

VERS LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE AU BÉNIN

Réflexions et perspectives

AGNILA Jean-Claude
AGOSSOU Coffi
AISSAN Julien
AKOUTEY Vincent
ALLABI Elodie
BOÏ KILANYOSSI Odile
DAVODOUN Paulin
DE BAEREMAEKER Deborah
DODOO Virgile
DRESSE Anaïs
EKAMBI Armand
FANOUKPE Rocadin
GBAGUIDI Gildas
GHESQUIERE Graziella
GNANCADJA Fidèle
HOUINSOU André
HOUNOVI Amavi
HOUNTONDJI Antoine
KASHALA ILUNGA Jean Pierre

KOUNNOU Marcel
LAFIA Edgard
MORAY Marc
NAMBONI Jacob
OLODO Jocelyne
PARE René
PENSON Florence
SAGBOHAN Auguste
SAIZONOU Jacques
SEGLA Euloge
SOGBOHOSSOU Paulin
SONON B. Félix
TOUMOUDAGOU Ouimpabo

Sous la direction de:

JANSEN Christel
LODENSTEIN Elsbet
LODI Evariste
TOONEN Jurrien



Royal Tropical Institute

Remerciements

Les auteurs remercient pour leurs encouragements, commentaires et interventions constructives lors de la rédaction et révision de ce document : Paul VERLE, Karel GYSELINCK et Lieve GOEMAN de la Direction Expertise Sectorielle et Thématique, CTB Bruxelles ; Marie-Christine BOEVE, Julie LEDUC, Maureen DEBRUYNE, Eric GAMACHE, Fabian CLEMENT et Guido COUCK du Service Communication, CTB Bruxelles ; Michel FRANCOYS, Représentant résident, CTB Bénin ; Harika RONSE, Service de Communication, CTB Bénin ; Ad VAN HELMOND, Rédacteur indépendant ; et Arlette KOUWENHOVEN, KIT Publishers.

Table des matières

Sigles	4
Avant-Propos	7
Introduction	9

PARTIE I : CONTRIBUTIONS AU DESIGN DU RAMU – ANALYSE DES ETUDES DE CAS

1.	Les enjeux d'un système de santé performant	13
2.	Comment appuyer la professionnalisation des mutuelles ?	19
3.	Comment assurer l'équité ?	27
4.	Comment assurer l'expression de la voix de la population?	35
5.	Comment assurer la qualité des soins ?	43
6.	Comment renforcer la performance de la pyramide sanitaire ?	55
7.	Conclusions et recommandations	63

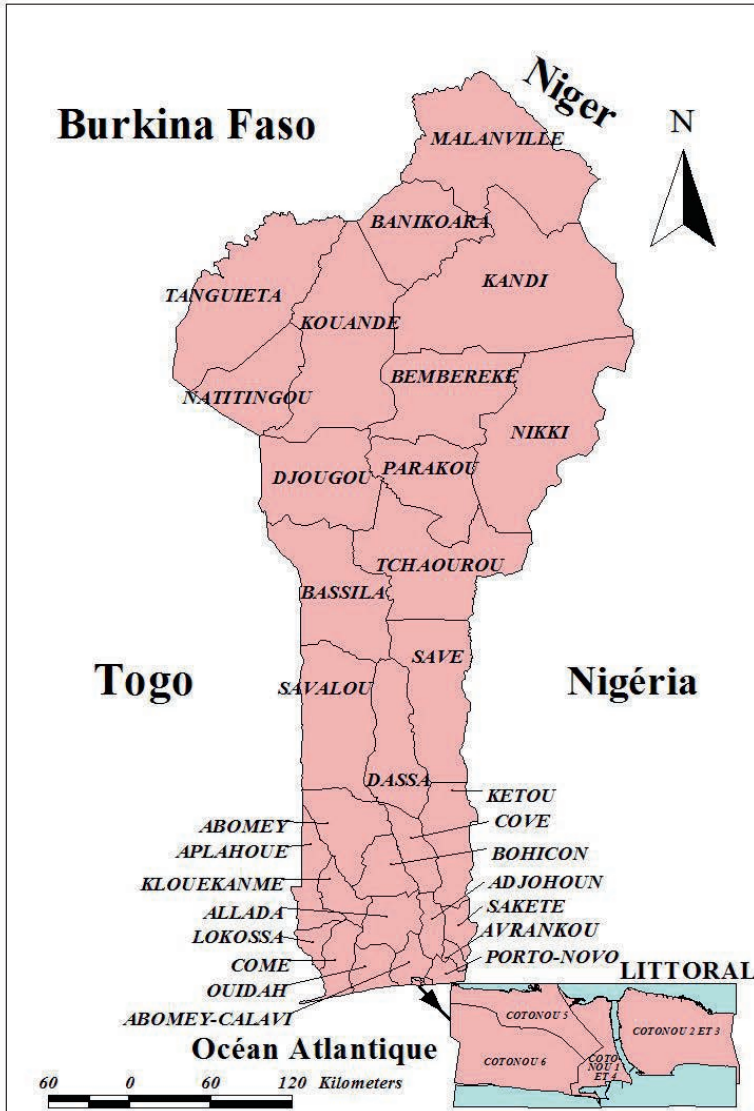
PARTIE II : ETUDES DE CAS

1.	La stratégie de collecte des cotisations par des agents commerciaux	71
2.	La viabilité financière	77
3.	Une approche communautaire d'identification des indigents	87
4.	Une large sensibilisation pour une meilleure représentativité des organes de cogestion	95
5.	Le cadre local de concertation – Lieu d'expression des mutuelles	101
6.	Le Financement Basé sur les Résultats : cadre institutionnel et indicateurs	109
7.	La disponibilité des produits sanguins	131
8.	L'amélioration du système de référence et contre référence	137
9.	Le transfert de compétences entre zones sanitaires: audit des décès maternels	147
10.	L'accompagnement des zones sanitaires par le DDS	153
11.	La formation des zones sanitaires en recherche	157
12.	La mémoire institutionnelle du Ministère de la Santé	161
13.	Améliorer les échanges entre la politique et la pratique	165

Sigles

AAP	Agence d'Achat de Performance
AD	Atacora-Donga
ADA	Appui au Développement Autonome
ADAM	Agence Départemental d'Assurance Maladie
ADD	Antenne Documentaire Départementale
ADD	Applahoué-Djakotomé-Dogbo
AIMS	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
ANAM	Agence National d'Assurance Maladie
ATI	Assistant Technique International
ATN SP	Assistant Technique National, volet Santé Publique
ATN TS	Assistant Technique National, volet Transfusion Sanguine
BIT/STEP	Stratégies et Techniques contre le l'Exclusion sociale et la Pauvreté du Bureau International de Travail
BM	Banque Mondiale
BRS	Belgian Raiffeisen Foundation
CDOC	Centre de Documentation
CdP	Communauté de Pratique
CDTS	Centre Départemental de Transfusion Sanguine
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CLIVI	Comités Locaux d'Identification et de Validation des Indigents
CNERS	Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CODIR	Comité de Direction
COGES	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Centres de Promotion Sociale
CS	Centre Sanitaire
CTB	Agence Belge de Développement
CUS	Couverture Universelle de Santé
DDS	Direction Départementale de la Santé
DFRS	Direction de la Formation et de la Recherche en Santé
DPP	Direction de la Programmation de la Prospective
ECARS	Equipe de Coordination des Actions de Recherche
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
ERZS	Equipe de Recherche de la Zone Sanitaire
FaCOM	Facilitateurs Communautaires
FASNAS	Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale
FBR	Financement Base sur les Résultats
FM	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
FNRB	Fonds National de Retraites du Bénin

FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FSI	Fonds Sanitaires des Indigents
GTT	Groupe de Travail Thématique
HZ	Hôpital de Zone
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
KIT	Institut Royal des Tropiques
KTL	Klouékanmè, Toviklin et Lalo
MC	Mono-Couffo
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MS	Ministère de la Santé
MSS	Mutuelle de Sécurité Sociale
MUSA	Mutuelles de Santé Communautaires
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P4H	Providing for Health
PARZS	Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires
PASS	Programme d'Appui Sectoriel Santé
PASTAM	Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle
PAZS-Comé	Projet d'Appui à la zone sanitaire de Comé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en Charge
PIHI	Paquets d'Intervention à Haut Impact
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIF/SIDA
PP	Prime à la Performance
PRSSP	Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
PSCS	Plate-forme Société Civile et Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTD	Plan Triennal de Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
SEPS	Service des Etudes de la Planification et du Suivi
SGM	Secrétaire général du Ministère
SIDS	Système d'Information Documentaire Sanitaire
SMI	Santé maternelle et infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SYLOS	Système Local de Santé
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Contenant de l'Anatoxine Tétanique
VIM	Vente Illicite de Médicaments
ZS	Zone Sanitaire



Avant-propos

La coopération entre le Bénin et la Belgique dans le secteur de la santé comprend deux interventions : l'une contribuant au développement des politiques sanitaires rationnelles au niveau central (l'AIMS) et l'autre accompagnant l'opérationnalisation de ces politiques au niveau déconcentré de la pyramide sanitaire (le PARZS). Ce binôme, en interaction permanente, partage le souci de promouvoir des cycles d'apprentissage institutionnels et organisationnels.

Il ne s'agit pas d'interventions centrées prioritairement sur l'apport d'« inputs » et la réalisation de « produits » à travers la mise en œuvre d'activités préprogrammées. Elles se focalisent plutôt sur le processus (« comment mieux faire») et le changement des attitudes et comportements des acteurs impliqués comme leviers de progrès et d'améliorations.

L'idée est donc d'accompagner le Ministère de la santé (MS) à devenir « une organisation apprenante », c'est-à-dire une organisation qui fonde le développement de ses politiques, stratégies et normes sur la disponibilité et l'analyse d'informations actualisées, de qualité et bien organisées (accessibles) et sur la valorisation des réflexions critiques et des bonnes pratiques provenant du terrain, du niveau central du MS et des acteurs externes. Développer une organisation apprenante nécessite des échanges, alimentés particulièrement par les expériences menées sur le terrain, en particulier de la recherche-action intégrée au développement de la zone sanitaire.

Cette démarche exige une gestion scientifique qui requiert un accompagnement intensif pour familiariser les acteurs impliqués avec (1) la logique de la gestion scientifique et la recherche-action, (2) l'identification des hypothèses de recherche, (3) la conduite et le suivi de la recherche-action et (4) la documentation et la communication autour des résultats de recherche. Ce processus est accompagné par un « appui scientifique » animé par l'Institut Royal des Tropiques (KIT) d'Amsterdam en collaboration avec l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP).

Dans ce cadre, trente-deux thèmes ont été retenus lors de l'exercice d'identification et de priorisation des besoins de l'action-recherche-action. Ces thèmes ont été regroupés en grappes et alignés sur deux axes thématiques que sont le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et le Financement Basé sur les Résultats (FBR), deux des récentes réformes

du secteur. Ces dernières ont l'avantage de jouir d'un important potentiel fédérateur d'autres thèmes de préoccupation au niveau du secteur (telles la qualité des soins, les ressources humaines, l'interface entre les prestataires et usagers et la gouvernance).

Même si le Bénin a déjà connu quelques expériences en rapport avec le RAMU et le FBR, ces thèmes sont relativement nouveaux dans le pays. Raison pour laquelle les acteurs du Programme d'Appui Sectoriel Santé (PASS) tentent, à travers cette publication, d'y alimenter les réflexions sur le processus de développement de la couverture maladie universelle.

Evariste LODI-Okitombahe

Coordinateur technique
du Programme d'Appui au Secteur de la Santé

Introduction

Le gouvernement du Bénin a engagé le processus de mise en œuvre du RAMU dans le but d'améliorer l'accessibilité financière des populations à un paquet de base de soins de santé de qualité. Commencées en 2008, la réflexion, la préparation et la mise en œuvre du RAMU au Bénin ont fait émerger des défis et des questions divers au sein des acteurs impliqués dans le processus. Ces acteurs qui se retrouvent tant aux niveaux international, national et opérationnel, que dans les secteurs gouvernemental, non-gouvernemental et privé sont la cible principale de cette publication.

Une autre réforme récemment adoptée par le gouvernement du Bénin est le FBR, approche reconnue pour son potentiel à améliorer la performance des systèmes de santé : la qualité des soins, la productivité, la redevabilité et la gouvernance.

La présente publication tente de fournir des éléments de réponse aux préoccupations des acteurs du PASS au Bénin relatives au développement harmonieux du RAMU et du FBR. Ainsi, à partir des expériences au sein du secteur relatives à ces réformes et des connaissances qui en découlent, les auteurs de cette publication basent leur réflexion sur cinq questions, à savoir :

- Comment appuyer la professionnalisation des mutuelles ?
- Comment assurer l'équité ?
- Comment assurer l'expression de la voix de la population ?
- Comment assurer la qualité des soins ?
- Comment renforcer la pyramide sanitaire ?

Les tentatives de réponse à ces questions objet de cette étude ont pour but d'alimenter le développement de la couverture maladie universelle au Bénin.

Comment lire cette publication ?

Cette publication est construite sur la base des études de cas développées par les acteurs du PASS au Bénin. Elle est divisée en deux parties (I et II). La partie I fait l'analyse et la synthèse des leçons apprises des études de cas qui elles, constituent la partie II de la publication. Ainsi, le lecteur peut faire le choix de l'étude cas dont il veut approfondir la lecture.

La partie I part des études de cas pour tenter de répondre aux cinq questions citées ci-dessus. Ces dernières font chacune l'objet d'une tentative de réponse sommaire suivie d'une brève discussion avec triangulation des leçons apprises des expériences vécues et questions subsidiaires pour des explorations complémentaires à travers la recherche-action. Quelques recommandations et un essai de conclusion sont proposés pour clôturer chacune des questions.

La partie II décrit en détail les treize études de cas.

Le lecteur est libre de lire les deux parties entièrement, s'intéresser à l'une ou l'autre des cinq questions de la partie I et les études de cas y relatives dans la partie II.

Comme le constateront ceux qui auront à découvrir cette publication, il s'agit davantage d'interrogations nécessitant des réflexions (auxquelles ils sont appelés à contribuer) plutôt que de recettes à utiliser.

***PARTIE I :
CONTRIBUTIONS AU DESIGN
DU RAMU***

ANALYSE DES ETUDES DE CAS



1 Les enjeux d'un système de santé performant

Vers le RAMU et le FBR

Les résultats du secteur de la santé au Bénin sont encore peu satisfaisants. En effet, le pays a une espérance de vie à la naissance de 59,2 ans et un taux de mortalité infantile élevé (59,5 pour mille) de même que celui de mortalité maternelle (204 pour 100.000 naissances vivantes). Du point de vue du financement de la santé, la dépense nationale de santé per capita s'élevait à 15.320 F CFA (soit 30,67 US \$) en 2008. La part du budget national dévolue au secteur de la santé en 2012 ne représentait que 6,6% : très loin de l'engagement des Chefs d'Etat d'Abuja (15%). Les estimations issues des Comptes Nationaux de la Santé 2008 font état d'un niveau élevé des dépenses de santé par les ménages (soit 44% en 2008), ces dépenses per capita s'élevait à 6.775 F CFA (13,55 US \$) comparativement à celles du gouvernement qui étaient de 4.276 F CFA (8,55 US \$) per capita.

Pour faire face à cette situation, le gouvernement du Bénin a adopté les stratégies du RAMU pour augmenter l'accessibilité financière des services de santé et le FBR pour améliorer l'efficacité et la qualité de ces services.

Le Régime d'Assurance Maladie Universelle – c'est quoi ?

Le RAMU est l'instrument pour atteindre la Couverture Universelle de Santé (CUS), en anglais « universal health coverage (UHC) », de type assurance des risques maladie, accidents non professionnels et maternité. La CUS représente l'un des défis majeurs des politiques de santé publique de ce dernier siècle. En dépit de cela, il n'existe pas encore une définition unanimement acceptée de ce concept. Dans la plupart des cas, il est défini comme étant un « accès aux soins préventifs, curatifs et de réhabilitation pour tous et à un prix abordable ».

Habituellement, la Couverture Universelle en Santé est comprise comme étant l'extension de (i) la proportion de la population couverte, (ii) la quantité et la qualité des services offerts et (iii) la couverture des coûts (et par conséquent la réduction de la participation financière de la population

aux coûts de soins). La figure 1 ci-dessous montre les trois dimensions proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

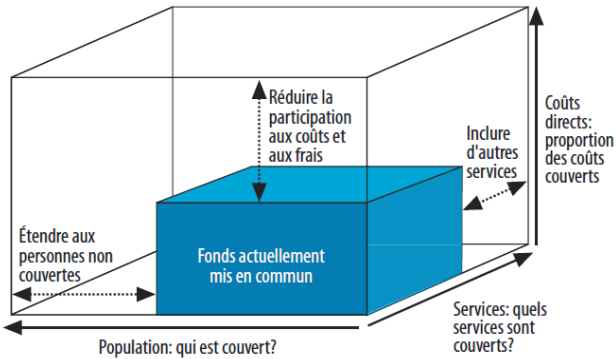


Figure 1 : Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle.

La réponse aux trois dimensions du cube de l'OMS ne veut pas dire que les services offerts sont automatiquement utilisés par tous ceux auxquels ils sont destinés. Encore faut-il que ces services soient suffisamment « acceptables » sur les plans socio-culturel (adaptés aux perceptions culturelles par exemple) et/ou socio-économiques et qu'ils soient fournis de façon équitable pour maximaliser les chances de leur utilisation. Souvent, l'on constate que les différentes couches sociales sont traitées de façon différente, dans la mesure où dans la plupart des cas, les plus pauvres et fragiles reçoivent moins d'attention et de respect, les analphabètes moins d'information, etc. Enfin, quand bien même la couverture universelle en services de santé serait acceptable et équitable, qu'est-ce que cela signifierait si la qualité des soins n'est pas aux standards ?

Le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin

En ce moment, plusieurs organes sont impliqués dans l'assurance maladie au Bénin: le Fonds National des Retraités du Bénin (FNRB), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), la Mutuelle de Sécurité Sociale (MSS), les mutuelles de santé communautaires (MUSA) et les compagnies d'assurance. Il a été délégué aux mutuelles la couverture du secteur informel dans le cadre du RAMU. Fin 2011, on dénombrait environ 207 mutuelles de santé communautaires couvrant près de 49% du territoire national pour un effectif estimé à 200 000 personnes (6% de la population). Ce nombre de bénéficiaires demeure malheureusement assez éloigné des objectifs fixés dans le Plan Stratégique de Développement des MUSA : 2 millions de personnes en 2013. De plus, le gouvernement du Bénin a pris un

certain nombre de mesures d'exemptions de paiements directs des soins de santé : le Fonds sanitaire des indigents (FSI), la gratuité de la césarienne, l'Initiative de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, etc.

Il existe une vraie volonté politique pour le développement du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin. Dans ce cadre, un comité technique interministériel a été mis en place pour les travaux préparatoires du RAMU. Ce comité a contribué à la production des documents importants tels les rapports d'étape, l'avant-projet de loi et l'avant-projet de décret d'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM). Le lancement officiel du RAMU le 19 décembre 2011 a eu lieu sous la présidence de son Excellence le Docteur BONI YAYI, Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement.

Tous les organes cités plus haut (FNRB, CNSS, MSS, MUSA, compagnies d'assurance et l'ANAM) sont susceptibles de devenir des « organismes gestionnaires délégués potentiels du RAMU ». Toutefois, la mission de « Providing for Health – P4H »¹ au Bénin relève un nombre de défis importants. Ces derniers sont relatifs à la gouvernance du RAMU (manque de clarté quant au rôle principal de l'ANAM et textes y afférents), au financement de la santé (absence de simulation rigoureuse des coûts du paquet de soins et la faiblesse du FSI pour l'indigence : critères d'éligibilité, méthodes d'identification, base de données, responsabilité, etc.) et à la prestation de services (manque d'information quant à la capacité d'absorption de l'augmentation de la fréquentation des formations sanitaires liée au RAMU et la faible disponibilité et qualité des soins effectivement disponibles). Ainsi, bien que la volonté politique soit ferme au niveau le plus élevé du Gouvernement, ces constats de la mission P4H prouvent à suffisance que les éléments essentiels au déploiement du RAMU ne sont pas encore en place.

Le Financement Basé sur le Résultat – c'est quoi ?

Le passage d'un financement de santé traditionnellement basé sur la planification d'intrants (financement fondé sur des budgets estimés sur la base des besoins) à des approches alternatives comme le FBR (financement basé sur les résultats) est reconnu pour son potentiel à améliorer la performance des services de santé. Le principe de base est que « l'argent suit le patient » : si les établissements de santé attirent davantage de patients et fournissent des services de qualité, ils recevront davantage de subventions sur base de résultats rapportés et vérifiés, qui sont définis dans un contrat (mensuel, trimestriel ou biennuel). Comme il

1 Rapport de la mission conjointe du réseau P4H (Providing for Health), 5 au 10 Février 2012, OMS / Banque mondiale / France / Suisse / USAID / Belgique.

s'agit de paiements « ex post », quand les résultats ont été atteints, les prestataires chercheront toujours comment les améliorer en termes de productivité et de qualité de soins. Cela donne aussi la possibilité d'allouer les fonds aux priorités des politiques nationales. En effet, les paiements étant liés à l'augmentation de l'utilisation des services, les prestataires se retrouvent quelque part obligés de mieux répondre aux besoins et attentes des utilisateurs effectifs et potentiels de leurs services.

Le Financement Basé sur le Résultat au Bénin

Au regard des résultats peu satisfaisants du secteur de la santé, le Bénin a pris l'option d'introduire l'approche FBR comme stratégie novatrice pour atteindre les objectifs spécifiques du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Pour ce faire, un défi important est celui de développer une approche FBR qui soit adaptée aux réalités du Bénin, qui n'est pas un pays post-conflit où l'approche FBR a été le plus développée. Dans un pays post-conflit en effet, il serait aisé d'introduire des nouvelles structures de gouvernance de la santé par exemple, ce qui est loin d'être approprié pour un pays ayant une architecture sanitaire bien établie comme le Bénin. Ici, il est question de voir comment insérer le FBR dans les structures sanitaires des institutions nationales et définir les résultats prioritaire à atteindre. Aussi, faut-il étudier comment relever les défis relatifs aux mesures incitatives côté-demande et assurer que les leçons apprises à travers les différents programmes pilotes du FBR en place actuellement renforcent la politique en FBR propre au Bénin ?

Les paragraphes qui suivent alimentent la réflexion autour des cinq questions clés qui se sont posées aux acteurs du PASS dans le cadre du développement et mise en œuvre de l'approche RAMU et stratégie FBR au Bénin.



ETS CAUSERIE
ENTE DES CARTES DE RECHARGE



2 Comment appuyer la professionnalisation des mutuelles ?

Les mutuelles vers le RAMU et le FBR

Points clés :

- *Bien d'expériences sur les mutuelles de santé communautaires au Bénin peuvent constituer des sources d'information pour le RAMU, notamment en ce qui concerne l'organisation, la gestion et le calcul des coûts.*
- *Les MUSA peuvent utiliser le FBR pour mieux négocier la performance des prestataires. Aussi peuvent-elles jouer le rôle d'« acheteur » des services à travers les responsabilités de contractualisation et de vérification de la qualité des services fournis.*
- *Les MUSA ne constituent pas toujours un besoin ressenti par la population, d'où la faiblesse du taux de pénétration habituellement enregistré.*
- *L'augmentation de la pénétration requiert que les services offerts par les mutuelles soient considérés et vendus comme des « produits » et que les services de santé répondent à un niveau de qualité satisfaisant.*
- *Les MUSA se trouvent en concurrence avec d'autres types de système d'assurance. Leurs services doivent être compétitifs.*
- *Une approche communautaire dont le fonctionnement repose sur le bénévolat est difficilement soutenable à long terme, limitant ainsi le niveau de professionnalisation et donc le potentiel des MUSA.*
- *Les activités des MUSA relèvent de l'économie sociale et donc nécessitent des efforts de professionnalisation, en ce compris le renforcement des capacités techniques.*
- *La professionnalisation génère des coûts supplémentaires mais offre la possibilité d'augmenter les revenus.*
- *L'étude de cas sur la viabilité financière des MUSA fournit des éléments pouvant alimenter des simulations des coûts au niveau national ainsi que les revenus de l'implication des MUSA dans le RAMU.*

- *Le problème de la durabilité des mutuelles se pose. Les contributions des adhérents ne pouvant couvrir que la moitié des frais des mutuelles, un complément par une agence financière extérieure est requis.*

Introduction

Dans le cadre du développement du RAMU au Bénin, la responsabilité de la prise en charge du secteur informel (qui représente plus de 80% de la population) a été confiée aux mutuelles de santé. Cette option part de l'idée que les mutuelles ont le potentiel : (i) d'augmenter l'accessibilité financière des soins de santé par le partage des risques, (ii) d'augmenter la disponibilité de fonds pour la santé à travers des cotisations des adhérents et (iii) de renforcer l'interface entre l'offre (les prestataires des services de santé) et la demande (les bénéficiaires des services de santé). L'assurance maladie dont les mutuelles de santé fait partie d'un système de tiers-partie entre offre et demande. Les mutuelles constituent donc une bonne opportunité pour créer une interface entre ces deux parties prenantes.

En outre, il est reconnu aux mutuelles le potentiel d'aider à la mise en œuvre des politiques nationales au niveau opérationnel. Les leçons apprises de l'analyse du fonctionnement des structures mutualistes actuellement en place au Bénin peut nourrir les réflexions autour du design du RAMU.

Etude de cas 1 : Le marketing social comme stratégie de recrutement pour les MUSA

Le taux de pénétration des mutuelles de santé communautaires dans la ZS de Comé a chuté de 4% à 1% entre 2007 et 2009. Les causes présumées de cette situation sont une mauvaise maîtrise des techniques de communication et le manque de satisfaction des mutualistes de la qualité des services prestés. Pour intéresser de nouveaux adhérents et collecter les cotisations, une des solutions testées est la mise en œuvre de l'approche « marketing social » par des agents « commerciaux ». Cette approche a permis de remonter le taux de pénétration de 2,40% en 2010 à 3,45% en 2011, lequel taux continue à augmenter. L'étude de cas décrit comment l'approche a été développée, la formation et les bonifications des agents et les résultats atteints.

Etude de cas 2 : La viabilité financière des mutuelles

On attend habituellement des mutuelles de santé une amélioration de l'accessibilité financière aux soins pour la population couverte mais aussi une augmentation du financement disponible pour la santé à travers des contributions des adhérents. L'implantation de ces MUSA n'est pas sans coûts additionnels liés aux investissements de démarrage mais également au fonctionnement des MUSA. Les coûts de fonctionnement sont ceux de transactions (par exemple les actes financiers, administratifs et les salaires)

mais aussi ceux liés à l'augmentation de l'utilisation des services. L'étude de cas sur les MUSA à Comé prouve à suffisance combien ces coûts ne sont pas négligeables. L'étude fournit des informations utiles à l'estimation des coûts additionnels liés à la promotion des mutuelles dans le pays ; cela en termes notamment de variables pouvant jouer un rôle important pour assurer la viabilité financière des mutuelles (tels les montants de cotisation possibles, les coûts liés à l'augmentation de services par les adhérents, etc.). Actuellement, le déficit relatif à ce coût additionnel est couvert par un appui financier des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à Comé. A terme, il devrait être pris en charge (au moins partiellement) par le budget national pour que les mutuelles soient durables. L'expérience décrite au chapitre 4 plus bas « comment assurer l'expression de la voix de la population ? » est également à mettre à contribution dans les réflexions sur la professionnalisation des MUSA.

Discussion

La gestion professionnelle

Très souvent, les MUSA sont mises en place sur base d'une approche communautaire, avec des volontaires pour assurer leur gestion. Cette approche semble attrayante car elle réduit les coûts et renforce l'appropriation par la communauté - jusqu'au moment où l'enthousiasme du volontariat s'amenuise. L'étude de cas 1 démontre l'importance de professionnaliser les mutuelles mais aussi de développer les capacités techniques des responsables de leurs bureaux. Au-delà du marketing social, il est question aussi de la gestion financière de la mutuelle même, de la contractualisation avec les prestataires (y compris le suivi de leur performance), de l'administration des adhérents, etc. Cela d'autant plus que les MUSA sont appelées à jouer un rôle important dans le financement de la santé comme prévu dans le cadre du RAMU.

En effet, la MUSA représente une option intéressante dans la mesure où elle peut non seulement contribuer au financement additionnel de la santé mais aussi jouer le rôle d'« acheteur » de soins de qualité dans un système « tripartite » (de séparation des fonctions entre prestataire, régulateur et acheteur de soins). Cette approche, relativement nouvelle dans le pays, requiert un accompagnement technique approprié des acteurs mutualistes tel que le fait déjà ONG GROPERE pour les MUSA de Comé. L'expérience montre que les mutuelles ont besoin d'agents disposant d'un certain niveau de scolarisation. Et pourtant, la disponibilité de ces agents pose problème dans un environnement où la concurrence avec d'autres types de programmes de même nature bat son plein. N'étant pas de nature à garantir la durabilité institutionnelle des MUSA, cet état des faits constitue en effet un facteur limitant pour le RAMU.

La gestion et viabilité financière

Autant la MUSA génère des revenus à travers le marketing social (augmentation des cotisations) et la prise de mesures efficaces telle la fusion des mutuelles peu ou non viables (augmentation de la viabilité financière), autant elle engendre des « coûts de transaction » additionnels pour sa gestion (salaires du gérant et agents de marketing social). A constater que pour le développement du RAMU, les besoins de professionnalisation des MUSA impose également des coûts de transaction importants.

Ainsi, la viabilité financière des MUSA se retrouve confrontée à un certain nombre de préoccupations dont : (i) l'équilibre à trouver entre les coûts auxquels les mutuelles doivent faire face (fonctionnement propre et remboursement des prestations) et les revenus générés, (ii) le besoin de subsidier les MUSA (le cas échéant), (iii) le besoin de subsidier les plus pauvres à travers les mutuelles pour augmenter leur accessibilité financière aux soins dans le cadre du RAMU, (iv) le niveau de pauvreté à considérer, etc. La mobilisation des ressources complémentaires pour répondre à ces préoccupations constitue aussi un point d'attention important (revenus sur les impôts actuels ou introduction des nouvelles taxes²). Les modalités de financement des subventions des plus pauvres soulèvent également autant d'interrogations que les préoccupations exprimées ci-dessus.

De l'étude des cas des mutuelles de Bopa et de Houyégobé, il ressort que le déficit enregistré sur les frais à recouvrer en 2011 était de 58% en dépit des donations des PTF. Une fois ces donations enlevées, la perte enregistrée par les MUSA s'est naturellement avérée plus importante de sorte que les dépenses totales réalisées étaient nettement plus élevées que les revenus générés. Bien que le coût par maladie était un peu plus élevé qu'attendu et que les activités préventives n'étaient pas prises en compte dans les primes de cotisation – une des causes épinglées était un coût moyen relativement élevé lié aux problèmes de surprescription (situation que l'on ne saurait éviter dans le RAMU). Ce qui repose la question de savoir qui de l'Etat ou des PTF va financer ce manque à gagner du dispositif assurantiel ?

Au stade actuel des choses, à peu près la moitié des dépenses des plus pauvres est couverte par le financement extérieur. Ce qui cadre bien avec la littérature internationale où il est rapporté que pour les pays pauvres, les recettes intérieures ne peuvent à elles seules suffire pour la couverture universelle et de ce fait, l'aide extérieure reste nécessaire.^{3,4,5}

2 Taxe sur la Valeur Ajoutée au Ghana, impôts sur le tabac et l'alcool ailleurs

3 Jeffrey D Sachs (2012). Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet, Volume 380, Issue 9845, Pages 944 – 947.

4 Moreno-Serra and Smith (2012). Does progress towards universal health coverage improve population health? The Lancet, Volume 380, Issue 9845, Pages 917 – 923.

L'étude de cas sur la « viabilité financière des MUSA » peut contribuer au calcul des coûts du RAMU. Dans cette étude, les charges totales sont de 2.383 F CFA par adhérent – dont 67% pour les services de santé rendus aux adhérents, 21% pour les frais variables (administratif, communication, etc.) et 11% pour les charges fixes (salaires). Ce type de données peut servir à réaliser des simulations au niveau national pour le RAMU à côté des études actuarielles.

La vente d'un produit de qualité

L'étude de cas sur le « marketing social » montre que les MUSA ne constitue pas nécessairement un besoin ressenti par la population. Ainsi, la seule disponibilité d'une MUSA ne veut pas dire que la population en comprend les avantages et y adhère pour améliorer son accès financier aux soins. Pour ce faire, la mutuelle doit être vendue comme « produit ». Cela d'autant plus qu'au-delà de son statut d'instrument financier à but social, la mutuelle est aussi un « business » qui doit être bien géré, à même de répondre aux attentes des clients et de négocier la relation prix-qualité (le produit) avec les prestataires. Si une mutuelle ne respecte pas les « règles » du marché, son attractivité et donc le nombre d'adhérents aura tendance à baisser. Quand cela arrive, c'est souvent lié à la diminution de l'intérêt et de l'engagement des groupes communautaires, au départ bien disposés à participer dans une nouveauté qui est ici la mutuelle. Il est coutume qu'au début d'une nouvelle approche, les acteurs soient enthousiastes mais cet enthousiasme s'effrite quand l'effet « nouveauté » vient à disparaître ou ne donne plus ce qui était attendu.

L'évidence des liens effectifs et potentiels entre le RAMU et le FBR fait également partie des enseignements tirés des études des cas. En effet, le contrat dans le FBR constitue un instrument de négociation permettant de bien définir les rôles et responsabilités des parties contractantes par rapport aux résultats attendus. Dans les arrangements contractuels, l'on peut bien définir comment opérationnaliser les politiques de santé conçues au niveau national. Le FBR et les MUSA étant tous deux des approches contractuelles, ils peuvent se renforcer mutuellement. Les MUSA ont la possibilité d'utiliser le FBR pour mieux négocier la performance (productivité et qualité) des prestataires à travers le rôle d'« acheteur ». Dans cette logique, elles peuvent assurer la vérification des résultats rapportés, garantir la rationalisation des prescriptions des médicaments (en minimisant autant que faire se peut leur vente illicite). Le FBR passe pour un instrument puissant pour garantir la qualité des services de santé dans le cadre du RAMU. Ainsi que rapporté dans l'étude de cas 1 « Stratégie de collecte des cotisations par les agents commerciaux », les mutuelles de santé et le RAMU ne peuvent être un succès qu'avec des services de qualité.

- 5 Knaul et al (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Publié en ligne le 16 Aout, 2012 : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61068-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61068-X/fulltext)

Conclusion

Les mutuelles de santé constituent effectivement une stratégie pour améliorer la prise en charge de la santé de la population et ainsi contribuer au développement de la couverture maladie universelle. Mais elles comportent des coûts additionnels auxquels il faut face, coûts relatifs à l'investissement du départ, à l'organisation et au fonctionnement courant. A cela faut-il ajouter les coûts liés à l'inclusion des pauvres, au marketing social, à l'augmentation de l'utilisation des services de santé, etc. Toutefois, ces coûts peuvent être minorés par rapport à ceux de Comé dans la mesure où le RAMU peut s'appuyer sur des expériences du genre déjà existantes dans le pays. Ainsi, le Ministère de la Santé a la possibilité de calculer de façon prévisionnelle les différentes dépenses à effectuer pour l'introduction des MUSA et dégager aisément les gaps à combler.

L'adhésion des populations aux mutuelles de santé est loin d'être garanti par la seule existence de ces dernières. Il faut que les clients (aussi les plus pauvres) soient convaincus des avantages à leur portée pour devenir mutualistes. En effet, le concept du prépaiement pour des services que vous n'êtes pas sûr d'utiliser dans le futur est relativement nouveau au sein des populations. C'est ainsi qu'elles attendent souvent que les mutuelles deviennent performantes avant d'y adhérer. Cette performance porte habituellement sur les tâches de « business » des MUSA (financière-administrative, efficacité, contractualisation de services de santé abordables). Les « produits achetés » à travers ces mutuelles doivent répondre aux attentes et critères de qualité et d'acceptabilité des services par les clients effectifs et potentiels. Il est donc primordial d'établir et de consolider une relation de confiance entre prestataires de soins et communautés. En ce sens, le RAMU est plus qu'une politique de financement de la santé.



3 Comment assurer l'équité ?

A travers le RAMU et le FBR

Points clés :

- *L'équité est appréciée sous deux dimensions : l'équité contributive qui vise à faire participer chaque couche sociale en fonction de sa capacité contributive ; et l'équité d'accès qui consiste à faciliter l'accès de tous à un paquet de prestations de base, selon les besoins de chacun.*
- *L'inefficacité du processus d'identification des « vrais indigents » cause une mauvaise utilisation des ressources financières allouées à cette catégorie de la population.*
- *L'identification des indigents sous le RAMU doit être un processus simple, facile et durable. Les expériences développées (études des cas) renseignent sur :*
 - *l'importance de validation des critères au niveau et par les communautés elles-mêmes (en lieu et place de ceux définis au niveau national) ;*
 - *la nécessité d'une gestion transparente du processus d'identification avec un rôle central de validation par les Comités Locaux d'Identification et de Validation des Indigents (CLIVI) ;*
 - *le suivi et la recherche des solutions par les acteurs locaux aux problèmes éventuels qui se poseraient.*
- *Les éléments du processus d'identification et de prise en charge des indigents peuvent être capitalisés à travers le RAMU.*
- *Une stigmatisation des indigents au sein des formations sanitaires les démotive à s'y faire soigner. Le processus participatif d'identification et de prise en charge sanitaire des indigents expérimenté s'est avéré relativement efficace en dépit de la stigmatisation des indigents au niveau des formations sanitaires.*
- *Le FBR peut contribuer à l'équité de la qualité de soins via la vérification de la satisfaction des patients par niveau de pauvreté.*

Introduction

La couverture universelle en santé incarne une valeur sociale critique, la reconnaissance que les biens et services qui favorisent la santé doivent être disponibles et accessibles à tous. Le Bénin reconnaît cette valeur d'équité dans sa constitution du 11 /12/90 (art 8.) et dans sa politique sanitaire via l'objectif « la Couverture Universelle afin que chacun ait accès à des soins de santé de qualité et ce de manière équitable ». Pour y arriver, il est nécessaire de mettre en place un système de protection sociale permettant d'éviter des dépenses excessives des ménages (en occurrence les plus défavorisés) et d'assurer la disponibilité continue de services de qualité ; et ce, en agissant systématiquement sur les facteurs qui limitent ou empêchent l'accès à des groupes particuliers.⁶

Le RAMU est une initiative du gouvernement béninois qui vise à améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. L'équité y est appréciée sous deux dimensions:

- l'équité contributive qui vise à faire participer chaque couche sociale en fonction de sa capacité contributive ; et
- l'équité d'accès qui consiste à faciliter l'accès de tous à un paquet de prestations de base, selon les besoins de chacun.

Au Bénin, une réflexion sur la capacité contributive a permis de définir la première fourchette de primes. Aux côtés des différentes catégories de la population du secteur informel et formel, figurent les « groupes sociaux les plus vulnérables » qui sont exemptés du paiement des primes.⁷

Le développement du RAMU comprend plusieurs étapes qui nécessitent des décennies pour atteindre une couverture universelle. Chemin faisant, il va falloir s'accorder de façon régulière sur : (i) comment identifier et inclure les personnes ou groupes défavorisés, surtout ceux du secteur informel, (ii) comment apprécier et prendre en compte les niveaux de revenus des familles et (iii) qui déterminera le niveau de pauvreté, d'indigence ou de vulnérabilité, etc.

En l'absence de couverture universelle, trois principales options de ciblage sont possibles pour permettre un meilleur accès aux services de santé aux patients pauvres et vulnérables, à savoir :

- la classification des zones géographiques sur la base des critères de pauvreté – en termes socio-économiques et de résultats de l'état de santé (nutrition, mortalité infantile, etc.).

6 Yarou, M. (2012) En savoir plus sur le RAMU. Présentation à l'atelier CTB du 14 juin 2012, Bohicon.

7 Idem.

Sur la base de cette classification, procéder au financement différentiel de la santé entre ces zones, en favorisant les plus démunies ;

- la définition de critères, puis le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé pour des services appropriés à certains groupes de clients (stratégie de l'offre) ;
- la réduction des obstacles à l'accès (stratégie axée sur la demande).

Etude de cas 3 : Une approche communautaire d'identification des indigents

Le Bénin a développé plusieurs initiatives visant à promouvoir la demande et protéger les groupes vulnérables. Parmi ces initiatives, l'on peut citer le Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale (FASNAS), le FSI, les MUSA et les MSS.

Le MS et la CTB ont, à travers le Programme d'Appui à la zone sanitaire de Comé (PAZS-Comé, le projet qui avait précédé le Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires, PARZS, actuel), mené une expérience pilote de renforcement de l'accès financier des indigents à des soins de santé dans le cadre du FSI.

Ce dernier est mis en œuvre au Bénin depuis 2005 et évalué en 2009.⁸ Le constat est que les bénéficiaires du FSI ne sont pas nécessairement les plus pauvres et que les indigents déclarés étaient fictifs par endroits. Cette situation est due à plusieurs facteurs dont l'inadaptation du dispositif de définition des critères d'indigence et la façon dont le processus a été mis en application. La conséquence logique est que les ressources de ce fonds ont été utilisées de façon peu optimale du point de vue de l'efficacité et de l'équité.

Dans les schémas en place, les groupes pauvres sont pré identifiés (avant d'utiliser le service, aussi appelé « identification active ») ou post identifiés (au point de service ou « identification passive »), selon un certain nombre de critères. Ces schémas et l'expérience du FSI peuvent alimenter les réflexions sur les modalités de gestion future du RAMU.

Comme décrit dans l'étude de cas 3 « Approche communautaire d'identification des indigents », le MS et la CTB ont développé une approche d'identification des indigents et un système de gestion des ressources financières du FSI relativement transparent et rationnel. Les éléments nouveaux de gestion du FSI PAZS-Comé se résument en :

- la définition des critères et la validation au niveau et par les communautés elles-mêmes (en lieu et place de ceux définis au niveau national) ;

8 Evaluation participative a PARSZ Come en 2009

- la mise en place d'un circuit de gestion qui permet la transparence avec un rôle central de contrôle et de validation dévolu aux Comités Locaux d'Identification et de Validation des Indigents (CLIVI) ;
- le suivi et la recherche des solutions par les acteurs locaux aux problèmes éventuels qui se poseraient.

L'expérience PASZ Comé a privilégié l'information de la population sur les procédures du FSI. Cela a permis d'identifier et de prendre en charge les « vrais indigents », ceux qui répondent aux critères définis par la communauté dont le nombre a considérablement augmenté. Malgré ces résultats, les auteurs de l'étude de cas rapportent que les indigents ont continué à être stigmatisés et mal traités au sein des formations sanitaires, ce qui n'était pas de nature à les motiver à s'y faire soigner. Ainsi, autant les auteurs de l'étude de cas recommandent de privilégier la conduite du processus d'identification des indigents par les communautés sur la base des critères convenus avec elles, autant ils posent le défi de la stigmatisation des indigents qui reste à relever au niveau des formations sanitaires.

Discussion

La littérature demeure relativement pauvre sur les possibilités d'adresser la problématique de l'iniquité dans la santé. Celle-ci est un sujet très vaste et complexe avec un grand nombre de causes sous-jacentes. Des expériences du genre FSI PAZS-Comé ainsi que celles des MUSA méritent d'être exploitées au titre des efforts de recherche des solutions aux situations d'iniquité. Au niveau international, une étude récente de la Banque Mondiale présente des politiques et pratiques prometteuses dans ce domaine.⁹

La contribution du RAMU à l'équité de l'accès aux soins de santé

Le processus participatif d'identification et de prise en charge sanitaire des indigents expérimenté par le MS et la CTB à travers PAZS-Comé s'est avéré relativement efficace en dépit de la stigmatisation des indigents au niveau des formations sanitaires. Pour en arriver là, il a requis d'énormes investissements en ressources humaines et l'utilisation d'outils de gestion appropriés. Dans le cadre du développement du RAMU, il va falloir examiner comment d'une part soutenir un tel système et d'autre part simplifier le processus pour le rendre plus souple, facile et durable.

Au-delà de l'identification des indigents, d'autres défis restent à relever. Au nombre de ces derniers : (i) comment procéder à l'identification des vrais

9 Yazbeck, A.S. (2009) *Attacking Inequality in the Health Sector; A Synthesis of Evidence and Tools*. Washington, World Bank.

obstacles d'accès aux services et soins de santé ?, (ii) comment lever les obstacles non financiers ?, (iii) comment financer les coûts d'exemption ou de réduction des primes des indigents? Etc.

Les réponses à l'une ou l'autre de ces questions requièrent d'analyser et d'agir sur les obstacles sociaux, politiques et culturels d'accès à la santé, ce qui n'est pas en soi un objectif du FSI. En plus de l'analyse des données sur les déterminants socio-politiques d'accès aux services, il est indiqué de procéder à l'analyse de la capacité contributive au financement de la santé au niveau des ménages. Cela aiderait à estimer le potentiel en ressources financières et les coûts d'exemption requis sur la base des simulations (comme décrit dans le chapitre précédent).

La contribution du FBR à l'équité de l'accès aux soins de santé

Le FBR n'est pas une approche qui peut automatiquement servir comme stratégie de protection sociale pour donner accès aux soins aux plus pauvres. Il y a des groupes de chercheurs et des Communautés de Pratiques qui réfléchissent sur comment prendre en compte de manière plus explicite la problématique d'équité dans les interventions liées au FBR.¹⁰ Pour rendre opérationnelle l'équité, on peut citer les exemples suivants :

- Mettre en place des fonds d'équité qui demandent aux prestataires de soins de santé de préparer un plan pour un régime d'exemption des pauvres, avec en contrepartie, le versement d'une prime (par exemple 10% du budget total) ;
- Augmenter les subventions à la production pour les prestataires de soins de santé opérant dans les zones isolées ;
- Augmenter les subventions à la production pour les prestataires de soins dans des zones à faible revenu par habitant ;
- Mettre en place des mécanismes de paiement ou de prêts, qui permettent aux patients de payer à temps leurs factures.¹¹

Bien que ces stratégies soient un succès dans certains pays, le débat reste incomplet. Dans celui sur la couverture universelle, les stratégies de RAMU proposées au Bénin ainsi que les stratégies de FBR décrites ci-dessus, l'attention a porté plus sur l'iniquité de la quantité ou d'accès aux services de santé que sur celle de la qualité. Les différentes études montrent que les pauvres sont plus touchés par une mauvaise qualité que les non pauvres, ce qui représente un problème d'accessibilité socio-culturel. C'est ici que le FBR peut avoir un impact en intégrant, à l'enquête de contre

10 Par exemple la Communauté de Pratique (CdP) « FBP en Afrique » et la CdP « Accès Financier aux Soins de Santé ».

11 Rapport CTB « Etat des Lieux pour la recherche-action » J.Toonen/ M. Dieleman, avril 2012

vérification au niveau des ménages, les données sur la satisfaction des patients mais également le niveau de pauvreté des patients pour pouvoir mieux estimer l'impact de l'approche FBR et du RAMU sur l'équité.

Enfin, selon l'OMS, l'iniquité est une question politique et une question de gouvernance. C'est précisément ce que montre l'étude de cas relative aux indigents et la transparence dans les méthodes d'inclusion des groupes marginalisés. Et au niveau macro, il est important de déterminer qui soutiendra à long terme le système de prise en charge des indigents.

Conclusion

La politique de RAMU se veut « pro-pauvre ». Basé sur les principes de solidarité, le RAMU nécessite un cadre politique et des stratégies claires pour opérationnaliser le principe d'inclusion des démunis parmi les bénéficiaires des soins de santé. Cela passe par une meilleure compréhension des déterminants sociaux et politiques de l'équité mais également des stratégies nationales explicitement définies pour la prise en compte des spécificités des localités concernées. Une leçon tirée du cas du Bénin et d'autres études est qu'une stratégie d'inclusion ne peut partir uniquement du niveau central, les niveaux opérationnel et communautaire doivent être impliqués. La définition des critères d'indigence et le processus d'identification et de prise en charge des indigents gagneraient à être décentralisés au maximum de manière à permettre une forte implication des communautés concernées.



4 Comment assurer l'expression de la voix de la population?

A travers le RAMU et le FBR

Points clés :

Prendre en compte la voix de la population permet d'adapter les services de santé à la demande et d'améliorer ainsi leur accessibilité et leur utilisation.

Le Comité de Gestion (COGES) comme canal d'expression de la voix de la population

- *Les COGES en place n'étaient pas toujours élus ou renouvelés à temps autant qu'ils ne respectaient pas toujours les critères de représentativité.*
- *Une campagne d'information de la communauté, combinée à une sensibilisation des responsables de la santé au processus d'élection, a conduit à l'élection libre et démocratique des membres des COGES.*
- *Ce processus a déclenché un intérêt de la communauté que les auteurs appellent une « émancipation collective » et a renforcé le rôle de surveillance de la gestion par les COGES.*

La mutuelle comme canal d'expression de la voix de la population

- *Le paiement direct des services par les patients limite fortement leur poids face aux formations sanitaires.*
- *Les MUSA peuvent représenter un cadre de concertation entre bénéficiaires et prestataires. Elles se trouvent dans une position leur permettant de bien négocier (mieux que les patients) avec les prestataires. Elles tirent ce pouvoir des contrats qu'elles signent avec les prestataires (formations sanitaires) et de paiements qu'elles effectuent. Elles peuvent canaliser la voix de la population et améliorer la gestion des plaintes.*
- *Les expériences montrent que les mutuelles peuvent devenir des instances représentatives et proactives de défense des intérêts de la population. Les prestataires ont réagi positivement de par leur engagement et leur attitude. L'insertion dans les*

contrats de partenariat des articles relatifs à la signature des factures des frais de prestations, au suivi des cas de plaintes, à l'interdiction du rançonnement des malades, etc. sont autant d'aspects d'expression de la voix des populations via les mutuelles de santé.

Introduction

Le RAMU et le FBR visent à renforcer l'accessibilité financière et la qualité des services. En principe, c'est ce que la population recherche. On constate néanmoins que, même si les services sont disponibles, accessibles et de qualité relative, le taux d'utilisation n'est pas toujours celui attendu. Ceci est souvent lié à la perception de la notion de « qualité » des services qui peut varier selon qu'il s'agit des utilisateurs (potentiels), des prestataires ou des décideurs (administrateurs gestionnaires). Ainsi, le besoin de renforcer le lien entre offre et demande pour une meilleure acceptabilité, satisfaction et utilisation des services est inéluctable. Dans l'analyse de Standing (2006)¹², il s'agit de chercher l'équilibre entre l'offre et la demande des services : « Il faut, premièrement, comprendre les comportements de recours aux soins et les modes d'utilisation des services, dans le but de les modifier ou de mieux s'y adapter. Puis, il faut identifier les moyens d'utiliser le côté de la demande en vue de convaincre le côté de l'offre de changer et d'améliorer la réactivité ».

Pour en arriver là, il est impératif de savoir :

- (I) Comment renforcer l'interface (l'interaction et l'équilibre) entre les populations, prestataires et décideurs (régulateurs) ?
- (II) Par quels mécanismes articuler les désirs, besoins et demandes des uns et des autres ?
- (III) Comment intégrer tous ces aspects dans les services, stratégies et politiques ?

Concernant la représentation de la population dans le RAMU et le FBR on peut beaucoup apprendre des instances déjà en place. Les Comités de Gestion (COGES) et des mutuelles sont des structures qui représentent respectivement la voix de la communauté (des patients) et celle des mutualistes. Ce sont deux instances d'interface pérennes qui ont et auront un rôle important à jouer dans le futur RAMU et FBR (cf encadré 1). En tant qu'organes de représentation, elles peuvent intégrer la perspective de la population dans la politique et les services. En tant que structures de (co) gestion et de suivi, elles peuvent demander des comptes aux prestataires

12 Standing, H. Understanding the "demand side" in service delivery: definitions, frameworks and tools from the health sector. DFID Health Systems Resource Centre Issues paper, March 2004.

et décideurs par rapport à leurs performances. Toutefois, ces interfaces restent confrontées à un défi de taille, celui du niveau de représentativité des membres. Aussi, importe-t-il de savoir comment ces structures, quoique représentatives, interagiraient avec les prestataires ou décideurs, d'une part, et ceux qu'elles représentent, d'autre part. Ceci en vue de faire valoir effectivement la voix de la population sur la performance et la qualité des services en vue de rendre ces derniers plus appropriés, adaptés et accessibles. Le Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires (PARZS) a mis en œuvre une stratégie innovatrice pour rendre le mode d'élection plus transparent et la représentation des COGES effective dans le Mono-Couffo (cf. étude de cas 4). En même temps, l'expérience dans la zone de Comé a montré que les mutuelles pouvaient également devenir des instances de représentation et de défense des intérêts des mutualistes (cf. étude de cas 5).

Encadré 1: Rôles potentiels de la communauté dans le RAMU et le FBR

- **Pilotage.** Dans les programmes RAMU au Ghana ou en Thaïlande, la communauté est représentée par les élus qui pilotent le comité de gestion du RAMU.
- **Représentation :** le FBR est vu comme une approche qui offre l'opportunité de renforcer la voix de la population à travers :
 - **L'achat des résultats :** Une mutuelle ou une agence d'assurance est l'acheteur des résultats des prestataires. Ainsi, elle peut négocier des indicateurs et services pertinents pour la population, et augmenter l'adhésion. La mutuelle – ou son organe de gestion – nécessite donc d'être vraiment représentative.
 - **Vérification et enquêtes de satisfaction :** Dans un certain nombre de pays, les associations locales sont impliquées dans la contre-vérification des résultats des prestataires. Elles mènent des enquêtes au niveau de la population et mesurent le niveau de satisfaction. Les résultats influent sur le niveau de paiement des prestataires.

Etude de cas 4 : Une large sensibilisation pour une meilleure représentativité des organes de cogestion

Le problème au niveau de COGES est que ces organes n'étaient pas toujours élus ou renouvelés à temps sur la base de critères de qualité et de représentativité. Souvent, ce sont les responsables de santé d'Equipes d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) qui désignaient les membres. L'absence d'élections démocratiques de ces instances a ainsi entraîné une

méconnaissance par le public de leurs rôles et responsabilités. Les groupes les plus pauvres et les femmes n'y étaient pas suffisamment représentés et la voix de la population au sein de ces structures était quasi-absente. Naturellement, elles se sont caractérisées par une faible capacité de gestion et de prise de décision.

Une campagne d'information de la communauté, combinée à une sensibilisation des responsables de la santé sur les processus d'élection a conduit à l'élection libre et démocratique des membres des COGES dans les zones sanitaires du PARZS. Le processus a déclenché un intérêt de la communauté que les auteurs appellent une « émancipation collective », et un plus grand rôle de gestion par les COGES.

Etude de cas 5 : Le cadre local de concertation – Lieu d'expression des mutuelles

Dans l'étude de cas sur la viabilité financière, les mutuelles apparaissent comme porte-parole des besoins des usagers auprès des formations sanitaires. Comme rapporté plus haut, le paiement direct des services par les patients limite fortement leur poids face aux formations sanitaires. Par contre, les mutuelles en tant que structures d'interface rendent possible l'expression collective de la voix des usagers des services de santé. Ceci à travers la signature des conventions de partenariat (ou contrat) avec les centres de santé d'une part et d'autre part à travers un cadre de concertation établi pour évaluer les résultats de ces conventions. Ce cadre est un espace de dialogue et de collaboration entre 2 mutuelles et 25 centres de santé. Il permet des échanges et l'harmonisation des points de vue entre acteurs ainsi que la recherche participative de solutions aux difficultés rencontrées. Dans l'évolution du cadre local de concertation, les auteurs notent une conscientisation et le développement d'une attitude proactive des mutuelles, allant de la signature des factures au suivi des cas de plaintes, voire l'insertion de nouveaux aspects comme 'l'interdiction de rançonnement des mutualistes' dans les conventions de partenariat. Les auteurs montrent qu'en quelques années (2005-2010), grâce à ce cadre local de concertation, les mutuelles sont devenues des instances représentatives et proactives de défense des intérêts de la population et les prestataires ont réagi positivement allant jusqu'à revoir et adapter certains de leurs comportements. A travers une analyse conjointe des plaintes soumises par les mutualistes, les prestataires ont par exemple adapté la gestion des paiements et des remboursements.

Discussion

Les deux études de cas montrent qu'une participation effective de la population commence par une bonne compréhension des canaux d'expression possibles. Les usagers et la communauté en général ont

besoin de connaître leurs voies de recours ainsi que leurs représentants afin de pouvoir transmettre leurs messages.

La contribution des MUSA pour rendre les services plus acceptables

En s'appuyant sur leur rôle d'acheteur des services, les mutuelles sont des structures d'interface fortes entre les prestataires et les usagers. Investies d'un tel pouvoir à travers la contractualisation et les paiements des prestataires pour l'achat de services de qualité, les MUSA se trouvent dans une meilleure position que les patients pour négocier avec les prestataires. Pour ce faire, les MUSA ont besoin d'une relation bien organisée et structurée avec les bénéficiaires. L'étude de cas « La voix des mutualistes » de Comé montre bien que cela est possible. Il est intéressant de noter qu'à Comé, ce sont les plaintes des bénéficiaires qui ont entraîné une certaine « réforme/restructuration » de la fourniture des services au niveau opérationnel. Ceci est d'autant plus intéressant qu'en pratique, les MUSA s'occupent plus des relations avec les prestataires (remboursement des factures des services rendus et aspects connexes) qu'autre chose.

Ainsi, les MUSA représentent un outil puissant pour accroître l'accessibilité financière aux soins, augmenter le volume du financement pour la santé et rendre les services plus « acceptables ». L'adaptation des comportements des agents, la diminution des plaintes de la part des clients, l'amélioration de procédures, etc. sont autant d'aspects qui ont permis d'augmenter l'acceptabilité des services et donc leur utilisation. Bien que ce soit risqué d'attribuer l'amélioration des indicateurs de santé à une intervention de ce genre sur les systèmes de santé, force est de constater que les améliorations en termes d'augmentation de l'utilisation des services dans la zone sont remarquables. Ces améliorations démontrent ainsi combien le cadre local de concertation est nécessaire pour la mise en œuvre du RAMU.

La contribution des COGES à la défense des intérêts de la population

Les auteurs estiment que les mutuelles ont plus de potentiel pour jouer le rôle de défenseur des intérêts des utilisateurs que les COGES qui couvrent surtout la gestion financière. Aussi, convient-il de constater que tant que ce sont les prestataires qui mettent en place les COGES, il est difficile d'imaginer qu'il vont donner le meilleur d'eux-mêmes pour faciliter l'élection et former ceux auxquels ils devraient rendre des comptes. Naturellement, cet état de fait complique le rôle des COGES qui sont appelés à veiller sur la gestion des centres de santé.

Le processus de renouvellement des organes des COGES constitue certes la première étape pour rendre l'élection des membres plus transparente mais cela ne veut pas dire pour autant que les COGES élus soient plus indépendants ou aient plus de poids dans la prise de décision. Des études sur l'effectivité des COGES dans d'autres pays rapportent des problèmes similaires de manque de mandat, de reconnaissance des capacités et d'indépendance devant leur permettre de jouer effectivement leur rôle

dans la cogestion. Là où un rôle fort des COGES existe (comme au Pérou et au Zimbabwe), persiste le risque de cooptation ou de manque d'institutionnalisation. Dès lors, l'on est en droit de se poser la question de savoir si les comités de santé constituent vraiment une réponse à un besoin local ou plutôt une réponse au besoin de se conformer aux politiques nationales. Si la deuxième alternative venait à être confirmée, alors il est important de chercher d'autres canaux pour faire entendre la voix des populations. Au Cambodge par exemple, ce sont des bénévoles religieuses qui jouent le rôle d'interface. Dans d'autres pays, c'est le gouvernement local.¹³

La contribution du FBR aux intérêts de la population

Les approches développées précédemment considèrent le FBR comme une opportunité de renforcer la voix de la population, et ce, à travers l'implication de cette dernière dans la fixation des objectifs et résultats attendus à payer par le FBR, la (contre-)vérification des résultats et évaluations de la satisfaction des patients, la fourniture des services de prévention, etc. La contre-vérification implique la conduite d'enquêtes au niveau des ménages pour s'assurer de l'existence de patients et évaluer leur satisfaction. Les résultats des enquêtes déterminent la prime à payer aux prestataires. Ainsi, les usagers ont indirectement de l'influence sur la qualité de la prestation.

La dimension politique (et d'intérêt) dans la réalisation de la participation communautaire

La dimension politique de la participation communautaire ne doit pas être négligée. Derrière les bonnes intentions de renforcer la voix de la population ou des malades, il peut y avoir des motivations secondaires cachées. Pour les prestataires, une motivation pour renforcer la participation communautaire peut être qu'ils cherchent le soutien du gouvernement pour maintenir une main-d'œuvre bon marché. Les syndicats et les partis politiques peuvent être motivés par la poursuite de leurs objectifs politiques ou coopter les positions des opposants au système de santé. Les collectivités locales chercheraient à se faire réélire à travers la construction des centres de santé alors que les groupes de citoyens eux, demanderaient l'équité.¹⁴

13 Molyneux, S., Atela, M., Angwenyi, V., & Goodman, C. (2012). Community accountability at peripheral health facilities: a review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health Policy and Planning*.

14 Savedoff et al. (2012). Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*. 2012 Sep 8;380(9845):924-32.

Conclusion

Le concept de « participation communautaire » tel qu'il a été défini dans la déclaration d'Alma Ata a changé. Dans les discours et les pratiques de prestation des services de santé, on n'a plus à faire à de simples « bénéficiaires » des soins de santé, mais davantage à des « consommateurs » et des citoyens dont l'opinion compte pour arriver à une meilleure couverture de soins de qualité. Renforcer la voix de la population n'est pas une fin en soi, mais un moyen de mieux connaître ses désirs et besoins afin d'augmenter l'accessibilité et l'utilisation des services. En plus de l'accessibilité financière, il est important d'adresser d'autres éléments dans le RAMU comme l'accessibilité géographique, la disponibilité, et l'acceptabilité. Enfin, il est important de discerner les barrières du côté de la demande de celles du côté de l'offre.

Les réformes des services de santé ou des systèmes de financement représentent des opportunités pour adresser les différentes barrières et clarifier les rôles et les responsabilités des acteurs dans le système. Elles visent directement ou indirectement à influencer les relations entre l'offre et la demande. Il serait important d'intégrer ces relations de gouvernance et de redevabilité dès le début de la conception des programmes. Si on implique mieux les structures de participation dans la prise de décision, il est intéressant de relever si cette participation a un effet sur l'utilisateur, le prestataire, et les autorités dans leur gestion des services. Il est important de savoir :

- (I) Comment est cette forme de participation appréciée par rapport aux autres formes de participation?
- (II) Quelles sont les possibilités de participation ex-ante des usagers ou des mutualistes dans la fixation des objectifs et résultats attendus lors la négociation du contrat, dans le choix des indicateurs et la définition des primes ?
- (III) Est-ce que le rôle des représentants élus des COGES et des mutuelles dans les instances de suivi et de pilotage peut être revu ?



5 Comment assurer la qualité des soins ?

A travers le FBR

Points clés :

- *Le FBR est reconnu comme ayant le potentiel de susciter des améliorations dans la performance des services de santé. L'approche a sept principes de base. Il existe encore peu d'expériences de mise en œuvre. Ce chapitre témoigne de quatre expériences de mise en œuvre du FBR au Bénin, appuyées par la CTB, la Banque Mondiale, l'UNICEF, et le FNUAP.*
- *La phase de conception du FBR est importante pour sa mise en œuvre. Elle porte essentiellement sur le cadre institutionnel, la distribution des rôles entre les structures pour éviter les conflits d'intérêts, la définition des résultats à acheter, les procédures de contractualisation et de vérification.*
- *Le fait que l'EEZS soit impliquée aux différents niveaux du processus avec divers rôles peut poser un problème de conflit d'intérêts et de capacité d'absorption.*
- *L'expérience FBR appuyée par la CTB s'avère intéressante avec l'implication de la « demande ».*
- *Dans la perspective d'étendre le FBR au niveau national et de maximiser les chances de pérennisation, le Bénin gagnerait à confier le rôle de vérificateur à des structures nationales plutôt qu'à une agence internationale.*
- *Les résultats à acheter dans le FBR sont autant quantitatifs que qualitatifs. La manière de mesurer la qualité des soins dans le cadre du FBR est une question centrale de sa conception.*
- *Il est important d'adapter les indicateurs en fonction du niveau de soins afin que les spécificités des établissements soient prises en compte dans la pondération du classement.*
- *Pour le RAMU, les services disponibles doivent être performants en termes de nombre et de qualité des services. C'est à ce niveau que le FBR peut jouer un rôle important.*

Introduction

Le FBR est une approche contractuelle qui lie les motivations et les sanctions à l'amélioration de la productivité et de la qualité des services, et ce, sur base de résultats attendus et négociés. Le Bénin cherche sa voie pour arriver à une approche « nationale » qui permette de mieux lier le financement de la santé aux résultats. Toutefois, il existe des principes de base qui sont les mêmes quel que soit le contexte.

Les principes de base du FBR

1. La **performance** des agents de santé peut être définie de plusieurs façons. En FBR, on utilise la performance en termes de productivité (nombre de résultats comme outputs - plutôt que d'atteinte de certaines cibles ou la couverture de certains programmes prioritaires) et de qualité des soins. Cette dernière est appréciée de deux façons : la présence des conditions permettant l'offre des soins de qualité (les équipements, les ressources humaines, etc. : les intrants) ou la qualité des services offerts comme résultat (prescription rationnelle du médicament, satisfaction des clients, etc.).
2. Le FBR utilise la **contractualisation** pour matérialiser les accords entre le prestataire de soins et l'acheteur au sujet des résultats attendus et des conditions de paiements de ces résultats (la productivité et la qualité).
3. En FBR, les prestataires de soins ont une certaine « **autonomie** » pour atteindre les résultats. Le contrat définit les services pour lesquels ils doivent rendre compte. Bien que fixant les résultats attendus, l'approche FBR laisse aux prestataires une marge de manœuvre pour être innovateurs et créatifs afin de pouvoir les atteindre. Ils sont responsables de la gestion optimale de leurs ressources.
4. Le paiement par résultat suppose que l'on s'assure que les résultats rapportés ont été effectivement réalisés. D'où le besoin d'une **séparation des responsabilités** entre les parties signataires du contrat, en vue d'éviter des conflits d'intérêt.
5. Le FBR s'efforce d'introduire les principes de « **marché dirigé** » dans les soins de santé, comme la compétition, les mesures incitatives et la liberté de choix pour les patients sans pour autant devenir des marchés commerciaux.

Il existe déjà plusieurs interventions en FBR dans le pays. Pour déterminer la meilleure approche pour le Bénin, les acteurs devraient échanger sur leurs expériences. A travers les principes de base 'génériques' de la conception du FBR mentionnés ci-dessus, deux éléments clés ont été choisis pour comparer les expériences existant dans le pays : leur cadre institutionnel (la séparation des fonctions, la contractualisation, l'autonomie

au niveau opérationnel, l'implication de la communauté) et les résultats prioritaires « à acheter ».

Etude de cas 6 : Le FBR

Les expériences de FBR au Bénin appuyées par quatre programmes différents ont servi d'études de cas. Deux de ces expériences se trouvent encore en phase préparatoire alors que deux sont déjà en phase de mise en œuvre.

Les quatre projets sont les suivants :

- Le Projet d'Appui à la Zone Sanitaire Comé II (PAZS-Comé II). C'est un projet de la CTB qui est venu en appui à la ZS de Comé de 2008 à 2010. Il visait à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé. Une des stratégies était d'allouer des primes à la performance aux équipes sanitaires sur base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, établis par niveau de soins. Cette expérience a pris fin en 2010. La CTB appuie en ce moment la préparation d'une nouvelle approche FBR dans quelques ZS au Bénin.
- Le projet de renforcement de la performance du système de santé (PRPSS) appuyé par la Banque Mondiale (BM) se trouve encore en phase de formulation du FBR. La conception est prête à être validée, et les agents en sont informés lors d'ateliers. L'approche sera pilotée dans 8 zones sanitaires.¹⁵
- L'UNICEF utilise l'approche FBR au niveau communautaire afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5. Il s'agit de services promotionnels des relais communautaires contractés par les autorités décentralisées de 9 communes dans quatre ZS du pays.
- Enfin, le FNUAP a invité le Ministère de la Santé à lui proposer une approche FBR en vue d'accélérer les résultats pour atteindre l'OMD5 pour le pays – les discussions sur la formulation sont encore en cours.

Etude de cas 7 : La disponibilité des produits sanguins

Concernant la qualité de soins, deux études de cas ont été présentées hors du cadre du FBR : l'amélioration de la transfusion sanguine et du système de référence contre-référence. Les deux programmes étaient financés de façon classique : par inputs. Le Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle (PASTAM), appuyé par la CTB, a permis de développer une approche de mise à disposition des dérivés sanguins. L'approche a permis une meilleure qualité des soins par l'introduction de l'utilisation de produits sanguins spécifiques à chaque pathologie, en vue de minimiser les risques inhérents à tout acte transfusionnel. Le projet a mis à disposition des équipements spécifiques et a appuyé la formation du personnel.

15 A la publication de ce document, l'approche sera en phase de mise en œuvre.

Etude de cas 8 : Amélioration du système de référence et contre-référence

Afin d'améliorer le système de référence et de contre-référence et de rendre l'hôpital de zone (HZ) de Klouékanme plus fonctionnel, des efforts ont été faits par le gouvernement appuyé par la CTB. Il s'agissait entre autres d'étendre les interventions vers des actions visant le premier niveau de retard, le niveau communautaire, mais surtout des inputs au niveau de l'hôpital même. Ainsi, ont été assurées la disponibilité permanente du personnel qualifié dans l'hôpital, l'introduction d'une prime d'incitation (cf. Comé), la mise à disposition de résidences pour le personnel, des formations, la disponibilité des produits sanguins (cf. PASTAM). De plus, le système de référence et contre-référence a été renforcé : l'introduction d'outils et des moyens de communication, la continuité de soins 24h sur 24h, 7 jours sur 7, la formation du personnel et des supervisions trimestrielles, et la responsabilisation d'un médecin du système. Au niveau « demande », plusieurs initiatives de gratuité (transport, traitement du paludisme pour des groupes vulnérables) ont été introduites.

Discussion

Le processus pour arriver au FBR

Le processus à l'origine du FBR varie d'une expérience à l'autre. Au Bénin, c'est la faiblesse des indicateurs de santé qui a incité à introduire le FBR dans le système de santé. La faible qualité des soins est considérée comme la cause de cette situation. En 2009 par exemple, une marche a été organisée par les femmes de Comé pour réclamer davantage de soins de qualité – raison pour laquelle à Comé, une réflexion a été menée et a abouti à la conception et l'introduction du FBR. Pour les programmes appuyés par la BM, l'UNICEF et FNUAP, tout est parti du niveau central (PTF et cadres de Directions Centrales et Techniques du MS) après une formation sur le FBR par la BM. L'UNICEF a développé un modèle au niveau central qui a été ensuite présenté aux collectivités locales décentralisées qui s'en sont appropriées. Il n'y a donc qu'à Comé que l'initiative est née localement. Il faut noter que dans la plupart d'autres pays, l'initiative provient souvent de discussions au niveau central, très régulièrement impulsées par la BM.

En ce qui concerne le PRSSP de la BM, il dispose d'une Unité de Gestion de Projet au niveau central en collaboration avec une agence internationale. Pour le PAZS-Comé II, les discussions sur le FBR se sont déroulées au niveau de la Direction Départementale de la Santé (DDS) de Lokossa. Ensuite, le projet a mandaté un cabinet d'experts pour concevoir le modèle FBR – qui a été discuté de façon participative plus tard avec les acteurs au niveau opérationnel. Dans d'autres pays, on trouve aussi ces différents cas de figure : une gestion du FBR au niveau central (Rwanda) par rapport à une gestion au niveau opérationnel (Burundi, Mali, République démocratique du Congo). Dans l'un ou l'autre cas de figure, la gestion est assurée par

une organisation non gouvernementale (République démocratique du Congo, Cameroun, Zimbabwe) ou par le Ministère de la santé (Ghana) ou alors les collectivités locales (Mali). Dans la plupart des cas, de nouvelles structures sont introduites plutôt que d'insérer le FBR dans le système de gouvernance existant. Les origines des initiatives FBR et les différents modes de gestion expliquent la diversité des modèles développés.

La gouvernance et le cadre institutionnel dans les programmes de FBR

Dans l'étude de cas 6 où sont présentées différentes approches du FBR au Bénin, l'on trouve un tableau qui montre comment la distribution des fonctions entre les différentes institutions locales a été conçue dans les quatre cas. Chaque modèle reprend les rôles du prestataire, l'acheteur de résultats, le régulateur et une instance qui fait la vérification ou la contre-vérification.

Pour l'ensemble des modèles, le **prestataire** est le centre de santé et l'hôpital de district. Mais pour l'UNICEF, c'est le relais communautaire qui est le prestataire de services de santé préventifs au niveau de la communauté. Le rôle **d'acheteur** dans le programme Comé est intéressant car il était rempli par la Plate-forme Société Civile et Santé (PSCS). Ainsi, les « clients » sont bien représentés dans « l'achat de résultats ».

Dans l'approche de la BM, la gestion du projet, l'achat de résultats et leur **vérification** sont réalisés par une seule agence internationale (AEDES/ SCEN AFRIK). Les avantages sont clairs : on évite des conflits d'intérêt. En plus, une telle agence peut développer des procédures et des instruments pour une future approche FBR. Le désavantage est aussi évident: une telle agence, relativement coûteuse, pose donc des problèmes de durabilité. Pour une future approche nationale en FBR, il est probablement préférable que les structures pérennes au Bénin remplacent l'agence et soient formées à leurs futurs rôles avant le départ de l'agence.

Si le paiement des résultats se fait sur la base de la quantité et la **qualité** des services fournis, et que le score de qualité représente la proportion des résultats quantitatifs à payer, il y a lieu de se demander s'il n'est pas préférable de séparer la vérification de la quantité de celle de la qualité des soins. Dans l'éventualité où l'on opterait pour l'appréciation de la qualité sur la base du point de vue des professionnels de santé et de celui du client, il serait peut-être mieux d'organiser la vérification différemment (par l'« offre » et par la « demande »). Cependant, le poids de chacun des deux types d'appréciation reste à déterminer - grâce notamment aux leçons à tirer de la mise en œuvre des différents modèles en cours au Bénin.

Finalement – il est clair que la **vérification** des résultats demeure une fonction clé dans le FBR. Elle permet d'éviter que les prestataires ne réclament des résultats qui n'ont pas été réalisés étant donné que ces résultats représentent des revenus pour eux. Introduire une vérification

rigoureuse pour le FBR signifie renforcer les systèmes de suivi existants. Il existe toujours un risque que les prestataires et les vérificateurs ne se mettent pas d'accord, ce qui mettrait en péril le système du FBR. Le rôle de vérificateur indépendant donne lieu à des fortes discussions partout ailleurs. Le raisonnement est que seuls les médecins du système public (type EEZS et DDS) disposent des qualifications techniques nécessaires pour juger de la quantité et qualité. Et pourtant, ils font aussi partie du même système déconcentré. Une alternative serait de louer les services de groupes indépendants : d'étudiants, d'ONG, de relais communautaires, bien que ce type de vérificateurs risque de faire accroître les coûts de transaction.

En ce qui concerne la vérification au niveau des ménages, la difficulté principale à Comé était liée à l'identification des patients au sein de leur communauté. La grille d'évaluation utilisée ne comportait que des questions fermées, aucune place n'était prévue pour les commentaires des personnes interviewées. En outre, il est nécessaire de savoir comment prendre en compte les résultats des enquêtes de satisfaction des patients dans la définition des paiements pour les résultats.

Le **comité de pilotage** mérite une attention particulière. Les différents programmes présentent divers cas de figure. Pour les programmes PRPSS/BM et UNICEF, le pilotage a lieu au niveau central. Dans d'autres pays, ce comité est placé au niveau opérationnel. Pour bien définir sa place dans le cadre institutionnel, il faut se demander à quoi un comité de pilotage sert. Si son rôle est de traduire la pratique en politiques nationales, l'on peut alors voir ce comité au niveau central. Mais si le but est plutôt l'arbitrage en cas de conflits entre parties contractantes ou le jugement sur la pertinence des contrats, la place du comité de pilotage est au niveau opérationnel. Dans un comité situé au niveau opérationnel, l'on trouve les différentes parties contractantes à un niveau plus élevé que celui de la prestation (EEZS, DDS, ou autre). L'ancrage institutionnel de l'AIMS au niveau central et du PARZS au niveau opérationnel semble être idéal pour une communication plus fluide.

Le rôle de **régulateur** est attribué dans les quatre cas à la même instance : l'EEZS de par sa mission d'assurer le respect des normes et standards du Ministère de la Santé. Ceci n'est pas étonnant. Et pourtant, l'EEZS joue en même temps le rôle d'acheteur (PRPSS/BM – bien qu'il soit aidé par AEDES), de vérificateur (UNICEF) et de prestataire (Comé). Il est donc évident que l'un des principes de base du FBR est loin d'être respecté ici « la séparation des fonctions ». Outre un conflit d'intérêt potentiel se pose le problème de la capacité d'absorption de l'EEZ étant entendu que les nouvelles tâches liées au FBR¹⁶ viennent s'ajouter aux tâches habituelles de l'EEZS. Dans les pays stables en effet, l'on continue à chercher des alternatives pour le MS, surtout pour les rôles d'acheteur et de vérificateur.

16 Voir le chapitre « Comment renforcer la pyramide sanitaire ? » pour en savoir plus sur les interventions qui peuvent préparer l'EEZS à son nouveau rôle.

L'on peut également se demander s'il ne serait pas préférable d'impliquer davantage « la demande » dans le FBR étant entendu qu'un accent important sur l'EEZS (ou DDS) risque de résulter en une médicalisation encore plus poussée du système. L'approche Comé représente une alternative intéressante à ce sujet : la Plate-forme Société Civile et Santé comme acheteur de résultats, offrant au FBR l'opportunité de renforcer les services pour mieux répondre aux souhaits, besoins et demandes des populations. Dans ce sens, on peut s'attendre aussi à ce que le rôle des clients par rapport à la redevabilité des services vis-à-vis des utilisateurs devienne plus fort. Habituellement, le rôle de l'EEZS dans un programme FBR fait beaucoup plus appel aux tâches administratives qu'aux capacités techniques – sauf en ce qui concerne la vérification de la qualité de soins. En fin de compte, l'EEZS représente une « ressource rare et chère » dans le programme FBR. D'où la nécessité de réfléchir sur la manière de diminuer ses responsabilités administratives dans la santé au profit de la demande, à l'image du modèle de l'UNICEF où la Mairie joue le rôle d'« acheteur » comme partie contractante et paie les résultats aux prestataires.

Les résultats à acheter à travers le FBR

Les programmes de PRPSS et celui de Comé ciblent surtout des résultats à atteindre en matière de soins maternels-infantiles et de consultations curatives. Les deux mettent un accent particulier sur les indigents. Les différences sont évidentes : le PRPSS définit les résultats comme « outputs », Comé a défini les résultats comme « taux ». Idéalement, les indicateurs et les cibles mesurent de « vrais » résultats. Il est important de mesurer les résultats au lieu des intrants ou des activités. Au finish, le plus important n'est pas de savoir comment les prestataires atteignent les résultats, mais s'ils les atteignent. Des résultats à atteindre bien définis avec un certain niveau d'autonomie peuvent les inciter à être entrepreneurs et innovateurs, ce qui les motiverait davantage.

Le PRPSS va plus en détail dans les résultats quantitatifs comme déterminants de qualité des soins. Dans cette expérience, la consultation prénatale (CPN) est payante à la quatrième visite, et seulement si la femme est complètement vaccinée contre le tétanos (VAT2+) et a eu une deuxième prise de sulfadoxine. Le PRPSS cible encore d'autres services en santé maternelle et infantile (SMI) qui sont payants, comme le contrôle postnatal, le planning familial, le suivi de la croissance des enfants, et même la tuberculose. Le PAZS-Comé a mis quant à lui plus d'accent sur des résultats à acheter auprès des hôpitaux : une dizaine de résultats comme la satisfaction des clients, le taux d'occupation des lits, la propreté des locaux et de l'environnement ou le décès des enfants de moins de 5 ans. Le PRPSS paie seulement pour le séjour hospitalier. L'UNICEF, quant à lui, cible surtout des résultats de santé à base communautaire – comme la prise en charge des cas simples de maladies (paludisme ou la diarrhée), la vaccination, la référence vers la formation sanitaire, le suivi de l'enfant et une dizaine d'indicateurs d'activités promotionnelles de santé (le « paquet promotionnel »).

La question de savoir comment mesurer la qualité des soins dans le cadre du FBR représente un aspect important de sa conception. On trouve quelques éléments de réponse dans les études de cas. L'un de ces éléments est le fait d'ajouter des aspects de qualité aux résultats quantitatifs (comme la CPN qui est seulement payante après la quatrième visite). Mais l'on peut se demander si cela veut dire que la CPN peut elle-même être qualifiée de résultat de qualité étant donné que les quatre CPN peuvent ne pas nécessairement être de qualité. Aussi prend-on souvent des indicateurs de structure, comme l'état de propreté des locaux et de l'environnement. Mais si les bâtiments et les équipements répondent aux normes, cela ne veut pas dire que les services fournis dans ce cadre sont de qualité comme résultat. Dans nombre de pays qui ont introduit le FBR, on cible surtout la qualité en termes de structure (donc de nouveaux intrants au lieu de résultats) et parfois un peu de critères de processus (comme l'utilisation du partogramme). Le défi est donc de développer un système de suivi de qualité qui se base sur des critères de qualité – perception des professionnels et des clients – *comme résultat* : le FBR priorise les résultats ou les soins *après qu'ils aient été rendus aux patients*. La satisfaction des clients à Comé est un exemple parlant.

La tendance est de cibler les résultats liés à l'OMD 5. C'est pertinent en soi, puisque la mortalité maternelle paraît la plus difficile à combattre. Néanmoins, le risque est que toute l'attention soit orientée vers ces indicateurs – avec comme conséquence des « effets pervers ». Les programmes en étude ont heureusement défini aussi d'autres résultats payants, donc ce risque est limité. De toute façon, le Bénin a défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui contient plus de services que l'OMD 5, et qui est valable aussi pour la couverture universelle (RAMU). Il faut donc faire en sorte que le FBR se développe en cohérence avec ces politiques nationales plus holistiques.

Les coûts et les effets des expériences FBR au Bénin

Au stade actuel des choses, il n'y a pas encore beaucoup de résultats liés à l'introduction du FBR (PRPSS et PARZS). Cela est dû au fait que les programmes sont encore en phase de préparation. L'UNICEF par contre a déjà mis en œuvre son programme, et le PAZS-Comé II a obtenu des résultats bien qu'il ait pris fin peu de temps après l'introduction du FBR.

Un élément intéressant dans l'expérience de l'UNICEF est que le nombre de résultats n'a pas significativement augmenté. C'est plutôt la qualité des services des relais communautaires qui s'est améliorée. Ceci peut être dû au fait que le suivi des résultats est plus fiable à cause de la vérification rigide. Le fait que la qualité des prestations est améliorée peut être la conséquence de la contractualisation qui définit clairement les critères de qualité.

L'expérience de l'UNICEF démontre aussi qu'introduire le FBR amène des coûts importants. L'introduction du FBR comme investissement comporte

déjà des coûts : la formulation du programme, le développement des instruments et des systèmes, la formation des acteurs, etc. Les frais de fonctionnement ne représentent ensuite que 30 dollars par trimestre et par relais. Ce coût peut devenir plus élevé si le système FBR doit être renforcé : la supervision et la vérification doivent être améliorées et cela entraîne des coûts additionnels.

Le rôle des intrants dans la fourniture de services de santé de qualité

En dehors de l'expérience de l'UNICEF, il n'y pas encore de résultats en termes de qualité de soins des programmes FBR. Néanmoins, le Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle nous enseigne que ce n'est pas seulement le fonctionnement des agents de santé qui détermine la qualité : il faut continuer à travailler sur les conditions qui amènent à la qualité. La sécurité transfusionnelle fait certainement partie de ces conditions. La disponibilité des dérivés sanguins a renforcé sensiblement l'utilisation rationnelle du sang. L'intervention a aussi pu augmenter l'efficacité et l'efficacités : les dérivés sanguins (en plus du sang total) permettent de traiter 2 à 3 fois plus de malades à partir de la même quantité de poches prélevée chez les donneurs de sang. Les risques transfusionnels sont réduits chez les receveurs de produits sanguins, et la qualité de la prise en charge est meilleure (cf. la prise en charge des morsures de serpent). Il reste à étendre l'expérience afin d'assurer une meilleure couverture des formations sanitaires en dérivés sanguins, l'intervention CTB se limitant actuellement aux 2 chefs-lieux des départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo (MC).

L'hôpital de zone de Klouékanmè montre que l'introduction d'intrants de type 'structure' (bâtiment, équipement médical et de communication) est nécessaire pour la fourniture des soins essentiels. Le lien avec le niveau communautaire a également été établi afin de s'assurer que les femmes soient référées du niveau du ménage directement vers l'hôpital en cas de besoin, une stratégie pertinente. Néanmoins, après un nombre élevé d'interventions chirurgicales et obstétricales, l'absorption du niveau hospitalier a chuté de façon importante bien que la référence des ménages vers l'hôpital ait augmentée. Ceci s'explique surtout par des ressources humaines peu motivées (fidélisation et grèves par exemple). En outre, on n'a pas uniquement besoin d'augmenter l'accessibilité financière ou la disponibilité des services, le financement de la santé doit être lié aux résultats des agents de santé.

Conclusion

Les différents programmes FBR réalisés ou en cours au Bénin fournissent des leçons intéressantes sur la conception de l'approche (cadre institutionnel, résultats à acheter). Il est unanimement reconnu qu'une bonne conception du FBR est fondamentale pour sa mise en œuvre.

Les éléments clés de cette conception sont la construction du cadre institutionnel, la distribution des rôles entre structures pour éviter les conflits d'intérêts, la définition des résultats à acheter et la définition des procédures de contractualisation et de vérification. Il est important de savoir comment assurer une séparation des fonctions et l'autonomie dans un système déconcentré.¹⁷ La formulation des « résultats à acheter » doit se faire de manière à faciliter leur vérification sur le plan de la qualité en prenant en compte tant le point de vue des professionnels de santé que celui des clients. L'implication de la demande dans la formulation des indicateurs de qualité est nécessaire pour assurer que les services deviennent « acceptables » et soient utilisés. Dans le système de suivi et d'évaluation, il convient d'assurer l'utilisation des indicateurs susceptibles d'identifier des effets pervers.

Le FBR représente clairement plus que le simple paiement des motivations aux agents de santé. Il peut renforcer les systèmes de santé, mobiliser des fonds pour mieux faire fonctionner le secteur et lier les fonds disponibles pour la santé aux résultats plutôt qu'à des activités proposées. Il est intéressant pour le Bénin que plusieurs programmes testent des modèles différents afin d'arriver à un modèle adapté au pays. D'où la nécessité d'une bonne coordination entre ces programmes pour échanger les résultats atteints et les leçons apprises. Ce qui permettrait d'alimenter les réflexions stratégiques afin de définir le meilleur modèle pour le Bénin.

17 Voir le chapitre « Comment renforcer la pyramide sanitaire ? » pour en savoir plus sur l'organisation de la pyramide sanitaire au Bénin.

Encadré 2: Comment le cadre institutionnel est-il conçu dans d'autres pays ?

La comparaison avec d'autres expériences montre qu'une nouvelle structure est souvent introduite pour gérer le FBR, c'est le cas par exemple de l'Agence d'Achat de Performance (AAP) dans les interventions de Cordaid. La Banque Mondiale est promotrice de cette approche, surtout dans les Etats « fragiles », où la gouvernance du secteur est faible (comme en RDC). D'autres pays dits « stables » cherchent des stratégies pour insérer le FBR dans les structures de gouvernance existantes. Au Mali par exemple (quand le FBR était installé, c.à.d. avant l'instabilité politique des années 2012/13), les collectivités locales jouent le rôle d'acheteur. Au Ghana, l'assurance maladie nationale a le rôle d'acheteur, de payeur et de vérificateur. Et au Burkina Faso, le Ministère de la Santé a les rôles d'acheteur, de payeur, de vérificateur, bien qu'il soit aussi prestataire. Il existe également des ONG internationales (comme le GAVI et les Fonds Globaux) qui ont favorisé le FBR pour acheter des résultats. Elles jouent tous les rôles en FBR, sauf celui de prestataire. Il n'existe pas de modèle idéal pour le FBR. Chacun a ses avantages et ses inconvénients. Néanmoins, introduire une nouvelle structure peut être pertinent dans des Etats fragiles. En Afrique de l'Ouest, là où la gouvernance est déjà complexe, il vaut mieux distribuer les rôles entre les structures existantes plutôt que d'introduire une nouvelle structure. Au Mali, le FBR comme approche contractuelle a même contribué à résoudre des problèmes épineux de gouvernance entre les différentes parties prenantes.



6 Comment renforcer la performance de la pyramide sanitaire ?

Pour le RAMU et le FBR

Points clés :

- *Un système de santé à l'écoute des populations avec des services de qualité est essentiel pour le développement de la couverture universelle en santé.*
- *Un transfert de compétences aux EEZS ne peut que renforcer la pyramide sanitaire par l'amélioration de l'autonomie du niveau opérationnel.*
- *Une relation dans laquelle la DDS fournit un appui type « coaching » est motivante pour l'EEZS.*
- *Des résultats bien définis avec un certain niveau d'autonomie aux EEZ pour pouvoir les atteindre est motivant pour les membres qui peuvent devenir entrepreneurs et innovateurs.*
- *Actuellement, le MS incite les cadres au niveau déconcentré d'améliorer leurs compétences en recherche, ce qui peut être très utile si les EEZS et les DDS assument le rôle de vérificateur dans le cadre institutionnel du FBR.*
- *Il est important de développer un cadre pour l'apprentissage, l'échange et la recherche par rapport au RAMU et au FBR et réunir ainsi les conditions préalables à une organisation apprenante pour valoriser les connaissances et expériences.*

Introduction

« Recognizing the essential contributions of resilient and responsive health systems with extensive geographical coverage of good quality primary health care services, adequate number and skill of health workforce, to the effective implementation of universal health coverage »

Déclaration de Bangkok sur la Couverture Universelle de Santé (28 Janvier 2012)

Comme reconnu dans la « Déclaration de Bangkok sur la Couverture Universelle de santé », un système de santé donnant des services de soins de santé de bonne qualité est essentiel pour la mise en œuvre de la couverture universelle en santé (ou le RAMU au Bénin). Comme dit, le FBR est reconnu comme ayant le potentiel de susciter des améliorations dans la performance des services de santé. Le cadre institutionnel du FBR attribue un rôle important à la pyramide sanitaire. Mais la séparation des fonctions peut poser un problème ainsi que la capacité des EEZS à assumer les tâches liées au FBR en plus de leurs tâches administratives habituelles.

L'analyse de la revue Santé 2009 a permis de constater qu'un meilleur fonctionnement des zones sanitaires est et demeure le principal garant de l'amélioration de la performance des services de soins. La CTB appuie la mise en œuvre de plusieurs activités qui visent à renforcer la pyramide sanitaire en général et les zones sanitaires en particulier. Les études de cas réalisées mettent en exergue quelques défis et des solutions mises en œuvre pour renforcer la performance de la pyramide sanitaire.

Etude de cas 9 : Le transfert de compétences entre zones sanitaires : audit des décès maternels

Pour pouvoir améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux dans la zone sanitaire de Klouékanmè-Toviklin - Lalo, l'EEZS a sollicité l'expertise en conduite d'audits des décès maternels de la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomè-Dogbo. Le processus de transfert de compétences a montré une amélioration progressive de la participation des agents des centres sanitaires (CS). Au bout de quatre sessions, ces derniers ont beaucoup appris, participant activement aux discussions techniques, apportant leurs témoignages et appréciations, reconnaissant leurs limites et responsabilités, décidant d'arrêter de rejeter la faute sur les patients ou populations. Une des leçons tirées de ce processus est que la collaboration entre zones sanitaires est très efficace plutôt que de toujours tout attendre de la DDS.

Etude de cas 10 : L'accompagnement des zones sanitaires par la DDS

Une des fonctions régaliennes de la DDS est d'accompagner les EEZS dans la planification, le suivi-évaluation, et la coordination des activités en vue d'améliorer la qualité des soins. L'audit organisationnel et institutionnel des DDS et ZS réalisé en 2009 a montré que la fonction d'accompagnement des EEZS par le DDS n'est pas toujours bien assurée. La DDS Atacora-

Donga a mis en place une stratégie d'accompagnement avec notamment un cahier des charges pour « points focaux » au sein de la DDS ; un point par ZS. Ceci a permis à court terme de faire l'état des lieux et l'évaluation semestrielle de la fonctionnalité des ZS. Dans une dynamique de coaching, les points focaux facilitent le fonctionnement des ZS et sont évalués sur ce point. La dynamique de gestion axée sur les résultats insufflée au sein de la zone d'intervention CTB jette les bases de la mise en place du FBR et du RAMU.

Etude de cas 11: La formation des zones sanitaires en recherche

Le niveau central du Ministère de la Santé s'évertue à renforcer les capacités techniques des équipes de recherche mises en place au niveau des zones sanitaires. Les EEZS de l'Atacora Donga et de Mono Couffo ont été formées à la méthodologie de recherche en santé. Elles bénéficient de l'appui du MS et de la DDS pour finaliser les protocoles de recherche sur des sujets de préoccupation de leurs zones sanitaires. Ensemble, ils entrent par la suite dans un processus de recherche de financement pour aider les zones sanitaires qui ont achevé la rédaction de leurs protocoles à réaliser les études.

Etude de cas 12: La mémoire institutionnelle du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé s'investit dans la gestion des connaissances en vue de devenir une organisation apprenante et dynamique. Pour ce faire, il déploie des efforts remarquables pour constituer et tenir à jour une mémoire institutionnelle digne de foi. L'AIMS appuie ces efforts à travers le développement des stratégies et outils susceptibles d'améliorer la performance du système d'information documentaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. La mise en service du site web du MS a suscité un réel intérêt chez les acteurs du secteur ce qui démontre toute l'utilité d'un tel outil. Pareillement, l'impatience manifestée à travers de nombreuses réclamations des directions du ministère pour la finalisation diligente du processus d'archivage numérique et physique est révélatrice de l'existence des mêmes besoins.

Etude de cas 12: Améliorer les échanges entre la politique et la pratique

Le bénéfice attendu des expériences du FBR et du RAMU en cours au Bénin ne peut être effectif que si ces expériences sont mieux encadrées et documentées pour alimenter la politique nationale dans ces domaines. La réforme des groupes de travail en cours, avec la création du groupe technique de travail sur le financement du secteur et la possibilité d'avoir un sous-groupe thématique FBR, offre des perspectives encourageantes pour la mise en commun des expertises pour réfléchir sur la mise en œuvre du FBR et du RAMU. L'expérience du groupe de travail « ancienne formule » qui avait en charge la relance de la supervision et du monitoring pourrait (par les résultats concrets qu'elle a donnés) bien inspirer les groupes de travail thématiques (GTT) actuels restructurés.

Discussion

Le rôle de l'EEZS constitue en soi un thème de recherche-action pour développer des modèles FBR et RAMU adaptés au Bénin. Les études de cas font état de quelques leçons apprises sur le thème et sur la question « comment renforcer la pyramide sanitaire ? » De toute évidence, le renforcement de la pyramide sanitaire demeure incontournable si l'on veut développer un RAMU et une approche FBR performants.

L'importance de l'autonomie

L'étude de cas 9 « Le transfert de compétences entre zones sanitaires : audits des décès maternels » décrit comment une EEZS peut transférer des compétences à une autre. Cette collaboration horizontale au niveau opérationnel affiche une certaine efficacité dans la mesure où elle est rapide (peu de formalités à remplir) et rassemble des pairs (qui partagent les mêmes préoccupations opérationnelles et peuvent se comprendre et se compléter plus facilement). Ce qui confère une certaine autonomie au niveau opérationnel (par rapport à sa hiérarchie technique et administrative) et contribue de façon substantielle au renforcement de la pyramide sanitaire par l'approche bottom-up.

La forme actuelle de décentralisation du système de la santé au Bénin est la « déconcentration » qui consiste au développement et au renforcement des DDS et EEZS (qui lui restent cependant rattachées).¹⁸ Dans la déconcentration, il y a une certaine délégation de pouvoirs de décision, de responsabilités financières et de gestion du niveau central aux fonctionnaires des niveaux départemental et opérationnel. Cependant, la supervision et le contrôle sont toujours assurés par le Gouvernement central. Ce qui n'est pas de nature à pouvoir inciter une attitude active d'amélioration des services en périphérie. De ce fait, la déconcentration est souvent considérée comme la forme la plus faible de la décentralisation comparativement à la dévolution¹⁹ qui suppose un véritable transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales décentralisées qui disposent ainsi d'une autonomie vis-à-vis de l'administration centrale de la santé.

Avec le FBR, le MS s'efforce à introduire le principe de « séparation des fonctions ».²⁰ L'atteinte des résultats nécessite une certaine autonomie des structures déconcentrées afin de pouvoir répondre aux exigences

18 Évaluation rapide du système de santé du Bénin en Avril 2006 par USAID. URL : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ104.pdf

19 « Sourcebook » en Ligne sur la Décentralisation et Développement Local. Les types de décentralisation. URL : <http://www.ciesin.org/decentralization/French/General/Quelle%20que.html>

20 Voir le chapitre « Comment assurer la qualité des soins » pour en savoir plus sur comment la déconcentration peut constituer un risque de conflit d'intérêt dans le cadre institutionnel de FBR.

des contrats. Ce qui peut impulser une attitude active pour améliorer les services. Mais avec les réalités de la déconcentration, l'autonomie des services déconcentrés souhaitée dans le FBR devient relative (pour ne pas dire limitée). Dès lors, il y a à craindre que cet état de faits ne soit utilisé comme excuse pour justifier une certaine incapacité à prendre les initiatives requises afin de réaliser les résultats fixés dans les contrats FBR. Cela n'est pas non plus de nature à encourager la redevabilité mutuelle au sein du système de santé.

Motiver à atteindre des résultats clairs

L'étude de cas 10 « L'accompagnement des zones sanitaires par la DDS » décrit un mécanisme par lequel la DDS accompagne l'EEZS de façon positive et motivante. L'amélioration de l'esprit d'équipe est un résultat important de cet accompagnement. Tout comme la coopération entre les EEZS peut inciter et motiver les acteurs à améliorer leur performance (étude de cas 9), une collaboration dans laquelle la DDS fournit à l'EEZS un appui de type « supervision formative » ou « coaching » peut tout aussi être motivante et contribuer à l'amélioration de la performance au niveau opérationnel.

« Il a été constaté que les zones sanitaires travaillent sans orientation précise et n'ont pas d'obligation de résultats

...

[L'intervention] facilite l'atteinte des cibles fixées pour les indicateurs à travers la mise en œuvre des activités inscrites dans le plan de travail annuel. »

Etude de cas « accompagnement des ZS par la DDS » (Partie II 10)

Les différentes études de cas rapportent des expériences ou initiatives riches d'enseignements pour le renforcement des capacités et la performance des EEZS. Il apparaît que la définition des résultats clairs à atteindre constitue l'un des défis importants à relever par les EEZS. Le fait que les objectifs et résultats visés soient précis et harmonisés (et les priorités clairement définies et acceptées par tous) constituerait une source de motivation pour les acteurs qui redoubleraient d'efforts pour pouvoir les atteindre. Cela d'autant plus que dans ces conditions, les indicateurs mesureraient de « vrais » résultats²¹ auprès des cibles.

De toute évidence, les principes de « coaching » et de motivation s'avèrent pertinents aux différents paliers de la pyramide sanitaire et plus particulièrement au niveau opérationnel (EEZS et formations sanitaires). Cela est important à l'avenir pour la régulation dans le cadre intentionnel du FBR. Si la DDS et l'EEZS doivent assurer le respect de la mise en œuvre

21 Voir le chapitre « Comment assurer la qualité des soins ? » pour en savoir plus sur la définition des « vrai » résultats.

des politiques, normes et standards, il va falloir qu'elles fournissent un appui de type « coaching » aux formations sanitaires (CS, HZ et CHD) lors de l'élaboration de leurs plans-résultats et de l'évaluation de la performance en vue de les inciter à adhérer aux normes. Motiver les acteurs est donc fondamental. Ce qui ne signifie pas que le régulateur se passe totalement de son pouvoir au niveau opérationnel. Il devra prendre position contre toute formation sanitaire (publique ou privée) qui n'adhérerait pas aux normes et avec laquelle la motivation positive n'aurait pas les effets prévus.

L'étude de cas 11 « La formation des zones sanitaires en recherche » rapporte un autre mécanisme d'incitation positive dont se sert le MS pour motiver les EEZS à améliorer leurs compétences en recherche. A la suite de la formation sur la recherche en santé, l'élaboration d'un protocole de recherche n'était pas obligatoire. Mais les EEZS qui pouvaient l'élaborer et le faire approuver avaient l'appui à travers un financement pour sa mise en œuvre. Ce qui a motivé les équipes à l'élaboration et la finalisation des protocoles avec encadrement de la DFRS.

Dans quelques modèles FBR, l'EEZS est également vérificateur. La DDS peut vérifier les services rendus par l'EEZS et la qualité des soins dans les HZ et CHD. L'EEZS est à son tour souvent perçue comme la structure indiquée pour la vérification de la qualité des soins au niveau des CS. Bien que ce modèle puisse comporter des désavantages (comme le conflit d'intérêt lié au fait que le vérificateur et le prestataire font partie du même système déconcentré), les compétences en recherche peuvent devenir obligatoires afin de permettre à l'EEZS et à la DDS d'assumer efficacement ce rôle de vérificateur.

Echange de connaissances et d'expériences

L'ensemble des expériences développées tournent autour des mécanismes d'échange des connaissances, expériences et compétences entre niveaux de la pyramide sanitaire (accompagnement par la hiérarchie technique et administrative), de façon horizontale (coopération entre pairs) et à travers diverses mesures d'incitation. Les études de cas 12 et 13 abordent la gestion des connaissances au sein du MS, indispensable particulièrement pour le FBR où les leçons apprises des différentes approches/expériences en cours doivent être capitalisées.

Le développement d'un système de couverture maladie universelle n'a pas de recette unique. A la lumière des expériences d'autres pays, il apparaît que : (i) l'accompagnement du Gouvernement est indispensable, quelle que soit la forme qu'il peut prendre, (ii) des adaptations sur la base des négociations sont à privilégier tout au long du processus plutôt qu'une mise en œuvre linéaire, suivant une conception préconçue.²² Le suivi et

22 Savedoff et al. (2012). Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*. 2012 Sep 8;380(9845):924-32.

l'évaluation doivent jouer un rôle fondamental dans le développement de la couverture maladie universelle (à en croire l'expérience mexicaine en la matière). Au Mexique, des évaluations ont joué un rôle crucial dans la mise en œuvre de la CUS ainsi que dans celle de mécanismes de responsabilisation des acteurs de sorte qu'elles sont aujourd'hui valorisées dans la loi. Plusieurs pays dont la Chine, se sont inspirés de l'expérience mexicaine pour faire de l'évaluation une composante importante de leurs réformes. Un autre point fort de l'expérience CUS au Mexique est l'importance des investissements à long terme en vue de développer des institutions de recherche et d'enseignement qui génèrent des preuves pour l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre. Ces institutions ont par la suite formé des leaders qui occupent des postes de décision au niveau local et fédéral, renforçant ainsi les capacités de mise en œuvre de la réforme.²³

Conclusion

Il est important de développer un cadre d'apprentissage, d'échange et de recherche sur le RAMU et le FBR en faisant du MS une institution apprenante. Ceci permettrait de valoriser les connaissances, expériences et compétences de façon continue au sein et en dehors de la pyramide sanitaire.

L'autonomie et la motivation sont utiles pour inciter les acteurs à être imaginatifs et innovateurs dans la recherche des solutions aux problèmes spécifiques rencontrés dans leurs milieux de travail (en vue d'atteindre des objectifs fixés précis). Cette approche nécessite naturellement des indicateurs de performance bien définis (en termes de résultats) et que chacun sache ce qui est attendu de lui et en quoi il est redevable. Le contrat de performance à conclure dans la cadre du FBR trouve toute son importance ici.

La DDS et l'EEZS peuvent jouer le rôle de régulateur et vérificateur dans un cadre institutionnel du FBR ciblant les formations sanitaires. En même temps, ils sont des prestataires et donc susceptibles d'être également ciblées par l'approche contractuelle. Ainsi, l'approche FBR contribuerait non seulement à renforcer la performance des formations sanitaires mais également celle de la pyramide sanitaire.

23 Knaul et al (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Publié en ligne le 16 Aout, 2012 : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61068-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61068-X/fulltext)



7. Conclusions et recommandations

Le RAMU et le FBR, deux réformes récentes du secteur de santé au Bénin, présentent un potentiel évident de renforcement de la performance du système de santé en termes de disponibilité des services, de l'accessibilité financière, de l'acceptabilité des services et de la qualité des soins.

Tout en respectant les principes de base de mise en œuvre de ces réformes, les modèles RAMU et FBR à développer au Bénin doivent être adaptés à l'environnement institutionnel et organisationnel national. Dans ce cadre, les acteurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaires ont identifié une série de sujets de préoccupation prioritaires du secteur à explorer (comme de thèmes de recherche action) en vue d'informer le processus de mise en œuvre du RAMU et FBR. La première étape de cette démarche a été l'exercice de capitalisation d'un certain nombre d'expériences déjà développées au sein du système de santé au Bénin, objet de cette publication.

Le processus d'analyse et de documentation conjointe dans le cadre de la publication du présent livret a permis d'identifier des enjeux de taille pour une couverture universelle en santé. Le but assigné à ce livret est de partager les leçons apprises des différentes expériences décrites et des réflexions (particulièrement sous-forme d'interrogations) liées au processus RAMU et FBR. Les discussions sur les études des cas fournissent déjà pas mal d'éléments à prendre en compte dans les débats nationaux sur le RAMU et le FBR au Bénin et dans la conception des interventions de terrain. Elles soulèvent aussi des questions à explorer sous forme de recherche-action.

Cette publication est un produit d'échanges coordonnés des connaissances et expériences entre acteurs des programmes et projets du secteur de la santé au Bénin. Le présent chapitre tente de revisiter de façon synthétique ***l'essentiel des leçons apprises et perspectives pour une couverture maladie universelle digne de foi***. Il se limite aux principales conclusions et à leurs implications dans le processus de mise en œuvre du RAMU.

1 Conceptualiser le lien entre le RAMU et le FBR

Tout au long de cette étude, il est apparu qu'il existe des liens très étroits entre le RAMU et le FBR. Ce dernier est décrit comme étant un moyen d'« acheter » des services de santé (publics ou privés) de qualité, des

« achats » qui peuvent être faits autant par la DDS/EEZS, la commune et/ou les mutuelles de santé. Considérés tous deux comme mécanismes de paiement ex post des services fournis par les prestataires, le lien et la cohérence entre le RAMU et le FBR sont tout à fait évidents. Ainsi, la mutuelle peut jouer par exemple le rôle de vérificateur de la quantité et de la qualité des services fournis en vue de s'assurer de la fiabilité des résultats rapportés par les prestataires. Aussi, la mutuelle peut fonctionner comme détenteur de fonds pour le FBR.

Il persiste cependant un défi important à relever, celui de bien définir le cadre institutionnel (distribution des rôles et responsabilités entre acteurs) et d'harmoniser les deux cadres (RAMU et FBR). La conception du RAMU et l'organisation de sa mise en œuvre (ou son cadre opérationnel) gagneraient à être clairement définies, ainsi que les liens avec le FBR sur le plan pratique. Ce sont ces aspects qui seront à traiter à travers les projets de recherche-action à venir, lesquelles recherches s'appuieront/s'inspireront des expériences d'autres pays tels que la Thaïlande, les Philippines, le Rwanda, le Vietnam, le Ghana, la Mexique ou l'Inde sans oublier celles du Bénin.²⁴

2 Renforcer la professionnalisation des mutuelles

Les questions de durabilité des mutuelles se posent (couverture basse, faible viabilité financière requérant des fonds additionnels aux contributions des adhérents). Les mutuelles sont cependant plus qu'un moyen d'augmenter le financement de santé. Avec le RAMU, elles offrent des opportunités d'expression de la voix des patients, de renforcement de la transparence et redevabilité ainsi que d'achat de services de qualité. Ce qui justifie à suffisance le rôle qu'elles peuvent jouer dans le dispositif RAMU. Pour ce faire, il est nécessaire que le réseau des mutuelles couvre l'ensemble du territoire national et que chaque mutuelle couvre suffisamment sa population cible. Dans cette logique, il faut intégrer autant que possible les mutuelles déjà en place pour des raisons d'efficacité et de valoriser les leçons tirées des expériences développées (capacités de gestion professionnelle et financière dont le modèle des coûts et revenus liés au paquet de services offerts aux bénéficiaires, capacités de marketing social pour « vendre le produit » d'assurance maladie, etc.).

Tout cela requiert des investissements tant dans la mise en place des nouvelles mutuelles là où il n'en existe pas encore que dans les aspects organisationnels et fonctionnels des mutuelles de santé (instruments, processus, formation, gestion administrative, etc.).

3 Impliquer la population

Les clients externes (quels que soient leurs statuts socio-économiques)

24 Knaul et al (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Publié en ligne le 16 Aout, 2012 : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61068-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61068-X/fulltext)

ont besoin d'être convaincus des avantages des mutuelles de santé pour pouvoir y adhérer. Une fois adhérents, leur souci ultime est que leurs mutuelles deviennent performantes dans l'exécution des tâches de « business » (financière-administrative, efficacité, contractualisation de services de santé abordables) et que « les produits achetés » répondent à leurs attentes et besoins (selon leurs critères de qualité). La prise en compte de la voix de la population est le moyen le mieux indiqué pour pouvoir répondre de façon conséquente aux désirs et besoins de la demande en vue d'augmenter l'acceptabilité et l'utilisation des services. Ceci passe par une bonne représentativité des usagers auprès des prestataires, particulièrement lors des redditions des comptes. En tant qu'interfaces entre la demande et l'offre, les COGES et les mutuelles de santé constituent par excellence des instances de cette représentativité. Aussi, la stratégie FBR offre-t-elle l'opportunité de valorisation de la perspective des clients. L'implication (sous quelque forme que ce soit) des usagers dans la formulation des indicateurs de qualité reste nécessaire pour s'assurer que les services répondent le mieux possible à leurs besoins et attentes.

4 Opérationnaliser le principe de l'équité

La couverture universelle en santé incarne une valeur sociale critique, la reconnaissance que les biens et services qui favorisent la santé doivent être disponibles et accessibles à tous (particulièrement aux pauvres et plus vulnérables). Pour opérationnaliser ce principe, plusieurs stratégies sont proposées, l'identification des indigents en premier lieu. Il s'agit non seulement de l'inventaire des ménages et l'appréciation de leur situation financière mais également de l'analyse des déterminants sociaux d'accès aux soins. A cela s'ajoute l'étude des coûts au titre de la faisabilité financière en vue de déterminer les ressources additionnelles requises pour l'exemption des groupes démunis. Avec le FBR et le RAMU, il y a lieu de renforcer et accélérer le développement des stratégies d'inclusion des pauvres mais aussi de se faire une idée du coût à payer pour cette couche de la population.

Une stratégie d'inclusion des pauvres ne saurait partir uniquement du niveau central, l'implication des niveaux opérationnel et communautaire reste incontournable pour maximaliser les chances de couvrir effectivement les couches de population concernées. Ainsi, la définition des critères d'indigence et le processus d'identification et de prise en charge des indigents constituent des étapes clés qui requièrent un niveau maximum de décentralisation (et donc d'implication forte des communautés à la base).

5 Instaurer un cadre d'apprentissage

Il est important de développer un cadre d'apprentissage, d'échange et de recherche sur le RAMU et le FBR en faisant du MS une institution apprenante pour l'ensemble des groupes d'acteurs du secteur. Ceci permettrait de valoriser les connaissances, expériences et compétences de façon continue au sein et en dehors de la pyramide sanitaire.

L'apprentissage issu des expériences au niveau opérationnel est à valoriser par sa mise à contribution aux efforts d'amélioration des politiques nationales par le niveau central. L'autonomie et la motivation des cadres au niveau opérationnel sont utiles pour inciter les acteurs au niveau opérationnel à être imaginatifs et innovateurs dans la recherche des solutions aux problèmes spécifiques rencontrés dans leurs contextes respectifs pour la mise en œuvre des politiques nationales.

Thèmes identifiés pour la recherche-action

L'exercice de capitalisation des expériences susceptibles de renseigner les politiques nationales a soulevé des nouvelles préoccupations ou interrogations à traiter sous forme de recherche action, à savoir :

- 1 Quel pourrait être le cadre institutionnel le plus approprié de l'ANAM au niveau opérationnel ? Ce cadre faut prendre en compte :
 - Les lignes fonctionnelles entre l'ANAM et l'ADAM.
 - Les lignes fonctionnelles entre l'ANAM, l'ADAM et les mutuelles.
 - Les lignes fonctionnelles entre prestataires (secteur public et privé) et l'ANAM et l'ADAM d'une part et d'autre part entre l'ADAM et les mutuelles de santé.
 - Les fonctions de la pyramide sanitaire dans le cadre institutionnel du RAMU, par exemple : la contractualisation et suivi des prestataires, les paiements des factures, l'administration et collecte des contributions des adhérents, l'acheminement des subventions nationales du RAMU, la suivi de la performance des mutuelles, etc.

- 2 Quel pourrait être le cadre institutionnel qui serait le plus approprié pour le FBR dans le système de santé au Bénin ? Ce cadre faut prendre en compte :
 - la distribution des rôles et des tâches entre les structures pérennes pour remplir les fonctions d' « acheteur », de payeur au niveau local, de vérificateur des résultats rapportés, de régulateur, etc.
 - les mandats respectifs.
 - le cycle de gestion et l'acheminement des fonds FBR.

- 3 Quel est le paquet de base de prestations le plus approprié (en réponse aux besoins) et le plus fiable (sur la base des capacités financières du pays) à garantir dans le cadre du RAMU ?

- 4 Comment faire face (structures, processus, sources) aux dépenses additionnelles liées à la promotion des mutuelles : les coûts de transaction et ceux occasionnés par l'augmentation de l'utilisation des services suite à l'inclusion du secteur informel ?
- 5 Quels sont les obstacles ou barrières à la définition des critères d'éligibilité des indigents et aux procédures d'identification ?
- 6 Si on implique mieux les structures de cogestion/ou participation dans la prise des décisions relatives à la gestion des services :
 - quel serait l'effet sur l'utilisateur, le prestataire et les responsables des services ?
 - comment cette forme de participation (à travers le RAMU et le FBR) serait-elle appréciée par rapport aux autres formes de participation ?
 - Quelle serait la participation des usagers ou des mutualistes dans la fixation ex-ante des objectifs et résultats prioritaires (pour eux), lors la négociation des contrats, dans le choix des indicateurs et dans la définition des paiements par résultat ?
 - quel pourrait être le niveau de représentativité des COGES et mutuelles dans les instances de suivi et de pilotage du FBR/RAMU ?
- 7 Quels sont précisément les « résultats à acheter » à travers le FBR, en tenant compte des priorités des politiques nationales et de celles du niveau opérationnel ?
- 8 Quel serait le rôle le plus approprié à jouer par l'EEZS dans le FBR et dans le RAMU ?
 - Comment assurer la motivation des membres d'équipe des EEZS ?
 - Quels sont les résultats qu'ils peuvent atteindre ?
- 9 Comment faire en sorte que la pyramide sanitaire puisse réellement répondre aux besoins et à la demande des populations par des services de soins de santé de qualité souhaitée? Comment l'approche FBR peut-elle renforcer durablement la performance de la pyramide sanitaire ?
- 10 Comment organiser une bonne coordination des différents programmes FBR dans le pays pour des échanges autour des résultats atteints et des leçons apprises, de façon qui permettrait d'alimenter les réflexions nationales autour de la stratégie et conduirait à un meilleur modèle pour le Bénin ?

- 11 Comment mettre en place une interface de coordination performante pour le développement du RAMU au Bénin ? Ce mécanisme faut prendre en compte :
- les GTT fonctionnels ou actifs (dialogue technique et politique systémique) au niveau central.
 - Le côté de la demande et le côté d'offre, les secteurs public et privé, le RAMU et le FBR, la coopération verticale et horizontale déconcentrée au niveau opérationnel.

PARTIE II :
ETUDES DE CAS



1 La stratégie de collecte des cotisations par des agents commerciaux

Le cas des mutuelles de santé des communes de Houéyogbé et de Bopa dans le Mono

Auteurs

Euloge SEGLA (Chargé de projet mutuelles de santé, ONG GROPERE) et Graziella GHESQUIERE (ATI, PARZS MC, CTB Bénin).

Résumé

Le taux de pénétration des MUSA²⁵ a chuté de 4% en 2007 à 1% en 2009. Une des solutions retenues pour remédier à cette situation est de mettre en œuvre, par des agents commerciaux, les techniques du marketing social, pour collecter les cotisations. Cette méthode a permis de remonter le taux de 2,40% en 2010 à 3,45% en 2011.

Contexte

Les mutuelles de santé en collaboration avec leurs structures d'appui ont réalisé une étude diagnostic en 2009 pour comprendre la baisse continue du taux de pénétration. Deux raisons justifient cette baisse : (1) la non-maîtrise par les MUSA des techniques de communication ; (2) 75% des malades mutualistes sont peu satisfaits des prestations dans les centres de santé conventionnés²⁶. Pour régler l'aspect lié à la non-maitrise des techniques de communication, les MUSA et leurs partenaires ont décidé de mettre en œuvre les techniques du marketing social à travers le recrutement et la formation en marketing social d'agents commerciaux locaux. Ces derniers, assujettis à un cahier des charges, ont démarré leurs activités en août 2011.

25 Dans la ZS de Comé, il existe plusieurs MUSA. Il s'agit ici de celles appuyées par les ONG GROPERE et Louvain Coopération au Développement et le PARZS/FACILITE MONO-COUFFO.

26 Les solutions apportées pour améliorer la qualité des soins font référence à un autre texte

Méthodologie ou processus

Le principal changement survenu dans la manière de communiquer aux groupes cibles est lié au profil de ceux qui doivent parler à la population, les convaincre et les amener à payer leur cotisation. Avec les techniques du marketing, les mutuelles ont décidé de vendre leur « produit » par des personnes, appelées agents commerciaux, qui maîtrisent l'art de communiquer et de vendre. Ce qui n'était pas le cas dans un passé récent. En effet, l'adhésion à la mutuelle revient à acheter un « produit » dont la vente relève de compétences spécifiques.

Le processus de recrutement de l'agent commercial s'est déroulé en quatre phases : (1) le recrutement ; (2) la formation ; (3) la mise en place des outils de suivi et d'évaluation ; (4) la mise en place du dispositif de motivation. Le recrutement a été fait dans les normes requises : appel à candidature, sélection du dossier, épreuves écrites et orales, sélection définitive. Les critères déterminants ont été : la maîtrise de la langue du milieu, le niveau de la classe de 4ème de l'enseignement secondaire, le dynamisme et la maîtrise de la conduite d'une moto.

Leur formation en matière de micro assurance de santé et en marketing social a été assurée par l'ONG GROPERE, Louvain coopération au Développement et PARZS. Elle s'est déroulée en deux phases : 25% de théorie et 75% de pratique. Elle s'est essentiellement appuyée sur les expériences du terrain. A l'issue de la formation, une répartition des agents commerciaux par zone d'action a été effectuée.

Par rapport à leur motivation, chaque agent perçoit une prime de 5 à 7% sur le montant de la cotisation collectée et une prime de rendement dont le montant plafond est fixé à 15.000 FCFA par mois. L'agent commercial dispose d'une moto, propriété de la mutuelle. L'agent bénéficie des frais de carburant et d'entretien fixés respectivement à 15.000 et 8.000 CFA par mois. Chaque agent commercial couvre en moyenne vingt villages.

La finalité du dispositif de communication/vente est l'augmentation du taux de pénétration. Des outils ont été mis en place à cet effet. Il s'agit de la fiche de collecte, le tableau synthèse de collecte, le plan de campagne, le tableau de bord, l'évaluation hebdomadaire et mensuelle. Un système de coaching est mis en place. L'équipe de coaching est composée des gérants, d'un animateur spécialiste en marketing commercial/social et d'un membre de la structure d'appui. Elle effectue une mission d'appui par mois par agent.

Acteurs impliqués

L'action a impliqué quatre catégories d'acteurs. Il s'agit de deux gérants des MUSA, de six agents commerciaux, d'un animateur et d'un chargé de projets.

Les gérants ont pour rôle le coaching de l'équipe des agents commerciaux, la supervision et l'administration. De plus, ils élaborent le plan de promotion et de fidélisation. Ils se chargent également d'organiser des journées promotionnelles et de suivre en particulier la réinscription des bénéficiaires.

Les agents commerciaux assurent la communication, sensibilisation et la collecte des cotisations à travers le porte à porte et des réunions villageoises. Ils disposent à leur niveau de la liste des adhérents de leur zone d'action. Ils planifient leurs sorties à l'aide de la fiche des prospects.

L'animateur et le chargé de projet jouent le rôle de coordination et de capitalisation. Ils assurent les formations et l'appui conseil. Les structures d'appui (ONG GROPERE, Louvain coopération au Développement et PARZS) jouent le rôle de facilitateur, d'intermédiation et d'éveil. Ils apportent notamment un appui technique et financier.

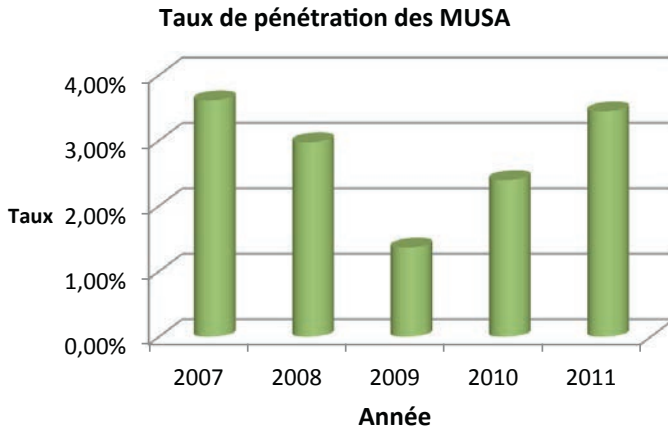


Résultats

Le nombre de bénéficiaires des mutuelles est passé de 1.969 en 2009 à plus de 5.000 fin décembre 2011, faisant ainsi évoluer le taux de pénétration. Le graphique ci-après illustre bien cette évolution²⁷.

27 La population couverte est passé de 27.000 en 2007 à 140.000 habitants en 2009 compte tenu du fait que les mutuelles de santé sont passées à l'échelle communale.

Figure 2 : Taux de pénétration des MUSA



(Source : tableau de bord des MUSA du Mono, 2011)

Ces résultats sont l'œuvre d'un travail collégial des acteurs impliqués dans la gestion du système. Les gérants dans leur rôle de supervision ont été réguliers dans les synthèses hebdomadaires et mensuelles et la production des tableaux de bord. Les agents commerciaux ont amélioré la technique de communication et de vente. Ils ont fait l'effort de rendre visible la mutuelle de santé et leur mobilité/proximité ont évité aux adhérents de se rendre au siège de la mutuelle de santé pour payer leur cotisation. Les structures d'appui quant à elles ont contribué aux résultats à travers l'octroi régulier de primes de motivation aux agents commerciaux et la mise à disposition de fonds de promotion pour l'acquisition des étrennes et l'organisation pratique des journées promotionnelles. En matière de changement de comportement, 818 nouveaux ménages ont adhéré à la notion de solidarité autour du risque maladie et à la notion d'assurance maladie. La qualité des messages, la collecte de proximité (porte à porte), l'évaluation constante des agents commerciaux sont des innovations apportées aux procédures opérationnelles.

Leçons tirées

L'expérience a été concluante en peu de temps. Avec un plus grand nombre d'agents commerciaux formés en techniques de communication et de vente, on peut obtenir plus de succès. Il est important de tenir compte de la période des bonnes récoltes²⁸ pour opérer. Il faut donc professionnaliser la collecte des cotisations au sein des mutuelles de santé. Cela nécessite la pérennisation de l'action et des ressources financières pour assurer la motivation des agents commerciaux.

28 Période durant laquelle la cible dispose de revenus.

Le Bénin a lancé le RAMU. Le système a prévu d'impliquer, pour le secteur informel, les mutuelles de santé pour l'affiliation des membres et la gestion d'une partie des prestations. Le service de communication et vente des mutuelles de santé sera un instrument de collecte que le RAMU pourra acheter dans le cadre de l'enrôlement des membres.

L'action qui a été menée apporte une contribution dans le renforcement du système de santé au Bénin en matière du financement communautaire. Un taux de pénétration très élevé facilite l'accès financier des communautés aux soins de santé.

Plusieurs facteurs ont permis d'obtenir les résultats. Il y a tout d'abord les facteurs de changement internes et externes. Au niveau des facteurs internes, il s'agit de (1) le niveau d'appropriation des membres d'organes à travers l'analyse de la situation et la prise de décisions ; (2) le bon niveau de scolarité des gérants et des agents commerciaux ; (3) l'ancienneté des mutuelles de santé qui favorise la confiance de la communauté ; (4) l'ancrage communautaire des agents commerciaux. En ce qui concerne les facteurs externes, il s'agit essentiellement de l'ancrage de GROPERE dans la zone sanitaire depuis 1988. C'est une structure connue de la communauté qui bénéficie d'une très bonne audience.

Conclusion

En somme, le marketing social, à travers le déploiement des agents commerciaux sur le terrain a permis de relever le taux de pénétration des mutuelles de santé de 2,40% en 2010 à 3,45% en 2011, année de sa mise en œuvre. L'expérience est nouvelle mais les résultats sont encourageants. Il urge de professionnaliser cette fonction (et également d'autres qui lui seront connexes) au sein de la mutuelle de santé en vue de garantir de meilleurs résultats. Parallèlement, les acteurs du système mutualiste devraient œuvrer pour une meilleure qualité des soins dans les formations sanitaires.



2 La viabilité financière

L'introduction des mutuelles pour le RAMU – ça coûte, mais combien ?

Auteurs

Euloge SEGLA (Chargé de projet mutuelles de santé, ONG GROPERE),
Graziella GHESQUIERE (ATI, PARZS MC, CTB Bénin).

Résumé

Dans le cadre de l'implantation du RAMU, les mutuelles sont identifiées comme gestionnaires délégués pour tout ce qui concerne le système informel. De cette mesure, on attend une amélioration de l'accessibilité financière aux soins pour la population travaillant dans ce secteur, mais également une augmentation du financement disponible pour la santé au travers d'une plus grande contribution des adhérents.

Toutefois, la prise en charge du secteur informel par les mutuelles entraînera des coûts additionnels pour celles-ci. Hormis les investissements de départ, on peut citer les frais de fonctionnement des MUSA dont l'augmentation de leurs dépenses par exemple les actes financiers administratifs. A travers cette étude, on analyse quelques-uns des conditions et besoins à respecter pour assurer la viabilité financière des mutuelles – par exemple : quel est le montant de la cotisation demandée, quel type de services offrir ; et combien de bénéficiaires faut-il pour une mutuelle viable ?

Contexte

Les mutuelles de santé communautaires ont démarré depuis une quinzaine d'années au Bénin. La méthodologie utilisée pour leur mise en place respectait une volonté d'assurer « l'empowerment » dans un processus où toutes les décisions ainsi que la gestion sont assurées par les membres de la communauté eux-mêmes. Il s'agissait de renforcer leurs capacités en matière de gestion et de lobbying afin d'assurer leur autonomie et d'instaurer une relation de proximité entre la mutuelle et ses membres. La gestion était, dans un premier temps, basée sur le bénévolat. Bien que ce modèle garantisse un bon ancrage communautaire et une bonne appropriation du concept mutualiste par les communautés, il présente certaines limites. En effet, la gestion communautaire et le bénévolat permettent difficilement de passer à une échelle plus grande, d'espérer le développement de mutuelles professionnalisées atteignant des taux de

pénétration significatifs. Ces acquis permettrait une offre de service plus large et attractive avec un partage des risques conséquent. L'ensemble de ces éléments agissent sur la viabilité financière des mutuelles sachant pertinemment que le risque maladie est le moins « rentable » des produits d'assurance.

Aujourd'hui ; le gouvernement a décidé d'implanter le RAMU au Bénin et la mission P4H recommande la prise en charge du système informel par les mutuelles de santé. Or, le système informel représente plus de 80% de la population et les capacités de gestion doivent être largement renforcées afin de pouvoir absorber une augmentation sensible du nombre de bénéficiaires.

Dès lors, quelles sont les conditions à respecter pour que les mutuelles de santé assurent un service accessible et viable dans un contexte de vulnérabilité et de pauvreté croissant ?

Une gestion professionnalisée pour améliorer le taux de pénétration et de fidélisation des mutuelles

Les mutualistes ont vite compris la nécessité de recourir à des compétences plus pointues notamment pour la gestion des risques, le calcul des indicateurs, le développement de nouveaux produits d'assurance et les techniques de communication : la gestion de la mutuelle devenait trop complexe pour des volontaires, et les risques financiers plus grands.

En 2010, d'un gérant salarié (au même taux que la fonction publique pour limiter les risques d'un départ) a été recruté ainsi que d'agents commerciaux pour la collecte des cotisations qui permet d'affiner les techniques de vente. Comme décrit dans l'étude de cas 1 sur le marketing social des mutuelles, les mutuelles ont organisé des journées promotionnelles, utilisé le marketing social comme technique de vente avec une stratégie de segmentation de la population. Le but de ces journées n'est pas seulement de coopter de nouveaux membres, mais aussi de créer une identité, un sentiment d'appartenance à la mutuelle, comme un investissement à moyen terme pour fidéliser les clients.

Des modalités d'accès limitant les coûts de transaction

Bien que les mesures mentionnées ci-dessus aient augmenté les coûts de transaction, d'autres mesures ont été prises pour diminuer ce type de coûts.

Les mutuelles couvrant un arrondissement ont fusionné pour devenir une mutuelle communale. La population cible est donc beaucoup plus importante ce qui élargit le potentiel de développement de la mutuelle. La plupart du temps un arrondissement compte à peine le seuil critique minimal d'habitants pour assurer la viabilité financière de la mutuelle quand bien même toute la population y adhérerait. En effet, la taille moyenne des

arrondissements des communes de Bopa et Houéyogbé est de 11.135 personnes. Même en supposant que 100% de cette population (ce qui ne sera jamais le cas) adhèrent aux mutuelles, on constate que le seuil critique pour assurer leur viabilité n'est pas atteint (la conclusion montre qu'un minimum de 13.240 personnes est nécessaire). Tout au plus, la mutuelle pourrait survivre en travaillant sur base du bénévolat, mais les recettes ne suffiraient pas pour la prise en charge de frais de fonctionnement liés à leur professionnalisation ou celle des gros risques qui nécessite une base plus large.

La cotisation est annuelle afin d'éviter des frais de gestion trop importants. En effet, la cotisation mensuelle oblige le gérant à sans cesse « courir » derrière les membres afin de percevoir les montants. La période de collecte des cotisations est ouverte pour permettre le paiement à n'importe quel moment de l'année. Afin d'éviter les abus, une période d'observation de trois mois est de rigueur et, le paiement, par le mutualiste d'un ticket modérateur, variant selon les services.

Comment calculer la viabilité financière des mutuelles

La viabilité financière des mutuelles est appréhendée sur la base suivante : recherche d'un équilibre financier hors subvention des PTF que ce soit pour la prise en charge des dépenses de santé, des frais de fonctionnement ou activités inhérentes aux champs d'activité des mutuelles comme la promotion, la sensibilisation, etc.

Toutefois, certains frais, qui sont aussi des subventions, n'ont pas été intégrés dans les calculs dans la mesure où ces dépenses représentent des frais d'investissement qu'une jeune organisation ne peut pas prendre en charge (exemple : construction des bureaux, la formation, les missions d'appui, etc.). D'autres frais, pris en charge par les PTF sont destinés à terme à être externalisés vers les unions par exemple. Subjective, la notion de frais de démarrage se comprend ici par la somme des frais liés au lancement des mutuelles afin de familiariser les populations avec le concept ou de créer un sentiment d'appartenance des mutualistes vis-à-vis de leur mutuelle.

La définition du couple service/cotisation

Les recettes des mutuelles proviennent essentiellement des cotisations et adhésions qui doivent couvrir les deux grands types de dépenses que connaissent les mutuelles :

- les frais de fonctionnement de la mutuelle même ; et
- les dépenses des services de santé couvertes par la mutuelle

La définition du couple service-cotisation est essentielle afin de s'assurer que les cotisations couvriront au moins les dépenses de santé et les frais de fonctionnement – et de préférence aussi une marge pour couvrir des risques

non prévus. Un calcul pointu de la cotisation au regard des services que remboursera la mutuelle s'avère indispensable dans le cadre de la viabilité financière des mutuelles. Une cotisation trop élevée entravera l'accessibilité de la mutuelle et l'attractivité de la mutuelle pour les adhérents et, une cotisation trop faible ne permettra pas de couvrir la totalité des dépenses des mutuelles pour bien servir les membres. Dès lors, le montant de la cotisation doit se calculer sur base d'une étude de faisabilité (devenue obligatoire avec « la loi-cadre régissant les mutuelles sociales » de l'UEMOA). De plus, une bonne compréhension, par les responsables des mutuelles, des règles mathématiques assurant un équilibre entre la cotisation payée et les services remboursés par la mutuelle, est importante. Pour cela on peut utiliser un outil du BIT/STEP.

Le calcul de la cotisation utilise deux méthodes et deux éléments clefs. La méthode dépend du profil des populations cibles:

- (i) dans les milieux aisés, partir des besoins et calculer le montant nécessaire ;
- (ii) dans les milieux plus pauvres : évaluer la capacité contributive de la cible et couvrir leurs besoins prioritaires.

Deux informations clefs interviennent dans le calcul : la fréquence (taux d'utilisation) et le coût moyen d'un épisode maladie.

Le tableau suivant montre les services identifiés comme prioritaires par les populations lors de l'étude de faisabilité, et la part des dépenses de santé (en pourcentage) prise en charge par la mutuelle. Ces services ont été maintenus jusqu'en 2011 et modifiés en 2012. Les forfaits sont exprimés en FCFA (1 euros = 656 FCFA). Le montant de la cotisation est le prix payé par les adhérents et leurs personnes à charge pour bénéficier des services de la mutuelle. La cotisation est annuelle. Lors de son calcul, on prévoit 70% pour couvrir les frais de santé et 30% pour le fonctionnement, les imprévus et la réserve.

Le résultat

La viabilité des mutuelles de santé est conditionnée par :

- le nombre de bénéficiaires en ordre de cotisation (« taux de pénétration » - qui détermine les recettes de la mutuelle) ;
- les dépenses de santé des membres (« taux de sinistralité ») ;
- et
- les frais de fonctionnement pour faire marcher la mutuelle elle-même (« coûts de transaction »).

Les informations présentées ici sont issues des états financiers des mutuelles de santé de Bopa et Houéyogbé, extraites du « factsheets

Tableau 1 : Les services identifiés comme prioritaires par les populations

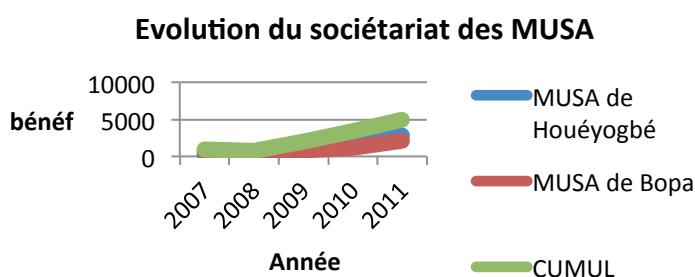
Services	2011	2012
Consultation ambulatoire et médicaments génériques	75%	75%
CPN et médicaments génériques	75%	75%
Accouchement en médicaments	75%	75%
Médicaments de spécialités (voir liste)	75%	50%
Analyses de laboratoires		50%
Echographie pelvienne		50%
Forfait pour les césariennes		10.000
Hospitalisation des enfants de 0 à 5 ans : 10.000		10.000
Montant de la cotisation	1520	2300

social ». Cet outil permet l'évaluation des organisations de micro assurance et la comparaison entre les mutuelles réparties dans différents pays sur plusieurs continents.²⁹

Nombre de bénéficiaires / sociétariat (taux de pénétration)

Plus le nombre de sociétaires est élevé, plus les recettes sont élevées, plus le partage des risques entre eux est important, mieux les frais fixes et les coûts de transaction sont absorbés. Suite au recrutement d'un gérant salarié depuis mi-2009, on a pu noter une augmentation du nombre de bénéficiaires de 2000 à 5000 en ordre de cotisation.

Figure 3 : Evolution du sociétariat des MUSA



29 Outil développé par Belgian Raiffeisen Foundation (BRS), créé par la banque CERA notamment pour perpétuer les idées coopératives «Appui au Développement Autonome » (ADA, ONG luxembourgeoise experte en micro finance).

Les mutuelles de Bopa et de Houyégobé et leur taux de sinistralité

Le compte de résultats mentionne les montants exacts des produits et des charges. La consolidation des états financiers pour les deux mutuelles montre que :

- Les *produits* (issus essentiellement des cotisations et des donations) s'élèvent respectivement à 4.721.764 F CFA (58%) et à 3.426.797 F CFA (42%) soit un total de 8.148.561 FCFA
- Les *charges* des mutuelles s'élèvent, quant à elles à 9.959.712 FCFA et se déclinent en deux grandes rubriques i) La part des recettes utilisée pour le paiement des dépenses de santé des membres ; ii) la part de la cotisation utilisée pour les frais de fonctionnement (transaction).

Le compte de résultats (produits – charges) donne ainsi un revenu net avant donation¹ de : - 5.237.948 FCFA. Ce calcul ne tient pas compte des sommes d'argent versées par les PTF pour soutenir le démarrage et la consolidation des mutuelles de santé. Après introduction de ces montants dans les états financiers « le revenu net après donation » s'élève à : - 1.836.339 FCFA qui représente le déficit de la mutuelle. Ce déficit enregistré fin 2011 a amené les mutualistes à augmenter la cotisation.

A ce jour les mutuelles disposent de l'appui des partenaires techniques et financiers (Louvain coopération au Développement et PARZS). En vue d'anticiper leur désengagement, les projections financières partent de l'hypothèse que ces subventions ne sont plus versées. Ainsi, pour être financièrement viables, les mutuelles doivent absorber le montant de la donation ajouté à celui de son déficit soit un total de (5.263.136). Ceci représente un minimum sachant que cette somme permettra de couvrir ces dépenses sans constituer de réserve.

Conclusion

L'enjeu pour la mutuelle est de connaître le nombre de bénéficiaires (en ordre de cotisation) à atteindre pour couvrir ses frais de gestion et ce, en différenciant les étapes de son développement (corrélation entre nombre de bénéficiaires et personnel de la mutuelle). Réalisé à partir des états financiers 2011 des mutuelles, le tableau ci-dessous nous montre qu'il faudra atteindre 13.240 bénéficiaires pour assurer l'équilibre financier sans modification des services actuellement offerts par la mutuelle (sans déficit ni subvention des PTF).

Le nombre de bénéficiaires ainsi calculé permet déterminer les recettes et les charges théoriques de la mutuelle.

Tableau 2 : les recettes et les charges de la mutuelle

Montant de la cotisation	2.300
Nombre de bénéficiaires en ordre de cotisation	13.240
Total des recettes	31.554.542
Recettes sur cotisations	30.451.236
Recette sur droits d'adhésion	1.103.306
Total des charges	31.550.129
Charge des sinistres	21.315.865
Total des charges variables	6.725.751
Détails charges variables (par bénéficiaires)	508
Frais administratifs	303
Frais de communication et de distribution	169
Autres charges d'exploitation	36
Charges fixes : salaires du gérant + Charges liées aux agents commerciaux	3.508.512
Résultat (recettes - charges)	4.413

Dans cette projection, le tableau nous montre que le total des recettes 31.554.542 CFA. moins le total des charges 31.550.129 CFA est égal à 4413 FCFA. Bien que spécifiques aux mutuelles de santé de Bopa et Houéyogbé, ces données peuvent être utiles notamment dans les analyses et les calculs à réaliser dans le cadre de la mise en place du RAMU. La source de ces informations provient de la pratique. Seules, les recettes sur les droits d'adhésion ont été estimées sur base d'une taille moyenne des ménages correspondant à 6 personnes. Dès lors on peut conclure que les données utilisées sont réalistes.

Aussi les projections restent valables à condition que : i) le taux de sinistralité ne dépasse pas les 70%, ii) les frais de personnel de la mutuelle n'augmentent pas et iii) le coût de gestion (hors salaires) reste équivalent par bénéficiaire. Ceci implique le maintien d'une gestion des risques rigoureuse avec un effort important pour juguler toute augmentation des dépenses de santé.

Leçons tirées

Les projections financières nous montrent que les mutuelles peuvent être financièrement viables tout en se professionnalisant (gérant salarié, agents commerciaux). L'implantation du RAMU crée des conditions et un environnement institutionnel et légal favorables. Les mutuelles, pour assurer la prise en charge du système informel, disposent ainsi d'informations fiables et réalistes, susceptibles de les guider dans la négociation des termes de leur partenariat avec le RAMU. Elles éviteront ainsi de se

fragiliser, de perdre leur autonomie et/ou leurs relations privilégiées avec les membres.

Un élément clé de la négociation sera de garder un équilibre avec les dépenses de santé, les cotisations payées par le bénéficiaire et la part prise en charge par l'Etat.

Aujourd'hui et à notre connaissance, il n'y a pas d'étude actuarielle sur laquelle se basent la cotisation et les services proposés pour la mise en place du RAMU.

Les données actuelles, issues des mutuelles de Bopa et Houéyogbé montrent que le remboursement des soins de base (consultation, CPN, accouchement, médicaments essentiels génériques et non génériques) crée un déficit pour la mutuelle. Celui-ci est lié à l'écart entre la prime pure (part de la cotisation réservée pour les dépenses de santé) et le coût moyen d'un épisode maladie (1372 F CFA contre 1064 F CFA prévus). Bien évidemment cet écart s'accroît avec l'augmentation du taux de pénétration des mutuelles (voir dans le tableau ci-après si l'on passe d'une couverture de 2 à 20%).

Dans le cadre de l'implantation du RAMU, ces difficultés pourraient être évitées en introduisant la tarification au forfait qui inclurait les médicaments.

Tableau 3 : Dépenses de santé des membres des mutuelles

	Fréquence	Coût moyen dépensé	Couverture %	Couverture Sous risque	Dépenses de santé/an	Prime brute	Montant récolté cotisation	Gap
Situation actuelle	0,88	1.372	0,020	2.856	3.465.672	1.064	3.038.784	426.888
Prévision pour une couverture de 20%	0,88	1.372	0,20	28.952	34.955.487	1.064	30.804.928	4.150.559

L'autre élément clé est de couvrir les frais de transaction supplémentaires liés à une couverture plus large. Une augmentation significative et rapide du nombre de bénéficiaires amènera des frais de gestion supplémentaires que les mutuelles ne sont pas en mesure de couvrir seules dans un premier temps.



500F

3 Une approche communautaire d'identification des indigents

Expérience du Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Comé, Agence belge de développement

Auteurs

Elodie ALLABI (Chargée d'Appui Conseils au Projet PARZS), Amavi
Tadognon HOUNOVI (Chargé d'Appui Conseils au Projet PARZS).

Co auteurs :

Jocelyne OLODO (Chargée d'Appui Conseils au Projet PARZS), Marc
MORAY (Assistant Technique International au projet PARZS).

Résumé

En 2005, est opérationnalisé au Bénin un fonds destiné à prendre entièrement en charge les soins de santé des personnes indigentes. Mais, il est constaté que dans la pratique, ce fonds ne bénéficie pas souvent aux indigents. Il était donc devenu indispensable d'instaurer des critères d'indigence partagés par tous pour inverser la tendance. Une expérience d'identification et de prise en charge (PEC) des indigents à partir d'un modèle innovant a permis d'avoir des résultats encourageants dans la zone sanitaire de Comé. Cette expérience a mis les communautés au centre de l'identification des indigents. Au bout de seize mois le nombre de patients identifiés et pris en charge selon cet nouvelle méthode est doublé.

Contexte

Depuis 1990, d'importants changements sont opérés sur le plan sanitaire au Bénin. Le plus significatif est la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire. La table ronde des partenaires du secteur santé en 1995 met l'accent sur la délégation de certaines lignes de crédit aux zones sanitaires. Malgré la mise en œuvre des deux plans nationaux de développement sanitaire, on note toujours une faiblesse des indicateurs de santé au Bénin. Les couches sociales les plus défavorisées ne bénéficient pas souvent des différentes politiques d'amélioration de la santé des populations.

C'est dans ce contexte qu'en 2000 le gouvernement béninois a pris la décision d'assurer entièrement les dépenses de santé des indigents³⁰. Cette politique sanitaire est devenue effective en 2005³¹ avec la mise en place du FSI.

Lors de la mise en œuvre du FSI, un nombre de défis a été noté. Une analyse approfondie a été faite lors d'un atelier en 2009 qui regroupait les principaux acteurs du secteur³². D'importants dysfonctionnements excluant la majorité des indigents de l'accès aux soins ont été relevés. Le problème le plus profond était que la majorité des indigents déclarés par les centres de santé n'existaient pas. Les participants ont réalisé que cette situation était due à l'inadaptation du dispositif d'identification des indigents. Ils ont également noté la faible participation des communautés dans le processus (rapport de l'atelier, 2009).

A partir de cette analyse, la grande question se résume à : quels critères et approches pour identifier les vrais indigents ? Le PARZS a répondu en initiant un processus de développement des nouveaux outils de gestion du fonds FSI. Il a été expérimenté de juin 2009 à octobre 2010 dans la zone sanitaire de Comé avec la Plate-forme Société Civile et Santé (PSCS). La PSCS est la structure qui met en œuvre le volet d'appui à la demande dans le PAZS-Comé II.

Processus

1. *Mise en place des comités locaux d'Identification et de Validation des Indigents*

Le processus a démarré par l'élaboration participative d'un nouveau manuel d'identification et de prise en charge des indigents. Ce manuel prévoit un circuit qui met les communautés au cœur de l'identification des indigents. Dans chacun des deux cents villages³³, un CLIVI a été mise en place. Il est composé de cinq à sept membres, dont le chef de village est le président. Au moins deux à trois femmes y sont présentes.

2. *Elaboration des critères consensuels d'indigence*

Ce comité est chargé d'identifier à la base les personnes indigentes et de les orienter vers le centre de santé en cas de maladie. Une analyse

30 Décret N° 2000/465 du 17 octobre 2000 portant allocation de ressources au secteur de la Santé

31 Avec la mise en application de l'arrêté (n° 743/MFE/MSP/CAB/SP du 13 juin 2005) portant mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents (FSI).

32 Cet atelier a été organisé dans le cadre du projet pilote d'appui à la zone sanitaire de Comé, avec l'accord entre la Belgique et le Bénin, ce projet avait carte blanche pour expérimenter des innovations qui pourraient alimenter la politique nationale.

33 La zone sanitaire de Comé compte 200 villages administratifs

conjointe au niveau des CLIVI a permis d'élaborer des critères d'indigence selon la communauté (voir encadré 3).

Encadre 3: Critères consensuels de vraie indigence définis par les communautés

- Première intention : Personne ne pouvant satisfaire aucun de ses besoins vitaux et sans soutien, Personne méprisée et marginalisée par elle-même et par son entourage (Cas spécifique de veuve sans aucun soutien, aveugle sans soutien, handicapé des membres grave sans soutien, orphelin mineur sans soutien)
- Seconde intention : Handicapé, Personne âgée sans soutien, Veuve sans soutien et malade, Porteur de maladie empêchant les activités génératrices de revenus qui ne peut couvrir les dépenses de soins de santé.

(Source : Rapport général d'installation des comités locaux d'identification et de validation des indigents, PAZS-Comé II, 2009.)

Pour le moment, l'Etat béninois utilise l'identification passive des indigents. Le projet a adopté cette approche. Cela veut dire qu'il part de la suspicion du cas par le prestataire au niveau du centre de santé qui demande la confirmation du statut au CLIVI³⁴ par le biais COGES³⁵ et de l'assistant social, responsable du centre de promotion social de la commune. Le projet avait besoin de continuer avec cette approche passive en attendant que tous les acteurs soient suffisamment informés des innovations.

Il est prévu de passer à une identification active par la suite, qui est une approche dans laquelle les indigents sont systématiquement recensés .

3. *Elaborer le circuit et les outils d'identification et de prise en charge des indigents*

Le schéma ci-dessous illustre le circuit d'identification et de prise en charge au niveau des centres de santé. Le processus est presque le même lorsqu'il s'agit de l'hôpital de zone. Il part de la suspicion du cas par le prestataire qui demande la confirmation du statut au CLIVI par le biais des COGES et de l'assistant social.

34 Comité local d'identification et de validation des indigents installé au niveau de chaque village et exclusivement composé de représentants désignés des populations. Il est dirigé par le chef de village.

35 Comités de 9 membres composé de deux prestataires de soins et d'un représentant des élus locaux (membres de droit), d'un représentant des ONG actives dans la santé et 5 représentants élus par les communautés (2 femmes, 2 jeunes, 1 notable)

Figure 4 : le circuit d'identification et de prise en charge des indigents au niveau des centres de santé (source : manuel de gestion du FSI, 2009).



Lorsque le cas est confirmé par le CLIVI, l'assistant demande la carte d'indigence qui est établie par le Maire ou le Chef d'arrondissement. Une photocopie de la carte est transmise au prestataire pour la constitution du dossier de remboursement. Tous les dossiers de remboursement sont centralisés au niveau du bureau de zone pour vérification et envoi à la Plateforme Société Civile et Santé pour paiement après contre vérification par le médecin conseil et les facilitateurs communautaires. La carte est établie pour une validité de 12 mois car un indigent peut changer de statut à tout moment.

Sept outils de gestion du fonds ont été conçus et mis en place à l'usage des différents acteurs intervenant dans le processus. Il s'agit de : la fiche de demande de validation de cas, la fiche de collecte de données sur l'indigent, le procès-verbal de validation, la fiche de rejet de statut d'indigence, la fiche de demande de la carte d'indigence, la carte d'indigence et le dossier médical. Deux cent séances de mobilisation, de sensibilisation ont été organisées en mai 2009 lors de la mise en place des CLIVI. Tous les agents qualifiés des 34 zones sanitaires ont été formés sur les outils de gestion et à la gestion de ce nouveau mécanisme. Douze émissions radiophoniques ont été faites pour une large dissémination sur le processus d'identification des indigents et de l'existence du fonds.

Deux ateliers bilans périodiques ont été réalisés avec les élus locaux et les prestataires de soins de la zone sanitaire sur la prise en charge sanitaire des indigents.

Les acteurs impliqués

L'expérience de Comé a connu la participation de différents acteurs avec des rôles très précis et complémentaires dans le processus d'identification et de prise en charge des indigents. Les principaux acteurs sont les suivants : le CLIVI joue un rôle d'identification communautaire avec l'accompagnement du Chef du Centre de Promotion Sociale. Le Chef du centre de Promotion Sociale fait un rapport d'enquête sociale à partir de la fiche de collecte utilisée par le CLIVI. Le chef d'arrondissement ou le Maire établit la carte d'indigence après demande envoyé par le Chef du centre de Promotion Sociale. Les Prestataires de soins après suspicion du cas demandent une validation de cas au Chef du centre de Promotion Sociale. Ce dernier envoie la demande au CLIVI. Les Prestataires de soins donnent les soins aux malades indigents et préparent le dossier du malade à la PSCS après l'exéat du malade. La PSCS est l'acheteur des soins offerts aux malades indigents. Les COGES s'occupent du recouvrement du fonds en cas de non validation du malade. Les Facilitateurs et le médecin conseil jouent un rôle de vérification et de contre vérification.

Résultats

L'expérience pilote de renforcement de l'accès des indigents à des soins de santé dans la zone sanitaire de Comé a généré des résultats qui nécessitent d'être capitalisés.

Le début de l'expérience a été consacré à l'élaboration d'un nouveau mécanisme d'identification et de prise en charge des indigents. Ce mécanisme comprend des innovations acceptées par tous les acteurs avec une répartition consensuelle du rôle de chacun. Au niveau de chaque village est installé un CLIVI composé exclusivement de représentants élus par la population en assemblée générale villageoise.

L'utilisation de critères d'identification issus des communautés et partagés par les autres acteurs a diminué la contestation des cas validés indigents et a contribué à une gestion plus transparente. L'implication effective des élus locaux dans la gestion de l'identification et le suivi de l'indigent a donné plus de confiance à ces derniers qui ont démystifié leur statut.

Plus de 700 indigents dont les statuts sont validés par les CLIVI ont été pris en charge dans les formations sanitaires publiques. Ces 700 patients indigents proviennent de 110 villages sur les 200. Ces villages ont envoyé chacun en moyenne six malades indigents au centre de santé.³⁶

36 Source : base de données indigents PAZS-Comé II.

Une contre vérification réalisée par le projet en juillet 2010 a permis de constater que plus de 80% des malades interviewés ont réellement bénéficié du FSI et sont réellement indigents. Ils répondent effectivement aux critères définis par la communauté. Avant l'expérience, il était très difficile et souvent impossible de localiser les indigents comptabilisés comme ayant bénéficié des soins. Les populations de la zone sanitaire sont bien informées sur le FSI avec une démystification du statut d'indigence. L'affluence des indigents au niveau des formations sanitaires est même ressentie par les agents de santé comme un surplus de travail. Il en est de même pour les agents chargés de la conduite technique de l'enquête sociale.

Il existe un cadre de concertation formel entre l'offre et la demande pour le bilan de prise en charge et pour la gestion des incidents critiques.

Leçons à tirer

Une leçon du processus est que malgré les formations et la mise à disposition des outils, il y a une persistance des attitudes envers les indigents. Les innovations ont généré plusieurs aventures bonnes et malheureuses que nous avons appelées « incidents critiques ». Ces incidents proviennent surtout des prestataires de soins (renvoi du malade indigent, délivrance des ordonnances pour l'achat de médicaments de spécialités dans les officines etc.) et quelques rares fois des élus locaux. Ces prestataires, en même temps qu'ils demandent les enquêtes pour la confirmation des cas, n'arrivent pas à s'empêcher de stigmatiser et rejeter certains cas. Ils interprètent quelques fois la PEC des indigents comme un surplus de travail qui devrait être rémunéré en tant que tel. Il en est de même pour les agents sociaux chargés de la conduite technique de l'enquête sociale.

La conséquence a été l'enregistrement de quelques poches de résistance des indigents à se présenter au niveau des formations sanitaires. Un cadre de concertation entre la PSCS et l'EEZS permet la gestion des incidents critiques remontés par les indigents vers les CLIVI.

L'expérience de Comé s'est arrêtée à la fin du projet PAZS-Comé II. L'approche était prometteuse mais dépendait à 100% de PAZS-Comé. La partie béninoise n'a pas respecté ses engagements de contribuer à 50% au remboursement des soins donnés aux indigents. Les remboursements ont été entièrement faits sur les fonds du projet PAZS-Come II. Une grande question se pose : comment assurer la contribution de l'Etat, comment assurer la durabilité financière ? L'engagement des assistants sociaux s'est également émoussé progressivement au cours de l'expérience. Ils ont en vain réclamé une motivation. Les résultats auraient pu être plus significatifs et même continuer après le projet si un mécanisme de motivation avait été prévu pour ces assistants sociaux.

L'accès aux soins serait plus aisé pour les indigents si l'approche d'identification active avait été utilisée. Pour l'enrôlement des indigents dans le RAMU, le pari sera gagné si, sur la base de critères définis de façon consensuelle, un recrutement actif des indigents est fait. En la matière, l'étude sur l'identification active réalisée à Comé peut servir de porte d'entrée. Les résultats de cette étude ont montré que lorsque que les communautés ont la preuve qu'on leur fait confiance elles deviennent rigoureuses .

Conclusion

L'expérience d'identification et de prise en charge des indigents avec un modèle innovant dans la zone sanitaire de Comé a induit au sein de la communauté une mobilisation sociale qui nécessite un approfondissement à travers une recherche formelle. L'étude intervenue à la fin de l'expérience sur l'identification active a montré que la définition consensuelle des critères d'indigence à partir des inputs communautaires pourrait être une solution à l'éternelle difficulté de recrutement d'indigents.

Il est important d'aller au terme de l'expérimentation de l'identification active des indigents amorcé dans la zone sanitaire de Comé pour tirer des leçons et passer à l'échelle.



4 Large sensibilisation pour une meilleure représentativité des organes de cogestion

Auteurs

Jocelyne OLODO (Chargée d'Appui Conseils au Projet PARZS), André FANOUPKE (CS ZS Comé), Rocadin HOUINSOU (SG COGES Tovikzin), Paulin DAVODOUN (Médecin, ZS ADD), Julien AISSAN (MC ZS KTL).

Résumé

La cogestion des centres de santé, est une forme d'institutionnalisation de la participation communautaire qui est un principe de la stratégie des soins de santé primaires. Durant deux décennies de cogestion au Bénin, les organes de cogestion ont souffert d'une représentativité inégale de la population d'un manque de disponibilité des membres les constituant ou d'un manque de capacité réelle de ces derniers à analyser et contribuer à la résolution des problèmes du centre de santé. Afin de relever ce défi, les zones sanitaires d'appui PARZS – MC ont mis en œuvre un programme de renforcement des organes de cogestion. Ceci commence par l'appui au renouvellement des organes entre novembre 2011 et mai 2012 portant une attention particulière au mode de désignation des membres de ces organes à la base. Le résultat est une meilleure connaissance par la population de la mission des COGES, un processus plus inclusif et transparent de désignation des membres et l'émergence des COGES plus proactives.

Contexte

En 1987, la politique sanitaire des pays en voie de développement a été marquée par la déclaration de Bamako. Cette déclaration consacre la relance de la stratégie des soins de santé primaire définie à la conférence d'Alma Ata en 1978. Elle traduit une volonté de décentralisation de la gestion des systèmes de santé publique et d'amélioration de la transparence. Elle a retenu, entre autres composantes de base, le financement communautaire, le recouvrement des coûts et la cogestion.

Mode de désignation des membres des COGES

Les textes prévoient trois personnes par couches et par village. Les textes précisent aussi un niveau intellectuel requis (le savoir lire et écrire) ainsi que les membres de droit comme les prestataires, les représentants du personnel ou de structures privées.

Au Bénin, l'opérationnalisation de cette stratégie a été soutenue par un cadre légal. Il s'agit en premier lieu du décret présidentiel³⁷ portant sur la Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en ZS. Ce décret définit les différents organes et leurs modalités de fonctionnement. La cogestion y occupe une bonne place. Elle implique une participation des représentants élus des communautés à la gestion des centres de santé. Selon les textes, les organes de cogestion que sont le COGES, le conseil de gestion de l'hôpital de zone et le comité de santé de la ZS (COSA).

Il y a de nombreux organes de cogestion qui sont assez actifs et effectifs dans leur travail de gestion et de contrôle de la gestion du centre de santé. Néanmoins, il y a de nombreux problèmes qui caractérisent la cogestion des centres de santé. Malgré le chemin parcouru une dizaine d'années environ, par endroits, l'expérience avait été toujours marquée dans les trois ZS du PARZS MC par une participation communautaire à la fois timide, conflictuelle et de copinage.

Un problème de fond était le mode de désignation des membres de ces organes de cogestion à la base jusque-là développé. Un mode qui n'assurait pas une meilleure représentativité de la population et qui au contraire était aussi cause de mauvaise gestion des centres de santé. Pour procéder au renouvellement des organes de cogestion dans les zones sanitaires, les EEZS n'associaient pas les vrais concernés au processus. Les textes portant sur la composition, l'organisation, l'attribution et le rôle des organes sont très peu connus de la plus part des parties prenantes (prestataires, élus locaux et communautés). Une note seule est envoyée, souvent la veille, aux élus locaux pour leur demander d'envoyer sans critères, des personnes pour assister aux élections ; ce qui biaise généralement le quota et la représentativité attribuer aux des couches concernées dans le texte. Tout ceci n'est pas sans conséquence sur la qualité du rôle joué par les membres ainsi choisis.

Dans les zones sanitaires du Mono Couffo, le mandat des organes était arrivé à terme pour certains depuis plus d'un an. Les organes doivent procéder tous les trois ans au renouvellement des membres constituants. Pour le PARZS, c'était une opportunité de redynamiser les organes de cogestion. Il a développé ainsi une importante stratégie communicationnelle pour accompagner le renouvellement et améliorer la représentativité et l'effectivité des organes des zones sanitaires de COME, ADD (Applahoué-Djakotomé-Dogbo) et KTL (Klouékanmey, Toviklin, Lalo)

37 Décret N°2005-611 du 28 Septembre 2005 portant Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones Sanitaires ; Règlement intérieur des Comités de Gestions des centres de santé – COGECs ; Arrêté N° 7273/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 24 juillet 2006 qui a réorganisé la base de la pyramide sanitaire en Zones Sanitaire.

Méthodologie

Pour améliorer le mode de désignation, une démarche méthodologique a été convenue par les responsables sanitaires des zones. Des équipes pluridisciplinaires de supervision et de centralisation des résultats avaient été constituées. La démarche globale a été axée sur le respect des textes et la communication. Les étapes sont présentées ensuite.

Etape 1 : Campagne d'information

Un accent particulier a été mis sur la nécessité d'informer et d'impliquer à temps les élus locaux. Ceux-ci, comme de droit, devront (en un premier temps) sous la supervision de l'EEZS organiser convenablement à la base (au niveau des quartiers de ville et dans les villages) la désignation des représentants des communautés aux élections. A cet effet, dans la communauté, des rencontres d'informations et d'échanges sur la compréhension des textes ont été organisées à l'intention des élus locaux, ONG, mutuelles de santé et associations de femmes pour assurer une meilleure mobilisation et implication de tous les acteurs. Les assemblées de village ont été facilitées par plusieurs canaux de communication et d'information, notamment les crieurs publics, les centres d'alphabétisation, les radios locales. Plus de 6000 personnes ont été touchées directement par les séances de sensibilisation des ONG. Tous les Chefs d'Arrondissement des dix communes ont été touchés ainsi que les mutualistes de HOUEYOGBE et de BOPA dans la Sone Sanitaire de Comé.

Etape 2 : Séance de relecture et d'harmonisation des textes

En prélude à la deuxième étape (consacrée à l'élection des représentants de la communauté), l'EEZS a organisé une séance de relecture et d'harmonisation des textes. Cette séance a permis d'établir une compréhension commune sur l'ensemble du processus. Ainsi, les précisions ont été faites sur la représentation quantitative et qualitative des membres. L'harmonisation a permis par exemple de relever le niveau de connaissance des textes et de corriger certaines positions. A l'occasion, un responsable de EEZS a affirmé par exemple :

« à mon avis les chefs de villages ou quartier envoient seulement une personne pour participer à l'assemblée électorale au niveau arrondissement ».

Etape 3 : Processus d'élection et de désignation

Après la décision de renouvellement, les étapes d'information et de communication et l'étape de harmonisation des textes, des assemblées villageoises sont organisées pour des choix démocratiques, ainsi que l'assemblée électorale au niveau arrondissement.

Les acteurs

L'EEZS prend la décision du renouvellement et déclenche le processus, appuyé techniquement et financièrement par la structure d'appui (ici c'est

le PARZS). La mobilisation sociale est assurée par les élus locaux, les ONG, les centres d’alphabétisation, les médias de proximité.

Résultats

Les zones sanitaires ADD, KTL et Comé ont procédé au renouvellement et à la formation des membres des organes de cogestion des formations sanitaires publiques. Au cours du processus un focus a été mis sur le mode de désignation des membres de ces organes. Cette expérience a permis de constater une forte mobilisation de la population avec une participation massive et active des différentes couches sociales. Ceci explique le grand intéressement des communautés pour une bonne représentation de tous les acteurs clés comme prévu par les textes.

Il est clair que les différents textes régissant la cogestion étaient méconnus de la plupart des acteurs. Par conséquent, la crédibilité du mode de désignation des personnes à la base était entachée. Le choix n’était toujours pas porté sur des personnes disponibles, dotées d’une capacité suffisante d’analyse ou sur la représentation des différentes couches prévues (surtout les femmes). Un Président COGES élu, responsable d’une mutuelle de santé témoigne (voir encadré 4 ci-dessous).

Encadré 4

« Je n’aurais jamais été élu membre d’organe de Cogestion du centre de santé de mon village si je n’avais pas été informé par le biais du centre d’alphabétisation que je fréquente. Et pourtant je suis président de la mutuelle de mon village qui compte plus de deux cent membres. Souvent le renouvellement est déjà fait avant qu’on ne soit au courant. Cette fois-ci il y a eu une large information sur les textes et l’implication effective des populations ».

Les nouveaux membres des organes de Cogestion ont été régulièrement élus rendant effectif le renouvellement de tous les organes de cogestion dans tous les centres de santé des zones sanitaires ciblées.

La formation des nouveaux membres suite au renouvellement a contribué à la maîtrise de leurs attributions et augure d’un meilleur fonctionnement des centres de santé. Ce fut une opportunité d’amélioration des connaissances et d’émancipation collective. Aujourd’hui, pour jouer leur rôle de veille citoyenne certains organes font de plus en plus appel à quelques recours officiels. Ainsi plusieurs cas de dérapage constatés dans la fonctionnalité des CS sont déjà dénoncés par les membres des organes de Cogestion. Il s’agit par exemple du mauvais accueil, de la vente parallèle des médicaments ou de l’absence d’inventaire.

Leçons tirées

Dans le cadre du renouvellement des organes de cogestion des centres de santé, un certain nombre d'éléments clés ont permis d'obtenir les résultats probants.

La diffusion de l'information au travers des campagnes d'information/sensibilisation dans chaque aire sanitaire et à l'intérieur de la zone a permis la participation de toutes les couches de population aux assemblées générales de village. Cette activité a débouché sur une élection libre et démocratique des représentants des communautés, ce qui était une nouveauté dans la zone depuis la mise en œuvre de la politique de participation communautaire. L'implication de tous les acteurs clés comme prévu par les textes a été très importante dans la mesure où la participation communautaire est devenue une réalité. Aujourd'hui, les représentants de ces couches se sentent responsables et redevables de leurs pairs surtout quant à la bonne marche de ces organes.

Avec la formation de ses membres désignés qui connaissent mieux l'enjeu de leurs rôles et attributions, leur implication dans le FBR est plus inévitable. Ils devront mieux contribuer à la qualité des soins dans les centres de santé en jouant leur rôle vis-à-vis de la communauté à qui ils doivent rendre compte et avec laquelle un dialogue est établi .

Conclusion

Une bonne représentativité de tous les acteurs impliqués dans la cogestion des formations sanitaires est le produit d'une organisation méthodique d'élections libres, transparentes et démocratiques et d'une large information. Une nouvelle dynamique de gestion des activités sanitaires s'instaure dans les ZS ADD, KTL et Comé. L'implication active de la communauté dans la gestion des centres de santé est le gage d'une meilleure participation communautaire et d'une meilleure gouvernance. Ceci pourrait contribuer au relèvement des défis majeurs dont l'atteinte de certains OMD localement. L'expérience faite avec l'appui du PARZS Mono-Couffo a entraîné un engouement et une nouvelle perception de la gestion de la santé dans les populations bénéficiaires. Cette expérience est d'autant importante que les représentants élus ont un devoir de mémoire et se doivent de rendre compte aux mandants. Peut-être faudra-t-il renforcer les compétences des nouveaux membres des organes de cogestion par des formations spécifiques sur le plaidoyer, les techniques de négociation et la gestion pour plus d'efficacité.



5 Cadre local de concertation – Lieu d’expression des mutuelles

Analyse de cas dans les communes de Bopa et Houéyogbé de la zone sanitaire de Comé

Auteurs

Euloge SEGLA (Chargé de projet mutuelles de santé, ONG GROPERE),
Graziella GHESQUIERE (ATI, PARZS MC, CTB Bénin) et Deborah DE
BAEREMAEKER (AJ, AIMS, CTB Bénin)

Résumé

En 2005, les mutuelles de santé et les centres de santé des communes de Bopa et Houéyogbé de la zone sanitaire de Comé se sont réunis pour créer un cadre local de concertation. Ce mode de concertation a généré un dialogue entre les deux parties. Et, au final, cela a permis d’augmenter le pouvoir de négociation des mutuelles de santé.

Contexte

Au Bénin, il existe peu d’organisations représentant les bénéficiaires de soins de santé. De plus, le financement des soins est basé sur le paiement direct par les patients, ce qui limite fortement leur poids face aux formations sanitaires. En l’absence d’un réel pouvoir de négociation des populations face à l’offre de soins de santé, les mutuelles constituent un moyen d’exprimer leur voix. Elles se révèlent porte-parole des besoins des usagers des formations sanitaire. D’où la nécessité de renforcer le dialogue entre les mutuelles et les centres de santé. La constitution d’un cadre local de concertation fut l’approche choisie dans la zone sanitaire de Comé, dans le Département du Mono. Il est vrai que les comités de gestion des centres de santé peuvent également défendre les intérêts des usagers mais leur rôle couvre davantage la cogestion que la défense des intérêts des mutualistes.

Processus

Le cadre local de concertation a été mis en place en 2005³⁸, lors de la création de mutuelles et de l'élaboration de la convention de partenariat, à valeur de contrat, signée entre les mutuelles et les centres de santé de la ZS de Comé. Ce contrat trace le cadre de collaboration, règle les relations et les rôles, les obligations et les droits des deux parties. Ce contrat signé par les acteurs directs (prestataires et acheteurs/payeurs) couvre notamment la prise en charge des mutualistes par les CS, les bons comportements à avoir dès l'accès des mutualistes au centre de santé, l'engagement des CS pour une disponibilité des médicaments et la lutte contre la vente illicite de médicaments (VIM).

Les deux parties se sont engagées dans la convention à travailler à (i) l'optimisation de la qualité des soins ; (ii) la satisfaction des mutualistes ; (iii) la rationalisation des soins et des comportements de recours des mutualistes (iv) ; et l'amélioration de la circulation de l'information entre les patients et le centre de santé, pour l'adhésion massive aux mutuelles de santé.

Le cadre de concertation local est un lieu de dialogue et d'évaluation de la convention. Il a pour objectif de renforcer la collaboration entre les acteurs impliqués dans le processus mutualiste, d'échanger et harmoniser les points de vue entre les acteurs et d'aplanir les difficultés. C'est également un creuset de réflexion pour l'émergence d'un véritable appui au développement des mutuelles de santé dans la zone sanitaire. Aujourd'hui, ce cadre regroupe les deux mutualités communales de Bopa et Houéyogbé et vingt-cinq centres de santé de la zone sanitaire de Comé.³⁹

Depuis sa création, le cadre local a continué d'évoluer et le rôle des mutuelles et des centres de santé avec lui. Au départ, le rôle des mutuelles se limitait à avaliser les soins et payer les factures. Mais face à certains abus, elles ont refusé de rembourser certaines factures. Les mutuelles se sont ensuite chargées de l'enregistrement des plaintes et de leur vérification. En 2012, la convention a été actualisée suite à l'évaluation de la collaboration entre les centres de santé conventionnés et les mutuelles de santé. Ce bilan a été réalisé par les mutuelles elles-mêmes, en collaboration avec les structures d'appui. Il a été accompli à partir des plaintes déposées par les mutualistes (la plupart des plaintes proviennent des mutualistes et critiquent l'attitude de certains agents de santé qui leur font rembourser l'intégralité des soins alors qu'ils devraient juste payer le ticket modérateur), et a mis en avant les points forts et les points faibles, les opportunités et les

38 Début de la collaboration entre CS et mutuelles de Honhoué en 2005, élargie aux CS d'Agbodji et de Badazouin en 2007 avec la création des mutuelles d'Agbodji et de Badazouin. A partir de janvier 2010, les mutuelles des communes de Houéyogbé et de Bopa ont été lancées.

39 La mutuelle de Bopa a signé un contrat avec 10 CS et celle de Houéyogbé avec 15 CS.

contraintes de la collaboration entre les mutuelles et les centres de santé. Une décision commune d'intégrer les recommandations dans le contrat a été prise. Cela a abouti à la signature d'un nouveau contrat de partenariat. La nouveauté dans ce contrat est l'intégration d'articles interdisant le rançonnement des mutualistes et la VIM. Les objectifs ont été recadrés et le rôle du cadre local de concertation a été renforcé. Aujourd'hui, les centres de santé se sont engagés à promouvoir les mutuelles.

Acteurs

Le cadre local de concertation fut initié par les mutuelles elles-mêmes et les structures d'appui aux mutuelles de santé. Il regroupe les mutuelles de santé, les centres de santé, la zone sanitaire et les structures d'appui aux mutuelles de santé.

Les deux mutuelles de santé de Bopa et Houéyogbé se chargent d'assurer la tenue des réunions du cadre de concertation, l'analyse des attestations de soins⁴⁰, le remboursement, et le suivi de l'accueil des mutualistes par les agents de santé. Les mutuelles permettent le recueil des plaintes vis-à-vis des prestataires de soins à travers la collecte et la vérification des dénonciations des mutualistes, l'analyse de leur véracité, leur capitalisation, et la restitution des observations.

Les centres de santé (chef poste, responsable maternité, comptables, aides-soignants) se chargent de fournir un accueil et des soins de qualité, de produire des factures et des statistiques. Les centres contribuent au respect des normes de prescriptions, de la disponibilité médicaments⁴¹, des engagements pris contre la VIM et les rançons, et de la nomination d'un point focal. La Direction Départementale de Santé a pris récemment un arrêté interdisant la VIM, assorti de sanction pour les contrevenants.

La zone sanitaire (EEZS, médecin chef commune) se charge du suivi/évaluation, la gestion des conflits au sein des centres de santé, le respect des recommandations, et la co-organisation des réunions de cadre local de concertation. La zone participe à l'engagement dans la lutte contre la VIM, la gestion du stock d'appoint de médicaments au niveau du dépôt répartiteur des médicaments logés à la zone sanitaire, et la sensibilisation/communication sur les mutuelles.

La structure d'appui aux mutuelles de santé (ONG GROPERE en collaboration avec Louvain Coopération au Développement et PARZS) se charge d'un appui technique et financier, la gestion des conflits (entre les

40 Les mutuelles ont reçu une formation de la part du médecin de l'équipe d'encadrement de la ZS sur les pathologies courantes et leur traitement. Cela leur permet d'analyser la validité médicale et financière des attestations de soins.

41 La structure d'appui aux mutuelles a mis à disposition de la ZS un stock d'appoint de médicaments génériques, ce stock est géré par un contrat de gestion.

deux parties au travers d'un comité de gestion des conflits). La structure a permis l'appui de plaidoyers, la mise en place d'un stock d'appoint de médicaments, et l'appui à la motivation des CS (visites d'échanges, prise en charge des frais de déplacement, etc.).

Résultats

Le cadre local de concertation a montré son efficacité et sa pertinence. En effet, le dialogue et les échanges renforcés entre les mutuelles et les centres de santé ont permis d'améliorer sensiblement les relations entre les mutuelles de santé et les centres de santé. Les plaintes déposées par les mutualistes ont été traitées, et leurs critiques prises en compte par les mutuelles et les agents de santé. La collaboration et les échanges entre les parties permettent de résoudre les difficultés rencontrées.

Après six ans d'existence, le cadre local de concertation a des résultats perceptibles sur la santé de la population :

- Grâce à un meilleur encadrement de mutualistes, le taux de cas de paludisme grave pour les enfants de moins de 5 ans a fortement diminué en 2011. Seulement 0,4% des enfants assurés en 2011 ont été admis à l'hôpital pour cause de paludisme grave⁴² (statistiques de la ZS sont de 5,84% en 2010, et l'objectif des mutuelles était pour 2011 de 4%).⁴³
- Le nombre de femmes mutualistes ayant accès aux CPN ne cesse de croître : de 110 femmes en 2009, il est passé à 275 femmes en 2011. De plus, la proportion des femmes mutualistes enceintes et ayant suivi au moins 3 CPN est en moyenne de 32 % entre 2010 et 2011. Ces consultations étaient presque inexistantes auparavant. Dorénavant, les mutuelles de santé facilitent l'accès financier aux soins de santé. Cela diminue ainsi la vulnérabilité des femmes enceintes mutualistes face à l'accouchement.
- L'expérience menée dans la zone sanitaire de Comé a également permis le renforcement des capacités des acteurs impliqués au travers de formations des agents de santé, des membres des comités de gestion et des mutuelles.⁴⁴

42 Les critères de mesure de cet indicateur ne tiennent compte que des cas admis à l'hôpital.

43 En effet, la garantie de la prise en charge permet aux mutualistes de se rendre très rapidement, dès les premiers symptômes, dans les centres de santé. Un traitement rapide réduit fortement le nombre de cas grave de paludisme et donc la nécessité d'un transfert dans les hôpitaux.

44 Formation agents de santé sur le concept mutualiste en 2005, 2007, 2009 et 2011 ; Formation agent de santé sur la qualité des soins en 2009 ; Formation des COGECES sur le concept mutualiste et leur rôle dans la sensibilisation de la communauté en 2006 et en 2009 ; Formation des membres d'organes sur les pathologies courantes, leur traitement et les médicaments génériques vendus dans les centres de santé en 2011

De plus, différents changements ont été observés : changements de comportements, de procédures, de relations entre acteurs, et dans le système de santé :

- Les comportements des agents de santé changent positivement en faveur d'un bon accueil des mutualistes. Différents sondages ont mis en avant l'évolution du niveau de satisfaction des mutualistes entre 2011 et 2012. Aussi, les visites à domicile effectuées par les mutuelles ont montré la diminution des plaintes au cours des mois de mars, avril et mai 2012. Sur 452 ménages mutualistes visités, 116 plaintes ont été enregistrées soit 25% des ménages⁴⁵, alors qu'auparavant presque la totalité des ménages portait des griefs contre le mauvais accueil dans les CS.
- De nouvelles procédures ont été mise en place, dont le remboursement des soins par virement direct entre les mutuelles et les centres de santé, ainsi que l'implication active de l'EEZS dans la lutte contre la VIM.
- Les relations entre les différents acteurs se sont améliorées par la mise en place d'un point focal⁴⁶. De plus, un stock d'appoint de médicaments a été mis à disposition de la ZS par les structures d'appui aux mutuelles. Un contrat de gestion de ce stock est actuellement en cours de validation.
- Au niveau du système de santé, il y a un renforcement du financement communautaire par les mutuelles. Les patients qui se rendent aux centres de santé sont désormais solvables. De plus, de nouveaux patients se rendent aux centres de santé, alors qu'ils n'auraient pas pu le faire auparavant. Et les agents de santé font désormais la promotion des mutuelles de santé.

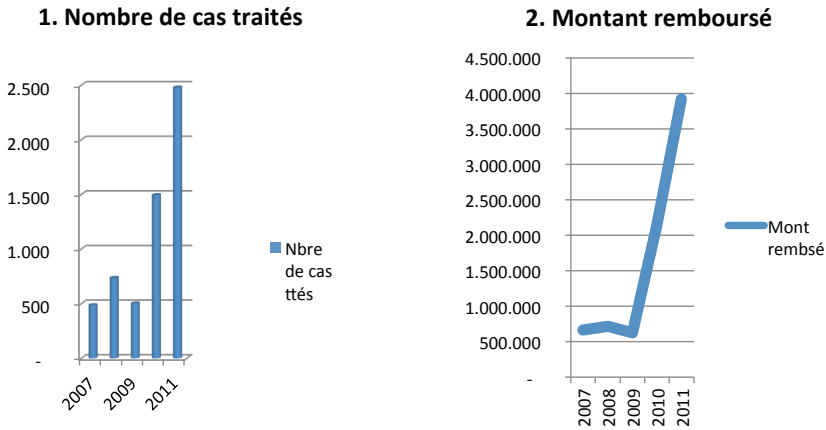
Leçons tirées

La création d'un lieu de dialogue entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires a montré, dans le cas des communes de Bopa et Houéyogbé, une amélioration de l'utilisation des soins de santé d'une qualité « acceptable ». Les évaluations et les restructurations apportées au modèle de base démontrent qu'il s'agit d'un modèle qui peut s'adapter selon les besoins et les difficultés rencontrées. Lors de la création de nouvelles mutuelles, celles-ci pourront s'intégrer au cadre local de concertation lors de la signature de la convention de partenariat. Ce cadre local de concertation montrera sans aucun doute toute sa nécessité lors de l'implémentation du RAMU.

45 Une plainte par ménage

46 Le point focal est un agent de santé volontaire à qui le mutualiste s'adresse lorsqu'il rencontre sur place un problème au sein du centre de santé. Il facilite l'intégration du mutualiste au sein de sa formation sanitaire.

Figure 5 : Evolution du nombre de recours aux soins par les mutualistes et montant des soins remboursés de 2007 à 2011



Statistiques des mutuelles de santé (2007-2011), ONG GROPERE

Nombre de cas de mutualistes traités de 2007 à 2011: 5 748 recours aux soins

Montant des soins remboursés par les mutuelles de santé entre 2007 et fin 2011 : 8 048 800 F CFA

Les mutuelles de santé du Département du Mono ont été choisies pour implémenter la phase pilote de mise en place du RAMU. Une opportunité pour continuer d'améliorer la qualité des services des mutuelles de santé et leur pouvoir de négociation. De plus, le RAMU prévoit la délégation aux mutuelles de santé pour la prise en charge des malades du secteur informel rural, ce qui nécessitera une meilleure organisation des mutuelles pour accompagner ce secteur.

Le cadre local de concertation permettra également l'implémentation du financement basé sur les résultats dans le cadre de la contre vérification dans l'objectif d'un contrôle social plus accru. Dans ce cadre, le système de collecte et de vérification des plaintes sera renforcé par l'apport du médecin conseil et de l'EEZS.

Il faut néanmoins reconnaître que la pression du cadre de concertation sur le système de santé dans la zone sanitaire est récente et il faudra encore du temps pour apprécier davantage son impact sur la qualité des soins.

Conclusion

La prise en compte des plaintes formulées par les mutualistes a permis non seulement d'augmenter le pouvoir de négociation des mutuelles de santé mais aussi d'améliorer la qualité du point de vue des bénéficiaires et l'accès socio-culturel aux soins de santé par les populations. Mais au-delà d'une réponse directe aux problèmes rencontrés par les usagers, cela concrétise la volonté des mutuelles de se faire l'écho des usagers des formations sanitaires.

La mise en place du cadre local de concertation a permis de limiter les conflits entre les mutuelles et les centres de santé, qui sont quasiment nuls. Il y a aujourd'hui une constance dans les remboursements des soins de santé par les mutuelles. Il y a une amélioration de l'intégrité de certains agents de santé.

Références

- Rapports mensuels d'activités de l'ONG GROPERE (2011-2012)
- Statistiques des mutuelles de santé (2007-2011), ONG GROPERE
- La convention de partenariat entre mutuelles de santé des communes de Bopa et Houéyogbé et les centres de santé de la ZS de Comé



MATERN

6 Le Financement Basé sur les Résultats : cadre institutionnel et indicateurs

Auteurs

Dr. René PARE (Assistant Technique Régional CTB), Anaïs DRESSE (Assistante Junior CTB), Jacques SAIZONOU (Assistant de Recherche IRSP/UAC).

Co-Auteurs

Dr. Vincent AKOUTEY (Assistant Technique Consortium AEDES/SCEN-AFRIK), Elodie ALLABI (Facilitateur Communautaire PAZS-Comé II), Amavi HOUNOUVI (Facilitateur Communautaire PAZS-Comé II), Joceline OLODO (Facilitateur Communautaire PAZS-Comé II).

Introduction

Le Bénin cherche sa voie pour arriver à une approche proprement dite « Béninoise » pour mieux lier le financement pour la santé aux résultats. En d'autres termes, il s'agit de passer de la modalité traditionnelle de financement basé sur la planification par les intrants (financement fondé sur des budgets qui sont estimés sur la base des besoins) vers des approches alternatives comme le financement basé sur les résultats.

Le FBR est reconnu comme ayant le potentiel de susciter des améliorations dans la performance des services de santé dans le contexte de pays en développement.

La plupart des expériences positives dans ce domaine proviennent de pays en situations post-conflit. Le défi consiste à développer une approche FBR pour les pays ayant une architecture sanitaire bien établie.

L'Agence belge de développement (CTB) a décidé que l'approche FBR serait une stratégie intéressante pour atteindre les objectifs spécifiques qu'elle a établis avec ses équipes-pays, et non un nouvel objectif spécifique. Une approche adaptée aux contextes nationaux d'états non-fragiles, comme le Bénin, a été développée. L'idée était qu'au Bénin, il existait déjà plusieurs structures de gouvernance ; il était donc plus difficile et non souhaitable d'en insérer une nouvelle, comme par exemple une « Agence d'Achat de Performance » qu'on trouve dans les approches de FBR dans la région des Grands Lacs. Dans le contexte du Bénin, il

valait mieux insérer le FBR dans les structures existantes des institutions nationales, et renforcer celles-ci.

La CTB s'est donc proposée pour développer et piloter une « approche béninoise » se fondant sur les principes de base du FBR d'une part, et sur le contexte spécifique du Bénin d'autre part, comme par exemple les structures de gouvernance. Une approche processus sera utilisée pour y arriver, partant d'une hypothèse de base théorique développée par les différents acteurs de la recherche-action aux niveaux central et opérationnel sur base des expériences déjà vécues et des connaissances spécifiques au pays.

Le présent travail constitue une capitalisation des expériences en matière de FBR déjà existantes dans le pays. Il s'agit de restituer l'expérience menée par la CTB à Comé, et d'autres expériences menées par la Banque Mondiale (exécutée par Aedes), l'UNICEF, et le FNUAP. Il faut noter que ces expériences se trouvent encore dans des phases de mise en œuvre différentes. Seules les expériences de la CTB et de l'UNICEF ont déjà été mises en œuvre. Ainsi, les résultats présentés dans ce chapitre concernent surtout la phase de conception de ces programmes FBR, qui est essentielle pour la suite de la mise en œuvre. Quelques leçons apprises des expériences de la CTB et UNICEF seront également présentées, pour montrer les conséquences que le design peut avoir dans la mise en œuvre des expériences de FBR.

Le financement basé sur les résultats : c'est quoi ?

Le FBR est une approche contractuelle liant les motivations et les sanctions à l'amélioration de la productivité et de la qualité de services sur base de résultats attendus négociés. Le principe de base est que « l'argent suit le patient » : si les établissements de santé attirent davantage de patients et fournissent des services de qualité, ils recevront davantage de subventions et de primes sur une base programmée (mensuelle, trimestrielle, ou biannuelle). Quelques objectifs clés des schémas de paiement sont:

- Accroître l'équité, l'accessibilité, et la qualité des soins de santé
- Une organisation efficace des services et du système de santé

S'il est vrai qu'il faut adapter le FBR au contexte béninois, il existe des principes de base, des « briques » pour construire la maison FBR – quel que soit le contexte. Ces éléments constitutifs sont les principes de base du FBR (Toonen et vd Wal, 2012), comme le cadre institutionnel, les instruments nécessaires, et le processus visant à parvenir à une approche FBR appropriée au contexte national.

Performance des services de santé

La performance des agents de santé peut être définie de plusieurs façons. L'OMS suggère de mesurer la performance en examinant:

- (1) La disponibilité (mesurée par des indicateurs tels que le temps d'attente) ;
- (2) La compétence (capacité de diagnostiquer adéquatement et d'offrir les services ; indicateurs de performance institutionnelle);
- (3) La réactivité (le respect, la communication et l'attention accordée aux patients) ;
- (4) La productivité des travailleurs de la santé / infrastructures ;
- (5) La corruption et les paiements d'information.

Dans le cadre du FBR, la performance est comprise en termes de productivité (nombre de résultats plutôt que 'atteinte de certaines cibles ou la couverture de certains programmes prioritaires) et de qualité des soins telle que perçue par les patients et les professionnels. En outre, nous utilisons deux manières d'apprécier la qualité des soins (QS): les conditions d'offre de la QS selon les standards et le fait que la qualité des services offerts est perçue comme étant bonne en termes de résultat par les professionnels et les patients.

Le FBR vise à motiver les agents de santé (AS) à mieux travailler. Pour motiver les ressources humaines de la santé (RHS), on peut stimuler leurs facteurs de motivation *intrinsèques* en même temps que leurs facteurs de motivation *extrinsèques* (tels que les mesures incitatives financières). De même, la performance du secteur ne dépend pas uniquement des seuls agents de santé – elle dépendra également beaucoup des clients et des patients. Dans l'approche contractuelle, des opportunités existent pour des mesures incitatives côté demande, telles que le paiement du transport des femmes enceintes pour se rendre aux CPN et aux accouchements assistés.

Contractualisation

Le FBR utilise la contractualisation comme moyen de matérialisation des accords entre le prestataire de soins et l'acheteur au sujet des résultats attendus d'une part, et des objectifs, honoraires, et primes de rendement pour la productivité et la qualité d'autre part. Ces contrats sont basés sur un plan d'affaires (ou plan-résultats), qui donne une indication de comment les prestataires de soins comptent atteindre les résultats escomptés et sur la base duquel le partenaire fournira les ressources nécessaires pour atteindre ces résultats. Le contrat définit des indicateurs clairs à suivre pour mesurer le degré d'atteinte des résultats. L'élaboration du contrat à travers des négociations est donc une phase essentielle durant laquelle les différents acteurs s'accordent sur un contrat consensuel accepté par toutes les parties prenantes.

Autonomie au niveau des prestations de services

Dans le mode d'organisation classique déconcentré du secteur par les intrants, le contrôle des prestataires de soins sur la planification et la gestion dans leur établissement est limité. Les niveaux hiérarchiques supérieurs peuvent à tout moment changer leur budget et leurs plans.

Cela n'incite pas (et peut même démotiver) les prestataires à adopter une attitude active pour améliorer leurs services.

En FBR, les prestataires de soins sont responsables de la gestion optimale de leurs ressources et sont invités à faire des choix qui permettront de produire un ratio optimal mettant en relation les résultats et les intrants, dans leur contexte spécifique. L'autonomie n'est, bien sûr, jamais totale. Ils sont autonomes et négocient les contrats en respectant les politiques nationales, les normes et les standards.

Séparation de fonctions

Pour arriver à ces contrats, il doit y avoir une séparation des responsabilités entre les parties signataires, à savoir l'acheteur, le prestataire de soins, le régulateur, et le vérificateur des résultats rapportés par le prestataire. Une telle séparation de fonctions devrait permettre:

- que l'acheteur dispose d'une autonomie suffisante pour négocier les résultats ;
- que la fonction d'acheteur soit clairement séparée de celle de régulateur ;
- que le prestataire de soins ait une autonomie suffisante pour être en mesure d'atteindre les résultats attendus ;
- qu'il y ait aux différents niveaux des contrats de performance ;
- que l'acheteur dispose de bons moyens lui permettant de vérifier si le prestataire de soins a réellement produit les résultats escomptés ;
- que le régulateur ait les moyens de vérifier si les résultats produits s'inscrivent dans les politiques, normes et standards du pays.

Principes de marchés gérés

Le plus souvent, les soins de santé sont gérés au sein d'une seule institution, le MS, qui est en même temps concepteur de politiques, régulateur, acheteur et prestataire de soins, et cela sur la base de «financement d'intrants ». Le FBR s'efforce d'introduire les principes de « marché dirigé » dans les soins de santé. Cependant, les systèmes de santé diffèrent en plusieurs points des marchés commerciaux. Les éléments de marché qui apparaissent dans la plupart des projets FBR sont les suivants:

- La compétition accrue entre les différents types de prestataires de soins pour éviter les monopoles et les rapports de pouvoir inégaux ;
- Des mesures incitatives (financières et non-financières) basées sur les services fournis (la « performance ») plutôt que sur les intrants ;
- La liberté de choix des patients en ce qui concerne les prestataires de soins de services.

Ces éléments devraient motiver les prestataires de soins à offrir les services en étant plus entreprenants et créatifs, pour mieux répondre aux besoins des clients.

Équité (contribution selon le pouvoir d'achat)

Lors de la mise en œuvre des systèmes de FBR, un focus spécifique sur l'accessibilité financière pour les personnes les plus vulnérables de la société est nécessaire. Il y aura toujours des personnes vulnérables qui ne seront pas en mesure de s'offrir ces services, avec ou sans FBR. Voici quelques exemples:

- Mettre en place des fonds d'équité ou des mécanismes de paiement qui permettent aux patients de payer à temps des paiements échelonnés ;
- Augmenter les subventions à la production pour les prestataires de soins de santé opérant dans les zones isolées, ou dans des zones à faible revenu par habitant ;
- Etablir des états de paiement pour les régimes d'incitations à la demande ;
- Instituer des régimes d'assurance maladie et de fonds communautaires pour la santé afin d'accroître l'accessibilité financière.

Ce dernier élément constitue le lien entre FBR et RAMU.

Implication de la communauté

Pour s'assurer que les services de santé répondent aux désirs, besoins et demandes des patients, l'implication de la communauté dans la gestion de l'approche FBR au niveau local constitue une préoccupation clé. A cette fin, les organisations du « côté demande » devraient être impliquées à différents niveaux dans la prise de décision de l'approche FBR, par le biais de leurs représentants dans:

- La fixation des objectifs et résultats attendus, et donc dans les négociations du contrat, le choix des indicateurs et les prix fixés par résultat pour pouvoir exprimer leurs priorités en matière de santé ;
- La vérification des résultats dans les évaluations de la satisfaction des patients - les activités de prévention par exemple ;
- Les décisions sur ce qui sera suivi et évalué, les activités de suivi, et l'analyse des résultats de S&E ;
- La supervision de la mise en œuvre du FBR (dans le comité de pilotage) ;
- Le cofinancement du système pour assurer l'appropriation par les organisations communautaires.

Le Bénin veut instaurer le FBR, et, comme l'a souligné Madame le Ministre : « le FBR est un processus de changement de comportement ». L'essentiel est qu'à la fin, les acteurs du système de santé adoptent de bonnes pratiques. Il existe plusieurs interventions en matière de FBR dans le pays. Pour arriver à la meilleure approche pour le Bénin, il faut qu'il y ait des échanges entre les différents acteurs de ces expériences. A partir des principes de base 'génériques' de la conception du FBR mentionnés ci-dessus, cette étude de cas met le focus sur deux éléments clés pour comparer le design des expériences de FBR dans le pays : *le cadre institutionnel* (la séparation de fonctions, la contractualisation, l'autonomie au niveau opérationnel, l'implication de la communauté) et les *résultats* « à acheter ».

La Prime à la Performance de la CTB à Comé : A la recherche d'un modèle pertinent de FBR

Le Projet d'Appui à la Zone Sanitaire Comé, Phase II, a été mis en œuvre par la CTB de 2008 à 2010, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé dans la zone d'intervention. Une des stratégies était d'allouer des primes à la performance aux équipes sanitaires sur base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs établis par niveau de soins.

Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS)

Le PRPSS vise l'augmentation significative du nombre de naissances assistées, de visites pour des soins préventifs de la petite enfance, et du nombre de personnes utilisant les services de santé, ainsi qu'une amélioration conséquente de la qualité des soins. Il s'agit en particulier d'améliorer la qualité des soins et l'accessibilité financière aux soins. Le PRSSP se trouve encore en phase de conception du FBR, les premiers paiements par résultats seront effectués mi-2012. Cette expérience a débuté dans les huit zones sanitaires qui sont appuyées par la Banque Mondiale, en respectant la séparation des fonctions entre les différents acteurs du FBR.

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

L'Unicef cherche à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvénile dans les départements de ses zones d'intervention au travers du PEC du paludisme, diarrhée, pneumonie, malnutrition et maladies évitables par la vaccination et la promotion des PFE. Ainsi, il cherche des stratégies pour améliorer l'accès des enfants les plus vulnérables au paquet d'interventions à haut impact. Dans la contractualisation des autorités décentralisées, l'UNICEF recherche la pérennité de ses interventions, ce qui a mené à une approche de FBR à travers des relais communautaires.

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

Le FNUAP est encore dans un phase préparatoire – elle a invité le Ministère de la Santé à développer son modèle, la méthodologie, les modalités

de mise en œuvre, et les ‘résultats à acheter’ – bien que ces derniers se trouvent dans le domaine de la santé de la reproduction.

Le processus

Comé/ CTB

Le Projet d’Appui à la Zone Sanitaire Comé, Phase II (PAZS-Comé II) a appuyé la ZS de Comé. Ce projet mis en œuvre par la CTB visait à améliorer l’accessibilité de la population – et plus particulièrement des groupes les plus pauvres – à des soins de santé de qualité. En effet, la population se plaignait du mauvais accueil et de la qualité des soins dans les centres de santé et surtout à l’Hôpital de Zone de Comé. Une marche avait même été organisée en 2009 par les femmes de Comé afin de réclamer davantage de soins de qualité.

Compte tenu de ces problèmes dès la conception du projet, une prime à la performance (PP) avait été prévue du projet. L’objectif de cette PP était de donner au personnel une motivation forte pour une meilleure performance.⁴⁷ Cette expérience des PP de Comé fut l’une des premières en matière de FBR dans le secteur de la santé au Bénin. Il s’agissait d’un système innovant de motivation et d’émulation des agents de santé.

Un cabinet d’experts en économie de la santé et en santé publique dirigé par Monsieur Agossa Didier a été commis par l’UGP (l’Unité de Gestion du Projet) du PAZS-Comé, pour concevoir le modèle, le cadre institutionnel, et une proposition de résultats à mesurer. L’UGP a utilisé une méthode participative impliquant d’une part les agents de santé par niveau de soins, et d’autre part les organes de cogestion.⁴⁸

Plusieurs indicateurs ont ainsi été formulés et soumis à l’appréciation des acteurs par niveau – y compris les CS privés et les représentants de la communauté. Une liste-type d’indicateurs de performance a ensuite été validée par domaine. Plusieurs consultations entre les agents de santé et la PSCS ont permis de fixer la base d’estimation de la prime individuelle aux deux tiers du salaire mensuel de l’agent en cas de performance maximale. Un système de pondération et de grilles de cotation très précises prévoyant des sanctions par pondération négative en cas de fautes jugées inadmissibles a été appliqué aux indicateurs sélectionnés.

PRPSS/Banque Mondiale

Dans une première phase, les cadres représentant les directions techniques ou centrales du Ministère de la Santé ont été formés à l’approche du FBR. Ensuite, l’initiative a débuté par la formation des formateurs et des

47 CTB, 2008 : PAZS-Comé II – Document Technique et Financier, p.115.

48 CTB, 2010 : Mise en œuvre de la prime à la performance dans la zone sanitaire de Comé – Manuel de référence : p. 3.

prestataires des zones ciblées avec la signature de contrat avec les formations sanitaires contractantes. Le processus aboutissant au paiement de la subvention aux formations sanitaires a été bien expliqué lors de ces ateliers de formation.

Le projet se trouve encore dans une phase préparatoire, mais sa conception est sur le point d'être finalisée. Le contrat des organes de régulation est également en cours de finalisation, et le contrôle de cohérence des déclarations quantitatives de prestations a commencé au mois de mars 2012. Le processus d'évaluation de la qualité au niveau des formations sanitaires est en cours. Les premiers virements ont été effectués en juillet 2012. Il est prévu dans les documents de cadrage des révisions périodiques. Le mode de calcul de la base de subventionnement pour les formations sanitaires est basé sur des tarifs validés au moment de la rédaction du guide de procédure du projet pouvant être ajustés à tout moment par le projet en accord avec la Banque Mondiale.

UNICEF

L'UNICEF a proposé au niveau central du Ministère de la Santé d'introduire une approche de FBR. L'UNICEF a développé son modèle de FBR et a ensuite fait un plaidoyer en direction des zones sanitaires et des conseils communaux, avec pour résultat la signature d'accords de partenariat tripartites (Mairie, MCZ, UNICEF). Ensuite, l'UNICEF a (avec l'implication des élus locaux) identifié des relais communautaires. Une formation en cascades des équipes EEZS, des agents de santé et des relais communautaires a eu lieu sur le paquet complet de résultats à acheter. L'UNICEF a aussi équipé les relais en médicaments, matériel et outils de travail. La contractualisation s'est fait par la signature d'un cahier de charges entre les 3 principaux acteurs (relais communautaire, CV, ICP), et l'attribution des aires de responsabilité aux différents relais avec une catégorisation des relais en relais « promotionnels » (à distance de <5 km d'une Formation Sanitaire) et relais paquet complet (à distance de >5 km d'une Formation Sanitaire). Le travail a démarré par un recensement des ménages et des cibles par les relais.

Le cadre institutionnel des différents programmes

En général, le cadre institutionnel « générique » se décrit comme suit : le prestataire de soins offre les services (curatifs, préventifs, et promotionnels) aux patients – la productivité et la qualité de ces services est fonction du FBR. Pour augmenter leur performance l'acheteur, une institution locale (ailleurs appelée « l'Agence d'Achat de Performance ») demande au prestataire de faire un « plan-résultat », dans lequel il décrit les stratégies pour atteindre les résultats définis entre les parties prenantes comme prioritaires. Ceci est le point de départ des négociations entre l'acheteur et le prestataire pour aboutir à un contrat qui énumère clairement les résultats attendus, les mesures incitatives et les sanctions, que les résultats sont atteints ou pas. L'acheteur travaille sous la supervision du Comité de

pilotage dans lequel différentes parties prenantes sont représentées - les représentants de la communauté et autres OSC, et du MSP. Le Comité de pilotage fournit le cadre et les limites de la contractualisation et approuve le contrat. L'acheteur gère les activités de vérification - pour évaluer si les résultats ont été effectivement livrés comme rapporté par le prestataire. L'acheteur reçoit les fonds du FBR du niveau central, d'un bailleur comme le Ministère des Finances ou le Ministère de la Santé. Le régulateur sera, bien entendu, élaboré par le Ministère de la Santé, assurant le respect des politiques nationales, normes et standards.

Tableau 4 : La distribution de fonctions entre les différents institutions

Fonction	PRPSS/ BM	UNICEF	Comé/ CTB
Prestataires de soins et de services	Centre de Santé Hôpital de Zone	Relais communautaires	CS, maternités, HZ, EEZS, Bureau de Zone
Régulateur : niveau opérationnel (Niveau central : MS)	L'EEZS	EEZS	Secrétariat Général du Ministère de la Santé et CTB (AIMS)
Acheteur (contractualisation) et payeur	EEZS – négociation entre CS/HD et EEZS (appuyé par AEDES)	Mairie	PSCS du PARZS
Vérification de performance (niveau prestataires)	AEDES qui est responsable, avec EEZS	EEZS	EEZS (CS) DDS (HZ)
Contre-vérification de performance (niveau ménage)	ONG, OSC, relais communautaire contractés par AEDES	Chef de poste et sondage auprès des ménages	Facilitateurs Communautaires de la PSCS et les chefs des Centres de Promotion Sociale (CPS)
Audit annuel des CHD/ ZS/ CdS	choix aléatoire : Agence Internat. (autre qu'AEDES)	Ministères de la Santé et UNICEF	Secrétariat Général du Ministère de la Santé et CTB (AIMS)
Vue d'ensemble, pilotage	MS Central/ DDS, PTF (BM)	National : Ministères de la Santé et de la Décentralisation PTF dont l'UNICEF, l'USAID, les ONG.	PSCS du PARZS

CTB Come/ CTB

Le modèle était basé sur une incitation financière où l'acheteur et le payeur étaient la PSCS du PAZS-Comé II, tandis que la vérification des performances de l'EEZS et de le HZ était assurée par les chefs de service de DDS et la vérification des performances des CS par les membres de

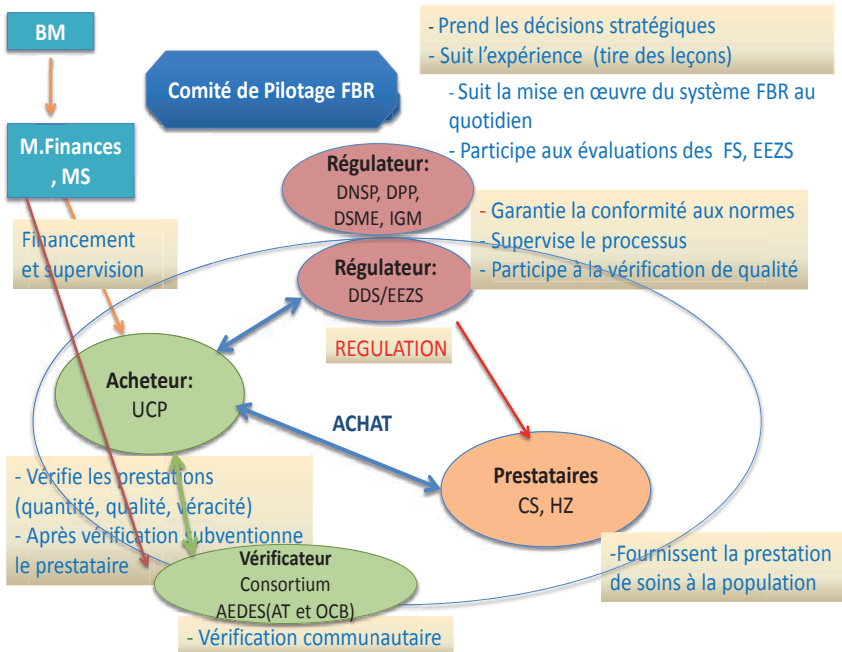
l'EEZS. L'évaluation de la satisfaction des client(e)s était quant à elle effectuée par les Facilitateurs Communautaires (FaCom) de la PSCS et les chefs des Centres de Promotion Sociale (CPS). La régulation du système était faite par l'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS), un projet de l'Agence Belge de Développement (CTB), et le Secrétariat Général du Ministère de la Santé. Les primes concernaient les équipes des CS, de la HZ, de l'EEZS, et le Bureau de Zone.

Au début, aucun système de contre-vérification n'était prévu dans le modèle. Après l'octroi des primes aux prestataires de soins, le PSCS a notamment revendiqué son droit de contre-vérification. Aussi, la PP n'a pu être étendue aux cabinets privés agréés comme le prévoyait le manuel.

PRPSS – Banque Mondiale

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet de FBR, il y a une séparation des fonctions/rôles qui se résume dans le schéma ci-dessous. Il y a une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé.

Figure 6 : Cadre institutionnel du FBR de la Banque Mondiale



Cette relation contractuelle implique:

- Les **prestataires de soins** que sont les centres de santé du secteur étatique et confessionnel, retenus par l'équipe de recherche de la Banque Mondiale, et les hôpitaux de zone des localités, retenues par la Banque Mondiale en collaboration avec le Gouvernement du Bénin ;
- L'institution chargée du financement (« **organisme acheteur** ») délégué qui est l'Unité de Coordination du Projet (UCP);
- La **régulation** qui est faite par les directions techniques ou centrales du Ministère de la Santé, les Directions Départementales de la Santé et l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire qui joue plus le rôle de coaching pour les formations sanitaires;
- La **vérification** qui est assurée par le Consortium AEDES SCEN – AFRIK avec la collaboration des Organisations à Base Communautaire (OBC) pour la contre-vérification.

La vérification des indicateurs de quantité est fait par l'AT international en collaboration avec l'EEZS. L'évaluation de la qualité technique des prestations est réalisée à l'aide d'indicateurs composites dont la mesure combine l'observation directe et la revue documentaire. Cette évaluation de la qualité est faite par les pairs au niveau des hôpitaux de zone et par l'EEZS en collaboration avec l'AT et le vérificateur additionnel de la zone sanitaire avec la contre vérification communautaire par les organisations à base communautaire.

Le **cycle de gestion** de l'approche FBR dans le projet est prévu comme suit :

Etape 1 : Décompte mensuel des prestations réalisées par la formation sanitaire

- a) Le responsable de la formation sanitaire fait le décompte, indicateur par indicateur, du nombre d'actes de soins réalisés par mois et pour le trimestre entier. Il transmet ce bordereau d'activités à l'EEZS ;
- b) Ce bordereau, après avoir transité par l'EEZS, parvient à l'Assistant Technique du Consortium AEDES SCEN AFRIK de la ZS.

Etape 2 : Contrôle de cohérence

La cohérence des déclarations de chaque formation sanitaire est vérifiée par l'équipe d'assistance technique de la ZS. Les quantités déclarées sont validées.

Etape 3 : Calcul de l'index de qualité et ajustement des tarifs à payer

Une évaluation de la qualité des prestations fournies par la formation sanitaire est effectuée de façon trimestrielle par l'EEZS, en collaboration avec l'équipe d'assistance technique du Consortium AEDES SCEN AFRIK

de la ZS. Cette évaluation basée sur le remplissage d'une check-list permet de calculer l'index de qualité de la formation sanitaire pour le trimestre écoulé.

Etape 4 : Paiement

A partir des valeurs de production de soins et de l'index de qualité, le montant définitif de la subvention à accorder à la formation sanitaire pour le trimestre écoulé est calculé par l'équipe d'assistance technique du Consortium AEDES SCEN AFRIK de la ZS. Ce montant est versé à la formation par l'UCP suite à un contrôle des pièces transmises.

Un « **index de qualité** » permettant d'ajuster le montant que l'UCP du PRPSS va rembourser à la formation sanitaire doit donc être calculé. Il s'agit de l'une des conditions sine qua non du paiement. Concrètement, l'évaluation de la qualité des prestations est effectuée de façon trimestrielle et est réalisée dans la formation sanitaire par une équipe composée de l'équipe d'encadrement de la ZS et de l'équipe d'assistance technique d'AEDES SCEN AFRIK. La subvention est calculée à partir du niveau de production de soins (déclarée puis vérifiée et validée) et de l'index qualité.



UNICEF

Pour le FBR dans le programme de l'UNICEF, le prestataire est le Relais communautaire, et le service à acheter est la prise en charge d'un enfant avec des activités promotionnelles et préventives en santé.

L'acheteur des résultats est la Mairie, qui est aussi le payeur des prix par résultat. Le calcul des primes de chaque relais est défini comme suit: les RC reçoivent 10 000 FCFA comme prime de base et en addition 5000 F CFA



comme prime de performance, inégalement répartie sur les 10 indicateurs du paquet promotionnel. L'établissement des états de paiement se fait par les mairies avec l'appui de la zone sanitaire, après Etablissement des états de paiement par les mairies avec l'appui de la zone sanitaire après vérification des résultats rapportés par l'EEZS.

Cette **vérification** est organisée à travers le regroupement des relais par aire sanitaire (Nombre moyen de relais monitoré par AS: 5 à 7) et a une durée de 1 à 2 jours. La collecte des données est faite à partir des supports de chaque relais. Ensuite, l'EEZS détermine les performances de chaque relais, et transmet les résultats de monitoring à la mairie. Suit une restitution des résultats du monitoring aux élus locaux et aux relais par la zone sanitaire, la Mairie paie après les résultats aux RC.

Comme pour le Comité de Pilotage, une réunion trimestrielle de coordination et de suivi est organisée entre les MCZS, MC, DDS, MS, les Maires des Communes, les projets « Basics », « AFRICARE », « PRISE-C », et l'UNICEF.

Les « résultats à acheter » dans les différents programmes

CTB Come

Au **niveau des CS**, il y avait un indicateur qualitatif – le taux de satisfaction des patients – et plusieurs indicateurs quantitatifs. Ceux-ci portaient sur les taux de couverture effective (donc des taux, pas d'outputs) en soins curatifs et, en de plus des indicateurs de soins maternels-infantiles, en CPN, en accouchements assistés, en vaccination infantile, et en Médicaments Essentiels Génériques (MEG). Trois nouveaux indicateurs portant sur le

nombre d'indigents pris en charge, l'état de propreté des locaux, et la promptitude et la complétude des rapports SNGS ont également été ajoutés. Une autre liste a été établie pour les dispensaires et maternités isolés, en tenant compte de leur PMA.

Au **niveau de l'HZ**, les dix indicateurs retenus portaient sur l'administration, la gestion des médicaments, la rationalisation des soins, le nombre d'indigents pris en charge, l'état de propreté des locaux, la promptitude et la complétude des rapports SNGS et le taux de satisfaction des clients.

Au **niveau de l'EEZS**, il y avait également dix indicateurs couvrant la planification, la gestion des données statistiques et des ressources humaines, et le suivi évaluation.

Pour l'enquête de satisfaction au **niveau ménage**, 10 patients par CS et de 100 patients pour l'HZ ont été interviewés. Le choix était aléatoire et s'est effectué à partir des registres de consultation et d'hospitalisation. Le monitoring semestriel des activités permettait de calculer ces indicateurs tandis que, pour d'autres, une nouvelle grille d'appréciation a été proposée. Il s'agissait d'une évaluation rétrospective sur six mois.

PRPSS/ Banque Mondiale

Dans ce système de FBR, il appartient à chaque structure et prestataire de soins de mettre en œuvre les stratégies permettant de servir au mieux les clients dans le respect des normes du Ministère de la Santé. Il s'agit en particulier d'améliorer **la qualité des soins** selon deux dimensions (qualité objective des procédures de soins et qualité subjective mesurées par la perception du client) et **l'accessibilité financière aux soins**, notamment pour les plus pauvres.

Afin d'éviter que le niveau de référence ne capte des activités qui doivent être pratiquées par le niveau primaire, les indicateurs payés aux hôpitaux sont limités aux séjours hospitaliers d'un Hôpital de Zone fournissant le paquet complémentaire d'activités classiques.

UNICEF

L'UNICEF, en coordination avec le niveau central du Ministère de Santé, a priorisé 10 indicateurs de performance individuelles sur le plan de la santé promotionnelle et préventive pour évaluer la performance des relais communautaires :

- 3 indicateurs sur proportion de cas Prise En Charge de paludisme, diarrhée et d'Infections Respiratoire Aigues ;
- 3 indicateurs sur proportion de cas Prise En Charge correct
- 1 indicateur sur la référence des cas justifiés
- 1 indicateur sur le suivi des enfants malnutris
- 1 indicateur sur la vaccination
- 1 indicateur sur la visite à domicile

Tableau 5 : Résultats à acheter par PRSS et CTB/Comé

Résultats à acheter par le PRSS	Résultats à acheter par CTB/Comé
1. Consultation prénatale quatrième visite standard	Couverture effective en CPN
2. Consultation prénatale quatrième visite standard femme indigente (prime additionnelle)	
3. Accouchement eutocique assisté	Couverture effective en accouchement assisté
4. Accouchement eutocique assisté femme indigente (prime additionnelle)	
11. Enfants complètement vaccinés	Couverture effective en vaccination infantile
10. Nouvelle Consultation Curative	Taux de couverture effective en soins curatifs
5. Consultation postnatale	Taux de satisfaction des clients
6. Planification Familiale : Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes à la fin du mois	Etat de propreté des locaux, de la cours et des alentours
7. Femmes enceintes VAT complètement vaccinées (VAT 2-5)	Disponibilité des médicaments
8. Deuxième prise de Sulfadoxine femme enceinte	Prise en charges correcte des indigents
9. Accouchement: référence d'urgence pour accouchement	Promptitude et complétude des rapports
12. Suivi de la croissance: enfants de 11 à 59 mois consultés	Au niveau de l'hôpital de zone
13. Dépistage des cas TBC positifs	Taux de satisfaction des clients
14. Nombre de cas TBC traités et guéris	Ponctualité
15. Distribution des MII (femme enceinte)	Proportion de réunions de comités de direction (CODIR) organisées par semestre
16. Référence et patient arrivé à l'hôpital	Disponibilité des médicaments
Au niveau de l'hôpital de zone	Taux d'occupation de lits
17. Séjour hospitalier (médecine et pédiatrie)	Taux d'évacuation non justifiée
18. Séjour hospitalier (chirurgie et maternité)	Taux de contre-référence
	Durée moyenne de Séjour
	Nombre d'examen de laboratoire par patient hospitalisé
	Nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans
	Mortalité maternelle hospitalière
	Propreté de l'hôpital

De plus, l'UNICEF a défini, pour apprécier la performance des relais, un paquet promotionnel de 10 indicateurs de performance concernant : (1) l'organisation d'une séance éducative ; (2) visite à domicile ; (3) suivi malnutrition ; (4) Suivi nouveau-né ; (5) vaccination ; (6) allaitement maternel exclusif ; (7) utilisation aquatabs ; (8) utilisation moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée ; (9) lavage des mains ; et (10) reconnaissance des signes de danger.

Leçons apprises

Au moment de la rédaction de ce livret, les différents programmes se trouvaient à des phases différentes – le FNUAP, FM et GAVI sont au début de la phase de conception, la BM/AEDES est proche de la finaliser, et la CTB/Comé et l'Unicef avaient finalisés leur design et mis en œuvre leurs premières expériences de FBR. Ces programmes nous fournissent donc surtout des leçons sur la conception de l'approche FBR.

Le processus pour concevoir le modèle du FBR a été différent pour chacun de ces programmes. Si la participation des autorités béninoises a eu lieu, c'était au niveau central pour les programmes des Nations Unies (BM, UNICEF, FNUAP), et plus au niveau opérationnel qu'au niveau central pour le programme CTB/Comé. Aussi peut-on dire qu'au sein du projet mené par la CTB à Comé, le côté demande était fortement impliqué (la PSCS), bien que le processus pour les programmes UNICEF/ FNUAP ait eu lieu uniquement au sein du Ministère de la Santé. Comme les résultats à atteindre à travers le FBR seront 'produits' au niveau opérationnel, il s'avère important que ce niveau soit impliqué dès le début. Il est aussi clair que l'influence du PTF sur le design est plus important dans les cas des programmes de l'ONU qu'au niveau de la CTB.

Le modèle du projet de la CTB à Comé n'avait pas été testé avant sa mise en œuvre. Par ailleurs, il a été suggéré par les parties prenantes d'inclure la prime à la performance pour le réseau des prestataires du secteur privé agréé et de prévoir une prime différente pour les COGES.

Pour les résultats « à acheter », ils ciblent avant tout les soins maternels et infantiles, bien que l'accent de l'UNICEF soit mis plutôt sur les interventions à haut impact (paludisme, IRA, diarrhée) des enfants et les activités promotionnelles, et que la BM a aussi ciblé le programme de tuberculose, ce qui peut fournir des informations sur des effets pervers éventuels. Le programme FBR de le FNUAP ciblera bien sûr la santé de la reproduction. En outre, on peut dire que pour les programmes de FBR, il y a un intérêt important porté par les PTF.

Le suivi et la vérification des résultats

Le cadre institutionnel montre des différences importantes entre les programmes. Dans tous les cas, les prestataires sont des membres du personnel médical, sauf avec l'UNICEF où ce sont les relais communautaire.

Le PRPSS cible le secteur public et privé, alors que la CTB déplore ne pas avoir couvert le secteur privé – mais ici on avait traduit les activités de l’EEZS, de la DDS et du Bureau de Zone en activités payables sur les résultats. Le PRPSS met plusieurs tâches sur l’agence internationale, telles que la contractualisation comme « acheteur », la vérification, et le paiement des résultats. On pourrait dire qu’ici, le principe de base de la séparation des fonctions n’a pas été respecté. Malgré tout, tous attribuent le rôle de régulateur et de vérificateur à l’EEZS (surtout pour la qualité de soins), qui figure dans le même système que la plupart des prestataires. L’UNICEF et la CTB ont donné une place importante au « côté demande » : la Mairie (acheteur chez l’UNICEF) et la Plate-forme Société Civile et Santé (acheteur chez la CTB/Comé), bien que tous laissent la contre-vérification aux ONG/OSC. Les Comités de Pilotage, importants dans l’arbitrage et la vue d’ensemble, se trouvent au niveau central pour la BM et UNICEF, bien que ce soit au niveau opérationnel pour la CTB à Comé.

Ce projet a mis en évidence l’importance du choix des indicateurs dans le FBR, qui doivent être aussi bien quantitatifs que qualitatifs. Les modèles de la PP de Comé et de l’UNICEF présentent de nombreux points sensibles, car ils se basent sur le calcul de multiples indicateurs et de proportions au lieu d’outputs, qui sont plus facile à rapporter et à vérifier. La meilleure solution serait de s’appuyer sur des activités plutôt que des indicateurs, ce qui simplifierait le calcul des performances. En vue du nombre d’indicateurs et de leur complexité, on constate qu’il vaut mieux choisir des indicateurs que l’on peut maîtriser.

Il apparaît important d’adapter les indicateurs en fonction du niveau de soins afin que les spécificités des établissements soient prises en compte dans la pondération du classement. L’évaluation à Comé n’ayant prévu qu’une seule liste de classement de performance, les résultats de l’HZ, de l’EEZS, et des CS n’ont pas pu être dissociés, ce qui a frustré les médecins de l’Hôpital. En outre, chaque niveau a besoin d’une grille d’évaluation (ainsi que d’un contrat) différente.

En ce qui concerne la collecte des données qualitatives, la difficulté principale était liée à l’identification des patients au sein de leurs communautés. De plus, la grille d’évaluation ne comportait que des questions fermées et aucune place n’était prévue pour les commentaires des personnes interviewées.

Les indicateurs utilisés ne permettaient pas de mesurer la motivation des équipes sanitaires.

Deux semaines après la remise des primes, une évaluation de la perception des bénéficiaires a montré que l’instauration de la PP a été bien accueillie par l’ensemble des agents de santé enquêtés. Si la fiabilité de la méthode d’évaluation n’a pas posé de problème à la majorité du personnel, par

contre, les agents de le HZ – et essentiellement les médecins – ont émis des réserves concernant le calcul de certains indicateurs⁴⁹. Il y a également eu un sentiment d'iniquité dans la répartition individuelle, essentiellement chez les infirmiers et les sages-femmes.

En effet, la motivation n'est pas le résultat seul d'une incitation financière, mais résulte également d'autres facteurs individuels et professionnels. La PP peut également avoir l'effet inverse que celui recherché et démotiver les équipes des formations sanitaires isolées qui se retrouvent en bas du classement. C'était le cas de certains CS et unités de le HZ mal classés, mais faisant pourtant preuve d'un grand dévouement. Afin d'éviter cela, les équipes devraient être impliquées dans le processus dès le départ et participer à la sélection des indicateurs.

L'ensemble des acteurs a souhaité que l'évaluation, et donc la prime, soit trimestrielle.

Le plafonnement de la prime aux deux tiers du salaire constituait de fait une prime fixe très élevée, allant à l'encontre de l'objectif du FBR basé sur des primes variables et contre la durabilité financière pour le pays. Cette prime a d'ailleurs été payée une seule fois, et a suscité des attentes chez les agents sanitaires. Ainsi, le FBR risque d'être démotivant, au lieu de motiver les équipes comme c'est initialement le but.

En conclusion, les risques d'une mauvaise conceptualisation et d'un mauvais design du FBR sont multiples, et les initiateurs du FBR doivent veiller à mettre le modèle à l'abri de risques tels que des évaluations mal conduites avec des résultats désavoués par les équipes, la non prise en compte de spécificités de certaines zones, l'absence de système de contrôle, le glissement vers une prime fixe, les problèmes liés au partage entre les agents des CS, et le déclenchement d'une cascade de réactions des travailleurs (notamment les « boycotts », la « vente illicite des médicaments », les grèves, etc.).

PRPSS/Banque Mondiale

Du fait que certaines prestations ne sont prises en compte que si elles sont exécutées par des agents qualifiés, ces derniers semblent être, à ce stade, de plus en plus préoccupés par leur présence au poste.

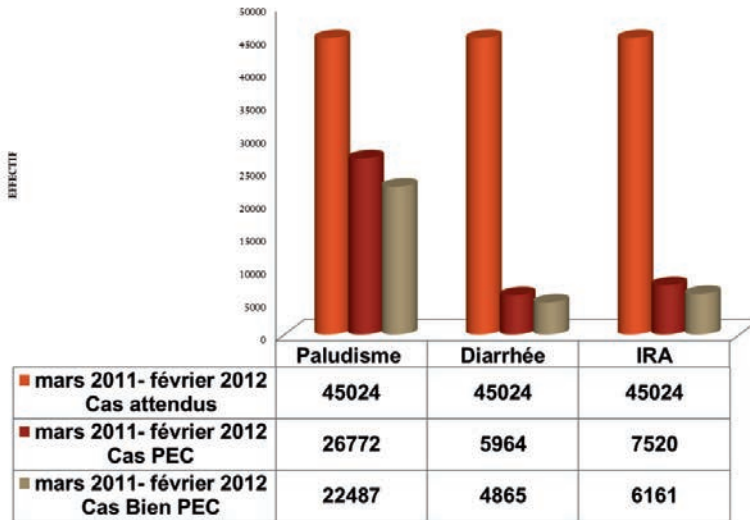
Les documents élaborés par l'équipe de conception ont connu quelques observations ou suggestions d'amélioration au démarrage, ce qui explique que la mise en œuvre du processus de FBR soit dynamique. La preuve est que des révisions périodiques sont prévues dans les documents de cadrage.

49 Notamment ceux portant sur la prise en charge des indigents, la mise à jour du tableau de bord des indicateurs, le taux de satisfaction des clients, la promptitude et complétude des rapports, la disponibilité des médicaments traceurs, le taux d'occupation de lits, et la durée moyenne de séjour.

UNICEF/ Relais communautaire

De toutes les expériences présentées, seul l'UNICEF est en mesure de montrer les résultats de son travail dans le domaine du FBR. La figure ci-dessous montre l'évolution de la performance des Relais Communautaires au cours de quatre trimestres. Les résultats quantitatifs montrent que, pour le paludisme, un peu plus que la moitié des enfants malades étaient pris en charge, alors que, même pour la diarrhée et les infections respiratoires, ce chiffre oscille autour de seulement 15%.

Figure 7 : Evolution de la performance des Relais Communautaires au cours de quatre trimestres



La qualité de prise en charge s'est néanmoins améliorée :

- Les « bonnes performances » des RC ont augmenté de 16 à 37% ;
- Les « moyennes performances » ont diminué de 79 à 60% ;
- Les « mauvaises performances » ont diminué de 5 à 3%.

Il faut noter que tous ces résultats sont obtenus à un coût assez élevé : Le budget total estimé était de 440 070 184 FCFA (944 400 USD) pour une période de 18 mois (mars 2011 à août 2012), soit 405 USD d'investissement par relais. Pour comparaison, le programme FBR de la BM coûte 18 000 000 USD. Il faut noter qu'une partie importante de ce montant était destinée au coût d'investissement de préparation du programme (missions d'information et ateliers préparatoires, achats et distributions de kits de médicaments, formations des agents de santé et des relais), soit 208 000 000 F CFA.



Les **coûts** de fonctionnement, comme les frais de motivation des relais (232 256 000 FCFA, soit 30 USD par trimestre et par relais) sont plus intéressants. Les frais de supervision, de monitoring, des missions d'appui externe et contrôle, de documentation et d'évaluation s'élèvent quant à eux à 133 256 000 F CFA.

La nécessité d'une importante préparation avant le démarrage des activités apparaît clairement, pour la conception, mais aussi pour le développement des procédures, les outils et instruments et la formation des acteurs – et pour toutes ces activités l'assistance technique. Ceci demande des investissements importants de la part des PTF – vu les cas de la BM et de l'UNICEF. Le plus important est d'analyser les coûts de la mise en œuvre, même si ceci n'est pas encore possible pour ces programmes. Il est cependant probable que les coûts dans le programme de la BM seront plus élevés que ceux de l'UNICEF, puisque les coûts de transaction (la vérification et contractualisation par un agence internationale) sont plus élevés.

Les difficultés rencontrées par l'UNICEF sont :

- Surcharge de travail, nombre élevé de ménages à suivre par RC (51 au lieu de 30 selon les Directives) ;
- Difficultés de remplissage des supports, analphabétisme de certains RC ;
- Insuffisance de supervision des RC par les chefs postes ;
- Insuffisance de stratégies de contrôle de la qualité des données ;

- Faible implication des autorités villageoises et des ménages dans l'évaluation des performances des RC.

C'est pourquoi, l'UNICEF prévoit les étapes suivantes:

- Renforcement du système de collecte et d'analyse de l'information au niveau communautaire ;
- Renforcement des processus de micro planification au niveau communautaire, aire sanitaire et zone sanitaire (analyse des goulots d'étranglement) ;
- Mise en place d'un système de suivi et de contrôle externe adéquat ;
- Contrôle externe et Documentation de l'approche ;
- Utilisation de la téléphonie mobile dans deux zones sanitaires ;
- Passage à l'échelle de l'AFBP dans d'autres zones sanitaires en cohérence avec FBR au niveau institutionnel (avec la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, et GAVI).

Conclusion

Le FBR est une approche de changement de comportement des parties prenantes dans le secteur de la santé en ce sens qu'il amène la plupart des acteurs du système de santé à se conformer aux normes et aux protocoles des services de santé.

Différents processus sont utilisés pour désigner les modèles du FBR par la BM, l'UNICEF, le FNUAP, la CTB.

Les cadres institutionnels sont différents mais le principe de base est la séparation des fonctions entre les prestataires, l'acheteur, le Comité de pilotage, le vérificateur et le régulateur.

Les indicateurs retenus comme résultats à acheter dans les différents programmes FBR sont également différents mais il est préférable de cibler des outputs au lieu des taux de couverture qui sont lourds et coûteux à générer périodiquement. Il y a des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, composites ou non.

A l'avenir, combiner le FBR et le RAMU permettrait d'assurer le prestataire du remboursement des frais. Si ce système fonctionne, il pourra donc s'autofinancer (par le RAMU) et mettre en place toutes les approches de motivation du personnel (par le FBR), garantissant ainsi de bonnes conditions de travail, un bon management des ressources humaines, et ainsi la pérennité de la qualité des soins de santé.



7 La disponibilité des produits sanguins

Dans les Centres Départementaux de Transfusion Sanguine du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga (CDTS MC et AD).

Auteurs

Dr Edgard LAFIA (ATN/TS AIMS), Florence PENSON (AJ/PARZS AD), Dr Paulin SOGBOHOSSOU (ATN SP/AIMS).

Résumé

L'un des piliers de la sécurité transfusionnelle est l'utilisation rationnelle des produits sanguins. En effet, chaque malade doit recevoir la fraction sanguine dont il a besoin, en vue lui éviter une situation nocive de surcharge de volume sanguin et réduire les risques qu'auraient engendré les fractions sanguines dont il n'a pas besoin. Au Bénin, peu de centres de transfusion sanguine ont la capacité de préparer des dérivés. Le Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle dans l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo (PASTAM), mis en œuvre par la CTB de mai 2006 à août 2009, a permis de développer une approche de mise à disposition des dérivés sanguins. L'approche a permis une meilleure qualité des soins qui se traduit par des traitements plus efficaces des cas de paludisme, des morsures de serpents et des hémorragies.

Contexte

L'utilisation rationnelle du sang comprend aussi bien les prescriptions rigoureuses de sang que l'utilisation de produits sanguins spécifiques à chaque pathologie, en vue de minimiser les risques inhérents à tout acte transfusionnel : « Toute transfusion qui n'est pas formellement indiquée est formellement contre indiquée ». (Prof. Charles SALMON). Si le premier volet d'une politique d'utilisation rationnelle du sang est plus facile à maîtriser par des formations/recyclages du personnel de santé, l'utilisation du sang total quant à elle est quasiment obligatoire lorsque les dérivés sanguins ne sont pas disponibles.

Depuis le démarrage de la transfusion sanguine au Bénin, les efforts des responsables du système transfusionnel se sont concentrés presque exclusivement sur l'augmentation du nombre de poches de sang prélevées, au détriment de la préparation des dérivés sanguins.

Cette préparation n'était possible qu'en petite quantité jusqu'en 2007, à Cotonou et à Parakou, villes situées respectivement au sud et au nord-ouest du Bénin.

Depuis 2007 les services de santé de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo disposent de dérivés sanguins préparés par les Centres Départementaux de Transfusion Sanguine de ces deux zones d'intervention de la CTB, à la suite de la mise en œuvre du projet PASTAM.

Le projet a atteint ce résultat par une mise à disposition d'équipements spécifiques et la formation du personnel des deux Centres Départementaux de Transfusion Sanguine, ainsi que la formation du personnel des services de soins à l'utilisation des dérivés sanguins. Les mêmes quantités de poches de sang peuvent depuis lors permettre de traiter 2 à 3 fois plus de malades et ceci de façon plus efficace, étant donné qu'une seule poche de sang permet de produire 2 à 3 dérivés sanguins.

La présente étude de cas est centrée sur la question suivante : « Comment la rationalisation de l'utilisation des produits sanguins a-t-elle été assurée dans les départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo au Bénin et avec quels résultats?»

Méthode

De mai 2006 à août 2009 le Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle a été mis en œuvre dans les départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo, un fruit de la coopération bénino-belge. En 2007 ce projet a doté chacun des 2 Centres Départementaux de Transfusion Sanguine d'un lot d'équipements nécessaires à la préparation de dérivés sanguins. Chaque lot comprenait une centrifugeuse réfrigérée, 2 presses plasma, une balance de précision et d'autres accessoires. Après avoir encadré la formation du personnel des CTDS bénéficiaire de l'utilisation des équipements mis à disposition, le projet a facilité la diffusion de l'information sur la disponibilité des dérivés sanguins au sein du personnel des services de soins par des séminaires de formations/recyclages. A noter également qu'un programme de maintenance préventive et curative des équipements médico-techniques des 2 CDTS a été mis en place par le projet. Ainsi, à partir de cette période, l'utilisation rationnelle du sang est renforcée par la fourniture aux services de soins des dérivés sanguins que sont le Plasma Frais Congelé (PFC), le Culot de Globes Rouges (CGR) et les plaquettes sanguines, d'où une meilleure qualité des soins dispensés aux populations de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo.

Acteurs

Pendant la période de mise en œuvre du projet PASTAM, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) était le service central qui assurait la coordination des activités transfusionnelles au Bénin. Ce service a été associé à tout le processus d'acquisition des équipements par appels d'offres, sous l'égide de la cellule de passation des marchés du Ministère de la Santé. Le CNTS s'est également chargé de la coordination des activités de formation du personnel de santé. Aucune réticence n'a été observée au niveau des CDTS AD et MC, malgré le surcroît de travail lié à la préparation des dérivés sanguins qui se fait après le prélèvement des donneurs de sang. En effet, le personnel attelé à cette tâche était conscient de la nécessité de mettre à disposition des dérivés sanguins en vue de meilleurs soins de santé aux populations.

Résultats

Depuis 2007, l'utilisation rationnelle des produits sanguins est renforcée dans l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo.

Premièrement, les CDTS de ces deux zones du pays mettent à la disposition des services de soins des dérivés sanguins sur la base de prescriptions plus rigoureuses du sang. Les actes transfusionnels sont depuis lors assurés par des agents plus qualifiés à la suite des formations reçues.

Deuxièmement, les dérivés sanguins permettent de traiter 2 à 3 fois plus de malades à partir de la même quantité de poches prélevées chez les donneurs de sang, une seule poche de sang permettant de préparer 2 à 3 dérivés sanguins. D'après les statistiques de l'année 2009, 40% des poches de sang récoltées par ces centres ont servi à la préparation des dérivés sanguins, ce qui a généré au total 5818 poches de dérivés sanguins au lieu des 4156 poches de sang total (source : statistiques du Programme National de Sécurité Transfusionnelle, année 2009).

Troisièmement, les risques transfusionnels sont réduits chez les receveurs de produits sanguins, à savoir les surcharges circulatoires et les risques supplémentaires d'immunisation et de transmission d'agents, étant donné qu'il existe toujours un risque résiduel malgré les examens de laboratoire qui sont effectués sur les poches de sang.

Finalement, les traitements qui sont maintenant plus spécifiques ont permis de sauver la vie à un plus grand nombre de personnes souffrant d'affections graves, telles que les saignements mortels qui font suite aux morsures de serpent. Par exemple, plus de trois quarts des prescriptions de produits sanguins au CHD du Mono-Couffo sont spécifiques dans le service de Pédiatrie par l'administration de culots de globules rouges aux nombreux enfants souffrant d'anémies graves par paludisme chronique. A Natitingou et à Tanguiéta la prise en charge des morsures de serpent est meilleure

grâce à la disponibilité des plaquettes sanguines. En effet l'arrêt des hémorragies est plus rapide en cas d'utilisation des plaquettes plutôt que du sang total. Un cas de morsure de serpent est reçu en moyenne chaque semaine à l'hôpital de Zone de Tanguiéta. Tous ces cas sont désormais mieux traités, d'où une réduction très significative des décès par morsure de serpent dans cet hôpital.

Leçons tirées

L'utilisation rationnelle du sang est renforcée sensiblement par la disponibilité des dérivés sanguins. Le meilleur moyen pour y arriver consiste à mettre à la disposition des services de transfusion sanguine les équipements adéquats, assurer leur bon fonctionnement, former le personnel à leur utilisation et informer/former le personnel de soins à l'utilisation des dérivés sanguins. Les équipements moyens indispensables pour assurer ce type de prestation présentent une durée de vie satisfaisante. En effet, pour un coût d'environ 15 millions de Francs CTA, ceux acquis par PASTAM depuis 2007 sont encore en bon état de fonctionnement. Le projet AIMS qui est également une intervention née de la coopération bénino-belge assure depuis décembre 2010 le renforcement des acquis du PASTAM. Dans ce cadre, des équipements plus performants sont en cours d'acquisition en vue de renforcer les performances des CDTS AD et MC en matière de mise à disposition de dérivés sanguins.



Conclusion

La disponibilité des dérivés sanguins dans l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo est assurée depuis l'année 2007 grâce à la mise en œuvre du projet PASTAM qui a duré de mai 2006 à août 2009. Cette intervention a permis de renforcer l'utilisation rationnelle des produits sanguins, un des piliers de la sécurité transfusionnelle qui constitue un droit pour les populations. Il reste à passer à l'échelle afin d'assurer une meilleure couverture des

formations sanitaires en ces produits spécifiques que sont les dérivés sanguins. Le RAMU pourrait aider à accroître les moyens dont dispose le système transfusionnel, tandis que le FBR aidera au renforcement de la motivation du personnel des centres de transfusion sanguine. En effet, la production des dérivés sanguins se limite actuellement aux 2 chefs-lieux des départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo que sont les villes de Natitingou et de Lokossa. En vue d'accroître le taux de disponibilité des dérivés sanguins au niveau de l'ensemble des services de santé de ces 2 départements du Bénin, il serait intéressant de prévoir une mise à disposition de ces équipements de moyenne capacité dans tous les Postes de Transfusion Sanguine qui sont actuellement au nombre de 12 dans l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo, soit un coût global d'environ 180 millions de F CFA, hormis les frais de formation/recyclage de personnel de soins.



La transfusion sanguine étant un secteur transversal par rapport à l'ensemble des soins de santé, le renforcement du système transfusionnel permet d'améliorer la qualité des prises en charge dans les formations sanitaires, en particulier dans les services de maternités, de pédiatrie et de chirurgie qui sont les plus gros consommateurs de produits sanguins. Même dans les cas d'hémorragies où la transfusion doit se faire avec du sang total, l'idéal est de transfuser avec les dérivés sanguins que sont le Plasma Frais Congelé et le Culot de Globules Rouges en lieu et place du sang total. Un des indicateurs de cette amélioration dans la qualité des soins pourrait être le taux de transfusion avec des produits sanguins spécifiques.



8 Amélioration du système de référence et contre-référence

Le cas de l'Hôpital de Zone de Klouékanmè

Auteur

Dr Jean-Claude AGNILA (Médecin généraliste à l'hôpital de zone de Klouékanmè).

Co-auteurs

Dr Félix SONON (Médecin santé publique, chef service étude, planification et suivi à la DDS Mono-Couffo), Auguste SAGBOHAN (Economiste planificateur à la Direction programmation et prospective au Ministère de la Santé), Florence PENSON (Assistante Junior au PARZS).

Résumé

L'hôpital de zone de Klouékanme dès sa création en 2003, n'était pas en mesure de présenter à ses clients un nombre d'activités afin de jouer le rôle qui est le sien au sein de la pyramide sanitaire. Ces activités sont regroupées dans le paquet complémentaire d'activités (PCA) et constitue son cahier des charges. Des efforts ont été faits par les partenaires techniques et financiers et le gouvernement en vue d'améliorer le système de référence à travers la mise à disposition des ressources financières et humaines. Si ces efforts ont eu un impact positif sur l'état de santé de la population, des défis restent à relever par rapport à la fonctionnalité de l'hôpital. Il s'agira entre autres d'assurer la stabilité et la fidélisation au poste des cadres et à faire fonctionner les outils de travail. Dans la zone de Mono-Couffo, la CTB a fourni un appui technique et financier qui a permis d'améliorer la performance de l'hôpital.

Contexte

En 1987, l' « Initiative de Bamako » a été mise en place avec pour but de permettre à tous l'accès aux soins de santé primaires. A ce titre, au Bénin, des centres de santé périphériques ont été construits de manière à rapprocher les soins de santé des populations. Cependant lorsque l'état de santé du malade le nécessite, celui-ci doit pouvoir être envoyé d'une structure sanitaire d'un niveau de soins vers une autre d'un niveau supérieur afin de permettre la continuité des soins plus spécialisés . Il s'agit surtout des soins rentrant dans le cadre du paquet complémentaire d'activité. Le PCA doit être effectué rigoureusement de manière continue au niveau de

référence qui est constitué des hôpitaux de zone et éventuellement de certains centres de santé plus outillés compte tenu de leur particularité telle que leur plateau technique et les ressources humaines. Les normes et standards pour un hôpital de zone veulent qu'il dispose d'un chirurgien, d'un gynécologue, et d'un pédiatre ou au pire des cas d'un médecin généraliste à compétence chirurgicale et gynéco obstétricale.

En 2003, l'hôpital de zone de Klouékanmè ne disposait que d'un seul médecin généraliste actif mais non initié à la prise en charge des urgences opératoires. Le gel des recrutements à la fonction publique dans le cadre du programme d'ajustement structurel et le refus strict des médecins spécialistes, médecins généralistes et autres d'aller travailler dans les zones enclavées viennent assombrir le tableau. Pourtant, les malades qui ne pouvaient pas être traités dans les formations sanitaires périphériques y étaient référés. Cela contraignait le personnel de l'hôpital à référer les patients régulièrement une seconde fois vers un autre hôpital : Centre Hospitalier Départemental du Zou, ou de Lokossa (CHD Zou ou CHD Lokossa) proposant des services adaptés à leur état de santé.

D'autre part, l'hôpital de zone se situe dans une zone enclavée rendant son accès difficile. Certaines régions de la zone sanitaire sont argileuses impraticables pendant la saison pluvieuse. Les populations de ces régions ne peuvent alors bénéficier des services de référence de l'hôpital. De plus les activités de routine (supervisions, monitoring, vaccination et autres) sont sérieusement perturbées. Cela entraîne également des coûts de transport souvent exorbitants pour les malades qui y sont référés, d'où l'incapacité de la population à bénéficier des services de référence.

Suite à ces constats, le programme d'appui à la zone Sanitaire Klouékanmè Toviklin Lalo (PAZS-KTL) et le Ministère de la Santé ont entrepris une série d'actions visant à redorer le blason de l'hôpital en améliorant l'offre du système de référence. Ainsi nous allons tenter de montrer que le système de référence constitue une charnière pour la fonctionnalité d'un hôpital.

Approche

Le programme a mis à la disposition des investissements financiers (recrutement, équipement) et techniques (formation, outils, etc.) et a mis en œuvre des activités pour l'amélioration de l'accessibilité géographique.

L'une des premières actions visaient la disponibilité permanente du personnel qualifié dans l'hôpital afin de combler le vide créé par l'absence de personnel compétent. Ainsi, en 2004, sur financement du PAZS-KTL, un chirurgien a été recruté et un gynécologue a été mis à disposition par l'Etat. Entre 2004 et 2006, trois médecins généralistes ont également été recrutés par l'Etat. Ces médecins généralistes ont été initiés avec le financement PAZS-KTL à la technique chirurgicale et gynéco-obstétrique de base, le premier à Comé, le second à Papané et le troisième à l'Hôpital de zone

de Klouekanmé. Trois infirmiers anesthésistes ont ensuite rejoint l'équipe. Finalement en 2007, un gynécologue a été mis à disposition par l'Etat.

Dans le cadre de la motivation du personnel au poste, le PAZS a offert à tous les médecins intervenant dans la zone sanitaire une prime d'incitation à travailler en zone déshéritées. De plus des résidences hospitalières ont également pu être construites grâce au financement de ce partenaire, ce qui a permis une disponibilité permanente de tous les médecins à l'hôpital. Les chefs postes ont été formés à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), les sages-femmes et les infirmières responsables de maternité en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Des recyclages ont également été organisés par la suite pour le renforcement de compétence des agents de santé.

D'autre part, un certain nombre d'outils a été mis à la disposition du personnel, à savoir : les fiches de référence et contre référence, les cahiers de référence, le cahier de décès maternels, le carnet de santé de consultation prénatale et les registres de consultations. Un atelier a été organisé pour former le personnel au remplissage de ces supports. Un médecin a également été identifié et responsabilisé pour faciliter la contre référence.

Des supervisions trimestrielles ont été périodiquement organisées par le, PAZS pour former le personnel et améliorer la qualité de la référence. Pour ce faire, les cas référés sont analysés et les différents dysfonctionnements notés sont discutés et corrigés. Par la suite, ces résultats sont communiqués et débattus semestriellement au niveau du conseil médical consultatif (CMC). Un des résultats est une réduction du nombre des urgences référées sans abords veineux.

Parallèlement, l'accessibilité géographique a été améliorée grâce à l'aménagement d'une route de déserte rurale sur financement CTB. De plus un réseau aérien de communication est installé par le même partenaire technique et financier dans tous les centres de santé annexés à l'hôpital et secondairement conforté par la mise en réseau GSM de tous les acteurs devant contribuer à la prise de décision au sein de la zone sanitaire .

Autres mesures d'accompagnement et acteurs impliqués

Au fil des années, le Ministère de la Santé a instauré plusieurs initiatives de gratuité qui ont amélioré l'accès aux soins. On peut notamment citer la gratuité du transport des malades référés, la mise en place d'un fonds sanitaire des indigents et récemment la gratuité de la césarienne, la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. Ces autres initiatives de gratuité ont eu comme effet de rendre acceptable la référence auprès de la population. En effet, avant leur mise en place, certains patients étaient réticents à la référence sachant très bien qu'ils n'arriveraient pas à payer les soins nécessaires à l'hôpital. Ils

préfèrent alors rester sur place et se tourner vers les tradipraticiens et les dirigeants du culte religieux.

Finalement, l'amélioration de la disponibilité des produits sanguins à l'hôpital de zone a également renforcé les références.

Résultats

La zone sanitaire Klouekanmè Toviklin Lalo dispose d'un hôpital de référence performant et opérationnel 24h sur 24, 7 jours sur 7. Tout le personnel (sage-femme et infirmière responsables de maternité et chefs postes) est formé à la prise de décision pour une référence justifiée et opportune. Un des résultats est que la consultation, la prise en charge et le suivi des Grossesses à Risque élevé, sont systématiquement référés à l'hôpital de zone. De même pour le paludisme grave dans sa forme et anémique et neurologique ainsi que l'isolement et la prise en charge des cas de grandes endémies.

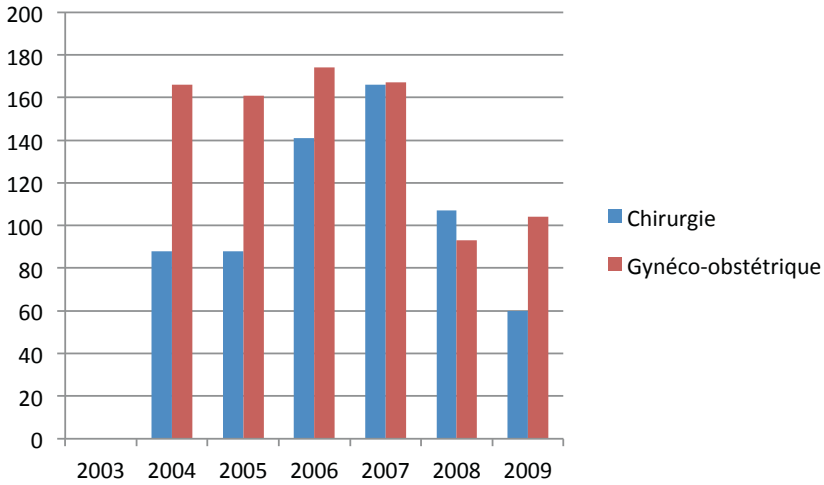
La zone sanitaire KTL suite à la construction des pistes de desserte rurale et à la mise à disposition des moyens de communication modernes n'est plus enclavée.

Les graphiques 1 et 2 montrent l'évolution des cas opérés depuis 2004 (graphique 1) et le nombre des cas référés par les centres de sante entre 2004 et 2007 (graphique 2). Suite aux mesures mises en place pour améliorer la fonctionnalité de l'hôpital et le système de référence, le nombre de références et de prises en charge des urgences gynéco obstétricale, chirurgicale et médicale est amélioré jusqu'en 2007. Ceci est dû entre autres à la disponibilité de son personnel médical fidélisé au poste à travers la construction d'une résidence hospitalière pour les médecins. Avec peu de médecins, on arrive à potentialiser les efforts pour un résultat optimum. De plus, l'octroi d'une prime d'incitation à travailler en zone enclavée a redynamisé davantage, ce qui montre une influence positive des mesures sur les résultats.

Mais que se passe-t-il après 2007 ? L'analyse des données nous permet de constater qu'après 2007, la performance diminue. Ceci peut s'expliquer de plusieurs manières. Premièrement, la chute peut être expliquée par l'arrivée d'un gynécologue en 2007 qui a limité le recours à la césarienne (opération) puisque plus habilité à accoucher par voie basse.

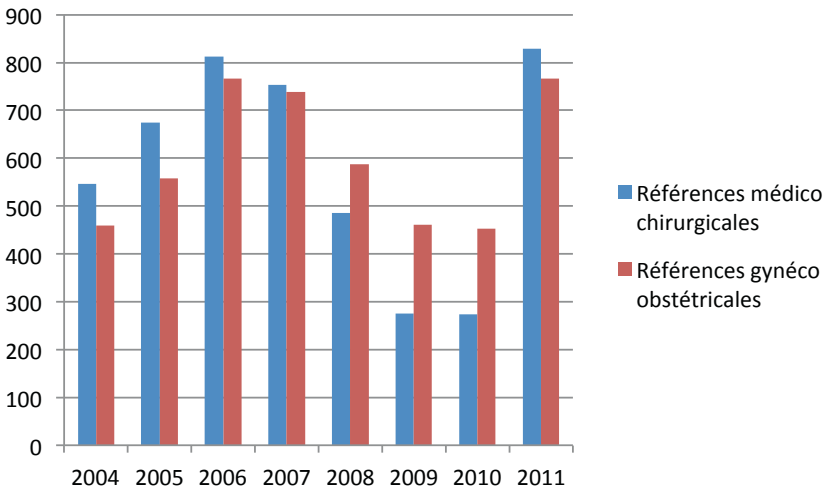
Deuxièmement, ceci s'explique par le départ des médecins généralistes à compétences chirurgicales qui se sont désolidarisés du bloc opératoire parce qu'ils ont été nommés à des postes supérieurs ou au niveau départemental et national. Troisièmement l'apparition des grèves nationales a contribué à l'absence du staff.

Figure 8 : Opérations chirurgicales et gynéco-obstétriques du bloc opératoire de l'hôpital de zone de Klouekanmé de 2003 à 2009



Source : registres des opérés du bloc opératoire de l'hôpital de zone de Klouekanmé

Figure 9 : Nombre de références par année des centres de santé de la Zone Sanitaire KTL vers l'hôpital de zone De 2004 -2011



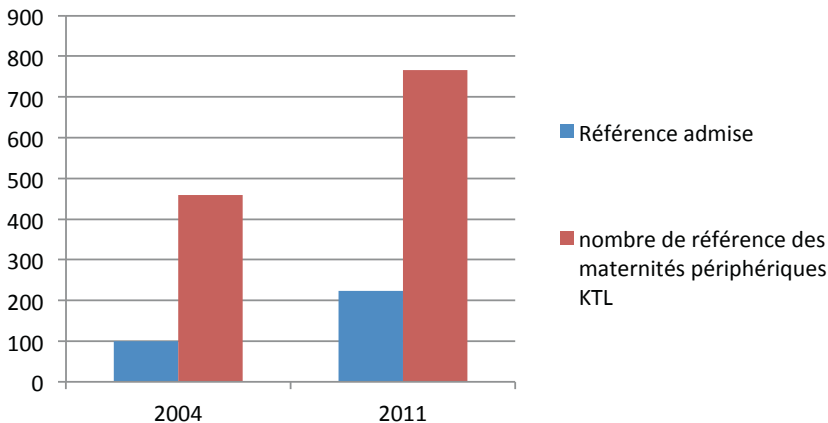
Source : Supports de monitoring de 2004 à 2011

En ce qui concerne la chirurgie, nous ne pouvons pas expliquer totalement cette évolution, mais l'analyse des données nous permet de nous poser des questions importantes. Est-ce la diminution est due à la non référence par les centres de santé et des maternités ? Est-ce qu'il y a moins de cas au niveau des centres de santé ? Qu'est ce qui se passe quand un patient est référé, est-ce qu'il arrive vraiment au niveau de l'hôpital ? Par rapport à cette dernière question, le graphique 3 nous donne une indication.

Le graphique 3 montre un écart important entre le nombre de référées et celles qui viennent effectivement à l'hôpital. Il faut noter que cette rubrique n'a pas été documentée de 2005 à 2010.

Ces résultats pourraient cependant être améliorés si l'on arrivait à agir sur les retards du premier degré (de la maison au centre de santé) et la prise de décision par les proches d'accepter la référence. En effet, peu de mesures ont été jusqu'à présent prises dans ce sens. Pourtant, les témoignages des médecins travaillant à l'hôpital de Klouekanmé à l'époque nous révèlent que lors des supervisions, il a été noté qu'un nombre non négligeable de malades référés ne se rendaient pas à l'hôpital. Ils préféraient aller chez les guérisseurs traditionnels ou chez les dignitaires du culte religieux. Ces constats au niveau des médecins, renforcés par les données statistiques, nous obligent de prendre en compte cet aspect.

Figure 10 : Etude comparative des référées des maternités des centres de santé périphériques et celles qui ont utilisé les services de l'hôpital de zone en 2004 et 2011



Source : Support de monitoring 2004 et 2011 et fiches de référence et de contre référence dans le service de maternité

Leçons tirées

Un système de référence performant a premièrement besoin des ressources humaines, matérielles et financières pour fonctionner. L'analyse des données nous a permis d'identifier d'autres facteurs à prendre en compte dans la performance du système de référence d'un hôpital de zone . Les facteurs sont d'ordre interne (hôpital, gestion des ressources humaines) et externe (politique, niveau central, utilisateurs, centres de santé, etc.).

Par rapport aux facteurs externes, il est nécessaire d'agir sur les trois niveaux de retard : de la maison au centre de santé, du transport du centre de santé d'un niveau à celui d'un niveau supérieur, au niveau de la structure du niveau supérieur.

Les mesures prises dans cette étude de cas se sont limités aux deux derniers niveaux de retard. De meilleurs résultats auraient pu être obtenus si l'on avait également agi sur le premier niveau. En effet, bien que la qualité de la référence soit améliorée, un certain nombre de patients choisissent de ne pas se rendre à l'hôpital, et ce, même si cela a été recommandé par le personnel de la formation sanitaire. Les causes sont diverses mais le contexte socioculturel semble jouer un rôle important. Pour résoudre ce problème, il serait nécessaire d'étendre les actions au niveau des relais communautaires, des tradipraticiens ainsi que les responsables du culte religieux. Ces derniers pourraient être formés pour reconnaître les signes de danger chez les malades ce qui les sensibiliserait à la nécessité de référer l'individu dans certains cas. Etant proches de la population, ils auront sans doute plus de poids auprès des malades que les agents de santé. Les conducteurs de Taxi moto peuvent être identifiés dans les localités éloignées par la communauté pour le transport des malades au centre de santé. Les actions de sensibilisation pour l'adhésion de la population aux mutuelles sont nécessaires pour limiter le risque de dépenses catastrophiques à la communauté. Ceci servirait d'une part de pont pour le FBR et d'autre part l'achat des soins aux référés contribuerait à améliorer la qualité des soins.

Le FBR pourrait être utilisé dans ce cas de figure. C'est déjà le cas dans la Donga où Basics paie une prime de 1000 FCFA aux relais communautaires par personne référée. Une autre solution consisterait à mettre sous contrat les accoucheuses traditionnelles et les responsables du culte religieux afin que ceux-ci incitent les patients qui le nécessitent à se rendre à l'hôpital. D'autre part, le FBR en achetant certains actes hospitaliers tels que les actes opératoires, les supervisions et analyses conjointes vont améliorer la qualité de la mise en place du système de référence.

Le RAMU par l'amélioration de l'accessibilité financière des populations les aidera à accéder aux soins de référence.



Conclusions

L'analyse de l'expérience a montré que le programme n'a pas suffisamment pris en compte les facteurs internes (gestion des ressources humaines pour une stabilité et fidélisation au poste, Importance de supervision, l'analyse conjointe) et externe (gestion du premier retard) dans les stratégies d'amélioration de la performance de l'hôpital, y inclus le système de référence. Le FBR et le RAMU seront des atouts majeurs pour optimiser et pérenniser les acquis sur la référence à l'hôpital de zone de Klouékanmè.



9 Le transfert de compétences entre zones sanitaires: audit des décès maternels

Auteurs

Dr. René PARE (Assistant Technique Régional CTB), Marcel KOUNNOU (DDS AD), Dr. Julien AISSAN (MC ZS KTL).

Contexte

Au nombre des activités inscrites dans les Paquets d'Intervention à Haut Impact (PIHI) que le Ministère de la Santé a élaborées, se trouve la tenue des audits de décès maternel et néonatal qui permettent véritablement l'atteinte des OMD 4 et 5. D'ailleurs, la conduite régulière des audits est depuis peu rendue obligatoire par le niveau central dans toutes les zones sanitaires. C'est donc dans cette dynamique que la tenue des audits est, depuis quelques années, devenue une activité routinière de l'EEZS d'ADD. La mise en œuvre de ses recommandations a significativement amélioré les performances de la prise en charge des femmes enceintes. Ainsi en 2011, les ratio de mortalité maternelle intervenue dans les services de santé sont passés de 66,8 à 23,8 pour 100000 naissances vivantes de même que le taux de mortalité maternelle documentée dans les services de santé est passé de 8,7 à 2,7 pour 100 000 Femmes en âge de procréer⁵⁰ pour la même période.

C'est donc au vu de ces résultats que l'EEZS de KTL a sollicité et obtenu l'appui de son homologue d'ADD aux fins d'expérimenter et de pérenniser la tenue des audits dans sa zone. L'équipe d'ADD, dans une dynamique de transfert de compétence inter zones, apporte donc son appui à celle de KTL pour la réalisation des audits maternels et néonataux.

Processus

L'EEZS de KTL a planifié et présenté au Comité de Direction (CODIR) élargi de la DDS Mono-Couffo le projet à titre informatif. De même, pour ses débuts, elle a, en dehors de l'appui technique de l'EEZS d'ADD, sollicité celui d'autres personnes ressources comme le point focal DDS M-C, les assistants techniques du PARZS, les responsables de la santé de la reproduction de la direction.

Sous la supervision de l'équipe d'ADD, l'EEZS de KTL se chargeait de la préparation des dossiers à auditer. Ainsi, pour les deux premiers audits, une équipe de KTL constituée du MCZS, de la sage-femme responsable du HZ, du chirurgien chef du HZ, de l'inspecteur sanitaire, du personnel des CS d'où sont référés les cas à étudier, du personnel de la maternité du HZ, faisait la revue des dossiers, en sélectionnait les plus pertinents et préparait leur dossier médical.

A partir du troisième audit, les participants connaissent les informations à réunir mais ont encore quelques difficultés pour élaborer un dossier complet. Mais comme la stratégie de faire en apprenant est privilégiée, la collecte de toutes les informations nécessaires pour l'audit et le montage des dossiers a été confiée à un binôme de sage-femme et d'infirmière de la zone de KTL.

A partir de ce moment, l'équipe d'ADD réduite à deux personnes ressources à savoir une sage-femme et un médecin chef de commune, se contentait d'assurer la modération de la séance d'audit alors que le secrétariat était assuré par un agent de KTL. L'équipe d'ADD suivait scrupuleusement le canevas national de conduite d'audit des décès maternels et néo natus. Le premier point concernait l'état de mise en œuvre des recommandations issues du dernier audit. Ensuite le/la modérateur (trice) faisait lire le nouveau cas et posait des questions d'analyse aux participant(e)s pour son identification, appréciation des gestes et attitudes posés par les prestataires de soins par rapport aux normes en vigueur et les leçons à tirer. À l'issue de la séance, un résumé des recommandations était retenu et partagé avec les acteurs et le rendez-vous de la prochaine séance était pris.

Résultats

Les résultats du processus de transfert de compétences montrent une amélioration progressive de la participation des agents des CS. En effet, il a été constaté qu'au début, les agents de santé n'osaient pas prendre la parole, manquaient de confiance en eux sur les questions techniques (signes cardinaux des urgences obstétricales, les attitudes thérapeutiques, l'indication des gestes d'urgence, etc.). Au bout de quatre séances, ils sortaient progressivement de leur réserve, participaient davantage aux discussions techniques, apportaient des témoignages sur des cas, demandaient des conseils, reconnaissaient leurs limites, arrêtaient de rejeter la responsabilité sur les patients et les populations. Ils devenaient de plus en plus préoccupés de l'efficacité d'intervention, de leur capacité à convaincre les populations quant à leurs décisions de référence des parturientes et d'achats de médicaments nécessaires pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés.

A travers la mise en œuvre des recommandations des audits, entre autres résultats, il est à noter au niveau :

- du système de santé : l'EEZS de KTL a été mis à contribution pour régler les problèmes identifiés. A ce titre, l'EEZ a tenu des séances avec les ambulanciers pour leur bonne réactivité lors des urgences obstétricales et néonatales;
- de la rationalisation de la prescription: la mise à disposition des ordinogrammes, protocoles a permis de rationaliser la prescription par tous les prestataires de soins;
- de la dynamique de travail en équipe : on assiste à l'organisation de travail d'équipe entre les différents membres de l'EEZS, de l'Hôpital de Zone, des CS sous le parrainage technique de la ZS ADD;
- du renforcement de compétence des agents : cette opportunité est utilisée pour la formation continue des agents sur leurs sites de travail ;
- de l'amélioration de la documentation médicale et de l'organisation de l'archivage : on a observé une prise de conscience, par les agents de l'importance de l'archivage ;
- de l'amélioration de la référence et de la contre référence ;
- de l'amélioration du plateau technique de prise en charge des urgences obstétricales : l'hôpital de zone a pris des dispositions pour rendre disponibles les macromolécules à la « pharmacie détail », pour l'organisation au niveau de la ZS pour améliorer la disponibilité des produits sanguins labiles.⁵¹

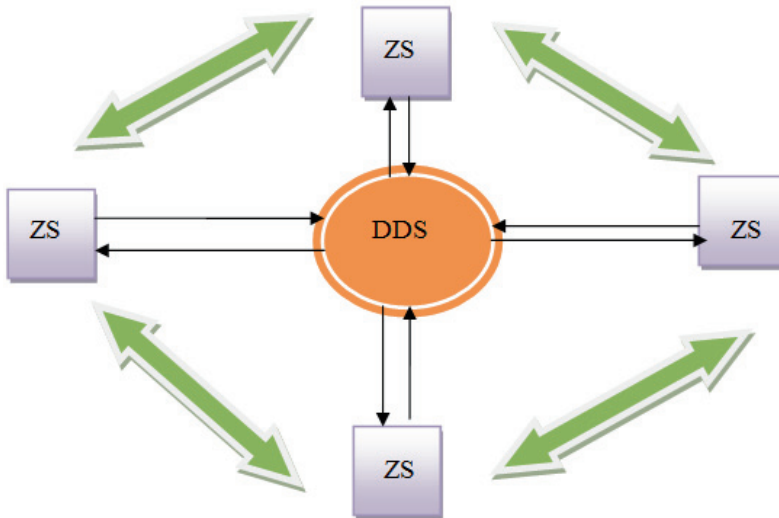
Leçons tirées

La première leçon tirée de ce processus est que la collaboration entre zones sanitaires est très efficace et leur épargne des lourdeurs administratives de la DDS. Or, l'acheminement des préoccupations du niveau périphérique au niveau intermédiaire interpelle plusieurs acteurs et nécessite plus de temps.⁵²

51 Rapport des réunions mensuelles des EEZS, des Comités de Directions de l'hôpital de zone.

52 Il est des préoccupations des niveaux périphériques qui méritent que le DDS fasse recours aux membres de CODIR ou à ceux du CODIR élargi (organes à délai programmé) pour en recueillir et analyser leurs avis et décider puis suivre l'exécution.

Figure 11 : La DDS a tendance à s'ériger en un centre de solutions des ZS. Elle traite souvent de façon isolée les préoccupations de chaque ZS sans un souci de partage d'expériences entre elles. Or, la collaboration inter zone permet aux ZS de s'entraider et de s'échanger les expériences de façon efficace et efficiente.

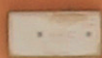


Cet appui a permis à la ZS KTL de créer l'initiative de tenir les audits de décès maternel, néonatal et des near-miss, de respecter une périodicité de sa réalisation, de développer l'esprit d'auto critique du personnel sur le plan technique et organisationnel. De même, afin d'éviter les décès maternels et néonataux survenant dans les formations sanitaires de KTL, la réduction du deuxième retard c'est-à-dire celui concernant le temps de transfert du patient du domicile au centre de santé de référence et du troisième retard en particulier le temps mis pour l'administration des soins de qualité dans la zone sanitaire et la disponibilité continue des molécules de prise en charge des urgences obstétricaux-néonatales dans la zone KTL ont été mises en œuvre.

Conclusion

Le transfert technique de l'organisation des audits de décès maternels par ADD à KTL est en cours. Il permet à moindre coût d'atteindre des résultats importants sur l'amélioration des soins de santé de la reproduction, améliore la collaboration intra sectorielle et la participation de certaines personnalités de la DDS. Le processus du transfert en particulier la chaîne des résultats prend du temps mais se déroule bien. Aussi, en attendant l'évaluation d'impact de la pratique, les résultats immédiats obtenus présagent déjà que la ZS KTL enregistrera des effets positifs de la pratique des audits de décès maternels, en termes de qualité de la prise en charge des urgences obstétricales, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

MATE



10 L'accompagnement des zones sanitaires par le DDS

Auteurs

Ouimpabo TOUMOUDAGOU (Chef de Service des Etudes, de la Planification et du Suivi, DDS AD); Dr Fidèle GNANCADJA (ATN SP, PARZS AD), Gildas GBAGUIDI (PF RADC, PARZS AD).

Co-Auteurs

Dr Jacob NAMBONI, Dr Armand EKAMBI (ATI, DDS AD, PARZS)

Contexte

Le ministère de la santé du Bénin a organisé en septembre 2009, un audit organisationnel et institutionnel des DDS et ZS. Dans son plan de redynamisation du Système Local de Santé (SYLOS), un état des lieux a été aussi réalisé en mars 2010. Il a été constaté entre autres que :

- les zones sanitaires travaillent sans orientation précise et n'ont pas d'obligation de résultats ;
- la DDS demeure le maillon faible du système de santé et n'assume pas efficacement son rôle de contrôle, de soutien et d'accompagnement des zones sanitaires dans leur développement.

Processus

L'équipe de la DDS Atacora-Donga, dans le but d'identifier des pistes de résolutions, a organisé en juin 2011 une retraite à Porga dans la commune de Matéri. Avec l'appui technique et financier du PARZS, cette retraite a révélé, entre autres, le besoin d'accompagner les zones sanitaires dans leur fonctionnement et développement avec les points focaux. Ces points focaux ont été envoyés en mission suite à l'atelier d'imprégnation de ces derniers et des médecins coordonnateurs sur l'accompagnement déroulé du 17 au 21 avril 2012 à Tanguéta. Ils ont entre autres attributions de faciliter le flux de l'information entre ces deux niveaux de la pyramide sanitaire et de représenter le DDS dans les instances statutaires des ZS. A l'issue de cet atelier d'imprégnation, l'accompagnement a reçu l'adhésion de tous les acteurs (DDS, chefs services, Médecins appuis PNLP et PNLS, médecins coordonnateurs de zone sanitaires) afin que le processus aboutisse à des résultats concluants. La DDS souhaite que cet outil,

contribue à améliorer la performance des ZS et par ricochet celle du secteur de la santé.

Résultats et leçons tirées

La mise en œuvre de la stratégie a contribué à :

- i) Une redéfinition de la composition des équipes de points focaux car les anciennes équipes n'avaient pas de cahier de charge précis ;
 - ii) la prise d'une note de service qui nomme deux points focaux désignés parmi les chefs services de la DDS et médecins appuis aux programmes de lutte contre les maladies prioritaires au profit de chacune des 5 ZS ;
 - iii) l'imprégnation des points focaux sur les techniques d'accompagnement et leur cahier de charge qui comportent entre autres :
- faciliter l'élaboration de l'état des lieux, du Plan de Travail Annuel (PTA) et du Plan Triennal de Développement (PTD) de la ZS ;
 - contribuer à la résolution des problèmes prioritaires identifiés dans les ZS puis faire un plaidoyer pour la résolution des ceux nécessitant une intervention de la hiérarchie (DDS, MS) ;
 - s'assurer de la tenue régulière des instances de coordination prévues dans les zones (réunions EEZS, CODIR, session inventaire, monitoring, Comité de Santé des Zones Sanitaire, etc.) et de l'envoi régulier des rapports, données statistiques et documents statutaires ;



- contribuer à la réalisation de la revue de performance des ZS ;
- faciliter le suivi des recommandations issues des différentes rencontres de la ZS ;
- faciliter le suivi de la mise en œuvre des activités communautaires; rendre compte des résultats des différentes rencontres au DDS et membres du CODIR DDS.

La mise en œuvre de cette stratégie a facilité, à court terme, l'atteinte des résultats suivants, avec l'implication des points focaux : i) la relecture et la validation des PTA 2012 de chacune des ZS pour le conformer aux objectifs du secteur et proposer les actions vers l'atteinte des OMD ; ii) l'organisation des revues des performances 2011 des zones sanitaires qui a permis l'identification des problèmes prioritaires et l'élaboration d'un micro plan d'exécution ; iii) la délégation des tâches du DDS aux points focaux, ce qui facilite l'atteinte des cibles fixés pour les indicateurs à travers la mise en œuvre des activités inscrites dans le PTA ; iv) la facilitation du flux de l'information entre les deux niveaux de la pyramide sanitaire ; v) la rationalisation d'utilisation des ressources ; et vi) la gestion axée sur les résultats devient une réalité au vu des résultats obtenus par la revue de performance.

Conclusion

La dynamique de gestion axée sur les résultats insufflée au sein de la zone d'intervention pose les bases qui favoriseront l'implémentation du FBR/RAMU.



11 La formation des zones sanitaires en recherche

Auteurs

Antoine HOUNTONDJI (C/SRTRA, Direction de la Formation et de la Recherche en Santé, Ministère de la Santé), Odile BOÏ (AS, Secrétaire Générale du Ministère, Ministère de la Santé).

Co-auteurs

Dr Fidèle GNANCADJA (ATR SP, PARZS AD), Marcel KOUNNOU (Economiste en Santé, DDS AD), Gildas GBAGUIDI (PF-RADC PARDZS/AD).

Introduction

Le système de santé est confronté à plusieurs problèmes qui influent sur son développement et empêchent l'atteinte des performances. La recherche en santé permettra de diagnostiquer les causes afin d'y apporter les solutions adéquates pour une meilleure performance et afin de permettre à la population de jouir d'un bon état de santé. Elle doit donc être considérée comme une activité prioritaire. Un renforcement de compétences est nécessaire pour permettre aux acteurs du secteur de faire de la recherche. C'est pourquoi le niveau central s'évertue à renforcer les capacités techniques des équipes de recherche mises en place au niveau intermédiaire et périphérique.

Contexte

Au Bénin, la recherche en santé n'a pas émergé jusqu'à la fin des années 70 où elle a pris un essor grâce aux travaux de recherche effectués à la Direction des Etudes Médicales et Paramédicales, devenue Faculté des Sciences de la Santé. Une volonté politique a permis au cours des années 80 la création de la Direction de la Recherche, de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle au ministère en charge de la santé. Par la suite, cette direction a été dissoute et les activités de recherche confiées au service des Statistiques, de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP). En 2000 a été créée la Direction de la Recherche et du Développement en Santé supprimée un an plus tard. En 2005, la Direction de la Recherche en Santé a été créée par le décret n°2005-192 du 14 avril 2005 au sein du ministère en charge de la santé. En 2010 elle est devenue la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS). Par la

suite un processus de veille éthique a été mis en place avec un Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNER). La recherche en santé est aussi caractérisée par une extension du champ de recherche dans le cadre de certains programmes du Ministère et des thèses et mémoires à la FSS et à l'IRSP.

Processus

La DFRS a pour mission d'orienter, de coordonner et d'évaluer les activités dans le domaine de la santé. C'est pour la même raison que le Ministre de la santé a créé une Equipe de Coordination des Actions de Recherche (ECARS) dans chaque ancien département (qui ont pour mission de coordonner les activités de recherche au niveau intermédiaire) et une Equipe de Recherche en Santé dans chaque zone sanitaire, qui ont pour tâche d'élaborer les protocoles de recherche et d'exécuter les études sous la supervision des ECARS.

Après l'inscription des activités de recherche dans le plan de travail Annuel, la DFRS se déplace dans les départements pour la formation des ECARS et des ERS. Le processus a permis de former les équipes de coordination des activités de recherche au niveau des 6 ECARS (composée du Chef Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant, du Chef Service des Etudes Planification et Suivi, et du Chef Service de la Promotion et de la Protection Sanitaire) et 34 Equipes de Recherche de la Zone Sanitaire (ERZS, composée d'un Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire, d'un technicien de laboratoire, d'une sage-femme, d'un infirmier et du statisticien sur la méthodologie de recherche).

Au cours de cette formation, chaque ERZS identifie un sujet prioritaire de santé parmi les problèmes de santé auxquels est confrontée la zone sanitaire (faible taux d'accouchement assisté, malnutrition, taux de létalité obstétricale élevé, faible taux de couverture vaccinale, difficulté de dépistage de la tuberculose etc..), après les avoir soumis à un ensemble de critères de sélection (la pertinence du problème, sa faisabilité technique, son acceptabilité par la population et les autorités, sa réalisabilité et son urgence). Puis elle démarre la rédaction du protocole à titre d'exercice pratique. Par la suite, les équipes reçoivent l'appui technique de la DFRS et les ECARS à travers les supervisions formatives dans le but de les aider à finaliser les protocoles. Elle entre par la suite dans un processus de recherche de financement pour aider les zones sanitaires qui ont achevé la rédaction de leurs protocoles à réaliser les études.

Résultats

L'instauration de primes d'excellence aux meilleurs chercheurs pourra donner un envol à la recherche. En 2009, deux zones sanitaires ont achevé la rédaction de leur protocole :

- l'Etude des déterminants de la faible utilisation de l'accouchement assisté dans la Zone Sanitaire Aplahoue-Dogbo-Djakotomey ;
- l'Etude des déterminants de la létalité obstétricale élevée dans la Zone Sanitaire de Savalou-Bantè.

En 2011, ces deux études ont obtenu de financement du Budget National. Elles ont été réalisées et les rapports sont en cours de finalisation.

Leçons tirées et conclusion

Il est à noter qu'à travers les études, les besoins réels en santé des populations seront connus et les résultats permettront de prendre des décisions pour l'amélioration de la santé de la population en vue de la performance du secteur. Les autorités en charge de la santé gagneraient donc à accorder une place de choix à la recherche en tant qu'outil de développement et d'amélioration de l'état de santé de la population. L'implication de certaines zones sanitaires dans la recherche en santé reste faible parce que les agents ne sont pas encore motivés à faire de la recherche. L'instauration de primes d'excellence aux meilleurs chercheurs pourrait donner un envol à la recherche. Le FBR pourrait motiver les agents de santé à s'investir davantage dans la recherche.

(B1)

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

CARNET DE SOINS

(M 2)

12 La mémoire institutionnelle du Ministère de Santé

Auteurs

Coffi AGOSSOU (Responsable AIMS), Paulin SOGBOHOSSOU (ATN, AIMS), Evariste LODI (Coordinateur Technique du PASS).

Introduction

L'absence d'un cadre intégré de gestion des connaissances au niveau du secteur sanitaire rend difficile l'accès aux informations et est à la base d'un éternel recommencement des études ou recherches déjà réalisées. Le secteur de la santé regorge d'une abondante documentation qui malheureusement se retrouve éparpillée aussi bien dans les directions techniques, projets et programmes du secteur que dans certaines institutions de formation et de recherche. Ce constat a été fait aussi lors de l'étude diagnostique du système d'information documentaire du Ministère de la Santé réalisée en 2010 grâce à l'appui de la CTB à travers l'AIMS. En effet, le rapport de cette étude mentionne que «le principe de dépôt obligatoire des rapports d'étude n'est pas respecté au centre de documentation (CDOC) du MS» et que «des fonds documentaires parallèles sont créés par certaines structures du Ministère de la Santé».

Ainsi, dans l'exercice de leurs fonctions, les responsables à divers niveaux de la pyramide sanitaire manquent de l'information nécessaire pour une prise de décision bien documentée et bien éclairée. Aussi est – il difficile au Centre de Documentation de fournir aux acteurs et partenaires du secteur des informations exhaustives et récentes en ce qui concerne l'actualité sanitaire nationale. Ce qui ne permet pas aux autorités du secteur de disposer immédiatement d'une connaissance complète et suffisante afin de prendre des décisions informées.

Processus

La conjonction de ces difficultés empêche le CDOC de remplir l'essentiel de sa mission qui consiste à :

- constituer la «mémoire» du Ministère de la Santé en collectant et en conservant toute la documentation relative aux actions de santé menées dans le pays aussi bien par le Ministère de la Santé et ses structures décentralisées que par les partenaires au développement ;

- fournir une documentation de référence et récente dans le domaine de la santé publique ;
- contribuer à la formation continue des agents de santé pour l'amélioration de leurs prestations de service ; et
- être au service de la recherche et du développement sanitaire au Bénin.

Face à cet état des faits, il importe de savoir comment construire une mémoire institutionnelle efficace en vue d'une meilleure gestion des connaissances au sein du secteur de la santé, surtout dans la perspective de développement des initiatives importantes telles que le FBR et le RAMU pour le renforcement du système de santé dans son ensemble et l'amélioration de l'accès aux soins de qualité . C'est à cela que le projet d'appui institutionnel au ministère de la santé s'évertue, à travers le développement des stratégies et outils susceptibles d'améliorer la performance du système d'information documentaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le renforcement de la gestion des connaissances au niveau du secteur de la santé passera par :

- la création et l'opérationnalisation d'un comité mixte DPP, DFRS, sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère (SGM, plateforme coordination gestion des connaissances) en charge de la gestion des restitutions des résultats d'études réalisées ou expériences développées au sein du secteur, de la validation d'autres documents élaborés dans le secteur ou la mise à disposition des études autorisées par la DFRS;
- l'animation de ce comité mixte au niveau départemental par le service des études de la planification et du suivi (SEPS) et du Secrétariat Administratif avec l'implication du responsable de l'antenne documentaire départementale (ADD) sous l'autorité du directeur départemental de la santé (DDS);
- la collecte périodique des rapports d'études et enquêtes auprès des structures sous tutelle et des partenaires du Ministère ;
- l'élaboration périodique d'un répertoire analytique des études et enquêtes effectuées dans le secteur de la santé. C'est un répertoire qui présentera non seulement les références des études mais aussi des résumés ;
- la création du site web du Centre de Documentation et sa localisation sur le site web du ministère de la santé, le portail de la politique sanitaire en mouvement et de celui de cartographie des interventions et des intervenants des PTF comme un espaces/outils d'accès à l'information sanitaire ;
- la numérisation du Centre de Documentation du ministère de la santé ;

- l'interconnexion du CDOC avec toutes les structures génératrices des informations dans le domaine de la santé (institutions de formation et de recherche, GTT, divers services du MS) ; et
- la finalisation du processus de gestion des archives du ministère de la santé.

Résultats

Un état des lieux du fonctionnement du centre de documentation du ministère et des antennes documentaires a été réalisé duquel un plan d'amélioration a été tiré pour renforcer leur fonctionnement. Le Système d'Information Documentaire Sanitaire (SIDS) a été dynamisé, avec le renforcement des capacités de ses acteurs et de son parc informatique et la perspective de la mise en place d'un réseau documentaire sanitaire national. Le site web du ministère de la santé a été rendu fonctionnel et fournit actuellement un accès aux principaux documents stratégiques du secteur. La mise en service du site web du MS a suscité un réel intérêt chez les acteurs du secteur ce qui démontre toute l'utilité d'un tel outil. Les divers documents stratégiques et opérationnels mis en ligne sur le site web d'une façon régulière est le signe qu'il a répondu à un réel besoin d'information, celui des producteurs désireux de partager l'information produite que celui des utilisateurs/consommateurs effectifs ou potentiels des informations accessibles ou disponibles. Pareillement, l'impatience manifestée à travers de nombreuses réclamations des directions du ministère pour la finalisation diligente du processus d'archivage numérique et physique est révélatrice de l'existence des mêmes besoins.

Leçons tirées et conclusion

Un ministère de la santé sans système de gestion des connaissances performant ne peut d'aucune manière accomplir sa mission. Les besoins en termes d'efforts à faire pour en arriver là sont énormes. Les initiatives en cours pourront contribuer significativement à ériger dans le secteur une mémoire institutionnelle, élément indispensable dans la perspective de faire du MS, une organisation apprenante et dynamique. Une gestion efficace de la littérature grise sanitaire et un bon archivage du patrimoine documentaire sanitaire aideraient à bien documenter les interventions ; les documents produits serviraient de sources de vérification des résultats obtenus : ce qui constitue une base fondamentale pour le processus FBR/RAMU dans la perspective de renforcer le système de santé et d'améliorer l'accès des populations, surtout les plus démunis à des soins de santé de qualité.



13 Améliorer les échanges entre la politique et la pratique

Auteurs

Evariste LODI (Coordinateur Technique du PASS), Coffi AGOSSOU (Responsable, AIMS), Paulin SOGBOHOSSOU (ATN, AIMS).

Introduction

Au regard des expériences concluantes de nombreux pays dont ceux de l'Afrique centrale⁸³, le FBR comme approche de financement et de renforcement du système de santé présente d'énormes potentiels pour améliorer la performance du secteur. Le bénéfice attendu des expériences similaires en cours au Bénin risque cependant d'être limité si lesdites expériences ne sont pas mieux encadrées et documentées pour alimenter la politique nationale dans le domaine. Et pourtant, les réformes des groupes de travail en cours, avec la création du groupe technique de travail sur le financement du secteur et la possibilité d'avoir un sous-groupe thématique FBR offrent des perspectives encourageantes dans le même sens. Or au stade actuel des choses, aucune disposition pratique n'est en place pour pouvoir y parvenir. Toutefois, l'expérience des groupes thématiques de travail dans le secteur, notamment celui de la relance de la supervision et du monitoring qui en a été un vrai levier pourrait bien inspirer les parties prenantes à la mise en œuvre du FBR.

Le Bénin a adopté le financement basé sur les résultats comme approche de financement et de renforcement du système de santé pour améliorer les performances du secteur. L'Unicef, la Banque mondiale, l'USAID et la CTB conduisent actuellement le FBR dans le secteur de la santé suivant différentes approches ou modèles. Mais il n'existe pas encore un cadre formel de dialogue ou d'échanges pour un apprentissage autour des différentes expériences en vue d'alimenter la politique nationale sur l'outil FBR. Ce qui s'avère être une insuffisance majeure dans le processus de développement d'une mémoire institutionnelle organisée, fonctionnelle et efficace autour de cet outil relativement nouveau au Bénin. Il importe donc de créer un cadre de réflexion, d'apprentissage, d'harmonisation et de documentation des approches et pratiques en matière de FBR. En effet, la question majeure que se posent les groupes d'acteurs impliqués dans l'approche FBR au niveau du secteur est de savoir comment en assurer

la coordination et apprendre les uns des autres autour de ces différentes expériences?

Processus

La problématique ainsi évoquée est similaire à la situation relative à la supervision et au monitoring dans le secteur de la santé il y a quelques années. En effet, un état des lieux réalisé en 2008 a permis de noter entre autres des conceptions et approches variées de la supervision et du monitoring par les différents intervenants, une méconnaissance quasi générale des normes et stratégies régissant la pratique de ces activités de soutien et une insuffisance de coordination de la supervision et du monitoring entre les nombreux programmes, occasionnant des interférences et une désorganisation au niveau des services du niveau périphérique.

Face à cette situation, et conscient de l'importance de la supervision et du monitoring dans l'amélioration de la qualité des soins et de la performance du secteur en général, le ministère de la santé avait entrepris une relance de ces deux activités de soutien. La relance devrait aboutir à une pratique harmonisée, coordonnée et efficace de la supervision et du monitoring de sorte à contribuer à une meilleure performance du système de santé. Un groupe de travail a été mis en place pour gérer le processus. Il comprenait une vingtaine de cadres des trois niveaux de la pyramide sanitaire, des cadres des projets et programmes du ministère, des PTF, et des personnes ressources. Cependant, environ une dizaine de personnes y ont réellement travaillé de façon régulière et assidue.

La mise en commun des expertises pour réfléchir sur une problématique préoccupante du secteur et harmoniser les approches de travail à travers les groupes thématiques a insufflé une nouvelle dynamique de travail au sein du secteur. Cette dynamique de travail constitue un changement notable par rapport à la façon traditionnelle de travailler non harmonisée où il manquait de créneaux regroupant des expertises averties de différents horizons (MS, DDS, EEZS, PTF, personnes ressources) qui se retrouvent pour fédérer leurs conceptions/connaissances dans un domaine précis afin de proposer au ministère une vue commune harmonisée.

En dix-huit mois, le groupe de travail mis en place a pu actualiser les directives nationales de supervision et de monitoring, rédiger le document national du PIHI, procéder à la formation des acteurs des trois niveaux sur lesdites directives. Les directives nationales de supervision et de monitoring ainsi définies constituent la référence unique pour tous les acteurs en matière de supervision intégrée et de monitoring, de PIHI dont la mise en œuvre devrait contribuer à l'atteinte des OMDs. L'initiative devra faciliter le déroulement de la supervision et du monitoring suivant une approche intégrée, harmonisée et coordonnée. Il est évident que les résultats ci-dessus ne seraient pas atteints sans la mise en place de ce GTT.

Selon le dernier décret organisant le Ministère de la santé, le SGM a comme principale attribution la coordination technique de l'ensemble des directions centrales et techniques du ministère. Pour cette raison et pour assurer la coordination technique et opérationnelle efficace des activités de monitoring et de supervision, le groupe de travail chargé de la relance de la supervision dont la Présidence a été confiée à un cadre de la direction en charge de la recherche au sein du secteur a été placé sous l'égide du SGM. Cet ancrage au SGM ainsi que la disponibilité de la dizaine de cadres engagés ont facilité l'obtention du soutien de l'ensemble des directions du ministère.

Résultats

Les résultats auxquels est parvenu le GTT sur la relance de la supervision démontrent l'opportunité que représente pour le secteur la synergie créée par mise en commun des expertises de divers intervenants au sein d'un groupe de travail en termes de coordination des interventions au sein du secteur. Les réformes des groupes de travail en cours, avec la création du groupe technique de travail sur le financement du secteur et la possibilité d'avoir un sous-groupe thématique FBR offrent des perspectives encourageantes dans ce sens. La mise en œuvre du RAMU gagnerait également à s'inspirer de la même approche.

Leçons tirées et conclusion

Une meilleure synergie d'action via une coordination stratégique et technique au niveau sectoriel est possible. L'expérience de la relance de la supervision et du monitoring dans le secteur de la santé par le groupe de travail thématique mis en place à cet effet en est une preuve. La capitalisation de cette expérience au profit de la mise en œuvre du FBR et du RAMU en améliorera leur efficacité. Les populations béninoises, bénéficiaires ultimes de ces interventions, n'attendent que cela. Les décideurs du ministère gagneraient aussi à créer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ces cercles de réflexion et d'analyses dont le produit serait mis à contribution pour des prises des décisions informées.

Colophon

Ministère de la Santé, Bénin

La mission du Ministère de la Santé est de concevoir et mettre en œuvre la politique de l'Etat en matière de santé conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin ainsi qu'à vision et politique du Gouvernement. La vision du Ministère de la Santé est : « 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 »

Agence belge de développement

Agence belge de développement, la CTB mobilise ses ressources et son expertise pour éliminer la pauvreté dans le monde. Contribuant aux efforts de la Communauté internationale, la CTB agit pour une société qui donne aux générations actuelles et futures les moyens de construire un monde durable et équitable. Ses collaborateurs à Bruxelles et à l'étranger concrétisent l'engagement de l'Etat belge et d'autres partenaires au développement pour la solidarité internationale. Dans une vingtaine de pays, en Afrique, en Asie et en Amérique latine, ils appuient plus de 300 projets et programmes de coopération.

Institut Royal des Tropiques

L'Institut Royal des Tropiques (KIT), d'Amsterdam, Pays-Bas, est un institut international spécialisé dans la production et le partage de connaissances et d'expertise dans le cadre de la coopération internationale. Les objectifs du KIT sont de contribuer au développement durable, à la lutte contre la pauvreté, et à la couverture universelle de santé par le renforcement de ses systèmes de santé et la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'utilisation et la qualité des services de base.

Adresses

Ministère de la Santé, Bénin

BP 01-882, Cotonou

Bénin

Téléphones : +229.21332163/78

Fax : +229.21330464

Email: info@beninsante.bj

Agence belge de développement (CTB)

Rue Haute 147, 1000 Bruxelles

Belgique

Téléphone : +32 (0)2 505 18 47

Fax : +32 (0)2 502 98 62

Sites web: www.ctb-benin.org

www.btcctb.org

Institut Royal des Tropiques (KIT)

BP 95001, 1090 HA Amsterdam

Pays-Bas

Telephone: +31 (0)20 568 8458

Fax: +31 (0)20 568 8444

Email: development@kit.nl

Site web: www.kit.nl/health

© 2013 KIT, Amsterdam, Pays-Bas

Maquette Ad van Helmond, Amsterdam

Production KIT Publishers

Impression High Trade BV, Zwolle, Pays-Bas

Citation correcte

Jansen C., Lodi E., Lodenstein E., Toonen J. (eds.).

2013. *Vers une couverture maladie universelle au Bénin.*

Amsterdam : KIT Publishers

Mots clés

Santé, gouvernance, financement, performance, FBR, couverture universelle de santé, assurance maladie.

Direction

Christel Jansen, Evariste Lodi, Elsbet Lodenstein,

Jurrien Toonen

ISBN 978 94 6022 237 5