

## DIRECTION GENERALE DE L'ÉVALUATION

\*\*\*\*\*

### EVALUATION DE LA POLITIQUE DE GESTION DU SYSTEME DE SANTE AU BENIN : version finale

LABORATOIRE  
M  
E  
N

Laboratoire d'Appui au Management  
et des Etudes Novatrices (Laboratoire AMEN)  
06 BP 1593 PK3 Cotonou ó BENIN  
Téléphone : (229) 21.33.71.12 /95.42.14.61  
E-mail : [laboamen@yahoo.fr](mailto:laboamen@yahoo.fr) / [houindag@yahoo.fr](mailto:houindag@yahoo.fr)

Juillet 2014

<b><i>LISTE DES TABLEAUX</i></b> .....	<b>5</b>
<b><i>LISTE DES GRAPHIQUES</i></b> .....	<b>9</b>
<b><i>RESUME ANALYTIQUE</i></b> .....	<b>10</b>
<b><i>I- INTRODUCTION</i></b> .....	<b>17</b>
<b>1.1 Contexte</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2 Mandat de l'étude</b> .....	<b>18</b>
1-2-2 Objectifs spécifiques.....	18
1-2-3 Résultats attendus .....	19
1-2-4 Questions évaluatives .....	19
1-2-5 Produits attendus .....	20
1-2-6 Délai de réalisation de l'étude.....	20
1-2-7 Structuration du rapport.....	20
<b><i>2- APPROCHE METHODOLOGIQUE</i></b> .....	<b>21</b>
<b>2-1 Cadre conceptuel</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2 Echantillonnage</b> .....	<b>22</b>
<b>2.3 Matrice des travaux d'évaluation, base des questionnaires pour les différentes cibles et outils de collecte des données</b> .....	<b>22</b>
2.3-1 Matrice d'évaluation .....	23
<b><i>3. CONTEXTE NATIONAL ET SYSTEME DE SANTE</i></b> .....	<b>25</b>
<b>3.1. Contexte politique et administratif</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 Contexte macroéconomique</b> .....	<b>25</b>
<b>3.3 Environnement des affaires et climats des investissements</b> .....	<b>26</b>
<b>3.4 Aperçu de la politique de santé</b> .....	<b>26</b>
<b>3.5 Structure du système de prestation des soins</b> .....	<b>28</b>
<b>3.6 Etat des lieux du système de santé</b> .....	<b>29</b>
<b>Tableau IV : Indicateurs de performance en 2012</b> .....	<b>30</b>
<b><i>4. RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA POLITIQUE DE GESTION DU SYSTEME DE SANTE</i></b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 Gouvernance et leadership dans le système de santé</b> .....	<b>32</b>
4.1.1 Cadre juridique de la gouvernance.....	33
4.1.2 Coordination et cadres de concertation .....	33
4.1.3 Les réformes dans le secteur.....	41

.....	<b>42</b>
nt .....	43
4.2.2 Le financement de la santé au Bénin : quelques chiffres .....	45
4.2.3 Les initiatives de gratuité.....	46
<b>4.3 Prestation des services de santé.....</b>	<b>49</b>
4.3.1 Disponibilité des services .....	50
4.3.2 Accès aux services, couverture et utilisation.....	53
4.3.3 Organisation, utilisation et disponibilité des services de santé : .....	59
4.3.4 Participation communautaire à la prestation de service .....	63
4.3.5 Référence-contre Référence .....	65
4.3.6 Assurance qualité des soins .....	66
<b>4.4 Ressources humaines en santé au Bénin .....</b>	<b>70</b>
4.4.1 Politique et plan de gestion des ressources humaines .....	72
4.4.2 Système de gestion des ressources humaines .....	72
4.4.3 Besoins en RHS .....	75
4.4.4 Gestion de la Performance.....	75
4.4.5 Formation .....	77
4.4.6 Système d'information des RHS.....	78
4.4.7 Recherches sur les RHS .....	79
4.4.8 Partenariat, Leadership, et coordination.....	79
4.4.9 Analyse de la gestion des ressources humaines.....	79
<b>4.5 Gestion pharmaceutique.....</b>	<b>81</b>
4.5.1 Sous-secteur pharmaceutique .....	82
4.5.2 Politique, lois et réglementations pharmaceutiques .....	82
4.5.3 Sélection des médicaments.....	83
4.5.4 Approvisionnement et vente des médicaments.....	83
4.5.5 Entreposage et distribution .....	84
4.5.6 Accès à des produits et des services de qualité.....	84
4.5.7 Les prix de cession des médicaments :.....	85
4.5.8 Ventes et recouvrement de coûts (accessibilité économique) .....	85
4.5.9 Disponibilité et utilisation appropriée des médicaments.....	85
<b>4.6 Système d'Information Sanitaire .....</b>	<b>88</b>
4.6.1 Description de l'architecture et de l'organisation du SNIGS .....	88
4.6.2 Analyse de la structure de l'organisation .....	89

	4
ementation .....	89
é .....	90
4.6.5 Analyse des données .....	90
4.6.6 Utilisation de l'information pour la gestion, le développement de politiques, la gouvernance et l'obligation de rendre compte .....	90
4.6.8 Recommandations .....	90
<b>4.7 Implication du Secteur Privé .....</b>	<b>90</b>
4.7.1 Taille et composition du secteur privé .....	91
4.7.2 Le secteur pharmaceutique privé .....	93
4.7.3 Laboratoires .....	93
4.7.4 Praticiens traditionnels .....	93
4.7.5 Compagnies privées proposant une assurance santé facultative.....	95
4.7.6 Les mutuelles de santé.....	95
4.7.7 Les employeurs .....	95
<b>4.8 Perspectives d'avenir .....</b>	<b>96</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>100</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE : ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES DE LA GESTION DU SYSTÈME DE SANTE DU BENIN.....</b>	<b>104</b>

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ABC	: Activités à base communautaire
ABIIST	: Association Béninoise des Infirmiers et Infirmières de Sécurité et de Santé au Travail
ACE	: Agents Contractuels de l'État
AFC	: Agents contractuels engagés grâce à des fonds communautaires
APE	: Agents Permanents de l'État
ARV	: Anti Rétro Viraux
ASS	: Annuaire des Statistiques Sanitaires
BM	: Banque Mondiale
BN	: Budget National
CAME	: Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CASES	: Centre d'Action de la Solidarité et d'Évolution de la Santé
CDEEP	: Comité Départemental d'Exécution et d'Évaluation des Projets/Programmes
CDT	: Centre de Dépistage et de traitement de la Tuberculose
CDU	: Centre de Dépistage et Traitement de l'Ulçère de Buruli
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	: Centre d'Information, de Prospective, d'Écoute et de Conseil
CM	: Collectif des Médecins
CMS	: Agents contractuels engagés dans le cadre d'un programme spécial appelé « Mesure sociale »
CNEEP	: Comité National de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets/Programmes du secteur santé
CNG	: Centre National de Gérontologie
CNG	: Centre National de Gérontologie
CNHU	: Centre National Hospitalier et Universitaire
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier et Universitaire- Hubert Koutoukou Maga
CNP	: Centre National de Psychiatrie
CNPP	: Centre National de Pneumo-phtisiologie
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CODIR	: Comité de Direction
COGEC	: Comité de Gestion de Centre de Santé de Commune
COGECS	: Comité de Gestion de Centre de Santé
CONSAMUS	: Cadre National de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé
CPPA	: Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron
CS	: Centres de santé
CSP	: Centres de Santé Privés
CSPRAI	: Cellule Sectorielle de Pilotage de la Réforme Administrative et Institutionnelle

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	que
	Anti Lèpre
	que Belge
DAQS	: Division Assurance Qualité des Soins
DDS	: Directions Départementales de la Santé
DGE	: Direction Générale de l'Évaluation
DNPS	: Document de Politique Nationale d'Assurance Qualité
DPL	: Direction des Pharmacies et des Laboratoires
DPM	: Direction des Pharmacies et du Médicament
DPMED	: Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPP	: Direction de Programmation et de Prospective
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSF	: Direction de la Santé Familiale
DSRP	: Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS.B-III	: Troisième Enquête Démographique et de Santé
EGS	: Etats Généraux de la Santé
FADeC	: Fonds d'Appui au Développement des Communes
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FCFA	: Franc des Communautés Financières d'Afrique
FSP	: Formations Sanitaires Privées
GAR	: Gestion axée sur les Résultats
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
GNNP	: Guide des Normes et Bonnes Pratiques
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HZ	: Hôpital de Zone
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IST	: Infections sexuellement transmissibles
Laboratoire AMEN	: Laboratoire d'Appui au Management et des Etudes Novatrices
LNCQME	: Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
LQAS	: Lot Quality Assurance Sampling
MEF	: Ministère de l'Économie et des Finances
MEPPPD	: Ministère de l'Évaluation des Politiques Publiques et des Programmes de Dénationalisation
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MS	: Ministère de la Santé
MS	: Mutuelles de Santé
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
MTFP	: Ministère du Travail et de la fonction publique
NLTPS	: Etudes Nationales de Perspectives à long terme Bénin 2025 Alafia
NMH	: Health Metrics Network

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	re pour le Développement
	le pour la Santé
	gie
OSC	: Organisations de la Société Civile
OSD	: Orientations Stratégiques de Développement
PAA	: Pourcentage d'Accouchements Assistés
PAD	: Proportion d'Accouchements à Domicile
PARZS	: Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires
PC	: Prévalence Contraceptive
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planning Familial
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIHI	: Paquet d'Interventions à Haut Impact
PNDS	: Plan National de Développement de la Santé 2009-2018
PSSS	: Plan Stratégique du Secteur de la Santé du Bénin
PTD	: Plans Triennaux de Développement
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission VIH Mère-Enfant
PVVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle
RHS	: Ressources Humaines de Santé
RMS	: Réseau de Métrologie Sanitaire
SCRP	: Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
SESCQ	: Service d'Enregistrement, de Statistiques et de Contrôle de Qualité
SGM	: Secrétariat Général du Ministère
SGSI	: Service de la Gestion du Système d'Information
TdR	: Termes de Référence
UA	: Union Africaine
UE	: Union Européenne
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UVS	: Unité Villageoise de Santé
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zones Sanitaires

Tableau I : Echantillon pour la collecte des données primaires .....	22
Tableau II : Critères d'évaluation et questions évaluatives .....	23
Tableau III : Synthèse du Plan National de Développement Sanitaire du Bénin (2009-2018) .....	27
Tableau IV : Indicateurs de performance en 2012 .....	30
Tableau V : Appréciation du leadership et de la gouvernance du système de santé par des chefs services, des médecins chefs et des élus locaux.....	36
Tableau VI : Appréciation de la gestion du système de santé par des chefs services, des tradipraticiens et des élus locaux.....	39
Tableau VII : Appréciation de la qualité du financement du système de santé par des chefs services, des médecins chefs et des élus locaux.....	47
Tableau VIII : Analyse de l'offre de service.....	52
Tableau IX : Disponibilité des services d'hospitalisation.....	60
Tableau X : Disponibilité des autres salles de prestation .....	62
Tableau XI : Indications relatives à la démotivation du personnel .....	73



Graphique 1 : Appréciation leadership et gouvernance secteur santé par utilisateurs .....	41
Figure 1 : Flux financement de la santé au Bénin .....	44
Graphique 2 : Préférence de lieu de soins.....	54
Graphique 3a et 3b : Degré de satisfaction par rapport à l'accueil au Centre de Santé et raisons .....	54
Graphique 4a et 4b : Appréciation du comportement des agents de santé .....	55
Graphique 5a et 5b : Appréciation des activités de consultation dans les centres de santé..	55
Graphique 6a et 6b : Appréciation des activités de soins dans les CS par les usagers.....	56
Graphique 7a et 7b : Appréciation des conditions d'hospitalisation .....	56
Graphique 8a et 8b : Degré de satisfaction par rapport aux équipements des Centres de Santé .....	57
Graphique 9 : Connaissance de l'existence du COGEC.....	63
Graphique 10a et 10b : Degré de satisfaction des activités du COGECS.....	64
Graphique 11 : Prix de cession des médicaments apprécié par les usagers.....	87

L'évaluation de la gestion du système de santé au Bénin a mis en relief les performances relatives aux différents paliers d'analyse dudit système.

### *De la gouvernance et du leadership du système de santé.*

La gouvernance et le leadership dans le pilotage du secteur de la santé ne sont pas performants aux niveaux central, intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire. Leur qualité est jugée acceptable dans son ensemble, du fait que les différents outils utilisés ne sont pas performants, ou tout simplement, ne sont guère appliqués ou sont mal appliqués. De l'avis des acteurs rencontrés au niveau central, il ressort que le ministère de la santé a un bon niveau de leadership et de gouvernance dans le secteur public mais le niveau reste mitigé dans le secteur privé. 50% des médecins chefs des hôpitaux de zones estiment que la gouvernance est acceptable alors que l'autre moitié pense qu'elle est bonne. Bon nombre de responsables du secteur de la santé et les responsables des officines de pharmacie jugent de médiocre le niveau de gouvernance et du leadership ; quant aux partenaires sociaux (syndicats) ils qualifient le niveau d'acceptable. Les partenaires techniques et financiers apprécient bien le leadership du niveau central mais pour les niveaux intermédiaire et périphérique, il est passable ; quant à la gouvernance, elle est seulement acceptable à tous les niveaux de la pyramide. Près de sept élus locaux sur dix parlent de bonne gouvernance et de bon leadership du système de santé.

Par ailleurs, le niveau de coordination et de coopération entre le secteur public et le secteur privé varie entre moyen et faible, malgré l'existence d'un cadre de concertation secteur public/secteur privé et d'un Organe Paritaire de Partenariat. L'implication des structures privées ne fait pas encore l'objet d'une réglementation géographique rigoureuse tenant compte des besoins du pays en matière de couverture sanitaire. La preuve en est que le Ministère de la Santé est dans l'incapacité de garantir et de surveiller l'offre ou la qualité des services de ces prestataires. Ensuite, les praticiens sont peu susceptibles de collaborer avec le Ministère parce que parfois, ils exercent dans l'illégalité.

Par contre, les hôpitaux religieux à but non lucratif sont bien intégrés dans le système sanitaire.

Quant à la médecine traditionnelle, le niveau de collaboration et de coordination reste encore faible. La taille et la portée de ce secteur ne sont pas vraiment connues ; il n'existe pas de rapports de confiance entre les agents de santé et guérisseurs traditionnels, en dépit des nombreuses initiatives prises ces dernières années en sa faveur. Pour 23,30% et 16,70% des enquêtés, l'organisation de la médecine traditionnelle est respectivement médiocre et passable. Pour les PTF estiment que le niveau de la collaboration est passable.

En parfaite cohérence avec les orientations du plan national de développement sanitaire, la politique de financement du système de la santé s'améliore progressivement et son niveau au moment de cette évaluation est considéré comme assez bon. L'analyse de l'évolution des budgets de la santé fait ressortir : (i) une tendance à l'accroissement en valeur nominale du budget alloué à la santé ; (ii) une difficulté à atteindre la part de 15% budget général de l'État consacré à la santé telle que retenue par la déclaration d'Abuja des Chefs d'État de l'Union Africaine ; (iii) une incapacité à consommer le budget alloué avec des taux d'engagement faibles.

Les initiatives pour assurer l'accessibilité financière pour les populations pauvres, la mise en place du fonds des indigents, les offres ciblées de soins, le financement basé sur les résultats et l'opérationnalisation du RAMU justifient cette amélioration. La contribution directe des ménages auprès des établissements de soins qui est passée de 52% en 2003 à 44% en 2008 connaîtra une nouvelle baisse importante quand le RAMU atteindra sa vitesse de croisière.

En appréciant la qualité du financement du système de santé, 50% des médecins-chefs des hôpitaux de zones enquêtés, pensent que le niveau du financement est assez-bien et bien et 25% autres le trouvent acceptable. Quant aux chefs services des CHD, des zones sanitaires et des formations sanitaires privées, ils jugent le financement d'acceptable (31,2%) et d'assez bien et bien (48,4%) ; 28,6% des élus locaux qualifient le financement d'acceptable et 42,8% d'assez-bien et bien. Les enquêtés s'accordent également sur le fait que la répartition des moyens existants est non équitable entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et sont tardivement mis à la disposition des structures bénéficiaires. Cet avis est partagé par les PTF qui déplorent par ailleurs que les fonds ne sont pas toujours utilisés à bon escient par certains et ne vont pas toujours aux destinataires. Pour ce qui est de la perception des usagers, on retient que le financement est acceptable pour 34,80% et suffisant pour 16,50% des usagers des formations sanitaires contre 16,90% des usagers qui estiment ce financement faible.

### ***De l'appréciation des services de santé***

Dans le cadre des prestations de services, la couverture moyenne en infrastructures de santé est bonne (88,3%) mais des disparités existent selon les départements (elle varie de 71% à 100%) qu'il faudra corriger. Par rapport aux structures hospitalières de premiers secours, 79% des hôpitaux de zones prévues sont fonctionnelles. Les niveaux intermédiaire et central disposent également d'infrastructures socio-sanitaires en réponse aux problèmes spécifiques

La couverture sanitaire est assez-bien ; toutefois, le niveau quel du sous-système de maintenance des équipements et dispositifs médicaux ne facilitent pas la disponibilité permanente des soins ; l'insuffisance chronique du personnel qualifié, avec des disparités entre les départements compromettent la continuité des soins, bref la disponibilité des services. La disponibilité de services varie d'un hôpital de zone à un autre. 75,30% des chefs de services enquêtés estiment que les services de santé disponibles répondent à l'attente des utilisateurs. Toutefois, ils estiment que les utilisateurs ont besoin de certains services spécifiques. Les formations sanitaires privées prennent une part importante dans l'offre des soins de santé.

Le taux de fréquentation des formations sanitaires pour les soins curatifs est de 51,4% pour l'ensemble de la population et de 90,9% pour les enfants de moins de 5 ans. Ce qui représente néanmoins une amélioration de la fréquentation par rapport à l'année 2011.

Abordant la satisfaction des usagers des formations sanitaires, un peu moins de trois usagers des formations sanitaires sur quatre (71%) se déclarent satisfaits de l'accueil aux Centres de Santé.

Quant au comportement des agents de santé vis-à-vis des patient, il est jugé mauvais, voire très mauvais par 59% des usagers enquêtés. Ces derniers déplorent le comportement des agents de santé qui, pour la plupart, manquent de courtoisie vis-à-vis des usagers (78,20%), ignorent les patients (78,20%) et leur infligent de mauvais traitements (56,40%).

Le niveau de satisfaction est relativement bon, avec 57 % des usagers qui déclarent être satisfaits des soins de santé.

L'accessibilité géographique est à améliorer. Selon les médecins chefs des hôpitaux de zone, la plus proche formation sanitaire est située en moyenne à 7,5 km du village le plus éloigné en cas de besoins de soins tandis que l'hôpital de référence le plus proche se situe en moyenne à 44,7 km des formations sanitaires enquêtées.

Le fonctionnement du système de référence et de contre référence reste faible. Le plateau technique demeure insuffisant dans la plupart des hôpitaux de référence et le système de référence et de contre-référence n'est pas très fonctionnel. Les besoins d'hospitalisation exprimés par les populations sont largement couverts. Selon l'enquête, les usagers affirment être satisfaits des services d'hospitalisation. Huit personnes sur dix sont assez satisfaites des services d'hospitalisation.

En matière d'assurance qualité des soins, le niveau est faible. Il existe une Division Assurance Qualité des Soins, mais il n'existe pas encore de document de politique nationale d'Assurance

es de démarche qualité sont prises dans certaines  
ui des partenaires au développement. En dépit de ces  
mesures, le taux de nocivité des soins prodigués aux usagers des hôpitaux est estimé à 60%<sup>1</sup>.

### *Des ressources humaines en santé au Bénin*

Les ressources humaines dans le secteur santé constituent un problème préoccupant et le niveau de performance est très faible. Au regard des normes de l'OMS en matière de ressources humaines, les effectifs de personnel de santé sont largement insuffisants pour répondre aux besoins des populations ; même les normes définies au plan national en la matière ne sont pas respectées. La gestion actuelle des carrières dans le secteur public ne correspond pas aux exigences du marché du travail actuel et c'est l'une des raisons pour lesquelles le secteur public est en général peu performant. Les critères de performance ne sont pas objectifs ou liés à la performance et la procédure d'examen de la performance n'est ni participative ni transparente. Tous les acteurs du système de santé s'accordent et reconnaissent aujourd'hui la nécessité de mettre en place un véritable système de motivation et d'incitation à la performance dans le secteur de la santé.

La gestion des ressources humaines de l'Etat, en général, reste encore centralisée, dépendant pour l'essentiel de la responsabilité exclusive du Ministère du Travail et de la Fonction Publique. La DRH du MS a dans la réalité, peu d'autonomie en matière de gestion du personnel de l'Etat.

Du point de vue de l'appréciation de la qualité des ressources humaines en santé, 42,90% des élus locaux enquêtés estiment que les ressources humaines du système sanitaire béninois sont à un niveau acceptable. Toutefois, pour l'ensemble des élus locaux, le système sanitaire est caractérisé par une insuffisance en ressources humaines qualifiées.

### *De la gestion pharmaceutique*

Le niveau de performance de la gestion pharmaceutique est bon. Le sous-secteur pharmaceutique est mieux organisé avec la création d'une part, de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), et d'autre part, du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux. La cession des produits pharmaceutiques aux formations sanitaires par la CAME est faite à un coût social. La promotion des médicaments génériques et le contrôle des prix constituent des plateformes autour desquelles s'opèrent toutes les autres actions visant leur accessibilité financière.

---

<sup>1</sup> EDULINK, Rapport d'état des lieux

qu'il y a une maîtrise des prix de vente dans le secteur public mais un marché informel de médicaments est très actif malgré l'augmentation des points de ventes agréés, publics ou privés. Les opinions sont globalement positives quant à l'appréciation de la gestion des médicaments.

50 % des médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés estiment que la gestion des médicaments est bonne et 25% très bonne. Ces derniers déplorent les ruptures épisodiques en médicaments de première nécessité. Selon 45,5% des responsables des formations sanitaires privées enquêtés, la gestion est acceptable contre 18,2% qui la déclarent médiocre. Pour les usagers, la qualité de gestion des médicaments et des vaccins est acceptable pour 45,80%. Par ailleurs, la disponibilité des médicaments est également jugée bonne par un peu moins de sept usagers sur dix. Pour ce qui est du prix de cession des médicaments dans les formations sanitaires, 48% des usagers le jugent raisonnables. Néanmoins, 37% des usagers estiment que ces prix sont élevés.

### ***Du système d'information sanitaire***

La performance du système d'information sanitaire est jugée bonne. En effet, le système d'information dispose d'un bon circuit, globalement adéquat mais la qualité des statistiques produites par le SNIGS est encore loin d'être satisfaisante. Les données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision. L'absence de loi ou de disposition réglementaire qui oblige les établissements de santé privés à fournir au SNIGS des rapports sur des prestations et des activités précises est un vide à combler.

De la dernière évaluation externe du système d'information effectuée en 2007 par le réseau de Métrologie Sanitaire (HealthMetrics Network), il ressort que le système d'information sanitaire est globalement adéquat et il existe peu de divergences entre les chiffres présentés par le système d'information national.

### ***De l'implication du secteur privé***

Le niveau de collaboration entre secteur public et secteur privé dans la gestion du système de santé est passable ; cette coopération est très bonne avec le secteur confessionnel à but non lucratif, mais elle est restée faible avec secteur à but lucratif. En effet, le secteur privé présente une grande diversité. L'implication des structures privées ne fait pas encore l'objet d'une réglementation géographique rigoureuse tenant compte des besoins du pays en matière de couverture sanitaire. De ce fait, la répartition du personnel du privé n'obéit pas à une norme spécifique. Bien que le Gouvernement dispose d'une procédure bien établie pour l'autorisation de l'exercice privé de la médecine, de nombreux médecins et autres

du secteur privé sans l'autorisation du Ministère de la Santé. La médecine traditionnelle ne sont pas vraiment connues. En général, la collaboration des tradipraticiens avec les zones sanitaires et les DDS est d'une qualité relativement bonne et dépend en grande partie des responsables de l'administration sanitaire. A cet effet, les tradipraticiens ont déclaré au cours de l'enquête, avoir de bonne collaboration avec les zones sanitaires (50%) et les DDS (26,70%) estiment qu'ils sont bien écoutés et bénéficient d'appui divers de ces derniers dans leurs activités. Par contre, en fondant leur appréciation sur la collaboration entre les différents acteurs partenaires du MS, les PTF estiment que le niveau de la collaboration reste passable.

### *Des perspectives d'avenir*

Le secteur public reconnaît qu'il a besoin de mobiliser les ressources du secteur privé pour satisfaire aux besoins des populations en matière de soins de santé. Dès lors, une meilleure collaboration avec le secteur privé pourra favoriser l'atteinte des objectifs de santé publique. Selon l'enquête, en appréciant la confiance que mettent les usagers des formations sanitaires dans le système sanitaire, plus de six personnes sur dix estiment avoir confiance au système sanitaire du Bénin quant à la prise en charge correcte en cas de maladie. Ils déclarent avoir plus confiance aux centres de santé publics que privés à plus de six pour dix personnes. Ceci témoigne bien de la confiance mise en ce système, et pose le problème des éventuelles craintes qu'ont les usagers vis-à-vis des formations sanitaires privées.

Par ailleurs, il est nécessaire que le savoir et le savoir-faire des tradipraticiens soient reconnus comme étant importants pour une meilleure efficacité du système sanitaire béninois. Il est clairement établi que la médecine traditionnelle et la médecine moderne doivent collaborer et demeurer complémentaires.

Pour améliorer les performances de la politique de gestion du système de santé au Bénin, il faudra : (i) assurer la disponibilité permanente du personnel qualifié dans toutes les formations sanitaires publiques et privés ; (ii) augmenter la fréquence des audits et contrôle de gestion du système sanitaire et l'application des sanctions quand elles s'imposent ; (iii) rendre effective l'institutionnalisation de plateforme fonctionnelle entre les tradipraticiens et le ministère de la santé ; (iv) assurer la professionnalisation organisationnelle des tradipraticiens ; (v) contribuer à une meilleure exploitation des savoirs endogènes en matière de santé et de promotion de la recherche sur la médecine traditionnelle ; (vi) améliorer l'efficacité du système de référence et de contre référence, (vii) accélérer la poursuite des réformes par la prise des textes régissant les structures sous tutelle du ministère, notamment la direction départementale de la santé afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle ; (viii) poursuivre le renforcement de la couverture nationale en infrastructure sanitaires ; (ix)

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

mations sanitaires en impliquant davantage les privés de santé ; (x) mettre en place un mécanisme de certification de la qualité des soins et d'accréditation des hôpitaux publics et privés ; (xi) doter le pays d'hôpitaux modernes spécialisés dans la prise en charge des affections chroniques ; (xii) encourager les formations sanitaires privées à recruter suffisamment du personnel qualifié de santé dans le cadre d'un partenariat public privé ; (xiii) renforcer la supervision des relais communautaires.



Le Bénin est un pays en développement confronté à des enjeux importants sur le plan du développement sanitaire. La situation épidémiologique est caractérisée par une prédominance des affections endémo-épidémiques qui représentent 40% de l'ensemble des pathologies identifiées. Les principales affections rencontrées en 2010 dans l'ensemble des consultants non hospitalisés sont le paludisme (44,5%), les infections respiratoires aiguës (13,2%), les autres affections gastro-intestinales (7%), les traumatismes (5,1%), l'anémie (4,8%) et les diarrhées (3,1%) (MS, Annuaire statistique 2010).

Selon les données de la 3<sup>ème</sup> Enquête Démographique et de Santé (EDS.B-III) de 2006, le taux de mortalité maternelle est estimé à 397 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1999-2006. Il faut noter que la mortalité maternelle n'a diminué que de 20% sur les dix dernières années et reste très élevée. Quant à la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile, entre 2001 et 2006, elle s'est établie à respectivement 32 pour mille, 67 pour mille et 125 pour mille.

Au regard de cet état des lieux, le Gouvernement béninois a inscrit, au nombre de ses priorités, d'assurer le bien-être social notamment par la mise en place d'un système éducatif performant et de soins de santé de qualité. Pour ce faire, le secteur de la santé a élaboré à partir de 2006, un nouveau document de politique qui prend en compte les Perspectives à long terme Bénin 2025, les Orientations Stratégiques de Développement 2006-2011 et les recommandations des Etats Généraux de la Santé de novembre 2007 qui ont défini la vision pour le secteur de la santé au Bénin. Le Plan National de Développement de la Santé (PNDS) 2009-2018 retient cinq domaines prioritaires et est décliné en plans triennaux de développement (PTD) dont le premier, le PTD 2010-2012, met l'accent sur 14 composantes programmatiques dont 6 composantes d'action visant l'atteinte des objectifs de couverture et d'impact pour améliorer ainsi la santé des populations, et 9 composantes de soutien répondant aux insuffisances du système de santé, pour lesquelles des réformes et mesures d'accompagnement seront nécessaires.

Cependant, de nombreuses faiblesses demeurent et constituent les principaux défis à relever. Plus spécifiquement, de graves défaillances sont constatées dans la gestion quotidienne des centres de santé et des moyens mis à disposition par l'Etat et les partenaires techniques et financiers (PTF) pour soulager les populations béninoises.

divers conflits et mouvements sociaux qui paralysent la base de pertes en vies humaines et de conséquences

sociales dramatiques.

La présente évaluation est une évaluation indépendante par le Laboratoire d'Appui au Management et des Etudes Novatrices (Laboratoire AMEN), commandée par le Ministère de l'Évaluation des Politiques Publiques et des Programmes de Dénationalisation pour apprécier la qualité globale de la gestion du système de santé au Bénin et améliorer la qualité de ses prestations.

Le rapport est structuré en six parties présentant les conclusions de la mission d'évaluation sur chaque aspect de la gestion du système de santé au Bénin, notamment la gouvernance, le financement et les prestations des services.

## ***1.2 Mandat de l'étude***

### ***1-2-1 Objectif général***

L'évaluation de la politique de gestion du système de santé est de permettre d'établir un diagnostic précis de la situation du Bénin en termes d'organisation et de fourniture de l'offre de services de santé.

### ***1-2-2 Objectifs spécifiques***

Les objectifs spécifiques visés sont les suivants :

- disposer d'un aperçu global sur la politique de gestion du système de santé au Bénin, au regard des six piliers retenus par l'OMS ;
- faire un diagnostic du mécanisme de gestion des structures sanitaires, sur base d'un échantillon pertinent de structures des trois niveaux (hôpitaux nationaux, régionaux et centres de santé) ;
- apprécier les stratégies de la politique pharmaceutique de distribution de médicaments essentiels ;
- mesurer les effets du système de gestion sanitaire (public et privé) en cours sur la qualité de la santé des populations ;
- apprécier la satisfaction des bénéficiaires du système de gestion sanitaire ;
- apprécier les rôles et les capacités de management des différents acteurs impliqués dans la chaîne de gestion du système sanitaire évoqué ;
- formuler des recommandations en vue de l'amélioration du mécanisme de gestion du système sanitaire.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

uation se résumant à ce qui suit :

- les mécanismes de mise en œuvre de la gestion du système de santé du point de vue conceptuel et dans la réalité de leur mise en œuvre au Bénin sont mieux connus ;
- une appréciation de la qualité du système de santé, au regard des six piliers de l'OMS, est réalisée ;
- une analyse de la cohérence et de la pertinence des mécanismes de la gestion du système de santé est faite ;
- une analyse de la cohérence et de l'efficacité des différents mécanismes de financement du système de santé (y compris les appuis des PTF au niveau des zones sanitaires) est réalisée ;
- les performances de la gestion du système de santé sont appréciées au vu des objectifs et moyens mis en œuvre ;
- une appréciation de la qualité et de l'exhaustivité de l'offre sanitaire et des prestations, tenant compte des attentes des bénéficiaires et des acteurs du secteur, est réalisée ;
- les dysfonctionnements (économiques, techniques, matériels, financiers et sociaux) du système de santé ainsi que leurs causes fondamentales sont relevés et des recommandations pertinentes sont formulées.

#### *1-2-4 Questions évaluatives*

Conformément aux termes de références, les questions évaluatives retenues par le commanditaire sont :

- a) Quelles perceptions ont les utilisateurs de la qualité du système sanitaire au Bénin ? Sont-ils satisfaits ? Ont-ils plus confiance au système sanitaire public ou privé ?
- b) Quels sont les dysfonctionnements du système de santé observés objectivement, relevés par les opérateurs eux-mêmes et relevés par les utilisateurs ?
- c) La gestion effective du système sanitaire est-elle en cohérence avec les orientations du plan national de développement sanitaire ?
- d) Quels sont les principaux atouts et dysfonctionnements constatés au niveau de certains aspects spécifiques de la gestion du système de santé à savoir :
  - i. le leadership du Ministère de la Santé dans le pilotage du secteur ?
  - ii. la gestion de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments ?
  - iii. la gestion des mutuelles de santé et plus largement, la mise en place du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) ?
  - iv. la gestion des ressources issues des PTF au niveau des zones sanitaires ?
  - v. l'utilisation de l'information à des fins de décisions politiques ?
  - vi. la gestion des hôpitaux publics de deuxième et troisième référence ?

### *1-2-5 Produits attendus*

Les produits attendus à l'issue de cette étude sont: (i) un référentiel présentant le schéma de réalisation et la démarche méthodologie détaillée de la mission; (ii) un rapport provisoire de l'évaluation; (iii) un rapport définitif assorti d'un résumé exécutif de 7 pages au maximum rédigé en langue française; (iv) dix exemplaires du rapport définitif et une copie numérique de tous les produits de la mission au BEPP.

### *1-2-6 Délai de réalisation de l'étude*

Les différentes tâches ont été accomplies dans un délai de trois (03) mois, soit 90 jours et la collecte des données est exécutée sur toute l'étendue du territoire national. Les séquences suivantes ont marqué le processus :

- conceptualisation des différentes opérations liées à la collecte des données ainsi que l'élaboration des outils de collecte ;
- conception des étapes et procédures de collecte ainsi que des séquences spécifiques à la saisie, au traitement et à l'analyse des données ;
- élaboration d'un manuel d'instruction aux enquêteurs ;
- formation du personnel de terrain ;
- exécution des enquêtes auprès des cibles identifiées ;
- élaboration d'un programme d'analyse de données ;
- analyse des données ;
- rédaction du rapport et finalisation après validation.

### *1-2-7 Structuration du rapport*

Suivant les Termes de Référence, les informations collectées par suite de la démarche méthodologique validée, ont été dépouillées et analysées. Le rapport qui rend compte des résultats des analyses est structuré en trois (03) à savoir : (i) démarche méthodologique ; (ii) contexte national et système de santé ; (iii) synthèse de l'évaluation de la politique de gestion du système de santé

L'évaluation de la politique de gestion du système de santé est un exercice transversal et participatif qui doit permettre d'apprécier le niveau de satisfaction des différents acteurs (aux niveaux central, intermédiaire et périphérique). Ceci implique une démarche qualitative, et nécessite d'avoir une vision d'ensemble du système national de santé.

A cet égard, pour l'OMS,<sup>2</sup> un système de santé qui fonctionne bien répond de manière équilibrée aux besoins et aux attentes des populations :

- en améliorant l'état de santé des personnes, des familles et des communautés ;
- en défendant la population contre les menaces pour sa santé ;
- en protégeant les personnes des conséquences financières de la maladie ;
- en assurant un accès équitable à des soins centrés sur la personne ;
- en permettant aux gens de prendre part aux décisions qui touchent à leur santé et au système de santé.

### ***2-1 Cadre conceptuel***

Le cadre conceptuel de l'approche d'évaluation a été mis au point par l'USAID à partir de la définition d'un système de santé développé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Selon le cadre conceptuel, les systèmes de santé sont divisés en quatre principales fonctions qui sont : la gouvernance, le financement, la création de ressources et les prestations de services de santé. Les modules techniques qui découlent de ces quatre fonctions sont au nombre de six, à l'exception du module de base (module 0) dont le but est de fournir des informations contextuelles pouvant s'appliquer à tous les modules à savoir :

- le leadership et la gouvernance du secteur (y compris le mécanisme de gestion des hôpitaux);
- le financement du secteur (dont le mécanisme de tarification des prestations et soins dans les structures sanitaires publiques).
- les ressources humaines pour la santé;
- la gestion des produits médicaux (vaccins, infrastructures et matériels);
- la fourniture des services;
- la collecte et l'utilisation de l'information sanitaire à des fins de décision.

---

<sup>2</sup> [http://www.who.int/healthsystems/FR\\_HSSkeycomponents.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthsystems/FR_HSSkeycomponents.pdf?ua=1)

deux types d'échantillons :

- Le premier type d'échantillon est composé des responsables des services centraux et déconcentrés du MS. Cet échantillon est déterminé par choix raisonné. La taille est déterminée de la façon suivante : (i) au niveau central, le DC ou le SGM et les directeurs centraux (le DPP et le DRH ou leur adjoint etc.) ; (ii) au niveau départemental, leurs démembrements ; (iii) au niveau communal, les responsables en charge de la santé et les responsables des mutuelles de santé, les élus locaux. Les partenaires techniques, les organisations professionnelles et les organisations de la société civile sont pris dans le premier type d'échantillon.
- Le deuxième type d'échantillon est composé du personnel administratif et soignant des zones sanitaires retenues par tirage au sort, les utilisateurs des formations sanitaires publiques et privées de ces zones sanitaires.

**Tableau 1 : Echantillon pour la collecte des données primaires**

Outils	Niveau	Effectif des cibles
Guide d'entretien pour responsables	Central	67
	Intermédiaire	182
	Périphérique	288
	<b>TOTAL</b>	<b>537</b>
Questionnaire pour utilisateurs	Central	36
	Intermédiaire	136
	Périphérique	366
	<b>TOTAL</b>	<b>538</b>

**2.3 Matrice des travaux d'évaluation, base des questionnaires pour les différentes cibles et outils de collecte des données.**

Tenant compte du cadrage méthodologique et de l'échantillon ci-avant indiqués et qui ont été déjà validés par les différents acteurs réunis le 14 juin 2013, la matrice d'évaluation, la base des questionnaires et guides d'entretiens, ainsi que les différents outils de collecte de données, ont été élaborés.

*tions évaluatives*

<b>Critères</b>	<b>Questions évaluatives/Questions de recherche</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Sources de données</b>	<b>Méthode d'analyse / Outils de collecte des données</b>
<b>Pertinence/ Cohérence</b>	La gestion effective du système sanitaire est-elle en cohérence avec les orientations du plan national de développement sanitaire ?	NA	Documents de politiques	Revue documentaire/Guide Entretien
<b>Gouvernance</b>	Quel est le niveau du leadership du Ministère de la Santé dans le pilotage du secteur ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Guide Entretien
	L'utilisation de l'information à des fins de décisions politiques est-elle efficace ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Guide Entretien
	Quelles est le niveau de coordination et de coopération entre le secteur privé (confessionnel et à but lucratif) et le secteur public ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Guide Entretien
<b>Équité</b>	La politique de gestion favorise-t-elle l'équité (géographique et financière) dans l'accès aux services de santé par les populations ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Guide Entretien
	Les dispositifs d'assistance aux plus pauvres et aux personnes vulnérables sont-ils opérationnels et efficaces ?	Taux de consommation du fonds des indigents- Taux de couverture des demandes des indigents - Nombre d'indigents pris en charge	SNIGS	Analyse de données (avec et sans évacuations sanitaires)
	La gestion des mutuelles de santé, du fonds des indigents et plus largement, la mise en place du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) est-elle efficace ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Guide Entretien
<b>Efficacité (Accès et qualité)</b>	Quel est le taux de fréquentation des centres de santé ?	Taux de fréquentation	SNIGS	Analyse de données
	Les coûts des soins de santé sont-ils un facteur de non fréquentation des centres de santé ?	% personnes ne fréquentant pas les CS en raison du coût de soins	Enquête ménages	Analyse de données

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	Structure des besoins en soins de santé de base ?	Taux de consultation prénatale - Taux d'accouchements assistés - Taux de consultation néo-natale - Taux de vaccination Polio, VARí	SNIGS	Analyse de données
	Quelles perceptions ont les utilisateurs de la qualité du système sanitaire au Bénin ? Sont-ils satisfaits ? Font-ils plus confiance au système sanitaire public ou privé ?	% personnes satisfaites, confiantes, et ayant une bonne opinion du système sanitaire	Enquête ménages	Analyse de données
	Quels sont les dysfonctionnements du système de santé observés objectivement, relevés par les opérateurs eux-mêmes et relevés par les utilisateurs ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Analyse FFOM/Revue documentaire/Guide Entretien
	Quels sont les dysfonctionnements dans la gestion des hôpitaux publics de deuxième et troisième référence ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Analyse FFOM/Revue documentaire/Guide Entretien
<b>Efficience</b>	Quelle est la qualité de la gestion des ressources (mettre en évidence celles des PTF) au niveau des zones sanitaires ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Guide Entretien
	Quels sont les niveaux globaux d'allocation et de consommation budgétaire du système sanitaire ?	% budget santé dans BGE-taux de consommation MS	Rapports de performance MS	Revue documentaire/Analyse de données
	Quelle est la qualité du mécanisme d'allocation intra sectoriel de ressources financières, matérielles et humaines ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Analyse de données
<b>Impacts</b>	Comment a évolué la situation sanitaire du Bénin depuis la mise en place de la politique de gestion en vigueur ?	Espérance de vie à la naissance, taux de mortalité par catégorie, taux de prévalence des pandémies (VIH, tuberculose, paludisme)	EDS/INSAE et SNIGS	Analyse de données
<b>Pérennité</b>	La politique de gestion actuelle est-elle soutenable en termes de coûts de fonctionnement ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Analyse de données
	La politique de gestion actuelle est-elle soutenable en termes de procédures et de méthodes utilisées ?	NA	Rapports/Enquête de terrains	Revue documentaire/Analyse de données



### **3.1. Contexte politique et administratif**

Dans la logique du renforcement de la démocratie et l'Etat de droit, la réforme de l'Administration territoriale au Bénin consacrée par la loi n° 97-028 du 15 Janvier 1999 a porté le nombre de départements de six (6) à douze (12) que sont: l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau, et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes dont trois à statut particulier que sont : Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements comportant 3743 villages et quartiers de ville, le village étant la plus petite unité administrative dans un arrondissement rural au même titre que le quartier de ville en milieu urbain. Un processus de décentralisation de l'administration, visant la prise en charge du développement communautaire par les communautés elles-mêmes est en cours depuis quelques années déjà.

Les réformes administratives se poursuivent avec la création récente de nouveaux villages et quartiers de ville en relation avec l'accroissement démographique et les mouvements migratoires internes.

### **3.2 Contexte macroéconomique**

Depuis 2000, des réformes économiques et structurelles importantes ont permis de maintenir des taux de croissance du Bénin à 4 % par an en moyenne. En effet, l'Etat Béninois s'est engagé, depuis la fin de la décennie 90, dans une nouvelle ère de politiques économiques avec la conception et l'expérimentation des générations de Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Ces Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSRP et SCRP) tirent leur source des orientations définies dans la vision Bénin Alafia 2025 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Elles encadrent la politique budgétaire, monétaire et socioéconomique du pays.

L'économie du Bénin dépend globalement de son secteur agricole, du commerce de transit et de réexportation. Le secteur agricole représente environ 32 % du PIB et est la source de revenu de près de 70 % de la population active du pays. Le coton est le principal produit d'exportation et représente 25 à 40 % environ des exportations totales officielles.

La situation économique et sociale du pays continue d'être marquée par son produit intérieur brut (PIB) très faible, une compétitivité économique à améliorer et un faible dynamisme de son système productif. Au Bénin, 30,8% de la population est pauvre en termes de condition d'existence et 22,5% des ménages sont en insécurité alimentaire. Parmi les sans-emplois, 78,7% sont à la recherche du premier emploi.

### *des investissements*

Le Bénin, de par sa position géographique, constitue un trait d'union pour les échanges commerciaux entre les pays de l'arrière-pays et de l'Afrique Centrale. Il a donc vocation à être, à moyen terme, une plateforme régionale de négoce et de services à forte valeur ajoutée.

Les réformes engagées depuis 1990 ont permis de mettre en place une législation nationale favorisant l'initiative privée.

### **3.4 Aperçu de la politique de santé**

La politique sanitaire du Bénin découle de l'analyse du contexte socio-sanitaire national et international et des priorités nationales fixées par la stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les Orientations Stratégiques du Développement. Elle est formalisée à travers un document intitulé « Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018.

En s'inspirant de la vision ALAFIA 2025, déduite des Etudes Nationales de Perspectives à long terme, les participants aux états généraux du secteur de la santé, tenus à Cotonou en novembre 2007, ont proposé la vision suivante capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois : «Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois».

Le plan stratégique du secteur de la santé du Bénin est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui traduit la volonté des acteurs du Ministère de la Santé et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations.

Ce plan élaboré pour la période de 2009-2018 vise les objectifs principaux suivants :

- assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD),
- renforcer le partenariat pour la santé,
- améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

En vue d'atteindre ces objectifs, le Plan National de Développement Sanitaire a retenu les cinq (05) principaux domaines stratégiques résumés dans le tableau ci-après.

**le Développement Sanitaire du Bénin (2009-2018)**

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

<b>Domaines Stratégiques du FNSDS</b>	<b>Programmes</b>
Prévention et lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base
	Santé de la reproduction
	Lutte contre la maladie
	Développement hospitalier
Valorisation des ressources humaines	Renforcement de la planification des ressources humaines
	Amélioration de la production et du développement des compétences
	Amélioration du système de management des ressources humaines
Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale	Renforcement du partenariat entre les acteurs
	Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale
Mécanisme de financement du secteur	Financement
	Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables
Renforcement de la gestion du secteur	Renforcement institutionnel
	Développement des zones sanitaires

Source : DPP/MS

Les indicateurs retenus pour faciliter le suivi des actions à mener :

- *Réduction de la mortalité maternelle et infantile* : taux de couverture en CPN, taux de couverture PEV, pourcentage de détection GAR, proportion de accouchements à domicile, pourcentage de accouchements assistés ; prévalence contraceptive ; pourcentage de cas de diarrhées traitées par SRO, pourcentage cas de diarrhées traitées par thérapie aux antibiotiques, pourcentage de enfants mal nourris bénéficiant d'une récupération nutritionnelle.
- *Lutte contre les maladies prioritaires (VIH/sida, paludisme, tuberculose)* : taux d'utilisation des ordinogrammes pour les cas de paludisme ; proportion des laboratoires de zone dont le contrôle de qualité GE/Frottis montre une concordance égale ou supérieure à 80%.

Les Indicateurs d'impact retenus pour faciliter l'appréciation des progrès significatifs sont :

- *Mortalité* : taux de mortalité infantile ; taux de mortalité infanto-juvénile ; taux de mortalité maternelle ; taux de létalité palustre ;
- *Morbidité* : taux de prévalence du SIDA ; taux de morbidité proportionnelle palustre ; taux d'incidence de la méningite (ou taux de prévalence du choléra) ; taux d'incidence de la tuberculose.

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental, le niveau périphérique.

mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. Le niveau central est le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des actions découlant des politiques précitées (Cf. Décret N°20066396 du 31 juillet 2006). Il est constitué de toutes les structures représentées ci-dessous excepté les Directions Départementales de la Santé (DDS).

Le niveau intermédiaire regroupe les Directions Départementales de la Santé (DDS) qui sont au nombre de 6 à raison d'une par département selon l'ancien découpage territorial. Elles sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements.

Le niveau périphérique est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires seuls, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio-sanitaires de la population habitant des espaces géographiques bien définis. Elle vise les objectifs suivants :

- améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence ;
- améliorer la viabilité des services socio-sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ; et
- développer le partenariat avec le secteur privé.

### 3.5 Structure du système de prestation des soins

Le système de prestation des soins de santé est organisé par niveau du système de santé et s'appuie sur les infrastructures sanitaires et un plateau technique. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- ✓ **le niveau central ou national** : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, Centre National de Psychiatrie, le Centre National de Gérontologie et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) ;
- ✓ **le niveau intermédiaire ou départemental** : avec comme structures de référence le Centre Hospitalier Départemental (CHD), le Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC), le Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron ;

infrastructures socio-sanitaire, l'Hôpital de Zone (HZ), le  
itement Anti Lèpre (CTAL), le Centre de Dépistage et  
Traitement de l'Ebola de Durui, le Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé  
(CASES), les Formations sanitaires privées, le Centre de Dépistage et de traitement de la  
Tuberculose (CDT), l'Unité Villageoise de Santé (U.V.S.).

Cependant, à côté de cette «pyramide» sanitaire publique s'étend la «lagune» du secteur privé, de plus en plus variée, de plus en plus vaste, difficile à limiter et à encadrer, qui baigne et érode cet édifice.

Un système de référence et de contre référence devrait permettre aux populations de bénéficier des soins de ces différentes structures selon la gravité de leur problème de santé.

La couverture moyenne des arrondissements en infrastructures sanitaires est de 88,3% en 2012. Ce chiffre cache toutefois de grandes disparités tant par rapport à la taille des aires sanitaires couvertes par ces centres de santé que par rapport au nombre de population desservie. Cette couverture est de 100% dans le département de la Donga, de 98% dans le Borgou et de 71% dans le Zou.

### 3.6 Etat des lieux du système de santé

Au cours de ces dix dernières années, les performances du système de santé du Bénin sont en deçà des attentes du gouvernement et des populations<sup>3</sup>. Le processus de renforcement du système tarde donc à apporter ses fruits dans un contexte d'exigence nationale et internationale d'amélioration des conditions de vie des populations en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). En effet, «les constats faits dans les formations sanitaires depuis quelques années révèlent des dysfonctionnements de divers ordres dont l'un concerne plus particulièrement la quasi inexistence ou le non-respect des normes de pratiques professionnelles par les agents de santé. Le principe de moralité, de probité, d'éthique, de déontologie et de dévouement indispensable à l'exercice de la profession ne sont plus observés<sup>4</sup>».

Face à cette situation, l'Etat, à travers le ministère de la santé a pris beaucoup de dispositions notamment pour lever les barrières à l'accessibilité financière et améliorer la qualité des soins. Les mesures prises à cet effet sont entre autres, la gratuité de la césarienne, la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ; les fonds alloués à la prise en charge sanitaire des indigents ont été renforcés et un régime d'assurance maladie universelle (RAMU) se met en place progressivement. Pour renforcer la qualité des soins, un document guide des normes et bonnes pratiques a été élaboré à l'usage des professionnels de santé.

<sup>3</sup> Ministère de la Santé, Document de mise en œuvre du Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI), Mai 2010

<sup>4</sup> Ministère de la Santé, Guide des Normes et Bonnes Pratiques, Février 2012.

des de l'accessibilité géographique et financière aux soins  
in accroissement des dépenses publiques consacrées aux  
évacuations sanitaires. Ce privilège est réservé à une catégorie infirme de la population.

Selon l'annuaire des statistiques 2012 du ministère de la santé, les performances du système de  
santé se présentent comme suit :

**Tableau IV : Indicateurs de performance en 2012**

Indicateurs		Année 2012		
		Cible	Valeur atteinte	Ecart
<b>Taux de fréquentation des services de santé</b>	Total	60%	51,4%	-9,6%
	Privé enquête		8,7%	
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		10,3%	
	Privé Confessionnel intégré dans la Base		4,3%	
	Public		28,1%	
<b>Taux de fréquentation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans</b>	Total	85%	90,9%	+1,9%
	Privé Libéral enquête			
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		17,7%	
	Privé Confessionnel intégré dans la Base		8,1%	
	Public		65,1%	
<b>Nombre de zones sanitaires fonctionnelles</b>		28	27	-1
<b>Taux de prévalence au VIH/SIDA parmi les femmes enceintes</b>		<2%	1,90%	-0,01%
<b>Taux de couverture vaccinale au Pentavalent des enfants de 0-11 mois</b>		>90%	94,9%	4,9%
<b>Taux d'accouchement assisté par le personnel médical et paramédical en maternité</b>	Total	>80%	93,8%	13,8%
	Privé Libéral enquête		10,6%	
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		14,5%	
	Privé Confessionnel		3,4%	
	Public		65,3%	
<b>Taux de consultation prénatale</b>	Total	>90%	101,0%	11,0%
	Privé Libéral		17,1%	
	Public (+ Privé Confessionnel)		83,3%	
<b>Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception</b>		15%	10,29%	-4,8%
<b>Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées</b>		65,7%	80%	14,3%
<b>Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées</b>		80%	70,6%	9,4%
<b>Poids du budget santé dans le budget général de l'Etat</b>		15%	6,39%	-8,61%
<b>Taux de consommation base engagement du budget santé (%)</b>		<b>100%</b>	<b>87,3%</b>	<b>-12,7%</b>

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

<b>Travaux d'évacuation</b>	51,0%	46,0%	-5,0%
<b>Évacuation des excréta</b>	85%	83,9%	-1,1%
<b>en milieu scolaire</b>			
<b>Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+</b>	90	-	-

**Source** : SGSI/DPP/MS, 2012

Selon le rapport de performance du ministère de la santé pour l'année 2012, les affections fréquemment rencontrées en consultation et n'ayant pas fait objet d'hospitalisation se présentent en 2012 dans l'ordre décroissant comme suit: le paludisme (42,3%), les infections respiratoires aiguës (13,2%), les autres affections gastro-intestinales (7,0%), les traumatismes (5,2%), l'anémie (4,6%), les diarrhées (2,8%), les autres affections dermatologiques (2,2%), l'hypertension artérielle (1,5%), les douleurs abdominales basses (1,3 %), les conjonctivites (1,2%), et le reste des affections (18,8%).<sup>5</sup>

En ce qui concerne la surveillance des maladies, il a été enregistré 06 cas de tétanos maternel et néo-natal en 2012 contre 25 cas en 2011, 630 cas de choléra en 2012 contre 575 cas en 2011, 0 cas suspect de fièvre jaune en 2012 contre 46 cas en 2011, 1165 cas de méningite en 2012 contre 616 cas en 2011, 108 cas de paralysie flasque aiguë en 2012 contre 65 cas en 2011, 350 cas de rougeole en 2012 contre 1998 cas en 2011, 0 cas de shigellose en 2012 contre 850 cas en 2011.

La situation de pénurie de ressources humaines en santé reste préoccupante. Le rapport de performance 2012 ainsi que le cadre organique du ministère de la santé signalent un déficit en matière de personnel qualifié. Ce déficit pourrait s'accroître au fil des années si des mesures adéquates ne sont pas prises urgemment.

<sup>5</sup>Le reste des affections regroupe 28 maladies. Confère Annuaire des Statistiques sanitaires 2011, SGSI/DPP/MS

#### ***4.1 Gouvernance et leadership dans le système de santé***

##### ***Réponse de la mission***

La gouvernance et le leadership dans le pilotage du secteur de la santé n'ont pas atteint le niveau de performance souhaité aux niveaux central, intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire. Cette gouvernance est acceptable dans son ensemble avec des variances selon le niveau où l'on se trouve. Les différents outils qui permettent d'exercer cette gouvernance et ce leadership n'ont pas toujours les qualités requises à cet effet, surtout aux niveaux intermédiaire et périphérique, mais parfois, ils ne sont guère appliqués ou sont mal appliqués.

Des avis recueillis auprès des acteurs du niveau central, il ressort que le ministère de la santé a un bon niveau de leadership et de gouvernance dans le secteur public mais le niveau reste mitigé dans le secteur privé. Les chefs services des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires publiques comme privés affirment que le niveau du leadership et de la gouvernance est moyen et acceptable. 50% des médecins chefs des hôpitaux de zones estiment que la gouvernance est acceptable alors que l'autre moitié pense qu'elle est bonne. Bon nombre de responsables du secteur de la santé et les responsables des officines de pharmacie jugent de médiocre le niveau de gouvernance et du leadership ; quant aux partenaires sociaux (syndicats) ils qualifient le niveau d'acceptable.

Les partenaires techniques et financiers apprécient bien le leadership du niveau central mais pour les niveaux intermédiaire et périphérique, il est passable ; quant à la gouvernance, elle est seulement acceptable à tous les niveaux de la pyramide.

Près de sept élus locaux sur dix parlent de bonne gouvernance et de bon leadership du système de santé.

Le niveau de coordination et de coopération entre le secteur public et le secteur privé varie entre moyen et faible, malgré l'existence d'un cadre de concertation secteur public/secteur privé et d'un Organe Paritaire de Partenariat.

L'implication des structures privées ne fait pas encore l'objet d'une réglementation géographique rigoureuse tenant compte des besoins du pays en matière de couverture sanitaire. 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 sont peu susceptibles de collaborer avec le Ministère parce que parfois, ils ont dans l'illégalité ; par contre les hôpitaux religieux à but non



sanitaire. Quant à la médecine traditionnelle, le niveau de  
ore faible. La taille et la portée de ce secteur ne sont pas  
vraiment connues, il n'existe pas de rapports de confiance entre les agents de santé et guérisseurs  
traditionnels, en dépit des nombreuses initiatives prises ces dernières années en sa faveur.

Pour 23,30% et 16,70% des enquêtés, l'organisation de la médecine traditionnelle est  
respectivement médiocre et passable. Pour les PTF estiment que le niveau de la collaboration est  
passable.

#### 4.1.1 Cadre juridique de la gouvernance

L'organisation actuelle du ministère de la santé est définie par le décret portant attributions,  
organisation et fonctionnement du ministère et ses arrêtés d'application. Ce cadre juridique  
détermine et organise les conditions et les moyens de mise en œuvre de la politique du secteur.

De 2006 à 2013, les attributions, l'organisation et le fonctionnement du ministère de la santé sont  
réglementés par quatre décrets successifs : décret n° 2005-191 du 14 avril 2005 ; décret n° 2006-  
396 du 31 juillet 2006 ; décret n° 2010-060 du 12 mars 2010 ; décret n° 2012-272 du 13 août 2013.  
On remarque ainsi une instabilité de la réglementation qui, nécessairement a des répercussions sur  
l'organisation des directions et des services au sein du ministère. Cette situation accélère la caducité  
des arrêtés d'application. C'est ce qui fait dire à certaines personnes qu'«on ne finit même pas de  
prendre tous les textes d'application avant qu'on ne change les décrets». Ainsi, le ministère se  
trouve dans une situation de réforme institutionnelle et organisationnelle permanente même si les  
trois niveaux de la pyramide sanitaire sont toujours préservés.

Dans ces conditions, les textes portant attributions, organisations et fonctionnement des structures  
sous tutelles sont pour la plupart caducs et parfois inadaptes aux nouvelles exigences du ministère.  
Cette situation devrait être rapidement corrigée par la cellule sectorielle de pilotage de la réforme  
administrative et institutionnelle (CSPRAI) dont le secrétaire général du ministère assure la  
présidence.

#### 4.1.2 Coordination et cadres de concertation

Selon l'article 1<sup>er</sup> du dernier décret, le ministère de la santé a pour mission, la conception, la mise en  
œuvre et le suivi-évaluation de la politique de l'État en matière de santé conformément aux lois et  
règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du gouvernement. Ce  
décret a renforcé le leadership du ministre de la santé.

La coordination de l'ensemble des programmes et sous programmes relève de l'autorité du Ministre  
de la Santé qui délègue cette responsabilité de la manière suivante :

- avant d'une seule direction est assurée par le responsable
- la coordination des programmes impliquant plusieurs directeurs centraux et/ou techniques est assurée par le directeur identifié parmi ceux concernés ;
  - la coordination des programmes relevant d'un même domaine stratégique est assurée par un chef de file identifié à cet effet ;
  - la coordination, le suivi et l'évaluation de tous les domaines stratégiques relèvent du Comité National de suivi de l'Exécution et de l'Évaluation des Projets/Programmes du secteur santé (CNEEP) dont la Direction de Programmation et de Prospective (DPP) assure le secrétariat.

L'analyse du fonctionnement de ces organes et de leurs outils de coordination montre multiplicité de cadres de concertation dont la performance du ministère ne justifie pas la pertinence et l'efficacité. Il serait important que les réformes soient également orientées vers la cohérence et la synergie des organes de concertation pour des interventions plus performantes.

**Au niveau intermédiaire**, le Directeur Départemental de la Santé, assisté par des chefs de services techniques, assure le suivi de la mise en œuvre des programmes/stratégie, la coordination des actions des intervenants, la supervision des zones sanitaires et documentation des bonnes pratiques. En dehors du CODIR, plus cadre de concertation sont également organisés à ce niveau tel que le CDEEP et le Collectif des médecins, Etc.

**Au niveau périphérique**, les rôles et responsabilités de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire portent sur la planification et la mise en œuvre des interventions, le plaidoyer au niveau local, la supervision des acteurs y compris le niveau communautaire.

En dehors des réunions CODIR au niveau de toutes structures décentralisées (BZ, HZ, CS), plusieurs organes se concertent au niveau de la zone sanitaire. Il s'agit du comité de santé, du conseil de gestion de l'hôpital de zone, de l'équipe d'encadrement de la zone et du Comité de gestion de centre de santé de commune (COGEC).

Les cadres de concertation ne s'organisent pas régulièrement au niveau de toutes les structures pour assurer la gouvernance du secteur. Aussi, la qualité du contenu de ces séances reste-t-elle à être améliorée. En effet, selon certains acteurs, ces séances s'apparentent à des formalités qui ne permettent pas de discuter sérieusement des réels problèmes du secteur. Leur tenue tient beaucoup compte de la disponibilité budgétaire que des exigences d'efficacité dans la mise en œuvre du plan de travail annuel.

En matière de leadership, le ministre de la santé coordonne et initie toutes les interventions. Mais le niveau intermédiaire évolue dans une situation de caducité des textes régissant ses attributions, son organisation et son fonctionnement. Ce qui affaiblit le leadership des directeurs départementaux de

formes profondes en termes de réduction des effectifs du x de zone.

Le leadership au niveau de la zone se heurte souvent aux incohérences juridiques qui se traduisent par des conflits permanents et parfois ouverts entre les directeurs d'hôpitaux de zone et les médecins coordonnateurs de zone d'une part et entre le président du comité de santé et les médecins coordonnateurs d'autre part. En effet, la zone sanitaire dans laquelle se trouvent l'hôpital de zone est réglementée par un arrêté pendant qu'un décret définit les attributions, l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de zone. En se basant sur cette incohérence des textes, certains directeurs d'hôpitaux de zone échappent au contrôle du médecin coordonnateur qui est, en réalité, le premier responsable administratif de la zone. Il en est de même de certains médecins coordonnateurs qui s'opposent à l'exercice des prérogatives du président de comité de santé qui est le premier représentant de la communauté au niveau de la zone sanitaire. Pour mieux fragiliser cet organe de représentation de la communauté, il n'est pas rare de constater des complicités entre le délégué permanent du comité de santé et le médecin coordonnateur pour contourner le président du comité de santé.

Dans ce contexte, les élus locaux notamment les maires qui ont des prérogatives reconnues par la loi n° 97-028 du 15 Janvier 1999 ne sont réellement impliqués dans la gouvernance de la santé que lorsqu'il s'agit de solliciter auprès d'eux des ressources (recrutement de personnel, acquisition d'équipements etc.)

#### *Appréciation du leadership et de la gouvernance du système sanitaire par les enquêtés*

L'appréciation du leadership et de la gouvernance du système sanitaire béninois varie d'un individu à un autre. Dans cette diversité d'opinions, 47,80% des chefs des services des CHD, des zones sanitaires, des formations sanitaires privées et autres trouvent que le leadership et la gouvernance sont d'un niveau moyen (acceptable) contre 21,50% qui estiment qu'ils sont d'un niveau assez bon et 21% qui soutiennent qu'ils sont d'un bon niveau. Les appréciations positives se fondent sur la diminution des plaintes dans le système, la réduction des cas de déviance et l'amélioration de la qualité de la collaboration entre les agents du secteur.

**de la gouvernance du système de santé par des chefs caux.**

	les chefs des services des CHD, des zones sanitaires et des formations sanitaires privées	les Elus locaux	les Médecins chefs des hôpitaux de zone
MEDIOCRE	5,40	4,80	0,00
PASSABLE/ACCEPTABLE	47,80	28,60	50,00
ASSEZ BIEN	21,00	19,00	25,00
BIEN	21,50	47,60	25,00
TRES BIEN	3,20	0,00	0,00
NON DEFINI	1,10	—	
TOTAL	100,00	100,00	100,00

Les efforts fournis par les autorités du ministère pour la restructuration du secteur en vue de l'amélioration de la qualité de la gouvernance du système de santé béninois sont plutôt bien accueillis par les chefs de service. Ainsi, selon certains chefs de services enquêtés, les réformes sont mises en œuvre de manière adéquate. En substance, l'un d'eux déclare « *les choses ne sont pas si mauvaises que ça* ». La plupart d'entre eux considèrent par ailleurs que la structure pyramidale du secteur de la santé assure, de par son organisation, le respect de la hiérarchie et permet d'éviter les conflits d'attribution.

A contrario, les élus locaux déplorent le non-respect de la hiérarchie administrative et parfois des prises de décision les concernant sans les consulter. Toutefois, ils estiment que le secteur de la santé fonctionne mieux ces trois dernières années. Au regard de leurs appréciations, le leadership et la gouvernance du secteur de la santé ne souffrent pas d'insuffisance particulière. En effet, près de 5 élus locaux enquêtés sur 10 (47,60%) ont une bonne appréciation du leadership et de la gouvernance du Ministère de la Santé et 19% et 28,60% estiment ce leadership et cette gouvernance respectivement assez bien et acceptables. Pour ces élus locaux, l'actuel Ministre de la Santé accomplit bien sa mission avec un leadership unanimement reconnu.

A l'opposé, les chefs de services qui estiment ce leadership et cette gouvernance passables (47,80%) et médiocres (5,40%), le justifient par un relatif manque d'autorité, un certain laisser-aller et surtout un manque de motivation. De même, ils estiment que la gouvernance du secteur est entachée par la prolifération anarchique de cliniques et de cabinets des soins médicaux non qualifiés et dont les autorités n'arrivent à contrôler ni l'ouverture encore moins les activités réelles. Les conséquences d'un tel leadership et d'une telle gouvernance sont principalement :

- le déphasage entre la vision des autorités et les réalités à la base ;
- la non convergence des programmes ;
- le manque d'harmonisation des outils d'évaluation ;

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- l'insubordination ;
- la non application de l'approche genre ;
- l'injustice dans le système.

humaines ;  
servir en milieu rural ;

Pour illustrer cette perception, l'un des chefs de service enquêtés exprime son amertume en ces termes : *«**l ceux qui doivent diriger ne sont jamais ceux qu'on désigne. Quand ces derniers sont nommés du fait de leur appartenance politique, ethnique ou religieuse, ils se font très souvent une vision étriquée des réalités administratives. C'est du pilotage à vue. Par exemple, en 2010, il y a eu intoxication à Tchaourou et plusieurs enfants sont décédés. Le médicament requis pour sauver ces pauvres créatures n'était disponible qu'en un seul exemplaire dans ce grand hôpital. Les agents ont dû administrer de petites doses à toutes les victimes mais cela n'a pas eu l'effet escompté et tous sont décédés. En 2011, cela s'est répété** »*.

En ce qui concerne les médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés, 25% ont une bonne appréciation du leadership et de la gouvernance du Ministère de la Santé et 25% et 50% estiment ce leadership et cette gouvernance respectivement assez bien et acceptables. Pour ces derniers, le système souffre d'une mauvaise coordination des interventions, d'une faible implication de tous les acteurs et d'une insuffisance de concertation.

Quant aux responsables de formations sanitaires privées enquêtés, 63% ont une bonne appréciation du leadership et de la gouvernance du Ministère de la Santé et 28,75% et 8,25% estiment ce leadership et cette gouvernance respectivement acceptables et médiocres.

Selon la moitié des responsables des officines privées, la gouvernance et le leadership du système sanitaire sont médiocres contre 25% qui estiment cette gouvernance et ce leadership respectivement acceptables et assez bien. Si on se fie à cette appréciation mitigée, des efforts restent à faire afin de rehausser la qualité de la gouvernance et du leadership du système sanitaire béninois.

Selon les responsables des ordres des médecins et des pharmaciens, cette gouvernance est médiocre: *«**le ministère de la santé brille par le non-respect des textes et ceci à tous les niveaux où existe une réglementation, depuis le choix des cadres qui peuvent occuper des postes de responsabilité comme exemple : certains cadres deux ans après la fin de leur formation sont propulsés comme directeurs, c'est scandaleux.***

*Il y a 3 textes qui régissent l'exercice médical :*

*1/1973 portant création, organisation, attribution et  
nationaux des médecins, pharmaciens, chirurgiens-  
aenustes et sages-jemmes au Dahomey;*

- *l'ordonnance sur le code de déontologie médicale;*
- *la loi 97 020 du 17 juin 1997 portant réglementation de l'exercice médicale en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin.*

*Les deux ordonnances précédemment citées sont vieilles mais demeurent fonctionnelles parce que non remplacées malgré les tentatives. Le Haut Conseil de la République a mis sur pied une commission ad hoc qui s'est chargée d'élaborer et d'actualiser les textes sur l'organisation des ordres et codes de déontologie, malheureusement ceci n'a pu aboutir à cause des contradictions entre APE et les médecins exerçant en privé portant sur l'exigence des APE d'exercer librement dans le privé et de pouvoir exploiter les cabinets ou cliniques médicaux.*

*Le non-respect de tout, l'encadrement de la pratique médicale est un sport électif fortement prisé par le ministère de la santé, ce qui forcément a des conséquences graves sur les performances attendues en matière de développement du secteur sanitaire »*

Les Partenaires Techniques et Financiers ont une appréciation plutôt positive du leadership du système sanitaire béninois. La majorité déclare en effet qu'il est d'un assez bon niveau et certains l'estiment à un niveau plutôt passable. Les raisons de ces appréciations sont l'affirmation d'un leadership clair au niveau central mais beaucoup moins au niveau périphérique où la vision du Ministre n'est pas comprise et partagée de tous les acteurs. La vision claire et précise du Ministère au niveau central est saluée ainsi que la volonté d'instaurer un dialogue franc et sincère avec les OSC. Par ailleurs, certains PTF remettent en cause l'intégrité de certains acteurs du système; ce qui pourrait se traduire par une appréciation plus nuancée de la qualité de la gouvernance du système sanitaire béninois.

En ce qui concerne la gouvernance du système sanitaire béninois, pour l'ensemble des PTF, elle est passable. Ces derniers fondent leur appréciation sur la faible prise en compte de la responsabilité et de la redevabilité dans la gestion système sanitaire et la mauvaise répartition du personnel sanitaire sur le territoire national. Les éléments soulignés par les PTF sont la mauvaise gestion des ressources et la corruption en général : *« les gouvernants sont très corrompus pour la plupart et mettent l'argent au-devant de tout, en le cachant. Il n'y a pas de sincérité »* ; *« il faudrait que les nominations soient faites en tenant compte des compétences et éviter le réseautage et la politique »*.

Des avis recueillis auprès des acteurs au niveau central, l'actuelle équipe du ministère a un bon leadership et une bonne gouvernance dans le secteur de la santé. La gouvernance du Ministère est si bien appréciée dans la mesure où les suggestions des administrés sont prises en compte par les autorités. Le leadership au niveau du ministère se traduit par la remise de lettres de mission en vue

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

directeurs centraux et chefs de service pour une meilleure dans les divers documents de planification. Par ailleurs, certains enquêteurs ont relevé que les promotions/nominations aux postes de responsabilité sont de moins en moins politisées. Selon certains enquêtés, les services sont bien déconcentrés et des rencontres périodiques sont organisées avec le ministre, les directeurs départementaux en vue, entre autres, de la mise en œuvre d'idées novatrices dans le secteur.

Dans l'expression de la gouvernance vis-à-vis du secteur privé, les acteurs au niveau central dans un sous-secteur privé sanitaire, l'État fournit beaucoup d'efforts pour rassurer mais beaucoup reste à faire. Un des enquêtés déclare que «le partenariat public-privé vient de commencer par une bonne gouvernance» avec l'implication du secteur privé par des acquis techniques et financiers.

Si on se fie à ces appréciations mitigées, des efforts restent à faire afin de rehausser la qualité de la gouvernance et du leadership du système sanitaire béninois.

### *Appréciation de la gestion du secteur*

Pour près de 3 élus locaux enquêtés sur 10 (28,60%) le secteur de la santé est bien géré. Ces derniers attribuent cette performance en termes de gestion à la structure pyramidale très avantageuse dont jouit le secteur. Mais, ce point de vue contraste avec celui de la grande majorité pour qui, la gestion du secteur de la santé est minée par les maux ayant pour noms : corruption, détournements de deniers publics, favoritisme, faible culture de reddition de compte, déliquité dans la gestion du personnel etc.

**Tableau VI : Appréciation de la gestion du système de santé par des chefs services, des tradipraticiens et des élus locaux**

	les Elus locaux	les chefs des services des CHD, des zones sanitaires et des formations sanitaires privées	les tradipraticiens
Médiocre	4,80	4,30	20,00
Passable/acceptable	9,50	19,40	23,30
Assez bien	57,10	57,50	20,00
Bien	23,80	16,10	26,70
Très bien	4,80	0,50	3,30
Non Défini	0,00	2,20	6,70
TOTAL	100,00	100,00	100,00

Par ailleurs, certains élus locaux estiment qu'ils devraient être plus impliqués dans la gestion du secteur en particulier en ce qui concerne l'administration des services de santé relevant de leur commune.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

soient du public ou du privé, le secteur de la santé est bien géré. Cependant 19,40% de ce groupe et 4,30% trouvent respectivement la gestion du système sanitaire béninois passable ou médiocre. Les maux qui sont dénoncés sont la forte politisation du système, la lourdeur administrative, la corruption, la mauvaise gouvernance, la responsabilisation des cliniciens à des postes de responsabilité administrative, etc.

Toutefois, les usagers des formations sanitaires estiment que la gestion globale et le pilotage du système sanitaire béninois est assez bonne. Ainsi 42 % (resp. 26%) des usagers interrogés jugent que le système sanitaire est assez bien piloté et géré (resp. bien piloté et géré).

Pour améliorer la gestion du secteur de la santé, les suggestions ci-après ont été formulées par les chefs de services des formations sanitaires, furent-elles du public ou du privé. Il s'agit de :

- renforcer les capacités techniques du personnel et procéder au recrutement du personnel complémentaire, évoquée par 35% des chefs de service
- améliorer la gestion des ressources humaines, financières et matérielles : 26,80%
- doter les centres de santé d'équipements modernes : 23,70%
- revoir le système de prise de décision : 18,30%
- renforcer la capacité des agents du privé et associer tous les acteurs du secteur : 14,50%
- systématiser le suivi dans les centres de santé : 10,80%

D'autres suggestions ont été formulées pour améliorer la gestion du secteur de la santé, par les élus locaux. Il s'agit de :

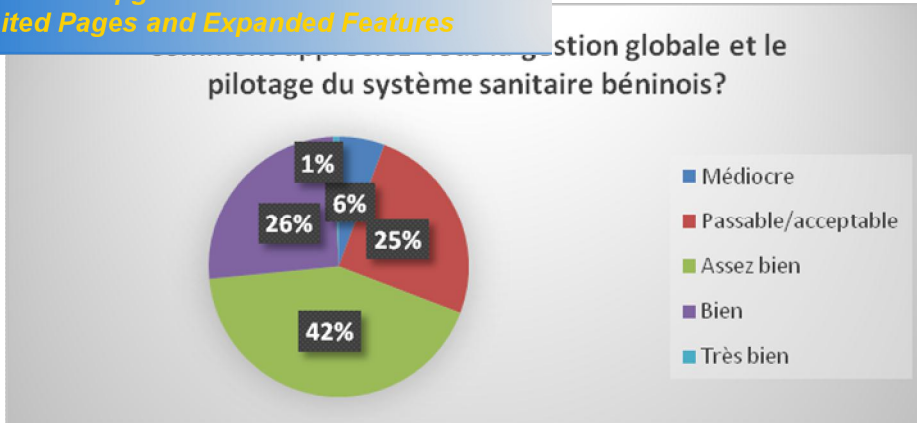
- mettre en place des mécanismes de contrôle fréquents et des dispositifs de feed-back des plaintes des patients pour réduire la corruption et le favoritisme dans la prestation de services;
- systématiser la culture de reddition de compte et lutter contre le détournement des fonds publics en mettant en place des dispositifs de traçabilité des ressources publiques ;
- améliorer la gestion des ressources humaines notamment en effectuant des "turn-over" à échéances régulières ;
- associer les élus locaux à la gestion du système sanitaire.

En ce qui concerne les tradipraticiens, une frange des enquêtés pensent que la politique de gestion du système de santé au Bénin est bien menée dès lors que les audits sont renforcés et les sanctions mieux appliquées.

Les usagers des formations sanitaires des différents niveaux estiment que la gestion globale et le pilotage du système sanitaire béninois est assez bonne. Ainsi 42 % des personnes interrogées jugent que le système sanitaire est assez bien piloté, et de même 26% estiment également que le système est bien géré.



Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



#### 4.1.3 Les réformes dans le secteur

Les principales réformes mises en œuvre dans le secteur de la santé au cours de l'année 2012 ont porté sur : (i) l'Approche Sectorielle ; (ii) le RAMU/Promotion des Mutuelles de santé ; (iii) la gouvernance dans le secteur ; (iv) la contractualisation/Gestion Axée sur les Résultats ; (v) la poursuite de la décentralisation/déconcentration dans le secteur.

Il convient de noter que le processus en cours sur le RAMU est déjà opérationnel. En effet, les différents paramètres techniques sont définis, l'Agence Nationale de l'Assurance maladie est créée et fonctionnelle, le projet de loi portant institution d'un régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin vient d'être étudié par la Cour Suprême et est en instance d'être approuvé par le Gouvernement en vue de sa transmission à l'Assemblée Nationale. L'ouverture effective du droit aux prestations pour les bénéficiaires est fixée au deuxième semestre de l'année 2013.

Par rapport à la gouvernance dans le secteur de la santé, elle s'est traduite essentiellement par l'adoption de la méthode LQAS en complément du monitoring classique, la formation des cadres du niveau central sur le processus de planification ascendante, le déclenchement du processus d'évaluation des premières lettres de mission et le recensement des formations sanitaires privées sur toute l'étendue du territoire national.

En matière de contractualisation et de gestion axée sur les résultats, la Banque Mondiale à travers le PRPSS a appuyé en 2012 la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR). De même, la CTB par le biais du PARZS appuie la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans ses zones d'intervention.

La décentralisation/déconcentration s'est traduite par la poursuite du transfert des ressources aux Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADeC) pour un montant de 990 000 000 F CFA afin d'assurer le fonctionnement et 650 000 000 F CFA pour les investissements aux communes au titre de l'année 2012 et la poursuite de la délégation des crédits aux DDS et aux ZS.

*Au regard de ces constats, la mission formule les recommandations suivantes*

- accélérer la poursuite des réformes par la prise des textes régissant les structures sous tutelle du ministère, notamment la direction départementale de la santé afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle ;
- tenir compte des incohérences dans l'élaboration de nouveaux textes régissant les structures du niveau périphériques ;
- réduire le nombre de cadres de concertation au niveau du ministère pour plus d'efficacité ;
- rendre plus attrayant et pertinent le contenu des cadres de concertation à tous les niveaux du système.

## **4.2 Financement**

### ***Réponse de la mission d'évaluation***

La politique de financement du secteur de la santé en cours est parfaitement en cohérence avec les orientations du plan national de développement sanitaire. Cette politique de financement s'améliore progressivement et son niveau au moment de cette évaluation est considéré comme assez bon.

L'analyse de l'évolution des budgets de la santé fait ressortir :

- une tendance à l'accroissement en valeur nominale du budget alloué à la santé ;
- une difficulté à atteindre la part de 15% budget général de l'État consacré à la santé telle que retenue par la déclaration d'Abuja des Chefs d'État de l'Union Africaine ;
- une incapacité à consommer le budget alloué avec des taux d'engagement faibles.

Les initiatives pour assurer l'accessibilité financière pour les populations pauvres, la mise en place du fonds des indigents, les offres ciblées de soins, le financement basé sur les résultats et l'opérationnalisation du RAMU justifient cette amélioration. La contribution directe des ménages auprès des établissements de soins qui est passée de 52% en 2003 à 44% en 2008 connaîtra une nouvelle baisse importante quand le RAMU atteindra sa vitesse de croisière.

En appréciant la qualité du financement du système de santé, 50% des médecins-chefs des hôpitaux de zones enquêtés, pensent que le niveau du financement est assez-bien et bien et 25% autres le trouvent acceptable. Quant aux chefs services des CHD, des zones sanitaires et des formations sanitaires privées, ils jugent le financement d'acceptable (31,2%) et d'assez bien et bien (48,4%) ; 28,6% des élus locaux qualifient le financement d'acceptable et 42,8% d'assez-bien et bien. Les enquêtés s'accordent également sur le fait que la répartition des moyens existants est non équitable entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et ils sont tardivement mis à la disposition des structures bénéficiaires.

ent par ailleurs que les fonds ne sont pas toujours utilisés à bon escient par certains et ne vont pas toujours aux destinataires.

Pour ce qui est de la perception des usagers sur le financement du secteur, on retient que ce financement est acceptable pour 34,80% et suffisant pour 16,50% des usagers des formations sanitaires contre 16,90% des usagers qui estiment ce financement faible.

#### 4.2.1 L'Organisation du financement

Les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première, basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposé sur le développement de programmes verticaux puis sur la nécessité de rendre les soins de santé primaires accessibles à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district. La troisième, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs du Millénaire, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers.

Le Bénin est passé également par ces différentes étapes de l'évolution des politiques de financement de la santé. Il faut souligner que dans le but d'assurer une accessibilité financière pour les populations les plus pauvres (équité), de nombreuses stratégies se sont développées et sont en train de faire leur chemin dans beaucoup d'autres de la sous-région. Il s'agit :

- de la mise en place du fond sanitaire des indigents ;
- de la réémergence ces dernières années des stratégies ciblées (offre et bénéficiaires) de gratuité de soins ;
- des initiatives de mobilisation et de collecte de ressources comme les téléthons, «20 jours pour équiper les hôpitaux» ;
- du financement basé sur les résultats ;
- de l'opérationnalisation du RAMU dans un contexte où les mutuelles de santé affichent des taux de pénétration encore insuffisants ;
- d'autres initiatives de protection sociale.

### Flux financement de la santé au Bénin

ent trois fonctions à savoir la collecte/mobilisation des  
ng et l'achat des services.

Le financement de la santé au Bénin provient de trois principales sources :

- le financement public par de l'État
- le financement privé par les ménages et les entreprises
- le financement extérieur

L'État peut soit mobiliser des ressources qui lui sont propres (recettes fiscales diverses, revenus des activités ou d'entreprises publiques), soit obtenir des ressources de l'étranger sous forme de dons, de prêts ou d'aides budgétaires diverses. La part des ressources locales est un indicateur qui traduit la capacité du pays à assurer une pérennisation du système de financement en place. En effet, l'État a des obligations de service public et de protection générale de la santé des populations. Cette obligation implique que l'État ou les collectivités locales financent (soit directement soit indirectement) les politiques publiques de santé, la prise en charge des indigents, ainsi que les investissements lourds.

Les allocations budgétaires de l'État au Ministère de la santé se font dans le cadre du processus d'élaboration du budget de l'État conduit par le Ministère des finances. Un exercice d'arbitrage et d'allocation interne conduit par la direction de la programmation et de la programmation, la Direction des ressources financières et du Matérielle est effectué au Ministère de la santé. Les fonds provenant des recettes publiques, ainsi que les ressources reçues au titre des emprunts publics et des dons, sont alloués aux ministères dans le cadre d'une procédure budgétaire annuelle.

L'idée de recouvrir directement auprès des patients une partie des coûts nécessaires au fonctionnement du système de santé, s'est imposée à la fin des années 80 à la fois sous l'impulsion de la Banque mondiale et, pour ce qui concerne le continent africain, de l'initiative de Bamako lancée en 1987 par l'UNICEF et l'OMS.

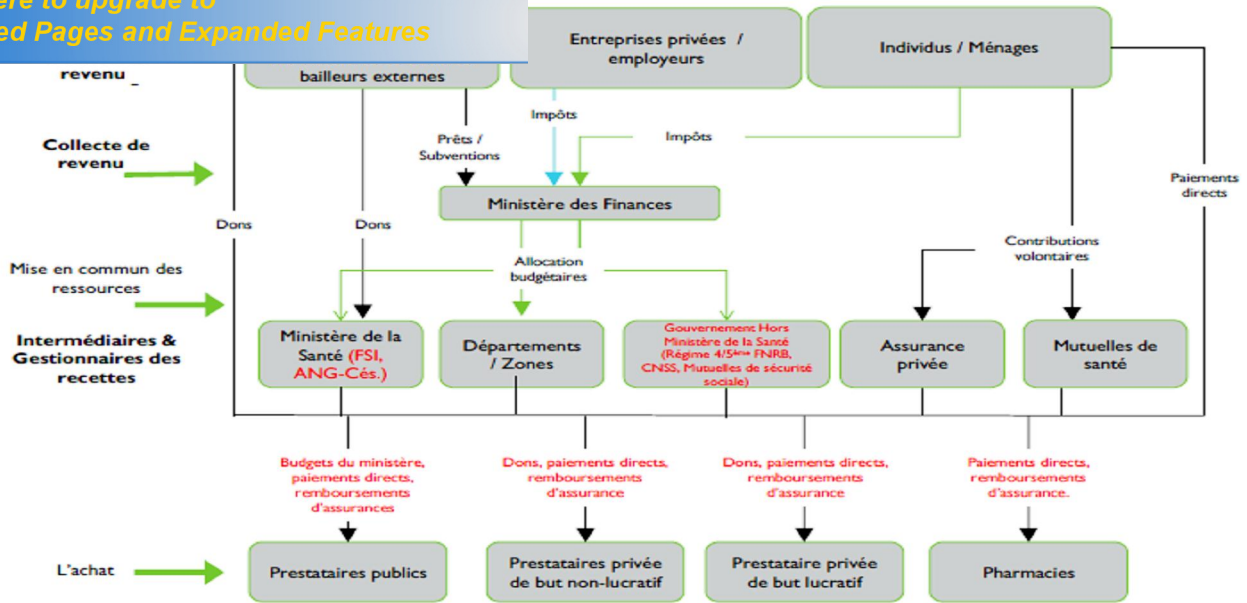
Les contributions financières des utilisateurs sont une modalité de recouvrement des coûts selon laquelle l'utilisateur paie, intégralement ou partiellement, pour les biens et services de santé auxquels il a recours.

Au Bénin la mise en œuvre de l'initiative de Bamako est effective. Ainsi les ménages sont obligés de payer directement pour avoir les soins. Comme cela a été observé dans la plupart des pays, ce mécanisme de contribution direct des ménages constitue une véritable barrière pour l'accès aux soins de plusieurs familles.

Des mécanismes de type assurantiel ont vu le jour à travers le développement des mutuelles de santé depuis plusieurs années.

**Figure 1 : Flux financement de la santé au Bénin**

FINANCEMENT de la Santé au Bénin



4.2.2 Le financement de la santé au Bénin : quelques chiffres

L'analyse de l'évolution des budgets de la santé fait ressortir les observations ci-après :

- tendance à l'accroissement en valeur nominale du budget alloué à la santé ;
- la part du budget consacré à la santé dans le budget général de l'Etat reste toujours faible et n'a jamais atteint les 15% telle que retenue par la déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat de l'Union Africaine ;
- le budget alloué n'est jamais consommé totalement avec des taux d'engagement faibles.

Le budget du Ministère de la Santé, comme celui d'autres Ministères ou Institutions de l'Etat, est souvent sujet à des réductions ou à des augmentations en cours d'exercice, dus à la contingence économique qui perturbe le cadrage budgétaire, et à la nature hypothétique des projections de dépenses sur financement extérieur. Une autre difficulté majeure est la consommation partielle du budget voté, malgré l'effort de réorganisation et de modernisation de la gestion budgétaire et des finances publiques. Il faut également noter le retard persistant dans la mise à disposition des crédits, qui occasionne des démarrages tardifs des activités à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Selon les comptes nationaux de la santé, les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés. Cette contribution des ménages représente 52,1% de la dépense totale de santé au Bénin en 2003 et 44% en 2008. C'est la même situation que nous observons au Burkina Faso et au Mali. Par contre au Niger et au Sénégal, la part des Fonds publics pour le financement de la santé est plus importante que la contribution directe des ménages.

es ménages par fonction en 2003, il ressort que 76% de s pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, 5% pour les soins ambulatoires, 5% pour les services auxiliaires laboratoires, 5% pour l'imagerie médicale et 6% pour les autres dépenses de santé. Nous observons la même tendance de répartition en 2008 où les dépenses en médicaments représentent 67 % des versements directs des ménages.

#### 4.2.3 Les initiatives de gratuité

La gratuité des soins consiste à fournir des prestations de soins à la population cible sans qu'elle ne participe financièrement. L'État en tant que **garant de la santé de la population** se substitue aux bénéficiaires pour payer à leur place les tarifs officiels des actes couverts. C'est le principe de tiers **payant** où l'État rembourse ou finance les prestations fournies gratuitement.

Les politiques d'exemption de paiement (dite «de **gratuité des soins**») qui ont été préconisées par de nombreux experts et organisations internationales depuis une dizaine d'années, reposent sur le constat d'un échec du recouvrement des coûts (Initiative de Bamako) en ce qui concerne la prise en charge des patients démunis, du fait de l'absence de mesures d'aides ou d'accès gratuit en leur faveur.

A priori, afin d'y remédier et de permettre un meilleur accès aux soins pour ces populations, trois solutions principales sont envisageables, et ont été largement débattues, à propos des aspects sociaux des politiques publiques :

- des politiques de gratuité individuelle ciblée en direction des familles les plus pauvres (indigents) ;
- des politiques de gratuité collective ciblée sur l'âge et le sexe (femmes et enfants étant alors prioritaires en tant que catégories vulnérables) ;
- des politiques de gratuité sectorielle ciblée sur des pathologies, pour des raisons de santé publique, mais aussi parce que celles-ci frapperaient en particulier des catégories vulnérables (Tuberculose, VIH, Lèpre etc.).

En fait, ce sont surtout des politiques de gratuité collective ciblée sur l'âge et le sexe (enfants de moins de 5 ans, consultations prénatales, césariennes, ou accouchements) et des politiques de gratuité sectorielle ciblée sur des pathologies (VIH-SIDA et PTME) qui ont été développées ces dernières années dans divers pays d'Afrique.

Au Bénin, parallèlement à la mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) censé alléger la charge des ménages, le Gouvernement a mis en place un certain nombre de mécanismes visant à renforcer l'assistance médicale aux pauvres et aux groupes vulnérables, au titre desquels nous pouvons citer :

- la gratuité des prestations du Programme Elargi de Vaccination ;
- la gratuité de certaines interventions de la lutte contre le paludisme dont la distribution de moustiquaires imprégnées ; le traitement préventif intermittent, etc.
- la gratuité de la césarienne ;

o Viraux ;  
 - la prise en charge gratuite des épidémies, etc.

*Appréciation de la qualité du financement du système sanitaire*

Les chefs de services des formations sanitaires enquêtés, estiment que le système sanitaire béninois bénéficie d'un financement très faible (10,80%), faible (31,20%), acceptable (41,90%) et suffisant (6,50%) pour assurer son bon fonctionnement.

**Tableau VII : Appréciation de la qualité du financement du système de santé par des chefs services, des médecins chefs et des élus locaux**

	Appréciation de la qualité du système sanitaire en matière de financement par :		
	les élus locaux	les médecins chefs des hôpitaux de zone	les chefs des services des CHD, des zones sanitaires et des formations sanitaires privées
MEDIOCRE	9,50	25,00	10,80
PASSABLE/ACCEPTABLE	28,60	25,00	31,20
ASSEZ-BIEN	33,30	25,00	41,90
BIEN	9,50	25,00	6,50
TRES BIEN	4,80	0,00	0,50
Non défini	14,30	0,00	9,10
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Pour ces derniers, l'Etat injecterait beaucoup de ressources financières dans le système sanitaire béninois, notamment le secteur public. A ce sujet, un chef de service d'une formation sanitaire privée déplore l'absence de subventions de l'Etat au profit des formations sanitaires privées.

Globalement, l'appréciation des chefs de services est que le financement du secteur est insuffisant. Mais tous s'accordent également sur le fait que la répartition des moyens existants est non optimale entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, ils déplorent une insuffisance des ressources financières affectées aux niveaux décentralisé et périphérique où les besoins seraient les plus importants. Par ailleurs, les financements disponibles sont en général mis tardivement à la disposition des structures bénéficiaires.

Cet avis est partagé par les PTF qui déplorent par ailleurs que les fonds ne sont pas toujours utilisés à bon escient par certains et ne vont pas toujours aux destinataires. Pour la majorité de ces PTF, ils déplorent le caractère passable de la gestion des ressources pour diverses raisons, notamment la faiblesse de la maîtrise d'ouvrage, la lenteur et la lourdeur des procédures administratives, l'absence de prise de conscience et de proactivité des acteurs du système dans l'exécution des activités.

enquêtées sur dix estiment que le secteur de la santé n'est pas en mesure où, il y a un déficit de ressources humaines, d'équipements et de matériels adéquats (les équipements et matériels vétustes ne sont pas renouvelés). Certains enquêtés relèvent que les ressources affectées par le Gouvernement sont insuffisantes pour l'achat des médicaments et le fonctionnement courant (mobilier, matériel roulant, carburant, fournitures de bureau ) des centres de santé. Dans ce contexte de besoins importants, les enquêtés s'interrogent sur la qualité de la gestion des crédits alloués qui seraient faiblement mobilisés et exécutés.

Selon 54,50% des responsables des formations sanitaires, le système sanitaire béninois bénéficie d'un financement soit acceptable soit satisfaisant pouvant lui permettre d'assurer son bon fonctionnement. Cet avis n'est pas partagé par 18,20% des responsables qui estiment que ce niveau de financement du système sanitaire béninois est faible et par 50% des responsables des officines privées enquêtés pour qui le niveau de financement du système sanitaire est médiocre et insuffisant contre 25% qui estiment que le niveau de financement est respectivement acceptable et assez bien.

En fondant l'appréciation de la qualité du système sanitaire sur son financement, les Elus locaux enquêtés, dans 33,30% (resp. 28,60%) des cas, estiment que le système sanitaire béninois bénéficie d'un financement assez satisfaisant (resp. acceptable) pouvant lui permettre d'assurer son meilleur fonctionnement. Pour ces derniers, en dehors du Budget National et du financement communautaire, beaucoup de Partenaires Techniques et Financiers (PTF) interviennent dans le secteur. Mais, les problèmes à résoudre dans le secteur sont tels que les fonds mis à disposition se révèlent être insuffisants. Malheureusement, des cas avérés de détournements de ces fonds sont enregistrés. A ce sujet, un des élus locaux enquêtés déclare : « *les moyens sont insuffisants d'une part et sont détournés d'autre part* ».

Les médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés, dans 25% des cas, estiment que le système sanitaire béninois bénéficie d'un financement très faible (25%), faible (25%), acceptable (25%) et suffisant (25%) pouvant lui permettre d'assurer son meilleur fonctionnement. Pour ces derniers, un financement minimum est disponible. Mais, il se pose la question de la répartition adéquate des ressources disponibles entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, ils déplorent une insuffisance des ressources financières affectées aux niveaux décentralisé et périphérique où les besoins seraient les plus importants.

Pour ce qui est de la perception des usagers sur le financement du secteur, on retient que ce financement est acceptable (resp. suffisant) pour 34,80% (resp. 15,30%) des usagers des formations sanitaires contre 16,90% des usagers qui estiment ce financement faible.



Malgré l'amélioration de la couverture moyenne en infrastructure de santé, des disparités existent toujours entre les départements (elle varie de 71% à 100%). Les formations sanitaires privées prennent une part importante dans l'offre des soins de santé. Le taux de fréquentation des formations sanitaires pour les soins curatifs est de 51,4% pour l'ensemble de la population et de 90,9% pour les enfants de moins de 5 ans. Ce qui représente néanmoins une amélioration de la fréquentation par rapport à l'année 2011.

Pour les structures hospitalières de premiers secours, 79% des hôpitaux de zones prévues sont fonctionnelles. Les niveaux intermédiaire et central disposent également d'infrastructures socio-sanitaires en réponse aux problèmes spécifiques de santé des populations. Le niveau de couverture sanitaire est assez-bien ; toutefois, le niveau d'équipements et le fonctionnement actuel du sous-système de maintenance des équipements et dispositifs médicaux ne facilitent pas la disponibilité permanente des soins ; l'insuffisance chronique du personnel qualifié, avec des disparités entre les départements compromettent la continuité des soins, bref la disponibilité des services. La disponibilité de services varie d'un hôpital de zone à un autre. 75,30% des chefs de services enquêtés estiment que les services de santé disponibles répondent à l'attente des utilisateurs. Toutefois, ils estiment que les utilisateurs ont besoin de certains services spécifiques. Les formations sanitaires privées prennent une part importante dans l'offre des soins de santé.

Le taux de fréquentation des formations sanitaires pour les soins curatifs est de 51,4% pour l'ensemble de la population et de 90,9% pour les enfants de moins de 5 ans. Ce qui représente néanmoins une amélioration de la fréquentation par rapport à l'année 2011.

Abordant la satisfaction des usagers des formations sanitaires, un peu moins de trois usagers des formations sanitaires sur quatre (71%) se déclarent satisfaits de l'accueil aux centres de santé.

Quant au comportement des agents de santé vis-à-vis des patients, il est jugé mauvais, voire très mauvais par 59% des usagers enquêtés. Ces derniers déplorent le comportement des agents de santé qui, pour la plupart, manquent de courtoisie vis-à-vis des usagers (78,20%), ignorent les patients (78,20%) et leur infligent de mauvais traitements (56,40%).

Le niveau de satisfaction est relativement bon, avec 57 % des usagers qui déclarent être satisfaits des soins de santé.

L'accessibilité géographique est à améliorer. Selon les médecins chefs des hôpitaux de zone, la plus proche formation sanitaire est située en moyenne à 7,5 km du village le plus éloigné en cas de besoins de soins tandis que l'hôpital de référence le plus proche se situe en moyenne à 44,7 km des formations sanitaires enquêtées. Quant aux agents villageois de santé interrogés, ils ont affirmé que la première formation sanitaire la plus proche du village le plus éloigné en cas de besoin se situe à

Le hôpital de référence le plus proche, il est également à

Par contre, en cas de référence, plus du tiers des formations sanitaires privées enquêtées affirment que l'hôpital de référence le plus proche est situé entre 1 et 3 km. Pour 9,10% des formations sanitaires privées, il faut parcourir en moyenne 6 km pour atteindre l'hôpital de référence.

Le fonctionnement du système de référence et de contre référence reste faible. Le plateau technique demeure insuffisant dans la plupart des hôpitaux de référence et le système de référence et de contre-référence n'est pas très fonctionnel.

Les besoins d'hospitalisation exprimés par les populations sont largement couverts. Selon l'enquête, les usagers affirment être satisfaits des services d'hospitalisation. Huit personnes sur dix sont assez satisfaites des services d'hospitalisation.

En matière d'assurance qualité des soins, le niveau est faible. Il existe une Division Assurance Qualité des Soins mais, il n'existe pas encore de document de politique nationale d'Assurance Qualité. Dans ce cadre, des initiatives de démarche qualité sont prises dans certaines structures de soins de santé avec l'appui des partenaires au développement. En dépit de ces mesures, le taux de nocivité des soins prodigués aux usagers des hôpitaux est estimé à 60%<sup>6</sup>.

#### 4.3.1 Disponibilité des services

La couverture moyenne des arrondissements en infrastructures sanitaires est de 88,3% en 2012. Ce chiffre cache toutefois de grandes disparités tant par rapport à la taille des aires sanitaires couvertes par ces centres de santé que par rapport au nombre de population desservie. Cette couverture est de 100% dans les départements de la Donga, du Borgou et de l'Atacora. Elle est de 81,7% dans les collines, 76,9% dans l'Ouémé et de 71,1% dans le Zou.

En ce qui concerne les structures hospitalières de premier recours, elles se situent au niveau des zones sanitaires. Leur répartition est présentée dans le tableau suivant :

Aux niveaux intermédiaire et central, le Bénin dispose également d'infrastructures socio-sanitaires en réponse aux problèmes spécifiques de santé des populations. Il s'agit des CHD et CNHU et hôpitaux spécialisés : HOMEL, CNHPP, CIPEC, CDT etc.

Toutefois le niveau d'équipements et le fonctionnement actuel du sous-système de maintenance des équipements et dispositifs médicaux ne facilitent pas la disponibilité permanente des soins. En effet, les acteurs de secteur public ont souvent recours au secteur privé pour réaliser les explorations diagnostiques en imagerie médicale et en analyses biomédicales. Aussi, l'insuffisance chronique du personnel qualifié, avec des disparités entre les départements et la faible motivation du personnel de santé compromettent la permanence médicale, la fidélisation au poste, la continuité des soins, bref la disponibilité des services.

---

<sup>6</sup> EDULINK, Rapport d'état des lieux

La disponibilité de services varie d'un hôpital de zone à un autre. Tous disposent des services suivants : pharmacie, laboratoire d'analyse, dépistage et consultation MST/IST/VIH, consultations de néonatalogie, consultations obstétricales et accouchement assisté dystocique. Les services de consultations générales, de consultations pédiatriques, de consultations chirurgicales, des urgences chirurgicales, d'ophtalmologie, de dépistage et de prise en charge de la tuberculose, d'urologie, des accouchements assistés eutociques, des accouchements instrumentalisés, de planning familial et les services sociaux, eux ne sont offerts que par 75% des hôpitaux de zone parcourus. Les services de consultations prénatales (CPN) recentrées, de consultations postnatales, des urgences générales, des urgences obstétricales, des urgences pédiatriques et de kinésithérapie ne sont offerts que par 50% de ces hôpitaux de zone. Le reste des services (cardiologie, ORL, stomatologie, urgences néonatales) est offert dans 25% des hôpitaux de zone.

75,30% des chefs de services enquêtés estiment que les services de santé disponibles répondent à l'attente des utilisateurs. Toutefois, ils estiment que les utilisateurs ont besoin de certains services spécifiques, notamment les laboratoires d'analyse, le service de stomatologie, de cardiologie, de gynécologie et d'ORL et qui ne sont souvent pas disponibles.

Dans les formations sanitaires privées parcourues, tous les responsables déclarent offrir des consultations générales. Environ 91% d'entre elles offrent des consultations pédiatriques, obstétricales et le planning familial. Près de 82% mettent à la disposition des patients un service d'urgence pédiatrique et environ 73% offrent des consultations prénatales recentrées, des consultations MST/IST, de gynécologie, des services d'urgences générales, de pharmacie et de laboratoire. Les consultations de néonatalogie, les urgences obstétricales et les accouchements instrumentalisés sont disponibles dans 54,5% des formations sanitaires privées. Moins de la moitié (45,5%) de ces dernières offrent des consultations postnatales et des services d'urgences chirurgicales.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

<b>Services offerts</b>	<b>Proportion (%)</b>
Consultations générales	100
Consultations pédiatriques	90,9
Planning familial	90,9
Consultations obstétricales	90,9
Urgences pédiatriques	81,8
Consultations prénatales recentrées	72,7
Consultations MST/ IST	72,7
Gynécologie	72,7
Urgences générales	72,7
Pharmacie	72,7
Laboratoire	72,7
Consultations chirurgicales	63,6
Dépistage VIH	63,6
Urologie	63,6
Accouchements assistés eutociques	63,6
Accouchements assistés dystociques	63,6
Consultations de néonatalogie	54,5
Urgences obstétricales	54,5
Accouchements instrumentalisés	54,5
Consultations postnatales	45,5
Urgences chirurgicales	45,5
Urgences néonatales	36,4
Ophtalmologie	27,3
Consultation VIH	27,3
Cardiologie	18,2
Kinésithérapie	18,2
ORL	18,2
Tuberculose	9,1
Services sociaux	9,1
Autres	9,1
Stomatologie	0,0

Quant aux urgences néonatales, elles ne sont disponibles que dans 36,40% de formations sanitaires privées. Les services d'ophtalmologie et les consultations VIH pour ce qui les concernent ne sont opérationnels que dans 27,3% de centres sanitaires privés. Sur l'ensemble de ces derniers, 18,2%

kinésithérapie et d'ORL; seuls 9,1% offrent services de  
it noter qu'aucune formation sanitaire privée visitée ne

#### 4.3.2 Accès aux services, couverture et utilisation

Les raisons économiques constituent l'un des principaux problèmes d'accessibilité aux soins. Selon l'EDS III, « obtenir l'argent pour y aller » et le « coût trop élevé » ont été cités par, respectivement, 74% et 57% des femmes.

D'autre part, la distance entre le domicile et le centre de santé constitue un problème pour près de deux femmes sur cinq (38%). Cette proportion est plus élevée dans l'Atacora (66%), suivi du Borgou (51%) et des Collines (50%). Il faut également noter les proportions importantes de femmes ayant cité des problèmes en relation avec le fonctionnement des services de santé, à savoir : « l'attente trop longue » (30%), « le personnel absent ou en retard » (29%), « les soins non efficaces » (24%), « le mauvais accueil » (24%) et « le manque de personnel féminin » (16%).

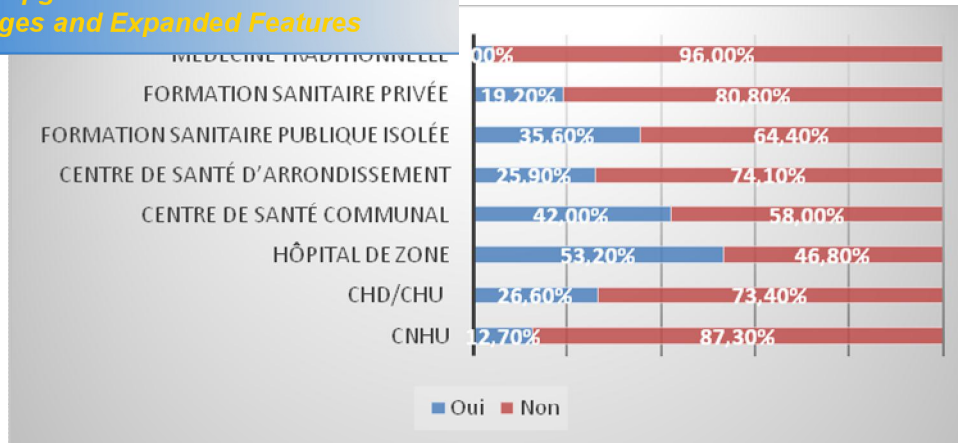
Selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2012, malgré la bonne couverture en infrastructures (88,3 %, avec une variation entre départements allant de 71 à 100 %), le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs est de 51,4% pour l'ensemble de la population et de 90,9% pour les enfants de moins de 5 ans. Ce qui représente néanmoins une amélioration de la fréquentation par rapport à l'année 2011.

##### - *Fréquentation des centres de santé et appréciations des services par les usagers*

*Quelles perceptions ont les utilisateurs de la qualité du système sanitaire au Bénin ? Sont-ils satisfaits ? Font-ils plus confiance au système sanitaire public ou privé ?*

Selon le type de formation sanitaire/médecine traditionnelle, les usagers déclarent principalement se soigner au niveau des hôpitaux de zone (53,20%) et des centres de santé communaux (42%). Peu d'entre eux choisissent les centres hospitaliers départementaux, les centres de santé d'arrondissement, les formations sanitaires publiques et privées.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



Plus de neuf usagers sur 10 déclarent disposer d'une formation sanitaire dans leur localité respective. Toutefois, la fréquentation déclarée des dites formations sanitaires par les usagers enquêtés est de 82% avec une distance moyenne parcourue de 5 km pour atteindre ces centres de santé.

Par ailleurs, pour 43,10% (resp. 11,10%) des usagers, la distance séparant leur domicile des formations sanitaires est acceptable (resp. courte) contre 34,70% (resp. 11,10%) qui estiment que cette distance est longue (resp. très longue). Selon 61,20% de ces usagers, l'accès aux formations sanitaires est également facile. Ceci implique, selon les points de vue des utilisateurs, que la couverture du territoire national en formation sanitaire est raisonnable. Néanmoins, il reste 38,80% des utilisateurs qui éprouvent des difficultés d'accès aux centres de santé à cause de l'impraticabilité des voies d'accès (95%) et des contraintes financières (5%).

Abordant la satisfaction des usagers des formations sanitaires, un peu moins de trois usagers des formations sanitaires sur quatre (71%) se déclarent satisfaits de l'accueil aux Centres de Santé contre deux personnes sur dix (16%) qui avouent être globalement insatisfaites.

Graphique 3a et 3b : Degré de satisfaction par rapport à l'accueil au Centre de Santé et raisons



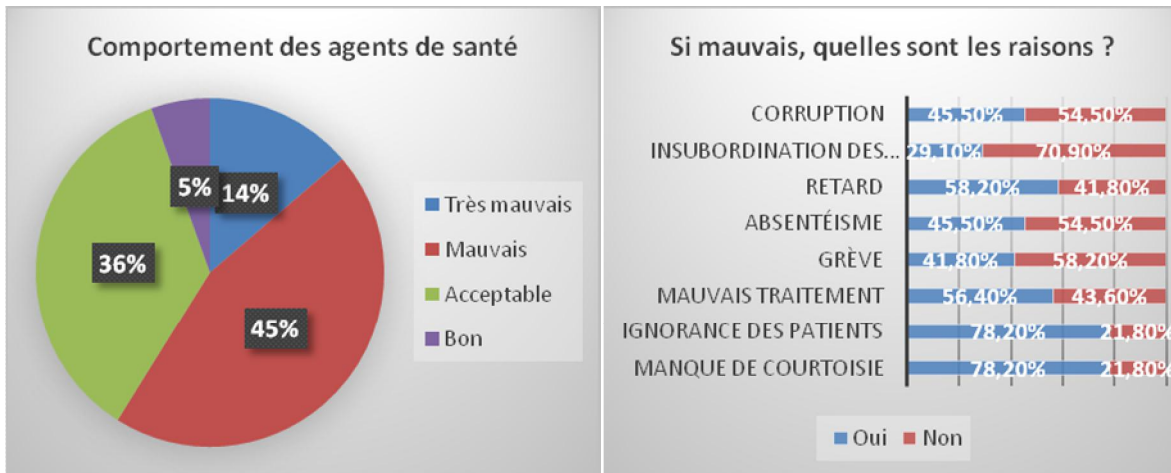
Quant aux raisons de cette insatisfaction, ils évoquent principalement le mauvais accueil. Entre autres raisons ont été évoquées de façon marginale les grèves et le manque de personnel. Une marge

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

usagers est encore possible. Par ailleurs, le temps d'attente services du centre de santé est jugé long, voire très long pour plus de six patients sur dix (67%). Seuls 3 personnes interrogées sur cent affirment trouver le délai d'attente court.

Quant au comportement des agents de santé vis-à-vis des patient, il est jugé mauvais, voire très mauvais par 59% des usagers enquêtés. Ces derniers déplorent le comportement des agents de santé qui, pour la plupart, manquent de courtoisie vis-à-vis des usagers (78,20%), ignorent les patients (78,20%) et leur infligent de mauvais traitements (56,40%).

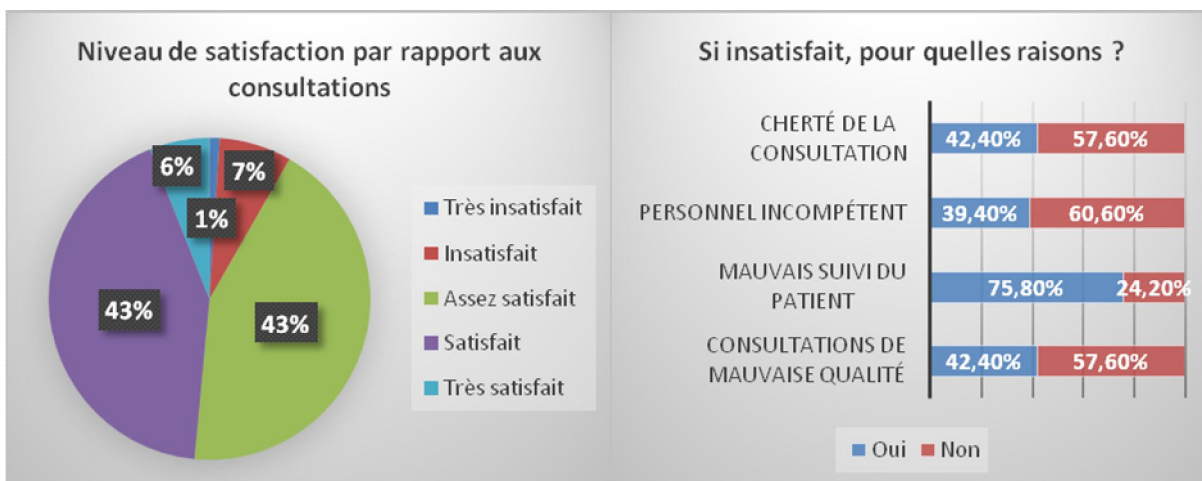
**Graphique 4a et 4b : Appréciation du comportement des agents de santé**



Les usagers évoquent, par ailleurs, d'autres raisons relatives à l'absentéisme des agents, au retard, aux grèves, aux cas d'insubordination et de corruption avérés.

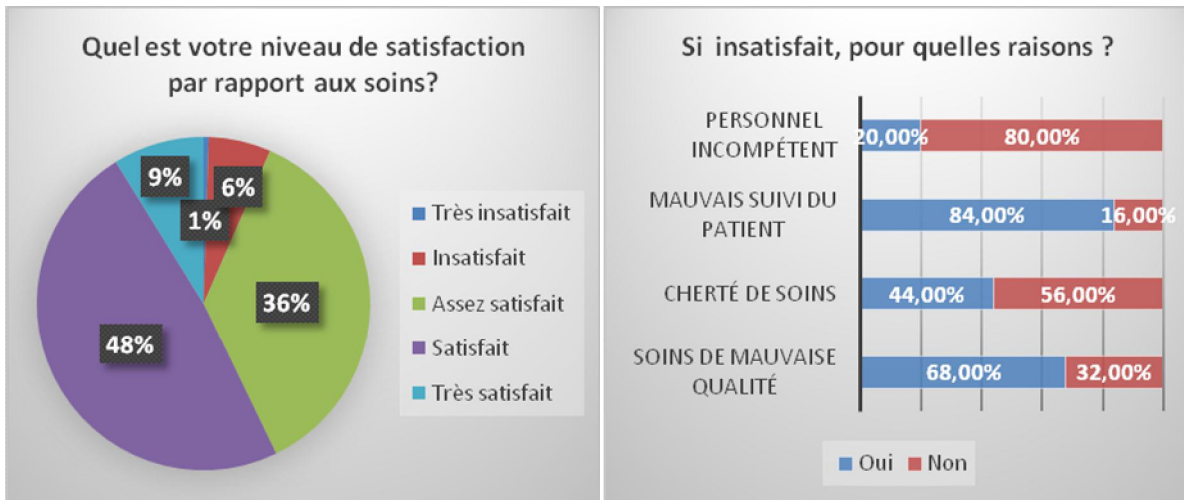
L'appréciation des usagers des centres de santé des services de consultation est satisfaisante. Plus de la moitié des personnes interrogées se sont estimé satisfaites des prestations dudit service.

**Graphique 5a et 5b : Appréciation des activités de consultation dans les centres de santé**



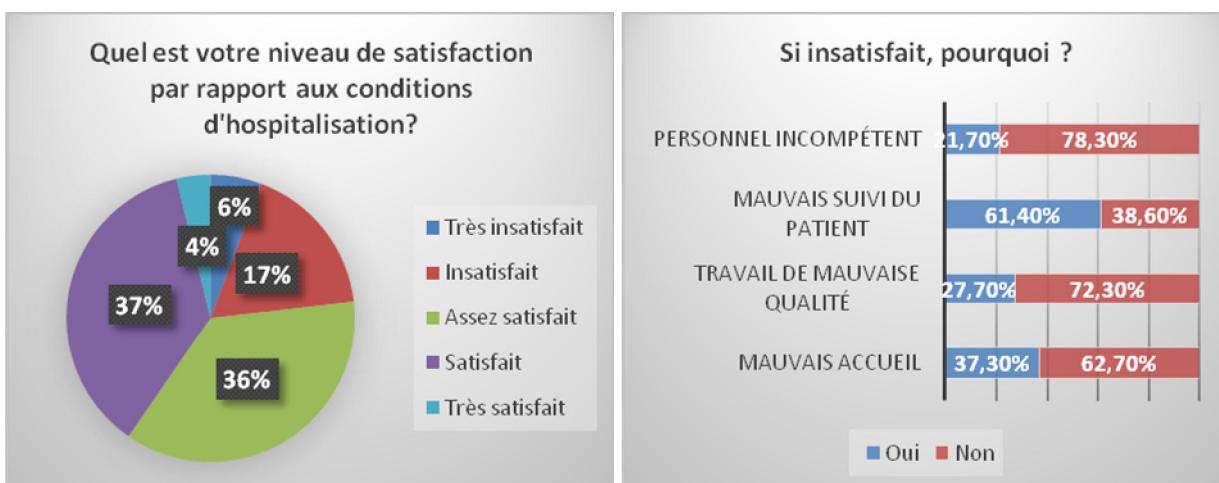
exploré la qualité des services de consultation et déplorent de mauvaises qualités des consultations (42,40%), les coûts élevés des consultations (42,40%) et l'incompétence du personnel de santé (39,40%). Quant aux soins de santé le niveau de satisfaction est relativement bon, avec 48% (resp. 9%) des usagers qui déclarent être satisfaits (resp. très satisfaits) des soins de santé.

**Graphique 6a et 6b : Appréciation des activités de soins dans les CS par les usagers**



Un nombre restreint de personnes se sentent malgré tout insatisfaites. Cette insatisfaction provient principalement du mauvais suivi des patients par le centre et par la mauvaise qualité des soins. Par ailleurs, 23% des usagers enquêtés sont insatisfaits des services d'hospitalisation et indexent principalement le mauvais suivi des patients.

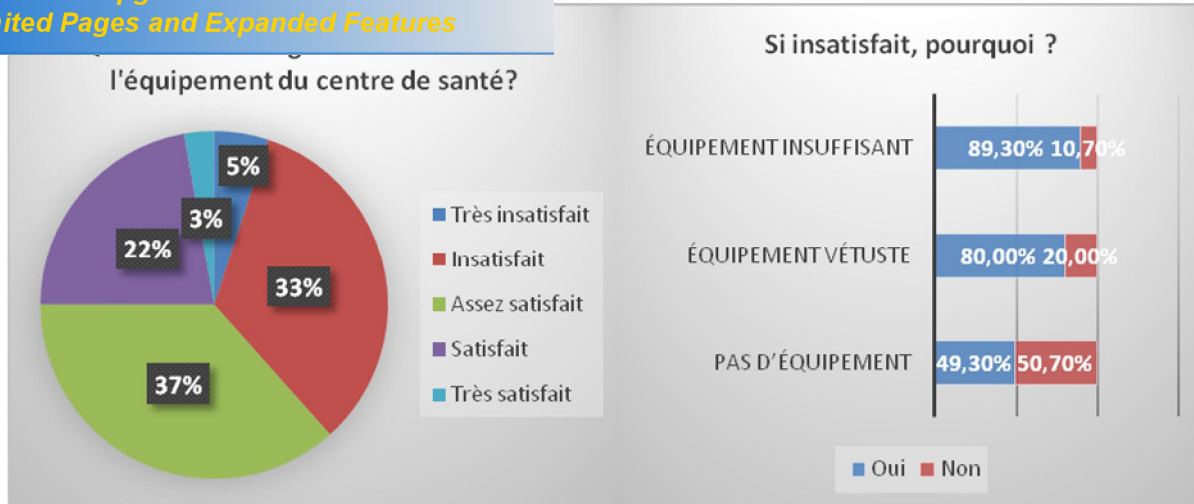
**Graphique 7a et 7b : Appréciation des conditions d'hospitalisation**





Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

par rapport aux équipements des Centres de Santé



### Appréciation de l'accessibilité des services de santé :

Selon les médecins chefs des hôpitaux de zone, la plus proche formation sanitaire est située en moyenne à 7,5 km du village le plus éloigné en cas de besoins de soins tandis que l'hôpital de référence le plus proche se situe en moyenne à 44,7 km des formations sanitaires enquêtées. Quant aux agents villageois de santé interrogés, ils ont affirmé que la première formation sanitaire la plus proche du village le plus éloigné en cas de besoin se situe à environ 9,26 kilomètres. Pour ce qui est de l'hôpital de référence le plus proche, il est également à une distance moyenne de 13,13 kilomètres. Sur la période 2008-2012, les médecins chefs des hôpitaux de zone parcourus ont déclaré avoir reçu, chaque année, en moyenne 280 patients.

Par contre, en cas de référence, plus du tiers des formations sanitaires privées enquêtées affirment que l'hôpital de référence le plus proche est situé entre 1 et 3 km. Pour 9,10% des formations sanitaires privées, il faut parcourir en moyenne 6 km pour atteindre l'hôpital de référence.

Dans l'ensemble des hôpitaux de zone parcourus, avant toute consultation, un paiement officiel est exigé. Aussi, pour un accouchement normal, la femme est-elle tenue de payer un droit ou d'acheter des consommables. Mais, selon 75% des médecins chefs rencontrés, pour les cas d'urgence obstétricale et/ou gynécologique, aucun paiement ou achat de médicament/consommable n'est exigé avant la prise en charge de la parturiente, à en croire.

Les services de santé du secteur privé sont caractérisés par une accessibilité moins grande que celle du secteur public, en raison de la nécessité de couvrir les coûts réels des prestations et de dégager des bénéfices pour la survie même des formations sanitaires privées.

Ainsi, dans la plupart des formations sanitaires privées enquêtées (près de 91%), un paiement officiel est exigé avant toute consultation. Il est à noter que dans 63,6% des centres de santé privés

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

er un droit ou d'acheter des consommables pour un d'urgence obstétricale/gynécologique, un paiement n'est pas exigé dans la plupart des cas avant que la femme ne soit traitée. Peu de responsables (18,2%) déclarent exiger un paiement avant un éventuel traitement. De même, la femme ou sa famille n'est pas tenue dans la plupart des cas (environ 90%) d'acheter des médicaments ou des consommables avant qu'un traitement ne soit administré.

Dans l'ensemble des hôpitaux de zone, il existe des panneaux bien visible affichant les tarifs des prestations de sorte que les patients soient bien informés des tarifs. Ces derniers sont aussi informés des tarifs par le biais du personnel sanitaire (médecin, infirmier, sage-femme ou autre agent de santé). Les tarifs affichés sont périodiquement actualisés dans 75% de ces hôpitaux de zone.

En ce qui concerne cette pratique d'affichage des tarifs dans les formations sanitaires privées, elle n'est pas encore généralisée. En effet, moins de la moitié (45,50%) des formations sanitaires privées déclarent afficher de manière visible les tarifs relatifs aux diverses prestations offertes. Il y a certes des affiches tarifaires, mais les usagers doivent en général demander les tarifs au personnel. 45,5% des responsables de structures sanitaires privées déclarent que les patients sont informés des tarifs par le biais d'un panneau d'affichage. 36,60% affirment que les patients sont informés par un médecin ou par un (e) infirmier (e). Très peu (9,10%) disent informer des tarifications en vigueur par l'intermédiaire d'un agent de santé. Seules 45,5% des formations sanitaires arrivent à actualiser périodiquement les tarifs en vigueur dans leurs centres.

Un système formel est mis en place pour aider les femmes indigentes à payer les frais de maternité, de soins, d'accouchement et/ou d'hospitalisation. Ce système comprend le Fond Sanitaire des Indigents (FSI), le fond des indigents inscrits au budget communal, le fond des indigents gérés par les CPS, etc. Mais, la plupart des médecins chefs rencontrés ont recours prioritairement voire uniquement au FSI dans leur hôpital de zone. 75% des médecins chefs rencontrés affirment qu'il est mis en place en complément de ce système formel, un système informel qui dispense les femmes pauvres de payer les frais de maternité.

Très peu (9,1%) de centres de santé privés disposent d'un système formel qui dispense les femmes pauvres du paiement des frais de maternité. Par ailleurs, le processus d'identification des indigents au sein de la communauté est inexistant dans les structures sanitaires privées. Il en est de même pour le processus d'identification des indigents au sein de la formation sanitaire.

Par contre, dans 50% des hôpitaux de zone parcourus, il existe un processus d'identification des indigents, tant au sein de la communauté, qu'au sein de la formation sanitaire. Ce processus fonctionne à travers un comité qui enquête, statue et fournit la preuve qu'une personne est indigente. Ce comité travaille en collaboration avec d'autres instances de gestion du secteur de la santé. L'identification se fait également par le biais des services d'assistance sociale qui informent le comité de la situation d'une personne et qui procède à la vérification puis délivre, le cas échéant,

La consommation du fonds sanitaire des indigents varient  
2.

L'offre des services de vaccination est assurée dans l'ensemble des hôpitaux de zone parcourus qui disposent d'ailleurs d'une salle ou d'un espace destiné exclusivement à la vaccination. La vaccination des enfants se fait régulièrement à travers deux modes : soit directement au niveau des formations sanitaires seulement (25%) soit dans les formations sanitaires ou en stratégies avancées (75%). En 2009, un plan de travail pour les stratégies avancées de vaccination a été élaboré et mis en œuvre dans tous les hôpitaux de zone parcourus.

En dehors des vaccinations, d'autres prestations liées aux soins préventifs et d'immunisation sont offerts dans les hôpitaux de zone parcourus. Il s'agit de la distribution de suppléments de vitamine A, de la distribution de moustiquaires imprégnés, du suivi de la croissance et de la nutrition des enfants. Ainsi, tous les enfants de moins de 5 ans venant en consultation dans ces formations sanitaires bénéficient du suivi de leur croissance. Par ailleurs, le taux moyen de la PF dans les zones sanitaires est de 18,33%.

Il faut noter également que peu (18,2%) de formations sanitaires privées offrent des services de vaccination. Mais elles se font également en stratégies avancées (18,2%). On note également la distribution de suppléments de vitamine A (effectuée dans 45,5% des formations privées enquêtées) et de moustiquaires (9,1%), le suivi de la croissance (27,3%) et enfin la session nutritionnelle (9,1%). Le plan de travail pour les stratégies avancées de vaccination pour 2009 est inexistant.

Pour les enfants de 0-5 ans, les formations sanitaires privées offrent des services de consultation pour la majorité (près de 91%). Cependant, tous les enfants de moins de 5 ans qui viennent en consultation ne bénéficient pas du suivi de leur croissance. Seules 45,5% des formations sanitaires privées offrent ce service du suivi de la croissance. Plus de la moitié (63,6%) des formations sanitaires privées offrent des services de consultation d'enfants sains.

#### *4.3.3 Organisation, utilisation et disponibilité des services de santé :*

##### ***Organisation des services***

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage administratif. Il comporte trois différents niveaux que sont : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique ou opérationnel organisé suivant l'approche zone sanitaire.

##### ***Utilisation des services hospitaliers***

L'utilisation des services hospitaliers appréciée à partir de la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des lits reste faible en dépit du niveau de couverture du pays en infrastructures

soins d'hospitalisation exprimés par les populations sont

### *Disponibilité des services d'hospitalisation*

Les services d'hospitalisation médicale pour adultes et pour enfants, d'hospitalisation chirurgicale pour adultes, d'hospitalisation en pédiatrie, d'hospitalisation gynéco-obstétrique, d'hospitalisation des gestantes, d'hospitalisation de femmes accouchées et les services d'hospitalisation de femmes césarisées sont disponibles dans l'ensemble des hôpitaux de zone parcourus. Mais les services d'hospitalisation chirurgicale pour enfants et d'hospitalisation médico-chirurgicale pour adultes ne sont disponibles que dans 75% des hôpitaux de zone visités. Les services d'hospitalisation néonatalogie et d'hospitalisation médico-chirurgicale pour enfants quant à eux ne sont disponibles que dans respectivement dans 50% et 25% des hôpitaux de zone parcourus. Selon les médecins chefs interviewés, tous ces différents services d'hospitalisation disponibles dans ces hôpitaux de zone sont fréquemment utilisés par la population.

Toutes les formations sanitaires privées visitées disposent des services d'hospitalisation médicale pour adultes. Ce qui n'est pas le cas pour l'hospitalisation médicale pour enfant (environ 91% centres de santé privé en ont). 81,8% de ces centres ont des services d'hospitalisation pour les femmes gestantes et celles ayant accouchées.

**Tableau IX : Disponibilité des services d'hospitalisation**

<b>Services d'hospitalisation disponibles</b>	<b>Proportion (%)</b>
Hospitalisation médicale pour adultes	100
Hospitalisation médicale pour enfants	90,9
Hospitalisation des gestantes	81,8
Hospitalisation de femmes accouchées	81,8
Hospitalisation gynéco-obstétrique	72,7
Hospitalisation chirurgicale pour adultes	63,6
Hospitalisation médico-chirurgicale pour adultes	63,6
Hospitalisation en pédiatrie	63,6
Hospitalisation chirurgicale pour enfants	45,5
Hospitalisation médico-chirurgicale pour enfants	45,5
Hospitalisation néonatalogie	45,5
Hospitalisation de femmes césarisées	45,5

Moins de trois quart (72,7%) de centres sanitaires privés disposent de services d'hospitalisation gynéco-obstétrique. 63,6% possèdent des services d'hospitalisation chirurgicale pour adulte,

pour adultes et d'hospitalisation en pédiatrie. Les services médico-chirurgicales pour enfants, de néonatalogie et de femmes césariées ne sont disponibles que dans 45,5%.

Concernant la disponibilité de ces services tant dans les formations sanitaires publiques que privées, ils le sont 24 heures sur 24 heures selon 72,20% des chefs de service enquêtés. Pour ceux qui ont déclaré que tous les services ne sont pas disponibles, les services de 81,70% d'entre eux ne sont pas disponibles 24 heures sur 24 heures. Cette situation pourrait s'expliquer par l'absence de spécialistes pour le service spécifique. Ainsi, selon 68,80% des chefs de service enquêtés, les consultations sont faites par un agent qualifié.

Pour plus de la moitié (56,90%) des Elus locaux, les services de santé disponibles dans leurs localités ne répondent à l'attente des populations. Ces derniers plaident pour la mise en place de certains services indispensables qui ne sont pas disponibles sur leurs territoires. Il s'agit dans l'ordre d'importance du service de radiologie (23,30%), d'échographie (14,30%), de pédiatrie (14,30%), d'ambulance (9,50%), de gynécologie (9,30%), de laboratoire (4,80%), de cardiologie (4,80%), de dermatologie (4,80%) et de réanimation (4,80%).

Dans certains cas, il s'agit de déficience et dans d'autres il s'agit simplement du fait que le type de centre de santé auquel se réfèrent les élus locaux dans leur appréciation ne comporte, de toute façon, pas de services demandés. Par exemple, un centre de santé de quartier (dispensaire), ne peut avoir des services de spécialité.

#### *Analyse de la disponibilité d'autres services, unités et de salles d'accouchement*

Les formations sanitaires privées possèdent pour la plupart (environ 91%) des salles d'accouchement, de pansement et d'injection. Les salles de dilatation ne sont disponibles que dans près de 82% des centres de santé privés.

Services/unités/Salle d'accouchement	Proportion (%)
Salle d'accouchement	90,9
Salle de pansement	90,9
Salle d'injection	90,9
Salle de dilatation	81,8
Bloc opératoire	72,7
Laboratoire	72,7
Salle d'attente	72,7
Salle des accouchées	63,6
Poste de pesée de l'enfant	54,5
Salle de soins intensifs	45,5
Poste de vaccination	45,5
Unité de soins du nouveau-né	45,5
Poste de transfusion sanguine	36,4
Salle des accouchées servant en même temps de salle de gestantes malades	27,3
Salle de chaîne de froid	27,3
Salle d'accouchement servant en même temps de salle de dilatation	18,2
Banque de sang	9,1

Près de 73% de formations sanitaires privées disposent de bloc opératoire, de laboratoire et de salle d'attente. Les salles pour accouchées ne sont pas disponibles dans tous les centres, seuls 63,6% en possèdent. Près de la moitié (54,5%) possèdent un poste de pesée de l'enfant. Les salles de soins intensifs, les postes de vaccination et les unités de soins du nouveau-né n'existent que dans 45,5% des structures sanitaires privées parcourues. Pour ce qui est du poste de transfusion sanguine, il n'est disponible que dans 36,4% des cas. 27,7% des formations sanitaires privées ont des salles de chaîne de froid et des salles d'accouchées servant en même temps de salles de gestante malades. Seulement 18,2% possèdent une salle d'accouchement servant en même temps de salle de dilatation. On note une quasi-inexistence de banque de sang. En effet sur l'ensemble des responsables enquêtés, très peu (9,1%) déclarent en posséder.

Tandis que l'ensemble des hôpitaux de zone parcourus dispose, selon les déclarations des médecins chefs de salle d'accouchement, de salle des accouchées, de salle de chaîne de froid, de salle de pansement, de salle d'injection, de laboratoire d'analyse et de salle d'attente, 25% de ces derniers ne disposent pas de salle de dilatation, de salle de soins intensifs, de bloc opératoire, de poste de vaccination et de poste de transfusion sanguine. Quant aux unités telles que la salle des accouchées servant en même temps de salle de gestantes malades, la salle d'accouchement servant en même

pesée de l'enfant, l'unité de soins du nouveau-né et la  
ue dans 50% des hôpitaux de zone parcourus.

#### 4.3.4 Participation communautaire à la prestation de service

Au Bénin, la mise en œuvre des interventions à base communautaire (IBC) et des activités à base communautaire (ABC) implique directement les relais communautaires.

Face aux problèmes de santé notamment maternelle et infantile et en vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Bénin a opté pour la Promotion de la Santé communautaire. Dans ce cadre, un document intitulé Mécanisme d'implication des relais communautaires a été élaboré en 2003 pour recentrer leurs devoirs et leurs droits.

Les prestations communautaires revêtent une grande importance dans le système de santé au Bénin. En effet, une étude réalisée en 2006 par la Direction de la Santé Familiale (DSF) dans les départements du Couffo et de l'Atacora a montré respectivement que 69,3% et 64,8% des décès d'enfants surviennent à domicile. De même, d'autres études internationales indiquent la même tendance. Par ailleurs, 97% des cas de consultation des enfants de moins de 5 ans sont traités en ambulatoire.

#### *Appréciation de la participation de la communauté à la gestion des formations sanitaires*

Les communautés interviennent dans la gestion de la formation sanitaire, selon l'ensemble des médecins chefs rencontrés, à travers le COGECS dont la mission consiste, entre autres, à procéder à la vérification des comptes. Le COGECS se réunit mensuellement ou en assemblée générale. Au-delà du COGECS, il existe le Conseil de Gestion qui est un organe de décision dans lequel intervient également la communauté.

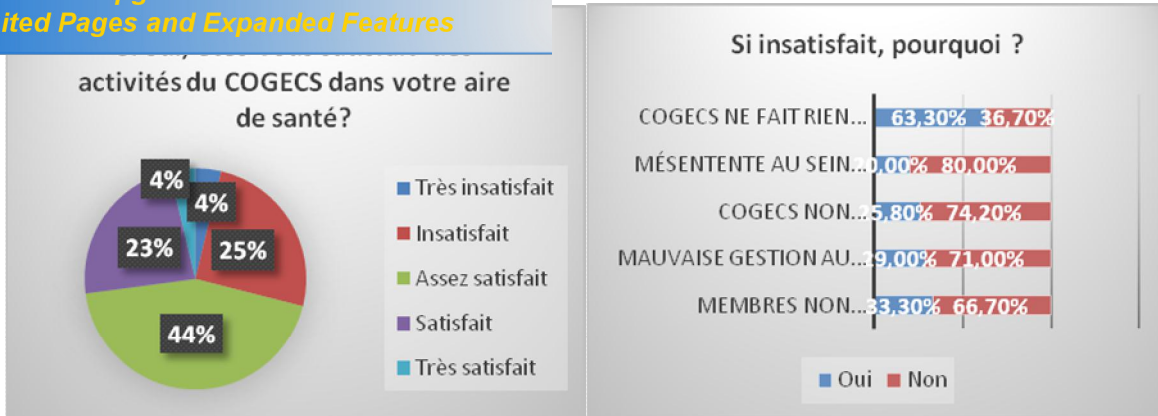
Malgré cette participation déclarée de la communauté à la gestion des formations sanitaires publiques, sept des usagers interviewés sur dix (70%) n'ont pas connaissance du COGECS et de son existence.

**Graphique 9 : Connaissance de l'existence du COGEC**



Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

### ion des activités du COGECS



40% de ceux qui ont connaissance de son existence se déclarent assez satisfaits des activités du COGECS dans votre aire de santé contre 25% des usagers ayant connaissance de l'existence de ce comité qui se déclarent insatisfaits de ses prestations. Ces derniers estiment que le COGECS ne fait rien pour les usagers de ces centres (63,30%) de santé et que ce comité serait composé des membres non représentatifs (33,30%).

Par ailleurs, près de la moitié des usagers des centres de santé ne sait pas si l'équipe de santé du centre de santé rencontre les populations sur les questions de santé. Quatre personnes sur dix déclarent néanmoins que ce travail d'éducation des populations est réalisé par l'équipe de santé de leur localité. Les usagers estiment également que le meilleur moyen pour eux de contribuer à l'amélioration de la gestion des centres de santé ou de signaler les problèmes est la plainte au responsable du centre. Ils proposent également les plaintes aux élus locaux, la grogne à la radio et par autre voix de presse.

Mais, dans les formations sanitaires privées, la participation de la communauté à la gestion est effective dans très peu de formations privées enquêtées. Cette pratique n'existe pas dans 91% des formations sanitaires privées parcourues, d'après les déclarations les responsables de ces formations sanitaires.

Selon les acteurs au niveau central, la communauté participe à la gestion du système de santé à travers sa présence effective aux réunions des Conseils d'Administration, des organes de cogestion (COGECS). La communauté a pour rôle, entre autres, de vérifier les comptes, viser les documents financiers, de suivre les services de soins apportés aux patients par les différents centres sanitaires relevant de leur autorité territoriale. Certains acteurs du niveau central pensent que la communauté doit « *jouer un rôle de contre pouvoir* ».

Par ailleurs, la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin dispose en son article 100 : « la commune a la charge de la réalisation, de l'équipement et des réparations des centres publics de santé Elle assure en outre l'entretien de ces centres et infrastructures. A cet effet, l'Etat lui transfère les ressources nécessaires ». Dans les faits, les collectivités locales jouent très partiellement ce rôle dans le système sanitaire béninois et ceci pour diverses raisons dont la plus importante concerne le transfert de compétence et de ressources par



[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Les collectivités locales en matière de santé ne sont pas très participatives, leur participation plus ou moins effective aux activités des Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS), à la sensibilisation des populations lors des campagnes de vaccination et à la mise en œuvre de petits projets communautaires et locaux en vue d'améliorer la qualité des soins de santé offerts aux populations. Il convient de noter la faible collaboration et la faible communication avec les formations sanitaires. De facto, les collectivités locales ignorent parfois ce qui se passe réellement dans les centres de santé présents sur leur territoire.

#### 4.3.5 Référence-contre Référence

Le système sanitaire du Bénin, comporte, dans le secteur public : 34 hôpitaux de zone qui constituent le premier niveau de référence ; 05 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) qui représentent le deuxième niveau de référence ; et, au niveau national : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) et le Centre National de Psychiatrie, qui constituent le 3ème niveau de référence. Il existe également un Centre National de Gérontologie (CNG) quoique peu fonctionnel.

De façon graphique, l'ordre de référence des différents centres de santé prévus dans le système de soins et services est le suivant:



Le plateau technique demeure insuffisant dans la plupart des hôpitaux de référence et le système de référence et de contre-référence n'est pas fonctionnel

Dans le cadre du partenariat entre le secteur public et le secteur privé à but humanitaire, notamment avec le secteur confessionnel, les formations sanitaires privées sont intégrées dans le système national de référence et contre- référence.

L'organisation du système de référence et de contre référence ainsi mis en place exige que les patients soient référés d'un centre périphérique vers une formation sanitaire de niveau supérieur qui a un plateau technique supposé plus adapté. Mais, en réalité les malades référés par un médecin de la périphérie peuvent se retrouver à l'hôpital entre les mains d'un infirmier ou même d'un aide-soignant, le médecin étant en séminaire ou absent sans justification. Par ailleurs, les véhicules utilisés pour le transport en urgence des malades ne sont pas bien équipés (pas d'obus d'oxygène et autres équipements de réanimation). Les références se font fréquemment sans accompagnement du personnel soignant.

Dans ces conditions, la contre référence est quasi-absente même à l'intérieur d'une zone sanitaire.

La qualité des soins peut s'analyser par la capacité d'un système de soins à poser des actes et /ou offrir des prestations conformes à des normes préétablies visant la satisfaction des besoins exprimés ou implicites de l'utilisateur. Elle comprend huit dimensions, à savoir : l'accessibilité, l'environnement, la compétence technique, la continuité, l'efficacité, l'efficience, l'innocuité et les relations interpersonnelles.

Le PNDS 2009-2018 prévoit d'améliorer la qualité des prestations et soins en milieu hospitalier, avec une systématisation de la démarche qualité. Dans ce cadre, des initiatives de démarche qualité sont prises dans certaines structures de soins de santé avec l'appui des partenaires au développement.

En dépit de ces mesures, le taux de nocivité des soins prodigués aux usagers des hôpitaux est estimé à 60%<sup>7</sup>. En effet, une étude réalisée à l'hôpital de Ouidah sur la qualité de la prévention des infections associées aux soins et services en 2012 a abouti aux conclusions suivantes :

- la compétence, la motivation ainsi que le comportement des prestataires de soins ont été jugés mauvais.
- l'environnement de travail ainsi que l'organisation des services ont été jugés mauvais.
- l'existence au niveau des six services de l'hôpital de zone de Ouidah des dysfonctionnements altèrent la qualité en matière de prévention des infections associées aux soins et services.
- la qualité de la prévention des infections associées aux soins et services est mauvaise

#### *Appréciation de l'offre de services et de la qualité des prestations offertes*

En matière des prestations offertes aux populations, l'ensemble des hôpitaux de zone dont les médecins chefs ont été rencontrés pratiquent des consultations prénatales recentrées, les consultations post-natales, les soins post-natals, les soins usuels aux nouveau-nés, les chirurgies obstétricales, les anesthésies générales, et la réanimation des nouveau-nés. Le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), le planning familial, des séances de prévention du paludisme, des séances de counseling pour le dépistage VIH/PTME, la distribution d'ARV tant pour la monothérapie que pour trithérapie et la surveillance en post-partum sont également pratiqués. Les trois quarts des enquêtés pratiquent également des accouchements instrumentalisés (ventouse, forceps) et des anesthésies locorégionales ; 50% traitent ou réparent des fistules obstétricales et 25% pratiquent le dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis). Ces hôpitaux sont, pour l'ensemble, des sites de prévention de la transmission VIH mère-enfant (PTME) et de prise en charge des PVVVIH (fourniture d'Anti Rétro Viraux).

---

<sup>7</sup> EDULINK, Rapport d'état des lieux

Les soins privés investigués, les consultations prénatales y sont effectuées. En outre, les soins post-natals sont disponibles dans tous les centres. Environ 82% de responsables déclarent pratiquer les soins usuels au nouveau-né, la réanimation des nouveaux nés et les consultations post-natales. La surveillance en post-partum n'est faite que dans 63,6% des formations. De même, 54,5% de ces formations sanitaires privées pratiquent des anesthésies générales, locorégionales, les plannings familiaux et le GATPA. Les chirurgies obstétricales (ex. césarienne), les dépistages, les traitements des infections sexuellement transmissibles (IST) et les séances de prévention du paludisme sont faites dans 45,5% des centres sanitaires privés. En ce qui concerne les accouchements instrumentalisés (ventouse, forceps), les traitements ou répartitions des fistules obstétricales, les séances de counseling pour le dépistage VIH/PTME, ils sont pratiqués dans 36,60% des dites formations sanitaires. De toutes les formations sanitaires privées, seules 27,3% font le dépistage du cancer du col (frottis). Les distributions d'ARV (Monothérapie et Trithérapie) ne se font que dans très peu (18,2%) de centres privés. Peu (27,3%) d'établissements sanitaires privés enquêtés sont des sites PTME et ARV.

Globalement, le niveau et la qualité des prestations sont à l'image du plateau technique. Au regard des moyens mis en œuvre, on pourrait dire que les agents de santé donnent le meilleur d'eux pour satisfaire les patients parmi lesquels au moins quatre patients sur cinq sont guéris de leur mal. Ainsi, selon 58,60% des chefs de service enquêtés, la qualité des services offerts aux populations est acceptable contre 26,90% qui estiment que ces services sont de bonne qualité.

-Selon la plupart des coordonnateurs de projet interrogés (80%), la qualité des prestations offertes par les formations sanitaires publiques est acceptable et pour les 10%, le niveau est respectivement faible et suffisant. Si l'on se base sur cette appréciation, il faut noter que des efforts restent à faire afin de rehausser le niveau des prestations de service.

#### *-Appréciation de l'organisation des services de santé et l'assurance de qualité des soins*

Toutes les formations sanitaires privées ont des accouchements assistés 24/24, 7jours/7. Sur cette base, seules 27,3% centres ont enregistré des décès maternels au cours des 5 dernières années. Par contre, les accouchements ne sont assistés 24h/24 et 7jrs/7 que dans 75% des hôpitaux de zone parcourus. Cette discontinuité dans la fourniture d'assistance au niveau des centres de santé se justifie par l'absence de personnel de santé qualifié pour la maternité. Une conséquence de cette situation est que, tous les hôpitaux de zone enquêtés ont enregistré des décès maternels au cours des 5 dernières années variant entre sept (07) en 2008 et neuf (09) en 2012, après un pic de 17 décès en 2009.

Tandis que très peu (9,10%) de ces formations sanitaires privées effectuent régulièrement des audits ou des études de cas sur les décès maternels, la moitié des hôpitaux de zone effectuent régulièrement des audits ou des études de cas sur les décès maternels.

es hôpitaux de zone, elles sont faites au moins par un  
ons sanitaires alors que dans environ 64% des formations  
sanitaires privées, ces consultations sont traitées au moins par un infirmier (ère) qualifié.

Les méthodes utilisées pour le système d'assurance-qualité varient d'une formation sanitaire à une autre. Ainsi, selon 38,70% des chefs de service enquêtés, l'audit des décès est la méthode utilisée pour le système assurance qualité. Par contre, pour 32,30% (resp. 30,10%) de ces chefs de service, la méthode utilisée pour le système assurance qualité est la liste de contrôle (resp. les directives).

Par ailleurs, à l'issue des décès, des autopsies et/ou études/ audits sont réalisés pour déterminer la cause exacte du décès et au besoin situer les responsabilités. Il s'agit d'une procédure de contrôle de qualité pour les soins déjà effectués et d'assurance qualité pour les autres patients. Mais, cette pratique est très peu répandue au niveau des formations sanitaires privées : seulement 18,2% réalisent des autopsies et/ ou études. Il convient de noter à leur décharge, la réticence des populations à laisser réaliser de telles intervention sur leurs défunts (beaucoup de gens assimilent encore cela à une profanation de la dépouille mortelle). D'autres méthodes utilisées à titre de contrôle et assurance qualité sont : les audits des décès qui sont effectués par 27,3% des centres enquêtés ; l'utilisation combinée de listes de contrôle et de directives (27,3%) et l'utilisation de directives (18,2%).

En ce qui concerne les formations sanitaires publiques, 75% des hôpitaux de zone parcourus utilisent respectivement les audits des décès, la liste de contrôle et les directives.

#### *-Dispositif de réception et de traitement des plaintes des usagers*

La possibilité est donnée, selon 90,90% des chefs de services enquêtés, de se plaindre en cas de non satisfaction quant à la qualité des services offerts ou sur d'autres situations, notamment les cas de corruption avérés. A cet effet, un dispositif de feed-back de la satisfaction des usagers est mis en place en vue d'améliorer les prestations des services. En général, les plaintes recueillies sont relatives à la non satisfaction des patients ou famille de patients par rapport à la qualité des services et à des cas corruption dont ils sont victimes ou encore de détournement de biens publics (utilisation de consommables et fournitures médicaux à des fins personnelles). Ces plaintes proviennent soit des rencontres avec la communauté (39,80%), soit des enquêtes auprès des patients (36,60%), soit des boîtes à idées/suggestions (19,40%).

-Dans la plupart des cas, le traitement des plaintes d'un usager des services sanitaires dépend de la nature de la plainte. S'il s'agit d'un problème peu grave, les responsables du pavillon interne peuvent régler automatiquement la plainte. Dans ce cas, le responsable calme le plaignant puis rappelle l'agent concerné à l'ordre si les faits reprochés sont avérés. Dans la plupart des cas, c'est le Médecin-Chef qui ramène les agents fautifs à l'ordre. Lorsqu'il s'agit de problèmes plus graves, c'est l'administration hospitalière qui s'en occupe. Ainsi, une enquête est réalisée et peut aller jusqu'à la confrontation des parties. Une décision est ensuite prise pour mettre fin à la procédure. La durée des enquêtes varie en fonction de la complexité du problème. La plainte est le plus souvent

autres instances de même nature et de même importance. En cause est sanctionné dans le respect des textes et règles établis. Toutefois, les règlements administratifs ne sont pas exclus compte tenu en fonction de la gravité des faits. En cas de faute très grave, le problème est porté au niveau du Comité de Gestion et examiné en présence des membres du COGECS, du plaignant et des agents mis en cause.

-Quant aux formations sanitaires privées, préoccupées par la fidélisation de leur clientèle, elles ont à 91% des cas des dispositifs pour recueillir les attentes et les plaintes de ces derniers. Les personnes pouvant recevoir ces plaintes sont variées : les secrétaires (dans 10% des centres privés), les majors (dans 36,4%) et divers autres agents de santé dans le reste des cas. Les plaintes sont recueillies de différentes manières : enquêtes menées auprès des patients et des rencontres avec les dirigeants de la communauté (18,2% des centres de santé privés déclarent y avoir recours), les boîtes à idées (sont utilisées par 27,3% des formations sanitaires) et d'autres moyens tels que la discussion directe avec les usagers qui sont utilisés par 45,5% des structures sanitaires. Toutefois, il importe de noter que les usagers se plaignent de moins en moins des prestations offertes par les formations sanitaires privées. En effet, le nombre de plaintes suit une tendance baissière depuis 2008 où il est enregistré cinq (05) plaintes pour atteindre deux (02) en 2012.

### *Forces et faiblesses*

La situation ci-dessus présentée montre bien que l'état de santé de la population béninoise est loin d'être reluisant et le processus de construction d'un système performant de prestation de soins de santé peine à aboutir. Malgré la bonne couverture en infrastructures sanitaires et hospitalières, la population béninoise mérite des soins de santé de meilleure qualité, financièrement et socialement accessibles. La distance qui sépare les populations d'une formation sanitaire reste élevée dans certaines localités du pays et notamment dans le septentrion. La qualité des soins offerts dans la plupart des formations sanitaires n'encourage pas le recours précoce au service de soins de santé et expose les populations à des complications évitables. L'insuffisance des équipements, matériels et dispositifs médicaux, dans un contexte marqué par l'absence d'une politique réelle de maintenance, contribue à la démotivation du personnel dont la situation n'est pas satisfaisante. Le recours excessif aux évacuations sanitaires renforce la dépendance du système de santé vis-à-vis de l'extérieur. Par ailleurs, des comportements stigmatisant et déshumanisant sont également relevés notamment au niveau des hôpitaux où les soins en urgence ne sont donnés que lorsque le patient ou ses parents paient les frais exigés à l'admission.

Un petit tour dans les cliniques les plus « huppées » des grandes villes enlève le coin de voile sur l'illusion de qualité de soins et renseigne sur la réalité de la transformation d'un service initialement social en une boîte commerciale où la recherche de gain facile prime sur la satisfaction des besoins de santé.

on seulement le renforcement de la couverture nationale surtout le développement de mécanismes innovants d'amélioration de l'accessibilité financières aux soins de santé de qualité offerts dans des structures de soins bien équipés et dotées de personnels qualifiés engagés, intègres et honnêtes.

Le recours excessif à l'évacuation sanitaire requiert, de la part des autorités sanitaires, des interventions innovantes en termes de renforcement des capacités de prise en charge et de dispensation de soins de santé de plus en plus sophistiqués. Ce qui suppose la mise en place d'infrastructure sanitaire disposant de plateau technique relativement plus élevé et l'organisation périodique des missions médicales sur des problèmes de santé spécifiques.

### ***Recommandations***

Les recommandations formulées sont les suivantes :

- Poursuivre le renforcement de la couverture nationale en infrastructure sanitaires ;
- Assurer la disponibilité permanente du personnel qualifié dans toutes les formations sanitaires publiques et privés ;
- Développer la contractualisation des formations sanitaires en impliquant davantage les privés dans la gestion du système de soins de santé ;
- Mettre en mécanisme de certification de la qualité des soins et d'accréditation des hôpitaux publics et privés ;
- Doter le pays d'hôpitaux modernes spécialisés dans la prise en charge des affections chroniques ;
- Encourager les formations sanitaires privées à recruter suffisamment du personnel qualifié de santé dans le cadre d'un partenariat public privé ;
- Renforcer la supervision des relais communautaires.

### ***4.4 Ressources humaines en santé au Bénin***

#### ***Réponse de la mission d'évaluation***

Les ressources humaines dans le secteur santé constituent un problème préoccupant et le niveau de performance est très faible. Entre le document de politique de gestion des ressources humaines élaboré en 2004 et son application, l'écart est considérable. L'observatoire des ressources humaines prévu n'est pas créé et le redéploiement des agents n'est pas effectif. Le premier plan stratégique de développement des RHS a été élaboré et validé en décembre 2008 pour la période 2009-2018. Malgré cet arsenal de textes et mesures, le personnel est de plus en plus démotivé.

Au regard des normes de l'OMS en matière de ressources humaines en santé, les effectifs de personnel de santé sont largement insuffisants pour répondre aux besoins des populations, même les normes définies au plan national en la matière ne sont pas respectées.

un problème. La gestion actuelle des carrières dans le marché du travail actuel et c'est l'une des raisons pour lesquelles le secteur public est en général peu performant. Les critères de performance ne sont pas objectifs ou liés à la performance et la procédure d'examen de la performance n'est ni participative ni transparente.

Le système sanitaire béninois connaît un déclin marqué par une démotivation des prestataires de soins. Tous les acteurs du système de santé s'accordent et reconnaissent aujourd'hui la nécessité de mettre en place un véritable système de motivation et d'incitation à la performance dans le secteur de la santé.

La gestion des ressources humaines de l'État, en général, reste encore centralisée, dépendant pour l'essentiel de la responsabilité exclusive du Ministère du Travail et de la Fonction Publique. La DRH du MS a dans la réalité, peu d'autonomie en matière de gestion du personnel de l'État.

Au cours de l'enquête, par rapport à la qualité des ressources humaines du secteur, 42,90% (resp. 23,80%) des élus locaux enquêtés estiment que les ressources humaines du système sanitaire béninois sont à un niveau acceptable (resp. assez bien). Toutefois, pour l'ensemble des élus locaux, le système sanitaire est caractérisé par une insuffisance en ressources humaines qualifiées. Pour les responsables des formations sanitaires privées enquêtés, 19,20% estiment que le système sanitaire est caractérisé par une insuffisance en ressources humaines qualifiées contre 60,60% (resp. 20,00%) qui estiment le niveau de qualification des ressources humaines est acceptable (resp. suffisant).

De l'avis des médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés, 50% estiment que les ressources humaines du système sanitaire béninois sont insuffisantes aussi bien en quantité qu'en qualité contre 50% qui estiment le niveau des ressources humaines est acceptable. Le déficit (quantitatif et qualitatif) est plus prononcé notamment dans les petits centres urbains de l'intérieur du pays et en milieu rural.

Il ressort de l'analyse de la répartition des effectifs que le personnel qualifié est inégalement réparti avec une forte concentration sur les villes de Cotonou et Porto-Novo majoritairement et les autres chefs-lieux de départements accessoirement, soit 6 villes sur 77. Du point de vue des chefs services enquêtés, le niveau de qualification des ressources humaines est acceptable (52,70%) contre 22% (resp. 17,70%) qui estiment leur niveau insuffisant (resp. faible).

Pour ce qui est de la perception des usagers, on retient que le niveau de performances des ressources humaines est acceptable (resp. suffisant) pour 54,80% (resp. 24,40%) des usagers des formations sanitaires.

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

able d'une diminution de la qualité des soins par manque  
ent des autorisations des prestataires de soins de santé.

#### 4.4.1 Politique et plan de gestion des ressources humaines

Le système de santé du Bénin a évolué pendant des années sans une politique en matière de RHS. Le premier document de politique de gestion des ressources humaines été élaboré en 2004 après la création de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la santé en 2000.

Cette politique de développement des ressources humaines en santé envisageait de réaliser notamment :

- la production périodique de tableaux de bords d'outils d'aide à la planification des RHS ;
- la création d'un observatoire pour les RHS ;
- la constitution d'un répertoire des emplois, postes et fonctions du secteur ;
- la définition et validation des différents postes et fonctions ;
- le redéploiement du personnel et la mise en œuvre d'un plan d'augmentation des effectifs en rapport avec des besoins ;;
- l'organisation des plaidoyers pour l'accroissement des ressources financières consacrées au recrutement.

Entre le document de politique et son application, l'écart est considérable :

- les tableaux de bords d'outils d'aide à la planification ne sont pas produits périodiquement ;
- l'observatoire n'est pas créé ;
- le document définissant les normes et profils de poste est caduque ;
- le redéploiement n'est pas effectif et ne peut l'être à cause d'effectifs de personnels permanents réduits ;
- une augmentation d'effectifs envisagée n'est pas effective, mais plutôt un reversement des contractuels dans la Fonction Publique.

Le premier plan stratégique de développement des RHS a été élaboré et validé en décembre 2008 pour la période 2009-2018 grâce à l'appui des PTF, notamment l'OMS, l'Union Européenne, l'UNFPA et l'AIMS (Coopération Technique Belge).

Dans le cadre de l'amélioration de la gestion des RHS, le ministère s'est doté d'un plan de formation du personnel et un document de cadre organique qui présente la situation nationale du personnel de santé.

#### 4.4.2 Système de gestion des ressources humaines

Le système de gestion du personnel de santé fait référence aux structures intervenant dans la gestion des ressources humaines ainsi qu'au mécanisme mis en place et son fonctionnement.



## gestion des ressources humaines

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

La gestion des ressources humaines du secteur public en santé, assurée par la DRH du Ministère de la Santé, implique plusieurs départements ministériels notamment pour ce qui concerne la formation initiale des professionnels de la santé (enseignements supérieur et professionnel), leur recrutement dans la fonction publique et la gestion de leur carrière (Ministère chargé de la fonction publique) et leur rémunération (ministère chargé des finances et des budgets).

La structuration de la DRH du Ministère de la santé qui est la direction technique de conception et de contrôle des règlements, des normes et procédures en matière de gestion et de développement des ressources humaines vise l'administration des ressources humaines de façon générale, la formation et de l'évaluation des agents, la gestion des effectifs et des archives. Pour ce faire, cette direction dispose des services techniques et administratifs conséquents à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (centres nationaux, départementaux et périphériques).

### 4.4.2.2 Mécanismes de Gestion des ressources humaines

Au Bénin, les professionnels de la santé sont employés aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Le secteur privé emploie essentiellement un personnel contractuel et des volontaires confessionnels. Dans le secteur public, on rencontre quatre catégories 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 (AFC).

Cette catégorisation est basée sur le mode de recrutement, la source de financement de la rémunération et le mode de gestion des carrières.

Malgré cet arsenal de textes et mesures, le personnel est de plus en plus démotivé. En témoigne le tableau suivant.

**Tableau XI : Indications relatives à la démotivation du personnel**

causes de démotivation du personnel	conséquences
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de personnel et la surcharge de travail</li> <li>- Insuffisance de transparence et d'objectivité dans l'application des incitations ;</li> <li>- Inadéquation du salaire par rapport au coût de vie</li> <li>- Mauvaise gestion des conflits et de la formation continue</li> <li>- Manque d'esprit d'ouverture, d'écoute et de dialogue de la part de certains supérieurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absentéisme pour s'adonner à des activités parallèles illégales</li> <li>- Mauvais rendement</li> <li>- Manque de conscience professionnelle</li> <li>- Réticence accrue des médecins spécialistes à intégrer la Fonction publique</li> </ul>

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

<p>travail avec les exigences de la profession (infrastructures, équipements, ambiance de travail etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Degré de développement du lieu d'exercice des fonctions de l'agent (installation des écoles et collèges, électrification, internet, radio, télévision, marchés, les voies d'accès, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuite des cerveaux.</li> <li>- Manque de compréhension entre agents et populations</li> </ul>
--	--

Source : Données de l'enquête

#### 4.4.2.3 Répartition/ Distribution des RHS

Il ressort de l'analyse de la répartition des effectifs du personnel soignant que le personnel qualifié est inégalement réparti ; il est d'une part fortement concentré dans les départements où se trouvent les deux grandes villes du pays : Cotonou et Porto-Novo (Littoral et Ouémé) et d'autre part dans les chefs-lieux des six départements qui abritent les directions de tous les secteurs de l'Etat et qui représentent en fait les six premières villes du pays.

Il convient de faire remarquer que la concentration du personnel au niveau des grandes villes s'explique aussi par le système de référence et de contre-référence selon lequel les cas de maladie les plus graves doivent être orientés vers les centres qui ont un plateau technique mieux fourni. A titre illustratif, plus de 85% du personnel médical du département du Littoral travaillent au CNHU qui est sensé accueillir les cas graves de tous les autres départements.

Au plan national, le personnel qualifié de santé (Médecins, infirmiers et sage-femme) employé dans le secteur privé représente 49,3% de l'effectif national (public et privé). Les statistiques de 2012 indiquent que le secteur privé fournit plus de 74% du personnel médical pour le système national de soins de santé.

Au regard des normes de l'OMS en matière de ressources humaines en santé, les effectifs de personnel de santé sont largement insuffisants pour répondre aux besoins des populations ; les normes définies au plan national en la matière ne sont pas respectées.

Pour les médecins, la moyenne nationale de ratio est de 5849 habitants par médecin, soit 1,7 médecin pour 10.000 habitants. Les meilleurs ratios sont retrouvés dans les départements où sont logées les deux grandes villes : Littoral (8,1), Atlantique (2,7), et Ouémé (2).

Le ratio pour les infirmiers sur le plan national, est de 1823 habitants par infirmier, soit 5,5 infirmiers pour 10.000 habitants. Les ratios les plus élevés sont observés dans les départements du Littoral, Borgou, Ouémé et Atlantique. Cette situation montre que l'effectif du personnel infirmier est relativement plus élevé dans les zones rurales dépourvues de médecins. Ces infirmiers assurent

ment logiquement au personnel médical sans avoir les la répartition du personnel infirmier selon tous les départements, les ratios du personnel infirmier par habitant ne respectent pas la norme nationale et encore celle de l'OMS.

Quant aux sages-femmes, le ratio moyen sur le plan national est de 1524 femme en âge de procréer pour une Sage-femme, soit 3,3 sage-femme pour 5000 femmes en âge de procréer. Les départements du Littoral (4,6), de l'Ouémé (2,6), et de l'Atlantique (2,4) ont le meilleur ratio sage-femme pour 10.000 habitants. Les départements de l'Alibori (0,4) et du Couffo (0,5) ont les ratios les plus faibles.

Une enquête faite par les services déconcentrés de la Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux du Ministère de la Santé en décembre 2011, a noté qu'il y a beaucoup de maternités qui ne sont pas tenues par des Sages-femmes à savoir: Atlantique/Littoral: 18; Atacora/Donga: 90; Borgou/Alibori: 114; Mono/Couffo: 62; Ouémé/Plateau: 50; Zou/Collines: 75. Ces maternités sont tenues soit par des Infirmières, soit par des Aides-soignantes, ou même parfois par des matrones.

#### 4.4.3 Besoins en RHS

La moyenne nationale du ratio du nombre d'agent qualifié pour 10 000 habitants est de 8,6 contre 25 prévue selon les normes actuelles de l'OMS. En de hors du littoral (22,3), de l'Ouémé (10,4) et de l'Atlantique (9,9), tous les autres neuf (9) autres départements du pays sont en dessous de la moyenne nationale.

Il se dégage au titre des statistiques de 2012 un besoin globale de 15 193 agents qualifiés pour atteindre la norme de l'OMS.

Au regard de l'effectif requis selon les normes nationales qui est estimé à 21111 agents en 2010, il manquait théoriquement 8626 agents pour couvrir les besoins actuels des formations sanitaires et autres services du secteur public de la santé.

Non seulement les besoins en spécialistes sont importants, mais le personnel disponible (y compris les spécialistes) est réparti de façon inégale. Mais il existe d'importantes disparités dans la répartition du personnel de santé entre les différents départements 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.

#### 4.4.4 Gestion 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 « à vie » sans tenir compte de la situation économique du pays. Le « gel » de l'emploi est parfois appliqué, mais le redimensionnement du

omme une option viable. La promesse d'un poste stable et de bonnes raisons contribuant aux performances médiocres et à l'absence d'impunité qui a leur tour ont un effet défavorable sur la qualité des services. Dans un environnement caractérisé par de maigres ressources financières, l'efficacité 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 feedback.

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. 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 monitoring. Ils sont effectués deux fois par an et consistent en un examen de la performance des formations sanitaires se basant sur certains indicateurs de santé. Si les cibles de monitoring ont été atteintes, tout le personnel reçoit une 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.

#### **4.4.4.1 Rétention, Migration, et motivation**

##### ***Démotivations du personnel de santé***

Au total les problèmes liés à la motivation des RHS se résument :

- Les salaires trop bas ;
- Les mauvaises conditions de travail (cadre de travail, équipements, etc. ;

- incitation à la performance ;
- s agents précaires : agents contractuels de l'État (ACE) ;
- agents rémunérés sur fonds du financement communautaire (AFC) ;
- L'adéquation entre les salaires et le nombre d'années de formation et inadéquation entre les salaires et la charge de travail ;
- L'absence de motivation des médecins en spécialisation et étudiants en formation ;

#### 4.4.5 Formation

##### 4.4.5.1 Formation pré-emploi/ Formation initiale

La formation initiale du personnel de santé est assurée par les Ministères en charge de l'Enseignement Supérieur et de recherche scientifique et de la Formation professionnelle et d'autres structures à l'extérieur. Les possibilités de formations sont donc offertes par des facultés, instituts et centres de formations du personnel médical et paramédical installé dans les grandes villes : Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Ces écoles de santé jouissent d'une renommée connue au-delà des frontières nationales, mais elles ont commencé à connaître, ces dernières années, des difficultés qui impactent négativement la qualité de l'enseignement médical et paramédical. En effet, la moyenne des effectifs par promotion à la faculté de médecine qui était de 30 étudiants en 2000 est passé à 60 alors que les conditions d'accueil et d'encadrement n'ont pas été améliorées dans les mêmes proportions. Pour le personnel paramédical, les effectifs s'élèvent à plus 400 élèves infirmiers et sage-femme par promotion.

Le contenu des programmes d'enseignement est essentiellement clinique et ne permet pas de faire face aux réalités du public où le médecin, la sage-femme ou l'infirmier doit exécuter des tâches de gestion en dehors des prestations de soins.

A défaut d'école nationale de formation, les aides-soignants sont formés dans les cabinets privés et il leur est délivré une attestation après trois ans de formation.

L'analyse des conditions de formation du personnel de santé laisse apparaître les problèmes suivants :

- l'adéquation entre la formation offerte et les attentes du ministère de la santé du faite de l'insuffisance de concertation entre le formateur et l'utilisateur ;
- l'insuffisance des enseignants en termes d'effectif pour assurer un meilleur encadrement des apprenants ;
- la pénurie des enseignants du fait des départs à la retraite et de la nomination des enseignants à des postes politique ou administratifs ;
- l'insuffisance de jeunes enseignants qualifiés sur le marché de l'emploi ;

Dans ce contexte, les structures de formation sont confrontées aux problèmes suivants :

- inexistence des structures de formation des formateurs ;

de formation ;

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- Difficulté d'absorption des apprenants formés
- Inadéquation des programmes de formation avec la demande du marché de travail ;
- Existence de deux catégories d'infirmiers (infirmiers diplômés d'État et Infirmiers brevetés) ;
- Problème du niveau de recrutement dès les écoles de formation des paramédicaux
- Insuffisance de recyclage des enseignants et formateurs
- Insuffisance et vétusté des équipements
- Insuffisance d'encadrement à la pratique
- Insuffisance du budget de fonctionnement
- Insuffisance de réglementation de la formation des agents de santé

#### 4.4.5.2 Formation continue

Les formations continues 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 toutes les formations qui se déroulent sur place ou à l'étranger généralement sur financement des partenaires techniques et financiers. Ces formations se déroulent sous forme de

- séminaires et recyclages ;
- formations de courte durée (1 mois à 6 mois) ;
- formations de longue durée (plus de 9 mois) ;
- formation par tutorat qui consiste à apporter à l'agent sur son lieu de travail un appui technique à travers l'encadrement par un tuteur compétent qui intègre l'équipe de santé et qui travaille à l'amélioration de la qualité des soins.

#### 4.4.6 Système d'information des RHS

Un logiciel de gestion des ressources humaines dénommé VIRTUALIA est installé à la Direction des Ressources humaines et dans les directions départementales de la santé. Ce logiciel offre des possibilités assez complètes en matière de gestion informatisée des ressources humaines, mais son exploitation présente certaines insuffisances ; malgré ces insuffisances, le logiciel VIRTUALIA a permis la constitution d'une base de données complète pour les Agents Permanents de l'État et pour les Agents Contractuels de l'État.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

De façon générale, beaucoup de recherches ont été réalisées sur le domaine de la santé, mais très peu ont porté spécifiquement sur le développement des ressources humaines en santé au Bénin.

#### *4.4.8 Partenariat, Leadership, et coordination*

Conformément aux textes en vigueur régissant les rapports entre l'Administration et les travailleurs, il existe dans le secteur de la santé des organisations syndicales, des Ordres et Associations professionnels, des sociétés savantes, des représentants du personnel. Les uns défendent les intérêts des travailleurs auprès de l'Administration et les autres s'occupent de l'éthique et de la déontologie liée à leurs corporations. Les négociations entre les organisations syndicales et l'Administration ne sont pas toujours faciles, les positions défendues par les uns ne sont pas toujours comprises par les autres, conduisant parfois à la paralysie des services de santé.

#### *4.4.9 Analyse de la gestion des ressources humaines*

Malgré la déconcentration apparente que traduit la création de la DRH, la gestion des ressources humaines de l'État reste encore centralisée, dépendant pour l'essentiel de la responsabilité exclusive du Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTFP). La DRH du MS a dans la réalité, peu d'autonomie en matière de gestion des composantes de la fonction des ressources humaines. En effet, la DRH du MS ne recrute pas, ne rémunère pas, ne forme pas, ne produit pas les actes de carrière ; elle essaie de satisfaire des besoins en information des Ministères tels le MTFP, le Ministère de l'Économie et des Finances, les Ministères de l'Enseignement Supérieur et de la formation professionnelle.

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).

#### *Appréciation de la qualité des ressources humaines en santé par les enquêtés*

Pour l'ensemble des Elus locaux enquêtés, le système sanitaire est caractérisé par une insuffisance en ressources humaines qualifiées.

Selon eux, les aides-soignants constitueraient le véritable problème du système. Ces aides-soignants, qui dominent en effectif, ont besoin d'être régulièrement formés et recyclés. Pour

é qualifié refuse, la plupart du temps, d'aller servir en centres urbains. Certains d'entre eux se présentent comme des manœuvres de leur poste de travail pour une raison ou une autre, ce qui pose le problème de l'équité dans la répartition des ressources humaines qualifiées disponibles. Dans ces conditions, certains élus ne peuvent que saluer l'effort fourni par le personnel sanitaire disponible en vue de satisfaire les populations.

En ce qui concerne les responsables des formations sanitaires privées enquêtés, 19,20% estiment que le système sanitaire est caractérisé par une insuffisance en ressources humaines qualifiées contre 60,60% (resp. 20,00%) qui estiment le niveau de ressources humaines est acceptable (resp. suffisant). Pour la moitié des responsables des officines privées enquêtés, ils estiment qu'elles sont à un niveau acceptable de qualité contre une autre moitié qui estime que le niveau de ressources humaines est faible.

De l'avis des médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés, 50% estiment que les ressources humaines du système sanitaire béninois sont insuffisantes aussi bien en quantité qu'en qualité contre 50% qui estiment le niveau des ressources humaines est acceptable. Le déficit (quantitatif et qualitatif) est plus prononcé notamment dans les petits centres urbains de l'intérieur du pays et en milieu rural. Par contre, on note une concentration de ressources humaines en milieu urbain. Mais globalement, il y a un déficit de spécialistes. Pour 40% des coordonnateurs de projet, la qualité des ressources humaines est acceptable. Elle est faible (resp. suffisant) pour 30% de ces coordonnateurs. Du point de vue des chefs services enquêtés, le niveau des ressources humaines est acceptable (52,70%) aussi bien en quantité qu'en qualité contre 22% (resp. 17,70%) qui estiment leur niveau insuffisant (resp. faible). Ils soulignent la nécessité de procéder systématiquement à la formation et au recyclage régulier du personnel et mais également de réformer la gestion du personnel du système de santé au Bénin. Il faudrait également mettre fin au sentiment d'impunité et de non responsabilité qui semble habiter certains agents et encourager ceux qui font preuve de professionnalisme.

Pour ce qui est de la perception des usagers sur le niveau des ressources humaines du secteur, on retient en que ce niveau est acceptable (resp. suffisant) pour 54,80% (resp. 24,40%) des usagers des formations sanitaires contre 17,30% des usagers qui estiment le niveau (qualitatif comme en quantitatif) des ressources humaines faible.

## **Recommandations**

Le développement et la gestion des RHS ne manquent pas d'atouts, malgré la crise qui secoue ce domaine jugé prioritaire par les autorités sanitaires. En vue de renforcer ces ressources humaines, il est recommandé de :



[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 2- renforcer le leadership de la Direction des Ressources Humaines à travers une meilleure réglementation de leur gestion ;
- 3- renforcer le cadre partenariat public/privé pour l'augmentation des effectifs ;
- 4- assurer une meilleure organisation des concours de recrutement en évitant la participation des contractuels en cours de reversement ;
- 5- impliquer davantage les élus dans le financement, recrutement et la gestion des ressources humaines santé.

En conclusion, les problèmes de ressources humaines dans le secteur santé sont assez préoccupants. Beaucoup d'efforts sont faits par les autorités sanitaires pour améliorer le système de gestion des ressources humaines mais la résolution définitive des problèmes requiert une volonté politique pour le renforcement des effectifs, des compétences et le respect des textes en vigueur avec une bonne gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'accent doit être mis sur la valorisation des mérites. Il convient également de rompre avec la politisation de l'administration publique qui constitue un handicap majeur pour la gestion optimale des ressources humaines en santé.

#### **4.5 Gestion pharmaceutique**

##### ***Réponse de la mission d'évaluation***

Le niveau de performance de la gestion pharmaceutique est bon. Le sous-secteur pharmaceutique est mieux organisé avec la création d'une part, de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), et d'autre part, du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux. La cession des produits pharmaceutiques aux formations sanitaires par la CAME est faite à un coût social. La promotion des médicaments génériques et le contrôle des prix constituent des plateformes autour desquelles s'opèrent toutes les autres actions visant leur accessibilité financière.

Les évaluations et l'enquête ont montré qu'il y a une maîtrise des prix de vente dans le secteur public mais un marché informel de médicaments est très actif malgré l'augmentation des points de ventes agréés, publics ou privés.

Les opinions sont globalement positives quant à l'appréciation de la gestion des médicaments.

50 % des médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés estiment que la gestion des médicaments est bonne et 25% très bonne. Ces derniers déplorent les ruptures épisodiques en médicaments de première nécessité.

ons sanitaires privées enquêtés, la gestion est acceptable

Pour les usagers, la qualité de gestion des médicaments et des vaccins est acceptable (resp. suffisant) pour 45,80% (resp. 36,60%). Par ailleurs, la disponibilité des médicaments est également jugée bonne par un peu moins de sept usagers sur dix.

Pour ce qui est du prix de cession des médicaments dans les formations sanitaires, 48% des usagers (resp. 15%) le jugent raisonnables (resp. accessibles). Néanmoins, 37% des usagers estiment que ces prix sont élevés.

#### 4.5.1 Sous-secteur pharmaceutique

Le décret n°2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du ministère de la santé a doté dans son chapitre VII d'un certain nombre de directions techniques dont celle chargée des pharmacies et du médicament (DPM).

La direction des pharmacies et du médicament a pour attribution de concevoir et d'assurer l'application de la politique sanitaire en matière de la pharmacopée traditionnelle, des pharmacies et du médicament.

#### 4.5.2 Politique, lois et réglementations pharmaceutiques

Conformément aux attributions de la DPM, des lois, des décrets et dispositions réglementaires ont été élaborées. Il existe un recueil des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique.

- **Politique pharmaceutique nationale:**

Les autorités en charge du secteur santé ont entrepris d'élaborer et d'adopter un document de politique du sous-secteur pharmaceutique dont la 1<sup>ère</sup> édition a été mise en œuvre en 1991. La 3<sup>ème</sup> édition a commencé en 2008 et se poursuit.

Le sous-secteur pharmaceutique du Bénin est caractérisé par l'existence d'un acteur central, la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), quatre grossistes-répartiteurs privés et deux producteurs locaux de médicaments et de consommables médicaux

- **Enregistrement des produits pharmaceutiques**

de la Direction des services et de contrôle de qualité (SESCQ) de la Direction des services de santé publique (DSSP) qui gère la plupart des activités de réglementation de cette direction.

La démarche de l'enregistrement est bien codifiée : un dossier technique est introduit par le demandeur, un comité technique est responsable de l'étude de la demande d'enregistrement ; ce comité technique a l'obligation de se réunir trois fois par an.

Le visa d'enregistrement est valable pour cinq ans, et doit être renouvelé dans les trois mois avant la date son expiration.

- **Contrôle de qualité des médicaments et consommables médicaux**

Le sous-secteur pharmaceutique est mieux organisé depuis les réformes entreprises avec la création d'une part, de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), grossiste bénéficiant d'une autonomie de gestion qui assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées; et d'autre part, du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux, qui assure l'analyse chimique des médicaments avant l'autorisation de mise sur le marché.

- **Dispositions réglementaires concernant le secteur pharmaceutique**

Le service de l'inspection et de la pharmacovigilance de la DPMCM est le responsable de l'application des lois, décrets et dispositions réglementaires du secteur pharmaceutique.

#### *4.5.3 Sélection des médicaments*

Le comité chargé de l'élaboration de cette liste soumet le projet de liste à un groupe étendu de partenaires au cours d'un atelier de validation. La LME donne les noms génériques des médicaments et les classes en fonction des niveaux de soins.

#### *4.5.4 Approvisionnement et vente des médicaments*

##### *La gestion de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments*

L'approvisionnement et la distribution du secteur public sont effectués par l'intermédiaire de la CAME, qui opère sous contrôle de la DPMED. La CAME est un élément essentiel de la politique sanitaire nationale.

Conformément à sa mission, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME) est la seule structure publique chargée d'assurer l'approvisionnement des médicaments sous noms génériques pour le compte des formations sanitaires publiques et celles

approvisionnement, tant dans le secteur public que privé, conforme aux exigences internationales.

#### 4.5.5 Entreposage et distribution

L'entreposage 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 par le biais de programmes nationaux et d'autres agences. La gestion du stock de la CAME est informatisée. Le problème des pertes de stock pour cause de date de péremption ou de vol est rare.

Les outils de gestion des stocks au niveau des structures sanitaires, ont été conçus par la DPM et la DPP et font partie des outils diffusés par le SNIGS mais le SNIGS ne recueille pas d'informations sur la disponibilité des médicaments au niveau de la structure sanitaire pour faciliter la planification.

#### 4.5.6 Accès à des produits et des services de qualité

- **Accessibilité géographique**

L'accès à une formation sanitaire public assure en principe un accès géographique aux médicaments essentiels, s'il n'y a pas de fréquente rupture de stock. En 2012, le taux de couverture en infrastructure est de 88,3% et le taux de fréquentation corrigé des services de santé est de 51,4% (SNIGS)

L'accès aux pharmacies privées ou aux dépôts pharmaceutiques est plus limité. Il importe de préciser que la répartition des officines de pharmacies privées demeure inégale malgré la volonté des Gouvernants de réaliser l'équilibre à travers l'élaboration périodique de la Carte Pharmaceutique. Ainsi, soixante-seize (76%) des deux cent vingt et une (221) officines que compte le Bénin en 2012 se situent dans les départements du Littoral de l'Atlantique et de l'Ouémé.

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. Le pharmacien à qui appartient la pharmacie privée est tenu par la loi de surveiller les activités des dépôts pharmaceutiques qui lui sont attachés.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

La promotion des médicaments génériques et le contrôle des prix constituent des plateformes autour desquelles s'opèrent toutes les autres actions visant l'accessibilité financière notamment :

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. Le Ministère de la Santé, par l'intermédiaire de la DPMED, s'est engagé dans une campagne d'information, d'éducation et de communication très offensive suivie de répression.

#### *4.5.8 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. La vente de produits pharmaceutiques représentait 69,3% des fonds de recouvrement des coûts tandis que le coût des achats de produits pharmaceutiques représentait seulement 51,3% 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.

Les évaluations et l'enquête ont montré qu'il y a une maîtrise des prix de vente dans le secteur public.

#### *4.5.9 Disponibilité et utilisation appropriée des médicaments*

La disponibilité des médicaments constamment améliorée au niveau de la CAME permettra aux formations sanitaires la possibilité de s'approvisionner régulièrement ; l'évaluation a permis de savoir que le problème de rupture de stock est épisodique.

Les ordinogrammes sont conçus pour les affections courantes. Selon l'enquête sur le terrain, le problème de l'utilisation correcte des médicaments ne se pose pas.

Les différents programmes du Ministère de la Santé élaborent des ordinogrammes pour aider les prescripteurs ; et aussi chaque formation sanitaire possède un comité technique chargé de surveiller les pratiques de prescription à l'hôpital et de recommander des modifications si nécessaire.

#### *Appréciation de la gestion des médicaments*

Les opinions sont globalement positives quant à l'appréciation de la gestion des médicaments. En effet, la qualité de la gestion des médicaments est bonne pour 50 % des médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés, très bonne pour 25% et acceptable pour 25%. Ces derniers déplorent les ruptures épisodiques en médicaments de première nécessité.

Certains médecins chefs des hôpitaux de zone enquêtés relèvent que l'appui du Gouvernement est faible pour l'achat des médicaments ainsi que pour le fonctionnement. Le matériel roulant est

des financières. Dans tous les cas, la mauvaise gestion des médicaments est prioritaire alors qu'un serait insuffisamment mobilisé.

La qualité de la gestion des médicaments est bonne pour 40,90 % des chefs de services enquêtés, acceptable pour 28%, assez bonne pour 19,90% et médiocre pour 5,90%. Ces derniers déplorent les ruptures répétées en médicaments de première nécessité et même de longue durée dans certaines localités du pays. Il se pose également des problèmes dans la distribution et les conditions de stockage des médicaments. Le retrait systématique des médicaments périmés est effectif. Les enquêtés dénoncent par ailleurs l'existence de marché noir de vente de médicaments dans les centres de santé et dans les dépôts. La gestion des médicaments est donc en proie à des problèmes d'ordre organisationnel voire logistique qu'il convient de résoudre le plus vite possible.

Du côté des Elus locaux, les opinions convergent sur la qualité de la gestion des médicaments. En effet, la qualité de la gestion des médicaments est bonne pour 23,30% des Elus locaux enquêtés, assez bonne pour 23,30%, acceptable pour 14,30% et médiocre pour 14,30%. Ainsi, selon certains Elus, le dispositif de distribution et de répartition des médicaments marche assez bien dans la mesure où les médicaments sont disponibles et régulièrement mis à la disposition des centres de santé qui en font, le plus souvent, une bonne gestion. De plus, la qualité de ces médicaments fait rigoureusement objet de suivi et régulièrement évaluée. A ce sujet, deux des élus enquêtés attestent que « *les médicaments envoyés sont de bonne qualité, sont judicieusement utilisés et sont disponibles* » ; de plus « *un dispositif est mis en place pour contrôler la qualité des médicaments* ». Ces assertions sont renforcées par ces propos recueillis chez un des élus enquêtés : « *ici, j'ai vu retirer les médicaments périmés* ».

Cependant, des efforts restent à faire pour améliorer davantage la gestion des médicaments. En effet, certains Elus relèvent des cas de détournements de produits par les agents de santé, de favoritisme dans la répartition des produits au niveau des centres de santé, de ruptures de stocks par moment, etc. Par ailleurs, dans un contexte de lutte active contre les médicaments de la rue, une déclaration grave vient ternir quelque peu la bonne image que l'on peut se faire du système sanitaire en matière de gestion des médicaments. En effet, un élu local affirme : « *on note l'introduction des médicaments de marché dans les pharmacies*<sup>8</sup> » \*

Selon l'ensemble des responsables des formations sanitaires privées enquêtés, les médicaments ne sont pas bien gérés dans les centres de santé publics. Ainsi, suivant les appréciations de gestion, aucun responsable de formation sanitaire privé n'a déclaré une bonne/très bonne gestion des médicaments mis à la disposition des centres de santé publics. Moins de la moitié (45,5%) de ces responsables affirment une gestion passable/acceptable contre 18,2% qui déclare que la gestion des médicaments dans les formations sanitaires publiques est médiocre. Cet avis est partagé par la

<sup>8</sup> Dans cette déclaration, « médicaments de marché » sous-entend « médicaments de la rue ».

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ées qui estiment, en plus de la gestion des médicaments, s et des dépôts pharmaceutiques est médiocre contre une

autre moitié qui juge cette gestion acceptable.

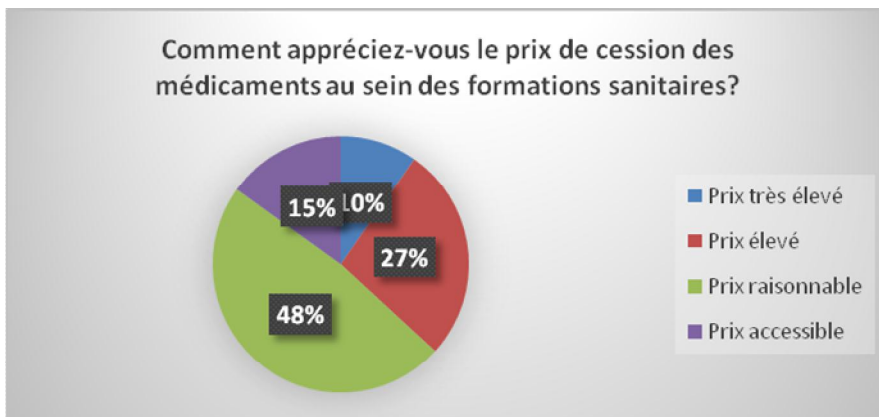
Pour ce qui est de la perception des usagers sur la qualité de la gestion des médicaments et des vaccins, on retient en que cette gestion est acceptable (resp. suffisant) pour 45,80% (resp. 36,60%) des usagers des formations sanitaires contre 13% des usagers qui estiment la gestion des médicaments et des vaccins faible.

Par ailleurs, la disponibilité des médicaments est également jugée bonne par un peu moins de sept usagers sur dix. Ceux qui estiment les médicaments difficiles à acquérir affirment se rendre dans les officines privées pour s'approvisionner lorsqu'elles n'en trouvent pas. Certains évoquent de façon marginale l'approvisionnement dans les UVS et auprès des médecins traditionnels.

Ils estiment également assez satisfaisant l'approvisionnement des médicaments à 46 %. Ceux qui ont déclaré être insatisfaits (21%) de l'approvisionnement en médicaments de la formation sanitaire attribuent cette insatisfaction à l'indisponibilité de certains médicaments génériques et aux répétitives ruptures de stock observées.

Pour ce qui est du prix de cession des médicaments dans les formations sanitaires, 48% des usagers (resp. 15%) des usagers les jugent raisonnables (resp. accessibles). Néanmoins, 37% des usagers estiment que ces prix sont élevés, voire très élevés.

**Graphique 11 : Prix de cession des médicaments apprécié par les usagers**



### Recommandations

Il est recommandé une mise en œuvre effective et respect des textes et dispositions réglementaires ainsi qu'un meilleur contrôle de la vente illicite des médicaments.

### ***Réponse de la mission d'évaluation***

Le niveau de performance du système d'information sanitaire est bon. Le système d'information dispose d'un bon circuit, globalement adéquat mais la qualité des statistiques produites par le SNIGS est encore loin d'être satisfaisante. Les données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision. L'absence de loi ou de disposition réglementaire qui oblige les établissements de santé privés à fournir au SNIGS des rapports sur des prestations et des activités précises est un vide à combler.

La dernière évaluation externe du système d'information effectuée en 2007 par le réseau de Métrologie Sanitaire (Health Metrics Network) a montré que le système d'information sanitaire est globalement adéquat et il existe peu de divergences entre les chiffres présentés par le système d'information national. Le SNIGS, mieux que par le passé, publie à temps l'Annuaire des Statistiques Sanitaires pour contribuer à l'efficacité du processus de prise de décision.

#### ***4.6.1 Description de l'architecture et de l'organisation du SNIGS***

Au point de vue structuration, le SNIGS se base, tout d'abord sur plusieurs sous-système :

- Le sous-système de routine du SNIGS qui collecte la plus grande partie des statistiques sanitaires du Bénin.
- Le sous-système de surveillance épidémiologique et de détection des épidémies;
- Le sous-système d'information des programmes;
- Le sous-système d'information de gestion administrative et financière;
- Le sous-système d'enquêtes périodiques;
- Le sous-système d'information à assise communautaire;
- Et le sous-système d'état civil.

Le SNIGS dispose de supports papiers standardisés par type d'activités qui lui permettent de collecter périodiquement les données (mensuellement, trimestriellement et annuellement) des formations sanitaires du pays.

La saisie des données collectées se fait au niveau de toutes les Zones Sanitaires (ZS). Les copies des bases de données statistiques des zones sanitaires sont envoyées mensuellement au niveau des Directions Départementales de la Santé (DDS) qui à leur tour font la compilation et les envoient au Service de la Gestion du Système d'Information (SGSI) du niveau central qui abrite la base nationale de données du SNIGS.

Les délais de transmission des rapports selon le niveau sont les suivants :



aires publiques vers les Zones Sanitaires : avant le 5 de

- Les Zones Sanitaires, les Centres Hospitaliers Départementaux et Hôpitaux Privés vers DDS : avant le 15de chaque mois,
- DDS vers niveau central : avant le 20de chaque mois.

Les données de certaines formations sanitaires du secteur privé libéral sont recueillies à partir des résultats de l'enquête de recensement ou d'évaluation des formations sanitaires privées dans tous les départements sur les activités de consultations, d'hospitalisation et d'accouchements.

#### 4.6.2 Analyse de la structure de l'organisation

La dernière évaluation externe du système d'information a été effectuée en 2007 par le Réseau de Métrologie Sanitaire (Health Metrics Network). Le système d'information a été jugé globalement adéquat et a constaté peu de divergences entre les chiffres présentés par le système d'information national.

Néanmoins, la qualité des statistiques produites par le SNIGS est encore loin d'être parfaite, comme l'a encore rappelé la revue de performance de mai 2011, et ces données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision. Le MS a élaboré un plan de renforcement du SNIGS à l'horizon 2015 afin de pallier à ces problèmes. Le renforcement du cadre de suivi-évaluation devrait quant à lui permettre de mieux utiliser les données produites.

La prise en compte des recommandations issues des différentes évaluations, dans les présentes éditions a permis de rendre le SNIGS plus dynamique et susceptible de suivre l'évolution de son environnement. C'est pourquoi, depuis 2010, le SNIGS, mieux que par le passé, publie à temps l'Annuaire des Statistiques Sanitaires.

L'édition de 2012 est la troisième de la série des annuaires élaborés selon les nouveaux canevas adoptés par les acteurs du SNIGS. Entre autres, elle fournit aux décideurs, autorités et autres acteurs du secteur de la santé, responsables à divers niveaux, chercheurs, partenaires au développement et aux collectivités territoriales des statistiques fiables et actualisées sur le profil épidémiologique du pays, les principaux indicateurs de santé et les ressources utilisées.

#### 4.6.3 Ressources, politiques et réglementation

Le SNIGS dépend du budget du ministère de la santé et de l'apport de certains partenaires pour la couverture de ses besoins.

Il n'existe pas de loi pas de disposition réglementaire qui oblige les établissements de santé privés à fournir au SNIGS des rapports sur des prestations et des activités précises. Il existe un protocole d'accord entre les formations sanitaires confessionnelles et le Ministère de la santé pour fournir des informations au SNIGS.

Le guide d'instruction pour les outils du SNIGS définit les normes et directives claires sur les procédures de recueil des données et de génération de rapports

#### *4.6.5 Analyse des données*

La capacité à analyser les informations en bas de l'échelle du système est encore limitée en raison du manque d'équipement et de personnel bien formé à l'analyse des données. 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.

#### *4.6.6 Utilisation de l'information pour la gestion, le développement de politiques, la gouvernance et l'obligation de rendre compte*

Les données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision. Le MS a élaboré un plan de renforcement du SNIGS à l'horizon 2015 afin de pallier à ces problèmes. Le renforcement du cadre de suivi-évaluation devrait quant à lui permettre de mieux utiliser les données produites.

#### *4.6.8 Recommandations*

Il conviendrait d'utiliser les informations du SNIGS au niveau des centres de santé périphériques et d'exploiter régulièrement au niveau intermédiaire, les rapports SNIGS. Enfin, il faut désagréger les données de couverture vaccinale selon le sexe.

### ***4.7 Implication du Secteur Privé***

#### ***Réponse de la mission d'évaluation***

Le niveau de collaboration entre secteur public et secteur privé dans la gestion du système de santé est passable ; cette coopération est très bonne avec le secteur confessionnel à but non lucratif, mais elle est restée faible avec secteur à but lucratif.

En effet, le secteur privé présente une grande diversité. L'implication des structures privées ne fait pas encore l'objet d'une réglementation géographique rigoureuse tenant compte des besoins du pays

fait, la répartition du personnel du privé n'obéit pas à une

Le gouvernement du Bénin bien que disposant d'une procédure bien établie pour l'autorisation de l'exercice privé de la médecine, de nombreux médecins et autres professionnels de la santé exercent dans le secteur privé sans l'autorisation du Ministère de la Santé.

L'importance du secteur privé confessionnel dans la prestation de services au premier échelon de la pyramide sanitaire est très grande.

La taille et la portée du secteur de la médecine traditionnelle ne sont pas vraiment connues. En général, la collaboration des tradipraticiens avec les zones sanitaires et les DDS est d'une qualité relativement bonne et dépend en grande partie des responsables de l'administration sanitaire. En effet, les tradipraticiens ont déclaré au cours de l'enquête, avoir de bonne collaboration avec les zones sanitaires (50%) et les DDS (26,70%) estiment qu'ils sont bien écoutés et bénéficient d'appui divers de ces derniers dans leurs activités.

En fondant leur appréciation sur la collaboration entre les différents acteurs partenaires du MS, les PTF estiment que le niveau de la collaboration reste passable.

#### *4.7.1 Taille et composition du secteur privé*

Le secteur privé de la santé au Bénin présente une grande diversité. Il est composé entre autres de médecins, dentistes, sages-femmes et infirmiers exerçant à titre libéral. En ce qui concerne les structures on recense les hôpitaux à but lucratif, les hôpitaux confessionnels à but non lucratif, les pharmacies, les laboratoires, les fournisseurs d'équipements médicaux, les grossistes en médicaments, les praticiens traditionnels ; les compagnies d'assurance santé facultatives, les mutuelles complémentaires, les grandes entreprises dotées d'une infirmerie, les associations de défense des consommateurs et les ONG.

Selon l'annuaire statistique 2012, le Bénin compte comme personnel médical privé : 1186 médecins, 2284 infirmiers, 583 sages-femmes, 410 techniciens de laboratoire et 142 techniciens d'imagerie médicale.

L'implication des structures privées ne fait pas encore l'objet d'une réglementation géographique rigoureuse tenant compte des besoins du pays en matière de couverture sanitaire. De ce fait, la répartition du personnel du privé n'obéit pas à une norme spécifique.

Le gouvernement du Bénin bien que disposant d'une procédure bien établie pour l'autorisation de l'exercice privé de la médecine, de nombreux médecins et autres professionnels de la santé exercent dans le secteur privé sans l'autorisation du Ministère de la Santé.

Les libéraux créent un certain nombre de problèmes. Tout d'abord, l'impossibilité de garantir et de surveiller l'offre ou la qualité des services de ces prestataires. Ensuite, les praticiens sont peu susceptibles de collaborer avec le Ministère parce que dans l'illégalité. 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. L'enquête effectuée par la DNPS en 2005 et portant sur les praticiens libéraux, montre que 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. Les cabinets médicaux représentaient moins de 6 % de l'effectif.

*Le secteur privé libéral* il se compose de deux catégories de formations sanitaires, les structures médicotéchniques (clinique, polyclinique, cabinet médical généraliste ou spécialisé, cabinet dentaire, centre de diagnostic / laboratoire et radiologie) et les formations sanitaires tenues par des paramédicaux infirmiers et sages-femmes (cabinet de soins infirmiers, cliniques d'accouchement eutocique).

*Les centres de santé confessionnels* à vocation humanitaire restent parfois le seul recours hospitalier dans certaines régions. Ces structures se sont développées en milieu urbain et périurbain depuis plusieurs décennies pour répondre aux besoins des populations les plus démunies. L'importance du secteur privé confessionnel dans la prestation de services au premier échelon de la pyramide sanitaire est très grande. Ces 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.

*Les structures associatives*, qui incluent les nombreuses organisations non gouvernementales fonctionnent sur un mode associatif, ont des domaines d'activité multiples (santé, hygiène, nutrition, microcrédit, etc.), ce qui rend difficile l'évaluation de leur rôle et de leur apport réel en matière de santé.

*Les structures coopératives* ont été lancées dans le cadre d'une action conjointe de l'État, de l'OMS et du PNUD.

#### Hôpitaux du secteur privé à but lucratif

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).

Le secteur pharmaceutique privé comprend une petite industrie pharmaceutique qui conditionne des médicaments, quatre grossistes répartiteurs seuls habilités à importer les médicaments pour les privés lucratifs, un réseau de 221 pharmacies dont 168 soit 76% sont regroupées dans les départements du Littoral, de l'Atlantique et de l'Ouémé ainsi qu'un nombre important de dépôts pharmaceutiques autorisés qui participent à l'extension de la couverture pharmaceutique. Le secteur pharmaceutique privé traite 40% des volumes de médicaments.

Il existe cependant un réseau de vente illicite de médicament et une propension à l'automédication. En effet au Bénin, la vente illicite de médicaments connaît une ampleur de plus en plus inquiétante. C'est une activité qui se déroule au grand jour, puisqu'elle emprunte les canaux de distribution traditionnels que sont les marchés, les boutiques, les abords des rues, le porte à porte. D'ailleurs, sur les marchés, les vendeurs de médicaments ne se distinguent point des autres commerçants et paient comme eux les taxes réclamées par les institutions officielles. Le développement du marché parallèle pose un véritable problème de santé publique ne serait-ce qu'en raison des risques qui ne cessent d'augmenter.

#### 4.7.3 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.

#### 4.7.4 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 d'aller vers une formation sanitaire.

En dépit de sa forte fréquentation, les ressources et les activités de la médecine traditionnelle sont très mal connues. Elle n'est pas véritablement intégrée aux préoccupations du secteur de la santé ; il n'existe pas de rapports de confiance entre les agents de santé et guérisseurs traditionnels, en dépit des nombreuses initiatives (insertion des matrones dans les centres de santé, agrément des

prévoit ces dernières années en sa faveur. Les tradipraticiens ont commencé à se regrouper en une association nationale ; celle-ci connaît des difficultés de coordination interne ; ce qui réduit les efforts de concertation entrepris par les autorités avec la corporation.

La psychiatrie est l'un des domaines où les praticiens traditionnels semblent être un complément efficace de la médecine moderne. Les médecins intègrent également quelques éléments de médecine traditionnelle dans l'exercice de leur métier.

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. 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.

#### *Appréciation des tradithérapeutes*

Les tradipraticiens enquêtés considèrent que la gestion du système de santé devrait davantage prendre en compte la collaboration et les interactions avec la médecine traditionnelle. Toutefois, cette collaboration appelle des préalables dont l'organisation de la médecine traditionnelle.

Pour 23,30% et 16,70% des enquêtés, l'organisation de la médecine traditionnelle est respectivement médiocre et passable/acceptable. Les autres ont une appréciation plutôt bienveillante sur l'organisation de la médecine traditionnelle au Bénin en se référant notamment à l'existence d'un bureau national des tradipraticiens qui coordonne leurs activités. Mais, il est déploré la non application des textes adoptés en assemblée générale et la faible régularité des réunions ; toutes choses qui induisent une faible visibilité du bureau national et donc de l'action des tradipraticiens.

De l'avis des tradipraticiens rencontrés, le regain d'intérêt de l'État vis-à-vis de la médecine traditionnelle serait le fruit d'une prise de conscience par rapport aux limites de la médecine moderne. La médecine traditionnelle serait maintenant considérée comme une alternative sérieuse à la médecine moderne. Mais selon, eux, ce regain d'intérêt ne se traduit que faiblement en actes concrets. Ainsi, ils relèvent l'absence de structures publiques crédibles pour soutenir les initiatives de leur bureau. Cependant, au niveau local des démembrements, les tradipraticiens entretiennent de bonnes relations avec les DDS, le personnel des centres de santé de sorte que certains sont sollicités pour intervenir sur des cas graves que les centres de santé locaux n'arrivent pas à prendre efficacement en charge. En définitive, malgré les difficultés d'organisation et le manque de soutien effectif des pouvoirs publics, l'organisation des tradipraticiens est active même des actions sur le terrain pour répondre aux besoins des populations en matière de santé.

Un certain nombre de compagnies d'assurances proposent des contrats d'assurance santé facultative auxquels adhèrent principalement des travailleurs salariés et leurs familles qui habitent souvent dans des zones urbaines.

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.

#### 4.7.6 Les mutuelles de santé

Les mutuelles de santé sont le plus souvent des mutuelles professionnelles, associatives ou communautaires. Les clients sont des acteurs du secteur informel comme les artisans, les agriculteurs et les communautés à la base.

Le mouvement mutualiste connaît un fort développement depuis les années 90 et fait aujourd'hui l'objet d'un Plan stratégique de développement des mutuelles de santé élaboré par le Ministère de la santé en collaboration avec le Cadre National de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé (CONSAMUS) et les mutuelles de santé.

#### 4.7.7 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).

Le secteur public reconnaît qu'il a besoin de mobiliser les ressources du secteur privé pour atteindre la population. Une meilleure collaboration avec le secteur privé pourra favoriser l'atteinte des objectifs de santé publique.

Selon l'enquête, en appréciant la confiance que mettent les usagers des formations sanitaires dans le système sanitaire, plus de six personnes sur dix estiment avoir confiance au système sanitaire du Bénin quant à la prise en charge correcte en cas de maladie. Ils déclarent avoir plus confiance aux centres de santé publics que privés à plus de six pour dix personnes. Ceci témoigne bien de la confiance mise en ce système, et pose le problème des éventuelles craintes qu'ont les usagers des formations sanitaires privées.

### *Collaboration des tradipraticiens avec les zones sanitaires et les Directions Départementales de la Santé*

En général, la collaboration des tradipraticiens avec les zones sanitaires et les DDS est d'une qualité relativement bonne et dépend en grande partie des responsables de l'administration sanitaire. En effet, les tradipraticiens qui ont déclaré avoir de bonne collaboration avec les zones sanitaires (50%) et les DDS (26,70%) estiment qu'ils sont bien écoutés et bénéficient d'appui divers de ces derniers dans leurs activités. Ainsi, il arrive que le personnel de santé des zones sanitaires sollicite leurs interventions pour certains cas graves et, vice versa. Cette franche collaboration s'illustre à travers les déclarations d'un enquêté : « *on se comprend très bien avec les médecins ; nous respectons leurs conseils et eux aussi respectent les nôtres* ». Il est à noter que la place et l'importance de la médecine moderne sont bien reconnues par les tradipraticiens dans la mesure où ils y ont recours pour affiner leur diagnostic avant de prendre en charge les patients.

Dans les zones sanitaires (26,70%) et les DDS (43,30%) où la collaboration pose problème, les tradipraticiens ont le sentiment de ne pas être suffisamment considérés par rapport aux savoirs dont ils sont détenteurs et déclarent être simplement ignorés sinon diabolisés. A ce sujet, l'un des enquêtés déclarent « *la collaboration avec les zones sanitaires est médiocre parce que tout ce qui touche à la médecine traditionnelle est considérée comme de la sorcellerie* ».

Dans tous les cas, les tradipraticiens enquêtés ont formulés le souhait que leur savoir et savoir-faire soient reconnus comme étant importants pour une meilleure efficacité du système sanitaire béninois. Selon ces derniers, la médecine traditionnelle et la médecine moderne ne sont pas et ne doivent pas être opposées mais complémentaires.



Certains tradipraticiens enquêtes (environ la moitié) ont reconnu l'existence d'une bonne et franche collaboration entre les tradipraticiens et le Ministère de la Santé. Dans ce cadre, le bureau des tradipraticiens bénéficie d'appuis tant financiers que techniques. Ce qui permet à certains tradithérapeutes/tradipraticiens de voir un début de reconnaissance de leurs recherches dans la mesure où ils sont soutenus par le Ministère de la Santé. Selon ces derniers, cette collaboration dénote de la considération et de l'acceptation dont ils font l'objet de la part des agents des centres de santé et de l'administration de la santé à travers le pays. Mais cette appréciation est fortement nuancée et même remise en cause par l'autre moitié.

### ***Dysfonctionnements observés dans la gestion du système de santé***

De manière générale, les dysfonctionnements ci-après sont relevés par les tradipraticiens interviewés. Il s'agit :

- de l'insuffisance de suivi-évaluation ;
- du non-respect de l'obligation de reddition de compte ;
- de l'insuffisance d'audit de gestion et de contrôle dans les centres de santé sources de corruption et de malversations;
- du non-respect des textes ;
- de la mauvaise gestion des ressources humaines notamment la politisation des affectations du personnel ;
- du non-respect de la hiérarchie ;
- de l'insuffisante exploitation des savoirs de la médecine traditionnelle ainsi que de la marginalisation des tradipraticiens.

### ***Recommandations***

En conséquence, les suggestions faites sont relatives à :

- la formation continue du personnel et une meilleure gestion des ressources humaines ;
- une augmentation de la fréquence des audits et contrôle de la gestion du système sanitaire et l'application des sanctions quand elles s'imposent ;
- l'institutionnalisation de plateforme fonctionnelle entre les tradipraticiens et le ministère de la santé ;
- l'octroi de moyens financiers à l'organisation des tradipraticiens;
- une meilleure exploitation des savoirs endogènes en matière de santé et la promotion de la recherche sur la médecine traditionnelle.

relatives à :

- la faible collaboration entre les PTF eux même et entre les PTFs et le MS ;
- la faible coordination au sein des PTFs et entre les PTFs et le MS
- l'irrégularité des réunions périodiques de concertation ;

Les dysfonctionnements observés dans la gestion du système de santé portent sur :

- la mauvaise gestion des ressources humaines
- le manque d'un système de communication efficace au sein de la pyramide sanitaire
- la multiplicité des outils de suivi évaluation
- la faible collaboration entre les différentes parties prenantes.
- la faible capacité à entreprendre les innovations
- le non-respect du circuit du malade dans le système.

Par ailleurs, les PTF déplorent la non-fonctionnalité du système de référence et de contre référence, la gestion irrationnelle des ressources matérielles et financières et la forte politisation de l'Administration.

#### *Appréciation de la pyramide sanitaire actuelle*

L'appréciation de la pyramide sanitaire est mitigée. D'un côté se trouvent les acteurs qui pensent qu'elle est bien structurée et de l'autre certains, qui jugent qu'il serait intéressant de la revoir. Les défenseurs de cette pyramide argumentent qu'elle est bien adaptée aux réalités du Bénin. Selon ces derniers, les rôles sont bien distribués surtout avec la création des zones sanitaires et des hôpitaux de zone. Par contre, ceux qui estiment que la pyramide sanitaire n'est pas bonne justifient généralement leur position par le fait que « *les décisions se prennent du haut et ils ne tiennent pas compte des besoins essentiels* ».

Cependant, certains enquêtés estiment que la pyramide est « *adéquate mais ne marche pas très bien* » comme le nuance l'un d'entre eux. Même s'il n'y a pas de problème entre le niveau intermédiaire et les périphéries, il faut reconnaître tout de même que le mécanisme inter relationnel entre le niveau national et les périphéries est à revoir. La pyramide actuelle nécessiterait des autorisations au niveau des urgences. En bref, la pyramide sanitaire nécessite non seulement des améliorations mais aussi la dynamisation des structures décentralisées.

Les atouts de la pyramide sont :

- la mise en œuvre des activités avec production de comptes rendus ;
- l'obligation de comptes rendus;
- la prise en charge rapide des patients;

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- la performance;
- les actions au plan sous-régional;
- la proximité d'un système de soins;
- la participation des communautés.

Les dysfonctionnements sont :

- les comportements peu recommandables;
- le manque de personnel qualifié;
- le chevauchement de rôles;
- la politisation démesurée;
- l'impunité;
- la différence de paquets d'activité d'un hôpital de zone à un autre;
- la mauvaise organisation des zones sanitaires.

En ce qui concerne la mise en place d'un environnement pour la modernisation du système de santé, les acteurs au niveau central estiment que la modernisation du système sanitaire béninois devra porter sur :

- la réhabilitation de certaines infrastructures;
- l'élaboration d'un nouveau logiciel;
- la création de zones sanitaires pour être plus proche des populations;
- la mise en place d'un site web facilitant la communication entre les acteurs;
- l'équipement des zones sanitaires;
- le renforcement du plateau technique;
- la création des espaces universitaires.

L'évaluation de la politique du système sanitaire du Bénin a mis en évidence que les performances de **la Gouvernance** sont moyennes aux niveaux central, intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire. Les outils utilisés sont de qualité peu satisfaisante surtout aux niveaux intermédiaire et périphérique, mais parfois, ils ne guère appliqués ou mal appliqués. Aussi, le système d'information est-elle globalement adéquat mais la qualité des statistiques produites par le SNIGS est encore loin d'être satisfaisante, et ces données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision à tous les niveaux. La coordination et la coopération entre le secteur privé et le secteur public, sont jugées peu satisfaisantes en dépit de l'existence d'un cadre de concertation secteur public/secteur privé et d'un Organe Paritaire de Partenariat. Enfin, l'implication des structures privées ne fait pas encore l'objet d'une réglementation géographique rigoureuse tenant compte des besoins du pays en matière de couverture sanitaire.

**En ce qui concerne le financement**, la politique du secteur de la santé en cours est parfaitement en cohérence avec les orientations du plan national de développement sanitaire. De qualité jugée bonne, la politique de financement du secteur de la santé s'est progressivement améliorée grâce aux initiatives prises pour assurer l'accessibilité financière aux populations pauvres, à la mise en place du fonds des indigents, aux offres ciblées de soins et aux résultats de l'opérationnalisation du RAMU. Par conséquent, la probabilité est forte que la contribution directe des ménages auprès des établissements de soins qui est passée de 52% en 2003 à 44% en 2008, connaisse une nouvelle baisse importante quand le RAMU atteindra sa vitesse de croisière. Par ailleurs, il a été constaté que la répartition des moyens existants est non équitable entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et **sont tardivement** mis à la disposition des structures bénéficiaires. Les PTF vont jusqu'à soutenir que *les fonds ne sont pas toujours utilisés à bon escient par certains et ne vont pas toujours aux destinataires.*

**Pour ce qui est des prestations de services**, la couverture moyenne en infrastructure de santé est bonne (88,3%) mais des disparités existent selon les départements dont les taux de couverture vont de 71% à 100%. Cependant, le niveau d'équipements et le fonctionnement actuel du sous-système de maintenance des équipements et dispositifs médicaux ne facilitent pas la disponibilité permanente des soins. De même, l'insuffisance chronique du personnel qualifié, avec des disparités entre les départements compromettent dangereusement, la continuité des soins, ou en d'autres termes, la disponibilité des services. Il est à remarquer que les formations sanitaires privées prennent une part importante dans l'offre des soins de santé au Bénin. Le taux de fréquentation des formations sanitaires pour les soins curatifs s'établit à 51,4% pour l'ensemble de la population et de 90,9% pour les enfants de moins de 5 ans et 70% des usagers des formations sanitaires déclarent être satisfaits des soins reçus. Cependant, les usagers, dans leur majorité déplorent le comportement des agents de santé. L'accessibilité reste encore à améliorer car, la plus proche formation sanitaire

le plus éloigné en cas de besoins de soins tandis que située en moyenne à 44,7 km des formations sanitaires enquêtées. Enfin, le fonctionnement du système de référence et de contre référence reste faible, de même que le niveau d'assurance qualité des soins. Toutefois, le taux de nocivité des soins prodigués aux usagers des hôpitaux est encore préoccupant

**Par rapport aux ressources humaines, le niveau de performances** est très faible : (i) les effectifs de personnel de santé sont largement insuffisants pour répondre aux besoins des populations et demeurent également de qualité faible ; (ii) les normes définies au plan national en la matière ne sont pas respectées ; (iii) les critères de performance ne sont pas objectifs ou liés à la performance et la procédure d'examen de la performance ; (iv) démotivation des prestataires de soins ; (v) le déficit (quantitatif et qualitatif) est plus prononcé notamment dans les petits centres urbains de l'intérieur du pays et en milieu rural. Mais la résolution définitive des problèmes requiert une volonté politique pour le renforcement des effectifs, des compétences et le respect des textes en vigueur avec une bonne gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'accent doit être mis sur la valorisation des mérites. Il convient également de rompre avec la politisation de l'administration publique qui constitue un handicap majeur pour la gestion optimale des ressources humaines en santé.

En ce qui concerne **la gestion pharmaceutique**, le niveau de performance est jugé bon. En effet, il est noté une amélioration dans le sous-secteur pharmaceutique avec la création de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux et du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux. La cession des produits pharmaceutiques aux formations sanitaires par la CAME à un coût social, la promotion des médicaments génériques et le contrôle des prix constituent des plateformes autour desquelles s'opèrent toutes les autres actions visant leur accessibilité financière et la gestion des médicaments et leur disponibilité sont autant d'éléments qui ont connu une bonne amélioration.

Pour le **système d'information sanitaire**, le niveau de performance est bon. Ce constat se base sur l'existence d'un bon circuit d'information globalement adéquat. Cependant, la qualité des statistiques produites par le SNIGS est encore loin d'être satisfaisante. Les données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision. Il existe un grand vide à combler à savoir, l'existence d'une loi ou de dispositions réglementaires qui obligent les établissements de santé privés à fournir au SNIGS des rapports sur des prestations et des activités précises.

**Enfin, l'implication des structures privées** ne fait pas encore l'objet d'une réglementation géographique rigoureuse tenant compte des besoins du pays en matière de couverture sanitaire. Aussi, en dépit d'une procédure bien établie pour l'autorisation de l'exercice privé de la médecine,

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Professionnels de la santé exercent-ils dans le secteur privé sans  
L'importance du secteur privé confessionnel dans la  
prestation de services au premier échelon de la pyramide sanitaire est très grande. La taille et la  
portée du secteur de la médecine traditionnelle ne sont pas vraiment connues. Mais, la collaboration  
des tradipraticiens avec les zones sanitaires et les DDS est d'une qualité relativement bonne et  
dépend en grande partie des responsables de l'administration sanitaire.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**ANNEXE**

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**FAIBLESSES DE LA GESTION DU SYSTÈME DE SANTE DU BENIN**

	<b>FAIBLESSES</b>		<b>RECOMMANDATIONS</b>
Gouvernance et leadership dans le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un cadre réglementaire renforçant le leadership du ministère</li> <li>- Existence d'un document de politique sanitaire</li> <li>- Existence de cadre de concertation et de coordination des interventions du secteur</li> <li>- Existence de mécanisme de suivi évaluation de la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire</li> <li>- Fonctionnalité du mécanisme de compte rendu à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instabilité du cadre réglementaire du secteur</li> <li>- Caducité des textes régissant les structures sous tutelle du ministère de la santé</li> <li>- Multiplicité des cadres de concertations au niveau du ministère</li> <li>- Existence d'incohérence dans les textes qui régissent la gouvernance au niveau des zones sanitaires et hôpitaux de zone</li> <li>- Existence de conflits entre les structures au niveau périphérique</li> <li>- Faible implication des élus locaux dans la gouvernance du secteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accélérer la poursuite des réformes par la prise des textes notamment la direction départementale de la santé afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle</li> <li>- Tenir compte des incohérences dans l'élaboration de nouveaux textes régissant les structures du niveau périphériques</li> <li>- Réduire le nombre de cadres de concertation au niveau du ministère pour plus d'efficience</li> <li>- Rendre plus attrayant et pertinent le contenu des cadres de concertation à tous les niveaux du système</li> </ul>
Prestation des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne couverture en infrastructures sanitaires</li> <li>- Système de prestation de soins offrant une gamme très variée de prestation de soins en réponse au profil épidémiologique du pays</li> <li>- Amélioration de l'utilisation des services de santé</li> <li>- Part croissante des formations sanitaires privées dans l'offre des soins de santé ;</li> <li>- Mise en œuvre des stratégies retenues dans le PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité et accessibilité des soins restent faibles</li> <li>- Insuffisance des équipements et dispositifs médicaux pour les prestations de services de santé</li> <li>- Faiblesse de la qualité des soins offerts</li> <li>- Le fonctionnement du système de référence et de contre référence reste très perfectible avec l'acquisition de vrais véhicules médicalisés bien équipés ;</li> <li>- Les évacuations sanitaires restent élevés et très coûteux pour le système de santé ;</li> <li>- Contraste entre le profil épidémiologique et les efforts de prestation fournis par les agents de santé ;</li> <li>- Faible encadrement des relais communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le renforcement de la couverture nationale en infrastructure sanitaires ;</li> <li>- Assurer la disponibilité permanente du personnel qualifié</li> <li>- Développer la contractualisation des formations sanitaires en impliquant davantage le secteur privé</li> <li>- Mettre en place un mécanisme de certification de la qualité des soins et d'accréditation des hôpitaux publics et privés</li> <li>- Doter le pays d'hôpitaux modernes spécialisés dans la prise en charge des affections chroniques</li> <li>- Encourager les formations sanitaires privées à recruter du personnel qualifié de santé dans le cadre d'un partenariat public privé ;</li> <li>- Renforcer la supervision des relais communautaires</li> </ul>



[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

<p>Ressources Humaines en santé</p>	<p>Renforcement des Ressources Humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des personnels qualifiés dont les effectifs doivent être renforcés</li> <li>- Multiplicité des sources de financement des RHS</li> <li>- Contribution importante du secteur privé à l'effectif du personnel de santé au niveau national</li> <li>- Existence d'une volonté politique à résoudre le problème de pénurie du personnel de santé</li> <li>- Existence des institutions et universités de formation initiale et de spécialité du personnel médical et paramédical</li> <li>- Amélioration progressive de la situation salariale du personnel de l'Etat en général et de la santé en particulier</li> <li>- Attribution des différentes primes aux agents de santé dans la perspective de relèvement des rémunérations et de leur valorisation</li> <li>- Prise de conscience sur la problématique de la gestion des ressources humaines, tant au niveau du Gouvernement que chez les Partenaires Techniques et Financiers</li> <li>- Renforcement progressif de la décentralisation et du pouvoir local dans le pays</li> <li>- Disponibilité des partenaires pour le financement de la formation des RHS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonctions limitées de la DRH du Ministère de la Santé dans la gestion des carrières des RHS</li> <li>- Lenteur dans le traitement des dossiers et actes administratifs</li> <li>- Gestion prévisionnelle insuffisante des carrières</li> <li>- Gestion des RHS insuffisamment décentralisée</li> <li>- Iniquité dans la répartition géographique du personnel de santé sur le territoire national</li> <li>- Non couverture des besoins surtout des spécialités médicales et paramédicales</li> <li>- Coexistence de plusieurs statuts d'agents dans le fonctionnement d'une même structure sanitaire rendant complexe la gestion du personnel et qui affecte la cohésion de l'équipe et le climat social du centre de santé</li> <li>- Absence d'un véritable système d'évaluation des performances du personnel</li> <li>- Absence ou caducité des textes et lois spécifiques régissant les fonctions des RHS</li> <li>- Insuffisance d'allocation de ressources financières pour le recrutement et la formation des RHS</li> <li>- Inadéquation de la formation initiale des professionnels de santé avec les besoins en compétence du secteur, notamment concernant les personnels paramédicaux</li> <li>- Absence de formation des formateurs avec un risque de ne pas assurer la relève</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en application les contenus des documents fondamentaux élaborés sur la gestion des RHS au Bénin</li> <li>- Renforcer le leadership de la Direction des Ressources Humaines à travers une meilleure réglementation de leur gestion</li> <li>- Renforcer le cadre partenariat public/privé pour l'augmentation des effectifs</li> <li>- Assurer une meilleure organisation des concours de recrutement en évitant la participation des contractuels en cours de reversement</li> <li>- Impliquer davantage les élus locaux dans le financement, le recrutement et la gestion des ressources humaines santé.</li> </ul>
-------------------------------------	--	---	--

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Gestion pharmaceutique</p>	<p>et politiques assez pour pharmaceutique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un système approprié est en place pour la sélection des médicaments essentiels et pour la révision et la mise à jour de la LME.</li> <li>- Conformité des méthodes d'approvisionnement du secteur public aux exigences internationales.</li> <li>- Financement suffisant de la CAME</li> <li>- Utilisation des outils de gestion des stocks, comme les fiches et les registres de stock dans les formations sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité en ressources humaines et financières limitée pour l'application des lois et dispositions réglementaires régissant le secteur pharmaceutique.</li> <li>- Absence de loi ou politique pour la gestion des dons de produits pharmaceutiques</li> <li>- Faibles capacités financière, matérielle et humaines du Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments pour répondre au contrôle de la qualité exigé du secteur pharmaceutique.</li> <li>- Capacité de stockage insuffisante du dépôt central de la CAME</li> <li>- Existence de la vente des médicaments sur le marché informel</li> <li>- Risque financier pour la CAME qui 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.</li> <li>- Limite du système d'information sanitaire (SIS) de la CAME qui ne recueille pas d'informations sur les stocks</li> </ul> <p>Inexistence de système d'information séparé pour la gestion des produits pharmaceutiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de la capacité des établissements au niveau périphérique à déterminer à long terme leurs besoins pharmaceutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre les textes et dispositions réglementaires en vigueur</li> <li>- Assurer un meilleur contrôle de la vente illicite des médicaments.</li> <li>- Corriger les autres insuffisances relevées.</li> </ul>
---	---	--	---

*Système d'Information Sanitaire*

<p>est bonne ; il est et reconnu comme ication, la gestion et la prise de décision. La mise en œuvre des recommandations des différentes évaluations a permis de rendre le SNIGS plus dynamique et susceptible de suivre l'évolution de son environnement. Le SNIGS, mieux que par le passé, publiée à temps l'Annuaire des Statistiques Sanitaires pour contribuer à l'efficacité du processus de prise de décision.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'édition de 2012 est élaborée selon les nouveaux canevas adoptés par les acteurs du SNIGS. Entre autres, elle fournit aux décideurs, autorités et autres acteurs du secteur de la santé, responsables à divers niveaux, chercheurs, partenaires au développement et aux collectivités territoriales des statistiques fiables et actualisées sur le profil épidémiologique du pays, les principaux indicateurs de santé et les ressources utilisées.</li> <li>- La publication régulière permet donc de disposer d'un outil qui vient en soutien non seulement au processus de planification, de suivi et d'évaluation des programmes/projets de santé mais aussi de gestion et de prise de décision en matière de politique de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La coordination dans le processus de collecte des données est insuffisante ; il est à noter une faible intégration des données du secteur privé (moins de 10% de leurs statistiques sont intégrées dans la base du SNIGS alors qu'elles totalisent à elles seules environ 40% des activités de soins surtout dans les grandes villes).</li> <li>- 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</li> <li>- un manque de lois ou de dispositions réglementaires obligeant les établissements de santé privés à fournir des informations au SNIGS ;</li> <li>- une diffusion et une utilisation encore limitées de l'annuaire des statistiques et du bulletin d'information «Rétro-SNIGS» ;</li> <li>- le manque d'une base solide de soutien financier constitue la plus grande menace qui pèse sur le système.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il conviendrait d'utiliser les informations du SNIGS au niveau des centres de santé périphériques et d'exploiter régulièrement au niveau intermédiaire, les rapports SNIGS. Enfin, il faut désagréger les données de couverture vaccinale selon le sexe.</li> </ul>
--	--	--

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

*Implication du Secteur Privé*

<p>...ié et dynamique. Il caux, des cliniques, et des cliniques et hôpitaux religieux a but non lucratif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cet ensemble 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 régulièrement au Ministère de la Santé des statistiques sur la prestation des services et font l'objet de contrôles périodiques du Ministère de la Santé.</li> <li>- • Le Ministère de la Santé a 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.</li> <li>- • 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.</li> <li>- 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Bénin possède un nombre important de praticiens non agréés et d'établissements sans autorisation d'exploitation. Le gouvernement du Bénin a du mal à faire appliquer ses dispositions réglementaires relatives au secteur privé de la santé.</li> <li>- Aucune formation continue n'est exigée des professionnels de la santé et les possibilités de formation continue sont limitées.</li> <li>- • 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la formation continue du personnel et une meilleure gestion des ressources humaines ;</li> <li>- une augmentation de la fréquence des audits et contrôle de la gestion du système sanitaire et l'application des sanctions quand elles s'imposent ;</li> <li>- l'institutionnalisation de plateforme fonctionnelle entre les tradipraticiens et le ministère de la santé ;</li> <li>- l'octroi de moyens financiers à l'organisation des tradipraticiens;</li> <li>- une meilleure exploitation des savoirs endogènes en matière de santé et la promotion de la recherche sur la médecine traditionnelle.</li> <li>-</li> </ul>
--	---	--