

# Influence de la pratique de la bonne gouvernance sur la qualité des soins maternels au Bénin

FOURN L., BODÉA G., MEDJIGBODO R., TCHIBOZO H.

## RESUME

Depuis le renouveau démocratique, le Bénin a adopté le principe de la bonne gouvernance dans le secteur de la santé en vue de l'amélioration de la qualité des services de soins à travers la décentralisation et la mise en place des organes de gouvernance. Cependant, force est de constater la persistance du niveau élevé des indicateurs de la santé maternelle et infantile. L'objet du présent papier est de vérifier la compréhension par les agents de santé de la bonne gouvernance et de la relation entre la bonne gouvernance et la qualité des soins. A cet effet, une enquête de type transversal est menée auprès des membres de la gouvernance et des agents de soins dans les hôpitaux de zone de deux anciens départements du sud, Mono et Atlantique. Un total de 57 membres des organes et 199 agents de santé ont été interviewés avec un questionnaire préétabli. Il ressort des données que la gouvernance est souvent confondue au management des services. En ce qui concerne la pratique, on note le non respect des textes (58%), l'absence d'uniformité des informations (61%), d'audits internes et externes (72%). L'évolution de la performance dans le temps depuis le renouveau démocratique indique une progression à la hausse des coûts des prestations hospitalières. Mais, le taux de mortalité maternelle ayant légèrement diminué dans les hôpitaux garde cependant des niveaux élevés. L'analyse multivariée indique que le manque de responsabilisation  $OR= 3,06$  [IC : 1,05-8,9]; la faible participation à la gouvernance  $OR = 1,30$  [IC : 0,48-3,5] et l'absence de gestion transparente  $OR = 6,23$  [IC : 2,05-8,87] sont fortement corrélés à la mauvaise qualité des soins.

Des suggestions sont faites à la fin pour améliorer la situation.

**Mots clés:** Gouvernance, performance, hôpitaux, qualité des soins, Bénin.

## SUMMARY

Benin adopted the governance in the health sector since democratic revival in order to improve care quality through decentralization and the stakeholders group in the hospital. But hospital health indicators remained in high level. The aim of this paper was to ascertain caregivers understanding of the governance concept and its apply in the hospital area and linkage between governance and the hospital care quality. So, we conducted a cross sectional survey including 199 caregivers and 57 stakeholders. Data was collecting by questionnaire in two old departments Mono and Atlantic. We noticed confusion in understanding of governance and services management. For the governance the finding points up no internal audit (72%), no text apply (58%) and lack of communication inside stakeholders (61%) in those hospital. Concerning services performance, the cost of the visits and drug were high since democratic revival. So, the trends of maternal mortality rate lessened but remain high. Multivariate analysis showed lack of responsabilization  $OR= 3.06$  [IC: 1.05-8.9], insufficient management transparency  $OR= 6.23$  [IC: 2.05- 8.8] and insufficient participation  $OR=1.30$  [IC:0.48-3.50] as risk factors of a wrong care quality in those hospital. Finally, authors made some suggestions in order to improve care quality.

**Key words:** Governance, performance, hospital, care quality, Benin.

## INTRODUCTION

Depuis le renouveau démocratique au Bénin, la bonne gouvernance a été le mot d'ordre des structures de développement socio économique pour une performance élevée des activités des différents secteurs. Le Ministère de la santé a très tôt procédé à la réforme du système de santé avec un accent sur la décentralisation et la participation communautaire. Dans cette optique, les autorités sanitaires ont précisé les dimensions de la bonne gouvernance à prendre en compte dans les formations sanitaires [10] avec la mise en place des organes de cette gouvernance.

Mais force est de constater, qu'en dépit de cette réforme, le dysfonctionnement des structures en place et la persistance des écarts d'accès aux soins de qualité demeurent. De plus, au sein des organes et/ou des équipes dirigeantes des formations sanitaires, des incompréhensions et l'opacité de la gestion des ressources sont souvent enregistrées, ce qui pourrait influencer la performance et la qualité des soins des formations sanitaires. Or, les autorités ont pris des dispositions textuelles pour rendre plus efficace le rapprochement des structures des utilisateurs de soins, l'implication de la population et l'allocation annuelle d'une

somme pour assister les hôpitaux dans le traitement des malades déclarés indigents [4]. Depuis ces différentes mesures, aucune étude n'est réalisée sur le fonctionnement de la bonne gouvernance [1,2] prônée par les autorités politiques et sur l'assurance de la qualité des soins aux usagers. L'absence des données ne favorise guère la prise de décision sur le bénéfice de la pratique de la bonne gouvernance sur les soins. C'est pour combler ce vide que le présent travail est entrepris pour vérifier la perception de la gouvernance des hôpitaux de zone au niveau périphérique du système de soins et sa relation avec la qualité des soins.

## I. CADRE ET METHODE DE TRAVAIL

Pour documenter la gouvernance locale à la périphérie du système de santé, nous avons entrepris une enquête de type transversal auprès des membres des différents organes installés dans les structures sanitaires, des agents de santé, fournisseurs des soins des centres de santé de deux anciens départements, Mono et Atlantique. Ces deux départements ont été retenus du fait de leur contraste opposant le premier

\*Equipe interdisciplinaire de recherche en santé-Cotonou  
e-mail. leonardfourn@hotmail.com

département reconnu économiquement défavorable (seuil de pauvreté faible) au second relativement aisé (seuil de pauvreté relativement élevé). Au niveau de chaque département, trois communes ont été tirées au hasard sur la base de petits morceaux de papiers numérotés de 1 à 13 (13 communes dans chaque département). Ainsi, Comé, Lokossa, Aplahoué ont été retenus dans le Mono et Ouidah, Allada, Abomey Calavi dans l'Atlantique puis Cotonou. Chacune de ces communes dispose d'un hôpital de zone que nous avons retenu. Deux hôpitaux privés Dogbo et Bethesda puis le CHD (centre hospitalier départemental (CHD)) se sont ajoutés. Dans les hôpitaux, nous avons interrogé les membres des Conseils de Gestion (CG/COGES), les agents de soins et l'équipe d'encadrement de zone. Ainsi, 57 membres de CG/COGES et 199 agents de santé ont été recrutés. L'enquête a consisté en des entretiens individuels avec un questionnaire (préalablement établi et pré testé) destiné à chaque groupe d'acteurs intervenant dans la gouvernance ou faisant partie des prestataires de soins. Nous avons mené l'enquête en dehors du lieu de travail, en l'occurrence à domicile des enquêtés afin d'éviter l'influence d'une tierce personne sur les réponses. Le questionnaire est rempli au fur et à mesure des réponses obtenues. Pour satisfaire les exigences de l'enquête et assurer l'harmonisation de la compréhension de la méthode de collecte et des outils utilisés, une formation des enquêteurs (tous de niveau universitaire), a été organisée au cours d'une journée entière avant l'enquête proprement dite. La collecte des données sur le terrain a été effectuée par ces enquêteurs constitués de sociologues et d'agents de santé (médecins et infirmiers).

Le questionnaire adressé aux agents de santé et aux organes de gouvernance comportait les rubriques relatives à leur perception, à la pratique de la gouvernance, à l'implication de la population au processus de gestion du centre de soins, à la qualité et à la performance des services. Chaque organe est composé de sept membres dont deux représentants des femmes et deux représentants des jeunes de la localité puis un représentant des élus locaux. Pour la qualité des soins, nous avons utilisé l'accessibilité aux soins prénatals (nombre visites) et le taux de mortalité maternelle tandis que pour la performance, le coût des prestations et des médicaments.

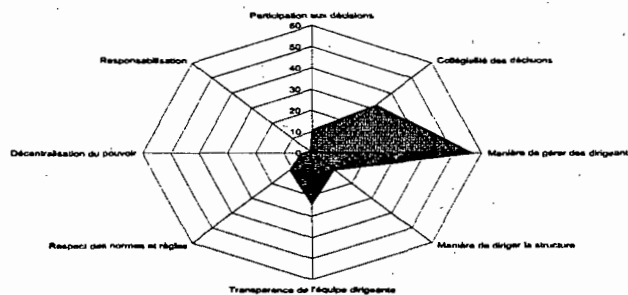
L'analyse des données quantitatives a pris en compte l'aspect descriptif avec la distribution des fréquences des différentes variables catégorielles. Les tracés graphiques sont réalisés avec le logiciel Excel ; et l'analyse avec le logiciel SPSS/PC version 12.0. Des scores ont été attribués à chaque dimension de la gouvernance et à la qualité des soins. Les variables composites de la gouvernance et de la qualité des soins ont été constituées pour permettre l'analyse multivariée. Ainsi, la qualité des soins a été appréciée en deux modalités et considérée comme variable dépendante. La relation a été établie avec le modèle logistique, ce qui a permis d'apprécier l'association entre les dimensions de la gouvernance et la qualité des soins avec l'odds ratio et l'intervalle de confiance à 95%.

**II. RESULTATS**

**2.1 Perception de la gouvernance dans les formations sanitaires**

L'entretien avec les agents des hôpitaux a permis de recenser leur point de vue sur la signification du concept gouvernance. De l'analyse des données, il ressort une convergence des déclarations sur les dimensions telles que : manière de diriger une équipe, manière de « diriger » d'un directeur de l'hôpital (style de direction), collaboration des dirigeants avec le personnel de soins et services dans une ambiance de collégialité, mise en œuvre des décisions puis l'absence d'opacité dans la gestion des ressources financières. Les avis sont partagés sur les aspects tels que la décentralisation du pouvoir de décision, la responsabilisation au sein de l'équipe dirigeante et des chefs de service puis l'ambiance de travail. A ces dimensions se sont ajoutées la participation des agents de santé aux différentes prises de décision et une ambiance moins agressive de travail. En ce qui concerne les agents des deux hôpitaux privés visités, la bonne gouvernance se résume au respect des principes du management à savoir la gestion correcte des « affaires » des hôpitaux et la collaboration entre dirigeants et personnel de soins et services. Pour les membres des organes, la perception n'est pas uniforme et la majorité des membres ont avancé que la bonne gouvernance signifie pour eux une bonne gestion des ressources de l'hôpital. Peu de membres ont évoqué la transparence dans les affaires de l'administration et la collégialité dans la prise de décision. Néanmoins, la confusion persiste entre la gouvernance et le management des services de soins (Figure n° 1).

**Figure n° 1 :** Signification de la bonne gouvernance dans les hôpitaux



**2.2 Pratique de la bonne gouvernance dans les hôpitaux de zone**

Il existe selon les enquêtés des hôpitaux, un texte sur les droits et devoirs des agents qui serait consulté chaque fois qu'il y a des questions techniques dépassant les compétences des membres des COGES. Ces derniers se réunissent une fois par semestre dans la plupart des établissements; les rencontres donnent parfois lieu à des discussions des « affaires » de l'hôpital. Les membres n'ont pas hésité à évoquer la dictature qu'ils subissent de la part de l'équipe dirigeante de ces hôpitaux. Plusieurs d'entre eux ont déclaré que l'hôpital devrait être géré comme une entreprise avec un accent particulier sur le respect des textes concernant aussi bien les dirigeants des structures de soins que les organes de gouvernance en place.

Ces organes ont le droit de décider de la destination des biens (quel que soit l'état de ces biens) et ne peuvent pas les utiliser à leur profit (42,5 %) comme on le constate dans certains cas. Pour plus d'un quart des enquêtés des organes de gouvernance, l'application d'une bonne gouvernance doit s'apercevoir à travers la gestion correcte des services de l'hôpital, une gestion transparente sans opacité des affaires hospitalières. L'appui et le respect des textes sur la responsabilisation sont indispensables aux chefs de service (57,9%).

La gestion dans les hôpitaux est parfois soumise au contrôle par les services des Finances ou la Direction de l'Inspection et de Vérification Interne (DIVI) du Ministère de la santé. Mais, selon les déclarations, il ne s'agit en fait que des contrôles de conformité de routine des dépenses et des recettes et jamais d'un contrôle approfondi, prenant en compte les détails des dépenses (59,6%). L'absence de texte clair et précis dans le domaine n'autorise pas des changements dans ces méthodes de contrôle. L'intention de l'autonomisation de ces structures n'est pas accompagnée de « balises » textuelles sur les responsabilisations. Néanmoins, selon les déclarations des membres des comités, un effort se fait dans le respect des règles de dépenses pour ce qui concerne uniquement la gestion des fonds du budget de l'Etat (40,3%), ce qui n'est pas le cas pour les fonds du financement communautaire. Dans le domaine de l'information, lorsqu'il y a un problème ou une situation préoccupante dans l'hôpital, tous les membres des Conseils ne sont pas informés de la même manière (61,4%). Concernant le style de direction des dirigeants, un peu plus de la moitié des membres interrogés les trouve démocratiques (54%) ; par contre pour environ 32% d'entre eux, certains dirigeants discutent peu en réunion tandis que pour le reste, certains dirigeants laissent faire avec passivité. Pour les avantages accordés aux directeurs, ils sont fixes et ne dépendent guère de leur performance encore moins du rendement de leur établissement (87,7%).

Dans les hôpitaux du Mono, apparaissent des situations de mal compréhension entre l'administration (équipe dirigeante) et le CG/COGES à telle enseigne que l'ambiance de collaboration est souvent viciée, laissant main libre (selon les déclarations) à des malversations. De plus, le manuel de procédure pour les fonds communautaire est inexistant. Seule l'utilisation des subventions allouées par l'Etat se calque sur les règles des dépenses officielles qui font l'objet de contrôle de conformité par les institutions des finances. Les hôpitaux n'ont jamais connu d'audits internes, ni externes pour faire le point de leurs gestions (72%). Dans certains hôpitaux, les agents ont déclaré qu'il n'existe pas de

clé de répartition des ressources pour les différents services (33%).

**Tableau n° I :** Appréciation des membres des COGES de l'application de la gouvernance

ITEMS	EFFECTIF n = 57	%
Respect des textes	33	57,9
Utilisation bien hôpital	24	42,1
Non uniformité information	35	61,4
Pas système contrôle	34	59,6
Pas manuel procédure	50	87,7
Pas audits	41	71,9
Respect de quelques règles	23	40,3
Avantage directeur pas fonction performance	50	87,7
Pas souvent clé répartition des ressources	19	33,3
Style de direction		
- démocratique	31	54,4
- discute peu	18	31,6
- laisser-faire	8	14,0

**2.3 Appréciation de la qualité des soins par le personnel des hôpitaux de zone**

Le personnel de soins reconnaît qu'il y a sur place dans les hôpitaux un bon plateau technique (64,3%) pour satisfaire les besoins des malades. Mais les moyens et les conditions de travail ne sont nullement améliorés (31%). Certains agents ont avancé que la qualité des soins ne s'est pas améliorée malgré le renouvellement des équipes dirigeantes et les membres de l'organe de gouvernance (58%). En fait, à l'instabilité des responsables s'associe souvent celle des politiques de gestion et de fonctionnement des organes.

**Tableau n° II :** Répartition des enquêtés hospitaliers selon leur appréciation de la qualité des soins

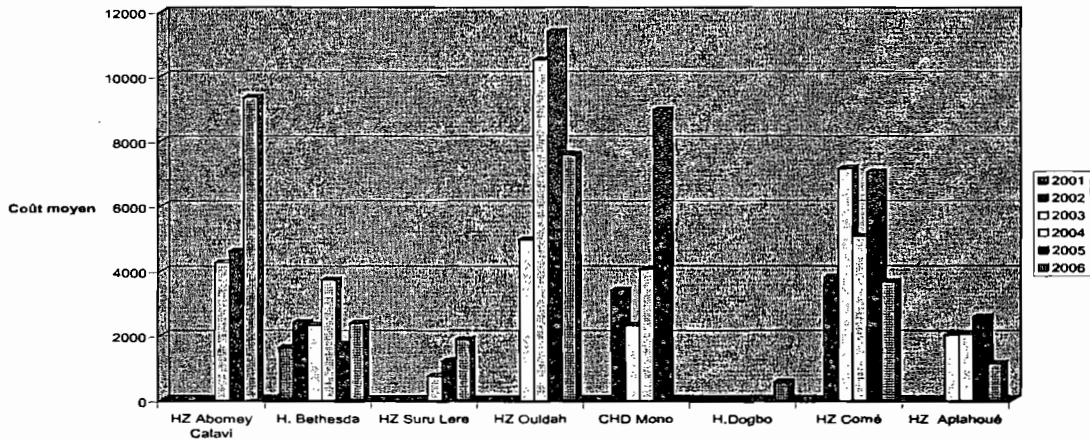
QUALITE DES SOINS	EFFECTIF n = 199	%
Bon plateau technique	128	64,3
Effort individuel amélioré	83	41,7
Pas amélioration qualité des soins depuis équipe en place	116	58,3
Utilisation de guide thérapeutique par infirmiers	132	66,3
Pas amélioration du moyen de travail	62	31,2

**2.4 Appréciation de la performance des hôpitaux par les coûts moyens des soins**

On note globalement une croissance rapide des coûts des prestations dans tous les hôpitaux publics avec l'allure en escalier des courbes dans la plupart de ces formations sanitaires. Ce constat témoigne de la cherté des prestations dans les hôpitaux de zone de Ouidah et d'Abomey Calavi dans le département de l'Atlantique. Dans le Mono, le Centre

Hospitalier Départemental s'impose par ses soins plus chers que les hôpitaux de zone alors qu'à Comé la situation du coût des soins se présente en dents de scie, témoin d'une variabilité ou inconstance des coûts. Globalement, la lecture de la tendance des coûts laisse percevoir que les soins sont plus chers dans les hôpitaux étatiques que dans ceux du secteur privé confessionnel (Bethesda) au sein d'un même département (Figure n° 2).

**Figure 2 :** Evolution du coût moyen des actes dans les hôpitaux

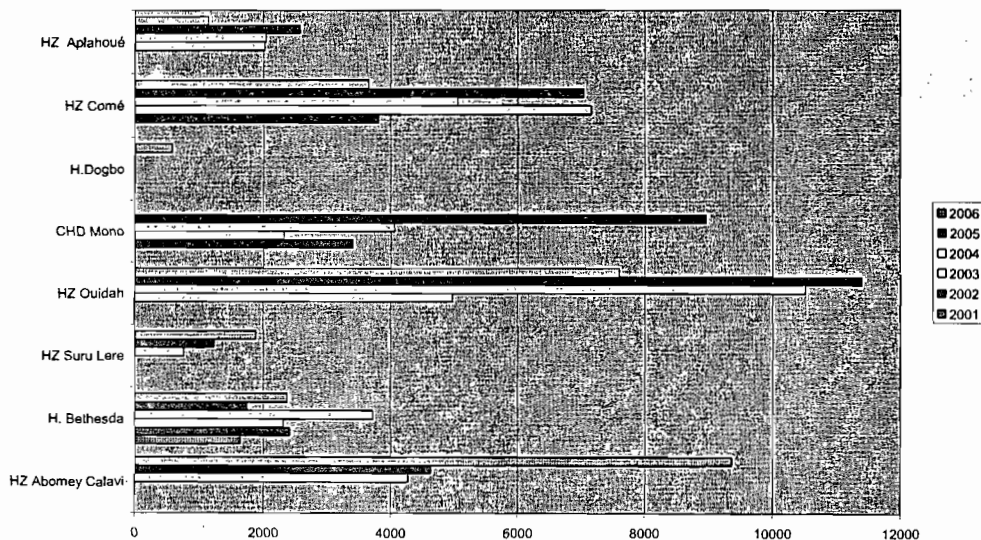


**3.5 Appréciation des coûts moyens des médicaments**

Le coût moyen des médicaments prescrits à l'hôpital de Ouidah est très élevé et dépasse celui de tous les hôpitaux de zone aussi bien de l'Atlantique que du Mono (supérieur à 10 000 fcfa). Cependant, l'amorce de la régression de la tendance suscite espoir de soulagement pour les malades. L'hôpital d'Abomey Calavi a fait un effort depuis les trois dernières années par la réduction progressive des coûts en médicaments. Par contre le comportement des coûts moyens à l'hôpital de Suru Léré suscite des questionnements sur les prescriptions des médicaments sous nom générique ou le recours aux médicaments de marque. Le coût moyen dans cette formation urbaine de l'Atlantique est très faible avec une timide tendance à la hausse.

Au niveau du département du Mono, reconnu défavorisé économiquement, le coût moyen des médicaments à l'hôpital de zone d'Aplahoué apparaît également moindre et suscite les mêmes questionnements. Dans les autres hôpitaux, les médicaments coûtent environ deux à trois fois plus chers qu'à l'hôpital d'Aplahoué. De plus, après une augmentation spectaculaire des coûts moyens des médicaments en 2005 au centre hospitalier départemental de Lokossa, situation que ne pouvaient supporter les malades de conditions économiques précaires, l'effort de réduction s'est fait remarquer par l'allure de la courbe en dents de scie. Le coût à Comé est à la hausse pour atteindre en moyenne 7 mille francs dans une région où l'indice de pauvreté monétaire est le plus faible. Par ailleurs, l'hôpital de Dogbo après sa période de suspension des activités,

**Figure 3 :** Evolution des coûts moyens de médicaments dans les hôpitaux



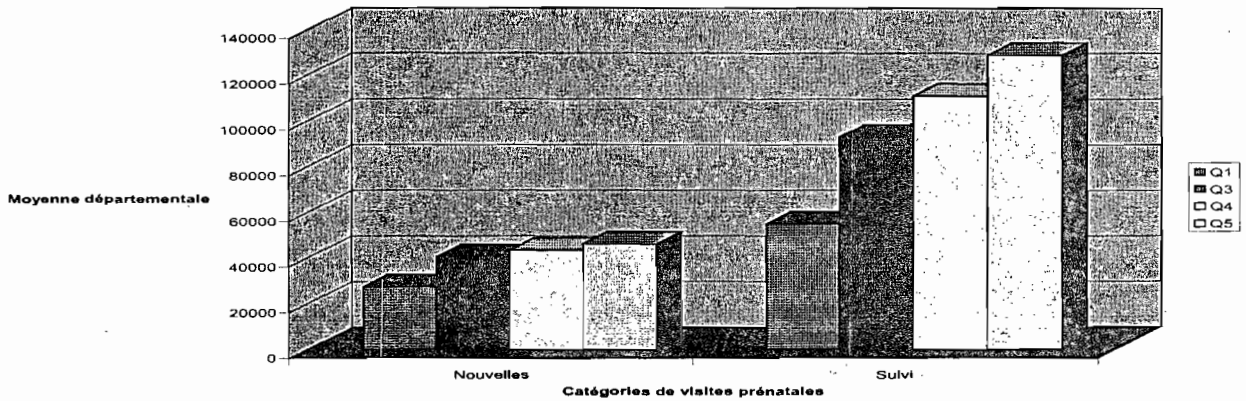
apparaît moins cher en prescription médicale pour la seule année de données disponibles (figure n° 3).

**2.6 Accessibilité aux soins prénatals**

Le suivi des grossesses est un indicateur de qualité qui retrace également les progrès de l'équité dans les soins. Les données regroupées par quintile de femmes enceintes indiquent une progression d'utilisation de ces soins selon le

niveau économique des femmes enceintes. On constate que les femmes à niveau économique relativement élevé (5<sup>e</sup> quintile) font suivre plus leur grossesse que celles de niveau économique bas (1<sup>er</sup> quintile). Cette inéquité d'utilisation des services se retrouve aussi bien pour les premières visites (nouvelles) que le suivi des visites après le premier contact des femmes enceintes (Figure n° 4).

**Figure n° 4 :** Evolution par quintile des visites prénatales au niveau départemental



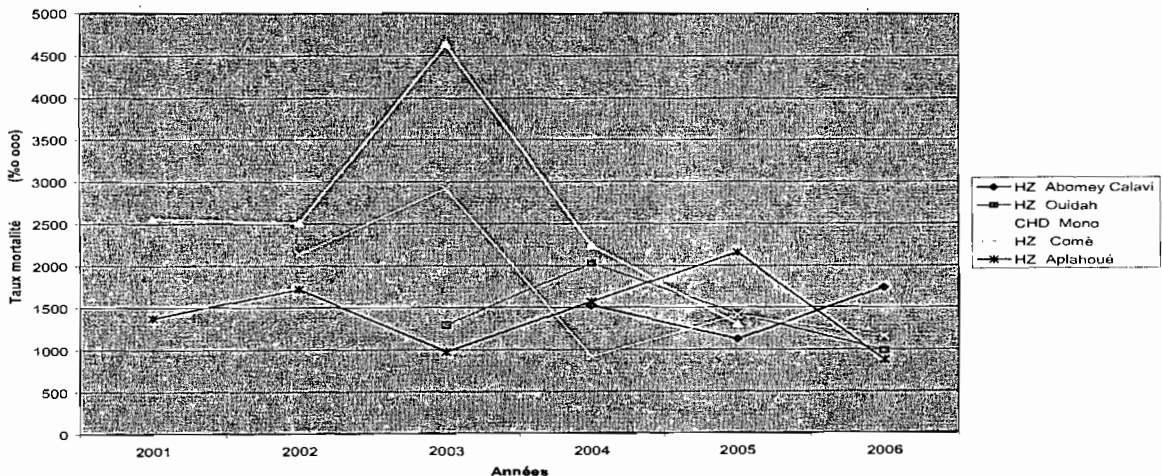
**2.7 Evolution des décès maternels dans les hôpitaux**

Le risque de décès des femmes admises aux soins dans les hôpitaux de zone apparaît très élevé dans le Mono/Couffo d'année en année. En 2003, le taux de décès maternel était de 4640 pour 100 000, environ 8 fois le taux national rapporté par EDS2 (EDS, 2001). Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) a presque doublé ce taux qui a régressé par la suite pour atteindre 130. décès pour mille naissances vivantes en 2005 (une réduction de près de 2/3). L'hôpital de Comé a eu en 2003, un taux de 2940 pour cent mille, suivi également d'une diminution qui l'a porté à 1410. La situation d'Aplahoué n'est

pas non plus reluisante en 2005, avec une forte fréquence de décès de femmes à l'hôpital de zone.

Au contraire dans l'Atlantique/Littoral, les taux de décès de femmes sont moindres, comparés à la situation des départements de Mono/Couffo. Cependant, la remontée de la courbe qu'affiche l'hôpital d'Abomey Calavi peut susciter inquiétude. La tendance globale est à la baisse, mais le niveau de la mortalité maternelle est encore très élevé au regard des attentes de la population dans ce contexte de la gouvernance (Figure 5).

**Figure n° 5 :** Evolution des taux de mortalité maternelle hospitalière 2001-2006



**2.8 Relation entre la pratique de la bonne gouvernance et la qualité des soins**

L'analyse multivariée des données montre qu'au niveau des hôpitaux, l'absence de responsabilisation des membres des organes de gouvernance constitue un risque pour les prestations de bonne qualité. Ainsi, le risque de mauvaise qualité de soins dans les deux départements réunis est significativement trois fois plus élevé dans les hôpitaux où la responsabilisation n'est pas assurée (OR=3,06 IC=1,05-8,93) par rapport aux centres où existe cette responsabilisation. Il en est de même lorsque les décisions annoncées par l'administration des hôpitaux ne sont pas respectées (OR=6,23 IC = 2,05-18,87). Quant à la participation des organes, elle intervient également avec un risque encouru par l'absence de participation 130% fois plus important. L'insuffisance de l'exercice de l'autorité administrative est inversement reliée à la qualité des prestations des soins aux malades (OR=0,89), la capacité de l'hôpital à répondre aux attentes de la population en matière de soins est fortement associée à la qualité des soins et de manière statistiquement significative (OR=3,14 IC=1,09-9,08). Par contre, l'insuffisance de coordination n'influence pas vraiment les prestations de soins (OR> 1) comme l'illustre le tableau suivant.

**Tableau III** : Relation entre les dimensions de la gouvernance et la qualité des soins dans les hôpitaux des deux départements

Dimensions Gouvernance	B	Ecart type	OR	Intervalle à 95%
Facilité d'initiative des membres (Responsabilité)	1,1	0,55	3,06*	1,05 – 8,93
Respect décisions annoncées (Management)	1,8	0,57	6,23*	2,05 – 18,87
Participation à la gestion (dialogue entre service)	0,3	0,51	1,30	0,48 – 3,51
Insuffisance exercice autorité administrative	- 0,13	0,51	0,89	0,53 – 2,43
Capacité des centres de répondre aux attentes population	1,14	0,54	3,14*	1,09 – 9,08
Insuffisance coordination (décentralisation)	- 1,04	0,57	0,35	0,11 – 1,07

\* p< 0,05

**III. COMMENTAIRE**

Pour assurer une plus grande efficacité dans le secteur de la santé, les autorités sanitaires ont choisi de décentraliser la prise de décision et la gestion du système de santé. Cette stratégie devrait permettre une participation et une large consultation de la population avec le souci d'améliorer le contrôle local de la gestion du secteur de la santé. Il s'agit

en fait de la décentralisation du pouvoir et des ressources transférés aux communautés du niveau local [8]. Les résultats de l'étude indiquent que la réforme du système de santé n'a pas encore comblé l'espoir de l'amélioration des services de soins. Par exemple, au niveau de certains hôpitaux existe une ambiance qualifiée de « patriarcal » non conformes aux principes de la gouvernance, témoignant du non respect des textes en vigueur sur la décentralisation de la prise de décision.

Les efforts des autorités sanitaires ont abouti à la réforme des structures périphériques et la mise en place des organes de gouvernance tels les Conseils de Gestion dans les hôpitaux et les comités de gestion dans les arrondissements. Ces organes souffrent des difficultés structurelles et de fonctionnement liés à la gestion transparente depuis l'application des textes de rétention des fonds issus du système de recouvrement. Au niveau de la plupart des Conseils de gestion (CG/COGES) des hôpitaux de zone, la faible acceptabilité du partage du pouvoir de décision des dirigeants crée un climat de mécontentement et de frustration surtout autour de la gestion parfois centralisée.

L'absence des audits internes et externes ne donne pas confiance aux membres des Conseils de gestion dont le rôle se limite à la vérification de la conformité des dépenses et à l'approbation des budgets prévisionnels. L'exercice de la décentralisation dans ces centres de soins se heurte à l'incompréhension des rôles respectifs des dirigeants et des conseils.

Par ailleurs, le concept de la bonne gouvernance est perçu différemment d'un centre de soins à un autre et d'un individu à un autre, rendant difficile la compréhension des principes de cette décentralisation. Pour la plupart des dirigeants ou membres des organes en place, cette gouvernance n'est pas différente du « management » des services et des soins.

Cette limite de compréhension du concept ne leur permet pas de mettre en pratique les autres dimensions comme par exemple la responsabilisation, la participation et l'équité dans les services de soins. Ainsi, les attentes de la pratique de la bonne gouvernance ne sont pas satisfaites, donnant l'impression d'une inadéquation des mesures proposées dans les textes et les réalités du terrain.

Pour la participation, l'implication des agents voire de la population à la gestion est un atout important de succès des dispositifs en place pour inverser la pratique actuelle du niveau central « top-down » au profit de l'approche « down-up » que privilégie la décentralisation [12]. Cette participation souvent souhaitée devra renforcer la pratique de la bonne gouvernance dans la gestion transparente et concertée des formations sanitaires. En fait, la bonne gouvernance incorpore la manière dont les organes exercent leurs droits et obligation puis comment se fait l'exercice du pouvoir en gérant les ressources en place pour les services de la santé [7,13].

Mais les résultats de l'étude montrent que la participation à la gouvernance de la communauté recouvre plusieurs significations et est utilisée de manière peu explicite au niveau périphérique du système de santé [9]. C'est cette limite de compréhension qui pousse les représentants de la population à réclamer plus de pouvoir dans la gestion des fonds. La nécessité de la précision du sens que les autorités donnent à la participation dans la pratique de la bonne gouvernance locale aiderait au changement attendu. Les membres des organes devront s'organiser en conséquence pour être présents aux sollicitations [15]. Or, la finalité de l'exercice de la gouvernance concertée est la dévolution de la situation des centres de santé dans l'optique de la prise en charge des structures par la communauté elle-même [7].

Pour expliquer à la communauté les mouvements des fonds collectés, la participation sans discrimination des membres est indispensable car la population a besoin de savoir ce qu'on fait avec les fonds communautaires [4].

Les conclusions de cette étude soulignent que les relations entre les dirigeants (administration) et les organes en place sont parfois caractérisées par une crise de gouvernance. En effet, les membres des organes se sont plaints de leur faible réaction face à ce que font les directeurs des hôpitaux de zone à savoir les abus de pouvoir, les manifestations des tentatives de corruption en raison du manque de soutien du niveau central qui n'a prévu aucun mécanisme de supervision, ni de régulation. La responsabilisation des organes est peu perçue et parfois mal interprétée par les dirigeants des centres de soins [3]. Les résultats de cette enquête montrent que l'absence de gouvernance participative n'augure pas l'égalitarisme devant les affaires des centres publics de soins et éloigne l'amoindrissement de la rigidité du comportement de certains dirigeants qui les écarte de la rigueur d'une gestion saine.

Quant à l'assurance de la qualité des soins dans les hôpitaux de zones, elle demeure une question préoccupante depuis le renouveau démocratique et souffre entre autre, de l'inéquité dans les prestations de soins [5]. Il apparaît que les services de soins prénatals sont plus utilisés par les femmes relativement aisées que celles de conditions défavorables (pauvres). Or, ces dernières sont plus vulnérables aux complications mortelles que les autres [6]. Ce constat est valable aussi bien pour les premières consultations que pour le suivi des soins. De plus, l'évolution des taux de mortalité maternels depuis la mise en place des organes démocratiques, ne reflète pas les attentes de la pratique de la gouvernance. En effet, les décès maternels ont atteint leur acmé avec des chiffres dépassant largement la moyenne nationale dans la plupart des hôpitaux de zone, malgré leur tendance globalement à la baisse.

## CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent clairement la divergence dans la compréhension des principes de la gouvernance et les difficultés de fonctionnement des organes en place malgré les dispositions prises par les autorités sanitaires. Le manque de formation appropriée pour cette réforme dans les formations sanitaires d'une part et l'insuffisance de l'implication effective des agents à la gestion des centres d'autre part, exigent une revue du système actuel. L'influence de cette situation sur la qualité des soins a été également mise en évidence et appelle les autorités à des prises de décisions pour amoindrir le niveau des indicateurs des issues défavorables de la santé en assurant l'approvisionnement des formations en personnel qualifié et en équipement. La mise en place de mécanisme de supervision du fonctionnement des organes aiderait à résoudre certains problèmes de qualité des soins et l'accessibilité aux soins des malades pauvres de chaque zone sanitaire. Au regard du niveau des indicateurs de soins et des déclarations sur la performance des services, on se rend compte que l'on ne s'est vraiment pas encore attaqué avec succès aux vrais problèmes de la gouvernance dans cette réforme du système de soins au Bénin. La vulgarisation des principes de la gouvernance aux agents, le renforcement, la formation des membres des organes, l'application stricte de la politique des médicaments sous non générique et l'application des normes des soins obstétricaux sont autant d'atout pour l'amélioration de la qualité des soins dans le contexte de la bonne gouvernance.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **BARNETT P., PERKINS R., POWELL M.** On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998. *Int J Health Plann Manage* 2001; 16(2) : 139-54.
2. **BLUNDO G.** La gouvernance au quotidien en Afrique : les services publics et collectifs et leurs usagers. *Bull APAD LIT* 2002 ; 23-24.
3. **CORMWELL A., LUCAS H., PASTEUR K.** Accountability through participation: Developing workable partnership models in the health sector. *IDS Bulletin* 2000; 31(1) : 23-35.
4. **FOURN L., DUCIC S.** L'augmentation des ressources peut-elle améliorer les issues de grossesses au Bénin ? *Le Pharmacien d'Afrique* 2003 ; 165 : 7-12.
5. **FOURN L., DUCIC S.** Initiative de Bamako et tendance de mortalité materno-infantile au Bénin (Afrique de l'Ouest). *Med Afri Noire* 2003 ; 50(1) : 37-42.
6. **FOURN L., ADÈ G., OUENDO M., KASSA.** Qualité des soins/ approche centrée sur le malade. *Med Afri Noire* 2005 ; 52(02) : 90-92.

7. **ISRAR S.M., ISLAM A.** Good governance and sustainability : a case study from Pakistan. *Int J Health Plann Manage* 2006, 21(4) : 313-25
8. **JEPPSSON A., OKUONZI S.A.** Vertical or holistic decentralization of the health sector ? Experience from Zambia and Uganda. *Int J Health Plann Manage* 2000 ; 15(4) : 273-89.
9. **LOWENSON R.** Putting your money where your mouth is: Participation in mobilising and allocating health resources. Paper presented to TARRS. Equinet regional meeting on Public Participatin in Health. Harare, May 2000.
10. **MINISTÈRE SANTÉ.** Politique et stratégies sanitaires nationales. MS/DNPS 2000 ; 110p.
11. **NARAYAN D., PATEL R., SCHAFFT K., RADEMACHER A., KOCH-SCHULTE S.** Voice of the poor. Can anyone hear us? New York MB. Oxford University Press 2000 ; 230p.
12. **OMAR M.** Health sector decentralization in developing countries: unique or universal. *World Hosp Health Serv.* 2002 ; 38(2) : 24-30.
13. **PEKINS R., BARNETT P., POWELL W.** Corporate governance of public health services: lessons from New Zealand for the state sector. *Aust Health Rev* 2000 ; 23 : 9-21.
14. **RICHARDSON R., WADDINGTON C.** Allocating resources: community involvement is not easy. *International Journal of Health Planning and Management* 1996 ; 11: 307-315.
15. **YOUNG D.W., BALLARIN.** Strategic decision-making in health care organization: it is time to get serious. *Int J. Health Plann Manage* 2006 ; 21(3) : 173-91.

