N° 14 Novembre 2018

La revue scientifique _ Les Cahiers du CBRST

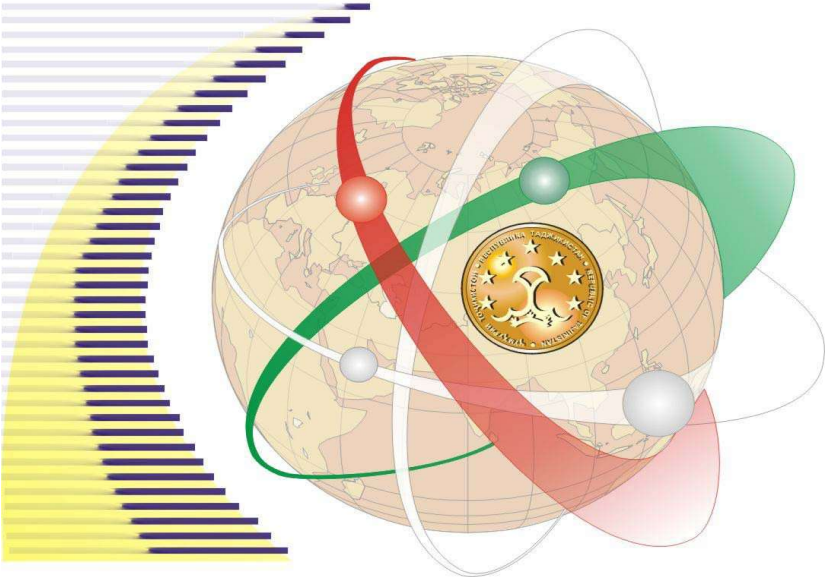
La revue scientifique

Les Cahiers du CBRST

La science au service de la société

DOSSIERS

Société
Environnement
Développement



03 BP 1665 Tél (229) 21 32 12 63 2132 09 77
Fax : (229) 21 32 36 71
Mail : cahiersducbrst@yahoo.fr ; cahiersducbrst@gmail.com
Site Web : http:/www.cbrst-benin.org

Les Cahiers du Centre Béninois de la Recherche Scientifique et Technique
ISSN : 1840-703X; Dépôt légal n° 10825 du 26/11/2018; 4ème trimestre 2018 Bibliothèque Nationale du Bénin 03 B.P. : 1665 Cotonou (Bénin) ; (229): 95403914 cahiersducbrst@yahoo.fr *;* cahiersducbrst@gmail.com

Directeur de Publication : Professeur Marc T.T. KPODEKON **;** ***Directeur Général du CBRSI***

Rédacteur en Chef : SOGLO Y. Yves

Conseiller Scientifique : Apollinaire Guy MENSAH ; *Directeur de Recherche*

Comité scientifique

Pr. DARBOUX Raphael (Bénin)
Pr. BIGOT André (Bénin)
Pr. AKPONA Simon (Bénin)
Pr. LALEYE Anatole (Bénin)
Pr. HOUNNOU Gervais (Bénin)
Pr. HOUNGBE Fabien (Bénin)
Pr. Michel BOKO (Bénin)
Pr. KOUMAKPAYI Taofiki (Bénin)
Pr. SAMBA KIMBATA Joseph (Congo B)
Pr. GBEASSOR Messanvi (Togo)
Pr. MASSOUGBODJI Achille (Bénin)
Pr. AFOUDA Abel (Bénin)
Pr. ZOUNGRANA Pierre Tanga (Burkina)
Pr. MOUDACHIROU Mansourou (Bénin)
Pr. JOSSE Roger (Bénin)
Pr. LALEYE Anatole (Bénin)
Pr. TOUKOUROU Fatiou (Bénin)
Pr. AGBOSSOU K. Euloge (Bénin)
Pr. SOCLO Henri (Bénin)
Pr FAYOMI Benjamin (Bénin)
Pr. MAKOUTODE Michel (Bénin) Pr. TCHITCHI Toussaint Y. (Bénin)
Pr. OYEDE Marc (Bénin)
Pr. EDORH Patrick A. (Bénin)
Pr CLEDJO Placide (Bénin)
Pr. DOMINGO Etienne (Bénin)
Pr. HOUNDENOU Constant (Bénin)
Pr. MENSAH Guy Apollinaire
Pr. TOSSA Joel (Bénin)
Pr. SINSIN Brice (Bénin)
Pr. GBENOU Joachim (Bénin)
Pr. LALEYE Philippe (Bénin)
Pr. TCHAMIE Tiou (Togo)
Pr. GBAGUIDI Fernand (Bénin)
Pr. ANIGNIKIN Sylvain (Bénin)
Pr. AHANHANZO Corneille (Bénin)
Pr. HONTONFINDE Félix (Bénin)
Pr. TOUKOUROU Fatiou (Bénin)

COMITE DE LECTURE : Prof NOUHOUAYI Albert; Prof AGBOSSOU K. Euloge ; Pr AVLESSI Félicien ; Prof CLEDJO Placide; Prof da CRUZ Maxime ; Prof DIMON Biaou Fidèle ; Prof DOMINGO Etienne ; Prof EDAH Daniel ; Prof KOUNOUHEWA Basile ; Prof MENSAH G. A. ; Prof TOSSOU Okri Pascal ; Prof YAYI Eléonore ; Dr TENTE Brice; Dr YABI Ibourahima ; Dr. Zacharie SOHOU ; Pr. JOSSE Roger ; Pr. LALEYE Anatole ; Pr. OUMOROU Madjidou ; Prof BOKO Gabriel; Prof MONGBO Roch ; Prof. SOCLO Henri ; Dr ALAMOU Eric ; Dr AZANDO E. V.; Dr DOUGNON Victorien ; Dr FOURN Elisabeth; Prof GBAGUIDI Fernand; Dr AZONHE Thierry; Dr GBANGBOCHÉ A. B. ; Prof GLELE KAKAÏ Romain ; Prof TCHIBOZO Eric; Pr HONTONFINDE Félix ; Pr HOUNHOUIGAN Joseph ; Pr KPOVIESSI Salomé ; Pr OYEDE Marc ; Pr. Ag. FOLLIGAN Bénédiction ; Pr. Ag. YAO-GNANGOURA Victor ; Pr. AKPONA Simon ; Pr. ALLABI Aurel ; Pr. BIGOT André ; Pr. CHIKOU Antoine ; Pr. DARBOUX Raphael ; Pr. Fulgence AFOUDA; Pr. GBAGUIDI Fernand ; Pr. HOUNGBE Fabien ; Pr. HOUNNOU Gervais ; Prof. Ag. MOUMOUNI Hassane ; Prof AHOHOUNKPANZON Michel; Prof AINA Martin ; Prof ALLABI Aurel ; Dr BAGODO Obarè ; Dr HOUNGNIHIN Roch ; Dr GUENDEHOU Sabin ; Dr JOHNSON Christian; Dr KPOHOUE Ferdinand, Dr VISSIN Expédit; Dr GNIMADI Clément, Dr SOHOU Zacharie; Dr GBEWETOUN C. Louis; Dr AGBOKOUNOU Aristide, Dr DEGBEY Georges; Dr VIGNINOU Toussaint; Dr GIBIGAYE Mohamed; Dr YABI Fidèle; Dr OREKAN Vincent; Dr GBAGUIDI Arnauld; Dr TOKO Ismael; Dr VISSOH Sylvain; Dr HEDIBLE Sidonie.

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.

Cahiers du CBRSI

Lettres, Sciences Humaines et Sociales
N° 14 Décembre 2018
ISSN : 1840-703X, Cotonou (Bénin)
Dépôt légal n° 10825 du 26/11/2018
3ème trimestre 2018 Bibliothèque Nationale du Bénin,

SOMMAIRE

1. **Consommation de stupéfiants chez les adolescents en milieu scolaire au Benin : un état des lieux à Cotonou en 2016**……..…01
Ferdinand M. ADOUNKPE, Luc BEHANZIN, Aurel C. ALLABI, Codjo A. KPATCHAVI

2. **Le travail de la femme dans l'environnement socio-économique béninois : les reliques d'une tradition handicapante**……...29
Edouard AHO

3. **Enjeux de requalification patrimoniale et écotouristique des villages salicoles du bas-Benin**…….……..50
Paul AKOGNI

4. **Education des jeunes filles en post-échec scolaire au bénin : analyse de l'expérience du centre claire amitié**…….……..….65
Serge ARMEL ATTENOUKON, Guillaume Abiodoun Chogolou ODOUWO, Annanh ZOUGMORE

5. **Nécessité de collaboration entre les enseignants et parents d'élèves pour une amélioration des rendements scolaires dans les zones urbaines d'Abomey-Calavi**……..….…105
Gabriel C. BOKO, M. Max. Stephane CHAOU

6. **Décentralisation et accès à l'eau potable dans les villages de la commune de fada n'gourma : enjeux et perspective**……127
Dramane DAHANI

7. **la connaissance de la loi pénale : enjeux dans un contexte d'inflation législative**…….....…147
M. S. Pulcherie DONOUMASSOU epouse SIMEON

8. **Temporalités dans les pratiques de dépigmentation**.....181
Dimi Theodore DOUDOU, Tiewa Salimata SORO

9. **Exploring the issue of marriage decline in amma darko's beyond the horizon and the housemaid**……..….211
Celestin GBAGUIDI, Adolphe KASSIN

10. **Contribution des infrastructures socio-communautaires au développement local dans les communes d'Avrankou, d'Akpro-Misserete et d'Adjarra**…….……..….230
Germain GONZALLO, Mathieu KIKI, Sande ZANNOU

11. **Nécessité d'une actualisation du répertoire des prix de référence pour une amélioration de la gestion de la commande publique au Benin**……..……257
Zime Kora GOUNOU

12. **La gestion responsable des ressources humaines, un levier de performance marketing des entreprises**…….……..…279
Mariette HOUNTON

13. **Impact de l'expansion des TIC sur la réduction de la pauvreté en Côte-d'Ivoire**……..……..…….303
Bassemory KONE

14. **Cloisonnement du service public de sante à la frontière de Sèmè-Kraké (Benin-Nigeria) une contribution sociologique**……..329
Pierre Codjo MELIHO, Andre AINA, Codjo Adolphe KPATCHAVI

15. **Nouvelles pratiques religieuses dans l'église catholique romaine à Cotonou : déviance ou mutation religieuse** ?.....351
Bruno MONTCHO

16. **Effets structurants des Transports en commun privés des passagers et développement du commerce de rue sur l'axe routier Lomé-Kara, un maillon du corridor Lomé-Cinkassé au Togo**……..…….386
Adong Tchoou NOYOULEWA, Komla Uwolowudu AMEGNA, Damitonou NANOINI

17. **Système d'échanges et monétaire traditionnel dans le pays Faafouë de 1858-1898**…….…….….412
Sekre Alphonse GBODJE

18. **La construction sociale du pouvoir des " zoxinɔ̀ " au regard du genre et ses implications en milieu de pêche au sud-ouest du Benin**……...…..436
Timothee Codjo TOGBE, Emilia AZALOU TINGBE

19. **Forage artésien, menace ou opportunité dans la commune de Bopa au Benin**……..…….……456
Dansou Pierre TOSSA, Emile Comlan BADEVOU, Roch L. MONGBO

20. **Prince HALL and the African american freemasonry**……..481
Yao Alain Darius AMOUSSOU

21. **La congestion routière comme signe d'échec de la gouvernance de la mobilité urbaine dans l'agglomération de Cotonou**…….497
Kessou Célestin LÈGBANON, Bertrand SOGBOSSI, BOCCO Michel BOKO

22. **Persistance des activités de concassage artisanal de granite dans la commune de Parakou en république du Benin**…….....519
Offin Lié Rufin AKIYO

23. **L'identité professionnelle des éducateurs de lycées et collèges en Côte d'Ivoire**……..……...……542
Kouéiwon Gaspard INANAN

24. **Facteurs explicatifs de la qualité perçue dans les établissements prives d'enseignement supérieur : proposition d'une échelle de mesure multidimensionnelle**…….….. 561
Dossa Theodore MEHOBA

25. **Conflit entre propriétaires et locataires a Zogbadje (commune d'Abomey-Calavi, Benin, afrIque de l'ouest)** ……...600
Sidonie Clarisse HEDIBLE

26. **On the syntax of anaphors, pronouns and r-expressions in wolof**……...618
TAMBA

27. **Recomposition des pratiques foncières locales dans le Benin méridional : cas de la commune de Zagnanado**……..……...633
Charlemagne TOMAVO

28. **Introduction des énergies intelligentes : cas des compteurs communicants dans les ménages à Abidjan**……..……..…676
Salimata BERTE, Djané Dit Fatogoma ADOU, Etienne NTAGWIRUMUGARA

29. **Savoirs réels et superstitions dans le vodun**…….……694
Cossi Zéphirin DAAVO

30. **Préscolarisation des enfants en situation difficile au Benin : l'exemple des espaces éveils à Cotonou** ……. 716
Clarisse NAPPORN

31. **Environnement scolaire et sante des apprenants : cas des écoles et collèges de la commune lacustre des Aguégués au Benin**….734
Sabine Mètohué DAKO KPACHA

32. **Abidjan-Adjame, première occupation spatiale et organisation traditionnelle des habitants avant 1926**……..760
Noël Moussa GONZREU

Cahiers du CBRSI

Lettres, Sciences Humaines et Sociales
N° 14 Novembre 2018
ISSN : 1840-703X, Cotonou (Bénin)
Dépôt légal n° 10588 du 09/08/2018
3ème trimestre 2018 Bibliothèque Nationale du Bénin,

CLOISONNEMENT DU SERVICE PUBLIC DE SANTE A LA FRONTIERE DE *SEME-KRAKE* (BENIN-NIGERIA) UNE CONTRIBUTION SOCIOLOGIQUE

Pierre Codjo MELIHO[1], André AINA[2], Codjo Adolphe KPATCHAVI[2]

[1]Université Nationale d'Agriculture (UNA), pmeliho@gmail.com
[2]Université d'Abomey-Calavi (UAC) kpatchaviadolphe@yahoo.com
[2]Université d'Abomey-Calavi (UAC), andreainacoss@yahoo.fr

RESUME

Cette recherche analyse les facteurs de discontinuité de l'offre du service public de santé dans l'espace CEDEAO, notamment à la frontière Bénin-Nigéria à Sèmè-Kraké. La recherche a utilisé une approche sociologique pour aboutir aux résultats déclinant trois facteurs de discontinuité liés à la fourniture du service public de santé à la frontière. D'abord, une infrastructure inadaptée avec un plateau technique faible. Ensuite, une surcharge de travail du personnel soignant. Enfin, le service de santé est fourni au prix du paiement direct des coûts par l'usager. A ce sujet, la monnaie de paiement oscille entre le franc CFA (utilisé au Bénin) et le naira (monnaie nigériane). Aussi, toute référence officielle est-elle orientée vers les plateaux techniques plus équipés à l'intérieur du Bénin par glissement vers les échelles périphérique de la pyramide sanitaire (centre de santé de la Commune de Sèmè-Kpodji) et intermédiaire (CHD Ouémé-Plateau). En conséquence, l'Etat du Bénin offre un service de santé limité, discontinu et cloisonné sans possibilité pour les usagers proches de la frontalière de recourir officiellement aux soins dans l'Etat du Nigéria. Ce qui constitue un frein à la libre circulation des soins en inadéquation avec la libre circulation des personnes, des biens et des maladies. Il en découle une faible influence des politiques d'intégration sous régionale sur l'accès aux soins à la frontière en marge de la couverture santé universelle et de l'atteinte des ODD relatifs à la santé d'ici 2030.

Mots clés : *cloisonnement, service public de santé, pyramide sanitaire, politiques d'intégration, frontière de Sèmè-Kraké*

PARTNERSHIP OF THE PUBLIC HEALTH SERVICE AT THE SEME-KRAKE BORDER (BENIN-NIGERIA) A SOCIOLOGICAL CONTRIBUTION

ABSTRACT

This research analyze the factors of discontinuity of the public health service offer in the ECOWAS region, particularly at the Benin-Nigeria border at Sèmè-Kraké. The research used a sociological approach to arrive at the results of three discontinuity factors related to the provision of the public health service at the border. First, an inadequate infrastructure with a low technical platform. Then, an overload of work of the nursing staff. Finally, the health service is provided at the price of the direct payment of costs by the user. In this regard, the currency of payment oscillates between the CFA franc (used in Benin) and the naira (Nigerian currency). Also, any official reference is directed towards the more equipped technical platforms inside Benin by sliding towards the peripheral scales of the sanitary pyramid (health center of the Municipality of Sèmè-Kpodji) and intermediate (CHD Ouémé-Plateau). As a result, the State of Benin offers a limited, discontinuous and compartmentalised health service, with no possibility for users close to the border to officially seek care in the State of Nigeria. This is a barrier to the free flow of inadequate care with the free movement of people, goods and diseases. The result is a weak influence of subregional integration policies on access to border care beyond universal health coverage and the achievement of the health-related SDGs by 2030.

Keywords*: compartmentalisation, public health service, health pyramid, integration policies, Sèmè-Kraké border*

INTRODUCTION

Le recours thérapeutique orienté vers les services publics de santé anime les débats scientifiques actuels. Pendant que les problématiques discutées questionnent l'accueil, les relations soignants-soignés, « *le refus de fournir les services à certaines catégories d'usagers par les prestataires* » (Géoconfluences-DGESCO-ENS de Lyon, 2002), « *le non-recours aux soins par les populations précaires* » (A. Rodde, 2010), la présente recherche se préoccupe d'analyser les facteurs de discontinuité et de rupture qui les structurent et les cimentent. L'exercice documente la réalité à la frontière du Bénin et du Nigéria à Sèmè-Kraké. Puisque l'accès aux soins est un droit fondamental pour tous (Médecin Sans Frontière, 2014). En effet, la frontière constitue l'un des espaces d'où prend corps la *transnationalité* (Ch. Y. Messe Mbega, 2015). Ainsi, le processus d'intégration régionale est amorcé par les Etats pour faciliter la libre circulation des personnes et des biens[1] mais aussi « *la libre circulation des pathologies rendant commun aux différents Etats membres les problèmes de santé publique* » (R. Koukpo, 2007, p. 7). En réalité, la CEDEAO porteuse de l'intégration régionale reste actif dans le cadre de la « *promotion des activités économiques et commerciales* » (M. L. Sèdégan, 2008) soutenue par « *l'institutionnalisation de la coopération transfrontalière* » (A. Diop et M. Mountaga Diallo, 2013, p. 6).

> « *Dans le domaine de la santé, ce sont les États membres qui sont essentiellement compétents, mais il incombe à la CEDEAO, d'entreprendre certaines actions complémentaires, comme dans le cas des menaces sanitaires transfrontalières, de la mobilité des patients ou de la réduction des inégalités en matière de santé* » (R. Koukpo, 2007, p. 70).

[1] Il y a eu des initiatives d'établissement de passeports CEDEAO, d'assurance CEDEAO, de suppression de visa pour les populations des pays membres, etc.

En conséquence, l'accès aux services publics de santé constitue un des défis majeurs pour tous les pays membres de la CEDEAO et surtout pour les collectivités territoriales transfrontalières. Ceux-ci ont l'obligation de donner une réponse adaptée aux *maladies d'importation* (Géoconfluences, DGESCO, ENS de Lyon, 2012, p. 2) d'une part et de les prévenir d'autre part. Dans cet esprit, la présente contribution envisage de fournir des éléments de réponses à l'hypothèse selon laquelle « les politiques communautaires et sous régionales d'accès aux services de santé sont souvent mises en œuvre dans des contextes assez cloisonnés en marge de la fluidité de l'intégration régionale, ce qui renforce les inégalités dans la fourniture des soins de santé primaires ». Pour donner des réponses adéquates à cette réponse provisoire, il a été utilisé une démarche méthodologique appropriée.

1. MATERIEL ET METHODE

1.1. Cadre d'étude : le milieu frontalier de *Sèmè-Kraké* (Bénin-Nigéria)

Le milieu de recherche que constitue l'ensemble des localités de *Sèmè-Kraké* représente ce que P. C. Mêliho (2014) désigne par le *cadre de référence empirique*. C'est un grand espace frontalier faisant partie de la Commune de *Sèmè-Kpodji* à la limite du Bénin et du Nigéria à l'Est. D'une superficie de 250 km^2, la Commune de *Sèmè-Kpodji* est située dans le département de l'Ouémé à 21.3 km de Cotonou au Sud-Bénin. Elle compte entre autres localités, le cadre de cette recherche localisé à la frontalière de *Sèmè-Kraké*. Au dernier recensement général de la population et de l'habitation (RGPH4, 2013) la population de *Sèmè-Kpodji* est de 222701 habitants. La Commune de *Sèmè-Kpodji* est frontalière avec le Nigéria à la hauteur du village de *Glogbo* (*Sèmè-Kraké*). Ce dernier abrite la plus importante partie de la population et constitue l'agglomération la plus peuplée. *Glogbo* fait partie de l'Arrondissement des Tohouè dans la Commune de *Sèmè-Kpodji*. Il compte 17268 habitants

(RGPH 4, 2013)[2] contre respectivement 14450[3] habitants en 2013 et 10172 en 2002[4]. Le village de *Glogbo* abrite 78 % de la population de *Kraké-Plage*[5] constituée des ressortissants du Bénin et des étrangers. Les groupes socioculturels installés dans ce village sont les "*défi*" (autochtones), et les autres communautés sociolinguistiques du Bénin : *xwla*, *goun*, *mina*, *fon*, *adja*, *yoruba*, etc. A eux, s'ajoutent les migrants composés des *Haousa* du Niger et du Nigéria, les *Igbo*[6] du Nigéria, les Ivoiriens, les Camerounais, les Maliens, les Burkinabé, etc. Ces différentes catégories d'acteurs créent et animent un flux transfrontalier important d'activités économiques. A en croire certains auteurs, « *du point de vue sanitaire, le risque de circulation de maladies fortement transmissibles comme le VIH/SIDA est devenu élevé* » (M. L. Sèdégan, 2008) à la frontière. Dans cette perspective d'autres auteurs se sont préoccupés des « *mobilités des populations et diffusion des maladies* » (Géoconfluences, DGESCO, ENS de Lyon, 2012, p. 1). Pour mieux conduire la recherche, il est fait recours à la démarche de sociologie qualitative. Ce qui a permis de définir un échantillon type par des approches qualitatives, des procédés de collecte adaptés et une approche d'analyse qui répond à ses exigences dans le cadre de cette recherche.

1.2. Echantillonnage, collecte et analyse des données

La collecte des données repose sur une démarche sociologique qui a recoupé une revue documentaire avec des enquêtes de terrain d'une durée d'un mois dans la Commune frontalière de *Sèmè-Kpodji* (frontière Bénin-Nigeria) en 2013. Les enquêtes ont ciblé 28

[2] Primature, INSAE, 2016. *Effectifs des populations des villages et quartiers de ville du Bénin*.
[3] Confère zone sanitaire Porto-Novo, *Aguégués, Sèmè-Podji* (PAS).
[4] INSAE, 2004, *Cahier des villages et quartiers de ville Département de l'Ouémé*, p. 27
[5] *Kraké*-Plage est composé des villages *Wégbègo, Adièmè et Glogbo*.
[6] Groupes sociolinguistiques nigérians menant des activités économiques liées à la vente de pièces détachées de véhicules ou de moto. Par mauvaise interprétation de la langue, ils sont communément appelés au Bénin Ibo.

informateurs clés sur la base de l'échantillonnage à choix raisonné parmi lesquels on retrouve le personnel de santé, les usagers du centre de santé de *Sèmè-Kraké* en l'occurrence les femmes, les agents des services déconcentrés, etc. Ceux-ci ont pris part à des entretiens semi-directifs individuels et de groupe dont la taille varie entre 4 et 6. Les matériaux collectés ont été transcrits puis mis en corpus en vue de tirer des verbatims analysés par la méthode de triangulation, de recoupement et de l'analyse de contenu.

2. RESULTATS

2.1. Disponibilité et continuité des soins du service public de santé à la frontière de *Sèmè-Kraké* (Bénin-Nigéria)

L'aire sanitaire observée à la frontière de *Sèmè-Kraké* entre le Bénin et le Nigéria dans le cadre de cette recherche fait partie de l'échelle périphérique, un premier niveau de l'offre des soins de santé publique intégré à la pyramide sanitaire du Bénin[7]. En effet, le centre de santé de *Kraké* offre des services de maternité, de dispensaire, de vaccination et de pharmacie. Cet ensemble de services fournis fait partie des soins de santé primaire définis à la conférence d'Alma-Ata (1978) puis relancés à l'initiative de Bamako (1987). Au regard des données de l'enquête de terrain, le bâtiment, qui abrite ces servies est exigu et ne répond pas aux normes selon les informateurs interrogés[8]. Pour les agents de santé interviewés « *les infrastructures d'ici ne sont pas adaptées ni motivant ; le cadre de travail a besoin d'être revu »*[9]. Dans ces conditions où l'espace physique des soins est exigu, le personnel soignant interrogé s'est prononcé sur le manque de matériels de travail. A en croire certains, « *nous souffrons*

[7] En référence à la pyramide sanitaire du Bénin, le centre de santé de *Kraké* a le statut d'un centre de santé d'Arrondissement faisant partie des unités de santé constituant la zone sanitaire autant que le centre de santé de Commune, les maternité et dispensaire isolées et les unités villageoises de santé.
[8] Entretiens du 2 avril 2013 au CSC *Sèmè-Kpodji*, du 03 avril 2013 au CS *Kraké*, 04 avril 2013 avec un membre COGEC du centre de santé de *Kraké*.
[9] Entretien du 03 avril 2013

du manque d'équipements de travail. Il s'agit de : obus d'oxygène pour la maternité, aspirateur, poupinel auxquels s'ajoutent l'état délabré des salles d'hospitalisation »[10]. Les observations à l'hospitalisation du dispensaire ont permis de dénombrer 02 lits utilisables sur 06 (photos ci-dessous).

Photo 1 : Bâtiment du CS *Sèmè-Kraké* vu de face
Prise de vue : Mêliho, avril 2013

Photo 2 : Deux lits utilisables au CS *Sèmè-Kraké*
Prise de vue : Mêliho, avril 2013

La photo 1 montre une vieille bâtisse ne présentant pas une architecture de centre de santé selon les normes actuelles. A l'intérieur de ce bâtiment, l'observation de la salle d'hospitalisation a

[10] Entretien du 03 avril 2013.

permis de prendre la photo 2 montrant 2 lits utilisables sur dont dispose le service du dispensaire. Au-delà du problème d'infrastructure et de matériel de travail, un autre enquêté évoque la récurrence du problème d'accès à l'eau au centre de santé.

> « *Vous voyez ! Dans tout le bâtiment, il n'y a pas d'eau. Il n'y a pas d'eau dans la salle d'accouchement. On met l'eau dans des cuvettes. La pompe qui est dans l'enceinte du centre est faite par certains blancs qui viennent couper. On peut faire deux mois sans eau puisqu'ils demandent de payer. Le responsable du centre d'avant avait refusé que le centre de santé ne puisse payer l'eau* »[11]. Entretien du 03 avril 2013

Ces propos révèlent que la fourniture, l'accessibilité et la disponibilité du service public de santé est tributaire à l'accès à l'eau potable. L'absence d'eau au centre de santé rend difficile et interrompt parfois la fourniture du service de santé aux populations. Le manque d'eau au centre de santé double l'échec de la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelle périphérique au Bénin. Cette observation est corroborée par le fait que

> « *l'accès à l'eau potable, bien qu'étant en progression constante (63,4% en 2006 à 66,3% en 2008), reste inégalitaire entre les différentes régions du pays* » (PNUD, 2010).

Il en résulte qu'à l'échelle de l'action publique (J.-P. Olivier de Sardan, 2010), les politiques publiques de santé (V. Ridde, 2011) et de l'eau potable restent discontinues même là où on a besoin de sauver des vies humaines par le service sanitaire. On assiste ainsi à une double discontinuité des services publics élémentaires notamment l'eau et la santé, traduisant une interférence et une dépendance des interventions à l'échelle locale. Cette situation met en exergue les limites et l'inadaptation du service de santé dans un espace de mobilité à la frontière de *Sèmè-Kraké* où le personnel est

[11] Entretien du 03 avril 2013.

aussi insuffisant mettant en exergue une faible ressource humaine en santé.

2.2. Gestion des permanences du personnel de soins au centre de santé de *Sèmè-Kraké*

Le centre de santé de *Kraké* est géré par un infirmier diplômé d'Etat. Ce dernier a une double charge : la gestion administrative du centre et la prestation de services de santé. De ce fait, il fait la garde comme tout autre agent du centre de santé. Le centre dispose de dix agents de santé pour l'ensemble des services offerts au cours de l'enquête réalisée en 2013. Ce personnel est composé des autochtones (*défi* et *xwla* de Kraké) et des autres groupes socio-linguistiques du Bénin (*goun* et *yoruba* de Porto-Novo, *wémènú* de la Vallée[12], adja de mono, *nago* de Kétou) (tableau I).

Tableau I : Etat du personnel au centre de santé de *Kraké*

Formation sanitaire	Service	Statut	Sexe	Nombre
Centre de santé de *Kraké*	Dispensaire	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	M	01
		Infirmier breveté (IB)	F	01
	Maternité	Sage femme diplômé d'Etat	F	02
	Maternité + Dispensaire	Aide soignante	F	03
	Pharmacie	Commis à la pharmacie	F	03
	Gardiennage	Gardien	M	01
	Comptabilité	Comptable[13]	M	01
Total				**12**

Source : Données de terrain, avril 2013

[12] Il s'agit des groupes sociolinguistiques des communes de *Bonou, Dangbo* et *Adjohoun* ressortissant de la vallée de l'Ouémé qui donne son nom au département.
[13] Il faut noter que c'est le comptable du centre de santé de la Commune de *Sèmè-Kpodji* qui assure la comptabilité des centres de santé sous tutelle.

A la lecture du tableau I, on observe que le centre de santé de *Kraké* dispose de 12 ressources humaines en santé composées de deux prestataires qualifiés respectivement pour les services de dispensaire (deux infirmiers) et de maternité (deux sages femmes), trois aides soignants pour les deux services et trois commis à la pharmacie. Ce personnel est insuffisant selon les agents de santé interrogés. Pour un professionnel de santé « *le manque de personnel fait que les agents font 48h de garde et 48h de repos. La norme étant 24h de garde 48h de repos* »[14]. La comparaison des tours de garde au centre de santé de la Commune de *Sèmè-Kpodji* avec le vécu des agents au centre de santé de *Kraké* montre un personnel suffisant qui fait respecter la norme comme en parle un autre agent de santé. « *Les agents font une journée de garde et 48 heures de repos* »[15]. Ces résultats révèlent une disparité dans une même aire sanitaire où les agents sont suffisants dans un centre de santé de premier niveau de référence à l'échelle de la commune pendant que les centres de santé périphériques ont un déficit remarquable. Le déséquilibre en personnel ne peut favoriser la disponibilité, la continuité et la qualité du service. Comme l'indique un agent de santé « *au second jour de garde on est fatigué et on est obligé d'être là* »[16]. Obligé d'être-là laisse comprendre qu'on fait ce qu'on peut dans la mesure du possible.

Dans cette perspective, le travail supplémentaire des agents n'est accompagné d'aucune motivation particulière comme c'est le cas des primes de zone déshéritée pour les enseignants. Un autre agent de santé renchérit :

> « *nous avons les mêmes avantages que tout le monde. C'est l'amour du travail bien fait qui nous amène à rester au poste. Il n'y a pas de moyen de déplacement, ni de logement pour le personnel. En zone rurale, il est normalement prévu un*

[14] Entretien du 03 avril 2013.
[15] Entretien du 02 avril 2013.
[16] Entretien du 03 avril 2013.

logement pour le major et la sage femme. Ici nous n'avons rien. Même l'entretien de la maison nous revient »[17].

A la lecture de ces propos, il se dégage que les avantages liés au rendement du personnel sont inégalement répartis entre les différentes sphères de l'action publique, notamment en ce qui concerne l'offre des services de santé. Du contenu des propos, il ressort que certains centres de santé, surtout en milieu rural, disposent de logement pour le personnel assurant une responsabilité de premier rang (major et sage-femme). Aussi, le travail du personnel de soutien revient-il au personnel de soins pour raison de déficit en ressource humaine en santé dans le contexte analysé. A titre d'exemple, l'informateur évoque que l'entretien du centre de santé de *Kraké* est fait par le personnel de soins. Ces conditions difficiles de travail sont aggravées par l'insécurité généralisée à *Sèmè-Kraké*. « *L'insécurité à Kraké Plage n'est pas du reste. Régulièrement, les gens sont victimes de braquages et nous recevons certaines victimes* », précise un autre informateur[18]. Les services fournis malgré ces difficultés sont payés par usages de différentes monnaies en milieu frontalier de *Sèmè-Kraké*.

2.3. Référence et construction du paiement direct des soins à la frontière Bénin-Nigéria

A l'époque contemporaine où « *l'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest* » (J.-P. Olivier de Sardan, 2010) anime le débat scientifique relatif à l'accès aux soins, le Bénin est encore loin de la réalité malgré les politiques de gratuité en faveur de certains groupes dits vulnérables (paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, césariennes gratuites, etc.). L'accès aux services publics de santé reste payant sans discrimination entre étranger et autochtone[19], notamment à la

[17] Entretien du 03 avril 2013.
[18] Entretien du 03 avril 2013.
[19] C'est dire qu'autochtone et étranger paient le même prix pour accéder au service demandé.

frontière de *Sèmè-Kraké* dans l'espace de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Les coûts appliqués au centre de santé de *Kraké* pour les services réguliers sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : Soins de santé primaires délivrés et coûts correspondant au centre de santé de *Kraké*

Type de service	Soins fournis	Coût (FCFA)
Maternité	1ère consultation prénatale + carnet	500
	Ancienne consultation prénatale (à partir de la 2è fois)	300
Dispensaire	Consultation	200
	Carnet	100
	Pansement	300
	Suture	500
	Prise de tension artérielle	200
	Injection prescrite ailleurs	200

Source : Données de terrain, avril 2013

A la lecture des données du tableau II, le service de santé le moins cher coûte 100 F CFA (le carnet) tandis que le plus cher coûte 500 F (suture et consultation prénatale y compris le carnet). La monnaie de paiement de ces services au centre de santé de *Kraké* est soit le Naira (monnaie nigériane) ou soit le Franc CFA (monnaie utilisée au Bénin). Ces résultats sont corroborés par une étude récente qui fait mention de l'usage de plusieurs monnaies dont le cours est déterminé par un marché local de change parallèle entre les Etats-nations limitrophes (M. Mountaga Diallo, 2015, p. 1). Dans le contexte de cette recherche, c'est le marché des cambistes qui assure le change des monnaies dans l'espace transfrontalier de *Sèmè-Kraké*. Par contre, la monnaie de paiement change en cas de changement d'échelle de soins ici également. En cas de référence des patients vers l'extérieur de l'espace frontalier de *Sèmè-Kraké* la monnaie de paiement du service de santé est exclusivement le Franc CFA. Un

prestataire interrogé au centre de santé de la Commune de *Sèmè-Kpodji* témoigne que « *le franc CFA est la monnaie de paiement. Les malades étrangers n'amènent pas le Naira ici* »[20]. Ces propos illustrent bien que les services de santé offerts par l'Etat du Bénin sont sollicités par différentes catégories d'usagers qu'ils soient autochtones ou étrangers. Pour payer ces services, les usagers béninois et étrangers utilisent la monnaie unique : le franc CFA dès qu'ils sont hors du territoire frontalier de *Sèmè-Kraké*. Dans le même temps, étrangers et béninois utilisent soit le Naira, soit le franc CFA lorsqu'ils sortent de l'espace frontalier sous influence des références médicales qui se font le plus souvent vers les centres hospitaliers départementaux ou universitaires situés à l'intérieur du Bénin (photo 3).

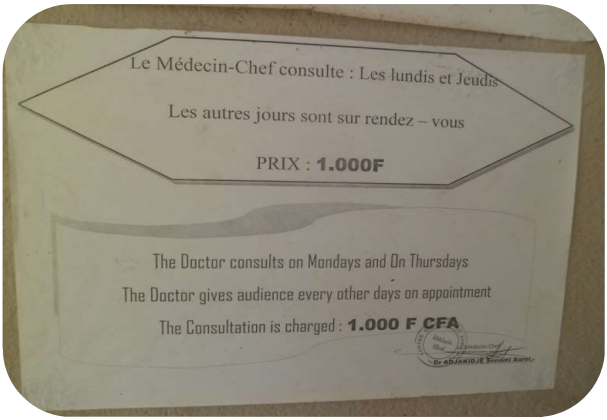


Photo 3 : Monnaie de paiement au CSC *Sèmè-Kpodji*
Prise de vue : Mêliho, avril 2013

Cette photo montre qu'avec le changement des échelles de soins les coûts changent également. En comparaison avec les données du tableau II qui fixe la consultation au dispensaire à 200 FCFA, celle de la première consultation prénatale à 500 FCFA, la consultant du médecin est 1000 FCFA au centre de santé de la Commune de *Sèmè-*

[20] Propos d'un agent de santé, 02 avril 2013

Kpodji. On peut déjà retenir que le coût des soins change en fonction du plateau technique et de l'échelon de la référence. Il est observé de ce point de vue différents niveaux de référence. Un agent du centre de santé de *Kraké* explique l'échelle des références.

> « *Les malades sont référés vers le centre de santé de la commune ou le centre hospitalier départemental Ouémé-Plateau (CHD-OP) pour les cas de paludisme grave, anémie, césarienne ou en cas de moyen limité pour diagnostiquer la maladie. On ne réfère jamais vers le Nigéria* »[21].

Ces propos révèlent que l'offre de service public de santé dans l'espace transfrontalier de la CEDEAO à *Sèmè-Kraké* est limitée par le paiement direct des coûts avec une faible coopération entre les Etats (Bénin-Nigéria) et en marge de l'intégration régionale. L'exemple type porte sur le processus et les modalités des références sanitaires qui ne se font jamais vers le Nigéria.

3. DISCUSSION

La discussion des données d'enquête va se faire sous trois axes prenant en compte les caractéristiques des soins de santé, les coûts des soins et le système de référence. En premier lieu, l'analyse des données permet de retenir deux caractéristiques de l'offre publique du service de santé de l'Etat du Bénin à la frontière de *Sèmè-Kraké*. D'abord une offre limitée et discontinue par rapport à la disponibilité du matériel de travail et à la continuité du service. Il est observé une rupture du service de santé en cas de coupure d'eau (P. C. Mêliho, M. Abdou, 2015). Ensuite, le service est fourni dans des locaux inadaptés et inappropriés. Ces contraintes caractérisant l'offre du service public de santé ont fait objet de réflexion chez certains auteurs. « *Plus l'État est minimal, plus les services publics sont limités, plus la responsabilité des groupes domestiques (et des femmes) est grande* » (F. Saillant, 1999, p. 9). En conséquence, l'Etat du Bénin en adaptant le service au contexte du flux de mobilité

[21] Propos d'un agent de santé, 03 avril 2013

transfrontalière dans cet environnement n'a pas réussi à mettre suffisamment de ressources humaines en santé, de matériels de travail, etc. Le service est installé dans un environnement moins peuplé à l'extrémité opposée des agglomérations très dynamiques et surpeuplées. Ce qui traduit une inadéquation de l'offre en rapport à une demande croissante influencée par un paiement direct des coûts des services de santé. C'est dire que l'usager qui n'a pas d'argent ne peut bénéficier des services de santé adéquats à l'ère de la promotion de la couverture universelle en santé.

Dans cette perspective, il est observé en second lieu, et ce à travers les données mobilisées *l'autofinancement des services de santé de la part des usagers* (V. Ridde, 2011, p. 1) à la frontière de *Sèmè-Kraké* (Bénin-Nigéria). Les résultats présentés ici abordent une constance non négligeable en rapport avec le débat sur le paiement des soins en Afrique de l'Ouest. C'est bien ce que V. Ridde (2011) appelle la

> « *myriade de politiques publiques de santé voulant rompre avec l'hospitalo-centrisme des systèmes de santé visant l'équité et une prise en charge globale et interdisciplinaire de la santé des communautés*.

Dans une étude précédente réalisée au Burkina Faso S. Sanou (2004, p. 18) explique que,

> « *pour ce qui est du service d'ophtalmologie, le CHR*[22] *de Ouahigouya constitue aujourd'hui un pôle d'excellence au Burkina. Les conditions de prise en charge sont différentes en fonction des nationalités. C'est ainsi qu'un malien qui fréquente le CHR de Ouahigouya paye un tarif équivalent à celui d'un français* »[23].

[22] Centre hospitalier régional.

[23] Le tarif étranger est simplement le double du tarif appliqué à un Burkinabè. La consultation générale coûte 1000 et 2000 F respectivement ; la spécialité coûte 1500 et 3000 F également.

La situation de paiement change dans le contexte présenté par S. Sanou (2004) en rapport avec un changement d'échelle des soins de santé.

> « *Toutefois, l'exemple du Centre de Santé et de Promotion sociale (CSPS) de Kaïn montre que le niveau décentralisé perçoit différemment ces actes. Les conditions de prise en charge sont les mêmes qu'on soit malien ou burkinabè : un ticket de consultation est délivré par le comité local de gestion (enfants : 75 F et adultes : 100 F), la consultation prénatale et les vaccinations des enfants de 0 à 11 ans sont gratuites et les médicaments de base sont subventionnés (10% de réduction pour le paracétamol, l'ibuprofène, l'amoxiciline, etc.*) » (S. Sanou, 2004, p. 18).

On peut en déduire que « *(...) les échecs relatifs des politiques sanitaires trouvent leur origine dans le fait que la plupart d'entre elles se sont surtout centrées sur les recettes et les moyens de mise en œuvre* » (V. Ridde, 2011, p. 2) en marge de l'équité en santé. V. Ridde (2011) a montré que l'accent a été à cet effet mis sur l'efficacité des politiques de santé en Afrique au détriment de l'équité. Ainsi, « *(...), les personnes qui sont dans l'incapacité de payer les soins demeurent exclues du système de santé, (...)* » (V. Ridde, 2011, p. 2).

A un troisième niveau, les résultats mettent en exergue que les services fournis à la frontière de *Sèmè-Kraké* sont-ils cloisonnés sous une faible influence de l'intégration sous régionale. A en croire certains propos des prestataires de soins, « *on ne réfère jamais vers le Nigéria* » pour montrer la souveraineté de l'Etat du Bénin dans un espace où s'appliquent les politiques d'intégration régionale relatives à la libre circulation des personnes et des biens, mais sans prendre en compte la libre circulation des maladies et des infections. On observe

de ce fait, une *référence centripète*[24], qui tend à orienter le malade ou l'usager des services de sans de santé dans l'espace transfrontalier vers l'intérieur du Bénin. Dans cet esprit de faible intégration régionale, le service public de santé circule dans un seul sens : de la frontière de *Sèmè-Kraké* (Bénin-Nigéria) vers l'intérieur du Bénin pendant qu'il devrait aller soit au Bénin, soit au Nigéria pour matérialiser une intégration interagissant et mouvant. Du coup, l'intégration régionale est statique du point de vue de l'offre des services de santé à la frontière. Le Bénin dessert à cet effet un service de santé limité, inadapté et discontinu à la frontière de *Sèmè-Kraké*.

CONCLUSION

Cette réflexion menée autour du service public de santé au niveau local a permis de documenter les dysfonctionnements y afférents dans l'espace de la Communauté Economiques des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), notamment à la frontière Bénin-Nigéria à *Sèmè-Kraké* à un moment où l'intégration régionale et sous-régionale occupe une place de choix dans les débats entre la politique et la science à l'échelle internationale. La recherche a adopté une approche sociologique pour scruter les facteurs de discontinuité et de rupture du service public de santé dans l'espace transfrontalier de *Sèmè-Kraké*. Au cours de cette recherche, 28 informateurs clés ont été mobilisés sur la base de l'échantillonnage à choix raisonné. Parmi eux, on retrouve le personnel de santé, les usagers du centre de santé de *Sèmè-Kraké* en l'occurrence les femmes, les agents des services déconcentrés, etc. Ceux-ci ont pris part à des entretiens semi-directifs individuels et de groupe dont la taille varie entre 4 et 6 participants. Les matériaux de terrain collectés ont été transcrits puis mis en corpus en vue de tirer des

[24] Selon un sens littéral, le terme *centripète* désigne ce qui tend à se rapprocher du centre par opposition à ce qui tend à se pousser loin du centre, c'est-à-dire *centrifuge* (A. Rey, 1992, p. 189).

verbatims analysés par la méthode de triangulation, de recoupement et de l'analyse de contenu.

Les résultats révèlent trois facteurs de discontinuité liés à la fourniture du service public de santé à la frontière de *Sèmè-Kraké*. D'abord, une infrastructure inadaptée et un plateau technique faible, couplé avec une surcharge de travail du personnel soignant. Ce dernier aspect justifie 48 h de garde contre 48 h de repos ; la norme étant 24 h de travail et 48 h de repos. Il en résulte que le personnel est surexploité et au second jour les agents restent au poste malgré eux.

Ensuite, le service de santé est fourni au prix du paiement direct des coûts par l'usager avec différentes monnaies : le franc CFA (utilisé au Bénin) et le naira (monnaie du Nigéria). Cela montre que l'exigence selon laquelle l'usager doit recourir aux soins de santé sans souci de financement par lui-même n'est pas respectée. En conséquence, la couverture universelle en santé n'est pas une réalité au regard du vécu des participants à l'enquête documentés à la frontière de *Sèmè-Kraké*.

Enfin, toute référence officielle est-elle orientée vers les plateaux techniques plus équipés à l'intérieur du Bénin par glissement vers les échelles périphérique de la pyramide sanitaire (centre de santé de la Commune de *Sèmè-Kpodji*) d'une part et intermédiaire (CHD Ouémé-Plateau) d'autre part. On en déduit que l'Etat du Bénin offre un service de santé limité, discontinu et cloisonné à la frontière de *Sèmè-Kraké*. Cette offre ne donne aucune possibilité pour les usagers de la frontalière de *Sèmè-Kraké* de recourir officiellement aux soins dans l'Etat du Nigéria à l'issue du fonctionnement des références sanitaires. Chaque pays soutient et entretient son hégémonie, sa légitimité politique et sa géopolitique par une *référence centripète* au mépris du droit à la libre circulation des soins en inadéquation avec la libre circulation des personnes, des biens et des maladies. En conséquence, l'intégration régionale n'est active dans l'offre des services de santé comme on l'observe dans les échanges

économiques. On peut même dire que c'est pour promouvoir les échanges économiques que l'intégration régionale a été instituée. Il en découle une faible influence des politiques d'intégration sous régionale sur l'accès aux soins à la frontière en marge de la couverture santé universelle et de l'atteinte des ODD relatifs à la santé d'ici 2030.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CARDE Estelle, 2012, « Immigration(s) et accès aux soins en Guyane », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 5 | 2012, mis en ligne le 27 novembre 2012, consulté le 05 septembre 2017. URL : http://anthropologiesante.revues.org/1003 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1003
2. CEDEAO, 2005, *Le concept « pays-frontière » ou l'intégration de proximité*, Accra, 6 p.
3. CEDEAO, 2005, *Convention de coopération transfrontalière dans l'espace CEDEAO*, 13 p.
4. CEDEAO, 2005, *Programme d'Initiatives Transfrontalières 2006-2008*, Abuja, 38 p.
5. CEDEAO, 2006, *Mémorandum "Programme d'Initiatives Transfrontalières"*, Abuja, 9 p.
6. CEDEAO, 2005, *Mémorandum "Le concept « pays frontière » ou l'intégration de proximité"*, Abuja, 6 p.
7. CEDEAO, (non daté), *La libre circulation des personnes. Le droit de résidence et d'établissement*, OSIWA et partenaires, 15 p.
8. CSAO/CEDEAO, 2004, *Deuxième atelier du réseau Frontières et Intégrations en Afrique de l'Ouest*, 29 p.
9. DIOP Amadou et MOUNTAGA DIALLO Mohamadou, 2013, *Intégration régionale en Afrique de l'Ouest : le défi de la coopération décentralisée transfrontalière*, 6 p.
10. GEOCONFLUENCES - DGESCO - ENS DE LYON, 2012, *Mobilités et accès aux soins des migrants en France*, 11 p.

11. IBRIGA Luc Marius, (non daté), *Décloisonner les frontières et les politiques sectorielles pour impulser des dynamiques citoyennes transnationales*, 20 p.
12. KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2012a, « Décentralisation du système de santé et collectivités territoriales au Bénin », in *Humanités Gabonaises*, *Revue Internationale de Lettres, Sciences Humaines & Sociales*, Numéro 02, Les Éditions Ntsame, pp. 11-27
13. KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2012c, « Accès aux services de santé à la frontière Bénin-Togo : une analyse des systèmes de santé par le bas pour repenser les politiques d'intégration dans les pays de l'UEMOA », in *Climat et développement N° 14*, Laboratoire Pierre PAGNEY Climat, Eau, Ecosystème et Développement **(**LACEEDE**),** Faculté des lettres, arts et sciences humaines (FLASH), Université d'Abomey-Calavi (UAC), pp. 44-54
14. KOTOBI Laurence, *Accès aux soins et langues : aspects anthropologiques*, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01548726, consulté le 5 septembre 2017
15. KOUKPO Rachel, 2007, *Santé publique au sein de la CEDEAO à la suite de l'Initiative de Bamako : évaluation et adaptation des politiques de santé Rapport de stage*, Institut international de Recherche en Ethique Biomédicale, 83 p.
16. MEDECIN SANS FRONTIERE, 2014, *L'accès aux soins est un droit fondamental pour tous*, 11 p.
17. MESSE MBEGA Christian-Yann, 2015, « Les régions transfrontalières : un exemple d'intégration sociospatiale de la population en Afrique centrale ? », *Éthique publique* [En ligne], vol. 17, n° 1 | 2015, mis en ligne le 30 juin 2015, consulté le 07 septembre 2017. URL : http://ethiquepublique.revues.org/1724 ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.1724
18. MELIHO Pierre Codjo, 2014, *Constructions sociales des risques de maladies autour de l'eau en milieu Ayízɔ de Sɛjɛ-Hwɛgúdò à Zɛ̀ɛ́ (Sud-Bénin)*, Thèse de doctorat unique (dir. Nouhouayi Albert), Université d'Abomey-Calavi (UAC), 326 p.

19. MELIHO Pierre Codjo, ABDOU Mohamed, 2015, « Approche sociologique de l'accès à l'eau potable en contexte sociohydrique *Ayizo* au Sud-Bénin », *Revue Echanges*, Vol. 1, n° 004, pp. 391 à 410
20. MINISTERE DE LA SANTE / DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE, 2009, *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*, 122 p.
21. MOUNTAGA DIALLO Mohamadou, 2015, « Mobilités socio-spatiales et production territoriale en Sénégambie », *EchoGéo* [En ligne], 34 | 2015, mis en ligne le 15 décembre 2015, consulté le 7 septembre 2017. URL : http://echogeo.revues.org/14411 ; DOI : 10.4000/echogeo.14411
22. MS/DDSOP, 2011, *Annuaire des statistiques sanitaires 2010 (zone sanitaire Porto-Novo-Aguégués-Sèmè-Podji)*, juin 111 p.
23. MISSION DE DECENTRALISATION/PADC/AFRIQUE CONSEIL, 2006, *Monographie de la commune de Sèmè-Podji*, 45 p.
24. OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre, 2010. « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest : Mali, Burkina Faso, Niger ». *Programme de recherche*. 23 p.
25. PECOUD Antoine et de GUCHTENEIRE Paul (dir.), 2009, *Migrations sans frontières Essais sur la libre circulation des personnes*, UNESCO, 371 p.
26. PHARMACIENS SANS FRONTIERES COMITE – INTERNATIONAL, 2004, *Généralités Sur : santé et maladie Soins de Santé Primaires (SSP) Initiative de Bamako (IB),* Unité Pharmaceutique, 12 p.
27. PNUD, 2010, *BENIN: Progrès vers l'atteinte des OMD,* 8 p.
28. REY Alain, 1992, Le *Micro-Robert Poche Dictionnaire d'apprentissage de la langue française*, Paris, Editions Dictionnaires Le Robert, p. 189
29. RIDDE Valéry et MORESTIN Florence, 2008, Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de *santé en Afrique*. 27 p.

Lettres, Sciences Humaines et Sociales
N° 14 Novembre 2018
ISSN : 1840-703X, Cotonou (Bénin)
Dépôt légal n° 10588 du 09/08/2018
3ème trimestre 2018 Bibliothèque Nationale du Bénin,

30. RODE Antoine, 2010, Le *non-recours aux soins des populations précaires Constructions et réceptions des normes,* Thèse pour le Doctorat de Science politique, 508 p.
31. SAILLANT Francine, 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, No 2 intitulé : Soins, corps, altérité, Québec, Département d'anthropologie de l'Université Laval, pp. 15-39
32. SANOU Seydou, 2004, « Analyse sociale des dynamiques frontalières dans la zone de Ouahigouya (Burkina Faso) », in *Frontières et intégrations en Afrique de l'Ouest*, Secrétariat du Club de Sahel et de l'Afrique de l'Ouest, 32 p.
33. SEDEGAN Médessè Laetitia, 2008, *Contribution à la lutte contre la traite transfrontalière des enfants en Afrique de l'Ouest*, Mémoire du cycle I ENAM, Université d'Abomey-Calavi, p. 3
34. TIZIO Stéphanie et FLORI Yves Antoine, 1997, L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?, *in Tiers-monde*, Tome 38, pp. 835-858