

Les évolutions du travail en milieu hospitalier au Bénin à travers les interventions publiques dans le secteur de la santé de 2018 à 2023

Kouin B. Jaurès, Maître de Conférences des universités

Enseignant-chercheur au département de sociologie - Anthropologie
Université d'Abomey-Calavi, Bénin

Doi: 10.19044/esipreprint.8.2025.p460

Approved: 19 August 2025

Posted: 21 August 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Kouin, J.B. (2025). *Les évolutions du travail en milieu hospitalier au Bénin à travers les interventions publiques dans le secteur de la santé de 2018 à 2023*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2025.p460>

Résumé

Les interventions publiques dans le secteur de la santé, les cinq dernières années, ont impacté le modèle d'organisation du travail en milieu hospitalier avec un redimensionnement de l'offre sanitaire. L'espace et les heures du travail ont été modifiés et l'offre hospitalière réorganisée avec une restructuration des process de prise en charge des patients. Cette réorganisation du travail hospitalier a engendré une restriction des mouvements syndicaux qui a conduit à une déconstruction des formes de solidarités des professionnels de santé et à une remise en cause des habitudes de production de soins considérées comme surrénales et contre-productives. La mobilisation de nouvelles logiques orientées vers l'optimisation de la prise en charge sanitaire des patients s'est érigée en mode de gouvernance hospitalière fondée sur une réorganisation de la plateforme sanitaire avec comme corollaire une remise en question des réflexes paralégaux. On assiste à une réorganisation des services médicaux et paramédicaux qui a affecté les emplois, les conditions de travail et les relations entre travailleurs et dirigeants hospitaliers. Le présent article restitue une recherche empirique qui vise à analyser les évolutions du travail en milieu hospitalier induites par les actions publiques intervenues entre 2018 et 2023 dans le secteur de la santé béninois. Ces interventions publiques soulèvent bien des interrogations : quelles sont les dynamiques sociales associées aux actions publiques dans

le secteur de la santé ? quels sont les facteurs explicatifs des politiques publiques dans la fourniture des services et soins hospitaliers ? quels sont les effets de ces interventions publiques ? Ces préoccupations majeures ont orienté l'enquête suivant trois objectifs : apprécier les logiques sous-jacentes aux actions publiques dans le secteur de santé ; identifier les déterminants liés aux interventions publiques en milieu hospitalier ; inventorier les effets induits par les actions publiques sanitaires. La démarche méthodologique est fondamentalement qualitative. Collectés au moyen d'entretien directif, les corpus ont été analysés suivant la théorie de l'action publique associée à l'approche interactionniste. La restriction de l'espace d'intervention des professionnels de santé, le redimensionnement des rapports de travail sur fond de précarisation de l'emploi induit par une législation contraignante, la réduction des effectifs etc. sont les principaux résultats de l'enquête.

Mots clés : Interventions publiques – réorganisation - organisation – travail hospitalier – villes méridionale du Bénin

The Evolution of Work in the Hospital Area in Benin Through the Public Interventions From 2018 to 2025

Kouin B. Jaurès, Maître de Conférences des universités

Enseignant-chercheur au département de sociologie - Anthropologie
Université d'Abomey-Calavi, Bénin

Abstract

Public interventions in the health sector, the last five years, impacted the model of work organization in the hospital area with a change in health care services. This reorganization of hospital work has caused a restriction of syndical movements, which has led to a deconstruction of solidarity forms of health professionals and to a questioning of care production habits considered adrenal and counterproductive. The mobilization of new logics oriented towards the optimization of patient health care has become a mode of hospital governance based on a reorganization of the health platform, with, as a corollary, a questioning of paralegal reflexes. We witness a disorganization of medical and paramedical services that has affected jobs, work conditions, and relations between workers and hospital managers. This article presents an empirical research which aims to analyze the evolutions of work in the hospital area induced by public actions executed between 2018 and 2023 in the Beninese health sector. These public interventions raise many questions. What are the social dynamics associated with public actions in the health sector? What are the explanatory factors of public actions in the

offer of hospital services and care? What are the effects of these public interventions? These major questions guided the investigation, which aims to: appreciate the logic underlying the public actions in the health sector; identify the determinants linked to public interventions in the hospital area; inventory the effects induced by public health actions. The methodological approach is fundamentally qualitative. Collected by a directive interview, the corpora were analyzed according to the theory of public action associated with the interactionist approach. The main results of the survey are: the restriction of the scope of intervention of health professionals, the resizing of employment relationships underground a backdrop of job insecurity induced by restrictive legislation, the reduction of staff, etc.

Keywords: Public interventions – reorganization – organization – hospital work – southern towns of Benin

Introduction

Les interventions publiques sanitaires revêtent une importance capitale pour faire face aux répercussions des crises sanitaires, réduire les inégalités d'accès aux soins et améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de soins. Ainsi, « les réformes du secteur de la santé sont devenues un phénomène mondial au cours des années 90 » (Alwan et Hornby, 2002, p.1). À cet égard, les gouvernements s'investissent, chacun à leur manière et selon les spécificités politiques publiques et des systèmes de santé (Olivier de Sardan et Ridde, 2014, p.16), pour engager des réformes significatives dans leurs systèmes de santé qu'ils veulent désormais plus réactifs et performants qui s'inscrivent dans une dynamique de distribution la plus équitable et inclusive possible des soins intégrant le respect de la dignité de la personne, la rapidité et la coordination des différents services de prise en charge (Tabarly, 2012, p.1). S'inspirant des approches de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Gilson (2012) fait noter que :

« La recherche sur les politiques et les systèmes de santé est une discipline qui a pour objet de comprendre et d'améliorer la manière dont les sociétés s'organisent pour atteindre des objectifs sanitaires collectifs et celle dont les différents acteurs entrent en interaction dans les processus stratégiques et opérationnels déployés à l'appui des résultats ciblés. Pluridisciplinaire par nature, elle emprunte à l'économie, à la sociologie, à l'anthropologie, à la science politique, à la santé publique et à l'épidémiologie, ce qui permet de dresser un tableau complet de la façon dont les systèmes de santé s'adaptent aux politiques de santé et de la manière dont celles-

ci façonnent les systèmes de santé et les déterminants plus larges de la santé et sont, également, structurés par eux. » (Gilson 2012 : 19).

Après avoir posé le diagnostic de son système sanitaire, le Gouvernement béninois a entrepris des réformes dans le secteur de la santé afin de solutionner les problèmes qui minent le secteur. Ainsi, « suite à son élection en 2016, le Président Talon a voulu insuffler des nouvelles orientations à la politique de protection sociale du pays à travers l'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) » (Deville, Fecher et Poncelet 2018, p.109). Lors de l'émission « Le Gouvernement en action » : secteur de la santé, point d'étape de l'exécution du Programme d'Action du Gouvernement (PAG) 2021-2026 le 03 juin 2022, le Ministre béninois de la santé publique, Benjamin Hounkpatin disait :

« Je profite de cette occasion pour faire le point au peuple béninois des nombreuses réformes que nous avons engagées depuis 5 ans au niveau du secteur de la santé. Vous savez, lorsque nous avons commencé ce quinquennat, il y avait des défis énormes qui se posaient au secteur de la santé. Les réformes qui ont été identifiées à la suite du diagnostic qui a été posé par la commission technique en charge des réformes au niveau du secteur ».

Dans cette optique, réformer le système de santé apparaît comme un challenge majeur pour le Gouvernement de la Rupture¹ qui a lancé un vaste chantier de réformes dans tous les secteurs sur la base d'un Programme d'Action du Gouvernement appelé « Le Bénin révélé ». C'est ainsi que le secteur de santé a connu des réformes notables qui ont conduit à une réorganisation de son système de gestion qui a abouti à une restructuration du fonctionnement des établissements sanitaires et à une réinvention de l'offre de services et soins. Pour ainsi dire, les réformes du système sanitaire en cours au Bénin ont déconstruit la délivrance des soins et ont reconfiguré les espaces de services et de soins aux patients sont désormais orientés vers une « assurance qualité » et la performance. Elles ont sensiblement impacté le modèle d'organisation du travail en milieu hospitalier avec un redimensionnement de l'offre sanitaire. Les espaces de soins et les heures du travail ont été reconsidérés ; l'offre hospitalière réorganisée avec une restructuration des process de prise en charge des patients. Cette réorganisation du travail en milieu hospitalier a engendré une restriction des

¹Gouvernement de la rupture : cette dénomination trouve sa signification dans le mode de gouvernance envisagée qui consiste à rompre avec les anciennes pratiques, les vieilles habitudes jugées contre-performantes

libertés syndicales qui a conduit à une déconstruction des formes de solidarités des professionnels de santé et à une remise en cause des habitudes de production de soins considérées comme surrénales. La mobilisation de nouvelles logiques orientées vers l'optimisation de la prise en charge sanitaire s'est érigée en mode de gouvernance hospitalière fondée sur une réorganisation de la plateforme sanitaire ayant comme corollaires une remise en question des réflexes paralégaux et des comportements improductifs. On assiste à une désorganisation issue d'une réorganisation des services médicaux, paramédicaux et services connexes qui a affecté les emplois, les conditions de travail et les relations entre travailleurs et dirigeants hospitaliers. Ces réformes posent le problème des évolutions du monde du travail en général et celles du milieu hospitalier. Cette situation a interpellé notre fibre scientifique manifestée à travers une recherche empirique que nous avons réalisée dans les grands établissements sanitaires dans les villes méridionales du pays. L'enquête vise à analyser les évolutions du travail en milieu hospitalier induites par les actions publiques intervenues entre 2018 et 2023 dans le secteur de la santé béninois qui soulèvent bien des interrogations : quelles sont les dynamiques associées aux actions publiques en santé ? quels sont les facteurs explicatifs des politiques publiques dans le secteur de la santé ? quels sont les effets de ces interventions publiques ? Ces préoccupations majeures ont orienté l'enquête à travers trois objectifs : apprécier les logiques sous-jacentes aux actions publiques dans le secteur de santé ; identifier les déterminants liés aux interventions publiques sanitaires ; inventorier les effets induits par les actions publiques sanitaires. Une démarche méthodologique de collecte et d'analyse a permis d'atteindre les objectifs ainsi fixés.

Orientation méthodologique

De nature qualitative, la recherche a commencé par la recension des écrits que nous avons couplée avec une exploration du champ d'investigation afin de recueillir les premières informations. Cette approche a permis de réussir le cadrage scientifique qui a mieux circonscrit la recherche. Au regard des objectifs heuristiques sus-évoqués, nous avons construit les variables de référence.

Nous avons privilégié l'observation *in situ* et l'entretien directif pour la collecte des données empiriques primaires. Sur la base de la technique du choix raisonné, nous avons échantillonné et interrogé trente-cinq (35) enquêtés dans les trois hôpitaux identifiés. Dans le premier hôpital enquêté, nous avons interrogé un échantillon de quinze (15) enquêtés et dans les deux autres établissements hospitaliers investigués, nous avons procédé à une sélection de deux échantillons composés chacun de dix (10) interviewés. Au

total nous avons constitué trois échantillons d'enquêtés dont la configuration est renseignée par le tableau ci-dessous.

Tableau : constitution des échantillons

| Échantillons des enquêtés | Hôpitaux concernés | Configuration de l'échantillon | | Taille de l'échantillon |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|---|-------------------------|
| | | Professionnels de santé | Responsables de l'administration hospitalière | |
| Échantillon 1 | Hôpital de Cotonou | 10 | 5 | 15 |
| Échantillon 2 | Hôpital d'Abomey-Calavi | 7 | 3 | 10 |
| Échantillon 3 | Hôpital de Porto-Novo | 8 | 2 | 10 |
| Total des enquêtés | | 25 | 10 | 35 |

Source : Données de l'enquête, décembre 2023.

L'enquête a pris en compte les politiques publiques exécutées dans le secteur de la santé entre 2018 et 2023 et s'est déroulée sur cinq (05) mois. Les données ont été collectées au moyen de Jotform et transcrites grâce aux logiciels Happy Scribe et Trint.3,9(17). Les interventions publiques dans le secteur de la santé apparaissent comme des actions sociales que les sciences sociales tentent d'expliquer, d'interpréter et de comprendre (Weber 2017, [1904] ; Gilson *et al.*, 2011). En tant que « construction sociale de la réalité » (Berger et Luckmann, 2022) ou « produit de processus et relations sociales » (Dubois, 2009, p.15), les interventions publiques sanitaires et leurs effets peuvent alors trouver, au moyen des outils d'analyse sociologique, leurs explications à travers les interactions et les rationalités sous-jacentes aux logiques des acteurs qu'elles mobilisent, les rapports sociaux qu'elles font émerger. À ce titre, l'approche théorique de l'action publique qui privilégie les interactions et qui cherche à dégager les motivations et les logiques des acteurs de même que les effets induits est convoquée comme modèle d'analyse. En cela, « la socio-anthropologie des politiques publiques permet l'étude des interactions, la description des institutions, l'analyse de la diversité des logiques sociales » sur le terrain hospitalier (Ride et Olivier de Sardan, 2012, p.98). Elle a servi d'outil d'analyse pour comprendre les motivations et les rationalités qui sont à l'origine de l'élaboration et de la mise en œuvre des interventions publiques dans les établissements sanitaires. « Les outils de l'analyse des politiques publiques ont contribué à renouveler nos regards sur la régulation des sociétés, les rapports entre gouvernants et gouvernés, le lien entre savoir et pouvoir ; ces outils peuvent être utilement mobilisés pour étudier les politiques publiques de santé » (Gardon, Gautier et Le Naour, 2020, p.2). Ces préconisations théoriques - théorie weberienne de l'action sociale et théorie de l'action publique - ont permis d'expliquer,

d'interpréter et de comprendre comment les interventions publiques ont généré un mode de gouvernance des hôpitaux qui a conduit à la recomposition - réorganisation du travail et la déstructuration-restructuration des services et espaces de soins guidées par la logique d'une meilleure prise en charge des patients.

Étant donné que la théorie de l'action publique s'inscrit dans l'approche interactionniste, l'analyse des données recueillies s'est également appuyée de l'interactionnisme de Strauss (1992 ; Strauss et *al.*, 1963, p.255) qui porte un grand intérêt aux processus sociaux et au changement social. L'interactionnisme s'intéresse aux « processus de désorganisation de l'organisation des groupes, puis à la reconstruction à travers une réorganisation » (Strauss et *al.*, 1963, p 256). « *A minima*, le regard interactionniste considère le monde social comme une entité processuelle, en composition et recomposition continues à travers les interactions entre acteurs, les interprétations croisées qui organisent ces échanges et les ajustements qui en résultent » (Morrissette, Guignon et Demazière, 2011, p.1). Mais avant, il importe de connaître l'état du système de santé avant les réformes.

État de système de santé ex ante

Avant les dernières réformes, le système béninois de santé était confronté à de nombreux problèmes conjoncturels, fonctionnels et structurels. Au plan conjoncturel, « le système de santé béninois est caractérisé par un taux de morbidité et de mortalité élevé. Le taux de mortalité maternelle est de 397 décès pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 54‰. L'espérance de vie à la naissance est de 62 ans » (Commission Technique Chargée des Réformes dans le Secteur de la Santé -CTRSS, 2017, p. 1). Ce sont des problèmes qui identifient les systèmes de santé des pays à faible revenu comme ceux de l'Afrique subsaharienne :

« Là-bas, le premier défi reste la simple couverture des besoins sanitaires fondamentaux. Les taux élevés de mortalité infantile et maternelle témoignent que rien n'est réglé. Les maladies infectieuses restent la première cause de mortalité. Il a été calculé, par exemple, qu'en Afrique sub-saharienne, 73% de la charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité était liée à des causes relevant d'affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles » (Meessen et Van Damme, 2005, p.60).

À cela, s'ajoutent, l'accès inéquitable aux soins de santé dû à un taux élevé de pauvreté et d'indigence et à une insuffisance de couverture médicale

surtout les zones rurales (Ouendo Edgard Marius et *al.* 2005, p.150 ; Houéto 2008, p.49). Cela illustre l'échec de l'Initiative de Bamako des années 1980 dans les pays de l'Afrique occidentale qui prône l'accès aux soins de santé à tous et la promotion de la santé des indigents. « Au Bénin, au Mali ou au Burkina Faso par exemple, les niveaux d'utilisation des centres de santé en 2010 sont ceux des années 1990 » (Ridde et Jacob, 2013, p.10).

Au niveau fonctionnel, le système béninois de santé était reconnaissable, entre autres, par une mauvaise gouvernance, un plateau technique insuffisant, une faible accessibilité financière des populations, une insuffisance des ressources humaines qualifiées, une insuffisance de qualification des agents de santé, une absence de politique de formation et de recrutement des spécialistes, un manque de professionnalisme dans l'offre des services et des soins, la négligence professionnelle, le non-respect de la personne et de la dignité humaine, insouciance professionnelle, incurie dans l'administration des hôpitaux, le retard et l'absentéisme au service, parfois des cas de vols de matériels et des produits pharmaceutiques, etc. (Houéto, *op. cit.*, ; CTRSS, 2017). De même, certains médecins recrutés pour servir normalement les établissements sanitaires publics priorisent de travailler dans les cliniques privées ou dans leurs propres cliniques et négligent le travail dans les hôpitaux publics pour lequel ils sont payés au budget national. De plus, certains agents de santé non-qualifiés pour diriger des centres de santé s'arrangent pour ouvrir dans la clandestinité des cliniques ou centres de santé où ils accueillent et traitent les malades avec tous les risques possibles. Olivier de Sardan et Ridde ont décrié ces problèmes caractéristiques des systèmes sanitaires des pays de l'Afrique sub-saharienne :

« Les usagers se plaignent tous du manque d'égards des personnels de santé, de la corruption qui règne dans les formations sanitaires, des soins expéditifs et de mauvaise qualité qui leur sont dispensés. Les personnels de santé subalternes, qui font le gros du travail, déplorent le manque de matériel et les ruptures de stock, la confiscation des primes et avantages par leur hiérarchie, l'absentéisme des médecins, voire l'affairisme de certains. [...] les « pratiques réelles » des personnels de santé (souvent éloignées des normes officielles), les modes concrets d'organisation des soins (avec leurs contradictions, leurs insuffisances et leurs incohérences), et les politiques de santé (souvent elles-mêmes incohérentes) sont mises en œuvre sur le terrain (avec d'importants écarts entre ce qui est prévu et ce qui se passe réellement) » (Olivier de Sardan et Ridde, 2014, p.29).

Au plan structurel, le système sanitaire est indentifiable par sa structure désarticulée et inefficace selon les résultats de son diagnostic qui soulignent l'absence quasi-totale d'une autorité de régulation de l'exercice de la profession de santé et la non maîtrise de l'exercice et de l'installation en clientèle privée.

Les interventions publiques dans le secteur de santé

Pour solutionner les nombreux maux qui minent le secteur de santé et disposer d'un système sanitaire régulé, performant et résilient qui garantit la disponibilité permanente de soins à tous les niveaux, le Gouvernement béninois a engagé des réformes législatives, organisationnelles et institutionnelles.

Les réformes législatives et réglementaires dans le secteur de la santé

Grâce aux travaux de la Commission Technique Chargée des Réformes dans le Secteur de la Santé, des réformes législatives sont opérées pour asseoir les actions publiques sanitaires sur des bases légales. On assiste au vote et à la promulgation d'un ensemble de textes législatifs et réglementaires qui ont profondément transformé les espaces et les process de fourniture de services sanitaires et de prise en charge des patients. Cette réforme législative confirme la thèse de la domination légale et rationnelle de Weber pour l'instauration d'un ordre légitime (Weber, 2017). L'arsenal juridique mis en place a, d'une part désorganisé le mode de délivrance des services de soins dans les établissements de santé et, d'autre part reconfiguré la chaîne de production des soins et les pratiques des professionnels de santé en vue d'une prise en charge de plus en plus satisfaisante. La répression qui a suivi l'application des nouvelles dispositions législatives a permis de corriger les dérapages professionnels des agents de santé et a mis de la discipline dans les espaces sanitaires pour garantir une offre de plus en plus qualitative de soins. Qui plus est, la nouvelle législation sanitaire a donné lieu à la fois à une réorganisation de l'administration hospitalière et à un reprofilage des services de soins qui sont désormais entourés des mécanismes d'évaluation dans le but d'atteindre les objectifs de performance. Les heures et les espaces de travail des personnels hospitaliers ont été revus et redimensionnés. Avec l'avant-projet de loi portant organisation de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales au Bénin, les médecins agents de l'État doivent désormais faire le choix entre servir uniquement les établissements sanitaires publics ou prêter dans le privé. L'application de ces différentes lois a restructuré le travail en milieu hospitalier. Les professionnels de santé qui exerçaient dans l'informel et la clandestinité ont été sanctionnés, les cliniques privées irrégulières ont été fermées sur ordre d'huissier et les auteurs sanctionnés.

En outre, la législation béninoise s'est enrichie de nouvelles lois de travail et d'exercice de grève. Les anciennes lois ont été modifiées et complétées aux fins de mieux contenir les revendications et les manifestations syndicales. C'est dans cet esprit que la loi n° 2018-34 du 05 octobre 2018 modifiant et complétant la loi n° 2001-09 du 21 juin 2002 portant exercice du droit de grève en République du Bénin a été votée et promulguée. À celle-ci s'ajoute la loi n° 2017-05 du 29 août 2017 fixant les conditions et la procédure d'embauche, de placement de la main-d'œuvre et de résiliation de contrat de travail en République du Bénin. Ces nouvelles normes législatives ont induit un redimensionnement du travail en milieu hospitalier, une remise en cause des comportements improductifs des travailleurs en général et des professionnels de santé en particulier et la restriction, sinon la compression, du moins la quasi-suppression des libertés syndicales au regard de la teneur de leurs dispositions. Ainsi, elles traduisent la domination légale-rationnelle du pouvoir politique (Weber, 1959, [1919]). L'application des dispositions de la loi 2018-34 modifiant et complétant la loi n° 2001-09 du 21 juin 2002 portant exercice du droit de grève en République, a entraîné la suppression des grèves et des cessations de travail régulièrement observées dans les hôpitaux depuis les années 1990. Les espaces et les heures de travail ont été révisés et cela a permis une amélioration très sensible de la disponibilité et de la continuité des services et des soins. De la sorte, les mouvements syndicaux ont été limités dans leurs manifestations de défense des intérêts des travailleurs hospitaliers. Cette situation a généré une désorganisation et un bâillonnement des syndicats désormais réduits au silence au regard de la teneur des dispositions des articles 11 et 13 de la loi n° 2018-34 du 05 octobre 2018 : « Toute grève qui ne respecte pas les dispositions de la présente loi est illégale et ses auteurs sont passibles de révocation ou de licenciement de plein droit » (art. 11).

« Lorsque les procédures sont respectées, le droit de grève s'exerce dans certaines conditions de durée qui ne peut excéder :

- dix (10) jours au cours d'une même année ;
- sept (07) jours au cours d'un même semestre et ;
- deux (02) jours au cours d'un même mois » (art. 13).

Un tel environnement de travail a engendré une fragilisation de la solidarité des professionnels de santé où les organisations syndicales hospitalières sont muselées et asservies. La peur de perdre l'emploi acquis au prix de sacrifices a étouffé chez les professionnels de santé toute velléité de contestation ou de manifestation. Dans cette foulée, certains responsables syndicaux ont été promus et nommés à des hautes fonctions quitte à décourager le militantisme syndical pour laisser libre cours à la mise en œuvre sans accros des politiques publiques. Les conventions de

l'Organisation Internationale du Travail que le Bénin a ratifiées et qui interdisent les atteintes aux libertés syndicales ont été purement et simplement reléguées au second rang à côté d'une nouvelle législation du travail qui a accentué la précarisation de l'emploi et la dégradation des conditions de travail du personnel hospitalier. Les dispositions de l'article 30 de la loi n° 2017-05 du 29 août 2017 fixant les conditions et la procédure d'embauche, de placement de la main-d'œuvre et de résiliation de contrat de travail en République du Bénin ont aggravé le musèlement, l'étouffement et la déconstruction des organisations syndicales hospitalières. Ainsi, l'article 30 dispose que :

« Tout licenciement abusif du travailleur donne lieu à réparation. La juridiction compétente peut constater l'abus par une enquête sur les causes et les circonstances du licenciement. En cas de contestation, la preuve de l'existence du motif légitime incombe à l'employeur. Le montant de la réparation est fixé compte tenu de tous les éléments qui peuvent justifier l'existence et déterminer l'étendue du préjudice. Toutefois, le montant de la réparation, ne peut être inférieur à trois mois de salaire brut ni excéder neuf mois » (Art. 30 de la loi n° 2017-05 du 29 août 2017).

Une telle disposition de la loi a accentué la désorganisation du travail hospitalier où les professionnels de santé sont « réduits au silence, à la peur, à la soumission parce qu'ils sont faibles et impuissants dans le rapport de force qui les lie à l'employeur » (Kouin 2021, p. 105-106). En même temps qu'elle désorganise le travail dans les formations sanitaires, la nouvelle législation a induit une déprogrammation et un désarmement psychologique des hospitaliers qui se trouvent dorénavant dans une situation de travail précaire où ils sont essentiellement révocables à tout moment avec un contrat de travail indéfiniment à durée déterminée.

L'amélioration de la gouvernance institutionnelle des formations sanitaires

À la faveur du nouveau cadre juridique du secteur de la santé, des réformes institutionnelles et structurelles ont été engagées pour améliorer la gestion des établissements hospitaliers à travers la création des structures d'exécution, de contrôle et de surveillance comme l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé (ARS), le Conseil National des Soins de Santé Primaires (CNSSP), le Conseil National de la Médecine Hospitalière (CNMH), la cellule de contrôle et d'inspection, etc. La mise en place des structures a engendré une désorganisation de la gouvernance sanitaire précédente considérée comme improductive. On assiste à une nouvelle

organisation du travail hospitalier fondée sur une gouvernance des établissements hospitaliers désormais soumise à aux inspections et aux contrôles réguliers. Les hôpitaux font l'objet d'un nouveau management où la fourniture des services et des soins sont sous surveillance. « Nommés en conseil des ministres, les membres de l'Autorité de régulation du secteur de la santé sont investis pour veiller à l'amélioration continue de la qualité des soins au Bénin et à l'harmonisation des relations entre les prestataires de soins et les tiers payants, valider la carte sanitaire » (décret n°2019-417 du 25 septembre 2019 portant création, attributions, organisation, fonctionnement de l'autorité de régulation secteur de la santé).

Aujourd'hui, les hôpitaux ont accédé au statut d'entreprise publique et sont gérés comme telle avec des Conseils d'administration composé d'élus locaux, de représentant désignés des médecins à savoir le président de la commission médicale d'établissement, de représentants désignés du ministère de la santé et des finances) en lieu et place des anciens organes de gestions comme le comité de gestion de santé d'antan dont les actions ont été jugées contre-performantes (PAG 2021-2026). Dans cette perspective, les hôpitaux sont astreints à une fourniture de services et de soins qualitatifs qui s'étendent aux services d'hygiène, de sécurité des examens de laboratoire etc. rassurent la sécurité sanitaire du patient. La performance dans l'offre des soins et des services sanitaires est devenue une exigence dans la gouvernance des hôpitaux qui est désormais orienté l'assurance qualité.

« Aujourd'hui les erreurs médicales sont de moins en moins tolérées. La continuité et la disponibilité des services et des soins sont rendues obligatoires dans les hôpitaux avec les réformes. La surveillance et contrôle des services et des soins sont systématiques et l'objectif est de réduire à zéro le risque des événements indésirables auxquels les patients sont souvent exposés du fait de la négligence des agents de santé. On parle de l'accréditation des agents et de la certification des établissements. Cela montre combien l'offre sanitaire est réorganisée et la prise en charge des patients est améliorée » (Propos recueillis auprès d'un directeur d'hôpital en septembre 2023).

Dans la même veine, le programme dénommé Assurance pour le renforcement du capital humain a été initié pour une prise en charge plus élargie. « Suite à son élection en 2016, le Président Talon a voulu insuffler des nouvelles orientations à la politique de protection sociale du pays à travers l'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) » (Deville, Fecher et Poncelet, 2018, p.109). Ce projet vise à accroître la capacité et l'accès aux services sociaux de base ainsi qu'aux opportunités

économiques de façon durable et équitable aux plus démunis (Programme ARCH). Le registre social unique s'inscrit dans la dynamique de la mise à disposition de l'Assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'une politique de protection sociale basée sur un mécanisme de mutualisation des risques. Le projet prévoit que l'État et les employeurs prennent en charge de plus de 80% des primes d'assurance de leurs employés. L'État prendra en charge la totalité de la prime d'assurances des pauvres extrêmes et 50% de celle des pauvres non extrêmes. La gratuité de la césarienne, l'accès à la dialyse pour les malades souffrant d'insuffisance rénale. À terme, les réformes en cours permettront de passer progressivement d'un système cloisonné, à un système davantage tourné vers le patient, qui favorise le développement des Ressources Humaines et la coordination des acteurs et des sous-secteurs et la qualité des soins (Document de projet dans le secteur de la santé).

Limites des réformes du secteur de la santé

Depuis l'année 2017, le système sanitaire est en train d'écrire une page de son histoire avec les réformes qui ont imprimé de nouvelles dynamiques sociales orientées vers une optimisation de la prise en charge sanitaire des patients. Elles ont déconstruit les relations professionnelles en instaurant de nouvelles normes de travail. Seulement, la nouvelle législation du travail a consacré un désenchantement de personnel hospitalier et une destruction de leurs conditions travail. Comme les travailleurs des autres secteurs, les personnels des hôpitaux exercent avec un poids psychique lourd dans une situation de précarité voilée. Au regard de l'approche de mise en œuvre des réformes, on est tenté de dire à la suite de Fox et Reich (2015) qu'il s'agit d'une simple « technocratisation des décisions politiques » avec une démesure sans pareille dans la gouvernance des établissements hospitaliers sur fond de menace et de psychose dans le rang des travailleurs de santé. On peut également reprocher aux décideurs et aux gouvernants actuels de confier les décisions politiques à des élites parfois de l'entourage du pouvoir qui n'échangent pas réellement avec tous les autres acteurs du système pour mieux cerner les problèmes ou parfois négocient à huis clos. De la sorte, les réformes ne sont pas négociées et l'approche de leur mise en œuvre n'est pas participative. On note chez les médicaux, les paramédicaux et les autres personnels de santé un manque de motivation au travail. Les organisations syndicales étant quasiment opprimées, le climat de travail laisse parfois à désirer. Les hôpitaux ayant désormais le statut des entreprises parapubliques éprouvent d'énormes difficultés pour faire face aux gratuités des soins induite par le programme de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain. D'autres problèmes liés aux ressources émergent et handicapent le bon déroulement du travail hospitalier. Les personnels de santé se plaignent de l'insuffisance de leur rémunération et du manque de

moyens matériels de travail. Les problèmes liés au financement de l'ARCH ont commencé à se poser et mettent en difficulté la prise en charge sanitaire des patients. Le nursing connaît de réelles difficultés.

« Je n'ai pas encore repris parce qu'actuellement, on est en déficit de médicaments [...] Ils nous ont dit, durant la formation, qu'ils allaient payer mais on est en avril et aucun sou n'est arrivé » (Propos d'un infirmier rapportés par Deville, Fecher et Poncelet, 2018, p.117)

Ainsi, avec les interventions publiques en cours dans le secteur de la santé, les travailleurs dans les hôpitaux rencontrent de nouveaux problèmes.

Étant donné que les hôpitaux doivent désormais être gérés comme des entreprises, leur caractère social prend un coup, car ils ne sont pas des lieux de recherche de profits mais des structures de soins qui doivent d'abord garantir la santé même si les patients n'ont pas de ressources pour payer les soins. Le panier de soins couvert par l'assurance maladie est très limité pour les populations pauvres qui estiment que les affections à prendre en compte pour la prise en charge doivent être élargies. Malgré les nombreuses avancées déjà enregistrées, la situation sur le plan sanitaire demeure préoccupante, caractérisée par des taux élevés de mortalité, des besoins faiblement satisfaits en matière de soins obstétricaux et néonatales d'urgence, un ratio de mortalité infanto juvénile au niveau national toujours élevé. (Propos recueillis auprès d'un directeur départemental de la santé, octobre 2023).

À partir de ces propos, on peut retenir à la suite de Berthélémy (2010, [2007]) que faire des progrès en matière de santé en Afrique suppose des efforts qui vont bien au-delà de l'augmentation de l'aide financière internationale. Ceci est d'autant plus vrai que les grands programmes verticaux qui ont été lancés peuvent contribuer à la désorganisation des systèmes de santé en raison des effets d'éviction qu'ils créent sur les ressources locales, notamment en personnels de santé qualifiés. Ceci se fait notamment au détriment de la prise en charge des maladies négligées (Berthélémy, 2010, [2007], p. 86-87).

Conclusion

Les actions publiques intervenues dans le secteur de la santé de 2018 à 2023 ont profondément transformé l'organisation du travail en milieu hospitalier avec un redimensionnement de l'offre sanitaire. Les irrégularités constatées dans l'exécution des activités de prise en charge sanitaire ont été

corrigées avec une nouvelle législation sanitaire qui régule les pratiques surrénales et réorganise le travail hospitalier avec une reconsidération des espaces de soins et des heures du travail. L'offre hospitalière a subi une désorganisation accompagnée d'une restructuration des process de prise en charge des patients. Seulement, la nouvelle législation du travail a profondément affecté le monde du travail avec comme corollaires une déconsidération du travail, une déstructuration des relations professionnelles, une restriction des libertés syndicales et une asphyxie des mouvements syndicaux. Elle a donné lieu à une déconstruction des formes de solidarités et des liens de travail chez les professionnels. La mobilisation de nouvelles logiques orientées vers l'optimisation de la prise en charge sanitaire des patients a permis une gouvernance hospitalière améliorée. On peut noter que « de bonnes pratiques peuvent et doivent détruire de mauvaises théories (mais de bonnes théories peuvent et doivent également détruire de mauvaises pratiques) » (Denis et Martinet, 2012, p.15). Les interventions publiques dans le secteur de la santé ont généré de nouveaux problèmes qui affectent la bonne délivrance des services et des soins.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Alwan Ala et Hornby Peter, 2002, « Les répercussions de la réforme du secteur de la santé sur le développement des ressources humaines » *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(1), p. 56–60.
2. Berger Peter et Luckman Thomas, 2022, *La Construction sociale de la réalité*, Paris Armand Colins
3. Berthélémy Jean-Claude, 2010, [2007]. « Santé et développement en Afrique » dans Israël Lucien (dir.), 2010, *Santé, médecine, société*, Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 73 – 89.
4. Berthélémy, Jean-Claude et Thuilliez, Josselin, 2013, « Santé et développement : une causalité circulaire », *Revue d'économie du développement*, 2013, 2(21), p. 119-147.
5. Commission Technique Chargée des Réformes dans le Secteur de la Santé – CTRSS, 2017, *Présidence de la République*.

- <https://p4h.world/app/uploads/2023/02/Resume20reforme20sante20Benin20mai202017.x23411.pdf>
6. Denis Jean-Philippe et Martinet Alain Charles, 2012, « Le management, un carré plus que sémantique », *Revue française de gestion*, Paris, Théories et pratiques, Vol. n°228-229, Doi:10.3166/RFG.228-229.13-38.
 7. Deville Céline, Fecher Fabienne et Poncelet Marc, 2018, « Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) au Bénin : processus d'élaboration et défis de mise en œuvre », *Revue française des affaires sociales, DREES Ministère de la santé*, n°1, p. 107-123.
 8. Dubois Vincent, 2009, « L'action publique » dans Cohen Antonin, Lacroix Bernard, Riutort Philippe (dir.), 2009, *Nouveau manuel de science politique*, La Découverte, p. 311-325, 2009. ([halshs-00498038](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00498038))
 9. Fox, Ashley M et Michael R Reich, 2015, « La politique de la couverture sanitaire universelle dans les pays à revenu faible et intermédiaire : un cadre d'évaluation et d'action »
 10. Gardon Sébastien, Gautier Amandine et Le Naour Gwenola, 2020, *La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques*, Versailles, Éditions Quæ, <https://books.openedition.org>. Mise en ligne le 28 mai 2021
 11. Gilson Lucy, Hanson Kara, Sheikh Kabir et al., 2011, « Building the Field of Health Policy and Systems Research : Social Science Matters », *PLoS Medicine*, 8(8).
 12. Gilson Lucy (dir.), 2012, *Recherches sur les politiques et les systèmes de santé. Manuel de méthodologie*, Version abrégée, Suisse, Organisation Mondiale de la Santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. https://ahpsr.who.int/docs/librariesprovider11/publications/supplementary-material/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?sfvrsn=e685f8ce_5
 13. Houéto David, 2008, « La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d'actions », *IUHPE – Promotion & Éducation Supp (1) 2008*, p.49-53. DOI: 10.1177/1025382308094000
 14. Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala, coll. « Hommes et sociétés ».
 15. Kouin Jaurès Barnabé, 2021, « Réinventer le salariat », *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 16(2), p. 83–115. <https://doi.org/10.7202/1077094ar>

16. Majnoni d'Intignano, Béatrice, 2016, *Santé et économie en Europe*, Paris, PUF.
17. Meessen Bruno et Van Damme Wim, 2005. « Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? » *Mondes en Développement*, 2005, 3(131), p. 59-73.
18. Ministère de la santé publique, Document de projet dans le secteur de la santé.
19. Morrissette Joëlle, Guignon Sylvie et Demazière Didier, 2011, « De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche », *Recherches qualitatives*, 30(1), p.1-9. <https://doi.org/10.7202/1085477ar>
20. Olivier de Sardan Jean-Pierre et Valéry Ridde, (dir.), 2014, *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala.
21. Ouendo Edgard Marius et al., 2005, « Représentation de la pauvreté et de l'indigence du point de vue de la communauté au Bénin dans le cadre des soins de santé primaires », *Archive of Public Health*, 2005, 63, p.149-166.
22. Palicot, Jean-Claude, « La mobilisation des acteurs... le cœur des programmes régionaux de santé » dans *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2004, n°46
23. « Programme d'action gouvernemental 2016-2021 », Synthèse
24. « Programme d'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) », (2017), *Document Bénin Révélé, Le Nouveau départ*.
25. Ridde Valerie et Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2012, « Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest », *Africaine contemporaine*, 2012, 1/3(243), p. 98-99.
26. Ridde Valéry, Traverson Lola et Zinszer Kate, (Dir.), 2023, *Hôpitaux et santé publique face à la pandémie de Covid-19 : Perspectives de santé mondiale*, Québec, Editions science et bien commun
27. Valéry Ridde et Jean-Pierre Jacob (dir.), 2013, *Les indigents et les politiques de santé en Afrique Expériences et enjeux conceptuels*, Louvain La Neuve, Académia, L'Harmattan
28. Seferdjeli, Laurence Terraneo, Fabienne, 2015, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », Dans *Recherche en soins infirmiers*, 2015, 1(120), p. 6 à 22, Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers, DOI 10.3917/rsi.120.0006
29. Strauss Anselm Leonard 1992, *La Trame de la Négociation : Sociologie Qualitative et Interactionnisme, (The Web of Negotiation: Qualitative Sociology and Interactionism)*, édité par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan.

30. Strauss Anselm Leonard, 1963, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, p. 87-112.
31. Strauss Anselm Léonard, et al., 1963, « The hospital and its negotiated order » in *Freidson E. (éd.), The Hospital in modern Society*, New York, Free Press.
32. Swadesh M. Rana « Le système de santé mondial et la COVID-19 » dans *chronique de l'ONU*, juillet 2020
33. Tabarly Sylviane, 2012, « L'organisation territoriale et la planification sanitaire en France », *Géoconfluences*, 2012.
34. Tizo, Stéphane, 2004, « État de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : La contribution des politiques de santé au développement durable », *Monde en développement*, 2004, 3(127), p. 101-117.
35. Weber Max, 2017, [1904], *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Flammarion.
36. Weber Max, 2007, [1921], *Économie et société*, Paris, Pocket, col. Agora.
37. Weber Max 1959, [1919], *Le Savant et le politique*, Paris, Plon, p. 109-201.