

REVUE INTERNATIONALE D'ETUDES SOCIALES,
DE PHILOSOPHIE, D'EDUCATION ET D'ETHIQUE

ISSN : 1840-7559

Dépôt légal N°7056 du 16 janvier 2014, Bibliothèque Nationale, 1^{er} Trimestre

**Laboratoire Interdisciplinaire d'Etudes Sociales, de
Philosophie, d'Education et d'Ethique (LIESPEE)**

**Presses Scolaires et Universitaires du Bénin (PSUB)
Revue.chrysippe@gmail.com**

Presses Scolaires et Universitaires du Bénin (PSUB)
REVUE CHRYSIPPE
REVUE INTERNATIONALE D'ETUDES SOCIALES,
DE PHILOSOPHIE, D'EDUCATION ET D'ETHIQUE

Directeur de publication : Pr Paulin HOUNSOUNON-TOLIN

COMITE SCIENTIFIQUE

Président : Pr Augustin Kouadio DIBI (CI)
1^{er} Vice-président : Mahamane SAVADOGO (BF)
2^e Vice-président : Pr Willy BONGO-PASI MONKE SAGOL (RDC)
3^e Vice-président : Pr Ramsès Thiémélé BOA (CI)

Membres : Pr Michel BOKO (Bénin), Pr Ludovic Fie DOH (CI), Pr Noël A. GBAGUIDI (Bénin), Pr Christophe Capo HOUNKPATI (Bénin), Pr Françoise DAVOINE (France), Pr Maxime da CRUZ (Bénin), Pr Paulin HOUNTONDJI (Bénin) ; Pr Albert NOUABI (Bénin), Jean-Max GAUDILLERE (France), Prof Henri BAH (CI), Prof Albert TINGBE-AZALOU (Bénin), Prof Gabriel BOKO (Bénin), Prof Médard Dominique BADA (Bénin).

COMITE DE LECTEUR

Président : Pr Gauthier BIAOU (Bénin)
Vice-président : Pr Yaovi AKAKPO (Togo)
Membres : Elisabeth YEDEDJI GNANVO, Vincent AYENA, KOUNOU Yaovi, (Bénin), Euloge Franck AKODJETIN (Bénin), Patrick HOUSSOU, Pépin Joseph SIMEON, Marcellin KITCHO, Rogatien TOSSOU, Raymond K. WEWE, Gabriel P. YANDJOU.

COMITE DE REDACTION

Rédacteur en Chef : Serge Armel ATTENOUKON (Bénin)
Secrétaire Adjoint : Mensah Tokponto WEKENON (Bénin)
Membres : Euloge Franck AKODJETIN, Pépin Joseph SIMEON
Coordonnateur : Pr Paulin HOUNSOUNON-TOLIN
Coordonnateur adjoint : Dr Patrick HOUSSOU

RUBRIQUE TRAVAUX DES ETUDIANTS

M. Vincent AYENA (Philosophie)
M. Médard Dominique BADA (Linguistique et Philologie)
M. Gauthier BIAOU (Sociologie et protection de l'environnement)
M. Albert TINGBE-AZALOU (Sociologie et Anthropologie)
M. Gabriel BOKO (Sciences de l'éducation et Psychologie)
M. Michel BOKO (Géographie et Ethique environnementale)
M. Rogatien TOSSOU (Histoire et Archéologie)
M. Pierre MEDEHOUEGNON (Lettres modernes et Littérature comparée)
M. Euloge AGBOSSOU (Questions agricoles et alimentaires)
M. Léonard KOUSSOUHON (Littératures et Civilisations anglophones)
M. GBAGUIDI Noël (Sciences politiques, Juridiques et Sociales)

Les articles tirés des thèmes de recherche en DEA ou en Thèse de doctorat des étudiants obtiennent d'abord le OK de leurs directeurs de DEA ou de Thèse avant d'être envoyés en instruction par les responsables de cette rubrique. Pour les textes des étudiants doctorants étrangers, prière de s'adresser d'abord aux Professeurs Thiémélé BOA et L. Fié DOH. Les étudiants béninois de l'EDP / FLASH, de l'Ecole doctorale de la FADESP et de la Chaire UNESCO, ainsi que ceux des écoles doctorales de l'Université de Parakou et de la FSS et autres établissements de l'UAC, peuvent s'adresser directement aux différents responsables.

COMITE DE GESTION DE LA REVUE

Pr Paulin HOUNSOUNON-TOLIN (Bénin)
Pr Gauthier BIAOU (Bénin)
Responsable à la promotion et à la diffusion : Pr L. Fie DOH (CI)
Trésorière : Mme Rosalie WOROU-HOUNDEKON
Mme Victoire Marie AHOTIN

MOT DE REMERCIEMENTS DU DIRECTEUR DE PUBLICATION

Revue Chrysippe, « Revue Internationale d'Etudes Sociales, de Philosophie, d'Education et d'Ethique », en abrégée *RIESPEE*, est le fruit d'un projet de coopération plus ambitieux avec le « Laboratoire International d'Etudes Sociales, de Philosophie, d'Education et d'Ethique » (*LIESPEE*) et les « Presses Scolaires et Universitaires du Bénin » (*PSUB*).

Le projet de la « Revue Chrysippe » a bénéficié des conseils des Professeurs Thiémélé BOA de la Côte d'Ivoire, Willy BONGO-PASI de la RDC, Yaovi AKAKPO du Togo, Ludovic Fié DOH de la Côte d'Ivoire et des Professeurs Gauthier BIAOU et Euloge AGBOSSOU du Bénin.

Nous tenons à leur témoigner notre gratitude ainsi qu'aux Professeurs Augustin K. DIBI de la Côte d'Ivoire et Mahamane SAVADOGO du Burkina Faso qui ont bien voulu accepter de présider le Comité scientifique.

Godomey / Savi, le 28 octobre 2013

Professeur Paulin HOUNSOUNON-TOLIN

TABLE DES MATIERES

Articles et auteurs	Pages
DE L'ORALITE A L'ECRITURE : VERS L'ADOPTION D'UNE CULTURE METISSEE	293-305
AHO Sopie Hélène Félicité	
LA PHILOSOPHIE DU LANGAGE COMME PARADIGME OPERATOIRE POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA PHILOSOPHIE DANS LES ECOLES PRIMAIRES : EST-CE POSSIBLE ?	306-320
AKODJETIN Euloge Franck	
L'ACTUALITE DU PROGRES SCIENTIFIQUE DANS LES SCIENCES BIOMÉDICALES	321-340
BROU Stevens & GBALEY Bernaud	
LA MONDIALISATION NEOLIBERALE CONTRE L'HUMAIN	341-355
DION Yodé Simplicie	
ECLIPSE DU SUJET INDIVIDUEL ET PACIFICATION OBJECTIVISTE	356-365
GUEBO Josué Yoroba	
DESCARTES OU LA VOLONTE DE CROIRE EN LA RAISON	366-375
KONIN Alla Marcellin	
ENGAGEMENT ONTOLOGIQUE EN SCIENCE: L'EXEMPLE DU REALISME SCIENTIFIQUE	376-389
N'GUESSAN Depry Antoine	
LA QUESTION DE L'IMPLICATION DU JUDEO-CHRISTIANISME DANS LA CRISE ECOLOGIQUE	390-401
TRAORE Grégoire	
L'INITIATION EN AFRIQUE NOIRE : SCIENCE SECRETE ET FORMATION DE LA PERSONNALITE	402-409
VAIDJIKE Dieudonné	
POPPER OU L'HISTORICISME TEMPÉRÉ	411-424
BIAGNE Lucien	
KUHAMA ET PIYOBE VERSUS FRONTIERE DE 1899 A NOS JOURS	425-446
LABANTE Nakpane	
POUVOIR LOCAL ET ACCESSIBILITE DES POPULATIONS DU SUD BENIN AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES : QUELLES STRATEGIES DE MOBILISATION SOCIALE POUR UNE PARTICIPATION A LA PREVENTION DE LA MALADIE AU NIVEAU LOCAL ?	447-463
NANGBE Florentin ; Galilou ABDOULAYE & DOSSOU Rosette S. Liebe	
IMPLIQUEE OU BANALISEE ? LA SOCIOLOGIE DANS LES SERVICES PUBLICS AU BENIN	464-479
SAMBIENI N'koué Emmanuel & AMOUZOU-GLIKPA Amévor	
AMELIORATION DU RESEAU ROUTIER, IMPORTATION ET APPROPRIATION DE L'AUTOMOBILE AU TOGO (1957-1958)	480-492
TSIGBE Koffi Nutef & Koffi Amouzou SOSSOU	
POUVOIR ET LIBERTE DANS LA PENSEE POLITIQUE DE MONTESQUIEU	494-509
YAPO Niangoran Siméon	
'NIGGER' AS USED IN SULA BY TONI MORRISON, PEJORATIVE OR POSITIVE?	511-525
KPOHOUE Ferdinand	

**POUVOIR LOCAL ET ACCESSIBILITE DES POPULATIONS DU SUD BENIN
AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES : QUELLES STRATEGIES DE MOBILISATION SOCIALE POUR
UNE PARTICIPATION A LA PREVENTION DE LA MALADIE AU NIVEAU LOCAL ?**

**NANGBE Florentin
ABDOULAYE Galilou
DOSSOU Rosette S. Liebe**
Université d'Abomey-Calavi / Bénin

Résumé

Face au processus de décentralisation socio-sanitaire enclenché dans les milieux périphériques du Bénin, les acteurs locaux de par leur niveau d'implication dans les actions publiques se retrouvent dans diverses formes de négociation pour penser le développement local. Pour ce fait, le présent article s'inscrit dans le but d'offrir un cadre analytique favorable à la compréhension de l'importance du jeu pluri-acteurs auquel renvoie la prévention de la maladie dans la commune de Ouinhi et ceci par le biais d'un questionnement qui croise "stratégies de mobilisation sociale" et "niveau de participation à la prévention de la maladie". La dimension sociale à laquelle renvoie la prévention fait naître plusieurs mécanismes endogènes. Ainsi, chaque acteur, compte tenu de sa spécificité, développe des moyens d'action pour la participation communautaire. La solidarité manifestée entre les membres d'un même réseau social d'appartenance et celle manifestée par le réseau de base à l'égard des communautés villageoises concourent à la mobilisation sociale. Les stratégies d'intégration de certains groupements par des agents de mobilisation deviennent des moyens pour favoriser l'implication sociale dans la prévention de la maladie. Autant, les facteurs tels que l'appartenance à la communauté, les expériences vécues, les constructions sociales autour de la maladie font objets d'une considération déterminante dans les formes de sensibilisation adoptées pour un changement de comportement, autant l'instauration des cadres ponctuels de rencontre et les différentes formes de collaboration non formalisées se constituent en système de relation. Ainsi, sur la base du courant de pensée interactionniste, l'analyse stratégique de l'ensemble de ces moyens d'action révèle une contribution à la transformation du positionnement de certains acteurs déterminants du système sanitaire créant ainsi une dynamisation des pouvoirs locaux.

Mots clés : Pouvoir local-Stratégie ; Mobilisation ; Communication ; Accessibilité ; SSP.

Abstract :

The present work focus on participants in the local development and also on the accessibility to primary medical treatment. It highlights the social mobilization strategies question in the participation of population in the prevention of local area endemic disease. So three objectives allowed putting out first, the diversity of actors which take part in community living according to health, secondly the communication mechanism on the prevention and at last the relationship system that is built and broken within these actors. The social dimension in which disease prevention is inserted arise many endogens strategies. Sure enough, each actor from his position develops strategies in order to contribute to community health. The solidarity shown by the base

group to the community lead to the social mobilization. The integration strategies of some group by mobilization agents also become the way to promote a social implication. Many actors such as belonging to a community, social logic on the disease... is not neglect in adopted sensitize forms for behaviors changing. The setting up of one-off meetings and non-formalized form of collaboration is build up as relation system. Based on interactionism thought, CROZIER's analysis strategy was chosen to analyse the whole of these means of action, which help in actors positioning within the sanitary system.

Key words: *local authority – strategy – mobilization – accessibility – primary medical treatment.*

INTRODUCTION

Le développement des nations africaines et particulièrement celui des pays dit « pauvres et très endettés », demeure de nos jours une préoccupation qui se retrouve au centre des débats actuels et se focalise sur plusieurs domaines plaçant la personne humaine au cœur du processus de développement. Ainsi, de nombreuses réflexions sont menées aussi bien au niveau international qu'au niveau national, pour une amélioration des services sociaux de base notamment celui de la santé.

De fait, « le fardeau de la maladie est disproportionné par rapport à la taille de la population »¹ dans bon nombre de pays africains. Ceci explique l'avancé peut considérable de nombreux de ces pays en matière de santé pour l'atteinte des OMD.

En outre, comme ce fut le cas de la côte d'Ivoire, du Cameroun, du Burkina Faso ..., le Bénin dans sa politique nationale, a opté pour le volet social de la santé pour tous de 2000 en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires contenue dans la déclaration de Alma Ata de 1978, s'articulant fondamentalement autour des principes clés telles que : l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Elle regroupe huit (8) volets parmi lesquels la prévention des maladies endémiques au niveau local. De facto, le découpage administratif sur lequel se sont forgés un nombre non moins important de pays africains pour réorganiser le système sanitaire s'inscrit dans une logique de décentralisation socio-sanitaire : « la santé publique étant considérée comme un ensemble d'outils et de techniques visant la protection, le maintien et le développement du niveau de santé des populations, les soins de santé primaires (SSP) autogéré et tenant compte de la participation de la population (Hours, 1992 : pp.123-140).

¹ Propos issus du Document de synthèse de la Conférence des ministres de la santé et des ministres des finances déroulée sur la thématique : optimisation des ressources, soutenabilité et redevabilité pour la santé : un nouveau cadre de gouvernance pour l'Afrique pour atteindre les OMD et au-delà, tenu à Tunis, en Tunisie du 4-5 juillet 2012.

La commune de Ouinhi figure parmi les communes du Bénin où 80% des ménages sont pauvres et vivent en dessous du minimum vital. En termes de pauvreté monétaire ou de pauvreté dite "non monétaire", de pauvreté en termes de condition d'existence ou en termes d'actif, la commune de Ouinhi se retrouve dans la ceinture de la pauvreté malgré la réorganisation de son système sanitaire devant rapprocher les communautés locales des formations sanitaires².

Le *Rapport annuel de santé 2010* produit par le Centre de Santé de Commune de Ouinhi, renseigne sur le niveau d'accessibilité des populations aux soins et la vulnérabilité des arrondissements de cette commune aux maladies diverses. Ce rapport montre comparativement aux années antérieures, l'évolution croissante des cas de maladies : le paludisme qui varie entre 33% et 47%, les infections respiratoires (avec un taux allant de 11% à 13%), l'ulcère de buruli etc. Face à cette situation qui perdure malgré le niveau de couverture en infrastructures sanitaires de la commune de Ouinhi et les réformes institutionnelles pour répondre aux besoins sanitaires des populations locales, il se pose la question relative au métier d'élus locaux, quant à leurs rôles, leurs responsabilités et interventions en tant que porteurs de développement local dans une société en transition entre l'Etat central et l'Etat décentralisé. L' élu devrait adopter un comportement entrepreneurial qui établit une synergie entre les choix stratégiques dans une approche participative, afin de pouvoir prendre des décisions averties face aux dysfonctionnements de leur environnement social³. Il devrait jouer un rôle d'intermédiation favorable à la "fluidité" des relations et des dialogues constructifs entre différents réseaux sociaux ou parties prenantes qui font face à des enjeux locaux. (GARRAUD, 1994). Cet article fondé sur une analyse microsociologique portant sur le « Pouvoir local et l'accessibilité des populations du Sud Bénin aux soins de santé primaires » s'est donné pour but d'élaborer un cadre analytique favorable à la compréhension de l'importance du jeu pluri-acteurs auquel renvoie la prévention de la maladie dans 9 villages de la commune de Ouinhi. A cet effet, l'objectif général dans lequel s'inscrit cette investigation est la compréhension de l'influence des stratégies de mobilisation sociale du pouvoir local sur l'accès des populations aux soins de santé primaires dans la commune de Ouinhi. Cette compréhension a conduit à l'analyse du niveau de participation des populations aux soins sanitaires de base, ensuite à l'identification des mécanismes de communication développés par le pouvoir local pour favoriser les rapports entre professionnels de santé et communauté à la base et enfin, à la description des relations existant entre pouvoir local et professionnels de santé dans le cadre de la prévention des maladies endémiques au niveau local. A travers les lignes qui suivent, un bref aperçu est donné de la dynamisation des acteurs locaux constaté au cours de la période (2012-2013) de l'investigation autour de la prévention de la maladie.

² OMS, Rapport de la soixante-deuxième assemblée mondiale de la santé, soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, 2009, 6p.

³ LORRAIN, 1993.

I- Cadre de l'étude et méthodologie d'investigation

1-1 Présentation général du milieu d'étude

➤ *Situation géographique*

D'une superficie de 483 km², la commune de Ouinhi est située au sud du département du Zou entre les latitudes 6°57 minutes et 7°11 minutes de latitude nord et 2°23 minutes et 2°33 minutes de longitude Est. Elle est limitée au Nord-Ouest par la Commune de Zagnanado, au Sud-Ouest par la Commune de Zogbodomey, au Sud par la Commune de Bonou et à l'Est par la Commune d'Adja-Ouèrè. La commune de Ouinhi est subdivisée en quatre arrondissements que sont : l'arrondissement de Ouinhi avec 8 villages, l'arrondissement de Dasso qui regroupe 9 villages, celui de Sagon qui compte 6 villages et l'arrondissement de Tohouès qui regroupe 5 villages.

➤ *Les données démographiques*

Le recensement général de la population et de l'habitat de 2002, montre que la population de la commune de Ouinhi est de 38.319 habitants répartis dans 5.496 ménages dont 4869 ruraux (88,59%) et 627 urbains (11,40%) ayant une taille moyenne de 5,1. « Elle est considérée comme la commune la plus peuplée de la zone Agonli ». Les estimations faites par l'INSAE en 2002 projettent une population totale de 51.119 habitants pour la Commune de Ouinhi en 2015⁴. Cette évolution générale de l'effectif de la population s'explique par :

- un taux d'accroissement élevé consécutif à une augmentation sensible du taux de natalité : 50,96‰ en 2002 contre 41,05‰ en 1992)
 - une augmentation remarquable du taux de fécondité : 220,50‰ en 2002 contre 190,72‰ en 1992
 - une baisse sensible du taux de mortalité : 14,97‰ en 2002 contre 11,87‰ en 1992).
- La densité de population de la Commune de Ouinhi est demeurée corrélativement croissante au cours des temps et a atteint 79,33 habitants /km² en 2002 (avec beaucoup de disparités observées au niveau des arrondissements).⁵

➤ *Le milieu humain*

La population de la Commune de Ouinhi est composée de : 56,19% de jeunes de moins de 20 ans, 37,45% d'adultes de 20 à 59 ans, 6,35% de personnes âgées de plus de 60 ans, 62,54% de population à charge (jeunes de moins de 20 ans et vieux de plus de 60 ans). Les pyramides des âges, montrent, au cours des trois recensements, la forte proportion des jeunes de moins de 20 ans, un nombre restreint de personnes âgées (plus de 60 ans) et un effectif féminin plus élevé que celui des hommes : 51,20% de femmes

⁴ Afrique conseil, *Monographie communale de Ouinhi*, 2006, 61p.

⁵ Données issues du Plan de développement communal nouvelle version 2012-2016 de la Commune de Ouinhi réalisé en 2011.

et 48,80% d'hommes. A cet effet, le rapport de masculinité est de 0,95 à l'échelle de la commune en 2002.

➤ **Religions**

La commune de Ouinhi est composée en grande majorité des Fon et apparentés (89,4%), des Holli (4,3%), des Nagot (2,1%) des Yoruba (1,1%). Les populations qui parlent ces langues pratiquent principalement le catholicisme (39,4%), les religions traditionnelles (11,9%), le protestantisme (8,5%) et l'islam (8,5%).

➤ **Organisation de l'environnement socio-sanitaire**

La commune de Ouinhi en tant qu'entité administrative est issue du découpage territorial de 1978. Elle a connu avant l'ère de la décentralisation sept (7) administrateurs. Aujourd'hui, la commune de Ouinhi est dirigée par un conseil communal de 11 membres.

Dans le domaine social et plus précisément dans le secteur de la santé, les infrastructures dont dispose la commune de Ouinhi sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Les structures sanitaires par arrondissement dans la commune de Ouinhi.

		Commune de Ouinhi : Arrondissements				Total
		Ouinhi	Dasso	Sagon	Tohouès	
Structures sanitaires	Centre de santé	01	01	01	01	04
	Maternité isolée	/	/	02	01	03
Total		01	01	03	02	07

Source : Données de terrain, 2013.

Les acteurs intervenants dans le secteur sont : le Ministère de la santé, la Mairie, les ONG (l'UNICEF, Care Bénin, ...), les Comités de Gestion de Centre de Santé (COGECS) : représentant les communautés, les groupements ou associations de base.

Tableau II : Quelques groupements de développement dans l'arrondissement de Dasso

Dénomination	Village
Gbénonkpo	Gnanli
Souwourou	Gnanli
Amantèkpo	Zoungùè
Mèdjro	Tozoungo (Aizando)
Gnélognissè	Tozoungo (Aizando)
Missimidé	Houanvè
Gbénonkpo	Bossa I
Mawutin	Bossa II
Mawukpégo	Gbokpago
Mèdjro	Gbokpago
Sèdjro	Yaago
Ayidoté	Yaago
Minangan	Agonkon

Source : Données de terrain, 2013.

1-2 Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Le choix des enquêtés de cette recherche a été fait au moyen de trois (3) techniques d'échantillonnage. La première est la technique d'échantillonnage par choix raisonné. Elle a consisté à identifier les relais communautaires de chaque village, les autorités villageoises et d'arrondissement, les professionnels de santé du CSA⁶ et du CSC⁷ et les responsables COGECS⁸. Ces acteurs ont été choisis compte tenu de leur "statut socioprofessionnel" et de leur "milieu de résidence". La deuxième technique, « boule de neige » a permis de cibler les différentes organisations communautaires de base (association ou groupement) présentes dans la zone d'étude. Les critères de base de choix de ces groupements sont "le milieu de résidence" et "le domaine d'intervention". L'ensemble de ces techniques non probabilistes ont permis d'atteindre 36 des enquêtés soit un taux de 66,67% de la taille de l'échantillon. La technique d'échantillonnage probabiliste de hasard simple a permis de choisir les ménages répartis suivants les 9 villages de l'arrondissement et ceci de façon aléatoire soit 33,33% de la taille de l'échantillon.

1-3 Techniques de collecte des données

La collecte des données s'est faite au moyen de trois (3) techniques : la première est relative à la recherche documentaire grâce à la fiche de lecture. La deuxième est basé sur des entretiens à partir des guides d'entretien adaptés à chaque catégorie d'acteur cible et la troisième est basé sur le questionnaire. En ce qui concerne les données qualitatives, 36 entretiens individuels et 5 entretiens de groupe ont été déroulés suivant chaque site de collecte de données. La population ayant subi ces entretiens est

⁶ Centre de Santé d'Arrondissement

⁷ Centre de Santé de Commune

⁸ Comité de Gestion de Centre de Santé

constituée des élus locaux, des professionnels de santé, des relais communautaires, des membres d'OCB et des membres COGECS. Cet ensemble représente 66,67% de la taille de l'échantillon.

1-4 Traitement et analyse des données

Les données qualitatives et quantitatives recueillies ont fait objet d'une triangulation pour permettre une comparaison des résultats obtenus. Après un dépouillement manuel, les logiciels de base suivant ont permis le déroulement de cette phase : Word, Excel et Mactor. Ainsi, compte tenu de la diversité des données et des centres d'intérêt, l'utilisation du logiciel Word a permis le traitement des données qualitatives comme quantitatives des différents acteurs de l'étude. Le logiciel Excel quant à lui, à favoriser le traitement des données quantitatives recueillies auprès des ménages pour rendre plus explicite les informations de compréhension de sens sur lesquelles s'appuie la recherche. Le logiciel Mactor a aidé dans l'analyse du positionnement des différents acteurs les uns par rapport aux autres en fonction de leur niveau d'implication dans la mobilisation sociale.

II- DE L'APPROCHE COMMUNICATIONNELLE AUX SYSTEMES RELATIONNELS DES ACTEURS STRATEGIQUES DANS LA SPHERE PERIPHERIQUE

2-1 Participation communautaire : entre stratégies préventives de la maladie et mécanismes de communications des acteurs

2-1-1 De la participation à la santé communautaire

Le niveau de participation de la communauté à la prévention de la maladie tel que révélé par les données quantitatives tient compte des perceptions et connaissances. Ceci renseigne soit, sur les discours tenus par rapport aux maladies reconnues, soit sur l'acceptation, soit sur l'adoption des méthodes préventives. Pour une évaluation de ce niveau de participation, les données de terrain sur l'ensemble des 18 ménages enquêtés, 16 ménages, soit environ un taux de 89%, ont connaissance d'au moins 2 formations sanitaires publiques de la commune de Ouinhi. Deux (02) des ménages soit un taux de 11% disent pratiquer l'automédication. Des 16 ménages, 75% c'est-à-dire 12 ménages fréquentent une formation sanitaire (outre celle de leur arrondissement) qui se situe à des kilomètres de leur localité compte tenu de l'accueil qui leur est réservé dans la structure sanitaire qui leur est proche.

Les raisons de la fréquentation de ces structures sanitaires sont soit liées aux maladies dont souffrent les enfants du ménage soit liées aux complications de la grossesse chez la femme enceinte. A cet effet, pour ce qu'il en est de la récurrence de certaines maladies dans la localité, celles identifiées sont : le paludisme, la diarrhée « sra », la rougeole « ayikungbanzɔn », l'ulcère de buruli et le tétanos (localement appelé le « wévikpa »), les problèmes oculaires « nukunzɔn », la

malnutrition « nududuzᵏᵏ », l'ulcère de l'estomac « ᵏᵏᵏᵏᵏᵏ ». Aux dires de 14 ménages soit un pourcentage de 87,5% des ménages, le paludisme est la cause pour laquelle ils se rendent dans une structure sanitaire. 6 ménages soit environ 37,5% ont affirmé s'être rendus ou avoir conduit leur enfant à l'hôpital à cause des complications liées à la grossesse ; 25% soit 4 ménages se rendent à l'hôpital pour traiter les maladies de la peau telles l'abcès, la rougeole et 2 ménages soit un taux environnant 12,5% parlent de la diarrhée comme étant la raison pour laquelle leurs enfants sont conduits à l'hôpital.

2-1-2 Différentes sources d'information sur la maladie

Les discours produits sur les différentes maladies varient d'un ménage à un autre. Cette connaissance de la maladie est exprimée soit à partir de ses manifestations, soit à partir des moyens de lutte contre elle. Ainsi, pour faire mention de cette connaissance sur la maladie du paludisme, 12 des ménages approchés soit 66,67% disent que le « wutuhumiᵏᵏ » ou le « zozo » est une maladie du moustique, une maladie provoquée par la fraîcheur, les saletés et les maux de tête. Onze (11) des ménages affirment plutôt que l'« on ne doit pas rester à une certaine heure au dehors ; on doit prendre soins des enfants, prendre de la tisane ; dormir sous moustiquaire et aller à l'hôpital quand les malaises persistent ». Trois (03) ménages soit 16,67% des ménages parlent du « wévikpa » comme étant « les plaies peu profondes mais qui prennent de l'ampleur au jour le jour ». Le « Noutitᵏ » est désigné comme « des enflures de la peau » causées par l'absence de l'hygiène et la présence des eaux souillées. Cependant, 4 ménages n'ont pas pu se prononcer sur la notion qu'ils auraient sur les maladies qu'ils ont identifiées comme récurrentes dans leur village.

Les sources d'information concernant ces maladies sont diverses pour 15 ménages. Il s'agit des centres médicaux (7 ménages = 46,67%), des personnels ou agents des ONG (33,33% soit 5 ménages), des relais communautaires (9 ménages ≈ 60%) et des organisations communautaires de bases (9 ménages ≈ 60%).

Dans l'arrondissement de Dasso, se rapprocher d'un agent de santé ou d'une structure sanitaire afin de s'informer sur certaines maladies dans les différentes localités est effectif chez 7 ménages soit 38,89% ce qui ne semble pas être le cas chez 61,11% donc 11 ménages. Par contre, 11 des 18 ménages affirment avoir au moins une fois fait recourt à un groupement (ou une association) de base ou à un relais communautaire pour leur porter une aide dans la prise en charge de leur maladie. A ces deux acteurs s'ajoutent les agents de santé (2 ménages), les autorités villageoises (1 ménage) et le COGECS (3 ménages).

2-1-3 Structuration générale et fonctionnement des groupements ou associations de base

La quasi-totalité des organisations communautaires de base approchées dans le cadre de ce travail sont des groupements à dominance féminine. Ils sont spécialisés dans

la production, la transformation ou la commercialisation des produits agricoles tels que le manioc, la noix de palmier et le maïs. Les propos tenus par l'ensemble des responsables de groupement approché s'assimilent au fait que ces groupements doivent leur existence aux besoins financiers auxquels les populations doivent faire face au quotidien. A ce propos, pour la majorité des groupements, un comité de gestion de 4 personnes est mis sur pied pour des membres dont le nombre varie de 30 à 60.

Nombre de ces groupements disposent d'un chargé de communication localement appelé « gbejnido » extérieur au comité qui s'occupe de la transmission de l'information pour une participation effective de chaque membre. Outre les activités génératrices de revenus de ces groupements, leur fonctionnalité se remarque dans le domaine sanitaire. Ces derniers aux dires de la majorité des enquêtés, sont très souvent sollicités par les ONG et les relais communautaires, pour la distribution de certains médicaments dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Ils sont également impliqués dans la mobilisation et la sensibilisation de la communauté villageoise sur les complications liées à la grossesse, le paludisme et la malnutrition. A ce niveau intervient le leadership des membres du comité de gestion. Pour plus de la moitié des groupements et agents de mobilisation interviewés, certains membres de ce comité participent régulièrement à des séances organisées par les relais ou agents de santé et ceci se fait sur proposition du responsable de groupement. Cette interaction perpétuelle avec la communauté à la base suscite un nombre considérable de ménages à se rapprocher de ces groupements pour des aides financières afin de régler leur problème de santé.

2-2 Mécanismes de communication et systèmes de relation des acteurs

La collecte des données auprès des ménages sur l'appréciation de la nature des relations directes entre populations et professionnels de santé prennent en considération trois (3) pôles. Ce sont respectivement, la qualité de la prestation du point de vue médical, la qualité de l'accueil dans les structures sanitaires et la disponibilité manifestée pour fournir des services de santé de qualité. Du point de vue de la prestation, 8 ménages sur 18 soit 44,44% affirment être d'accord avec la bonne qualité de la prestation des agents de santé. Au même titre, 7 ménages c'est-à-dire 38,89% disent être d'accord avec le bon accueil réservé. Cette dernière appréciation pour certains ménages trouve son explication d'une part dans l'intervention de certains sages par rapport au traitement réservé aux malades et grâce aux sensibilisations diverses sur le problème de l'accueil. D'autre part, elle est due à l'appartenance à une même communauté villageoise que certains agents de santé. Pour ce qu'il en est du troisième pôle c'est-à-dire la régularité dans la disponibilité des agents de santé pour fournir des services, 50% des ménages ont manifesté leur accord par rapport à cette assertion.

Les différentes formes de communication autour de la prévention de la maladie mobilisent divers acteurs qu'ils soient professionnels de santé ou agents de mobilisation ou encore organe intervenant dans le domaine de la santé. A cet effet, la mairie en tant

que premier organe de décision et de gestion adopte, en fonction de sa structuration hiérarchique, des mécanismes pour établir des échanges entre les acteurs de la commune.

La communication directe "verticale" permet à la mairie d'établir un contact interpersonnel entre le chef de village et elle. Celle indirecte lui permet de prendre par le chef d'arrondissement afin d'atteindre le chef de village. Ceci a pour visée selon les propos de certains acteurs locaux, d'« éviter les chevauchements ou les manques d'invitation aux chefs de village dans la mobilisation ». Dans le domaine de la santé, les interventions de la mairie prennent par le COGECS qui, compte tenu des situations auxquelles les populations sont confrontées, met sur pied avec l'appui du conseil communal, un comité ou une équipe pour effectuer des sensibilisations de village en village. A ce niveau intervient parfois le représentant du maire qui joue la transition entre le COGECS et la Mairie. D'autres affirment dans ce contexte le caractère unilatéral de la communication autour des actions dans le domaine de la santé quand bien même elle nécessite une considération particulière et englobant: « Ouinhi est une zone endémique ». De même, au niveau des écoles, les directeurs et les élèves sont sensibilisés pour que la détection des maladies telles que l'ulcère de buruli ne pose plus problème.

Des neuf villages parcourus, une complémentarité s'observe au niveau des mécanismes de communication développés par les relais communautaires. En effet, certains relais de par leur appartenance à la communauté villageoise font état de la forte résistance de la communauté à se faire sensibiliser. L'un des relais affirme à ce propos « avant que cette population ne vous écoute, vous devez de façon permanente lui répéter la même chose et quand une personne vous entend enfin, elle conseille l'autre ».

Par le biais des ONG, certains professionnels de santé organisent des formations à l'endroit des relais pour renforcer leur niveau de connaissance par rapport à des maladies telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et les infections respiratoires. Ainsi, pour associer les ménages, l'ensemble de ces relais affirment qu'ils organisent des séances de sensibilisations sur l'importance de la fréquentation des structures sanitaires. Pour certains, l'organisation de ces séances se fait tous les 15 jours compte tenu de l'aptitude des ménages à adhérer à l'initiative. Cette périodicité est également choisie en fonction des groupements ou associations dont les membres se rencontrent tous les 15 jours. Pour mieux dire, certains agents de mobilisation prennent par des groupements pour atteindre le plus grand nombre. Parfois, l'intégration de ces groupements semble favoriser un changement de comportement suite aux séances éducatives et à la sensibilisation sur l'importance de ces séances.

L'organisation des séances éducatives (*la démonstration sur l'utilisation de la moustiquaire*) et des animations sur les précautions à prendre pour prévenir certaines maladies ne porte leur fruit qu'à travers une motivation dite "passive" chez d'autres.

Cette méthode consiste selon les discours à effectuer des visites à domiciles continues dans les ménages avec des mécanismes de contournement dans le but de créer une certaine confiance ou complicité. Ils consistent en la familiarisation avec certains ménages qui manifestent une certaine résistance à travers les visites amicales sans faire mention de son statut de relais communautaire.

La stratégie du "porte à porte" dans la mobilisation, selon l'ensemble des relais communautaires, revêt une signification essentielle pour certains ménages. Autrement dit, ces derniers lui attribuent le sens d'une "marque de considération". Ceci, selon la majorité de ces relais, inhibe la résistance à parler des maladies courantes dont souffrent ces ménages. Par le biais de certaines ONG s'organisent, périodiquement des rencontres entre "certains agents de santé", responsable de groupement et relais. Faut-il faire mention du fait que nombre de ces relais collaborent avec leur chef de village pour une forte mobilisation, soit par le biais du crieur public ou encore le porte à porte. Quelqu'un affirme surtout prendre par le biais de certains jeunes dans les recoins du village pour organiser si besoins il y a, des séances éducatives ou pour faire véhiculer les informations par rapport aux rencontres de sensibilisation.

Le COGECS quant à lui, prend appui sur le vécu quotidien des populations et affirme que : « A partir des thèmes spécifiques comme celui de la vaccination qui demeure un problème crucial dans notre commune, nous organisons des danses et chansons dans les villages de l'arrondissement, tout en tenant compte des dialectes du milieu, une identification de certains foyers se fait pour parler de l'hygiène ... ». Pour ces mêmes acteurs, les lieux de formation académique comme les écoles primaires, les groupements de femmes... deviennent des dits "cadres secondaires" dans la communication autour de la maladie. Quelques-uns des professionnels de santé font recours aux radios de proximité pour les communications de groupe afin d'enclencher la mobilisation. Ainsi, à partir d'un plan de communication et à la suite des négociations avec certains chefs de village, la période favorable aux séances est déterminée.

L'ensemble de ces stratégies donne lieu à de différentes formes de collaboration entre les acteurs autour de la question sanitaire. Les discours à ce propos varient d'un acteur à un autre.

Pour les professionnels de la santé, l'existence d'une relation étroite entre autorités communales et professionnels de santé se comprend à travers les aides par rapport au "recrutement des agents de santé sur fond de la collectivité locale" pour permettre aux personnels de la santé d'offrir des prestations de qualité. Des informations fournies par nombre des autorités locales, il existe un lien de collaboration entre autorité communale et personnel de santé sur le volet de la qualité de la prestation et sur celui de la mobilisation sociale. Cette collaboration s'explique chez certains à travers l'initiative "des cadres ponctuels" de rencontre pour penser la résolution des problèmes de santé.

Cette conception qui donne lieu à un rapport n'est totalement pas prise en compte par certains agents de santé qui pensent quant à eux que les besoins formulés à l'endroit des autorités ne sont pas pour autant satisfaits. A cela s'ajoutent les contraintes économiques qui s'observent pendant les périodes de vaccination : « ceux qui *gongonnent* ne veulent plus faire le travail parce qu'ils se disent qu'on les minimise dans le village. Aussi, la majorité des CV ont des mégaphones et l'achat de piles dans ces mégaphones pose problème. Ils demandent aux centres de santé de leurs payer de piles alors que nous leurs disons que ce n'est pas à nous de leur payer des piles ». Toutefois, au niveau de l'ensemble de ces professionnels de santé on note une reconnaissance du rôle que jouent certains acteurs. Il s'agit des relais communautaires par l'intermédiaire des organismes nationaux ou internationaux. « Ces relais font la prise en charge et le traitement des maladies comme : le paludisme, les Infections Respiratoires et les maladies diarrhéiques ... on se demande comment serait le taux de prévalence de ces maladies si ces relais n'étaient pas là » affirme un professionnel de santé. Quant aux relations avec les organisations communautaires de base, les discours convergent sur l'absence d'un rapport directe si ce n'est pas par le biais des relais communautaires et des ONG. Des rapports avec le COGECS, les réformes de l'Etat central donnent lieu à un cadre juridique favorable à la relation entre professionnels de santé et Comité de Gestion de Centre de Santé qui assure la cogestion des formations sanitaires. Mais confiait un membre COGECS, « l'application des textes sur les rapports entre COGECS et agents de santé n'est pas toujours effective ». Or, Face à certains problèmes de santé, « Nous nous garantissons la confiance aux nôtres mais les mots de sensibilisations viennent des agents de santé ».

III- Approche analytique des mécanismes de mobilisation et positions stratégiques des acteurs

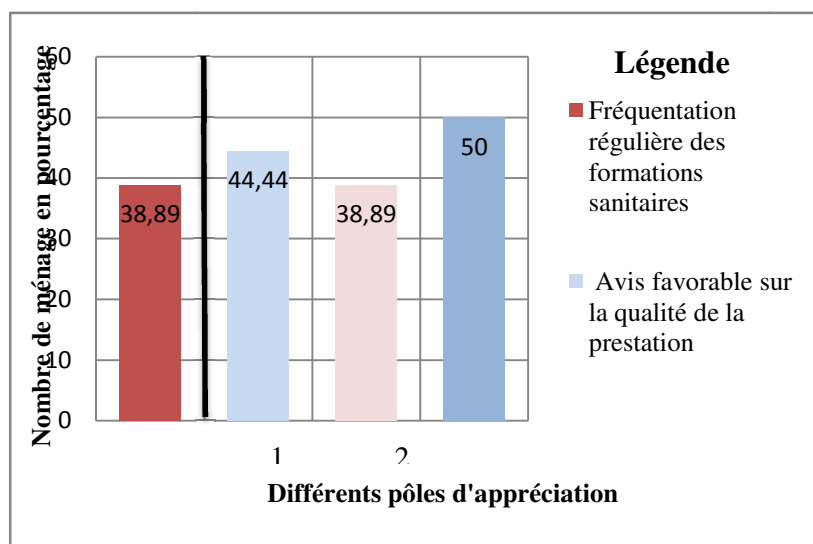
3-1 L'action sociale et les constructions identitaires autour de la mobilisation communautaire

La prévention de la maladie en tant qu'un ensemble d'action coordonné mis en œuvre pour empêcher ou réduire le nombre et la gravité d'une maladie renvoie à des étapes processuelles. L'information sur la maladie permet d'éviter des comportements à risque avant l'apparition de celle-ci. Ensuite, l'adoption des mesures vise à révéler ou prévenir la maladie et enfin la mise en œuvre d'un ensemble d'action pour éviter les complications ou rechutes liées à la pathologie (quand elle est déjà contractée). Ceci dit, la communication autour de la maladie permet d'établir les échanges sur la maladie. Dans une approche communautaire, la prévention rassemble une pluralité d'acteurs de par leur statut social et leurs actions, aussi multiples que diverses.

Une analyse des données quantitatives montre la diversité des sources d'information sur les maladies localement récurrentes. Ainsi, des acteurs sociaux impliqués dans l'information de la communauté villageoise, les organisations communautaires de base s'identifient comme un canal majoritaire d'information autour de la maladie. Cette implication par le biais de certains relais devient un moyen pour la communauté villageoise de considérer ces différents groupements ou associations comme des acteurs de recours pour la résolution des problèmes de santé. La manifestation d'une solidarité sociale entre les membres d'un même groupe d'appartenance d'une part et la solidarité des membres envers la communauté d'autre part se constituent en des mécanismes endogènes pour induire favorablement l'implication des ménages aux soins de santé. Les formes de négociation entre acteur d'un même milieu d'appartenance (groupement à la base et agent communautaire) induisent une adhésion aux initiatives d'information et de communication autour de la maladie.

Une éventuelle causalité permet d'établir un lien de sens entre "rapport à caractère médical et social" et "mécanisme de communication des différents acteurs locaux autour de la maladie". La participation, à cet effet, de la communauté aux soins préventifs trouve son explication dans la nature des relations entre professionnels de santé et communautés villageoises. L'on pourrait en toute évidence concevoir cette dernière comme étant une cause profonde. La représentation graphique ci-dessous en présente un aperçu.

Graphique I : Avis sur les différents pôles d'appréciation de la nature des relations.



Source : Données de terrain, 2013.

Du graphe ci-dessus, il est à noter que sur 18 ménages soumis à l'enquête, le niveau d'appréciation de la fréquentation régulière des formations sanitaires reste relativement faible par rapport à la moyenne (inférieur à 50%). La qualité de l'accueil

et la qualité de la prestation constituent des phénomènes qui influencent défavorablement les relations des ménages avec les professionnels de santé. Ces phénomènes s'inscrivent au cœur de la dynamique des acteurs dans le domaine sanitaire. Pour ainsi dire, les mécanismes de communication adoptés par ces derniers relèvent d'une part de la structuration hiérarchique et d'autre part des rapports avec la communauté d'appartenance. Le relativisme de ces mécanismes autour des questions sanitaires au niveau de certains acteurs intermédiaires, tient compte des réalités sociales de la communauté villageoise. Ainsi, s'identifient les causes explicatives de la résistance de la communauté face à leur participation active à la prévention des maladies localement endémiques.

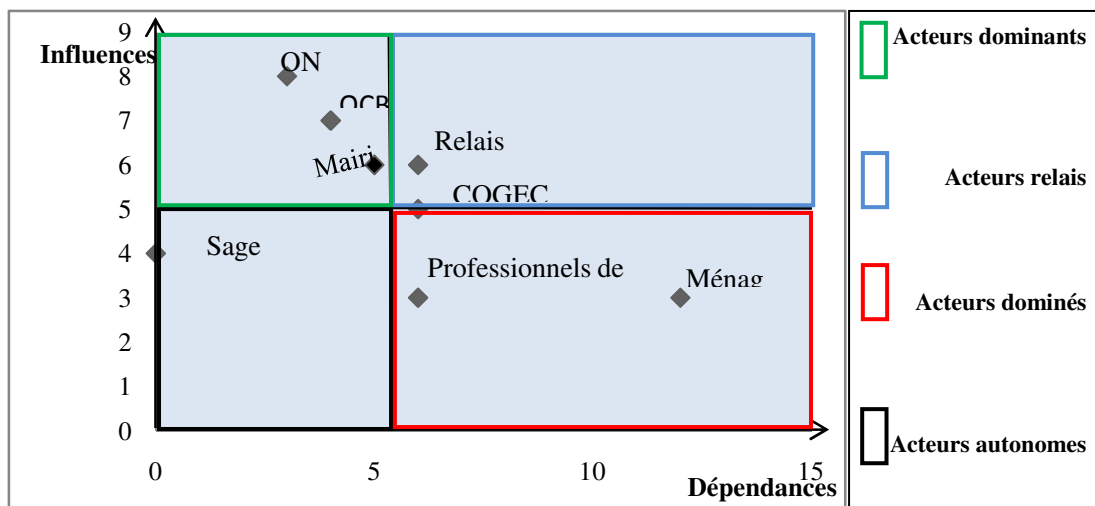
De ses rapports avec la communauté, l'agent de mobilisation (COGECS, Relais communautaire et OCB, crieur public ...) mais spécifiquement le relais communautaire dans le cas d'espèce se voit conférer un statut de "doto" (*expression locale utilisée par les communautés pour désigner l'agent de santé*) par la communauté villageoise et susceptible d'établir ou non, à partir de ses stratégies de communication mobilisatrice, la relation entre population et professionnel de santé. Dans un contexte interprétatif, le "afɔsɔdotɛɔ" devient alors le couloir ou le canal de transition de recours pour l'atteinte des objectifs fixés. L'analyse à un niveau plus élevé fait ressortir l'importance que revêt "l'information" et plus encore "la pertinence de l'information" détenue qui est considérée comme l'une des sources principales de l'incertitude. Dans cette logique, l'on pourrait prendre appui sur les propos d'une autorité locale qui affirme que « quand le maire n'a pas des feed-back, il ne peut pas réorganiser le secteur sanitaire ... Même si, il y a des programmations dans le PDC, avec ces comptes rendu, ce n'est absolument pas exclu que l'autorité réorganise, réoriente ou corrige d'une manière ou d'une autre les réalisations ou les actions. ».

3-2 Rapport d'influence et de dépendance et positionnement des acteurs mobilisateurs du système sanitaire.

Outre l'appréciation de l'ensemble des moyens d'action directe, les rapports d'influence ou de dépendance d'un acteur spécifique par rapport à un autre peuvent intervenir par l'entremise d'un troisième acteur. Ces acteurs de par leur positionnement stratégique disposent d'un pouvoir d'action qui est susceptible d'influer favorablement ou non sur l'évolution des enjeux auxquels le système doit faire face. Ce pouvoir d'action peut naître des liens sociaux (*les formes de solidarité sociale autour de la prévention de la maladie*), de l'appartenance à une communauté, des constructions sociales (*les maladies dites "provoquées" dans le cadre des Programmes Elargis de Vaccination, les représentations historiques par rapport à la maladie*) et des expériences vécues (*la qualité de l'accueil dans certaines formations sanitaires telles que décrite par certains acteurs*). A partir des relations d'influence et de dépendance quant aux mécanismes développés pour faire participer la communauté à la réduction de certaines maladies qui sévissent dans la localité,

La compréhension du processus dynamique dans lequel se retrouvent ces différents acteurs se précise à travers la représentation graphique qui se présente comme suit :

Graphique II : Graphe d'influence-dépendance directe des acteurs dans la mobilisation sociale



Source : Données de terrain, 2013.

L'évolution des professionnels de santé révélés comme des acteurs fortement dépendants et peu influents s'explique par les actions des acteurs déterminants du système sanitaire. Autour de ces acteurs gravitent les dynamiques diverses. Le graphe illustre fort bien l'influence notoire des OCB du point de vue de la mobilisation sociale pour la prévention de certaines maladies. Nonobstant, la tendance à la dépendance de l'organe communal et du COGEC dans ce système renseigne sur l'existence d'une zone d'incertitude non maîtrisée. Il paraît évident que, de la répartition des tâches dans un contexte préventif et des rapports avec la communauté, la dimension de compréhension du malade ou du patient (qui se déplace vers une structure sanitaire) par le professionnel de santé est mise en amont. Elle interpelle les actions à dimension communicationnelle qui permettent l'adoption et l'adaptation à un système préventif qui répond au contexte social dans lequel se retrouvent les différents acteurs vers lesquels les actions sont orientées. Ceci induit une capacité à pouvoir aborder les constructions sociales qui jalonnent telle ou telle maladie pour enfin donner la latitude aux différents acteurs de parler des problèmes de santé quelques soit la représentation sociale qu'ils en ont. La maîtrise de cette dernière (la zone d'incertitude) au plan organisationnel résulte d'une instance organisée définie par des règles et principes auxquels se conforment les acteurs en présence pour une mise en relation des informations. Pour CROZIER cet ensemble organisé est désigné par "système d'action concret" qui permet à l'autorité communale, acteur central, de réduire sa zone d'incertitude à l'égard de certains acteurs du système.

CONCLUSION

Plusieurs sources de considération demeurent essentielles pour l'adoption d'un système préventif adéquat au contexte social de la communauté locale. Les dimensions interprétatives de la maladie se basent sur les expériences vécues, les représentations historiques et les constructions sociales. Ce sont autant de facteurs qui influencent toute approche clinique ou médicale de la maladie. Dans le processus de décentralisation socio-sanitaire où la prévention de la maladie fait appel à plusieurs acteurs, divers mécanismes de communications et stratégies de mobilisation prennent corps. Qu'elles soient des stratégies d'intégration, des formes de solidarité manifestées au sein et par les organisations communautaires de base, des stratégies d'information et d'échange, ... la diversité des mécanismes endogènes de mobilisation contribuent à une adhésion de la communauté. Dans un contexte où chaque milieu social présente sa spécificité, l'appréciation du niveau d'adaptation et du processus d'adoption des systèmes préventifs de la maladie demeurent intrinsèquement liées à la capacité de porter l'interrogation au cœur du problème pour pouvoir évaluer la dimension à la fois sociale et culturelle de certaines actions. Dans cette logique, La question du transfert dit "total" des compétences face à la coordination concertée des actions dans le domaine de la santé constitue toujours un nœud d'élucidation. Quant aux soins de base, lorsque « l'action médicale » à dimension préventive telle la vaccination (à travers les PEV) est vue comme "un contexte d'émergence de certaines maladies", il y a lieu de porter un regard sociologique sur les causes probables de la résistance face aux soins préventifs dans certaines localités et sur les constructions sociales qui donnent corps aux maladies dites « provoquées ».

Bibliographie

1. BIT, *Protection sociale, dépenses et performances, évolution des indicateurs sociaux 1990- 2000*, Cotonou, 2002.
2. BOURDIN A., *La question locale*, Paris, PUF, 2000, 200p.
3. FAURE A., *La question territoriale pouvoirs locaux, action publique et politique(s)*, Grenoble, IEP, 2008, 157p.
4. GARRAUD P., *Le métier d' élu local: les contraintes d'un rôle*, in Fontaine, C. Le Bart (dir.), Paris, L'Harmattan, 1994, 369p.
5. GENIEYS William et al (dir), *Le pouvoir local en débats. Pour une sociologie du rapport entre leadership et territoire*, Pôles Sud, n°13, 2000, pp. 103-119.
6. GRAWITZ M., *Lexique des sciences sociales*, Paris, Duloz, 2004, 421p.
7. HOURS B., *La Santé publique entre soins de santé primaires et management*, 2000, in Cahier des Sciences Humaines, Paris, 123-140p.
8. KOUKPO SAINHOUNDE R., *Le droit de la santé au Bénin : état des lieux*, Cotonou, 2005, 16p.
9. KPATCHAVI Codjo Adolphe, *Etat des lieux de la reddition des comptes dans les communes de Dogbo, Ouinhi et Sinendé et élaboration d'indicateurs de suivi – évaluation*, Cotonou, 2009, 96p.

10. Le Bart, *Les maires, sociologie d'un rôle*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, 2003.
11. MABILEAU A., *Les pouvoirs locaux à l'épreuve de la décentralisation*, Paris, Pedone, 1983, 255p.
12. MS, CTB (AIMS), *Audit organisationnel et institutionnel des Directions Départementales de la Santé et des Zones sanitaires, rapport définitif*, 2009.
13. NEGRO Y., *Le secteur sanitaire et social en milieu rural : un secteur d'avenir*, in *économie rurale*, n°232, 1996, pp. 62-68.
14. OMS, *Rapport de la soixante-deuxième assemblée mondiale de la santé, soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris*, 2009, 6p.
15. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS, 2002, 7p.
16. PROTIERE G., *Le pouvoir local, expression de la puissance d'État?*, XII^{èmes} Rencontres juridiques, ULL, Lyon, 2008, 7p.

WEBOGRAPHIE

1. <http://hds.undp.org/fr/statistiques/>; 13 Janvier 2011, 18 heures.
2. *Savoir-faire et mobilisation des croyances dans le métier de maire*, Politix, n° 5, 1989, pp.11-16 ; <http://recherche-iedes.univ-paris1.fr/actualites/colloques-et-seminaires/article/qu-est-ce-que-le-developpement>; Mai 2012, 04 heures.
3. <http://recherche-iedes.univ-paris1.fr/actualites/colloques-et-seminaires/article/qu-est-ce-que-le-developpement>; 10 Mai 2012, 08 heures.
4. http://www.mobilisation-communautes.qc.ca/6_45_la-communaute-locale.aspx; 06 Juin 2012, 15 heures.