce que les gens me disent là-bas* ».

### **II.C.2. Attitudes et pratiques**

Le tableau suivant résume les raisons citées par les usagers qui motivent leur choix du dispensaire de BWB pour les soins primaires.

« Pourquoi avez-vous choisi ce centre de santé ? »*	N	%
Efficacité des traitements		83
Disponibilité des médicaments		76
Bon accueil		62
Prix accessibles		45
Présence des blancs		39
Disponibilité de moyens de diagnostic		32
Proximité		24

\* plus d'un choix par personne

- Les usagers parlent d'« *efficacité des traitements* » qui fait référence à la guérison de la maladie suite au traitement administré. Ce critère est directement relié à la disponibilité des médicaments « *il y a plein de médicaments* », aux moyens de diagnostic « *ici il a du matériel pour détecter les choses* » ainsi qu'aux compétences des agents de santé « *l'infirmière t'examine* ».

- Pour eux, un bon accueil est caractérisé par « *les gens sont gentils* », « *on ne crie pas sur toi* ». Les avis par rapport à la présence des « batourés » (blancs en batonum) sont très divers.

- Pour les 39 % pour lesquels la présence des blancs est un facteur de consultation au dispensaire « *la présence des blanc les motive* », on trouve différentes raisons qui expliquent cette relation :

- l'organisation et la gestion : « *si le blanc est quelque part : c'est organisé et le coût est abordable* »
- la spécialisation : « *ils sont des spécialistes et donc ils donnent des traitements spécifiques* »
- les moyens : « *c'est un centre de blancs, il y a des moyens pour traiter et si c'est une urgence on traite et puis on paye* »

- Au sein des 61% restants, on trouve des gens qui déclarent ne pas avoir connaissance « *je ne savais pas qu'il y avait des batourés* » ainsi que des gens pour qui la présence des blancs n'a aucune conséquence sur leurs attitudes « *je m'en fous qu'il y ait des blancs ou des noirs, c'est la même chose pour moi* » ou « *je viens même si les blancs ne sont pas là, ce n'est pas important pour moi* ».

La proximité du centre de santé ne semble pas être un facteur prépondérant pour le choix du dispensaire, d'après l'analyse des villages d'origine on trouve des distances qui vont de 10 mètres à 100 Kilomètres (Nigeria). Un des usagers dit « *j'ai payé 6000 francs CAF (9,15 euros) à un taxi pour venir ici* ». Bien que les personnes qui parcourent des distances si grandes ne soient pas majoritaires, la qualité des soins délivrés peut effectivement conditionner les déplacements.

## **II.D. Thématique 2 : Qualité perçue du service et soins délivrés**

### **II.D.1. Qualité perçue**

En terme général les gens sont satisfait du service : « *on aime venir ici, des fois on vient juste leur rendre visite* ».

<b>Critères</b>	<b>1 = mauvais</b>	<b>2 = plus ou moins</b>	<b>3 = bon</b>
Propreté			100 %
Temps d'attente			100 %
Accueil			100 %
Ecoute des infirmières			100 %
Explication des infirmières	47 %		53 %
Explication de la pharmacienne (posologie médicaments)	11 %		89%
Prix		4%	96%

La propreté est qualifiée de « *impeccable* », « *irréprochable* », une usagère rajoutant « *quand tu rentres tout est propre et une partie de la maladie s'en va déjà* ».

Le temps d'attente pour être consulté varie en fonction de l'ordre d'arrivée et peut atteindre au maximum 45 minutes. Ce critère de temps semble cependant n'avoir que peu d'importance dans ce contexte, puisque le rapport avec le temps est différent et plusieurs réponses montrent que pour de nombreuses personnes, attendre n'est pas un souci « *je me fous du temps d'attente, moi je veux être traité* » ou « *chaque patient a son temps à faire et après c'est mon tour* ». Par contre, le fait de prendre en compte les urgences semble être apprécié « *je suis passé avant parce que c'était plus grave que le reste* ».

En ce qui concerne l'accueil, les gens sont très satisfaits du service : « *on te traite comme si t'étais chez toi* ». Même constatation concernant l'attitude des infirmières au niveau de l'écoute des patients : « *ici c'est calme depuis l'accueil et à la consultation on peut s'exprimer et dire tout ce qu'il y avait, tu poses toutes les questions. On crie pas sur toi* », « *j'ai eu le temps de parler sur la maladie de mon enfant* », « *ici on te demande et on t'examine* ».

Concernant les explications faites par les infirmières et la pharmacienne, je leur demandais s'ils étaient capables de me répéter ce qui leur avait été dit. Au niveau des pathologies, 47 % des enquêtés ne savent pas ce qu'ils ont ou ce que leur

enfant a. Au niveau de la posologie des médicaments, 11 % n'étaient pas capables de répéter les explications de la pharmacienne correctement.

96 % pensent que les prix sont bons, et derrière cet avis se cache une diversité de critères d'évaluation du prix :

- comparaison « *c'est moins cher que les autres centres* »
- relation prix-médicaments « *ici avec 2000 francs CFA tu pars avec plein de médicaments* »
- pouvoir d'achat de la population « *même les plus pauvres peuvent venir ici* »

Une des personnes qui pense que le prix est « *plus ou moins bon* » dit « *de revoir les prix pendant la période des pluies* ». La période de pluies est en effet la période précédant les récoltes, les patients ont donc moins d'argent.

### **II.D.2. Axes à développer**

Quand j'ai demandé quels nouveaux services ils aimeraient voir se développer dans le dispensaire, des réponses du type « *je prie pour que cela s'agrandisse* » étaient fréquentes, « *pour éviter d'aller à Parakou* ».

Les services demandés sont :

- maternité 82 %
- transfusion 45%
- vaccination 27%
- séance IEC 18 %
- pédiatrie 2%.

### **II.E. Diagnostic de départ**

A partir des informations récoltées lors de la première étape de OP, voici le tableau MOFF qui résume l'analyse par rapport à l'organisation générale. Les analyses des centres se trouvent en annexe.

<p><b>Forces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiplicité des médecins, différentes spécialités</li> <li>- Engagement de chacun</li> <li>- Expérience dans le milieu humanitaire</li> <li>- Organisme privé (autonomie , pas de directive de l'Etat)</li> </ul>	<p><b>Opportunités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Richesse des connaissances et contacts</li> <li>- Partenariat de confiance sur place</li> </ul>
<p><b>Faiblesses</b></p> <p>GENERALITES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisme privé</li> <li>- Problème Transmissions PHANS - partenariat</li> <li>- Problème de gestion et de consommation des médicaments ramenés de France et d'Espagne</li> </ul> <p>MISSION</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation des missions des médecins</li> <li>- Problème de recrutement des missionnaires</li> <li>- Manque d'encadrement de la formation du personnel lors des missions</li> </ul> <p>PERSONNEL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manque de cadre juridique et administratif du personnel (contrats de travail, organigramme, déclaration à la CNSS et salaire minimum)</li> <li>-Souci des relations extra-professionnelles</li> </ul>	<p><b>Menaces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés de recrutement</li> <li>- Siège de gestion du PHANS ≠ lieu d'action (gestion des problèmes et du quotidien à distance )</li> </ul>

## II.F. Evaluation interne

### II.F.1. L'enquête : échantillon et analyse :

Les personnes concernées (n=18) par l'enquête sont celles qui travaillaient dans un ou plusieurs projets du PHANS pendant la période du 8 au 20 juillet. Étant donné qu'il s'agit d'une petite structure, j'ai cherché la plus grande exhaustivité par rapport au recueil de données. Il s'agit d'une enquête transversale à toute la structure et à tous les membres qui la composent.

- treize femmes et cinq hommes ont répondu à ce questionnaire.

- huit appartiennent à la tranche d'âge 25-35 et dix à celle de 45-55
- six sont membres du PHANS, quatre sont membres d'une congrégation (ECJ et OCPSP) et huit sont employés locaux dont trois étaient engagés depuis une période inférieure à quatre mois.
- dix ont été administrés personnellement et huit par mail.

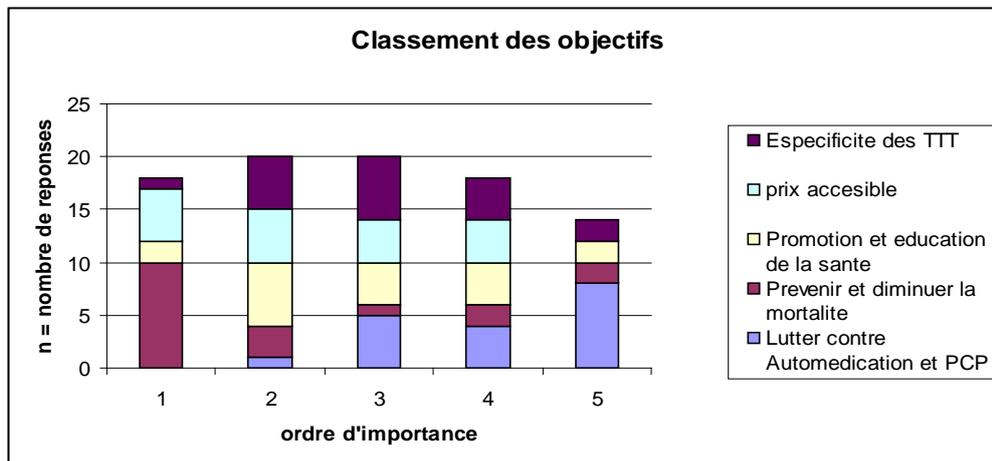
En ce qui concerne l'administration du questionnaire, l'utilisation du mail était une conséquence des distances géographiques (Bénin-France-Argentine) existantes lors de la période d'étude.

Parmi les employés locaux enquêtés, trois avaient intégré l'équipe de travail depuis une période inférieure à quatre mois.

## II.F.2. La Coopération

### ⇒ Les Objectifs

J'ai demandé de classer cinq objectifs préétablis d'après leur importance, selon leurs critères : spécificité des traitements, prix accessibles, promotion/éducation de la santé, prévention/diminution de la mortalité et lutte contre l'automédication.



### ⇒ Responsabilités, confiance et limites

Concernant la question des responsabilités médicale, financière et de gestion des différents acteurs impliqués au sein de postes à responsabilité, les réponses sont

résumées dans le tableau suivant. L'indicateur « N » correspond au nombre de personnes ayant eu la même réponse.

Type de Responsabilité	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plus ou moins d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
<b>Médicale</b>						
PHANS	-	-	1	-	16	1
Congrégation	14	-	-	-	2	2
<b>De la gestion</b>						
PHANS	4	-	4	-	9	1
Congrégation	1	-	-	1	15	1
<b>Financière</b>						
PHANS	-	-	1	4	13	-
Congrégation	5	-	2	6	3	2

Les deux questions qui suivent concernent les membres du PHANS ainsi que les sœurs (N=10), c'est-à-dire que huit personnes ont répondu « *sans objet* » pour ces questions. Elles portent sur des sujets liés à la confiance et limites du partenariat entre eux.

Concernant l'énoncé, « Vous faites confiance dans les critères de votre partenaire par rapport » :

a) recrutement personnel : 6 personnes sont plus ou moins d'accord, 3 personnes sont d'accord, et 1 personne répond « *je ne sais pas, je viens d'arriver il y a 10 mois* ».

b) compétences : les enquêtés sont tout à fait d'accord à l'unanimité.

c) gestion financière des fonds : 9 personnes répondent par « *je suis tout à fait d'accord* » et 1 personne dit ne pas savoir. C'est la même personne que dans la question précédente.

A la question, « croyez-vous que les objectifs et limites du partenariat ont été suffisamment établis dans » :

a) le domaine de l'accord financier : 5 personnes répondent en disant qu'ils sont plus ou moins d'accord, 2 personnes sont tout à fait d'accord et 1 personne dit n'être pas d'accord et rajoute « *peut-être c'est établi mais je ne les connais pas, je viens d'arriver* ».

b) le rôle de chaque partenaire : 5 personnes répondent en disant qu'elles sont plus ou moins d'accord, 2 personnes sont tout à fait d'accord et 1 personne dit n'être pas d'accord, il s'agit de la même personne que dans le cas précédent

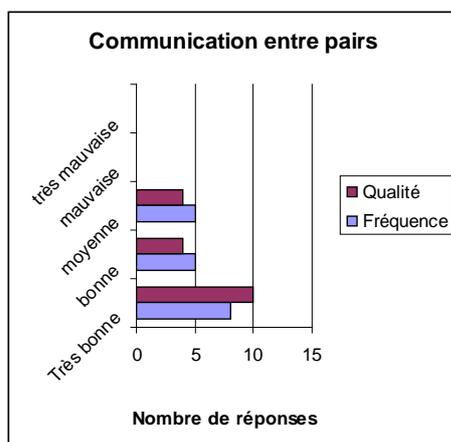
c) le développement des axes de travail : 5 personnes sont d'accord et 3 personnes disent être plus ou moins d'accord avec cette phrase.

d) le respect entre laïcs et religieuses : tous les interrogés (n=10) déclarent être tout à fait d'accord.

### **II.F.3. Communication et information**

A la question, « Comment est la communication au sein de l'équipe? » (Par rapport aux problèmes quotidiens, aux prises de décisions, aux informations des missions)

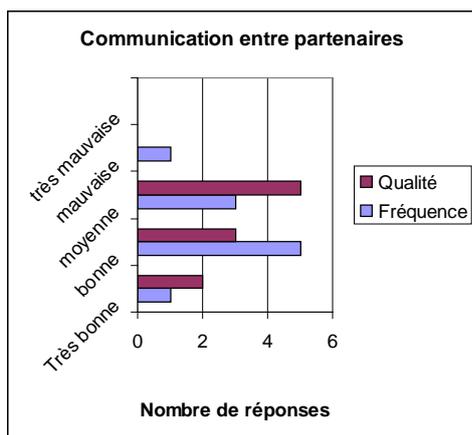
A) Entre pairs (employés locaux/Sœurs/PHANS) :



Un des employés, ayant qualifié la communication au sein de l'équipe de « moyenne » rajoute « *il doit y avoir plus de solidarité entre l'équipe* ».

B) Entre partenaires : Sœurs – PHANS :

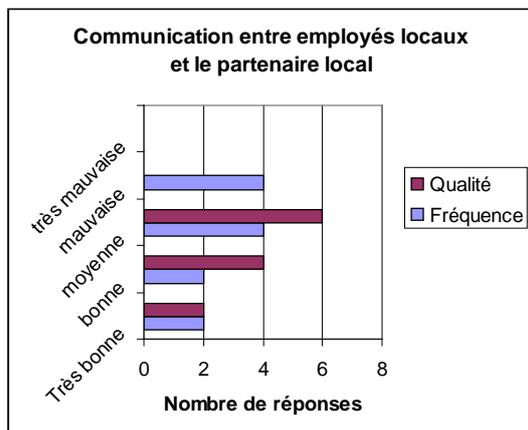
8 personnes, chiffre qui correspond au nombre d'employés des centres, notent « SO » puisqu'elles ne sont pas concernées.



Une personne qui pense que la fréquence de communication est « *bonne* » a dit « *on communique toutes les fois que cela est nécessaire* ». Tandis que celle qui pense qu'elle est « *mauvaise* » déclare qu' « *elle se limite aux visites des médecins* ». En ce qui concerne la qualité, une personne qui trouve qu'elle est « *moyenne* » commente « *les messages ne passent pas toujours, on ne se comprend pas des fois* ».

### C) Entre employés locaux et Sœurs

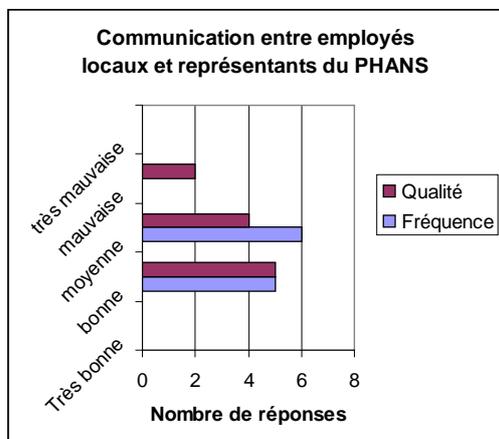
6 personnes, chiffre qui correspond aux membres du PHANS, notent « *SO* » puisqu'elles ne sont pas concernées.



Concernant la fréquence, une personne dit par rapport à la présence du partenaire dans les centres : « *on les voit peu* » « *on ne les connaît pas trop* ». Concernant la qualité, une des partenaires justifie son choix de « *moyenne* » en expliquant « *il y a des différences culturelles, je ne sais pas si les codes que nous utilisons sont les bons, des fois j'ai peur de ne pas les satisfaire* »

#### D) Entre employés locaux et PHANS

4 personnes, chiffre qui correspond au nombre de partenaires, notent « SO » puisqu'elles ne sont pas concernées.



Une personne ayant répondu « *moyenne* » à la question concernant la fréquence rajoute : « *quand ils viennent, ils ne restent pas beaucoup au CREN* ».

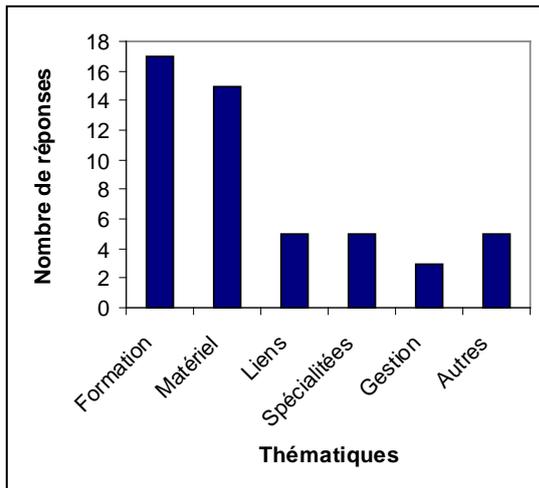
Pour ce qui est de la qualité de cette communication, une personne qui trouve qu'elle est « *mauvaise* » dit « *chacun établit ses normes et des fois c'est difficile d'avoir un point commun* ».

3 personnes répondent qu'ils ne savent pas, qu'elles ne peuvent pas qualifier la communication. Il s'agit des personnes travaillant dans un des centres du PHANS durant des périodes inférieures à 4 mois.

#### **II.F.4. Les Missions**

A la question « *Quels sont d'après vous les trois apports les plus importants des médecins qui viennent en mission courte-durée ?* »

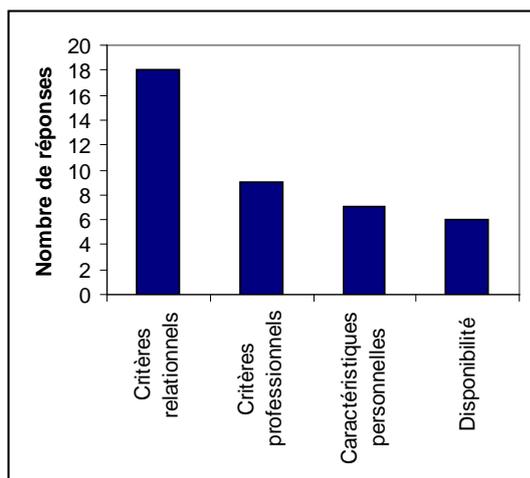
Tout le monde n'a pas donné trois réponses et, quelquefois, plusieurs d'entre elles pouvaient se regrouper sous une même thématique



L'importance du rôle formateur des médecins regroupe différents sujets tels que : nouvelles informations, connaissances, techniques, « *Échange de savoir et compétences* ». L'apport matériel fait référence à : « *des appareils de diagnostic* », des médicaments, des compresses, ou « *des bouquins* », une personne souligne cette importance en disant « *Elle vient palier un manque* ». En troisième position on retrouve le rôle de ces séjours pour renforcer les liens humains « *sinon on a la sensation qu'on travaille avec des fantômes... le Bureau* », « *c'est le cas pour qu'il y ait une présence de l'autorité* ». S'agissant d'une ONG qui fonctionne par des missions médicales sur place, « *c'est une chance pour la population, beaucoup de personnes en trouvent du soulagement* », rappelle une personne. Et finalement on constate l'apport au niveau de la gestion (ex : fiches de stock, courbes de poids), l'arrivée des coopérants s'accompagnant des changements « *Tout change plus rapidement et maintenant c'est plus facile* ».

D'autres remarques individuelles ont été faites, telles que : les aides financières ponctuelles auprès des malades et l'apport des qualités humaines « *Ils touchent les malades, ils n'ont pas peur* ».

A la question, « *Quels sont (ou quels devront être d'après vous) les cinq critères plus importants pour choisir un coopérant pour venir travailler dans les centres de santé?* »



Les différents critères regroupent une hétérogénéité d'aspects. Pour les critères relationnels, une grande diversité de caractéristiques a été citée : bonne communication, adaptation au milieu, gestion du tempérament, collaboration, gentillesse, travail en équipe, respect mutuel, capacité d'intégration, ouverture d'esprit. Les compétences professionnelles sont très importantes au moment de choisir un coopérant. Au niveau des compétences, les personnes enquêtées parlent de professionnalisme, d'exiger un diplôme, de privilégier certaines spécialités (pédiatrie, dermatologie), de demander une certaine expérience, de savoir enseigner. On trouve parmi les réponses des caractéristiques personnelles telles que : moralité, maturité, honnêteté, ouverture d'esprit, motivation, qui sont fondamentales pour certains. Finalement, le fait d'avoir une « *disponibilité dans le temps* » devrait être un critère à prendre en compte lors du choix, « *deux semaines ce n'est pas beaucoup* », « *au moins un mois* » d'après les avis recueillis.

En plus de ces opinions, 1 personne parle du fait que le coopérant doit « *être d'accord avec les principes de l'association* ».

Les employés locaux se disent être satisfaits « *la plupart du temps* » avec les coopérants qui sont partis en mission mais « *des fois c'est beaucoup trop de pression* » ajoute un employé. Un autre problème est soulevé, celui de l'éthique par rapport aux relations « *extra-professionnelles* ». Les relations humaines étant très complexes, en particulierité dans cette situation, ces comportements peuvent avoir des conséquences à court ou long terme au sein de l'équipe de travail comme dans l'organisation.

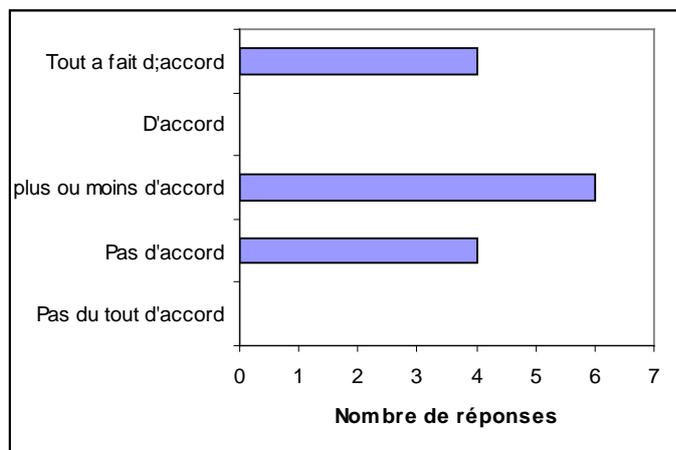
## **II.F.5. La formation**

A la question « citez trois sujets de formation que vous avez eus pendant la dernière année »

Les 8 employés du PHANS affirment ne pas avoir suivi une formation officielle (de l'État) au cours de la dernière année. En revanche, 1 employé (ayant travaillé avec le PHANS pour une période supérieure à six mois) énonce quelques sujets appris lors d'une mission d'un docteur, tels le traitement des diabètes, la dermatologie, l'amibiase.

Suite à cette question, je leur demandais de me dire les sujets qu'ils souhaiteraient que les docteurs traitent au cours des prochaines missions. Voici les thèmes énoncés : traitement du paludisme, techniques de soins, produits pharmaceutiques, traitement ORL, infections vaginales, dentisterie, informatique.

Concernant la formation des agents de santé par compagnonnage et les opinions sur l'énoncé : « *La méthode de formation par compagnonnage me semble la meilleure* »



Deux ont répondu « *je ne sais pas* », elles travaillent depuis trois mois au centre et ne connaissent pas la méthode.

Les personnes ayant exprimé un désaccord déclarent que cette méthode n'est pas suffisante « *Des fois ça ne marche pas* », un employé/e cite l'exemple de la visite du dentiste et explique « *moi je ne sais même pas les noms des dents* ». Ils ont proposé d'autres méthodes complémentaires tels que des cours avec des supports écrits (PPT), des matériaux audiovisuels (documentaires), des échanges avec d'autres centres (ex : Nikki).

### **II.F.6. Les centres de santé**

Le questionnaire est l'un des trois documents (analyse MOFF, entretiens usagers, questionnaire personnel interne) élaborés à partir des différentes méthodes qui nous permettent d'avoir une évaluation globale du travail réalisé.

Les résultats de l'enquête figurent dans la grille en annexe.

### **II.F.7. Les projets à développer**

Les projets à développer diffèrent des services délivrés actuellement par chacun des centres.

Le dispensaire de Bonwoberou présente plusieurs axes de travail qui peuvent être envisagés dans le futur plus ou moins proche. Pour cette question les personnes concernées étaient les employés du dispensaire, les sœurs ECJ et les membres du PHANS. Sur 14 personnes impliquées, tout le monde n'a pas répondu à toutes les propositions, notamment les membres du PHANS.

- 10 personnes pensent que c'est une bonne ou une très bonne idée d'offrir le service de pratiquer des circoncisions aux populations intéressées dans le dispensaire. 1 personne, membre du PHANS, n'est pas du tout d'accord avec cette proposition.
- 11 personnes déclarent être d'accord ou tout à fait d'accord pour la mise en place d'un laboratoire d'analyses biologiques associé au dispensaire « *ils vont à Parakou et là-bas c'est trop cher* ». 1 personne, membre du PHANS, n'est pas du tout d'accord avec cette proposition.
- 8 personnes sont plus ou moins d'accord avec la proposition de renforcement du travail du dispensaire et des sœurs dans la mise en place des journées de dépistage et de sensibilisation à certaines maladies dans les villages, dans une perspective de déplacement du dispensaire vers les village. 2 personnes pensent que ce n'est pas une bonne idée.
- Parmi les personnes ayant répondu à cette question, 11 au total, manifestent leur accord pour développer l'axe de Promotion et éducation de la santé au sein du dispensaire par la mise en place de séance de IEC sur différentes thématiques : « *au début ça va pas marcher mais avec le temps, quand les gens vont commencer à savoir qu'il y a ça, oui...* »

- En ce qui concerne la création d'un CREN de prise en charge ambulatoire de la malnutrition, avec siège au dispensaire de BWB, les 8 personnes locales (employés et sœurs) disent qu'elles ne sont pas d'accord avec ce projet « *c'est mieux qu'ils –les enfants- partent à Banikanni* ». Tandis que 3 personnes, membres du bureau, affirment être d'accord avec cet énoncé.
- Bien que la transfusion soit une problématique majeure de santé « *dans le coin il y en a pas* », 8 personnes ne sont pas d'accord avec la proposition de mettre en place ce nouveau service « *on doit aller pas à pas* », « *on ne pourra pas tout le temps avoir du sang* ». 1 personne pense que c'est une bonne idée à développer.

11 personnes sont concernées par cette question dont les employés du CREN de BNK, les sœurs et PHANS. Au CREN de Banikanni, dans le cadre de la prise en charge des complications, les enfants sont parfois réorientés dans d'autres structures, principalement à cause d'anémies graves où il est nécessaire de faire appel à des services externes tels que des analyses de laboratoire ou des consultations auprès des docteurs locaux.

- Envisager des partenariats avec des structures ou professionnels locaux : 5 personnes, tous des locaux, sont d'accord avec cette démarche tandis que 2 personnes, membres du PHANS, sont plus ou moins d'accord.

Au-delà des propositions préétablies, d'autres propositions ont été retenues :

- l'informatisation de la pharmacie de BWB « *moins d'erreurs, gain de temps dans la comptabilité, le personnel peut être formé pour cela* »
- faire des échographies à Fo-Bouré
- prendre en charge les enfants prématurés

### **III – ANALYSE ET DISCUSSION**

#### **III.A. Avertissement**

Cette étude ne peut pas être généralisée, elle n'a pas de valeur statistique. Elle est uniquement le résultat de la parole et des points de vue de vingt individus travaillant dans un projet et un contexte particulier. Il faut également prendre en compte les perceptions limitées dues aux facteurs linguistiques et culturels de 44 usagers du dispensaire appartenant à ce projet.

#### **III.B. Structure et organisation**

Confiance et transparence, deux qualités essentielles pour le déroulement des partenariats avec les caractéristiques de ceux-ci où la distance occupe une place majeure par rapport au fonctionnement. Confiance dans les compétences de chacun par rapport à son domaine de travail et particulièrement dans la gestion de l'argent avec la transparence qui peut être un point sensible dans le fonctionnement d'une pareille structure. Cette confiance sert de base pour le fonctionnement du partenariat et des activités mises en place.

Cette transparence doit se refléter non seulement au niveau des partenaires mais aussi par rapport aux employés et au système national de santé. Elle s'inscrit dans une démarche de qualité, dans une perspective de respect des lois suite à l'examen des pratiques notamment au regard des textes législatifs et réglementaires en vigueur au Bénin, des démarches de régularisation des situations : contrats de travail, assurances, autorisation des centres.

#### **III.C. Des regards différents**

Au sein de la structure on trouve des avis différents, parfois même opposés sur des sujets relevant de l'organisation générale de la structure et le cadre réglementaire de celle-ci. Bien qu'il s'agisse d'une petite structure avec une organisation de type familial, il est important de définir quelques principes de fonctionnement.

##### **III.C.1. Objectifs**

Avoir des objectifs prioritaires communs est fondamental pour le travail du partenariat, trois objectifs ont été sélectionnés comme les plus importants : la réduction et la prévention de la mortalité, l'accessibilité des prix, enfin, la promotion

et l'éducation à la santé. Le travail des centres doit donc être guidé par ceux-ci. Or, on observe une différence entre les objectifs du CREN où l'éducation et la promotion de la santé ont une place privilégiée tandis que dans le dispensaire, l'accessibilité financière reste un objectif fondamental en lien avec la qualité de celui-ci.

### ***III.C.2. Responsabilité, prise de décisions et organisation du travail***

D'après les enquêtes réalisées, on trouve deux situations différentes qui sont en relation avec deux réalités différentes. Dans le cas d'un des partenariats, le positionnement et la complémentarité de chaque partie sont bien établis et compris par les intéressés. Or, dans l'autre, cela n'est si clair. Pour les uns, le PHANS est un partenaire et pour les autres « *c'est la congrégation qui a créé et le PHANS qui vient en appui* ». Ce regard décalé par rapport à une même situation peut être à l'origine des dysfonctionnements dans un des centres par rapport, entre autres, à la reconnaissance de « *l'autorité* » dans le domaine médical. Ceci a par exemple comme conséquence le non-suivi des protocoles de PHANS.

Il est important de signaler que même si les fonctions sont bien comprises par les partenaires, les employés restent à l'écart. Ils déclarent, grâce aux questionnaires, ne pas connaître le fonctionnement du partenariat ou avoir des doutes par rapport aux responsabilités de chacun. Ce fait peut être mis en relation avec l'arrivée des nouveaux employés, mais on trouve des réponses « incorrectes » parmi les « anciens » employés. A la fin de chaque entretien, j'ai personnellement expliqué le rôle de chaque partenaire à tous les employés.

### ***III.C.3. Le système d'information***

Au sein de chaque équipe, la communication, la transmission d'informations est bonne. La satisfaction est toutefois modérée par certaines tensions au sein de chaque équipe. Par exemple, dans les derniers mois, trois personnes ont été engagées, une personne est partie en congé pendant deux mois et une autre a été licenciée. Beaucoup de mouvements structurels sont à l'origine d'un fonctionnement qui présente quelques défauts.

La communication entre les différents acteurs montre des discordances par rapport à l'évaluation de celle-ci. Une possible explication peut être aussi trouvée par les changements au sein des équipes de travail. En même temps, le système des

missions de courte durée limite les rencontres et le fait de privilégier un centre de santé par rapport à un autre rend ces échanges beaucoup trop sporadiques. Pendant l'absence d'un/e représentant/e du PHANS, les messages passent à travers les partenaires locaux. Aucun moyen de communication n'est prévu. Il faut également noter une présence mineure, moins fréquente, des sœurs au sein des équipes d'une part à cause des problèmes d'organisation interne et aussi à cause de ma présence en tant que « représentante » du PHANS au Bénin.

#### **III.C.4. Ressources humains et formation**

Six mois par an, des coopérants du PHANS travaillent aux côtés des agents locaux. Les médecins et autres collaborateurs sont choisis selon plusieurs critères. D'après les avis recensés le plus important de ces critères est le relationnel. Ce genre de qualité est difficile à évaluer en une seule réunion, les uns comme les autres se souviennent des échecs et disent être satisfaits du choix des coopérants « *la plupart du temps, mais pas toujours* ».

Cette capacité à travailler avec l'autre est d'autant plus importante lors des longs séjours et elle est fondamentale pour la dynamique de compagnonnage, qui reste pour l'instant le moyen de formation prioritaire. De tous les employés interrogés, aucun n'a assisté à une formation par l'Etat dans la dernière année malgré le fait que l'un d'entre eux déclare « *les formations, c'est un moyen de motivation pour le travail* » pour parler de son envie d'y participer. Les formations délivrées par l'Etat sont rémunérées entre 10 000 et 15 000 francs CFA par jour (c'est à dire entre 15 et 23 euros). Elles représentent un revenu complémentaire non négligeable. C'est aussi une occasion pour rencontrer d'autres agents et participer au réseau local de santé. Mis à part le rôle de l'Etat, le PHANS a comme objectif la formation des agents, la méthode utilisée jusqu'à maintenant, le compagnonnage, semble être insuffisante, des méthodes complémentaires ont été proposées par dix des seize personnes interrogées. Les missions négligent, des fois, beaucoup trop ce point de compagnonnage qui était un des principes fondateurs. Vu la quantité de patients qui consultent lors des « *visites des docteurs* », dans une volonté d'offrir des services de qualité, de rendre des techniques accessibles (petite chirurgie, échographie, etc.) à la population, le rôle formateur est minimisé, privilégiant la consultation en elle-

même. La modulation entre ces deux objectifs (la qualité des soins et la formation des agents) lors des missions de courte durée est très difficile.

### **III.C.5. Résultats médicaux: Les trois centres de santé**

Les résultats concernant les services délivrés sont globalement satisfaisants. Que ce soient les indicateurs ou bien la perception des agents impliqués, ils montrent tous un niveau réel de satisfaction par rapport aux services.

Les facteurs fondamentaux qui définissent la qualité des services et des soins dans le milieu rural en Afrique sont les suivants: l'accueil, la propreté, le respect du malade, les moyens disponibles (médicaments, matériel de dépistage, etc.), les traitements prescrits et même le prix. D'après l'étude, ils représentent les points forts en ce qui concerne l'accessibilité et l'acceptabilité des services de soins. Par contre 11 % des personnes interrogées n'a pas pu répéter la posologie des médicaments et 47 % ne connaissait pas la pathologie qui l'affectait après la consultation, cela traduit un manque de participation des usagers. Bien que cette non-participation des usagers dans les sujets concernant la santé ait une explication culturelle, c'est aussi important de le noter dans les centres de santé. Cela s'inscrit dans les objectifs de développement du PHANS et reste un point critique.

Dans un des CREN, on observe des dysfonctionnements par rapport aux indicateurs d'activités. Ces défauts dans le fonctionnement ont des origines multidimensionnelles mais l'articulation du partenariat PHANS-sœurs OCPSP est aussi un facteur important à revoir si on veut améliorer la prise en charge des enfants malnutris.

La mise en place des indicateurs des centres ainsi que les résultats des entretiens et du questionnaire permettent de construire un référentiel pouvant être appliqué dorénavant dans une perspective de démarche qualité au sein de l'organisation.

### **III.D. Limitations et contraintes**

La problématique liée à la langue : le fait de ne pas parler la langue nationale représente une limite à ce travail puisque toutes les informations recueillies auprès de la population sont le fruit de traductions (faites par une traductrice). Cependant, il ne s'agit pas d'une traductrice spécialisée mais de l'infirmière du centre (qui a joué le rôle de traductrice) ; ceci pose le problème de l'interprétation des messages d'origine

mais pose aussi le problème lié à son rôle d'infirmière. Elle ne peut pas être impartiale et cela pouvait conditionner les réponses des usagers.

La démarche de ce travail : dans le cadre de l'OP et dans mon rôle de participation, j'ai mis en place les trois premiers mois plusieurs actions correctives liées au fonctionnement des centres (fiches de travail, quelques explications sur le cadre réglementaire, nouveaux horaires de travail, etc.). Les analyses MOFF correspondent à cette période tandis que l'enquête réalisée auprès des employés a été faite après ces actions. Lors des entretiens, plusieurs d'entre eux me demandaient si je parlais de la période de départ ou de la période actuelle. Je leur ai expliqué que je voulais savoir leur opinion actuelle. Parfois, ils me donnaient une réponse à mi-chemin entre leurs impressions d'avant et leur avis par rapport à la situation actuelle. Les écarts entre les résultats de l'une et de l'autre s'expliquent par ce temps écoulé entre les deux et les modifications mises en place.

L'enquête, menée pour les uns en entretien direct et pour les autres par email, est à l'origine de divergences entre les avis des différents acteurs. Le fait de guider le questionnaire permet non seulement d'expliquer le contexte des questions mais aussi d'écouter les constatations qui, parfois, sont très parlantes et riches d'enseignements.

### **III.E. Préconisations**

La finalité de cette étude repose sur le fait d'arriver à définir des axes d'amélioration au sein de l'organisation pouvant avoir une incidence positive sur la qualité des soins et des services délivrés auprès de la population. Il s'agit en même temps non seulement d'améliorer la santé de la population mais également de renforcer le partenariat afin d'atteindre une continuité dans le temps, indispensable quand on travaille sur le sujet du développement d'un territoire.

Voici les axes prioritaires pour améliorer l'organisation et donc les services :

- Renforcer la communication interne dans l'organisation, bien qu'il s'agisse d'une structure de type familial où le système d'information est principalement informel, l'organisation doit faire face au problème de la distance physique entre les acteurs ainsi que les différences culturelles qui les séparent. Pour cela, il existe de nouvelles méthodes: réunions préétablies régulièrement

avec le personnel, traces écrites unifiant les informations pertinentes partagées avec tout le monde.

- diversifier la méthode de formation principalement utilisée, le compagnonnage, par d'autres formations complémentaires. La formation étant un outil essentiel pour l'amélioration de la prise en charge, elle joue un rôle social important entre les agents de santé. Quantitativement, on peut réguler les formations de l'Etat à une quantité donnée (2 ou 3) par an par agent de santé afin que tout le personnel ait accès à une formation continue. Qualitativement, les formations délivrées par les médecins du PHANS doivent s'organiser à l'avance de manière complémentaire par rapport aux formations par compagnonnage lors des consultations, des cours avec un support écrit devraient être réalisés systématiquement lors des missions. De cette manière, les connaissances acquises seront pérennes.
- Développer le travail sur la promotion de la santé demande une participation plus active de la population et une relation plus forte avec l'environnement. Cela peut se faire par exemple par la mise en place de séances d'Information, Education et Communication (IEC) au dispensaire, par un travail plus proche avec les sœurs, ou par un projet de CREN ambulatoire en ville, privilégiant les gens des quartiers.

---

## CONCLUSION

Bien qu'il n'ait pas de valeur représentative d'une situation générique, ce travail de mémoire présente une situation particulière qui peut servir de tremplin d'idées pour de nouvelles ONG avec des caractéristiques semblables à celles du PHANS, c'est-à-dire une ONG à taille humaine avec un modèle de gestion à distance. Toute relation est à priori unique et doit être réfléchie dans sa spécificité. Ceci étant, il est utile de disposer de références quant au mode de relations que peut tisser une ONG dans le cadre d'un partenariat.<sup>1</sup> Ce mémoire peut également servir de support de départ pour des travaux plus approfondis liés à la qualité des services de santé livrés par des ONG en milieu rural en Afrique.

Au-delà des avis recueillis, la participation pour la première fois des usagers a permis à la population de s'exprimer et de devenir acteurs des soins. Grâce à ces opinions, à celles de l'équipe du PHANS et aux constats faits, nous avons pu dresser un état des lieux qui servira comme point de référence pour les démarches qui suivront.

Ce mémoire aura servi à donner quelques pistes par rapport à des outils de fonctionnement identifiés lors de l'étude tels que : le cadre réglementaire, la communication interne, la formation au sein de la structure, qui peuvent être modifiés et avoir des répercussions positives sur la qualité délivrée des services et des soins. C'est aussi essayer de répondre à une problématique posée par l'ONG par rapport à son activité.

Il s'agit d'un apprentissage par rapport à l'adaptation des méthodes jusqu'à maintenant trouvées dans des livres. Un travail qui ne finit pas ici vu la possibilité de retourner au Bénin. Ainsi le caractère continu de la démarche qualité commencée au sein de l'organisation avec cette première expérience est assuré.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Coordination Pajot C., *Guide partenariat : outils pratiques à l'usage des partenaires du Nord et du Sud*. Les guides de Coordination SUD, 2005.
2. De Kerouedan D., *Evolution des profils de l'expertise française en santé dans le contexte des stratégies internationales de développement en Afrique*. Médecine Tropicale, 2004.
3. De Jaffré Y., *Prologomènes a une reforme des services de santé : de l'identification des dysfonctionnements a la définition d'outils efficaces*. Médecine Tropicale, 2004.
4. De Saizonou J., De Brouwere V., Vangeenderhuysen C., Dramaix-Wilmet M., Buekens P., Dujardin B., *Audit de la qualité de prise en charge des« échappées belle » (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin*. Cahiers Santé vol.16, n° 1, janvier-février-mars 2006.
5. Koukponou H.E.E., *La malnutrition aigue chez les enfants de 0 a 5 ans au CHD-B : épidémiologie, clinique, prise en charge et évolution, sur une période de 66 mois a propos de 2663 cas*. Université de Parakou, 2009.
6. Loubat J.R. *L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Lien Social, 2004.
7. Milcent K., Stoffel V., Chague F., Barthelme B., Roubertou C., Colson J., *Malnutrition infanto juvénile à Fo-Bouré (Bénin) : données anthropométriques et prise en charge des enfants malnutris*. Science Direct, 2008.
8. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde : Les soins de santé primaires*, 2008.7.
9. OMS/UNICEF, *Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère : Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement*. OMS, 2002.
10. PHANS, *Protocole de prise en charge de la malnutrition*. PHANS 2011
11. SEPS/DDS Borgou-Alibori, *Annuaire des statistiques sanitaires 2010*. Septembre 2011.
12. Sous la direction de Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P., *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Edition APAD – KARTHALA, 2003.
13. Sous la direction de Matillon Y. et Durieux P. *L'évaluation Médicale, du concept a la pratique*. Flammarion, 1994.

14. WOLFF J., *Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Study to investigate the Health System of Circonscription Socio-Sanitaire (CSS) Ignie Ngabe, Department of Pool, Republic of Congo*. EHESP, 2011

### **Webographie**

15. [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr), juillet 2012

16. [www.camebenin.org](http://www.camebenin.org), juillet 2012.

17. [www.iso.org](http://www.iso.org), juillet 2012

18. [www.lien-social.com](http://www.lien-social.com), juillet 2012

19. [www.phans.asso.fr](http://www.phans.asso.fr), juillet 2012

20. [www.who.int](http://www.who.int), juillet 2012

## Liste des annexes

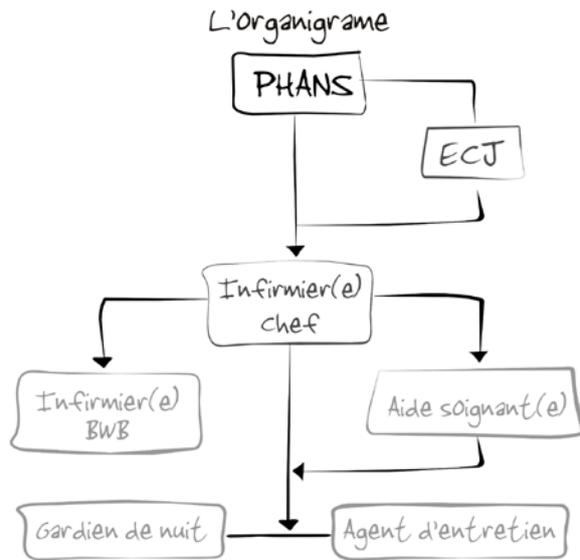
- **Annexe 1** : Description des CREN de BNK et FO-B
- **Annexe 2** : Diagnostiques des centres (MOFF)
- **Annexe 3** : L'entretien semi-directif
- **Annexe 4** : Extrait du questionnaire
- **Annexe 5** : Grille de résultats des centres

## **ANNEXE 1 :**

### **A. Fonctionnement et organisation du CREN de BNK**

Le centre est ouvert 7/7 jours toute l'année, les agents de santé sont présents de 8 à 19 heures. La nuit, c'est le gardien de nuit qui effectue la surveillance des patients et en cas de problème contacte les soignants. Les enfants malnutris arrivent au centre adressés soit par le dispensaire de BWB, soit par les sœurs lors des pesées organisées dans les villages, ou par initiative propre (connaissance du CREN par bouche à oreille). A l'admission, une présentation du centre est effectuée et le fonctionnement du centre est expliqué. L'agent de santé « récolte » les informations nécessaires à la prise en charge du couple mère-enfant afin de remplir la fiche d'accueil. A la suite de cet interrogatoire, l'examen clinique est effectué, celui-ci permet de reconnaître le type de malnutrition et les pathologies associées. Ainsi, en fonction du protocole de travail (adaptation des protocoles de l'OMS), on établit le traitement à suivre. La sortie est décidée en fonction du poids de l'enfant, de son état général et des connaissances acquises par la maman. Le CREN a une capacité de 12 enfants (12 lits). Le fonctionnement quotidien du centre repose sur une organisation familiale encadrée par les agents de santé ou d'entretien. Les mamans participent aux tâches journalières : cuisine des enfants, nettoyages des locaux à usage commun, en plus de leurs activités personnelles (cuisine, lessive, etc...). Dans le cadre éducatif, des activités sont organisées : trois fois par semaines des séances d'animation sur différents sujets (nutrition, hygiène, IST...), deux fois par semaine du jardinage (potager) et une fois par semaine « l'activité du dimanche » qui apprend aux mères de nouvelles façons de cuisiner (pop corn, fromage de soja, bissap). C'est à la fois un moment de convivialité et d'apprentissage qui permet aux mères d'exploiter d'une autre façon les ressources nutritionnelles de la région, toujours dans un but de prévention de la mortalité infantile et/ou de promotion de la femme. Le rythme des activités est basé sur la distribution des repas des enfants et des médicaments. Tous les matins le poids et la température sont pris et notés dans le registre de suivi. Une participation financière de 5000 francs CFA par les familles est demandée pour la durée d'hospitalisation.

Ce type de fonctionnement, d'hospitalisation prolongée, peut être aussi un frein. On éloigne la femme du foyer, les hommes exercent la pression par rapport à leur retour et les femmes craignent, des fois, de venir à cause des possibles conséquences sociales.



### Profil des personnes accueillies

La population cible du centre est le couple mère-enfant. D'une part, il s'agit d'enfants qui ont entre 0 et 5 ans et souffrent de malnutrition modérée à sévère. D'autre part, lors de l'hospitalisation, les enfants sont accompagnés par leur maman ou à défaut de celle-ci, d'une autre femme proche de l'enfant. Ces mères, âgées de 15 ans ou plus, proviennent de la même zone que les patients accueillis par le dispensaire. Les familles sont polygames. Les femmes s'occupent du foyer, travaillent la terre, elles n'ont pas fréquenté l'école et ne parlent pas le français. Il y a une grande hétérogénéité de langues parlées, les principales étant : le biali, le batonum, le ffulde. L'environnement familial est marqué par le manque d'électricité et l'accès difficile à l'eau (puits, pompes, marigots).

### Un travail de réseau

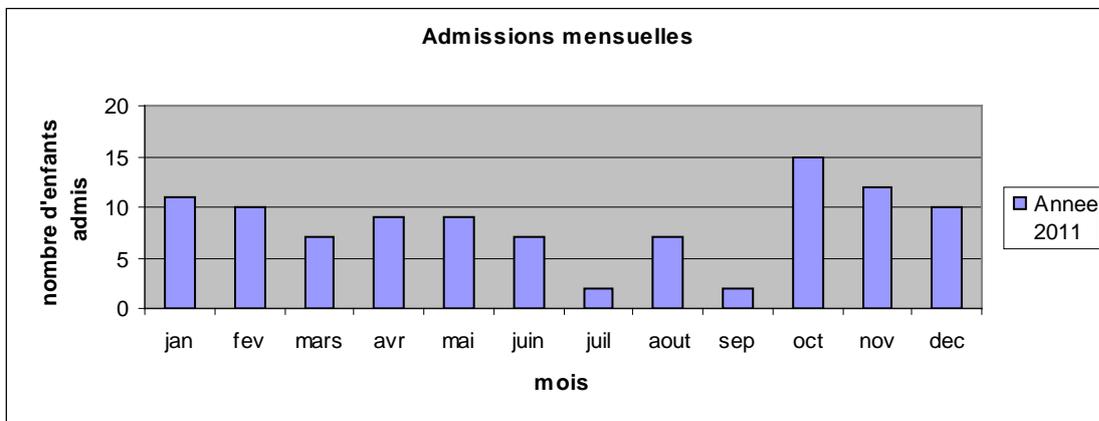
Il s'agit d'un projet résultant d'un travail en équipe. En effet, les couples mère-enfant arrivent au CREN grâce à la prévention : dépistage de la malnutrition réalisé par le dispensaire de BWB et par les sœurs.

En outre, les complications de santé ne pouvant pas être prises en charge dans le centre sont orientées vers le CHD ou une clinique privée. Ces enfants retournent au CREN une fois leur état de santé stabilisé afin de continuer la prise en charge de la malnutrition. Développer des partenariats locaux favorise la prise en charge globale

de la santé de l'enfant. Le CREN est au centre d'un réseau de coopération entre les acteurs locaux : cela est favorisé par l'emplacement du CREN en ville.

**Indicateurs d'activité des CREN** (source *Fiche d'accueil du CREN*. PHANS, BNK/Fo-B, 2011)

\* **Nombre d'admissions annuelles** : Entre janvier 2009 et juin 2012, le centre a accueilli 329 enfants. Avec une moyenne annuelle de 96, en 2011, le nombre d'hospitalisation a été de 101 qui se répartissent de la manière suivante selon les mois (saison de pluies-sécheresse)



\* **taux de remplissage mensuel** : nombre d'hospitalisations mensuelles par rapport au nombre de lits (12) : en fonction des mois il varie de 60 à 125%, la moyenne annuelle étant de 70%.

\* **Taux de récupération nutritionnelle** : l'écart entre le poids de sortie et le poids moyen attendu pour la taille exprimé en Z-score (poids observé – poids moyen/écart-type) permet de voir si l'objectif lié au gain de poids pendant le séjour fut atteint ou pas. En 2011, les enfants sortis avec un poids égal ou supérieur à – 1 Z-score (poids cible d'après le protocole de travail du PHANS) représentaient 80 % d'une population de 90 enfants ayant fini le séjour correctement (Total – Sorties Contre Avis Médical).

\* **Taux de mortalité** : le nombre de décès d'enfants pendant l'hospitalisation et/ou dans les 24 heures après un transfert était de 3 % en 2011.

\* **Pourcentage des enfants orientés vers des structures spécialisées** : cet indicateur est un reflet des moyens matériels et humains dont le centre dispose : manque d'oxygénothérapie, de transfusion sanguine, de médecin. En 2011, il y a eu 5 % de transferts vers d'autres centres de santé (CHD, cliniques privées).

\* **Pourcentage de SCAM** : les Sorties Contre Avis Médical regroupent les échecs du point de vue de la prise en charge de la malnutrition, l'enfant partant sans avoir atteint le poids cible. En 2011, le pourcentage de SCAM était de 11 %.

\* **Moyenne de Périmètre Brachial PB/Périmètre Crânien PC à l'admission** : le ratio PB/PC est un des indicateurs anthropométriques de la malnutrition. L'OMS a établi qu'un PB/PC inférieur à 0.30 indique une émaciation chez l'enfant.<sup>7</sup> D'après la classification de Kanawati et Mc Laren<sup>5</sup>,

0,30-0,28 : dénutrition légère,

0,28-0,25 : dénutrition modérée,

0,25 ou < 0,25 : dénutrition sévère.

La moyenne de PB/PC à l'admission permet de voir si les admissions ont été effectuées selon les critères du protocole.<sup>10</sup> En 2011, la moyenne était de 0.25.

\* **Moyenne de PB/PC à la sortie** : dans le cas des sorties, cette relation reflète l'évolution de l'enfant et donc le succès ou pas de la prise en charge. En 2011, la moyenne était de 0.30.

\* **Durée de séjour** : pendant l'hospitalisation la mère et l'enfant sont isolés de leur milieu. Un des objectifs étant la non-ingérence culturelle, le but est de réduire cette durée le plus possible. Bien qu'elle ne dépende pas uniquement de la qualité des soins vu que chaque organisme est différent, la durée de séjour est un reflet global de la prise en charge. Le but fixé est d'une durée de séjour inférieure ou égale à 1 mois (30 jours). En 2011, la moyenne était de 31 jours avec 34 % des cas qui dépassaient la limite fixée.

## **B. Fonctionnement et l'organisation du CREN de FO-B**

Le centre est ouvert 7/7 jours toute l'année, avec la présence théorique d'une infirmière 24h/24 (sœur infirmière qui habite sur place). Les enfants malnutris ou hypotrophes arrivent au centre soit orientés par les maternités de la zone soit par initiative propre (connaissance du CREN par bouche à oreille). Le CREN a une capacité de 20 enfants (20 lits) depuis fin 2010.

En 2012, plusieurs problèmes dans le fonctionnement du centre ont été observés. Le protocole d'accueil (remplissage de la fiche, auscultation) peut prendre 24 heures, les fiches ne sont pas remplies exhaustivement, les soins ne respectent pas le protocole désigné par PHANS, pas de suivi journalier des enfants, mauvaise distribution des médicaments, etc. Le fonctionnement quotidien du centre repose sur une organisation familiale, les mamans participent aux tâches encadrées par l'animatrice et les sœurs OCPSP. Trois fois par semaines des séances d'animation sur différents sujets (nutrition, hygiène) sont organisées. Une participation financière de 5000 francs CFA est demandée aux familles pour la durée d'hospitalisation.

### **Profil des personnes accueillies**

La réalité globale de la population cible du centre reste la même que celle du CREN de Banikanni. Si l'on compare cette population à celle de Banikanni, dans le but de prendre en compte les éventuelles répercussions concernant la prise en charge, l'une de ses particularités notables est qu'il existe une grande homogénéité d'ethnies dans cette zone. La communication est donc plus facile puisqu'il y a une langue prédominante, le batonum.

### **Un travail de réseau**

A la différence des deux autres centres, le travail en réseau du CREN de Fo-B est beaucoup moins fluide. D'une part à cause d'une activité plus restreinte des sœurs dans les villages et d'autre part à cause de l'éloignement du CREN des structures spécialisées. Le CREN interagit avec les maternités pour la prise en charge des enfants hypotrophes et les complications sont orientées vers l'HZ de Bembereke.

## Indicateurs d'activité

Entre mai 2006 et juin 2012, le centre a accueilli 525 enfants.

<b>Indicateurs</b>	<b>CREN FO-B, 2011</b>
<b>Nombre d'admissions annuelles</b>	<b>55</b>
<b>taux de remplissage mensuel (moyenne)</b>	<b>23 %</b>
<b>Taux de récupération nutritionnelle</b>	<b>40 %</b>
<b>Taux de mortalité</b>	<b>14 %</b>
<b>Pourcentage de références</b>	<b>20 %</b>
<b>Pourcentage de SCAM</b>	<b>13 %</b>
<b>Moyenne de PB/PC à l'admission</b>	<b>0.25</b>
<b>Moyenne de PB/PC a la sortie</b>	<b>0.29</b>
<b>Durée de séjour moyenne</b>	<b>53 jours</b>

## ANNEXE 2

### Dispensaire de BWB

<b>Forces</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Locaux en très bon état et matériel disponible</li><li>- Professionnalisme des agents de santé</li><li>- Fréquentation</li></ul>	<b>Opportunités</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Partenariat ECJ : aide et gestion des sœurs permanentes</li></ul>
<b>Faiblesses</b> <b>GENERALITES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manque de cadre (organigramme, contrats)</li><li>- Fréquentation</li></ul> <b>DISPENSIAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dysfonctionnement de la pharmacie (désorganisation des commandes)</li><li>- Absence d'organisation du fond de caisse</li><li>- Danger du transport de la recette hebdomadaire par Chantal</li><li>- Pas de prise en charge des malades le week-end</li><li>- Insuffisance quant aux mesures de sécurité du dispensaire</li><li>- Insuffisance « théorique » de personnel</li><li>- Temps morts</li><li>- Manque d'information aux patients</li></ul> <b>PERSONNEL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Problème de planning (congrés)</li></ul>	<b>Menaces</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Difficultés pour recruter du personnel</li><li>- Isolement majoré pendant la saison des pluies</li><li>- Relation avec le village</li><li>- Multiplicité de langues (transmissions des messages)</li></ul>

## CREN de BNK

<b>Forces</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ambiance de travail</li><li>- Suivi du protocole</li><li>- Prise en charge des enfants</li><li>- Locaux en très bon état et matériel disponible</li></ul>	<b>Opportunités</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ville : approvisionnement</li><li>- Possibilité de relais hospitalier rapide (référence)</li><li>- Partenariat ECJ : proximité, aide et gestion des sœurs permanentes</li></ul>
<b>Faiblesses</b> <b>GENERALITES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manque de cadre (Règlement, contrats)</li></ul> <b>CRN</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pharmacie (désorganisation des commandes)</li><li>- Animation (motivation), temps mort, participation maman.</li><li>- Manque d'information à l'accueil</li><li>- Manque d'information et désorganisation des dossiers des enfants</li><li>- Rareté des dépistages de VIH</li><li>- Problème de prise en charge des références faites pendant le séjour (Ressources Humaines, budget)</li><li>- Difficulté d'organisation des vaccinations</li><li>- Prise en charge des prématurés au CREN</li><li>- « Conditions » de fuites</li></ul> <b>PERSONNEL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manque de transmission équipe soignante, équipe soignante-sœurs (sorties, suivi des enfants)</li><li>- Problème de planning (congés)</li></ul>	<b>Menaces</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ville : ingérence</li><li>- Difficulté de recrutement du personnel</li></ul>

## CREN de FO-B

<p><b>FORCES : points forts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence théorique d'une infirmière 24hrs/24 (?)</li> <li>- Marie : bonne animatrice</li> <li>- Locaux en très bon état et matériel disponible</li> </ul>	<p><b>OPPORTUNITES : avantages du milieu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une langue principale : Baribas</li> <li>- Milieu rural : moins d'ingérence découlant de la prise en charge</li> <li>- Proximité des proches des hospitalisés</li> <li>- Proximité des pères</li> </ul>
<p><b>FAIBLESSES : points faibles</b></p> <p><b>GENERALITES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible fréquentation du dispensaire, proximité dispensaire public</li> <li>- Pas de séparation CREN et dispensaire (pharmacie; budget; suivi enfants)</li> <li>- Absence de Fiche de travail (CREN, Pharmacie) et multiplication du recensement des données</li> </ul> <p><b>CREN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysfonctionnement dans la distribution et supervision des médicaments et lait</li> <li>- Irrégularité suivi des enfants (Pesée + taille)</li> <li>- Pae moyen diagnostique palu et VIH</li> <li>- Longue durée de séjour des enfants, sortie hebdomadaire (vendredi), pas de suivi après la sortie</li> <li>- Absence d'organisation de la vaccination</li> </ul> <p><b>PERSONNEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situation Marie (responsabilités, salaire, contrat, CNSS)</li> <li>- Situation des « aides »</li> <li>- Arrivée récente de Sr Félicité (mais présence ?) → nécessité de personnel en plus (1 AS)</li> </ul>	<p><b>MENACES : désavantages du milieu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Milieu rural: problème d'approvisionnement</li> <li>- Eloignement des centres de références</li> <li>- Difficulté du recrutement du personnel</li> </ul>

**ANNEXE 3 : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF : Coopération et Prise en charge**

Ce questionnaire a pour mission recueillir les opinions, impressions, ressentis, expériences par rapport aux différents aspects de la collaboration et/ou prise en charge, des différentes parties prenantes. Le but c'est de faire une évaluation et d'identifier les axes d'amélioration pour un meilleur service.

Le questionnaire reste anonyme. Merci de votre collaboration.

**Genre**  Homme  Femme  
**Groupe d'âge** :  15-25  25-35  35-45  +45  
**Ethnie** : .....  
**Village** : .....  
**Occupation** : .....  
**Moyen de transport** : .....

	Qualité
1	mauvaise
2	moyenne
3	Très bonne

**1 - C'est la première fois que vous venez ?**

**A) si OUI** : Pourquoi avez-vous choisi ce centre de sante ?

**B) si NON** : - Pourquoi avez-vous choisi de revenir à ce centre de santé ?  
- Depuis quand venez-vous au Dispensaire ?

**2 - Etes-vous allés dans un autre « centre de sante » dans la dernière année ?**

**Pourquoi y êtes-vous allés ?** (croyances, piqûres, proximité, prix, possibilité de crédit)

**3 – Si vous avez changé de centre après avoir fréquenté le nôtre, avez-vous rencontré des problèmes lors de ce changement ?**

Si OUI, de quel ordre?

**4 – Si vous devez mettre une note au dispensaire dans les aspects suivants, quelle note lui donneriez-vous ? (de 1 au 3)**

*(souhaitez-vous ajouter un commentaire ?)*

- la propreté :

- le temps d'attente :

- l'accueil :

- l'écoute des infirmières :

- l'information que l'infirmière vous a donné par rapport à votre maladie :

.....

- les explications de la pharmacienne :

.....

- Prix :

**5 – Quels services souhaiteriez-vous rencontrer dans ce dispensaire ?** (circoncision, analyses, transfusion, IEC)

**6 – Si on vous réfère au grand hôpital, pouvez-vous faire face à cette situation ?** (moyens économiques, famille, temps, transport)

**ANNEXE 4 :           EXTRAIT du QUESTIONNAIRE : Coopération et Prise en charge  
Personnel local / Partenaire local / membre PHANS**

Ce questionnaire a pour mission de recueillir les opinions, impressions, ressentis, expériences par rapport aux différents aspects de la collaboration et/ou prise en charge des différentes parties prenantes. Le but est de faire une évaluation et d'identifier les axes d'amélioration pour un meilleur service.

Le questionnaire reste anonyme. Merci de votre collaboration.

Code d'identification de l'entretien (Fr/Fb/Bn/Bw-M/P/I/A/P/G/J/U)

	<b>Opinion (O)</b>	<b>Qualité (Q)</b>
<b>1</b>	Pas du tout d'accord	nulle
<b>2</b>	Pas d'accord	mauvaise
<b>3</b>	Plus ou moins d'accord	moyenne
<b>4</b>	D'accord	bonne
<b>5</b>	Tout à fait d'accord	très bonne

Note : SO = sans objet

**ORGANISATION GENERALE**

*Les hiérarchies et fonctions des différents partenaires sont connues et maîtrisées ?  
Etes-vous d'accord par rapport aux énoncés suivants ? (opinion)*

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>SO</b>
PHANS est le responsable médical a) du dispensaire b) du CREN						
La congrégation est le responsable médical a) du dispensaire b) du CREN						
PHANS est le responsable de la gestion a) du dispensaire b) du CREN						
La congrégation est le responsable de la gestion a) du dispensaire b) du CREN						
PHANS est le bailleur a) du dispensaire b) du CREN						
La congrégation est le bailleur a) du dispensaire b) du CREN						

**ANNEXE 5**

	1	2	3	4	5
<b>Les généralités (O)</b>					
Le centre de sante est de grande utilité pour la population.					16
Les locaux sont toujours propres			3	8	5
Les règles d'hygiène sont toujours respectées			5	9	2

Vous faites confiance dans les critères de votre partenaire par rapport:

- a) recrutement personnel
- b) compétences
- c) gestion financière des fonds

--	--	--	--	--	--

L'ordre de consultation est toujours respecté.			1	2	13
Les prix des services (consultation, médicaments, prise en charge de la malnutrition) sont adaptés.				5	11
Les supports écrits (registres, fiches, etc) sont utiles pour le travail.			1	4	11
La pharmacie n'est jamais en rupture de stock.		1	5	10	
La communication, compréhension patients-agent de santé (due à la langue) est toujours fluide.			6	9	1
<b>Les ressources humaines (O)</b>					
La présence « des batourés » attire les patients.				4	12
Les ressources humaines dans le centre sont suffisantes.				6	10
Les transmissions entre l'équipe se font régulièrement et avec fluidité.			1	7	8
Les agents de santé sont toujours compétents dans leur domaine d'action.			1	12	3
<b>Les services(O)</b>					
L'accueil des patients est un des points forts du centre.			3	3	10
Les explications et informations données par les infirmières et/ou la « pharmacienne » sont toujours claires et détaillées.			11	5	
Les tests effectués lors d'une consultation (VIH, glycémie, urine) sont utilisés pour le diagnostic.				2	14
<b>Conditions de travail dans les centres de sante (Q)</b>					
L'ambiance de travail est :			5	6	5
Les moyens sont suffisants :					
a) Les installations/infrastructures sont :			1	6	9
b) L'équipement médical :			2	6	8
c) La disponibilité des ressources extra-médicales :				8	8
Le cadre réglementaire de travail est bien défini.		6	4	6	
Les salaires sont conformes aux postes et aux responsabilités occupés.			1	13	2

Note : N = nombre de personnes ayant répondu à ce choix

## **Résumé**

La collaboration Nord-Sud joue un rôle fondamental dans les programmes de développement des pays du Sud. La concurrence des structures et la volonté d'améliorer le service rendu incitent les responsables à réaliser des évaluations au sein de leurs organisations dans une perspective de démarche qualité.

Il existe une grande hétérogénéité dans le domaine des partenariats entre le Nord et le Sud. Les contextes locaux obligent à adapter les méthodes.

C'est dans ce contexte que l'ONG Projet Humanitaire Afrique Nord Sud, PHANS, en partenariat avec des entités locales s'est engagé dans des projets de développement, particulièrement de la santé en milieu rural. La recherche de l'amélioration de ses actions dépend des caractéristiques des partenariats mis en place. Un état des lieux suivi d'une évaluation ont été faits dans la recherche des axes d'améliorations au sein de l'organisation pouvant avoir une influence positive dans la prise en charge des patients.

**Mots clés :** Collaboration, développement, santé, Bénin, démarche qualité, ONG.

## **Abstract**

The North-South collaboration plays a pivotal role in the development programs aimed at developing countries. The competition among the structures and the willingness of improving the customer service lead the managers to carry out assessments within their organizations in a perspective of quality approach.

There is a large heterogeneity in partnerships between the North and the South. Local contexts require adjustment within the methods.

In this context NGO "Projet Humanitaire Afrique Nord Sud", PHANS's partners with local entities engaged in development projects, particularly in rural health. The search for the improvement of its actions depends on the features of the partnerships put in place. A description of the current situation followed by an assessment has been made looking for areas of improvement within the organization which can have a positive influence in the care of patients.

**Keywords:** Collaboration, development, health, Benin, quality approach, NGO.