Évaluation rapide du système de santé du Bénin, avril 2006

Grace Adeya
Alphonse Bigirimana
Karen Cavanaugh
Lynne Miller Franco

Imprimé : février 2007

Cette publication n'aurait pas été possible sans le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international. Les opinions exprimées dans ce document sont propres aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement International.

À propos de RPM Plus

RPM Plus fournit l'assistance technique dans plus de 20 pays en développement pour le renforcement des systèmes de gestion des médicaments et fournitures médicales. Le programme donne des avis techniques et assiste les pays dans l'identification de stratégies et le développement de programmes pour améliorer la disponibilité des intrants médicaux – médicaments, vaccins, fournitures médicales, et équipement médical de base – de qualité prouvée pour la santé maternelle et infantile, l'infection VIH/SIDA, les maladies infectieuses, et la planification familiale. Il assure aussi la promotion de l'utilisation appropriée des intrants médicaux dans les structures sanitaires publiques et privées.

À propos de MEASURE Evaluation

MEASURE Evaluation est un projet financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et mis en œuvre par l'University of North Carolina à Chapel Hill en partenariat avec Carolina Population Center, Tulane University, ORC Macro International, et le Future's Group. Volet clé du programme Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results (MEASURE) (Suivi et évaluation pour la vérification et l'utilisation des résultats) de l'USAID, le projet vise à promouvoir un cycle continu de demande, de recueil, d'analyse et d'utilisation des données afin d'améliorer les conditions sanitaires des populations. Depuis 1997, MEASURE Evaluation agit dans le monde entier pour renforcer la capacité des programmes des pays hôtes à recueillir et utiliser les données concernant la population et la santé.

À propos du projet Quality Assurance

Le projet Quality Assurance (QAP) (Contrôle de qualité) cherche à renforcer la qualité des soins de santé dans les pays en développement et les pays à revenus moyens en appui au Bureau de la Santé Mondiale de l'Agence des États-Unis pour le Développement International et des missions dans les pays. Le projet QAP cherche à promouvoir l'application de méthodologies pour renforcer la qualité des services de santé prioritaires, institutionnaliser les activités de contrôle de qualité aux niveaux national et régional, obtenir des informations sur les améliorations apportées à la gestion des ressources humaines qui affectent la qualité des soins et les évaluer, et améliorer les résultats des domaines de santé prioritaires comme la survie de l'enfant, la planification familiale, le VIH/SIDA, le paludisme, la maternité sans risques et la tuberculose. Le projet Quality Assurance propose des services d'assistance technique, de formation, de recherche et d'apprentissage informatisé à court et long terme. Le projet Quality Assurance est actif dans 15 pays, trois initiatives régionales et deux initiatives mondiales.

Citation recommandée

Ce rapport peut être reproduit pourvu que RPM Plus y soit mentionné. Utilisez s'il vous plaît la citation suivante :

Adeya, G., A. Bigirimana, K. Cavanaugh et L. Miller Franco. 2007. *Évaluation rapide du système de santé du Bénin, avril 2006.* Pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international.

Mots clés

Bénin, Système de santé, Administration, Fonction de gardien, Financement des services de santé, Prestation de services de santé, Gestion des ressources humaines, Gestion des produits pharmaceutiques, Système d'information sanitaire, Secteur privé

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS vii

REMERCIEMENT ix

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION 1
Méthodologie : Démarche de l'évaluation des systèmes de santé 2
Activités précédant l'évaluation 3
Évaluation sur place 3
Défis 3

CHAPITRE 2 : INFORMATIONS GÉNÉRALES 5
Présentation 5
Environnement politique et macroéconomique 6
Principales causes de morbidité et de mortalité 8

CHAPITRE 3 : VUE D'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU BÉNIN 11
Structure du système de soins 11
Décentralisation et organisation de la prestation des services 11

CHAPITRE 4 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS D'ÉVALUATION 17
Fonction de gérance 17
Financement des services de santé 26
Prestation de services de santé 37
Ressources humaines 48
Gestion des médicaments 61
Systèmes d'information sanitaire 72
Implication du secteur privé 80
Résumé des points forts et faibles du système de santé du Bénin 89

CHAPITRE 5 : INTERVENTIONS PRIORITAIRES À ENVISAGER ET ENTREPRENDRE 95
Options envisageables pour le renforcement de la gouvernance du système de santé 95
Options envisageables pour accroître les incitations à la performance du système de santé et la gestion des ressources humaines dédiées à la santé 96
Options envisageables pour l'amélioration du système de financement 97

CHAPITRE 6 : OPTIONS DE TRAVAIL POUR L'USAID 103
Amélioration de la protection financière dans le domaine de la santé 105
Amélioration de l'information 105
Développement du partenariat public-privé 105

ANNEXE 1 : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS PAR MODULE D'ÉVALUATION . 107
Fonction de gérance 107
Financement des services de santé 108
Prestation de services de santé 110
Gestion des ressources humaines 111

Gestion des médicaments 113
Systèmes d'information sanitaire 115
Implication du secteur privé 117

ANNEXE 2 : PROGRAMME DE L'ÉVALUATION SUR PLACE 119

ANNEXE 3 : CONTACTS 121

ANNEXE 4 : SOURCES 125
Informations générales 125
Vue générale du système de santé 125
Fonction de gérance 126
Financement du secteur santé 127
Prestation de services de santé 128
Ressources humaines 129
Gestion des médicaments 129
Implication du secteur privé 130
Systèmes d'information sanitaire 131

Liste des tableaux

Tableau 1. Comparaison du Bénin avec les pays environnants pour des indicateurs choisis..... 6
Tableau 2. Principales causes de consultations externes et d'hospitalisations au Bénin, 2004..... 8
Tableau 3. Causes d'AVCI et de décès, 2002..... 9
Tableau 4. Évaluation du niveau de décentralisation dans le système de santé du Bénin..... 16
Tableau 5. Organisation, gestion et disponibilité des structures sanitaires situées à la base du système de santé du Bénin 38
Tableau 6. Densité de personnel de santé par rapport à la population au Bénin* 39
Tableau 7. Taux de couverture selon les différentes sources..... 42
Tableau 8. Personnels de santé du secteur public au Bénin..... 52
Tableau 9. Besoins en spécialités sélectionnées en 2003 53
Tableau 10. Rapports et répartition du personnel de santé clé au Bénin 54
Tableau 11. Estimation du nombre de spécialistes en 2010 55
Tableau 12. Part des recettes et dépenses concernant les produits pharmaceutiques sur les fonds de recouvrement des coûts en 2003 (FCFA)..... 70
Tableau 13. Prestations de service dans les hôpitaux de zone..... 84
Tableau 14. Résumé des performances du système de santé..... 92
Tableau 15. Analyse des interventions proposées 99

Liste des figures

Figure 1. Cadre de la démarche de l'évaluation des systèmes de santé..... 2
Figure 2. Carte du Bénin..... 5
Figure 3. Organigramme du Ministère de la Santé du Bénin, 2005 12
Figure 4. Carte des zones sanitaires indiquant les communes couvertes..... 13
Figure 5. Évolution du budget santé par rapport au budget du gouvernement central 27
Figure 6. Financement des services de santé au Bénin : mouvement des fonds de la source au prestataire..... 28
Figure 7. Dépenses directes des ménages dans le contexte mondial 30
Figure 8. Dépenses pharmaceutiques par rapport aux dépenses de santé totales 30
Figure 9. Financement du Ministère de la Santé par habitant en 2004 (en FCFA) 33
Figure 10. Revenus de financement communautaire en 2004 33
Figure 11. Pourcentage des établissements doté de personnel qualifié : étude de quatre zones sanitaires au Bénin 40
Figure 12. Accès géographique aux services de santé au Bénin..... 40
Figure 13. La gestion des ressources humaines en vue de la performance..... 49
Figure 14. Le cycle de gestion des médicaments..... 62
Figure 15. Comparaison du nombre de médicaments et de produits pharmaceutiques sur les LME de 1997 et de 2003 65
Figure 16. Système de distribution des produits pharmaceutiques au Bénin 66
Figure 17. Recettes et dépenses de la CAME, 2000–2004..... 66
Figure 18. Circulation de l'information au sein du SNIGS 76

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABIIST	Association béninoise des infirmiers et infirmières de sécurité et de santé au travail
ACE	Agent Contractuel de l'État
APE	Agent Permanent de l'État
AVCI	année de vie corrigée de l'incapacité
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux
FCFA	franc de la Communauté financière africaine
CFC	employé contractuel des fonds financiers communautaires
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CMS	employé contractuel du fond de « Mesure Sociale »
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
COGECS	Comité de Gestion du Centre de Santé
CS/ZS	Comité de Santé de la Zone Sanitaire
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
DDS	Direction Départementale de la Santé
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DIVI	Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne
DNPS	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DPM	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DPT3	vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
DRH	Direction des Ressources Humaines
EDS	Enquêtes Démographiques et Sanitaires
EEZS	Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
ENAAH	École Nationale des Agents d'Assainissement et d'Hygiène du Bénin
ENIIAB	École Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
HIDN	Département de la Santé, des Maladies Infectieuses et de la Nutrition [USAID]
HZ	Hôpital de Zone
INMES	Institut National Médico-Social
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique
IRA	infection respiratoire aiguë
LME	Liste de médicaments essentiels
LNCQM	Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments
MCC	Millennium Challenge Corporation (Société du compte du millénaire)

MCZS	Médecin Coordinateur de la Zone Sanitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ORTB	Office de Radio-Télévision du Bénin
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	produit intérieur brut
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PROSAF	Promotion Intégrée de Santé Familiale
QAP	Projet Quality Assurance
RAC	réseau aérien de communication
RPM Plus	Programme de gestion rationnelle des produits pharmaceutiques
SESCQ	Service d'Enregistrement, de Statistiques et de Contrôle de Qualité
SIMR	Système Intégré de Surveillance des Maladies et de la Riposte
SIS	système d'information sanitaire
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
TMM	taux de mortalité maternelle
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USD	dollar américain
UVS	Unité Villageoise de Santé

REMERCIEMENT

Les auteurs voudraient d'abord présenter leurs sincères remerciements au Ministre de la Santé du Bénin pour les avoir invité à lui présenter et discuter les résultats préliminaires de l'évaluation rapide du système de santé au Bénin. Nos sincères remerciements vont ensuite au comité technique ministériel chargé de la supervision générale de l'évaluation pour son assistance dans la préparation et l'exécution de l'évaluation. Son implication active a sans nul doute contribué à la réussite de l'évaluation.

Les auteurs voudraient également remercier les préfets, les directeurs départementaux de la santé, les chefs de zone sanitaires, les maires, le personnel médical aux niveaux central, intermédiaire, et périphérique, et les représentants des organisations bilatérales et multilatérales ainsi que ceux du secteur privé qui ont participé de près ou de loin dans l'évaluation.

Enfin, l'expression de notre gratitude s'adresse à la mission de l'USAID au Bénin pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de l'évaluation.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

À la demande de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), une équipe de quatre personnes a mené une évaluation rapide du système de santé du Bénin du 17 au 29 avril 2006. La responsable de l'équipe, Grace Adeya du Programme de gestion rationnelle des produits pharmaceutiques (RPM Plus), était accompagnée d'Alphonse Bigirimana de MEASURE Evaluation, Karen Cavanaugh de USAID/Département de la Santé, des Maladies Infectieuses et de la Nutrition (HIDN) et Lynne Miller Franco du Projet Quality Assurance (QAP/Workforce Development). Alphonse Akpamoli, un consultant local, a apporté son concours pour l'organisation des entretiens, la fourniture des documents, la logistique ainsi que l'orientation de l'équipe. Enfin, un comité technique ministériel a assuré la supervision globale du projet. Ce comité était composé de cadres dirigeants et il était présidé par le Secrétaire Général.[1]

L'objectif de cette évaluation était d'aider le Ministère de la Santé à identifier les points forts et les points faibles du système de santé et de proposer des pistes de réflexions sur les domaines prioritaires du système de santé à renforcer dans le cadre du nouveau plan national de développement sanitaire et des documents de politiques et de stratégie sanitaire. L'évaluation vise à offrir une vue générale du système de santé en étudiant l'ensemble de ses composantes (gouvernance/fonction de gérance, financement des services de santé, prestation de services de santé, ressources humaines, gestion des produits pharmaceutiques, système d'information sanitaire et implication du secteur privé), en analysant les principales questions de chaque composant et en synthétisant l'impact de leur performance sur le système général.

Dans la mise en œuvre de cette évaluation, l'équipe a testé une nouvelle méthode d'évaluation des systèmes de santé mise au point par l'initiative « Mainstreaming Health Systems Strengthening » de l'office HIDN de l'USAID.[2] La méthode a été conceptualisée au début de l'année 2005 et testée pour la première fois en Angola en août 2005. L'outil a été affiné et mis à jour à l'automne 2005. Le Bénin constitue le deuxième test officiel de l'outil. L'USAID/Bénin vient d'arrêter sa nouvelle déclaration stratégique, de signer un nouvel accord bilatéral dans le domaine de la santé, et un nouveau gouvernement a été élu ; le test de l'outil d'évaluation coïncide donc avec une transition dans le contexte du Bénin.

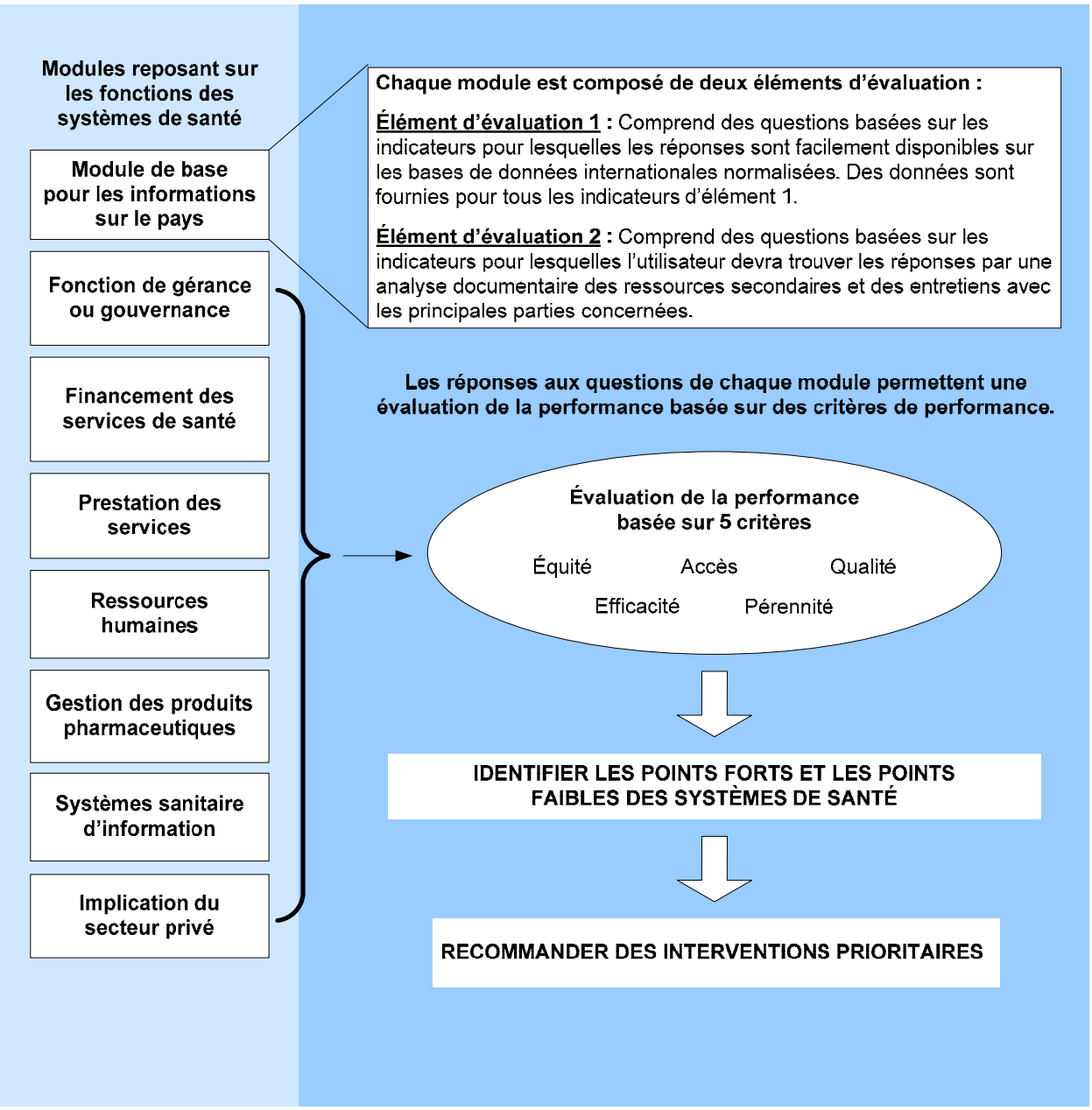
Ce rapport commence par une description du contexte de fonctionnement du système de santé du Bénin (chapitre 2) et du système de santé lui-même (chapitre 3). Le chapitre 4 présente les résultats correspondant à chacun des sept éléments du système de santé évalués : la fonction de gérance ou gouvernance, le financement des services de santé, les prestations de services de santé, les ressources humaines, la gestion des produits pharmaceutiques, les systèmes d'information sanitaire et l'implication du secteur privé. Le chapitre 5 présente les options prioritaires d'interventions pour remédier aux faiblesses et menaces identifiées par cette étude. Des options complémentaires sont incluses dans l'Annexe 1.

[1] Ce comité a été établi par arrêté ministériel n° 1268.

[2] L'objectif de cette initiative est de trouver de nouvelles manières rentables de mettre au service des grands projets bilatéraux de prestation de services de santé de l'USAID, la connaissance, l'expertise et les outils de projets de renforcement des systèmes de santé du bureau de la santé mondiale de l'USAID. Ce transfert permettrait d'améliorer la capacité de ces projets à atteindre les objectifs d'impact sur la santé de l'USAID.

Méthodologie : Démarche de l'évaluation des systèmes de santé

La Figure 1 résume le cadre de la démarche utilisée pour mener cette évaluation rapide du système de santé du Bénin.



Source: Adapté de M. Islam, ed. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual.* Soumis au U.S. Agency for International Development en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Health Reform*plus*, Quality Assurance Project, et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Figure 1. Cadre de la démarche de l'évaluation des systèmes de santé

Activités précédant l'évaluation

L'équipe d'évaluation s'est retrouvée pour deux réunions préparatoires (en février et mars 2006) avant le départ pour le Bénin afin de familiariser ses membres à la méthodologie de l'évaluation et de discuter de l'organisation du recueil de données. Un consultant local, M. Alphonse Akpamoli, a été recruté et a travaillé avec l'équipe pour programmer les entretiens et recueillir les documents connexes requis. Avant le déplacement sur le terrain, les membres de l'équipe ont analysé plusieurs documents de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Banque Mondiale, de l'USAID et d'autres organismes accessibles sur Internet. Sur la base de ces documents, le module de base a été complété avant le voyage.

Évaluation sur place

Le recueil de données sur place s'est déroulé du 15 au 29 avril 2006 (voir l'Annexe 2). Chaque membre de l'équipe se chargeait du recueil de données pour deux modules, un module pour lequel il était spécialisé ou qu'il connaissait et un module qu'il connaissait moins. Le recueil de données sur place comportait des entretiens et des analyses de documents au niveau central et une visite sur le terrain pour s'entretenir avec les niveaux intermédiaires et périphériques du système de santé. Deux sites sur le terrain, Mono/Couffo et Zou/Collines, ont été choisis sur proposition du comité technique ministériel. Deux membres de l'équipe et un représentant du Ministère de la Santé se sont rendus dans les zones choisies du 23 au 25 avril 2006 pour mener les entretiens.

Les tout premiers résultats de l'évaluation ont été présentés au groupe de coordination des bailleurs de fonds le 26 avril 2006 ; un résumé des résultats et des conclusions préliminaires a été présenté au Ministre de la Santé dans la soirée du 27 avril 2006 et au directeur de mission de l'USAID le 28 avril 2006. Un ensemble plus complet de résultats, conclusions et actions possibles a été présenté et discuté au cours d'un atelier réunissant les partenaires impliqués (plus de 40 participants) organisé en collaboration avec le Ministère de la Santé le 28 avril 2006.

Défis

L'obtention des documents pour l'analyse documentaire préalable et pour l'analyse sur place s'est révélé être l'un des aspects les plus difficiles de l'évaluation. La plupart des documents ont uniquement été mis à disposition de l'équipe d'évaluation au cours de la deuxième semaine de visite. Il serait souhaitable d'ajuster la méthodologie d'évaluation pour permettre la réalisation, par un membre de l'équipe ou un représentant, d'une analyse documentaire d'une durée d'une semaine dans le pays.

Le début de l'évaluation sur place coïncidait avec le week-end de Pâques (un week-end de quatre jours au Bénin) et se terminait juste avant le jour de la fête du travail (le 1er mai, un week-end de trois jours). Les entretiens avec la plupart des parties concernées ont pu seulement commencer le 19 avril et l'équipe a bénéficié en fait de trois jours uniquement pour réaliser les entretiens au niveau central.

CHAPITRE 2 : INFORMATIONS GÉNÉRALES

Présentation

Le Bénin est un des plus petit pays d'Afrique (114 763 kilomètres carrés), niché entre le Nigeria, le Niger, le Burkina Faso et le Togo, sur la côte ouest de l'Afrique (Figure 2) ; sa population était estimée à 7 288 091 habitants en 2004. Il est devenu indépendant de la France en 1960. Il est composé d'une multitude de groupes ethniques et linguistiques.

Figure 2. Carte du Bénin

Le Bénin est classé au 161e rang sur 177 sur l'Index de développement humain des Nations Unies (2005) et environ un tiers de sa population vit sous le seuil de pauvreté. Vingt pour cent de la population est classée dans la catégorie d'extrêmement pauvres. Comme le montre le Tableau 1, en comparaison de ses voisins et des autres pays d'Afrique, le Bénin a le taux de croissance démographique et le pourcentage de population vivant en zone urbaine les plus élevés. La densité de population varie entre 19 et 8 641 habitants au kilomètre carré. Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est légèrement supérieur à la moyenne de l'Afrique de l'Ouest, mais inférieur à celui de l'Afrique subsaharienne en général. L'espérance de vie est supérieure et la mortalité infantile inférieure à celles de ses voisins. Néanmoins, son taux de mortalité maternelle (TMM) est au-dessus de la moyenne des pays d'Afrique de l'Ouest ou de l'Afrique subsaharienne.

Tableau 1. Comparaison du Bénin avec les pays environnants pour des indicateurs choisis

Indicateur	Bénin	Afrique de l'Ouest (moyenne : 15 pays)	Afrique subsaharienne (moyenne : 56 pays)
Population	7 300 000	17 300 000	14 600 000
Pourcentage de population urbaine	45 %	39 %	37 %
Croissance démographique	2,5 %	2,2 %	2,0 %
PIB par habitant	USD 389	USD 316	USD 861
Espérance de vie (ans)	53	47	48
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	91	*108*	93
TMM pour 100 000 naissances vivantes	474	357	417

Sources : Banque Mondial, *World Development Indicators* (2005), à l'exception du TMM qui provient du recensement général au Bénin (2003).

Le niveau d'éducation reste faible au Bénin, en particulier dans les zones rurales. Parmi les femmes, 64 % n'ont pas reçu d'instruction (ce taux varie entre 27 % à Cotonou, le centre commercial du pays, et 81 % dans l'Atacora[3]). Parmi les hommes la situation est légèrement meilleure : seul 40 % n'a pas reçu d'instruction (ce taux varie entre 6 % à Cotonou et 61 % dans l'Atacora). Le pourcentage d'enfants scolarisés a augmenté entre 1990 et 2000, de 65 % à 81 % pour les garçons et de 32 % à 58 % pour les filles.

Environnement politique et macroéconomique

Le Bénin a été l'un des premiers pays d'Afrique à réaliser une transition efficace entre un gouvernement militaire et un système politique pluraliste et depuis 1991, le pays a connu quatre élections présidentielles accompagnées d'un transfert de pouvoir pacifique. Le président est élu tous les cinq ans et les dernières élections (mars 2006) ont amené au pouvoir un nouveau venu dans le paysage politique. Le gouvernement actuel compte 17 ministères et 5 ministères délégués. Le pouvoir législatif comprend une assemblée nationale unique de 83 sièges, dont les membres sont élus tous les quatre ans. Les dernières élections législatives se sont déroulées en mars 2003 et les prochaines auront lieu en 2007. Le Bénin a des médias très actifs et une presse relativement libre : dans son Index de la liberté de la presse, Reporters Sans Frontières classe le Bénin au 27e rang sur les 167 pays du monde entier et au premier rang des pays d'Afrique pour avoir la presse la plus libre[4].

[3] L'Atacora est l'un des 12 départements du Bénin. C'est l'un des plus pauvres et des plus faiblement peuplés du pays.

[4] L'Index de la liberté de la presse mesure l'état de liberté de la presse dans le monde. Il reflète le degré de liberté dont jouissent les journalistes et les organismes d'information dans chaque pays, ainsi que les efforts réalisés par l'état pour respecter et assurer le respect de cette liberté. Il s'appuie sur 50 critères pour évaluer chaque type de violation affectant directement les journalistes (comme les meurtres, l'emprisonnement, les attaques physiques et les menaces) et les médias d'information (censure, confiscation d'exemplaires, recherches, harcèlement) ainsi que le degré d'impunité des responsables de telles violations. Il prend également en compte le statut juridique des médias d'information, le comportement des autorités concernant les organismes d'information d'état et la presse étrangère ainsi que les obstacles principaux à la libre circulation de l'information sur Internet.

Le Bénin est divisé en 12 départements[5], à la tête desquels se trouve un préfet nommé par le Président. La population moyenne d'un département est de 600 000 habitants (ce chiffre varie de 373 000 pour le département de la Donga à 856 000 pour le département de l'Atlantique). Le nombre de communes par département varie de 1 (Cotonou dans le département du Littoral) à 9 (pour les départements de l'Atacora, de l'Ouémé et du Zou), pour un total de 74 communes et 3 zones urbaines autonomes (Cotonou, Porto-Novo, Parakou). Les communes sont subdivisées en 546 arrondissements et 3 747 villages.

Les réformes territoriales introduites en 1999 ont fait du département le niveau exclusif de déconcentration gouvernementale et de la commune le niveau exclusif de décentralisation[6]. Le département exerce une fonction de surveillance sur les communes en termes d'assistance, de conseil et d'examen des cas juridiques. Les communes sont administrées par un conseil élu au suffrage universel. En décembre 2002, le Bénin a organisé les premières élections locales depuis les années 1970, élisant des conseils communaux qui à leur tour élisent leur maire. Les communes disposent de compétences dans les domaines du développement local, de l'aménagement, du logement, des infrastructures, des transports, de l'environnement, de la santé, de l'éducation, de l'alphabétisation, des services commerciaux, des investissements économiques et des programmes sociaux et culturels. La commune jouit d'une autonomie financière sur le budget alloué par l'État et les revenus générés localement.

Les pouvoirs de la commune dans le domaine de la santé, tels qu'ils sont stipulés dans l'article 100 de la loi 97-029 (1999), comprennent la construction, l'équipement et la maintenance des établissements de santé publique au niveau de l'arrondissement uniquement (Centres de Santé d'Arrondissement [CSA], maternités et dispensaires isolés et les structures sanitaires de village), mais elle n'a aucun pouvoir sur leur gestion.

Depuis la transition vers un gouvernement démocratique en 1990, le Bénin a entrepris un redressement économique remarquable. Une injection importante d'investissements extérieurs, tant publics que privés, a atténué les difficultés économiques du début des années 1990 dues à la récession mondiale et au maintien à un niveau faible du prix des marchandises (cette dernière cause affecte d'ailleurs toujours l'économie). Le secteur secondaire se réduit à quelques industries légères, concernant principalement le traitement des matières premières et la production de biens de consommation. Le secteur tertiaire a connu une croissance rapide, stimulé par la libéralisation économique et les réformes fiscales. L'appartenance à la zone du franc de la Communauté Financière Africaine (FCFA) offre une bonne stabilité monétaire. Néanmoins, l'avenir économique du Bénin ne semble plus aussi prometteur depuis deux ou trois ans, en raison, entre autres, du faible cours du coton (le coton représente 13 % du PIB). Il est prévu une aggravation du déficit budgétaire. Actuellement, environ 95 % de la population active appartient au secteur informel de l'économie.

[5] Jusqu'en 1999 6 départements étaient en place. Chacun d'eux a été divisé en deux, pour obtenir officiellement 12 départements. Néanmoins, les 12 départements sont actuellement dirigés par six préfets, chacun ayant en charge deux départements.

[6] *La déconcentration* implique le transfert de l'autorité et des responsabilités des bureaux centraux vers ceux du terrain au sein d'une même agence. *La décentralisation* implique ici le transfert de l'autorité et des responsabilités du gouvernement central vers des unités gouvernementales autonomes de niveau inférieur par le biais de mesures statutaires ou constitutionnelles. Ce processus est souvent appelé « dévolution ».

En mars 2003, la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International ont accepté de soutenir un allégement important de la dette du Bénin dans le cadre de l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (Initiative PPTE). L'annulation de la dette dans le cadre de l'Initiative PPTE s'élève à environ 460 millions de dollars américains (USD). Le Bénin a reçu 27,1 millions de dollars en 2002 et 32,9 millions de dollars en 2003. L'Initiative PPTE va réduire le ratio dette-sur-l'exportation du Bénin, libérant des ressources considérables pour l'éducation, la santé et les autres programmes contre la pauvreté.

Principales causes de morbidité et de mortalité

Le profil épidémiologique du Bénin est marqué par un fort taux de maladies infectieuses suivi par des problèmes de nutrition. Le Tableau 2 présente les principales causes de consultations externes et d'hospitalisations dans les établissements publics et quelques établissements privés en 2004.

Tableau 2. Principales causes de consultations externes et d'hospitalisations au Bénin, 2004

Consultations externes		Hospitalisations	
Moins de 5 ans	**Global**	**Moins de 5 ans**	**Global**
Paludisme	Paludisme	Paludisme	Paludisme
IRA	IRA	Anémie	Anémie
Diarrhées	Gastro-intestinal	IRA	Diarrhées
Anémie	Blessures	Diarrhées	IRA
Gastro-intestinal	Diarrhées	Malnutrition	Blessures

Source : D'après les données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) des établissements du secteur public et de certains établissements privés en 2004.
Note : IRA = infection respiratoire aiguë.

L'estimation de la prévalence du VIH/SIDA pour 2004 est de 2,0 % (2,4 % en zones urbaines et 1,6 % en zones rurales). Le Bénin connaît également une augmentation des maladies non transmissibles comme les pathologies cardiaques et le cancer. Les données de l'OMS concernant le taux de mortalité et les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)[7] pour le Bénin, fondées sur les données de 2002, sont présentées dans le Tableau 3. Les taux ajustés en fonction de l'âge permettent la comparaison avec d'autres pays présentant des structures d'âges différentes. Cependant les taux non ajustés, qui reflètent les chiffres absolus, reflètent plus précisément le profil de morbidité et de mortalité du Bénin et montrent que les infections respiratoires aiguës (IRA) et le paludisme sont les principales causes de décès et d'incapacité. Ils montrent également l'impact des maladies non transmissibles, des blessures[8] et des autres problèmes de santé (causes perinatales).

[7] L'AVCI est une mesure de l'écart de santé qui associe des informations sur les conséquences du décès prématuré et de l'incapacité avec des résultats concernant d'autres états de santé non létaux. Une AVCI peut être considérée comme une année de vie « en bonne santé » perdue et le fardeau de la maladie comme la mesure de l'écart entre l'état de santé actuel et un état de santé idéal dans lequel chacun vit âgé sans maladie ni incapacité.
[8] Environ un tiers des AVCI et des décès est dû aux accidents de la route.

Tableau 3. Causes d'AVCI et de décès, 2002

Causes principales d'AVCI (ajustées selon l'âge)	Causes principales de décès (ajustées selon l'âge)	Causes principales d'AVCI (non ajustées selon l'âge)	Causes principales de décès (non ajustées selon l'âge)
IRA	Maladies	IRA	IRA
Paludisme	cardiovasculaires	Paludisme	Paludisme
Blessures	IRA	Blessures	Maladies
VIH/SIDA	Cancer	Diarrhées	cardiovasculaires
Maladies	Paludisme	Causes périnatales	Diarrhées
cardiovasculaires	Blessures	VIH/SIDA	Blessures
Maladies	VIH/SIDA	Maladies	VIH/SIDA
neuropsychiatriques	Diarrhées	neuropsychiatriques	Cancer
Diarrhées			

Source : OMS. 2002. Global Burden of Disease Estimates. http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/.
Note : IRA = infection respiratoire aiguë.

CHAPITRE 3 : VUE D'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU BÉNIN

Le système de santé comprend « tous les organismes, institutions et ressources réservés à la réalisation d'actions sanitaires »[9]. Le système de santé englobe donc les activités aux niveaux central et régional, au niveau du district, de la communauté et du ménage, tant dans le secteur public que privé.

Structure du système de soins

Par décret gouvernemental (n° 2001-422), le Ministère de la Santé est responsable de la conception et de la mise en œuvre de toutes les activités émanant des politiques gouvernementales relatives à la santé. Il a pour mission d'améliorer les conditions sanitaires des familles par le biais d'un système de santé qui s'occupe des pauvres et des indigents et ses objectifs sont :

- l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services de santé ;
- l'amélioration de la participation de la communauté et de son utilisation des services de santé ;
- l'amélioration de la couverture pour la population en général et pour les pauvres en particulier.

Le nom du Ministère de la Santé a récemment changé (il s'appelait le Ministère de la Santé *publique*) pour mettre l'accent sur le rôle majeur joué par le secteur privé dans l'offre de soins à la population du Bénin. Les directions du Ministère ont été réorganisées en 2005 comme le montre la Figure 3. Cette organisation a augmenté le nombre de directions, permettant de mettre un accent spécial sur les hôpitaux et les zones sanitaires.

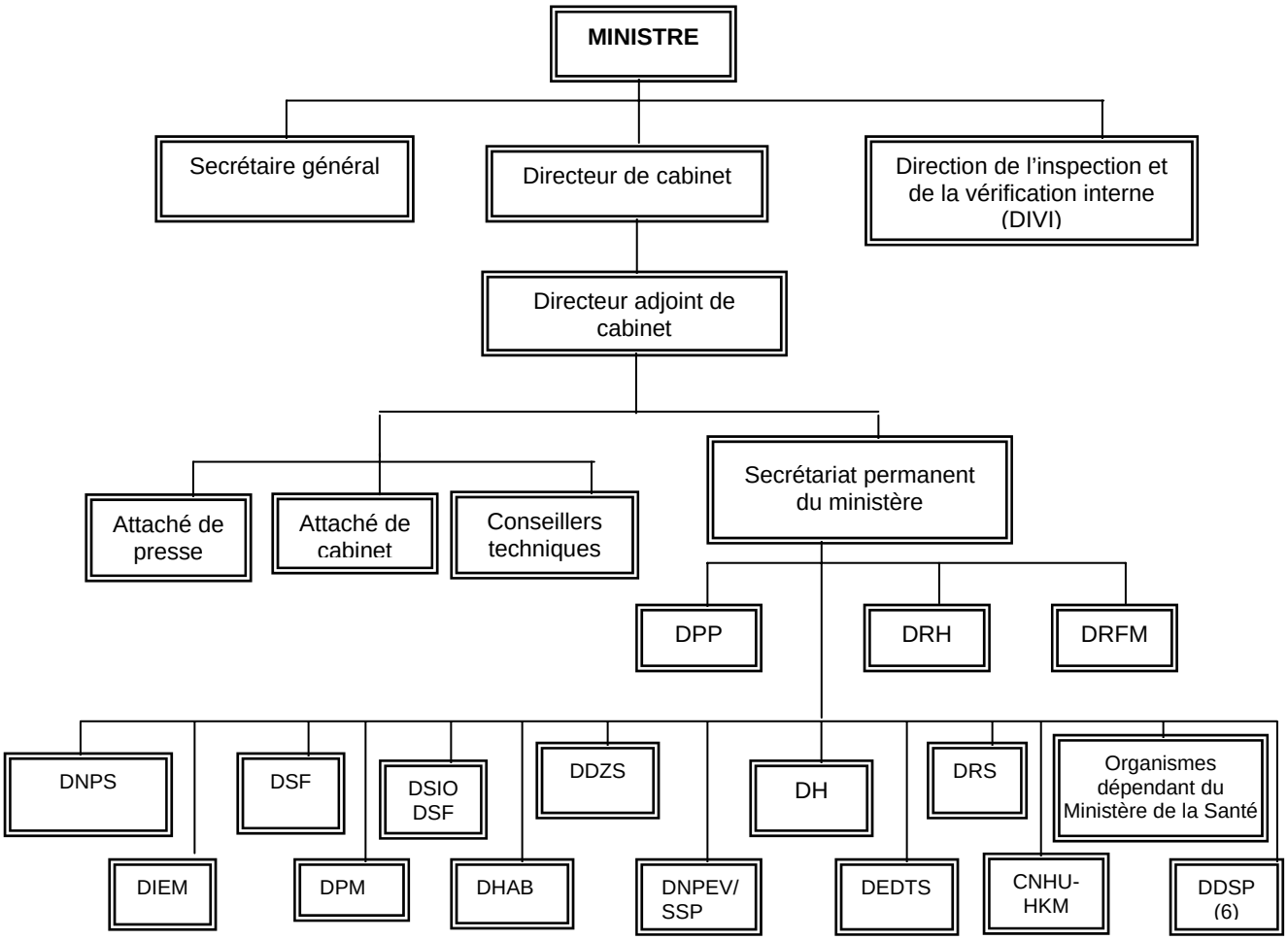
Décentralisation et organisation de la prestation des services

La décentralisation du secteur de la santé peut être qualifiée de déconcentration (transfert de l'autorité et de la responsabilité au sein d'un même organisme). Dans le document *Politiques et stratégies nationales de développement du secteur de santé, 1997–2001*, le Ministère de la Santé a élaboré la réorganisation pyramidale du secteur de la santé qui comprend trois niveaux :

- **Central :** le Ministère de la Santé et ses directions centrales ; le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU)
- **Intermédiaire :** les directions départementales de la santé, le Centre Hospitalier Départemental (CHD)

[9] OMS. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant*. Genève: OMS.

- **Périphérique :** les zones sanitaires qui comprennent les structures sanitaires suivantes : l'Hôpital de Zone (HZ), le Centre de Santé de Commune (CSC), le Centre de Santé d'Arrondissement, les structures sanitaires privées, les Unités Villageoises de Santé (UVS)



Directions : DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective ; DRH : Direction des Ressources Humaines ; DRFM : Direction des Ressources Financières et du Matériel ; DIEM : Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance ; DNPS : Direction Nationale de la Protection Sanitaire ; DHAB : Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base ; DSIO : Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux ; DNPEV-SSP : PEV / SSP ; DDZS : Direction du Développement des Zones Sanitaires ; DEDTS : Direction des Explorations Diagnostiques et de la Transfusion Sanguine ; DPM : Direction de la Pharmacie et des Médicaments ; DH : Direction des Hôpitaux ; DRS : Direction de la Recherche Scientifique ; CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire ; DDSP : Direction Départementale de la Santé Publique.

Figure 3. Organigramme du Ministère de la Santé du Bénin, 2005

Le pays a été divisé en 34 zones sanitaires, couvrant une population moyenne de 210 000 habitants (ce chiffre varie entre 110 000 pour Cotonou I/IV et Cove/Ouinhi/Zangnanado et 410 000 pour Abomey-Calavi/Soava). Les limites des zones sanitaires ne correspondent pas obligatoirement aux divisions administratives du pays (la commune), en raison de la taille insuffisante d'un grand nombre d'entre elles pour justifier la construction d'un hôpital de référence. Les zones sanitaires comprennent de 1 à 4 communes, avec une moyenne de 2,25 communes par zone sanitaire comme le montre la Figure 4.

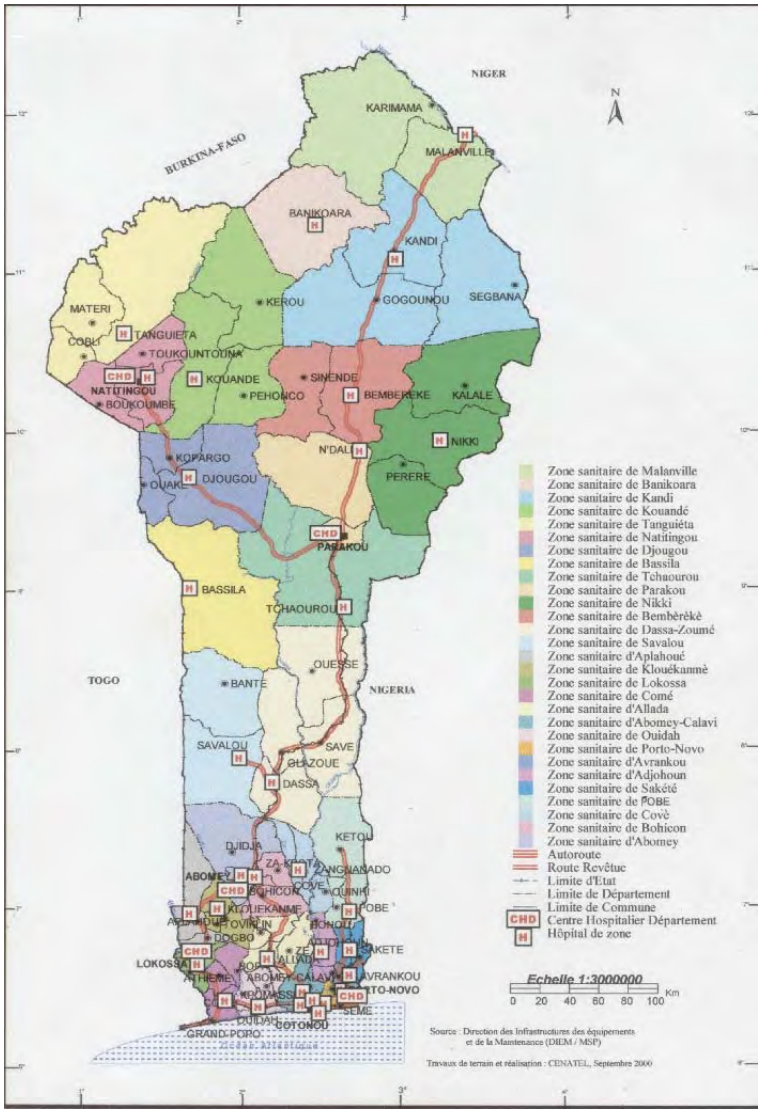


Figure 4. Carte des zones sanitaires indiquant les communes couvertes

Le concept de la zone sanitaire est conçu pour :

- Assurer l'accès aux soins et garantir la qualité des soins de base au premier niveau du système de référence
- Assurer une gestion rationnelle et efficace des ressources disponibles
- Contribuer au processus de décentralisation
- Renforcer la participation communautaire
- Développer un partenariat entre les secteurs publics et privés

Le premier niveau de soins dispensé par le secteur public est représenté par le CSA, dont le personnel comprend une infirmière, une sage-femme et du personnel auxiliaire. Le CSC offre une gamme plus étendue de soins et son personnel comprend un médecin, plusieurs infirmières et des sages-femmes. L'Hôpital de Zone est le premier niveau de référence pour les soins spécialisés. Le personnel de l'HZ comprend un pédiatre, un chirurgien et un gynécologue-obstétricien. Au sein de la zone sanitaire, il existe des cliniques privées, des cabinets de médecins, des pharmacies et ainsi de suite, qui peuvent être à but lucratif ou non. La zone sanitaire est responsable de la supervision de l'ensemble des prestataires (publics et privés) qui opèrent sur la zone et de la planification afin d'assurer la meilleure utilisation possible des ressources disponibles pour la réalisation des objectifs de santé. Il existe deux niveaux de soins de référence supplémentaires au-dessus des zones sanitaires : le CHD et l'hôpital central.

La zone sanitaire comporte deux organes de gestion : (1) le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS), l'ultime organe représentatif de prise de décision et (2) l'Équipe Encadrement Zone Sanitaire (EEZS) qui assure la direction technique, la gestion et la coordination des activités de la zone. Les CSA et les CSC sont gérés par les Comités de Gestion du Centre de Santé (COGECS). La zone sanitaire est gérée par le comité de gestion de l'hôpital (s'il est public) ou le conseil d'administration de l'hôpital (s'il est privé).

Il est à noter que la zone sanitaire correspond à une réorganisation délibérée du système de santé, qui utilisait auparavant la commune comme niveau de gestion périphérique. Le médecin chef de la commune était responsable de la gestion et de la supervision des établissements de santé publique sur sa commune et il dépendait directement du directeur départemental de la santé publique et du sous-préfet.

Mise en place en 2004, les zones sanitaires se sont vues attribuer des responsabilités directes pour la gestion des crédits délégués qui leur étaient alloués. Une évaluation en 2005 de l'ensemble des 34 zones sanitaires a montré que la plupart des EEZS et des CS/ZS se réunissaient régulièrement (respectivement 80 % et 73 %). Cependant, seul un quart des zones sanitaires avait organisé la formation des COGECS à leurs rôles.

Le Tableau 4 présente une évaluation de la décentralisation des différentes fonctions du système de santé. Depuis la réorganisation du système de santé pyramidal et la décentralisation

administrative, la zone sanitaire et les conseils de commune ont une maîtrise assez réelle de nombreux aspects. Néanmoins, la gestion des ressources humaines reste principalement aux mains du niveau central et souvent à l'extérieur du secteur de la santé, par le biais de la fonction publique ou des communes (Contrats sur Mesures Sociales). Les informations recueillies au cours des entretiens et dans les rapports montrent la subsistance de problèmes de compréhension et d'acceptation du concept de zone sanitaire au sein des communautés, des autorités politiques et administratives et de nombreux agents de santé eux-mêmes, de même que la persistance de tensions entre les communes et les zones sanitaires pour la gestion de certains aspects.

Tableau 4. Évaluation du niveau de décentralisation dans le système de santé du Bénin

Fonction du système de santé	Niveau administratif			
	National Ministère de la Santé	Infranational (département)	Zone sanitaire	Commune (administration)
Financement				
- Sources et génération des revenus	—	—	—	X
- Budgétisation, allocation des revenus	XX	—	X	X
- Gestion et comptabilité des dépenses	XX	X	X	X
- Audit financier	XX	X	X	X
Ressources humaines :				
- Personnel (planification, embauche, débauche, évaluation)	XX	X	X	—
- Contrats				
- Salaires et allocations	X	X	X	X
- Formation	X	X	X	X
	XX	X	XX	—
Prestation des services et mise en œuvre des programmes ou des projets				
- Autonomie des hôpitaux	X	X	XX	—
- Définition des groupements de services (primaire, tertiaire)	XX	—	—	—
- Ciblage de la prestation des services	XX	—	X	—
- Élaboration de normes, de procédures et de dispositions réglementaires	XX	—	—	—
- Surveillance et supervision des prestataires de services	X	X	XX	—
- Participation des utilisateurs	—	—	X	—
- Gestion des programmes d'assurance	—	—	—	—
- Recrutement	X	—	—	—
- Mécanismes de paiement	—	—	X	—
Maintenance				
- Médicaments et fournitures (commande, règlement, inventaire)	X	—	XX	—
- Véhicules et équipement	X	X	XX	—
- Établissements et infrastructures	XX	X	XX	X
Gestion des informations				
- Conception des systèmes d'information sanitaire	XX	—	—	—
- Recueil, traitement et analyses des données	XX	XX	XX	—
- Diffusion des informations auprès des différentes parties concernées	XX	X	XX	—
Mécanismes de participation politique ou démocratique et systèmes citoyens de retour d'information	—	—	XX	XX

Source : Analyse réalisée par l'équipe d'évaluation sur la base d'analyses documentaires et d'entretien.
Notes : XX = important ; X = moyen ; — = limité ou inexistant.

CHAPITRE 4 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS D'ÉVALUATION

Fonction de gérance

La responsabilité de gérance (gouvernance) dans le secteur de la santé est définie comme « la gestion attentive et responsable du bien-être de la population[10]». La manière générale d'administrer le pays influence l'administration du secteur de la santé. Dans le cadre du développement d'un profil de gérance, les facteurs clés à analyser sont la capacité d'information ou d'évaluation, le processus de formulation et planification des politiques, la participation sociale au système, la responsabilisation, et l'environnement législatif.

Capacité d'information ou d'évaluation

La fonction de gérance exige l'accès aux informations concernant les performances des systèmes de santé et les tendances du secteur, en vue de les utiliser pour la planification et la prise de décision. Le Ministère de la Santé a bien identifié le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire béninois comme l'un des outils fondamentaux de la planification, la coordination et la supervision de la politique nationale de santé. Le SNIGS a été mis en place en 1990 et il dépend de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP). Il est actuellement chargé de recueillir trois types d'informations :

- les informations relatives à la gestion du système de santé, notamment les informations concernant les ressources humaines, les équipements et le matériel, les produits pharmaceutiques et les données financières ;

- les informations portant sur les services de soins du système de santé, notamment des renseignements sur le nombre et le type de consultations effectuées incluant le diagnostic et les traitements prescrits associés, les hospitalisations, les interventions chirurgicales réalisées, les activités diagnostiques (services de biologie, d'imagerie médicale et de transfusion), ainsi que les données de surveillance, notamment celles associées aux maladies transmissibles les plus importantes ;

- les informations relatives aux services de soins infantiles et maternels, de planification familiale et de nutrition proposés par le système de santé.

La section Systèmes d'information sanitaire de ce document offre une plus ample description du système SNIGS. La DPP publie chaque année l'*Annuaire des statistiques sanitaires* qui synthétise les informations recueillies par le SNIGS cette année-là. Le rapport 2004[11] est disponible et la DPP travaille actuellement sur le rapport 2005. Ce rapport statistique est l'un des principaux documents utilisés dans le processus de planification. Toutefois, sa publication n'intervenant que tard dans le courant de l'année suivante (en raison des vérifications et des

[10] M. Islam. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual.* Soumis au USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Helath Reform*plus*, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
[11] Ministère de la Santé Publique. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.* République du Bénin.

corrections à effectuer), les niveaux périphériques s'appuient, pour leurs activités de planification, sur les données du SNIGS saisies au niveau de la zone sanitaire.

Un bulletin d'information trimestriel, appelé « Rétro-snigs », incluant un récapitulatif des données statistiques clés, est également publié par la DPP et diffusé aux niveaux intermédiaires et périphériques. Le nombre effectif de lecteurs reste toutefois méconnu. L'un de nos interlocuteurs nous a indiqué qu'en règle générale les gens n'aiment pas lire et donc que ce rapport ne constitue pas un outil de communication véritablement efficace. La plupart des intéressés préfèrent les réunions de bilan trimestrielles, telles que celles organisées par le Programme Élargi de Vaccinations/Soins de Santé Primaires (PEV/SSP).

Néanmoins, le SNIGS n'est pas l'unique source d'information utile à la planification et à la prise de décision. En 1992, admettant les difficultés liées à la diffusion de l'information et des rapports émanant de ses partenaires et de lui-même, le Ministère de la Santé a créé un centre de documentation au sein même de la DPP. Celui-ci a deux objectifs principaux :

- Recueillir, gérer et diffuser l'information sanitaire
- Jouer le rôle de centre de gestion des connaissances pour le Ministère de la Santé

Ce centre est prometteur de permettre l'accès à une multitude d'études et de rapports directement destinés ou susceptibles de contribuer à la planification et à la prise de décision, sous réserve que le public soit informé de son existence et puisse y avoir accès. Pour atteindre ces objectifs, le centre emploie quatre salariés, tous ayant bénéficié d'une formation en gestion de l'information à l'université locale. Le centre est cependant confronté à plusieurs difficultés, dont certaines sont énumérées ci-après.

- Le centre dépend de bailleurs de fonds depuis sa création. La Coopération suisse et la Banque Mondiale ont soutenu la création du centre et l'OMS a contribué à la mise en place d'une bibliographie informatisée, mais le financement s'est avéré inadéquat.

- Le centre se trouve dans les locaux du Ministère de la Santé à Cotonou ; ses activités et sa portée sont actuellement limitées au niveau central.

- Le centre ne reçoit pas de documents de la part du Ministère de la Santé ou des autres partenaires sanitaires, malgré les injonctions répétées à l'attention de tous les départements pour réclamer la soumission de l'ensemble des rapports publiés. Dans ces conditions, le centre ne peut donc pas vraiment fonctionner en tant que ressource de gestion des connaissances.

- On dénote une méconnaissance du centre, y compris au sein du Ministère de la Santé. La fréquentation du centre s'est stabilisée entre 1 300 et 1 500 visiteurs par an. En 2004, le centre a accueilli 1 330 visiteurs, dont 456 nouveaux ; seulement 5 % d'entre eux travaillaient pour le Ministère de la Santé. La plupart des utilisateurs du centre sont des étudiants ou des universitaires. La plus forte fréquentation a été enregistrée en 2003, à la suite d'une campagne de publicité destinée à faire connaître le centre[12].

[12] Ministère de la Santé. 2004. *Rapport sur les activités du Centre de documentation.*

- Les prérogatives du centre de documentation, celles de la nouvelle Direction de la Recherche Scientifique et celles du Service des études, des stratégies et de la prospective de la DPP sont potentiellement conflictuelles. Ces trois services ont pour mission de rassembler les études planifiées et réalisées dans le domaine de la santé. Une reformulation de leurs prérogatives s'impose donc afin de centraliser les activités liées à la gestion des connaissances au sein d'une seule entité.

Formulation et planification des politiques

La fonction de gérance requiert la mise en place de processus appropriés en vue de développer, débattre, ratifier et surveiller la législation et les dispositions réglementaires applicables en matière de santé. Le Bénin se caractérise par un processus de formulation des politiques et de planification stratégique bien développé et très participatif. La deuxième édition du plan quinquennal de politique et stratégies de développement du secteur santé couvrait la période 2002–2006. La planification pour le développement du troisième plan stratégique quinquennal (2007–2011) a d'ores et déjà débuté. Le développement de ce plan stratégique commence par l'étude des plans précédents et par la consultation de la littérature afin d'identifier les domaines d'intervention les plus pertinents. Sur la base de cette analyse, la DPP développe un projet de plan en collaboration avec les autres directions du Ministère de la Santé. Ce projet est alors débattu avec divers partenaires, notamment des représentants de l'ordre des médecins, de l'ordre des pharmaciens et de l'ordre des sages-femmes, des représentants d'organisations non gouvernementales (ONG), des acteurs du secteur privé, des bailleurs de fonds et des responsables des niveaux intermédiaire et périphérique du système de santé. Outre le plan de politique et stratégies de développement du secteur santé, deux autres documents de politique se caractérisent par leur importante portée sanitaire : les *Études nationales de perspectives à long terme : Bénin 2025*, document publié en août 2005, et le Document de stratégie de réduction de la pauvreté 2003–2005.

Le *Plan triennal de développement du secteur santé. 2004–2006* a été élaboré par la DPP afin de mettre en œuvre les politiques présentées dans les trois documents de politique mentionnés précédemment. En outre, ce plan triennal s'inspire du plan d'action et du budget du gouvernement, ainsi que des recommandations issues des études destinées à l'analyse des dépenses publiques. Chaque zone sanitaire développe un plan stratégique triennal inspiré de ce plan national, et établit chaque année un programme de travail sur la base de ce plan stratégique triennal. L'une des principales difficultés de ce processus de planification réside dans le fait qu'il ne correspond pas au calendrier budgétaire, si bien que les plans des différentes zones sont préparés sans la moindre indication sur le financement disponible. Une fois l'attribution des fonds déterminée pour chaque zone, ces plans sont revus. Les fonds transférés par le gouvernement central ne parviennent au niveau zonal qu'en cours d'exercice financier ; la mise en œuvre des activités intervient donc généralement dans la seconde moitié de l'exercice financier. Il s'agit alors de mettre en place le plus grand nombre d'activités possible afin d'exploiter au mieux le budget alloué.

Même si la quasi-totalité des personnes interrogées nous ont fait l'éloge de ce processus très participatif de développement des politiques, plusieurs, en particulier des acteurs du secteur

privé, ont le sentiment de ne pas être totalement impliqués dans la mise en œuvre des politiques ratifiées. Le Ministère de la Santé a récemment fondé un organe paritaire de partenariat et un cadre de concertation secteur public/secteur privé pour encourager la coordination des activités du secteur public et du secteur privé. L'implication du secteur privé dans le domaine de la santé est développée de façon plus détaillée dans la section Implication du secteur privé.

Contributions et coordination des bailleurs de fonds

Le secteur de la santé bénéficie des contributions de nombreux partenaires. Outre les partenaires internationaux traditionnels (OMS, Fonds des Nations Unies pour la Population, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance [UNICEF] et la Banque mondiale), il reçoit des financements provenant du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ; de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (Global Alliance on Vaccines and Immunizations – GAVI) ; et de la Banque Africaine de Développement. Les bailleurs de fonds bilatéraux incluent l'Allemagne, la Belgique, le Canada, la Chine, les États-Unis, la France, le Japon et la Suisse. La Banque Mondiale et l'Union Européenne assurent également un soutien budgétaire.

La communauté des bailleurs de fonds et le gouvernement du Bénin ont établi un mécanisme de coordination. Celui-ci inclut un groupe destiné au secteur de la santé, présidé par le Ministre de la Santé. Ce groupe se réunit généralement deux fois par an, ou plus fréquemment si nécessaire. Les partenaires choisissent parmi eux un représentant (actuellement la Coopération suisse) qui devient leur porte-parole et fait office d'intermédiaire pour le Ministère. Les partenaires débattent actuellement de la façon dont ils vont collaborer entre eux et de la manière dont ils vont pouvoir travailler en conformité avec les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement[13] (mars 2005). Les partenaires affirment qu'ils s'efforcent de suivre les stratégies et les politiques décrites dans le Document de politique et stratégies nationales de développement du secteur santé 2002–2006.

Les résultats des entretiens indiquent que les bailleurs de fonds sont de mieux en mieux coordonnés, excepté dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Parmi les exemples d'efforts de coordination, on note la volonté d'orienter les nouveaux bailleurs, le recensement des études réalisées afin d'en éviter la duplication, l'harmonisation (dans la mesure du possible) des procédures et des politiques et la diffusion des résultats obtenus lors des réunions des bailleurs de fonds. Chaque année, ces derniers participent à l'examen des performances dans le secteur de la santé réalisé par le Ministère de la Santé.

Les résultats des entretiens au niveau central révèlent que le Ministère de la Santé n'est pas encore satisfait du niveau de transparence des bailleurs de fonds. Le Ministère estime qu'il n'a pas suffisamment de visibilité sur les sommes effectivement versées au secteur de la santé par les divers bailleurs de fonds (via un soutien budgétaire) et sur la part de ce financement lors de l'évaluation des performances par rapport au budget alloué au programme.

[13] La Déclaration de Paris, entérinée le 2 mars 2005, est un accord international auquel une centaine de ministres, de responsables d'organismes d'aide et d'autres hauts fonctionnaires ont adhéré et engagé leurs pays et organismes à continuer à augmenter les efforts d'harmonisation, alignement et gestion axées sur les résultats avec des actions et indicateurs à suivre.

Participation sociale et réceptivité du système

Cet aspect de la fonction de gérance prend en compte l'implication de nombreuses partenaires impliqués dans la compréhension des questions sanitaires et dans la planification, la budgétisation, la supervision des actions mises en œuvre dans le secteur de la santé et l'observation de la réceptivité du système aux contributions des différents acteurs. Comme indiqué dans le chapitre précédent, la plupart des partenaires impliqués au niveau central participent au développement des politiques sanitaires.

De nombreux mécanismes ont été mis au point pour garantir l'implication de la société civile et de la communauté dans la gestion du système de santé. La communauté intervient principalement à travers sa participation au Comité Villageois de Santé, qui supervise les activités de l'UVS, premier niveau de prestation de services de santé dans la pyramide du système de santé béninois. La participation de la communauté est également assurée au niveau du Comité de Gestion du Centre de Santé. Par décret[14], les COGECS sont composés de deux représentants des femmes, deux représentants de la jeunesse, un représentant des personnalités éminentes de la communauté, un représentant du conseil municipal, un représentant d'une ONG travaillant dans le secteur de la santé dans l'arrondissement concerné, et les directeurs de la maternité et du dispensaire du centre de santé (ils ont une fonction de consultants auprès du comité).

Les COGECS supervisent les activités du centre de santé qui leur est associé ainsi que son budget. En outre, ils collaborent avec le Médecin Coordinateur de la Zone Sanitaire (MCZS) afin de déterminer les priorités de leur circonscription en matière de santé. Ces priorités sont ensuite intégrées dans les politiques et les plans définis à échelle zonale, régionale et nationale. Toutefois, de nombreux membres des EEZS n'ont pas bénéficié de formation récente et, par conséquent, la plupart des COGECS déplore une capacité limitée à accomplir correctement la mission de supervision qui leur incombe.

Au niveau de la zone, la société civile et les membres de la communauté font également partie des EEZS. Le Comité de Santé de la Zone Sanitaire, qui supervise les activités des zones sanitaires, inclut deux représentants de COGECS par commune, les maires des communes concernées, ainsi que des représentants des femmes, des partenaires du développement, d'ONG travaillant dans la zone, des prestataires du secteur public et du personnel de la Direction départementale de santé publique.

Responsabilisation

Cet aspect permet d'évaluer la façon dont le gouvernement répond aux interrogations de ses concitoyens et la manière dont il gère les actes de négligence et de corruption. Comme nous l'avons déjà évoqué dans les chapitres précédents, le Bénin a clairement développé ses priorités et ses objectifs de performance en matière de système de santé, notamment par le biais de documents de politique clés. Les documents relatifs à la politique sanitaire du pays et d'autres documents stratégiques ont été diffusés, notamment au niveau central, sans avoir été

[14] Décret n° 2005-611 du 28 septembre 2005.

nécessairement compris de tous. La diffusion large d'autres documents en dehors du niveau central du Ministère de la Santé ne semble pas assurée de façon régulière.

Le Bénin compte des syndicats de professionnels de la santé très actifs et assez « vocaux », qui se sont clairement prononcés en faveur d'une responsabilisation accrue et d'une meilleure gestion du système de santé Certains acteurs clés entretiennent une certaine méfiance à l'égard de ces syndicats et ont le sentiment qu'ils n'œuvrent pas toujours dans le meilleur intérêt du système de santé. L'exemple le plus souvent cité est l'échec d'un précédent gouvernement à se désengager de certaines activités du secteur de la santé. Plusieurs personnes interrogées pensent que l'intervention des syndicats contre cette proposition a contribué à l'avortement du projet ; cependant, il est clair que d'autres sources de pression politique ont également participé à cet échec. Le pays compte également deux ou trois organisations de protection des consommateurs, y compris la Ligue pour la Défense du Consommateur, mais aucun d'eux n'est spécifiquement orienté vers les soins de santé.

Comme dit dans le chapitre 2, les médias béninois sont très actifs et la presse est relativement libre. Les médias nationaux, écrits comme électroniques, traitent très régulièrement des questions sanitaires. Un magazine d'actualité mensuel consacré à la santé, « C'est ma vie », est publié et distribué principalement dans les pharmacies privées de Cotonou et de Porto-Novo. La plupart des articles figurant dans ce magazine ont traité à la santé des femmes. Le mensuel est souvent en rupture de stock (l'équipe d'évaluation a écumé toutes les pharmacies de Cotonou censées distribuer le magazine et n'a pu se procurer aucun exemplaire, les stocks étant épuisés). La chaîne de télévision nationale, l'ORTB, diffuse régulièrement des programmes abordant diverses questions liées à la santé. Lors de la Journée internationale contre le paludisme (25 avril 2006), qui coïncidait avec la visite d'évaluation, l'ORTB diffusait en première partie de soirée une émission spéciale dédiée au paludisme incluant une intervention du Ministre de la Santé qui décrivait le nouveau traitement antipaludique et la politique de prévention que le programme de lutte contre le paludisme est en train d'instaurer. Cette émission, à l'instar des autres programmes liés à la santé observés au cours de notre visite, plaçait le débat politique au second plan pour favoriser l'information du public sur les nouvelles politiques mises en place.

La hiérarchisation des dépenses de santé relève des COGECS et des CS/ZS. Les rapports financiers élaborés par les établissements de santé sont étudiés et signés par le COGECS avant qu'ils ne soient transmis au niveau zonal. Dès lors, les budgets des différents établissements de santé sont analysés par le CS/ZS et un budget de zone est établi afin de le soumettre au niveau départemental, puis au niveau central. Les rapports financiers ne sont transmis que dans un seul sens, vers le haut de la pyramide, de sorte que les membres des COGECS n'ont pas accès au rapport financier de zone final ni au rapport départemental. Bien qu'aucune loi n'empêche un membre de la communauté de solliciter et de consulter les documents financiers une fois qu'ils ont atteint le niveau zonal et au-delà, en pratique cela n'arrive jamais. La majorité des personnes interrogées ont émis des doutes quant au fait que les membres de la communauté, ou leurs représentants, puissent être autorisés à accéder aux documents financiers s'ils en faisaient la demande.

Dispositions réglementaires

Une bonne gouvernance du secteur de la santé requiert des capacités suffisantes en matière de supervision de la sécurité, de l'efficacité et de la qualité des services de santé et des médicaments, ainsi qu'en ce qui concerne la mise en œuvre des directives, normes et dispositions réglementaires développées. Au Bénin, cet aspect constitue précisément l'un des sujets les plus épineux de la gestion du pays.

Le processus d'élaboration et de ratification d'une loi proposée par le gouvernement commence par la rédaction d'un texte de loi provisoire par la direction du Ministère de la Santé qui sera concernée par la loi en question, en consultation avec les autres directions. La proposition est alors soumise au conseil technique du Ministre de la Santé afin d'être étudiée par le cabinet ministériel. Une fois approuvée par le cabinet, elle est soumise à la Cour suprême puis à l'Assemblée nationale où elle fera l'objet d'un débat et sera ratifiée ou non. Si le texte de loi est entériné par l'Assemblée nationale, il est soumis en dernière lecture à la Cour constitutionnelle, avant d'être signé par le Président[15]. Les décrets ministériels, en revanche, sont émis à partir des recommandations du cabinet et sont essentiellement des clarifications des lois sanitaires visant à faciliter la mise en œuvre des lois en question.

Bien que la plupart des lois et des dispositions réglementaires régissant le secteur de la santé aient été développées et diffusées, on déplore une culture du non-respect des lois entraînant peu ou pas de sanction. Ce sentiment d'impunité a été très souvent évoqué comme étant un obstacle important au développement d'un système de soins de santé efficace. La capacité limitée du gouvernement à faire appliquer les lois, aux niveaux central, intermédiaire et périphérique du Ministère de la Santé, et au sein même du pouvoir judiciaire, peut contribuer en partie à ce sentiment d'impunité. Malgré la présence d'un inspecteur général au Ministère de la Santé, celui-ci n'a aucune autorité en matière de poursuites judiciaires : il n'est autorisé qu'à signaler les infractions au Ministre de la Santé, qui lui seul décide de porter ou non l'affaire en justice. En outre, certains ont suggéré que le système de népotisme implanté depuis des dizaines d'années et dans lequel les postes et les offres reviennent à ceux qui entretiennent des liens avec des personnes hautes placées affiliées au gouvernement, a également contribué à ce sentiment d'impunité.

Tous les professionnels médicaux et paramédicaux qui exercent au Bénin doivent être agréés par l'État[16]. Tous les médecins, dentistes et sages-femmes doivent être enregistrés auprès de leurs ordres respectifs. Cependant, dans la mesure où ces lois n'ont pas été réellement appliquées par le passé, l'ordre des médecins et l'ordre des sages-femmes mènent essentiellement un travail de rattrapage pour faire en sorte que tous les professionnels soient enregistrés. Les cliniques, les pharmacies et les laboratoires privés ne peuvent être ouverts et exploités que par certaines catégories de personnel médical[17]. Les autorisations permettant au professionnel à diriger une clinique et à exercer sont accordées une seule fois mais elles peuvent être retirées. La section Implication du secteur privé décrit en détail ce processus d'attribution des autorisations ainsi que

[15] Entretiens des auteurs.
[16] Ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973. *Recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique.* 2e édition. Avril 2001.
[17] Loi n° 97-020 du 17 juin 1997. *Recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique*. 2e édition. Avril 2001.

les efforts réalisés pour engager le secteur privé dans le processus de régularisation. Des dispositions réglementaires régissent également le secteur pharmaceutique ; celles-ci sont développées de façon plus approfondie dans la section Gestion pharmaceutique. Actuellement, il n'y a aucun système d'accréditation des établissements de santé, mais le Ministère envisage de travailler dans cette direction.

Malgré l'existence de lois exhaustives visant à réglementer l'attribution des autorisations des professionnels de la santé et l'établissement de cabinets privés, celles-ci ne sont en réalité pas appliquées, notamment celles qui régissent l'activité des médecins et des infirmiers. Le gouvernement continue à embaucher des médecins sans que ceux-ci soient agréés. En outre, l'inspection biannuelle de tous les établissements de santé n'a jamais lieu, essentiellement en raison du manque de ressources humaines et financières insuffisantes. La fermeture de cliniques illégales s'avère difficile, en particulier dans les communautés disposant de peu de solutions alternatives et où la pression communautaire est citée comme principale raison de la non-fermeture de ce type d'établissements illégaux.

Des lois relatives aux fautes professionnelles médicales ont été développées[18] ; toutefois, très peu de cas de faute médicale ont été soumis aux instances professionnelles. Et l'un de nos interlocuteurs d'expliquer : « Il est très difficile de déterminer une faute en cas de dysfonctionnement dans la prise en charge du patient. Les médecins et les infirmiers sont généralement débordés et ne disposent pas toujours de l'équipement ou des médicaments adaptés. Ces facteurs doivent être pris en compte avant de commencer à parler de faute professionnelle. » Les problèmes liés au manque de responsabilisation du pouvoir judiciaire sont également évoqués comme expliquant l'absence de poursuite dans d'éventuels cas de faute professionnelle médicale.

Conclusion

La gouvernance du système de santé béninois reste problématique. En dépit de l'existence de lois, dispositions réglementaires et politiques relativement exhaustives et malgré le développement de mécanismes de responsabilisation et de réceptivité, leur mise en œuvre et leur application restent difficiles. Les paragraphes qui suivent récapitulent les points forts et les points faibles du système.

Points forts

- Des lois, des dispositions réglementaires, des politiques et des plans stratégiques exhaustifs relatifs à la gestion du système de santé ont été élaborés.

- On peut constater une implication active des partenaires externes ; les autres partenaires impliqués, notamment ceux du secteur privé ainsi que les membres de la communauté sont engagés dans le développement de politiques de santé et de plans sanitaires pertinents.

[18] Ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973. *Recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique.* 2e édition. Avril 2001.

- Des mécanismes ont été développés pour favoriser l'implication de la communauté et des bailleurs de fonds dans le processus de planification des politiques et du budget (COGECS, CS/ZS, Organe paritaire).

- Le système de gestion de l'information sanitaire fournit suffisamment d'informations pour soutenir le processus d'élaboration des politiques.

Points faibles

- On peut déplorer une application faible et inefficace des lois et des dispositions réglementaires principalement liée à une absence de volonté politique d'appliquer la réglementation en vigueur, mais également à l'insuffisance de ressources humaines et financières dédiées à leur application.

- De nombreux documents de politique, lois et dispositions réglementaires ont été préparés et sont retenus au niveau des différents départements du Ministère de la Santé et par ses partenaires. Ces documents ne sont pas mis à la disposition immédiate de toutes les parties concernées.

- Les autres sources d'informations qui pourraient ou devraient être exploitées dans le cadre du développement de la politique de santé et de la planification ne sont pas directement accessibles. On constate une utilisation et un financement insuffisants du centre de documentation. En outre, les prérogatives de ce centre sont potentiellement conflictuelles avec celles de la nouvelle Direction de la Recherche Scientifique. Ces difficultés compromettent la capacité du centre à accomplir sa mission de centre de gestion des connaissances pour le Ministère de la Santé.

- On constate actuellement une capacité insuffisante des organes de gestion au niveau communautaire (à savoir les COGECS et les EEZS), à accomplir pleinement leur mission de supervision de la planification et des finances.

- Les médias et les associations de protection des droits des consommateurs ne jouent pas un rôle actif dans le développement des politiques de santé.

Perspectives d'avenir

Beaucoup attendent du nouveau président et de son nouveau cabinet un remaniement de l'administration du pays dans son ensemble, ce qui devrait influencer la gestion du système de santé. Cette conjoncture crée un contexte dans lequel les interventions visant à améliorer la direction du système de soins de santé sont envisageables.

Menaces

La culture de népotisme et de non-respect des lois s'étend au-delà du secteur de la santé. Tant qu'elle perdurera, cette culture constituera un obstacle pour la bonne gouvernance du système de santé.

Financement des services de santé

Ce chapitre traite des dispositions actuellement prises par le Bénin pour recueillir, regrouper et allouer les ressources au secteur de la santé. Elle décrit également les points forts et les points faibles de ces dispositions, ainsi que les mesures mises en œuvre pour améliorer le financement des services sanitaires. En outre, ce chapitre présente des options supplémentaires de financement des services de santé visant à optimiser l'équité, l'accès, l'efficacité et la qualité des prestations.

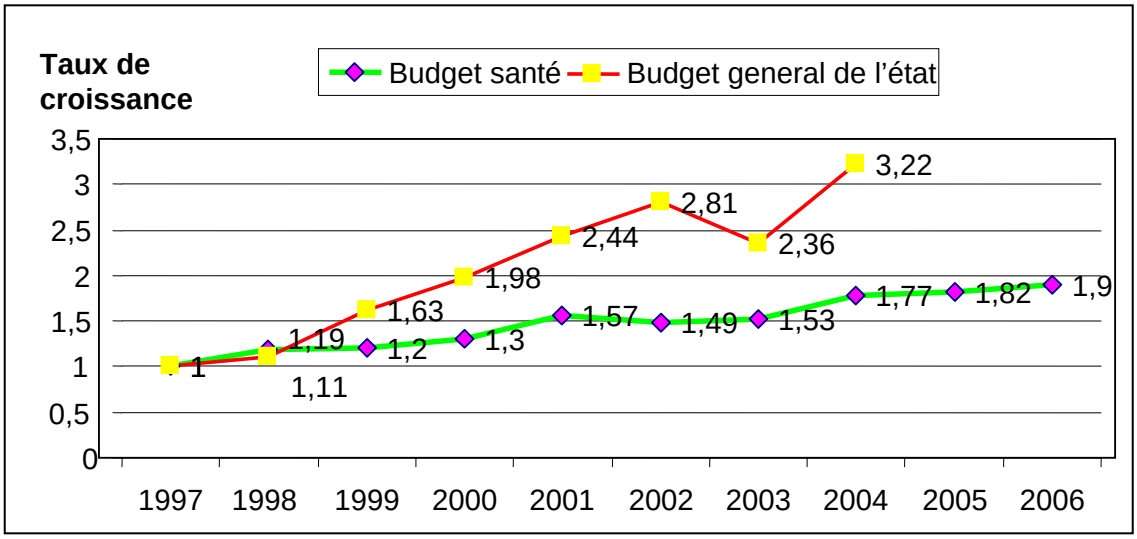
Analyse

Contexte

Le contexte général du financement des services de santé béninois se révèle compliqué. Le niveau de revenu du Bénin est faible, sa main-d'œuvre travaille principalement dans le secteur informel, le taux d'analphabétisme chez les adultes est élevé et environ 1,5 million d'habitants vit en dessous du seuil de pauvreté (soit approximativement 20 % de la population). Ces facteurs suggèrent donc que la perception des impôts sur le revenu national est probablement très limitée.

D'un point de vue plus optimiste, le Bénin se caractérise par une structure administrative très participative et la presse y est relativement libre. Le secteur de la santé inclut des structures destinées à la surveillance de la gestion des ressources financières par la société civile. Le gouvernement accorde une place prépondérante à la santé, en investissant 8,34 % des dépenses publiques dans ce secteur (un investissement légèrement inférieur à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne qui est de 9,24 %). Le Ministère de la Santé a mis en place un mécanisme d'identification des indigents afin de subventionner le paiement de leurs dépenses de santé par l'intermédiaire d'un fonds d'indigence créé récemment. Cette démarche constitue une avancée positive dans la diminution des obstacles financiers qui empêchent les populations rurales pauvres de bénéficier des services de santé dont elles ont besoin. Le Ministère de la Santé applique un processus budgétaire ascendant, reposant sur un budget-programme impliquant un engagement actif des niveaux décentralisés. Les processus d'attribution des ressources par le Ministère de la Santé sont stratégiques et transparents.

La légère diminution de la part relative de la santé dans le budget global du gouvernement mérite d'être étudiée de façon plus approfondie afin de déterminer si ce recul témoigne d'une dégradation de l'importance politique du secteur de la santé au fil du temps (voir Figure 5).



Source: Ministère de la Santé. 2005. *Annuaire des statistiques 2004* ; Budget du programme du Ministère de la Santé 2006–2008 (9/05).

Figure 5. Évolution du budget santé par rapport au budget du gouvernement central

Questions urgentes

Les professionnels béninois de la santé sont tout à fait conscients des problèmes urgents de financement auxquels le secteur est confronté. Les dépenses déboursées très élevées signifient que les chances de partage des risques sont limitées. Les plus démunis sous-utilisent les services sanitaires car ils n'ont pas les moyens de payer au moment où le besoin se fait sentir. La part étonnamment élevée des dépenses de santé associées aux médicaments conduit à se demander si l'achat de ces produits pharmaceutiques contribue de façon proportionnée à la santé publique. Il est possible que les dispositions relatives à l'allocation des ressources par le Ministère de la Santé, qui reposent sur des bases historiques, ne soient pas le moyen idéal d'orienter les fonds publics vers les populations les plus vulnérables et leurs besoins les plus urgents. En outre, les transferts de ressources du Ministère de la Santé ne sont pas contractuels et n'imposent à ceux qui les exploitent aucune obligation de résultat, ce qui n'encourage probablement pas la productivité ni l'efficacité. Les pratiques de gestion des dépenses publiques peuvent entraîner des difficultés en termes d'exécution du budget et provoquer une inflation des prix.

Niveaux et sources de financement des services de santé

Avec une part du PIB de 4,6 %, le Bénin se situe légèrement en deçà de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne en termes d'investissement dans le secteur de la santé (5,24 %). Le total des dépenses de santé par habitant est de USD 26 au taux de change actuel, et de USD 43en parité des pouvoirs d'achat. La Figure 6 présente les résultats de l'exercice comptable du secteur de la santé béninois, réalisé en 2006 à partir des données de l'année 2003. Plusieurs points méritent d'être soulignés. Les ménages sont, de loin, la source et l'agent de financement les plus

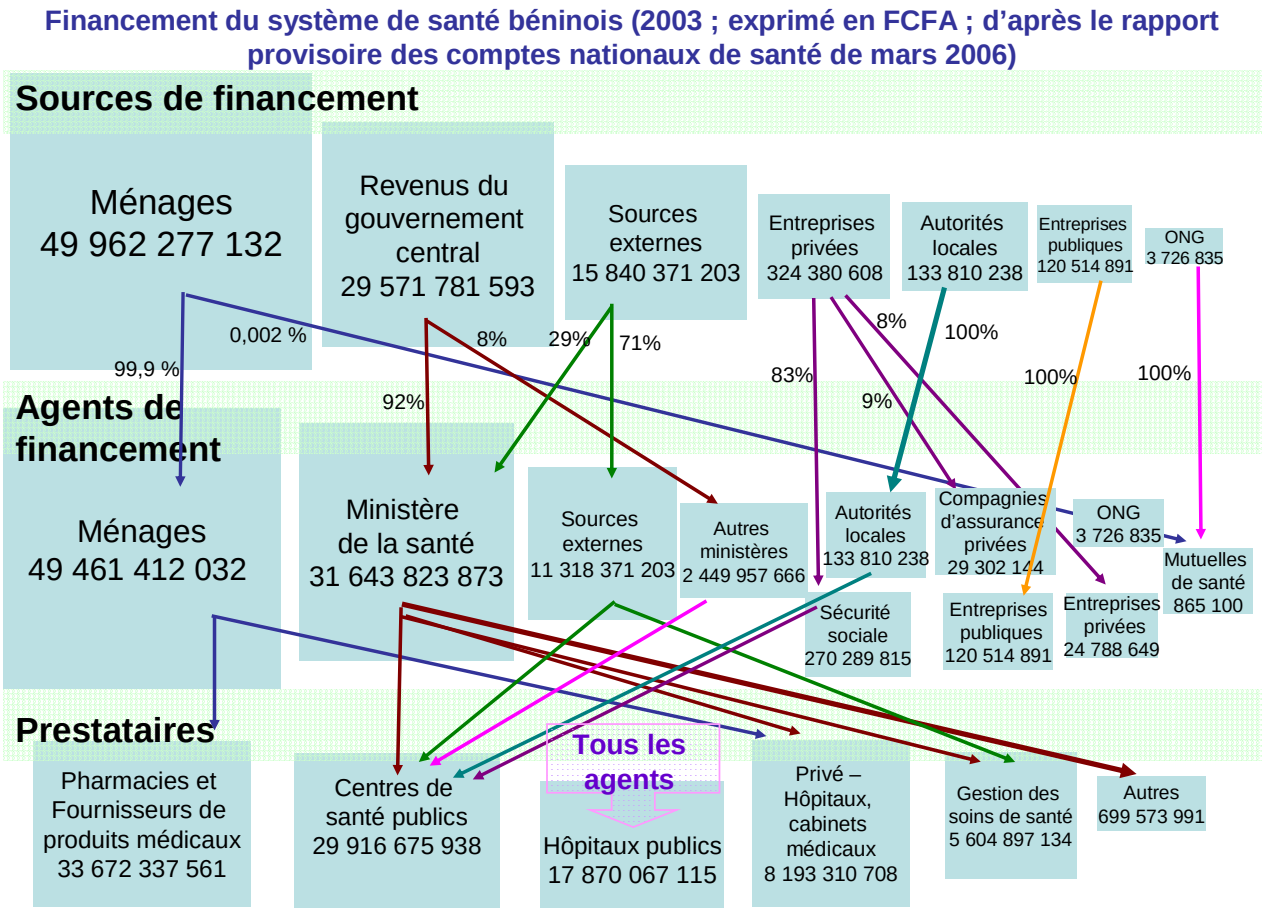


Figure 6. Financement des services de santé au Bénin : mouvement des fonds de la source au prestataire

importants du secteur de la santé au Bénin. Les dépenses privées déboursées représentent 51,2 % des dépenses totales et environ 99 % des dépenses privées. Après les ménages, le gouvernement se classe en deuxième position (31 %) et les bailleurs de fonds en troisième position (16,5 %) des sources de financement du secteur de la santé. Les deux principaux prestataires de services de santé sont les pharmacies et les centres de santé publics. Les sources de financement externes conservent un contrôle direct sur l'utilisation d'une large part de leurs contributions. Enfin, les hôpitaux publics disposent de diverses voies de financement et perçoivent des fonds provenant de tous les agents de financement.

Comme le décrit la Figure 7, le Bénin se place largement au-dessus des moyennes régionales en termes de dépenses déboursées. Toutefois, ce n'est pas le seul pays confronté à cette situation. Bien que la part élevée de dépenses déboursées puisse être le signe d'une grande priorité accordée au secteur de la santé, cette situation s'avère problématique pour plusieurs raisons. En premier lieu, ces dépenses échappent largement à l'influence des autorités publiques et par conséquent, ne servent pas nécessairement à l'achat de biens ou de services ayant un impact très significatif sur la santé. En second lieu, les populations indigentes dont les ressources financières

sont limitées sont susceptibles de sous-utiliser les services de santé dans la mesure où elles n'ont pas les moyens de payer au moment où elles en ont besoin.

Utilisation du financement des services de santé

L'analyse des dépenses de santé des ménages montre que la majorité de ces dépenses ne sont pas destinées au secteur de la santé publique mais aux pharmacies pour l'achat direct de médicaments. Comme le décrit la Figure 8, qui compare plusieurs pays dans diverses régions du monde, le Bénin consacre aux médicaments une part plus importante du total de ces ressources dédiées à la santé que tous les autres pays, à l'exception de l'Éthiopie.

Ces résultats se révèlent surprenants à plusieurs égards. D'une part, cette estimation des dépenses pharmaceutiques du Bénin ne distingue pas les dépenses de médicaments engagées par le Ministère de la Santé de celles de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux (CAME), l'organisme public autonome d'approvisionnement en médicaments. D'autre part, dans la mesure où, au Bénin, le prix unitaire des médicaments est réglementé de façon à rester inférieur aux prix du marché, l'on aurait pu s'attendre à ce que les dépenses du Bénin, à volume de médicaments équivalent, soient inférieures à la moyenne. Ce facteur suggère que, comparativement aux autres pays, et en dépit de prix bas, le Bénin consacre une part plus importante de son budget aux médicaments. Par ailleurs, les pharmacies étant concentrées dans les zones urbaines, cela signifie qu'une grande partie des ressources béninoises dédiées à la santé est dépensée dans les zones urbaines.

Comme souligné précédemment, les ressources émanant de bailleurs de fonds externes représentent 16,5 % des dépenses totales de santé. Néanmoins, seuls 29 % de ces fonds (soit 4,7 % des dépenses totales de santé) passent par la Ministère de la Santé. Cela signifie que 71 % des ressources mises à disposition par les bailleurs de fonds (soit 12 % des dépenses totales) échappent au contrôle direct du Ministère. La majeure partie des fonds destinés à la santé est investie au profit du Bénin (par exemple, par le biais de projets bilatéraux ou de donations faites à des institutions de santé spécifiques). Si l'on considère les dépenses de santé contrôlées par les ménages et celles contrôlées par les bailleurs de fonds externes, on constate que 64 % des dépenses échappent aux autorités publiques. Ceci laisse à penser qu'en dépit de gros efforts pour utiliser au mieux les fonds dédiés à la santé publique, le Ministère de la Santé devra compléter sa démarche par des mesures visant à influencer l'utilisation des financements générés par les ménages et les bailleurs de fonds afin d'aligner ces dépenses sur les priorités du pays en matière de santé et obtenir ainsi des résultats sanitaires significatifs.

Attribution des ressources par le Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé dispose d'un système d'allocation des fonds publics qui présente de nombreux atouts. Il implique un processus participatif reposant sur un budget-programme et sur une structure ascendante, qui intègre la consolidation des budgets de chaque unité administrative par le Ministère. Avant le début de chaque année calendaire (c'est-à-dire en avril 2005 pour l'année 2006), la DPP du Ministère de la Santé envoie une lettre d'instructions à chaque unité administrative, des directions ministérielles centrales aux zones sanitaires individuelles décentralisées. Cette lettre contient l'enveloppe de planification budgétaire correspondant à chaque unité administrative (basée sur l'année précédente) et présente les priorités

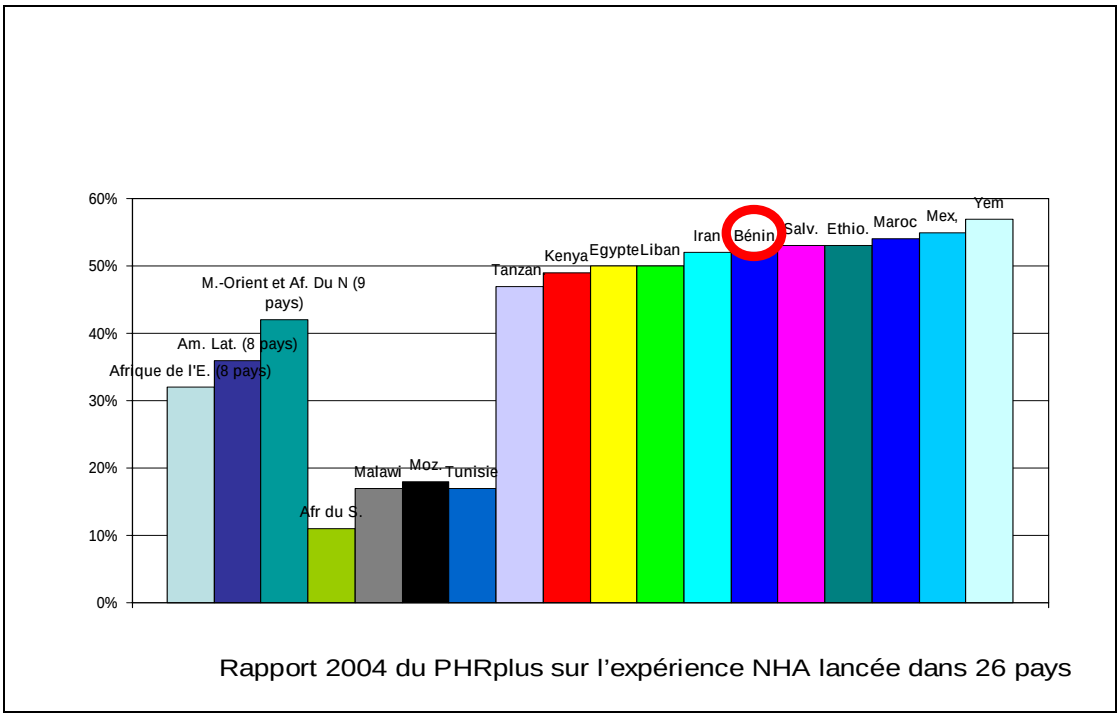
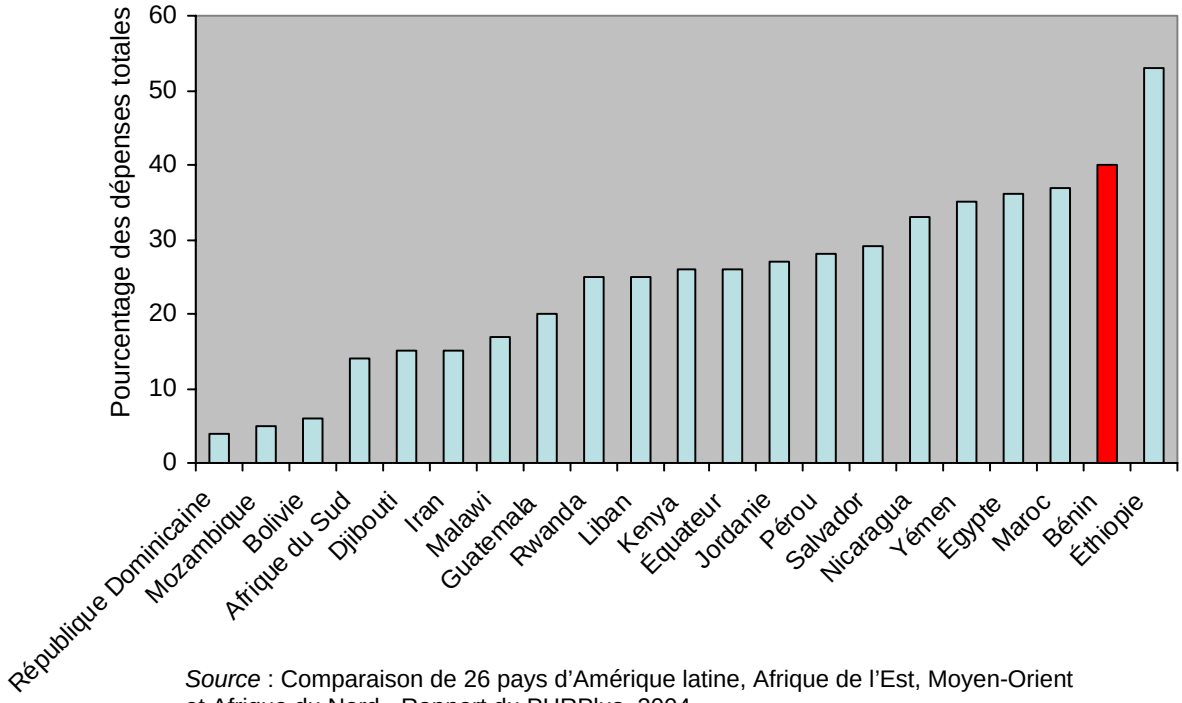


Figure 7. Dépenses directes des ménages dans le contexte mondial



Source : Comparaison de 26 pays d'Amérique latine, Afrique de l'Est, Moyen-Orient et Afrique du Nord - Rapport du PHRPlus, 2004.

Figure 8. Dépenses pharmaceutiques par rapport aux dépenses de santé totales

programmatiques du Ministère en termes d'allocation des ressources. Ces priorités correspondent aux cinq programmes clés du Ministère, reposant sur le Document de politique et stratégies nationales de développement du secteur santé (2002–2006), à savoir : (1) réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire ; (2) financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources ; (3) prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ; (4) prévention et lutte contre les maladies prioritaires : VIH/SIDA, paludisme et tuberculose ; et (5) promotion de la santé des familles.

Chaque unité administrative élabore alors son budget prévisionnel et la DPP du Ministère consolide ces mêmes budgets au sein du budget global du programme pour le secteur de la santé. Le budget ainsi consolidé est étudié avec les partenaires du développement et la proposition est finalisée à travers un processus itératif. Chaque année, la première semaine d'octobre au plus tard, le budget final attribué au programme est approuvé par l'Assemblée nationale et disponible à partir du 31 décembre.

En plus d'élaborer le budget global du programme, le Ministère archive ces données par ligne budgétaire de façon à pouvoir présenter son budget soit par programme soit par ligne budgétaire. Le système de suivi de l'exécution du budget est impressionnant et permet d'accéder en temps réel aux informations relatives aux dépenses.

Toutefois, plusieurs améliorations pourraient être apportées au système d'attribution des ressources du Ministère de la Santé, malgré ses nombreuses et impressionnantes caractéristiques. En premier lieu, les enveloppes budgétaires individuelles destinées aux différentes unités administratives ne prennent pas explicitement en compte certains facteurs tels que le fardeau des maladies, la pauvreté, la dispersion géographique de la population ou encore la capacité des autorités locales à percevoir des revenus. Bien que, dans l'ensemble, l'équité du système d'attribution des ressources semble assez satisfaisante, un système dans lequel les ressources seraient allouées selon ces paramètres pourrait permettre au Ministère de la Santé de renforcer davantage l'équité et de cibler les ressources dans les secteurs où elles sont le plus nécessaires. De nombreux autres pays ont introduit des mesures dans ce sens, notamment l'Afrique du Sud, le Mexique et le Pérou. Il pourrait donc s'avérer intéressant pour le Bénin d'étudier l'expérience de ces pays et d'en tirer des leçons.

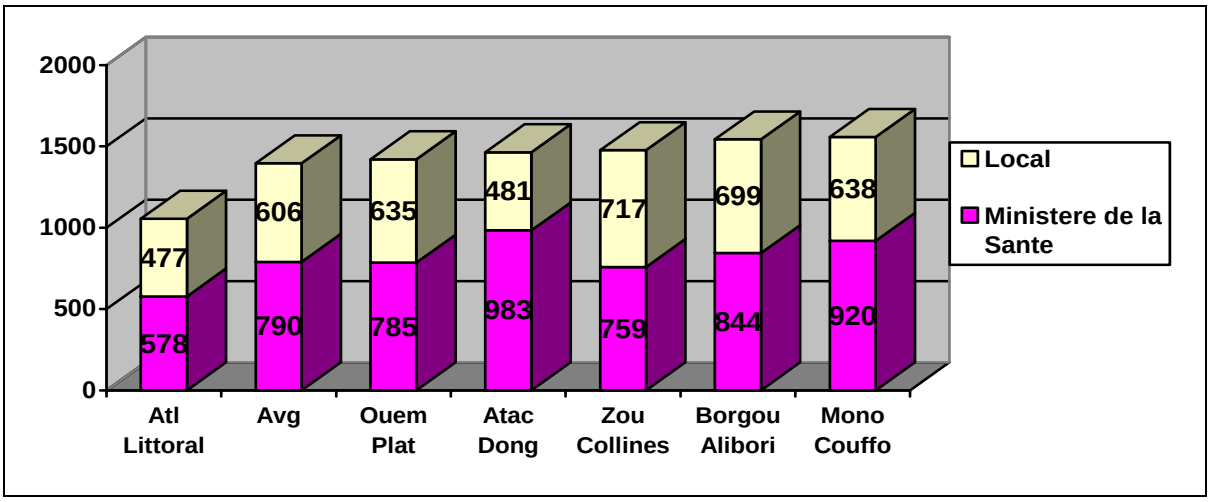
La deuxième amélioration que le Ministère de la Santé pourrait introduire serait de développer des bases contractuelles pour les transferts de ressources destinés aux unités administratives. Ceci signifie que pour un niveau de ressources budgétaires donné, chaque unité administrative s'engagerait à fournir un certain nombre de résultats. Le Ministère pourrait ainsi envisager la supervision de l'exécution du budget davantage en termes de réalisation de ces objectifs qu'en termes de dépenses réalisées. Le Bénin pourrait également s'inspirer de l'expérience intéressante d'autres pays où le Ministère de la Santé a testé cette stratégie en utilisant des contrats de performance pour transférer les ressources vers des entités décentralisées. Un groupe de travail dépêché par le Centre pour le Développement Global (Center for Global Development) étudie actuellement l'expérience de différents pays en matière de « paiement basé sur la performance » dans le secteur de la santé et publiera prochainement ses conclusions.

La troisième optimisation que pourrait introduire le Ministère pour mieux gérer son budget serait la mise à la disposition du public d'informations plus complètes sur l'allocation des ressources débloquées par les bailleurs de fonds. Dans la mesure où certaines ressources octroyées par les bailleurs de fonds pour soutenir le budget général passent directement par le Ministère des Finances, et que d'autres sont attribuées directement à des projets spécifiques ou à des établissements de santé, il est difficile pour le Ministère de la Santé de surveiller le montant et l'attribution de ces sommes ainsi que la façon dont elles sont dépensées. L'amélioration des informations budgétaires relatives aux dépenses de santé réalisées grâce aux contributions des bailleurs de fonds requiert un niveau élevé de collaboration et de transparence de la part de l'ensemble des partenaires.

Tarifs des soins fixés par le Ministère de la Santé

Dans les établissements qui dépendent du Ministère de la Santé, les consultations, les interventions et les médicaments sont payants et directement facturés au moment de la prestation de services. Ces contributions sont conservées au niveau de l'établissement. Le personnel de l'établissement coopère avec les COGECS pour répartir ces recettes selon des règles définies par le Ministère de la Santé. Le financement communautaire subventionne une part conséquente des coûts de fonctionnement locaux des établissements dépendants du Ministère de la Santé. Comme l'indique la Figure 9, en moyenne, les contributions locales assurent 43 % de la totalité des coûts de fonctionnement. Il apparaît que le financement du Ministère de la Santé vient compléter de façon efficace les contributions locales, si bien que les dépenses globales des différents départements sont relativement uniformes. Par exemple, Atacora Donga, le département dont les revenus locaux sont les plus faibles, bénéficie du financement du Ministère de la Santé le plus élevé par habitant (en dehors de la capitale et de ses alentours). Compte tenu de la faible utilisation des services, il peut s'avérer judicieux pour le Ministère de la Santé du Bénin d'envisager la gratuité de certains services essentiels. Cela pourrait éliminer l'obstacle financier qui empêche les plus démunis d'accéder aux soins.

Cette solution devrait être envisagée pour les services de santé de première priorité, tels que les accouchements ou les services de santé maternels et infantiles qui, en tout état de cause, ne constituent pas de sources de revenus importants (voir Figure 10) et dont une utilisation accrue serait souhaitable. Ce type de politique d'exemption peut être appliqué partout ou se limiter aux zones les plus pauvres. En Bolivie et au Pérou, par exemple, de telles mesures ont permis d'augmenter le nombre d'accouchements assistés et les services de santé infantiles. Une analyse approfondie permettrait de déterminer l'impact potentiel de ce genre de réforme sur la pérennité financière et l'utilisation de ces services.



Source : D'après les chiffres du Ministère de la Santé. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*

Figure 9. Financement du Ministère de la Santé par habitant en 2004 (en FCFA)

	Pourcentage de revenus
Médicaments et consommables	71%
Laboratoire + Radiologie	7%
Consultations externes	4%
Accouchements	4%
Autres recettes et contributions financières	4%
Hospitalisations	3%
Documentation	2%
Chirurgie	2%
Autres services	2%
Santé maternelle et infantile	1%
	100%

Source : Ministère de la Santé. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*.

Figure 10. Revenus de financement communautaire en 2004

Financement des soins pour les indigents

On estime qu'1,5 millions de Béninois vit en dessous du seuil de pauvreté. Pour ceux-ci, même la plus modeste contribution financière associée à une prestation de service de santé peut être un frein pour se faire soigner lorsque cela est nécessaire. Compte tenu de cette situation, le Bénin a récemment instauré un fonds d'indigence auquel les établissements publics peuvent faire appel pour la prise en charge sanitaire des plus démunis. Il s'agit d'une avancée considérable vers la diminution des contraintes financières qui freinent l'utilisation des services de santé. Toutefois, l'introduction de mesures supplémentaires pourrait renforcer l'efficacité de ce fonds d'indigence.

Actuellement, les personnes dont les dépenses de santé sont couvertes par ce dispositif doivent obtenir un certificat d'indigence auprès de la communauté. Ce document est généralement préparé par le COGECS puis certifié par un travailleur social et signé par un membre du cabinet du maire. Grâce à ces certificats, les établissements publics peuvent proposer leurs services gratuitement et demander à la Direction Générale du Trésor le remboursement des soins dispensés aux personnes qui répondent aux critères du fonds d'indigence. Toutefois, ce dispositif ne fait l'objet d'aucune publicité ou de prise de contact avec les communautés ; si bien qu'en règle générale, les gens ignorent qu'ils peuvent bénéficier de soins gratuits. En outre, le fonds n'assure pas le remboursement des professionnels du secteur privé, même s'ils prennent en charge des indigents. Les hôpitaux publics, en revanche, semblent encourager vivement l'identification des patients en tant qu'indigents (généralement parce qu'ils ont fait l'expérience d'avoir prodigué des soins sans pouvoir obtenir le paiement de leurs honoraires). Ainsi, le fonds d'indigence, tel qu'il est actuellement appliqué, fait davantage office de filet de protection des hôpitaux contre les impayés que d'outil visant à encourager les plus pauvres à recourir aux services de santé lorsqu'ils en ont besoin et autant que nécessaire.

Un certain nombre d'idées circulent sur la façon d'optimiser l'efficacité de cette solution, notamment par la mise à disposition des fonds destinés aux soins de santé pour les plus démunis via des systèmes d'assurance-maladie communautaires. Il serait donc intéressant d'étudier ce type de système dans les pays qui l'ont adopté. Il serait également utile d'informer davantage le public afin que ceux pour qui cette aide est nécessaire en connaissent les principes avant la survenue d'un problème de santé. Le Ministère de la Santé peut aussi envisager l'ouverture du fonds d'indigence à tous les professionnels de la santé autorisés prenant en charge des indigents, y compris les établissements privés. Il a été suggéré que la conservation de l'appellation actuelle du fonds d'indigence pouvait constituer un autre obstacle à l'accessibilité des soins. Aussi, en cas de refonte du mécanisme de diminution des contraintes financières limitant l'accessibilité des soins aux plus démunis, ce paramètre doit être pris en compte et conduire à la requalification du dispositif en vue d'une plus grande acceptabilité.

Achats et exécution du budget du Ministère de la Santé

L'exécution du budget du Ministère de la Santé est globalement assez satisfaisante. Les fonds transférés par le Ministère aux départements sont utilisés à 100 % des niveaux autorisés. Les services du Ministère central eux-mêmes exécutent à 90 % les niveaux budgétaires qui leur sont autorisés. Le Ministère de la Santé applique des méthodes internes d'achat efficaces. Le Ministère des Finances délègue l'un de ses membres auprès du Ministère de la Santé et de chaque préfecture. Ces délégués participent à l'élaboration des documents d'approvisionnement et certifient la bonne réception de tous les biens achetés. Cette relation directe entre le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances permet d'éviter les erreurs et raccourcit les procédures d'approvisionnement.

La difficulté la plus importante en matière d'achats ne se situe pas au niveau du Ministère et de ses unités administratives mais au niveau du Trésor Public. En effet, toutes les factures du Ministère de la Santé sont directement acquittées par le Trésor Public. En principe, cette structure doit favoriser la transparence des achats réalisés par le gouvernement or, le Trésor met énormément de temps à payer les fournisseurs. Ce délai dissuade donc nombre d'entre eux de

travailler pour le Ministère de la Santé et ceux qui acceptent appliquent des majorations conséquentes pour frais financiers et autres, ce qui augmente d'autant plus les coûts d'approvisionnement. En outre, le Ministère de la Santé n'a accès à aucune grille tarifaire qui lui permettrait de savoir si les prix proposés sont réellement compétitifs. Ainsi, à moins que les employés soient personnellement familiarisés avec le prix courant d'un article donné, le Ministère ne dispose d'aucune information pour évaluer les prix.

Enfin, la pratique consistant à attribuer les ressources budgétisées, en parts égales, une fois par trimestre, constitue un autre frein à l'exécution efficace du budget. En effet, pour chaque période de trois mois, les dépenses des unités administratives du Ministère de la Santé sont limitées à un quart du niveau annuel autorisé, quelle que soit l'évolution des besoins en ressources tout au long de l'année.

Paiements d'avance et assurance

Le Bénin compte trois grands types d'assurance-santé. D'une part, les salariés du secteur formel ainsi que leur famille sont pris en charge par l'Office Béninois de Sécurité Sociale. Celui-ci assure le paiement partiel des dépenses de santé et implique des paiements de la quote-part par le client qui varient en fonction du type de produit ou de service (médicaments, consultations, etc.). D'autre part, les entreprises privées recherchent des assurances-santé complémentaires pour leurs employés auprès d'entreprises commerciales privées. De nombreuses compagnies d'assurance privées sont implantées au Bénin ; le marché semble offrir des solutions complètes et les différents concurrents se disputent les parts de marché sur la base des prix pratiqués et de la qualité de leurs prestations. Enfin, le troisième type de paiement anticipé instauré au Bénin est le système d'assurance-santé communautaire. Un nombre encore limité, mais grandissant, de systèmes de ce type s'est développé ces 10 dernières années et ils deviennent de plus en plus populaires auprès des communautés et des bailleurs de fonds. Bien que seule une partie relativement petite de la population béninoise bénéficie de l'un de ces trois systèmes d'assurance, on constate une prise de conscience croissante quant au fait que ces solutions sont un moyen de financement des soins de santé plus efficace que le paiement direct des dépenses. Il est également admis que ce type de système d'assurance peut permettre de canaliser les aides santé destinées aux plus démunis. Pour de plus amples détails sur le système d'assurance-maladie, veuillez vous reporter au chapitre relatif à l'implication du secteur privé.

Modalités de paiement des prestataires

Dans le secteur public, les professionnels de la santé perçoivent des salaires. Dans le secteur privé, ils sont rémunérés à l'acte. Les compagnies d'assurance remboursent les professionnels à l'acte également.

Conclusions

Points forts

- Le système béninois de paiement des frais de santé permet la rétention des recettes au niveau des prestataires de service.

- Le fonds d'indigence du Ministère de la Santé permet de couvrir les coûts de prise en charge des plus démunis.

- Le Bénin a une certaine expérience de la mise en commun des risques et du paiement d'avance, à travers l'existence d'assurances commerciales privées et de mutuelles de santé.

- Le Ministère de la Santé fait appel à un processus de budgétisation ascendant qui repose sur un programme spécifique (budget-programme). Les unités administratives préparent chacune leur budget que le Ministère de la Santé consolide au niveau central.

Points faibles

- Le volume élevé de dépenses déboursées sous la forme d'honoraires ou d'achats de médicaments constitue probablement un obstacle à l'accès aux soins pour les plus démunis et ne permet pas la mise en commun des risques.

- Les dépenses importantes des ménages en matière de produits pharmaceutiques et autres consommables ne sont pas nécessairement associées aux problèmes sanitaires les plus importants ou les plus sensibles.

- Le financement des services de santé par le gouvernement n'est pas en adéquation avec ce qui peut être observé dans les autres pays et les autres secteurs.

- Le Ministère de la Santé ne transfère pas les ressources destinées à ses unités administratives sur la base de contrats de performance.

- Le système d'assurance-santé est encore naissant, et les assureurs ont des difficultés à garantir la pérennité financière de leurs structures.

- Les prestataires de services privés confessionnels prennent en charge les patients indigents (notamment pour les services d'urgence tels que les accouchements par césarienne), et ne peuvent pas récupérer les honoraires correspondant à ces services auprès du fonds d'indigence du Ministère de la Santé. Au fur et à mesure, ces impayés peuvent inciter ces prestataires à ne plus prendre en charge les plus démunis ; ils peuvent également conduire à une dégradation de la qualité des services dans leur ensemble puisque les professionnels devront économiser sur les coûts de fonctionnement ou renoncer aux investissements pour pouvoir assurer l'accueil des indigents. Enfin, ceci peut réduire l'accessibilité aux services des autres catégories de la population si les professionnels de la santé sont contraints d'augmenter leurs tarifs.

Perspectives d'avenir

- La population est optimiste et enthousiaste quant aux possibilités d'amélioration susceptibles d'être introduites par le nouveau gouvernement. L'ouverture de la population au changement

et son large soutien au gouvernement permettent à celui-ci d'entreprendre des mesures importantes qui n'auraient pas été envisageables par le passé.

- De très nombreux acteurs admettent que les contraintes financières empêchent les Béninois d'accéder aux services de santé prioritaires et pensent qu'un élargissement de l'accès à un système d'assurance mutualiste contribuerait à répondre à ce problème.

- La GAVI lance actuellement une campagne de soutien pour le renforcement des systèmes de santé et de recherche de pays partenaires ayant mis au point des méthodes de budgétisation de programmes et des plans de développement de leur système de santé. Le Bénin semble réunir tous les critères requis pour s'associer à la GAVI.

Menaces

En dépit d'une organisation impressionnante et de contrôles importants du budget et de la gestion financière du Ministère de la Santé, beaucoup évoquent la vulnérabilité du système face aux abus.

Prestation de services de santé

De l'organisation et de la gestion des services de santé dépend en grande partie la qualité de la réponse aux besoins de la population. Les systèmes de prestation de soins sont constitués de prestataires provenant du secteur public et du secteur privé qui sont structurés suivant différents niveaux de décentralisation, de relations de paiement, et ainsi de suite. On peut définir la prestation de services comme la façon d'organiser les intrants pour offrir une série d'interventions ou d'actions sanitaires, la prestation de services étant la fonction principale du système de santé (OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000). Le système de prestation de services constitue le point de rencontre de l'offre et de la demande de soins. C'est le point d'intersection de toutes les ressources et de l'ensemble des normes en vue de leur transformation en services de soins, de prévention, de rééducation et de promotion.

Comme décrit au chapitre 2, le système de santé du Bénin a une structure pyramidale avec, à sa base, la zone sanitaire. Selon une évaluation faite en 2005, les 34 zones sanitaires sont opérationnelles du fait qu'elles sont administrées par un comité de santé et une équipe de direction de la zone sanitaire.

Le Tableau 5 illustre l'organisation et la gestion d'une zone sanitaire ainsi que la couverture par les différentes structures sanitaires (représentée par le nombre d'unités administratives équipées de ces types de structures sanitaires).

Tableau 5. Organisation, gestion et disponibilité des structures sanitaires situées à la base du système de santé du Bénin

Niveau	Nombre par niveau	Population desservie	Organe de prise de décision	Organe technique	Structure sanitaire	Couverture par les structures
Village	3 747		Comité Villageois de Santé		UVS	15 %[a]
Arrondissement Commune	546 77	10 000–15 000 50 000–60 000	COGECS		Centres de santé[b]	86 %[c]
Zone sanitaire	34	100 000–200 000	CS/ZS[d]	EEZS	Hôpital de zone	70 %[c] 0,32 lits HZ/ habitants[c]

[a] EDS 2001.
[b] CSC, CSA, CASES, maternités isolées et dispensaires.
[c] *Annuaire des statistiques sanitaires 2004 :* comprend certains établissements confessionnels lorsqu'ils portent l'appellation CSA, CSC ou HZ.
[d] Le sous-comité fonctionne comme conseil d'administration de l'hôpital.

Analyse de la prestation de services de santé

Il faut noter, tout d'abord, la disponibilité rare de données nationales permettant d'évaluer les différents aspects de la prestation de services de santé. À l'exception des données provenant du SNIGS pour 2004 ou de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) de 2001, ce qui suit se fonde sur différents comptes rendus et études effectués dans des zones géographiques définies, sur des entretiens ou sur les visites d'un nombre limité de sites. Il est souvent fait référence aux résultats obtenus dans les départements de Borgou/Alibori en raison de la disponibilité d'informations de suivi et d'évaluation sur un grand nombre d'indicateurs s'étalant sur une période de sept ans (*Rapport final PROSAF* ; *Rapport final PROSAF II*).

Disponibilité des prestations de services de santé

Les chiffres présentés au Tableau 5 ne permettent pas d'évaluer de façon précise la disponibilité des services de santé pour les raisons suivantes. D'une part, actuellement, la liste des structures sanitaires privées est uniquement en phase d'établissement. Celles-ci se trouvent en majorité dans les départements du Littoral (Cotonou) et de l'Ouémé (Porto-Novo) et un nombre important de prestataires privés n'a pas reçu d'autorisation officielle pour l'ouverture d'un établissement privé (voir la section Implication du secteur privé pour plus de détails). D'autre part, la seule présence d'une infrastructure ne suffit pas à assurer la disponibilité des services de santé.

L'analyse de la capacité hospitalière nationale en lits au Bénin (pour le secteur public et les structures confessionnelles) indique une moyenne de 0,55 lit pour 1000 habitants. Bien que ce niveau soit inférieur aux recommandations de l'OMS d'un lit pour 1000 habitants, un nombre important de lits non utilisés demeure : les taux d'occupation de lit sont de 30 % dans les CSC, 39 % dans les CHD, 53 % dans les hôpitaux publics de zone sanitaire, 65 % dans le CNHU et

81 % dans les hôpitaux confessionnels. Le CNHU représente 15 % de la capacité hospitalière nationale, les CHD 29 % et la capacité restante est répartie entre les hôpitaux de zone publics et confessionnels (28 % chacun). Mais en raison du taux d'occupation supérieur dans les hôpitaux confessionnels, ceux-ci représentent 36 % des hospitalisations contre 21 % pour les hôpitaux de zone public. En ce qui concerne les hôpitaux de zone fonctionnels qui servent de premier centre de référence, 67 % seulement des zones sanitaires ont un hôpital de zone déclaré et on trouve un gynécologue-obstétricien dans seulement 47 % de ces hôpitaux ; 52 % ont un chirurgien et 23 % un pédiatre.[19]

L'impression qui se dégage du nombre global des ressources humaines est que, à l'exception de certaines spécialités, le personnel correspond généralement aux besoins (voir la section Ressources humaines pour plus de détails sur la gestion des ressources humaines). En réalité, la répartition des ressources humaines entre les secteurs public et privé dans les zones rurales et les zones urbaines, indique que celles-ci ne sont pas toujours disponibles là où elles sont requises. Dans l'ensemble, 56 % des médecins travaillent dans le secteur privé. Les pourcentages figurant dans l'*Annuaire des statistiques sanitaires* concernant les infirmiers, les sages-femmes et les techniciens de laboratoire du secteur privé sont bien inférieurs (15 %, 17 %, et 12 % respectivement). Le Tableau 6 illustre la densité des ressources humaines disponibles par habitant pour différentes catégories de personnel sanitaire.

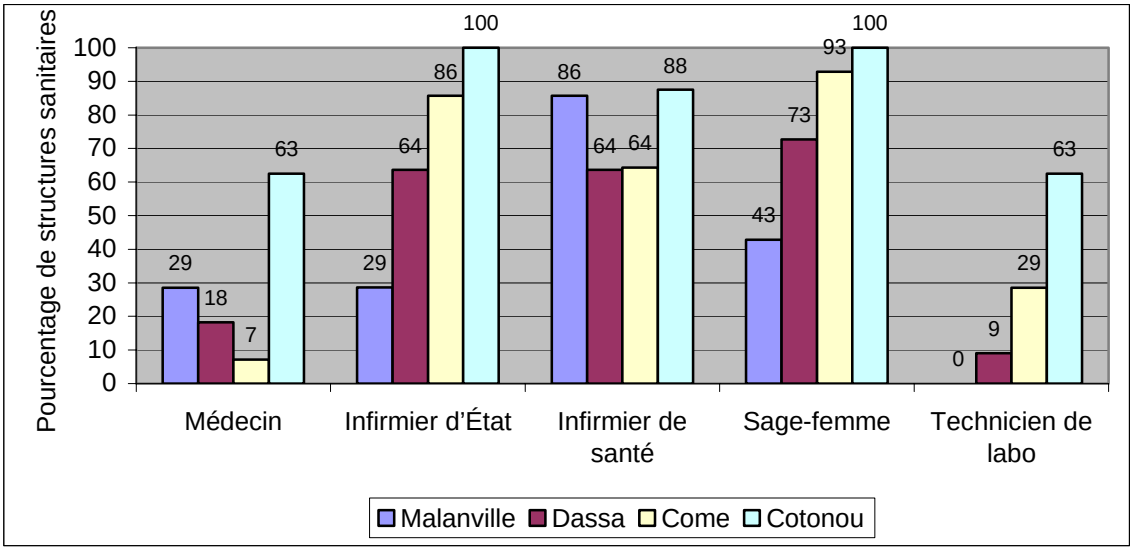
Tableau 6. Densité de personnel de santé par rapport à la population au Bénin*

Catégorie du personnel	La plus faible	La plus élevée
Médecins	2 325 Atlantique/Littoral	22 160 Borgou/Alibori
Infirmières	1 700 Ouémé/Plateau	4 000 Atacora/Donga
Sages-femmes	1 125 Atlantique/Littoral	2 700 Atacora/Donga
Techniciens de laboratoire	8 800 Atlantique/Littoral	34 000 Atacora/Donga

Les premiers résultats provenant d'une étude sur les structures sanitaires effectuée fin 2005 dans quatre zones sanitaires (30 CSA et 10 CSC) situées dans différentes régions du pays[20] indiquent que 85 % des établissements ont l'électricité, 90 % ont l'eau courante et 87 % ont des blocs sanitaires. Mais, seulement 37 % de ces établissements possèdent un moyen quelconque de communication (téléphone ou réseau radio), entre la zone sanitaire septentrionale où aucun établissement ne possède de moyen de communication et Cotonou où 75 % des établissements en sont équipés. La Figure 11 illustre la disponibilité des différents types de professionnels et indique une grande inégalité d'accès, notamment en ce qui concerne les médecins, les sages-femmes et les techniciens de laboratoire.

[19] Ministère de la Santé Publique. 2005. *Annuaire des Statistiques Sanitaires 2004*. République du Bénin.

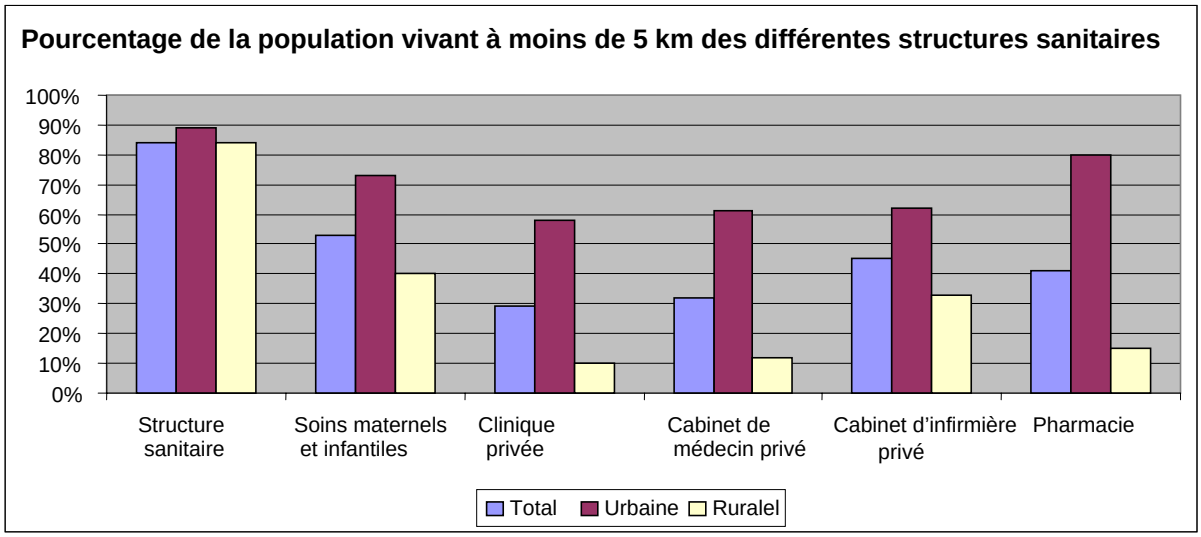
[20] L'étude s'est déroulée à Malanville/Karimama, Dassa-Zoumé/Glazoué, Comè/Grand Popo/Houéyogbé et Cotonou. Tous les CSA et CSC de ces zones étaient inclus dans l'étude. Cette étude a été effectuée sous les auspices de l'étude Les effets du fonds mondial sur le système de santé, financé par USAID à travers le projet "Partners for Health Reform plus (PHRplus)".



Note : N = 40 établissements.

Figure 11. Pourcentage des établissements doté de personnel qualifié : étude de quatre zones sanitaires au Bénin

La Figure 11 illustre la disponibilité en personnel alors que la Figure 12 illustre l'accessibilité aux services (EDS 2001). Le pourcentage de la population ayant accès aux services de santé (surtout du secteur public) s'élève à 84 % et il est équitablement réparti. Ce pourcentage correspond à celui du Ministère de la Santé sur la couverture sanitaire (nombre d'arrondissements possédant soit un CSA soit un CSC) qui est de 86 % (voir le Tableau 5). Toutefois, l'accès aux soins de santé maternelle et infantile (SMI), aux pharmacies et aux prestataires de service privés n'est pas équitable avec un accès très inférieur en ce qui concerne les populations rurales.



Source : EDS 2001.

Figure 12. Accès géographique aux services de santé au Bénin

Utilisation des services et couverture médicale

Obstacles à l'accès aux soins

La disponibilité et l'accès géographique des services de santé sont des déterminants clés de la possibilité, pour la population, de bénéficier des prestations mises en place. Il n'est pas certain, cependant, que la population utilise les services mis à sa disposition une fois éliminés les obstacles géographiques.

Plusieurs sources d'informations ont été utilisées pour mieux comprendre quels peuvent être les obstacles prévenant l'accès de la population aux soins. D'après une étude qualitative effectuée dans la partie septentrionale du Bénin[21], les ressources destinées aux services de santé ne proviennent pas des ressources mises en commun par les ménages, comme pour les achats destinés au logement ou à l'agriculture. En fait, les personnes qui tombent malades dépendent uniquement des ressources qu'elles peuvent réunir individuellement sur le moment. D'après cette étude, la distance géographique n'est pas l'obstacle principal, en revanche le coût, la modalité de paiement et la perception de la qualité du soin fourni (médicaments, examens en laboratoire, relation entre le client et le prestataire de services et présence de personnel qualifié) sont les facteurs clés pris en compte lorsqu'un recours au soin est envisagé. Ces résultats reflètent ce que les partenaires impliqués, à tous les niveaux du système, ont mentionné comme étant des obstacles : « accueil, pauvreté, rançonnement » (relations entre le prestataire et le patient, pauvreté et paiements sous la table). Un autre élément souvent mentionné est la préférence pour la médecine traditionnelle. Selon les résultats de l'EDS 2001, les raisons principales (liste de trois raisons possibles) pour ne pas recourir aux soins sont : le coût des médicaments (42 %), l'éloignement des structures sanitaires (42 %), l'absence de structure sanitaire (30 %), l'absence de personnel sanitaire (25 %), l'absence d'équipement (24 %), le coût trop élevé des consultations (16 %), la mauvaise relation entre le prestataire et le client (12 %) et le manque de médicaments (10 %).

Recours aux services de soins

D'après l'*Annuaire des statistiques sanitaires 2004*, les services de consultation externes sont constamment sous-utilisés, le nombre de visites par année est en moyenne de 0,39 parmi les établissements participant à l'enquête[22] (de 0,27 pour le département du Couffo à 0,62 dans le département du Littoral). Le Tableau 7 indique ces chiffres ainsi que différents autres taux d'utilisation ou de couverture. Ces chiffres demeurent assez stables depuis 1995 environ, à l'exception des consultations des enfants de moins d'un an, qui ont augmenté au cours des 15 dernières années, passant de 0,40 à environ 1,60 par enfant et par année. Dans une mesure moindre, les consultations des enfants de 1 à 4 ans ont également augmenté, passant environ de 0,20 à 0,50.

[21] P. Ngom, S. Wawire, T. Gandaho et al. 2000. Inter-household Decision Making on Health and Resource Allocation in Borgou, Benin. *Frontiers* (novembre).

[22] Ce taux d'utilisation comprend toutes les structures sanitaires publiques et quelques structures privées (la plupart sont des structures confessionnelles) qui ont contribué au SNIGS de 2004. Il n'inclut pas la plupart des structures privées.

Utilisation des services de santé de la reproduction et de la santé infantile

Le recours aux soins prénatals, mesuré par le nombre de consultations prénatales réalisées en moyenne par rapport au nombre de femmes enceintes était de 92 %, allant de 66 % dans le département de l'Atacora à 179 % dans celui du Littoral. Le pourcentage de femmes qui ont eu recours à un accouchement assisté s'élevait à 76 %, allant de 47 % dans le département de l'Atacora à 91 % dans celui du Littoral. Les résultats de l'EDS indiquent qu'au moins 87 % des femmes ont bénéficié d'une consultation prénatale, avec peu de différence entre les femmes des zones rurales et celles des zones urbaines, mais 71 % des femmes en zone urbaine ont bénéficié de quatre visites prénatales contre 57 % des femmes dans les zones rurales. Bien que le pourcentage total des femmes accouchant dans un établissement moderne était de 72 %, ce pourcentage allait en fait de 98 % à Cotonou à 54 % dans le département de l'Atacora. La prévalence en utilisation des méthodes contraceptives en 2004 (*Annuaire des statistiques sanitaires*) était de 16,4 %, allant de 1 % dans le département du Plateau à 23 % dans le département du Zou. La couverture vaccinale contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DPT3) correspondait à 87 %, allant de 68 % dans le département du Plateau à 103 % dans le département de Couffo. Les données de l'EDS sur les structures sanitaires indiquaient une couverture pour le DPT3 allant de 56 % à 88 %. Le Tableau 7 présente un résumé des différents résultats.

Tableau 7. Taux de couverture selon les différentes sources

Type de soins se santé	**EDS 2001**	***Annuaire des statistiques sanitaires 2004***	**Évaluation de 34 zones sanitaires (1er trimestre 2005)**
Utilisation des services de soins	Aucune donnée disponible	0,39	0,09–0,93
Vaccinations infantiles	73 % DTP3 (fourchette : 56–88 %) 59 % tous vaccins (fourchette : 49–68 %)	DPT3 87 % (fourchette : 68–103 %)	Couverture effective 26–85 %
Soins prénatals	87 % au moins 1 visite prénatale 4 visites prénatales et plus : 57 % (rural)–71 % (urbain)	92% au moins 1 visite prénatale (fourchette : 66–179 % au moins 1 visite prénatale)	4 visites prénatales et plus : 4–69 %
Accouchements assistés	72 % (fourchette : 54–98 %)	76 % (fourchette : 47–75 %)	15–75 %
Utilisation des méthodes contraceptives	18,6 % (fourchette : 5–28 %)	16,4 % (fourchette : 1–23 %)	0,25–25 %

Maladies à priorité spécifique

Trois maladies ont bénéficié d'une attention spéciale au Bénin, ceci notamment grâce aux fonds disponibles pour les combattre. Il s'agit du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose.

Le taux actuel de détection de la tuberculose est de 82 %[23]. Le taux de traitement ayant eu une issue positive (guérison) était de 81 % en 2004 ; il est resté au même taux depuis 1999 (*Annuaire des statistiques sanitaires 2004*). En 2004, la tuberculose a été diagnostiquée chez 3304 personnes avec un taux d'incidence (nouveaux cas) de 4,6/10 000 habitants.

La prévalence du VIH/SIDA est actuellement mesurée à 2 % au niveau national. Quarante centres, répartis dans tout le pays, prennent en charge le traitement, la prévention de la transmission mère-enfant, le dépistage, le conseil et la prévention en général. En 2005, 4 298 patients recevaient un traitement par antirétroviraux (sur une estimation de 13 190 personnes auxquelles le traitement devrait être prescrit).

Le paludisme est la première cause de consultation et d'hospitalisation au Bénin. En 2003, selon une évaluation à mi-parcours de l'initiative « Faire reculer le paludisme » (Roll Back Malaria), 35 % des femmes enceintes utilisaient une moustiquaire traitée par insecticides, de même que 37 % des enfants de moins de 5 ans, et 52 % des femmes enceintes suivaient un traitement prophylactique contre le paludisme pendant la grossesse conformément à la politique nationale.

Organisation de la prestation de services

L'organisation de la prestation de services consiste, selon l'OMS, à sélectionner le niveau approprié d'une intervention et le degré d'intégration. La structure pyramidale du système de santé au Bénin vise à fournir des soins au niveau le plus décentralisé possible. Des services sont disponibles au niveau même du village. Le système public prévoit, à tous les niveaux, le règlement des frais de consultation et le paiement des médicaments au moment de la prestation. L'intégration de prestataires privés dans le réseau des structures disponibles dans une zone sanitaire est en phase de renforcement (voir la section Implication du secteur privé).

Intégration

Théoriquement, un ensemble de soins de santé primaire devrait être disponible, tous les jours, au niveau des CSA comprenant les soins de base et les SMI. D'après les données issues des entretiens effectués, il semble que la plupart des établissements tendent à offrir des services quotidiens. L'étude de 2005 sur les structures sanitaires, effectuée dans quatre zones, indiquait que l'accès aux soins était possible 24 heures sur 24 dans tous les établissements, et que dans la plupart des zones sanitaires, mais pas toutes, les vaccinations et les services nutritionnels étaient disponibles cinq jours sur sept.

Le programme PEV/SSP mis en place en 1990 mettait également l'accent sur une offre intégrée de services. Sur ces bases, un travail important a été accompli dans les départements de Borgou/Alibori au cours des sept dernières années dans le but de créer une approche intégrée à la prestation de services se concentrant sur un ensemble réduit de services (protocole de santé pour la famille). Pendant cette période, le nombre de structures sanitaires des secteurs privé et public offrant tous les services chaque jour, et profitant des visites pour délivrer tous les soins nécessaires, a augmenté de 50 % à 94 % dans les départements de Borgou/Alibori. Aucune donnée ne permet d'affirmer que ces taux s'appliquent également à d'autres régions du Bénin.

[23] OMS. 2006. *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing.* Genève: OMS.

Continuité des soins

Une préoccupation majeure et une attention toute particulière ont été de créer, au Bénin, un système de référence et de contre-référence entre les différents niveaux du système de santé. En fait, la zone sanitaire a été conçue dans le but de résoudre cette insuffisance en créant un hôpital de référence de premier niveau fonctionnel pour la zone sanitaire. Théoriquement, tous les centres de santé doivent être reliés à l'hôpital de zone par le réseau aérien de communication, ou RAC, et la zone sanitaire doit posséder des ambulances en état de fonctionnement chargées d'aller chercher les patients et de les amener à l'hôpital en cas d'appel.

D'autre part, un système d'information a été mis sur pied qui consiste à ce que le patient fournisse un formulaire à la structure de référence de niveau supérieur qui à son tour en renvoie un exemplaire avec la mise à jour des informations sur le patient. En réalité, dans tous les sites visités, le volet contre-référence du système ne fonctionne dans aucun des sites visités et le volet communication et transport doit encore être sérieusement renforcé. Selon une évaluation effectuée dans les 34 zones sanitaires en 2005, 30 zones possèdent des ambulances, mais seulement 7 de ces véhicules (21 %) sont en bon état. Seulement 13 zones sanitaires (38 %) ont un système RAC qui fonctionne. Dans certaines zones, les faits ont démontré qu'il existe un effort réel de travailler avec les moyens disponibles : dans l'une des zones visitées, par exemple, où il n'existe pas de système RAC, l'ambulance se trouve dans un CSC dont la position est centrale, et non dans l'hôpital de référence, et des cartes téléphoniques sont fournies aux personnels des CSA pour appeler directement l'ambulance. Les coûts de ce système sont couverts par les revenus du système de financement communautaire et il est donc gratuit pour les patients. Dans d'autres zones visitées, les patients doivent prendre en charge la recherche et les frais de transport. Dans le nord du Bénin, des comités de gestion communautaire sont parvenus, en négociant avec les transporteurs, à réduire les frais de transport entre le village et les centres de santé pour les femmes en cours de travail.

Assurance de qualité

L'assurance de la qualité comporte trois aspects clés : définition, évaluation et renforcement de la qualité. Le Bénin a accompli d'importants progrès dans la définition de la qualité des soins à travers l'élaboration de normes, de directives et de protocoles pour les principaux problèmes sanitaires du pays. Des normes et des protocoles existent actuellement dans le cadre des soins infirmiers, des soins délivrés par les sages-femmes et pour la santé familiale (y compris la santé de la reproduction, la santé maternelle, la santé infantile, les soins obstétriques de base et d'urgence, la prise en charge intégrée de l'enfant malade, le paludisme, la diarrhée, les IRA, le traitement et la prévention contre le VIH/SIDA et la tuberculose). Un grand nombre de ces protocoles se trouvaient dans les structures sanitaires visitées par l'équipe d'évaluation.

L'évaluation de la qualité, à l'aide du monitorage et du suivi, est moins évidente. Les données officielles existant sur la qualité des soins (conformité aux normes) laissent supposer que de nombreuses lacunes demeurent. Le contrôle effectué par des équipes dans chaque zone sanitaire est probablement de qualité inégale au niveau national, en dépit du fait que la plupart des zones sanitaires semblent avoir organisé des visites trimestrielles de toutes les structures sanitaires en 2005 et que l'évaluation des zones sanitaires de 2005 indiquait que toutes les zones sanitaires

avaient effectué des visites de supervision (mais pas toujours trimestrielles). Certaines possédaient des fiches de supervision sur lesquelles apparaissent des points sur la qualité. Il semble qu'il a pu exister certaines tentatives informelles d'entretiens avec les patients à leur sortie, pour une meilleure prise en compte de la satisfaction des patients, mais aucune procédure formelle ou normalisée n'a été relevée. Dans les départements de Borgou/Alibori et de Zou/Collines, et dans quelques autres endroits isolés peut-être, des efforts spécifiques ont été mis en œuvre pour établir un système de suivi de la qualité à travers une supervision formative structurée. Les résultats provenant de Borgou/Alibori indiquent que les EEZS ont amélioré le niveau de supervision de la formation d'une moyenne de 5 % en 2000 à 88 % en 2005.

Des expériences intéressantes visant au renforcement de la qualité par des méthodes structurées ont eu lieu dans des zones géographiquement limitées. Parmi ces expériences, une collaboration pour l'amélioration de la qualité a été réalisée dans les départements de Borgou/Alibori et de Zou/Collines ainsi que dans certaines structures sanitaires de Cotonou. Ces formes de collaboration tentent d'optimiser la prise en charge d'états de santé spécifiques en réunissant les membres du personnel de différents sites pour leur permettre d'échanger leurs expériences sur la manière de définir, d'évaluer et d'optimiser la performance en modifiant les processus. Les premiers résultats sur l'amélioration de la qualité grâce à ces projets de collaboration sont encourageants.

Au niveau national, des réflexions sur la manière d'assurer la qualité et sur le problème du contrôle de qualité ont déjà été soulevées. Un comité national pour la qualité a été établi récemment, mais il n'est pas encore opérationnel.

Conclusions saillantes sur la prestation de services de santé

Le système de prestation de services au Bénin apparaît dans l'ensemble bien conçu et bien structuré, avec, au niveau périphérique, les soins organisés au sein d'une zone sanitaire ; il est géré par du personnel ayant reçu une formation en santé publique. Dans l'ensemble, l'accès physique (mesuré par distance) aux structures de soins sanitaires est relativement bon et équitable. Mais la disponibilité, dans ces structures, de ressources adéquates (humaines et autres) destinées aux services de soins et de santé maternelle et infantile est inégale dans le pays : de nombreux établissements manquent de personnel et d'équipement leur permettant d'offrir des services de première importance comme ceux concernant la santé maternelle et infantile. Bien que le secteur privé soit un prestataire de soins important, l'accès géographique aux établissements privés est encore limité pour la plus grande partie de la population. De nombreux obstacles empêchent encore la population de recourir en réalité aux soins : la distance qui sépare les patients des établissements disposant de personnel et de médicaments, l'accès financier, de mauvaises relations entre le prestataire et le patient. Les mauvaises relations entre les prestataires et les communautés reflètent également une attention inadéquate à la façon d'organiser et de délivrer les services de soins au niveau de la structure sanitaire pour qu'ils correspondent aux besoins et aux attentes des clients. Les effets de la prestation de services de santé sur l'état sanitaire national sont encore inadéquats en ce qui concerne les taux de mortalité tant maternelle qu'infantile. Bien qu'ils coïncident pratiquement avec ceux d'Afrique de l'Ouest, aucune amélioration réelle n'a été observée durant ces 10 ou 15 dernières années.

Voici une liste des points forts et des points faibles actuels du système de prestations de services de santé. Il faut noter que plusieurs points forts comportent également un point faible et vice versa.

Points forts

- *Concept de la "santé publique" solide :* Le concept de « santé publique » semble bien assimilé aux niveaux national, départemental et au niveau de la zone. Il existe une vision commune sur la façon d'aborder les problèmes d'une population qui a besoin d'une série de services de prévention, de soins et de promotion de la santé publique, plutôt que de mettre l'accent sur les besoins médicaux individuels.

- *Accès physique correct aux structures sanitaires :* La couverture en structures sanitaires et l'accès géographique général à ces structures sont assez élevés mesurés en fonction du lieu d'habitation par rapport à un rayon de 5 kilomètres autour des structures, et la répartition est relativement équilibrée dans le pays.

- *Définition des contenus techniques des soins :* Des normes et des protocoles existent pour les principales causes de morbidité et de mortalité et pour les offres groupées de services de base. Ces normes et protocoles définissent la qualité des soins. Ils sont habituellement distribués aux niveaux périphériques du système de soins sanitaires.

- *Diffusion des services de santé prioritaires :* Le recours aux accouchements assistés, aux soins prénatals, à la vaccination chez les enfants est important, mais il n'est pas réparti de façon uniforme dans tout le pays.

- *Efforts mis en place pour créer une continuité de soins à travers les systèmes de références :* Des systèmes de références ont été définis et certaines zones sanitaires ont tenté d'appliquer les normes avec le peu de ressources à leur disposition.

- *Des expériences très encourageantes (mais limitées du point de vue géographique) dans le cadre de l'assurance de qualité qui seraient à étendre :* Des capacités dans le cadre de l'assurance de qualité ont été mises en place dans plusieurs départements qui ont appliqué une série de méthodes structurées. Un effort croissant de consolidation au niveau national a eu lieu. Plusieurs expériences intéressantes dans l'application de méthodes structurées de contrôle de qualité ont mis l'accent sur la qualité des soins délivrés et il existe un comité national sur la qualité.

Points faibles

- *La couverture des structures sanitaires n'assure pas une qualité adéquate des intrants :* Malgré une couverture de 86 %, toutes les structures sanitaires ne sont pas dans un état satisfaisant, le personnel de nombreux établissements est insuffisant, l'équipement de base n'est pas présent ou utilisable partout. En fait, l'accès aux soins est insuffisant et n'est pas distribué équitablement.

- *Des obstacles importants à l'accès aux soins demeurent pour une partie de la population :* Ces obstacles comprennent l'accès financier, géographique dans certains cas, mais également de mauvaises relations entre les prestataires et les patients (y compris des paiements requis sous la table et des problèmes comportementaux).

- *Utilisation ou couverture faible et inégale des services de santé :* Le recours aux services de soins du secteur public est en général faible, de même que la couverture dans certaines zones pour les services de santé prioritaires, comme des services de santé maternelle et infantile.

- *Inefficacités potentielles dans la répartition et l'utilisation des ressources :* L'affectation des ressources (personnel, lits, etc.) ne semble pas être actuellement en adéquation avec leur utilisation, comme le démontre le faible taux d'occupation des lits dans les hôpitaux publics et le nombre trop important de personnel peu qualifié.

- *La qualité des soins est irrégulière au mieux :* Aussi bien du point de vue technique que de celui du patient, la qualité des soins dans les établissements publics reste inadaptée. La perception de la qualité dans les établissements privés est plus élevée, mais nous n'en connaissons ni le niveau technique ni l'efficience.

- *Malgré l'élaboration de systèmes, ces derniers, en général, ne sont pas complètement mis en œuvre comme escompté :* Dans de nombreuses régions, le moyen de rendre opérationnelles les prestations de services en vue de répondre aux besoins et aux attentes de la population n'est peut-être pas suffisamment clair. La définition des critères d'évaluation pour une organisation correcte de la prestation (personnel, intégration, continuité) est insuffisante.

- *Absence d'une politique nationale claire de contrôle de qualité des services de santé et absence d'une « culture de la qualité » :* Il existe peu de mesures incitatives dans le système de santé publique permettant d'offrir des soins de qualité et celles existantes conduisent, en fait, à une qualité de soins inférieure. L'application de méthodes d'assurance de la qualité est limitée dans le pays.

Perspectives

Des possibilités de renforcer la prestation de services de santé existent actuellement car il est possible de bâtir sur ce qui existe. L'accent du nouveau gouvernement sur le changement, ainsi que sur la responsabilisation et la transparence, insuffle une nouvelle énergie.

Menaces

Les principales menaces pour le système de prestation de services de santé sont le manque de discipline et le manque de mesures incitatives permettant de motiver le personnel sanitaire à travailler conformément aux différentes stratégies, normes et procédures. La menace la plus grave est la tentation d'aborder la question uniquement sous l'angle d'un manque de ressources. Bien que cet aspect représente un problème réel, des ressources plus importantes ne permettront pas de résoudre les problèmes qui existent au sein de la prestation de services de santé. Il faut envisager des mesures pour encourager le personnel sanitaire à travailler là où il est nécessaire,

lorsqu'il est nécessaire et de manière régulière conformément aux normes et au respect des patients.

Un autre péril qui menace le système de prestations de services de santé est l'impact de l'injection de financements importants destinés au traitement de pathologies spécifiques et pour lesquels des résultats sont exigés. En raison de la faiblesse du système de prestations de services de santé, des systèmes parallèles sont souvent mis en place qui n'ont pas la pérennité et ne renforcent pas le système en soi.

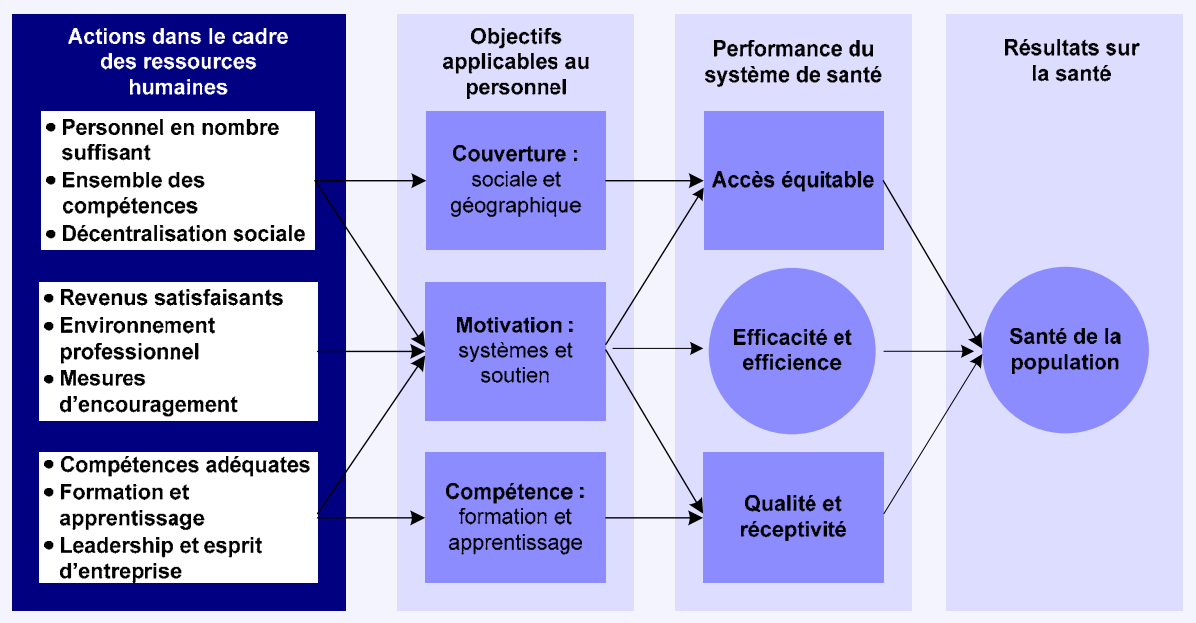
Options

Plusieurs des options identifiées visant à améliorer les prestations de services de santé sont étroitement liées aux six autres éléments examinés dans le Chapitre 4. Celles dont la liste est disponible à l'Annexe 1 concernent plus précisément la prestation de services de santé, mais leur efficacité dépendra également de la mise en œuvre des autres options.

Ressources humaines

Les ressources humaines constituent un élément fondamental pour un système de santé performant et efficace. Le renforcement de la qualité des services et les résultats sur la santé dépendent de membres du personnel disponibles, compétents et motivés. Les concepts de ressources humaines et de gestion des ressources humaines réfèrent aux personnes qui travaillent dans une organisation et la fonction organisationnelle qui emploie et gère efficacement ces personnes. La fonction de gestion des ressources humaines dans un système de santé est essentielle car elle permet d'avoir un personnel compétent et stable pour répondre aux besoins, autrement dit, de disposer d'un nombre adéquat de prestataires de service qualifiés au bon endroit et au bon moment.

La Figure 13 illustre les interactions et les effets produits sur la performance du système et, en dernier lieu, les résultats obtenus sur la santé de la population lorsque l'on dispose du nombre et de la répartition adéquats de personnes compétentes, motivées et bien soutenues.



Source : USAID. 2006. Benin Systems Assessment Approach (Méthode d'évaluation des systèmes au Bénin). Draft Manual for Pilot Test in Benin (Projet de manuel pour un test pilote au Bénin).

Figure 13. La gestion des ressources humaines en vue de la performance

Une bonne gestion et une bonne mise en œuvre des ressources humaines permettent d'atteindre les objectifs de couverture, de motivation et de compétence du personnel. Une bonne répartition du personnel assure un accès équitable ; la motivation est déterminante pour l'efficacité et l'efficience ; la compétence influe sur la qualité et la réceptivité. L'équité, l'efficacité et la qualité, qui sont des facteurs déterminants dans la création d'un système de santé performant, permettent à leur tour d'obtenir des résultats sanitaires positifs sur la population.

Il est possible de classer en cinq catégories les actions mises en œuvre dans le cadre des ressources humaines contribuant à la réalisation des objectifs de santé : la planification, les politiques et les dispositions réglementaires, la gestion de la performance, la formation et l'enseignement, et les mesures incitatives. Pour chacune de ces catégories, des critères ou des indicateurs spécifiques de performance sont utilisés pour évaluer les ressources humaines dans le système de santé du Bénin.

Le système de santé du Bénin comprend quatre catégories principales de personnel : (1) les Agents Permanents de l'État (APE) ; (2) les Agents Contractuels de l'État (ACE) dont les contrats sont de courte ou de longue durée et qui peuvent devenir agents permanents après une période de service de quatre ans ; (3) des agents contractuels engagés dans le cadre d'un programme spécial appelé « Mesure sociale » (CMS) ; et (4) les agents contractuels engagés grâce à des fonds communautaires (CFC). Les fonctions au sein des ressources humaines concernant les agents permanents et contractuels de l'État sont centralisées alors que celles des deux autres catégories sont décentralisées (le recrutement et la gestion ont lieu au niveau local).

Les professionnels de la santé au Bénin sont employés aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé (voir la description du secteur privé dans la section Implication du secteur privé). La Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abome-Calavi forme les médecins généralistes et les spécialistes. L'établissement a formé 1 003 docteurs en médecine depuis sa création en 1971. L'Institut régional de santé publique Dr Alfred Comlan Quenum forme les médecins qui se spécialisent en santé publique et en épidémiologie. L'institut est partie intégrante de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abome-Calavi et il a formé 380 docteurs en médecine depuis 1991 (SNIGS, *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*).

L'Institut National Médico-Social (INMES) forme le personnel infirmier, les sages-femmes, les aides sociaux, les techniciens de laboratoires et autres techniciens sanitaires. L'INMES est constitué de cinq écoles qui prennent en charge la formation des différentes catégories de professionnels de la santé. L'Institut est placé sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle. Il a formé 3 063 infirmiers de 1992 à 2004. En 2002, une école spécialisée proposant une formation en anesthésie et en réanimation cardio-pulmonaire a été créée ; elle est destinée aux infirmiers et aux sages-femmes. L'École Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (ENIIAB) et l'École Nationale des Agents d'Assainissement et d'Hygiène (ENAAH) sont deux instituts situés dans le département du Parakou qui proposent une formation de trois ans d'infirmiers assistant et d'agents d'assainissement et d'hygiène. Plus de 2 355 infirmiers assistants ont reçu une formation à l'ENIIAB depuis sa création en 1973, et 29 agents d'assainissement et d'hygiène ont terminé leur formation en 2004 auprès de l'ENAAH, qui a été créée en 2001 (SNIGS, *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*).

Les salaires des médecins du secteur public sont comparables à ceux d'autres catégories professionnelles du secteur public, mais ils sont inférieurs à ceux des médecins du secteur privé.

Analyse des points forts et des points faibles des ressources humaines au sein du système de santé du Bénin

Cette analyse se concentre surtout sur les ressources humaines dans le secteur public car les données pour le secteur privé sont actuellement insuffisantes. Au cours de ces dernières années, le gouvernement du Bénin a accordé beaucoup d'attention aux ressources humaines et il a pris un certain nombre de décisions visant à améliorer cet aspect du système de santé. Dans le document du Ministère de la Santé, *Politique et Stratégies pour le Développement du Secteur de Santé, 2002–2006*, la gestion des ressources humaines se trouve parmi les cinq priorités. Quatre éléments clés ont été identifiés pour renforcer la gestion des ressources humaines : le renforcement de la gestion opérationnelle et la planification stratégique des ressources humaines, la gestion des carrières et l'amélioration des conditions de travail. Le Ministère de la Santé est en train d'élaborer une politique et une stratégie globales des ressources humaines et des stratégies pour motiver les agents de santé et les retenir à leur poste.

Après la crise économique des années 1980 et les différents programmes d'ajustements structurels qui ont bloqué le recrutement dans le secteur public, le gouvernement a graduellement recommencé à recruter dès 1995. En 2004, 1 625 agents contractuels ont été recrutés dans le cadre du programme « Mesure sociale » ainsi que 282 agents permanents et contractuels de

l'État sur le budget ordinaire du Ministère de la Santé. Ce dernier a également entrepris de former des spécialistes au niveau local et il continue d'attribuer des bourses de formation de longue durée à l'étranger. En 2004, 18 médecins généralistes ont bénéficié de bourses pour poursuivre leur spécialisation à l'université de Cotonou, 20 étudiants en médecine ont reçu une bourse pour effectuer leur stage en dehors du Bénin et 21 personnels infirmiers ont reçu une bourse de spécialisation dans différents domaines (*Rapport sur la Performance du Ministère de la Santé*, 2004)

La formation continue semble exister dans toutes les unités ou programmes sanitaires et un programme d'encadrement dont les résultats sont prometteurs a été développé pour permettre aux nouveaux diplômés qui effectuent un stage pratique ou aux agents qui suivent une formation de perfectionnement de recevoir des visites de leur instructeur pour veiller à ce qu'ils mettent en pratique leurs nouvelles compétences et pour les aider à résoudre les problèmes auxquels ils font face dans leur travail.

En dépit des efforts mis en place pour renforcer les ressources humaines, le Ministère de la Santé doit encore faire face à des défis importants pour assurer la disponibilité de personnel qualifié et sa répartition dans tout le pays. Les efforts fournis demeurent modestes comparés aux besoins et à l'ampleur des problèmes. Le manque de personnel de santé compétent, motivé et réparti de façon uniforme, notamment de médecins spécialistes, est l'un des obstacles majeurs au développement de services de santé de bonne qualité et à l'amélioration de la santé de la population du Bénin. En plus du nombre insuffisant du personnel qualifié, la mauvaise gestion du personnel disponible constitue un problème majeur exigeant une attention immédiate. Les paragraphes suivants analysent ces enjeux de façon plus détaillée.

Nombre et répartition du personnel de santé

Les efforts réalisés pour augmenter la disponibilité et l'accès (couverture sanitaire) ont permis de créer de nombreux nouveaux centres de santé qui requièrent la présence d'un nombre suffisant de professionnels de la santé bien formés. Malheureusement, le nombre de personnels de santé est très insuffisant, notamment les médecins spécialistes à tous les niveaux de la structure pyramidale (central, intermédiaire et périphérique). Le Tableau 8 montre le nombre de personnels de santé appartenant aux principales catégories de personnel médical actuellement disponibles dans le secteur public par rapport à la population.

Comme l'illustre le Tableau 8, il y a très peu de spécialistes dans des services clés du secteur public comme la chirurgie (35), la gynécologie-obstétrique (25), la pédiatrie (1), la médecine interne (2), la chirurgie dentaire (2), l'anesthésie (1), la cardiologie (1) et la psychiatrie (34), notamment si l'on considère uniquement les 34 hôpitaux de zone qui devraient être couvertes en chirurgiens, en gynécologues-obstétriciens et en pédiatres. En revanche, il y a un grand nombre de spécialistes en santé publique (60). Cette disparité indique que les mesures incitatives inhérentes au système poussent les médecins vers la santé publique plutôt que vers les spécialités cliniques : les médecins en santé publique sont vraisemblablement ceux qui seront sélectionnés comme coordinateur médical de zone sanitaire, poste à partir duquel ils contrôlent les ressources. Ils ont également plus de chances d'être sélectionnés par les bailleurs de fonds internationaux et

les ONG qui offrent des salaires supérieurs à ceux du secteur public. Une évaluation des besoins en médecins spécialisés effectuée en 2003 est peu encourageante (voir le Tableau 9).

Comme l'illustre le Tableau 9, les besoins en médecins dans les principales spécialités étaient énormes en 2003 et la situation n'a pas beaucoup changé (voir le Tableau 8). Le gouvernement doit par conséquent consacrer une part importante de ses ressources pour augmenter le nombre de spécialistes dans le secteur public.

Il y a actuellement suffisamment de personnel infirmier au Bénin. Mais, tout comme pour les médecins, le pays manque de personnel infirmier spécialisé dans des services clés, comme l'anesthésie-réanimation, la chirurgie, la stomatologie, la kinésithérapie et la radiologie. La même analyse des besoins effectuée en 2003 par la Direction des Ressources Humaines (DRH) indique qu'il y avait 593 médecins spécialisés dans le secteur public par rapport aux 1 781 nécessaires au Bénin suivant les indications de l'OMS. La différence par rapport aux besoins (1 188) était deux fois supérieure au nombre actuel de personnels infirmiers.

Non seulement les besoins en spécialistes dans des secteurs sanitaires clés sont importants, mais le personnel disponible (y compris les spécialistes) est réparti de façon inégale, comme l'indique le Tableau 10. Si l'on observe le Tableau 10, la couverture en personnel de santé du Bénin pourrait sembler bonne. En effet, les taux moyens de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes et de techniciens de laboratoire se situent au delà des recommandations de l'OMS. Mais il existe d'importantes disparités dans la répartition du personnel de santé entre les différentes régions du pays. Il y a également des disparités entre les secteurs public et privé car la plupart des médecins préfèrent travailler dans le secteur privé où les salaires sont plus élevés et les conditions de travail meilleures. Le Tableau 10 indique que 571 médecins (55 %) travaillent dans le secteur privé contre 439 (45 %) dans le secteur public. (D'autres éléments sur ce sujet sont disponibles dans la section Prestation des services de santé.)

La cause de la répartition inégale du personnel de santé dans le pays réside avant tout dans le fait que ces professionnels ne souhaitent pas travailler dans des régions retirées où les conditions de vie sont difficiles et les chances de carrière et de travail (travail au noir) dans le secteur privé restent limitées. Les agents qui acceptent de travailler dans les zones rurales sont vite démotivés, ce qui entraîne une forte rotation du personnel, de l'absentéisme, un travail peu performant, des négligences professionnelles, un manque de respect envers les patients et les supérieurs, des ventes illégales de médicaments, des paiements sous la table en échange des services de santé et d'autres comportements peu éthiques.

Un autre problème concernant les ressources humaines, en particulier les spécialistes, auquel va devoir faire face le pays est l'âge. En effet plus de 60 % des spécialistes partiront à la retraite d'ici cinq ans. Le manque de spécialistes déjà criard risque d'augmenter si rien n'est fait pour les remplacer (voir le Tableau 11).

Tableau 8. Personnels de santé du secteur public au Bénin

Catégorie/spécialité	APE	ACE	CMS	CFC	Autres	Total
Généralistes	87	56	32	14	12	201
Administrateurs sanitaires	2					2
Anesthésistes-réanimateurs	1					1
Biologistes	3					3
Cardiologues	1					1
Chirurgiens	21	1	1	1	1	25
Dentistes		2				2
Épidémiologistes	6	2				8
Gynécologues obstétriciens	30	1	3	1		35
Hématologistes	1					1
Internistes	1					1
Kinésithérapeutes	1					1
Médecins du travail	2					2
Microbiologistes	1					1
Néphrologues					1	
Nutritionnistes	2					2
Ophtalmologues	9			1		10
Pédiatres	21		1	3		25
Psychiatres	1					1
Radiologues	2					2
Spécialistes du paludisme	1					1
Spécialistes en planification	1					1
Spécialistes en santé du développement					1	1
Spécialistes en santé publique	50	6		1	3	60
Traumatologues	1					1
Total	158	14	4	7	6	189

Source : Base de données Direction des Ressources Humaines 2004.
Notes : APE = Agent Permanent de l'État ; ACE = Agent Contractuel de l'État ; CMS = agent contractuel dans le cadre du programme « Mesure sociale » ; CFC = agent contractuel engagé grâce aux fonds communautaires.

Tableau 9. Besoins en spécialités sélectionnées en 2003

Spécialité	Besoins (normes OMS)	Existants (prestataires de soins)	Besoins en 2003
Gynécologie	78	33	45
Chirurgie	111	24	87
Pédiatrie	111	22	89
Anesthésie	98	2	96
Médecine interne	98	2	96
Gastroentérologie	30	1	29

Source : Direction des Ressources Humaines. 2003. « Communication sur la situation des travailleurs spécialistes médicaux au Bénin. Besoins, problèmes et perspectives. »

Tableau 10. Rapports et répartition du personnel de santé clé au Bénin

Département	Médecins			Nb hbts/ Médecin	Infirmiers			Nb hbts/ Infirmier	Sage-Femmes			Nb FAP/ Sage-femme	Techniciens de Laboratoire			Nb hbts/ Techn Labo
	Pub.	Priv.	Total		Pub.	Priv.	Total		Pub.	Priv.	Total		Pub.	Priv.	Total	
Atacora/ Donga	31	24	55	17 461	233	4	237	4 052	87	2	89	2 343	26	2	28	34 298
Atlantique/ Littoral	205	469	674	2 324	655	178	833	1 880	277	92	369	1 125	163	13	176	8 898
Borgou/ Alibori	46	14	60	22 159	452	—	452	2 941	95	9	104	2 736	52	11	63	21 104
Mono/ Couffo	50	9	59	16 008	283	38	321	2 942	80	4	84	2 585	37	1	38	24,855
Ouémé/ Plateau	63	32	95	8 213	369	87	456	1 711	155	39	194	1 572	63	17	80	9 753
Zou/ Collines	44	23	70	17 325	369	62	431	2 814	126	27	153	1 820	56	10	66	18 375
Benin	439	571	1 013	7 135	2 361	369	2 730	2 648	820	173	993	1 705	397	54	451	16 027

Source: DRH/DPP, DIVI/MSP, 2004, Recensement des formations sanitaires privées au Bénin 1998, Résultats provisoires étude analytique de l'existence et le fonctionnement des formations sanitaires privées 2003.

Tableau 11. Estimation du nombre de spécialistes en 2010

Spécialité	Nombre en 2003	Départ à la retraite entre 2003 et 2010 (taux de réduction)	Restant en 2010
Gynécologues	47	35 (74 %)	12
Chirurgiens	39	24 (61 %)	15
Pédiatres	27	22 (81 %)	5
Anesthésistes	5	4 (80 %)	1
Spécialistes en santé publique	67	46 (69 %)	21

Source : DRH. 2003. « Communication sur la situation des travailleurs spécialistes médicaux au Bénin. Besoins, problèmes et perspectives. »

Planification stratégique

Il manque également à la gestion des ressources humaines une planification stratégique émanant des missions, des objectifs et des besoins du Ministère de la Santé. Aucune planification du recrutement se fondant sur des profils de poste ni de recrutement et formation à long terme n'a été élaborée. L'un des obstacles à la planification stratégique est le manque de données précises et exhaustives sur le personnel sanitaire du Bénin (notamment dû aux nombreuses catégories professionnelles gérées à différents niveaux) ainsi que le manque de ressources financières et humaines à consacrer à la gestion des ressources humaines.

Données disponibles pour la planification des ressources humaines

Les dossiers des employés sont conservés au niveau central (DRH) et intermédiaire (Direction du Département de la Santé et Zone Sanitaire). Les dossiers des agents permanents et contractuels de l'État se trouvent au niveau central. Ils contiennent des informations sur les compétences et la formation, le sexe et l'âge, la date initiale du contrat et le niveau salarial. Une base de données gérée à l'aide du logiciel Virtualia permet de stocker les informations et de générer des rapports. Au niveau intermédiaire, des copies des dossiers des agents permanents et contractuels de l'État se trouvent à la Direction Départementale de la Santé (DDS) et dans la zone sanitaire ainsi que les dossiers des agents contractuels engagés dans le cadre du programme « Mesures sociales » et ceux engagés grâce aux fonds communautaires. Ces dossiers sont aussi stockés dans le système Virtualia. En dépit de l'existence d'une base de données, il est encore difficile d'obtenir au niveau central des informations complètes et à jour sur le personnel en raison des changements fréquents dus aux départs, aux promotions et aux mutations. L'absence de réseau électronique (intranet) permettant de relier les niveaux central et intermédiaire aggrave également le problème. La DRH au niveau central n'a pas de correspondant (homologues) au niveau intermédiaire pour mettre à jour les informations concernant les ressources humaines et les communiquer ensuite au niveau central. De plus, le logiciel Virtualia n'est pas encore en mesure de prendre en charge toutes les fonctions clés. Il ne peut pas être programmé pour extraire certains types de rapports, par exemple. La DRH est en train d'étudier la question.

Enfin, la Direction des Ressources Humaines ne possède pas d'informations complètes sur les personnes qui sont employées dans le secteur privé.

Personnel et budget des ressources humaines

Bien qu'un budget annuel soit alloué aux ressources humaines, il ne permet pas de renforcer la planification et la gestion de cet aspect fondamental du système de santé. La Direction, par exemple, emploie 40 personnes, mais seulement 10 d'entre elles sont en mesure de s'occuper de questions relevant des ressources humaines comme la planification et les projections. Au niveau intermédiaire (DDS et zone sanitaire), personne ne se consacre uniquement aux ressources humaines. Les tâches concernant les ressources humaines sont habituellement liées à des tâches financières et administratives, ce qui ne serait pas un problème si les employés du service financier ou ceux qui s'occupent des ressources humaines recevaient une formation dans ce secteur.

Politiques et dispositions réglementaires

Le système de santé du Bénin souffre d'un manque grave de politiques et de dispositions réglementaires de base sur les ressources humaines et ne parvient pas à faire appliquer les politiques existantes. Bien qu'il existe un système de profil de poste, il n'y a pas de description détaillée de ces derniers, autrement dit, il n'existe pas de titre de poste, de liste des responsabilités principales ou des tâches à accomplir, des compétences de base nécessaires ni d'indication sur le responsable auquel rendre compte. Sans une description détaillée de son poste, l'employé ne sait pas exactement ce qu'on attend de lui et ne peut donc s'y conformer pour répondre aux attentes. Sans objectifs de travail clairs, il est difficile de mesurer objectivement le rendement d'un poste et de récompenser les employés en fonction des résultats obtenus.

Il existe un manuel de l'employé pour les agents permanents et contractuels de l'État, mais il est trop général. On y trouve uniquement la liste des dispositions réglementaires du secteur public, mais pas la description détaillée des allocations de l'employé et des dispositions réglementaires spécifiques appliquées sur le lieu de travail comme les horaires de travail, les feuilles de présence, le travail au noir et les heures supplémentaires. D'autre part, le manuel se trouve habituellement entre les mains des directeurs ou des responsables, bien que chaque employé du personnel soit supposé en posséder un exemplaire. On informe habituellement les employés du règlement et de la réglementation lorsqu'ils débutent dans leur emploi, mais ils ne reçoivent pas d'exemplaire du manuel. Le manuel représente le seul « contrat » liant l'État à ses employés. Sans lui, les employés ne connaissent ni leurs devoirs, ni leurs droits, ni leurs obligations envers l'État et celles de l'État envers eux. Cette ignorance peut conduire à des erreurs et à des abus des deux côtés. La connaissance et la compréhension des dispositions réglementaires pourraient énormément diminuer les conflits sur le lieu de travail.

Alors que des dispositions réglementaires existent (sans être distribuées) pour les agents permanents et contractuels de l'État, aucune disposition n'existe pour les agents contractuels engagés dans le cadre du programme « Mesure sociale » et pour ceux engagés avec des fonds communautaires. Ces employés ne font donc l'objet d'aucune protection légale en ce qui concerne la rémunération, les allocations ou les conditions de travail. Les entretiens et l'analyse de la documentation indiquent que le manque de dispositions réglementaires pour les CMS et les CFC et leur prise en charge décentralisée sont parfois à l'origine du faible niveau du personnel recruté et du mauvais équilibre de sa répartition. Souvent, le coordinateur de la zone sanitaire n'est pas impliqué dans la planification de ces recrutements.

En ce qui concerne les agents permanents et contractuels, il existe un système de rémunération et d'allocations ainsi que des procédures formelles de recrutement, d'embauche, de mutation et de promotion. Mais ces dernières sont rarement appliquées. Par contre, les systèmes objectifs de recrutement, d'embauche, de mutation et de promotion sont souvent remplacés par le favoritisme, le clientélisme et les relations personnelles. Les promotions sont habituellement accordées non pas pour les bons résultats ou le mérite, mais plutôt grâce aux relations. Les décisions concernant une mutation ou une mesure disciplinaire visant un employé peuvent être facilement annulées par des responsables haut placés.

Les décisions concernant l'embauche, la mutation, les mesures disciplinaires et les promotions ne sont pas véritablement décentralisées. Seul le Ministère du Travail et de la Fonction Publique peut renvoyer un membre du personnel, mais cela se produit rarement étant donné la nature protectrice du système de gouvernement. En effet, les employés peuvent faire ce qu'ils veulent sans craindre de perdre leur emploi. Cette situation contribue à diminuer la productivité, à saper le moral du personnel et entretient des résultats médiocres dans le secteur de la santé.

Les agents de l'État sont généralement embauchés au niveau central à Cotonou, par le Ministère de la Fonction Publique, et assignés aux différents départements sanitaires ou aux services qui en ont besoin. Mais ces services ne sont pas impliqués dans le processus d'embauche bien qu'ils soient les seuls à vraiment connaître leurs besoins. Par conséquent, les personnes recrutées et « mises à la disposition » des départements sanitaires n'ont parfois aucune des qualifications nécessaires à leur poste, mais elles ne peuvent pas être renvoyées parce qu'elles sont protégées par ceux qui les ont engagées en premier lieu.

L'existence et l'application rigoureuse de réglementations pour les rémunérations, les allocations, le recrutement, l'embauche, la mutation et la promotion de toutes les catégories de personnels servent à promouvoir l'égalité et l'équité sur le lieu de travail. L'absence de mise en œuvre de ces réglementations affecte l'environnement de travail ainsi que le moral du personnel et ses performances. Elle crée également une situation d'impunité observable dans le secteur de la santé et les autres secteurs publics, qui conditionne en dernier lieu la qualité et l'impact des programmes de santé.

Enfin, bien que des dispositions réglementaires pour l'octroi de permis d'exercer existent, elles ne sont pas suffisamment appliquées, facilitant ainsi l'installation illégale des médecins et des agents de santé dans le secteur privé, pouvant aboutir à une diminution de la qualité des soins par manque de sélection, de contrôle et de renouvellement des autorisations des prestataires de soins de santé (voir aussi les réglementations sur l'octroi de permis d'exercer dans la section Implication du secteur privé).

Gestion des carrières et de la performance

La gestion des carrières est également un problème crucial de la fonction publique au Bénin. La gestion actuelle des carrières dans le secteur public ne correspond pas au marché du travail actuel et c'est l'une des raisons pour lesquelles le secteur public est en général peu performant. Au Bénin, le personnel de la fonction publique est embauché « pour la vie » sans tenir compte de la situation économique du pays. Le « gel » de l'emploi est parfois appliqué, mais le redimensionnement du secteur public est difficilement envisagé comme une option viable. La promesse d'un poste stable dans la fonction publique est l'une des raisons contribuant aux performances médiocres et à l'impunité qui à leur tour ont un effet

défavorable sur la qualité des services. Dans un environnement caractérisé par de maigres ressources financières, l'efficience et la performance devraient être les seules règles applicables. Malheureusement, l'examen des performances individuelles, effectué annuellement, ressemble plus à une formalité administrative qu'à un mécanisme visant à récompenser un bon résultat et bâtir des carrières. Les critères de performance ne sont pas objectifs ou liés à la performance (notamment pour les employés permanents de l'État), mais mettent plutôt l'accent sur le caractère ou sur le comportement du personnel (discipline, ponctualité, honnêteté, etc.). La procédure d'examen de la performance n'est ni participative ni transparente. Les superviseurs évaluent les employés, attribuent des notes et envoient les résultats au niveau suivant pour l'approbation sans aucune rencontre avec l'employé pour discuter de sa performance. La procédure d'examen de la performance n'inclut pas explicitement de débat ni de feed-back.

Si, apparemment, une fonction de supervision est bien mise en place, elle ne se déroule cependant pas de façon cohérente et aucun processus formel de supervision n'est appliqué à l'échelle du pays (voir la section Prestation des services de santé pour plus de détails). Les liens entre supervision, performance de l'employé et gestion de sa carrière ne sont pas clairs au niveau opérationnel. Les employés performants reçoivent parfois des lettres de félicitations, mais aucun projet formel de soutien au personnel peu performant n'est envisagé. Des contrôles des formations sanitaires dans leur ensemble ont lieu à travers ce qu'on appelle le monitorage. Ils sont effectués deux fois par an et consistent en un examen de la performance des formations sanitaires se basant sur des indicateurs clés de santé. Si les cibles de monitorage ont été atteintes, tout le personnel reçoit une faible prime, ce qui est un bon moyen pour le motiver à faire encore mieux dans l'avenir. Un classement des formations sanitaires est aussi établi pour stimuler les structures dont les résultats ne sont pas brillants à faire mieux et être récompensées.

En résumé, la structure incitative du système de santé du Bénin n'encourage pas la performance. Le personnel adapte son comportement aux mesures incitatives implicites et explicites qui lui sont offertes. Un examen approfondi de ces mesures incitatives pour chaque catégorie de personnel est nécessaire pour résoudre les problèmes cités ci-dessus.

Formation

Des formations de perfectionnement semblent se dérouler au sein de certaines Directions Départementales de la Santé Publique (DDSP) et de certains programmes ce qui est un point fort, comme mentionné auparavant. Le programme d'encadrement de jeunes lauréats également mentionné plus haut, est une façon innovante de promouvoir une formation de perfectionnement. Cependant, il s'agit la plupart du temps de formations ponctuelles qui ne sont pas fondées sur un plan de formation spécifique correspondant aux besoins du Ministère de la Santé et au type de formation requis pour répondre à ces besoins. La DRH n'est pas impliquée ou informée de l'organisation de ces formations, celles-ci se déroulant dans les départements ou les services. L'absence de planification et de coordination des programmes de formation représente un obstacle important à la capacité du Ministère de la Santé de parvenir un jour à résoudre ses besoins en ressources humaines. D'autre part, à l'exception du programme d'encadrement, l'efficacité de la formation n'est pas évaluée ; notamment, il n'est pas vérifié si le personnel est performant mieux après avoir suivi la formation.

L'enseignement professionnel spécialisé et continu et la formation de longue durée sont habituellement gérés au niveau central, mais il s'agit également de formations ponctuelles ne

s'appuyant pas sur une stratégie et un plan bien conçus. Par ailleurs, il n'y a pas de programme de développement du leadership et du management permettant de former les futurs leaders et responsables de la santé.

Il y a une tendance à présumer que la formation initiale comprend les protocoles et les réglementations les plus récents et couvre l'ensemble des responsabilités que les étudiants devront affronter une fois entrés dans le monde du travail. En fait, seuls quelques programmes d'enseignement incluent des protocoles et des dispositions réglementaires. La Promotion Intégrée de Santé Familiale (PROSAF), par exemple, a travaillé en collaboration avec l'école de personnel infirmier de Parakou pour insérer les nouveaux protocoles et les prestations de services intégrés de santé familiale directement dans les programmes d'enseignement.

Il n'existe pas de « réciprocité » entre la structure assurant l'emploi et les instituts de formation initiale. Le Ministère de la Santé n'applique pas de processus systématique pour répondre à ses besoins en personnel qualifié à travers les programmes de formation initiale. Alors que le Ministère de la Santé offre aux écoles les lieux où effectuer des stages, les instituts de formation initiale n'offrent pas au Ministère de formation de perfectionnement. En dehors de la formation pratique qui a lieu à la fin des études, les programmes enseignés dans les instituts de formation initiale ne traitent pas les aspects pratiques de la prestation de services de santé tels que les politiques ou les normes et dispositions réglementaires. Les instituts de formation initiale ne reçoivent aucun retour de la part du Ministère de la Santé sur l'adéquation du programme d'enseignement, du nombre de personnes formées et des compétences professionnelles de ces personnes, au moment où elles débutent.

Conclusions

Points forts

L'un des points les plus importants de la gestion des ressources humaines est en fait la reconnaissance par le Ministère de la Santé de la position centrale des ressources humaines pour le renforcement du secteur de la santé dans son ensemble. La gestion des ressources humaines est ainsi actuellement considérée comme l'une des priorités du Ministère. Il en résulte d'importants efforts mis en œuvre pour les renforcer à travers l'élaboration d'une politique et d'une stratégie globales des ressources humaines, la mise en place de mesures incitatives pour le personnel de la fonction publique, la formation locale des médecins spécialisés et le renforcement de la formation de perfectionnement grâce à des programmes spéciaux comme ceux d'encadrement.

Par ailleurs, dans les départements de Borgou/Alibori, des modèles de gestion efficace des ressources humaines au niveau départemental sont en train d'apparaître.

Points faibles

Les points forts indiqués précédemment risquent de ne produire que des effets limités en présence des nombreux points faibles identifiés et résumés ci-dessous :

- Le sérieux manque de personnel médical dans le secteur public, notamment de médecins spécialisés (chirurgiens, pédiatres, gynécologues-obstétriciens) en raison de

financements insuffisants pour le recrutement et la formation de ces catégories de spécialistes

- La répartition inégale du personnel de santé existant qui laisse les zones rurales démunies
- Le vieillissement du personnel existant
- L'absence de mesures incitatives fortes pour faire face au manque de personnel et à sa répartition inégale
- Une gestion des ressources humaines inadéquate comme l'indique :
    - l'absence de politiques et de dispositions réglementaires ou la non-application de celles existant (système de profil de postes et leur description, système de rémunération et d'avantages, processus de recrutement, d'embauche, de mutation, de mesures disciplinaires et de promotion, de dissémination du manuel de l'employé, et d'enregistrement et d'octroi des permis d'exercer au personnel)
    - l'absence de gestion des carrières et de la performance : absence de planification de la performance, de mécanismes officiels, objectifs, équitables et participatifs applicables à l'examen de la performance ; absence de processus de supervision ou contrôle officiels et cohérents
    - l'absence d'une réelle coordination en raison des nombreux mécanismes de recrutement et d'embauche (APE, ACE, CMS, CFC) qui ont lieu à différents niveaux
- L'absence de planification de la formation initiale, de la formation de perfectionnement et de longue durée :
    - l'absence de coordination de la formation entre la DRH et les différents départements et programmes, notamment en ce qui concerne la formation de longue durée qui devrait être gérée par la DRH
    - l'absence de liens et de « réciprocités » entre le Ministère de la Santé, les sites où ont lieu la prestation de services de santé et les instituts de formation initiale
    - l'absence de programme de développement du leadership et du management

Perspectives et menaces

L'accent mis sur les ressources humaines par les responsables et la communauté des bailleurs de fonds est une excellente occasion de les renforcer. Mais il est indispensable d'écarter une menace immédiate pour espérer entrevoir le moindre progrès : si les systèmes de gestion des ressources humaines et les mécanismes actuellement en place pour assurer la justice, l'équité, l'accès et la qualité ne sont pas respectés (en raison de la corruption et de la culture de l'impunité en vigueur au sein du système publique), les chances de progrès réels sur terrain resteront minimes.

Options à envisager

Étant donné le rôle majeur joué par les ressources humaines dans la prestation de services de santé, il est impératif que l'État fasse un effort supplémentaire dans ce domaine et qu'il en fasse une priorité dans son document de politique et stratégie sanitaires. Le gouvernement à travers le Ministère de la Santé devrait tirer profit des efforts déjà faits pour renforcer le secteur en mettant en place une stratégie globale des ressources humaines qui comprenne des solutions spécifiques et à long terme, applicables aux points faibles qui ont été identifiés. L'Annexe 1 présente des options pouvant être envisagées par le Ministère et les autres parties impliquées.

Gestion des médicaments

La gestion des médicaments « représente l'ensemble des activités visant à assurer la disponibilité régulière et l'utilisation appropriée de médicaments, de produits liés à la santé et de services fiables, efficaces et de qualité dans toutes les structures sanitaires »[24]. La sélection de médicaments essentiels et de produits pharmaceutiques appropriés, leur distribution et leur approvisionnement efficaces et la vérification de leur utilisation rationnelle sont les activités clés du cycle de gestion des produits pharmaceutiques (Figure 14). Ces activités sont réalisées dans le cadre et sous l'influence des structures réglementaires existantes et elles dépendent du degré de support à la gestion disponible (financier, ressources humaines ou autres).

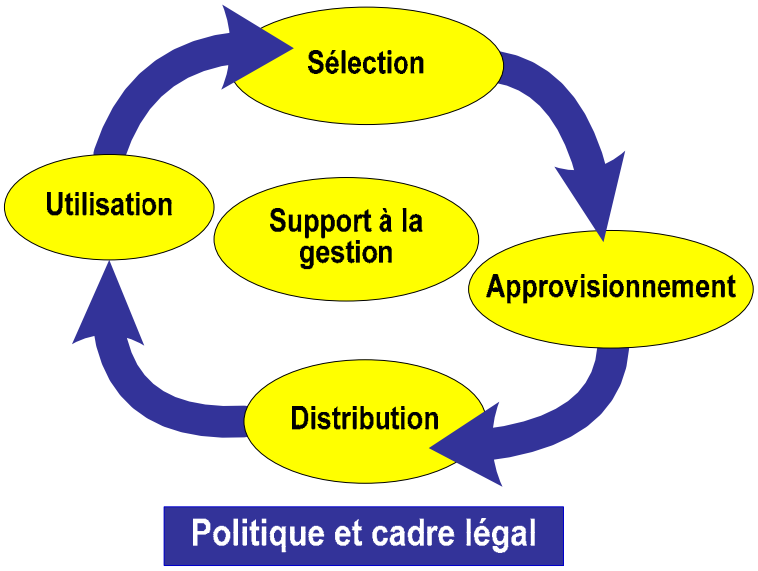
Politiques, lois et dispositions réglementaires concernant les produits pharmaceutiques

La Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM) du Ministère de la Santé est entièrement responsable des dispositions réglementaires concernant le secteur pharmaceutique. La mise en œuvre efficace des politiques, des lois et des dispositions réglementaires du secteur pharmaceutique reste un défi important.

Lois et décrets du secteur pharmaceutique

En 2000, la DPM a mené une étude complète des lois et décrets régissant le secteur pharmaceutique au Bénin. Les lois et les décrets identifiés au cours de cette étude ont été réunis et publiés dans un document unique : *Recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique*, 2e édition (Avril 2001). Ce document comprend les lois et les décrets actuels relatifs à l'enregistrement et à l'agrément du personnel médical, à l'enregistrement et à l'agrément des établissements médicaux privés et des dépôts pharmaceutiques, aux exigences réglementaires pour l'enregistrement, l'importation et la vente de médicaments et d'autres produits pharmaceutiques tant dans le secteur public que celui du secteur privé du pays.

[24] M. Islam. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual.* Soumis au USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Helath Reform*plus*, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.



Source : Management Sciences for Health and World Health Organization. 1997. *Managing Drug Supply*. 2nd ed. West Hartford, CT : Kumarian Press.

Figure 14. Le cycle de gestion des médicaments

Politique pharmaceutique nationale

Depuis 1991 la DPM a élaboré trois politiques pharmaceutiques nationales sur cinq ans. L'objectif principal de la première version du texte illustrant cette politique, qui couvrait la période 1991–1994, était l'amélioration de l'accès à des médicaments essentiels de qualité et leur disponibilité. La version la plus récente du texte de la politique couvre la période 2000–2004[25]. Le texte a trois objectifs spécifiques : garantir la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, assurer la sécurité et l'efficacité des médicaments, et promouvoir leur usage rationnel. Il est prévu de réaliser, au cours de 2006, une évaluation de la politique pharmaceutique nationale 2000–2004. La DPM reconnaît que ce processus d'évaluation aurait dû avoir lieu il y a deux ans, mais des contraintes de ressources l'ont empêché. La nouvelle politique pour les cinq prochaines années sera élaborée à la suite de cette évaluation.

Un élément qui semble manquer tant dans les lois et décrets du secteur pharmaceutique que dans celle de la politique nationale est une loi ou des dispositions réglementaires régissant la gestion des dons de produits pharmaceutiques. Les entretiens tant au niveau central que périphérique ont signalé le problème crucial que posait la gestion des dons de produits pharmaceutiques pour le secteur, par exemple, la question d'accepter ou non des dons de produits presque périmés ou comment gérer le stockage et la distribution des dons de produits au contexte d'un secteur pharmaceutique sujet aux tarifs de service.

Enregistrement des produits pharmaceutiques

Le Service d'Enregistrement, de Statistiques et de Contrôle de Qualité (SESCQ) de la DPM est responsable de la plupart des activités réglementaires de la DPM. Tous les produits pharmaceutiques introduits pour l'utilisation dans le pays doivent être enregistrés par la

[25] Direction des pharmacies et des laboratoires, Janvier 2000. Politique pharmaceutique nationale. Ministère de la santé publique, République du Bénin.

division enregistrement du SESCQ. Le système d'enregistrement d'un produit pharmaceutique est relativement bien défini.

Les informations requises pour l'enregistrement comprennent la forme posologique, la concentration et la présentation du produit ; le fabricant du produit ; le prix de gros appliqué au produit par le fabricant ; un dossier technique comportant des preuves de son innocuité, de son efficacité et le conditionnement du produit. Un comité technique est responsable de l'étude de la demande d'enregistrement et il compte le directeur de la DPM, le directeur de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS), le directeur de la CAME, les présidents du conseil de l'Ordre des Médecins et du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, le chef du Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM), deux professeurs d'université et des pharmaciens des hôpitaux de référence. Ce comité technique a l'obligation légale de se réunir trois fois par an et de répondre à une demande d'enregistrement dans les quatre mois à moins d'informations complémentaires fournies par le demandeur. En 2004, ce comité a étudié 148 demandes d'enregistrement. Parmi celles-ci, 87 ont été acceptées, 41 ont été acceptées sous réserve d'une réduction du prix de vente, 16 ont été rejetées et 4 sont en attente d'informations complémentaires de la part du demandeur[26]. Il n'existe pas de renseignements sur le nombre de produits pharmaceutiques actuellement enregistrés.

Le visa d'enregistrement est valide pendant cinq ans à partir de son obtention, il doit être renouvelé dans les trois mois précédant son expiration. Il est nécessaire d'enregistrer séparément chaque forme posologique et chaque présentation du produit. Le droit d'enregistrement d'un nouveau produit est actuellement de 250 000 FCFA et le droit de renouvellement est de 100 000 FCFA. Ces droits sont versés au Trésor Public et ne sont pas nécessairement affectés comme financement de soutien à la division de l'enregistrement.

Contrôle de la qualité

Le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques incombe au Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments. Le LNCQM fonctionne depuis 2000 et selon les entretiens au niveau central il manque d'équipement, de personnel ou de ressources financières pour remplir son rôle de manière appropriée. En 2004, le LNCQM a analysé 312 produits pharmaceutiques, parmi lesquels 95 % ont été jugés conformes aux normes requises[27]. Actuellement le LNCQM est capable d'analyser en moyenne cinq produits pharmaceutiques par jour (moins pour les produits les plus complexes). Lorsque le LNCQM n'a pas la capacité de réaliser l'analyse, les échantillons sont envoyés à des laboratoires d'autres pays avec lesquels il a passé des accords (la Tunisie a été citée pendant les entretiens). Le renforcement de la capacité du LNCQM devrait augmenter le nombre d'analyses réalisées.

Dispositions réglementaires concernant le secteur pharmaceutique

Le Service de l'inspection et de la pharmacovigilance de la DPM est responsable de l'application des lois, décrets et dispositions réglementaires concernant le secteur pharmaceutique. La politique 2000–2004 pour le secteur pharmaceutique a reconnu la difficulté majeure que représentait l'application des dispositions réglementaires de ce secteur, et cette difficulté est toujours d'actualité. L'insuffisance des ressources financières, humaines et d'équipement constitue autant de raisons à ce déficit. Actuellement 230 pharmaciens sont

[26] Ministère de la santé publique. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*. République du Bénin.
[27] Ibid.

inscrits au Bénin, parmi lesquels seuls 26 ou 27 travaillent dans le secteur public. Parmi ces pharmaciens du secteur public, 7 seulement travaillent actuellement au sein des directions ou des programmes du niveau central[28]. Aucun système de surveillance après vente (système contrôlant l'efficacité, la qualité et la sécurité des produits pharmaceutiques commercialisés) n'est actuellement en place.

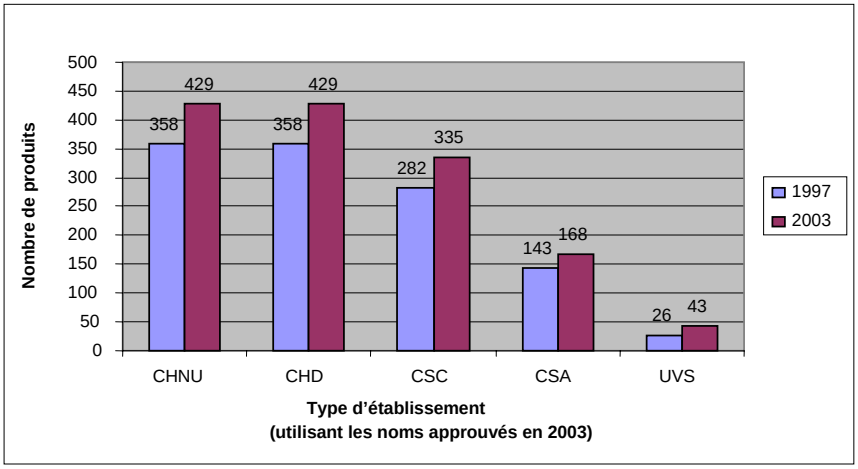
Sélection des médicaments

Depuis 1989, année de la première parution au Bénin d'une liste de médicaments essentiels (LME), cinq éditions ont été élaborées et distribuées dans les structures sanitaires par la DPM. Une révision de la LME est prévue tous les deux ans ; néanmoins, la dernière version disponible au moment de l'évaluation datait de janvier 2003. Une révision de la LME est actuellement programmée, mais le processus n'a pas encore commencé. La publication de cette nouvelle édition est cependant prévue dans le courant de 2006.

La révision de la LME est effectuée par un comité spécial nommé par décret ministériel et œuvrant sous la direction de la DPM. Ce comité est autorisé à consulter toute personne supplémentaire nécessaire à la réalisation de la révision. Il comprend généralement des représentants de la DPM, de la CAME, le pharmacien chef du CNHU, le président de l'Ordre des pharmaciens, des inspecteurs pharmaceutiques et des médecins représentant du CNHU et des départements de l'Atlantique/Littoral. Le projet de LME mis au point est ensuite soumis à un groupe plus étendu de partenaires impliqués au cours d'un atelier de validation. Ce processus assure l'adéquation entre la LME élaborée et les besoins du pays. Il semble que la mise au point de la 6e édition de la LME devrait suivre un processus comparable.

La LME donne les noms génériques des médicaments de la liste et les classe en fonction du niveau de soins. La Figure15 reprend le nombre de produits de la 5e édition de la LME pour chaque niveau de soins et les compare avec ceux de la 3e édition (révisée en novembre 1997). Il n'a pas été possible de procéder à l'étude de la 4e édition. La 5e édition de la LME comprend un total de 429 produits (contre 358 dans la 3e édition). Tous ces produits sont censés être disponibles au niveau hospitalier (établissements de soins tertiaires). Ce chiffre est légèrement supérieur à la moyenne, 300 à 400 produits, attendue à ce niveau de soins. Seuls 46 produits (26 dans la 3e édition) sont classés pour une utilisation au premier niveau du système de santé, l'UVS. Ce chiffre correspond à la moyenne, 40 à 50 produits, attendue à ce niveau de soin. En revanche, le nombre de produits approuvés pour le niveau des CSC, soit 335 produits, est bien supérieur au chiffre attendu pour un établissement de soins secondaires (150 à 200 produits).

[28] Ibid.



Source 1997 : Liste nationale des médicaments essentiels sous noms génériques. Novembre 1997. Direction des pharmacies et des explorations diagnostiques, Ministère de la Santé, République du Bénin.
Source 2003 : Liste nationale des médicaments essentiels sous noms génériques. 5e édition. Janvier 2003. Direction des pharmacies et des explorations diagnostiques, Ministère de la Santé, République du Bénin.

Figure 15. Comparaison du nombre de médicaments et de produits pharmaceutiques sur les LME de 1997 et de 2003

Approvisionnement et vente

La Figure 16 illustre par un diagramme la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique dans les secteurs officiels privé et public au Bénin. Tout l'approvisionnement et la distribution du secteur public sont effectués par l'intermédiaire de la CAME, un organisme non paraétatique qui opère sous le contrôle de la DPM. Sa tâche consiste à fournir et à vendre des fournitures et des médicaments essentiels à un coût abordable aux structures sanitaires du secteur public et du secteur privé à but non lucratif. La CAME est également autorisée à vendre certains médicaments essentiels à des pharmacies privées à but lucratif. Une marge de 20 % est appliquée à toutes ses ventes.

La CAME ne dépend pas du Ministère de la Santé concernant la gestion de son fonctionnement et de ses finances. Elle a la capacité de financer son fonctionnement et tous ses approvisionnements sur les recettes de la vente des produits pharmaceutiques. En 2004, ses recettes s'élevaient à 4 392 millions de FCFA et ses dépenses à 4 166 millions de FCFA. Une synthèse des recettes et dépenses de la CAME au cours des cinq dernières années est présentée dans la Figure17.

La CAME est uniquement autorisée à fournir des articles (médicaments ou fournitures pharmaceutiques) inscrites sur la LME ; elle propose donc uniquement des médicaments ou des fournitures génériques. L'approvisionnement est normalement effectué tous les deux ans par le biais d'appels d'offres internationaux et seuls les fournisseurs présélectionnés par la CAME peuvent y participer. La liste des fournisseurs présélectionnés est révisée tous les deux ans, mais la soumission de demande d'intégration à la liste est un processus continu[29].

[29] Les procédures et exigences de préqualification sont rassemblées dans un document unique : le « Dossier d'appel d'offres international pour la présélection des fournisseurs de médicaments essentiels sous noms génériques, de réactifs et consommables médicaux. Août 2005 ».

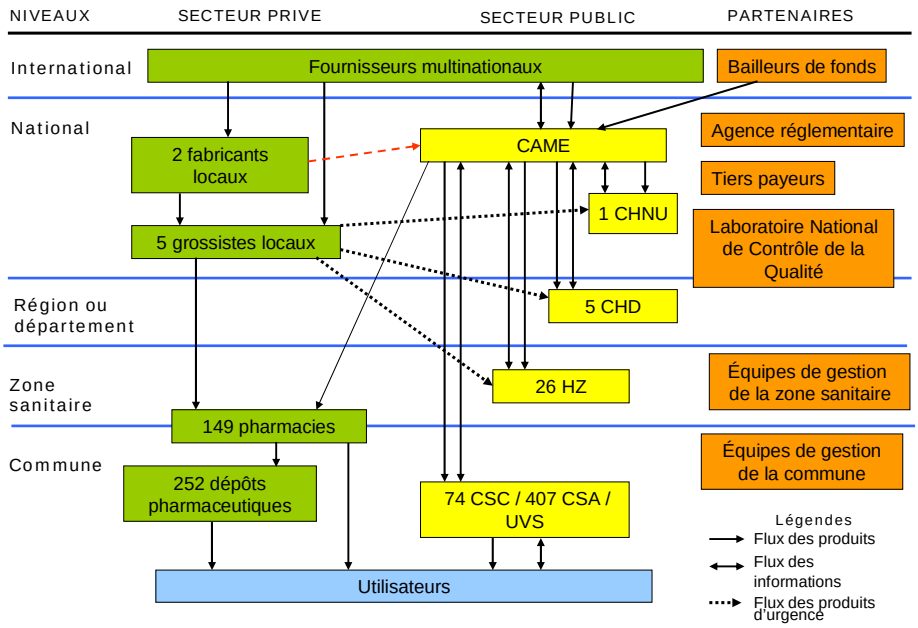
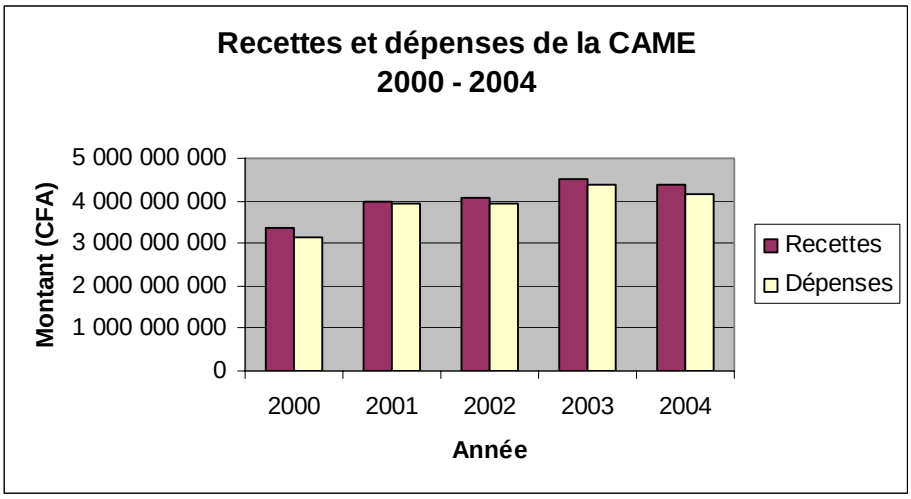


Figure 16. Système de distribution des produits pharmaceutiques au Bénin



Source : Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux. 2004. *Rapport d'activités*. République du Bénin.

Figure 17. Recettes et dépenses de la CAME, 2000–2004

La CAME élabore le document d'appel d'offres et elle est responsable du choix des soumissionnaires retenus, sous le contrôle de leur comité de gestion[30]. Entre la parution de l'appel d'offres et le choix du soumissionnaire retenu, il se passe environ un mois et demi. Après l'envoi d'une commande, le délai pour la première livraison est environ de six à huit mois. La livraison est échelonnée sur la période de deux ans. Environ 30 % des produits

[30] Les documents de dépôt d'appel d'offres les plus récents sont réunis dans un document : le « Dossier d'appel d'offres restreint pour la fourniture de médicaments essentiels sous noms génériques, de réactifs et consommables médicaux. Août 2005 ».

fournis sont analysés à la livraison. L'analyse est principalement dirigée sur les produits dont le volume est important comme les antibiotiques, par exemple. Elle est réalisée au LNCQM ou par son intermédiaire dans des laboratoires partenaires comme il en a déjà été fait mention.

Des approvisionnements en urgence peuvent être effectués. Un approvisionnement en urgence se justifie entre autres par un retard de livraison des produits par les fabricants ou une sous-estimation des besoins. D'après les entretiens, il apparaît qu'au cours des deux dernières années, environ 5 % de tous les approvisionnements étaient effectués en urgence. Tous les approvisionnements de produits pharmaceutiques sont effectués hors taxe. Les projets soutenus par le Fonds Mondial dans le cadre des programmes contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que les programmes de vaccination ont tous actuellement des approvisionnements indépendants gérés par le programme ou par ses agents internationaux désignés. La CAME ne joue aucun rôle dans le processus d'approvisionnement des produits obtenus par le biais de ces programmes verticaux. Le programme contre le paludisme envisage progressivement de faire gérer ses approvisionnements par la CAME d'ici 2007.

Les pharmacies privées peuvent uniquement se procurer leurs produits auprès d'un des cinq grossistes agréés ou auprès de la CAME (pour les médicaments essentiels génériques). Actuellement 172 pharmaciens exercent en officine, la majorité d'entre eux sont situés à Cotonou (100 pharmacies) et Porto-Novo (50 pharmacies)[31]. Les pharmacies privées sont à leur tour le fournisseur principal pour les produits vendus dans les dépôts pharmaceutiques.

En résumé, au Bénin, le processus d'approvisionnement, tant dans le secteur public que privé, est clairement défini et dans le cas des approvisionnements du secteur public, le processus semble conforme aux exigences internationales. Cependant l'organisme d'approvisionnement du secteur public, la CAME, est préoccupé par la difficulté et la confusion du processus d'approvisionnement.

Stockage et distribution

Le stockage des produits pharmaceutiques pour le secteur public est géré au niveau central par la CAME y compris le stockage des produits qu'elle fournit, des produits qui ont fait l'objet de dons et des produits fournis indépendamment par le biais de programmes verticaux et d'autres agences. Actuellement, la CAME ne facture pas de frais de manutention aux programmes verticaux et autres organismes pour le stockage et la gestion des produits qu'ils procurent ; elle ne facture aucun frais non plus pour les dons. Elle n'est pas autorisée à facturer des frais de manutention. Ce qui signifie que les coûts de manutention de ces produits est imputable sur le propre budget de la CAME, risquant à long terme de menacer sa stabilité financière.

La CAME possède un dépôt central à Cotonou et un dépôt régional à Parakou qui est en service depuis 2004. Un second dépôt régional a été ouvert en 2005 à Natitingou.

La capacité de stockage du dépôt central et des dépôts régionaux reste une difficulté importante pour la CAME. Le dépôt central dépasse actuellement ses capacités de stockage. La CAME est autorisée à louer un entrepôt dans le secteur privé en cas de besoin, mais elle doit en payer le loyer. Une mise de fonds supplémentaire serait nécessaire pour la

[31] Entretiens avec le directeur de la DPM et le président du conseil de l'Ordre des pharmaciens.

construction ou l'achat d'un entrepôt supplémentaire, mais cet investissement dépasse actuellement le budget de la CAME.

La gestion du stock est informatisée à la CAME. Le problème des pertes de stock pour cause de date de péremption dépassée a été soulevé au cours des entretiens ; cette situation est due en particulier au manque de coordination avec les bailleurs de fonds et les programmes parallèles, entraînant parfois des approvisionnements en double. L'équipe d'évaluation n'a pas pu obtenir le montant des pertes récentes de la CAME pour cause de date de péremption, de détérioration ou de vol.

La distribution de tous les produits achetés à la CAME est gérée selon un système de flux tirés, dit système « pull ». Ceci qui signifie que les structures sanitaires sont responsables de la détermination de la quantité de produits à acheter et de la récupération de leurs commandes. La plupart des structures sanitaires ne possèdent pas de véhicule propre et elles doivent donc utiliser les transports en commun pour effectuer leurs achats à la CAME ou aux deux dépôts régionaux (la CAME a passé un accord avec la compagnie de chemin de fer pour transporter les marchandises jusqu'aux magasins régionaux). Pour régler les difficultés de transport que rencontrent les structures sanitaires, certaines zones sanitaires regroupent les demandes de tous les centres de santé de la zone et font appel à une société privée de transport routier pour récupérer les produits à la CAME. Il n'a pas été possible de savoir si cette pratique était très répandue, mais elle pourrait servir de modèles aux autres zones sanitaires pour résoudre les difficultés de transport rencontrées par les structures sanitaires.

Le personnel au niveau de la structure sanitaire n'est pas toujours qualifié pour gérer et dispenser correctement les produits pharmaceutiques. Aucune norme ne précise le type de personnel à recruter comme dispensateur dans les structures sanitaires (le COGECS est responsable du recrutement). L'estimation des besoins futurs (quantification) par le personnel de la structure sanitaire a été citée comme l'une des difficultés à assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques requis ; le manque de capacité du personnel de la structure sanitaire lui permettant d'effectuer ce type d'activité semble en être la raison. Les outils de gestion des stocks, comme les fiches et les registres de stock utilisés au niveau des structures sanitaires, ont été conçus par la DPM et la DPP et font partie des outils diffusés par le SNIGS. Néanmoins, le SNIGS ne recueille pas d'informations sur la disponibilité des médicaments au niveau de la structure sanitaire ; ces données ne sont donc pas automatiquement disponibles au niveau central pour faciliter le processus de planification.

Accès à des produits et des services de qualité

Accès géographique

Étant donné que tous les établissements de santé publics ont des dispensaires, l'accès à un établissement de santé public devrait donc théoriquement assurer un accès géographique aux médicaments essentiels au sein du secteur public. Environ 86 % de la population a accès à un établissement de santé (Tableau 7). L'accès aux pharmacies privées ou aux dépôts pharmaceutiques est plus limité. Environ 80 % de la population urbaine et seulement 15 % de la population rurale du Bénin avait accès (dans un rayon de 5 kilomètres) à une pharmacie/dépôt pharmaceutique en 2001 (Figure 12).

La loi précise la distance devant séparer deux pharmacies agréées. Pour augmenter l'accès aux pharmacies du secteur privé, le gouvernement accorde également des permis aux agents

médicaux à la retraite pour s'occuper de dépôts pharmaceutiques. Chaque dépôt pharmaceutique est lié à une pharmacie privée agréée qui lui fournit ces produits[32]. Le pharmacien à qui appartient la pharmacie privée est tenu par la loi de surveiller les activités des dépôts pharmaceutiques qui lui sont attachés. Si une pharmacie ouvre dans une zone ou existe déjà un dépôt pharmaceutique, la loi exige de fermer ce dépôt pharmaceutique ou de le déplacer dans une autre région. Les dépôts pharmaceutiques sont principalement situés dans les régions à l'extérieur de Cotonou et Porto-Novo. Bien que les lois régissant le fonctionnement et l'implantation des pharmacies et des dépôts pharmaceutiques soient assez complètes et facilement disponibles, leur application est vraiment problématique. Les pharmacies privées ayant un rôle de supervision sur les dépôts pharmaceutiques et plus de 90 % d'entre elles étant implantées dans les régions côtières (Cotonou et Porto-Novo), il est évidemment impossible pour les quelques pharmacies situées à l'extérieur de ces régions de surveiller régulièrement tous leurs dépôts pharmaceutiques.

Prix

Les prix des médicaments vendus dans le secteur public sont libres. Chaque structure sanitaire détermine avec son équipe de gestion le prix de ses produits. L'étude de la politique pharmaceutique nationale 1990–1999 a montré qu'en moyenne les structures sanitaires vendaient leurs produits 2,5 fois leur prix d'achat à la CAME. L'analyse de la CAME l'an dernier a montré que la majoration était plutôt de 4 ou 5 fois le prix d'achat. Cette absence de réglementation des prix des produits pharmaceutiques dans le secteur public contraste avec la réglementation du secteur privé. Les prix des produits pharmaceutiques vendus dans le secteur privé sont réglementés par le gouvernement. L'objectif de cette politique est de préserver un prix unique pour les produits pharmaceutiques indépendamment de l'endroit où le client effectue son achat. La loi permet actuellement d'appliquer un prix de détail égal à 1,78 fois le prix de gros du fabricant pour chaque produit pharmaceutique enregistré et vendu dans le pays. La majoration inclut les marges du fournisseur et du détaillant et le coût de transport et de distribution du produit. Un comité technique spécial est responsable de la détermination de la majoration appropriée. En conséquence de cette politique des prix normalisés, il est moins profitable de tenir une pharmacie ou un dépôt pharmaceutique dans des régions éloignées des centres de distribution en raison des coûts de distribution plus importants.

Malgré tous ces efforts pour augmenter l'accès aux pharmacies et aux points de ventes agréés, publics ou privés, un marché informel de médicaments est très actif au Bénin. Le Ministère de la Santé, par l'intermédiaire de la DPM, s'est engagé dans une campagne d'information, d'éducation et de communication très offensive pour faire connaître les dangers liés à l'achat et à l'utilisation de médicaments du marché informel. En 2005, une étude de la DPM et de la Fondation Pierre Fabre, auprès de 600 foyers à Cotonou, a montré que 40 % des foyers reconnaissaient avoir acheté des médicaments au marché informel. Ces études étant limitées à Cotonou, les résultats ne reflètent pas forcément la situation dans d'autres régions du pays où l'accès aux pharmacies et aux dépôts pharmaceutiques agréés et l'accès aux médias sont encore plus limités et où l'accès aux médicaments venant de l'autre côté de la frontière est facile.

Disponibilité et utilisation appropriée des produits pharmaceutiques

[32] La pharmacie privée enregistrée est considérée comme le « propriétaire » des dépôts pharmaceutiques qui lui sont attachés.

La disponibilité des médicaments essentiels au niveau de la CAME et des formations sanitaires s'est améliorée. La CAME a identifié 40 produits sur la LME qu'elle estime être des produits très consommés et elle essaie d'assurer leur disponibilité constante. En 2005, une évaluation sur la disponibilité des principaux médicaments et fournitures essentiels[33] dans 40 centres de santé de quatre zones de santé du pays a montré que 8/10 des établissements n'avaient pas connu de rupture de stocks concernant ces produits au cours des six mois précédant l'évaluation. Les deux produits les plus fréquemment en rupture de stock dans cette évaluation étaient la benzylpénicilline et les préservatifs[34].

L'obtention d'une utilisation appropriée des médicaments reste une gageure. L'absence de dispensateurs correctement formés dans les dispensaires des structures sanitaires signifie que la tâche de conseil des patients sur l'utilisation appropriée des médicaments qui leur sont prescrits repose principalement sur le prescripteur. Les différents programmes du Ministère de la Santé ont élaboré des recommandations thérapeutiques spécifiques à des pathologies ou des états de santé (comme évoqué précédemment) pour aider les prescripteurs, celles-ci sont cependant uniquement distribuées dans les structures sanitaires du secteur public. Il n'existe pas de comité du médicament et thérapeutique au niveau de l'hôpital, mais chaque hôpital possède un comité technique chargé de surveiller les pratiques de prescription à l'hôpital et de recommander des modifications si nécessaire.

Ventes et recouvrement de coûts (accessibilité économique)

Comme cela a déjà été mentionné, le recouvrement de coûts est un élément essentiel du système de santé du Bénin. Comme le montre le Tableau 12, en 2003 la vente de produits pharmaceutiques représentait 71 % des fonds de recouvrement des coûts tandis que le coût des achats de produits pharmaceutiques représentait seulement 39 % des dépenses totales des fonds de recouvrement des coûts. La vente de produits pharmaceutiques est donc la source principale de financement pour les structures sanitaires et elle soutient leurs opérations. Cette dépendance des produits pharmaceutiques peut expliquer la réticence vis-à-vis de la maîtrise de leurs prix de vente dans le secteur public. Une discussion supplémentaire du système de recouvrement des coûts se trouve dans la section Financement des services de santé.

Tableau 12. Part des recettes et dépenses concernant les produits pharmaceutiques sur les fonds de recouvrement des coûts en 2003 (FCFA)

	Médicaments et consommables	Tout	Pourcentage
Recettes	3 125 955 087	4 381 841 212	71 %
Dépenses	1 656 508 006	4 265 128 821	39 %

Source : Ministère de la Santé Publique. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.* République du Bénin.

[33] Préservatifs, amoxicilline, cotrimoxazole, fumarate de fer, acide folique, métronidazole, paracétamol, chloroquine, benzylpénicilline.
[34] Sourou Gbangbade, Hounsa Assomption, et Lynne Franco-Miller. 2006. *Bénin : Les effets du Fonds mondial sur le système de santé. Rapport provisoire de suivi 2005*. PHR Plus.

Conclusions

Le secteur pharmaceutique du Bénin semble assez bien structuré ; cependant la mise en œuvre des lois et des politiques existantes reste problématique.

Points forts

- Des lois, décrets et politiques assez complètes concernant le secteur pharmaceutique ont été élaborés et un recueil est disponible.
- Un système approprié est en place pour la sélection des médicaments essentiels et pour la révision et la mise à jour de la LME.
- Les méthodes d'approvisionnement du secteur public sont bien définies et elles sont conformes aux exigences internationales.
- L'agence d'approvisionnement, la CAME, génère actuellement un financement suffisant pour soutenir son fonctionnement quotidien.
- Des outils de gestion des stocks, comme les fiches et les registres de stock utilisés dans les formations sanitaires, ont été élaborés diffusés.

Points faibles

- La capacité en ressources humaines et financières est limitée à tous les niveaux du système de santé pour l'application des lois et dispositions réglementaires régissant le secteur pharmaceutique.
- Il n'existe aucune loi ou politique pour la gestion des dons de produits pharmaceutiques, or elles sont indispensables pour offrir un guide sur la manière de traiter ces produits tant au niveau central que périphérique.
- Le Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments n'a pas la capacité en financement, équipement et ressources humaines pour répondre au contrôle de la qualité exigé du secteur pharmaceutique.
- La CAME a une capacité de stockage insuffisante, en particulier dans son dépôt central.
- La CAME ne facture pas de frais de manutention pour la gestion des produits qu'elle stocke dans ses entrepôts pour le compte d'autres programmes ou bailleur de fonds. Cette situation pourrait potentiellement affecter sa santé financière.
- Le système d'information sanitaire (SIS) de la CAME ne recueille pas d'informations sur les stocks et il n'existe pas de système d'information séparé pour la gestion des produits pharmaceutiques.
- La capacité des établissements au niveau périphérique à déterminer des estimations justes à long terme de leurs besoins pharmaceutiques est insuffisante. Cette situation contribue à la difficulté que rencontre la CAME à quantifier les besoins dans le cadre du processus d'approvisionnement et elle entraîne des ruptures de stocks de certains produits.

- La vente des médicaments sur le marché informel reste un des obstacles majeurs à une utilisation rationnelle des médicaments. L'importance accordée aux messages d'information, éducation et communication pour résoudre le problème pourrait être insuffisante pour répondre à ce défi. Il est également nécessaire d'augmenter l'accès aux pharmacies privées agréées et aux dépôts pharmaceutiques.

- Il n'existe pas de politique pour réglementer la vente de produits pharmaceutiques dans le secteur public ; chaque structure sanitaire est ainsi libre de fixer le prix des produits qu'elle vend. La vente de produits pharmaceutiques est la première source de revenus des structures sanitaires.

Systèmes d'information sanitaire

Un système d'information sanitaire est un « ensemble de composantes et de procédures organisés dans le but de générer des informations qui amélioreront les décisions relatives à la gestion des soins de santé à tous les niveaux du système sanitaire[35] ». Il comprend un nombre de sous-systèmes dont certains ne sont pas forcément intégrés ou liés. Le niveau d'intégration de ces sous-systèmes définit généralement la force d'un système d'information sanitaire.

Au Bénin, le système principal, chargé de fournir les informations aux planificateurs et décideurs en matière de santé, est appelé le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire ; il a été établi par le Ministère de la Santé en 1990. Ce système est actuellement géré par l'Unité de Statistiques et de Documentation de la Direction de la Programmation et de la Prospective.

Le cadre conceptuel du SNIGS reflète celui de la structure pyramidale du système de santé. Il a pour objectif général de contribuer à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de santé nationale et de fournir des informations pertinentes et fiables en matière de planification, gestion, mise en œuvre, suivi et évaluation des interventions sanitaires à tous les niveaux de la pyramide. Ses objectifs spécifiques sont énumérés ci-après.

Au niveau périphérique :

- Recueillir les informations, en faire la synthèse et les transmettre au niveau intermédiaire

- Faciliter le retour d'information, la gestion des ressources et la supervision des activités

- Analyser les données afin de prendre les mesures appropriées

Au niveau intermédiaire :

- Recueillir, saisir et stocker dans le système SNIGS les informations sanitaires et les données relatives aux diverses ressources des établissements de santé et des hôpitaux départementaux

[35] M. Islam. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual.* Soumis au USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Helath Reform*plus*, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

- Faciliter la prise de décision par le traitement et l'analyse des données
- Garantir le retour d'information
- Faire la synthèse et transmettre les informations au niveau central

Au niveau central :

- Définir et harmoniser le recueil des données et les outils de création de rapports et assurer leur mise en œuvre
- Traiter et analyser les informations transmises par les niveaux intermédiaire et périphérique
- Produire des informations permettant le suivi et l'évaluation de l'avancement des grands programmes sanitaires et de leur impact sur la santé de la population
- Fournir des informations opportunes sur les maladies présentant le plus grand risque d'épidémie (choléra, méningite, fièvre jaune)
- Garantir l'établissement d'un système de base de données associant les informations sur la santé de la population et le système de santé en général
- Fournir des informations et des indicateurs sanitaires permettant le suivi des différentes ressources sanitaires
- Identifier les thèmes de recherche opérationnelle
- Faciliter le retour d'information afin que tous les acteurs de la santé puissent intégrer leurs interventions dans un contexte global

Analyse du système d'information sanitaire du Bénin

Seize ans après sa création, le système principal de gestion des informations sanitaires du Bénin (SNIGS) est maintenant bien établi, fonctionnel et utile à ses usagers. Ses objectifs sont clairs et des mécanismes de mise en œuvre ont été mis en place pour garantir la réalisation de ces objectifs. Par exemple, de nombreux outils, accompagnés d'instructions et de conseils sur la manière de les utiliser, ont été mis au point afin de faciliter le recueil des données et ils sont utilisés à tous les niveaux de la pyramide. La plupart de ces outils et formulaires sont clairs et simples à utiliser et les personnes remplissant les fiches semblent capables d'accomplir cette tâche. Dans chaque zone sanitaire et département de santé, les statisticiens saisissent et rassemblent les données à transmettre au niveau central. Les données sont généralement exploitées à tous les niveaux du système de santé à des fins de planification.

L'*Annuaire des statistiques sanitaires*, qui est le rapport majeur du SNIGS et l'un des principaux documents utilisés par les autorités sanitaires pour la surveillance épidémiologique et la planification, fait l'objet d'une publication annuelle. Le retour d'information du niveau central vers le niveau périphérique se fait par la publication et la diffusion de l'annuaire des statistiques et par le bulletin d'information intitulé « Rétro-snigs ». La publication de ce bulletin est trimestrielle et il contient des informations sur les

tendances et les schémas des maladies. Un retour d'information se produit également au cours de réunions organisées par les autorités zonales qui rassemblent les représentants des hôpitaux et des centres de santé au niveau de la zone, de la commune et de l'arrondissement.

Le système est capable de recueillir les données et de générer les rapports sur la plupart des indicateurs de l'état de santé qui sont couramment admis par les sources internationales, à savoir le nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans,le taux de prévalence des méthodes contraceptives, et le rapport de mortalité maternelle déclaré par les autorités nationales. Cependant, le SNIGS ne recueille pas les données relatives à la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans, ni la proportion d'enfants de 5 ans ayant un poids insuffisant pour leur âge.

Le système SNIGS doit ses points forts aux diverses évaluations auxquelles il a été soumis au cours de ces 15 dernières années et aux nombreuses améliorations apportées. Le système a également bénéficié du soutien du gouvernement français, qui a malheureusement pris fin il y a quelques années. Malgré ces points forts, le système comporte un certain nombre de faiblesses limitant ses performances. L'analyse de ces points faibles continue en examinant certaines caractéristiques d'un système d'information sanitaire performant.

Intégration et liens entre les systèmes

Le Bénin dispose de nombreux sous-systèmes d'information sanitaire dont certains sont intégrés au SNIGS ou y sont plus ou moins liés tandis que d'autres sont complètement indépendants du SNIGS. L'énumération ci-dessous présente l'éventail des sous-systèmes d'information sanitaire au Bénin :

- Un sous-système de surveillance épidémiologique de routine recueille les informations au niveau des formations sanitaires et établit des rapports mensuels à l'aide des outils fournis par le SNIGS. Cependant, les informations relatives aux grandes maladies transmissibles (méningite, fièvre jaune, polio, variole, tétanos néonatal et choléra) doivent faire l'objet d'un rapport hebdomadaire par le Système Intégré de Surveillance des Maladies et de la Riposte (SIMR) géré par la Direction de la Protection Sanitaire. Cette direction utilise ses propres outils pour recueillir les données de surveillance hebdomadaires. À la fin de l'année, le personnel du SNIGS rencontre le personnel du SIMR pour comparer et valider les données.

- Un sous-système de génération de rapports administratifs de routine recueille les informations sur le personnel, les médicaments, les finances et les équipements. Le recueil de ces informations se fait également au niveau des structures sanitaires à l'aide des formulaires fournis par le SNIGS. Toutefois, la Direction des Ressources Humaines recueille ses propres informations sur le personnel à l'aide de formulaires qui lui sont propres. Elle possède également sa propre base de données pour stocker ces informations.

- Un sous-système de génération de rapports sur la santé maternelle et infantile. Le recueil de ces informations se fait également au niveau des structures sanitaires par l'intermédiaire du système SNIGS. Le PEV utilise ce sous-système pour recueillir ses informations. Néanmoins, la Direction de la Santé Maternelle et Infantile recueille des informations supplémentaires en se servant de ses propres formulaires.

- Un sous-système de génération de rapports sur les programmes spéciaux, comme ceux concernant la lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA. Ces programmes effectuent le recueil de leurs propres données avec leurs propres formulaires de collecte. Certaines de ces données sont acquises via le sous-système de rapports épidémiologiques du SNIGS. Les programmes peuvent partager leurs rapports avec le SNIGS, mais ils n'y sont pas obligés.

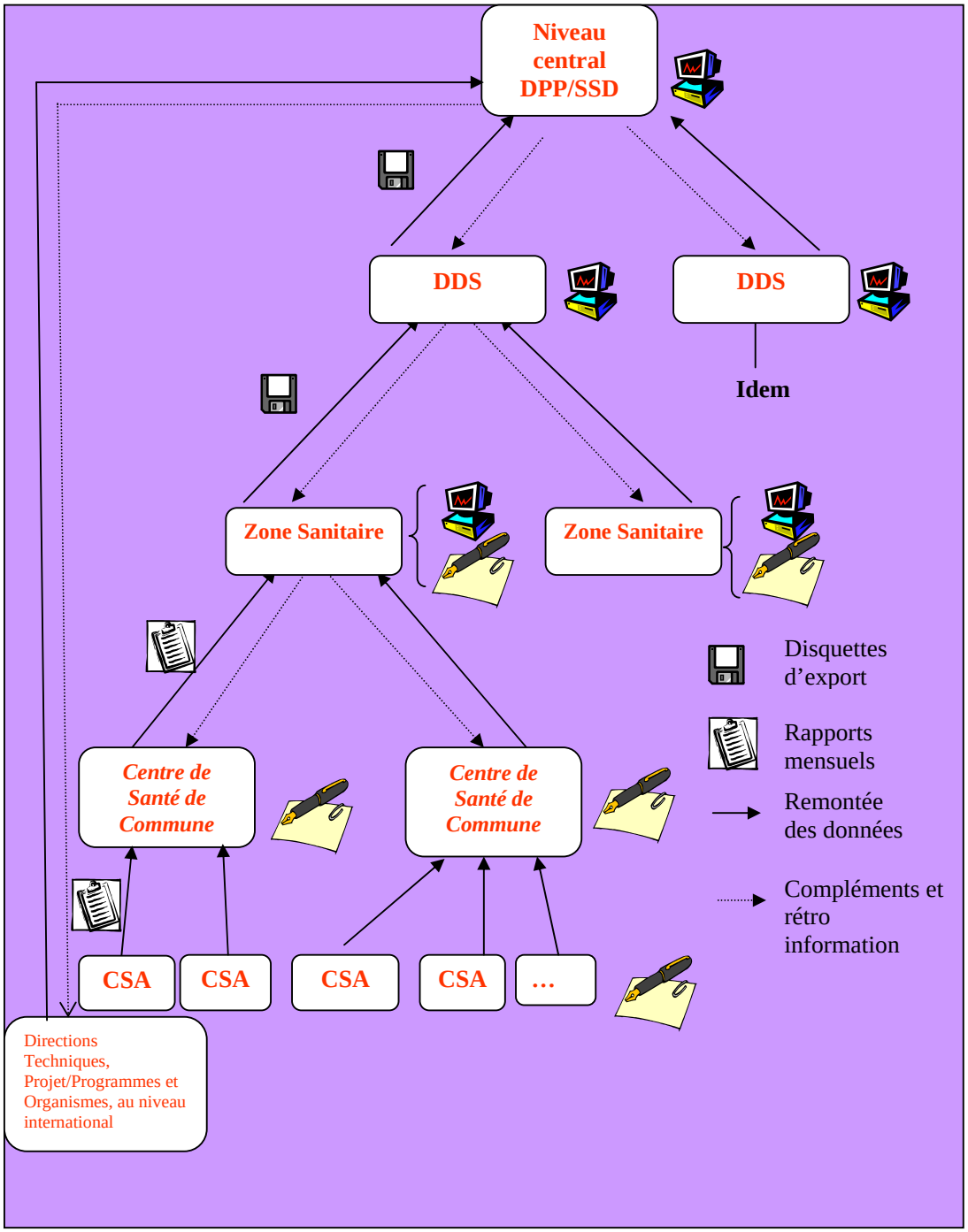
- Un sous-système d'enregistrement des événements vitaux tels que les naissances et les décès. Le SNIGS recueille ces informations au niveau des structures sanitaires, mais celles-ci sont également recueillies par le Ministère de l'Intérieur qui partage ses rapports ou les informations spécifiques avec le SNIGS, à sa demande.

- Les données de recensement de la population. Ces données sont recueillies et stockées au sein de l'Institut National des Statistiques et d'Analyses Économiques (INSAE). Le SNIGS demande des rapports ou des informations spécifiques à l'INSAE et extrait les données dont il a besoin.

- Des enquêtes sur la population et d'autres grandes enquêtes sont menées aux fins de recherche mais aussi de suivi et d'évaluation des programmes de prestations de services de santé particuliers. Celles-ci sont généralement réalisées par d'autres ministères ou organisations. Le SNIGS demande parfois les rapports de ces enquêtes, mais les institutions chargées de recueillir ces données ne sont pas obligées de les partager avec le SNIGS. Le SNIGS collabore parfois avec les institutions menant ces enquêtes. Par exemple, le SNIGS est impliqué dans l'EDS 2006 qui est actuellement préparée par l'INSAE. La dernière enquête sur la démographie et la santé a été conduite en 2001.

La Figure 18 illustre la circulation des informations au sein du SNIGS et des autres sous-systèmes liés au SNIGS. L'information va du niveau périphérique (CSA et CSC) au niveau de la zone sanitaire et de là elle est transmise au niveau départemental (DDS) puis au niveau central. Le retour d'information passe du niveau central au niveau départemental et ensuite au niveau zonal. Ce dernier assure que l'information « renvoyée » est partagée au niveau du centre de santé (CSA et CSC).

Outre les informations recueillies par le SNIGS dans les structures sanitaires pour les acheminer selon le parcours décrit ci-dessus, certaines directions techniques et certains programmes au niveau central du Ministère de la Santé recueillent des données supplémentaires dans les structures sanitaires pour l'établissement de rapports nécessaires. Cela alourdit encore la charge de travail du personnel infirmier et des sages-femmes qui doivent produire plusieurs rapports, parfois dans des délais très courts, tout en continuant de fournir des soins de qualité aux patients. Certaines directions recueillent les mêmes informations déjà recueillies par le SNIGS à des périodes différentes et à l'aide de fiches différentes. Ce manque de coordination donne lieu à une duplication des efforts et accroît le nombre d'erreurs dans la collecte de données. Par conséquent, le personnel du SNIGS passe beaucoup de temps à harmoniser ses propres données avec celles recueillies par d'autres directions afin de vérifier que tous les chiffres sont identiques.



Source : DPP, SSD.
Notes : Le SSD (Service des Statistiques et de la Documentation) fait partie de la DPP (Direction de la Programmation et de la Prospective) du niveau central. La DDS (Direction Départementale de la Santé) est l'organe administratif régional.

Figure 18. Circulation de l'information au sein du SNIGS

Les autres sous-systèmes non intégrés au SNIGS sont notamment ceux qui sont hébergés ailleurs, comme les données de l'état civil, les données de recensement, l'analyse des comptes nationaux de la santé, les grandes enquêtes sanitaires (par ex. l'EDS) et les informations recueillies dans des établissements privés (à l'exception des ONG confessionnelles dont les rapports transitent par le système SNIGS).

Cette description du SNIGS et des autres sous-systèmes démontre que des informations sanitaires diverses sont recueillies au Bénin. Bien que le SNIGS possède les informations de base nécessaires à la planification et à la prise de décision, il ne récupère pas suffisamment les données sanitaires recueillies par d'autres sous-systèmes qui ne lui sont pas rattachés. L'accès au paysage complet des données sanitaires recueillies dans le pays permettrait certainement d'améliorer la planification et la prise de décision en matière de santé.

Ressources, politiques et dispositions réglementaires

Le SNIGS dépend du budget du Ministère de la Santé pour couvrir certains postes comme le personnel dévolu aux informations sanitaires et aux statistiques ; les équipements et logiciels de traitement des données et de génération de rapports ; les dossiers d'archives, les formulaires, la papeterie ; les instruments ou les fiches de recueil de données, de stockage et d'établissement de rapports ; la formation spécifique au SIS et les frais d'exploitation liés à la collecte et à la diffusion des données. Jusqu'à une date récente, le système bénéficiait du soutien de la Coopération Française, mais depuis que celui-ci a pris fin, le seul budget du gouvernement ne permet pas de prendre en charge tout le système et accroître son efficacité. Par exemple, les informations au niveau des centres de santé périphériques (CSC et CSA) sont encore saisies et totalisées manuellement en raison de l'absence d'ordinateurs et d'électricité ; le personnel infirmier et les sages-femmes sont en nombre insuffisant pour assurer conjointement les soins et les fonctions de génération de rapports (le SIS est perçu comme un fardeau) et les ressources ne sont pas assez nombreuses pour former des personnes à utiliser le SIS alors qu'une rotation constante du personnel oblige sans cesse à former les nouveaux arrivants, notamment ceux qui ne connaissent pas le système.

Par ailleurs, un certain nombre de structures sanitaires ne disposent pas de formulaires de rapports car la DPP ne possède pas les ressources suffisantes pour mettre ces formulaires et les instructions qui les accompagnent à la disposition de toutes les formations sanitaires ou d'envoyer de nouveaux formulaires en cas de perte ou de détérioration des originaux. De plus, l'absence de réseau électronique reliant les différents points de recueil des données ne facilite pas la circulation rapide des informations entre les différents niveaux du SNIGS et entre le système SNIGS lui-même et les autres sous-systèmes, et réciproquement.

À l'heure actuelle, aucune politique, législation, ni disposition réglementaire n'oblige les établissements de santé privés à fournir au SNIGS des rapports sur des prestations et des activités précises. Comme mentionné précédemment, seules les ONG confessionnelles fournissent des informations au SNIGS dans le cadre d'un protocole d'accord conclu entre ces ONG et le Ministère de la Santé. Le nouveau mécanisme de collaboration entre les secteurs public et privé fait naître l'espoir que les deux secteurs partageront leurs ressources et leurs informations.

Disponibilité et qualité des données

Le document *Système National d'Information et de Gestion Sanitaire : Guide d'Instructions pour les Outils du SNIGS* fournit des normes et directives claires sur les procédures de recueil des données et de génération de rapports. Il existe deux grandes catégories d'outils : (1) des registres, des formulaires, des fiches et des dossiers d'archives pour un usage local (informations cliniques, stocks de médicaments, informations sur les services de santé maternelle et infantile) et (2) des formulaires de rapports. Les formulaires de rapports peuvent être divisés en trois catégories : (1) les communications sur les finances et la gestion (rapports sur l'état des finances, les équipements, les stocks de vaccins et le personnel) ; (2) les fiches cliniques (rapports épidémiologiques, résumé des services cliniques) ; (3) les fiches de santé maternelle et infantile (rapports d'activités de SMI ou de vaccination des enfants). Les rapports financiers, cliniques ou épidémiologiques et SMI sont présentés chaque mois d'un niveau à l'autre ; les rapports sur les équipements sont remis deux fois par an tandis que les rapports sur le personnel sont communiqués sur une base annuelle. Les rapports épidémiologiques concernant les grandes maladies transmissibles sont remis à un rythme hebdomadaire à la Direction Nationale de la Protection Sanitaire via le SIMR. Ils sont également envoyés au SNIGS une fois par mois selon le calendrier normal de soumission des rapports.

Les supports du SNIGS ont été modifiés au fil des ans pour faciliter le recueil des données. Toutefois, parmi les personnes que l'équipe a interrogées, certaines ont déclaré éprouver des difficultés à compléter la fiche de rapport épidémiologique B5. Jusqu'à présent, le taux de remontée des rapports au système central du SNIGS a été excellent (plus de 97 %). Lorsque le taux est inférieur à 97 %, le personnel du SNIGS recueille les rapports manquants auprès des structures sanitaires, tous niveaux confondus. Le respect des délais de remise des rapports est surveillé par le personnel du SNIGS, mais les rapports ne sont pas toujours délivrés dans les temps. Le personnel du SNIGS n'a pas les moyens d'aller régulièrement sur le terrain pour chercher les rapports manquants, mais il parvient à obtenir toutes les informations pour la fin de l'année, c'est-à-dire pour la publication de l'*Annuaire des statistiques sanitaires* du SNIGS.

La qualité des données reste un problème car les rapports ne sont pas exempts d'erreurs. Une évaluation interne du SNIGS, menée en 1999, a révélé que la proportion des erreurs contenues dans les rapports transmis n'était pas significative. En revanche, les données épidémiologiques incluaient des erreurs et des distorsions considérables (par exemple 74 % des rapports sur les nouveaux cas contenaient des erreurs). Depuis ce moment-la, le personnel du SNIGS a intensifié ses efforts pour corriger et valider toutes les données des rapports. Il effectue des visites de contrôle pendant lesquelles il vérifie certains des rapports transmis, particulièrement lorsque les données ne semblent pas fiables. Malheureusement, ces visites ne se déroulent pas à intervalles réguliers pendant toute l'année et ne couvrent pas l'ensemble des structures sanitaires en raison des ressources limitées. Néanmoins, un audit général de qualité des données est pratiqué à la fin de l'année avant la publication de l'annuaire des statistiques. Les bases de données départementales du SNIGS sont alors contrôlées avec soin après un audit préliminaire sur le site des formations sanitaires, en utilisant les dossiers des patients et les autres fiches que les établissements sont censés remplir. Les données du SNIGS sont également comparées à des données similaires recueillies par des sous-systèmes parallèles (système Virtualia de la DRH, système SMIR de la DNPS) pour garantir la cohérence des données. La finalisation et la validation de toutes ces données prennent souvent beaucoup de temps, ce qui rend difficile la publication de l'annuaire des statistiques

dans les délais. Malheureusement, les retards desquels souffrent la soumission des rapports au SNIGS et donc la publication de l'*Annuaire des statistiques sanitaires* affectent la planification, qui nécessite des informations exactes, opportunes et à l'heure.

Des efforts sont actuellement faits au niveau zonal pour vérifier la qualité des données avant leur transmission. Toutefois, le manque de formation du personnel en ce qui concerne l'utilisation des outils de recueil des données (dû en grande partie à la rotation constante du personnel) et l'absence de ces outils dans certaines formations sanitaires ont eu une incidence négative sur la qualité des données. Pour remédier à la situation, certains projets incluent des formations en collecte de données SNIGS et en génération de rapports dans leurs activités. C'est le cas du projet PROSAF dans les départements Borgou/Alibori.

Les formations sanitaires doivent remettre quatre rapports par mois en moyenne, ce qui est un fardeau pour le personnel infirmier et les sages-femmes chargés de préparer ces rapports. Les entretiens ont montré que certains d'entre eux n'ont pas assez de temps pour accomplir leurs tâches cliniques et préparer les rapports, ce qui les entraîne à remplir les fiches de rapports rapidement et à les transmettre à l'échelon supérieur sans avoir eu le temps de les relire. Quant aux médecins chargés d'examiner les rapports, certains les valident sans contrôler leur qualité.

Analyse et utilisation des données

La capacité à analyser les informations en bas de l'échelle du système (CSC, CSA) est encore limitée en raison du manque d'ordinateurs et de personnel bien formé à l'analyse des données ou aux statistiques. Néanmoins, au niveau de la zone sanitaire et de la DDS, il existe des statisticiens qui analysent les données avant de les transmettre au niveau central. Les données ne sont pas assez largement disséminées pour être disponibles pour toute personne en ayant besoin. La dissémination (ou rétro-information) se produit généralement par l'intermédiaire de l'*Annuaire des statistiques sanitaires* et par le bulletin d'information « Rétro-snigs ». Cependant, un certain nombre de personnes interrogées au niveau périphérique déclarent qu'elles ne reçoivent pas le bulletin d'information « Rétro-snigs » ou le reçoivent avec beaucoup de retard. Certaines ne savent pas que l'*Annuaire des statistiques sanitaires* existe. De plus, ces publications n'ont jusqu'à présent pas été diffusées via le site Internet du Ministère de la Santé, ce qui serait un moyen d'atteindre une audience plus large.

Conclusion

Le caractère fonctionnel du SNIGS est son plus grand point fort. La conception du système est bonne et le système est fonctionnel dans l'ensemble et reconnu comme outil important pour la planification, la gestion et la prise de décision. Ses principaux points faibles sont les suivants :

- Un manque d'intégration ou de liens entre les divers systèmes d'information sanitaire, ce qui ne permet pas d'avoir une vision claire et exhaustive des données sanitaires produites dans le pays

- Un manque de coordination dans le recueil de données au sein du SNIGS et dans certaines directions techniques, ce qui aboutit à une duplication des efforts et alourdit la charge de travail des formations sanitaires

- Un manque de ressources (ordinateurs, électricité) et de formation du personnel des formations sanitaires en matière de recueil, d'analyse des données et de génération de rapports

- Un manque de ressources humaines pour une supervision fréquente et des contrôles réguliers de la qualité des données

- Un manque de lois ou de dispositions réglementaires obligeant les établissements de santé privés à fournir des informations au SNIGS

- L'incapacité du SNIGS à fournir des informations complètes et très récentes quand on en a besoin pour la planification (à cause des retards dans la soumission des rapports et la publication des statistiques aussi bien que la manque d'information sur le secteur privé, sauf les ONG confessionnelles)

- Une diffusion et une utilisation limitées de l'annuaire des statistiques et du bulletin d'information « Rétro-snigs »

Le manque d'une base solide de soutien financier constitue la plus grande menace qui pèse sur le système. Le gouvernement est la seule source de soutien qui n'est pas suffisante et a peu de chances d'augmenter en raison de nombreuses autres grandes priorités sanitaires. En complément du soutien du gouvernement, le système aurait besoin d'autres sources de soutien pour continuer à fournir des informations pertinentes, fiables et d'actualité aux décideurs en matière de santé et aux utilisateurs des informations sanitaires.

Les statistiques SNIGS ne sont pas exploitées uniquement par le gouvernement, mais aussi par les bailleurs de fonds soutenant le secteur de la santé du Bénin. La mise en place actuelle de la nouvelle stratégie sanitaire du gouvernement devrait être l'occasion de demander un soutien aux bailleurs de fonds qui comptent déjà sur les données SNIGS pour justifier et programmer leurs projets.

Options pour surmonter les points faibles et les menaces

L'Annexe 1 récapitule les options à prendre en compte pour améliorer les performances du SNIGS. Comme il est impossible de s'attaquer aux points faibles identifiés sans un soutien renforcé (d'ordre financier ou matériel), l'option principale consisterait à réclamer une ligne de poste pour le SIS dans le budget de chaque programme ou projet financé par des bailleurs de fonds. Le Ministère de la Santé a également besoin d'augmenter l'enveloppe budgétaire du SIS.

Implication du secteur privé

Cette section aborde le climat global de l'activité du secteur privé au Bénin et la taille et l'étendue de la participation du secteur privé pour la santé. Elle identifie les initiatives en cours visant à renforcer l'implication du secteur privé pour la santé et suggère d'autres possibilités à prendre en compte. Bien que le climat général des affaires soit difficile au Bénin, le secteur de la santé bénéficie d'une grande diversité d'acteurs du secteur privé qui sont des alliés réels et potentiels pour renforcer le système sanitaire. Le principal défi à relever par le gouvernement est la mobilisation de ces acteurs du secteur privé de manière à

stimuler leurs contributions à l'amélioration de la santé publique. Pour y parvenir plus efficacement, le gouvernement a probablement besoin d'identifier les intérêts communs et de miser plutôt sur l'influence, la persuasion morale et les mesures incitatives positives que sur des mesures réglementaires directes.

Analyse

Environnement général des affaires et climat d'investissement

L'environnement des affaires du Bénin pose dans son ensemble une véritable gageure. L'indice de compétitivité de croissance du Forum Économique Mondial de 2004 classe le Bénin au 114e rang des 117 pays étudiés. Cet indice mesure un large éventail de facteurs qui ont une incidence sur le climat des affaires d'une économie et qui sont des éléments clés d'une croissance économique durable. En 2004, la Banque Mondiale a classé le Bénin à la 129e place sur 155 pays dans le calcul de son indice de « Pratique des affaires ». Le Bénin ne présente pas une économie bien diversifiée et le secteur industriel en particulier est sous-développé. Le secteur tertiaire et l'agriculture forment 85 % de l'ensemble de l'activité économique. L'emploi dans le secteur structuré de l'économie est faible et la perception des impôts reste difficile.

La grande communauté des affaires peut être une alliée importante pour soutenir le système sanitaire et contribuer à instaurer des changements qui conduiront à une couverture des services plus grande, à une meilleure santé des travailleurs et à une économie plus compétitive. Plusieurs institutions encouragent et consolident les initiatives privées. Le Ministère de l'Industrie, du Commerce et de la Promotion de l'Emploi supervise les activités commerciales. La Chambre de Commerce offre un lieu d'accueil pour les échanges entre le gouvernement et le secteur privé. Le Conseil National du Patronat du Bénin représente les intérêts du monde des affaires. Le Centre de Promotion et d'Encadrement des Petites et Moyennes Entreprises aide les entrepreneurs, les hommes d'affaires et les investisseurs béninois et étrangers à élaborer des projets réalisables, à obtenir un financement et des services de conseil. PromoBenin est le promoteur de partenariats de commerce et d'investissements entre les entreprises béninoises et les partenaires étrangers. La Fondation de l'Entrepreneurship du Bénin favorise les donations aux petites et moyennes entreprises.

Le Bénin bénéficie d'un secteur bancaire actif, avec des agences de l'ECOBANK, de la Continental Bank-Benin, de la Société Générale de Banques au Bénin, de la Banque d'Afrique et de la Banque Internationale du Bénin, entre autres. Le Bénin bénéficie également d'une activité de conseil bien établie avec des entreprises locales et au moins une société associée à un grand groupe de conseil international. Pour mieux comprendre le système de santé, il serait utile d'en savoir plus sur le positionnement du secteur privé de la santé au sein du milieu des affaires et sur sa capacité à obtenir facilement les services bancaires et le conseil nécessaires.

Taille et composition du secteur privé dans le domaine de la santé

Au Bénin, le secteur privé présente une très grande diversité et inclut le personnel infirmier, les médecins, les dentistes et les sages-femmes exerçant à titre libéral ; les hôpitaux à but lucratif et les hôpitaux religieux à but non lucratif ; les pharmacies, les laboratoires, les fournisseurs d'équipements médicaux et les grossistes en médicaments ; les praticiens traditionnels ; les compagnies d'assurance santé facultatives, les mutuelles complémentaires,

et les grandes entreprises dotées d'une infirmerie et procurant d'autres services de santé à leurs employés ; les associations de défense des consommateurs et les ONG. On peut également considérer la solide presse indépendante du Bénin comme un acteur majeur du secteur privé dans le domaine de la santé.

Médecins, dentistes et sages-femmes exerçant à titre libéral

Avant 1986, presque tous les professionnels de la santé étaient embauchés par l'État à la fin de leurs études. Lorsque le gouvernement du Bénin a cessé de recruter automatiquement tous les nouveaux professionnels de la santé, certains d'entre eux ont commencé à prospecter le secteur privé. Cette pratique ponctuelle s'est poursuivie jusqu'en 1997 lorsque la loi n°1997-020 a autorisé l'exercice privé de la médecine et a établi les exigences et procédures afférentes.

Désormais, le Ministère de la Santé s'appuie sur une procédure bien définie pour autoriser l'exercice privé de la médecine. Les demandeurs présentent leurs dossiers à la DNPS dépendant du Ministère. La DNPS convoque une commission technique composée des directeurs du Ministère de la Santé, des conseils de l'Ordre des divers professionnels, des associations et des syndicats pour étudier les demandes. Le conseil de l'Ordre concerné effectue une vérification physique du lieu d'exercice proposé et donne sa recommandation. La commission technique suit généralement cette recommandation. Bien que les professionnels de la santé qui travaillent dans le secteur public n'aient légalement pas le droit de travailler dans le privé, cette pratique semble relativement courante. Le Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de la Décentralisation enregistre également les praticiens privés du secteur de la santé bien que les détails de cette procédure ne soient pas connus des auteurs.

Même si le gouvernement du Bénin dispose en principe de procédures bien établies en ce qui concerne l'autorisation de l'exercice privé de la médecine, en pratique de nombreux médecins et autres professionnels exercent dans le secteur privé sans l'autorisation du Ministère de la Santé ou à son insu. Cette situation est illustrée par une enquête effectuée en 2005 auprès des praticiens privés de quatre départements (Borgou, Alibori, Mono et Couffo). Sur les 231 cabinets privés interrogés, seulement 28 (12 %) étaient autorisés. Cette absence d'autorisation des praticiens libéraux crée un certain nombre de problèmes. Tout d'abord, le Ministère de la Santé est dans l'impossibilité de garantir et de surveiller l'offre ou la qualité des services de ces prestataires. Ensuite, les praticiens exerçant sans autorisation sont peu susceptibles de collaborer spontanément avec le Ministère pour aborder les problèmes de santé publique. Enfin, en raison des relations que les praticiens non autorisés nouent avec leurs patients et les autorités locales, il est difficile pour le Ministère de la Santé de les empêcher d'exercer même s'ils ne satisfont pas les critères techniques de qualité. Le Bénin estime avoir 1 500 médecins (dont 571 sont membres de l'Ordre des Médecins), 230 pharmaciens (dont tous sont membres de l'Ordre des Pharmaciens) et plus de 3 000 sages-femmes (dont 580 sont inscrites à l'Ordre des Sages-femmes).

Prépondérance des cabinets de soins infirmiers libéraux

L'enquête ci-dessus, effectuée par la DNPS en 2005 et portant sur les praticiens libéraux, offre également une image partielle de la composition du secteur privé dans le domaine des soins de santé. Sur les 231 cabinets privés identifiés, la grande majorité (74 %) pratiquait soit uniquement des soins infirmiers standard soit des soins infirmiers et des accouchements sans complication. (Ce dernier type de cabinet étant probablement des cabinets de sages-femmes.)

Les cabinets médicaux représentaient moins de 6 % de la totalité. Seulement 3 des 231 praticiens étaient dentistes et 1 seulement était un laboratoire médical. Les résultats de cette enquête comportent un élément restrictif du fait que les pharmaciens ou les praticiens traditionnels n'étaient pas inclus. En 2003, une autre enquête du Ministère de la Santé dans quatre autres départements (Zou, Collines, Donga et Atacora) incluait les praticiens traditionnels et a révélé que ceux-ci comptaient pour 8 % des prestataires de services du privé. Comme en 2005, l'enquête de 2003 a également montré que les cabinets de soins infirmiers, incluant ou non les prestations d'accouchements sans complication, représentaient 71 % de toutes les formations sanitaires étudiées dans le secteur privé.

Ces résultats suggèrent que les professions d'infirmiers et de sages-femmes contribuent probablement à une large part des soins de santé dans le secteur privé, particulièrement dans les zones rurales. Ces résultats sont importants parce que le suivi de l'activité du secteur privé par le Ministère de la Santé au moyen du SNIGS ne se concentre pas actuellement sur les activités des cabinets d'infirmiers et de sages-femmes. Les résultats de l'enquête suggèrent également qu'il est nécessaire d'avoir plus d'informations sur la nature et le volume des prestations offertes par les consultations des cabinets d'infirmiers et de sages-femmes. Ils suggèrent que les efforts visant à intensifier l'implication du secteur privé dans le domaine de la santé doivent rechercher activement la participation du personnel infirmier et des sages-femmes. Le Ministère de la Santé pourrait aussi attirer plus l'attention sur l'autorisation des soins infirmiers privés. Le personnel infirmier et les sages-femmes exerçant à titre individuel seront probablement confrontés aux problèmes de la formation continue et de l'accès à des compétences spécialisées pour traiter des cas moins courants ou compliqués.

Hôpitaux du secteur privé

Selon le rapport provisoire publié en mars 2006 sur les comptes nationaux de santé du Bénin de 2003, les dépenses dans les cliniques et hôpitaux du secteur privé représentent 7 % des dépenses totales de santé. Ce chiffre est à comparer avec les hôpitaux administrés par le Ministère de la Santé qui comptent pour 18 % des dépenses totales de santé (ou, si l'on inclut tous les hôpitaux publics y compris ceux des autres ministères, qui représentent 19 % des dépenses totales de santé).

Hôpitaux religieux à but non lucratif

Les hôpitaux religieux à but non lucratif sont bien intégrés dans le système sanitaire du Bénin et contribuent de manière importante aux prestations de service des hôpitaux de zone dans leur ensemble. Onze hôpitaux religieux à but non lucratif fonctionnent comme hôpitaux de zone et transmettent des données statistiques au Ministère de la Santé. Celles-ci permettent de comparer les taux d'occupation moyens et les durées des hospitalisations dans les établissements de zone qui sont des hôpitaux religieux privés et ceux qui sont des hôpitaux publics administrés par le Ministère de la Santé. Cette comparaison, illustrée par le Tableau 13, révèle que les hôpitaux confessionnels ont un taux de prestations de service bien plus élevé que celui des hôpitaux publics. Les 1 109 lits dans les hôpitaux religieux enregistrent une durée de séjour moyenne de 6,3 jours et un taux d'occupation moyen de 81 %. Ces chiffres contrastent avec les 1 054 lits dans les hôpitaux publics de zone dont la durée moyenne de séjour est de 2,9 jours avec un taux d'occupation de 23 %. Les hôpitaux religieux de zone, avec la moitié du nombre total de lits d'hôpitaux au niveau de la zone fournissent 63 % de toutes les hospitalisations et 79 % de tous les jours de soins ambulatoires. Bien que le coût total des prestations de ces hospitalisations ne soit pas connu,

le rapport sur les comptes nationaux de la santé de 2003 indique que l'ensemble des hôpitaux privés compte seulement pour 7 % des dépenses totales de santé. Par conséquent, l'importante contribution des hôpitaux religieux est économique par rapport à l'ensemble des prestations de services.

Tableau 13. Prestations de service dans les hôpitaux de zone

	Lits	Hospitalisations	Jours d'hospitalisation	Durée de séjour moyenne (jours)	Taux d'occupation
Tous les hôpitaux de zone	2 163	82 945	415 855	5,0	**53 %**
Hôpitaux religieux de zone[a]	1 109 (51 %)	52 073 (63 %)	327 799 (79 %)	6,3	**81 %**
Hôpitaux publics de zone[b]	1 054 (49 %)	30 872 (37 %)	88 056 (21 %)	2,9	**23 %**

Source : Ministere de Sante Publique. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*.
[a] Informations concernant 10/11 hôpitaux religieux au niveau de la zone.
[b] Informations concernant 19/20 hôpitaux publics.

Pharmacies et grossistes en médicaments

Se reporter à la section Gestion des médicaments pour une étude approfondie de ce sujet.

Laboratoires

Les laboratoires semblent être le maillon faible dans les prestations de soins de santé du secteur privé. Les informateurs signalent leur rareté et les enquêtes de 2003 et 2005 sur le secteur privé de la santé menées dans huit départements (en n'incluant pas les grandes agglomérations urbaines du pays) ont enregistré seulement trois laboratoires privés sur un total de 490 prestataires de soins de santé du secteur privé. Ce résultat suggère que les prestataires privés soit délivrent des soins de santé sans l'aide des services de laboratoires, soit envoient leurs patients dans des établissements publics pour les examens de laboratoire. Aucun de ces scénarios n'est souhaitable. Si les prestataires du secteur privé délaissent les examens de laboratoire, la qualité des soins en pâtira. S'ils envoient leurs patients dans des laboratoires publics, ceux-ci peuvent ne pas remplir leur fonction première de soutien aux prestations du secteur public.

Praticiens traditionnels

La taille et la portée du secteur de la médecine traditionnelle ne sont pas vraiment connues. Les informateurs indiquent qu'une très grande partie de la population béninoise se tourne vers la médecine traditionnelle avant de consulter un allopathe. La psychiatrie est l'un des domaines où les praticiens traditionnels semblent être un complément efficace de la médecine allopathique. Les médecins allopathes intègrent également quelques éléments de médecine traditionnelle dans l'exercice de leur métier. Dans l'enquête sur les prestataires de soins de santé du secteur privé, menée en 2003 par le Ministère de la Santé dans quatre départements, les praticiens traditionnels représentaient 8 % de l'ensemble des prestataires. Bien que le budget de la santé pour 2006 n'ait pas quantifié les dépenses de santé liées à la médecine traditionnelle, des informations officieuses fournies par un praticien traditionnel suggèrent

que les revenus provenant de la médecine traditionnelle peuvent être très élevés. Le Bénin prévoit de mettre en place un conseil de l'Ordre de Praticiens Traditionnels qui serait similaire à ceux existant pour les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens. Le Ministère de la Santé entreprend une évaluation destinée à mieux appréhender la taille et la portée des activités des praticiens traditionnels et les résultats devraient être prêts en mai 2006.

De plus amples renseignements sur la taille et la portée des praticiens traditionnels et le niveau des dépenses de santé dont ils sont responsables seront précieux pour déterminer le meilleur moyen de les faire participer aux priorités de la santé publique. La création d'un Conseil de l'Ordre pour les praticiens traditionnels devrait vraisemblablement contribuer à mieux faire connaître leurs activités tout en donnant au Ministère de la Santé un moyen d'instaurer une collaboration plus efficace avec eux. Si les praticiens traditionnels sont le premier point de contact de nombreuses personnes avec les soins de santé, il est important de les intégrer dans le système de référence, notamment pour qu'ils puissent identifier et garantir un traitement efficace des cas urgents comme les formes graves de paludisme.

Compagnies privées proposant une assurance santé facultative

Un certain nombre de compagnies d'assurances proposent des contrats d'assurance santé facultative auxquels adhèrent principalement des travailleurs officiellement salariés et leurs familles qui habitent souvent dans des zones urbaines. On estime qu'une compagnie d'assurance santé privée couvre environ 10 000 personnes. Des entretiens avec des employeurs du secteur privé indiquent que les compagnies d'assurances participent volontiers à des processus de sélection concurrentiels. Des entretiens avec des directeurs des ressources humaines indiquent que les entreprises et les travailleurs sont souvent très satisfaits des offres des compagnies d'assurances. Celles-ci travaillent avec des prestataires de service appartenant aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. Les assurés paient leur quote-part directement aux prestataires de services au moment des soins et les compagnies d'assurances remboursent la quote-part restante aux prestataires.

Les compagnies d'assurance ont du mal à maîtriser les coûts et lutter contre la fraude. Les assurés et les prestataires ne partagent pas les mêmes intérêts que les assureurs en matière de maîtrise des coûts et de fraude. Certains prestataires facturent des honoraires plus élevés aux assureurs qu'à leurs patients payant directement car ils intègrent les coûts de financement découlant des paiements différés et les coûts engendrés par l'exécution des formalités administratives. De plus, certains prestataires considèrent que le prix qu'ils demandent à leurs patients en direct est inférieur pour tenir compte de leur incapacité à payer. Les assureurs pensent qu'ils devraient payer moins que les patients directs puisqu'ils sont de gros pourvoyeurs fiables. Comme les compagnies d'assurances ne remboursent pas les prestataires au cas par cas, comme le fait le Diagnosis-Related Group (groupe lié au diagnostic) aux États-Unis, les prestataires ne partagent pas l'intérêt des assureurs à réduire les coûts. Les assureurs observent que des personnes non assurées utilisent de manière frauduleuse les assurances avec parfois la complicité des prestataires. Les assureurs voudraient s'engager plus activement auprès du secteur public afin d'élaborer et de mettre en œuvre une politique de santé.

Mutuelles de santé

Le mouvement des mutuelles de santé n'est pas étendu, mais il est en plein essor au Bénin. En 1997, 11 mutuelles de santé étaient enregistrées au Bénin alors que 90 étaient recensées en 2003 dont les deux tiers étaient opérationnels et le dernier tiers était constitué de structures débutantes ou encore à l'état de projet. Si le taux de croissance entre 1997 et 2003 a poursuivi sa progression, le Bénin devrait compter 120 mutuelles de santé en 2006. Les informations concernant le nombre de personnes couvertes par ces mutuelles ne sont pas facilement disponibles, mais l'expérience dans d'autres pays laisse à penser que les mutuelles doivent couvrir moins de 100 000 personnes au Bénin à ce jour.

Le gouvernement du Bénin et ses partenaires de développement partagent l'opinion que les mutuelles de santé sont très prometteuses au Bénin. Cette opinion se fonde sur l'attention prêtée aux mutuelles par le Ministère de la Santé lors de la mise au point d'un projet de politique mutualiste de santé et sur le grand nombre de partenaires de développement favorables à la progression des mutuelles de santé. Ce soutien enthousiaste des mutuelles de santé provient vraisemblablement d'un désir d'augmenter la couverture, l'usage et la qualité des soins de santé dans un contexte où les recettes du gouvernement ne financent pas totalement les soins, où de nombreuses personnes n'ont pas l'argent comptant nécessaire pour payer leurs cotisations, où le fonds d'aide aux indigents ne surmonte pas toutes les barrières financières et où les usagers n'ont pas le pouvoir de pression nécessaire pour exiger des soins de haute qualité.

La Direction Nationale de la Protection Sanitaire du Ministère de la Santé a préparé un projet de politique de mutuelles de santé et une stratégie de développement de ce mouvement qui passe par la proposition d'une loi qui donnerait un cadre législatif aux mutuelles de santé ainsi qu'un certain nombre d'incitations à renforcer et développer le mouvement mutualiste, y compris un soutien financier des mutuelles de santé, des mécanismes permettant d'étendre le soutien aux soins des indigents par les mutuelles et des encouragements financiers pour les formations sanitaires et les employés prestataires de soins auprès des membres des mutuelles de santé. Les partenaires de développement soutenant le mouvement des mutuelles de santé sont notamment le BIT-STEP, l'UNICEF, l'Allemagne, la Belgique, le Canada, les États-Unis et l'ONG scandinave Borne Fonden.

Les employeurs

Les employeurs au Bénin participent à la santé par leurs cotisations au fonds de la sécurité sociale du Bénin et en fournissant l'accès à des soins de santé sur le lieu de travail pour leurs employés. Les grandes entreprises du Bénin sont tenues par la loi de mettre une infirmerie à la disposition de leurs employés. Ces infirmeries sont dirigées par des infirmiers qui ont formé l'Association béninoise des infirmiers et infirmières de sécurité et de santé au travail (ABIIST). Cette association regroupant 70 personnels infirmiers employés par 30 grandes entreprises atteint 25 000 employés et leurs familles et elle est susceptible d'atteindre un plus grand nombre de personnes dans les communautés où travaillent les employés. L'ABIIST pourrait aider le Ministère de la Santé à encourager des mesures de santé publique telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les employés du secteur structuré de l'économie, leurs familles et au sein de leurs communautés. Les auteurs de ce document ont rencontré un membre de l'ABIIST qui a pris l'initiative d'obtenir du Ministère de la Santé 400 moustiquaires traitées par insecticides pour les employés de son entreprise et leurs familles. Cette infirmière a noté que les absences des salariés dues au paludisme ont baissé

depuis l'introduction de ces moustiquaires. Certains employeurs complètent leurs contributions au fonds de sécurité sociale du Bénin en faisant bénéficier leurs employés et leurs familles de contrats d'assurance santé privés. Certaines entreprises entretiennent également un parc d'ambulances.

Les employeurs du secteur privé représentent une ressource potentiellement importante et probablement sous-exploitée du secteur privé de la santé au Bénin. Le Ministère de la Santé pourrait s'engager avec eux de manière proactive et mutuellement bénéfique, par exemple en leur fournissant l'accès aux informations et aux fournitures destinées à promouvoir des comportements sains parmi les employés et leurs communautés, en donnant au personnel infirmier de la médecine du travail des moyens d'accéder à la formation continue, d'obtenir des informations sur les prestations de services de santé dans les infirmeries et en tirant parti de certaines ressources, comme les ambulances des entreprises, afin de répondre aux besoins publics dans des situations de crise.

Organisations de défense des consommateurs

Une ligue de défense des consommateurs a été fondée au Bénin en 1998. Elle joue un rôle actif dans la défense des droits des consommateurs. En matière de sécurité alimentaire, la ligue a participé au niveau international à l'élaboration de directives mondiales de sécurité alimentaire avec l'OMS, l'Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture et Safe Food International. Cette ligue est peut-être une ressource inexploitée dans le cadre d'une plus grande responsabilisation du système de santé auprès de la population.

Conclusions

Points forts

- Le secteur privé est diversifié et dynamique. Il comprend des cabinets médicaux, des cliniques, des hôpitaux à but lucratif et des cliniques et hôpitaux religieux à but non lucratif. Ce grand parc de formations sanitaires aide le Ministère de la Santé à atteindre ses objectifs de santé publique. Les formations sanitaires privées respectent les normes et procédures de soins établies par le Ministère de la Santé. Les hôpitaux religieux qui sont agréés au titre d'hôpitaux de zone transmettent tous les mois au Ministère de la Santé des statistiques sur la prestation des services et font l'objet de contrôles périodiques du Ministère de la Santé.

- Le Ministère de la Santé a récemment établi un cadre de concertation secteur public/secteur privé et un Organe Paritaire de Partenariat. Ces derniers sont considérés comme des développements positifs autant par le secteur public que le secteur privé.

- Le Ministère de la Santé possède un système autorisant les professionnels de la santé à exercer dans le secteur privé et à ouvrir des établissements de santé (cabinets de médecins, de sages-femmes, cliniques, hôpitaux et pharmacies). Ce système est mis en œuvre conjointement par une équipe réunissant des représentants du public et du privé.

- Les professionnels de la santé ne s'attendent pas à ce que le Ministère de la Santé leur offre un emploi garanti après leurs études. Les emplois proposés dans le secteur privé

soulagent le Ministère de la Santé de la pression financière d'employer tous les médecins et infirmiers diplômés.

- Des dispositions officielles sont en place pour traiter les cas de fautes professionnelles, aussi bien au sein de l'Ordre des Médecins que par le biais du système judiciaire.

- Le Ministère de la Santé est soutenu par l'Union Européenne pour la réalisation d'un recensement des professionnels et des établissements du secteur privé.

Points faibles

- Le Bénin possède un nombre important de praticiens non agréés et d'établissements sans autorisation d'exploitation. Le Ministère de la Santé n'a pas encore une image claire du secteur privé. Le gouvernement du Bénin a du mal à faire appliquer ses dispositions réglementaires relatives au secteur privé de la santé. Dans un environnement où l'accès aux soins est déjà limité, le gouvernement risque même de rencontrer l'opposition de l'opinion publique s'il tente de fermer les cabinets ou établissements non autorisés, particulièrement lorsque ceux-ci sont perçus favorablement par les communautés où ils travaillent. Aucune formation continue n'est exigée des professionnels de la santé et les possibilités de formation continue sont limitées. Aucun renouvellement d'autorisation d'exploitation n'est exigé pour les formations sanitaires.

- Les acteurs du secteur privé (assureurs, praticiens, cliniques et hôpitaux) ont le sentiment que le Ministère de la Santé pourrait faire plus pour obtenir leur entière participation. Ceci inclut leur implication dans l'élaboration des politiques de santé. Ils pensent que cela s'applique particulièrement à la mise en œuvre des programmes prioritaires où ils estiment qu'ils n'ont pas été impliqués totalement par le Ministère de la Santé. Ce dernier ne transfère pas les ressources vers le secteur privé pour l'aider à atteindre les objectifs de santé publique (par ex. couverture de la vaccination, distribution de moustiquaires traitées par insecticides, soins aux indigents).

- La ligue de défense des consommateurs ne semble pas influencer activement la politique de prestation des soins de santé ou s'impliquer dans la résolution des problèmes entre usagers et prestataires de soins de santé.

Perspectives d'avenir

- Le secteur public reconnaît qu'il a besoin de mobiliser les ressources du secteur privé pour atteindre la population. Les responsables du Ministère de la Santé réalisent qu'ils doivent travailler avec le secteur privé pour atteindre les objectifs de santé publique.

- Les acteurs du secteur privé sont prêts à travailler en collaboration plus étroite avec le secteur public. Ils sont favorables à une coopération avec le Ministère de la Santé par le biais des instances récentes que sont le Cadre de Concertation et l'Organe Paritaire.

- Le 8e Fonds Européen de Développement de l'Union Européenne soutient le renforcement de la collaboration des secteurs privé et public en matière de santé.

Menaces

Si le secteur privé est fort alors que la capacité de l'État à le réglementer est faible, il en résultera probablement une distorsion des priorités au sein du système de santé. Au lieu d'avoir le plus grand impact possible sur la santé publique, le risque est de se concentrer sur les interventions sanitaires les plus rentables ou celles répondant aux besoins des personnes les plus aisées (en investissant par exemple dans des équipements tomographiques de haute technologie au lieu de fournir les services de maternité essentiels). De manière générale, l'efficacité et l'équité face aux dépenses de santé risquent de décliner.

Résumé des points forts et faibles du système de santé du Bénin

Comme le résume le cadre de la méthode d'évaluation du système de santé présenté dans le chapitre 1 de ce rapport (Figure 1), l'analyse de chaque module (élément du système de santé) permet une évaluation fondée sur cinq critères de performance : l'équité, l'accès, la qualité, l'efficacité et la viabilité. Le Tableau 14 reprend la contribution de chaque élément du système à sa performance globale. Cette analyse et l'exposé précédent de chaque élément de ce chapitre ont permis l'identification des divers points forts et points faibles du système de santé.

En résumé, le système de santé du Bénin semble avoir été conçu raisonnablement, toutes les lois et politiques appropriées étant en œuvre, mais l'application de ce schéma, pour l'ensemble des éléments évalués, reste son principal point faible et affecte sa performance.

Résumé des points forts du système de santé

Le Bénin semble être en mesure d'avoir un système de santé fonctionnel offrant des soins abordables et appropriés à l'ensemble de la population.

- Les éléments clés de la structure du système de santé sont en place, la mise en place d'un système décentralisé est en cours avec des structures établies pour assurer une participation locale à l'administration du système de santé.

- Les lois et les politiques à la base d'un système de santé efficace ont été élaborées et sont régulièrement revues, évaluées et mises à jour.

- Un système de planification financière ascendant, s'appuyant sur un programme-budget, est en place et permet la rétention des recettes des usagers au niveau des prestataires de service.

- Un système d'information sanitaire fonctionnel fournit des informations pour la planification, la gestion et la prise de décision.

- L'accès géographique aux soins est assez élevé, avec 86 % de la population vivant dans un rayon de 5 kilomètres autour d'une structure sanitaire.

- Un organisme pharmaceutique fonctionnel, appartenant au secteur public, gère l'approvisionnement de la plupart des produits pharmaceutiques pour les formations sanitaires du secteur public et certains établissements du secteur privé.

- Le secteur privé est varié et dynamique ; récemment des organismes de partenariat entre les secteurs public et privé ont été mis en place pour favoriser ses relations avec le Ministère de la Santé.

Résumé des points faibles du système de santé

Malgré la mise en place et la conception du système de santé, de nombreux points faibles demeurent, en particulier concernant sa mise en œuvre, qui entraînent l'incapacité du système de santé à offrir la qualité de soins désirée à tous les secteurs de la population.

- L'application des lois et dispositions réglementaires existantes est insuffisante et inefficace.

- Les organes de gestion au niveau communautaire n'ont pas les capacités techniques requises pour accomplir pleinement la mission de supervision de la planification et des finances envisagée par les concepteurs du système de santé.

- La quantité élevée de dépenses déboursées, sous la forme d'honoraires ou d'achats de médicaments, ainsi que le financement gouvernemental limité, limitent l'accès des soins pour tous.

- En dépit d'un accès géographique théorique important, un nombre de formations sanitaires ne sont pas fonctionnelles en raison de la faiblesse des infrastructures, de l'inadéquation du personnel et de l'insuffisance en équipement.

- La gestion actuelle des ressources humaines est dans l'ensemble insuffisante, sans plan stratégique pour leur gestion ni gestion des carrières ou de la performance du personnel du secteur public. Le manque de personnel de santé travaillant dans le secteur public est critique et la répartition du personnel existant est inégale, avec une couverture insuffisante, en particulier dans les zones rurales.

- La quantification des médicaments et leur distribution sont réalisées par la structure sanitaire ; les ressources humaines et les capacités financières sont néanmoins insuffisantes à ces niveaux pour remplir correctement ces rôles.

- Un nombre important de praticiens exerce dans le secteur privé sans autorisation et il existe un nombre important de formations sanitaires non agréés ; certaines parties impliquées du secteur privé pensent que le Ministère de la Santé ne les associe pas totalement à la mise en œuvre des politiques de santé appropriées.

La plupart des points faibles identifiés dans le système de santé du Bénin sont liés et s'articulent autour de trois pôles principaux : difficultés dans la gouvernance, difficultés concernant les mesures incitatives au sein des ressources humaines et difficultés financières.

Difficultés dans la gouvernance

La mise en œuvre effective des différentes lois et politiques demeure l'une des principales difficultés du système de santé du Bénin. Il existe un sentiment général de non-respect des lois et une capacité limitée à imposer leur adoption. Cette difficulté affecte tous les secteurs du système de santé. La non-application des lois et politiques concernant le recrutement,

l'embauche, les mutations, les mesures disciplinaires et les promotions affecte la gestion des ressources humaines dans le secteur public. La non-application des lois et des dispositions réglementaires régissant le secteur privé implique un nombre important de praticiens exerçant sans autorisation, de formations sanitaires non agréés et l'existence d'un marché informel et non réglementé des ventes de médicaments.

Difficultés concernant les mesures incitatives au sein des ressources humaines

L'ensemble du secteur est conscient de l'importance des ressources humaines pour le système de santé et des conséquences d'une pénurie ou d'une mauvaise utilisation des ressources humaines sur l'ensemble des secteurs de système de santé. Les mesures incitatives ou au contraire démotivantes du système encouragent ou découragent certains comportements du personnel, notamment leur choix de spécialisation (la plupart des médecins préfèrent se spécialiser en santé publique en raison des meilleures chances de carrière supposées dans ce secteur) ou le choix de leur lieu d'exercice (une faible proportion désire travailler dans le nord du pays et peu de mesures incitatives les y encouragent).

Difficultés financières

Les dépenses de santé du gouvernement n'ont pas suivi la même évolution que celles d'autres secteurs ou d'autres pays présentant le même profil socio-économique. Le financement du secteur de santé dépend des dépenses déboursées par les ménages, principalement sous la forme de frais issus de l'achat de médicaments et d'autres produits pharmaceutiques. Étant donné le niveau de pauvreté du pays, cette dépendance envers la dépense des ménages crée un obstacle à l'accès aux soins et elle est insuffisante pour répondre aux besoins financiers du système de santé.

La faible disponibilité de ressources financières affecte les autres composantes du système, en particulier ceux qui nécessitent un engagement financier important et constant ou des investissements supplémentaires indispensables. Le renforcement du système de gestion des médicaments nécessite des ressources financières supplémentaires pour accroître la capacité de stockage au niveau de la CAME et des dépôts régionaux comme pour acheter l'équipement et les consommables nécessaires à l'amélioration du fonctionnement du Laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments. Le renforcement du SIS requiert des ressources pour acheter et installer des ordinateurs supplémentaires et intégrer au système principal les différents sous-systèmes et pour accroître la supervision ainsi que les vérifications de la qualité des données. L'amélioration des prestations de services de santé nécessite des ressources supplémentaires afin de remédier aux difficultés de communication rencontrées par les formations sanitaires et renforcer les systèmes de référence et de contre-référence. L'amélioration de la gestion des ressources humaines requiert des ressources supplémentaires pour embaucher du personnel, améliorer les avantages offerts aux membres du personnel, élaborer des offres de mesures incitatives financières pour favoriser le redéploiement du personnel dans les régions moins favorisées et concevoir et mettre en place des formations pour maintenir les connaissances et les compétences du personnel afin de répondre aux exigences des postes.

Le renforcement des performances du système de santé du Bénin nécessite un effort de concentration et l'attention sur la mise au point d'interventions destinées à surmonter ces trois difficultés, faute de quoi il pourrait être impossible d'obtenir des changements significatifs de la performance du système. Le chapitre suivant de ce rapport présente des propositions d'interventions potentielles pour surmonter ces difficultés.

Tableau 14. Résumé des performances du système de santé

Éléments du système	Critères de performance du système de santé				
	Équité	**Accès**	**Efficacité**	**Qualité**	**Viabilité**
Fonction de gérance/gouvernance	Actuellement, les structures de gérance (gouvernance) telles que décrites sur papier devraient pouvoir assurer l'implication des principales parties concernées. Le système est décentralisé (tant le gouvernement que le système de santé) et les structures nécessaires à la participation locale sont en place ; il devrait donc pouvoir garantir l'équité et l'accès aux soins.		Le non-respect des règles et le comportement inapproprié mais toléré de certains acteurs du système de santé réduisent l'efficacité de l'utilisation des ressources et la qualité des soins prodigués à la population.		
Financement	La contribution du gouvernement semble ajustée pour égaliser les ressources ; le système de paiement des frais par les utilisateurs est régressif.	Les frais réglés par les utilisateurs entravent l'accès.	Les retards de paiements du Trésor majorent probablement les coûts. D'importantes sommes financent des programmes de lutte contre le paludisme ou le SIDA mais ne renforcent pas le système de santé et ne sont pas très bien coordonnées.	L'absence de ressources affecte la capacité en équipement, entretien et ressources humaines.	De nombreuses sources de financement reposent sur des bailleurs de fonds qui vont et viennent ou sur les ressources communautaires qui sont déjà très sollicitées.

Éléments du système	Critères de performance du système de santé				
	Équité	**Accès**	**Efficacité**	**Qualité**	**Viabilité**
Prestation des services	Répartition physique assez équitable des établissements.	Des obstacles à l'accès : financiers, accès géographique aux SMI indispensables et à d'autres services.		Une mauvaise qualité en raison du non-respect des normes, de l'équipement inapproprié et de la capacité de laboratoire ; le système de référence ne fonctionne pas ; mauvaises relations entre le patient et le prestataire de services.	Besoin d'une capacité institutionnelle pour le contrôle de qualité.
Gestion des ressources humaines	Répartition très inéquitable des ressources humaines.	Accès aux soins entravé par la carence en personnel compétent dans les établissements ruraux éloignés.	Utilisation souvent inefficace du personnel en raison de l'absence de coordination et de planification des ressources humaines.	La qualité des soins est affectée par l'accès à du personnel qualifié et le comportement de certains prestataires.	Faible capacité à retenir le personnel par un système de financement communautaire et le financement de mesures sociales.

Éléments du système	Critères de performance du système de santé				
	Équité	**Accès**	**Efficacité**	**Qualité**	**Viabilité**
Gestion des médicaments	Système régressif pour les établissements éloignés concernant la distribution des produits pharmaceutiques ; accès inégal aux pharmacies privées ; autrement, l'accès aux médicaments essentiels est assez équitable.	L'utilisation de médicaments essentiels permet un accès financier ; l'accès physique dépend des ruptures de stock. La vente illégale de médicaments réduit l'accès.	Les fortes dépenses en médicaments suggèrent des inefficacités.	Le système en tant que tel devrait généralement assurer les médicaments et les fournitures nécessaires à des soins de qualité ; cependant l'absence de capacité du LNCQM affecte la qualité des médicaments disponibles.	La plus grande part du système pharmaceutique est autonome ; la capacité institutionnelle des niveaux inférieurs doit être renforcée.
Systèmes d'information sanitaire	Le système actuel mesure l'équité géographique mais pas les autres formes d'équité pour faciliter les prises de décision.	Le système actuel mesure uniquement l'accès aux infrastructures (et non l'accès à du personnel qualifié pour différents types de services).	Quelques systèmes parallèles existent. Le SIS n'est pas totalement exploité aux niveaux inférieurs.	Le SIS ne comprend pas de mesures de routine de la qualité des soins.	La capacité institutionnelle existe mais des ressources financières supplémentaires sont nécessaires.
Secteur privé	Répartition très inéquitable du secteur privé.	L'accès au secteur privé est très limité pour un grand pourcentage de la population. Les mécanismes de financement du secteur privé permettent parfois un plus grand accès financier (crédit).	Dans certaines régions chevauchement des secteurs public et privé. Le secteur privé pourrait jouer un rôle plus important dans les programmes de santé publique si le Ministère de la Santé en tirait avantage.		La grande partie des ressources dépensées dans le secteur crée un vrai défi à la croissance et la pérennité du secteur de santé.

CHAPITRE 5 : INTERVENTIONS PRIORITAIRES À ENVISAGER ET ENTREPRENDRE

Afin d'améliorer le fonctionnement du système de santé béninois, deux types d'options d'intervention ont été identifiés : (1) celles qui ne sont pas limitées à un seul aspect du système de santé ou dont les conséquences sont susceptibles d'affecter le fonctionnement du système de santé dans son ensemble, et (2) celles qui correspondent à de simples ajustements de la conception ou de l'exécution d'un élément spécifique du système. Dans ce chapitre, la première catégorie d'options est d'intérêt, celle-ci étant considérée comme plus essentielle dans le cadre de l'amélioration du système de santé. L'ensemble des options d'intervention spécifiques est présenté dans l'Annexe 1.

Les options décrites ci-après sont des recommandations détaillées mais non exhaustives, permettant d'étudier et de déterminer les solutions les plus efficaces dans ce type d'environnement, tout en assurant une cohérence avec les autres initiatives en cours ou prévues par le gouvernement.

Options envisageables pour le renforcement de la gouvernance du système de santé

Une gouvernance efficace du système de santé suppose une orientation compétente des ressources et des performances du système ainsi que la participation de toutes les parties concernées dans l'objectif de sauver des vies. Cette mission doit être menée de façon ouverte, transparente, responsable, équitable et réceptive vis-à-vis des besoins de chacun. Afin d'améliorer la gouvernance du système de santé, il convient d'examiner les options suivantes :

- *Renforcer la transparence et la responsabilisation.* Le public doit pouvoir observer la façon dont les décisions politiques sont prises, les ressources investies et les activités menées à bien. Les acteurs du système de santé sont plus performants lorsqu'ils savent que toutes les parties impliquées, y compris le public, peuvent surveiller leurs agissements. La consolidation des mécanismes de transparence et de responsabilisation dont dispose la société civile pour améliorer la gestion du système de santé inclut notamment :

    - De renforcer les COGECS à travers la formation et d'autres actions afin de les aider à mener efficacement leur mission de supervision, exigeant ainsi davantage de responsabilisation et de réceptivité de la part des établissements publics ;

    - De lancer des campagnes d'information qui favoriseront non seulement une collaboration plus étroite, mais également une responsabilisation accrue ;

    - De renforcer la Ligue pour la Défense du Consommateur et d'autres associations des consommateurs dédiées a la santé et la promotion des médicaments génériques, comme ARAMBE KAFU ATA, afin de définir les droits du consommateur en matière de santé ;

  - De créer un environnement sain permettant de signaler les cas de corruption, les abus, les dysfonctionnements, le non-respect des codes et usages professionnels, les cas d'impunité, entre autres.

- *Appliquer des sanctions efficaces.* Renforcer le rôle de l'Inspecteur Général de sorte qu'il jouisse d'une autorité d'application indépendante et d'une motivation accrue pour utiliser cette autorité en vue de mettre en place un mécanisme efficace garantissant le respect des lois, des décrets et des dispositions réglementaires.

- *Faire en sorte que chacun soit avisé des lois et des dispositions réglementaires en vigueur.* Passer en revue et synthétiser l'ensemble des lois et des dispositions réglementaires relatives à la santé dans un document récapitulatif qui sera largement diffusé à l'ensemble du personnel de santé du secteur public ainsi qu'aux professionnels exerçant dans le secteur privé. Traiter également de ces lois dans les médias de sorte que la population soit aussi tenue informée des pratiques autorisées.

- *Élargir l'engagement social dans la prestation des services de santé.* Sans un engagement social important, les systèmes de santé sont conçus sans pour autant refléter les souhaits de la population, ou l'esprit de créativité de toutes les parties impliquées. Il s'avère donc important d'essayer d'intégrer une plus grande diversité d'acteurs dans le système de santé, élargir le concept de « secteur privé » au-delà des prestataires de soins afin d'y inclure d'autres acteurs concernés par la performance du système de santé (notamment les compagnies d'assurance, les entreprises privées proposant des couvertures santé à leurs employés ou la presse).

Ces options (ou d'autres qui atteindraient les mêmes résultats) sont essentielles pour garantir la capacité du système de santé à exploiter les ressources mises à sa disposition afin de répondre aux besoins de la population, et pour en assurer la performance en termes d'équité, d'efficacité, de qualité et de pérennité.

Options envisageables pour accroître les incitations à la performance du système de santé et la gestion des ressources humaines dédiées à la santé

Le système actuel de financement basé sur les entrées disponibilise les ressources sans exiger des rendements précis ; donc il ne motive pas suffisamment le personnel de santé à utiliser ces ressources pour atteindre les résultats escomptés. L'amélioration de la performance du système implique la disponibilité de ressources humaines compétentes et désireuses d'accomplir le travail requis. Mais les questions liées aux ressources humaines ne se limitent pas à une planification des chiffres et de la répartition du personnel; il s'agit en effet de motiver les intéressés dans le sens d'une exploitation équitable, judicieuse et efficace des ressources humaines en adéquation avec les objectifs du système de santé, par le biais des mesures suivantes :

- *Créer un système contractuel de transfert des ressources incluant des obligations de résultats correspondant aux objectifs du système de santé.* Ces transferts de ressources peuvent prendre la forme de « contrats internes », entre le Ministère de la Santé et les établissements de santé publics de la zone sanitaire concernée, ou de « contrats externes »

avec des structures privées. À ce niveau, le financement basé sur la performance favorise la motivation pour l'obtention de résultats, non pas à l'échelle individuelle mais au niveau de l'équipe ou de l'établissement. Un tel système requiert une étude minutieuse du contexte actuel et de l'expérience des autres pays, et probablement une expérimentation du financement basé sur la performance au Bénin avant son développement à grande échelle.

- *Définir des mesures de motivation et de dissuasion qui inciteront le personnel à adopter les comportements appropriés.* Outre les mécanismes d'instauration de contrat, d'autres facteurs de motivation peuvent être élaborés pour encourager le personnel à accepter des postes en périphérie ainsi que des mesures dissuasives en cas de refus. Ceci implique également de mettre en œuvre de sanctions en cas de comportement inapproprié des agents de santé, de garantir l'application systématique des sanctions proposées par la Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne (DIVI), de décentraliser l'autorité de sanction et de renforcer les systèmes d'audit et de surveillance.

- *Clarifier la définition de l'organisation des prestations de services.* La création de mesures de motivation et de dissuasion pour encourager les bons comportements et la performance suppose une définition plus explicite de ce qu'est une « bonne organisation des prestations de services », ainsi que la spécification de normes déterminant ce qui doit être fait dans un établissement de santé et avec quel type de personnel. Ceci suppose une vision claire de ce qui se passe au niveau du point de prestation de services (en tenant compte de l'intégration, de la continuité et de l'adéquation avec les besoins exprimés), de sorte que les priorités au niveau local correspondent aux besoins réels de la population. On dénombre plusieurs exemples satisfaisants dans certaines zones sanitaires et certains départements où des modèles de prestation de services efficaces ont été mis en œuvre au niveau de la zone[36]. Ces exemples devraient faire l'objet d'une étude afin d'être incorporés dans la nouvelle politique de développement du secteur de la santé. L'évaluation du coût de cette organisation du système de prestation de services peut également s'avérer utile afin d'identifier clairement les besoins financiers du secteur de la santé (voir la section Options envisageables pour l'amélioration du système de financement ci-après).

Les options présentées ici (ou d'autres du même type) sont essentielles à la garantie de l'équité, de l'accès, de l'efficacité et de la qualité des soins.

Options envisageables pour l'amélioration du système de financement

L'amélioration de la performance du système doit prendre en compte les questions d'accessibilité financière et d'adéquation de la disponibilité des ressources. Les populations les plus pauvres rencontrent encore des difficultés d'accès aux services de santé et de nombreuses composantes du système requièrent des ressources supplémentaires pour fonctionner correctement. Dans ce contexte, il convient d'étudier les aspects suivants :

[36] Ces exemples incluent le travail réalisé dans les zones ayant bénéficié de soutien externe et qui ont donc pu mettre en place et tester de nouvelles méthodes d'organisation et de travail.

- *Améliorer l'accessibilité pour les plus démunis.* Le fonds d'indigence constitue un bon point de départ vers la résolution de ce problème, mais il serait plus que judicieux de chercher d'autres moyens d'utiliser cette caisse, notamment en finançant des mutuelles pour les plus précaires et en autorisant l'accès des établissements privés à ce fonds en cas de prise en charge de patients indigents. Une autre façon d'améliorer l'accessibilité aux soins serait la gratuité des services prioritaires (notamment les accouchements assistés ou par césarienne). Cette mesure pourrait être appliquée à certaines zones d'extrême pauvreté ou dans l'ensemble du pays, après une analyse des coûts réels et des possibilités de financement.

- *Accroître l'efficacité de l'exploitation des ressources dans le secteur de la santé.* L'étude d'un principe d'attribution des ressources basé sur des critères de première priorité, tels que la population, le taux de pauvreté, la capacité de perception des revenus locaux, l'équilibre entre les zones urbaines et rurales, ou les besoins spécifiques peut également s'avérer intéressante. Il conviendrait aussi de se pencher sur la possibilité de réorienter les énormes dépenses déboursées pour les médicaments en vue d'une utilisation plus efficace des ressources. Ceci impliquerait une étude plus approfondie pour comprendre l'utilisation actuelle de ces ressources.

- *Augmenter les ressources mises à la disposition du secteur.* Même avec une efficacité accrue, le secteur de la santé aura encore besoin d'une augmentation durable de son financement. À cette fin, plusieurs possibilités sont envisageables : l'augmentation directe du budget attribué par le gouvernement à la santé ou l'utilisation de taxes spécifiques, comme les taxes sur le tabac ou les alcools, afin de générer des fonds pour le secteur. La Banque Mondiale vient juste d'annuler la dette du Bénin, ce qui devrait permettre au pays d'accorder davantage de financement à la santé.

Ces options de financement du secteur de la santé sont essentielles à la garantie de l'équité, de l'accessibilité, de l'efficacité, de la qualité et de la pérennité du système.

Cette évaluation du système de santé du Bénin intervient au bon moment pour s'appuyer sur les opportunités actuelles de changement : l'arrivée d'un nouveau gouvernement qui a exprimé son intérêt pour un État plus juste et plus efficace, et pour la définition d'une nouvelle politique ou stratégie de développement du secteur de la santé. L'analyse du système de santé a mis en évidence de nombreux points forts, quelques points faibles, et plusieurs menaces, ce qui permettra d'en améliorer significativement et durablement la performance. Le Bénin a déjà beaucoup accompli et, comparé à de nombreux autres pays d'Afrique, dispose déjà d'un système assez bien conçu. La performance de ce dernier n'est toutefois pas adaptée à son niveau de conception ni même aux ressources qui sont à sa disposition. Les auteurs encouragent donc très vivement le gouvernement du Bénin, en général, et le Ministère de la Santé, en particulier, à exploiter les chances de transition pour s'attaquer directement aux facteurs qui menacent actuellement la performance du système de santé, afin de répondre efficacement aux besoins et aux attentes de la population.

Tableau 15. Analyse des interventions proposées

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Renforcement de la définition de l'organisation du système de prestation de services				
Spécification de normes déterminant ce qui doit être fait dans un établissement de santé et avec quel type de personnel (vision de ce qui se passe au niveau du point de prestation de services – en tenant compte de l'intégration, de la continuité, de l'adéquation avec les besoins exprimés, etc.)	Amélioration de l'efficacité des services de santé	Ce travail a déjà été en partie réalisé et peut donc servir de base ; nécessité d'engager des discussions avec les partenaires impliqués	1 à 2 ans	Faible
Renforcement de la gouvernance				
Assistance technique visant à renforcer la capacité des COGECS à accomplir plus efficacement leur mission de supervision (pour davantage de responsabilisation et de réceptivité)	Modéré à élevé	Élevée : nécessite la recherche de partenaires pour soutenir les actions de sensibilisation et de formation	2 à 5 ans en fonction de la disponibilité des ressources	Élevé en raison du nombre important de COGECS
Renforcement des capacités de la Ligue pour la Défense du Consommateur à défendre les droits du consommateur en matière de santé	Modéré : une surveillance accrue de la part de la société civile pourrait remplacer l'activité de réglementation de l'État	Élevée : se fonde sur la ligue existante ; requiert essentiellement un renforcement de son organisation ; l'existence d'une presse solide peut également jouer un rôle de soutien	Élevé : démarrage relativement rapide mais dépend de la réactivité des différents groupes sociaux	Faible
L'Inspecteur Général doit jouir d'une autorité indépendante pour faire appliquer les lois et directives et d'une motivation à en faire usage	Modéré : améliorera le respect des lois et dispositions réglementaires en vigueur	Faible à modérée : requiert un amendement de la loi et une volonté politique pour introduire cette réforme	Au moins 1 an	Faible : la majorité des coûts est liée au processus d'amendement de la loi

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Mise en place de mécanismes de lutte contre le clientélisme, la corruption, la violation des codes et usages professionnels, et la culture d'impunité dans le contexte professionnel (par exemple, décentralisation des fonctions de la DIVI et collaboration avec les autorités chargées de l'application des lois) Création d'un environnement et d'un mécanisme sains de signalement des cas de corruption et de violation de la loi	Élevé : Condition indispensable à la mise en œuvre de toutes les autres mesures. Si cette mesure est mise en place, son impact s'étendra au-delà du secteur de la santé.	Requiert un fort engagement et une volonté profonde de la part du gouvernement	2 à 5 ans	Faible
Analyse et synthèse des lois et des dispositions réglementaires sanitaires en vigueur afin d'élaborer un document récapitulatif qui sera plus facilement diffusé et lu par les professionnels de la santé très occupés et la population (les lois les plus importantes doivent être traduites dans les différents dialectes locaux)	Modéré	Modérée	Au moins 1 an	Modéré à élevé : inclut les coûts de sensibilisation des prestataires aux différentes lois

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Adaptation des mesures incitatives aux objectifs du système de santé				
Contractualisation des transferts de ressources du Ministère de la Santé entre les différents niveaux (du centre vers le département, vers la zone puis vers la formation sanitaire de base) en leur associant une obligation de résultat	Élevé : peut améliorer l'efficacité, la qualité, l'accessibilité et la pérennité institutionnelle	Faible à modérée : ceux qui perçoivent des ressources sans aucune obligation de résultat peuvent être réticents à l'idée d'être soumis à des exigences plus rigoureuses. Requiert un travail de conception et des discussions importantes avec les différentes parties concernées (y compris les syndicats) ainsi qu'une phase d'expérimentation	Modéré : nécessite des dispositions juridiques et fonctionnelles, implique une phase de sensibilisation. Peut prendre 5 à 8 ans pour un fonctionnement correct	La mise en œuvre n'est pas tellement onéreuse mais ce mécanisme requiert un investissement dans le sens d'un renforcement des capacités pour fonctionner correctement
Mise en place de mesures incitatives puissantes pour motiver le personnel à travailler dans des zones rurales ou reculées : primes spéciales, prêts, véhicules, paiement des frais de scolarité, promotions, primes de retraite et mesures incitatives non financières (remarques de remerciements ou félicitations, programmes de reconnaissance officielle, etc.).	Élevé : Amélioration du moral et de la productivité du personnel. Augmentation de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation des services de santé	Requiert un fort engagement de la part du gouvernement	2 à 5 ans	Élevé
Ouverture aux établissements privés de l'accès aux ressources financières, équipements et fournitures sur une base contractuelle en contrepartie de résultats précis dans les domaines prioritaires et en matière de prestation de soins aux indigents	Modérée à élevée : dépend de l'analyse de la prise en charge supplémentaire que ces établissements peuvent assurer	Modérée à élevée : soutien probable des structures privées mais les acteurs du secteur public peuvent y voir une concurrence pour l'obtention des ressources et des biens rares	Modéré	Élevé : transferts vers les établissements privés

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Augmentation de l'accessibilité financière du système de santé et de la disponibilité des ressources				
Gratuité des services de première priorité (soins maternels et infantiles et accouchements assistés) dans les régions très pauvres (notamment dans les zones rurales)	Élevé en termes d'équité et d'accessibilité	Modérée à élevée : les dépenses associées aux accouchements et aux soins de santé maternels et infantiles ne représentent que 5 % des revenus de santé nationaux. La plus grande difficulté sera de subventionner les dépenses de pharmacie et de laboratoire associées à ces services.	Modéré	Nécessite une étude approfondie. Il est probable que le coût reste raisonnable
Introduction par le Ministère de la Santé d'un système d'attribution des ressources permettant le transfert de fonds aux prestataires de services de santé en fonction de critères de première priorité préalablement définis (population, pauvreté, capacité locale de perception de revenus, équilibre zone urbaine et rurale, besoins spécifiques, etc.)	Élevé : permettrait de débloquer des fonds supplémentaires pour les zones très pauvres et/où les besoins sont importants, améliorant ainsi l'accessibilité et l'équité	Modérée : les zones bénéficiant d'un statu quo risquent de s'opposer à cette mesure ; implique une large consultation et l'éducation des participants	Modéré : contraintes d'élaboration du projet relativement légères, une fois la décision prise de mettre en place un tel système ; exécution longue mais de difficulté moyenne	Modéré (assistance technique, consultation et communication, et systèmes de suivi)
Mobilisation des ressources financières en faveur du secteur de la santé en général et des ressources humaines en particulier grâce à l'augmentation directe du budget octroyé par le gouvernement à la santé ou par l'intermédiaire de taxes spéciales	Élevé, si d'autres mesures relatives à la motivation et à la gestion sont en place	Requiert un fort engagement de la part du gouvernement dans le secteur de la santé	2 à 5 ans	Modéré à élevé
Accès au fonds d'indigence sur la base des services dispensés sans aucune distinction entre privé et public	Élevé : élargira le choix des prestataires de services pour les plus démunis.	Modérée : peut susciter l'opposition des prestataires du secteur public	Modéré	Modéré : dépend de la demande de soins des indigents auprès des prestataires privés

CHAPITRE 6 : OPTIONS DE TRAVAIL POUR L'USAID

L'Agence des États-Unis pour le Développement International s'emploie à faire en sorte que le Bénin et ses voisins d'Afrique subsaharienne soient des pays démocratiques, engagés dans une dynamique de croissance durable, de diminution de la pauvreté et indépendants des aides internationales. Le programme de l'USAID au Bénin porte essentiellement sur les services sociaux, le renforcement de la capacité de la société civile et une gouvernance du pays plus affirmée. Dans l'ensemble de son travail au Bénin, l'USAID met fortement l'accent sur la promotion de la place des femmes, sur le développement de la décentralisation, sur le renforcement de la société civile et sur la lutte contre la corruption.

Dans le domaine de la santé, l'objectif de l'USAID est de garantir :

- l'accès à un packet minimum de services de santé pour la famille ;
- la capacité des habitants à prendre soin d'eux-mêmes ainsi que de leurs enfants, et l'autoprotection contre le VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmises ;
- l'accessibilité financière des services de santé pour les communautés ;
- la contribution efficace des communautés à la supervision de la planification, de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation des services de santé ;
- la capacité du Ministère de la Santé à proposer des soins de santé adéquats à la population béninoise à travers la planification, la budgétisation, la formation et la supervision efficaces du personnel ;
- la collaboration entre le gouvernement local, le Ministère de la Santé et la société civile au niveau de la planification et de la gestion des services de santé locaux.

Le travail de l'USAID est complété par les nouvelles activités du « Millennium Challenge Corporation » (MCC) qui, en février 2006, a passé avec le Bénin un contrat de USD 307 millions sur cinq ans. L'USAID œuvre dans le sens d'une population en meilleure santé, plus productive et mieux formée, et pour l'augmentation de l'efficacité des institutions locales dans la promotion et le renforcement du secteur privé et de la gestion démocratique du pays. Le contrat de la MCC prévoit l'amélioration des infrastructures et l'augmentation des investissements et de l'activité du secteur privé. Le programme quinquennal de la MCC devrait assister près de 5 millions de Béninois et sortir environ 250 000 citoyens de la pauvreté d'ici 2015. Environ USD 170 millions issus de cette aide seront consacrés au développement du port de Cotonou. USD 20 millions permettront de soutenir la collaboration avec les institutions financières pour permettre aux petites et moyennes et micro-entreprises d'accéder aux crédits et à d'autres services financiers afin d'augmenter la production et développer l'emploi.

Les conditions sanitaires de la population béninoise ne sont pas aussi satisfaisantes qu'elles pourraient l'être. Ceci est en partie lié au fait qu'elle ne recourt pas suffisamment aux services de

santé disponibles. Cette sous-utilisation des services de santé s'explique par des contraintes financières et par le sentiment que les prestations sont de qualité médiocre, le secteur entaché de corruption et le personnel peu accueillant. En outre, la population n'admet pas forcément la nécessité de ces services. Du point de vue des prestataires, les services sont moins efficaces que ce qu'ils pourraient l'être pour de multiples raisons. Par exemple, les transferts de ressources ne sont pas liés à la performance et la gestion inefficace des ressources humaines démotive le personnel de santé. Le pays n'a pas encore mobilisé toutes les ressources disponibles (le secteur public, le secteur privé et la société au sens large) autour d'une vision engagée et partagée d'une meilleure santé.

Comme le met en avant cette évaluation, le système de santé béninois présente de nombreuses difficultés. La population sous-utilise le packet minimum de services de santé pour la famille que l'USAID s'efforce de promouvoir. Elle manque d'informations et de connaissances en matière d'autoadministration des soins. Les membres de la communauté, et en particulier les pauvres et les personnes travaillant dans le secteur informel, n'ont pas suffisamment accès aux services, faute d'argent. Les communautés disposent de structures appropriées pour superviser les services de santé (COGECS), mais nécessitent un renforcement des capacités pour être totalement efficaces. Le Ministère de la Santé a besoin également d'une capacité accrue, en particulier en termes de gestion des ressources humaines, d'attribution des ressources basée sur la performance et d'orientation des dépenses publiques, pour proposer des soins de santé adéquats au peuple béninois. La collaboration entre le Ministère de la Santé, les autorités locales et la société civile doit être élargie et renforcée afin d'assurer une planification et une gestion optimales des services de santé locaux.

Parallèlement, le Bénin présente un certain nombre d'atouts importants dont l'USAID devrait tenir compte lors de la définition des options visant à soutenir le système de santé. La double tendance à accroître l'urbanisation et l'éducation est de bon augure pour l'avenir. L'émergence d'une population au niveau d'éducation supérieur et plus urbanisée facilitera la prestation de services de santé tout en diminuant les coûts. Au fur et à mesure du développement de l'économie, le passage d'une part croissante de la population active au secteur formel contribuera à augmenter les revenus, à multiplier les recettes du gouvernement et à élargir le pourcentage de la population couvert par le système d'assurance-maladie. La liberté de la presse béninoise est synonyme pour la population d'une certaine facilité d'accès aux informations liées à la santé et à d'autres domaines. La presse et les ligues de défense du consommateur émergentes ouvrent donc la voie vers une responsabilisation du système de santé envers la société civile. Le travail antérieur de l'USAID visant une offre d'un packet minimum de services constitue une base pour le calcul des coûts du packet minimum de services offerts par les assurances. La présence de nombreuses infrastructures publiques dédiées à la prestation de services de santé montre qu'il existe déjà une capacité d'élargissement de l'accès et de l'utilisation de ces services. L'existence d'une liste de médicaments essentiels constitue un autre avantage du système de santé béninois.

Les résultats de cette étude associés aux priorités et aux activités planifiées de l'USAID, ainsi qu'à l'offre de la MCC, offrent plusieurs possibilités d'amélioration du système de santé béninois qui méritent d'être étudiées. Compte tenu des ressources financières et techniques limitées de l'USAID, il est important que l'agence n'investisse que dans les domaines où elle peut obtenir les meilleurs résultats. Pour une efficacité optimale, l'USAID doit donc focaliser ses

activités de soutien du système de santé béninois sur trois axes principaux : (1) l'amélioration de la protection financière dans le secteur de la santé ; (2) l'amélioration de l'information pour faciliter la prise de décision et favoriser la responsabilisation et la transparence ; (3) la promotion du partenariat public-privé. En se penchant sur ces trois aspects, l'USAID devrait influencer le soutien de la MCC afin que celle-ci mette l'accent sur les objectifs liés à la santé et attire l'attention des autorités béninoises sur les difficultés rencontrées par le système de santé pour répondre aux besoins sanitaires de la jeunesse (ceux entre 15 et 24 ans représentant 25 % de la population).

Amélioration de la protection financière dans le domaine de la santé

D'importants axes de travail s'offrent à l'USAID en vue d'améliorer la protection financière dans le domaine de la santé. L'agence peut donc continuer à soutenir le Bénin dans ses premiers pas vers l'organisation d'un système de santé mutuel et même élargir son rôle afin d'intégrer les questions politiques ainsi que la collaboration directe avec certaines agences mutualistes de protection de santé. L'USAID peut également intervenir de façon que le soutien de la MCC pour le développement du port de Cotonou et pour l'expansion de l'accessibilité financière des petites et moyennes et micro-entreprises se traduise également par l'amélioration de l'accès des travailleurs du port et des entrepreneurs à l'assurance-maladie, par le biais d'une mutuelle de santé, d'une assurance privée ou d'une couverture sociale. L'USAID devrait également étudier les possibilités d'identification et de réponse aux attentes de la jeunesse béninoise concernant l'emploi dans le secteur formel avec une protection financière dans le domaine de la santé.

Amélioration de l'information

L'USAID jouit d'une expérience reconnue et de longue date en termes de soutien au développement de la responsabilisation et de la transparence de l'État vis-à-vis de la société civile via l'amélioration des informations nécessaires à la prise de décision. Ceci implique notamment une meilleure compréhension des problèmes afin d'en identifier et d'en traiter les causes à la source. Par exemple, pour résoudre le problème des importantes dépenses déboursées par les Béninois pour les produits pharmaceutiques, le pays doit obtenir davantage d'informations sur ce qui sous-tend cette situation. L'USAID peut donc aider le pays à étudier de telles questions par le biais de son dispositif d'aide au recueil d'informations. Une autre facette de l'amélioration de l'information consiste à faire en sorte que les citoyens soient bien informés et comprennent clairement ce qu'ils sont en droit d'attendre de leur système de santé.

Développement du partenariat public-privé

Les améliorations du système de santé béninois nécessitent une mobilisation de la société dans son ensemble et des acteurs des secteurs public et privé autour d'une vision commune. L'USAID peut jouer un rôle important dans la stimulation d'une large compréhension de la façon dont l'État peut collaborer avec le secteur privé, en se fondant sur l'expérience accumulée par les États-Unis dans ce domaine. L'USAID peut solliciter les ressources de Global Development

Alliance (Alliance pour le Développement Mondial) et coopérer avec la MCC afin de garantir une implication active du secteur privé dans le secteur public de la santé.

Si, pour apporter sa contribution dans ces trois domaines, l'USAID exploite pleinement son programme de travail actuel et les possibilités émergentes, elle peut aider le Bénin à atteindre ses objectifs en termes de renforcement du système de santé et d'amélioration des conditions sanitaires de sa population.

ANNEXE 1 : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS PAR MODULE D'ÉVALUATION

Fonction de gérance

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
L'Inspecteur Général doit jouir d'une autorité indépendante pour faire appliquer les lois et directives et d'une motivation à en faire usage.	Modéré : cette intervention améliorera le respect des lois et dispositions réglementaires en vigueur.	Faible à modérée : elle requiert un amendement de la loi, une volonté politique et un soutien judiciaire.	Au moins 1 an.	Faible : La majorité des coûts est liée au processus d'amendement de la loi.
Support technique visant à renforcer la capacité des COGECS à accomplir plus efficacement leur mission de supervision (pour davantage de responsabilisation et de réceptivité).	Modéré à élevé	Élevée : elle nécessite la recherche de partenaires pour soutenir les actions de sensibilisation et de formation.	2 à 5 ans en fonction de la disponibilité des ressources.	Élevé en raison du nombre important de COGECS.
Exploration de la possibilité de mettre en œuvre un partenariat entre le centre de documentation, la Direction de la Recherche Scientifique et le système universitaire pour un partage des ressources et des documents.	Faible à modéré : elle accroît l'accès des professionnels de la santé à des informations actualisées sur les soins.	Modérée : elle nécessite des discussions avec d'autres secteurs du gouvernement notamment le Ministère de l'Éducation.	Au moins 1 an.	Modéré à faible
Analyse et synthèse des lois et des dispositions réglementaires sanitaires en vigueur afin d'élaborer un document récapitulatif qui sera plus facilement diffusé et lu par les professionnels de la santé très occupés.	Modéré	Modérée	Au moins 1 an.	Modéré à élevé : elle inclut les coûts de sensibilisation des prestataires aux différentes lois.
Accroissement des ressources humaines et financières pour renforcer la capacité du Ministère de la Santé et des conseils des ordres des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.	Modéré à élevé	Faible : les difficultés financières du Ministère de la Santé rendent difficiles l'attribution de ressources supplémentaires à cette fin.	Au moins 1 an.	Élevé : elle nécessite des ressources financières supplémentaires.

Financement des services de santé

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Gratuité des services de première priorité (soins maternels et infantiles et accouchements assistés) dans les régions très pauvres (notamment dans les zones rurales).	Élevé en termes d'équité et d'accessibilité.	Modérée à élevée : les dépenses associées aux accouchements et aux soins de santé maternels et infantiles ne représentent que 5 % des revenus de santé nationaux. La plus grande difficulté sera de subventionner les dépenses de pharmacie et de laboratoire associées à ces services.	Modéré	Nécessite une étude approfondie. Il est probable que le coût reste raisonnable.
Contractualisation des transferts de ressources du Ministère de la Santé entre les différents niveaux (du centre vers le département, vers la zone puis vers l'établissement) en leur associant une obligation de résultat.	Élevé : elle pourrait améliorer l'efficacité, la qualité et l'accès.	Faible à modérée : ceux qui perçoivent des ressources sans aucune obligation de résultat peuvent être réticents à l'idée d'être soumis à des exigences plus rigoureuses.	Modéré : elle nécessite des dispositions juridiques et fonctionnelles, implique une phase de sensibilisation.	La mise en œuvre n'est pas tellement onéreuse mais ce mécanisme requiert un investissement pour le renforcement des capacités pour fonctionner correctement.
Introduction par le Ministère de la Santé d'un système d'attribution des ressources permettant le transfert de fonds aux prestataires de services de santé en fonction de critères de première priorité préalablement définis (population, pauvreté, capacité locale de perception de revenus, équilibre zone urbaine et rurale, besoins spécifiques, etc.).	Élevé : elle permettrait de débloquer des fonds supplémentaires pour les zones très pauvres et où les besoins sont importants, améliorant ainsi l'accessibilité et l'équité.	Modérée : les zones bénéficiant d'un statu quo risquent de s'opposer à cette mesure. Elle implique une large consultation et l'éducation des participants.	Modéré : contraintes d'élaboration du projet relativement légères, une fois la décision de mettre sur pied un tel système prise ; exécution longue mais de difficulté moyenne.	Modéré : (assistance technique, consultation et communication, et systèmes de suivi).
Accès au fonds d'indigence sur la base des services dispensés sans aucune distinction entre privé et public.	Élevé : elle élargira le choix des prestataires de services pour les plus démunis.	Modérée : elle peut susciter l'opposition des prestataires du secteur public.	Modéré	Modéré : le coût dépend de la demande de soins des indigents auprès des prestataires privés.

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Intégration de la recherche de ressources externes dans les systèmes de gestion financière et budgétaire.	Modéré	Modérée	Modéré	Faible

Prestation de services de santé

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Spécification de normes déterminant ce qui doit être fait dans un établissement de santé et avec quel type de personnel (vision de ce qui se passe au niveau du point de prestation de services – en tenant compte de l'intégration, de la continuité, de l'adéquation avec les besoins exprimés, etc.).	Efficience et efficacité des services de santé.	Ce travail a déjà été partiellement réalisé et peut donc servir de base ; nécessité d'engager des discussions avec les parties impliquées.	1 à 2 ans.	Faible
Renforcement de la capacité et de la pratique du contrôle de qualité.	Qualité des soins ; pérennité institutionnelle	Elle s'appuie sur un travail déjà réalisé dans les départements de Borgou/Alibori et de Zou/Collines.	3 à 5 ans pour couvrir le pays.	Formation et supervision, soutien continu (faible à moyen).
Institution d'un système de « paiement à la performance ».	Qualité des soins, efficience, pérennité institutionnelle, mais en tant que mécanisme pour changer les mesures incitatives, son impact peut être important.	Requiert un travail de conception et des discussions importantes avec les différentes parties impliquées ainsi qu'une phase d'expérimentation.	5 à 10 ans pour un fonctionnement efficace.	Modéré à élevé

Gestion des ressources humaines

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Assurer à la DIVI une autorité indépendante et lui donner tous les moyens nécessaires de lutte contre le clientélisme, la corruption, la violation des codes et règlements du travail, et la culture d'impunité sur les lieux de travail.	Condition indispensable à la mise en œuvre de toutes les autres mesures. Si cette mesure est mise en place, son impact s'étendra au-delà du secteur de la santé.	Requiert un fort engagement et une volonté profonde de la part du gouvernement.	2 à 5 ans.	Faible
Mobilisation de ressources financières en faveur du secteur de la santé en général et les ressources humaines en particulier.	L'impact sera peut-être limité sauf si les ressources sont bien gérées et que les options n° 1 et n° 3 sont en place.	Elle nécessite l'engagement des bailleurs de fonds.	2 à 5 ans.	Moyen à élevé (en cas de ressources gouvernementales)
Mise en place de mesures incitatives puissantes pour motiver le personnel à travailler dans des zones rurales ou reculées : primes spéciales, prêts, véhicules, paiement des frais de scolarité, promotions, responsabilités de gestion, primes de retraite, et mesures incitatives non financières (remarques de remerciements ou félicitations, programmes de reconnaissance officielle, etc.).	Amélioration du moral et de la productivité du personnel. Augmentation de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation des services de santé.	Elle requiert un fort engagement de la part du gouvernement.	2 à 5 ans.	Élevé
Gestion améliorée des carrières du personnel. Mise en place d'un système fondé sur la performance, récompense ou mesures disciplinaires pour tous les employés en fonction de leurs performances, systématisation de la supervision « formative» dans tous les services.	Amélioration de l'efficience et de la productivité.	Elle dépend de l'application rigoureuse des critères et normes de performance et de récompense.	1 à 3 ans.	Faible à moyen

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
« Contractualisation » des services de santé, institution de paiements en fonction de la performance pour tous les prestataires de santé.	Amélioration de l'efficience, de la productivité et de l'utilisation.	Engagement nécessaire du gouvernement et des parties concernées dans le système. L'information et le dialogue avec les syndicats peuvent être nécessaires.	2 à 5 ans.	Modéré à élevé
Mise en place et application rigoureuse de dispositions réglementaires régissant l'exercice en clientèle privée.	Des dispositions réglementaires d'agrément fortes peuvent contribuer à accroître le recrutement ou le maintien des médecins dans le secteur public. Elles dissuadent également la pratique illicite et améliorer la qualité.	Opposition probable des syndicats – nécessité d'engager le dialogue avec eux.	1 à 3 ans.	Faible
Expansion de la formation de médecins spécialistes localement et du programme de perfectionnement ou de mentorat.	Amélioration de l'accès et de la qualité.	La mobilisation de ressources financières pour offrir des mesures incitatives aux spécialistes est un prérequis.	2 à 5 ans.	Élevé

Gestion des médicaments

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Détermination et mise en œuvre de frais de gestion pour le stockage et l'administration des produits pharmaceutiques venant des programmes parallèles.	Faible : Elle permet d'assurer la viabilité financière constante de la CAME.	Modérée à élevée : elle nécessite une volonté politique.	Moins d'un an.	Faible
Élaboration et mise en œuvre d'une politique régissant le don de produits pharmaceutiques.	Faible à modérée : elle assure la qualité appropriée des produits pharmaceutiques.	Élevée : l'OMS a déjà élaboré un modèle qui peut être adapté aux besoins du pays.	1 à 2 ans pour se donner le temps de consulter toutes les parties impliquées.	Faible à modéré
Identification et attribution de ressources financières supplémentaires pour renforcer la capacité du laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments.	Élevé : elle assure la disponibilité de produits pharmaceutiques de qualité et d'efficacité appropriées.	Faible : elle requiert des investissements et l'engagement à long terme des bailleurs de fonds et des autres partenaires techniques.	Jusqu'à 5 ans.	Élevé
Établissement de normes pour l'embauche de dispensateurs et d'autres responsables de la gestion des produits pharmaceutiques au niveau de la structure sanitaire.	Élevé : elle assure une utilisation rationnelle des médicaments.	Faible : elle requiert une volonté politique pour modifier les pratiques actuelles d'embauche.	Au moins 1 an.	Faible
Formation sur l'estimation correcte des besoins en produits pharmaceutiques pour les structures sanitaires.	Élevé : elle assure la précision des estimations, réduisant ainsi les ruptures de stock.	Élevée	1 à 2 ans.	Modéré à élevé

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Établissement d'un système de recueil routinier des informations sur la gestion des produits pharmaceutiques.	Modéré : elle facilite l'élaboration d'estimations précises des besoins.	Modérée	Au moins 1 an.	Modéré à élevé
Renforcement de la capacité de la DPM à faire appliquer les lois et les dispositions réglementaires du secteur pharmaceutique et à améliorer la surveillance après-vente.	Modéré à élevé	Modérée : elle requiert un investissement en ressources humaines et des ressources financières supplémentaires.	2 à 5 ans.	Élevé
Identification et attribution de ressources financières supplémentaires pour renforcer la capacité de stockage de la CAME.	Modéré	Faible à modérée	Jusqu'à 5 ans.	Élevé

Systèmes d'information sanitaire

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Soutien accru au SNIGS. • Demander à tous les bailleurs de fonds d'inclure une ligne budgétaire dans leur programme pour appuyer le SNIGS.	L'accès à des informations fiables conduit à des interventions efficaces et équitables dans le domaine de la santé.	Les bailleurs de fonds utilisent les données du SNIGS pour leur planification. Il ne devrait pas être difficile de les convaincre de la nécessité de soutenir le système.	Continu au fil de l'élaboration des projets et des propositions.	Faible
• Augmenter le budget du Ministère de la Santé alloué au SIS.	Voir ci-dessus.	Faible : le Ministère de la Santé a d'autres priorités.	2 à 5 ans.	Moyen
Réduction des duplications et des coûts associés au recueil de données et à la génération de rapports grâce à une meilleure coordination dans les efforts de recueil (notamment, utilisation des mêmes outils, partage des ressources, réduction du fardeau et exigences liés à la production des rapports).	Une meilleure coordination entraîne une utilisation efficace des ressources.	Élevée : Cette option est faisable. Elle nécessite néanmoins une décision à un haut niveau (ministériel) pour assurer une collaboration et une coordination entre les différents programmes et direction.	1 an.	Faible
Équipement de toutes les formations sanitaires d'ordinateurs et création d'un réseau électronique (intranet et extranet) pour relier les trois niveaux de la pyramide, les programmes verticaux, le SNIGS ainsi que les sous-systèmes gérés par des entités extérieures au Ministère de la Santé afin d'améliorer le flux et la complétude des informations, réduire les erreurs, et faciliter le tirage des rapports.	Accès à des informations fiables et dans les temps ce qui permet d'améliorer la planification.	Nécessite des ressources financières. N'est pas faisable s'il n'y a pas de ressources. Travailler d'abord sur le n 1.	2 à 4 ans.	Modéré à élevé

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Renforcement de la capacité de recueil, analyse et utilisation des données au niveau périphérique.	Accès à des informations fiables et dans les temps ce qui permet d'améliorer la planification.	Moyenne : Nécessite des ressources financières. N'est pas faisable s'il n'y a pas de ressources. Travailler d'abord sur le n° 1.	1 à 3 ans.	Moyen
Mise en place d'une loi ou d'une disposition réglementaire obligeant le secteur privé et les autres sous-secteurs extérieurs au Ministère de la Santé à transmettre les informations sanitaires au SNIGS.	Accès à des données complètes et précises, ce qui ensuite améliorera la planification, l'efficacité et l'équité des services.	Moyenne : L'intervention s'appuierait sur des efforts existants d'améliorer la collaboration secteur public – secteur privé.	1 à 2 ans.	Faible

Implication du secteur privé

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Offrir aux praticiens indépendants, en particulier au personnel infirmier et aux sages-femmes des régions rurales, un accès au matériel médical, au service de référence, aux consultations médicales en ligne et à la formation continue en échange de la génération de rapports et d'une implication dans les programmes de santé publique.	Élevé : amélioration de l'accès aux interventions de santé publique prioritaires. Amélioration de la référence des patients. Amélioration de la qualité des soins.	Élevée	Élevé : démarrage relativement rapide.	Modéré : matériel médical pour les programmes de santé publique, logistique pour la distribution, communications téléphoniques, temps du médecin, recueil et analyse d'informations supplémentaires.
Création d'un ordre pour les praticiens traditionnels et incitation à la formation continue et à l'orientation des patients.		Modérée : les praticiens traditionnels seront peut-être réticents à une proposition venant du gouvernement.	Modéré : nécessitera des consultations et des démarches juridiques avant le lancement.	Modéré : consultations et communications, projet de cadre juridique, personnel et bureau, actions de terrain.
Exploration des obstacles à l'extension du fonctionnement de laboratoires du secteur privé et élaboration de réponses.	Modéré : une disponibilité accrue des services de laboratoires pourrait améliorer la qualité du service.	Élevée : il serait très facile de mener l'étude. La faisabilité de la réponse dépend des résultats et des recommandations.	Élevé : mise en œuvre rapide de l'étude.	Faible : au moins dans la première phase.

Intervention proposée	Impact probable sur le secteur de la santé	Faisabilité	Délai de mise en œuvre	Coût
Permettre aux établissements privés d'accéder aux ressources financières, équipements et fournitures sur une base contractuelle en contrepartie de résultats précis dans les domaines prioritaires et en matière de prestation de soins aux indigents.	Modéré à élevé : dépend de l'analyse de la prise en charge supplémentaire que ces établissements peuvent assurer.	Modérée à élevée : soutien probable des structures privées mais les acteurs du secteur public peuvent y voir une concurrence pour l'obtention des ressources et des biens rares.	Modéré	Élevé : transferts vers les établissements privés.
Renforcement des capacités de la Ligue pour la Défense du Consommateur à défendre les droits du consommateur en matière de santé.	Modéré : une surveillance accrue de la part de la société civile pourrait remplacer l'activité de réglementation de l'État.	Élevée : elle se fonde sur la Ligue existante et requiert essentiellement un renforcement de son organisation. L'existence d'une presse solide peut également jouer un rôle de soutien.	Élevé : démarrage relativement rapide. Elle dépend de la réceptivité des différents groupes sociaux.	Faible

ANNEXE 2 : PROGRAMME DE L'ÉVALUATION SUR PLACE

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
15 et 16 avril • Arrivée	17 avril • Lundi de Pâques (férié) • 14 h à 17 h : Réunion de l'équipe • Rencontre avec le consultant local	18 avril • Réunion USAID • Réunion avec le directeur de la DPP	19 avril • Entretiens individuels • Réunion avec le Secrétaire Général du Ministère de la Santé • Réunion avec comité technique du ministère pour discuter les objectifs et l'organisation de l'évaluation pour l'atelier	20 avril • Entretiens individuels • 13 h à 14 h : Réunion de l'équipe	21 avril • Entretiens individuels	22 avril • 14 h à 18 h : Réunion de l'équipe • Préparation des visites sur le terrain – élaboration du questionnaire pour le terrain
23 avril • *Voyages vers les Zones (Mono/Couffo et Zou/Collines) pour des réunions aux niveaux départemental, zonal, et local (commune et arrondissement)*	24 avril • Entretiens aux niveaux départemental, zonal, et local	25 avril • Entretiens aux niveaux départemental, zonal, et local • Retour à Cotonou • Réunion de l'équipe pour une analyse des informations recueillies sur le terrain	26 avril • Réunion avec l'équipe des partenaires bailleurs de fonds – présentation des résultats préliminaires l • Entretiens individuels • Organisation de l'atelier avec les parties impliquées	27 avril • Organisation de l'atelier avec les parties impliquées • Réunion avec le Ministre de la Santé – discussion des premiers résultats	28 avril • 8 h : réunion avec le directeur de Mission de l'USAID • 9 h à 13 h : Atelier de restitution des résultats de l'évaluation avec les parties impliquées	29 avril • Réunion de l'équipe d'évaluation – analyse des informations recueillies lors de l'atelier

ANNEXE 3 : CONTACTS

NIVEAU CENTRAL	
Secrétaire général du Ministère de la Santé	Dr Benoît Honoré Faihun
Directeur de la Programmation et de la Prospective	Christian Eyebiyi
Directeur des Hôpitaux	Dr Pascal Dossou-Togbe
Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Santé Communautaire, Service des Mutuelles	Dr Marcelain Ayi
Directeur des Ressources Humaines	Vincent B. Faby
Service Gestion des Effectifs et Archives, DRH	Anatole Dougbe`
Service Formation, DRH	Gildas Dedewanu
Service Gestion de la Carrière Administrative, DRH	Mathilde Johnson
Service Documentation et Statistiques, DPP	
Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Service des dispositions réglementaires sanitaires	Dr Armand Houndgrebo
Directeur du développement des zones de santé	
Conseiller technique pour la qualité des soins	Eugenie Dossou Degla
Représentant de la Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux	Euloge Bokossa (planificateur/économiste) Ismanth Djaboutou (Inspecteur)
Directeur de la Santé Familiale	Dr Noël Ekué
Coordinateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme	Dr Hortense Kossou
Coordinateur du Programme National de Lutte contre le SIDA	Dr Marcel Zannou
Coordinateur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose	Dr.
Coordinateur Adjoint du Programme National de Lutte contre la Tuberculose	Dr. Séverin Anagonou
Directeur de la Direction des explorations diagnostiques et des transfusions	Dr Ludovic. Y. Anani
Président du conseil de l'Ordre des Médecins	Dr Soule Daouda
Coordinateur du Programme pour la promotion de la pharmacopée traditionnelle	Regina R. Gnavadja
Président du conseil de l'Ordre des Pharmaciens	Prosper C. Ahonlonsou
Directeur adjoint, CAME	Dr Kokou O. Afogbe
Directeur de la CAME	Dr Coffi Pascal Hessou
Directeur, DPM	

DPP, Ministère de la Santé	Raymond Amoussou
DPP, Ministère de la Santé	Raji Suraji
Directeur des Ressources Financières et du Matériel (DRFM), Ministère de la Santé	Felicienne Saizonou
Comptabilité, DRFM, Ministère de la Santé	Boniface Votounjnon
Soutien organisationnel, DRFM, Ministère de la Santé	Marceen Tejbojbahoun
Budgétisation, DRFM, Ministère de la Santé	Alice Anato
Délégué du MFE auprès du Ministère de la Santé	Hounsa Methurin
Médecin-Directeur, centre de santé de Menontin	Dr Sylvestre P. Abley,
Responsable des ressources humaines, Société des Huileries du Bénin	Mme. Rogelyne H. Hounsa
Médecin-Directeur, Hôpital Saint Luc	Dr Marie-Anne Dovonou,
Chef du département santé, NSAB Bénin Assurances	Dr Serge Hazoume,
Directeur commercial, NSAB Bénin Assurances	M. Edmond Bossou,
Directeur général, Centre de promotion et d'encadrement des petites et moyennes entreprises	M. Théophile Capo-Chichi,
Fonctionnaire des services généraux, Ambassade des États-Unis	Mme. Mozella N. Brown,
Responsable principal, Partenaires financiers et techniques (Santé), Coopération suisse	Gnes Adjou-Moumouni
Président de l'Ordre des Sages-Femmes	
Santé communautaire, DNPS, Ministère de la Santé	Dr Ayi Marcelin
Réglementation sanitaire, DNPS, Ministère de la Santé	Dr Houndjrebo Armand,
DAC / MSP	Dorothee Yevide
Administrateur National, Conseiller DPC, OMS	Dr. Édouard Comlan Comlanvi

DÉPARTEMENTS MONO/COUFFO	
Directeur départemental de la santé publique	Dr Gérôme Sossa
Préfet du Mono/Couffo	
Secrétaire général, Commune de Dogbo	Koffi Gustave Ametonou
Coordinateur de la zone sanitaire – Lokossa	Dr Denis Sossa (MCZS) Mathias Fanou (CAR)
Président, COGECS Locossa	Montcho Anani
Président, COGECS Athiené	Denis Ne-Tchenou
Responsable Maternité, CSC Lokossa	Agathe Bogue Tossah
Comptable-Gestionnaire CSC Lokossa	Hounza Felix

Infirmier Major CSC Lokossa	André Aglo Kpo
Coordinateur de la zone sanitaire – Comè	Dr Blaise Guezo-Mevo
Directeur de l'hôpital de zone – Comè	Dr Gaspar Gbessi
CSA-Madjre	Constantin Oussou (Infirmier Major) Toussaint Dah (Comptable, CSC-Dogbo)
Médecin Coordinateur de Zone Applahoué-Djakotomey	Dr Philippe Tognissou

DÉPARTEMENTS ZOU/COLLINES	
Préfet d'Abomey	Timothee K. Adjitche
Premier-Adjoint du Maire d'Abomey	Adjakidje Nassi Antoine,
DDS de Zou Collines	Dr Oscar Dsigbenoude
Administrateur, économiste spécialiste du secteur de la santé, CHD-Abomey	Richard Venance Gandaho,
Pharmacien, CHD-Abomey	Dr Y. Yhass Adande-Kinti
Guérisseur Tradi-Practicien	M. Dako Wegbe Nestor,
Infirmière, Société des Huileries du Bénin	Mme. Favi Virginie
EEZS d'Abomey	
COGEA du CSA Vidole	
CSA – Djegbe Abomey	

ANNEXE 4 : SOURCES

Informations générales

- Agence des États-Unis pour le Développement International/Bénin. 2006. Déclaration stratégique (13 février 2006).
- Banque Mondiale. 2002. *Indicateurs du développement dans le monde.*
- Mbengue, C., A. Tingbe-Azalou, et P. Omyale. 2000. *Health Zones, Co-Management, and Decentralization in Benin*. http://www.phrplus.org/Pubs/te52fin.pdf.
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin 2002. *Politique et stratégies pour le développement du secteur de santé 2002–2006.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin. Site Internet http://www.sante.gouv.bj/.
- Note d'informations du Secrétariat d'État Américain sur le Bénin http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/6761.htm.
- Organisation Mondiale de la Santé 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant.* Genève: OMS. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2002. *Revised Global Burden of Disease (GBD) Estimates by Country.* http://www.who.int/whosis/...

Vue générale du système de santé

- Agence des États-Unis pour le développement international/Bénin. 2006. Déclaration stratégique (13 février 2006).
- Banque Mondiale. 2002. *Indicateurs du développement dans le monde.*
- Entretiens avec la Coopération Suisse (Organisme responsable désigné par les partenaires), DPP, DDZS, DH, DDS, MCZS.
- Gouvernement du Bénin, *Décret 2001-422 du 17 octobre 2001 portant sur les attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé publique.*
- Mbengue, C., A. Tingbe-Azalou, et P. Omyale. 2000. *Health Zones, Co-Management, and Decentralization in Benin.* http://www.phrplus.org/Pubs/te52fin.pdf.
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*

- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2002. *Politique et stratégies pour le développement du secteur de santé 2002–2006.*

- Ministère de la Santé, République du Bénin. Site Internet http://www.sante.gouv.bj/.

- Ministère de la Santé, *Restitution des résultats de l'évaluation de la capacité fonctionnelle des 34 zones sanitaires du Bénin.* Présentation avril 2006.

- Note d'informations du Secrétariat d'État sur le Bénin. http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/6761.htm.

- Organisation Mondiale de la Santé. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant.* Genève: OMS. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

- République du Bénin, Présidence, *Décret n° 2005-191 du 14 avril 2005 portant sur les attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique.*

- République du Bénin, Présidence, *Décret n° 2005-611 du 28 septembre 2005 portant sur la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires*

Fonction de gérance

- Islam, M. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual.* Soumis au USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Helath Reform*plus*, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.Ministère de la Santé. 2004. *Rapport sur les activités du Centre de documentation*.

- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2002. *Politique et stratégies pour le développement du secteur de la santé 2002–2006.*

- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*

- Ministère de la Santé, Direction de la programmation et de la prospective, République du Bénin. Juin/juillet 2005. *Revue à mi-parcours de la politique et des stratégies de développement du secteur de la santé 2002–2006.*

- Ministère de la Santé, République du Bénin. Juin 2004. *Revue annuelle du secteur de la santé 2004*.

- *Études nationales de perspectives à long terme : Bénin 2025.*

- Direction de la programmation et de la prospective, Ministère de la Santé publique, République du Bénin. *Plan triennal de développement du secteur santé 2004–2006*.

- Décret n° 2005-611 du 28 septembre 2005.
- Ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973. *Recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique. 2e édition. Avril 2001.*
- Loi n° 97-020 du 17 juin 1997. *Recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique. 2e édition. Avril 2001.*

Financement du secteur santé

- Banque Mondiale. 2000. Efficacité de la dépense publique de santé au Bénin.
- Ministère de la Santé, Direction des ressources humaines, République du Bénin. Avril 2004. *Politique de gestion des ressources humaines du secteur de la santé.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2002. *Politique et stratégies pour le développement du secteur de la santé 2002–2006.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*
- Ministère de la Santé, Direction de la programmation et de la prospective, République du Bénin. Juin/Juillet 2005. *Revue à mi-parcours de la politique et des stratégies de développement du secteur de la santé 2002–2006.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin. Juin 2004. *Revue annuelle du secteur de la santé 2004.*
- Ministère de la Santé, Direction des ressources humaines, République du Bénin. Avril 2006. Effectifs du personnel : médecins spécialistes.
- USAID. Janvier 2006. *Health Systems Assessment Approach, Draft Manual for Pilot Test in Benin.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin. Entretiens avec différents personnels aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.
- République du Benin/Royaume de Belgique (Coopération bénino-belge). *Étude d'identification d'une nouvelle intervention dans la zone sanitaire de Comè (Département du Mono).*
- Comptes Nationaux de Santé, Exercice 2003, Ministère de la Santé/DPP rapport provisoire mars 2006.

Prestation de services de santé

- Entretiens avec les SG, DPP, DNPS, DH, DDZS, PNLP, PNLS, PNT, DDS, MCZS, CSC, CSA, HZ.
- INSAE et ORC/Macro. Juin 2002. *Enquête démographique et de santé au Bénin 2001*.
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2002. *Politique et stratégies pour le développement du secteur de la santé 2002–2006.*
- Ministère de la Santé. *Restitution des résultats de l'évaluation de la capacité fonctionnelle des 34 zones sanitaires du Bénin.* Présentation avril 2006.
- Ngom, P., S. Wawire, T. Gandaho et al. Novembre 2000. *Inter-household Decision Making on Health and Resource Allocation in Borgou, Benin.* Frontiers.
- PROSAF. November 2005. *PROSAF Phase transitoire – Rapport final.*
- PHRplus. Mai 2006. *Résultats provisoires de l'analyse quantitative SWEF*.
- République du Bénin, Présidence, *Décret n° 2005-611 du 28 septembre 2005 portant sur la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires.*
- Agence des États-Unis pour le Développement International/Bénin. 2006. Déclaration stratégique (13 février 2006).
- Banque Mondiale. 2002. *Indicateurs du développement dans le monde.*
- Organisation Mondiale de la Santé. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant.* Genève: OMS. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- Hall, T. L. 2001. *Human Resources for Health: Models for projecting workforce supply and requirements.* Version 3.0. Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport d'un groupe d'experts scientifiques indépendants sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé.* http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/report_of_sprg_on_hspa.htm.
- Franco et al. 2002. *Sustaining Quality of Healthcare*: *Institutionalization of Quality Assurance.* Quality Assurance Project.
- Coopération bénino-belge. Mai 2005. *Étude d'identification d'une nouvelle intervention dans la zone sanitaire de Comé (Département du Mono).*

Ressources humaines

- Ministère de la Santé, Direction des ressources humaines, République du Benin, Politique de Gestion des Ressources Humaines du Secteur Santé, Avril 2004.
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2002. *Politique et stratégies pour le développement du secteur de santé 2002–2006.*
- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*
- Ministère de la Santé, Direction de la programmation et de la prospective, République du Bénin. Juin/Juillet 2005. *Revue à mi-parcours de la politique et des stratégies de développement du secteur de la santé 2002–2006*.
- Ministère de la Santé, République du Bénin. Juin 2004. *Revue annuelle du secteur de la santé 2004*.
- Ministère de la Santé, Direction des ressources humaines, République du Bénin. Avril 2006. Effectifs du personnel : médecins spécialistes.
- USAID. 2006. *Health Systems Assessment Approach, Draft Manual for Pilot Test in Benin.*
- Entretiens avec différents personnels du Ministère de Santé aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.
- Banque Mondiale. 2000. Efficacité de la dépense publique de santé au Bénin
- Coopération Benino-Belge. Mai 2005. *Étude d'identification d'une nouvelle intervention dans la zone sanitaire de Comé (Département du Mono).*

Gestion des médicaments

- Islam, M. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual.* Soumis au USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Helath Reform*plus*, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.Ministère de la Santé. 2004. *Rapport sur les activités du Centre de documentation*.
- Direction des pharmacies et des laboratoires. Ministère de la Santé publique. République du Bénin. Janvier 2000. Politique pharmaceutique nationale.
- Ministère de la Santé publique, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*
- Direction des pharmacies et des explorations diagnostiques, Ministère de la Santé, République du Bénin. Novembre 1997. Liste nationale des médicaments essentiels sous noms génériques.

- Direction des pharmacies et des explorations diagnostiques, Ministère de la Santé, République du Bénin. Janvier 2003. Liste nationale des médicaments essentiels sous noms génériques. 5e édition.

- Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux, République du Bénin. 2004. *Rapport d'activités.*

- Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux, République du Bénin. Août 2005. Dossier d'appel d'offres international pour la présélection des fournisseurs de médicaments essentiels sous noms génériques, de réactifs et consommables médicaux.

- Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux, République du Bénin. Août 2005. Dossier d'appel d'offres restreint pour la fourniture de médicaments essentiels sous noms génériques, de réactifs et consommables médicaux.

- Gbangbade, Sourou, Hounsa Assomption et Lynne Franco-Miller. Avril 2006. *Bénin : Les effets du Fonds mondial sur le système de santé. Rapport provisoire de suivi 2005.* PHR Plus.

Implication du secteur privé

- Agence des États-Unis pour le Développement International/Bénin. 2006. Déclaration stratégique (13 février 2006).

- Ministère de la Santé publique, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*

- *Bénin : Comptes nationaux de santé 3/06 rapport provisoire.*

- *Contrat d'assurance-maladie : Conditions générales, Nouvelle société d'assurances du Bénin (NSAB).*

- *Fonctionnement de l'assurance-maladie groupe, NSAB.*

- *Inventaire des systèmes d'assurance-maladie en Afrique : Rapport du Bénin, Urbain Stanislas Amegbedji, Concertation, 2003.*

- *Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin, DNPS, MSP, novembre 2003.*

- *Politique et stratégies de développement du partenariat entre les secteurs public et privé dans le domaine de la santé 2002–2006, juillet 2002.*

- *Recensement des formations sanitaires privées au Bénin, DNPS, MSP, mars 2006.*

- *Rapports d'activités de l'Hôpital Saint Luc (Exercice 2004), Dr Germain Ahlonsou, Dr Marie-Anne Dovonou.*

- *Rapport statistique 2005 de l'Hôpital Saint Luc, Dr Germain Ahlonsou, Dr Marie-Anne Dovonou.*

- Société civile et politique nationale des NTIC au Bénin, Ken Lohento, Association for Progressive Communications, Africa ICT Policy Monitor Project, avril 2003.

Systèmes d'information sanitaire

- Ministère de la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective, République du Bénin. Juin/juillet 2005. *Revue à mi-parcours de la politique et des stratégies de développement du secteur de la santé 2002-2006.*

- Ministère de la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective, République du Bénin. *Rapport de l'atelier de restitution de l'évaluation interne du SNIGS et de révision des supports de données, Infosec, 13–15 mars 2000*.

- Ministère de la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective, République du Bénin, Système national d'information et de gestion sanitaires. Mars 2000. *Évaluation interne.*

- Ministère de la Santé, Direction de la programmation et de la Prospective, République du Bénin. Mars 1998. *Étude économique du système national d'information et de gestion sanitaires (SNIGS).*

- Ministère de la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective, République du Bénin, Système national d'information et de gestion sanitaires. Septembre 2000. *Guide d'instruction pour les outils du SNIGS.*

- Ministère de la Santé, République du Bénin. 2005. *Annuaire des statistiques sanitaires 2004.*

- USAID. Janvier 2006. Health Systems Assessment Approach, Draft Manual for Pilot Test in Benin.

- Ministère de la Santé, République du Bénin. Entretiens avec différents personnels aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.