

COOPERATION TECHNIQUE BELGE
PROGRAMME PASS-SOUROU
VOLET DEMANDE DE SOINS
PLATEFORME DES UTILISATEURS DES SERVICES DE SANTE (PUSS)

Plates-formes des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS) pour des services de santé résolument tournés vers l'autonomisation des communautés.

Document de capitalisation



Réflexion sur la gestion des plaintes par les PUSS

Comé, janvier 2016

Document préparé par :

Dr David Houéto, Ecole de santé publique, Université de Parakou, Bénin

Dr Mohamed Lamine Dramé, Coordonnateur, PASS-Sourou, CTB, Bénin

Dr Karel GYSELINCK, expert cellule santé EST – CTB Bruxelles

Mme Graziella Ghesquière, Responsable volet demande, PASS-Sourou, CTB, Bénin

M. Euloge Pascal Segla, Chargé d'appui volet demande, PASS-Sourou, CTB, Bénin

Appui technique de la CTB

Résumé exécutif

Introduction

La participation des communautés dans le processus d'amélioration de leur santé est un fait largement reconnu et soutenu par les acteurs depuis la définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Plusieurs résolutions et déclarations sont intervenues au niveau international et régional africain pour confirmer la nécessité de travailler à l'amélioration de la santé des populations avec leur pleine participation. C'est le cas des déclarations de Harare en 1987 et de Dakar en 2013.

Au Bénin, la participation communautaire est un des piliers de l'action sanitaire mais qui a emprunté le chemin des relais communautaires, les comités de gestion des centres de santé (COGECS) au niveau des aires de santé et des comités de santé (COSA) au niveau des zones sanitaires (ZS) sans pour autant donner le pouvoir à la communauté d'agir sur sa propre santé en vue de l'améliorer. La collaboration offre-demande ne fonctionne pas à souhait.

L'Agence Belge de Coopération au Développement (CTB) dans son programme d'appui aux ZS et travaillant avec les communautés est arrivée à la mise en place d'un réseau des acteurs communautaires en vue de l'organisation de la demande de soins et dénommé Plateforme d'Utilisation des Services de Santé (PUSS).

Plateforme d'utilisation des services de santé

Les PUSS, pour une demande organisée et autonome des soins de santé, sont des plateformes d'échange au niveau des zones sanitaires. Elles sont appelées à animer le dialogue entre l'offre et la demande, à défendre les intérêts des utilisateurs des services de santé et constituer un contre-pouvoir efficace.

Les PUSS se basent sur le principe de l'autonomisation des communautés en partant de l'existant et en remontant les préoccupations et propositions de solution de la base au sommet du système sanitaire.

L'hypothèse de base est que la structuration de la demande de soins au sein d'organisations représentatives autonomes amène les communautés à jouer un rôle crucial dans le système

local de santé dans une relation de partenariat avec les services de santé pour l'amélioration des résultats de santé des populations.

Les PUSS visent comme objectif d'organiser la demande autour d'une interface représentative capable d'établir un dialogue avec l'offre de soins. Et plus spécifiquement :

- Assurer la défense des intérêts des utilisateurs des services de santé ;
- Contribuer à l'amélioration de l'offre des soins de qualité à travers la gestion des plaintes, le renforcement des capacités de leurs membres avec une attention sur les besoins pratiques et intérêts stratégiques de la femme ;
- Assurer la vérification communautaire dans le cadre du FBR.

La mission des PUSS est de représenter la demande de soins, de défendre les intérêts des populations, de négocier une meilleure accessibilité aux soins de santé de qualité, de coordonner la gestion des plaintes et de capitaliser les acquis.

Cinq fonctions ont été retenues pour les PUSS, à savoir :

- Une fonction de représentation des clients : interlocuteur de la demande, elle contribue aux décisions prises au niveau des instances liées de la santé dans la zone sanitaire.
- Une fonction de plaidoyer et négociation avec les instances de la santé.
- Une fonction de défense des intérêts des utilisateurs de soins : la gestion des plaintes et la satisfaction des attentes des clients en lien avec l'accueil, la disponibilité de médicaments, la disponibilité en matériels techniques, la disponibilité permanente en personnel qualifié, l'absence de mauvaise pratique, la propreté des formations sanitaires, l'existence de moyens de référence, etc.
- Une fonction de promotion de la santé : le ralliement des autres secteurs au niveau local à la cause de la santé pour l'action effective sur les déterminants sociaux de la santé y compris les activités d'information, d'éducation et de communication pour un changement de comportements des populations dans le domaine de la santé.
- Une fonction de renforcement des capacités des organisations membres avec une attention sur les besoins pratiques et intérêts stratégiques de la femme.

Les PUSS sont généralement composées des mutuelles de santé, les organes de cogestion, les groupements de femmes, les ONG - relais communautaires, les associations des donateurs

bénévoles de sang, les tradi-thérapeutes, le forum ENOUMAMA (en charge des aspects genre) et les autorités coutumières. Les membres PUSS sont majoritairement de niveau secondaire (44%) et universitaire (41%).

La mise en place a été faite entre décembre 2013 et août 2014 dans les cinq ZS appuyées par la CTB à travers un processus d'autodétermination des populations se basant sur leurs contextes spécifiques avec un rôle d'accompagnateur joué par la CTB.

Actions et résultats

Les PUSS se sont organisées au travers d'activités comme : la vérification communautaire dans les CS, le contrôle conjoint de qualité dans les hôpitaux et EEZS, le dialogue offre-demande avec les gouvernements locaux (Gestion des plaintes/identification et diffusion des bonnes pratiques). En termes de résultats, on peut noter :

- La mise en place et l'expérimentation d'un système de gestion des plaintes

Des registres de gestion des plaintes ont été mis en place dans toutes les corporations membres des PUSS (mutuelles, réseaux de femmes, etc.) pour l'enregistrement des plaintes des usagers des formations sanitaires. L'évaluation de ce système à environ six mois de mise en œuvre réalisée en novembre 2015, a permis de noter : 44 plaintes recensées par les facilitateurs sur cette période ; 37 (soit 84%) ont été traitées ; 7 (soit 16%) sont remontées aux PUSS parmi lesquelles : 3 ont été renvoyées aux COGEC pour gestion, 2 ont été remises en question pour plus d'éléments d'appréciation, et 2 ont fait l'objet d'abandon du processus par les plaignants.

- La négociation avec l'offre de soins

Les PUSS participent désormais de temps en temps aux réunions de l'EEZS avec des résultats concluants comme par exemple des négociations entamées autour de trois plaintes et ayant abouti à la mise en place d'un comité par l'EEZS pour enquêter sur le mauvais climat qui règne entre le major et le reste du personnel d'un centre de santé.

- L'implication dans le FBR

L'implication des PUSS dans le FBR prend selon les cas la forme de participation au comité de pilotage ou au comité de santé ou au CODIR/ZS. De ce fait, elles participent au contrôle de l'effectivité des soins dans les CS et l'enquête de satisfaction.

Analyse de la performance des PUSS

Les résultats obtenus par les PUSS ne permettent pas encore d'affirmer que la mission est remplie, car elles sont encore dans leur phase de démarrage. Elles doivent mettre en œuvre les formations reçues, puis affirmer leur appartenance au SYLOS et devenir un partenaire incontournable de négociation avec l'offre des soins. Notons néanmoins qu'elles ont compris la portée de leur rôle et ont mis en œuvre leur plan d'action. Cela leur a valu d'atteindre un niveau de performance satisfaisant en novembre 2015 et l'identification des points forts, de ceux à améliorer et des leçons apprises pour plus de performance.

Discussion et perspectives

Déjà le mécanisme mis en place par les PUSS permet au SYLOS de trouver une place à la demande dans la gestion de la santé des communautés. Il reste la consolidation de la pratique dans le sens d'un véritable engagement communautaire à travers une vision biopsychosociale de la santé. Ce qui renforcera l'autonomisation communautaire pour une action efficace sur les DSS et en conséquence un remodelage indispensable du mécanisme d'action de l'offre tenant compte de la demande pour l'amélioration de la santé des populations.

En termes de perspectives, il faudra, entre autres :

- s'assurer du contrôle communautaire de l'ensemble de la procédure conduisant à la mise en place des PUSS afin pour elles (les communautés) de pouvoir se former à la tâche et de savoir s'organiser à partir de l'expérience acquise à travers la pratique,
- Elargir la configuration regroupant les organisations à base communautaire pour aller directement au-devant des communautés,
- élaborer en collaboration avec chaque communauté un programme clair et précis de renforcement des capacités permettant l'échange d'expertise entre elles et les autorités du SYLOS avec la facilitation de la CTB pour les débuts afin de combler les besoins des communautés en termes de connaissances devant les aider à mieux jouer leur rôle dans le processus d'amélioration de leur propre santé,
- étendre les actions de collaboration entre le SYLOS et les communautés au-delà des soins afin de couvrir l'analyse et l'action sur les DSS.

Conclusion

Les PUSS répondent très clairement à un besoin des communautés de participer à la gestion de leur propre santé. En tant que telle, il s'agit d'une initiative à soutenir très fortement car les expériences ont montré que l'amélioration de la santé des populations ne saurait se faire sans la pleine participation de ces dernières. Cette idée est portée par plusieurs déclarations et résolutions au niveau régional africain et international mondial. Les PUSS viennent ainsi combler un vide important dans l'organisation du SYLOS et sans lequel l'efficacité de l'action du système sanitaire resterait sans grand résultat. Les nombreux résultats de processus déjà engrangés en si peu de temps dans les départements d'intervention témoignent de cette nécessité. Cependant, pour jouer pleinement ce rôle d'organisation communautaire participant à la gestion de sa propre santé, les PUSS devront, dans l'état actuel de leur existence, connaître des améliorations.

Sigles et abréviations

ADD	Aplahoué, Djakotomey, Dogbo (Zone sanitaire)
AG	Assemblée Générale
CBGH	Comé, Bopa, Grand-Popo, Houéyogbé (Zone sanitaire)
CHD	Centre hospitalier départemental
CO	Charte d'Ottawa
COGECS	Comité de gestion des centres de santé
COP	Communauté de Pratique
CoS	Commission Santé
COSA	Comités de santé
CP	Comité de pilotage
CS	Centre de santé
CTB	Agence Belge de Coopération au Développement
DCO	Djougou, Copargo, Ouaké (Zone sanitaire)
DDS	Direction départementale de la santé
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EEZS	Equipe d'encadrement de zone sanitaire
ENOUMAMA	Forum genre
FBR	Financement basé sur les résultats
GF	Groupements féminins
HZ	Hôpital de zone
IB	Initiative de Bamako
KTL	Klouékanmey, Toviklin, Lalo (Zone sanitaire)
MRJC	Mouvement Rural de Jeunesse Chrétienne
MS	Ministère de la santé
MuSa	Mutuelle de santé
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectifs pour un développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PA	Plan d'action
PARZS	Projet d'appui au renforcement des départements et zones sanitaires du Mono/Couffo et de l'Atacora/Donga
PASS-Sourou	Programme d'appui au système de santé
PDC	Plan de développement communal
PNDS	Programme national de développement sanitaire
PSCS	Plateforme société civile et santé
PUSS	Plateformes des Utilisateurs des Services de Santé
RC	Relais Communautaire
SSP	Soins de santé primaires
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities and threats
SYLOS	Système local de santé
TdR	Termes de référence
UN	United Nations
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'enfance
VC	Vérification communautaire
WHO	World health organization
ZS	Zones sanitaires

Table des matières

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	3
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	8
TABLE DES MATIÈRES	10
LISTE DES TABLEAUX ET ENCADRÉ	11
INTRODUCTION	12
1. CONTEXTE	15
1.1. Contexte international	15
1.2. Contexte national	16
2. LA PLATEFORME DES UTILISATEURS DES SERVICES DE SANTÉ (PUSS)	18
2.1. Principes	19
2.2. Hypothèses	19
2.3. Objectifs	20
2.3.1. Objectif général	20
2.3.2. Objectifs spécifiques	20
2.4. Missions	20
2.5. Fonctions	20
2.6. Composition	22
2.7. Mise en place	22
3. ACTIONS ET RÉSULTATS	29
3.1. Mise en place et expérimentation d'un système de gestion des plaintes	30
3.2. Négociation avec l'offre de soins	31
3.3. Implication dans le FBR	31
4. ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES PUSS	32
4.1. Points forts	33
4.2. Facteurs limitant/points à améliorer	34
4.3. Leçons apprises	35
5. DISCUSSION ET PERSPECTIVES	37
5.1. La participation communautaire autonomisante et les PUSS	37
5.2. La nécessité de la vision biopsychosociale de la santé et le rôle du SYLOS	41
5.3. Perspectives	45
CONCLUSION	46
REFERENCES	47
ANNEXES	50
ANNEXE 1 : OUTILS DE GESTION DES PLAINTES ET DE GESTION DES COTISATIONS	50
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	52
ANNEXE 3 : RÉSULTATS DES CONCERTATIONS DES PUSS AU MOMENT DE LEUR MISE EN PLACE	53
ANNEXE 4 : PERFORMANCE DES PUSS À L'ÉVALUATION DE NOVEMBRE 2015	55
ANNEXE 5 : LE COMITÉ DE PILOTAGE	56

Liste des tableaux et encadré

Tableau 1 : Les attentes des populations quant aux services que devraient rendre les PUSS
 envers les communautés _____ 23

Tableau 2 : Périodes de mise en place des PUSS dans les 5 ZS _____ 23

Encadré 1 : Autres taches des PUSS _____ 21

Introduction

Quand on suit l'évolution des systèmes sanitaires depuis la mise en place de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on s'aperçoit que la notion de la participation des individus et des communautés pour l'amélioration de leur santé a toujours été au centre des stratégies d'action. La stratégie des soins de santé primaires (SSP) (OMS, 1978), la Charte d'Ottawa (CO) (OMS, 1986), l'Initiative de Bamako (IB) (OMS/UNICEF, 1987) et les déclarations de Harare (OMS, 1987) et de Dakar (COP, 2013) sur le District sanitaire en sont des exemples tangibles. Pour la déclaration de Harare par exemple, la mise en œuvre des SSP passe par un certain nombre d'actions parmi lesquelles : i) la décentralisation de la gestion des ressources humaines et financières, ii) la mise en place d'un processus de planification décentralisé au niveau du district, iii) le renforcement de l'implication communautaire, iv) la promotion de l'action intersectorielle, v) le développement du leadership en matière de soins de santé primaires ainsi que vi) la mobilisation des acteurs et la redéfinition du rôle et du fonctionnement de l'hôpital. Les différents pays participants signataires de cette déclaration ont identifié le district sanitaire comme la stratégie structurante pour les SSP avec notamment la participation communautaire comme étant la pierre angulaire. L'expression de la déclaration de Dakar (COP, 2013) est très frappante parlant de l'autonomisation des individus et des communautés : « *Nous invitons les gouvernements locaux et centraux, les ministères de la santé, les équipes de gestion du district et les partenaires à développer un ambitieux programme d'action intersectorielle pour autonomiser les communautés et les individus afin qu'ils puissent faire face aux défis existants et émergents* ».

La mise en œuvre de la déclaration de Harare a, certes permis des avancées majeures, mais ce succès est partiel voire mitigé, et ce pour différentes raisons parmi lesquelles : le « *tri effectué par de nombreux pays dans la mise en place des douze recommandations de Harare ; les ministères ont souvent laissé de côté les points d'actions les plus délicats comme la décentralisation complète, l'autonomisation réelle de la communauté et l'action multisectorielle en partie à cause des contraintes politiques au niveau des pays* » (COP, 2013). La gestion de la santé des communautés par les systèmes sanitaires n'a jamais été aussi éloignée de la participation active des « bénéficiaires » (COP, 2013 ; Ridde, 2004). Plusieurs déclarations

comme celle de Ouagadougou (OMS, 2008a) sont revenues sur l'importance de la participation communautaire dans la gestion efficiente de la santé des populations. Comment en effet le système sanitaire peut-il agir sur les déterminants sociaux de la santé sans une implication des populations qui vivent les situations au niveau local (OMS, 1986) ? Le rôle de la décentralisation administrative et du système sanitaire a été ainsi démontré (OMS, 1987 ; COP, 2013 ; Ridde, 2004). Les systèmes sanitaires dans leurs efforts vers la décentralisation, en dépit des succès enregistrés dans nombre de pays, ont failli en ne donnant pas « le pouvoir et tout le pouvoir nécessaire » au niveau local pour l'organisation structurelle et la gestion des problèmes de santé des populations (OMS, 2008b). Il faut reconnaître bien évidemment le lien étroit entre la décentralisation du système sanitaire et celle administrative quand bien même le premier pourrait et devrait être l'instigateur du second.

Au Bénin comme dans les pays de la région africaine, la mise en œuvre de l'IB n'a pas emprunté non plus la bonne direction en matière de participation de la communauté (Ridde, 2004). La participation communautaire a été perçue plutôt à travers les Comités de santé (COSA) et les Comités de gestion des centres de santé (COGECS). Ces derniers se sont révélés sans grande influence sur la mobilisation active des populations à prendre en charge leur propre santé (Houéto et Valentini, 2014). En effet, leur composition et fonctionnement sont régis par des textes issus du Ministère de la santé qui les reconnaissent comme l'organe suprême de décision du centre de santé. Dans la pratique, ces comités ne jouent pas ce rôle et les COGECS par exemple se comportent comme des entités « au service » des prestataires ou gestionnaires de soins.

Par ailleurs, l'audit organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé (MS) au niveau central, au niveau des Directions départementales de la santé (DDS) et des Zones sanitaires (ZS) en 2009 a constaté le dysfonctionnement du système sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Parmi les points faibles rapportés par cet audit, on pouvait noter : la faible appropriation des textes, la faible engouement des communautés pour participer aux activités, la faible connaissance des COGECS par les populations, le faible impact de l'organisation du système sur l'offre et la demande des soins, la non-implication des comités dans l'élaboration des textes régissant le système de santé et leur non représentativité au niveau de la DDS,

l'inexistence d'un mécanisme de promotion des bonnes pratiques et de recueil des plaintes. En conséquence, il avait été noté au niveau des différents comités la démotivation par rapport à la mise en œuvre de leurs activités, des difficultés de collaboration avec les agents de santé et une faible emprise sur l'organisation de l'offre et de la demande des soins.

Ce constat a été confirmé par l'étude réalisée en 2014 au Bénin par l'Observatoire des services publics en Afrique (Kpatchavi et al., 2014) qui rapportait que le rôle d'interface du comité de gestion n'est pas effectif dans toutes les formations sanitaires. Il y a en effet une irrégularité dans le processus d'élection, la substitution du COGECS face aux initiatives personnelles des membres et une reddition des comptes peu structurée ayant un impact considérable sur la reconnaissance sociale des COGECS comme structure d'interface par les usagers (surtout hommes). Par ailleurs, cette étude révèle de bonnes pratiques des comités de gestion qui se traduisent par une influence du pouvoir décisionnel du COGECS dans la gestion des conflits, le respect du plan d'action, la tenue des réunions mensuelles et l'effectivité du leadership.

Pendant ce temps, le rapport 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde insistait sur la nécessité de revenir aux SSP dont on sait la place cruciale de la participation des communautés pour l'amélioration des indicateurs de l'état de santé des populations (OMS, 2008b). En outre, il y a l'émergence d'autres acteurs « structurés » que l'Etat dans la communauté ; les communautés se sont organisées sous plusieurs formes selon les entités et pays avec parfois un rôle prééminent dans la santé (ONG, mutuelles, OBC, etc.) ; entre temps, la coopération internationale a aussi réajusté la structure de l'aide en allouant désormais une bonne partie aux organisations communautaires. Il devenait indispensable d'adopter une approche de développement d'un système local de santé inclusive avec tous les acteurs concernés. C'est alors que l'Agence Belge de Coopération au Développement (CTB) à travers son programme PASS-Sourou d'appui au système de santé béninois et dans son volet « demande de soins » s'est proposée de renforcer la participation des communautés dans le cadre de la consolidation du système local de santé (SYLOS).

1. Contexte

1.1. Contexte international

A l'échelle internationale, il n'y a point de doute sur l'importance du renforcement du SYLOS à travers l'autonomisation des communautés (Meessen & Malanda, 2014). Les SSP le portaient déjà (OMS, 1978), ce que venaient confirmer l'IB (OMS/UNICEF, 1987) et la déclaration de Harare, une décennie plus tard (OMS, 1987) ainsi que la déclaration de Dakar en 2013 (COP, 2013). Par ailleurs, la Charte d'Ottawa (CO) sur la promotion de la santé (OMS, 1986), la nouvelle santé publique en tant que la troisième et la toute dernière révolution de la santé publique (Breslow, 1999 ; Kickbush, 2007 ; Kickbusch & Payne, 2003), fait de la participation communautaire la pierre angulaire de l'amélioration de la santé des populations. La notion des déterminants sociaux de la santé (DSS) que porte la CO et qui a été largement documentée par la commission OMS sur les DSS fait la part belle à la participation des communautés pour leur autonomisation sans laquelle l'amélioration de la santé restera utopique (OMS, 2008c).

La non-atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) par la grande majorité des pays africains serait attribuable à une faiblesse des systèmes de santé et en l'occurrence la faible autonomisation des communautés pour agir sur les DSS (Houéto & Valentini, 2014 ; UN Platform on Social Determinants of Health, 2012 ; WHO, 2009). L'accent est ainsi mis, dans le cadre des Objectifs pour un développement durable (ODD), sur le pouvoir à conférer aux communautés à travers un processus de décentralisation effective du système de santé (UN Platform on Social Determinants of Health, 2012 ; WHO, 2009). Ce mécanisme de renforcement du SYLOS est en effet le moteur de l'approche de la « santé dans toutes les politiques » (OMS, 2010) qui favorise l'action sur les DSS dans tous les autres secteurs non-sanitaires généralement réunis au niveau local où le besoin de cette action est beaucoup plus opportun. L'atteinte des ODD passe par cette autonomisation communautaire à travers le renforcement du SYLOS, ce que les Nations Unies appellent les pays à mettre en œuvre immanquablement (UN Platform on Social Determinants of Health, 2012 ; WHO, 2009).

Il faut rappeler que le SYLOS est l'expression décentralisée de la gestion de la santé au niveau des districts de santé. Le concept exige pour son bon fonctionnement :

- La reconnaissance de la nature pluraliste du secteur de la santé ;

- Une organisation des soins promotionnels, préventifs, curatifs, de réhabilitation et ceux palliatifs par des services complémentaires et coordonnés ;
- Un fonctionnement cohérent, des structures de gestion et de concertation ;
- L'autonomie de gestion notamment des ressources (surtout humaines et budgétaires) et de pouvoir de décision ;
- Une responsabilité sanitaire pour une population précise ;
- Des interactions constructives entre tous les acteurs concernés à commencer par les communautés locales.

1.2. Contexte national

Le Bénin fait partie des pays qui, les premiers, ont mis en place le processus de décentralisation du système sanitaire pendant que celle administrative n'était pas encore en place. Le modèle mis en place est cependant celui des zones sanitaires (ZS) qui regroupe une à quatre Communes/Districts. La notion de District sanitaire, de ce fait, ne s'applique pas efficacement et la perspective de l'autonomisation communautaire qui devrait s'opérer au niveau des gouvernements locaux que sont les municipalités s'en trouve ainsi compromise (Houéto & Laverack, 2014).

Par ailleurs, le Bénin a opérationnalisé sa vision sectorielle santé à travers un processus de planification stratégique et opérationnelle, mais celui-ci ne prenait pas en compte le concept de système local de santé. Pendant ce temps, certaines collectivités locales n'ont pas, comme priorité, les interventions relatives aux soins de santé et en conséquence n'y consacrent aucune ligne dans leur plan de développement communal (PDC) quand bien même la santé fait partie des priorités du cadre budgétaire générique des communes. Bien entendu, la notion de santé selon que comprise dans le pays n'est uniquement que dans la vision biomédicale (Houéto & Valentini, 2014).

Plusieurs autres efforts du système sanitaire national susceptibles de contribuer à cet objectif d'autonomisation communautaire sont mis en œuvre à savoir : i) l'adoption d'une politique nationale de promotion de la santé et ; ii) l'adoption d'une politique nationale de santé communautaire. Par ailleurs, le Programme national de développement sanitaire (PNDS) prévoit

un partenariat avec les élus locaux et les communautés bénéficiaires dans le processus de prise de décision en matière d'organisation et de gestion des soins et services de santé. Il est également prévu de rendre cohérent le cadre juridique de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base.

Au niveau des aires de santé, l'expression de la participation se fait à travers les COGECS tandis qu'au niveau des zones sanitaires c'est le comité de santé (COSA). Aucune structure, susceptible de représenter les communautés à l'action sanitaire au niveau départemental, n'existe au Bénin.

Il faut signaler qu'aucun de ces efforts ne se concrétise sur le terrain en pratique dans le sens de donner une autonomie aux communautés. L'expérience du fonctionnement des comités de gestion ou de santé montre que l'autonomisation communautaire visée n'est pas au rendez-vous comme le témoigne la verticalisation des programmes et dans une perspective essentiellement biomédicale centrée autour des formations sanitaires et ne mettant pas au cœur de l'action les préoccupations communautaires. En revanche, la relation de ces comités avec les différents acteurs du système sanitaire est quelque peu conflictuelle et les rôles, à eux confiés, sont loin du processus d'autonomisation (Ghesquière et al., 2015 ; Houéto & Laverack, 2014 ; Houéto et al., 2007 ; Houéto & Valentini, 2014). En effet, si au Bénin les comités de gestion présentent de nombreux atouts notamment leur participation à la gestion des centres de santé, ils ont également des limites parmi lesquelles la subordination des membres aux prestataires et gestionnaires de soins. Ceci limite l'obligation de redevabilité des prestataires envers les populations avec des conséquences négatives sur les pratiques professionnelles (Ghesquière et al., 2015).

Les causes profondes de cet état des choses seraient, entre autres, la vision biomédicale de la santé qui prévaut dans le système sanitaire béninois à l'instar de la plupart des pays de la région africaine subsaharienne. Les actions sont fondamentalement orientées vers les soins de santé pour lesquels la communauté n'a bien évidemment pas d'expertise. Les développements récents dans le système sanitaire béninois s'orientent vers la redéfinition des rôles voire des dénominations de ces comités afin de prendre en compte la perspective autonomisante et l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Houéto & Valentini, 2014).

En réalité, si le système sanitaire n'est pas prêt pour donner le pouvoir aux communautés, ces dernières ne sont pas non plus organisées et en mesure d'engager même un simple dialogue avec le système sanitaire (Ghesquière et al., 2015). Il est de ce fait nécessaire d'organiser la demande de soins en vue de rassembler les conditions préalables à un dialogue équilibré entre l'offre et la demande de soins. Il s'agit de différencier la fonction liée à la cogestion des formations sanitaires de celle relative à l'organisation des services pour les populations, le réseautage des communautés et l'identification des attentes des communautés. C'est dans cette vision que le projet PARZS de la CTB et le Ministère de la santé ont appuyé simultanément l'offre et la demande de soins avec un ancrage à chaque niveau de la pyramide sanitaire mais en dehors du contrôle direct des autorités du ministère de la santé. Les actions du PARZS et ensuite du PASS se sont alors orientées vers deux axes, à savoir, d'une part le renforcement des comités de gestion et, d'autre part la consolidation du SYLOS notamment à travers le réseautage des communautés dans les Plateformes des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS), l'appui aux communes et les interrelations entre les acteurs du SYLOS.

Le volet relatif à la demande de soins a dès le début entrepris d'organiser la demande en portant un accent particulier sur la représentativité, le niveau de scolarisation et la place des femmes dans les instances de décision. Aussi cinq Plateformes des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS) ont vu le jour entre décembre 2013 et août 2014, dans les cinq zones sanitaires (ZS) appuyées par la CTB suite à un processus long, mais participatif. Elles se situent au niveau de la zone sanitaire et rassemblent les principaux acteurs communautaires du SYLOS.

2. La plateforme des utilisateurs des services de santé (PUSS)

Les PUSS, pour une demande organisée et autonome des soins de santé, sont des plateformes d'échange au niveau des zones sanitaires. Elles sont appelées à animer le dialogue entre l'offre et la demande, à défendre les intérêts des utilisateurs des services de santé et constituer un contre-pouvoir efficace. Les structures membres des PUSS, s'organisent pour un but commun, échangent des informations, mettent en œuvre des activités conjointes. Le rôle majeur des PUSS est la collecte et la promotion des bonnes pratiques, la gestion des plaintes non résolues par les organisations membres, la coordination et la documentation. Les PUSS assurent par

ailleurs la médiation/plaidoyer dans les hôpitaux et la vérification communautaire du financement basé sur les résultats (FBR). Dès leur création en 2014, l'offre de soins a reconnu leur légitimité et les associe à certaines de leurs rencontres de prise de décisions, notamment les réunions trimestrielles des EEZS leur permettant de remonter les plaintes et d'obtenir leur gestion dans un délai raisonnable de deux semaines. Les PUSS ainsi reconnues par les autorités sanitaires influencent la prise de décision pour une meilleure accessibilité des populations aux soins de santé de qualité.

Signalons que dans le but d'actualiser les informations sur la vie des PUSS, il a été organisé dans le cadre de la présente étude une tournée sur le terrain du 11 au 15 janvier 2016 avec la rencontre des acteurs dans les deux départements d'intervention de la CTB. La liste des personnes rencontrées est en annexe 2. Nous présentons ci-après en détail les caractéristiques des PUSS.

2.1. Principes

La mise en place des PUSS se basent sur les principes fondamentaux que sont :

- La construction sur l'existant : il s'agit ici de ne pas inventer la roue, mais plutôt de bâtir sur le contexte tant sur les acquis au niveau national que sur ceux régionaux et locaux ;
- La conscientisation et l'autonomisation : l'ensemble du processus se veut conférant le pouvoir d'agir aux communautés locales de sorte à leur permettre d'être au centre de l'action visant l'amélioration de leur propre santé ;
- L'approche du bas vers le haut (*bottom-up*) : veiller à ce que les initiatives visant la santé des communautés soient pensées au niveau communautaire avec un rôle d'accompagnateur pour les professionnels en général et de coordination pour le secteur de la santé.

2.2. Hypothèses

La mise en place des PUSS se base sur les hypothèses que :

- La structuration de la demande de soins au sein d'organisations représentatives autonomes amène les communautés à jouer un rôle crucial dans le système local de

santé dans une relation de partenariat avec les services de santé pour l'amélioration des résultats de santé des populations.

- Les membres actifs des organisations pour être efficaces doivent répondre d'un niveau de scolarisation suffisant en vue d'assurer un dialogue efficace entre l'offre et la demande.

2.3. Objectifs

2.3.1. Objectif général

La mise en place des PUSS vise essentiellement à organiser la demande autour d'une interface représentative capable d'établir un dialogue avec l'offre de soins.

2.3.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, la mise en place vise à :

- Assurer la défense des intérêts des utilisateurs des services de santé ;
- Contribuer à l'amélioration de l'offre des soins de qualité à travers la gestion des plaintes, le renforcement des capacités de leurs membres avec une attention sur les besoins pratiques et intérêts stratégiques de la femme ;
- Assurer la vérification communautaire dans le cadre du FBR.

2.4. Missions

La PUSS a pour mission de représenter la demande de soins, de défendre les intérêts des populations, de négocier une meilleure accessibilité aux soins de santé de qualité, de coordonner la gestion des plaintes et de capitaliser les acquis. Elle est le « porte-voix » des différentes organisations de la demande de soins dans les instances de plaidoyer et de négociation avec les acteurs de l'offre au niveau de la zone sanitaire. Elle crée un cadre d'échanges, d'actions et de collaboration entre les prestataires de soins et les représentants de la demande de soins.

2.5. Fonctions

Cinq fonctions ont été retenues pour les PUSS, à savoir :

- Une fonction de représentation des clients : interlocuteur de la demande, elle contribue aux décisions prises au niveau des instances liées de la santé dans la zone sanitaire.
- Une fonction de plaidoyer et négociation avec les instances de la santé.
- Une fonction de défense des intérêts des utilisateurs de soins : la gestion des plaintes et la satisfaction des attentes des clients en lien avec l'accueil, la disponibilité de médicaments, la disponibilité en matériels techniques, la disponibilité permanente en personnel qualifié, l'absence de mauvaise pratique, la propreté des formations sanitaires, l'existence de moyens de référence, etc.
- Une fonction de promotion de la santé : le ralliement des autres secteurs au niveau local à la cause de la santé pour l'action effective sur les DSS y compris les activités d'information, d'éducation et de communication pour un changement de comportements des populations dans le domaine de la santé.
- Une fonction de renforcement des capacités des organisations membres avec une attention sur les besoins pratiques et intérêts stratégiques de la femme.

Encadré 1 : Autres tâches des PUSS

Par ailleurs, les PUSS se sont données d'autres tâches bien spécifiques, à savoir la sensibilisation des membres de la corporation sur le rôle des facilitateurs en charge de la gestion des plaintes.

Ces derniers ont pour rôle de :

- Ecouter attentivement les plaintes ;
- Vérifier la véracité des plaintes et rechercher les preuves ;
- Enregistrer les plaintes dans le registre ;
- Utiliser le canal approprié pour le traitement des plaintes, le recours au président PUSS puis du COGECS ;
- Assurer le suivi du règlement des plaintes ;
- Assurer le feedback aux plaignants ;
- Recueillir la satisfaction des plaignants ;
- Remonter les plaintes non traitées à la PUSS ou au COSA ;
- Remonter l'information sur le nombre de plaintes à la PUSS chaque mois.

2.6. Composition

L'espace communautaire dans les 5 ZS d'intervention du PARZS comprenait neuf grands groupes représentant la demande. A ces neuf réseaux d'acteurs s'ajoutent des ONG et les autorités coutumières qui composent les PUSS, ce qui leur confère une représentativité acceptable, mais surtout une bonne légitimité. On y retrouve généralement : les mutuelles de santé, les organes de cogestion, les groupements de femmes, les ONG - relais communautaires, les associations des donateurs bénévoles de sang, les tradi-thérapeutes, le forum ENOUMAMA (en charge des aspects genre) et les autorités coutumières. Les membres PUSS sont majoritairement de niveau secondaire (44%) et universitaire (41%).

Les PUSS ne regroupant ainsi qu'une partie des acteurs du SYLOS, ils constituent une source d'information pour le MC/ZS et la DDS, aident les prestataires à comprendre les attentes de la population afin d'ouvrir le dialogue avec cette dernière et contribuent à l'amélioration de la relation entre l'offre et les élus locaux.

2.7. Mise en place

L'idée des PUSS a jailli des échanges entre l'équipe de la CTB et les communautés appuyées par elle face aux différents problèmes de santé que rencontraient ces dernières. Les différentes réunions de concertation initiées à cet effet ont permis de débattre à fond desdits problèmes de santé et à rechercher des solutions dont l'une est le réseautage (tableau 1). Ces réunions visaient alors la mise en place de la PUSS dans chacune des ZS, l'adoption d'une charte (texte et règlement) de fonctionnement de la PUSS, la reconnaissance par l'offre de soins de la PUSS comme le partenaire de dialogue le plus représentatif de la part de la demande de soins.

Au préalable les points suivants ont été abordés :

- l'évaluation du niveau de connaissance des acteurs par rapport aux différents éléments de la santé ;
- la définition/clarification des différentes fonctions, les divergences, les articulations et les complémentarités qui doivent exister entre tous les acteurs de la demande, à savoir : les mutuelles de santé, les commissions santé, les COGECS, les COSA, les ONG, les élus locaux et les prestataires de soins ;

- l'analyse SWOT des différentes organisations de la demande débouchant sur la définition de la mission, l'organisation et le fonctionnement de la PUSS.

Tableau 1 : Les attentes des populations quant aux services que devraient rendre les PUSS envers les communautés

Zone Sanitaire	Objectifs à viser par la PUSS
CBGH	<ul style="list-style-type: none"> o Représenter la demande de soins et participer à l'amélioration du dialogue offre-demande ; o Contribuer à la promotion de la santé dans la ZS.
KTL/ADD	<ul style="list-style-type: none"> o Représenter la demande de soins auprès de l'Equipe d'Encadrement de la ZS (EEZS) ; o Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins à tous les échelons de la ZS ; o Contribuer à la promotion de la santé dans la ZS auprès des prestataires de soins et des autorités sanitaires de la zone ; o Défendre les intérêts des populations.
DCO/Bassila	<ul style="list-style-type: none"> o Développer une synergie d'actions de ses membres ; o Mobiliser des ressources pour ses activités ; o Faire le suivi des activités des Unions Communales des mutuelles de santé, des Réseaux Communaux des relais communautaires, des groupements de femmes et des Cadres de Concertation des organes de cogestion ; o Développer des partenariats avec d'autres réseaux intervenant dans le domaine de la santé et entre les membres de la Fédération et les prestataires de soins ; o Faire le plaidoyer pour l'amélioration de la qualité des soins de santé ; o Militer dans les cadres de concertation de la demande de soins pour favoriser le dialogue offre-demande de soins.

Le tableau 2 ci-après donne le détail des périodes de mise en place des PUSS dans les 5 ZS.

Tableau 2 : Périodes de mise en place des PUSS dans les 5 ZS

#	Zones sanitaires	Période de mise en place de la PUSS
1	ADD	10 décembre 2013
2	Bassila	1 ^{er} juillet 2014
3	CBGH	7 août 2014
4	DCO	1 ^{er} juillet 2014
5	KTL	13 décembre 2013

Le processus de mise en place des PUSS a été conduit en trois étapes, à savoir : 1) l'élaboration d'une note stratégique, 2) l'identification et appui au renforcement des acteurs à la base et, 3) la mise en place des réseaux représentatifs et exécution d'un plan de renforcement des capacités. En annexe 3 se trouvent les résultats des remue-méninges qui ont eu lieu à l'occasion.

En d'autres termes, la mise en place des PUSS est passée par des réunions de concertation au cours desquelles il a été procédé à la mise à jour des connaissances en matière de santé ainsi que les différents acteurs et les rôles spécifiques qui sont les leurs. Par la suite, il y a eu la définition de la mission, l'organisation et le fonctionnement de la PUSS. C'est après ceci que les PUSS ont été mises en place avec l'adoption de la charte (texte et règlement) de fonctionnement de la PUSS et le processus de reconnaissance par l'offre de soins de la PUSS comme le partenaire de dialogue le plus représentatif de la part de la demande de soins.

Première étape : *Elaboration d'une note stratégique*

Compte tenu des difficultés connues par les comités de cogestion dans la collaboration avec les structures de l'offre de soins, le PARZS a élaboré un document de stratégie pour la structuration de la demande. Ce document précise que le projet PARZS jouera un rôle de facilitateur entre les acteurs du système de santé par la promotion d'une approche ascendante. Ce rôle se décline à trois niveaux :

- renforcer la société civile pour une conscientisation du potentiel endogène dans la gestion de la santé et l'amélioration de la qualité des soins ;
- renforcer les associations, groupements, organes de cogestion ;
- faciliter les interactions entre ces associations, groupements, mutuelles afin de développer une dynamique de réseautage communautaire et d'assurer une réelle participation et un pouvoir de négociation significatif face à l'offre de soins structurée et bien organisée.

Ainsi, à partir de 2012 la Facilité Mono-Couffo a appuyé :

- la mise en place dans les zones de concentration, de trois (3) mutuelles communales de santé et deux unions de mutuelles de santé ;

- l'organisation des groupements féminins (OBC) en Réseaux "Commissions Santé" ;
- la mise en réseau des relais communautaires en vue de constituer un pool d'opérateurs en santé communautaire qui offre de services rémunérés aux structures du SYLOS (santé, agriculture, collectivités locales, etc.) leur permettant de régler les difficultés de motivation ;
- l'appui aux organes de cogestion (COSA et COGECS) ;
- la création d'un forum "genre" dénommée " ENOUMAMA" en vue de donner une plus grande responsabilité aux femmes au sein des structures de la demande.

Deuxième étape : Renforcement des capacités des acteurs à la base (apprentissage)

Toutes les structures existantes ou créées présentaient une faiblesse : le manque de compétences pour assurer correctement leur rôle. Ainsi des thèmes de renforcement ont été identifiés. On peut citer : la connaissance du SYLOS, le plaidoyer, la gestion des plaintes, l'élaboration d'un plan d'action, la gestion d'une réunion, la participation et la mobilisation communautaire, la connaissance des rôles et des textes régissant chaque organe, des réflexions sur les changements et les bonnes pratiques induites par les actions.

Des outils de gestion ont été mis en place au niveau de chaque acteur pour faciliter la documentation et la capitalisation des acquis. On peut citer les registres de gestion des plaintes, des modèles de rédaction de termes de référence (TdR), des procès-verbaux types de réunions et des outils de suivi de la présence des membres aux réunions. L'innovation apportée est qu'au niveau de chaque structure, des critères de performances de leur gestion ont été définis. Ces critères sont retenus de façon consensuelle et sont évalués tous les six (6) mois lors de l'évaluation des plans d'action. Ainsi les mutuelles de santé, les commissions santé/réseau GF, les COGECS, les COSA disposent des critères d'évaluation de leurs performances.

Troisième étape

a. Mise en place par zone sanitaire d'une plateforme de la demande de soins

Progressivement, avec un accompagnement soutenu, tous ces acteurs ont été renforcés. L'étape suivante fut de les regrouper par ZS dans un creuset représentatif de la demande de

soins pour améliorer le dialogue entre l'offre et la demande. A cet effet deux différentes stratégies ont été appliquées :

- La mise en place des PUSS ADD, KTL, Bassila, DCO

La méthodologie de mise en place des PUSS comprend quatre grandes étapes à savoir : i) la mobilisation des acteurs en amont pour favoriser l'appropriation, ii) l'organisation d'ateliers, iii) l'analyse SWOT des différentes organisations de la demande débouchant sur la définition de la mission, l'organisation et le fonctionnement des PUSS et, iv) la validation des textes statutaires, notamment la charte, et l'élection des membres d'organes lors de l'Assemblée Générale (AG). Neuf (9) types de réseaux d'acteurs sont membres des PUSS, ce qui leur confère ainsi une certaine visibilité et renforce leur pouvoir de négociation. Les PUSS sont dotés d'un bureau de 9 membres.

Les acteurs de l'offre, à travers les médecins coordonnateurs, ont reconnu la représentativité des PUSS et se sont engagés à négocier désormais avec elles.

- la réforme de la plateforme société civile et santé (PSCS) de Comé

La zone sanitaire de Comé revêt un caractère spécifique car la PSCS mis en place lors du projet PARZS Comé II, en charge d'assurer le dialogue offre/demande a sombré dans une léthargie. Des difficultés d'ordre institutionnel (*la présence d'un Maire à la tête du bureau n'a pu permettre la reconnaissance officielle. Incompatibilité de la fonction de Maire avec la présidence de la plateforme mise en place suivant la loi 1901 sur les associations à but non lucratif*) et opérationnel (*l'inactivité de presque tous les membres du bureau*) n'ont pas permis à la PSCS de jouer son rôle. Le rapport bilan de mars 2013 et le rapport d'étude de l'expérience commanditée par le PARZS, ont montré combien il était urgent d'opérer une réforme pour une structuration efficace de la demande. Tous les acteurs approchés ont été unanimes pour une réforme de la PSCS et sur le changement de nom.

Pour y arriver, une proposition d'approche a été élaborée par l'ONG Mouvement Rural de Jeunesse Chrétienne (MRJC), partenaire du PARZS en charge de conduire le processus d'organisation de la demande dans la zone sanitaire Comé-Bopa-Grand-Popo-Houéyogbé (CBGH) et mise en œuvre à travers les étapes ci-après :

- o Revue documentaire et élaboration de la stratégie de redynamisation de la PSCS ;
- o Entretien avec les acteurs pour présenter les grands dysfonctionnements constatés et recueillir les attentes et orientations à donner à la PSCS ;
- o Rapport synthèse ;
- o Travaux préparatoires de l'atelier de réflexion ;
- o Conduite de l'atelier de réflexion ;
- o Tenue de l'Assemblée Générale de refondation de la PSCS.

Lors de l'assemblée générale tenue en août 2014, la PSCS est devenu PUSS avec un nouveau statut. Les membres à la base ont été élargis à d'autres acteurs de la demande tels l'association des donneurs de sang, les commissions santé, les têtes couronnées. Un bureau de 9 membres a été élu portant à sa tête un président issu du réseau des mutuelles de santé de la zone sanitaire.

Il faut signaler que le PSCS fut une approche projet sans implication de la communauté, le volet demande étant sous l'autorité du MC/ZS au même titre que l'offre. Le Maire est le coordinateur, c'est-à-dire de l'exécutif. Tandis que la PUSS est basée sur l'autonomie de la demande dans l'organisation et la structuration, dépendant plutôt du Représentant CTB (en régit). Le Maire joue un rôle d'appui-conseil et pas celui de coordination/exécution.

b. Renforcement des capacités des PUSS et l'effectivité du démarrage de leur fonctionnement

Les PUSS tels que mises en place en 2013 et 2014, semblent pouvoir répondre au rôle de coproducteurs qu'ils doivent jouer pour leur propre santé étant donné qu'elles représentent les individus, les ménages et la communauté. En voici quelques-unes de leurs caractéristiques :

- Le niveau d'instruction des membres des bureaux PUSS

Ce critère joue un grand rôle dans l'appropriation par les membres PUSS de tout ce qui leur sera cédé comme potentiel de connaissance (*leur rôle, les formations, les réflexions, etc.*) au regard de la mission qui leur est confiée notamment la négociation, l'amélioration du dialogue offre-demande. Le niveau des membres des bureaux PUSS se présente comme suit : 41% sont de niveau universitaire ; 22% du second cycle de l'enseignement secondaire ; 22% du 1^{er} cycle de

l'enseignement secondaire et 15% du primaire. Toute chose qui n'était pas réunie au sein des organes de cogestion et qui a affaibli leur fonctionnement.

- *La représentativité des PUSS*

Les PUSS ont en leur sein 9 réseaux d'organisations d'acteurs de la demande. Cette représentativité, parce que prenant en compte les acteurs organisés de la société civile, devrait permettre aux PUSS d'obtenir leur visibilité et de pouvoir amorcer un dialogue équitable.

C'est dans ces conditions que les PUSS ont été renforcées dès leur création. Des critères mesurant leurs performances ont été définis par elles-mêmes. Il s'agit de neuf (9) critères pondérés à 100 qui mesurent entre autre le niveau d'exécution des plans d'action et la redevabilité (voir le détail à l'annexe 4). Une évaluation de leur niveau de performance a été réalisée en juin 2014 et en novembre 2015 (voir en annexe 4 les résultats de novembre 2015).

Un autre aspect fondamental du renforcement des capacités des PUSS a été la gestion des plaintes. De nombreuses séances de réflexions avec les PUSS ont permis d'asseoir un mécanisme. Ce dernier a été testé, évalué et approfondi. Il confère aux PUSS le rôle de synthèse, de capitalisation, de coordination, de collecte et de médiation au niveau HZ et CHD pour la gestion des plaintes. Ce rôle les positionne dans la mission de négociation et de défense des intérêts des populations dans un dialogue fructueux avec l'offre des soins.

Les PUSS ont effectivement démarré leur mission tout en bénéficiant de nouvelles sessions de renforcement des capacités orienté vers les changements visés par le PASS à savoir l'apprentissage, l'approche centré sur la personne et l'approche multi-acteur. L'évaluation réalisée en novembre 2015 a permis de noter des évolutions significatives par rapport à la situation de base comme le montre le tableau en annexe 4. Elles touchent essentiellement :

- l'apprentissage au travers de la capacité d'assurer la vérification communautaire et la participation en tant que membre à voix délibérative au comité de pilotage situé au niveau du département ;
- Interaction à travers leur participation aux réunions organisées par l'offre de soins au niveau de la zone sanitaire ;

- L'approche centrée sur la personne au travers de la mise en place de facilitateurs visant à assurer la collecte, le suivi et le traitement des plaintes issues de la population.

Il est important de noter que la performance des PUSS n'est pas ici la première priorité, mais plutôt le processus de travail en groupe, l'apprentissage mutuel, le réseautage, le soutien mutuel, la conscience critique des membres de la communauté pour la résolution des problèmes relatifs à la demande de soins. Tout ceci conduit à une certaine lenteur du processus dans le sens d'une meilleure et rapide performance. Lorsque la performance est mauvaise, c'est alors l'occasion de revoir le processus de renforcement des capacités et d'y remédier. En revanche, lorsque la performance est excellente, elle devient une étude de cas afin d'amener les autres à suivre cet exemple. Il y a cependant des difficultés à atteindre ces niveaux de réalisation dans des contextes où il existe des divisions ou des querelles empêchant les membres de la communauté à pouvoir s'entendre pour mener à bien un projet commun pour le bien de la communauté.

3. Actions et résultats

Dans leurs rôles de défenseurs des intérêts des populations, de représentation de la demande de soins auprès des acteurs et celui de rapprocher la qualité perçue et la qualité technique des soins, les PUSS ont en effet développé des plans d'action et les ont mis en œuvre. Elles se sont organisées au travers d'activités comme : la vérification communautaire dans les CS, le contrôle conjoint de qualité dans les hôpitaux et EEZS, le dialogue offre-demande avec les gouvernements locaux (gestion des plaintes/identification et diffusion des bonnes pratiques). D'une manière générale, elles ont : i) participé à la prise de décision à travers la participation à des réunions de comité de santé dans certaines ZS et à des comités de pilotage (voir la définition en annexe) ; ii) été l'interface entre l'offre et la demande à travers la participation à plus de 80% des réunions statutaires avec les prestataires de soins ; iii) contribué à l'expression de la redevabilité des formations sanitaires envers les populations, les élus locaux et les autres membres PUSS à travers la tenue d'au moins une réunion par semestre de compte rendu des activités et décisions aux COGECS et une séance de restitution aux élus locaux ; iv) participé à la gestion des plaintes à travers la remontée des plaintes au niveau de l'offre et la recherche de solutions ; v) contribué au dynamisme des membres à travers plus de 75% de participation active des membres CoSa aux diverses activités ; vi) contribué à la documentation des bonnes

pratiques et partage des expériences (documentation et diffusion) ; vii) formulé nombre de recommandations lors des comités de pilotages et des restitutions avec des actions entreprises en vue d'en assurer le suivi. Il faut signaler qu'il est prévu d'organiser des visites inopinées à raison d'au moins une visite dans les formations sanitaires par trimestre avec élaboration de rapport et échanges au cours des sessions de comité de santé.

Parmi les activités menées jusqu'à novembre 2015, date de la dernière évaluation des plans d'action, on note une nette progression dans les acquis (voir la grille de performance ainsi que le tableau de performance en annexe 4).

3.1. Mise en place et expérimentation d'un système de gestion des plaintes

La défense des intérêts de la population passe forcément par la maîtrise par les PUSS de la collecte des plaintes, la négociation avec l'offre de soins et la capitalisation de la gestion des plaintes. Le système a été expérimenté avec la mise en place d'un registre de gestion des plaintes dans toutes les corporations membres des PUSS (mutuelles, réseaux de femmes, etc.). Ces registres permettent d'enregistrer les différentes plaintes des usagers des formations sanitaires. L'évaluation de ce système réalisée en novembre 2015, a permis d'obtenir les résultats ci-après par exemple de juin à novembre 2015 auprès de quatre PUSS sur les cinq :

- 44 plaintes ont été recensées par les facilitateurs sur cette période ;
- 37 (soit 84%) ont été traitées ;
- 7 (soit 16%) sont remontées aux PUSS parmi lesquelles : 3 ont été renvoyées aux COGEC pour gestion, 2 ont été remises en question pour plus d'éléments d'appréciation, et 2 ont fait l'objet d'abandon du processus par les plaignants.

Ce processus de gestion des plaintes tient ainsi compte des améliorations proposées lors de la précédente évaluation dont un schéma consensuel de collecte et de gestion des plaintes et une feuille de route pour en accélérer le traitement. Le schéma suggérait la gestion à deux niveaux avec la définition précise des rôles de chaque acteur, c'est-à-dire d'une part à l'occasion des enquêtes de satisfaction FBR et, d'autre part par la collecte des plaintes auprès des individus. Le traitement s'effectue au premier niveau par les COGECs, les CoS et les MuSa pour les plaintes relevant des centres de santé, et au deuxième niveau par les PUSS et l'EEZS pour celles relevant

des hôpitaux de zones et de celles du premier niveau n'ayant pas trouvé de solutions. Il arrive que le comité de pilotage FBR prenne des décisions stratégiques sur la base des plaintes signalées.

3.2. Négociation avec l'offre de soins

Les PUSS participent désormais de temps en temps aux réunions de l'EEZS avec des résultats concluants comme par exemple : des négociations entamées autour de trois plaintes et ayant abouti à la mise en place d'un comité par l'EEZS pour enquêter sur le mauvais climat qui règne entre le major et le reste du personnel d'un centre de santé. La mise en place du comité fait suite à la décision de mener des investigations pour situer les responsabilités lors du décès d'une femme suite au retard de l'ambulance qui devait la transporter à l'HZ et également suite à la non-assistance de la sage-femme à une parturiente qui a finalement accouché dans le couloir du CS. Les rapports de ces différentes séances avec l'offre de soins sont élaborés et disponible au PARZS. Les témoignages ci-après confirment ces négociations :

- Pour le coordonnateur de la ZS/KTL : *« L'initiative lance un appel fort à l'offre de soins pour que toutes les décisions engageant la santé communautaire dans la zone sanitaire KTL puissent désormais faire l'objet de discussions et de consensus entre l'offre et le cadre qui vient d'être mis en place. »*
- Pour le Médecin chef de la commune de Djakotomey, représentant le coordonnateur de la ZS/ADD : *« La demande de soins a besoin d'une représentation forte et structurée, capable d'engager avec l'offre de soins une collaboration dans le but partagé de permettre aux populations de régler leurs problèmes de santé et d'accéder à des soins de qualité à moindre coût ».*

3.3. Implication dans le FBR

L'implication des PUSS dans le FBR prend selon les cas la forme de participation au comité de pilotage ou au comité de santé ou au CODIR/ZS. Elles sont devenues des acteurs importants représentant la communauté en ce qui concerne la vérification communautaire. Cette activité comprend deux volets que sont : i) le contrôle de l'effectivité des soins dans les CS et, ii) l'enquête de satisfaction. Au démarrage cette tâche était confiée à des ONG prestataires et le

volet demande du PARZS avec bien entendu une faible représentativité de la population sous une telle configuration. Désormais, depuis juillet 2014, les PUSS collectent les données, les traitent et élaborent le rapport de l'enquête de satisfaction. Elles collectent les données pour le contrôle de l'effectivité des soins et sont membres du comité de pilotage (CP) à voix délibérative. Les PUSS organisent le choix des enquêteurs et le renforcement de leurs capacités ainsi que le déroulement de l'enquête.

De ce point de vue, la vérification communautaire prend actuellement la majeure partie du temps des PUSS, laissant ainsi en souffrance les autres activités visant l'amélioration des conditions de vie des populations en ayant la santé comme porte d'entrée.

4. Analyse de la performance des PUSS

La performance des PUSS est évaluée sur la base des critères ci-après :

- La gestion des plaintes,
- Le niveau d'exécution du plan d'action,
- Le nombre de recommandations formulées par la PUSS,
- Les recommandations formulées par la PUSS et effectivement mises en œuvre,
- La visite communautaire pour la collecte des données et analyse,
- La redevabilité envers les membres (en termes de compte rendu, de restitution et de partage d'information),
- La concertation entre la PUSS et les organes de cogestion,
- Le lobbying pour mobiliser les ressources internes,
- Le lobbying pour mobiliser les ressources externes (hors PASS et cotisation).

Les résultats obtenus par les PUSS ne permettent pas encore d'affirmer que la mission est remplie, car elles sont encore dans leur phase de démarrage. Elles doivent mettre en œuvre les formations reçues, puis affirmer leur appartenance au SYLOS et devenir un partenaire incontournable de négociation avec l'offre. Notons néanmoins qu'elles ont compris la portée de leur rôle et ont mis en œuvre leur plan d'action. Cela leur a valu d'atteindre un niveau de performance satisfaisant en novembre 2015 (voir annexe 4).

L'amorce du dialogue avec l'offre a été perceptible, surtout avec les contacts entre les PUSS et les EEZS. Mais il faudra attendre encore pour évaluer les résultats des différents engagements pris par l'EEZS afin d'apprécier l'effet et l'influence des PUSS. Encore faudra-t-il prendre des dispositions pour éviter le risque de l'instrumentalisation des PUSS par l'offre.

Le niveau d'instruction des membres PUSS permet de relever de nombreux défis que peut-être les COGECS n'ont pu faire jusqu'à présent suite au faible niveau d'exigence demandé par les textes qui les régissent et les ambiguïtés qui les caractérisent. Les agents de santé n'acceptent pas toujours la collaboration telle que définie dans les arrêtés ou décrets pris par le MS à cet effet. Au prochain renouvellement des organes de cogestion, la demande veillera à cet aspect.

La configuration actuelle des PUSS, notamment leur représentativité et l'ambition de mettre en place un système de gestion des plaintes, avec la reconnaissance de l'offre comme partenaire, si elle s'avère authentique, va leur permettre dans le futur de bousculer les habitudes pour le bien des populations qui seront plus écoutées et ainsi accéderont aux soins de santé de qualité et équitables.

Ces différentes actions induisent une amélioration du dialogue offre-demande qui doit être renforcé. L'offre accepte progressivement le contrôle social, le concept de médecin conseil, l'animation des cadres de concertation offre-demande. De plus en plus, les acteurs de la demande interviennent dans les espaces de concertation et de décision tels que les comités de pilotage du FBR.

4.1. Points forts

En termes de perception de la PUSS sur l'appui PASS, les PUSS ont l'impression d'être considérées comme un partenaire et non une entité sous subordination du PASS. Elles estiment bénéficier d'une très bonne collaboration avec les chargés d'appui conseil, ce qui rend plus agréable les échanges et la mise en œuvre des actions. Les efforts pour la mise en place d'outils de suivi sont bien appréciés, car facilitent la traçabilité des actions mises en œuvre. Les PUSS apprécient également les efforts dans le renforcement de l'ancrage communautaire de la PUSS et le renforcement des capacités des acteurs PUSS, mais estiment pour le moment qu'ils doivent

encore se poursuivre et qu'il faut accompagner les PUSS dans l'élaboration de leur plan stratégique et dans leur plan de renforcement des capacités jusqu'à la base.

L'engouement des PUSS à travailler au nom de la communauté et à recourir à elle pour l'expression des besoins d'amélioration de la santé montre tout l'intérêt de la collaboration nécessaire entre l'offre et la demande de soins. Le constat sur le terrain est que les PUSS ont tendance à ne pas tomber dans les mêmes erreurs que les COGECS en termes *de* subordination à l'offre. Des initiatives sont en perspectives pour même éviter une quelconque dépendance financière.

L'expérience permet déjà aux PUSS d'imaginer des réformes dans la structuration et l'organisation de la demande dans le sens de partir fondamentalement des communautés elles-mêmes au lieu des organisations communautaires. Certaines PUSS sont allées plus loin en proposant que l'action des PUSS ne devrait pas se limiter aux soins de santé, mais à toute activité qui assure l'amélioration des conditions de vie des populations, gage d'un état de meilleur santé. Les propositions sont ainsi dans le sens d'une prise en compte de cette vision plus large de la santé qui va au-delà des soins et qui reflèterait l'expression naturelle des besoins des communautés à la base. Ceci donnerait plus de crédibilité aux PUSS qui, ce faisant, contribuerait ainsi à la vision élargie écologique de la santé auprès d'un système sanitaire plutôt travaillant dans une vision étriquée biomédicale (Houéto & Valentini, 2014).

4.2. Facteurs limitant/points à améliorer

Selon les membres PUSS, le travail communautaire allant au-delà de la vérification communautaire, nécessite trop de sacrifice (temps, finances, etc.) et un fort engagement pour une meilleure implication des acteurs, ce qui rend difficile une harmonisation des points de vue pour la mise en œuvre des actions. Par ailleurs, la ZS a des difficultés pour un partenariat plus fort avec les PUSS dans les instances COSA, EEZS, Revue de performance, étant donné le statut non officiel des PUSS. Si la collaboration avec la communauté est une nécessité, ce que ne conteste pas l'offre, il reste selon elle à trouver le juste mécanisme pour une interaction légale qui permet une amélioration des résultats de l'offre, c'est-à-dire l'amélioration de la santé des populations qui passe par l'autonomisation des communautés à agir sur les déterminants

sociaux de la santé. Un partenariat gagnant-gagnant en effet ! L'autre difficulté réside dans la mobilisation des ressources internes et externes (en dehors du PASS) en vue d'une autonomisation progressive de la PUSS du point de vue financier.

En outre, si l'idée des PUSS est l'expression du besoin incontournable de la représentativité communautaire dans le processus de la co-production de la santé, force est de constater que le mécanisme actuel de leur mise en place et de leur fonctionnement pourrait ne pas pouvoir conduire à leur autonomisation. Les PUSS pourraient même conduire à une situation de tension entre l'offre et la demande. En effet, le processus conduisant à l'autonomisation communautaire voudrait que ce ne soient pas les organisations communautaires qui représentent la communauté, mais que cette dernière soit directement impliquée et soit au centre de toute action visant sa santé (Raeborn et Rootman, 1998). L'action axée essentiellement sur les soins et par conséquent sur la gestion des plaintes avec, par exemple dans certaines formations sanitaires, la présence d'enseignes indiquant la possibilité de recours aux PUSS en cas de plaintes serait mal perçue de part et d'autre. La communauté voudrait que d'autres dimensions relatives à l'amélioration de leurs conditions de vie soient prises en compte pour leur assurer un meilleur état de santé. Les professionnels fustigent de l'anarchie et de l'ingérence d'une structure non-reconnue par les instances du MS dans le bon fonctionnement du système sanitaire. De nombreuses leçons sont ainsi apprises à travers cette expérience.

4.3. Leçons apprises

D'une manière générale, la structuration de la demande de soins au sein d'organisations représentatives autonomes est de nature à amener les communautés à jouer un rôle crucial dans le système local de santé dans une relation de partenariat avec les services de santé. Plus particulièrement, le processus de mise en place des PUSS reposant sur les communautés a permis de constater une meilleure visibilité de la PUSS comparativement à la PSCS ; une meilleure collaboration avec l'offre de soins et, de plus en plus, une acceptation de la PUSS comme un partenaire de l'offre. Cependant, cette représentation de la communauté mériterait de descendre encore plus bas au niveau de la communauté elle-même afin de contribuer à une

représentativité directe sans intermédiaire, ce qui donnerait plus de résultats qui seront bien durables dans le temps.

Le niveau d’instruction des membres PUSS permet de diminuer, au niveau de l’offre, le sentiment de les considérer comme des partenaires potentiellement inférieurs pour des réflexions constructives. L’offre de soins, à travers 3 rencontres avec les PUSS, révèle un intérêt pour ces dernières dans la mesure où elle a demandé expressément (EEZS ADD) à la PUSS ADD de lui faire parvenir le plus rapidement possible les plaintes non résolues dans les formations sanitaires. Surement, à la base de cet engouement, le FBR a joué un rôle au travers des primes octroyées aux centres de santé du fait de l’action des PUSS dans la vérification communautaire.

Par ailleurs, le processus se doit de comporter nécessairement un agenda clair de coaching de la PUSS vers son autonomisation surtout financière en vue de la pérennisation et la durabilité des actions. L’inclusion progressive de la PUSS dans le dispositif FBR pourrait lui permettre de gagner des subsides pour son fonctionnement à travers des taux bien étudiés applicables aux fiches FBR. La mise en réseau des PUSS est de nature à renforcer ces dernières dans l’accomplissement de leurs rôles.

L’ancrage institutionnel des PUSS doit être pensé afin qu’elles ne soient pas ‘phagocytées’ par l’offre de soins. Un suivi rapproché des PUSS par le PASS s’impose.

L’expérience des PUSS a avant tout le mérite d’attirer l’attention des acteurs du SYLOS sur la nécessité de combler le fossé de la participation active de la communauté au processus visant l’amélioration de la santé des populations. Du point de vue communautaire, les actions visant la santé ne devraient pas se limiter essentiellement aux soins de santé centrés autour des formations sanitaires. Elles devraient viser également et surtout l’amélioration des conditions de vie des populations dont sont responsables les communautés elles-mêmes ainsi que les gouvernants à tous les niveaux local, régional et central, ce qui contribuerait à réduire la pression sur les formations sanitaires et améliorerait les prestations de soins à ce niveau. La qualité des soins tant désirée par tous les acteurs pourrait ainsi être au rendez-vous.

5. Discussion et perspectives

A l'issue de l'analyse du processus de mise en place et d'action des PUSS, les points qui paraissent être d'une importance capitale pour la durabilité de leur action et qui méritent une discussion approfondie sont : i) la participation communautaire autonomisante et les PUSS et ; ii) la nécessité de la vision biopsychosociale de la santé et le rôle du SYLOS.

5.1. *La participation communautaire autonomisante et les PUSS*

L'idée que véhicule la mise en place des PUSS est bien celle de l'autonomisation des communautés dans le cadre de l'amélioration de leur propre santé. Cette même idée fut la pièce maîtresse des conférences de Harare et de Dakar où les participants ont discuté le plus grand rôle que pourraient et devraient jouer les individus, les ménages et les communautés dans les interventions visant la santé au niveau du district sanitaire (OMS, 1987 ; COP, 2013). Elles ont particulièrement insisté sur le fait que les pays devraient passer d'une vision considérant les communautés comme des bénéficiaires passifs de politiques publiques à une vision selon laquelle ils sont des acteurs de leur propre santé. Elles précisent également que cette nouvelle vision pourra être obtenue par trois voies complémentaires les unes des autres et que sont l'autonomisation, l'expansion de la liberté et l'expression des citoyens (COP, 2013).

a) L'autonomisation

L'autonomisation (de l'anglais '*empowerment*') est un processus délibéré visant à accroître la capacité de quelqu'un à choisir parmi un ensemble de choix et de développer des actions de façon autonome. C'est une valeur intrinsèque, un but et un droit en soi de tout individu, groupe ou communauté et plusieurs expériences ont démontré que la communauté ou les patients pouvaient être des coproducteurs majeurs de leur propre santé (OMS, 1986 ; Raeburn & Rootman, 1998). L'autonomisation des communautés est un élément incontournable dans la lutte contre le triple fardeau des maladies transmissibles, non-transmissibles et socio-comportementales à travers l'action sur les déterminants sociaux.

Ce qui n'est pas possible autrement, et qui explique la persistance de ce fardeau dans la région africaine en général et au Bénin en particulier, en étant une des raisons de l'échec de l'atteinte

des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) (COP, 2013 ; Houéto et al., 2008 ; UN Platform on Social Determinants of Health, 2012).

L'autonomisation des communautés implique un changement substantiel en termes d'approche au niveau du système sanitaire en général et du SYLOS en particulier. Il faudra aussi changer des pratiques existantes et revoir certaines normes éthiques (OMS, 1986). Par exemple pour la déclaration de Dakar (COP, 2013), le système de santé devrait s'assurer que les communautés soient propriétaires des informations de santé publique collectées à leur niveau et qu'elles leur soient renvoyées afin qu'elles puissent prendre des mesures nécessaires en temps opportun. L'organisation du système sanitaire devra ainsi nécessairement se faire dans la perspective d'autonomiser les communautés, ce qui implique sa forte décentralisation avec une plus grande responsabilité confiée au SYLOS.

Les PUSS dans l'état actuel de leur fonctionnement constituent un instigateur ramenant le SYLOS à la nécessité d'intégrer l'autonomisation dans son processus de gestion. Il reste simplement que la notion de communauté devra, dans l'organisation des PUSS, être celle qui descende au niveau des individus et non exclusivement à travers les organisations à base communautaire. Ce qui permet de donner à la communauté l'occasion de « prendre le pouvoir » et d'exiger des gouvernants la nécessité pour eux de composer avec elles en ce qui concerne leur développement et leur santé.

b) La liberté

L'expansion de la liberté quant à elle, c'est-à-dire le processus délibéré visant à accroître les ensembles de choix des personnes et une meilleure protection dans l'exercice de leurs droits, est un processus insuffisamment exploité pour améliorer la performance des systèmes locaux de santé en Afrique, reconnaît la conférence de Dakar sur le District sanitaire (COP, 2013). Dans ce cadre, la proposition vise à s'éloigner de la vision qui présuppose la passivité des individus et des ménages dans le SYLOS et de la discipline attendue de leur part (par exemple, le respect des frontières administratives). En réalité, la décision d'utiliser les services de santé relève entièrement de la liberté des individus et des communautés. Le système sanitaire devrait ainsi s'organiser pour le développement au sein des communautés des atouts porteurs de cette

liberté à prendre les décisions idoines dans le sens de l'amélioration de leur santé et qui ne se limitent pas uniquement dans le recours aux soins de santé.

Les PUSS en ce moment prennent des décisions mais se limitent aux soins de santé et il y a alors besoin que l'organisation de leur fonctionnement aille dans le sens de la liberté conférée à chaque individu en ce qui concerne la gestion de sa santé et le recours aux soins de santé.

Cette liberté de choix est une valeur en elle-même mais qui nécessite que les communautés soient bien informées et/ou capables d'aller chercher les informations nécessaires pour s'assurer de la responsabilité et d'une plus grande réactivité des prestataires de santé. En effet, pour le renforcement de l'autonomisation et de la liberté de choix, il est important que le système sanitaire accompagne la communauté dans le processus par un programme clair de renforcement des capacités. Ce programme de renforcement des capacités est très différent de ce qui est communément entrepris sous la forme d'éducation pour la santé et doit s'établir et se mettre en œuvre à travers un processus bien particulier autonomisant (Raeburn & Rootman, 1998). Il ne s'agit en rien d'espérer que les communautés deviennent des experts en matière de soins de santé, mais plutôt de les aider à jouer leur rôle dans le champ de l'action sur les nombreux autres déterminants de la santé en dehors de celui des soins et qui ne sont pas gérables sans leur active participation. La déclaration de Dakar (COP, 2013) mentionne clairement que ce mécanisme de collaboration avec les communautés a été insuffisamment reconnu par le passé par les systèmes sanitaires en Afrique.

Le renforcement des capacités tel que l'organise en ce moment les PUSS par le PASS reste à améliorer dans le sens de la participation autonomisante des communautés dans l'identification des thématiques de formation ainsi que les méthodes et mécanismes de mise en œuvre. En d'autres termes, les PUSS à travers leurs actions notamment celles de la gestion des plaintes et la vérification communautaire, contribuent à améliorer la liberté communautaire. Cependant, il reste des améliorations à y apporter dans le sens de l'implication directe des communautés et du mécanisme d'apprentissage (formation et pratique) qui sont importants dans la liberté de prise de décision. En ce sens un ensemble de services envers les populations pourrait encore être développé sur la base de leurs besoins exprimés.

c) L'expression de la communauté

L'expression ('voice'), c'est-à-dire le mécanisme par lequel les citoyens et les usagers expriment leurs préférences pour donner la direction des actions collectives, est à la fois valable comme but (démocratie et droits politiques) et comme moyen d'obtenir des services de santé plus performants (par l'expression d'insatisfactions et de frustrations). Encore une fois, ceci n'est possible qu'au travers d'une participation communautaire autonomisante qui est un axe clé de la déclaration d'Harare et de l'Initiative de Bamako (OMS/UNICEF, 1987). Cependant, au lieu de cette participation, les pays d'Afrique ont choisi de mettre en place des comités (COSA et COGECS) avec des résultats variables et mitigés (Houéto & Valentini, 2014, Ridde, 2004). Pourtant, la communauté représente une ressource valide pour corriger des problèmes anciens comme l'absentéisme et la mauvaise performance du personnel de santé et pour soutenir l'équipe cadre de district dans son rôle de supervision (COP, 2013).

Force est de constater que l'action des PUSS relative à la gestion des plaintes est un aspect allant dans le sens de cette expression de la communauté. Cependant, les organisations à base communautaire sont connues pour ne pas être à même de jouer pleinement ce rôle facilitant l'expression de la communauté (Raeburn & Rootman, 1998) et c'est là une des faiblesses des PUSS selon que mentionnée plus haut. En réalité, pour renforcer l'expression de la communauté, l'action des PUSS se doit de s'inscrire dans la perspective du contrôle communautaire de tout ce qui est entrepris et ce avec un programme clair de renforcement des capacités communautaires selon les mécanismes décrits dans la rubrique « expansion de la liberté ». Ce qui laisse libre cours aux communautés de résoudre tous leurs problèmes par la même occasion et évitant ainsi la vision hospitalo-centriste de la santé pour aller vers l'amélioration des conditions de vie, fondamentale pour l'action sanitaire.

Cette même vision d'autonomisation des communautés est par ailleurs le cheval de bataille de la nouvelle santé publique, c'est-à-dire la promotion de la santé, portée par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et venant insister sur la nécessité de conférer le pouvoir aux communautés afin de leur permettre d'améliorer leur propre santé. Dans cette perspective, la décentralisation du système de santé se basant sur le principe de District sanitaire qui lui-même est collé à la décentralisation administrative et faisant ainsi le lien avec le gouvernement local est d'une

importance capitale. Dans la région africaine plus particulièrement, les pays se sont engagés depuis la 5^e Conférence mondiale en promotion de la santé à Mexico en 2000 à ce que les systèmes sanitaires soient prioritairement gérés par l'approche promotion de la santé et qu'elle soit érigée au rang de direction au sein de l'administration centrale des systèmes de santé (OMS, 2000 ; OMS, 2001 ; OMS, 2012). Mais force est de constater que les progrès dans ce sens sont très peu consistants et c'est là que se justifie une organisation de la demande comme la PUSS qui vient attirer l'attention de l'offre sur l'importance de conférer un certain pouvoir à la communauté dans le processus de la gestion de sa santé.

La PUSS en mettant l'accent sur la responsabilité communautaire dans la gestion de sa propre santé vient ainsi combler un vide et contribue certainement au renforcement du SYLOS à travers le renforcement du pouvoir des communautés partenaires dans le processus de collaboration avec celui-ci. Mais cela ne pourra se faire sans la réorientation du système sanitaire vers une vision biopsychosociale de la santé. Dans la vision biopsychosociale de la santé et, après les réorientations nécessaires décrites dans ce sous-chapitre, les acteurs du SYLOS pourront contribuer à une amélioration durable de la santé des communautés pour lesquelles ils travaillent si ardemment.

5.2. La nécessité de la vision biopsychosociale de la santé et le rôle du SYLOS

L'idée des PUSS, pour s'enraciner durablement dans le processus de collaboration du système sanitaire avec les communautés, aura besoin incontestablement d'être soutenue par la vision biopsychosociale de la santé (COP, 2013). Ce qui aurait dû être le cas si le Bénin avait traduit en action ses engagements pris au niveau régional africain dans le cadre des avancées en matière de la promotion de la santé (OMS, 2000 ; OMS, 2001 ; OMS, 2012). La vision biopsychosociale de la santé en effet accorde une place de choix à la communauté dans la gestion de la santé des populations et par la même occasion aux autres secteurs non-sanitaires sans lesquelles l'action sur les DSS est impossible. C'est la vision portée par les SSP (OMS, 1978), l'IB (OMS/UNICEF, 1987), les déclarations de Harare (OMS, 1987) et de Dakar (COP, 2013) et la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). C'est dire tout l'intérêt pour le système sanitaire en général et le SYLOS en particulier d'associer par la même occasion les autres secteurs non-sanitaires à la gestion de la santé des populations au même titre que les communautés.

En tout état de cause, la situation des pays de la région africaine en général et celle du Bénin en particulier face à la vision biopsychosociale de la santé pointe du doigt un véritable manquement. En réalité, tous les textes ou déclarations allant dans le sens de cette vision au niveau régional sont signés par le Bénin. Mais la mise en œuvre est loin d'être au rendez-vous et ceci est dû notamment à une absence critique de ressources humaines compétentes en la matière (Houéto et Valentini, 2014 ; Houéto et Sambiéni, 2016).

En effet, une des caractéristiques importantes de la qualité des soins est de placer le patient au centre des soins, c'est-à-dire un processus par lequel une perspective biopsychosociale est utilisée par les professionnels de la santé dans une approche plus large où la maladie et l'expérience de la maladie sont activement explorées. Dans ce cadre, des tentatives sont faites pour trouver un terrain d'entente entre les patients et les professionnels de la santé menant à des décisions prises de commun accord (COP, 2013). Cela nécessite tout d'abord que les Ministères de la santé et leurs partenaires aident les bureaux de district à devenir des organisations apprenantes. Les équipes de gestion de district doivent faire plus d'efforts pour écouter les gens, respecter leur autonomie, mais elles ont aussi besoin de recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur leurs besoins en matière de santé, d'identifier ce qui pourrait être fait *ensemble* pour répondre à ces besoins. Ils ont également besoin de recueillir des renseignements sur la performance des différentes composantes du système de santé local et sur les goulots d'étranglement qui l'entravent. L'état d'esprit des responsables de la santé a besoin de changer, d'abord et avant tout pour aller dans ce sens de partage des responsabilités étant donné que la santé n'est et ne sera jamais l'affaire du seul secteur de la santé (COP, 2013). Et là, il faut nécessairement avoir recours à l'expertise de la promotion de la santé, la troisième révolution de la santé publique (Breslow, 1999 ; Kickbusch & Payne, 2003).

L'idée des PUSS pour s'inscrire dans la durabilité, aura ainsi besoin de s'enraciner dans cette même vision biopsychosociale de la santé de sorte à amener le SYLOS à comprendre et jouer son rôle aux côtés des acteurs indispensables de la santé que sont les communautés et les secteurs non-sanitaires. Les PUSS doivent également soutenir la collecte des informations nécessaires sur les besoins en matière de santé et de ce qui pourrait être fait ensemble avec les communautés pour répondre à ces besoins. Ce n'est d'ailleurs pas étonnant de voir que cette

vision est présente et soutenue au sein des PUSS à travers le souci d'activités allant au-delà des soins à l'exemple de Bassila. Elle ne cherche qu'à être réveillée/renforcée.

Afin de favoriser l'action sur les DSS par la communauté et les secteurs non-sanitaires, fondement essentiel du succès en matière d'amélioration durable de la santé des populations, le SYLOS devra se consacrer principalement au rôle de coordination et secondairement aux activités de soins. Ce qui suppose dans l'état actuel des choses, une réorientation de ses services (OMS, 1986). Selon la conférence de Dakar (COP, 2013), si les équipes de district de santé ont un rôle clé à jouer dans la gestion du système de santé local, elles ne devraient toutefois pas effectuer cette tâche seules. Leur préoccupation devrait être de construire des coalitions d'acteurs locaux dédiés à la santé de la population. Le processus pour y arriver est désormais bien connu sous la dénomination de « la santé dans toutes les politiques » (WHO, 2014). Cela implique un changement dans leurs pratiques. Par exemple, les équipes de district sanitaire doivent repenser le processus de planification pour en faire un instrument flexible de coordination et d'alignement de tous les acteurs ; au lieu d'être essentiellement une autorité, les équipes-cadres doivent devenir responsables, organisatrices et facilitatrices de processus. La conférence de Dakar (COP, 2013) stipule par ailleurs que la coordination passe également par la création d'un organe légitime ou d'une plateforme pour orienter le système local de santé. Dans les sociétés qui de plus en plus valorisent la liberté, une telle légitimité ne provient pas de l'autorité administrative : elle doit être conquise principalement par le leadership, le dialogue et la confiance. La coordination requiert probablement un juste équilibre entre les mécanismes de coordination de haut en bas et des mécanismes plus horizontaux basés sur la confiance, des modalités de coordination entre les différents acteurs du système local de santé.

Les PUSS sont ainsi comme une réponse à cette déclaration de la conférence de Dakar quand bien même elles n'arborent pas encore entièrement la parfaite armature autonomisante des communautés.

Plus encore, la conférence de Dakar (COP, 2013) renforce sa déclaration en mentionnant que de toute évidence, le Ministère de la santé devrait jouer le rôle de premier plan dans cet effort de coordination. La création d'un environnement juridique et institutionnel favorable au travail avec d'autres secteurs et la mise en place des organes de concertation et de coordination

nécessaires pour rassembler tous les acteurs autour de la même table restent de son ressort. Cette idée rejoint celle que d'autres pays comme le Canada ont adoptée et qui se traduit dans la loi de santé publique du Québec à son article 54¹. Au niveau du district, la planification de l'équipe de gestion du district devrait évoluer d'un processus qui détermine des priorités et alloue des ressources publiques (planification du Ministère de la Santé) vers un outil de coordination plus global, visant à aligner et harmoniser les différents acteurs présents au niveau district et de capitaliser sur le plein potentiel de toutes les parties prenantes dans le secteur de la santé (planification du Secteur de la Santé). Ces deux processus vont renforcer les fonctions de *stewardship* aux niveaux central et du district (COP, 2013). La conférence de Dakar va plus loin en mentionnant qu'il est temps pour le système sanitaire de passer à une vision plus pluraliste de la fonction de *stewardship*. Le *stewardship* doit être partagé avec d'autres acteurs, certainement avec les autorités locales mais parfois, au travers de processus de consultation, avec le secteur privé. Le dialogue avec les autorités locales et les acteurs présents à des niveaux décentralisés devrait ainsi viser également à faciliter le transfert flexible de compétences et de ressources financières, avec les appuis requis en termes de renforcement des ressources humaines (COP, 2013). Compte tenu de son profil technique élevé, l'équipe de gestion du district aura encore un rôle clé à jouer dans de tels systèmes décentralisés. Une des plus grandes préoccupations sera, à ce niveau décentralisé, de trouver la meilleure articulation avec les autorités locales, tout en maintenant une bonne connexion avec le Ministère de la Santé. Une coordination efficace avec les gouvernements locaux est essentielle pour assurer la collaboration intersectorielle et l'action au niveau local sur les déterminants sociaux de la santé (COP, 2013 ; OMS, 1986).

Ce qui amène à se poser la question de savoir dans quelle mesure l'organisation du SYLOS au Bénin pourrait-il faciliter le rôle ainsi décrit ? L'organisation actuelle du SYLOS au Bénin constitue en effet un handicap à l'efficacité à long terme des PUSS en ce qui concerne l'objectif d'autonomisation qui en est un des principaux. Le SYLOS au Bénin, au lieu d'être dans la configuration du district sanitaire est plutôt sous la forme de regroupement de plusieurs Communes et dénommée Zone sanitaire. L'autonomisation des communautés passe par celle

¹ <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>

des autorités locales pour une action concertée autour des DSS rassemblant tous les acteurs au niveau local sous le contrôle de l'administration locale dirigée par le Maire. Cet état de chose est difficile à envisager dans le contexte des ZS et invite à une action de plaidoyer auprès du système sanitaire béninois pour cette réforme importante sans laquelle la vision biopsychosociale sera difficilement applicable pour l'atteinte des résultats d'amélioration de la santé des populations (COP, 2013 ; OMS, 1986).

5.3. Perspectives

Sur la base des idéaux de la participation et de l'autonomisation communautaire pour l'amélioration des résultats des interventions visant la santé, les PUSS sont une initiative à encourager. Cependant, il sera nécessaire de revoir le processus de la mise en place et d'accompagnement de sorte à les rendre plus autonomes. Dans ce sens, il faudra :

- s'assurer du contrôle communautaire de l'ensemble de la procédure conduisant à la mise en place des PUSS afin pour elles (les communautés) de pouvoir se former à la tâche et de savoir s'organiser à partir de l'expérience acquise à travers la pratique,
- Elargir la configuration regroupant les organisations à base communautaire pour aller directement au-devant des communautés,
- élaborer en collaboration avec chaque communauté un programme clair et précis de renforcement des capacités permettant l'échange d'expertise entre elles et les autorités du SYLOS avec la facilitation de la CTB pour les débuts afin de combler les besoins des communautés en termes de connaissances devant les aider à mieux jouer leur rôle dans le processus d'amélioration de leur propre santé,
- étendre les actions de collaboration entre le SYLOS et les communautés au-delà des soins afin de couvrir l'analyse et l'action sur les DSS,
- amener les communautés à savoir faire recours aux autres secteurs non-sanitaires pour l'action sur les DSS spécifiques à leurs domaines respectifs,
- amener les communautés à viser l'édification de leur milieu de vie à travers la cohésion sociale, le réseautage et toute autre action pouvant aider à cet objectif afin pour elles d'être capables de travailler en tant qu'un seul homme pour l'amélioration en général de leurs conditions de vie à travers la vision biopsychosociale.

Conclusion

Les PUSS répondent très clairement à un besoin des communautés de participer à la gestion de leur propre santé. En tant que telle, il s'agit d'une initiative à soutenir très fortement car les expériences ont montré que l'amélioration de la santé des populations ne saurait se faire sans la pleine participation de ces dernières. Cette idée est portée par plusieurs déclarations et résolutions au niveau régional africain et international mondial. Les PUSS viennent ainsi combler un vide important dans l'organisation du SYLOS et sans lequel l'efficacité de l'action du système sanitaire resterait sans grand résultat. Les nombreux résultats de processus déjà engrangés en si peu de temps dans les départements d'intervention témoignent de cette nécessité.

Cependant, pour jouer pleinement ce rôle d'organisation communautaire participant à la gestion de sa propre santé, les PUSS devront, dans l'état actuel de leur existence, connaître des améliorations en termes de : i) restructuration prenant une forme communautaire et non exclusivement le regroupement d'organisations à base communautaire et ; ii) redimensionnement du champ d'action visant plutôt la santé et non uniquement les soins de santé et, de ce fait iii) s'étendre à l'implication des autres secteurs non-sanitaires pour l'amélioration des conditions de vie au niveau local.

Références

- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 281, 1030-1033.
- Communauté de Pratique (COP), Prestation des services de santé (2013). Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique. Rapport de la Conférence Régionale « Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d’Harare », 21 – 23 Octobre 2013, Dakar, Sénégal.
- Ghesquière, G., Hounouvi, T. A. T., Dramé, M. L., Gyselinck, K. & Paul, E. (2015). Les opportunités du Financement basé sur les résultats comme plateforme d’interactions entre l’offre et la demande pour le renforcement du système local de santé au Bénin. Capitalisation santé Bénin. Version à circuler, 13 novembre 2015.
- Houéto, D., & Valentini, H. (2014). « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d’avenir », *Santé Publique*, N°1 Suppl. S1, p. 9-20.
- Houéto, D, d’Hoore, W. & Deccache, A. (2008). « Perceptions de la participation des parents par les professionnels de santé à la lutte contre le paludisme de l’enfant au Bénin », *Santé publique*, vol. 20, n° 1, p. 19-28.
- Houéto, D. & Laverack, G. (2014). *Promotion de la santé et autonomisation dans le contexte africain*, Éditions Rossendale Books, Raleigh, Etats Unis d’Amérique, ISBN : 978-1-291-76115-3.
- Kickbusch, I. (2007). The move towards a new public health. *Promot Educ*, suppl.2, 9.
- Kickbusch, I., & Payne, L. (2003). Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promot. Int.*, 18(4), 275-278.
- Kpatchavi, C. A., Wongolo-Kouayep, I. V., Meliho, P., Aïna, M. A., & Alihonou, O. (2014). Le rôle d’interface des comités de santé en Afrique de l’ouest et du centre : le cas du Bénin. Rapport draft, Observatoire des services publics en Afrique, Cotonou.
- Meessen, B. & Malanda, B. for the Community of Practice “Health Service Delivery” (2014). No universal health coverage without strong local health systems. *Bull World Health Organ*; 92:78–78A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.135228>.

Organisation mondiale de la Santé (2012). Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine. Brazzaville, Congo.

Organisation mondiale de la santé (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adélaïde, Australie, 2010.

Organisation mondiale de la Santé (2008a). Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire, Déclaration des États Membres de la Région africaine de l'OMS, Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, 28-30 avril 2008, Ouagadougou, Burkina Faso, Disponible à : <http://www.afro.who.int/en/regional-declarations.html>.

Organisation Mondiale de la Santé (2008b). Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais, Rapport sur la santé dans le monde, 2008, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la Santé (2008c). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (date de consultation : 12 janvier 2014).

Organisation mondiale de la santé (2001). Stratégie régionale de promotion de la santé adoptée en 2001 (RC51/Rev.1), p.2.

Organisation mondiale de la santé (2000). Déclaration de Mexico. Cinquième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Mexico, Mexique, le 5 juin 2000.

Organisation Mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa (Ontario), 21 novembre.

Raeburn, J., & Rootman, I. (1998). *People-Centred Health Promotion*. Chichester (England): John Wiley & Sons. Robertson & Minkler, 1994).

Ridde, V. (2004). *L'initiative de Bamako 15 après : Un agenda inachevé*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433.

UN Platform on Social Determinants of Health (ILO, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO and UNAIDS) (2012), Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health: "Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach". Consulté le 22 octobre 2013, à: www.worldwewant2015.org/file/300184.

World Health Organization (2014). *Health in All Policies (HiAP): Framework for Country Action*. Geneva.

World Health Organization (2009). *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*, WHA 62.14, 22, May, Geneva, WHO.

World health organization (1987). *Declaration on strengthening District health systems based on primary health care (Harare Declaration)*. International meeting on strengthening District health systems, Harare, Zimbabwe 3-7 August 1987.

Annexes

Annexe 1 : Outils de gestion des plaintes et de gestion des cotisations

1.1 Le registre des plaintes

N°	Motif de la plainte	Mise en cause	Plaignant (nom et sexe)	date et Heure (enregistrement)	date et lieu, de survenance de l'évènement	Contact et /ou adresse du plaignant	Canal utilisé	Preuve/vérification	Traitement de la plainte			Feedback au plaignant	satisfaction du plaignant
									Oui/durée ttt	non	circulit ttt		

Ce registre est conçu pour enregistrer les plaintes au niveau de chaque acteur impliqué y compris les PUSS. Les PUSS y enregistrent les plaintes non traitées au niveau inférieur.

1.2 Le tableau de bord des plaintes

Acteurs	Période de collecte	Nombre de plaintes reçues au cours de la période					Nombre de plaintes traitées au cours de la période	Nombre de plaintes remontées à la PUSS	Total des plaintes de la période	observations
		rançonnement	Mauvais accueil	Vente illicite de médicaments	absentéisme	autres				

Ce tableau de bord permet à la PUSS de capitaliser les plaintes des acteurs impliqués dans la collecte et le traitement des plaintes.

La PUSS doit néanmoins veiller à ce que les plaintes soient bien décrites dans les registres des acteurs et à jour.

1.3 Registre de suivi des recommandations

Instances	Dates	Rec formulées (écrire)	Rec mise en œuvre (oui ou non)	Suivi Rec (oui et lister les actions, non)
EEZS				
Comité de pilotage				
Revue de performance EEZS				
Revue de performance DDS				
Autres				

1.4 Registre des cotisations

Année.....

N°	Corporations	Montant dû	Cotisations												Total année	
			j	f	m	a	m	j	J	a	s	o	n	d		

1.5 Cahier des recettes et des dépenses ou journal de caisse

Date	N° PJ	Libellé	Montant	Entrée	Sortie	Solde
Totaux						
A reporter						

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

#	Localité	Nom et Prénoms	Fonction
1	Comè	Nakou A. Sodoh	
2		Allognikou Antoine	
3		Hounguevou Janvier	
4		Dossa Lea	Facilitateurs Non membres PUSS
5		Kanavi Lucien	
6		Dansou Emmanuel	
7	Grand Popo	Atayi Ferdinand	Président COSA
8	Lokossa	Dr Kashala Jean-Pierre	ATI-PASS
9	Aplahoué	Dr Houiley Comlan	MC/ZS-ADD
10	Djakotomey	Dongbeto Lawrence	
11		Sagbo Eli	
12		Sossa Bernadette	
13		Assou Nicolas	Facilitateurs Non membres PUSS
14		Ghizo Benoit	
15		Acodo Leonard	
16	Bassila	Daouda Malam Moutarou	Président PUSS
17		Yacoubou Salifou	Secrétaire PUSS
18		Salam Djeriwo	Facilitateurs Non membres PUSS
19		Assoumanou Imourana	
20		Soubedou Imourana	
21		Chabilakoun Moustapha	Ex. PAM
22	Natitingou	Dr Ekambi Armand	ATI-PASS

Annexe 3 : Résultats des concertations des PUSS au moment de leur mise en place

Tableau 3.1 : Les missions de la PUSS selon les membres des bureaux PUSS dans les ZS par département

Mono-Couffo	Atacora-Donga
<ul style="list-style-type: none"> ○ sauver la population ; ○ négocier avec l'offre de soins ; ○ aider la population à avoir accès aux soins de santé de qualité ; ○ négocier les différends avec les agents de santé ; ○ la santé des populations est stable ; ○ défendre les intérêts de la population pour des soins de qualité ; ○ gérer les plaintes et défendre les intérêts des populations auprès de l'offre ; ○ amener l'offre et la demande à s'entendre pour des soins à moindre coût ; ○ être l'intermédiaire entre l'offre et la demande ; ○ régler les plaintes des clients au niveau des formations sanitaires ; ○ fédérer les différentes structures intervenant dans la demande et servir d'interface et défendre les intérêts des usagers ; ○ recherche de la satisfaction de la population pour des soins de qualité ; ○ être le porte-voix de la population auprès de l'offre et défendre les intérêts de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ amener les agents de santé à offrir des soins de qualité ; ○ être le porte-parole de la communauté pour améliorer la souffrance des usagers ; ○ avoir des rencontres avec les centres de santé pour faire des sensibilisations ; ○ accompagner les différents organes de démembrement ; ○ aider la population à être en bonne santé ; ○ œuvrer pour des soins de qualité ; ○ réduire les conflits entre l'offre et la demande ; ○ défendre les intérêts de la communauté ; ○ gérer les conflits ; ○ renforcer le dialogue social et sectoriel ; ○ améliorer la qualité des soins ; ○ s'occuper du bien-être de la population ; ○ écouter les besoins et œuvrer pour leur satisfaction.

NB : Il s'agit de résultats bruts de la part des membres de la communauté non-professionnels.

Tableau 3.2 : Les objectifs de la PUSS selon les membres des bureaux PUSS dans les ZS par département

Mono-Couffo	Atacora-Donga
<ul style="list-style-type: none"> ○ diminuer les problèmes rencontrés par la communauté ; ○ œuvrer pour la pérennisation des PUSS ; ○ contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ; ○ remonter vers les communautés les mauvais comportements de la demande et faciliter la tâche à l'offre ; ○ réclamer les soins de qualité ; ○ faire comprendre les besoins de la communauté à l'offre ; ○ gérer les plaintes ; ○ renforcer les capacités des acteurs membres ; ○ accompagner le FBR par la VC ; ○ asseoir un dialogue entre l'offre et la demande ; ○ défendre les intérêts de la population pour des soins de qualité ; ○ promouvoir la santé ; ○ aider la population à avoir accès aux soins de santé ; ○ défendre les intérêts de la population pour des soins de qualité ; ○ faciliter l'accès aux soins de qualité ; ○ lutter contre les fraudes et gérer les plaintes. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ assurer le bon fonctionnement de différentes structures membres ; ○ sensibiliser les populations sur les bonnes pratiques pour une meilleure santé ; ○ collecter les plaintes ; ○ s'entendre avec les agents de santé ; ○ bien travailler pour permettre à la population de mieux se porter ; ○ améliorer les conditions de vie des populations ; ○ amener les usagers des CS à s'intéresser à leur propre santé ; ○ organiser les structures de base en réseaux ; ○ jouer le rôle d'intermédiaire entre les prestataires et la population ; ○ contribuer à l'amélioration de l'offre de soins ; ○ se faire connaître par les élus.

NB : Il s'agit de résultats bruts de la part des membres des bureaux PUSS non-professionnels.

Annexe 4 : Performance des PUSS à l'évaluation de novembre 2015

Tableau 4 : Critères et performance des PUSS à la date de novembre 2015

Changement visés	Niveau atteint en novembre 2015
Apprentissage	
Assurent la prise en compte de la voix de la population dans le FBR par l'organisation, la supervision de l'enquête sur le terrain et la participation au comité de pilotage	toutes les 5 PUSS ont connu une progression dans la maîtrise de la VC FBR
L'ancrage des PUSS dans les SYLOS est renforcé	idem. à travers leur participation au comité de pilotage, les sensibilisations radio...
Les planifications, prises de décisions et réflexions au sein de la PUSS sont basées sur les attentes des membres	pas de progression pour ADD et KTL, Bassila et CDO. Un effort reste à faire. Il faudra y veiller lors de la validation des PA 2016
Interaction/intégration	
Participent et contribuent aux réunions des instances de décision de la zone sanitaire	les PUSS sont invités par l'offre de soins à leurs réunions, revues. Mais elles demandent plus.
S'appuient sur le forum ENOUMAMA comme levier d'intégration genre notamment dans la santé de la mère et de l'enfant	ici rien n'est fait comme effort. Les PUSS ne savent pas comment s'y prendre pour les aspects genre. Il faudra mener des actions à prévoir dans le PA 2016. nous pensons qu'il faut expliquer aux PUSS la stratégie pour y arriver
Tous les membres PUSS ont une vision partagée (attente comblée, engagement pour soi et pour les autres) de la mission et des objectifs de la PUSS	Tous les membres ne sont pas engagés de la même manière. la formation sur la qualité du réseau pourrait régler cet aspect.
Action centrée sur la personne	
Promeuvent la prise en compte de la voix de la population en renforçant les capacités des organes communautaires affiliés pour qu'ils expriment les attentes	encore du progrès à faire. Il faudra réfléchir ici sur l'autonomisation des PUSS
organisent la collecte et le traitement des plaintes	chute à KTL et DCO. mais cela s'explique. L'information Baseline collectée est surévaluée. Celle de nov.2015 est le vrai visage de la PUSS KTL et DCO. faible progrès pour les autres PUSS surtout DCO et Bassila. mais l'évaluation est en cours.
Veillent à l'amélioration de la représentativité des femmes, entre autre lors du renouvellement des organes affiliés	des progrès restent à faire ici. Les PUSS doivent faire la situation des corporations par rapport aux mandats, puis sensibiliser. Elles doivent en tenir compte dans leur PA 2016 et mener des sensibilisations.
Les membres contribuent aux activités et au développement de la PUSS	surtout à travers la gestion des plaintes. Il y a les facilitateurs de gestion des plaintes qui font le travail. mais la participation des membres doit être améliorée pour une meilleure visibilité des PUSS. Bassila est un bon exemple

Annexe 5 : Le comité de pilotage

Il s'agit ici du comité de pilotage dans le FBR mis en œuvre par la CTB. Il s'agit d'un organe qui vise à construire un FBR réellement adapté au contexte du Bénin à travers des concertations, des rencontres pour partager les connaissances, les défis et les pistes de solution. Pour des raisons pratiques, il est proposé de mettre en place un comité de pilotage par sous territoire du PARZS afin de piloter le processus FBR. Le comité de pilotage (de type opérationnel) a pour but essentiel l'arbitrage du FBR au niveau des EEZS. Néanmoins il est prévu l'organisation d'un comité unique se réunissant de manière ad hoc pour statuer sur des aspects plus stratégiques et d'orientation de la stratégie du FBR. Il est proposé que chaque ZS soit représenté par un Maire choisi parmi les Maires des communes constituant la ZS et un des Maires choisi par ses pairs assurera la présidence du Comité de Pilotage.

Les Membres effectifs avec voix délibérative proposés sont :

- Mairies
 - 3 Maires représentant les ZS de ADD, KTL et Comé pour le MC dont un assume la présidence du CP
 - 2 Maires représentant les ZS de DOC et Bassila dont un assume la présidence du CP
- DDS
 - Le DDS du MC dans le MC
 - Le DDS de l'AD dans l'AD
- PARZS (volet offre)
 - Le Coresponsable du MC dans le MC
 - Le Coresponsable de l'AD dans l'AD
- Communauté
 - 1 représentant des mutuelles de Santé par sous territoire
 - 1 représentant des COSA par sous territoire

NB : Toutefois le Président du Comité de Pilotage peut inviter toute ressource humaine dont la présence aux assises du CP est jugée pertinente pour la bonne marche du FBR.